

Evidence based medicine:

- Acute rhinosinusitis
- Acute keelpijn
- Acute otitis media

Wat betekent EBM?

Evidence Based Medicine is de integratie van:

- de beste research evidentie
- de klinische expertise van de arts
- de waarden van de patiënt

Beste research evidentie:

->Klinische relevant

< Basiswetenschappen

< Patiënt gebonden onderzoek

- Diagnostische onderzoek
- Prognostische onderzoek
- Effectiviteit van interventies

Klinische expertise =

klinische vaardigheden en ervaring van de arts

Inschatten :

- van unieke gezondheidstoestand en diagnose van de patiënt
- van individuele risico's en baten van interventies
- van persoonlijke waarden en verwachtingen

Waarden van de patiënt:

Unieke voorkeuren, bekommernissen,
verwachtingen die de patiënt naar elk contact
meebrengt

Hoe kunnen we nu EBM echt in de praktijk toepassen?

1. Nood aan informatie omzetten in beantwoorbare vragen
2. Informatie vinden
3. Informatie beoordelen
 1. Validiteit
 2. Impact
 3. Toepasbaarheid
4. Integratie van de kritische beoordeling met onze klinische expertise, met de unieke biologie van de patiënt en de omstandigheden
5. Evaluatie van de eigen effectiviteit en efficiëntie in de vorige stappen: kan dit beter?

Hoe kunnen we nu EBM echt in de praktijk toepassen?

1. Nood aan informatie omzetten in beantwoorbare vragen

DEEL 1

2. Informatie vinden

WATERVALMETHODE

3. Informatie beoordelen

1. Validiteit
2. Impact
3. Toepasbaarheid

**WAT IS EEN GOEDE GUIDELINE?
HOE EEN STUDIE BEOORDELEN?**

4. Integratie van de kritische beoordeling met onze klinische expertise, met de unieke biologie van de patiënt en de omstandigheden

5. ~~Evaluatie van de eigen effectiviteit en efficiëntie in de vorige stappen:~~

~~kan dit beter?~~
EBM N607 An De Sutter 8-4-2009 Domus Medica

Casus

Kim, studente, 18 jaar

Voorgeschiedenis: frequent OMA als kind

Huidig probleem:

Verkouden sinds 5 dagen

Begonnen met waterige neusloop, algemene malaise, prikkelhoest

Nu: hoofdpijn, (frontaal), purulente neusloop Re, verstopte neus Li,

Productieve hoest

Algemene malaise, moe

KO: lichte kloppijn frontaal, lichte klieropzetting submandibulair.

Verder negatief.

Opdracht :

Formuleer zoveel mogelijk klinische vragen waarvan de antwoorden u helpen om deze patiënte beter te helpen (diagnostisch, therapeutisch, prognostisch...)

Opdracht:

Lees de resultaten in het artikel van Lindbaek en formuleer een aanbeveling voor de klinische diagnose van rhinosinusitis.

Purulente rhinorrhea	3/4
Pijn aan de tanden	2/4
Begonnen met een verkoudheid	1/4
2 fazen in ziekteverloop	1 /1
Ontzwellende neusdruppels helpen niet	1/1
Zichtbare purulente rhinorrhea	2/4
Pijn bij vooroverbuigen	1/4
transilluminatie	1/1
Sedimentatie	1/1
CRP	1/1

Klachten van neus (rinorroe, verstopte neus, (nachtelijk) hoesten, niezen).

Klachten van bijholten (aangezichtspijn, frontale hoofdpijn, tandpijn/pijn bij kauwen, bukpijn).

Johan is 17 jaar, en heeft de laatste jaren last van recidiverende angina's (3 maal per jaar). Hij komt op consultatie omdat hij sedert de dag voordien last heeft van keelpijn en koorts tot 39 °C. Bij keelinspectie ziet u een etterig tonsillair beslag bilateraal, en palpatie van de submandibulaire klieren is pijnlijk. De vader van Johan dringt aan op een behandeling met antibiotica. 'Johan zit immers in de examenperiode, en van antibiotica is geweten dat ze de ziekteduur verkorten en verwickelingen voorkomen' dixit de vader.

U stelt de diagnose van acute tonsillo-faryngitis.

Noteer bijkomende klinische vragen

Noteer uw beleid

Wat is een goede guideline?

Definitie

“Clinical guidelines are systematically developed statements to assist practitioner and patient decisions about appropriate health care for specific clinical circumstances” (Grimshaw & Eccles) .

