

Op wetenschappelijke evidentie gebaseerde zorg : Van theorie naar praktijk : een tweevoudige strategie

Onderzoek in het kader van de programma Sociale Cohesie van de Programmatorische Federale Overheidsdienst Wetenschapsbeleid

Samenvattende beschrijving van het onderzoek

Inleiding

Evidence Based Medicine (EBM) is een belangrijke recente ontwikkeling binnen de geneeskunde. EBM staat voor het gewetensvol, expliciet en oordeelkundig gebruik van het huidige beste wetenschappelijk onderbouwde bewijs om beslissingen te nemen m.b.t. de zorg voor individuele patiënten. Het toepassen van EBM impliceert het integreren van individuele expertise met het beste externe bewijsmateriaal dat vanuit systematisch onderzoek beschikbaar is. In een toenemend aantal landen wordt deze ‘evidentie’ vertaald naar ‘klinische richtlijnen’ (guidelines of standaarden), die een belangrijke bijdrage kunnen leveren tot kwaliteitszorg, o.a. in de huisartsgeneeskunde. Echter bij het implementeren van deze richtlijnen stellen zich een aantal problemen:

1. conceptuele problemen: conclusies uit onderzoek zijn niet steeds automatisch overdraagbaar op de dagelijks huisartsenpraktijk.
2. technische problemen: de uitkomstmaten uit onderzoek, zoals bijvoorbeeld de NNT (number needed to treat) dienen vertaald te worden naar de klinische praktijk (wanneer is een NNT acceptabel en wanneer niet).
3. implementatie: notie en kennis resulteren niet steeds in gedragsverandering. Weerstand t.o.v. wetenschappelijke evidentie bestaat bij zowel artsen als bij de brede bevolking (velen ervaren de mededeling dat voor een acute bronchitis geen antibiotica nodig zijn als een ‘slecht nieuws boodschap’).

Eenzijds is er een groeiend aanbod aan EBM-informatie in de vorm van guidelines en aanbevelingen, anderzijds de vaststelling dat de toepassing ervan niet vanzelfsprekend is en vermoedelijk onvoldoende. Er is nood aan een geïntegreerde implementatiestrategie met een tweevoudige benadering: gericht op zowel artsen als patiënten.

Antibiotica voor acute keelpijn

Het gebruik van antibiotica is in België verre van ‘evidence-based’; de consumptie behoort tot de hoogste van West-Europa en er is een toenemend probleem van resistente kiemen. Recent werden door de Belgische Commissie voor de Coördinatie van het Antibioticabeleid enkele guidelines gepubliceerd en verspreid die artsen ertoe willen bewegen om doelmatiger gebruik te maken van antibiotica. De overheidscampagne “red de antibiotica” heeft aan het thema grotere bekendheid gegeven. Gezien het belang van dit onderwerp voor de volksgezondheid en het feit dat reeds goed onderbouwde EBM-guidelines voor Belgische artsen beschikbaar zijn werd het gebruik van antibiotica, en in het bijzonder bij acute keelpijn, gekozen als aandachtsveld voor dit onderzoek. Voor deze in principe zelflimiterende aandoening wordt in België ondanks duidelijke EBM-boodschappen nog in ca. 55% van de gevallen een antibioticum voorgeschreven (WIV 2000). Daarbij kiest men in de meeste gevallen voor breedspectrum antibiotica, terwijl een smalspectrum penicilline nog zeer doeltreffend is voor de behandeling van een streptokokkenangina.

Doelstellingen

De belangrijke doelstelling van dit onderzoek is meer zicht krijgen in de problemen bij het toepassen van EBM en met name de multidisciplinaire aanbeveling “Acute keelpijn” in de dagelijkse huisartsenpraktijk. Hierop volgend werd een scenario ontwikkeld om de kloof tussen EBM en de toepassing ervan in de praktijk te overbruggen. Dit werd tevens op haalbaarheid getoetst. Op deze wijze poogt dit project beleidsondersteunend advies te geven bij strategische planning van scenario’s in verband met de verdere uitwerking van lokale richtlijnen en hun implementatie in de Belgische context.

Methode

Teneinde bovenstaande doelstellingen te realiseren werden de volgende methodes gebruikt:

1. literatuuronderzoek, analyse van bestaande scenario’s
2. kwalitatief onderzoek: interviews met huisartsen
3. kwantitatief beschrijvend onderzoek van consultaties voor acute keelpijn
4. interventie bij LOK-groepen als veldtest rond het toepassen van de aanbeveling acute keelpijn.

