Point-of-care opzoekingswerk in de huisartsenpraktijk: een exploratieve studie

De Backer Laurent, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Pype Peter, Universiteit Gent

Co-promotor: Dr. Poelman Tom, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2021-2024

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Inhoudsopgave

Voorwoord **4**

Abstract **5**

Inleiding **6**

Introductie *6*

Bronnen *6*

Reeds gepubliceerd onderzoek *7*

Conclusie *8*

Methode **9**

Literatuurstudie *9*

Vragenlijst *9*

Interpretatie van de resultaten *9*

Resultaten **9**

Demografie *9*

Point-of-care opzoeken *12*

Open vragen point-of-care opzoeken *15*

Statistiek *18*

Discussie **21**

Literatuur en bijscholingen *21*

Point-of-care informatie en bronnen *22*

Discussie van de statistische analysen *25*

Conclusie **26**

Limitaties van de studie *26*

Referenties **28**

Afkortingen en acroniemen **29**

Appendix **30**

Bijlage 1: Rekruteringsmateriaal *30*

Bijlage 2: Goedgekeurd protocol Ethisch Comité *31*

Bijlage 3: Informed consent *33*

Bijlage 4: Online vragenlijst *39*

Bijlage 5: Data managment plan *43*

Bijlage 6: Positief advies Ethisch Comité *49*

Voorwoord

Eindelijk is het zo ver. Na heel wat zwoegen en zweten leg ik de laatste hand aan mijn thesis en daarbij ook aan mijn opleiding tot huisarts.

Voorafgaand aan deze scriptie zou ik toch nog enkele personen willen bedanken.

Vooreerst zou ik mijn promotor Prof. Dr. Peter Pype en co-promotor Dr. Tom Poelman willen bedanken om mij te begeleiden en te ondersteunen doorheen het hele proces van deze masterproef. Hun passie voor de Huisartsengeneeskunde en onderzoek hierbinnen in het bijzonder was niet enkel een grote motivator om deze masterproef tot een goed einde te brengen, maar ook een voorbeeld om mee te nemen naar de eigen praktijk later.

Ik zou ook mijn praktijkopleiders Dr. Luc Present en Dr. Valerie Lampaert willen bedanken voor hun begeleiding binnen mijn opleiding tot huisarts. In het bijzonder wil ik Dr. Present Luc bedanken om samen met mij te brainstormen over mogelijke onderwerpen voor een masterproef en samen dit onderwerp te bedenken.

Tot slot mag ook mijn verloofde Jana Barbieur niet ontbreken. Zonder de onvoorwaardelijke steun van een partner als haar zou het moeilijk geweest zijn om een deze masterproef af te ronden. In het bijzonder wil ik haar ook bedanken om mijn thesis nog eens na te lezen.

Abstract

Doel

Deze studie heeft als doel de manieren van, gebruikte bronnen voor en subjectieve voorkeuren van huisartsen en HAIO's bij point-of-care opzoeken te exploreren en het tekort aan literatuur en bijscholingen hieromtrent aan te kaarten.

Methode

Met behulp van een online vragenlijst werd gepeild naar hoe huisartsen en HAIO's point-of-care opzoeken. Daarnaast werd ook gevraagd hoe vaak huisartsen en HAIO's point-of-care opzoeken en welke bronnen zij hiervoor het meest gebruikten. De resultaten van de vragenlijst werden statistisch geanalyseerd in SPSS 29.

Resultaten

Aan de vragenlijst namen 49 huisartsen en HAIO's deel. Alle deelnemers zochten point-of-care op. 61,2% gaf aan minstens één of meer zoekopdrachten uit te voeren per vier tot vijf consultaties en 49,0% besteedt gemiddeld 1 tot 2 minuten per zoekopdracht. 34,7% van de artsen gaf aan over onvoldoende tijd te beschikken om point-of-care te gaan opzoeken. Er werd vooral op zoek gegaan naar medicamenteuze behandelingsmogelijkheden (93,9%) en de meest gebruikte bronnen waren de BAPCOC-gids (98,0%), de NHG-standaarden (85,7%) en EBPracticeNet (77,6%). 16,3% gebruikte de Cebam Evidence Linker nooit, ondanks dat dit een specifiek ontwikkelde tool is voor point-of-care opzoeken. 4,1% gaf aan de NHG-standaarden gebruiksvriendelijker te vinden dan andere bronnen. 14,3% vond de Domus Medica-standaarden vaak gedateerd. Bij statistische analyse kwam naar voor dat jonge artsen met minder dan tien jaar praktijkervaring en HAIO's significant vaker gebruik maakten van NHG als bron ($p < 0,05$). Huisartsen en HAIO's die meer dan 20 minuten voor een consultatie uittrokken maakten significant vaker gebruik van algemene zoekmachines en BMJ Clinical Evidence. Ook gingen ze vaker op zoek naar niet-medicamenteuze behandelingsmogelijkheden ($p < 0,05$). Huisartsen en HAIO's die gemiddeld 20 of minder consultaties per dag deden gingen dan weer significant vaker op zoek naar medicamenteuze behandelingsmogelijkheden ($p = 0,044$).

Conclusie

Het feit dat alle deelnemers aan de vragenlijst point-of-care opzoekingswerk deden, geeft het belang aan van onze studie. Ondanks ontwikkelingen om point-of-care opzoeken efficiënter te laten verlopen zoals bijvoorbeeld de Cebam Evidence Linker, is er nog steeds een deel van de huisartsen en HAIO's die deze tools nooit gebruikt en geeft nog steeds een groot deel van de artsen aan over onvoldoende tijd te beschikken om point-of-care te gaan opzoeken. Dit geeft de nood aan aanvullende literatuur en bijscholingen omtrent dit onderwerp weer. Voor een belangrijk deel van de deelnemers moeten de Domus Medica standaarden meer up-to-date gehouden worden, een wake-up call voor Domus Medica en het WOREL (Werkgroep ontwikkeling richtlijnen Eerste Lijn). Vlaamse huisartsen en HAIO's appreciëren voor point-of-care opzoeken vooral betrouwbare, snel toegankelijke, gestructureerde en Nederlandstalige bronnen.

Inleiding

Introductie

Huisartsen en huisartsen-in-opleiding (HAIO's) worden verondersteld te werken volgens de principes van evidence based medicine, kortweg EBM. Om medische vraagstukken uit de praktijk met de meest actuele informatie te kunnen beantwoorden zullen huisartsen en HAIO's wel eens online op zoek gaan naar informatie. (1)

Vaak zal dit online opzoekingswerk tijdens het consultatievoeren, namelijk 'at the *point-of-care*', en in het bijzijn van de patiënt gebeuren. Deze vorm van opzoeken heeft een bewezen gunstig effect op de kwaliteit van zorg. (1, 2) Dit omdat de meest actuele medische informatie wordt geraadpleegd. Voor de arts is het ook een vorm van continue bijscholing. (2) In wat volgt zal deze vorm van opzoekingswerk door de huisarts of HAIO, benoemd worden als 'point-of-care' opzoekingswerk.

Kenmerkend voor point-of-care opzoekingswerk is dat het opzoekingswerk doelgericht en efficiënt dient te gebeuren. De huisarts dient immers snel een bij voorkeur wetenschappelijk gefundeerd antwoord op zijn vraag terug te vinden gezien de tijd binnen een consultatie beperkt is. (1)

Bronnen

Er zijn verschillende bronnen die kunnen gebruikt worden bij point-of-care opzoekingswerk. Allereerst zijn er de algemene zoekmachines zoals Google, Yahoo, Bing!, etc. Dit zijn databases die ook bij algemeen internetgebruik frequent gebruikt worden om zaken te gaan opzoeken.

Bronnen die specifiek ontwikkeld zijn voor point-of-care opzoekingswerk zijn onder andere de 'samenvattingen voor de klinische praktijk', deze bestaan uit point-of-care bronnen (zoals bijvoorbeeld DynaMed) en uit point-of-care richtlijnen of standaarden. Nederlandstalige voorbeelden van point-of-care richtlijnen zijn onder onder EBPracticeNet, de Nederlandse Huisartsen Genootschap standaarden (NHG-standaarden), de Domus Medica standaarden, de Belgische Commissie voor de coördinatie van het antibioticabeleid gids (BAPCOC-gids), etc. Deze bronnen vatten de gekende wetenschappelijk gebaseerde informatie omtrent een specifiek klinisch onderwerp breed samen op een overzichtelijke manier en zijn specifiek gericht op de praktijkvoering. Zo kan men de gezochte informatie snel terugvinden zonder zich te moeten verdiepen in de details van het oorspronkelijke onderzoek. Deze bronnen hebben als doel wetenschappelijk gefundeerde aanbevelingen te doen met betrekking tot praktijkvoering en zijn er op gericht de kwaliteit van zorg te versterken. Meestal wordt in deze richtlijnen gebruik gemaakt van het GRADE-classificatie systeem om de sterkte of zwakte van een aanbeveling aan te geven. De GRADE-classificatie wordt specifiek bepaald op basis van de kwaliteit van de wetenschappelijke evidentie. (3)

Een andere bron die specifiek ontwikkeld is voor point-of-care opzoekingswerk is de Cebam Evidence Linker. De Evidence Linker is een voorbeeld van een geïntegreerd systeem. Deze is namelijk reeds geïntegreerd in verschillende vaak gebruikte elektronische medische dossiers (EMD's) (3)
De Cebam Evidence Linker werd reeds in februari 2009 geïntroduceerd als een tool om point-of-care opzoekingswerk door huisartsen te stimuleren en wil de huisartsen op een snelle en efficiënte manier voorzien van wetenschappelijk hoogkwalitatieve informatie. (2) De Cebam Evidence Linker legt via een gecodeerde klacht of diagnose een rechtstreekse link tussen het EMD en de passende klinische

praktijkrichtlijnen voor deze gecodeerde klacht of diagnose. (1, 2) De gebruikte codering hierbij is de ICPC2- of ICD10-codering. Op basis van deze codering worden dan de desbetreffende richtlijnen aanbevolen. (2, 3)
Een voordeel van de Cebam Evidence Linker is dat er een keuze is uit richtlijnen die bruikbaar en relevant zijn voor de patiëntenpopulatie in de standaard Vlaamse huisartsenpraktijk. (2)
In Vlaanderen is gebruik maken van de Cebam Evidence Linker een voorwaarde om als huisarts de geïntegreerde praktijk premie te verkrijgen. (4)

Een derde point-of-care bron, gratis ter beschikking gesteld door de overheid om zorgverleners te voorzien van kwalitatieve medische informatie, is de Cebam Digital Library for Health (CDLH). Deze bundelt verschillende point-of-care bronnen, waaronder DynaMed Plus en EBPracticenet, inter- en nationale richtlijnen, systematische reviews zoals de Cochrane Library, grote internationale tijdschriften (zoals The Lancet, JAMA, BMJ, etc.), geneesmiddeleninformatie (zoals BCFI, etc.), bibliografische databanken (zoals Medline, etc.), etc. in eenzelfde database (5, 6)

Een laatste vorm van bronnen die we kunnen gebruiken, zijn de primaire of secundaire bronnen, die nog verder kunnen onderverdeeld worden in klinische studies, samenvattingen van klinische studies, systematische reviews en samenvattingen van systematische reviews. Deze bronnen worden vaak gebundeld in grotere databases waarbij er middels ingevoerde zoektermen passende primaire of secundaire bronnen kunnen worden weergeven. Voorbeelden hiervan zijn onder andere PubMed, Embase, Medline, Google scholar, de Cochrane Library, medische tijdschriften, etc. (3)

Algemeen wordt afgeraden om zowel algemene zoekmachines als primaire bronnen te gebruiken bij point-of-care opzoeken. (1)
Algemene zoekmachines, zoals bijvoorbeeld Google, zijn vlot in gebruik en snel. De arts dient echter de betrouwbaarheid van de resultaten van een zoekopdracht zelf te beoordelen. Dit blijkt niet altijd even gemakkelijk. In de praktijk worden vaak vooral de eerste websites van een zoekopdracht geraadpleegd. Bij de meeste algemene zoekmachines zijn de eerste websites daarenboven meestal gesponsord. Ze worden dus eerst weergegeven op basis van e-marketingtechnieken en niet omwille van hun wetenschappelijke waarde. (1)
Zoekmachines met primaire bronnen, zoals bijvoorbeeld PubMed, bieden dan weer een massa aan wetenschappelijke informatie aan. Primaire bronnen zijn echter niet altijd te vertalen naar de dagdagelijkse praktijk waardoor ook deze vorm van bronnen minder bruikbaar zijn voor point-of-care opzoeken. Daarenboven is de beschikbare informatie meestal ook anders- en voornamelijk Engelstalig en gebaseerd op andere patiëntengroepen. (1)

Reeds gepubliceerd onderzoek

Onderzoek over point-of-care opzoekingswerk in de huisartsenpraktijk blijkt schaars, zeker voor wat betreft de Nederlandstalige of Vlaamse huisartsenpopulatie. De meeste artikels die het onderwerp belichten zijn daarenboven gedateerd.

In 2010 beschreef *Leysen et al.* (1) point-of-care opzoekingswerk als een snelle en doelgerichte manier om een evidence based antwoord te formuleren op vragen die zich stellen tijdens een consultatie met een patiënt. (1)

Een voordeel aan point-of-care opzoekingswerk, beschreven door *Leysen et al.* (1) is dat de huisarts de meest actuele medische gegevens online kan raadplegen en onmiddellijk met de patiënt kan bespreken. Daarnaast kan het ook gezien worden als een vorm van continue bijscholing.
Een antwoord op een klinische vraag bij point-of-care opzoekingswerk werd volgens *Leysen et al. (1)* bijna altijd gevonden, namelijk in 87% van de gevallen. In 47% van de gevallen verschafte de zoektocht de arts up-to-date en meer evidence based informatie.
Bij één op de vijf zoekopdrachten zorgde het point-of-care opzoekingswerk ervoor dat de huisarts zijn behandeling of diagnose bijstuurde.
In de meeste gevallen volstond het consulteren van één bron. Bij één op de drie zoekopdrachten werd het antwoord gevonden bij het consulteren van een tweede bron. (1)

In dit onderzoek viel ook op dat patiënten de zoekende en kritische ingesteldheid van hun huisarts apprecieerden. Bij één op de twee zoekopdrachten werd de patiënt betrokken en kon de patiënt actief meekijken naar de informatie die de huisarts voor hem of haar terugvond. (1)

Ook zag men dat huisartsen die vaak point-of-care gingen opzoeken, bij toekomstige point-of-care zoekopdrachten sneller en vlotter informatie terugvonden. (1) Oefening baart kunst, dus.

