



Zoekgedrag van aios huisartsgeneeskunde in de praktijk

Samenvatting

Bartelink MEL, Kortekaas MF, Boelman L, Hoes AW, De Wit NJ. Zoekgedrag van aios huisartsgeneeskunde in de praktijk. *Huisarts Wet* 2017;60(1):12-4.

ACHTERGROND Dokters hebben vaak vragen tijdens patiëntcontacten. Informatie over dergelijke vragen bij aios huisartsgeneeskunde is er nauwelijks. Wij onderzochten hoe vaak en hoe aios antwoorden zoeken op vragen in de praktijk.

METHODE Zes groepen derdejaars aios huisartsgeneeskunde vulden vragenlijsten in en hielden acht opeenvolgende praktijkdagen een logboek bij. Ze verzamelden informatie over het consult, klinische vragen, zoekgedrag en de impact van de gevonden antwoorden.

RESULTATEN Zesenzeventig aios rapporteerden 1533 vragen bij 7300 patiënten, dit zijn 0,2 (sd 0,1) vragen per patiënt. Voor de meeste vragen zochten ze naar een antwoord (gemiddeld 0,8 (sd 0,2) per vraag), meestal tijdens het consult (61% van de zoekacties). Ze vonden vaak een antwoord (gemiddeld 0,8 (sd 0,2) per zoekactie). In 28% van de gevallen raadpleegden ze daarvoor collega-huisartsen of hun opleider en in 26% NHG-Standaarden. Internet en andere bronnen gebruikten ze niet of nauwelijks.

CONCLUSIE Aios rapporteren één vraag per vijf patiënten, waarvoor ze meestal een antwoord zoeken en vinden. Ze gebruiken daarbij vooral collega-huisartsen en NHG-Standaarden.

INLEIDING

Tijdens de opleiding tot huisarts leren aios te werken volgens de principes van evidence-based medicine (EBM). Dat houdt in dat ze de eigen klinische expertise leren integreren met de kennis uit wetenschappelijk onderzoek en de wensen en verwachtingen van de patiënt.¹ Om EBM goed te kunnen toepassen leren aios een vraag vanuit de praktijk te formuleren, hierop een antwoord te zoeken, de aanwezige evidence te beoordelen en deze toe te passen. Uit de literatuur blijkt dat aios vaak vragen hebben: 0,7 tot 1,6 vragen per patiënt.²⁻⁵ We hebben onderzocht hoe vaak en op welke manier aios huisartsgeneeskunde zoeken naar antwoorden op klinische vragen.

METHODE

Onderzoeksontwerp

We hebben baseline-gegevens gebruikt van het PINET-onderzoek, een prospectieve, clustergerandomiseerde trial onder zes groepen derdejaarsaios van de Utrechtse huisartsoplei-

ding, per groep toegewezen aan praktijkgeïntegreerd of regulier EBM-onderwijs.⁶ Het primaire eindpunt was EBM-gedrag: het zoekgedrag en het handelen volgens de NHG-Standaarden (of het onderbouwd ervan afwijken) aan het einde van de opleiding en een jaar na het afronden daarvan. Secundaire eindpunten waren EBM-kennis en attitude. In dit descriptieve onderzoek maakten we gebruik van de gegevens over het zoekgedrag.

Onderzoekspopulatie en gegevensverzameling

Aan het begin van het opleidingsjaar hebben we alle derdejaars aios ($n = 82$) geïnccludeerd. Ze vulden een vragenlijst over demografische gegevens in en gaven op een vijfpuntslikertschaal hun indruk van hun eigen EBM-kennis en -attitude. Ze hielden op acht opeenvolgende praktijkdagen logboeken bij van alle patiëntcontacten. Telefonische consulten hebben ze niet genoteerd. Ze verzamelden informatie over het consult (SOEP), vragen (ja/nee, beschrijving), zoekgedrag (ja/nee, duur, moment van zoeken, reden om niet te zoeken) en antwoorden (wel/niet, bronnen, impact).

We verkregen *informed consent* van alle deelnemende aios voor het gebruik van de vragenlijsten en logboeken. De gegevens in de logboeken zijn niet herleidbaar tot individuele patiënten.