1. Literatuuronderzoek

Implementatiestrategieën

In de literatuur is men het erover eens dat het rondsturen van guidelines niet leidt tot het toepassen ervan in de praktijk. De LOK-groepen, lokale bijeenkomsten van “peers”, kunnen een mogelijk kanaal voor implementatie zijn. Verder onderzoek hierover is nodig. Outreach visits (“academic detailing” ofwel onafhankelijke artsenbezoekers), blijken een effectief scenario. Binnen de Vlaamse context is het project van onafhankelijke artsenbezoekers in de regio’s Groot-Gent en Groot-Bugge van Projekt Farmaka hiervan een voorbeeld.

Verschillende auteurs die het effect van implementatiestrategieën in de praktijk onderzoeken besluiten dat er geen zaligmakende strategie is, maar dat verscheidene interventies duidelijk effectief zijn onder bepaalde condities, doch geen enkele onder alle condities. ‘Multi-faceted interventions’, die een combinatie zijn van in functie van het beoogde doel geselecteerde implementatiestrategieën, dienen telkens opnieuw aangepast te worden aan de gewenste gedragsverandering. Deze gedragsverandering moet gebaseerd zijn op evidentie én consensus, in alle aspecten goed omschreven en bovendien aantrekkelijk, eenvoudig en integreerbaar in bestaande routines. Dit wordt het best getest op kleine schaal en eventueel aangepast aan lokale behoeften (Effective Health Care 1999; Grol en Wensing 2001).

Arts-patiënt gerelateerde factoren bij het voorschrijven van antibiotica in toepassing van EBM

Uit de literatuur blijkt dat patiënten vooral geruststelling, informatie en pijnstilling wensen. Verwachtingen t.a.v. een antibioticum waren hoger indien de patiënt zich meer ziek voelde of als de patiënt in het verleden antibiotica kreeg voor dezelfde aandoening. Verwachtingen worden meestal niet door patiënten geuit en de inschatting van deze verwachtingen door de arts is vaak niet correct. Toch blijkt de inschatting door de arts de meest voorspellende factor te zijn voor het schrijven van een antibioticum. **De tevredenheid van patiënten is afhankelijk van de aandacht en de tijd die de arts geeft en niet van het al dan niet krijgen van een voorschrift.**

Binnen de consultatie zijn de volgende interventies nuttig om EBM toepassing (verminderd voorschrijven van antibiotica) te bevorderen:

- expliciteren van de hulpvraag van de patiënt, de “reason for encounter”, nagaan van voorkeuren en verwachtingen
- patiënt actief betrekken in het beslissingsproces over de behandeling door uitleg te geven

- informatiefolders meegeven aan de patiënt kan het aantal antibioticavoorschriften reduceren.

2. Kwalitatief onderzoek: interviews bij huisartsen

Methodologie en vraagstelling

Een 17-tal huisartsen werden aan de hand van semi-gestructureerde interviews bevroegd. Zij werden geselecteerd met aandacht voor de volgende aspecten: sexe, leeftijd, attitude t.o.v. EBM (positief en negatief), stad versus platteland, het praktijktype (solo vs groep) en de locatie (Oost-, West- en Zeeuws-Vlaanderen). Gevraagd werd naar hun opvattingen en attitudes tegenover EBM en de belemmerende en faciliterende factoren voor de toepassing van aanbevelingen in hun eigen praktijk. De resultaten van de interviews worden gerapporteerd in paragraaf 5 ‘Conclusies en Aanbevelingen’.

3. Kwantitatief beschrijvend registratieonderzoek over acute keelpijn

In totaal werden 343 acute keelpijn consultaties bij 74 huisartsen geregistreerd. De gemiddelde leeftijd van de patiënt was 36,9 jaar en 42,3% was man. De gemiddelde leeftijd van de arts was 47,1 jaar, 81,8% was man en 75,9% werkte solo.

Waarom consulteren patiënten?