Na de introductie van de Cebam Evidence Linker in 2009 startte *De Greef et al.* (2) in 2011 een kwaliteitsverbeterproject op waarbij het gebruik van de Cebam Evidence Linker getest en geëvalueerd werd. In een pilootproject werden 73 Vlaamse huisartsen gestimuleerd om gedurende 5 weken de Cebam Evidence Linker te gebruiken. De belangrijkste conclusie was dat 86% van de huisartsen enthousiast waren over de Cebam Evience Linker en deze verder wilden blijven gebruiken. (2)

Bij het kwaliteitsverbeterproject van *De Greef et al.* (2), volgend op hun pilootstudie, bleken de meningen over het gebruiksgemak en de functionaliteit van de Cebam Evidence Linker verdeeld. Vooral het leerproces bij het gebruik van de ICPC2-codering vormde een drempel. De zoekmethode via de ICPC2-codering werd door huisartsen als te complex ervaren. Desalniettemin vond 78% van de betrokken huisartsen de Cebam Evidence Linker wel degelijk een meerwaarde voor de dagelijkse praktijk. Vooral NHG-standaarden en Cochrane reviews werden geconsulteerd via de Cebam Evidence Linker. (2)

Conclusie

Voorafgaande literatuur beschrijft reeds dat de voorziene point-of-care bronnen, zoals bijvoorbeeld richtlijnen, voldoende zijn om de meest gestelde vragen in de huisartsenpraktijk te beantwoorden. (1)

Het artikel van *Leysen et al.* (1) beschreef reeds in 2010 dat nieuwe ontwikkelingen, zoals onder andere de Cebam Evidence Linker, ervoor zullen zorgen dat informatie snel en rechtstreeks vanuit het elektronisch patiëntendossier raadpleegbaar zullen zijn. (1)

Opvallend is dat sinds de publicatie van de twee voorheen besproken artikels (1, 2), geen follow-up studies beschreven zijn. Dit betekent dan ook dat er sinds 2010 geen relevante onderzoeken zijn gepubliceerd met betrekking tot point-of-care opzoekingswerk. Zijn de huisartsen en HAIO's anno 2023 op de hoogte van het bestaan van de Cebam Evidence Linker? Hoe verloopt het gebruik ervan in de praktijk anno 2023? Worden andere zoekmethoden verkozen boven de Evidence Linker? Kiezen huisartsen toch liever voor een snelle maar minder evidence based 'Google search'?

Met deze vragen in het achterhoofd starten we dit exploratief onderzoek in de Vlaamse huisartsenpopulatie anno 2023.

Methode

Literatuurstudie

Om op zoek te gaan naar reeds bestaande literatuur over point-of-care onderzoekingswerk werd met variaties van volgende zoektermen gezocht op Pubmed en Google Scholar: 'point of care searching', 'searching family medicine' en 'searching general practitioner'. Hiermee werden geen geschikte artikels gevonden na screenen van de abstracts. Daarnaast werd ook gezocht naar bestaande literatuur via Huisarts Nu, NHG en Tijdschrift voor Geneeskunde met de zoektermen 'opzoeken huisarts', 'point of care opzoeken' en 'opzoeken'. Via Huisarts Nu werden twee geschikte artikels gevonden na screenen van de abstracts. Verdere zoekstrategieën bleven echter vruchteloos.

Vragenlijst

De vragenlijst werd opgesteld na een literatuurstudie en in overleg met zowel promotor als co-promotor. De toegankelijkheid en duidelijkheid van de vragen werd getest door de vragenlijst voorafgaand aan de studie voor te leggen aan 6 huisartsen tijdens een lokale kwaliteitsgroep (LOK-) vergadering. Hun opmerkingen werden in overweging genomen en de vragenlijst werd nog aangepast. Daarna volgde de officiële goedkeuring van het ethisch comité. De goedgekeurde vragenlijst werd online afgenomen via Microsoft Forms en verspreid via de maandelijkse nieuwsbrief van het ICHO, op de website van EBPracticeNet/Evikey en via nieuwsbrieven van verschillende huisartsenkringen waaronder Huisartsenkoepel Waasland, Huisartsvereniging Durmestreek, Huisartsenkring Zuid-West-Vlaanderen, Huisartsenkring Pajottenland, Huisartsenkring Regio Mortsel, Huisartsenkring Pallieterland en Omgeving, Huisartsenkring Oost-Brabant, Huisartsenkring Alden Biesen, Huisartsenwachtpost Leuven en Huisartsenvereniging Gent. Resultaten werden anoniem verzameld tussen 14/02/2023 en 07/09/2023.

Interpretatie van de resultaten

Na het verzamelen van de resultaten werd eerst een grondige data cleaning toegepast. Antwoorden op de open vragen sectie van onze vragenlijst werden gecategoriseerd. Sommige van de antwoorden op deze open vragen belichtten meerdere deelantwoorden en werden daarom in sommige gevallen aan meerdere categorieën toebedeeld.

De resultaten van onze vragenlijst werden statistisch geanalyseerd met behulp van Microsoft Exel en SPSS 29. Er werd daarbij gekeken of er associaties konden gelegd worden tussen de groepen deelnemers en bepaalde resultaten aan de hand van de Chikwadraat of de Fisher's exact test. Een $p < 0,05$ werd als statistisch significant beschouwd.

Resultaten

Demografie

In totaal namen 27 (55,1%) huisartsen en 22 (44,9%) HAIO's deel aan onze vragenlijst omtrent point-of-care opzoeken in de huisartsenpraktijk. De gemiddelde leeftijd van de artsen die deelnamen was

35,3 jaar. De jongste arts die deelnam was 25 jaar en de oudste 68 jaar. Er namen 11 (22,4%) mannelijke artsen en 38 (77,6%) vrouwelijke artsen deel.

Zeven (14,3%) huisartsen of HAIO's daarvan werkten in een solopraktijk, zes (12,3%) in een duo praktijk, 30 (61,2%) in een groepspraktijk en vijf (10,2%) in een wijkgezondheidscentrum. Eén (2,0%) HAIO stond op dat moment in het ziekenhuis in kader van zijn of haar ziekenhuisstage. Het gemiddeld aantal jaren praktijkervaring van de deelnemers was 9,0 jaar, waarbij het minimum één jaar praktijkervaring en het maximum 43 jaar praktijkervaring was.

Zeven (14,3%) huisartsen die deelnamen aan de vragenlijst waren praktijkopleider (PO). Eén (2,0%) huisarts was stagecoördinator (STACO). Bij 18 (36,7%) huisartsen en HAIO's volgden er op regelmatige basis stagiairs mee in de praktijk. De overige 23 (46,9%) huisartsen en HAIO's waren niet betrokken bij de opleiding van zowel HAIO's als bij de opleiding van geneeskunde studenten.

Op vlak van EMD maakten zeven (14,3%) van de deelnemende artsen gebruik van Daktari (Barista Software), negen (18,4%) maakten gebruik van HealthOne (HDMP) en de overige 33 (67,3%) maakten gebruik van CareConnect (HealthConnect).

Qua tijdsvoorziening per consultatie voorzagen twee (4,1%) artsen 10 minuten per consultatie, 23 (46,9%) voorzagen 15 minuten per consultatie, 23 (46,9%) voorzagen 20 minuten per consultatie en één (2%) voorzag 23 minuten per consultatie.

Van de deelnemers deden 11 (22,4%) huisartsen of HAIO's gemiddeld 10-15 consultaties per dag, 20 (40,8%) deden 16-20 consultaties per dag, acht (16,3%) 21-25 consultaties per dag, zes (12,2%) 26-30 consultaties per dag en vier (8,2%) meer dan 30 consultaties per dag.

Tabel 1 : Demografische gegevens van de deelnemers (n = 49)

	N	%
Geslacht		
Man	11	22,4
Vrouw	38	77,6
Type huisarts		
Huisarts	27	55,1
HAIO	22	44,9
Type praktijk		
Solopraktijk	7	14,3
Duo praktijk	6	12,3
Groepspraktijk	30	61,2
Wijkgezondheidscentrum	5	10,2
Betrokkenheid bij opleiding van HAIO's of geneeskundestudenten		

PO	7	14,3
STACO	1	2,0
Betrokken bij de opleiding van geneeskundestudenten	18	36,7
Geen betrokkenheid bij opleiding van HAIO's of geneeskundestudenten	23	46,9
Type EMD		
Daktari	7	14,3
HealthOne	9	18,4
CareConnect	33	67,3
Tijdsvoorziening per consultatie		
10 minuten	2	4,1
15 minuten	23	46,9
20 minuten	23	46,9
23 minuten	1	2,0
Gemiddeld aantal consultaties per dag		
10-15 consultaties per dag	11	22,4
16-20 consultaties per dag	20	40,8
21-25 consultaties per dag	8	16,3
26-30 consultaties per dag	6	12,2
>30 consultaties per dag	4	8,2

Tabel 2: Leeftijd en aantal jaren praktijkervaring van de deelnemers (n = 49) in jaren

Leeftijd	
Gemiddelde (SD)	35,3 (11,8)
Mediaan	30
Minimum	25
Maximum	68
Aantal jaren praktijkervaring	
Gemiddelde (SD)	9,0 (10,9)
Mediaan	4
Minimum	1

Maximum	43

Point-of-care opzoeken

Alle artsen die deelnamen aan de vragenlijst gaven aan point-of-care op te zoeken.

Twee (4,1%) huisartsen en HAIO's zochten tijdens elke consultatie op, zes gemiddeld (12,2%) één zoekopdracht per twee consultaties, 12 (24,5%) één zoekopdracht per drie consultaties, 10 (20,4%) één zoekopdracht per vier tot vijf consultaties, 12 (24,5%) één zoekopdracht per zes tot 10 consultaties, vier (8,2%) één zoekopdracht per 11 tot 15 consultaties en drie (6,1%) zochten zelden op (dus minder dan één zoekopdracht per 16 consultaties).

Tabel 3: Gemiddeld aantal zoekopdrachten per consultatie (n = 49)

	N	%
Tijdens elke consultatie	2	4,1
Eén zoekopdracht per 2 consultaties	6	12,2
Eén zoekopdracht per 3 consultaties	12	24,5
Eén zoekopdracht per 4 tot 5 consultaties	10	20,4
Eén zoekopdracht per 6 tot 10 consultaties	12	24,5
Eén zoekopdracht per 11 tot 15 consultaties	4	8,2
Zelden	3	6,1

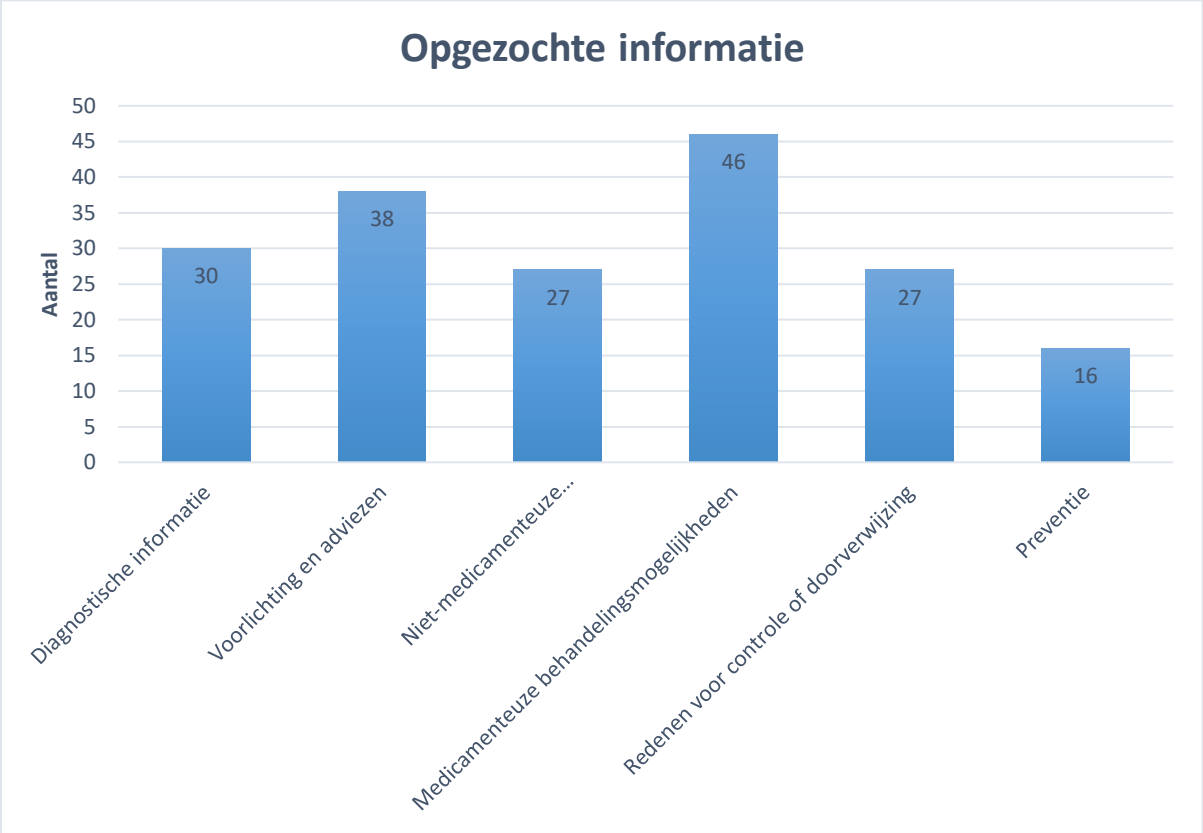
Van de deelnemende artsen dachten vijf (10,2%) gemiddeld minder dan één minuut per zoekopdracht te besteden, 24 (49,0%) één tot twee minuten, 17 (34,7%) twee tot drie minuten en drie (6,1%) vijf tot 10 minuten.

Tabel 4: Gemiddelde tijd per zoekopdracht (n = 49)

	N	%
Minder dan 1 minuut per zoekopdracht	5	10,2
1 tot 2 minuten per zoekopdracht	24	49,0
2 tot 3 minuten per zoekopdracht	17	34,7
5 tot 10 minuten per zoekopdracht	3	6,1
Meer dan 10 minuten	0	0

32 (65,3%) artsen gaven aan gemiddeld over voldoende tijd te beschikken om point-of-care te gaan opzoeken, terwijl 17 (34,7%) aangaven gemiddeld over onvoldoende tijd te beschikken om point-of-care te gaan opzoeken.

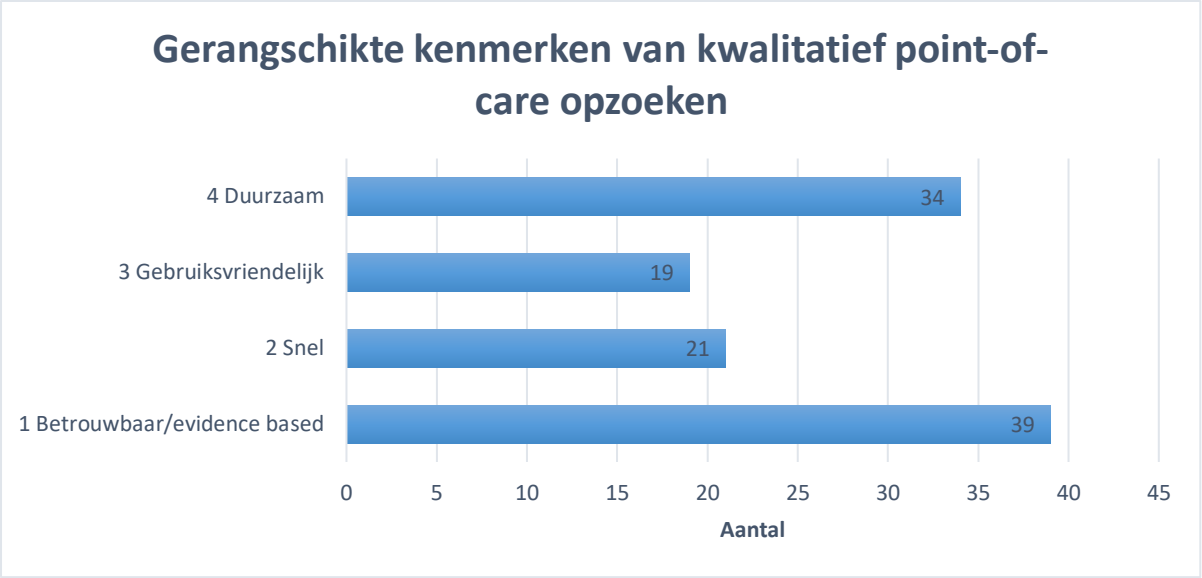
De meeste huisartsen en HAIO's die deelnamen aan deze vragenlijst gingen point-of-care op zoek naar informatie omtrent medicamenteuze behandelingsmogelijkheden, namelijk 46 (93,9%) artsen. Daarnaast werd ook gezocht naar informatie omtrent voorlichtingen en adviezen door 38 (77,6%) artsen, diagnostische informatie (zoals anamnestische vragen, klinische en aanvullende onderzoeken, etc.) door 30 (61,2%) artsen, informatie over niet-medicamenteuze behandelingsmogelijkheden door 27 (55,1%) artsen, informatie over redenen voor controle of doorverwijzing door 27 (55,1%) artsen. Tot slot zochten 16 (32,7%) artsen informatie over preventie op. Twee (4,1%) deelnemende artsen gaven aan ook op zoek te gaan naar andere informatie zoals medicatiedosering of medicatie interacties/bijwerkingen.