Gegevensanalyse

We hebben frequenties en percentages, gemiddelden en standaarddeviaties (sd) of de mediaan en interkwartielranges (IQR) berekend. Zoekgedrag hebben we uitgedrukt als 1) het aantal vragen als proportie van alle patiëntcontacten, 2) het

Wat is bekend?

- Tijdens een consult hebben dokters vaak klinische vragen waarop ze het antwoord niet weten.
- Aios leren tijdens de opleiding te werken volgens de principes van evidence-based medicine (EBM; het integreren van evidence, klinische expertise en wensen van de patiënt).
- Er is steeds meer evidence-based informatie beschikbaar in richtlijnen en via internet.
- Er zijn geen gegevens uit de spreekkamer over het zoekgedrag van aios huisartsgeneeskunde.

Wat is nieuw?

- Aios huisartsgeneeskunde rapporteren één vraag per vijf patiënten.
- Ze zoeken vaak een antwoord, meestal tijdens het consult.
- Ze vinden vaak een antwoord op hun vraag.
- Ze vragen vooral collega's naar dat antwoord, of zoeken in de betreffende richtlijn.
- Ze gebruiken weinig andere informatie via internet.

UMC Utrecht, Julius Centrum, afdeling Huisartsgeneeskunde, Postbus 85500, 3508 GA Utrecht: dr. M.E.L. Bartelink, huisarts-epidemioloog; M.F. Kortekaas, arts-in-opleiding tot huisarts-onderzoeker; L. Boelman, huisarts; prof.dr. A.W. Hoes, hoogleraar klinische epidemiologie; prof.dr. N.J. de Wit, hoogleraar huisartsgeneeskunde • Correspondentie: m.e.l.bartelink@umcutrecht.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van: Kortekaas MF, Bartelink MEL, Boelman L, Hoes AW, De Wit NJ. General practice trainees' information searching strategies for clinical queries encountered in daily practice. *Fam Pract* 2015;32:533-7. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

aantal uitgevoerde zoekacties als proportie van alle vragen en 3) het aantal gevonden antwoorden als proportie van alle uitgevoerde zoekacties.

RESULTATEN

Onderzoekspopulatie

Van de 82 aios die we hebben geïnccludeerd vielen er zes uit (onder andere vanwege verandering van opleiding, zwangerschapsverlof, persoonlijke omstandigheden); voor de analyses hebben we gegevens van 76 aios gebruikt. De gemiddelde leeftijd was 31 jaar en 72% was vrouw. De meeste aios vonden hun kennis van EBM slecht (score 2 van 5, 38%) of neutraal (score 3, 46%). Meer dan de helft (59%) vond het belangrijk om te werken volgens de principes van EBM.

Patiëntcontacten

In de vier tot tien dagen (gemiddelde 7,4 (sd 1,2)) dat de aios logboeken bijhielden rapporteerden ze over 7300 consulten met 7619 verschillende klachten. Ze zagen gemiddeld dertien (sd 3) patiënten per dag.

Zoekgedrag

De aios hebben in deze 7300 consulten 1533 klinische vragen gerapporteerd, gemiddeld 0,22 vragen per patiënt (sd 0,11). Op 1207 van deze 1533 vragen hebben ze geprobeerd een antwoord te vinden, gemiddeld 0,80 zoekacties per vraag (sd 0,21). Twintig aios (26%) gaven aan altijd te zoeken naar een antwoord. De belangrijkste reden om niet te zoeken was de keuze voor een pragmatische oplossing (ze baseerden hun beslissing op de reeds aanwezige informatie, 48%). Ook gebrek aan tijd (18%) en een lage relevantie (8%) speelden een rol. Andere redenen waren bijvoorbeeld verwijzing, aanvullende tests of het zoeken verschuiven naar een later tijdstip (22%). Als de aios informatie zochten waren de meestgebruikte bronnen collega's (35%) en de NHG-Standaarden (26%) [tabel]. Meestal (61%) zochten ze tijdens het consult naar informatie, in 17% van de gevallen deden ze dit direct na het consult en in 11% later op de dag. De mediane duur van de zoekactie was 4 minuten (IQR 3), in 30% van de gevallen duurde het minder dan 2 minuten. Slechts 1 op de 10 zoekacties (9%) duurde meer dan 10 minuten.

