

Huisarts wordt overspoeld door informatie en patiënten met 'informatie'



Evidence-based practice cultuurmeting bij zorgverleners in de eerste lijn:

Rapport huisartsen

Basismeting 2022 en focusgroepen 2024-2025



Met de (financiële) steun van:



Rapport huisartsen.....	1
Contactinformatie.....	4
Hoe lees je dit rapport?	5
1. Inleiding.....	6
2. Factsheet.....	7
3. Kernresultaten en voorgestelde resultaten	9
4. Resultaten.....	16
Deel 1: Demografische gegevens.....	16
Online bevraging	16
Focusgroepen.....	16
(Inter)nationale literatuur.....	17
Deel 2: Vergelijking EBP-cultuur bij huisartsen versus totale groep zorgverleners.....	18
2.1. Generieke vragen over EBP	19
2.2. Kennis en gebruik van EBP	24
2.3. Overtuigingen en attitudes ten opzichte van EBP	29
2.4. Zelfeffectiviteit met betrekking tot het gebruik van EBP	32
2.5. Implementatie van EBP	35
2.6. Bevorderende en belemmerende factoren voor gebruik van EBP	44
2.7. Vorming over EBP.....	52
Deel 3: Vergelijking tussen Franstalige en Nederlandstalige huisartsen	55
3.1. Generieke vragen over EBP	57
3.2. Kennis en gebruik van EBP	59
3.3. Overtuigingen en attitudes ten opzichte van EBP	61
3.4. Zelfeffectiviteit met betrekking tot het gebruik van EBP	63
3.5. Implementatie van EBP	64
3.6. Bevorderende en belemmerende factoren voor gebruik van EBP	67
3.7. Vorming over EBP.....	70
5. Verdere stappen	72
6. Referenties	73
7. Appendices.....	75

Appendix 1: Flowchart drop-out op de verschillende vragen.....	75
Appendix 2: Demografische gegevens deelnemende huisartsen (n=874)	76
Appendix 3: Overzicht van provincie, type praktijk en statuut waarin deelnemende huisartsen werkzaam zijn (n=874).....	77
Appendix 4: Overzicht van betrokkenheid van de huisartsen bij opleiding studenten en wetenschappelijk onderzoek (n=874).....	78

Contactinformatie

Bij vragen over dit rapport kan u terecht bij Cebam, het Belgisch centrum voor Evidence-Based Medicine.

Teamleden cel evaluatie:

- dr. Anne-Catherine Vanhove
- dr. Carolien Strouwen, coördinator Cel Evaluatie
- dr. Deborah Seys
- dr. Liesbet De Wit
- dr. Marijke Avonts
- Liesbeth Meel, MSc

Met medewerking van dr. Nathalie Pauwen, ebpracticienet

Directie:

- Prof. dr. Patrik Vankrunkelsven, directeur
- dr. Gerlinde Lenaerts, adjunct-directeur

Contactpersoon:

Dr. Carolien Strouwen, coördinator Cel Evaluatie

Kapucijnenvoer 7

3000 Leuven

Tel: 016/19.41.38

evaluatie@cebam.be

Publicatiedatum: oktober 2025

Hoe lees je dit rapport?

Hoe ervaren Belgische huisartsen het werken volgens evidence-based practice (EBP)?

Bovenstaande vraag staat centraal in dit rapport. We presenteren de resultaten van een online bevraging uit 2022 over de ervaring van Belgische huisartsen met EBP en vulden dit aan met informatie vanuit focusgroepen en (inter)nationale literatuur.

Om het rapport vlot te kunnen doornemen, vind je hier een overzicht van de opbouw:

1. [Inleiding](#): korte schets van de context waarin de online bevraging plaatsvond en toelichting van de gevolgde methode;
2. [Opvallendste cijfers](#): visuele samenvatting van de belangrijkste bevindingen uit het rapport;
3. [Kernresultaten en voorgestelde acties](#): tekstuele samenvatting van de belangrijkste bevindingen uit het rapport en werkpunten om EBP bij huisartsen te bevorderen;
4. [Resultaten](#): een uitgebreid verslag van de resultaten wordt weergegeven in 3 delen:
 - Deel 1: Demografische gegevens;
 - Deel 2: Vergelijking huisartsen versus de totale groep van zorgverleners die deelnamen aan de bevraging;
 - Deel 3: Vergelijking tussen Franstalige en Nederlandstalige huisartsen.

In deel 2 en 3 keren volgende topics terug:

- Generieke vragen over EBP;
- Kennis en gebruik van EBP;
- Overtuigingen en attitudes ten opzichte van EBP;
- Zelfeffectiviteit met betrekking tot gebruik EBP;
- Implementatie van EBP;
- Bevorderende en belemmerende factoren voor gebruik EBP;
- Vorming over EBP

Ieder topic is op dezelfde manier opgebouwd. Eerst krijg je een overzichtelijke samenvatting van de belangrijkste resultaten. Vervolgens beschrijven we de resultaten vanuit **de bevraging** in detail. Ten slotte toetsen we deze resultaten af aan de bevindingen uit de **focusgroepen**, en aan relevante informatie vanuit **(inter)nationale literatuur**.

5. [Verdere stappen](#): volgende stappen met betrekking tot EBP cultuurmeting;
6. [Referenties](#): de (inter)nationale literatuur die in het rapport werd opgenomen;
7. [Appendices](#): tabellen en figuren met extra cijferdetails.

1. Inleiding

Om een beeld te krijgen van de **standpunten tegenover EBP** (vanaf hier gedefinieerd als: EBP-cultuur) bij verschillende groepen zorgverleners in de eerste lijn, voerde de cel Evaluatie van het Belgisch Centrum voor Evidence-Based Medicine ([Cebam](#)) een peiling uit. Dit onderzoek¹ had plaats in kader van de opdracht van Cebam binnen het [Evikey-netwerk](#). Evikey brengt zorgverleners in de eerstelijnsamen en ondersteunt hun EBP-handelen door informatie aan te bieden en te faciliteren bij het gebruik ervan.

Het onderzoek bestaat uit **3 elementen**:

- (1) Een online bevraging bij de 11 verschillende groepen zorgverleners in de eerstelijnsamen: huisartsen, verpleegkundigen, ergotherapeuten, tandartsen, diëtisten, apothekers, kinesitherapeuten, logopedisten, vroedvrouwen, podologen en klinisch psychologen;
- (2) Focusgroepen met verschillende zorgverleners uit de eerste lijn;
- (3) (Inter)nationaal literatuuronderzoek.

Het **uiteindelijke doel** is om een breed beeld te krijgen van de EBP-cultuur binnen verschillende groepen zorgverleners en om gerichte acties op te zetten die die EBP-cultuur optimaliseren.

In het eerste **algemeen rapport** vind je de globale resultaten van alle 11 hogervermelde groepen zorgverleners samen, evenals een gedetailleerde weergave van hoe de vragenlijst tot stand kwam. Klik [hier](#) als je dit algemeen rapport wil inkijken.

Omdat de EBP-cultuur verschilt tussen de zorgberoepen, analyseerden we de data ook per beroepsgroep. Die subanalyses worden in aparte rapporten beschreven. Dit rapport bevat de beroepsspecifieke resultaten bij de **Belgische huisartsen**.

De **online vragenlijst** bij de huisartsen werd afgenomen in 2022. Alle actieve huisartsen kregen via eHealth-box een uitnodiging om de vragenlijst in te vullen. We vroegen ook aan de beroepsverenigingen om de uitnodiging te verspreiden onder hun leden.

De **focusgroepen** vonden plaats in 2024 & 2025. We zetten die op om de resultaten vanuit de online bevraging verder uit te diepen. Daarbij toetsten we de meningen van klinisch psychologen uit het praktijkveld af aan opmerkelijke bevindingen vanuit de bevraging. Kernpunten in die gesprekken waren: (1) kennis van EBP en toepassing ervan in de praktijk; (2) bevorderende en belemmerende factoren voor het toepassen van EBP in de dagelijkse zorgpraktijk en (3) nood aan EBP-gerelateerde opleidingen.

De **(inter)nationale literatuur** tot slot kadert de huidige resultaten in een bredere (inter)nationale context.

¹ Het onderzoek "Ontwikkeling en validering van een Evidence-based practice (EBP)-cultuurmeting bij zorgverleners uit de eerste lijn" werd goedgekeurd door de sociaal-maatschappelijk Ethische Commissie (SMEC) van KU Leuven (G-2022 01 2094).

2. Opvallendste cijfers

Bijna alle bevroagde huisartsen hebben al gehoord van EPB

7/10 vindt dat er voldoende EBP-informatie beschikbaar is voor alle of de meeste onderwerpen

9/10 heeft nood aan EBP-informatie aangepast aan de Belgisch context



1/2 kent en gebruikt instrumenten /toepassingen om eigen handelen te evalueren

7/10 heeft verschillende formele EBP-opleidingen gevolgd

9/10 is het eens of helemaal eens dat de toepassing van EBP noodzakelijk is binnen de praktijk



6/10 vindt dat de handelingen in de tweede en de derde lijn vaak indruisen tegen EBP

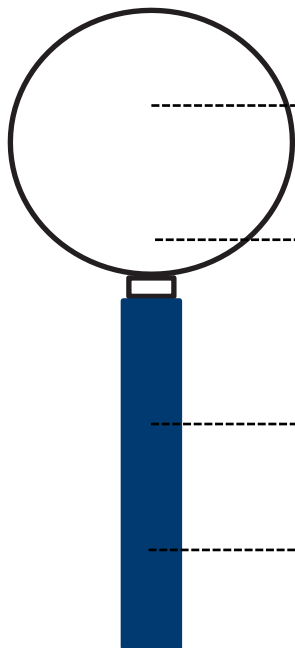
1/3 vindt dat de geletterdheid van de patiënt ervoor zorgt dat EBP niet toepast kan worden

Huisartsen voelen zich

het meest zeker in het begrijpen van de behoeften en voorkeuren van de patiënt

het minst zeker in het kritisch beoordelen van de betrouwbaarheid en de relevantie van de gevonden informatie

Waar zoeken huisartsen minstens eenmaal per maand naar antwoorden?



90,9% zoekt maandelijks EBP-info op

75,0% via algemene online zoekmachines

62,6% via informatie die ze in de opleiding tot zorgprofessional meekregen

60,5% via collega's in de tweede en/of derde lijn

57,9% elektronisch patiëntendossier (Evidence Linker)

57,6% via ebpracticenet

38,6% via CDLH

3. Kernresultaten en voorgestelde acties

KERNRESULTATEN	VOORGESTELDE ACTIES
<p>Kernresultaat 1: Bijna alle bevroegde huisartsen geven aan dat ze al gehoord hebben van EBP. De grootste groep beschouwt dat voornamelijk als <u>handelen op basis van bevindingen uit wetenschappelijk onderzoek</u>. De twee andere pijlers van EBP-handelen, namelijk handelen op basis van eigen klinische expertise en binnen de voorkeuren van de patiënt en/of mantelzorg, duiden de bevroegde huisartsen minder aan binnen het EBP-concept. Huisartsen geven wel aan dat ze in hun praktijk de 3 pijlers integreren.</p>	<p>Kernactie 1: De 3 essentiële pijlers van EBP-handelen moeten meer benadrukt worden.</p> <p>Dat moet ervoor zorgen dat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - EBP-handelen niet louter gelijkgesteld wordt met wetenschappelijk onderzoek, maar dat de 3 pijlers als evenwaardig beschouwd worden; - huisartsen beseffen dat die 3 pijlers ook effectief mee in rekening gebracht worden in de point-of-care producten en richtlijnen die via ebpracticenet aangeboden worden; - huisartsen hun eigen expertise binnen EBP-handelen kritisch toetsen aan de evidentie en aangemoedigd worden in hun behandelingsplan ook rekening te houden met voorkeuren van patiënten en/of mantelzorgers (shared decision making).
<p>Kernresultaat 2: Ongeveer 7 op de 10 huisartsen geeft aan dat er voldoende EBP-informatie beschikbaar is voor alle of de meeste onderwerpen. Er is eerder te veel informatie en selectie is cruciaal. Een belangrijk onderwerp waar huisartsen nog een tekort aan informatie ervaren, is preventie.</p>	<p>Kernactie 2: Er moet samen met de huisartsen bekeken worden of er nog onderwerpen of domeinen zijn waar EBP-informatie ontbreekt of tekortschiet om zo in te spelen op hun behoeften.</p> <p>Cfr. Kernactie 4</p>

<p>Kernresultaat 3: 9 op de 10 huisartsen kent minstens 1 van de vermelde partner organisaties betrokken bij disseminatie (WOREL, CDLH, Minerva of ebpracticenet). WOREL en Minerva zijn de organisaties die huisartsen het minst kennen. Meer Franstalige dan Nederlandstalige huisartsen kennen de partnerorganisaties niet. Dat was vooral het geval voor CDLH, ebpracticenet en Minerva.</p>	<p>Kernactie 3: Men moet eerst in kaart brengen welke disseminatieplatformen huisartsen nog niet kennen en daar gericht op inzetten.</p>
<p>Kernresultaat 4: 9 op de 10 huisartsen zoekt minstens 1 keer per maand naar informatie als antwoord op klinische vragen. Artsen gebruiken vaker de algemene zoekmachines dan de disseminatieplatformen van het netwerk. De populairste bronnen zijn: algemene online zoekmachines, informatie vanuit de opleiding en via collega's in tweede en/of derde lijn. Heel wat artsen gebruiken toch ook regelmatig ebpracticenet, het elektronische patiëntendossier, CDLH en internationale richtlijndatabanken of point-of-care-infobronnen.</p> <p>Uit de focusgroepen kwamen enkele punten van kritiek bij het gebruik van ebpracticenet en CDLH naar voren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Te veel resultaten bij een zoektocht: <ul style="list-style-type: none"> ○ Te veel irrelevante hits waarbij onderwerp niet aansluit bij zoekopdracht ○ Aanbod aan verschillende bronnen is soms te groot. ○ Niet voldoende specifiek voor huisartsen • Niet alles staat op ebpracticenet en CDLH: <ul style="list-style-type: none"> ○ Vaak is het nodig om meerdere websites te raadplegen om alle relevante informatie te vinden. 	<p>Kernactie 4: Huisartsen vinden al hun weg naar de disseminatieplatformen. Er moet ingezet worden op een bestendinging via:</p> <ul style="list-style-type: none"> - efficiëntere zoekmotoren die een vlottere selectie van de meest relevante bron toelaten; - samengevatte informatie die alle relevante aspecten van een klinische vraag verzamelt, zodat het een echte point-of-care-bron is. <ul style="list-style-type: none"> ○ Integratie van verschillende bronnen over 1 onderwerp ○ Geïntegreerde informatie over diagnose, behandeling (medicamenteus en niet-medicamenteus), prognose, complicaties en follow-up ○ Vlotte navigatie binnen een onderwerp <p>Kernactie 5: Huisartsen hebben nood aan één portaal toegespitst op artsen waar alle informatie samengebracht wordt van organisaties binnen en buiten het netwerk. Voor goede branding van dat portaal is marktonderzoek nodig.</p> <p>Kernactie 6: Verdere verankering en bekendmaking (zeker</p>

<p>Deelnemers aan de focusgroepen vermeldden dat ze Infosanté en Gezondheid en Wetenschap raadpleegden, zowel om zichzelf te informeren als om patiënten te informeren.</p>	<p>onder Franstalige huisartsen) van de websites Gezondheid en Wetenschap en Infosanté als tools om EBP-informatie met patiënten te bespreken</p>
<p>Kernresultaat 5: Ongeveer 9 op de 10 huisartsen vindt dat EBP-handelen noodzakelijk is binnen de praktijk en dat EBP-handelen de kwaliteit van zorg verbetert. Een mismatch tussen evidentie en de mogelijkheden in de praktijk (o.a. door huisartsentekort) leidt soms wel tot frustraties. Daarbij kunnen huisartsen het gevoel hebben dat EBP te hoge eisen stelt. Ook de houding van de patiënt, die ook zelf informatie vindt op het internet, sociale media of in de pers en steeds mondiger wordt, is een grote uitdaging.</p>	<p>Kernactie 7: De meerwaarde van EBP-handelen is bij huisartsen duidelijk. Er moet echter over gewaakt worden dat handelen volgens EBP niet het gevoel geeft te hoge eisen te stellen. Men kan verder inzetten op een betere afstemming van richtlijnen en aanbevelingen op de haalbaarheid in de huisartsenpraktijk en de bredere Belgische context.</p>
<p>Kernresultaat 6: Huisartsen voelen zich het meest bekwaam over het begrijpen van de voorkeuren en behoeften van de patiënt en het minst bekwaam over het kritisch beoordelen van de betrouwbaarheid en relevantie van gevonden literatuur. Uit de focusgroepen bleek dat oudere huisartsen toch onzekerder zijn dan jongere huisartsen over hun zoekvaardigheden en hier verdere training in wensen.</p>	<p>Kernactie 8: De algemene EBP-opleidingen zijn ondertussen minder geschikt voor huisartsen, aangezien zij dat nu meekrijgen in hun basisopleiding. Er moet blijvend ingezet worden op praktijkgerichte, korte opleidingen over efficiënt zoeken naar betrouwbare POC-informatie.</p>
<p>Kernresultaat 7: Hoewel de meeste van de bevroegde huisartsen een positieve attitude hebben ten opzichte van EBP, is er toch variatie te zien in de manieren en frequentie waarop bepaalde toepassingen van EBP binnen de praktijk gebeuren. Zo bespreekt bijvoorbeeld slechts 14% van de huisartsen dagelijks EBP-informatie met patiënten. Iets meer dan de helft bespreekt dat soort info maandelijks informeel met collega's. Uit de focusgroepen bleek inderdaad dat huisartsen grote voorstanders zijn van informele informatiedeling, o.a. via LOKs, GLEMs en</p>	<p>Kernactie 9: Er moet ingezet worden op efficiëntere verspreiding van nieuwe richtlijnen en EBP-informatie. Hier ligt een mooie opportuniteit om via LOKs, GLEMs en dodécagroupes heel wat huisartsen te bereiken, aangezien dat zeer geapprecieerde platformen zijn voor huisartsen om van elkaar of referenten bij te leren.</p> <p>Cfr. kernactie 5</p>

<p>dodécagroupes.</p>	
<p>Kernresultaat 8: Slechts de helft van de huisartsen geeft aan instrumenten te gebruiken om hun eigen handelen te evalueren. Respondenten interpreteerden dat waarschijnlijk vooral als het gebruik van meetinstrumenten bij hun patiënten. We vermoeden dat het werkelijke aantal huisartsen dat instrumenten gebruikt om hun eigen handelen op te volgen dus nog lager ligt.</p>	<p>Kernactie 10: Er moet verder ingezet worden op het informeren van huisartsen over het belang van het systematisch evalueren van het eigen handelen met de daartoe voorziene instrumenten en toepassingen. Daarnaast moet ook ingezet worden op de verspreiding van de beschikbare evaluatietools. Daar moet de complementariteit met de huidige audit- en feedbackinitiatieven bewaakt worden.</p>
<p>Kernresultaat 9: De focusgroepen bespraken ook de huisartsenbarometers die nog niet in de bevraging aan bod kwamen. De huisartsen kaartten verschillende bezorgdheden en punten van kritiek aan over dat audit- en feedbacksysteem:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verwarring tussen huisartsenbarometers van INTEGO en RIZIV-indicatoren - Te weinig informatie over de barometers - Toegang tot feedback is te moeilijk. - Nood aan individuele feedback - Niet alle indicatorsets leken even relevant. - Nood aan ondersteuning bij implementatie - Gecodeerd registreren is niet altijd evident. - Mogelijk demotiverend effect 	<p>Kernactie 11: De huisartsenbarometers als audit- en feedbacksysteem moeten verder geoptimaliseerd worden zodat hun echte doel bereikt wordt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Betere afstemming tussen alle partners en de huisartsen (bijv. via LOKs en GLEMs) bij de prioritering van toekomstige barometers om brede gedragenheid te garanderen - Toegang tot feedback verbeteren, o.a. door middel van single sign-on en verwittiging wanneer feedback beschikbaar is. - Informatie over de barometers en per barometer uitwerken, zodat de huisartsen de doelen en methodologie beter begrijpen. Bij feedback ook ondersteuning voor betere implementatie voorzien (cfr kernactie 8).