Figuur 1: Soort informatie naar waar opzoek wordt gegaan bij point-of-care opzoeken (n = 49)

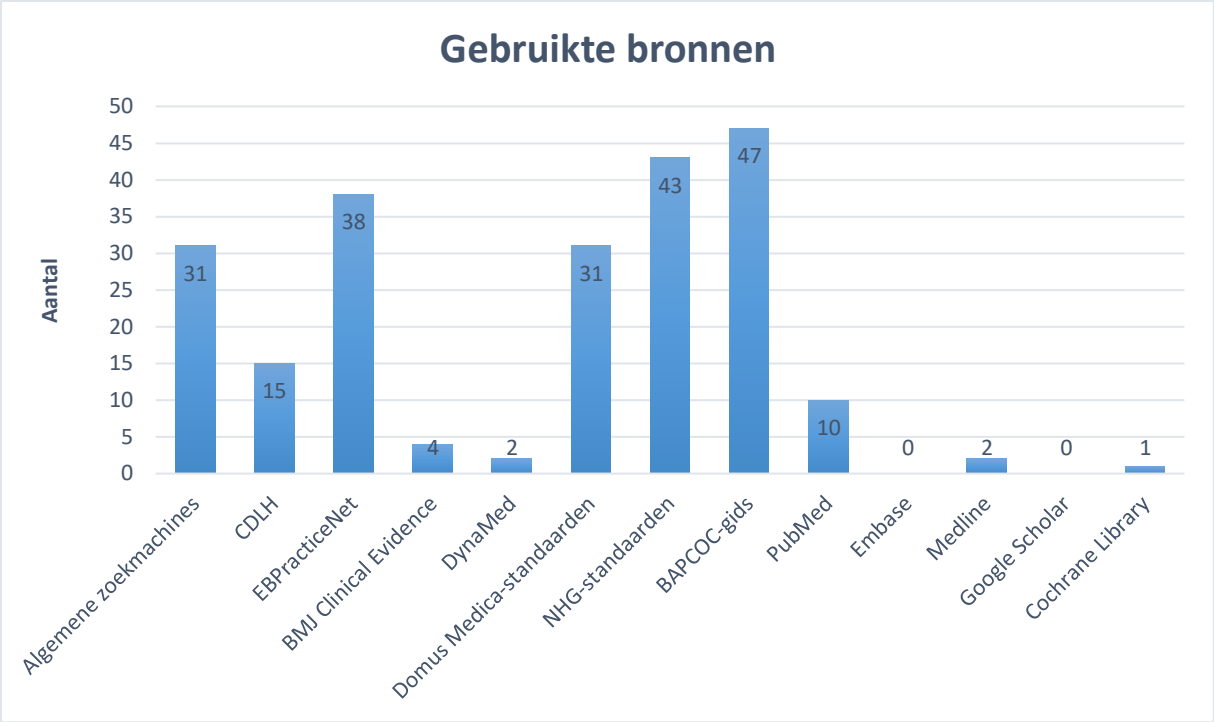
Van de huisartsen en HAIO's die deelnamen aan deze vragenlijst hadden 41 (83,7%) de voorkeur voor Nederlandstalige bronnen, drie (6,1%) voor Engelstalige bronnen en vijf (10,2%) gaven aan geen voorkeur te hebben qua taal.

Bij de vraag om de kenmerken van kwalitatief point-of-care opzoekingswerk te rangschikken van belangrijk naar minder belangrijk werd het vaakst 'betrouwbaar/evidence based' aangegeven als belangrijkste kenmerk, namelijk door 39 (79,6%) artsen. 'Snel' werd het vaakst als tweede belangrijkste kenmerk van kwalitatief point-of-care opzoekingswerk gerangschikt door 21 (42,9%) artsen. 'Gebruiksvriendelijk' werd het vaakst als derde belangrijkste kenmerk gerangschikt door 19 (38,8%) artsen. 'Duurzaam' bleek voor de meerderheid van de betrokken artsen het minste belangrijk kenmerk, namelijk voor 34 (69,4%) huisartsen en huisartsen-in-opleiding. Met 'duurzaam' wordt bedoeld dat er bij repetitief opzoeken van dezelfde zoektermen telkens hetzelfde resultaat wordt bekomen.



Figuur 2: Kenmerken van kwalitatief point-of-care opzoekingswerk volgens meest frequente rankschikking (n = 49)

De meest gebruikte bronnen bij point-of-care opzoekingswerk waren sites met de nadruk op richtlijnen en standaarden. Hierbij werd het vaakst gebruik gemaakt van de BAPCOC-richtlijnen, namelijk door 48 (98,0%) huisartsen en huisartsen-in-opleiding. Er werd regelmatig gebruikt gemaakt van de NHG-standaarden, namelijk door 42 (85,7%) artsen. Daarnaast gebruikten 31 (63,3%) artsen vaak de Domus Medica standaarden. Ook werd gebruik gemaakt van medische databanken met de nadruk op richtlijnen. EBPracticenet werd door 38 (77,6%) huisartsen en huisartsen-in-opleiding gebruikt. De CDLH-database, deels bestaande uit richtlijnen, werd door 15 (30,6%) huisartsen en huisartsen-in-opleiding gebruikt. De BMJ Clinical evidence databank werd door 15 (30,6%) huisartsen en huisartsen-in-opleiding gebruik. DynaMed werd slechts door twee (4,1%) artsen gebruikt. 13 (26,5%) huisartsen en HAIO's gingen bij point-of-care opzoekingswerk ook op zoek naar informatie in systematic reviews of primaire bronnen. Het vaakst werd gezocht via PubMed, namelijk door 10 (20,4%) artsen. Daarnaast gebruikten twee (4,1%) artsen frequent Medline en de Cochrane Library werd regelmatig geconsulteerd door één (2,0%) huisarts of HAIO. Maar liefst 31 (63,3%) huisartsen en HAIO's zochten ook via algemene zoekmachines zoals Google, Yahoo!, Bing of andere op. Vier (8,2%) artsen maakten ook gebruik van andere bronnen zoals UpToDate, www.oogartsen.nl, www.huidziekten.nl, www.thuisarts.nl, www.gezondheidenwetenschap.be, www.gezondleven.be, www.inhalatorgebruik.nl, Cybele, Farmacotherapeutisch Kompas, de eigen praktijkprotocollen en andere.



Figuur 3: Gebruikte bronnen bij point-of-care opzoeken (n = 49)

Van de deelnemende huisartsen en huisartsen-in-opleiding gaven zeven (14,3%) aan vaak gebruik te maken van de Evidence Linker, acht (16,3%) gaven aan meestal gebruik te maken van de Evidence Linker, 26 (53,1%) gaven aan soms gebruik te maken van de Evidence Linker en acht (16,3%) gaven aan nooit gebruik te maken van de Evidence Linker.

Tabel 5: Subjectief gebruik van de Cebam Evidence Linker

	N	%
Vaak	7	14,3
Meestal	8	16,3
Soms	26	53,1
Nooit	8	16,3

Open vragen point-of-care opzoeken

De antwoorden op de open vragen sectie van de vragenlijst werden gecategoriseerd en worden weergegeven in *Tabel 6*. Zoals reeds in *Methode* werd aangegeven, belichten sommige antwoorden op de open vragen die meerdere deelantwoorden en werden zij in sommige gevallen in meerdere categorieën onderverdeeld.

Tabel 7: Gecategoriseerde antwoorden op open vragen sectie vragenlijst (n = 49)

	N	%
Waarom zou u opteren voor een algemene zoekmachine (zoals Google, Yahoo!, Bing, etc.) bij het opzoeken van point-of-care informatie?		
Snel en gebruiksvriendelijk	25	51,0
Patiëntgerichte informatie of ondersteunend materiaal	13	26,5
Specifieke medische informatie	10	20,4
Vage of zeldzame klachten	6	12,2
Niet medische informatie	3	6,1
Breed aantal resultaten	2	4,1
Uit gewoonte	2	4,1
Wat zijn volgens u de nadelen van algemene zoekmachines (zoals Google, Yahoo!, Bing, etc.) bij het opzoeken van point-of-care informatie?		
Niet altijd betrouwbare, evidence based of up to date informatie	45	91,8
Overvloed aan informatie	4	8,2
Waarom zou u opteren voor medische databanken met de nadruk op richtlijnen (zoals Cebam Digital Library of Health, EBpracticenet, BMJ Clinical Evidence, DynaMed, etc.) bij het opzoeken van point-of-care informatie?		
Betrouwbaar, evidence based en up to date informatie	47	95,5
Snel en gebruiksvriendelijk	3	6,1
Specifieke medische informatie	1	2,0
Wat zijn volgens u de nadelen van medische databanken met de nadruk op richtlijnen (zoals Cebam Digital Library of Health, EBpracticenet, BMJ Clinical Evidence, DynaMed, etc) bij het opzoeken van point-of-care informatie?		
Tijdsintensief, minder gebruiksvriendelijk en minder toegankelijk	35	71,4
Noodzakelijkheid van inloggen	3	6,1
Niet praktijkgericht informatie	7	14,3
Anderstalig	6	12,2
Buitenlandse standaarden	5	10,2
Onvolledig	4	8,2

Niet patiëntgericht informatie	1	2,0
Niet altijd up to date	1	2,0
Diagnose dient gekend te zijn	1	2,0
Waarom zou u opteren gebruik te maken van sites (zoals Domus Medica, NHG-standaarden, BAPCOC, etc.) met de nadruk op evidence based richtlijnen bij het opzoeken van point-of-care informatie?		
Snel en gebruiksvriendelijk	25	51,0
NHG-standaarden meest gebruiksvriendelijk	2	4,1
Gestructureerd en samenvattend	14	28,6
Gericht op de huisartsenpraktijk	11	22,4
Betrouwbaar en evidence based	10	20,4
Nederlandstalig	10	20,4
Reeds vertrouwd met gebruik ervan	8	16,3
In België van toepassing	7	14,3
Wat zijn volgens u de nadelen van het gebruik van bepaalde sites (zoals Domus Medica, NHG- standaarden, BAPCOC, etc.) met de nadruk op evidence based richtlijnen bij het opzoeken van point-of-care opzoekingswerk?		
Vaak gedateerd	20	40,8
Vooral gedateerde standaarden Domus Medica	7	14,3
Onvolledig	12	24,5
Minder gebruiksvriendelijk	11	22,4
NHG-standaarden vaak minder toepasbaar in België	4	8,2
Weinig genuanceerd	10	20,4
Waarom zou u opteren voor systematic reviews of primaire bronnen (zoals PubMed, Embase, Medline, Google Scholar, Cochrane Library, etc.)?		
In specifieke situaties en voor specifieke informatie (zoals nieuwe zaken, gedetailleerde informatie of specialistische informatie)	20	40,8
Zeer betrouwbare en evidence based informatie	8	16,3
Wat zijn volgens u de nadelen van systematic reviews of primaire bronnen (zoals PubMed, Embase, Medline, Google Scholar, Cochrane Library, etc.)?		
Niet gebruiksvriendelijk	35	71,4

Niet van toepassing op de Belgische huisartsenpopulatie	5	10,2
Weinig genuanceerd	4	8,2
Volledige tekst is niet altijd beschikbaar	2	4,1
Anderstalig	1	2,0
Waarom zou u opteren voor de Evidence Linker (geïntegreerd in uw elektronisch medisch dossier) bij het opzoeken van point-of-care informatie?		
Snel en gebruiksvriendelijk	40	81,6
Evidence based informatie	8	16,3
Omwille van de geïntegreerde praktijkpremie	4	8,2
Wat zijn volgens u de nadelen van de Evidence Linker (geïntegreerd in uw elektronisch medisch dossier) bij het opzoeken van point-of-care informatie?		
Minder gebruiksvriendelijk in vergelijking met andere point-of-care bronnen	18	36,7
Omwille van de complexiteit van codering	5	10,2
Tunnelvisie door codering	1	2,0
Minder relevante informatie	13	26,5
Onvolledig	11	22,4
Niet patiëntgerichte informatie	1	2,0
Niet praktijkgerichte informatie	1	2,0
Niet vertrouwd met gebruik ervan	7	14,3

Statistiek

Bij de statistische analyse van de resultaten van onze vragenlijst werd er gekeken of er een associatie kon gelegd worden tussen functie (huisarts of HAIO) en bepaalde resultaten. Hierbij zagen we dat de HAIO's die deelnamen aan onze vragenlijst significant vaker gebruik maakten van NHG-richtlijnen als bron bij point-of-care opzoekingswerk in vergelijking met de huisartsen die deelnamen aan onze vragenlijst (Fisher's exact test (N = 49), p = 0,027). Er kon geen statistisch significante associatie gelegd worden tussen functie (huisarts of HAIO) en de andere vormen van bronnen bij point-of-care opzoekingswerk[1], de vormen van informatie waarnaar op zoek wordt gegaan bij point-of-care

[1] Algemene zoekmachines (X^2 (1, N = 49) = 0,002, p = 0,961), Cebam digital Library of Health (CDLH) (X^2 (1, N = 49) = 2,904, p = 0,088)), Ebpracticenet (Fisher's exact test (1, N = 49), p = 0,185), BMJ Clinical Evidence (Fisher's exact test (1, N = 49), p = 1), DynaMed (Fisher's exact test (1, N = 49), p = 1), Domus Medica-standaarden (X^2 (1, N = 49) = 0,299, p = 0,584), BAPCOC

opzoekingswerk[2] en het al dan niet vinden over voldoende tijd te beschikken om point-of-care te gaan opzoeken[3] ($p > 0,05$).

Vervolgens werd er gekeken of er een statistisch significante associatie kon gelegd worden tussen huisartsen met tien of meer jaren praktijkervaring of huisartsen of HAIO's met minder dan tien jaar praktijkervaring en bepaalde resultaten. Hierbij zag men eveneens dat huisartsen of HAIO's met minder dan tien jaar praktijkervaring vaker gebruik maakten van NHG-richtlijnen als bron bij point-of-care opzoekingswerk in vergelijking met huisartsen die tien of meer jaar praktijkervaring hadden (Fisher's exact test (N = 49), p = 0,048). Er kon geen statistisch significante associatie gelegd worden tussen huisartsen met tien of meer jaar praktijkervaring of huisartsen en HAIO's met minder dan tien jaar praktijkervaring en de andere vormen van bronnen bij point-of-care opzoekingswerk[4], de vormen van informatie waarnaar op zoek wordt gegaan bij point-of-care opzoekingswerk[5] en het al dan niet vinden over voldoende tijd te beschikken om point-of-care te gaan opzoeken[6] ($p > 0,05$).