Bij 1003 van 1207 zoekacties vonden de aios een antwoord op de vraag (gemiddeld 0,83 antwoorden per zoekactie (sd 0,17); 19 aios vonden altijd een antwoord. Als ze collega's naar een antwoord vroegen, kwam dit er in 77% van de gevallen; bij het gebruik van de richtlijnen was dit 91%. De impact van de antwoorden was volgens de aios: een betere beslissing in 26%, bevestiging van het beleid in 23%, toename van kennis in 18% en het ophalen van vroegere kennis in 14%. Slechts weinig aios (4%) zeiden dat hun handelen niet werd beïnvloed. Bij therapeutische vragen vonden ze in 93% van de gevallen een antwoord, bij diagnostische vragen was dat 74%, bij prognostische 89% en bij etiologische 69%.

Tabel Gebruikte informatiebronnen

Gebruikte informatiebronnen	n	%
Andere huisarts	333	28
Specialist	86	7
NHG-Standaard	309	26
Farmacotherapeutisch Kompas	71	6
Andere richtlijnen	55	5
PubMed	10	1
Databases met samenvattingen van evidence (TRIP, Cochrane, Clinical Evidence)	6	1
Leerboeken	92	8
Andere bronnen	107	9
Verskillende bronnen	138	11
Ontbrekende informatie	2	0
Totaal	1209	100

BESCHOUWING

Aios hebben tijdens het spreekuur geregeld vragen, proberen die vragen meestal te beantwoorden en vinden dan vaak een antwoord. Ze geven dikwijls aan dat deze antwoorden de klinische besluitvorming hebben verbeterd. Ze vragen vooral informatie aan collega-huisartsen of specialisten en zoeken ook geregeld in de NHG-Standaarden en andere richtlijnen. In veel mindere mate maken ze gebruik van andere informatiebronnen of informatie op internet.

Hoewel het aantal zoekacties per vraag en de gevonden antwoorden per vraag juist hoger waren dan eerder onderzoek heeft beschreven, was het aantal vragen per patiënt lager.²⁻⁵ Dit kan betekenen dat aios niet altijd een vraag formuleren, maar wel goed in staat zijn een antwoord te zoeken. Het kan echter ook komen doordat ze bij het invullen van het logboek selectief hebben gerapporteerd en niet alle vragen uitgebreid hebben beschreven. Daarnaast hebben eerdere onderzoeken gebruikgemaakt van vragenlijsten of observaties, wat het verschil ook kan verklaren.

De kracht van ons onderzoek is de *power*: we hebben gegevens verzameld van een groot aantal aios over een groot aantal verschillende patiëntcontacten op meerdere dagen. Daarbij verliep de rapportage tijdens het consult via een logboek en niet retrospectief via een vragenlijst. Een beperking is dat het bijhouden van een dergelijk logboek tijd kost, wat kan hebben geleid tot een onderrapportage van vragen en zoekacties. De aios kunnen ook alleen vragen hebben genoteerd waarop ze verwachtten een antwoord te vinden. De redenen die aios aangeven om niet te zoeken komen overeen met die andere onderzoeken vermelden.⁷ Aios gebruiken veel evidence-based richtlijnen. Toch hebben ze vaak vragen die (nog) niet terug te vinden zijn in een richtlijn. Hoewel internet tegenwoordig alom aanwezig is, zoeken aios niet vaak in internetgegevensbestanden naar antwoorden, terwijl daar toch ook samengevatte, *pre-appraised evidence* voorhanden is, die ze tijdens het spreekuur kunnen gebruiken.

Collega's waren de meestgebruikte informatiebron voor de vele vragen tijdens patiëntcontacten. Het zou kunnen dat collega-huisartsen, opleiders en specialisten meer experi-

Wat betekent bovenstaande voor EBM in de huisarts(opleidings)praktijk?

