

Patiëntoordelen op internet

Kwaliteitsindicatoren drukken een steeds grotere stempel op het werk van artsen. Niet alleen binnen de dagelijkse praktijk (bijvoorbeeld de DBC's), maar ook op persoonlijk vlak hebben we hiermee te maken. Welbekend zijn internetplatforms waarop zorgverleners persoonlijk beoordeeld worden, zoals zorgkaartnederland.nl. Vormen deze platforms een probleem of zijn ze van toegevoegde waarde?

Engelse onderzoekers keken naar het verschil tussen 'beoordelingssites' en conventionele (papier) enquêtes als het gaat om patiëntervaringen over de zorg in ziekenhuizen. Zij vergeleken in totaal 9997 patiëntervaringen via internet uit 146 ziekenhuizen in Engeland met het nationale ziekenhuis tevredenheidsonderzoek. Het gebruikte internetplatform is opgesteld door de nationale gezond-

heidsdienst van Engeland om zorginstellingen te beoordelen. Patiënten worden gestimuleerd om dit ook te doen. Offensieve of persoonlijke beoordelingen worden echter niet meegenomen. Zorginstellingen kunnen ook reageren op beoordelingen. Gekeken werd naar vijf verschillende vragen: raadt u de zorginstelling anderen aan, werd u met respect behandeld, werkte het personeel goed samen, was het ziekenhuis schoon en was er sprake van *shared decision making*? Tevens keken ze naar de relatie tussen tevredenheid en klinische uitkomsten zoals mortaliteit, mortaliteit van hoogrisicoziekten en heropnames na ontslag.

Ervaringen gegeven via het internet bleken overeen te komen met de ervaringen via de papieren enquête. Daarnaast was de associatie tussen klinische uitkomstmaten even sterk bij de internetbeoordelingen als bij de papieren enquêtes. De onderzoekers concluderen dat enquêteren via internet een toegevoegde waarde kan hebben op de conventionele

papieren enquêtes, ondanks een mogelijk sterke selectiebias. Het kan patiënten mogelijk helpen een keuze tussen instellingen te maken en instellingen kunnen op hun beurt deze gegevens gebruiken om kwaliteit van zorg te verbeteren.

In Nederland wordt niet systematisch gevraagd naar ervaringen via internet. Het gevolg is dat vaak eenzijdige persoonlijke beoordelingen gegeven worden via internet. Wellicht een idee om als overkoepelende nationale zorgorganisaties (overheid?) hier proactief in te zijn en landelijk een vergelijkbaar internetplatform te ontwikkelen. Daarbij moet het mogelijk zijn om beide partijen te laten spreken en zodoende persoonlijke, unilaterale, niet-constructieve aanvallen te vermijden. ■

Joris Linmans

Greaves F, et al. Associations between Internet-based patient ratings and conventional surveys of patient experience in the English NHS: an observational study. BMJ Qual Saf 2012;21:600-5.

Barrières in het gebruik van evidence-based medicine

Evidence-based medicine is al enkele jaren een van de toverwoorden binnen de huisartsgeneeskunde en de consensus is dat dit principe zoveel mogelijk gevolgd moet worden. Toch blijkt de implementatie in de dagelijkse praktijk weerbarstiger dan gedacht.

Onderzoekers uit het AMC analyseerden welke barrières er bestaan voor het gebruik van EBM in de huisartsenpraktijk. Zij deden dit door middel van een systematische review van de bestaande literatuur over dit onderwerp. Na een *keyword search* en beoordeling door meerdere reviewers, bleven er 22 geschikte onderzoeken over, met een matig tot goede kwaliteit. Hierin werden in totaal meer dan 50 barrières geïdentificeerd. De belangrijkste barrière was gebrek aan tijd in de dagelijkse praktijk om beschikbaar bewijs te analyseren en om het vervolgens te implementeren. Daar-

naast werden als belangrijke barrières genoemd: huisartsen zijn sceptisch over het nut van evidence-based medicine, met name omdat het gevoel heerst dat het leidt tot louter richtlijn-geneeskunde; veel richtlijnen zijn gebaseerd op onderzoek uitgevoerd in de tweede lijn, waardoor de werkzaamheid en veiligheid in de eerste lijn onzeker is; de voorkeur van de patiënt gaat soms in tegen de huidige evidence, waardoor de behandelrelatie onder spanning kan komen te staan. Ook kwam in meerdere onderzoeken naar voren dat er weinig bewijs is voor specifieke eerstelijns problemen, richtlijnen soms achterlopen, veel huisartsen geen toegang hebben tot evidence of niet weten hoe het te interpreteren, onderzoek lang niet altijd onafhankelijk is en dat om de benodigde tijdsinvestering en faciliteiten te financieren er extra geld nodig is.

Al met al vallen er dus nogal wat barrières te overwinnen om het ideale evidence-based medicine-werken in de eerste lijn waar te kunnen maken. Toekomstig onderwijs en nascholingen over

evidence-based medicine moeten zich dan ook niet alleen richten op de interpretatie van een artikel of richtlijn, maar ook op welke barrières er zijn voor de implementatie van het bewijs en hoe deze in de individuele situatie opgelost kunnen worden. Misschien is een nieuwe M&I-module evidence-based medicine om inspanningen op dit gebied te bekostigen, helemaal niet zo'n gek idee. ■

Persijn Honkoop

Zwolsman S, et al. Barriers to GPs' use of evidence-based medicine: a systematic review. Br J Gen Pract 2012;62:511-21.

Rectificatie

In de beschouwing van Bertien Hart et al. (Huisarts Wet 2012;55:444-7) is een fout in de figuur geslopen. Er staat: < 100 pmol/l. Er moet staan: verhoogd MMA. De redactie

De berichten, commentaren en reacties in het Journaal richten zich op de wetenschappelijke en inhoudelijke kanten van het vak. Bijdragen van lezers zijn van harte welkom (redactie@nhg.org).