Er werd ook gekeken of er een statistisch significante link kon gelegd worden tussen huisartsen en HAIO's in een solopraktijk tegenover de andere praktijkvormen en bepaalde resultaten. Er kon hierbij geen significante associatie gelegd worden tussen huisartsen en HAIO's in een solopraktijk tegenover de andere praktijkvormen en de vormen van bronnen bij point-of-care opzoekingswerk[7], de vormen van informatie waarnaar op zoek wordt gegaan bij point-of-care opzoekingswerk[8] en het al dan niet vinden van voldoende tijd om point-of-care te gaan opzoeken[9] ($p > 0,05$). Er kon daarnaast geen statistisch significante link gelegd worden tussen STACO of PO zijn en de overige artsen die deelnamen aan onze vragenlijst. Er konden hierbij geen significante associaties gelegd worden tussen STACO of PO zijn en de overige artsen die deelnamen aan onze vragenlijst met betrekking tot bronkeuze bij

(Fisher's exact test (1, N = 49), p = 0,495), PubMed (Fisher's exact test (1, N = 49), p = 1), Medline (Fisher's exact test (1, N = 49), p = 0,495) en de Cochrane Library (Fisher's exact test (1, N = 49), p = 0,1)

[2] Diagnostische informatie (X^2 (1, N = 49) = 0,750, p = 0,386), voorlichtingen en adviezen (Fisher's exact test (1, N = 49), p = 1), niet-medicamenteuze behandelingsmogelijkheden (X^2 (1, N = 49) = 0,420, p = 0,517), medicamenteuze behandelingsmogelijkheden (Fisher's exact test (1, N = 49), p = 0,242), redenen voor controle en doorverwijzing (X^2 (1, N = 49) = 1,502, p = 0,220) en informatie omtrent preventie (X^2 (1, N = 49) = 1,238, p = 0,266).

[3] X^2 (1, N = 49) = 0,970, p = 0,325

[4] Algemene zoekmachines (X^2 (1, N = 49) = 1,976, p = 0,160), Cebam digital Library of Health (CDLH) (Fisher's exact test (1, N = 49), p = 0,735)), Ebpracticenet (Fisher's exact test (1, N = 49), p = 0,475), BMJ Clinical Evidence (Fisher's exact test (1, N = 49), p = 1), DynaMed (Fisher's exact test (1, N = 49), p = 1), Domus Medica-standaarden (X^2 (1, N = 49) = 1,976, p = 0,160), BAPCOC (Fisher's exact test (1, N = 49), p = 0,077), PubMed (Fisher's exact test (1, N = 49), p = 0,442), Medline (Fisher's exact test (1, N = 49), p = 0,494) en de Cochrane Library (Fisher's exact test (1, N = 49), p = 1).

[5] Diagnostische informatie (X^2 (1, N = 49) = 0,860, p = 0,354), voorlichtingen en adviezen (Fisher's exact test (1, N = 49), p = 1), niet-medicamenteuze behandelingsmogelijkheden (X^2 (1, N = 49) = 0,668, p = 0,414), medicamenteuze behandelingsmogelijkheden (Fisher's exact test (1, N = 49), p = 0,193), redenen voor controle en doorverwijzing (X^2 (1, N = 49) = 0,033, p = 1) en informatie omtrent preventie (Fisher's exact test (1, N = 49), p = 0,501).

[6] Fisher's exact test (1, N = 49), p = 0,516

[7] Algemene zoekmachines (Fisher's exact test (1, N = 49), p = 1), Cebam digital Library of Health (CDLH) (Fisher's exact test (1, N = 49), p = 0,660)), Ebpracticenet (Fisher's exact test (1, N = 49), p = 0,178), BMJ Clinical Evidence (Fisher's exact test (1, N = 49), p = 1), DynaMed (Fisher's exact test (1, N = 49), p = 1), Domus Medica-standaarden (Fisher's exact test (1, N = 49), p = 1), NHG-standaarden (Fisher's exact test (1, N =49), p =0,199), BAPCOC (Fisher's exact test (1, N = 49), p = 0,268), PubMed (Fisher's exact test (1, N = 49), p = 1), Medline (Fisher's exact test (1, N = 49), p = 1) en de Cochrane Library (Fisher's exact test (1, N = 49), p = 1).

[8] Diagnostische informatie (Fisher's exact test (1, N = 49), p = 0,691), voorlichtingen en adviezen (Fisher's exact test (1, N = 49), p = 0,646), niet-medicamenteuze behandelingsmogelijkheden (Fisher's exact test (1, N = 49), p = 1), medicamenteuze behandelingsmogelijkheden (Fisher's exact test (1, N = 49), p = 0,377), redenen voor controle en doorverwijzing (Fisher's exact test (1, N = 49), p = 0,219) en informatie omtrent preventie (Fisher's exact test (1, N = 49), p = 1)

[9] Fisher's exact test (1, N = 49), p = 0,217

point-of-care opzoekingswerk[10], de vormen van informatie waarnaar op zoek wordt gegaan bij point-of-care opzoekingswerk[11] en het al dan niet beschikken over voldoende tijd om point-of-care te gaan opzoeken[12] ($p > 0,05$).

Vervolgens werd er ook gekeken of er een associatie kon gelegd worden tussen huisartsen en HAIO's die 20 of meer minuten uittrokken voor een consultatie en huisartsen en HAIO's die minder dan 20 minuten nodig hadden voor een consultatie en bepaalde resultaten. Hierbij zag men dat huisartsen en HAIO's die 20 of meer minuten uittrokken voor een consultatie significant vaker op zoek gingen naar niet-medicamenteuze informatie (X^2 (1, N = 49) = 4,705, p = 0,030) en vaker gebruik maakten van algemene zoekmachines ((X^2 (1, N = 49) = 5,118, p = 0,024) en BMJ Clinical Evidence (Fisher's exact test (1, N = 49), p = 0,050) als bron in vergelijking met huisartsen en HAIO's die minder dan 20 minuten uittrokken voor een consultatie. Er kon geen significante associatie gelegd worden tussen huisartsen en HAIO's die 20 of meer minuten uittrokken voor een consultatie en huisartsen en huisartsen-in-opleiding die minder dan 20 minuten voorzagen voor een consultatie en de andere vormen van bronnen bij point-of-care opzoekingswerk[13], de andere vormen van informatie waarnaar op zoek wordt gegaan bij point-of-care opzoekingswerk[14] en het al dan niet vinden over voldoende tijd te beschikken om point-of-care te gaan opzoeken[15] ($p > 0,05$).

Er werd ook gekeken of er een statistisch significante associatie kon gelegd worden tussen huisartsen en HAIO's die gemiddeld meer dan 20 consultaties per dag inplannen en huisartsen en huisartsen-in-opleiding die gemiddeld 20 of minder consultaties per dag doen en bepaalde resultaten. Hierbij zag men dat huisartsen en HAIO's die gemiddeld 20 of minder consultaties per dag deden significant vaker op zoek gingen naar informatie omtrent medicamenteuze behandelingsmogelijkheden (Fisher's exact test (1, N = 49), p = 0,044) in vergelijking met huisartsen en HAIO's die gemiddeld 20 of minder consultaties per dag afrondden. Er konden geen significante associaties gelegd worden tussen huisartsen en HAIO's die gemiddeld meer dan 20 consultaties per dag doen en huisartsen en huisartsen-in-opleiding die gemiddeld 20 of minder consultaties per dag afronden en vormen van bronnen bij point-of-care opzoekingswerk[16], de andere vormen van informatie waarnaar op zoek

[10] Algemene zoekmachines (Fisher's exact test (1, N = 49), p = 0,693), Cebam digital Library of Health (CDLH) (Fisher's exact test (1, N = 49), p = 0,687)), Ebpracticenet (Fisher's exact test (1, N = 49), p = 0,663), BMJ Clinical Evidence (Fisher's exact test (1, N = 49), p = 0,522), DynaMed (Fisher's exact test (1, N = 49), p = 1), Domus Medica-standaarden (Fisher's exact test (1, N = 49), p = 0,229), NHG-standaarden (Fisher's exact test (1, N =49), p = 1), BAPCOC (Fisher's exact test (1, N = 49), p = 1), PubMed (Fisher's exact test (1, N = 49), p = 0,659), Medline (Fisher's exact test (1, N = 49), p = 1) en de Cochrane Library (Fisher's exact test (1, N = 49), p = 1)

[11] Diagnostische informatie (Fisher's exact test (1, N = 49), p = 0,128), voorlichtingen en adviezen (Fisher's exact test (1, N = 49), p = 0,355), niet-medicamenteuze behandelingsmogelijkheden (Fisher's exact test (1, N = 49), p = 1), medicamenteuze behandelingsmogelijkheden (Fisher's exact test (1, N = 49), p = 0,421), redenen voor controle en doorverwijzing (Fisher's exact test (1, N = 49), p = 0,269) en informatie omtrent preventie (Fisher's exact test (1, N = 49), p = 1).

[12] Er kon geen statistisch significante associatie gelegd worden tussen STACO of PO zijn en de overige artsen die deelnamen aan onze vragenlijst en het al dan niet beschikken over voldoende tijd om point-of-care te gaan opzoeken (Fisher's exact test (1, N = 49), p = 0,696)

[13] Cebam digital Library of Health (CDLH) (X^2 (1, N = 49) = 0,164, p = 0,686)), Ebpracticenet (X^2 (1, N = 49) = 3,201, p = 0,074), DynaMed (Fisher's exact test (1, N = 49), p = 0,235), Domus Medica-standaarden (X^2 (1, N = 49) = 2,787, p = 0,095), NHG-standaarden (Fisher's exact test (1, N =49), p = 0,189), BAPCOC (Fisher's exact test (1, N = 49), p = 1), PubMed (Fisher's exact test (1, N = 49), p = 0,496), Medline (Fisher's exact test (1, N = 49), p = 1) en de Cochrane Library (Fisher's exact test (1, N = 49), p = 1)

[14] Diagnostische informatie (X^2 (1, N = 49) = 0,587, p = 0,444), voorlichtingen en adviezen (X^2 (1, N = 49) = 0,071, p = 0,791), medicamenteuze behandelingsmogelijkheden (Fisher's exact test (1, N = 49), p = 0,235), redenen voor controle en doorverwijzing (X^2 (1, N = 49) = 0,199, p = 0,656) en informatie omtrent preventie (X^2 (1, N = 49) = 0,260, p = 0,610).

[15] X^2 (1, N = 49) = 0,038, p = 0,845

[16] Er konden geen significante associaties gelegd worden tussen huisartsen en HAIO's die gemiddeld meer dan 20 consultaties per dag doen en huisartsen en huisartsen-in-opleiding die gemiddeld 20 of minder consultaties per dag afronden en vormen

wordt gegaan bij point-of-care opzoekingswerk[17] en het al dan niet beschikken over voldoende tijd om point-of-care te gaan opzoeken[18]

Discussie

Literatuur en bijscholingen

Uit onze vragenlijst blijkt dat alle deelnemende huisartsen en HAIO's point-of-care informatie opzoeken. 61,2% gaf aan minstens één of meer zoekopdrachten uit te voeren per vier tot vijf consultaties. 49,0% besteedt gemiddeld 1 tot 2 minuten per zoekopdracht. Desondanks blijft literatuur omtrent point-of-care opzoeken in de huisartsenpraktijk beperkt, zowel op Vlaams, Belgisch als internationaal niveau. Er is er daarnaast weinig aandacht voor bijscholingen voor huisartsen over efficiënt opzoekingswerk.
Ondanks dat heel wat artsen frequent point-of-care opzoekt, was er nog steeds 6,1% van de artsen die dit zelden deed. Dit betekent gemiddeld minder dan één zoekopdracht per 16 consultaties. Zou dit komen omdat zij over onvoldoende tijd beschikken en zij overbevraagd zijn? Maken zij misschien te weinig tijd vrij voor een kwalitatief consult waarbij zo nodig nog extra kan opgezocht worden? Dit is natuurlijk begrijpelijk in het huidige klimaat met grote tekorten aan artsen voor een overmaat aan patiënten. Weten artsen onvoldoende hoe ze op een efficiënte manier point-of-care kunnen gaan opzoeken? Kennen zij de juiste bronnen en methoden bijvoorbeeld niet? Door niet of minder point-of-care te gaan opzoeken, wordt er mogelijks ingeboet aan kwaliteit van zorg voor de patiënt. Dit gezien point-of-care opzoekingswerk volgens ons ervoor zorgt dat artsen zichzelf continu bijscholen door de nieuwste ontwikkelingen binnen de patiëntenzorg op te zoeken.
De meerderheid van de huisartsen en HAIO's die deelnamen aan onze vragenlijst gaf aan gemiddeld over voldoende tijd te beschikken om point-of-care te gaan opzoeken. Desondanks gaf nog steeds 34,7% aan gemiddeld over onvoldoende tijd te beschikken. Ligt dit aan een effectief gebrek aan tijd om zich hiervoor te engageren of ligt dit aan inefficiënt opzoekingswerk? Mocht er meer aandacht zijn voor het opleiden van artsen om tijdsefficiënt point-of-care opzoekingswerk te verrichten, zou dit percentage helemaal anders kunnen zijn.

Heel wat reden dus om in te zetten op meer onderzoek, bijscholingen en aandacht voor point-of-care opzoeken in de huisartsenpraktijk.
Merk op dat er geen significant verschil ($p > 0,05$) kon aangetoond worden tussen huisarts of HAIO zijn en het al dan niet over voldoende tijd beschikken om point-of-care te gaan opzoeken. Voor

van bronnen bij point-of-care opzoekingswerk zoals gebruik van algemene zoekmachines (X^2 (1, N = 49) = 0,057, p = 0,812), Cebam digital Library of Health (CDLH) (X^2 (1, N = 49) = 0,099, p = 0,753)), Ebpracticenet (Fisher's exact test (1, N = 49), p = 0,724), DynaMed (Fisher's exact test (1, N = 49), p = 1), Domus Medica-standaarden (X^2 (1, N = 49) = 0,057, p = 0,812), NHG-standaarden (Fisher's exact test (1, N =49), p = 1), BAPCOC (Fisher's exact test (1, N = 49), p = 0,130), PubMed (Fisher's exact test (1, N = 49), p = 0,726), Medline (Fisher's exact test (1, N = 49), p = 1) en de Cochrane Library (Fisher's exact test (1, N = 49), p = 1).

[17] Er kon geen statistisch significante associatie gevonden worden tussen huisartsen en HAIO's die gemiddeld meer dan 20 consultaties per dag doen en huisartsen en HAIO's die gemiddeld 20 of minder consultaties per dag afronden en de andere vormen van informatie naar waar opzoek wordt gegaan bij point-of-care opzoekingswerk zoals diagnostische informatie (X^2 (1, N = 49) = 0,355, p = 0,551), voorlichtingen en adviezen (Fisher's exact test (1, N = 49), p = 0,503), niet-medicamenteuze behandelingsmogelijkheden (X^2 (1, N = 49) = 3,023, p = 0,082), redenen voor controle en doorverwijzing (X^2 (1, N = 49) = 1,538, p = 0,215) en informatie omtrent preventie (X^2 (1, N = 49) = 0,503, p = 0,537).

[18] Er kon geen statistisch significante associatie gelegd worden tussen huisartsen en HAIO's die gemiddeld meer dan 20 consultaties per dag doen en huisartsen en huisartsen-in-opleiding die gemiddeld 20 of minder consultaties per dag uitvoeren en het al dan niet beschikken over voldoende tijd om point-of-care te gaan opzoeken (X^2 (1, N = 49) = 0,023, p = 0,879).

geneeskunde studenten en HAIO's dient er in de opleiding naast de focus op communicatieve vaardigheden, klinisch onderzoek en kennis meer aandacht te zijn voor andere zaken die het consultvoeren efficiënter maken, zoals bijvoorbeeld efficiënt point-of-care kunnen opzoeken. Daarbij dient er dan niet enkel aandacht te zijn voor het aanreiken en uitleggen van de bruikbare bronnen, maar dient men aan de studenten ook het praktische gebruik ervan aan te leren. Heden zijn er reeds bepaalde initiatieven zoals bijvoorbeeld de PICO-oefening in de opleiding Geneeskunde aan de Universiteit Gent. Maar deze initiatieven mogen dus nog uitgebreider zijn, met meer tijd binnen de opleiding en het aanleren van verschillende soorten zoekstrategieën. Daarnaast dient er ook extra aandacht te komen voor extra opleiding van artsen die reeds in de praktijk staan. Deze bijscholingen dienen op regelmatige basis georganiseerd te worden om hen op de hoogte te houden van en hen vertrouwd te leren raken met nieuwe ontwikkelingen of bronnen op vlak van point-of-care opzoeken.