<p>Kernresultaat 10: Meer dan 7 op de 10 huisartsen geeft aan bereid te zijn het handelen aan te passen wanneer hij of zij daar feedback op zou ontvangen. Beduidend meer Nederlandstaligen dan Franstaligen zijn bereid om op basis van feedback hun handelen bij te sturen.</p>	<p>Cfr. kernactie 11</p>
<p>Kernresultaat 11: Verschillende factoren dragen bij tot een vlottere integratie van EBP-handelen. Noden bij de huisartsen zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Toegang tot EBP-informatie die aangepast is aan de Belgische context, en in de eigen taal. Vooral Franstalige huisartsen hebben nood aan informatie in hun eigen taal. - Toegang tot centrale en gebruiksvriendelijke databank met vrij raadpleegbare info die in de praktijk bruikbaar is. Uit de focusgroepen bleek dat vooral het gebruiksgemak van ebpracticenet en CDLH voor de huisarts verbeterd moeten worden, zodat huisartsen efficiënt informatie kunnen zoeken en vinden. - Toegang tot EBP-informatie die voldoende afgestemd is op het handelen in de praktijk: huisartsen moet nog naar verschillende websites om verschillende aspecten van één vraag te beantwoorden. De informatie op ebpracticenet en CDLH moet voor een topic voldoende volledig zijn. Er is nood aan één portaal met alle informatie voor de huisartsen. <p>Verder werden ook de volgende barrières uitgelicht in de bevraging en/of focusgroepen: houding en gezondheidsgeletterdheid van de patiënt, gebrek aan tijd (o.a. door het huisartsentekort), het gezondheidszorgsysteem en de ondersteuning, financiële barrières bij patiënten, dubbele rol van de huisarts en de acties van de tweede</p>	<p>Cfr. kernactie 2 Cfr. kernactie 4 Cfr. kernactie 5 Cfr. kernactie 6 Cfr. kernactie 7 Cfr. kernactie 11</p>

en derde lijn die indruisen tegen EBP.		
<p>Kernresultaat 12: Een kleine helft van de bevroegde huisartsen geeft aan al een EBP-opleiding gevolgd te hebben rond het formuleren van klinische vragen, doorzoeken van relevante bronnen, kritisch beoordelen van evidentie en de implementatie van aanbevelingen in de praktijk. Daarnaast geven ze aan dat ze het zeer belangrijk vinden om opleidingen over EBP te kunnen volgen. De deelnemers aan de focusgroepen gaven wel aan dat huisartsen volgens hen nog weinig of geen nood meer hebben aan algemene opleidingen over EBP. Vooral de oudere huisartsen zijn wel geïnteresseerd in zeer praktijkgerichte opleidingen over efficiënt zoeken naar EBP-informatie.</p>		<p>Cfr. kernactie 8</p> <p>Kernactie 12: Er moet nagegaan worden hoe EBP binnen de verschillende (huis)artsenopleidingen wordt aangebracht, zodat eventuele opportuniteiten om de EBP-kennis, -vaardigheden en -attitudes te verbeteren bij huisartsen kunnen aangegrepen worden.</p>
<p>Kernresultaat 13: Voor verscheidene onderdelen in de bevraging zijn er verschillen te vinden tussen Franstalige en Nederlandstalige huisartsen. Die kunnen verklaard worden door culturele verschillen, verschillen in opleiding over EBP, en een verschil in taalbarrière.</p>		<p>Kernactie 13: Men moet zich bewust zijn van de heersende verschillen tussen Franstalige en Nederlandstalige huisartsen. De voorgestelde acties bij de bovenstaande kernresultaten zijn van toepassing in beide taalgroepen. De verschillen impliceren echter wel dat met sommige van de voorgestelde acties intensiever aan de slag gegaan zal moeten worden binnen een bepaalde subgroep.</p>
Domein	Opvallendste verschilpunten*	
Generieke vragen over EBP	Aanduiden 3 pijlers: FR > NL Pijler wetenschappelijk onderzoek: NL > FR Pijler klinische expertise: FR > NL Pijler voorkeuren patiënt: FR > NL Voldoende EBP-info beschikbaar: NL > FR Gehoord partner organisaties: NL > FR	
Kennis en gebruik van EBP	Voorkeur NL: online zoekmachines Voorkeur FR: info uit basisopleiding Gebruik bronnen: NL > FR	
Overtuigingen en attitudes	EBP verbetert kwaliteit: NL > FR EBP noodzakelijk voor praktijk: NL > FR	

Zelfeffectiviteit	/	
Implementatie	EBP-info verzamelen bij klinisch probleem: NL > FR Kennis instrumenten evaluatie handelen: NL > FR Bereidheid handelen aan te passen: NL > FR	
Bevorderende en belemmerende factoren	Interesse in EBP: NL > FR Nood aan info in eigen taal: FR > NL Geletterdheid van patiënt belemmering: FR > NL Acties 2e & 3e lijn niet EBP: NL > FR Acties 2e & 3e lijn ondermijnen geloofwaardigheid: FR > NL Richtlijnen te algemeen: NL > FR Richtlijnen te veel recept: FR > NL	
Vorming	Formele EBP-opleiding gevolgd: NL > FR	
<p>*Voor topics die we niet aanhalen, vonden we geen verschillen tussen Franstalige en Nederlandstalige huisartsen (gelijklopende resultaten).</p> <p>NL = Nederlandstalige huisartsen, FR = Franstalige huisartsen, NL > FR: dit item scoorde een hoger % bij de Nederlandstalige huisartsen; FR > NL: dit item scoorde een hoger % bij de Franstalige huisartsen</p>		

4. Resultaten

Deel 1: Demografische gegevens

Online bevraging



874 huisartsen vulden de online vragenlijst in. Dat was op dat moment (2022) 6,2% van het totale aantal actieve huisartsen in België². Niet alle deelnemers hebben echter alle onderdelen beantwoord. Door de lengte van de vragenlijst vond er een aanzienlijke **drop-out** plaats. Appendix 1 geeft daarvan een overzicht: per onderdeel zie je het aantal huisartsen die dat onderdeel invulden.

Meer Nederlandstalige (63%) dan Franstalige (37%) huisartsen vulden de vragenlijst in. De **verdeling tussen vrouwen en mannen** bleek evenwichtig. 4 op de 10 deelnemers waren **45- tot 65-jarigen**. Bijna 3 op de 10 was tussen 25 en 35 jaar oud. 6 op de 10 huisartsen behaalde een **masterdiploma** en ongeveer 4 op de 10 had een **doctoraat**. 6 op de 10 had minstens 15 jaar **relevante werkervaring** als huisarts (Appendix 2).

Huisartsen uit **Antwerpen en Oost-Vlaanderen** zijn het best vertegenwoordigd in onze data. Huisartsen uit de provincies **Luxemburg, Waals-Brabant en Namen** waren het minst aanwezig in onze studiegroep. Ongeveer 1 op de 3 werkt in een **solopraktijk**, ongeveer één derde in een **monodisciplinaire groepspraktijk** en 16% in een **multidisciplinaire groepspraktijk**. Ongeveer 13% van de bevroagde huisartsen zijn aan de slag in een wijkgezondheidscentrum. De grootste groep huisartsen (8 op de 10) zijn werkzaam binnen het **zelfstandigenstatuut** (Appendix 3).

4 op de 10 huisartsen is betrokken bij de **opleiding van studenten** en ruim 3 op de 10 geeft aan soms tot regelmatig betrokken te zijn bij **wetenschappelijk onderzoek**. Bijna 9 op de 10 huisartsen zegt **voldoende toegang te hebben tot wetenschappelijke literatuur**. Iets minder dan 3 op de 10 besteedt wekelijks maximaal 1 uur aan het up-to-date houden van hun wetenschappelijke kennis, terwijl 1 op de 10 huisartsen daar meer dan 3 uur aan besteedt (Appendix 4).

Focusgroepen

In mei 2024, november 2024 en maart 2025 vonden **3 focusgroepen** plaats: 2 Nederlandstalige en 1 Franstalige. We organiseerden één online Nederlandstalige focusgroep (n=2). Omwille van de lage deelname kozen we ervoor om de overige focusgroepen te houden in het kader van een LOK of dodécagroupe/GLEM. In totaal namen **24 huisartsen** deel aan de gesprekken, waarvan 15 Nederlandstaligen en 9 Franstaligen. Er namen iets



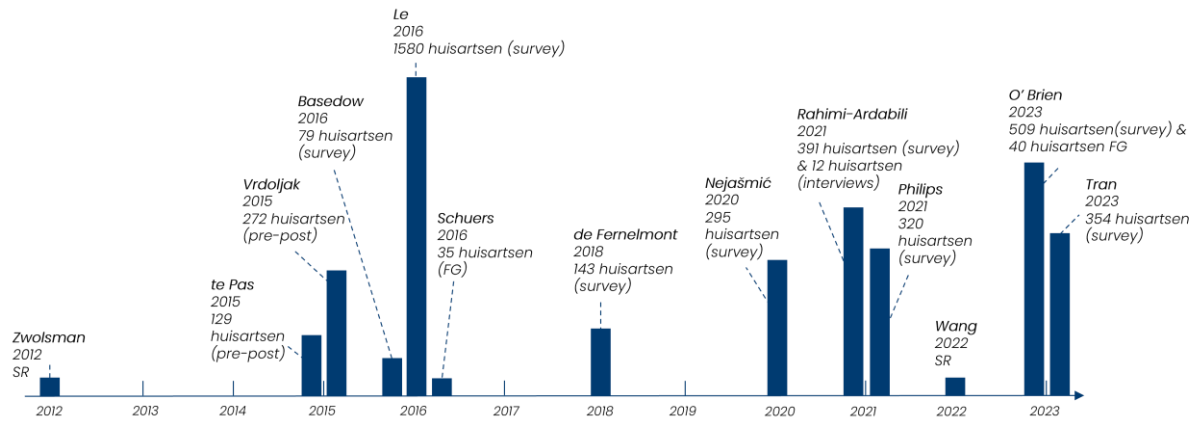
² https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/statistiek_2021_gv_proff_tabel2.pdf

meer mannen deel dan vrouwen (13 versus 11). De deelnemers waren allemaal werkzaam in de eerste lijn of recent gepensioneerd.

(Inter)nationale literatuur



De onderstaande figuur geeft een overzicht van **vergelijkbare (inter)nationale literatuur** over dit onderwerp.



Figuur 1 Overzicht (inter)nationale literatuur

Deel 2: Vergelijking EBP-cultuur bij huisartsen versus de totale groep zorgverleners

In dit deel vergelijken we de EBP-cultuur bij de huisartsen ten opzichte van de totale groep zorgverleners die deelnamen.

Overzicht

Deze topics komen aan bod:

1. [Generieke vragen over EBP](#)
2. [Kennis en gebruik van EBP](#)
3. [Overtuigingen en attitudes ten opzichte van EBP](#)
4. [Zelfeffectiviteit met betrekking tot het gebruik van EBP](#)
5. [Implementatie van EBP](#)
6. [Bevorderende en belemmerende factoren voor gebruik van EBP](#)
7. [Vorming over EBP](#)

2.1. Generieke vragen over EBP

Evidence-based practice (EBP) of evidence-based handelen is gebaseerd op de interactie tussen (1) bevindingen uit wetenschappelijk onderzoek, (2) de expertise van de zorgverlener en (3) de voorkeuren van de patiënt en/of diens mantelzorger (Sackett et al, 1996; Guyatt et al, 2015).

In sommige definities wordt hier nog een vierde overkoepelend element aan toegevoegd, namelijk de klinische en sociale context (McCormack et al, 2002). Die kan een impact hebben op de implementatie van richtlijnen.

Context werd niet als aparte pijler opgenomen in de huidige bevraging.

a) Heb je al gehoord van EBP?

KERNRESULTAAT 1: Bijna alle bevroegde huisartsen geven aan dat ze al gehoord hebben van EBP. De grootste groep beschouwt dat voornamelijk als handelen op basis van bevindingen uit wetenschappelijk onderzoek. De twee andere pijlers van EBP-handelen, namelijk handelen op basis van eigen klinische expertise en binnen de voorkeuren van de patiënt en/of mantelzorger, duidden de bevroegde huisartsen minder aan binnen het EBP-concept. Huisartsen geven wel aan dat ze in hun praktijk de 3 pijlers integreren.

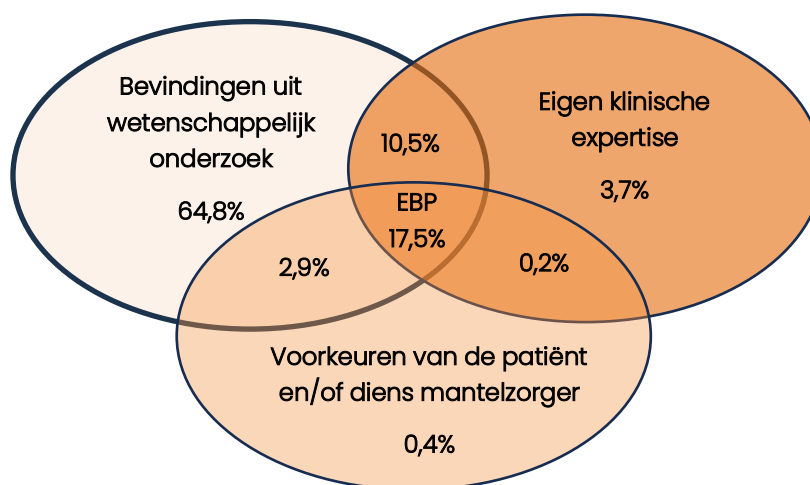
Bevraging



98% van de huisartsen geeft aan het begrip EBP te kennen.

Slechts 17,5% van de huisartsen geeft aan dat de 3 pijlers essentieel zijn binnen het EBP-handelen.

De meeste huisartsen (meer dan 9 op de 10) gaan ervan uit dat EBP-handelen gebaseerd is op bevindingen uit wetenschappelijk onderzoek. Slechts 3 op de 10 vermeldt ook eigen klinische expertise als essentieel onderdeel van EBP-handelen. En amper 2 op de 10 huisartsen duidt de voorkeuren van de patiënt en/of diens mantelzorger aan (Figuur 2).



Figuur 2 Kennis van de essentiële pijlers van EBP-handelen bij huisartsen

De deelnemers aan de focusgroepen waren niet verrast door die resultaten. Ook de meesten onder hen identificeerden binnen EBP het evidence-based aspect en minder de twee andere pijlers. De jongere huisartsen gaven aan wel allemaal de pijlers te kennen, omdat dat momenteel aan alle universiteiten zo wordt onderwezen. Daarbij bleek wel dat EBP bij sommige universiteiten pas op het einde van de opleiding of specialisatie als huisarts echt aan bod komt, terwijl andere universiteiten het al in de bachelorjaren aanleren.

Focusgroepen



Een eerste verklaring voor deze resultaten vonden ze ook in het feit dat **binnen de opleidingen de nadruk nog vaak op het wetenschappelijke luik** ligt.

De oudere huisartsen associeerden de twee pijlers, eigen klinische expertise en voorkeuren van de patiënt of mantelzorg, dan weer eerder met **practice-based handelen**. Ze dachten dat ze die aspecten net wat moesten achterlaten ten voordele van het evidence-based werken, dat volgens hen echt vertrekt van het wetenschappelijk bewijs. Enigszins tegenstrijdig met die uitspraken gaven de huisartsen dan weer aan dat shared decision-making steeds belangrijker wordt in de praktijk. **Huisartsen zien EBP en shared decision-making dus eerder als aparte concepten** die elkaar mogelijk wat tegenspreken dan als complementaire of overlappende concepten die naar eenzelfde doel streven.

De deelnemers gaven aan dat ze **in de praktijk wel degelijk de 3 pijlers toepassen**. Ze beschouwen dat als **inherent aan het beroep**. Huisartsen proberen richtlijnen te volgen, maar hebben natuurlijk ook een deel expertise. Die combineren ze ook met wat ze denken dat de patiënt kan en wil. Vooral de Franstalige deelnemers gaven aan dat dat deel uitmaakt van de therapeutische relatie met de patiënt.

Literatuur



We identificeerden geen recente relevante internationale literatuur voor dit onderdeel.

Kernactie 1: De 3 essentiële pijlers van EBP-handelen moeten meer benadrukt worden.

Dat moet ervoor zorgen dat:

- EBP-handelen niet louter gelijkgesteld wordt met wetenschappelijk onderzoek, maar dat de 3 pijlers als evenwaardig beschouwd worden;
- huisartsen beseffen dat die 3 pijlers ook effectief mee in rekening gebracht worden in de point-of-care producten en richtlijnen die via ebpracticenet aangeboden worden;
- huisartsen hun eigen expertise binnen EBP-handelen kritisch toetsen aan de evidentie en aangemoedigd worden in hun behandelingsplan ook rekening te houden met voorkeuren van patiënten en/of mantelzorgers (shared decision making).

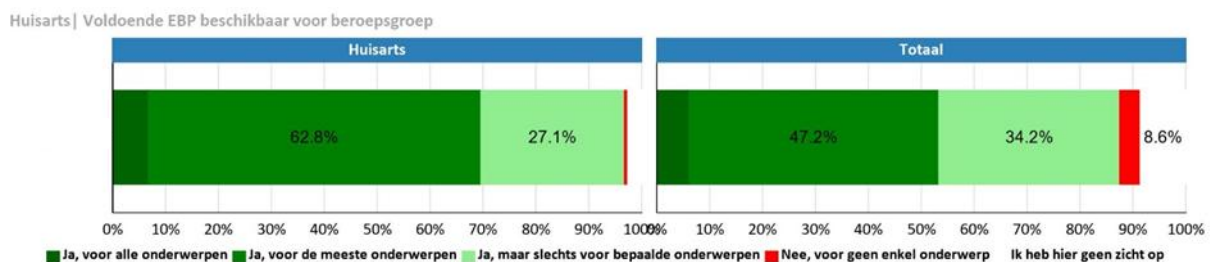
b) Is er voldoende EBP-informatie beschikbaar voor de beroepsgroep?

KERNRESULTAAT 2: Ongeveer 7 op de 10 huisartsen geeft aan dat er voldoende EBP-informatie beschikbaar is voor alle of de meeste onderwerpen. Er is eerder te veel informatie en selectie is cruciaal. Een belangrijk onderwerp waar huisartsen nog een tekort aan informatie ervaren, is **preventie**.

Bevraging



Ongeveer 7 op de 10 huisartsen vindt dat er voldoende EBP-informatie beschikbaar is over alle of de meeste beroepsrelevante onderwerpen. Dat is meer dan wat de totale groep van zorgverleners aangeeft. 3 op de 10 huisartsen geeft aan dat er wel EBP-informatie beschikbaar is, maar slechts voor bepaalde onderwerpen (Figuur 3).



Figuur 3 Beschikbaarheid van beroepsrelevante EBP-informatie: vergelijking tussen huisartsen en de totale groep zorgverleners

In de focusgroepen werd aangegeven dat het **niet zozeer de vraag is OF er voldoende informatie is, maar HOE je al die informatie kan verwerken en selecteren**. Zelfs binnen CDLH en ebpracticenet is er soms te veel informatie over één onderwerp en is de stap van selecteren soms een reden om er toch

Focusgroepen

geen gebruik van te maken.

Daarnaast gaven de huisartsen aan dat er **nog meer informatie centraal verzameld** moet worden **zonder dat je naar alle verschillende websites moet doorklikken**.



Tot slot gaven meerdere deelnemers wel aan dat er **minder informatie is over preventie**, een onderwerp dat toch aan belang wint.

Literatuur



Ook uit de literatuur blijkt dat huisartsen soms worden overweldigd door de hoeveelheid aan beschikbare informatie. De systematische review van Wang *et al.* (2023) identificeerde 'overload' aan richtlijnen als een barrière bij de implementatie van richtlijnen.

Kernactie 2: Er moet samen met de huisartsen bekeken worden of er nog onderwerpen of domeinen zijn waar EBP-informatie ontbreekt of tekortschiet om zo in te spelen op hun behoeften.

Cfr. Kernactie 4

c) Heb je al gehoord van de organisaties binnen het Evikey-netwerk?

KERNRESULTAAT 3: 9 op de 10 huisartsen kent minstens 1 van de vermelde partnerorganisaties betrokken bij disseminatie (WOREL, CDLH, Minerva of ebpracticenet).