M.E.L. Bartelink en M.F. Kortekaas

EBM is wereldwijd niet meer weg te denken uit de medische wereld, en daarmee ook niet uit de huidige geneeskundecurricula en de vervolgopleiding tot huisarts. Studenten en aios doen kennis op van klinische epidemiologie en leren vaardigheden om informatie te zoeken en te beoordelen. Daarbij is de nieuwe generatie dokters van jongs af aan gewend om te gaan met digitale informatie. Toch lijkt er een discrepantie te bestaan tussen de opgedane theorie en de toepassing van deze kennis en vaardigheden, en het gebruik van internet in de huisarts(opleidings)praktijk.

In discussies over het belang en de relevantie van EBM blijkt vaak dat er een misverstand bestaat: EBM zou alleen over evidence gaan. Bij EBM gaat het er echter juist om de wetenschap, de eigen klinische expertise en de wensen van de patiënt te integreren. EBM is allesbehalve kookboekgeneeskunde. Juist ook de wensen en behoeften van de patiënt, de gezamenlijke besluitvorming met die patiënt en de afweging die de huisarts daarbij maakt zijn belangrijk. Gemotiveerd afwijken van de richtlijn is ook EBM. Recente internationale discussies sluiten bij deze omschrijving aan en voeren een pleidooi om alle drie onderdelen een plek te geven.^{10,11}

Oudere huisartsen en opleiders gebruiken internet minder vaak dan aios en zijn niet altijd (goed) geschoold in het zoeken en interpreteren van wetenschappelijke literatuur. Hiermee zijn ze op dat gebied misschien niet het optimale rolmodel voor huisartsen-in-opleiding. Maar ervaren huisartsen liggen wat betreft praktijkervaring juist ruim voor op de beginnende huisarts-in-opleiding. Dat blijkt ook uit ons onderzoek: ze worden vaak als informatiebron gebruikt. Er is dan ook volop gelegenheid om van elkaar te leren hoe EBM beter in de praktijk kan worden toegepast.

Naast het perspectief van de patiënt en de ervaring van de opleider moet de evidence ter sprake komen tijdens leergesprekken en bij het bespreken van consulten. Vaak is deze evidence er niet, of niet overtuigend; in dat geval is er meer speelruimte om op de klinische expertise te varen. In de NHG-Standaarden in de huidige vorm is het *level of evidence* van de verschillende aanbevelingen niet altijd meteen duidelijk en wordt dit alleen beschreven in de noten. Het maakt uit of een aanbeveling gebaseerd is op een meta-analyse of op consensus tussen de werkgroepsleden. Huisartsen gebruiken de aanbevelingen

uit de NHG-Standaarden, maar realiseren zich onvoldoende dat daaraan vaak keuzen en discussies ten grondslag liggen of dat de evidence niet eenduidig of afwezig is, maar dat er sprake is van consensus binnen de werkgroep van de betreffende standaard. Ze voelen zich niet altijd capabel om de aanbeveling voor zichzelf ter discussie te stellen, omdat het hun aan klinisch-epidemiologische kennis ontbreekt en de betekenis van gevonden getallen voor de praktijk en de patiënt op het spreekuur niet meteen duidelijk is. Wanneer huisartsopleiders en aios samen dieper in de achtergronden van de NHG-Standaarden duiken, kunnen ze meer over de achterliggende evidence leren en de kennis en vaardigheden die hierbij nodig zijn verder ontwikkelen. Deze kennis en vaardigheden zijn onontbeerlijk in de academische opleiding die de huisartsopleiding is.

Het 'kritisch lezen' van een wetenschappelijk artikel roept aanvankelijk soms weerstand en cynisme op (*clever nihilism*)², maar ook dit is een goede methode om (samen) te leren wat nieuwe informatie kan betekenen voor de dagelijkse praktijk. Er zijn ook steeds vaker samenvattingen en beschouwingen van relevante onderzoeken te vinden, bijvoorbeeld in dit tijdschrift. Die kunnen helpen bij het in perspectief plaatsen en wegen van beschikbare literatuur voor het handelen in de praktijk. Aios werken in de praktijk een klinische vraag uit voor de opleiding (CAT, *critical appraisal topic*). Dit moet niet iets eenmaligs, maar een leermiddel zijn, zodat ze uiteindelijk vaker en snel iets op kunnen zoeken en die informatie kunnen integreren in de praktijkvoering.

