



Evidence Based Practice is naast evidentie en richtlijnen ook kennis, communicatie en wijsheid

Marc Lemiengre, Huisartsenpraktijk De Wijngaard Roeselare; Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, UGent

Al veel bijdragen in Minerva hebben vragen, bedenkingen en oplossingen proberen formuleren in verband met het implementeren van EBM in de praktijk. Op welke manier kan wetenschappelijk bewijs, aangeleverd door stringent wetenschappelijk onderzoek, geïmplementeerd worden in de dagelijkse praktijk opdat het effect heeft op de kwaliteit van zorg voor de patiënt en opdat dit effect zichtbaar wordt in meetbare klinische uitkomsten?

Chevalier P. zocht reeds in 2010 naar een antwoord op deze vraag en kwam tot de conclusie dat richtlijnen een effect hebben op het zorgproces maar dat het effect op klinische uitkomsten niet zo goed onderbouwd is (1). Voor duidelijk omschreven pathologieën kon onderzoek aantonen dat het volgen van de richtlijnen wel een effect heeft op klinische uitkomsten (2,3). Dit verhaal over aanvaarding, goedkeuring en uiteindelijk implementatie van richtlijnen liet toe een nieuw onderzoeksdomein te ontwikkelen dat de naam kreeg van 'implementation science'. Een recente Amerikaanse publicatie verzamelde de kennis over vier strategieën die de 'adoptie' en de implementatie van richtlijnen zouden ondersteunen (4). Audit, feedback en onafhankelijke informatie gebracht in de praktijk (*educational outreach visits*) hadden een positief effect, zowel op het zorgproces als op de klinische uitkomsten. Provider incentives (belonen van de zorgverlener voor het toepassen van de richtlijn) en reminders (beslissingsondersteuning op papier of elektronisch) leidden tot tegenstrijdige maar meestal minder gunstige resultaten. Opnieuw moeten we dus vaststellen dat er weinig evidentie bestaat over de effectiviteit van de implementatie van richtlijnen op klinische uitkomsten, kosteneffectiviteit en contextuele problemen. De weerstanden om aanbevelingen toe te passen, alsook de factoren die de toepassing faciliteren komen overeen met een eerder besproken artikel (5,6). Dat laatste geeft een zeer gestoffeerd overzicht van de problematiek maar toont nogmaals aan dat het ontwikkelen en ter beschikking stellen van richtlijnen geen eenduidig effect hebben op klinische uitkomsten of de kostprijs van de gezondheidszorg.

De implementatie van richtlijnen is niet het enige probleem. Bij een studie over de kwaliteit van richtlijnen die de eerstelijnszorg zouden moeten ondersteunen bleek dat slechts 18% van de aanbevelingen berust op patiëntgeoriënteerde evidentie van goede kwaliteit (Strenght of Recommendation Taxonomy A). Voor 50% gaat het uitsluitend om expertopinie, gebruikelijke zorg of intermediaire uitkomsten (7). Naast het beoordelen van de onderbouwing moeten we ook kritisch kijken naar de manier waarop aanbevelingen tot stand komen en wie de pen van de auteurs vasthoudt (8). De validering van de richtlijnen door CEBAM blijft in deze context een belangrijk gegeven.

Ondanks vele onvolkomenheden en moeilijkheden die we ondervinden bij de implementatie van wetenschappelijk bewijs in de dagelijkse praktijk, is er geen weg terug. Artsen in opleiding zullen blijvend getraind worden om op een kritische en onafhankelijke manier om te gaan met wetenschappelijke gegevens die hun klinische praktijk onderbouwen. Op dit vlak zijn toegevingen omwille van weerstand verleidelijk (9) maar zeker ook uit den boze omdat ze voorbijgaan aan de vrijheid en de verantwoordelijkheid van de arts. Wanneer een arts niet meer in staat is bestaande en nieuwe informatie op haar waarde in te schatten, wordt hij een speelbal in de handen van wie over nieuwe kennis beschikt. Het kan hierbij zowel gaan om de industrie als om de overheid die hun macht gebruiken om met zeer verschillende motieven de ontwikkeling van richtlijnen te beïnvloeden (8). Als artsen de mogelijkheid niet krijgen om kritisch te zijn, hun verantwoordelijk voor de patiënt zelf op te nemen en hun beslissingen op een transparante wijze voor de buitenwereld (beroepsgroep, RIZIV,..) te verantwoorden, dan is het risico op het ontstaan van blinde kookboekgeneeskunde groot.