Point-of-care informatie en bronnen

Wat opvalt bij onze vragenlijst is dat er minder aandacht is voor preventie bij point-of-care opzoekingswerk. Er werd immers het minst naar informatie over preventie op zoek gegaan, namelijk slechts door 32,7% van de artsen. Is dit een weerspiegeling van ons maatschappelijk gebrek aan preventie? Zou dit een weerspiegeling kunnen zijn van onze wereld waarin het snel behandelen van een aandoening als gouden standaard wordt gezien eerder dan het voorkomen ervan? Hebben huisartsen vandaag de dag gewoon te weinig tijd om 'in optima forma' aan preventie te doen? Wat vaststaat, is dat in onze vergrijzende maatschappij het belang van preventie meer en meer voorop komt te staan, zeker in de huisartsenpraktijk. Daarbij is het dan ook verrassend dat huisartsen en HAIO's vandaag de dag minder opzoekingswerk verrichten naar preventie ondanks de groeiende innovatieve preventieve hulpmiddelen. Kan dit als een reden gezien worden voor de huidige instanties die point-of-care bronnen aanbieden om in te zetten op overzichtelijk gestructureerde bronnen, waarbij snel opvalt om welke vorm van informatie het precies gaan? Kan dit een reden zijn voor de bevoegde instanties om meer point-of-care informatie aan te bieden over de preventie voor bepaalde aandoeningen?

83,7% van de deelnemende artsen geeft aan dat zij de voorkeur geven aan Nederlandstalige bronnen. Dit duidt het belang van Nederlandstalige initiatieven zoals de BAPCOC-gids, de Domus Medica richtlijnen, de NHG-richtlijnen, EBPracticeNet, CDLH, de Cebam Evidence Linker, etc. bij point-of-care opzoeken. Het is ook een motivering voor de bevoegde instanties, zoals bijvoorbeeld Evikey, die point-of-care informatie gaan aanbieden om maximaal in te zetten op het bundelen van kwalitatieve Nederlandstalige informatie en anderstalige bronnen kwalitatief te vertalen naar het Nederlands.

Voor kwalitatief point-of-care opzoekingswerk gaven de meeste (79,6%) artsen terecht 'betrouwbaar/evidence based' als belangrijkste parameter op. 'Duurzaam' bleek voor de meerderheid (69,8%) van de betrokken artsen het minste belangrijk. Artsen dragen dus zoals het betaamt de betrouwbaarheid van de informatie hoog in het vaandel. Ze vinden het minder belangrijk dat deze informatie 'duurzaam' is en dat ze steeds hetzelfde resultaat krijgen voor dezelfde zoekterm. De meningen over het belang van andere parameters van point-of-care opzoekingswerk waren meer verdeeld. 'Snel' werd als tweede belangrijkste gerangschikt door 42,9% van de artsen en 'Gebruiksvriendelijk' werd als derde belangrijkste gerangschikt door 38,8% artsen. Een belangrijke motivatie voor de bevoegde instanties om maximaal te blijven inzetten op hoogkwalitatieve en

betrouwbare informatie. Daarnaast wordt dan waarschijnlijk het best ingezet op systemen die zowel snel als gebruiksvriendelijk zijn.

Artsen weten de bronnen die specifiek ontwikkeld zijn voor point-of-care opzoeken duidelijk te vinden. De huisartsen en huisartsen-in-opleiding die deelnamen aan de vragenlijst maakten het vaakst gebruik van sites met de nadruk op richtlijnen en standaarden, waarbij de BAPCOC-gids en de NHG-standaarden de meeste gebruikte waren. Deze werden respectievelijk door 98% en 83,7% van de deelnemers gebruikt. De Domus Medica-standaarden werden door 63,3% van de deelnemers gebruikt. Het is opvallend dat Vlaamse huisartsen de NHG-standaarden, in Nederland ontwikkeld, verkiezen boven de Domus Medica-standaarden van toepassing in Vlaanderen. Daarnaast werd er ook veelvuldig gebruik gemaakt van EBPracticeNet, een database met de nadruk op richtlijnen. Dit toont aan dat het zinvol is om in te zetten op Nederlandstalige point-of-care bronnen gezien deze dus frequent worden gebruikt. Desondanks ging nog steeds een groot deel (63,3%) van de artsen via algemene zoekmachines op zoek naar informatie. Is dit omdat de bronnen ontwikkeld voor point-of-care opzoeken nog steeds niet kunnen tippen aan de snelheid en het gebruiksgemak van de grote zoekmachines zoals Google? Kiezen artsen de opzoekingsbron op basis van de informatie waarnaar ze op zoek gaan? Zouden artsen bijvoorbeeld meer google gebruiken voor specifieke informatie zoals beeldmateriaal?
In de open vragen sectie van onze vragenlijst kwam naar voren dat 51% van de artsen algemene zoekmachines voornamelijk gebruiken omwille van hun gebruiksgemak en snelheid. 4,1% geeft in zijn antwoord toe voor algemene zoekmachines te kiezen ‘uit gewoonte’. 91,8% kon echter goed inschatten dat men bij het gebruik van algemene zoekmachines kritisch dient te zijn naar de betrouwbaarheid en het up to date zijn van de aangeboden informatie.
Wat duidelijk is, is dat artsen goed kunnen inschatten dat primaire of secundaire bronnen niet geschikt zijn voor point-of-care opzoeken. De meeste artsen maken er dan ook weinig gebruik van.

De Cebam Evidence Linker werd vaak tot meestal gebruikt door 30,6% van de artsen. 53,1% van de artsen gebruikten de Cebam Evidence Linker soms en 16,3% gebruikte het nooit. Ondanks dat de Cebam Evidence Linker intussen 16 jaar in de praktijk ter beschikking gesteld wordt is er dus nog steeds een overgrote meerderheid aan huisartsen en HAIO’s die het weinig tot nooit gebuikt. Dit is opvallend gezien deze bron specifiek is ontwikkeld voor Vlaamse huisartsen. Daarnaast heeft Cebam intussen al 16 jaar de tijd gehad om zijn Evidence Linker af te stellen op de noden van de huisartsen en HAIO’s in de praktijk. Huisartsen en HAIO’s appreciëren het feit dat de Evidence Linker hen op een snelle en gebruiksvriendelijke manier hoogkwalitatieve informatie geeft. Toch kwam in onze vragenlijst naar boven dat sommige huisartsen en HAIO’s de Cebam Evidence Linker ook vooral gebruikten om recht te krijgen op de geïntegreerde praktijkpremie. Ondanks dat vele huisartsen en HAIO’s de Cebam Evidence Linker als snel en gebruiksvriendelijk zagen, gaven ze toch aan dat ze de Cebam Evidence Linker als minder gebruiksvriendelijk te ervaren in vergelijking met de andere vormen van point-of-care opzoeken. Huisartsen en HAIO’s hadden ook vaak twijfels omtrent de volledigheid en relevantie van de voorgestelde informatie. Ondanks dat Cebam Evidence Linker dus reeds jaren in de praktijk beschikbaar is, zijn er dus nog steeds artsen die niet vertrouwd zijn met het gebruik ervan. De complexiteit van codering blijft ook een struikelblok. Er is dus ook dringend nood aan bijscholingen omtrent het gebruik van de Cebam Evidence Linker aangezien artsen in deze enquête wel aangeven dat dit mogelijks een hele grote hulp zou kunnen zijn in de huisartsenpraktijk.

Medische databanken met de nadruk op richtlijnen (zoals Cebam Digital Library of Health, EBPracticeNet, BMJ Clinical Evidence, DynaMed, etc.) werden in 95,5% van de antwoorden beschreven als betrouwbaar en up to date. Als nadeel werd in 71,4% van de antwoorden echter ook aangegeven dat men ze beschouwt als tijdsintensief, minder gebruiksvriendelijk en minder toegankelijk om point-of-care te gaan opzoeken. Hierbij werd in 6,1% van de antwoorden aangegeven dat de noodzaak tot inloggen een reden hiervoor was. Andere nadelen van deze bronnen die aangegeven werden door de deelnemers waren onder andere dat de informatie uit deze bronnen vaak niet van toepassing zijn in België, niet gericht zijn op de praktijk of patiënt, onvolledig, anderstalig en niet altijd up to date zijn. Enerzijds een teken dat de bevoegde instanties zoals CDLH, Evikey, etc. dat HAIO's en huisartsen de hoogkwalitatieve bronnen die zij aanbieden appreciëren, maar zij meer aandacht dienen te hebben voor gebruiksvriendelijkheid en een gestructureerde, overzichtelijke lay-out. Indien het mogelijk zou zijn om het inloggen achterwege laten of vlotter te laten verlopen, zouden heel wat huisartsen en HAIO's deze bronnen makkelijker gebruiken. Ook viel op dat DynaMed slechts door 4,1% gebruikt werd. Misschien is DynaMed nog onvoldoende gekend onder de huisartsen en HAIO's als kwalitatieve point-of-care bron? Eveneens dringend tijd voor een bijscholing hieromtrent dus.

Sites (zoals de Domus Medica standaarden, NHG-standaarden, BAPCOC-gids, etc.) met een nadruk op evidence based richtlijnen worden zoals eerder vermeld veelvuldig gebruikt. 51% van de artsen appreciëren vooral het feit dat ze snel en gebruiksvriendelijk zijn. 4,1% artsen beschreven dat dit vooral van toepassing is op de NHG-standaarden. Artsen apprecieerden verder vooral het feit dat deze sites de informatie gestructureerd en samenvattend weergeven. Zo kan de gezochte informatie bij point-of-care opzoeken snel teruggevonden worden. Ook apprecieerden artsen het feit dat ze gericht zijn op de huisartsenpraktijk, dat ze evidence based en betrouwbaar zijn, dat ze Nederlandstalig zijn en dat ze meestal ook van toepassing zijn in België. Nadelen van deze sites volgens de artsen is het feit dat ze vaak gedateerd zijn. 14,3% benoemen in hun antwoord dat dit vooral voor de Domus Medica standaarden geldt. Voor de werkgroep richtlijnen eerste lijn (WOREL) en Domus Medica dus zeker een wake-up call om zich in te zetten om hun standaarden beter up to date te houden en de lay-out overzichtelijker te maken. Op deze manier kunnen we er namelijk voor zorgen dat artsen sneller up-to-date informatie kunnen terugvinden, direct toepasbaar op de Vlaamse patiëntenpopulatie in de huisartsenpraktijk. Sites met de nadruk op richtlijnen (zoals de Domus Medica standaarden, NHG-standaarden, BAPCOC-gids, etc.) werden ook vaak beschouwd als onvolledig. Er is immers niet van alles een richtlijn ter beschikking. Aan de bevoegde instanties een hint om hun gamma aan richtlijnen te blijven uitbreiden. Voorts worden ze door sommige artsen ook gezien als weinig genuanceerd. Het blijven immers richtlijnen die artsen bepaalde zaken gaan aanbevelen. Deze aanbevelingen kunnen echter niet in elke situatie toegepast worden. Verder gaf nog steeds 22,4% aan dat ze deze sites minder gebruiksvriendelijk vinden. Aan de bevoegde organisaties achter deze sites dus reden te meer om maximaal te blijven inzetten op overzichtelijke, Nederlandstalige, praktijkgerichte en hoogkwalitatieve informatie die snel toegankelijk is.

Heel wat huisartsen (16,3%) zien primaire bronnen zoals artikels op PubMed als het summum van betrouwbaarheid en evidence based medicine. Maar is dit wel altijd zo? Er zijn immers heel wat primaire bronnen, die omdat ze gebaseerd zijn op kleine populaties, een specifieke patiëntenpopulatie, sponsoring door firma's en andere bias net weinig betrouwbaar zijn of moeilijk te vertalen zijn naar de dagdagelijkse praktijk.

Discussie van de statistische analysen

Bij de statistische analyse van onze resultaten kwam aan het licht dat er geen significante verschillen zijn in de vormen van informatie waarnaar op zoek wordt gegaan, zoals bijvoorbeeld diagnostische informatie, voorlichtingen en adviezen, niet-medicamenteuze behandelingsmogelijkheden, medicamenteuze behandelingsmogelijkheden, redenen voor controle en doorverwijzing, informatie omtrent preventie en ander, tussen HAIO's en huisartsen, tussen artsen met tien of meer jaar praktijkervaring en artsen met minder dan tien jaar praktijkervaring, tussen HAIO's of huisartsen werkzaam in een solopraktijk en HAIO's of huisartsen werkzaam in de andere praktijkvormen en tussen STACO's of PO's en andere artsen ($p>0,05$).
Wel zagen we dat vooral HAIO's en artsen met minder dan 10 jaar praktijkervaring de voorkeur hadden voor de NHG-standaarden ($p < 0,05$) boven de Domus Medica-standaarden. Uit de antwoorden op de open vragen van de enquête komt vooral terug dat de Domus Medica richtlijnen minder up-to-date zijn dan de NHG-standaarden. Dit kan een verklaring zijn waarom jonge artsen, die meestal meer op de hoogte zijn van de nieuwste behandelingsmethoden, eerder grijpen naar lectuur zoals de NHG-standaarden en dit verkiezen boven de Domus Medica richtlijnen. Een valkuil hierbij is natuurlijk dat er wel verschillen zijn tussen de Nederlandse huisartsenpraktijk en de Vlaamse, bijvoorbeeld het antibiotische resistentiepatroon.

Verder zagen we ook dat artsen die 20 of meer minuten per consultatie voorzagen significant vaker op zoek gingen naar niet-medicamenteuze behandelingsmogelijkheden ($p = 0,030$). Een reden hiervoor zou kunnen zijn dat huisartsen die minder dan 20 minuten per consultatie voorzien tijdens de consultatie selectief dienen te zijn in hetgeen ze opzoeken en daarbij vooral focussen op het medicamenteuze en vooral reeds gekende niet-medicamenteuze behandelingsopties voorstellen aan de patiënt, terwijl artsen die 20 of meer minuten voorzien per consultatie meer tijd hebben om ook niet-medicamenteuze behandelingsmogelijkheden te belichten en misschien zelf op zoek gaan naar niet-medicamenteuze behandelingsmogelijkheden die zij nog niet kennen. Desondanks gaven artsen die minder dan 20 minuten per consultatie voorzagen niet vaker aan over onvoldoende tijd te beschikken om point-of-care te gaan opzoeken ($p = 0,845$).
Voorts zagen we dat huisartsen en HAIO's die gemiddeld 20 of minder consultaties per dag deden vaker op zoek gingen naar medicamenteuze behandelingsmogelijkheden ($p = 0,044$). Merk op dat 'ervaring' hierbij waarschijnlijk geen rol speelt gezien er geen significante verschillen konden aangetoond worden in het opzoeken van medicamenteuze behandelingsmogelijkheden tussen HAIO's en huisartsen, tussen HAIO's of huisartsen met tien of meer jaar praktijkervaring en HAIO's of huisartsen met minder dan tien jaar praktijkervaring en tussen STACO's of PO's en de andere artsen. Zouden artsen die minder consultaties per dag doen meer kritisch zijn naar de informatie die ze kennen? Wat een plausibele uitleg zou kunnen zijn is dat deze artsen meer tijd voorzien in het up to date houden van hun eigen kennis. Bijgevolg kunnen zij zichzelf bij een gekende diagnose makkelijker dubbelchecken of op zoek gaan naar nieuwe medicamenteuze behandelingsopties. Dit kan de kwaliteit van zorg sterk vergroten.

