

Evidence-based praatjes

Casper Schoemaker,¹ Matthijs van den Berg¹

Evidence-based medicine (EBM) is de laatste jaren een modieuze term geworden, schrijft Willy-Anne van Stiphout in haar redactioneel van april.¹ ‘Een nieuw begrip dat te pas en te onpas wordt gebruikt en geroemd, echter zonder te zien waar het werkelijk om gaat.’ Van Stiphout gaat daar in haar redactioneel tegenin, door helder en zorgvuldig uiteen te zetten waar EBM op neer komt.

Vervolgens legt ze de vinger op de zere plek. In de loop van de tijd lijkt de oorspronkelijke veelomvattende definitie van EBM te zijn versmald tot het systematisch zoeken en beoordelen van literatuur. Deze EBM-methode is klaar als er aan onderzoeksresultaten een ‘level of evidence’ is toegekend, schrijft ze. Te recht hekelt Van Stiphout de eenzijdige aandacht voor methodologie, waardoor je er in de praktijk niet zo veel aan hebt.

Ze geeft de lezers vervolgens een aantal tips hoe ze deze EBM-methode zelf kunnen beoordelen en zo mogelijk inpassen in hun dagelijkse werk. Deze tips zijn zeker nuttig, maar naar ons idee legt ze daarmee het probleem ten onrechte neer bij de gebruiker van EBM-informatie. Wat ons betreft had ze nog een stap verder mogen gaan, door de sprekers die EBM te pas en te onpas in de mond nemen te vragen eens goed naar zichzelf te luisteren. Is het eigenlijk wel EBM wat ze vertellen?

EBM is volgens de officiële definitie ‘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 expertise 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

Wanneer je deze brede definitie naast

de door Van Stiphout beschreven EBM-methode legt, dan blijkt daaruit het grootste deel weggelaten: beslissingen nemen over individuele patiënten, de klinische expertise van de professional en de wensen en voorkeuren van de individuele patiënt. Mogen we de evidence-based sprekers niet vragen om zich te houden aan hun eigen definitie?

Het neerleggen van het probleem bij de gebruiker doet ons sterk denken aan de discussies over boekhoudsoftware waar je zonder zesdaagse cursus niet mee kunt werken. Ervaren gebruikers schrijven dikke handleidingen en er ontstaan op internet gebruikersgroepen die elkaar tips geven om toch met die software om te gaan. Niemand komt op het idee de producent aan te spreken op diens claim dat zijn pakket ‘het primaire proces verbetert’.

Daarom doen we, voortbordurend op de tips van Van Stiphout, een oproep aan TSG-lezers om sprekers die te pas en te onpas de termen EBM en evidence-based in de mond nemen, het vuur na aan de schenen te leggen. Voor een overzicht met lastige vragen en mogelijke antwoorden, zie elders.³ Hier volstaan we met één enkele vraag:

‘Stel dat mijn patiënt/cliënt/doelgroep en ik in een goed gesprek alle voors en tegens afwegen en niet kiezen voor uw interventie met de hoogste level of evidence maar voor een andere interventie, toevallig met de allerlaagste level of evidence, zijn wij dan volgens u evidence-based bezig?’ Het enige juiste antwoord op deze vraag is ‘ja’. Met de volgende kanttekening kan de spreker vervolgens bonuspunten verdienen: een level of evidence is maar één van de aspecten van het bewijsmateriaal. Daarnaast gaat het ook om de afweging van voor- en nadelen, patiëntenvoorkeuren en kosten.

Heeft de EBM-spreker het niet over een interventie maar over een richtlijn, dan kunt u de vraag ook zo formuleren: ‘Stel dat mijn patiënt/cliënt/doelgroep

en ik in een goed gesprek alle voors en tegens afwegen en ervoor kiezen om af te wijken van uw evidence-based richtlijnadvies, zijn wij dan volgens u evidence-based bezig?’ Ook dan is het enige juiste antwoord ‘ja’. De bonuskanttekening hierbij is dat beredeneerd afwijken van een richtlijnadvies in een individueel geval altijd kan. Af en toe beredeneerd afwijken is ook geen probleem. Wanneer het wel een probleem gaat worden, hangt af van de sterkte van het richtlijnadvies.⁴ Wijkt u in alle gevallen af van het richtlijnadvies, dan is de kans groot dat u niet evidence-based bezig bent.