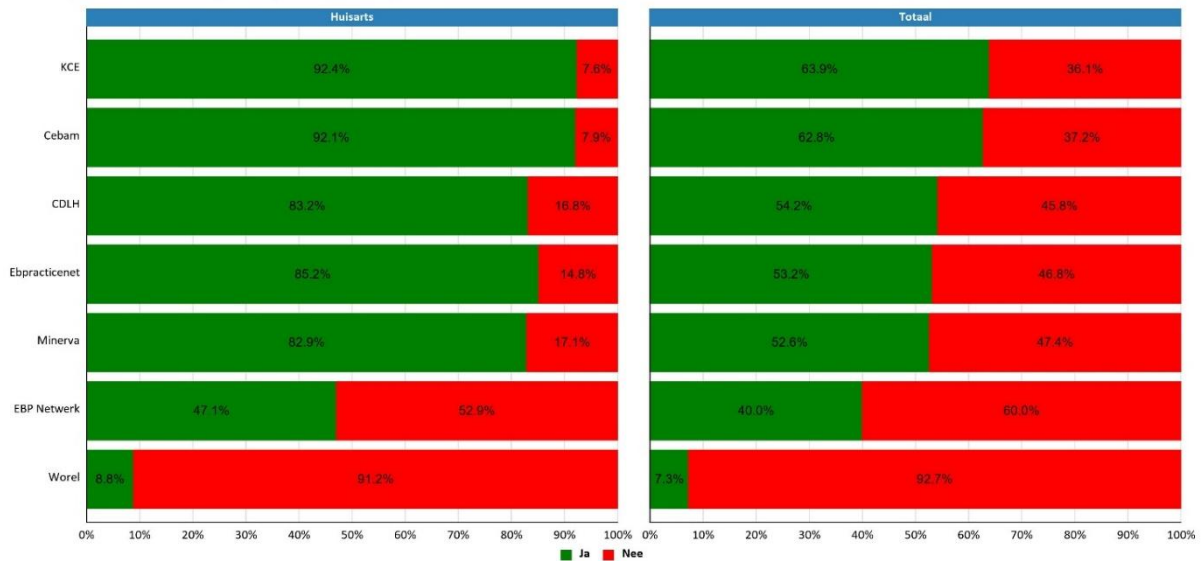
WOREL en Minerva zijn de organisaties die huisartsen **het minst kennen**. Meer Franstalige dan Nederlandstalige huisartsen kennen de partnerorganisaties niet. Dat was vooral het geval voor CDLH, ebpracticenet en Minerva.

Bevraging



Meer dan 9 op de 10 huisartsen kent KCE (92,4%) en Cebam (92,1%). Ook ebpracticenet (85,2%), CDLH (83,2%) en Minerva (82,9%) zijn erg goed gekend. Iets minder dan de helft van de huisartsen kent het Evikey-netwerk (47,1%). WOREL is het minst gekend bij deze groep (8,8%). De resultaten zijn hoger dan in de totale groep van zorgverleners (Figuur 4).

Huisarts | Duid aan of u van volgende organisaties al hebt gehoord:



Figuur 4 Kennis van de Core Partners binnen het Evikey-netwerk: vergelijking tussen huisartsen en de totale groep zorgverleners

De deelnemers aan de focusgroepen gaven ook aan dat ze het netwerk zelf over het algemeen niet kenden, maar ze kenden wel de meeste Core Partners. WOREL was ook bij hen het minst gekend. Velen **gebruiken waarschijnlijk wel onbewust WOREL-richtlijnen** omdat ze voor richtlijnen onder andere ebpracticienet raadplegen.

Focusgroepen



Literatuur



Aangezien deze vraag zich specifiek richtte op de bekendheid van de Belgische actoren in de EBP-cyclus, is een vergelijking met internationale literatuur voor dit topic niet relevant. De studie van de Fernelmont *et al.* (2018) bekeek specifiek het gebruik van verschillende bronnen. Daarom bespreken we die in '2.2. Kennis en gebruik van EBP' besproken.

Kernactie 3: Men moet eerst in kaart brengen welke disseminatieplatformen huisartsen nog niet kennen en daar gericht op inzetten.

2.2. Kennis en gebruik van EBP

KERNRESULTAAT 4: 9 op de 10 huisartsen zoekt minstens 1 keer per maand naar informatie als antwoord op klinische vragen. **Artsen gebruiken vaker de algemene zoekmachines dan de disseminatieplatformen van het netwerk.** De populairste bronnen zijn: algemene online zoekmachines, informatie vanuit de opleiding en via collega's in tweede en/of derde lijn. Heel wat artsen gebruiken toch ook regelmatig ebpracticenet, het elektronische patiëntendossier, CDLH en internationale richtlijndatabanken of point-of-care-infobronnen.

Uit de focusgroepen kwamen **enkele punten van kritiek bij het gebruik van ebpracticenet en CDLH** naar voren:

- Te veel resultaten bij een zoektocht:
 - Te veel irrelevante hits waarbij onderwerp niet aansluit bij zoekopdracht
 - Aanbod aan verschillende bronnen is soms te groot.
 - Niet voldoende specifiek voor huisartsen
- Niet alles staat op ebpracticenet en CDLH:
 - Vaak is het nodig om meerdere websites te raadplegen om alle relevante informatie te vinden.

Deelnemers aan de focusgroepen vermeldden dat ze Infosanté en Gezondheid en Wetenschap raadpleegden, zowel om zichzelf te informeren als om patiënten te informeren.

Bevraging

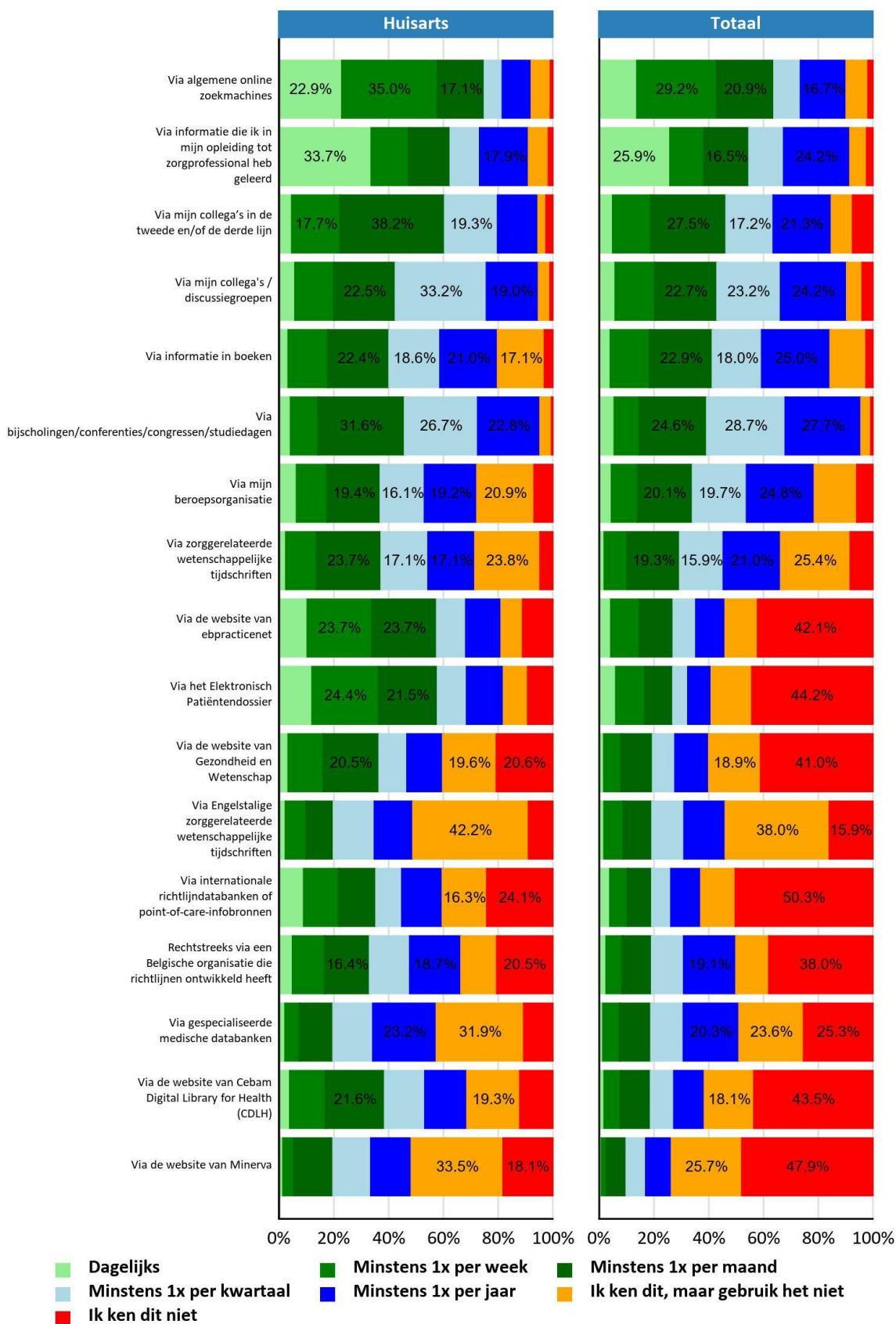


Zorgverleners kunnen om antwoorden op klinische vragen te vinden gebruikmaken van verschillende informatiekanalen. **Ongeveer 9 op de 10 huisartsen zegt minstens 1 keer per maand via een van de voorgestelde kanalen te zoeken naar antwoorden op klinische vragen** (Figuur 5).

- De meerderheid van de huisartsen gebruikt online zoekmachines: 92,2% gebruikt die minstens 1 keer per jaar en 75% minstens 1 keer per maand.
- Het tweede meest frequent geconsulteerde kanaal is de informatie die men verkreeg via de opleiding tot huisarts: 91,1% consulteert die minstens 1 keer per jaar en 62,6% minstens 1 keer per maand.
- Op de derde plaats staat 'via mijn collega's in de tweede en/of derde lijn': 94,6% volgt die minstens 1 keer per jaar en 60,5% minstens 1 keer per maand.
- Dit wordt gevolgd door het elektronisch patiëntendossier en de website van ebpracticenet, die beide door ruim 8 op de 10 huisartsen minstens 1 keer per jaar worden gebruikt en door bijna 6 op de 10 minstens 1 keer per maand.

- **Bijna 7 op de 10 huisartsen** maakt **minstens 1 maal per jaar** gebruik van de website van CDLH en **6 op de 10 huisartsen** van de **internationale richtlijndatabanken of point-of-care-infobronnen**.
- **6 op de 10 huisartsen** maakt minstens 1 maal per jaar gebruik van de **website Gezondheid en Wetenschap**.
- Bijna de helft van de huisartsen gebruikt minstens 1 maal per jaar de **website Minerva**.
- Al deze resultaten liggen hoger dan die in de totale groep van zorgverleners.

Huisarts | Hoe frequent zoekt u naar antwoorden?



Figuur 5 Frequentie en gebruik van informatiekanalen: vergelijking tussen huisartsen en de totale groep zorgverleners

De deelnemende huisartsen gebruikten de Belgische platformen vrij frequent, maar zagen wel nog verschillende punten die voor verbetering vatbaar zijn.

Focusgroepen



Verschillende deelnemers gaven aan dat er **bij het zoeken op CDLH of ebpracticenet** via de Evidence Linker of rechtstreeks op de websites vaak nog **te veel resultaten** worden aangeboden en dat ze het **moeilijk vinden om daarin te selecteren**. Ze identificeerden verschillende problemen op het vlak van **gebruiksgemak**. Ten eerste leidt de **zoekmotor** zowel op CDLH en ebpracticenet als via de Evidence Linker vaak naar bronnen die ze als niet relevant ervaren. De bronnen komen niet overeen met de ingegeven zoektermen. Bovendien vinden ze het aanbod soms bijna 'te goed' en 'te volledig'. Daarnaast vinden ze het aanbod soms ook **niet voldoende specifiek** voor huisartsen, omdat er informatie en databanken worden aangeboden voor andere zorgberoepen. Dat zorgt ervoor dat ze niet snel genoeg het juiste antwoord vinden en die inefficiëntie leidt tot frustratie.

De deelnemers waardeerden wel het kwaliteitslabel dat voor hen aan de Cebamvalidatie hangt. Zo weten huisartsen meteen dat ze met betrouwbare informatie aan de slag gaan.

De deelnemers waren ook van mening dat **ebpracticenet nog verder uitgebreid** moet worden **zodat alles gecentraliseerd wordt verzameld**. Meerdere huisartsen gaven aan regelmatig naar Nederlandse (NHG) of Franse (HAS) richtlijnen te grijpen, omdat ze die als vollediger en op zich staande bronnen zien. In de Belgische bronnen moet men **nog op te veel verschillende plaatsen gaan zoeken** zoals ebpracticenet, CDLH, Domus Medica, BCFI en BAPCOC. Huisartsen hebben nood aan **snel te raadplegen bronnen** die ze echt **tijdens de consultatie** kunnen gebruiken, maar die toch **erg volledig zijn**, zodat ze er alles vlot in kunnen vinden naargelang de vraag (diagnose, behandeling, opvolging, implementatie).

Een app die de toegankelijkheid tijdens huisbezoeken zou kunnen vergroten, leek voor hen geen prioriteit, omdat de meesten toch hun laptop al bij zich hebben.

Heel wat deelnemers beschouwden de websites **Gezondheid en Wetenschap en Infosanté** als **goede bronnen van informatie** voor zowel huisartsen als patiënten.

Literatuur

De resultaten van de huidige bevraging zijn niet op één-op-één te vergelijken met het onderzoek van de Fernelmont *et al.* (2018), dat bovendien alleen bij



Nederlandstalige Belgische huisartsen werd uitgevoerd. De algemene zoekmachine Google leek wel minder vaak gebruikt te worden in dit onderzoek. **Veel huisartsen gebruikten wel toen al BCFI, BAPCOC, CDLH, Domus Medica en ebpracticenet. Het gebruik van de EvidenceLinker lijkt ondertussen wel toegenomen.**

Verschillende internationale studies onderzochten eveneens het gebruik van infobronnen, maar die zijn ook niet zo eenvoudig te vergelijken. Zowel Le *et al.* (2016) als Philips *et al.* (2021) vonden bijvoorbeeld dat respectievelijk minstens 40% en 70% minstens 1 keer per week een artikel las in een wetenschappelijk tijdschrift, wat beduidend meer lijkt dan de resultaten in onze bevraging. Daarnaast bleek in deze studies ook dat heel wat huisartsen via richtlijnen en informele discussie met collega's over onderzoek leerden. Nejašmić *et al.* (2013) stelden ook vast dat huisartsen de voorkeur gaven aan informatie voorbereid door de beroepsgroepen, online samenvattingen en richtlijnen, eerder dan aan originele artikels en systematische reviews.

Net als in de focusgroepen komt in de internationale literatuur naar voren dat **huisartsen nood hebben aan accurate, up-to-date, evidence-based, beknopte en klinisch relevante informatie** (Basedow *et al.*, 2016; O'Brien *et al.*, 2023; Philips *et al.*, 2021; Schuurs *et al.*, 2016; Zolsman *et al.*, 2012). Die worden bij voorkeur in standaardformaten gegoten die vlot doorzoekbaar zijn en ondersteunend beeldmateriaal bevatten (O'Brien, 2023).

Kernactie 4: Huisartsen vinden al hun weg naar de disseminatieplatformen. Er moet ingezet worden op een bestending via:

- **efficiëntere zoekmotoren** die een **vlottere selectie van de meest relevante bron** toelaten;
- **samengevatte informatie die alle relevante aspecten van een klinische vraag verzamelt, zodat het een echte point-of-care-bron is.**
 - o Integratie van verschillende bronnen over 1 onderwerp
 - o Geïntegreerde informatie over diagnose, behandeling (medicamenteus en niet-medicamenteus), prognose, complicaties en follow-up
 - o Vlotte navigatie binnen een onderwerp

Kernactie 5: Huisartsen hebben **nood aan één portaal toegespitst op artsen waar alle informatie samengebracht wordt van zowel de partnerorganisaties als andere organisaties.** Voor goede branding van dat portaal is marktonderzoek nodig.

Kernactie 6: Verdere verankering en bekendmaking (zeker onder Franstalige huisartsen) van de websites **Gezondheid en Wetenschap en Infosanté** als tools om EBP-informatie met patiënten te bespreken.

2.3. Overtuigingen en attitudes ten opzichte van EBP

Dit gedeelte van de vragenlijst gaat na in welke mate de respondenten het (on)eens zijn met een aantal stellingen over overtuigingen en attitudes omtrent EBP. De huisartsen konden voor elke stelling aangeven of ze het: 'helemaal oneens', 'oneens', 'neutraal', 'eens' of 'helemaal eens' waren.

KERNRESULTAAT 5: Ongeveer 9 op de 10 huisartsen vindt dat EBP-handelen noodzakelijk is binnen de praktijk en dat EBP-handelen de kwaliteit van zorg verbetert. Een mismatch tussen evidentie en de mogelijkheden in de praktijk (o.a. door huisartsentekort) leidt soms wel tot frustraties. Daarbij kunnen huisartsen het gevoel hebben dat EBP te hoge eisen stelt. Ook de houding van de patiënt, die ook zelf informatie vindt op het internet, sociale media of in de pers en steeds mondiger wordt, is een grote uitdaging.

Bevraging

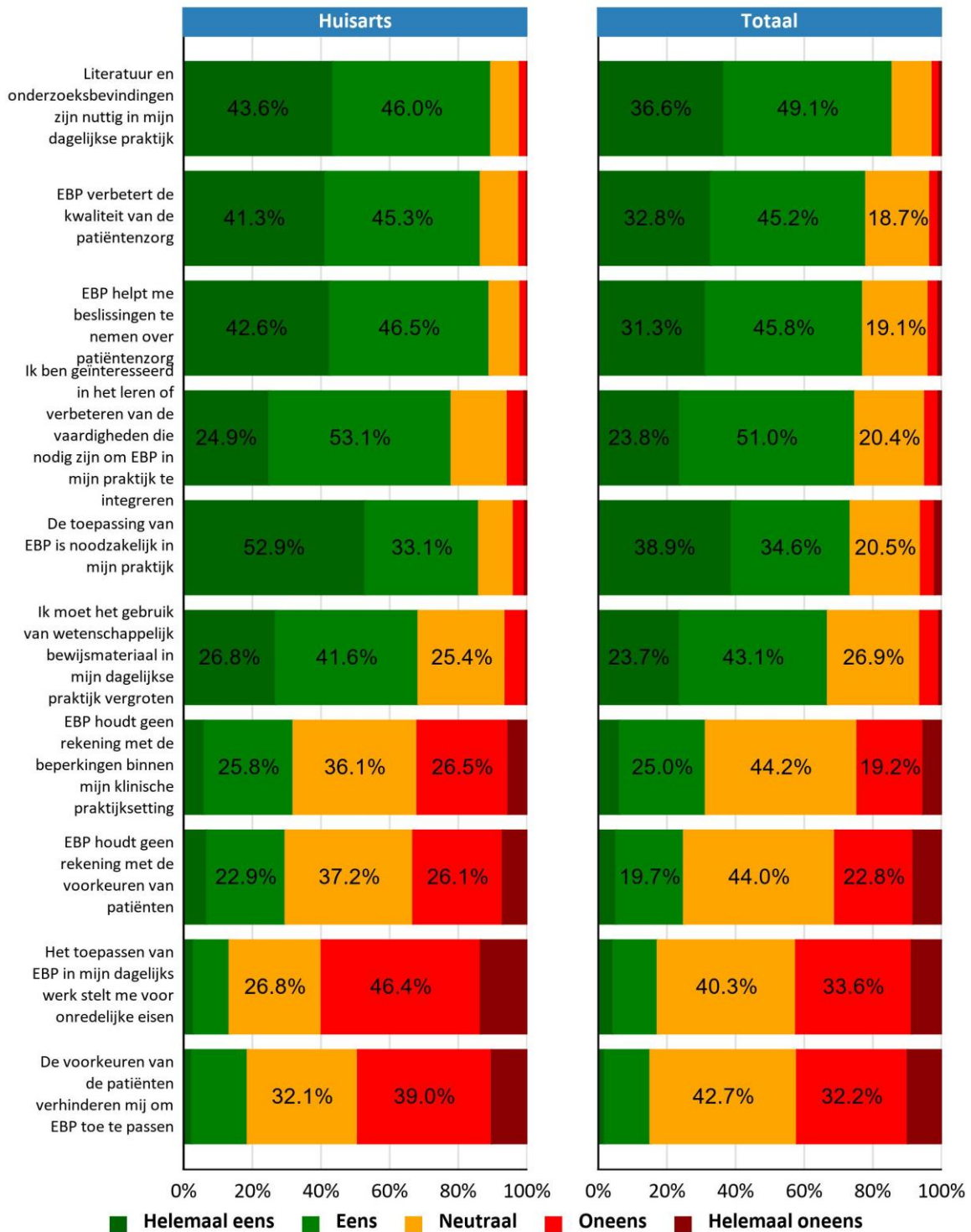


86% van de bevroegde huisartsen geeft aan dat ze het 'helemaal eens' of 'eens' zijn met de stelling: 'De toepassing van EBP is noodzakelijk in mijn praktijk'. De stelling: 'Literatuur en onderzoeksbevindingen zijn nuttig in mijn dagelijkse praktijk' beoordeelt 89,5% van de huisartsen met 'helemaal eens' of 'eens'. Ook is het merendeel van de huisartsen ervan overtuigd dat het toepassen van EBP helpt om beslissingen te nemen over patiëntenzorg (89,1%) en dat het de kwaliteit van de patiëntenzorg bevordert (86,5%).

