

Uit een Canadees onderzoek in de eerste lijn blijkt dat huisartsen die het antwoord op een klinische vraag niet wisten, verschillende strategieën ontwikkelden¹. Voor 41% van de vragen zochten en vonden ze zelf een antwoord. Eén vierde liet de dingen op hun beloop, 6% nam contact op met een collega en 4% telefoneerde naar een kennis. Alternatieve strategieën waren: de patiënt laten terugkomen (1%), hem verwijzen (3%) of bijkomend onderzoek vragen. Bij de rest kon men geen duidelijke strategie benoemen.

Op welke manier kan je kwaliteitsvolle informatie overbrengen?

De zoektocht naar betrouwbare informatie is voor huisartsen geen gemakkelijke klus. Wie gedegen informatie aan zorgverstrekkers wil overbrengen staat echter ook voor een moeilijke taak. Hoe doe je dat best? Artsen verschillen in behoeften, ervaring en leermethodes. Iedere manier om informatie over te brengen heeft zijn voor- en nadelen. In een editoriaal wezen we reeds op het belang van leestesten en continue medische navorming². Het tijdschrift 'Evidence-Based Medicine' gaf in 2010 een nieuwe 'look' aan zijn artikels. Met deze nieuwe aanpak wilden de uitgevers hun informatie sneller en pragmatischer overbrengen en inhoudelijk meer de nadruk leggen op de klinische implicaties voor de praktijk³. Ook Minerva deed de laatste jaren extra inspanningen om de paragraaf 'Voor de praktijk' meer in de verf te zetten. Zo verplichten we onszelf om voor de lezer een voor de praktijk relevant antwoord te geven. Momenteel maakt Minerva plannen om een webapplicatie te ontwikkelen, gebaseerd op concrete klinische vragen. Computergestuurde ondersteuning bij medische beslissingen is een andere piste die reeds in Minerva ter sprake kwam⁴. In België is hierover een federaal project in volle ontwikkeling. Geüniformiseerde, gestandaardiseerde informatiecataal (meestal onafhankelijk van de context of 'context free' volgens de Angelsaksen) stoot dikwijls op weerstand bij artsen, ook al kan deze taal een zeker doel van de geneeskunde dienen. Sommige artsen staan wantrouwig tegenover het gebruik van een tot een onontkoombaar icoon opgetilde machine waarvan de balans tussen winst en risico niet steeds duidelijk is. Geen enkele van deze methodes komt voor 100% tegemoet aan de wensen van alle artsen. Is er nog een alternatief?

'Just-in-time' informatie

De bovenvermelde Canadese studie van zeer goede methodologische kwaliteit onderzocht de impact van 'just-in-time' informatie in de eerste lijn¹. De zorgverstrekker stelde zijn/haar vraag onmiddellijk telefonisch aan een gespecialiseerde 'just-in-time' dienst. Deze dienst bestond uit 3 bibliothecarissen en één bibliothecaris-student die een training kregen in het gebruik van EBM-technieken (interpretatie van een klinische vraag, vaardigheden in het opzoeken en kritisch benaderen van literatuur) en in me-

Een vraag die ons in verlegenheid kan brengen...

Mevrouw Janssens komt op raadpleging. Je kent haar al jaren. Ze lijdt aan de ziekte van Crohn. Haar specialist raadde haar aan te starten met infliximab. Ze vraagt jou wat jij hierover denkt.

Hoe zou je reageren als je hierop het antwoord niet weet?

thoden om informatie op een geüniformiseerde en consistente manier door te geven. Een run-in periode van één jaar moest alle procesmatige problemen op het vlak van informatieverstrekking oplossen. Tijdens het onderzoek kreeg de zorgverstrekker per vraag een antwoord binnen gemiddeld 13,68 minuten. De vragen omvatten alle domeinen van de geneeskunde: diagnostiek, etiologie, behandeling, preventie, procedures en prognose. De tevredenheid van de deelnemers was verrassend. Bij 86% van de artsen had het antwoord een positieve impact op hun praktijk. Een positieve impact was gedefinieerd als: kwalitatief betere beslissingen, iets nieuws bijleren, oprissing van de kennis of herinnering aan vergeten informatie. Indien deze service zou blijven bestaan, zou 72% van de deelnemers deze verder gebruiken en zou 33% er zelfs voor betalen.

Diversiteit en relatief belang

Vanuit een EBM-oogpunt geeft dit onderzoek geen enkel bewijs over mogelijke kwalitatieve veranderingen in de praktijk. Evenmin geeft deze studie aan hoe men EBM-informatie in zijn context kan gebruiken. Het probleem 'hoe omgaan met deze informatie bij de patiënt die vóór mij zit?' is hiermee niet opgelost. Deze methode zonder meer aanbevelen in de praktijk lijkt dus niet zinvol. Artsen aanmoedigen om zelf informatie te zoeken en de hulpmiddelen voor het zoeken uitbreiden is van primordiaal belang. Geen enkele vorm van informatie-overdracht, zowel in de klassieke geschreven vorm als via mondelinge overdracht tussen collega's, via elektronische weg of via telefonisch contact met een expert-documentalist, kan aanzien worden als de mirakeloplossing die perfect aan ieders noden voldoet. Iedere aanpak heeft een bepaald nut en een bepaald relatief en absoluut belang. Het gaat erom in de praktijk alle beperkingen en voordelen van een bepaalde vorm van informatie-overdracht te achterhalen en deze tegen elkaar af te wegen.

Referenties

1. McCowan J, Hogg W, Campbell C, Rowan M. Just-in-time information improved decision-making in primary care: a randomized controlled trial. PLoS ONE 2008;3:e3785.
2. Chevalier P. Continue medische navorming: de leesmodules van Minerva. Minerva 2010;9(5):49.
3. Solomon J. New look Evidence-Based Medicine. Evid Based Med 2010;15:2.
4. De Jonghe M. Computergestuurde ondersteuning bij medische beslissingen. Minerva 2009;8(1):2-3.