We zijn benieuwd naar uw ervaringen.

LITERATUUR

1. *Stiphout WAHJ van*. EBM: de nieuwe kleren van de keizer? Tijdschr Gezondheidswet 2011;89:185-6.
2. *Offringa M, Assendelft WJJ, Scholten RJP*. Inleiding in de evidence-based medicine. Klinisch handelen gebaseerd op bewijsmateriaal. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2008.
3. *Schoemaker C, Gageldonk A van, Spijker J, Ketelaars T*. Deze behandeling werkt echt! Beproefde tips voor bevlogene sprekers. MGv 2006;61:48-58.
4. *Schoemaker C, Berg M van den, Proper K, Heijden GJ van der*. Sterke en zwakke richtlijnadviezen: een wereld van verschil. Med Contact (geaccepteerd).

REACTIE OP “EVIDENCE-BASED PRAATJES”

Graag dank ik de auteurs voor hun reactie op mijn redactioneel. Het is een goede aanvulling, die ook in de public health praktijk van toepassing is.

Wie de term “evidence-based” ook gebruikt of hoort gebruiken: weet wat u ermee bedoelt of kom er achter wat er

¹ Centrum Volksgezondheid Toekomst Verkenningen, RIVM

mee bedoeld wordt. En blijf kritisch nadenken over de relevantie en toepasbaarheid ervan in uw eigen praktijk.

EBM is overigens zo'n gebruikelijke afkorting geworden dat de omdraaiing van twee letters in de titel van het oor-

spronkelijk redactioneel helaas in de drukproef onopgemerkt is gebleven.

Willy-Anne H.J. van Stiphout

CORRESPONDENTIEADRES
Dr. C.G. Schoemaker, Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen, RIVM, Postbus 1, 3720 BA Bilthoven, tel: 030-2743124, e-mail: casper.schoemaker@rivm.nl

Onderrapportage infectieziekte-uitbraken bij kinderdagverblijven

Helen Aangenend,^{1,2} Karlijn Hoondert²

Van maart tot en met juni 2010 is door twee HBO-Verpleegkunde studenten van Hogeschool Arnhem- Nijmegen in opdracht van GGD Regio Nijmegen een onderzoek uitgevoerd naar de onderrapportage van meldingen volgens WPG-artikel 26 (noot a) bij kinderdagverblijven.

AANLEIDING

Het team Infectieziektebestrijding van de GGD had het vermoeden dat niet alle kinderdagverblijven in hun werkgebied uitbraken meldden conform de Wet Publieke Gezondheid, artikel 26. Vanwege dit vermoeden heeft de GGD twee studenten gevraagd om een onderzoek te verrichten naar: de mogelijke onderrapportage van meldingen en de determinanten die een rol kunnen spelen bij de kinderdagverblijven voor het wel of niet melden van 'artikel 26'-situaties.

OPZET

Naar de directie van alle 84 kinderdagverblijven in het werkgebied van GGD Regio Nijmegen werd per post een vragenlijst gestuurd. Deze lijst is samengesteld met behulp van de vragenlijst van het onderzoek naar de meldingsbereidheid van verpleeg- en verzorgingshuizen van GGD Hart voor Brabant.¹

¹ *Academische werkplaats AMPHI, UMC St Radboud, Nijmegen*

² *GGD Regio Nijmegen*

RESULTATEN

Uiteindelijk hebben 45 (54%) kinderdagverblijven de vragenlijst volledig ingevuld. Het blijkt dat vijf (11%) van de 45 kinderdagverblijven in 2009 de uitbraken van infectieziekten niet conform WPG-artikel 26 hebben gemeld aan de GGD. Een opvallende determinant was het kennistekort: ruim zestien (36%) kinderdagverblijven gaven aan niet of onvoldoende kennis te hebben van WPG-artikel 26, en elf (25%) gaven aan niet in staat te zijn om een uitbraak te herkennen. Van de kinderdagverblijven vonden er 40 (90%) de samenwerking met de GGD belangrijk en zestien (36%) vonden een huisbezoek van de GGD waardevol.