Een minderheid van de huisartsen geeft beperkingen aan bij het toepassen van EBP in de praktijk: 13,3% is het 'helemaal eens' of 'eens' met de stelling: 'Het toepassen van EBP in mijn dagelijks werk stelt me voor onredelijke eisen'; en 18,6 % is het 'eens' of 'helemaal eens' met de stelling: 'De voorkeuren van de patiënten verhinderen mij om EBP toe te passen'. 31,9% van de huisartsen vindt dat EBP geen rekening houdt met de beperkingen in de klinische praktijk. Voor deze laatste stellingen werden wel een groter aantal neutrale antwoorden geregistreerd. Die moeten dus met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden (Figuur 6).

De resultaten waren vergelijkbaar met die van de totale groep van zorgverleners.

Huisarts | Geef aan in welke mate u het (on)eens bent met onderstaande stellingen



Figuur 6 Overtuigingen en attitudes over EBP-toepassingen in de praktijk: vergelijking tussen huisartsen en de totale groep zorgverleners

Bij de deelnemers aan de focusgroepen was erg duidelijk dat EBP eigenlijk al **deel uitmaakt van hun beroep** en op zich **niet meer in vraag gesteld** wordt. Huisartsen vinden het logisch om richtlijnen te gebruiken en waar nodig aan te passen aan de eigen praktijk of patiënt. De deelnemers gaven wel aan dat dat niet bij alle collega's het geval is, maar dat dat eerder de uitzonderingen zijn.

Focusgroepen



Soms stelt het **toepassen van EBP hen wel voor onredelijke eisen** wanneer de evidentie of aanbevelingen niet stroken met wat mogelijk is in de klinische praktijk in België. Verschillende richtlijnen geven bijvoorbeeld aan dat huisartsen de patiënt moeten herevalueren na 48-72 uur om dan pas eventueel de behandeling aan te passen. Dat is gezien het huisartsentekort vaak een onmogelijke vraag. Agenda's zijn al dagenlang op voorhand volgeboekt en daar moeten nog de dringende patiënten van die dag tussen.

Ook de **houding van de patiënt** kan het soms moeilijk maken om EBP toe te passen. De patiënt is tegenwoordig **veel mondiger** geworden en komt vaak, **gewapend met de laatste berichten** van op sociale media of in de pers, aan met zijn eigen diagnoses en behandelingen. Huisartsen proberen toch steeds patiënten correct te informeren en bij te staan bij hun beslissingen. De huisartsen gaven aan dat ze meestal succesvol zijn in het geruststellen en beter informeren van de patiënten, maar het vormt een enorme uitdaging omdat er dagelijks weer andere zaken opduiken op sociale media en in de pers. Het vergt van hen veel energie om zelf bij te blijven en te anticiperen. Er lijken geen eenvoudige oplossingen voorhanden, al zien ze wel **potentieel in sensibilisering** via bijv. **massacampagnes** vanuit de overheid en **via de factchecks van Gezondheid en Wetenschap**.

Literatuur



Ook in de (inter)nationale literatuur blijken huisartsen positief te staan ten opzichte van EBP en het nuttig te vinden om het te integreren in de praktijk (de Fernelmont *et al.*, 2018; Rahimi-Ardabili *et al.*, 2021, Nejašmić *et al.*, 2020, te Pas *et al.*, 2015). Ook hier kwam naar voren dat onrealistische verwachtingen van patiënten een barrière kunnen vormen om EBP toe te passen (Nejašmić *et al.*, 2020).

Kernactie 7: De meerwaarde van EBP-handelen is bij huisartsen duidelijk. Er moet echter over gewaakt worden dat handelen volgens EBP niet het gevoel geeft te hoge eisen te stellen. **Men kan verder inzetten op een betere afstemming van richtlijnen en aanbevelingen op de haalbaarheid in de huisartsenpraktijk en de bredere Belgische context.**

2.4. Zelfeffectiviteit met betrekking tot het gebruik van EBP

Het onderdeel zelfeffectiviteit gaat na hoeveel vertrouwen de huisartsen en de totale groep van zorgverleners hebben in hun huidige bekwaamheidsniveau met betrekking tot het gebruik van EBP. Elke activiteit werd gescoord tussen 0% (kan ik (helemaal) niet) en 100% (kan ik (zeker) wel). Met deze vraag krijgen we een overzicht van de items waarover de huisartsen zich het meest en het minst zeker voelen.

KERNRESULTAAT 6: Huisartsen voelen zich het **meest bekwaam over het begrijpen van de voorkeuren en behoeften van de patiënt** en het **minst bekwaam over het kritisch beoordelen van de betrouwbaarheid en relevantie van gevonden literatuur**. Uit de focusgroepen bleek dat oudere huisartsen toch onzekerder zijn dan jongere huisartsen over hun zoekvaardigheden en hier verdere training in wensen.

Bevraging

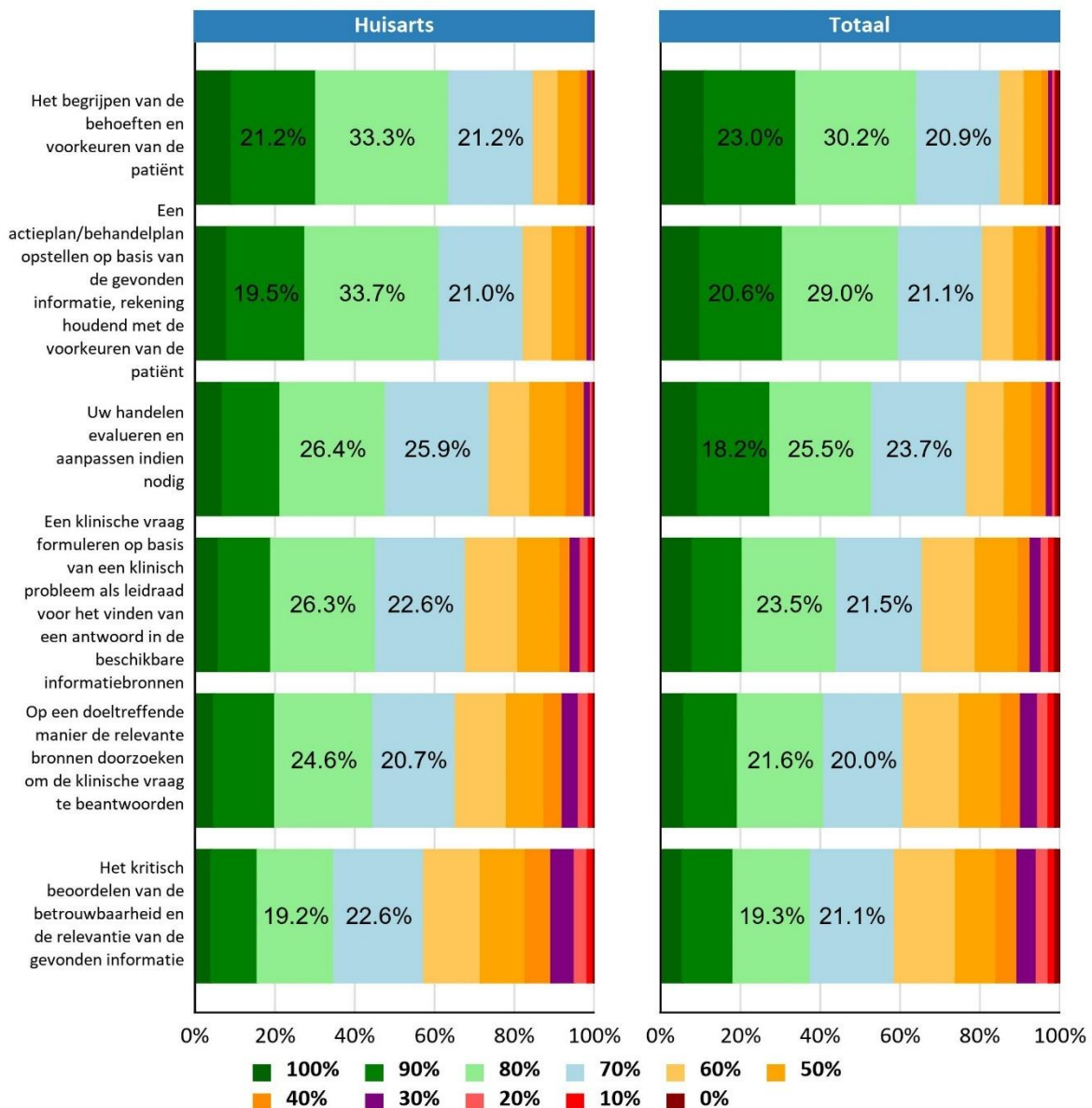


De bevroegde huisartsen (63,6%) voelen zich het **meest bekwaam** (= score van 80% of hoger) over **'het begrijpen van de behoeften en de voorkeuren van de patiënt'**. Bijna evenveel huisartsen geven aan zich bekwaam te voelen om *'een actieplan/behandelplan op te stellen op basis van de gevonden informatie, rekening houdend met de voorkeuren van de patiënt'*. Ongeveer de helft voelt zich bekwaam bij het *'evalueren van het eigen handelen en aanpassen indien nodig'*.

Huisartsen voelen zich het **minst bekwaam** over **'het kritisch beoordelen van de betrouwbaarheid en de relevantie van de gevonden informatie'** (Figuur 7).

Deze resultaten waren erg gelijklopend met die van de totale groep van zorgverleners.

Huisarts | Geef voor elk van de volgende activiteiten aan hoeveel vertrouwen u hebt in uw huidige bekwaamheidsniveau door het overeenkomstige cijfer te kiezen op de beoordelingschaal:



Figuur 7 Zelfeffectiviteit over EBP-toepassing in de praktijk: vergelijking tussen huisartsen en de totale groep zorgverleners

Uit de focusgroepen kwam vooral naar voren dat de **oudere huisartsen zich niet zo bekwaam voelen in het efficiënt zoeken** naar antwoorden op een klinische vraag. Ze kennen wel verschillende databanken, waaronder die van het Evikey-netwerk, maar kunnen ze niet altijd vlot gebruiken. Natuurlijk spelen de eerder besproken problemen met het gebruiksgemak van o.a. ebpracticenet en CDLH ook een rol, maar de oudere huisartsen gaven wel aan dat ze **interesse hadden om hun zoekvaardigheden te verbeteren**. De huisartsen die de laatste 10-15 jaar afstudeerden hebben daar minder behoefte aan, omdat zij dit in hun opleiding wel al meekregen. Er zijn wel grote verschillen tussen universiteiten in

Focusgroepen



hoeveel tijd hieraan besteed wordt, welke databanken worden aangeleerd (wetenschappelijke vs point-of-care-databanken), etc.

Sommige deelnemers gaven aan dat het **te moeilijk is om informatie ook nog kritisch te beoordelen** tijdens contact met de patiënt of tussen consultaties. Zij wensen dan ook dat er voldoende betrouwbare informatie beschikbaar is, zodat ze deze stap eigenlijk niet hoeven uit te voeren. Deze vaardigheid willen ze dus aan mensen met meer ervaring over laten.

Literatuur



In 2018 stelde de Fernelmont *et al.* al vast dat er een verschil is tussen jongere en oudere Nederlandstalige Belgische huisartsen in zelf-effectiviteit wat betreft zoekvaardigheden, zoals dat ook naar voren kwam uit de focusgroepen. Ongeveer 60% van hun deelnemers volgde al een infosessie over het zoeken in EBM-bronnen en 77% gaf aan bereid te zijn hun zoekvaardigheden te verbeteren. Internationaal onderzoek bevestigde eveneens dat huisartsen weinig vertrouwen hebben in hun eigen vaardigheden om bronnen kritisch te analyseren (Nejašmić *et al.*, 2020; Schuers *et al.*, 2016). Ook in een eerdere systematische review werden deze twee EBP-vaardigheden al als mogelijke barrières geïdentificeerd (Zwolsman *et al.*, 2012).

Kernactie 8: De algemene EBP-opleidingen zijn ondertussen minder geschikt voor huisartsen, aangezien zij dat nu meekrijgen in hun basisopleiding. **Er moet blijvend ingezet worden op praktijkgerichte, korte opleidingen over efficiënt zoeken naar betrouwbare POC-informatie.**

2.5. Implementatie van EBP

De onderstaande vragen peilen naar de implementatie van EBP in de dagelijkse praktijk. Daarbij wordt gevraagd hoe vaak de huisarts het voorbije jaar een item heeft uitgevoerd en of huisartsen bereid zijn om hun handelen aan te passen als ze feedback zouden krijgen over hun handelen (bijvoorbeeld aan de hand van kwaliteitsindicatoren).

a) Implementatie in dagelijkse praktijk

KERNRESULTAAT 7: Hoewel de meeste van de bevroegde huisartsen een positieve attitude hebben ten opzichte van EBP, is er toch **variatie te zien in de manieren en frequentie waarop bepaalde toepassingen van EBP binnen de praktijk gebeuren**. Zo bespreekt bijvoorbeeld **slechts 14% van de huisartsen dagelijks EBP-informatie met patiënten. Iets meer dan de helft bespreekt dat soort info maandelijks informeel met collega's**. Uit de focusgroepen bleek inderdaad dat huisartsen grote voorstanders zijn van informele informatiedeling, o.a. via LOKs, GLEMs en dodécagroupes.

Bevraging

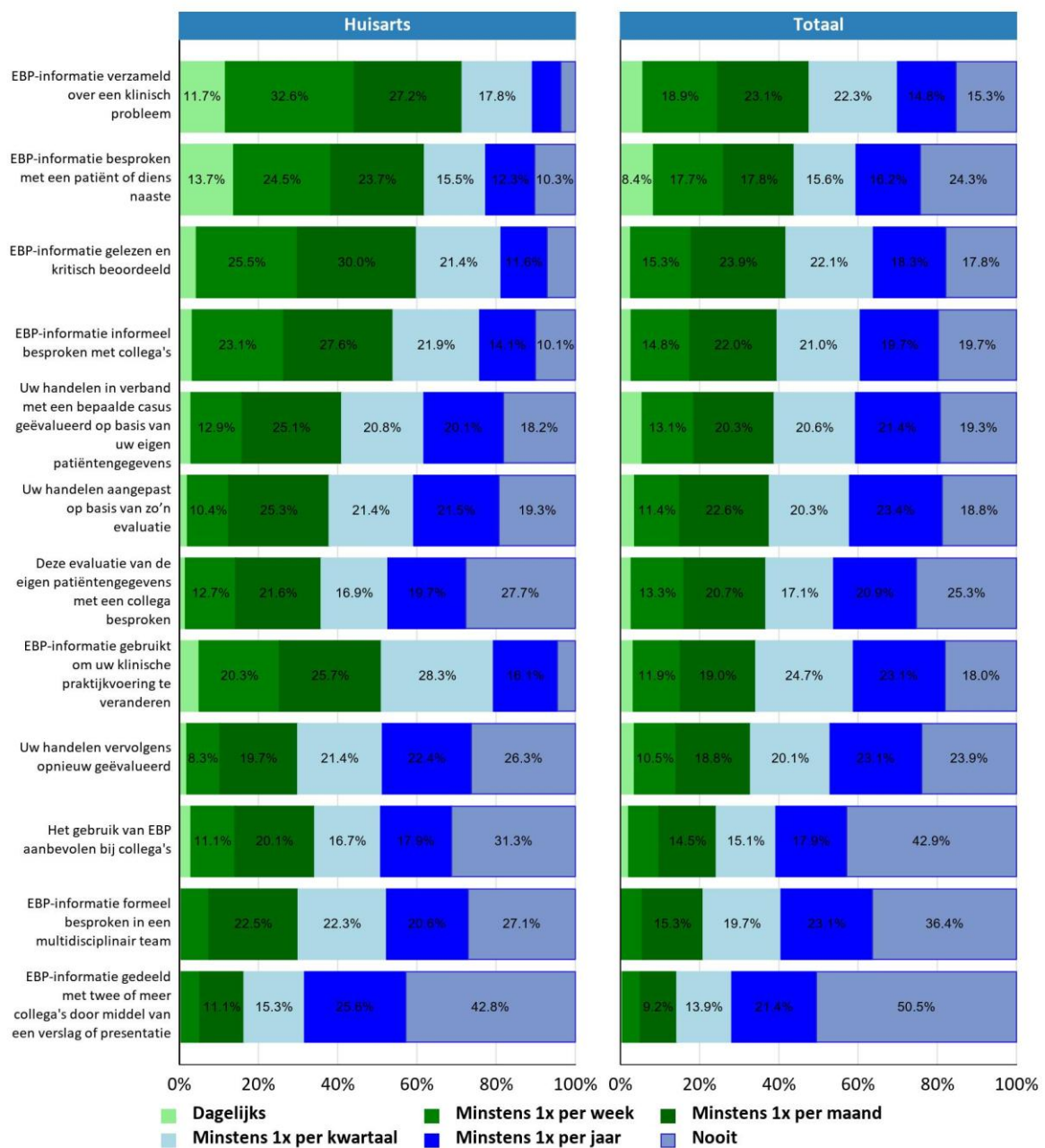


Ongeveer 14% geeft aan dat ze dagelijks wel EBP-informatie bespreken met een patiënt of diens naaste. Dat resultaat ligt hoger dan die in de totale groep van zorgverleners.

Zo'n 70% geeft aan minstens 1 keer per maand EBP-informatie te verzamelen over een klinisch probleem. In de totale groep van zorgverleners lag dat percentage veel lager (48%). 6 op de 10 huisartsen lezen en beoordelen minstens 1 keer per maand kritisch EBP-informatie. Ook dat percentage lag in de totale groep van zorgverleners lager (42%).

Meer dan 4 op de 10 huisartsen deelt nooit EBP-informatie met twee of meer collega's door middel van een verslag of presentatie. Dat is vergelijkbaar met de totale groep van zorgverleners. Maar meer dan de helft deelt wel minstens maandelijks EBP-informatie op informele wijze. Dat is hoger dan het gemiddelde van de zorgverleners. Daarentegen geven 3 op de 10 huisartsen aan dat ze nooit het gebruik van EBP aanbevelen bij collega's (Figuur 8). Dat percentage ligt iets lager dan dat in de totale groep van zorgverleners.

Huisarts | Hoe vaak heeft u in het voorbije jaar



Figuur 8 Mate van EBP-implementatie: vergelijking tussen huisartsen en de totale groep zorgverleners

Binnen de focusgroepen waren de meeste huisartsen grote voorstander van het **informeel van gedachten wisselen** met collega's, één op één of via LOKs, GLEMs of dodécagroupes.

Focusgroepen



Verschillende huisartsen gaven ook aan dat ze vaak **nieuwe inzichten opdeden via hun huisartsen in opleiding (HAIO's)**. Zij kennen immers de laatste technologische evoluties in behandelingen, zijn vlotter met computers en databanken etc. De huisartsen gaven aan dat samenwerken met HAIO's dus zorgde voor een betere implementatie van EBP en zorg aan beide kanten.

Verschillende jonge huisartsen en stagebegeleiders gaven aan dat er toch wel een kloof zat tussen de opleiding, ook die over communicatievaardigheden, en de echte praktijk. **HAIO's moeten dus nog veel bijleren over implementatie tijdens hun stage.** HAIO's moedigen dan weer vaak hun begeleiders aan om meer EBP te werken, door de vragen die ze stellen of de nieuwe kennis die ze meebrengen.

Literatuur



Ook uit de literatuur bleek dat jonge huisartsen vonden dat ze hun EBM-vaardigheden vooral in hun opleiding leerden, maar dat ze dan weer beter met klinische onzekerheid leerden omgaan tijdens stages (Tran, 2023). Voor andere vaardigheden zoals consultatievaardigheden was het verschil kleiner en niet significant. Onderzoek van Vrdoljak et al. (2015) suggereert dan weer dat HAIO's inderdaad een effect kunnen hebben op de EBP-kennis en -attitudes van begeleiders en dat die kruisbestuiving verder zou kunnen benut worden.

Kernactie 9: Er moet ingezet worden op efficiëntere verspreiding van nieuwe richtlijnen en EBP-informatie. Hier ligt een mooie opportuniteit om via LOKs, GLEMs en dodécagroupes heel wat huisartsen te bereiken, aangezien dat zeer geapprecieerde platformen zijn voor huisartsen om van elkaar of referenten bij te leren.

Cfr. kernactie 5

b) Kennis van instrumenten om het eigen handelen te evalueren

KERNRESULTAAT 8: Slechts de helft van de huisartsen geeft aan instrumenten te gebruiken om hun eigen handelen te evalueren. Respondenten interpreteerden dat waarschijnlijk vooral als het gebruik van meetinstrumenten bij hun patiënten. We vermoeden dat het werkelijke aantal huisartsen dat instrumenten gebruikt om hun eigen handelen op te volgen dus nog lager ligt.

