

Evidence-based medicine en de integrale gezonde wijkaanpak

Casper Schoemaker,¹ Karin Proper,² Heleen Hamberg,¹ Djoeke van Dale,¹ Caroline Baan,² Mariken Leurs,¹ Jantine Schuit,² Matthijs van den Berg²

Het model van Evidence-based medicine (EBM) wordt steeds vaker toegepast buiten de spreekkamer, in de publieke gezondheid. Er verschenen hierover in TSG diverse artikelen. In dit artikel gaan we systematisch na in hoeverre het EBM-model is te verplaatsen van de spreekkamer van de dokter naar de complexe praktijk van gezondheidsbevordering. We kijken daarbij eerst naar de essentiële onderdelen van het EBM-model: 1) de interventie; 2) het wetenschappelijke bewijs en de richtlijn; 3) de professional met zijn klinische blik; 4) de patiënt met waarden en voorkeuren en 5) het gesprek. Het EBM-model blijkt in principe over te zetten naar de public health; maar dat gaat niet zomaar. Naast de beperkte beschikbaarheid van harde evidentie uit Randomized Controlled Trials (RCT's) en het ontbreken van richtlijnen, zien we als grootste uitdaging de vergaande taakverdeling bij gezondheidsbevordering. Daardoor moet extra worden geïnvesteerd in het vormgeven van het gesprek waarin naast de evidentie ook de klinische blik van de uitvoerders en de voorkeuren van de doelgroep meewegen bij het nemen van beslissingen.

INLEIDING

De term Evidence Based Medicine (EBM) is twintig jaar geleden bedacht aan de McMaster Medical School in Canada.¹ Volgens de officiële definitie is EBM: 'het gewetensvol, expliciet en oordeelkundig gebruik van het huidige beste bewijsmateriaal om beslissingen te nemen over individuele patiënten. De praktijk van evidence-based medicine impliceert het integreren van individuele klinische ex-

pertise met het beste externe bewijsmateriaal dat vanuit systematisch onderzoek beschikbaar is. De voorkeuren, wensen en verwachtingen van de patiënt spelen bij de besluitvorming een centrale rol'.²

Het gesprek tussen behandelaar en patiënt over diens behandeling vormt de kern van EBM. In dit gesprek zijn drie bronnen van kennis beschikbaar om een beslissing te kunnen nemen: de uitkomsten van systematisch wetenschappelijk onderzoek; de klinische expertise van de behandelaar en de voorkeuren en wensen van de patiënt.³ Elk van deze kennisbronnen is voor het nemen van iedere behandelbeslissing van belang. Wat in het gesprek uiteindelijk de doorslag geeft, verschilt van geval tot geval.⁴

Een internationale groep richtlijnmakers, de GRADE Working Group, heeft dat de afgelopen jaren nader uitgewerkt.⁵ Hun methode voor richtlijnontwikkeling wordt inmiddels gebruikt door toonaangevende partijen als de Cochrane Collaboration, NICE en de WHO.⁴ In de GRADE-methode is voor iedere aanbeveling in een richtlijn duidelijk hoeveel ruimte de gesprekspartners hebben om ervan af te wijken.⁶ Bij een sterke aanbeveling zal er in de spreekkamer doorgaans niet veel discussie nodig zijn. Al moet natuurlijk altijd wel eerst zorgvuldig worden nagegaan of deze aanbeveling ook voor deze specifieke patiënt geldt, en of er geen speciale omstandigheden zijn. Een zwakke aanbeveling vraagt meer ruimte voor *shared decision making*, waarbij de voorkeuren van de patiënt zwaar zullen wegen.⁶

In dit tijdschrift wordt veel gediscussieerd over de rol van EBM in de public health. De meeste artikelen richten zich op specifieke onderdelen van het EBM-model, zoals het beoordelen van de effectiviteit van interventies,⁷ de contextkennis van de professionals,⁸ de rol van wetenschappelijk bewijs in lokaal beleid⁹ en de waarden en voorkeuren van de