Huisartsen en HAIO's die 20 of meer minuten per consultatie voorzagen maken vaker gebruik van algemene zoekmachines ($p = 0,024$). We zouden echter eerder het tegenovergestelde verwachten en onterecht denken dat huisartsen en HAIO's die minder tijd voorzien voor een consultatie eerder hun toevlucht zoeken tot de snellere maar minder betrouwbaar geachte algemene zoekmachines. Echter niets is dus minder waar. Misschien zijn de huisartsen en HAIO's die minder dan 20 minuten per consultatie voorzien, desondanks ze minder tijd hebben, toch heel efficiënt in het opzoeken van point-

of-care informatie. Misschien beseffen ze dat ze hiervoor hoogkwalitatieve bronnen nodig hebben, waardoor ze minder vaak gebruik maken van algemene zoekmachines. Wat ook een mogelijkheid is, is dat artsen met meer tijd per patiënt ervoor kiezen om gebruik te maken van ondersteunend materiaal zoals afbeeldingen van bepaalde lichaamsdelen om informatie te geven aan de patiënt. Dit ondersteunend materiaal kan heel snel en efficiënt gevonden worden via algemene zoekmachines. Daarom zou dit ook een goede verklaring kunnen zijn waarom artsen met meer tijd contra-intuïtief kiezen voor algemene (minder evidence based) zoekmachines.
Waarom huisartsen en HAIO's die 20 of meer minuten per consultatie voorzagen vaker kiezen voor de Angelsaksische BMJ Clinical Evidence Guideliness ($p = 0,05$) is minder duidelijk. Vergt het gebruik van deze bron misschien meer tijd? Beperken artsen die minder tijd voorzien per consultatie zich eerder tot de reeds gekende Nederlandstalige point-of-care bronnen?

Huisartsen en HAIO's die gemiddeld 20 of minder consultaties per dag deden gingen vaker op zoek naar informatie over medicamenteuze behandelingsmogelijkheden ($p = 0,044$) bij point-of-care opzoeken. Hebben artsen die meer consultaties per dag doen door hun ervaring meer kennis hebben over de medicamenteuze behandelingsmogelijkheden? Zijn ze bijgevolg minder vaak genoodzaakt om hier point-of-care naar op zoek te gaan? Misschien hebben artsen die minder consultaties per dag doen minder schrik om uit te lopen en staan ze zijn ze meer kritisch over de medicamenteuze behandelingsmogelijkheden die ze de patiënt gaan aanbieden? Misschien dubbelchecken ze hun medicatievoorstellen vaker en gaan ze vaker opzoek naar nog niet gekende medicamenteuze opties? We zouden misschien gedacht hebben dat huisartsen en HAIO's die gemiddeld 20 of minder consultaties per dag doen net meer tijd hebben voor, na en tussen hun consultaties om zaken te gaan opzoeken, maar dit lijkt dus niet waar te zijn.

Conclusie

Artsen die deelnamen aan onze enquête waren het erover eens dat point-of-care opzoeken een deel is van het praktijkvoeren. Er gebeurt echter zeer weinig onderzoek naar hoe, hoe vaak en op welke manieren artsen point-of-care opzoekingswerk verrichten. Uit onze enquête blijkt dat voor de meeste huisartsen en HAIO's de ideale opzoekingsbron, toepasbaar en makkelijk bruikbaar binnen de Vlaamse huisartsenpraktijk nog niet ter beschikking is. Ondanks het specifieke ontwikkelen van de Evidence Linker binnen het EMD, lijkt de gebruiksvriendelijkheid en kennis over het bestaan ervan überhaupt bij de Vlaamse huisartsen tekort te schieten. Daarnaast toonde deze enquête aan dat de Domus Medica richtlijnen vaak als verouderd worden beschouwd. Jonge artsen geven mede hierom de voorkeur aan NHG-standaarden. Er is duidelijk werk aan de winkel voor de Vlaamse/Belgische aanbieders van point-of-care bronnen.

Limitaties van de studie

De belangrijkste limitatie van dit onderzoek is het feit dat slechts een kleine studiegroep van 49 artsen heeft deelgenomen aan onze vragenlijst. Verder dienen we ook rekening te houden met sociaal wenselijke antwoorden, waarbij artsen bij het lezen van mogelijke antwoordopties kiezen voor het meest wetenschappelijke of sociaal wenselijke antwoord eerder dan het in praktijk toepasbare antwoord. De studiegroep bevatte ook een groot aantal HAIO's en vooral jonge artsen, wat een vertekend beeld kan geven van de resultaten gezien zij minder ervaren zijn en misschien ook vaak over meer tijd beschikken. Het groot aantal deelnemende jonge artsen zorgt ervoor dat deze studiepopulatie waarschijnlijk niet representatief is voor de huisartsenpopulatie in Vlaanderen. Ook

de categorisatie van de resultaten door de auteur van dit artikel kan gezien worden als een limitatie van deze studie gezien de subjectieve aard hiervan. De antwoorden op de open vragen werden immers gescreend naar inhoud en vervolgens aan een bepaalde categorie toebedeeld. Sommige antwoorden omvatten echter verschillende luiken die door de auteur van dit artikel bij verschillende categorieën werden toebedeeld.

Referenties

1. Leysen P, van Linden A. Medische informatie opzoeken tijdens de consultatie of'online on the spot'. Huisarts nu: maandblad van de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen-Brussel. 2010;39(8):319-23.
2. De Greef L, Deckers S, Lerouge F, Aertgeerts S, Geens S, Aertgeerts B. Homunculus and CEBAM evidence linker. HaNu. 2011;40(4):161-3.
3. Hoe zoeken: Cebam Digital Library for Health. Available from: https://www.cdlh.be/nl/help/hoe-zoeken.
4. Uitleg bij de voorwaarden voor de geïntegreerde praktijkpremie huisartsgeneeskunde: Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. Available from: https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuele-zorgverleners/artsen/financiele-tegemoetkomingen/geintegreerde-praktijkpremie/uitleg-bij-de-voorwaarden-voor-de-geintegreerde-praktijkpremie-huisartsgeneeskunde.
5. Cebam Digital Library for Health: Cebam Digital Library for Health. Available from: https://www.cebam.be/cebam-digital-library-for-health.
6. Leroy T, De Jonghe M. Recherche d'informations médicales validées: la bibliothèque virtuelle du centre belge pour l'Evidence-Based Medicine (CEBAM Digital Library of Health-CDLH). Louvain médical. 2019;138:551.

Afkortingen en acroniemen

BAPCOC: Belgische Commissie voor de coördinatie van het antibioticabeleid gids

BCFI: Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie

BMJ: British Medical Journal

CDLH: Cebam Digital Library for Health

EBM: Evidence based medicine

EMD: Elektronisch medisch dossier

GRADE: Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation

HAIO: huisarts-in-opleiding

ICPC2: International Classification of Primary Care - 2nd edition

JAMA: Journal of the American Medical Association

LOK: lokale kwaliteitsgroep

NHG: Nederlandse Huisartsen Genootschap

OOS: Online on the spot

PO: Praktijkopleider

STACO: Stagecoördinator

WOREL: Werkgroep ontwikkeling richtlijnen Eerste Lijn

Appendix

Bijlage 1: Rekruteringsmateriaal

Masterproef: Point-of-care opzoekingswerk in de huisartsenpraktijk

In kader van mijn masterthesis wordt u uitgenodigd om deel te nemen aan een enquête over 'Point-of-care opzoekingswerk in de huisartsenpraktijk: een exploratieve studie'. Point-of-care opzoekingswerk is opzoekingswerk tijdens de consultatie en in het bijzijn van de patiënt. Dit opzoekingswerk verloopt niet altijd even vlot en efficiënt.

Daarom wil ik samen met promotor Prof. Dr. Peter Pype en copromotor Dr. Tom Poelman onderzoeken hoe point-of-care opzoekingswerk op dit moment in de huisartsenpraktijk verloopt. Ook willen we bekijken hoe dit vlotter en efficiënter kan verlopen.

Deze enquête is volledig anoniem en zal een 15-tal minuten van u tijd in beslag nemen.

Hieronder vindt u de link naar de enquête:

https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=3hyB1-_sbEmPkaF4YkG5nB17boa7ZlpIkVd457HAactUQk9UVEZYM0hFU1kzTFlDQ0taVUc4RllVRy4u

Door deelname aan dit onderzoek draagt u bij aan het efficiënter, sneller en meer medisch onderbouwd maken van onze patiëntenzorg!

Bijlage 2: Goedgekeurd protocol Ethisch Comité

Point-of-care opzoekingswerk in de huisartsenpraktijk: Een exploratieve studie

Protocol masterproef

Huisartsen en huisartsen-in-opleiding worden geacht te werken volgens de principes van evidence based medicine (EBM). Daarnaast dienen zij, omwille van de diversiteit aan klachten die zich in de huisartsenpraktijk presenteren, over een heel brede kennis te beschikken. Dit zowel op klinisch, diagnostisch als therapeutisch vlak. Soms ontbreekt het de huisarts of huisarts-in-opleiding aan bepaalde kennis hieromtrent. De gewenste informatie wordt dan online opgezocht. Dit opzoekingswerk gebeurt vaak tijdens het consult en in het bijzijn van de patiënt. In wat volgt zullen wij dit opzoekinswerk tijdens de consultatie en in het bijzijn van de patiënt benoemen als point-of-care opzoekingswerk.

Kenmerkend voor point-of-care opzoekingswerk is het beperkte tijdsbestek waarbinnen de gewenste informatie kan opgezocht, verwerkt en meegedeeld worden. Meestal gaat het slechts over enkele minuten.

Studies uit het verleden van onder andere Van Duppen *et al.* [1] tonen aan dat point-of-care opzoekingswerk ervoor zorgt dat huisartsen meer evidence based te werk gaan. De meeste van deze studies dateren echter uit het eerste decenium van de 21^{e} eeuw. In de tussentijd zijn er heel wat nieuwe online sites en tools opgekomen die point-of-care opzoekingswerk voor huisartsen efficiënter maken. Ook de devices en conectiviteit met het internet zijn in de tussentijd technologisch hoogstaander geworden. De meeste van deze studies gebeurden ook op kleinere groepen.

Cijfers omtrent point-of-care opzoekingswerk in de huisartsenpraktijk zijn er anno 2022-2023 niet. Ook is er weinig gekend over waarom huisartsen bepaalde sites verkiezen boven anderen. Zijn er manieren om point-of-care opzoekingswerk in de toekomst nog vlotter te laten verlopen?

Op dit moment zijn er online reeds heel wat tools ter beschikking om medische informatie niet enkel snel en efficiënt, maar ook medisch onderbouwd te laten verlopen. Voorbeelden van medisch onderbouwde databanken met de nadruk op richtlijnen zijn onder andere Cebam Digital Library of Health (CDLH), Ebpracticenet, BMJ Clinical Evidence, etc. Er bestaan ook tools zoals de Cebam Evidence Linker die klinische praktijkrichtlijnen op basis van een gecodeerde pathologie rechtstreek gaan integreren in het elektronisch medisch dossier (EMD). [2]

Daarnaast zijn er ook heel wat sites die richtlijnen en standaarden gaan bundelen, onder andere de Domus Medica-standaarden, de NHG-standaarden, de BAPCOC, etc. Naast gestandaardiseerde richtlijnen kan de huisarts er in sommige gevallen ook voor kiezen om primaire bronnen te raadplegen. Voorbeelden van primaire bronnen die systematic reviews en andere gaan bundelen zijn onder andere PubMed, Embase, Google Scholar, etc.

Zoals eerder gezegd bestaan er geen cijfers omtrent point-of-care informatie in de huisartsenpraktijk. Welke bronnen verkiezen huisartsen en huisartsen-in-opleiding? Waar gaan ze naar op zoek? Waarom dragen bepaalde sites hun voorkeur? Waar liggen de knelpunten bij point-of-care opzoekingswerk in de huisartsenpraktijk?

Samengevat hoopt deze studie op basis van enquêtes een antwoord te formuleren op onderstaande onderzoeksvragen:

1. Wat is de stand van zaken bij point-of-care opzoekingswerk in de huisartsenpraktijk?
2. Waar liggen de sterktes en de knelpunten van de huidige beschikbare platformen voor point-of-care opzoekingswerk in de huisartsenpraktijk?

Met behulp van een gerichte enquête bij huisartsen en huisartsen-in-opleiding zal gepoogd worden bovenstaande onderzoeksvragen te beantwoorden. De enquête zal verspreid worden via de ICHO-website, STACO's, PO's, seminariegroepen van huisartsen-in-opleiding, LOK-groepen en hun connecties. De enquête zal online via een Microsoft Forms-link ter beschikking gesteld worden en in te vullen zijn.

Na afloop zal alle data verkregen via deze enquêtes gebundeld en geïnterpreteerd worden in de hoop de eerder vermelde onderzoeksvragen te beantwoorden. Hiervoor zal een statische analyse van de verkregen resultaten uitgevoerd worden om de statische significantie na te gaan.

De criteria om deel te nemen aan deze studie op basis van enquêtes zijn:

1. Huisarts of huisarts-in-opleiding en oefent het gezondheidsberoep huisarts actief uit in Vlaanderen.

Andere paramedici of secretariaatsmedewerkers werkzaam in de huisartsenpraktijk worden gevraagd niet deel te nemen aan dit onderzoek. Ook de onderzoekers betrokken in deze studie zullen zelf niet deelnemen aan de enquête.

Verwacht wordt dat vele huisartsen bij point-of-care opzoekingswerk de voorkeur zullen geven aan niet-medisch onderbouwde zoekmachines zoals bijvoorbeeld Google of gestandaardiseerde richtlijnen zoals bijvoorbeeld de richtlijnen van Domus Medica, NHG, etc.

We hopen vooral ook informatie in te winnen van huisartsen en huisartsen-in-opleiding bij wie het point-of-care opzoekingswerk reeds zeer vlot verloopt. Op deze manier kunnen we namelijk te weten komen welke onderzoeksbronnen het meest efficiënt informatie weergeven binnen een beperkt tijdsbestek.

Het uiteindelijke doel van deze studie is dus niet enkel een actuele stand van zaken bieden omtrent point-of-care opzoekingswerk bij huisartsen en huisartsen-in-opleiding, maar ook inzichten bieden voor huisartsen en huisartsen-in-opleiding om point-of-care opzoekingswerk vlotter, efficiënter en meer evidence based te laten verlopen.

1. Van Duppen D, Aertgeerts B, Hannes K, Neirinckx J, Seuntjens L, Goossens F, et al. Online on-the-spot searching increases use of evidence during consultations in family practice. Patient Educ Couns. 2007;68(1):61-5.

2. De Greef L, Deckers S, Lerouge F, Aertgeerts S, Geens S, Aertgeerts B. Implementatie van twee nieuwe tools in het EMD: Homunculus en Cebam evidence linker. Huisarts Nu 2011;40(4),161-163

Bijlage 3: Informed consent

Informatiebrief voor de deelnemers
Titel van de studie: Point-of-care opzoekingswerk in de huisartsenpraktijk: een exploratieve studie

Beste,

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een studie. Neem, voor u beslist om deel te nemen aan deze studie, voldoende tijd om deze informatiebrief aandachtig te lezen en dit te bespreken met de onderzoeker of zijn/haar vertegenwoordiger. Neem ook de tijd om vragen te stellen indien er onduidelijkheden zijn of indien u bijkomende informatie wenst. Dit proces wordt "informed consent" of "geïnformeerde toestemming" voor deelname aan een experiment genoemd. Eens u beslist heeft om deel te nemen aan de studie zal men u vragen om het toestemmingsformulier achteraan te ondertekenen.