De vragenlijst vermeldde dertien mogelijke redenen voor de patiënt om de arts te consulteren. De patiënt werd gevraagd op een 4-puntenschaal aan te geven hoe belangrijk elke reden voor hem was. **Patiënten consulteren vooral voor pijnstilling, informatie en onderzoek.** Dit komt overeen met de resultaten van internationaal onderzoek. **‘Ik wil een antibioticum’ behoort tot de drie minst belangrijke redenen. Voor 38,1% van de patiënten is deze reden zelfs niet belangrijk om de huisarts te raadplegen.**

Ook aan de arts werd gevraagd op dezelfde schaal aan te duiden hoe belangrijk die dertien redenen volgens hem voor de patiënt waren. De artsen konden dit maar zeer matig (gamma-statistiek 0,22-0,79) inschatten, vooral in aanmerking genomen dat er bij de meeste patiënten doorheen de tijd toch een band groeit tussen huisarts en patiënt. De beste overeenkomst is er voor ‘ik wil een briefje voor werk of school’ en ‘ik wil weten hoe snel ik zal genezen zijn’

(gamma 0,79). Belangrijkste reden voor het slecht inschatten van de verwachtingen van de patiënt is waarschijnlijk dat dit tijdens de consultatie **niet geëxpliciteerd** wordt.

Tevredenheid

Aan de patiënt werd gevraagd of zij tevreden waren over het al dan niet aan bod komen van deze redenen. We stellen vast dat de patiënt meer tevreden is indien een reden aan bod gekomen is, ongeacht of hij deze reden initieel belangrijk vond om op raadpleging te komen. Deze vaststelling bevestigt het resultaat uit internationale literatuur dat tevredenheid afhankelijk is van de aandacht en de tijd die de arts heeft voor de patiënt.

Er wordt een minimaal verschil in tevredenheid vastgesteld tussen de patiënten die een voorschrift voor een antibioticum ontvingen (gem. tevredenheidsscore 4,54) en de patiënten die geen voorschrift voor een antibioticum ontvingen (gem. tevredenheidsscore 4,44). Dit verschil is niet significant ($p=0,187$). Bij patiënten die geen antibioticum kregen is er wel een gering, maar significant verschil ($p=0,02$) in tevredenheid tussen patiënten die antibiotica belangrijk vonden (tevredenheidsscore 4,37) en patiënten die dit niet vonden (score 4,44).

Hoe wordt acute keelpijn behandeld?

Tabel: Ingestelde behandelingen.

	N	%
Geen medicamenteuze behandeling	68	21,3
Doorverwijzing naar een specialist	7	2,2
Briefje voor werkgever of school	71	22,3
Medicamenteuze behandeling	252	79,0
Antibioticum	130	40,8
Analgeticum	136	42,6
Antisepticum	56	17,6

Bij 40,8% van de patiënten wordt voor de klacht acute keelpijn een antibioticum voorgeschreven. 64,6% van de patiënten weet dat het om een antibioticum gaat, 13,8% van de patiënten denkt dat het om ofwel een analgeticum, een antisepticum of een antitussivum gaat. Van de 130 patiënten die een antibioticum voorgeschreven kregen, vond slechts 53,4% het krijgen van een antibioticum een heel belangrijke of redelijk belangrijke reden om op consultatie te komen. Wat betreft het soort antibioticum wordt slechts bij 22,8% een eerste-keuze antibioticum voorgeschreven (smalspectrum penicilline). Dit percentage vertekent

enigszins de reële situatie aangezien slechts één LOK-groep vooral penicilline voorschrijft. Een neomacrolide wordt in 25,2% van de gevallen voorgeschreven.

Relatie perceptie arts en antibioticumvoorschrift?

De perceptie van de arts over de verwachtingen bij de patiënt is ook in dit onderzoek een belangrijke factor in het voorschrijven van antibiotica. Artsen die antibiotica voorschrijven scoren de reden “ik wil een antibioticum” significant hoger in voor hun patiënt.

Vonden artsen dat zij de aanbeveling volgden?

In 68 artsenregistraties wordt een antibioticumvoorschrift gemeld, daarvan vindt 79,4% dat de richtlijn 'acute keelpijn' gevolgd werd. De richtlijn stelt dat, tenzij bij risicopatiënten, voor keelpijn geen antibiotica geïndiceerd zijn. 13,2% vindt dat hij de richtlijn niet gevolgd heeft omwille van de attitude van de patiënt, 4,4% omwille van onvoldoende kennis over de richtlijn, 1,5% omwille van onzekerheid over de toepassing ervan en 1,5% om een andere reden.