KERNRESULTAAT 9: De focusgroepen bespraken ook de huisartsenbarometers die nog niet in de bevraging aan bod kwamen. De huisartsen kaartten **verschillende bezorgdheden en punten van kritiek aan over dat audit- en feedbacksysteem:**

Verwarring tussen huisartsenbarometers van INTEGO en RIZIV-indicatoren

Te weinig informatie over de barometers

Toegang tot feedback is te moeilijk.

Nood aan individuele feedback

Niet alle indicatorsets leken even relevant.

Nood aan ondersteuning bij implementatie

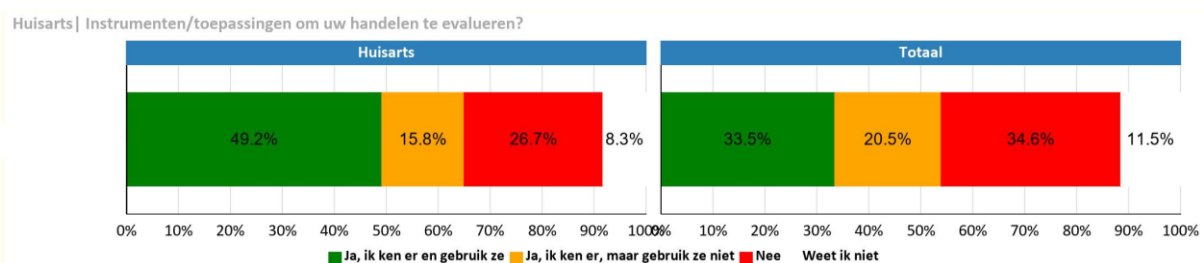
Gecodeerd registreren is niet altijd evident.

- Mogelijk demotiverend effect

Bevraging



Ongeveer de helft van de huisartsen kent en gebruikt instrumenten om het eigen handelen te evalueren (49,2%). Die resultaten zijn hoger in vergelijking met de totale groep van zorgverleners. Een kleiner aantal huisartsen (15,8%) geeft aan deze instrumenten wel te kennen, maar ze niet te gebruiken. De overige groep (26,7%) geeft aan dergelijke evaluatie-instrumenten niet te kennen, noch te gebruiken (Figuur 9).



Figuur 9 Kennis en gebruik van evaluatie-instrumenten: vergelijking tussen huisartsen en de totale groep zorgverleners



Toen we hiernaar peilden in de focusgroepen, noemden de huisartsen, buiten de evolutie van de patiënt opvolgen of aftoetsen met collega's, geen instrumenten om het **eigen** handelen te evalueren. Gezien het verrassend hoge percentage voor het gebruik van instrumenten in de bevraging, vermoeden we dat de deelnemers aan de survey eerder dachten aan meetinstrumenten voor gebruik bij de patiënt dan instrumenten om het eigen handelen op te volgen.

In de focusgroepen werd dieper ingegaan op **huisartsenbarometers, een audit- en feedbacksysteem** dat nog niet werd bevestigd in de survey van 2022. De **meeste huisartsen** zeiden **op de hoogte** te zijn van de huisartsenbarometers en daar ook aan **deel te nemen**. Daar moeten we toch wel enkele kritische kanttekeningen bij plaatsen. De meeste huisartsen zijn inderdaad ingeschreven en hun data kunnen dus opgehaald worden, maar **geen enkele deelnemer aan de focusgroepen had al feedback ontvangen of bekeken**. De focusgroepen vonden respectievelijk in mei en november 2024 en maart 2025 plaats, dus in die tijd werden zowel nieuwe barometers uitgerold als bestaande verder opgevolgd. Verder namen de meeste huisartsen wel deel, ook omdat er een premie tegenover staat, en stonden ze wel open voor feedback, maar waren ze toch ook erg kritisch en enigszins bezorgd over dit audit- en feedbackmechanisme. We lijsten hun bezorgdheden en punten van kritiek verder op:

- **Verwarring tussen huisartsenbarometers van INTEGO en RIZIV-indicatoren:** De huisartsen onderscheiden die audit- en feedbacksystemen niet van elkaar. Ze zijn erg ontevreden over de RIZIV-indicatoren en de ermee gepaard gaande maatregelen/sancties als ze slecht scoren op die indicatoren. Dat leidt tot wantrouwen tegenover de huisartsenbarometers, die eigenlijk een louter wetenschappelijk en kwaliteitsbevorderend doel hebben. Huisartsen vrezen zelfs dat de huidige INTEGO-barometers op termijn gewoon door RIZIV overgenomen worden, met naast feedback ook sanctionerende maatregelen.
- **Te weinig informatie over de barometers:** Samenhangend met bovenstaand puntje, vinden huisartsen dat er te weinig informatie wordt gegeven over de barometers. Ten eerste kunnen ze die niet onderscheiden van de RIZIV-indicatoren op basis van de informatie die ze krijgen. De meeste huisartsen wisten ook niet dat de feedback op praktijkniveau is en niet op niveau van de individuele zorgverlener. Een deel van de huisartsen beseftte zelfs niet dat er een feedbackcomponent is naast de audit en anderen weten niet waar of hoe ze die moeten vinden. Ten slotte zijn de analysetechnieken en de controle-elementen niet duidelijk voor veel huisartsen. Een aantal onder hen vreesden slecht te scoren op de antibioticabarometer bij voorschrijfpieken in de winter, maar beseffen niet dat de barometers over verschillende maanden lopen én dat de andere

huisartsenpraktijken een controle vormen.

- **Toegang tot feedback is te moeilijk:** Hoewel veel huisartsen zich inschrijven, had nog geen enkele deelnemer de feedback van de barometers gezien. Enkelen wilden kijken, maar vonden niet waar ze ernaar konden kijken. Anderen hadden geprobeerd om de feedback te bekijken, maar vonden het aanmeldproces te complex of te lang en gaven op voor ze feedback hadden gezien. Een derde groep beseftte niet dat er eigenlijk al feedback beschikbaar moest zijn en wachtte op een mail of melding. Enkelen verwachten de feedback van deze barometers met de brieven van het RIZIV, die ze op zich wel een handig format vonden. Het is duidelijk dat een single sign-on en meldingen wanneer er feedback beschikbaar is, noodzakelijk zijn als ook de feedbackcomponent gebruikt moet worden.
- **Nood aan individuele feedback:** Verschillende deelnemers gaven aan dat ze feedback op praktijkniveau niet ideaal vinden, omdat er toch wel verschillen in cultuur, leeftijd, etc. binnen een praktijk bestaan. Huisartsen willen het effect van hun inspanningen kunnen zien, ook als een andere collega zich niet mee achter het initiatief schaaft.
- **Niet alle indicatorsets leken even relevant:** Een aantal huisartsen gaven aan grote voorstanders te zijn van o.a. de antibioticabarometer, maar vonden de barometers rond chronische nierinsufficiëntie en diabetes vooral wetenschappelijk relevant, maar minder voor hun praktijkvoering. Ook hier zou meer en betere communicatie over de sets de relevantie voor de arts kunnen verduidelijken. Zeker bij deze sets gaven huisartsen aan dat één ronde van feedback allicht genoeg zou zijn om de aanpassingen te doen en dat dan de boodschap wel geïnternaliseerd zou zijn.
- **Nood aan ondersteuning bij implementatie:** Een aantal huisartsen gaven aan dat informatie of feedback niet voldoende is, maar dat ook ondersteuning bij betere implementatie voorzien zou moeten worden.
- **Gecodeerd registreren is niet altijd evident:** Enkele huisartsen gaven aan dat juist gecodeerd registreren niet altijd evident is en dat er ook nog eens verschillen bestaan tussen verschillende softwarepakketten. Ze hopen dat daarvoor ook de nodige aandacht is bij de uitwerking en interpretatie van de barometers en hun resultaten.
- **Mogelijk demotiverend effect:** Huisartsen hebben het gevoel dat ze toch steeds slecht blijven scoren bij herhaalde feedback (o.b.v. hun feedback bij RIZIV-indicatoren), ook al leveren ze aanzienlijke inspanningen in de praktijk. Ze begrijpen wel dat dat het gevolg is van een algemene verbetering bij hun collega-huisartsen, maar ze vinden het toch enigszins demotiverend, zeker als ze onder de

mediaan blijven bengelen. Sommige artsen vreesden ook dat men te strikt naar de indicatoren zou gaan streven, waarbij men het 'métier' van hun beroep wat uit het oog verliest.

Literatuur



Een recente Cochrane-review over audit en feedback (Ivers *et al.*, 2025) stelde vast dat het mogelijk het meest effectief is wanneer de audit en feedback zich focust op klinische kwesties met hoge prioriteit, en wanneer het de volgende kenmerken heeft:

- richt zich op belangrijke prestatie-indicatoren waarop zorgverleners aanzienlijke ruimte voor verbetering hebben (audit);
- meet de praktijk van de individuele ontvanger, in plaats van die van hun team of organisatie (audit);
- betreft een lokale voortrekker die een bestaande relatie heeft met de ontvanger (feedback);
- maakt gebruik van meerdere, interactieve vormen zoals mondelinge en schriftelijke communicatie (feedback);
- vergelijkt prestaties met die van topcollega's of een referentiewaarde (feedback);
- bevordert betrokkenheid bij de feedback (actie);
- bevat een uitvoerbaar plan met specifiek advies voor verbetering (actie).

Meer dan de helft van de studies in de Cochrane-review had de eerstelijnszorg als setting.

Kernactie 10: Er moet verder ingezet worden op het informeren van huisartsen over het belang van het systematisch evalueren van het eigen handelen met de daartoe voorziene instrumenten en toepassingen. Daarnaast moet ook ingezet worden op de verspreiding van de beschikbare evaluatietools. Daar moet de complementariteit met de huidige audit- en feedbackinitiatieven bewaakt worden.

Kernactie 11: De huisartsenbarometers als audit- en feedbacksysteem moeten verder geoptimaliseerd worden zodat hun echte doel bereikt wordt:

- **Betere afstemming tussen alle partners en de huisartsen** (bijv. via LOKs en GLEMs) **bij de prioritering van toekomstige barometers om brede gedragenheid te garanderen**
- **Toegang tot feedback verbeteren**, o.a. door middel van single sign-on en verwittiging wanneer feedback beschikbaar is.
- **Informatie over de barometers en per barometer uitwerken**, zodat de huisartsen de doelen en methodologie beter begrijpen. Bij feedback ook ondersteuning voor betere implementatie voorzien (cfr kernactie 8).

c) Bereidheid om handelen aan te passen

Hieronder vind je de resultaten voor de vraag of huisartsen bereid zijn om hun handelen aan te passen als ze feedback zouden krijgen over hun handelen (bijvoorbeeld aan de hand van kwaliteitsindicatoren).

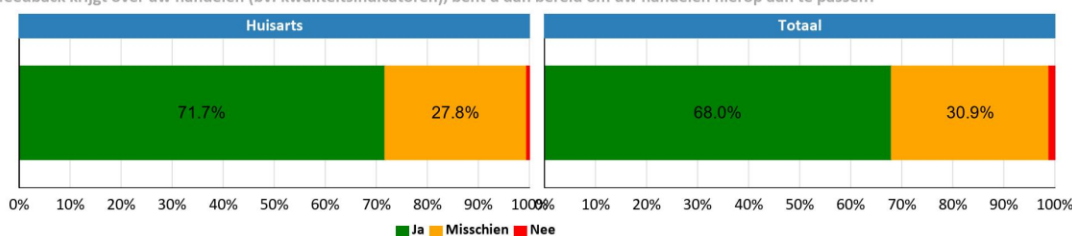
KERNRESULTAAT 10: Meer dan 7 op de 10 huisartsen geeft aan bereid te zijn het handelen aan te passen wanneer hij of zij daar feedback op zou ontvangen. Beduidend meer Nederlandstaligen dan Franstaligen zijn bereid om op basis van feedback hun handelen bij te sturen.

Bevraging



Meer dan 7 op de 10 huisartsen antwoordde bereid te zijn om het eigen professioneel handelen aan te passen na het ontvangen van feedback. Minder dan 3 op de 10 gaf aan misschien bereid te zijn. Die cijfers komen overeen met de totale groep van zorgverleners (Figuur 10).

Huisarts | Als u feedback krijgt over uw handelen (bv. kwaliteitsindicatoren), bent u dan bereid om uw handelen hierop aan te passen?



Figuur 10 Bereidheid aanpassen professioneel handelen op basis van feedback: vergelijking tussen huisartsen en de totale groep zorgverleners

Focusgroepen



Ook de deelnemers van de focusgroepen bleken heel bereid om hun eigen handelen aan te passen. Zoals eerder aangegeven, hebben huisartsen wel soms **nood aan ondersteuning bij implementatie**. Ze willen ook graag **samen met collega's met de feedback aan de slag gaan, ofwel binnen de praktijk, ofwel in LOKs, GLEMs en dodécagroupes**.

Die bereidheid vertaalde zich ook in verschillende **suggesties voor andere barometers** die ze in de toekomst zouden kunnen ontwikkelen:

- Pijnstillende medicatie en vooral dan trap 2 en 3
- Antidepressiva en andere psychofarmaca: aanwending voor slaapproblemen, vooral bij langdurig gebruik
- Langdurige arbeidsongeschiktheid: volgens de huisartsen niet eenvoudig in kaart te brengen. Soms zijn er mensen die blijven terugkomen, ongeacht wat ze proberen. Er is ook het risico dat sommige huisartsen patiënten zullen doorschuiven om beter te scoren op de indicatoren.
- Accumulatie van medische beeldvorming: per patiënt doorheen de tijd

Ook preventie werd verschillende keren vermeld, maar concretere onderwerpen benoemen bleek moeilijk.

Huisartsen benadrukten nogmaals dat ze deze onderwerpen vooral willen opvolgen om hun praktijk te verbeteren, maar dat ze vreesden voor sanctionerende maatregelen.

Literatuur



De bevorderende factoren uit de systematische review van Ivers *et al.* (2025) ondersteunen ook de motivatie om het handelen aan te passen (zie ook hierboven).

Cfr. kernactie 11

2.6. Bevorderende en belemmerende factoren voor gebruik van EBP

KERNRESULTAAT 11: Verschillende factoren dragen bij tot een vlottere integratie van EBP-handelen. Noden bij de huisartsen zijn:

- Toegang tot EBP-informatie die aangepast is aan de **Belgische context**, en in de **eigen taal**. Vooral Franstalige huisartsen hebben nood aan informatie in hun eigen taal.
- Toegang tot **centrale en gebruiksvriendelijke databank** met **vrij raadpleegbare info** die in de praktijk bruikbaar is. Uit de focusgroepen bleek dat vooral het gebruiksgemak van ebpracticenet en CDLH voor de huisarts verbeterd moeten worden, zodat huisartsen efficiënt informatie kunnen zoeken en vinden.
- Toegang tot **EBP-informatie die voldoende afgestemd is op het handelen in de praktijk**: huisartsen moet nog naar verschillende websites om verschillende aspecten van één vraag te beantwoorden. De informatie op ebpracticenet en CDLH moet **voor een topic voldoende volledig zijn**. Er is **nood aan één portaal** met alle informatie voor de huisartsen.

Verder werden ook de volgende barrières uitgelicht in de bevraging en/of focusgroepen: houding en gezondheidsgeletterdheid van de patiënt, gebrek aan tijd (o.a. door het huisartsentekort), het gezondheidszorgsysteem en de ondersteuning, financiële barrières bij patiënten, dubbele rol van de huisarts en de acties van de tweede en derde lijn die indruisen tegen EBP.

Bevraging



De **overgrote meerderheid** van de bevroegde huisartsen (95,4%) geeft aan **interesse te hebben in EBP**. Dat was iets meer dan in de totale groep van zorgverleners. **Zo'n 9 op de 10** huisartsen zegt nood te hebben aan EBP-informatie, die aangepast is aan de **Belgische zorgcontext** (85,9%). Iets meer dan **6 op de 10** wenst EBP-informatie die beschikbaar is **in de eigen taal** (63,9%). Bijna **4 op de 10** geeft aan **voldoende tijd te hebben om EBP-informatie op te zoeken en toe te passen** (38,4%). In de totale groep van zorgverleners waren die percentages respectievelijk 80,6% (lager), 67,4% (gelijk) en 28,7% (lager) (Figuur 11).

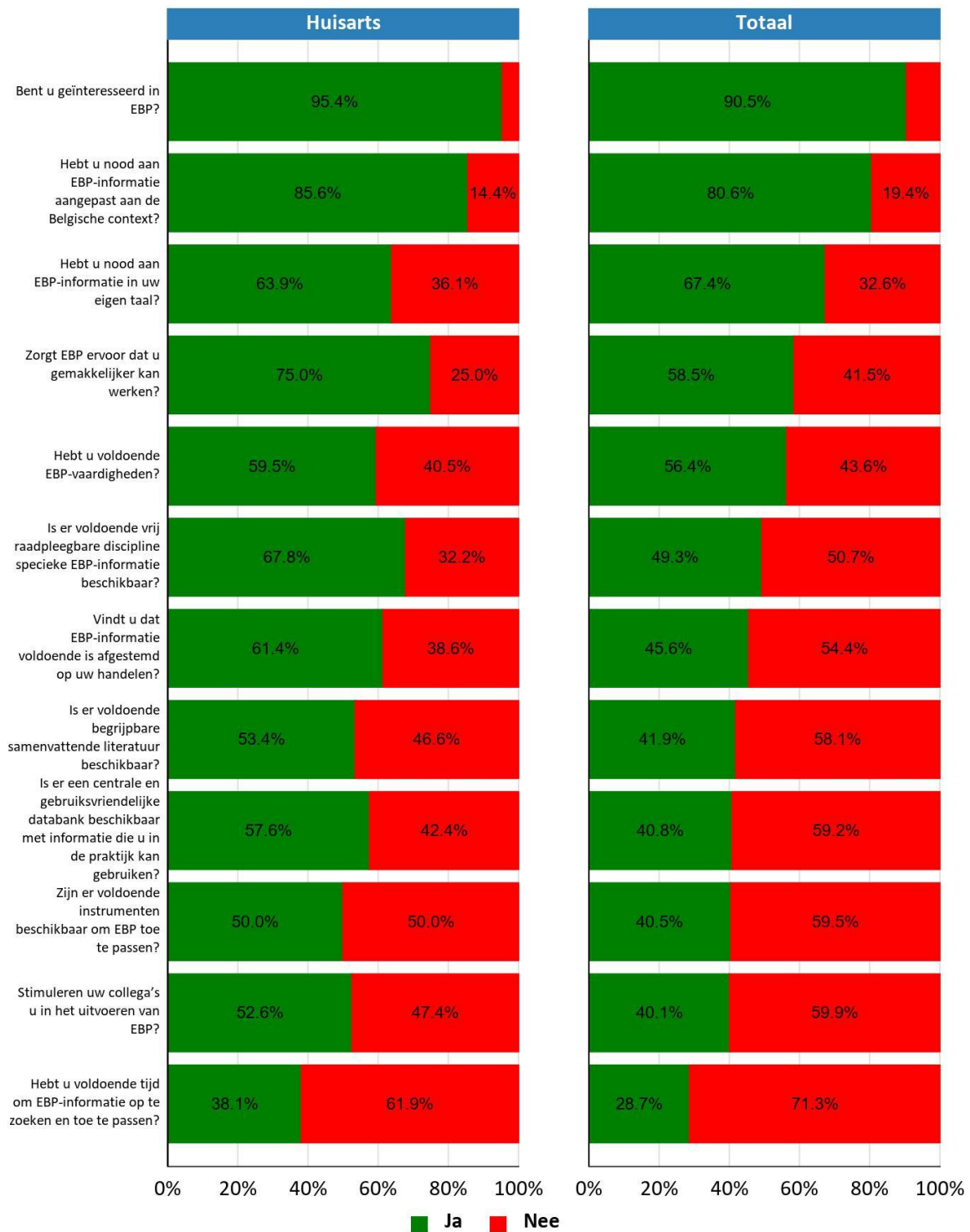
45% van de huisartsen vermeldt dat de **organisatie van de gezondheidszorg** ertoe leidt dat EBP niet toegepast kan worden. Ongeveer evenveel huisartsen geven aan dat de **houding van de patiënt** de toepassing van EBP in de praktijk verhindert (42,7%). In de totale groep zorgverleners lag dat percentage iets lager (37,2%). Daarvan geeft ongeveer 1 op de 3 huisartsen aan dat dat komt door het niveau van **geletterdheid van de patiënt** (Figuur 12).