Forum

Forum biedt onder meer plaats aan ingezonden commentaren en reacties, korte praktijkbijdragen, congresverslagen en boekbesprekingen. Aanwijzingen inzake lengte, opmaak en wijze van inzending (per e-mail) zijn verkrijgbaar bij het redactiesecretariaat. De redactie behoudt zich het recht voor om te redigeren en/of te bekorten.

doelgroep.¹⁰ Terwijl enkele auteurs overwegend positief waren over evidence-based werken in de public health,¹¹ waren anderen vooral kritisch.^{10,8}

In dit artikel proberen we een bijdrage te leveren aan deze discussie door systematisch na te gaan wat er gebeurt wanneer je het EBM-model zou verplaatsen van de overzichtelijke spreekkamer van de dokter naar de complexe praktijk van de lokale gezondheidsbevordering. We kijken daarbij achtereenvolgens naar de essentiële onderdelen van het EBM-model: 1) de interventie; 2) het wetenschappelijke bewijs en de richtlijn; 3) de professional met zijn klinische blik; 4) de patiënt met waarden en voorkeuren en 5) het gesprek (zie Tabel 1).

Omdat de integrale gezonde wijkaanpak het verste weg lijkt te staan van de spreekkamer, nemen we dat in dit artikel als aansprekend voorbeeld. Daarmee leggen we de verschillen tussen zorg en public health als het ware onder een vergrootglas. In de beschouwing komen we terug op de consequenties van deze keuze.

DE INTERVENTIE

Op het eerste gezicht gaapt er een enorme kloof tussen de heldere enkelvoudige interventies in de zorg, zoals het voorschrijven van een pil, en een com-

¹ RIVM, centrum Gezondheid en Maatschappij

² RIVM, centrum Voeding Preventie en Zorg

Tabel 1 Toepasbaarheid onderdelen EBM-model voor de integrale gezonde wijkaanpak

Onderdeel	In de spreekkamer	Integrale gezonde wijkaanpak	Knelpunten in wijkaanpak	Oplossingen
1. Interventie	pil, operatie, gesprek	complexe wijkinterventie	context vaak impliciet	context expliciteren in onderzoeksverslag
2. Bewijs	RCT's, observationeel onderzoek	quasi-experiment, actie-onderzoek, etc.	ontbreken RCT's	flexibele vorm van EBM (zie NICE PH)
Richtlijn	CBO-richtlijnen, NHG-standaarden, etc.	wijkaanpak ontbreekt in richtlijnen	geen beroepsvereniging	GVO-beroepsvereniging oprichten
3. Professional	dokter, paramedicus, verpleegkundige, etc.	twee groepen: GB-professionals en lokale bestuurders	beslissen en contact met doelgroep niet in één hand	gesprekken organiseren met alle betrokkenen
4. Patiënt/doelgroep	patiënt	bewoners wijk	meebeslissen bewoners	inspraakavond, internet-enquête
5. Gesprek	gesprek in de spreekkamer	twee aparte gesprekken:	beslissen én contact met doelgroep niet in één hand	gesprek met alle betrokkenen

plexe integrale wijkinterventie. Maar dat is schijn. Want ook die ene pil is in feite een complexe interventie, zo betogen Kok et al.¹² Bij de werking van zo'n pil gaat het bij voorbeeld ook om de toelichting van de voorschrijvende arts, de vergoeding ervan door de ziektekostenverzekeraar, de controle door de apotheker en de therapietrouw van de patiënt. Dergelijke contextfactoren bepalen mede het effect van die ene ogenschijnlijk eenvoudige pil.¹²

Voor de zorg bestaat een uitgebreide infrastructuur waarin veel randvoorwaarden structureel geregeld zijn. Deze zorgcontext is zo vanzelfsprekend dat we er vaak niet meer over nadenken. Bij de integrale wijkaanpak is dat anders. Daar moet de infrastructuur vaak aan het begin van een project worden opgebouwd, in samenspraak met veel andere lokale partijen, zoals de gemeenteraad, welzijnswerk, GGD, voetbalvereniging, buurtsuper, huisarts, zorgverzekeraar, wijkvereniging, et cetera. Het kost daarvoor vaak veel meer energie om project en buiten de zorg van de grond te krijgen.¹²