1 op systematische wijze ontwikkeld

2 stellingen

3 helpen

4 arts én patient

5 beslissingen

6 passende gezondheidszorg

7 specifieke gezondheidsproblemen

1 op systematische wijze ontwikkeld

Opdrachtgever?

Nationale of internationale organisatie

Onafhankelijk!!!



Stap 1: keuze van het onderwerp - criteria

1. Relevant
 - belangrijk gezondheidsprobleem
 - hoge incidentie/prevalentie
 - beleid wordt hoofdzakelijk gevoerd door HA
2. Probleem gebied
 - grote praktijkvariatie
 - uitkomst voor de patiënt kan verbeteren
 - onder/overgebruik (diagnostiek, voorschrijven, verwijzen)

1. keuze van het onderwerp

3. Winst mogelijk

uitkomst voor de patiënt kan verbeteren

kostenbesparing voor patiënten of maatschappij

mogelijkheid voor meer gericht voorschrijven

4. Doenbaarheid

beschikbaarheid van onderbouwing

cosensus is mogelijk

effectieve implementatie is mogelijk

voorbeelden:

ACNE VULGARIS

SLAAPSTOORNISSEN

DIABETES

RHINOSINUSITIS

SCABIES

Auteurs?

Stap 2: AUTEURS

1. Team

2. Relevante disciplines - ervaring in literatuuronderzoek

(3. stuurgroep : procesbegeleiding en bewaking,
redactie ..)

Toekomst: vaste schrijver + multidisciplinaire auteurs(advies) groep

bv.guideline rhinosinusitis

-1 academisch NKO arts

-1 academische pediater

-1 academische huisarts

Stap 3 : Eerste draft

- 1- formuleren van klinische vragen
- 2- systematisch onderzoek van de literatuur
- 3- schrijven van een eerste werkdocument

Formuleren van de klinische vragen:

1. De algemene doelstelling voor de aanbeveling beschrijven.
2. klinische vragen opstellen en formuleren als een PICO (populatie, interventie, controle, outcome).

Vanuit de klinische vragen :

---- > zoektermen voor **literatuuronderzoek**



eerste draft

1. Kritische beoordeling van van de literatuur
2. Evidentietabel die de evidentie samenvat die het antwoord levert op de belangrijkste punten
3. Consensusoverleg binnen de auteursgroep
4. Eerste versie volgens vaste structuur

Timing jaar 1 :

- maand 1-3 : algemene doelstellingen en klinische vragen
- maand 4-6 : literatuuronderzoek
- maand 7-9: algemeen opzet van de aanbeveling
- maand 10: eerste draft
- maand 10-12: bijwerken

---→ NA 1 JAAR/ TOETSKLARE VERSIE

Stap 4 Toetsing

1. Experten : inhoudelijke toetsing

huisartsen met bijzondere interesse in het onderwerp, perifere specialisten, academici, auteurs buitenlandse aanbevelingen (NHG)

inventarisatie van de opmerkingen
consensusvergaderingen

2. Lok groepen : haalbaarheid

1. Bespreking van richtlijn a.h.v. casussen en concrete vragen

2. Evaluatie richtlijn in de praktijk

inventarisatie van de opmerkingen
consensusvergadering

3. Redactie Huisarts Nu

doel: leesbaarheid bevorderen

Stap 5 : Validatie

Door CEBAM

Appraisal of guidelines for research and evaluation

AGREE

1. Scope and purpose
2. Stakeholder involvement
2. Rigour of development
4. Clarity and presentation
5. Applicability
6. Editorial independence

Timing jaar 2

- Maand 1: pre-definitieve versie
- Maanden 2-5: experts en toetsing in loks
- Maanden 6-7: consensusbijeenkomsten, validatie 1
- Maanden 8-10: redactie, finalisatie
- Maanden 11: validatie 2 (CEBAM)
- Finale versie

Informatie opzoeken

De “hier-weet-ik-niets-van” vraag.

Wat is ...

Het syndroom van Smith-Lemli-Opitz ???

Carbaglu??

Chelatietherapie??

Vermoedelijk meer naargelang langer afgestudeerd.

De “hier-weet-ik-niets-van” vraag.

Opzoeken

- ▶ Tekstboeken
 - ▶ “Google-it-up”
 - ▶ Geneesmiddelen:
 - Geneesmiddelenrepertorium www.bcfi.be
 - Farmacotherapeutisch kompas www.fk.cvz.nl
-

De “hoe-zat-dat-ook-al-weer” vraag?

Terugbetalingsvoorwaarden clopidogrel?

Hoe een collocatie aanvragen?