Bijna **6 op de 10** huisartsen vindt dat de **handelingen van zorgprofessionals in de tweede en derde lijn vaak indruisen tegen EBP**. Dat percentage ligt hoger dan de totale groep van zorgprofessionals. Van deze groep geeft bijna 7 op de 10 aan dat dat demotiverend werkt om consequent EBP toe te passen in de eerste lijn.

Bovendien ervaart driekwart dat daardoor de eigen geloofwaardigheid bij de patiënt daalt. In de totale groep van zorgverleners lagen beide percentages rond de 67% (Figuur 13).

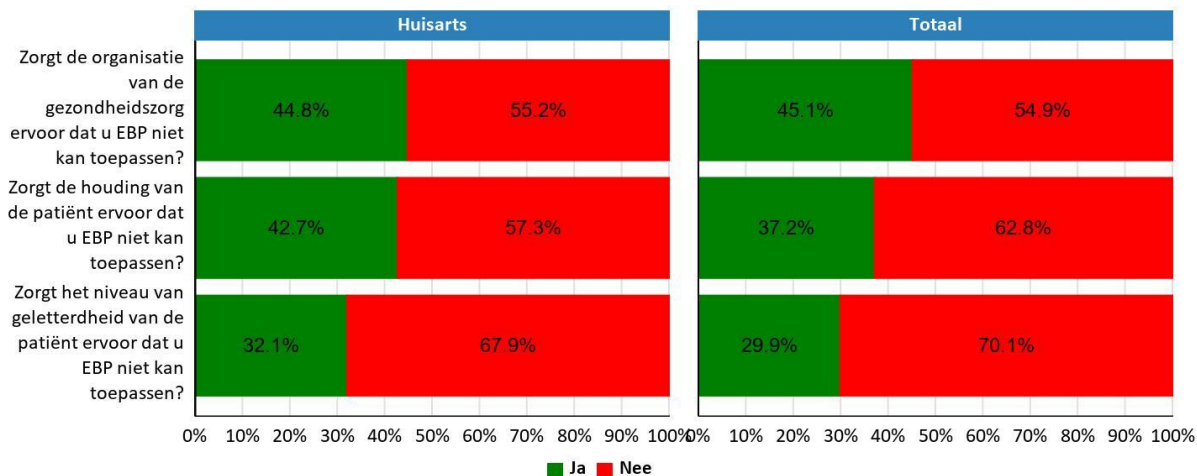
Iets meer dan de helft van de huisartsen vindt dat de **beschikbare richtlijnen te algemeen** zijn (54,6%). Iets minder dan de helft vindt dat de richtlijnen te veel lijken op een recept en niet toelaten om te beslissen welke behandelingsaanpak het meest geschikt is (45,4%). In de totale groep van zorgverleners lagen die percentages hoger, respectievelijk 63,3% en 54,7% (Figuur 14).

Huisarts | Op dit moment:



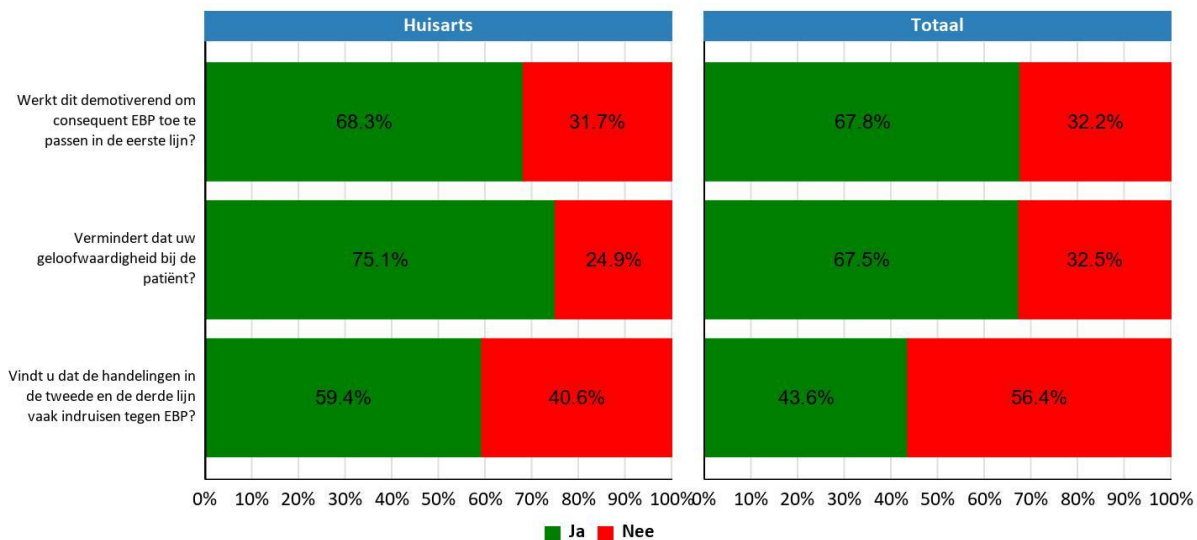
Figuur 11 Bevorderende en belemmerende factoren voor EBP-toepassing in de praktijk: vergelijking tussen huisartsen en de totale groep zorgverleners

Huisarts | Op dit moment:



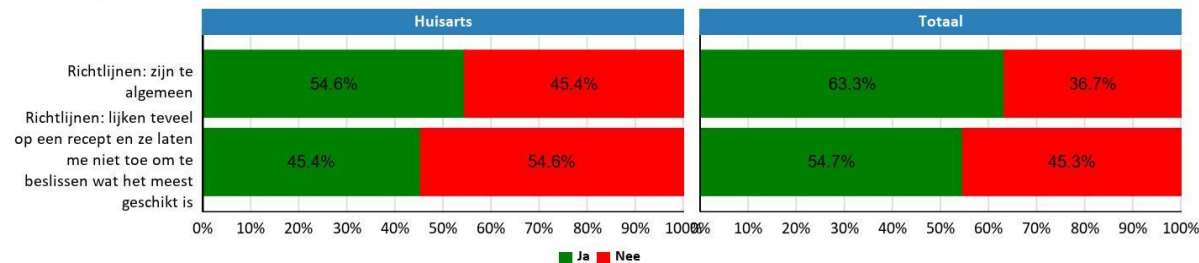
Figuur 12 Belemmerende factoren voor EBP-toepassing in de praktijk op niveau van organisatie en patiënt: vergelijking tussen huisartsen en de totale groep zorgverleners

Huisarts | Op dit moment:



Figuur 13 Gevolgen van handelingen van professionals in de tweede en derde lijn die niet stroken met EBP: vergelijking tussen huisartsen en de totale groep zorgverleners

Huisarts | Op dit moment:



Figuur 14 Ervaring met (gebruik van) de richtlijnen: vergelijking tussen huisartsen en de totale groep zorgverleners

In de focusgroepen werd dieper ingegaan op **barrières** die in de bevraging aan bod kwamen. Er kwamen spontaan ook een aantal andere barrières ter sprake. We geven hieronder een overzicht van de barrières en de bedenkingen van de deelnemers:

Focusgroepen



Barrière	Bedenkingen
Houding van de patiënt	<p>De houding van de patiënt kan zeker een belemmerende factor zijn. Volgens de huisartsen is het rekening houden met de patiënt echter inherent aan de therapeutische relatie. Het is dus belangrijk dat men die houding goed meeneemt, want anders doet de patiënt toch niet wat de huisarts van hem of haar verwacht. Vooral therapietrouw, zeker bij chronische aandoeningen, is een moeilijk punt.</p> <p>Patiënten zijn volgens huisartsen ook mondiger geworden doorheen de jaren. Ze volgen bovendien minder goed de adviezen van de arts op en kiezen zelf meer. Patiënten willen soms snellere oplossingen in plaats van duurzamere oplossingen, zoals bijvoorbeeld pijnstilling in plaats van een afsprakenreeks bij een kinesitherapeut bij lage rugpijn of medicatie in plaats van een afspraak bij de psycholoog bij depressie. Bovendien is er ook de invloed van pseudowetenschappelijke informatie op sociale media en in de pers, zoals bijv. over verhoogde cortisolgehaltes. Huisartsen hebben zeker nood aan meer handvaten om dat te kunnen bestrijden. Massacampagnes zoals die over antibiotica lijken volgens hen wel te helpen, al is het maar om hun boodschap te ondersteunen.</p>
Gezondheidsgeletterdheid van de patiënt	<p>De gezondheidsgeletterdheid van de patiënt is een zeer individuele factor. Huisartsen leren hun patiënten wel kennen op termijn en weten steeds beter wat er werkt. Maar wat werkt bij de ene, leidt soms tot mislukking bij een andere patiënt. Beelden blijken vaak goed te werken, dus huisartsen tekenen al eens iets of tonen beelden op een scherm. Verder blijkt het gebruik van zeer eenvoudige woorden of vulgariserend taalgebruik essentieel. Huisartsen passen ook de hoeveelheid details die ze meegeven aan of printen al eens iets af voor de patiënt. Nederlandstalige huisartsen gebruikten daarbij vooral de websites van Domus Medica, Gezondheid en Wetenschap en thuisarts.nl.</p>
Meer nood aan centrale informatie	<p>Verschillende huisartsen gaven aan dat er nog meer centralisatie moet plaatsvinden van informatie die ze nu nog op verschillende websites moeten gaan zoeken. Die databank moet absoluut toegespitst zijn op point-of-care-informatie die snel geraadpleegd kan worden. De</p>

	<p>zoekmotoren moeten ook verbeterd worden, want nu moet de arts te veel sorteren in de resultaten. Ook blijkt er over preventie, een steeds belangrijker luik in de gezondheidszorg, vaak nog te weinig informatie aanwezig te zijn op deze websites.</p>
Richtlijnen of EBP-informatie niet voldoende volledig, soms verouderd	<p>De huisartsen zijn op zich wel tevreden dat er Belgische richtlijnen bestaan, maar ze identificeren toch enkele punten voor verbetering. Nu gebruiken huisartsen bijvoorbeeld regelmatig Nederlandse richtlijnen, omdat die alles op één plek verzamelen, hoewel dezelfde informatie ook via Belgische bronnen op ebpracticenet en CDLH te vinden is. Bij die bronnen moet men echter nog verschillende websites erbij raadplegen, zoals BCFI en BAPCOC, omdat die relevante bijkomende informatie bevatten. Vooral de website van NHG beschouwen huisartsen als duidelijker en toegankelijker. De website biedt volgens ook meer opties naargelang de hoeveelheid tijd die de huisarts heeft.</p> <p>Verschillende huisartsen merkten ook op dat een aantal Belgische richtlijnen voor huisartsen echt wel verouderd zijn, terwijl er wel up-to-date Nederlandse of Franse richtlijnen zijn over die onderwerpen. Ook vinden huisartsen de informatie op o.a. BCFI en BAPCOC nog onvoldoende inspelen op de huidige geneesmiddeltekorten. De huisartsen kunnen dan niet voldoende identificeren wat goede alternatieven zouden zijn. Informatie moet dus voldoende up-to-date zijn.</p>
Taal	<p>Informatie in eigen taal blijkt vooral voor de Franstalige huisartsen onontbeerlijk te zijn. De oudere huisartsen kunnen vaak geen of onvoldoende Engels, maar ook de jongere huisartsen gaven aan dat de verwerking van informatie in de eigen taal veel vlotter verloopt.</p>
Tijd	<p>Huisartsen gaven aan dat EBP-informatie raadplegen echt wel tijdens de consultatie moet gebeuren of snel tussendoor, maar dat ze door de hoge werkdruk, onder andere omwille van de huisartsentekorten, weinig extra tijd vrij konden maken om nog meer met EBP bezig te zijn.</p> <p>Ook duiken er in richtlijnen regelmatig aanbevelingen op die momenteel omwille van de werkdruk en huisartsentekorten onredelijk zijn. Een patiënt herevalueren na 48-72 uur indien nodig, is in de praktijk niet haalbaar, omdat de agenda's al dagen op voorhand volgeboekt zijn. Zelfs bellen met al die patiënten zou te veel extra tijd kosten en verving volgens hen toch geen echte consultatie. Ze</p>

	gaven zelf toe al wel eens een voorschrift voor antibiotica voor te schrijven zodat de patiënt die kon gaan ophalen als die zelf vond dat er na een paar dagen geen verbetering van de symptomen optrad, ook al was dat niet evidence-based.
Gezondheidszorgsysteem en ondersteuning	Een deel van de huisartsen dacht dat praktijkverpleegkundigen een waardevolle ondersteuning kunnen bieden, ook omdat zij een deel van de opvolging zouden kunnen doen (zie hierboven bij Tijd). Zo kunnen huisartsen nauwer de richtlijnen en hun aanbevelingen volgen. De huisartsen die dat idee genegen waren, waren echter minder enthousiast over de financieringsvorm via de New Deal. Bovendien is dit omwille van het al bestaande tekort aan verpleegkundigen ook geen mirakeloplossing volgens de huisartsen.
Financiële barrière bij de patiënt	Ondersteuning door andere zorgverleners en actoren in de zorg, zoals psychologen, ergotherapeuten, sociaal assistenten enzovoort, blijft moeilijk omdat huisartsen daarbij op de financiële limieten van de patiënt botsen. Daardoor moeten huisartsen toch vaak taken opnemen waar ze eigenlijk niet voor opgeleid zijn en die mentaal erg belastend kunnen zijn.
Dubbele rol van huisarts	Huisartsen behandelen hun patiënten zo goed mogelijk vanuit de vertrouwensrelatie die ze met hen hebben, maar tegelijk betalen de patiënten hen ook. Het is voor de arts dus niet altijd even gemakkelijk om volgens de principes van EBP te werken, zeker als de vraag van de patiënt niet overeenkomt met de meest gepaste zorg. Huisartsen willen bij voorkeur voorkomen dat hun patiënten elders gaan 'shoppen' (zie ook Houding van de patiënt). Dat kan leiden tot voorschrijven van ongepaste behandelingen (pijnstillers, antibiotica) of onnodig ziekteverlof. De huisartsen gaven wel aan dat het ook aan de huisartsen is om hier hun eigen lijn uit te zetten en die ook te bewaken . Zo kunnen ze ook vorm geven aan de attitudes van de patiënt.
Derde lijn druist in tegen EBP	Heel wat huisartsen zijn regelmatig gefrustreerd over de acties in de derde lijn die ingaan tegen EBP. De huisartsen proberen immers vaak gedurende enige tijd de patiënt te overtuigen van de gepaste zorg (afwachtende aanpak of conservatieve behandeling), waar een specialist toch regelmatig meteen niet evidence-based handelt (antibiotica of radiografieën voorschrijven of chirurgisch ingrijpen). De huisartsen voelen zich dan vaak voor schut gezet, zeker omdat de patiënten er ook regelmatig op

wijzen dat de specialist volgens hen toch meer gedaan heeft.

Literatuur



De meeste barrières die naar voren kwamen in deze bevraging, lagen in lijn met barrières die voorgesteld werden vanuit internationale literatuur:

- Houding van de patiënt (Nejašmić *et al.*, 2020; Rahimi-Ardabili *et al.*, 2021; Wang *et al.*, 2023)
- Gezondheidsgeletterdheid van de patiënt (Wang *et al.*, 2023)
- Nood aan centrale informatie (Wang *et al.*, 2023)
 - Gebrek aan vaardigheid om richtlijnen of EBP-informatie te vinden (Nejašmić *et al.*, 2020; Zwolsman *et al.*, 2012)
 - Gebrek aan de vaardigheid om literatuur kritisch te beoordelen (Nejašmić *et al.*, 2020; Schuers *et al.*, 2015; Zwolsman *et al.*, 2012)
- Richtlijnen of EBP-informatie niet voldoende volledig of verouderd (O'Brien *et al.*, 2023; Rahimi-Ardabili *et al.*, 2021)
- Taal (Wang *et al.*, 2023)
- Tijd (Nejašmić *et al.*, 2020; O'Brien *et al.*, 2023; Rahimi-Ardabili *et al.*, 2021; Wang *et al.*, 2023)
- Gezondheidszorgsysteem en ondersteuning (Wang *et al.*, 2023)

Cfr. kernactie 2

Cfr. kernactie 4

Cfr. kernactie 5

Cfr. kernactie 6

Cfr. kernactie 7

Cfr. kernactie 11

2.7. Vorming over EBP

In dit deel van de online survey wilden we in kaart brengen hoe groot de groep van huisartsen is die ooit formele EBP-vorming heeft gevolgd en hoe belangrijk ze dat vinden. De invulling van wat er precies onder 'formele EBP-vorming' werd verstaan, werd niet verder gespecificeerd. Dat impliceert dat huisartsen deze vraag beantwoordden vanuit hun eigen interpretatie van wat een EBP-opleiding is. **Formele EBP-opleiding werd bevestigd voor de volgende vier toepassingsgebieden:**

- (1) **formuleren van een klinische vraag** op basis van een klinisch probleem (als leidraad om een antwoord te vinden in de beschikbare informatiebronnen);
- (2) **doorzoeken van relevante bronnen** op een doeltreffende manier om klinische vragen te beantwoorden;
- (3) **kritisch beoordelen van de betrouwbaarheid en de relevantie** van de gevonden informatie;
- (4) **implementeren van EBP-aanbevelingen** in de praktijk.

KERNRESULTAAT 12: Een kleine helft van de bevestigde huisartsen geeft aan al een **EBP-opleiding gevolgd** te hebben rond het formuleren van klinische vragen, doorzoeken van relevante bronnen, kritisch beoordelen van evidentie en de implementatie van aanbevelingen in de praktijk. Daarnaast geven ze aan dat ze het **zeer belangrijk vinden om opleidingen over EBP te kunnen volgen**. De deelnemers aan de **focusgroepen** gaven wel aan dat huisartsen volgens hen nog weinig of geen nood meer hebben aan algemene opleidingen over EBP. Vooral de oudere huisartsen zijn wel geïnteresseerd in **zeer praktijkgerichte opleidingen over efficiënt zoeken naar EBP-informatie**.

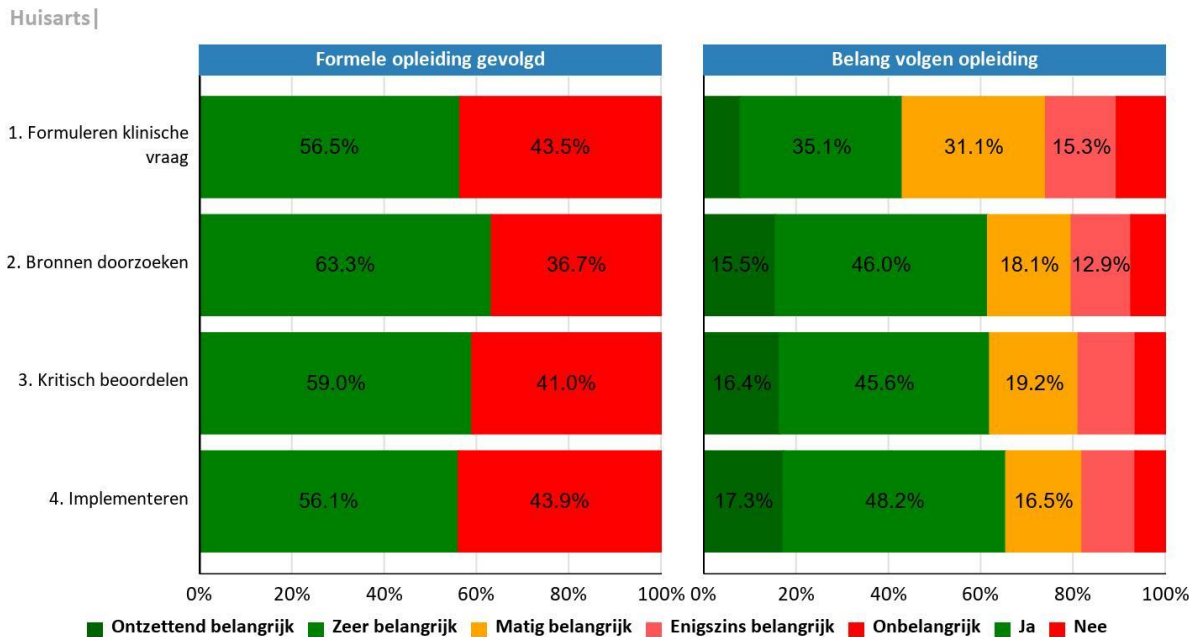
Bevestiging



Meer dan 4 op de 10 bevestigde huisartsen (43,9%) geeft aan een formele opleiding gevolgd te hebben over alle 4 hogervermelde EBP-toepassingsgebieden. 7 op de 10 gaf aan een formele opleiding gevolgd te hebben over minstens 1 van de hogervermelde EBP-toepassingsgebieden. Bijna 4 op de 10 vindt het **zeer tot ontzettend belangrijk** om een opleiding binnen alle 4 EBP-toepassingsgebieden te kunnen volgen. 3 op de 4 huisartsen vindt het kunnen volgen van een **opleiding binnen 1 van de 4 domeinen van EBP zeer tot ontzettend belangrijk**. De resultaten rond het volgen van formele opleiding voor de huisartsen waren vergelijkbaar met die van de totale groep van zorgverleners.

