

Hoe helpen praktijkrichtlijnen de huisarts in zijn medisch handelen?

Achtergrond

Richtlijnen helpen artsen om hun medische kennis op een continue manier bij te schaven en deze in de praktijk toe te passen. Het blijft echter complex om richtlijnen in de huisartsenpraktijk te implementeren^{1,2}, omdat huisartsen vaak patiënten met complexe aandoeningen en multiple gezondheidsproblemen behandelen terwijl de beschikbare richtlijnen gericht zijn op de behandeling van duidelijk afgelynde diagnoses. Het is daarom niet verwonderlijk dat eerder onderzoek een aanzienlijk verschil heeft aangetoond tussen wat artsen in de klinische praktijk doen en wat de richtlijnen als behandeling en streefdoelen vooropstellen¹⁻⁵.

Klinische vraag

Hoe gaan huisartsen om met praktijkrichtlijnen, hoe leren ze ervan en hoe passen ze deze kennis toe in hun dagelijkse praktijkvoering?

Samenvatting

Duiding

Sibyl Anthierens,
Vakgroep Huisartsge-
neeskunde en Interdis-
ciplinair zorg, Univer-
siteit Antwerpen; Tom
Poelman, Vakgroep
Huisartsgeneeskunde
en Eerstelijnsgezond-

Referentie

Ingemansson M,
Bastholm-Rahmner P,
Kiessling A. Practice
guidelines in the
context of primary care,
learning and usability
in the physicians'
decision-making
process - a qualitative
study. BMC Family
Practice 2014;15:141.

Bestudeerde populatie

- uitnodiging via e-mail van 132 huisartsen werkzaam in 14 eerstelijnsgezondheidscentra in het noordwestelijk gedeelte van Stockholm (Zweden), die vroeger reeds interesse hadden getoond in de ontwikkeling van praktijkrichtlijnen
- inclusie van 22 huisartsen, waarvan 16 vrouwelijke, uit 7 centra, met mediaan 7 jaar (IQR 3-14 jaar) ervaring; 6 huisartsen waren in opleiding.

Onderzoekopzet

- kwalitatief onderzoekopzet
- 4 semi-gestructureerde interviews met telkens een groep van 3 tot 8 huisartsen waarbij onder begeleiding van telkens dezelfde 2 onderzoekers binnen een tijdspanne van anderhalf tot 2 uur 3 open-ended vragen werden aangebracht die op 3 belangrijke domeinen betrekking hadden:
 - ~ hoe praktijkrichtlijnen gebruiken in het beslissingsproces
 - ~ welke factoren beïnvloeden de beslissing om al dan niet een bepaalde richtlijn te gaan gebruiken
 - ~ hoe kunnen de richtlijnen het leerproces in de dagelijkse praktijk bevorderen
- verwerking van de gegevens met een kwalitatieve content analyse:
 - ~ eerste: identificeren van citaten met eenzelfde betekenis
 - ~ tweede: groeperen van citaten in categorieën
 - ~ derde: vormen van thema's na een abstracte en interpretatieve analyse van de inhoud van de categorieën.

Resultaten

De onderzoekers komen uiteindelijk tot 3 thema's die beschrijven hoe huisartsen richtlijnen in de eerstelijnspraktijk benaderen en gebruiken (zie ook tabel):

1. "richtlijnen gebruiken via interactieve gecontextualiseerde dialogen": benadrukt het belang van feedback van collega's tijdens herhaaldelijke gestructureerde groepsdialogen waarin over besluitvorming in de gezondheidszorg gereflecteerd wordt en benadrukt het belang van een goede dialoog in wederzijds respect tussen de eerste en de tweede lijn bij de ontwikkeling van richtlijnen
2. "richtlijnen geven vertrouwen om hoge kwaliteitszorg te leveren"; dat vertrouwen wordt bereikt via bevestiging van reeds aanwezige kennis, via het kunnen beroep doen op competente collega's die men persoonlijk kent, via het gebruik van richtlijnen die gekoppeld zijn aan de literatuur en via het evalueren van eigen resultaten
3. "relevante informatie voor het beslissingsproces gebruiken": kan alleen als richtlijnen kort en bondig zijn, een pedagogische layout hebben en toegankelijk zijn.

Besluit van de auteurs

De auteurs besluiten dat het nemen van beslissingen in eerstelijnsgezondheidszorg een duaal proces is met een gebalanceerd gebruik van zowel intuïtief als analytisch denken met als doel hoge kwaliteitszorg te leveren. Sleutelaspecten van effectief leren in dit beslissingsproces zijn: een gecontextualiseerde dialoog gebaseerd op eigen ervaringen van de huisarts, feedback op eigen resultaten en gemakkelijke toegang tot korte, betrouwbare richtlijnen.