1. BESCHRIJVING EN DOEL VAN DE STUDIE

U zal binnenkort een uitnodiging ontvangen om deel te nemen aan een onderzoek naar point-of-care opzoekingswerk. Dit onderzoek, uitgaand van de dienst Huisartsengeneeskunde, zal zich baseren op de antwoorden van een online vragenlijst, rondgestuurd via een digitaal portaal. Point-of-care opzoekingswerk door de huisarts of huisarts-in-opleiding is opzoekingswerk dat nog tijdens de consultatie en in bijzijn van de patiënt gebeurt. Huisartsen en huisartsen-in-opleiding worden immers verondersteld te werken volgens de principes van evidence based medicine (EBM). Daarnaast dienen zij, omwille van de diversiteit aan klachten die zich in de huisartsenpraktijk presenteren, over een heel brede kennis te beschikken. Dit zowel op klinisch, diagnostisch als therapeutisch vlak. Het is dus onvermijdelijk dat er tijdens sommige consultaties online opzoek gegaan wordt naar informatie. Kenmerkend voor point-of-care opzoekingswerk het beperkte tijdsbestek waarbinnen de gewenste informatie kan opgezocht, verwerkt en meegedeeld worden. Meestal gaat het slechts over enkele minuten.
Cijfers over de voorkeuren bij point-of-care opzoekingswerk in de huisartsenpraktijk zijn er anno 2022-2023 niet. Zijn er manieren om point-of-care opzoekingswerk in de toekomst nog vlotter te laten verlopen?

Samengevat hoopt deze studie op basis van enquêtes een antwoord te formuleren op onderstaande onderzoeksvragen:
1) Wat is de stand van zaken bij point-of-care opzoekingswerk in de huisartsenpraktijk?
2) Waar liggen de sterktes en de knelpunten van de huidige beschikbare platformen voor point-of-care opzoekingswerk in de huisartsenpraktijk?
De antwoorden van deze enquête zullen na afloop gebundeld worden in de hoop zo een antwoord te formuleren op bovenstaande onderzoeksvragen.
We hopen vooral ook informatie in te winnen van huisartsen en huisartsen-in-opleiding bij wie het point-of-care opzoekingswerk reeds zeer vlot verloopt. Op deze manier kunnen we namelijk te weten komen welke onderzoeksbronnen het meest efficiënt informatie weergeven binnen een beperkt tijdsbestek.
Wij vragen u vriendelijk of u de tijd zou willen nemen om een vragenlijst voor ons in te vullen. Dit zal ongeveer 15 minuten van uw tijd in beslag nemen.

Deze studie werd vooraf goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het Universitair Ziekenhuis van Gent en de Universiteit Gent. De studie wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies.

De opdrachtgever van deze studie is Universiteit Gent. Deze verzameling van gegevens wordt uitgevoerd onder supervisie van Prof. Dr. Peter Pype. Dit onderzoek kadert binnen de masterproef van Dr. Laurent De Backer, master-na-master student huisartsengeneeskunde.

2. TOESTEMMING EN WEIGERING

Deelname aan deze studie is volledig vrijwillig. U kan weigeren om de vragenlijsten in te vullen zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enige wijze een invloed zal hebben op de verdere relatie met de onderzoeker. Dit zal ook geen negatieve invloed hebben op de kwaliteit van de zorgen en uw verdere opvolging.

3. VOORDELEN

Deelname aan deze studie brengt voor u waarschijnlijk geen medisch of ander voordeel met zich mee.

4. KOSTEN

Deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor u, maar biedt ook geen financieel voordeel.

5. VERWERKING VAN PERSOONSGEGEVENS

In overeenstemming met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG of GDPR) (EU) 2016/679 van 27 april 2016 en de Belgische wet van 30 juli 2018, betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en kan u toegang krijgen tot de over u verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden. Ook over uw andere rechten (o.a. het recht op beperking van de verwerking van uw (persoons)gegevens, het recht om uw (reeds verzamelde) gegevens te laten wissen in bepaalde omstandigheden, en het recht om een klacht in te dienen) wordt gewaakt.

Voor meer informatie over de rechten die u heeft en hoe u die kan uitoefenen, kan u terecht op de website van UGent (https://www.ugent.be/nl/univgent/privacy/privacyverklaring.htm).

Uw deelname aan de studie betekent dat uw gegevens verwerkt worden voor het doel van de klinische studie. Deze verwerking van gegevens is noodzakelijk voor de vervulling van een taak in het algemeen belang volgens artikel 6, paragraaf 1 (e) en is noodzakelijk met het oog op wetenschappelijk onderzoek volgens artikel 9, paragraaf 2 (j) van de Algemene Verordening Gegevensbescherming.

Alle informatie die tijdens deze studie verzameld wordt, zal gepseudonimiseerd worden (hierbij kan men uw gegevens nog terug koppelen naar uw persoonlijk dossier door middel van een code). De sleutel tot de codes zal enkel toegankelijk zijn voor de onderzoekende of de door hem/haar aangestelde vervanger. In deze studie kunnen ook gegevens verzameld worden via vragenlijst aan de deelnemer. Daartoe zal u gevraagd worden een persoonlijk email-adres te bezorgen waarop u deze vragenlijst wenst te ontvangen.

De verzamelde gepseudonimiseerde gegevens kunnen gedeeld worden met andere (toekomstige) onderzoekers. Dit kan leiden tot hergebruik van uw gepseudonimiseerde gegevens voor toekomstige academische onderzoeksprojecten en studies, uitsluitend in het kader van dezelfde of een vergelijkbare ziekte/pathologie of behandeling. Dergelijke nieuwe studie en hergebruik van gegevens dient steeds ingediend en goedgekeurd te worden door het ethisch comité. Indien u wenst dat uw

gegevens niet gebruikt worden voor toekomstig onderzoek, kan u de DPO hiervoor contacteren (zie contactgegevens onder hoofdstuk 5).

Enkel de gepseudonimiseerde gegevens zullen gebruikt worden voor analyse van de gegevens en in alle documentatie, rapporten of publicaties (in medische tijdschriften of congressen) over de studie. Vertrouwelijkheid van uw gegevens wordt dus steeds gegarandeerd.

Zowel persoonsgegevens als gegevens aangaande uw gezondheid zullen verwerkt en bewaard worden tot minstens 10 jaar na het einde van de studie en uit veiligheidsoverwegingen ten aanzien van de uitgevoerde studie en de (eventuele) opvolging daarvan.

De verwerkingsverantwoordelijke van de gegevens is de instelling van de hoofdonderzoeker van de studie, Prof. Dr. Peter Pype (UGent). Zijn/haar onderzoeksteam zal toegang krijgen tot uw persoonsgegevens.

Vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de Commissie voor Medische Ethiek en de bevoegde overheden, allen gebonden door het beroepsgeheim, hebben rechtstreeks toegang tot uw medische dossiers om de procedures van de studie en/of de gegevens te controleren, zonder de vertrouwelijkheid te schenden. Dit kan enkel binnen de grenzen die door de betreffende wetten zijn toegestaan. Door het toestemmingsformulier, na voorafgaande uitleg, te ondertekenen, stemt u in met deze toegang.

Om meer inhoudelijke informatie te verkrijgen over de studie en om uw rechten uit te kunnen oefenen, kan u contact opnemen met het studieteam.

De Data Protection Officer kan u desgewenst ook meer informatie verschaffen over de bescherming van uw persoonsgegevens. Contactgegevens: Elsen, privacy@ugent.be.

De Belgische toezichthoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving inzake gegevensbescherming is bereikbaar via onderstaande contactgegevens:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)
Drukpersstraat 35 – 1000 Brussel
Tel. +32 2 274 48 00
e-mail: contact@apd-gba.be
Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

6. VERZEKERING

De opdrachtgever voorziet in een vergoeding en/of medische behandeling in het geval van schade en/of letsel ten gevolge van deelname aan deze klinische studie. Voor dit doeleinde is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004, de Belgische wet van 7 mei 2017 betreffende klinische proeven met geneesmiddelen voor menselijk gebruik en de Belgische Wet van 22 december 2020 betreffende medische hulpmiddelen (Allianz Global Corporate & Specialty; Uitbreidingstraat 86, 2600 Berchem; Tel: +32 33 04 16 00; polisnummer voor UZ Gent BEL001889 – polisnummer voor UGent BEL000862).

7. CONTACT

Als er een letsel optreedt ten gevolge van de studie, of als u aanvullende informatie wenst over de studie of over uw rechten en plichten, kan u contact opnemen met de onderzoeker of een medewerker van zijn of haar team:

Naam: Laurent De Backer

E-mailadres: laurent.debacker@ugent.be

TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DE DEELNEMERS

Ik heb het document "Informatiebrief voor de deelnemers" pagina 1 tot en met 4 gelezen en begrepen. Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel en de duur van de studie en over wat men van mij verwacht.
Ik begrijp dat deelname aan de studie vrijwillig is en dat ik mij op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op mijn verdere behandeling.
Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en de Universiteit Gent en dat deze studie zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan experimenten. Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie.
Men heeft mij ingelicht dat zowel persoonlijke gegevens als gegevens aangaande mijn gezondheid worden verwerkt en bewaard gedurende minstens 10 jaar na het einde van de studie. Ik ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang en op verbetering van deze gegevens. Aangezien deze gegevens verwerkt worden in het kader van medisch-wetenschappelijke doeleinden, begrijp ik dat de toegang tot mijn gegevens kan uitgesteld worden tot na beëindiging van het onderzoek. Indien ik toegang wil tot mijn gegevens, zal ik mij richten tot de onderzoeker die verantwoordelijk is voor de verwerking ervan.
Ik ben ervan op de hoogte dat mijn gepseudonimiseerde gegevens gebruikt worden voor **huidig** wetenschappelijk onderzoek.
Ik ben ervan op de hoogte dat mijn gepseudonimiseerde gegevens gebruikt kunnen worden voor **toekomstig** academisch wetenschappelijk onderzoek in het kader van hetzelfde/een vergelijkbaar onderzoeksdomein. Dergelijke nieuwe studie dient steeds ingediend en goedgekeurd te worden door het ethisch comité. Indien ik wens dat mijn gegevens niet gebruikt worden voor toekomstig onderzoek, zal ik de DPO contacteren (zie contactgegevens onder sectie 5).

Aankruisen door de deelnemer indien akkoord

Ik stem in om deel te nemen aan deze studie bestaande uit volgende **verplichte aspecten** zoals toegelicht onder hoofdstuk 1 van de informatiebrief: - Invullen vragenlijst	

Naam en voornaam van de onderzoeker*	Handtekening	Datum
Laurent De Backer		19/01/2023

2 kopieën dienen te worden vervolledigd. Het origineel wordt door de onderzoeker bewaard in het ziekenhuis gedurende minstens 10 jaar, de kopie wordt aan de deelnemer gegeven.

*Aankruisen door de onderzoeker indien akkoord

Ik verklaar de benodigde informatie inzake deze studie (de aard, het doel, en de te voorziene effecten) te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.	X
Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen tot deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.	X

Bijlage 4: Online vragenlijst

Online Enquête

Goedkeuring ICF

1. Hierbij verklaar ik dat mijn deelname aan deze enquête over point-of-care opzoeken geheel vrijwillig is. Ik heb de bovenstaande informatiebrief en het toestemingsformulier voor de deelnemer gelezen en stem in deel te nemen aan deze studie. Ik heb het recht om op elk moment mijn deelname aan deze enquête te beëindigen. Ik bevestig hierbij ook dat ikzelf, huisarts of huisarts-in-opleiding, deze enquête zal invullen.
    a. Gelezen en goedgekeurd

Start Enquête

Groep

2. Bent u huisarts of huisarts-in-opleiding?
    a. Huisarts
    b. Huisarts-in-opleiding
3. In welk soort praktijk bent u op dit moment werkzaam?
    a. Solopraktijk
    b. Duo praktijk
    c. Groepspraktijk
    d. Wijkgezondheidscentrum
    e. Andere: …
4. Hoeveel jaren praktijkervaring heeft u?
    a. …
5. Bent u momenteel betrokken bij de opleiding van huisartsen/geneeskunde studenten?
    a. PO
    b. STACO
    c. Andere academische betrokkenheid bij opleiding van huisartsen-in-opleiding
    d. Academische betrokkenheid bij opleiding van geneeskunde studenten
    e. Geen van bovenstaande, maar er volgen op regelmatige basis stagairs geneeskunde mee in de praktijk
    f. Geen van bovenstaande
6. Met welk elektronisch medisch dossier (EMD) werkt u?
    a. CareConnect (HealthConnect)
    b. Epicure (MedicalSoft)
    c. HealthOne (HDMP)
    d. Le Généraliste (PC Sol)
    e. Medidoc (Corilus)
    f. Medigest (Corilus)
    g. Medinote (The Virtual Circle)
    h. Pricare (Figac)
    i. Accrimed (Corilus)
    j. Daktari (Barista Software)
    k. iCure (TakTik SA)
    l. Medinect (OFFIMED)
    m. Omnipro (MIMS)
    n. Windoc (CompuGroup Medical Belgium bvba)
    o. Prodoc (CEGEKA)
    p. Niet-geaccrediteerd softwarepakket: …

q. Ik maak geen gebruik van een EMD

7. Hoeveel tijd voorziet u in uw agenda per consultatie?
    a. 15 min
    b. 20 min
    c. 30 min
    d. Andere: …
8. Hoeveel consultaties doet u gemiddeld per dag?
    a. < 10
    b. 10-15
    c. 16-20
    d. 21-25
    e. 26-30
    f. > 30
9. Wat is uw leeftijd?
    a. …
10. Wat is uw biologische geslacht?
    a. Man
    b. Vrouw

Methode

11. Zoekt u soms point-of-care informatie op? (Point-of-care informatie is medische informatie die u binnen het consult met de patiënt opzoekt en een medische bijdrage levert tot het consult met de patiënt.)
    a. Ja
    b. Neen
12. Hoe vaak denkt u gemiddeld point-of-care informatie op te zoeken?
    a. Tijdens elk consult
    b. Gemiddeld 1 zoekopdracht per 2 consulten
    c. Gemiddeld 1 zoekopdracht per 3 consulten
    d. Gemiddeld 1 zoekopdracht per 4 tot 5 consulten
    e. Gemiddeld 1 zoekopdracht per 6 tot 10 consulten
    f. Gemiddeld 1 zoekopdracht per 11 tot 15 consulten
    g. Zelden (minder dan 1 zoekopdracht per 16 consulten)
13. Hoeveel tijd denkt u gemiddeld te besteden aan 1 point-of-care zoekopdracht tijdens een gemiddelde consultatie?
    a. < 1 minuut
    b. 1-2 minuten
    c. 2-3 minuten
    d. 5-10 minuten
    e. > 10 minuten
14. Naar welke informatie gaat u op zoek als u point-of-care informatie opzoekt? (Meerdere antwoordopties zijn mogelijk)
    a. Diagnostische informatie (zoals anamnestische vragen, lichamelijke en aanvullende onderzoeken, etc.)
    b. Informatie over verdere beleid:
        i. Voorlichting en adviezen
        ii. Niet-medicamenteuze behandelingsmogelijkheden
        iii. Medicamenteuze behandelingsmogelijkheden
        iv. Redenen voor controle of doorverwijzing
    c. Informatie over preventie
    d. Andere: …

15. Vindt u zelf gemiddeld over voldoende tijd te beschikken om point-of-care informatie op te zoeken tijdens het consult met de patiënt?
    a. Ja
    b. Neen