HET WETENSCHAPPELIJKE BEWIJS EN DE RICHTLIJN

Het National Institute for Clinical Excellence (NICE) is in het Verenigd Koninkrijk verantwoordelijk voor richtlijnontwikkeling in de zorg. NICE richt zich sinds enkele jaren ook op de publieke gezondheid. De ervaringen van NICE, zoals vastgelegd in een artikel van Kelly,¹³ zijn ook voor ons in Nederland interessant. Ze merkten al snel dat beschikbaar wetenschappelijk bewijs als basis voor zorg en preventie buiten de strikt medische

zorg beperkt is. Met name als je je beperkt tot RCT's en meta-analyses, bleef er weinig over. NICE leerde gaandeweg om ook andere onderzoeksdesigns, zoals quasi-experimenteel onderzoek, beter op waarde te schatten en mee te nemen in de richtlijnen. Dit bracht NICE tot het gebruik van een minder strikte opvatting van evidentie dan ze binnen de zorg gewend waren.

Deze ervaringen en adviezen van NICE zijn aanvullend op datgene wat Vaandraager en collega's eerder in dit tijdschrift schreven over evidence in gezondheidsbevordering: "Naast de evidence uit RCT's, met een hoge interne validiteit, is ook contextgevoelige evidence nodig die vooral de externe validiteit ten goede komt".⁸ Dan gaat het bijvoorbeeld om participierend of actiebegeleidend onderzoek. Ook dergelijke vormen van evidence zijn van waarde bij evidence-based handelen in de publieke gezondheid. Sterker nog, door de aard en complexiteit van veel interventies zijn ze onmisbaar voor een goede toepassing van het EBM-model bij een integrale wijkaanpak.

In een serie artikelen, getiteld 'evidence-informed policy making', heeft Oxman een eerste aanzet gegeven om de ideeën van GRADE te vertalen naar de public health.¹⁴ Wat daarbij opvalt, is dat er voor typische public health-onderwerpen zoals overgewicht en roken weliswaar richtlijnen zijn opgesteld, maar dat die zich stevast beperken tot interventies in de zorg. Voor interventies buiten de zorg, zoals de integrale wijkaanpak, bestaan ook internationaal geen richtlijnen. Een van de oorzaken daarvan is het ontbreken van beroepsverenigingen op dit terrein. In de zorg zijn het immers de beroepsverenigingen die gezamenlijk de richtlijnen opstellen en implementeren.

Voor Nederlandse gezondheidsbevor-

deraar is er wel een Handreiking Gezonde Gemeente, opgesteld door professionals onder leiding van het Centrum Gezond Leven. Daarin staat handige informatie over de ontwikkeling en uitvoering van gemeentelijk gezondheidsbeleid. Ook bevat deze digitale handreiking (te vinden op www.loketgezondleven.nl) een overzicht van erkende interventies, gepresenteerd per thema.⁷ In de handreiking worden echter geen concrete adviezen gegeven om bepaalde interventies wel en andere juist niet te gebruiken. En er is ook geen beroepsvereniging die professionals voorschrijft te handelen volgens deze handreiking. In die zin is het dus geen richtlijn.

DE PROFESSIONAL EN ZIJN KLINISCHE BLIK

De behandelaar is een centrale figuur in het model van EBM. In de rol van de behandelaar komen veel taken en verantwoordelijkheden samen: de klinische blik, de toegang tot de evidence, kennis van de richtlijn, het contact met de patiënt, het beslissen over behandelingen en soms het uitvoeren ervan. Dit eenvoudige model met één behandelaar is overigens ook in de zorg niet altijd uitvoerbaar: denk aan patiënten met comorbiditeit en dus meerdere behandelaren. Maar de praktijk van de integrale wijkaanpak is nóg weerbarstiger, omdat de taken vrijwel altijd zijn verdeeld over meerdere partijen. Deze ver doorgevoerde taakverdeling maakt toepassing van het EBM-model een stuk complexer dan in de spreekkamer.