Tabel. Citaten bij de categorieën en de thema's.

Thema	Categorie	Code en citaat
1. Het leren gebruiken van richtlijnen door interactieve gecontextualiseerde dialoog	<ul style="list-style-type: none">• Feedback door leren met collega's• Feedback door samenwerking, samen leren en gelijkheid tussen specialiteiten	Gestructureerde groepsmeetings stimuleren de artsen, mogelijkheid tot reflectie: "...op een gestructureerde manier geïntroduceerd in ons overleg: Wat moet ik doen wanneer ik een patiënt gediagnosticeerd heb met hypertensie?... we deden een rondje, en iedereen kon iets zeggen... Er was plots ook tijd om er samen over te reflecteren". <i>Vrouw</i> Samenwerking tussen eerste en tweedelijns betreffende ontwikkeling van nieuwe richtlijnen: "Wanneer de richtlijn upgedate moest worden waren alle huisartsen uitgenodigd voor een overleg... er was een korte presentatie gevolgd door een lange dialoog..." <i>Vrouw</i>
2. Proces dat vertrouwen geeft om hoge kwaliteitszorg af te leveren	<ul style="list-style-type: none">• Vertrouwen door bevestiging• Vertrouwen door betrouwbaarheid• Vertrouwen door evaluatie van de eigen resultaten	Bevestiging van kennis bevordert kwaliteit van zorg: "Na enkele jaren had ik het gevoel dat... Ik weet hoe ik dit moet doen en ik kan werken zonder de richtlijnen te raadplegen...tot er iets mis gaat...ik werd bang en dan begon ik ze terug te raadplegen" <i>Man</i> Vertrouwen door competente en vertrouwde collega's te raadplegen: "Ik werk al lang in Gotland, dus als er iets is bel ik naar het ziekenhuis, ik ken daar iedereen... ik ben altijd vertrouwd met de persoon waar ik tegen praat..." <i>Vrouw</i> evaluatie van een verbetering van de kwaliteit in zorg bevordert het zich houden aan de richtlijnen: "Ik zou graag de resultaten zien...ik wil follow-ups, persoonlijke follow-ups... ik krijg nooit feedback over wat ik doe... dus waarom zou ik daar mee inzitten?" <i>Vrouw</i>
3. Leren door gebruik te maken van relevante evidentie bij het beslissingsproces	<ul style="list-style-type: none">• Design en lay-out (de evidentie visualiseren)• Aanvaardbaarheid aangepast aan het klinische beslissingsproces	Pedagogische lay-out: "Het mag ook niet te compact zijn... op een manier geordend dat je snel dingen kan terugvinden" <i>Vrouw</i> Slechte zoekfuncties zijn tijdsintensief: "Het grootste probleem is de tijdsdruk... er is zoveel informatie, ik zou niet weten waar ik moet beginnen zoeken" <i>Vrouw</i>

Methodologische beschouwingen

Kwalitatief onderzoek via semi-gestructureerde interviews in focusgroepen met personen met dezelfde achtergrond is zeer geschikt om na te gaan welke factoren het gebruik van richtlijnen in de huisartsenpraktijk bevorderen of afremmen. Na het vierde interview bereikten de onderzoekers saturatie. De interviews werden allemaal binnen de 7 maanden uitgevoerd om de consistentie te behouden. Ze werden opgenomen, neergeschreven door één van de auteurs en aan de hand van de audio-opnames gecontroleerd op accuraatheid. Ook de kwalitatieve analyse is goed beschreven en gebeurde eveneens op een betrouwbare manier door 3 onderzoekers die samen via consensus zochten naar de juiste categorieën en thema's. Het is wel niet duidelijk of de citaten in alle of in slechts één of enkele focusgroepen aan bod kwamen. Een tabel maakt duidelijk hoe men meerdere citaten samenbracht in een categorie en hoe men deze categorieën abstraheerde in thema's. Deze thema's zijn echter zo abstract dat het voor de lezer niet meer duidelijk is wat ze op zichzelf betekenen.

Interpretatie van de resultaten

Om de gegevens te interpreteren gebruiken de onderzoekers een goed omschreven theoretisch kader, de duale proces theorie⁶. Volgens deze theorie wordt door het wel of niet meteen herkennen van een ziektepatroon een intuïtieve (vlug maar gevoelig voor bias) of analytische (trager en betrouwbaarder) manier van denken geactiveerd om een probleem in de huisartsenpraktijk (zoals een diagnostische vraag) op te lossen. Afhankelijk van de aard van de ziekte, de context waarin ze zich voordoet en de ervaring van de arts zal één van beide denksystemen de bovenhand halen. De auteurs koppelen de 3 thema's die bij de analyse naar voor komen aan deze theorie:

- het eerste thema benadrukt het belang van de dialoog in het klinische beslissingsproces. Zowel peer

learning als samenwerking tussen eerste en tweede lijn bevorderen herhaaldelijk het analytische denken wat zal helpen om nieuwe ziektepatronen te leren herkennen. Flowcharts die weinig persoonlijke reflectie toelaten wakkeren alleen het intuïtieve denken aan wat herkenning van nieuwe ziektepatronen in de weg staat. Het belang van deze dialoog voor het beslissingsproces van artsen wordt ondersteund door een studie die aantoonde dat de attitude van artsen jegens EBM sterk gecorreleerd is met professionele netwerken waarin ze betrokken zijn⁷. Rigide richtlijnen worden eerder als opdracht in plaats van deel van een continu leerproces beschouwd en zijn dus eerder een belemmering in plaats van een aanmoediging voor het beslissingsproces^{2,4,8}.

- het tweede thema wijst op het belang van vertrouwen krijgen in de eigen competentie. Dat kan op zich een positieve houding jegens richtlijnen bevorderen. Dat dit vertrouwen volgens de ondervraagde artsen even goed kan steunen op competente collega's als op betrouwbare richtlijnen is verrassend en vraagt om verder onderzoek.
- het derde thema wijst op het belang van een gemakkelijke toegankelijkheid en een duidelijke layout van richtlijnen om het cognitieve denken aan te wakkeren. Wanneer aan deze voorwaarde niet is voldaan zullen artsen (uit tijdsgebrek) hun beslissingen eerder maken op basis van intuïtie, wat tot meer diagnostische fouten zal leiden.

Referenties

1. Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan C, et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess* 2004;8:1-72.
2. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA* 1999;282:1458-65.
3. Bero LA, Crilli R, Grimshaw JM, et al. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *The Cochrane Effective Practice and Organization of Care Review Group. BMJ* 1998;317:465-468.
4. Lugtenberg M, Zegers-van Schaick JM, Westert GP, Burgers JS. Why don't physicians adhere to guideline recommendations in practice? An analysis of barriers among Dutch general practitioners. *Implement Sci* 2009;4:54.
5. Carlsen B, Glenton C, Pope C. Thou shalt versus thou shalt not: a meta-synthesis of GPs' attitudes to clinical practice guidelines. *Br J Gen Pract* 2007;57:971-8.
6. Croskerry P. Clinical cognition and diagnostic error: applications of a dual process model of reasoning. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 2009;14(Suppl 1):27-35.
7. Mascia D, Cicchetti A, Damiani C. "Us and Them": a social network analysis of physicians' professional networks and their attitudes towards EBM. *BMC Health Serv Res* 2013;13:429.
8. Carlsen B, Kjellberg PK. Guidelines: from foe to friend? Comparative interviews with GPs in Norway and Denmark. *BMC Health Serv Res* 2010;10:17.
9. Forsetlund L, Bjørndal A, Rashidian A, et al. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2009, Issue 2.

Financiering van de studie niet vermeld

Belangenconflicten van de auteurs de auteurs verklaren geen belangenconflicten te hebben.

Besluit van Minerva

De resultaten van deze kwalitatieve studie tonen aan dat praktijkrichtlijnen moeten starten vanuit de eigen ervaringen van de arts en de specifieke omstandigheden van de eerstelijnspraktijk. Richtlijnen moeten ook activerende leermethoden bevatten die de dialoog en de reflectie bevorderen. Een gemakkelijke toegang tot korte richtlijnen en de mogelijkheid om feedback op eigen resultaten te krijgen zijn bevorderende factoren.

Voor de praktijk

De huidige richtlijnen zijn meestal niet interactief en bestaan uit een geschreven tekst waarvan verwacht wordt dat huisartsen die lezen, ervan leren en vertalen in praktijkprotocollen om te gebruiken in de dagelijkse praktijk. In de literatuur is echter aangetoond dat interactieve methodes kennis en vaardigheden verbeteren en de praktijkvoering ten goede komen⁹. Wanneer er samen met collega's geleerd wordt, creëert men ook een opportuniteit om over bepaalde lokale organisatorische problemen te spreken die bepalen of men bijvoorbeeld richtlijnen kan toepassen. De resultaten van deze kwalitatieve studie benadrukken het belang van het gebruik van praktijkrichtlijnen in het beslissingsproces van huisartsen. Voor huisartsen is het zinvol dat richtlijnen gebaseerd zijn op hun eigen ervaringen en op de specifieke context van de huisartsenpraktijk. Huisartsen leren graag door gebruik te maken van activerende leertechnieken die aanzetten tot dialoog en reflectie. Gemakkelijke toegang tot korte betrouwbare richtlijnen en ook de mogelijkheid om feedback te krijgen op het eigen voorschrijven zijn elementen die aanzetten tot kwaliteitsbevordering.