Wanneer we de resultaten per toepassingsgebied bekijken, zien we dat voor elk toepassingsgebied **meer dan 50% van de huisartsen** aangeeft daarover ooit een formele opleiding gevolgd te hebben. In lijn daarmee geeft ongeveer 60% van de huisartsen aan het volgen van formele opleiding over de verschillende toepassingsgebieden **zeer tot ontzettend belangrijk** te vinden. Enkel het volgen van een opleiding over het **leren formuleren van**

een klinische vraag duiden minder huisartsen als zeer tot ontzettend belangrijk aan (Figuur 15).



Figuur 15 Volgen en belang van formele opleiding per EBP-toepassingsgebied bij huisartsen

De huisartsen in de focusgroepen waren van mening dat er **weinig of geen nood meer is aan algemene EBP-opleidingen**, omdat dat voldoende wordt aangeleerd in de opleiding tot huisarts. Ze vinden dat het in de praktijk vooral belangrijk is dat ze snel en efficiënt betrouwbare informatie kunnen terugvinden. Voor de jongere huisartsen vormt dat geen probleem, maar de (iets) **oudere huisartsen gaven aan wel interesse te hebben in opleiding over efficiënt zoeken**. Die moet vooral heel **praktijkgericht** zijn. Volgens enkele bevroegde huisartsen zijn opleidingen rond het kritisch beoordelen wetenschappelijke eigenlijk een brug te ver voor hun vakgebied. Dat is eerder gepast voor specialisten, bijvoorbeeld bij het opzoeken van nieuwe behandelingen. Huisartsen baseren zich volgens hen best enkel op betrouwbare richtlijnen en informatie. Die **betrouwbare informatie** willen de huisartsen ook wel graag **via opleidingen ontvangen**. Ze waren zowel te vinden voor **peer-to-peer-opleidingen tijdens LOKs, GLEMs en dodécagroupes**, als voor **korte opleidingen door onafhankelijke lesgevers of referenten die nieuwe richtlijnen of EBP-informatie komen voorstellen**.

Focusgroepen



De huisartsen bleken **open te staan voor heel wat formaten** van opleidingen omwille van specifieke voordelen en voor gerichte doelen:

- E-learnings:
 - Korte e-learnings van 15-30 minuten zijn ideaal, eventueel met meerdere in een reeks bij een groter topic.
 - Ze moeten wel voldoende up-to-date blijven.
- Online opleidingen:

- Goed voor zeer gerichte en specifieke opleidingen waar men zich beperkt tot de essentie
- Niet goed voor basisvaardigheden
- Idealiter achteraf herbekijkbaar
- Face-to-face-opleidingen
 - Interactie is een groot pluspunt, omdat men dan meer geëngageerd is tijdens de opleiding en ervaringen kan uitwisselen.
 - Deze opleidingen worden best ingepast op dagen waarop huisartsen al samenkomen rond een bepaald thema, zoals 'les grandes journées' of andere navormingen
 - Vooral jongere huisartsen lijken hier moeilijk voor te motiveren.
- Hybride opleidingen/blended learning
 - Combineert het beste van de twee formats.
 - Online component om zeer gericht theorie te leren, maar vaardigheden oefenen en interactie tijdens face-to-face-onderdeel

Literatuur



Blended learning rond EBP toonde al potentieel om kennis en vaardigheden te verbeteren, hoewel dat zich niet vertaalde in betere attitudes of toegenomen toepassing van EBP (te Pas *et al.*, 2015). De auteurs gaven aan dat mogelijke verdere stappen bestaan uit nog meer praktijkgerichte face-to-face-onderdelen en verankering van EBP in alle jaarlijkse opleidingen, zodat het nog meer de standaard wordt.

Cfr. kernactie 8

Kernactie 12: Er moet **nagegaan worden hoe EBP binnen de verschillende (huis)artsenopleidingen wordt aangebracht**, zodat eventuele opportuniteiten om de EBP-kennis, -vaardigheden en -attitudes te verbeteren bij huisartsen kunnen aangegrepen worden.

Deel 3: Vergelijking tussen Franstalige en Nederlandstalige huisartsen

In dit deel vergelijken we de EBP-cultuur bij de Nederlandstalige huisartsen ten opzichte van de Franstalige huisartsen die deelnamen.

Overzicht

De volgende topics komen aan bod, waarbij dit deel vooral focust op de verschillende en gelijklopende resultaten tussen Franstaligen en Nederlandstaligen vanuit de bevraging:

1. [Generieke vragen over EBP](#)
2. [Kennis en gebruik van EBP](#)
3. [Overtuigingen en attitudes ten opzichte van EBP](#)
4. [Zelfeffectiviteit met betrekking tot het gebruik van EBP](#)
5. [Implementatie van EBP](#)
6. [Bevorderende en belemmerende factoren voor gebruik van EBP](#)
7. [Vorming over EBP](#)

In de focusgroepen vroegen we om een **verklaring** te geven voor deze verschillen tussen Franstaligen en Nederlandstaligen. Daaruit kregen we een aantal algemene bedenkingen. We kiezen ervoor om die vooraf weer te geven, omdat ze overkoepelend zijn voor verschillende topics. De verschillen moeten dus in het licht hiervan geïnterpreteerd worden.

Tijdens de focusgroepen gaven de huisartsen aan dat er **cultuurverschillen** bestaan tussen de regio's, wat volgens de deelnemers kon leiden tot verschillen in de huisartsenpraktijk en EBP-cultuur. Zo is EBP sneller en uitgebreider opgepikt in Vlaanderen, al gaven alle Franstalige deelnemers wel aan dat men ook in Wallonië met EBP bezig is nu, maar misschien nog onbewuster.

Focusgroepen



Verder bleek uit de focusgroepen dat **EBP niet in alle opleidingen** tot huisarts **evenveel aan bod** komt. Dat kwam vooral bij de Franstaligen naar voren. Sommige huisartsen krijgen EBP al uitgebreid mee in hun basisopleiding tot arts, bij anderen komt het pas echt aan bod in de specialisatie tot huisarts. De meeste jonge huisartsen vonden wel dat ze de nodige vaardigheden hadden, maar sommigen vonden de insteek tijdens hun opleiding nog te veel gefocust op het wetenschappelijke. De EBP-vaardigheden voor de praktijk leerden ze pas echt tijdens hun stage.

Ten slotte kwam ook de **taalbarrière** bij de Franstaligen naar voren. Zeker de oudere Franstalige deelnemers gaven aan nood te hebben aan materialen in de eigen taal.

Toch waren er in de focusgroepen in beide talen wel heel wat gelijkgezinde opinies over de verschillende bevroegde topics (zie deel 2).

KERNRESULTAAT 13: Voor verscheidene onderdelen in de bevraging zijn er **verschillen** te vinden **tussen Franstalige en Nederlandstalige huisartsen**. Die kunnen **verklaard** worden **door culturele verschillen, verschillen in opleiding over EBP, en een verschil in taalbarrière**.

Domein	Opvallendste verschillen*
Generieke vragen over EBP	Aanduiden 3 pijlers: FR > NL Pijler wetenschappelijk onderzoek: NL > FR Pijler klinische expertise: FR > NL Pijler voorkeuren patiënt: FR > NL Voldoende EBP-info beschikbaar: NL > FR Gehoord van partnerorganisaties: NL > FR
Kennis en gebruik van EBP	Voorkeur NL: online zoekmachines Voorkeur FR: info uit basisopleiding Gebruik bronnen: NL > FR
Overtuigingen en attitudes	EBP verbetert kwaliteit: NL > FR EBP noodzakelijk voor praktijk: NL > FR
Zelfeffectiviteit	/
Implementatie	EBP-info verzamelen bij klinisch probleem: NL > FR Kennis instrumenten evaluatie handelen: NL > FR Bereidheid handelen aan te passen: NL > FR
Bevorderende en belemmerende factoren	Interesse in EBP: NL > FR Nood aan info in eigen taal: FR > NL Geletterdheid van patiënt belemmering: FR > NL Acties 2e & 3e lijn niet EBP: NL > FR Acties 2e & 3e lijn ondermijnen geloofwaardigheid: FR > NL Richtlijnen te algemeen: NL > FR Richtlijnen te veel recept: FR > NL
Vorming	Formele EBP-opleiding gevolgd: NL > FR

*Voor topics die we niet aanhalen, vonden we geen verschillen tussen Franstalige en Nederlandstalige huisartsen (gelijklopende resultaten).

NL = Nederlandstalige huisartsen, FR = Franstalige huisartsen, NL > FR: dit item scoorde een hoger % bij de Nederlandstalige huisartsen; FR > NL: dit item scoorde een hoger % bij de Franstalige huisartsen

Kernactie 12: Men moet zich bewust zijn van de heersende verschillen tussen Franstalige en Nederlandstalige huisartsen. De voorgestelde acties bij de bovenstaande kernresultaten zijn van toepassing in beide taalgroepen. De verschillen impliceren echter wel dat met sommige van de voorgestelde acties intensiever aan de slag gegaan zal moeten worden binnen een bepaalde subgroep.

3.1. Generieke vragen over EBP

a) Heb je al gehoord van EBP?

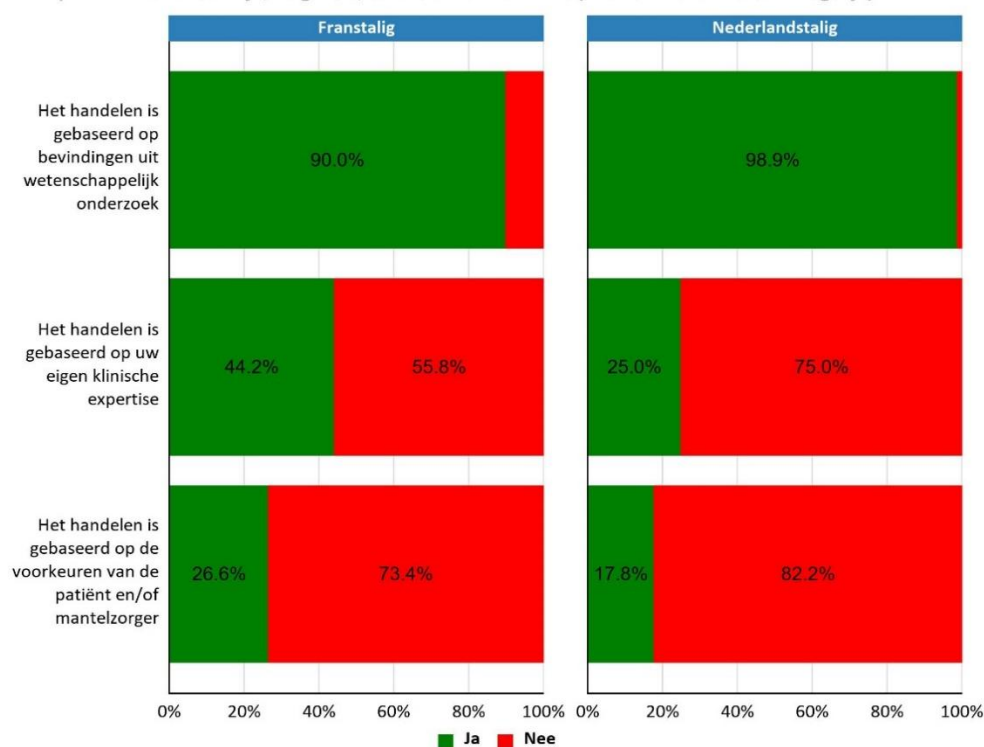
Bevraging



Ongeveer evenveel Nederlandstalige (99,1%) als Franstalige (96,3%) huisartsen geven aan het begrip EBP te kennen. Er zijn meer Franstalige (22,6%) dan Nederlandstalige huisartsen (14,6%) die aangeven dat EBP-handelen bestaat uit de interactie van 3 elementen, namelijk bevindingen uit wetenschappelijk onderzoek, eigen klinische expertise en voorkeuren van de patiënt en/of mantelzorgers.

Meer Nederlandstalige (98,9%) dan Franstalige (90,0%) huisartsen beschouwen de bevindingen uit wetenschappelijk onderzoek als een essentieel onderdeel van EBP. Het percentage huisartsen dat 'handelen op basis van eigen expertise' als essentieel EBP-element beschouwt, is hoger voor Franstalige (44,2%) dan Nederlandstalige huisartsen (25,0%). Meer Franstalige (26,6%) dan Nederlandstalige (17,8%) huisartsen zien de voorkeuren van de patiënt en/of mantelzorgers als essentieel EBP (Figuur 16).

Taal | Welke elementen zijn, volgens u, essentieel binnen EBP? (Meerdere antwoorden mogelijk)



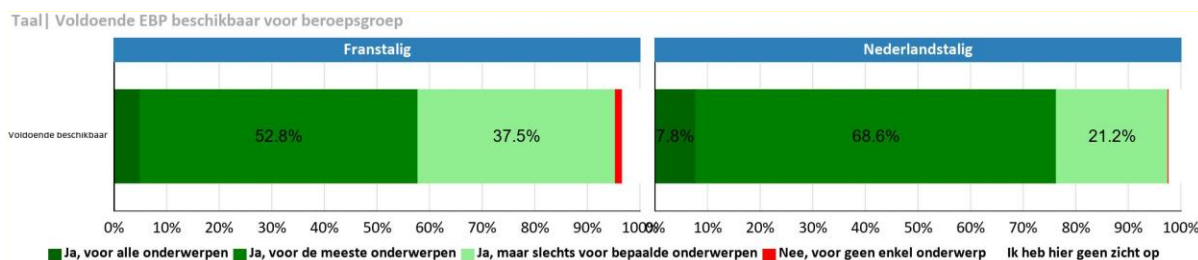
Figuur 16 Kennis van de essentiële pijlers van EBP-handelen bij huisartsen: vergelijking tussen Franstalige en Nederlandstalige huisartsen

b) Is er voldoende EBP-informatie beschikbaar voor de beroepsgroep?

Bevraging



Beduidend meer **Nederlandstalige** (76,3%) dan **Franstalige** (57,8%) huisartsen geven aan dat er voldoende EBP-informatie beschikbaar is voor de meeste tot alle beroepsrelevante onderwerpen (Figuur 17).



Figuur 17 Beschikbaarheid van beroepsrelevante EBP-informatie: vergelijking tussen Franstalige en Nederlandstalige huisartsen

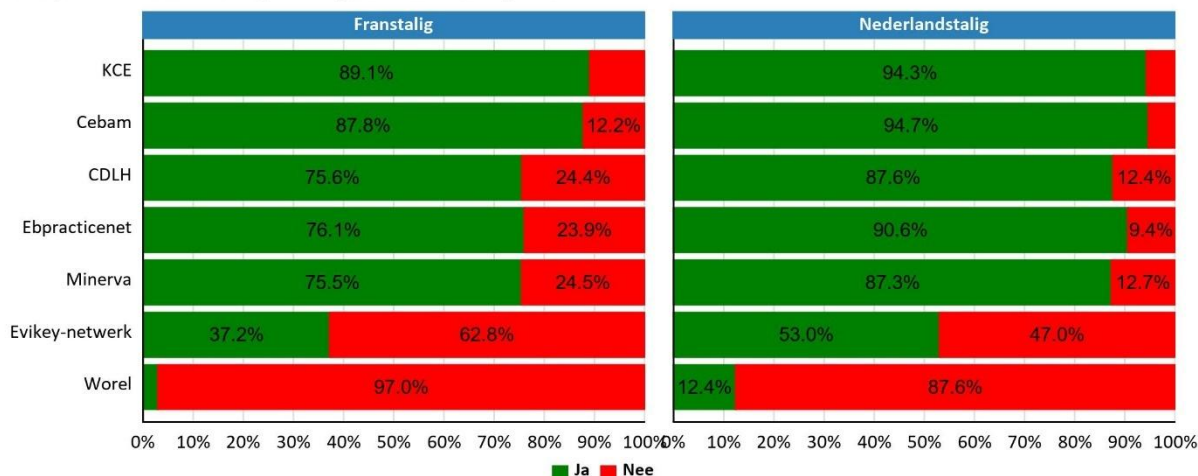
c) Heb je al gehoord van de organisaties binnen het Evikey-netwerk?

Bevraging



Er waren meer **Nederlandstalige** dan **Franstalige** huisartsen die aangeven al gehoord te hebben van de organisaties binnen het Evikey-netwerk. Dat gold voor alle organisaties, met de grootste verschillen voor de organisaties CDLH, ebpracticenet en Minerva (Figuur 18).

Taal | Duid aan of u van volgende organisaties al hebt gehoord:



Figuur 18 Kennis van Core Partners binnen Evikey-netwerk: vergelijking tussen Franstalige en Nederlandstalige huisartsen

3.2. Kennis en gebruik van EBP

Bevraging



In totaal gebruikt 87,6% van de Franstalige en 92,7% van de Nederlandstalige huisartsen **minstens 1 keer per maand** een van de voorgestelde kanalen om antwoorden te vinden op klinische vragen.

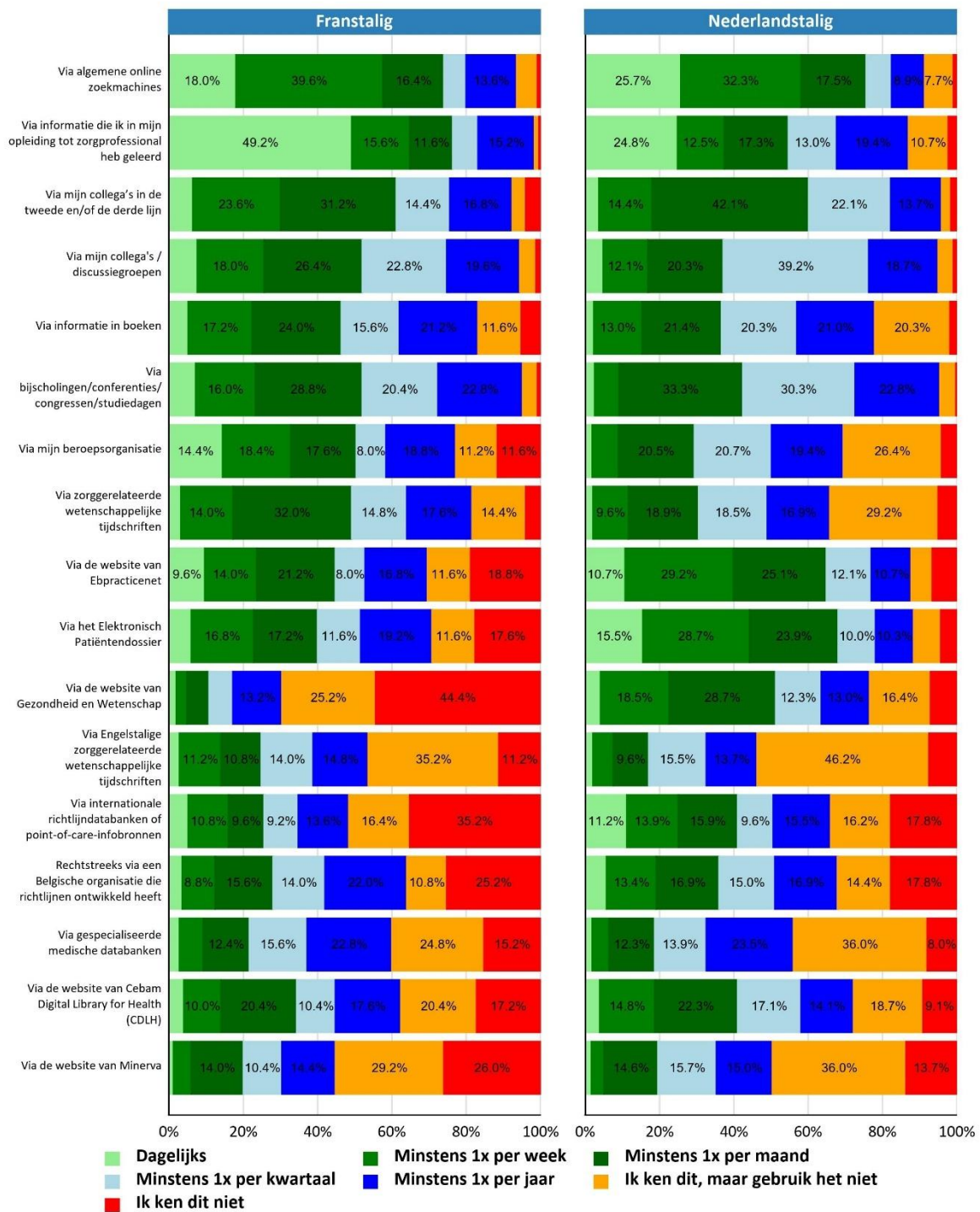
Bij **de Nederlandstalige huisartsen** zijn de **algemene online zoekmachines het meest populair**: 91,3% gebruikt die minstens 1 keer per jaar en 75,6% minstens 1 keer per maand. Voor de Franstalige huisartsen is dat respectievelijk 93,6% en 74,0%. De **Franstalige huisartsen** zoeken vooral naar antwoorden in de **informatie die ze kregen vanuit hun opleiding tot huisarts**: 98,4% van de Franstalige huisartsen gebruikt die bron minstens 1 keer per jaar en 76,4% minstens 1 keer per maand. Voor de Nederlandstalige huisartsen is dat respectievelijk 87,0% en 54,7% (Figuur 19).