Het beslissen over de invoering van de integrale wijkaanpak gebeurt primair door lokale beleidsmakers en politici, ui-

teraard in overleg met lokale partijen, zoals schoolleiders, supermarkteigenaren en sportverenigingsbesturen. Beleidsmakers en politici wegen de evidence uit onderzoek af tegen andere argumenten, bijvoorbeeld politieke overwegingen, kosten of haalbaarheid.^{14,15} Meestal hebben ze geen ervaring met de uitvoering in de praktijk of direct contact met de doelgroep. Horstman spreekt in dit verband daarom van een technocratische vorm van evidence-based beleid.¹⁰

Het uitvoeren van de interventies gebeurt in de publieke gezondheid door een breed scala aan personen, onder wie ook gezondheidsbevorderaars. Het zijn mensen uit de praktijk die vaardig zijn in het bij elkaar brengen van lokale partijen en in het bereiken van de beoogde doelgroep, omdat ze weten wat er speelt. Die kennis zou je hun klinische blik kunnen noemen. Daarnaast horen ze uit de eerste hand wat mensen zelf willen, en gaan daarover met hen in gesprek.⁸ Dit zouden deze uitvoerders graag mee laten wegen in de keuze voor bepaalde interventies.¹² En daar wringt de schoen: zij nemen immers vaak zelf niet de beslissingen en kunnen hun ervaringen veelal onvoldoende overdragen aan beslissers. Dat kan tot frustratie leiden bij de uitvoerders.

IN GESPREK

In de oorspronkelijke EBM-definitie krijgen de wensen en voorkeuren van de patiënt een expliciete plek in het gesprek. Aanleiding voor het gesprek in de spreekkamer is meestal een hulpvraag van een patiënt. De behandelaar kan eenvoudig de patiënt om zijn mening vragen en die mee laten wegen. Deze afweging kan in de spreekkamer ter plekke met de patiënt zelf worden besproken. Dat is bij de integrale wijkaanpak anders. Er is geen individu met een hulpvraag, maar een diffuse doelgroep van mensen zonder expliciete hulpvraag.¹⁰

Uit onderzoek van het SCP blijkt dat de voorkeuren en verwachtingen van gewone mensen nogal kunnen verschillen van de doelen van gezondheidsbevordering.¹⁶ Zo denken ze vaak niet meteen aan een gezondere leefstijl in de klassieke zin van het woord: niet roken, gezonder eten, meer bewegen of minder alcohol drinken.

Voor mensen zonder al te grote gezondheidsproblemen betekent iets doen voor je gezondheid vooral de accu weer opladen. Dergelijke eigen wensen en voorkeuren van de doelgroep horen mee te wegen bij de beslissingen over invoering en uitvoering van de integrale wijkaanpak programma's.¹⁷ Een eigentijdse vorm van gezondheidsbevordering probeert mensen niet te overtuigen van het belang van gezond gedrag, maar ondersteunt ze in hun dagelijks leven.⁸

Gelukkig wordt dat steeds meer onderkend en opgenomen in kwaliteitsinstrumenten (zoals Preffi en Intervention Mapping). Ook professionals willen hierin graag worden ondersteund.¹⁸ In community-based interventies of wijkaanpakken worden de wensen en voorkeuren van de bewoners vooraf geïnventariseerd. De interventies kunnen daarop dan worden afgestemd. Daarbij kan co-creatie met bewoners onderdeel uitmaken van de beoogde wijkaanpak, waardoor de samenstelling van de interventie dus ook heel direct mede door bewoners wordt bepaald. Dat gesprek komt niet vanzelf tot stand; de projectleiders moeten daar actief naar op zoek.