4. Interventie bij LOK-groepen

Uit wetenschappelijke literatuur en ook uit de eigen onderzoeksresultaten blijkt dat het communicatieproces tussen arts en patiënt soms niet optimaal verloopt. Daarom werd aan het onderzoek een kleinschalige interventie toegevoegd tijdens een LOK-vergadering van de aan de enquête deelnemende groepen.

De interventie/training bestond uit drie onderdelen:

1. Gestart werd met een oefening over de betekenis van **context bij het voorschrijven** van antibiotica bij acute keelpijn (Howie 1976). Het doel van deze oefening was om de deelnemers te laten ervaren dat kennis over de context van de patiënt een belangrijke factor is bij de beslissing om al dan niet antibiotica voor te schrijven.
2. Vervolgens werd het onderzoek waaraan de collegae hadden deelgenomen kort voorgesteld evenals de **resultaten van de registraties** van de betreffende LOK-groep. De aanbeveling acute keelpijn werd besproken hetgeen veelal aanleiding was om de intrinsieke en praktische weerstanden bij het toepassen ervan te bespreken.
3. Tenslotte werd een **consultmodel toegelicht**, waarbij de nadruk ligt op het expliciteren van de hulpvraag en verwachtingen van de patiënt, veranderingsgerichte empathie,

verstaanbaar overbrengen van de EBM-boodschap en het toetsen van therapievoorstellen aan weerstanden en reacties van patiënten. Dit model is ontwikkeld in samenwerking met de Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg van de Universiteit Gent. Op basis hiervan kan de boodschap “antibiotica zijn niet nodig” mogelijk beter bespreekbaar worden gemaakt met de patiënt. Aan twee deelnemende huisartsen werd gevraagd een **rollenspel** te spelen: huisarts en ‘moeilijke’ patiënt. Na het rollenspel werd gediscussieerd over diverse aspecten van de consultatie en werd dit getoetst aan het voorgestelde model.

Aan het einde van de avond werd aan de deelnemende artsen gevraagd om een evaluatieformulier in te vullen over het verloop en de inhoud van de training. Ongeveer 70% van de deelnemende artsen vond de inleidende oefening over de psychosociale contextfactoren nuttig. Over het voorgestelde consultmodel liepen de meningen wat meer uiteen. Een groot aantal huisartsen echter, gaf te kennen om mee te willen werken aan een vervolgonderzoek over communicatie en EBM. **Bijna 70% van de deelnemers vindt dat een LOK-groep ondersteuning kan bieden om EBM guidelines te implementeren in de praktijk.**

5. Conclusies en aanbevelingen

Op basis van de interviews met 17 huisartsen.

1. Huisartsen verwelkomen EBM, maar zien enkele belangrijke beperkingen:

- 1.1. Conflict tussen het objectieve, algemeen geldende en de individuele patiënt.
- 1.2. Vertaling nodig van de resultaten van wetenschappelijk onderzoek naar bruikbare instrumenten en begrijpelijke taal voor patiënten.
- 1.3. Misbruik door farmaceutische industrie.

2. Men staat positief tegenover guideline, maar:

- 2.1. Sommige guidelines zijn te minimalistisch en onderhevig aan veranderingen.
- 2.2. Sterke mening van patiënten: moeilijk om er tegen in te gaan.
- 2.3. Als de guideline niet overeenkomt met de mening van de huisarts geeft dit problemen met betrekking tot de toepassing ervan.
- 2.4. Het gezondheidssysteem is een belemmering door te weinig binding tussen arts en patiënt.
- 2.5. Concurrentie met de tweede lijn belemmert de mogelijkheden om naar de patiënt toe een afwachtende houding aan te nemen.
- 2.6. Binnen het systeem van prestatiegerichte geneeskunde zijn geen incentives voor informatie aan patiënt.
- 2.7. Guidelines moeten in gedrukte vorm beschikbaar blijven.
- 2.8. Guidelines moeten eenvoudiger verwoord en beter gestructureerd worden.

3. Men heeft een aantal voorstellen om belemmeringen te overkomen:

- 3.1. LOK-groepen zijn een goed kanaal om guidelines te introduceren.
- 3.2. De overheid moet actief werken aan een oplossing om de concurrentie met de tweede lijn aan te pakken.
- 3.3. Er moet een sterkere binding komen tussen arts en patiënt; bijvoorbeeld door een differentiële terugbetaling te koppelen aan het GMD.
- 3.4. Afschaffen van de overwegend prestatiegerichte geneeskunde op de eerste lijn; er moet een betere verhouding komen tussen betaling per forfait en prestatie.
- 3.5. Kwaliteitslabel introduceren met financiële incentives voor de huisarts.