Bronnen

16. Verkiest u Nederlandstalige, Engelstalige of anderstalige bronnen bij point-of-care opzoekingswerk?
    a. Nederlands
    b. Engels
    c. Andere: …
17. Rangschik volgende kenmerken voor kwalitatief opzoekingswerk van belangrijk naar minder belangrijk.
        i. Snel
        ii. Duurzaam
        iii. Gebruiksvriendelijk
        iv. Betrouwbaar/evidence based
    b. … > … > … > …
18. Van welke bronnen maakt u gebruik tijdens het opzoeken van point-of-care informatie? Bij meerdere antwoorden rangschik van meest naar minst gebruikt.
    a. Algemene zoekmachines zoals
        i. Google
        ii. Yahoo!
        iii. Bing
        iv. Andere: …
    b. Medische databanken met de nadruk op richtlijnen:
        i. Cebam Digital Library of Health (CDLH)
        ii. EBpracticenet
        iii. BMJ Clinical Evidence
        iv. DynaMed
        v. Andere: …
    c. Rechtstreeks gebruik van bepaalde sites met de nadruk op richtlijnen/standaarden:
        i. www.domusmedica.be (Domus Medica-standaarden)
        ii. www.nhg.nl (NHG-standaarden)
        iii. www.bcfi.be (BAPCOC)
        iv. Andere: …
    d. Systematic reviews of primaire bronnen:
        i. PubMed
        ii. Embase
        iii. Medline
        iv. Google Scholar
        v. Cochrane Library
        vi. Medische tijdschriften: …
        vii. Andere: …
    e. Andere: …
19. Hebt u al gebruik gemaakt van de Evidence Linker (geïntegreerd in uw elektronisch medisch dossier) bij het opzoeken van point-of-care informatie?
    a. Altijd
    b. Meestal
    c. Vaak
    d. Soms
    e. Nooit

20. Waarom zou u opteren voor een algemene zoekmachine (zoals Google, Yahoo!, Bing, etc.) bij het opzoeken van point-of-care informatie?
    a. …
21. Wat zijn volgens u de nadelen van algemene zoekmachines (zoals Google, Yahoo!, Bing, etc.) bij het opzoeken van point-of-care informatie?
    a. …
22. Waarom zou u opteren voor medische databanken met de nadruk op richtlijnen (zoals Cebam Digital Library of Health, EBpracticenet, BMJ Clinical Evidence, DynaMed, etc.) bij het opzoeken van point-of-care informatie?
    a. …
23. Wat zijn volgens u de nadelen van medische databanken met de nadruk op richtlijnen (zoals Cebam Digital Library of Health, EBpracticenet, BMJ Clinical Evidence, DynaMed, etc) bij het opzoeken van point-of-care informatie
    a. …
24. Waarom zou u opteren gebruik te maken van sites (zoals Domus Medica, NHG-standaarden, BAPCOC, etc.) met de nadruk op evidence based richtlijnen bij het opzoeken van point-of-care informatie?
    a. …
25. Wat zijn volgens u de nadelen van het gebruik van bepaalde sites (zoals Domus Medica, NHG-standaarden, BAPCOC, etc.) met de nadruk op evidence based richtlijnen bij het opzoeken van point-of-care informatie?
    a. …
26. Waarom zou u opteren voor systematic reviews of primaire bronnen (zoals PubMed, Embase, Medline, Google Scholar, Cochrane Library, etc.) bij het opzoeken van point-of-care informatie?
    a. …
27. Wat zijn volgens u de nadelen van systematic reviews of primaire bronnen (zoals PubMed, Embase, Medline, Google Scholar, Cochrane Library, etc.) bij het opzoeken van point-of-care informatie?
    a. …
28. Waarom zou u opteren voor de Evidence Linker (geïntegreerd in uw elektronisch medisch dossier) bij het opzoeken van point-of-care informatie?
    a. …
29. Wat zijn volgens u de nadelen van de Evidence Linker (geïntegreerd in uw elektronisch medisch dossier) bij het opzoeken van point-of-care informatie?
    a. …

Bijlage 5: Data managment plan

Point-of-care opzoekingswerk in de huisartsenpraktijk: een exploratieve studie

A Data Management Plan created using DMPonline.be

Creators:

Affiliation:

Template:

Principal Investigator:

Data Manager:

ID:

Start date:

End date:

Project abstract:

gecodeerde pathologie rechtstreek gaan integreren in het elektronisch medisch dossier (EMD). [2]

Daarnaast zijn er ook heel wat sites die richtlijnen en standaarden gaan bundelen, onder andere de Domus Medica-standaarden, de NHG-standaarden, de BAPCOC, etc. Naast voorgekauwde richtlijnen kan de huisarts er in sommige gevallen ook voor kiezen om primaire bronnen te raadplegen. Voorbeelden van primaire bronnen die systematic reviews en andere gaan bundelen zijn onder andere PubMed, Embase, Google Scholar, etc.

Zoals eerder gezegd is bestaan er geen cijfers omtrent point-of-care informatie in de huisartsenpraktijk. Welke bronnen verkiezen huisartsen en huisart-in-opleiding? Waar gaan ze naar opzoek? Waarom dragen bepaalde sites hun voorkeur weg? Waar liggen de knelpunten bij point-of-care opzoekingswerk in de huisartsenpraktijk?

Samengevat hoopt deze studie op basis van enquêtes een antwoord te formulerne op onderstaande onderzoeksvragen:

- Wat is de stand van zaken bij point-of-care opzoekingswerk in de huisartsenpraktijk?
- Waar liggen de sterktes en de knelpunten van de huidige beschikbare platformen voor point-of-care opzoekingswerk in de huisartsenpraktijk?

Met behulp van een gerichte enquête bij huisartsen en huisartsen-in-opleiding zal gepoogd worden bovenstaande onderzoeksvragen te beantwoorden. De enquête zal verspreid worden via de ICHO-website, STACO's, PO's, seminariegroepen van huisartsen-in-opleiding, LOK-groepen en hun connecties. De enquête zal online via een Microsoft Forms-link ter beschikking gesteld worden en in te vullen zijn.

Na afloop zal alle data verkregen via deze enquêtes gebundeld en geïnterpreteerd worden in de hoop de eerder vermelde onderzoeksvragen te beantwoorden.

Verwacht wordt dat vele huisartsen bij point-of-care opzoekingswerk de voorkeur zullen geven aan niet-medisch onderbouwde zoekmachines zoals bijvoorbeeld Google of voorgekauwde richtlijnen zoals bijvoorbeeld de richtlijnen van Domus Medica, NHG, etc.

We hopen vooral ook informatie in te winnen van huisartsen en huisartsen-in-opleiding bij wie het point-of-care opzoekingswerk reeds zeer vlot verloopt. Hopend huisartsen en huisartsen-in-opleiding bij wie point-of-care opzoekingswerk op dit moment minder vlot verloopt zo tips en tricks te kunnen meegeven.

Het uiteindelijke doel van deze studie is dus niet enkel een actuele stand van zaken bieden omtrent point-of-care opzoekingswerk bij huisartsen en huisartsen-in-opleiding, maar ook inzichten bieden voor huisartsen en huisartsen-in-opleiding om point-of-care opzoekingswerk vlotter, efficiënter en meer evidence based te laten verlopen.

1. Van Duppen D, Aertgeerts B, Hannes K, Neirinckx J, Seuntjens L, Goossens F, et al. Online on-the-spot searching increases use of evidence during consultations in family practice. Patient Educ Couns. 2007;68(1):61-5.
2. De Greef L, Deckers S, Lerouge F, Aertgeerts S, Geens S, Aertgeerts B. Implementatie van twee nieuwe tools in het EMD: Homunculus en Cebam evidence linker. Huisarts Nu 2011;40(4),161-163

Last modified: 29-11-2022

Point-of-care opzoekingswerk in de huisartsenpraktijk: een exploratieve studie
AVG Register

Verzameling en verwerking van persoonsgegevens

1. Verzamelt of verwerkt u persoonsgegevens?

- Ja

2. In welk formaat verzamelt of verwerkt u persoonsgegevens?

- Digitaal

3. Verzamelt of verwerkt u primaire en/of secundaire persoonsgegevens?

- Primaire persoonsgegevens

4. Indien u secundaire persoonsgegevens verwerkt, zal u de personen van wie de persoonsgegevens worden verwerkt informeren of zijn ze reeds geïnformeerd?

- Ja

5. Indien nee, leg uit waarom het onmogelijk is of waarom het onevenredig veel moeite zou kosten om de personen van wie de persoonsgegevens worden verwerkt op de hoogte te stellen.

Question not answered.

6. Op welke manier zullen de persoonsgegevens verwerkt worden?

- Geanonimiseerd (verduidelijk hieronder)

Deelnemers zullen de enquête volledig anoniem kunnen invullen via een Microsoft Forms-link.

7. Als u persoonsgegevens in gepseudonimiseerde vorm gaat verwerken, beschrijf dan de methode van pseudonimisering, waar u de sleutel bewaart en wie toegang heeft tot deze sleutel.

Question not answered.

Categorieën van persoonsgegevens en betrokkenen

8. Verzamelt of verwerkt u één of meerdere van de volgende bijzondere categorieën van persoonsgegevens?

- Geen van bovenstaande

9. Welke andere categorieën van persoonsgegevens verzamelt of verwerkt u?

- Persoonlijke kenmerken (leeftijd, geslacht, geboortedatum, burgerlijke staat, nationaliteit ...)
- Opleiding en training
- Beroep en professionele bezigheden

10. Van wie verzamelt of verwerkt u persoonsgegevens?

- Andere (beschrijf hieronder)

11. Wordt uw onderzoek ernstig belemmerd als de personen wiens persoonsgegevens worden verzameld/verwerkt hun recht op inzage, op rectificatie, op beperking van verwerking, om vergeten te worden, op gegevensportabiliteit en/of op bezwaar willen uitoefenen?

- Nee

12. Indien ja, motiveer dan de noodzaak om af te wijken van een of meer van de in vraag 11 genoemde rechten. Voor elke afwijking is een motivering vereist.

Question not answered.

Doeleinde(n) van de verwerking

13. Wat is/zijn het doel/de doeleinden van de verwerking van persoonsgegevens?

De antwoorden van deze enquête zullen na afloop gebundeld worden in de hoop zo een antwoord te formuleren op bovenstaande onderzoeksvragen.
We hopen vooral ook informatie in te winnen van huisartsen en huisartsen-in-opleiding bij wie het point-of-care opzoekingswerk reeds zeer vlot verloopt. Hopend huisartsen en huisartsen-in-opleiding bij wie point-of-care opzoekingswerk op dit moment minder vlot verloopt zo tips en tricks te kunnen meegeven.
Het uiteindelijke doel van deze studie is dus niet enkel een actuele stand van zaken bieden omtrent point-of-care opzoekingswerk bij huisartsen en huisartsen-in-opleiding, maar ook inzichten bieden voor huisartsen en huisartsen-in-opleiding om point-of-care opzoekingswerk vlotter, efficiënter en meer evidence based te laten verlopen.
Samengevat hoopt deze studie op basis van enquêtes een antwoord te formulerne op onderstaande onderzoeksvragen:

- Wat is de stand van zaken bij point-of-care opzoekingswerk in de huisartsenpraktijk?
- Waar liggen de sterktes en de knelpunten van de huidige beschikbare platformen voor point-of-care opzoekingswerk in de huisartsenpraktijk?

14. Wat is de rechtsgrond voor de verwerking van persoonsgegevens? Als de gegevens voor meerdere doeleinden worden verwerkt, moet u voor elk doel de rechtsgrond beschrijven.

- Het onderzoek is noodzakelijk voor de vervulling van een taak van algemeen belang, dit wil zeggen dat het onderzoek leidt tot een vermeerdering van de kennis en het inzicht die de maatschappij (direct of indirect) ten goede komt.
- De personen wiens persoonsgegevens verwerkt worden hebben vrijelijk hun uitdrukkelijke toestemming gegeven voor de

verwerking van hun persoonsgegevens voor een of meer specifieke doeleinden.

15. Als u bijzondere categorieën van persoonsgegevens verwerkt (zie vraag 8), op welke uitzondering is dit dan gebaseerd?

Question not answered.

Verantwoordelijkheden binnen de AVG

16. Welke instelling(en) is/zijn betrokken in het onderzoek?

- Universiteit Gent (UGent)

17. Is er een andere universiteit, ziekenhuis, onderzoeksinstelling of partner betrokken bij het onderzoek (naast UGent en/of UZ Gent)?

- Nee

18. Geef aan wie het doel ('waarom') en de middelen ('hoe') van het onderzoek bepaalt.

- Dit wordt bepaald door UGent: UGent is de verwerkingsverantwoordelijke.

Data-overdracht en type van ontvangers

19. Deelt/ontsluit u persoonsgegevens buiten uw onderzoeksteam, hetzij met ontvangers in UGent en/of UZ Gent, hetzij met externe ontvangers tijdens of na uw onderzoek?

- Nee

20. Zo ja, met welke categorieën van ontvangers worden de persoonsgegevens gedeeld/overgedragen?

Question not answered.

21. Zo ja, aan/met/naar welk land worden de persoonsgegevens bekendgemaakt/gedeeld/overgedragen?

Question not answered.

22. Voor welk doeleinde worden de persoonsgegevens bekendgemaakt/gedeeld/overgedragen?

Geen

23. Wat is de rechtsgrond voor de gegevensoverdracht of het delen? Als er meerdere gegevensoverdrachten zijn, moet u voor elke gegevensoverdracht de rechtsgrond aangeven.

Question not answered.

Bewaartermijn

24. Wat is de beoogde bewaartermijn voor de verschillende categorieën persoonsgegevens? Motiveer uw antwoord.

30 september 2024

Risico-analyse

25. Vink de vakjes aan die op dit onderzoek van toepassing zijn om de mogelijke risico's van de verwerking van persoonsgegevens te analyseren.

Question not answered.

26. Is er voor uw onderzoek sprake van een verwerking met een waarschijnlijk hoog risico? Als u bij vraag 25 twee of meer risico's heeft aangevinkt, is het antwoord 'ja'.

- Nee

Veiligheidsmaatregelen

27. Welke technische en organisatorische veiligheidsmaatregelen worden genomen om de persoonsgegevens te beschermen?

- Ik bevestig hierbij dat ik mijn onderzoek uitvoer conform de richtlijnen rond informatieveiligheid van UGent en/of UZ Gent.

28. Als u de noodzaak heeft gemotiveerd om af te wijken van één of meer rechten van betrokkenen in vraag 11 en 12, beschrijf dan welke waarborgen worden genomen om hun rechten en vrijheden te beschermen.

Bijlage 6: Positief advies Ethisch Comité

Afzender : Commissie voor medische ethiek

Prof. Dr. Peter Pype
Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg
UGent

contact	telefoon	e-mail
Commissie voor medische ethiek	+32 (0)9 332 33 36	Ethisch.comite@uzgent.be
Aanvrager	**datum**	**pagina**
Laurent DE BACKER	25/01/2023	1/6
Onze referentie:	**EudraCT-nr:**	**Belg. Regnr:**
THE-2022-0323		B6702022000716

Betreft:
Point-of-care opzoekingswerk in de huisartsenpraktijk: Een exploratieve studie. - Scriptie Laurent De Backer

Positief advies conform de wet van 7 mei 2004 betreffende experimenten op de menselijke persoon

Beste collega

De Commissie Medische Ethiek (CME) verbonden aan de Universiteit Gent (Ugent) en het Universitair Ziekenhuis Gent (UZ Gent) heeft het bovenvermelde dossier onderzocht en besproken op haar vergadering van 14/12/2022.

Na raadpleging van de bijkomende informatie en/of aangepaste documenten met betrekking tot dit dossier, is de CME van oordeel dat de voorgestelde studie, zoals beschreven in het protocol, wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is.

EC geeft daarom op 23/01/2023 een gunstig advies over deze studie.

Ingediende documenten: zie bijlage 1
Ledenlijst: zie Bijlage 2
Aandachtspunten: zie Bijlage 3a

Met vriendelijke groeten,



Prof. dr. Philippe Deron
Voorzitter
Commissie voor Medische Ethiek U(Z) Gent

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof.dr. P. Deron

SECRETARIS
Prof.dr. R. Peleman

INGANG 75
ROUTE 7522

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be