BESCHOUWING

In dit artikel probeerden we systematisch na te gaan of de belangrijke aspecten uit het EBM-model zijn over te zetten naar de publieke gezondheid, en dan specifiek de integrale gezonde wijkaanpak. We zijn ons ervan bewust dat we daarmee de verschillen tussen de zorg en gezondheidsbevordering hebben uitvergroot. Andere onderdelen van de publieke gezondheidszorg – zoals het consultatiebureau, screenings en vaccinaties – hebben veel meer overeenkomsten met de zorg. In werkelijkheid zijn de verschillen tussen zorg en public health niet zo groot. Het zijn werelden die in toenemende mate met elkaar verbonden raken.

Uit onze analyse blijkt dat de verschillen tussen de zorg en de integrale wijkaanpak minder groot zijn dan vaak wordt gedacht. Beide terreinen kennen vergelijkbare problemen en kunnen leren van elkaars oplossingen. Toch zijn we niet zo optimistisch als Dekker en Aro¹¹ over de praktische uitvoerbaarheid van

het EBM-model in de integrale wijkaanpak. Vooral het overzetten van het vijfde onderdeel van het EBM-model – het gesprek – bleek niet eenvoudig. Daardoor worden de voorkeuren en wensen van de doelgroep en de klinische expertise van uitvoerenden vaak nog onvoldoende meegewogen in de beleidsbeslissingen. En dat kan desastreus zijn voor het draagvlak van de programma's. Wanneer de doelgroep niet van tevoren wordt geraadpleegd, voelen ze zich overvallen. Dit verklaart waarom preventie soms wordt ervaren als agressief, arrogant en aanmatigend.^{10,19} Veel gezondheidsbevorderaars pleiten daarom voor een aanpak van onderop, in dialoog met de burger.¹⁰

Toepassing van EBM in de integrale wijkaanpak vereist extra aandacht voor de onderlinge communicatie tussen beslissers en uitvoerders, en voor de communicatie met de doelgroep. Deze communicatie is cruciaal in het EBM-model. Alleen op die manier kunnen de klinische blik van de professionals en de voorkeuren van de doelgroep daadwerkelijk een rol spelen in beleidsbeslissingen en in de uitvoering. Natuurlijk is dat makkelijker gezegd dan gedaan, maar gelukkig zien we verschillende hoopgevende voorbeelden waarin dat al wel is gelukt. Daar zouden we op door moeten gaan.²⁰ Want evidence-based medicine is ook bij de integrale wijkaanpak bovenal het voeren van een goed gesprek.

ABSTRACT

Evidence-based medicine and the integrated community-based public-health approach

The model of Evidence-based medicine (EBM) is increasingly applied outside the clinical setting, i.e. in the public health. In this journal, several articles have been published about the role of EBM in public health. In the present article, we will systematically explore the extent to which the EBM model can be transferred from the doctor's office to the complex practice of health promotion. We will address all essential components of the EBM-model: 1) the intervention, 2) the scientific evidence and the guidelines, 3) the professional with his clinical

view, 4) the patient with his values and preferences, and 5) the dialogue. The EBM-model appears to be transferable to the public health. Besides the limited availability of sound evidence from randomised controlled trials (RCT) and the absence of guidelines, a main challenge in health promotion is the far-reaching distribution of responsibilities. Thereby, it requires an extra investment in the dialogue, in which both the evidence and the clinical view of the practitioners and preferences of the target group should be incorporated in the decision-making process.

Keywords: evidence-based medicine, public health, community-based approach, health promotion, dialogue