Wanneer audit, feedback en onafhankelijke informatie persoonlijk gebracht op praktijkniveau effectief zijn, zowel voor het zorgproces als voor klinische uitkomsten, dan zetten we best hierop in. Onafhankelijke artsenbezoekers - een project dat helaas niet langer door de overheid ondersteund zal worden -, LOK-groepen en de feedbackrapporten van het RIZIV voor de individuele arts zijn bestaande instrumenten die we moeten verfijnen en verder uitbouwen om de implementatie van evidentie te versterken. De feedbackrapporten zijn wellicht te weinig gefocust, missen de context van de patiënt (leeftijd, geslacht, comorbiditeit, economische klasse) en liggen te sterk gespreid in de tijd om echt impact te hebben. Deze rapporten benaderen artsen overigens nog altijd als individuen en geven geen informatie over de 'praktijk'. Hierdoor gaat de kans voorbij om groepspraktijken of opleidingspraktijken te prikkelen tot structurele aanpassingen om bijvoorbeeld het aanvraag- en voorschrijfgedrag binnen de praktijk af te stemmen op richtlijnen. Onafhankelijke artsenbezoekers brengen wel goed onderbouwde informatie in de praktijk, maar het blijft bij informeren en dat is waarschijnlijk nog onvoldoende om het gedrag echt bij te sturen. De jaarlijkse antibioticacampagne, die zich zowel richt op de arts als op de patiënt, is een goed voorbeeld van een implementatiestrategie die alle betrokkenen op een aangepaste manier benadert. Helaas lijkt de dalende trend in het voorschrijven van antibiotica te stagneren, maar het type voorgeschreven antibiotica is wel steeds meer conform de richtlijnen. Het is ook belangrijk dat artsen verder getraind worden in goede communicatie met de patiënt. Iets niet doen, ook al is het wetenschappelijk perfect onderbouwd, vraagt altijd een grote inspanning, zowel van de arts als van de patiënt. Mythes doorprikken vraagt tijd en energie. Uitleg geven waarom je liever niet ingaat op de vraag om een PSA-bepaling te doen, of om antibiotica voor te schrijven voor hoest of om een algemene jaarlijkse bloedcontrole te doen bij een dertigjarige zonder klachten, vraagt om veel kennis, communicatieve vaardigheden en ook een beetje wijsheid.

Implementatie van richtlijnen is belangrijk bij de vormgeving van kwalitatieve zorg. De kans dat die implementatie lukt, hangt af van de mate waarop ze weerstanden, knelpunten en drempels bij zorgverleners kan neutraliseren. Ook de zorgstructuur - die zeker in de tweede lijn sterk technisch-instrumenteel en economisch gestuurd is (niets doen of minder doen loont niet) -, kan een belangrijke hinderpaal zijn voor de implementatie van richtlijnen. Zelfs wanneer men erin zou slagen om het instrumentarium waarover men beschikt te optimaliseren, blijven richtlijnen slechts één element dat kwaliteitsvolle zorg ondersteunt. Voor veel beslissingen die artsen en hulpverleners dagelijks nemen is de wetenschappelijke onderbouwing flinterdun en de toename van comorbiditeit in een vergrijzende wereld eist van de arts een afwegen van prioriteiten in overleg met de patiënt (10).

Kennis, kritische reflectie, communicatieve vaardigheden en een beetje wijsheid blijven de kenmerken van een arts die richtlijnen met een grote vrijheid adopteert en implementeert in zijn dagelijkse praktijk. De verantwoordelijkheid van de beleidsmakers blijft dat ze een zorgcontext ondersteunen die dit mogelijk maakt voor alle betrokken hulpverleners én voor de patiënten.

Referenties: zie website