CONCLUSIE

Uit het bovenstaande blijkt dat kennis tekort met betrekking tot het WPG-artikel 26 mogelijk van invloed is op de onderrapportage van meldingen van infectieziekte-uitbraken bij kinderdagverblijven. Een aanbeveling van de onderzoeksters is om de kennis van WPG-artikel 26 bij directie, management en leidsters van de kinderdagverblijven te vergroten. De GGD heeft deze aanbeveling opgepakt en gaat medio 2011 aan directie en management van een grote koepelorganisatie voorlichting geven. Directie en management zullen vervolgens zelf de leidsters voorlichten, althans zo luidt het advies

van de GGD. Tevens krijgen alle kinderdagverblijven van de GGD een brief met een geplastificeerd stroomschema en werkinstructie toegestuurd, aan de hand waarvan medewerkers in alle lagen van de organisatie kunnen zien wat, waarom en aan wie er gemeld moet worden.

NOOT

- a Het hoofd van een kindercentrum dient bij een ongewoon aantal zieken met maag-en darmaandoeningen, geelzucht, huidandoeningen of ernstige aandoeningen van vermoedelijk infectieuze aard te melden aan de GGD. Deze meldingsplicht staat beschreven onder artikel 26 van de Wet Publieke Gezondheid (WPG).

LITERATUUR

- GGD Hart voor Brabant. Evaluatie meldingsbereidheid verpleeg- en verzorgingshuizen. 's-Hertogenbosch: GGD Hart voor Brabant, 2007.

CORRESPONDENTIEADRES
Helen Aangenend MSc, Academische werkplaats AMPHI, Afdeling Eerstelijngeneeskunde, UMC St Radboud, Postbus 9101,6500 HB Nijmegen, tel. 024-3655638, e-mail: h.aangenend@elg.umcn.nl

Action for Prevention

Mariken Leurs¹

In het kader van het Hongaarse voorzitterschap van de Europese Unie vond eind mei een invitational conference plaats over Gezondheidsbevordering en Preventie. De Hongaarse minister van volksgezondheid, Miklos Szocska, gaf in zijn openingspeech aan dat publieke gezondheid in Hongarije, toen hij aantrad een jaar geleden, geruïneerd was. Nu was het tijd voor wederopbouw, binnen de beperkingen van een zeer beperkt budget. Een van zijn eerste acties was daarom de introductie van een nieuwe tabakswet. Hoewel deze wet al drie jaar op de plank bleek te liggen, werd deze nu in een maand aangenomen, meldde een trotse minister. Michael Hübel, werkzaam bij de Europese Commissie (EC), gaf aan dat de EC graag verder gaat dan enkel wetgeving. Inzet op netwerken en bewustwording is belangrijk, alsmede het beïnvloeden van attitudes en normen. In tegenstelling tot Nederland, zet de EC daarom dit jaar in op een anti-tabakscampagne waarin de voordelen van het niet-roken worden geëtaleerd ('start met iets nieuws' is de boodschap in plaats van 'stop met roken'). In de strijd tegen overgewicht pleitte Hübel voor partnerschappen. Parallel hieraan zet de EC in op 4% zout-reductie in vier jaar. Minister Szocska adviseerde hierbij om eens te kijken naar de voedingswetgeving in de voormalige Sovjet-landen, aangezien deze al strikter waren dan dat waar de EC nu voor pleit.

Wat de titel van meeting al doet vermoeden: deze meeting bood een veelvoud aan inblikjes in ontwikkelingen in verschillende EU-lidstaten. Hierbij een impressie.