LITERATUUR

1. *Evidence-Based Medicine Working Group.* Evidence-based medicine: a new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992;268:2420-5.
2. *Offringa M, Assendelft WJJ, Scholten R/JPM.* Inleiding in de evidence-based medicine. Klinisch handelen gebaseerd op bewijsmateriaal. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2008.
3. *Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS.* Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996;312:71.
4. *Schoemaker C, Berg M van den, Proper K, Heijden G van der.* GRADE zet bewijs om in concreet advies. *Med Contact* 2011;66:2756-59.
5. *Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE et al.* GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2008;336:924-6.
6. *Jaeschke R, Guyatt GH, Dellinger P et al.* Use of GRADE grid to reach decisions on clinical practice guidelines when consensus is elusive. *BMJ* 2008;337:327-30.
7. *Dale D van, Dijk S van, Lanting L et al.* Meer zicht op kwaliteit en effectiviteit van (leefstijl) interventies: Erkenningscommissie interventies. *Tijdschrift Gezondheidswet* 2010;88:236-40.
8. *Vaandrager L, Wagemakers A, Saan H.* Evidence in gezondheidsbevordering. *Tijdschrift Gezondheidswet* 2010;88:271-7.
9. *Bon-Martens MJH van, Heuvel EFM van, Lucht F van der et al.* Lokaal gezondheidsbeleid: making the evidence-based choice the easy choice. De ontwikkeling en mogelijkheden van het Regionaal Kompas volksgezondheid. *Tijdschrift Gezondheidswet* 2008;86:306-13.
10. *Horstman K.* Leren van rokers en dikkerds. *Tijdschrift Gezondheidswet* 2011;89:139-40.
11. *Dekker J, Aro AR.* Evidence. *Tijdschrift Gezondheidswet* 2007; 85:355-5.
12. *Kok MO, Vaandrager L, Bal R, Schuit J.* Practitioner opinions on health promotion interventions that work: Opening the 'black box' of a linear evidence-based approach. *Soc Sci Med* 2012;74:715-23.
13. *Kelly MP, Stewart E, Morgan A et al.* A conceptual framework for public health: NICE's emerging approach. *Public Health* 2009;123:e14-20.
14. *Oxman AD, Lewin S, Lavis JN, Fretheim A.* SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 15: Engaging the public in evidence-informed policy-making. *Health Res Policy Syst* 2009;7 Suppl 1:S15.
15. *Slob M, Staman J.* Beleid en het bewijsbeest. Een verkenning van verwachtingen en praktijken rond evidence based policy. Utrecht: Rathenau Instituut, 2012.
16. *Kooiker S.* Nederlanders aan het woord over gezondheid en gezond leven. Achtergrondrapport bij de VTV 2010 Van gezond naar beter. Bilthoven: RIVM/SCP, 2011.
17. *Dam J ten.* Gezond beleid. *Tijdschrift Gezondheidswet* 2010;88:228-31.
18. *Broossen M.* Help ons elkaar helpen. Impressie van gesprekken met professionals gezondheidsbevordering over ondersteuning van hun beroepspraktijk. Mannen met plannen PLAATS: UITGEVER, 2010.
19. *Sackett D.* The arrogance of preventive medicine. *JCMA* 2002;167:363-4.
20. *Meijman F.* Burgerjury beslist mee. Gezondheidsbeleid niet alleen het domein van deskundigen. *Med Contact* 2009;37:1538-40.

CORRESPONDENTIEADRES
Casper Schoemaker, RIVM,
Postbus 1, 3720 BA Bilthoven,
tel. 030-2743124,
e-mail: casper.schoemaker@rivm.nl

UIT DE OPLEIDINGEN

Samenwerken in het onderwijs op het terrein van arbeid en gezondheid

Joost van der Gulden,¹ Jacqueline Gerritsen²

Al verschillende jaren blijft de instroom in de bedrijfsartsopleidingen ver achter bij het aantal bedrijfsartsen dat het werk stopt vanwege pensionering of om

andere redenen. Gezien de leeftijdsopbouw van de beroepsgroep is een verdere uitstroom te voorzien, terwijl de belangstelling voor de opleidingen nog niet toeneemt. Het onvermijdelijk gevolg is een daling van het aantal bedrijfsartsen. Tot dusver vormde dit geen probleem vanwege de krimpende omzet

waarmee de arbosector te kampen heeft. Maar zonder drastische veranderingen is al op korte termijn een reëel tekort aan bedrijfsartsen te voorzien.

¹ Nijmeegse bedrijfsartsopleiding SGBO, UMC St Radboud, Nijmegen

² Kwaliteitsbureau NVAB, Utrecht