Niet al onze klinische vragen kunnen we met behulp van Standaarden beantwoorden. Daarom is het belangrijk dat we zelf informatie kunnen opzoeken, bij voorkeur in de vorm van systematische reviews of meta-analyses, die de beschikbare evidence al samenvatten. Ook als patiënten met informatie op het spreekuur komen die zij op internet hebben gevonden en er mediahypes zijn waarover ze de mening van de dokter willen horen, kan dit nodig zijn.

Er ligt een uitdaging om samen met aios en collega's meer te leren over welke evidence er is, wat deze voor de dagelijkse praktijk betekent en samen te bediscussiëren hoe we deze (willen) laten meewegen in ons handelen. Een attitude van vragen stellen, met ruimte voor discussies waarin evidence, klinische ervaring en wensen van de patiënt een rol spelen, en daar samen van leren zal uitstekende rolmodellen opleveren en de evidence-based praktijkvoering verbeteren.

ence-based dan evidence-based informatie leveren.⁸ Huisartsopleiders, die voor aios een rolmodel vormen, ervaren zelf barrières bij het toepassen van EBM, en scoren matig op EBM-kennis, -vaardigheden en -attitude.⁹ Aan de andere kant ervaren ze aios in dit verband als motivator.⁹ Er lijken dus kansen in de opleidingspraktijk voor huisartsopleider en aios om samen met de integratie van klinische expertise en evidence in het patiëntcontact aan de slag te gaan.

CONCLUSIE

Aios huisartsgeneeskunde rapporteren één vraag per vijf patiënten. Ze zoeken vaak naar een antwoord op hun vraag en vinden dat ook vaak. Ze raadplegen vooral collega's of zoeken in de betreffende richtlijn en gebruiken weinig andere informatie via internet. ■

LITERATUUR

- 1 Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996;312:71-2.

- 2 Davies K, Harrison J. The information-seeking behaviour of doctors: a review of the evidence. *Health Info Libr J* 2007;24:78-94.
- 3 Green ML, Ciampi MA, Ellis PJ. Residents' medical information needs in clinic: are they being met? *Am J Med* 2000;109:218-23.
- 4 Allan GM, Ma V, Aaron S, Vandermeer B, Manca D, Korownyk C. Residents' clinical questions: how are they answered and are the answers helpful? *Can Fam Physician* 2012;58:e344-51.
- 5 McCord G, Smucker WD, Selius BA, Hannan S, Davidson E, Schrop SL et al. Answering questions at the point of care: do residents practice EBM or manage information sources? *Acad Med* 2007;82:298-303.
- 6 Kortekaas MF, Bartelink MEL, Zuithoff NPA, Van der Heijden GJMG, De Wit NJ, Hoes AW. Does integrated training in evidence-based medicine (EBM) in the general practice (GP) specialty training improve EBM behaviour in daily clinical practice? A cluster randomised controlled trial. *BMJ Open* 2016;6:9.
- 7 Van Dijk N, Hooft L, Wieringa-de Waard M. What are the barriers to residents' practicing evidence-based medicine? A systematic review. *Acad Med* 2010;85:1163-70.
- 8 Schaafsma F, Verbeek J, Hulshof C, Van Dijk F. Caution required when relying on a colleague's advice; a comparison between professional advice and evidence from the literature. *BMC Health Serv Res* 2005;5:59.
- 9 Te Pas E, Van Dijk N, Bartelink MEL, Wieringa-de Waard M. Factors influencing the EBM behaviour of GP trainers: a mixed method study. *Med Teach* 2013;35:e990-7.
- 10 Greenhalgh T, Howick J, Maskrey N. Evidence based medicine: a movement in crisis? *BMJ* 2014;348:g3725.
- 11 McCartney M. Have we given guidelines too much power? *BMJ* 2014;349:g6027.
- 12 Meserve C, Kalet A, Zabar S, Hanley K, Schwartz, MD. Clever nihilism: cynicism in evidence based medicine learners. *Med Educ Online* 2005;10:4.