- Pedro Graça ging in op de verbreding die *Portugal* aanbrengt in haar opleidingen van voedingsdeskundigen. Enkel kennis over voedingsamenstelling en de interactie van voeding met gezondheid is niet langer voldoende. Kennis over communicatie en beleids-

beïnvloeding wordt nu toegevoegd. Hierbij horen ook de ontwikkeling van leiderschap en samenwerkingsvaardigheden. Erg herkenbaar als we kijken naar de competenties die de gezondheidsbevorderaars in Nederland graag verder ontwikkelen.

- Al in 2005 startte een gezonde school kantineprogramma in *Hongarije*, met ondersteuning vanuit het ministerie van Onderwijs. Recent hebben ze gewerkt met een 'happy week' en een programma met als inzet water in plaats van soft-drinks te drinken. Daarnaast heeft *Hongarije* ingezet op rookpreventie in kleuter- en basisscholen met 'smoking is sticky' als thema. Reductie van roken bij volwassenen is spin-off van deze aanpak.
- Vanuit *Frankrijk* gaf Jean-Michel Borys een toelichting op Epode waarbij hij het belang benadrukte van flexibiliteit zodat de inzet per gemeente kan verschillen en past bij de mogelijkheden en ideeën van de lokale partners. Onze JOGG aanpak in Nederland sluit hier goed bij aan.
- Vanuit *Finland* aandacht voor het binnen de publieke gezondheid beroemde voorbeeld van Karelia. Het blijft indrukwekkend hoe breed deze aanpak in de jaren zeventig is opgezet en nog steeds doorwerkt.

Naast presentaties over de activiteiten van EU-lidstaten, bevatte de conferentie ook een aantal interessante land-overstijgende presentaties.

- Rula Khoury (WHO) ging in op het "Framework Convention on Tobacco Control". Dit omvat zowel maatregelen aan de aanbod- als aan de vraagzijde. Inmiddels getekend door 47 landen. Opvallend is dat horecabedrijven in landen met een rookverbod rapporteren dat de effecten voor hun bedrijf neutraal of positief uitvallen. Dit is een ander geluid dan Horeca Nederland ons wil doen geloven.

- Michael Kolb (Vienna University) vertelde over het PASEO-project gericht op bewegingstimulering bij ouderen. Met name bij mannen zien we een toename in inactiviteit bij het ouder worden aldus Kolb. Vrouwen worden weer actiever als de kinderen het huis uit gaan, mannen blijven inactief. Inzet in PASEO is de verbinding aanbrengen tussen verschillende sectoren en binnen organisaties (gebaseerd op het ADEPT model). In Nederland werken TNO en NISB hieraan mee (Fit for Life). De belangrijkste factor bij het opzetten van succesvolle allianties bleek het opbouwen van vertrouwen tussen de partners te zijn, aldus Kolb.
- De Executive Agency for Health and Consumers heeft alle projecten die de EC de laatste jaren heeft gefinancierd opgenomen in een databank. Handig als check om het wiel niet opnieuw uit te vinden en de juiste samenwerkingspartners in beeld te brengen: <http://ec.europa.eu/eahc/projects/database.html>.
- Op 1 juni neemt Polen het voorzitterschap van de EU over van Hongarije. Op het vlak van de publieke gezondheid wil Polen inzetten op het verkleinen van gezondheidsverschillen tussen EU-lidstaten en op aandacht voor degeneratieve ziekten zoals Alzheimer. Begin november organiseert Polen haar conferentie.

Zelf had ik de eer om de uitdagingen van gezondheidsbevordering in Nederland toe te lichten. Hierbij is uiteraard ook de nieuwe gezondheidsnota toegelicht die de week voor deze conferentie werd gelanceerd. Tevens is ingegaan op de mogelijkheden en vragen die we hebben over social media, als aanvulling op de huidige strategieën. Het gaat hierbij om de ontwikkeling van gezondheidsbevordering 1.0 (zenden), via gezondheidsbevordering 2.0 (co-creatie) naar gezondheidsbevordering 3.0 (nieuwe partnerschappen 'across borders'), analoog aan

¹ RIVM Centrum Gezond Leven, Bilthoven