Glucose-6-fosfaat dehydrogenase deficiëntie of Favisme.

Heeft patiënt recht op een invaliditeitsuitkering?

Variant op vorig type ~ basiskennis

Grosso modo zelfde zoekmethode

Gebruik vaste links!

De “**wat-moet-ik-nu-doen**” vraag?

Welke diagnostische test?

Welke behandeling?

Welke info over prognose?

Welke praktijkorganisatie?

.....

Huisartsrelevant.

- Onderzocht in HAP en eerste lijn.

Relevant voor onze patiënt.

- Geslacht, leeftijd, (ziekte)kenmerken.

Evidence based

- Gebaseerd op studies
- Klinische studies (niet bloedspiegels, farmacokinetiek, dierstudies,)
- Harde eindpunten: morbiditeit, mortaliteit, levenskwaliteit.

Wat-moet-ik-doen-vraag?

Lage-vage-vergeten basiskennis

- ▶ Vb:
 - patiënt met vermoeden van hartfalen → welke diagnostische uitwerking?
 - Man met urethritis: eerste keuzeR/.
 - Vaccinatieschema tetanus volwassene.
 - ▶ Aanbevelingen, standaarden, guidelines.
-

1. Formuleer een vraag:

2. Zoek in de literatuur:

Onafhankelijke bronnen

Profiteer van het opzoekwerk dat anderen al vóór u gedaan hebben.

Trapsgewijze zoekmethodiek.



Niveau 1

Niveau 2

Niveau 3

Niveau 4

Bron: Prof. T. Christiaens Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, Ugent.

Niveau 1

Aanbevelingen

[NHG-Standaarden](#) (NL), [Aanbevelingen WVVH](#) (BE), [SSMG](#) (BE), [Richtlijnen Antibiotica](#) (Comité Antibioticabeleid - BE) [CBO](#) (NL), [ANAES](#) (FR), [SIGN](#) (Schotl.), [N Zealand](#)

Niveau 2

Samenvattingen: nieuwe evidentie gekaderd in reeds bestaande evidentie

[Clinical Evidence](#), [ISDB](#) ([Geneesmiddelenbulletin](#), [La Revue Prescrire](#), [Folia](#), [Geneesmiddelenbrief](#), ...), [Minerva](#), [ACPJC](#), [EBM Journal](#), [Transparantiefiches](#)

Niveau 3

Systematische overzichten van oorspronkelijke studies

Systematische reviews en meta-analyses (o.a. [CDSR](#) en [DARE](#), [Cochrane](#))

Niveau 4

Oorspronkelijke studies

[BMJ](#), [JAMA](#), [NEJM](#), [Lancet](#)

[Medline](#), [CTTR](#) ...



Toegankelijk via:

www.farmaka.be

www.cebam.be

3. Beoordeel de oogst

Relevant voor de eerste lijn?

Relevant voor deze patiënt?

Was dit wel degelijk de uitkomst waar ik naar zocht?

Uit welk jaar stamt info?

Bij oorspronkelijke studies: kwaliteitsbeoordeling!

4. Pas het toe in de praktijk

Is de R/, test, voorziening beschikbaar?

Realiseerbaar?

Geen contra-indicaties?

Pieter, 3 jaar

Vorige avond lastig, klaagde van pijn in linker oor –
kreeg paracetamol.

Deze nacht eerst onrustig, dan ingeslapen.

Deze ochtend: oorkussen en oorschelp vol met
opgedroogd pus.

Wat is uw diagnose? Wat is uw beleid? Noteer.

1. wat wordt onderzocht?
2. wie wordt onderzocht?
3. waar vindt het onderzoek plaats?
4. hoe gebeurt het onderzoek?
5. resultaat ?
6. kosten vs baten voor mijn patient ?

Otitis media: 2 meta-analyses.

- Meta-analyse (Glaziou 2003) n=2287
 - Pijn na 24 uur: geen verschil tss antibiotica en placebo
 - Pijn van 2^{de} tot 7^{de} dag: NNT=15
 - Recidieven : geen verschil
 - Doofheid: geen verschil

 - -→ Wel: meer braken, diarree en rash met ab
-

Meta-analyse (Rovers 2006) n=1643 (IPDMA)

Alle: verdwijnen van pijn en koorts van 2de tot 7de dag: NNT = 8

Kinderen > 2 jaar NNT=10

Kinderen met unilaterale otitis media NNT=17

Kinderen zonder loopoor NNT=8

MAAR:

Kinderen met loopoor NNT = 3

Kinderen met bilaterale otitis media < 2 jaar NNT = 4