Op basis van het kwantitatief beschrijvend registratieonderzoek over acute keelpijn

4. Patiënten consulteren hun huisarts vooral voor pijnstilling, informatie en onderzoek. “Ik wil een antibioticum” behoort tot de 3 minst belangrijke redenen om te consulteren.
5. Huisartsen expliciteren de hulpvraag van de patiënt niet of onvoldoende.
6. Patiënten zijn over het algemeen tevreden over hun huisarts, ongeacht of aan hun verwachtingen werd voldaan.
7. Patiënten zijn meer tevreden als bepaalde items ter sprake komen tijdens de consultatie, dan als deze niet ter sprake komen, ongeacht of zij dit item belangrijk vonden. De tijd nemen en aandacht geven wordt door patiënten gewaardeerd.
8. Huisartsen schrijven bij 40,8% van de keelpijnpatiënten antibiotica voor. Dit is meer dan volgens de guideline te verantwoorden is!! Desondanks zeggen artsen in 79,4% de guidelines te volgen. Er is een discrepantie tussen wat artsen “guideline-based” vinden en wat objectief als “guideline-based” kan worden beschouwd.
9. Huisartsen schrijven over het algemeen niet antibiotica van eerste keus voor (volgens de guideline). Breedspectrum voert de lijst aan.

Op basis van de interventie in LOK-groepen

10. Een interventie gericht op inzicht en attitude verwerven over een guideline en op communicatie met de patiënt is haalbaar en wordt positief ontvangen in LOK-groepen.
11. De LOK-groep is een geschikt forum om de implementatie van EBM-guidelines te bevorderen.

6. HOE NU VERDER? Vragen die rijzen

Op basis van dit beschrijvend onderzoek kunnen enkele voorstellen en vragen worden geformuleerd gericht naar de overheid. Tevens rijzen vragen die in verder (implementatie)onderzoek dienen te worden uitgediept.

Overheid/beleid:

LOK-groepen kunnen een centrale positie vervullen bij het implementeren van EBM-guidelines. De dynamiek van een LOK is zeer geschikt om een dialoog op gang te brengen die nodig is voor daadwerkelijke gedragsverandering.

- Hoe deze LOK-groepen optimaal te ondersteunen bij het implementeren van guidelines? Welke rol kunnen LOK-moderatoren en superformateurs vervullen?
- Het zou wenselijk zijn dat bij de introductie van nieuwe guidelines deze systematisch in LOK's worden besproken. Hoe kan ervoor gezorgd worden dat dit wordt ingebouwd in een programma van een LOK-groep?
- Kan een dergelijke LOK-interventie worden gekoppeld aan een systeem van kwaliteitsnormen?
- Hoe kan continuïteit worden gewaarborgd, aangezien de effecten van eenmalige interventies onvoldoende zijn om een bestendige gedragsverandering te bekomen?
- Uit internationaal onderzoek blijkt dat een combinatie van individuele (onafhankelijke artsenbezoekers) en groepsinterventies effectiever is. Hoe dit in België te realiseren?
- Hoe kan aan structurele factoren m.b.t. het gezondheidszorgsysteem die de implementatie van EBM in de praktijk belemmeren worden tegemoetgekomen?

Researchagenda:

- Er is weerstand ten opzichte van het assimileren van richtlijnen die afwijken van het eigen handelen tot nu toe. Kan deze weerstand in een LOK-interventie voldoende worden opgelost? Welke aanpak is daarbij meest geschikt? Hoe kan dit in training van LOK-moderatoren worden ingebouwd?
- Welke elementen van een dergelijke interventie zijn cruciaal voor het verkrijgen van een (blijvende) gedragsverandering? Wat is de rol van communicatieve vaardigheden?
- Wat is het effect van LOK-interventies op het voorschrijfgedrag (m.b.t. antibiotica)? Hoe kan dit best worden gemeten?
- Wat zijn de kosten-baten van een gestructureerde interventie op voorschrijven van antibiotica in de praktijk?
- Wat is het effect van een gecombineerde interventie gericht op LOK-groepen en individuele artsen (onafhankelijke artsenbezoeken) op het voorschrijfgedrag van huisartsen? Wat zijn hiervan de kosten-baten?

April 2003