Internationale richtlijndatabanken of point-of-care-infobronnen zijn **minder goed gekend bij de Franstalige huisartsen** (35,2% kent die niet) dan bij de Nederlandstalige huisartsen (17,8% kent die niet).

Ook **de bronnen binnen het Evikey-netwerk** zijn **minder goed gekend en worden minder gebruikt door de Franstalige huisartsen in vergelijking met Nederlandstalige huisartsen**. Ebpracticenet wordt minstens 1 keer per jaar gebruikt door 69,6% van de Franstalige en 88,4% van de Nederlandstalige huisartsen, CDLH door 62,4% van de Franstalige en 72,2% van de Nederlandstalige huisartsen, het elektronisch patiëntendossier door 70,8% van de Franstalige en 88,4% van de Nederlandstalige huisartsen. Voor Minerva verschillen de cijfers minder: 44,8% van de Franstalige en 50,3% van de Nederlandstalige huisartsen gebruikt dat minstens 1 keer per jaar.

Slechts een kleine derde van de Franstalige huisartsen gebruikt minstens 1 keer per jaar Infosanté, waar ruim driekwart van de Nederlandstalige huisartsen Gezondheid en Wetenschap minstens 1 keer per jaar gebruikt.

Taal | Hoe frequent zoekt u naar antwoorden?



Figuur 19 Frequentie en gebruik van informatiekanalen: vergelijking tussen Franstalige en Nederlandstalige huisartsen

3.3. Overtuigingen en attitudes ten opzichte van EBP

Bevraging

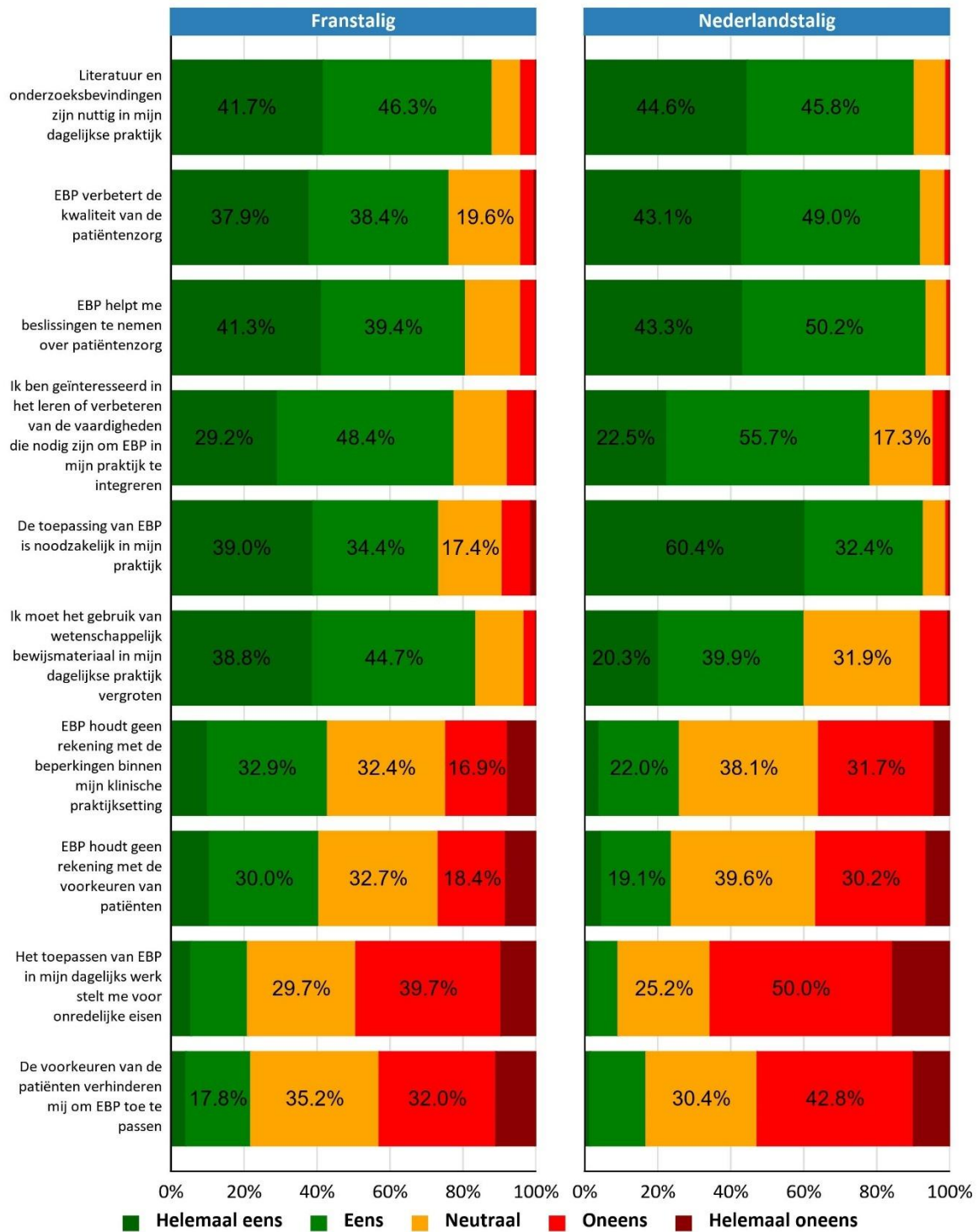


Slechts drie vierde van de Franstaligen (76,3%) is het (helemaal) eens met de stelling *'EBP verbetert de kwaliteit van de patiëntenzorg'*, hoewel wel ruim 9 op de 10 Nederlandstaligen (92,1%) daar (helemaal) mee akkoord gaat. Voor de stelling *'de toepassing van EBP is noodzakelijk in de eigen praktijk'* lagen de resultaten ongeveer evenveel uiteen (73,4% versus 92,8%).

Voor de stelling *'literatuur en onderzoeksbevindingen zijn nuttig in mijn dagelijkse praktijk'* vonden we dan wel weer zeer gelijkaardige resultaten tussen Nederlandstaligen en Franstaligen. 88,1% van de Franstalige en 90,3% van de Nederlandstalige huisartsen geeft aan het (helemaal) eens te zijn met die stelling.

Meer Franstalige (21,0%) dan Nederlandstalige huisartsen (9,2%) zijn het (helemaal) eens met de stelling: *'Het toepassen van EBP in mijn dagelijks werk stelt me voor onredelijke eisen'*. Voor de stelling: *'de voorkeuren van de patiënten verhinderen mij om EBP toe te passen'*, is dat het geval bij 21,9% van de Franstaligen en 16,8% van de Nederlandstaligen (Figuur 20).

Taal | Geef aan in welke mate u het (on)eens bent met onderstaande stellingen



Figuur 20 Overtuigingen en attitudes over EBP-toepassingen in de praktijk: vergelijking tussen Franstalige en Nederlandstalige huisartsen

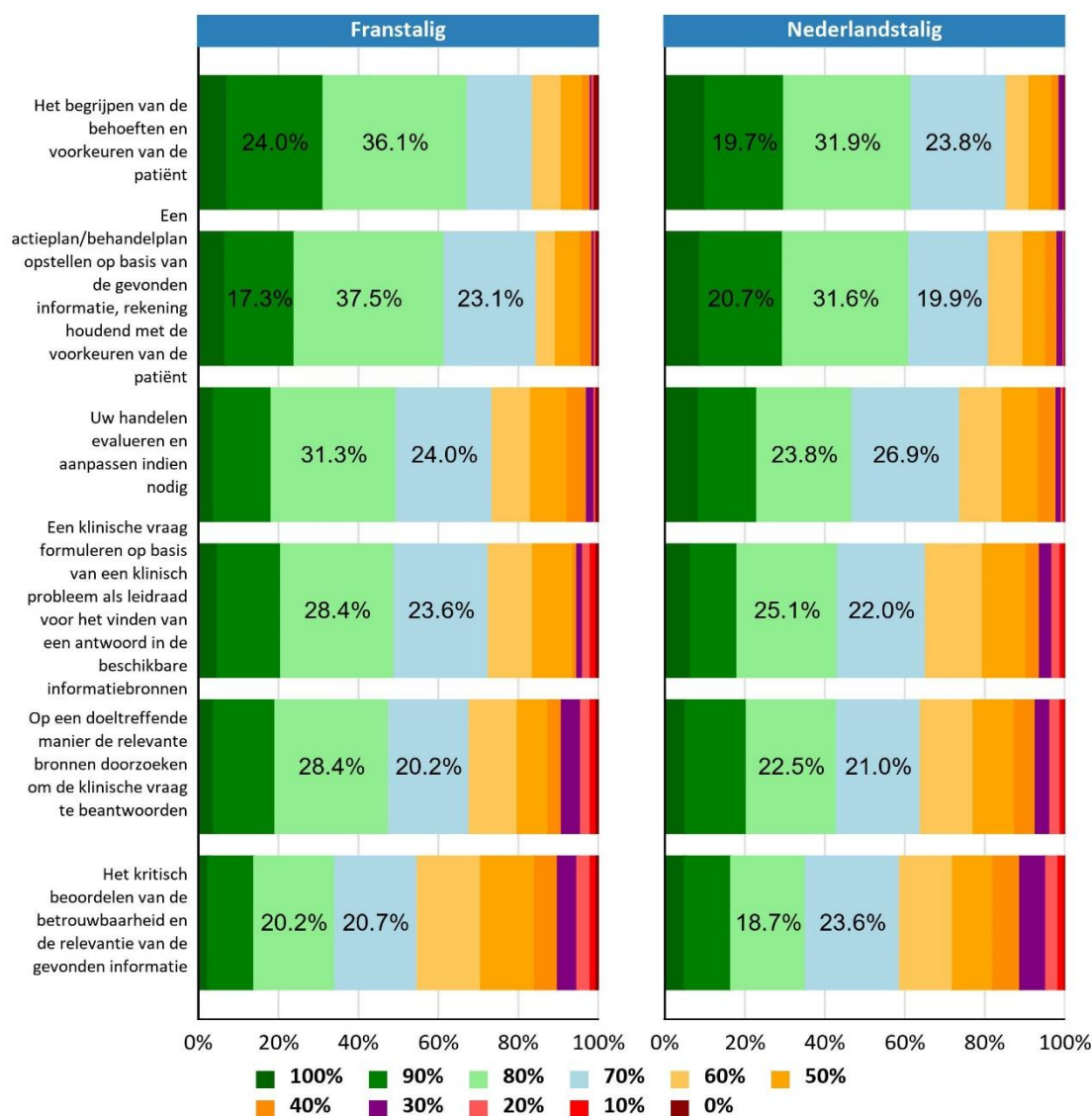
3.4. Zelfeffectiviteit met betrekking tot het gebruik van EBP

Bevraging



Bij de vragen over zelfeffectiviteit van de huisartsen stelden we eerder kleine verschillen tussen Franstalige en Nederlandstalige huisartsen vast. Het begrijpen van de behoeften en voorkeuren van de patiënt kreeg een score van 80% of meer door 67,3% van de Franstalige huisartsen en 61,7% van de Nederlandstalige huisartsen. Dat werd gevolgd door een actieplan/behandelplan opstellen op basis van de gevonden informatie, rekening houdend met de voorkeuren van de patiënt met respectievelijk 61,5% en 61,1% van de huisartsen. Het evalueren van het eigen handelen en aanpassen indien nodig kreeg een score van 80% of meer door respectievelijk 49,5% en 46,9% van de huisartsen (Figuur 21).

Taal | Geef voor elk van de volgende activiteiten aan hoeveel vertrouwen u hebt in uw huidige bekwaamheidsniveau door het overeenkomstige cijfer te kiezen op de beoordelingsschaal:



Figuur 21 Zelfeffectiviteit over EBP-toepassing in de praktijk: vergelijking tussen Franstalige en Nederlandstalige huisartsen

3.5. Implementatie van EBP

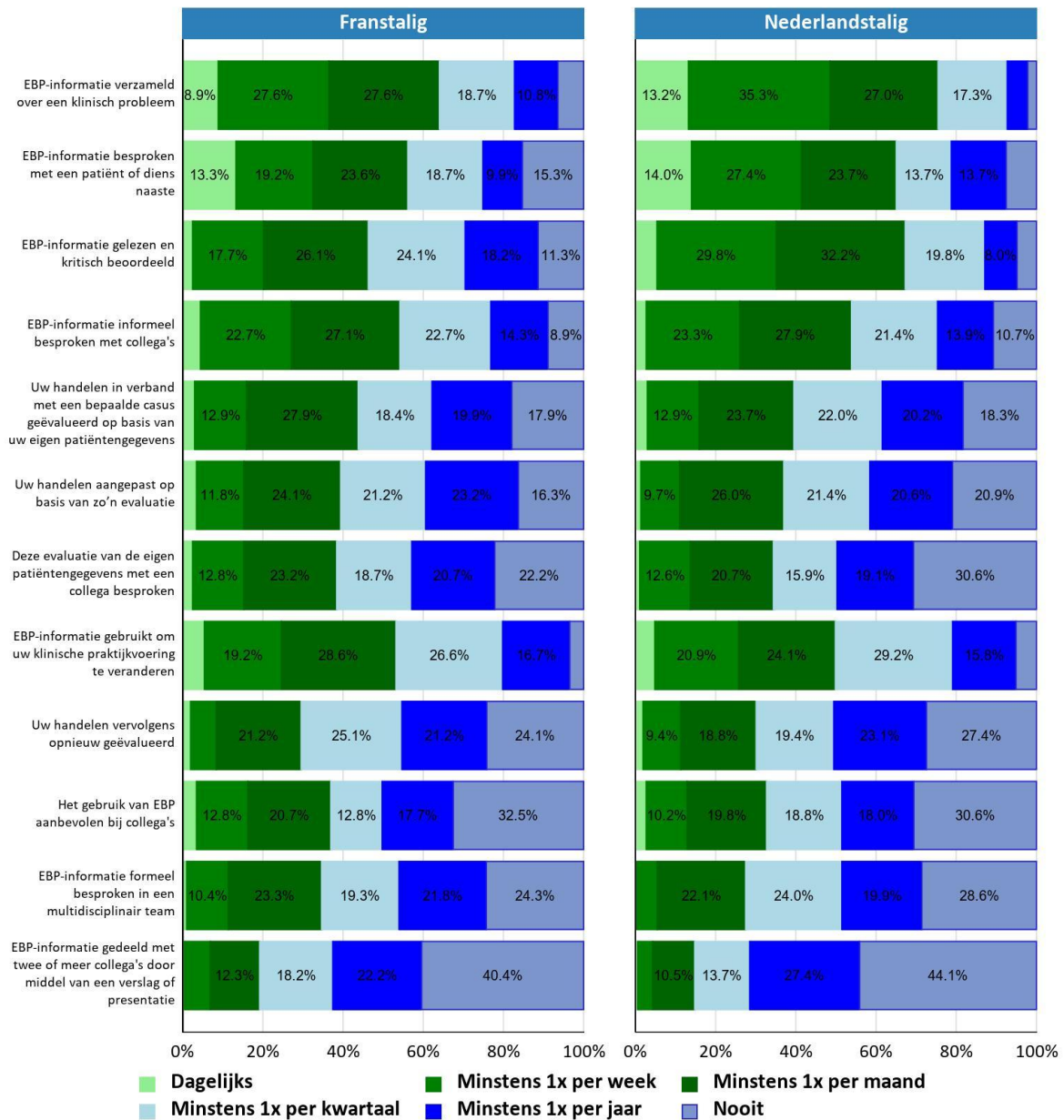
a) Implementatie in dagelijkse praktijk

Bevraging



Minder Franstalige (64,1%) dan Nederlandstalige huisartsen (75,5%) geven aan dat ze minstens 1 keer per maand EBP-informatie verzamelen over een klinisch probleem. Ongeveer evenveel Franstalige als Nederlandstalige huisartsen bespreken dagelijks EBP-informatie met een patiënt of diens naaste (13,3% versus 14%), maar meer Nederlandstaligen (65,1%) dan Franstaligen (44,1%) doen dat minstens 1 keer per maand. EBP-informatie lezen en kritisch beoordelen gebeurt door 46,3% van de Franstaligen en 67,8% van de Nederlandstaligen minstens 1 keer per maand. **Ruim de helft van zowel de Franstaligen als de Nederlandstaligen bespreekt minstens 1 keer per maand informeel EBP-informatie met collega's (54,1% versus 54,9%).** Daarnaast geven zo'n 3 op de 10 Franstalige (32,5%) en Nederlandstalige huisartsen (30,6%) aan dat ze nooit het gebruik van EBP aanbevelen bij collega's (Figuur 22).

Taal | Hoe vaak heeft u in het voorbije jaar



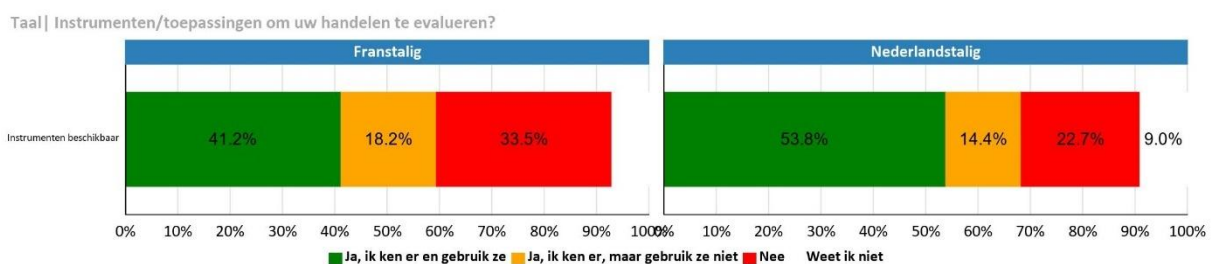
Figuur 22 Mate van EBP-implementatie: vergelijking tussen Franstalige en Nederlandstalige huisartsen

b) Kennis van instrumenten om het eigen handelen te evalueren

Bevraging



Meer dan de helft van de Nederlandstalige huisartsen (53,8%) geeft aan instrumenten en toepassingen te kennen én te gebruiken om het eigen handelen te evalueren. Bij de Franstalige huisartsen was dat maar 41,2%. Iets meer Franstaligen (33,5%) dan Nederlandstaligen (22,7%) geven aan geen evaluatie-instrumenten te kennen. 14% van de Nederlandstalige huisartsen en 18% van de Franstalige huisartsen zeggen evaluatie-instrumenten/toepassingen te kennen, maar die niet te gebruiken (Figuur 23).



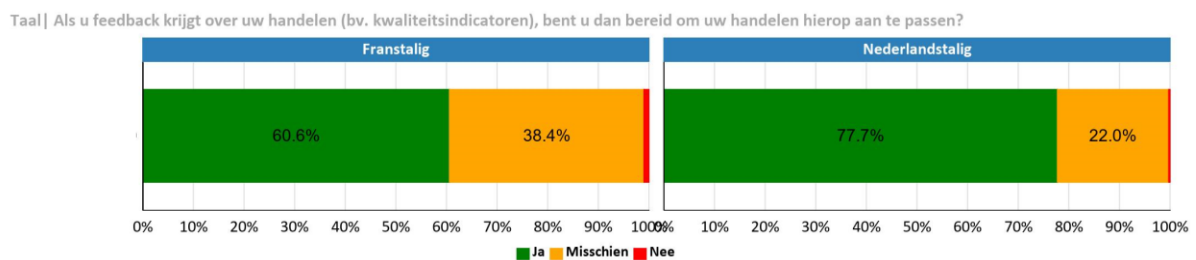
Figuur 23 Kennis en gebruik van evaluatie-instrumenten: vergelijking tussen Franstalige en Nederlandstalige huisartsen

c) Bereidheid om handelen aan te passen

Bevraging



Meer Nederlandstalige (77,7%) dan Franstalige huisartsen (60,6%) zouden bereid zijn om hun handelen aan te passen op basis van feedback die ze erover krijgen. Daarnaast is er nog een groot potentieel dat mogelijk bereid is om dat te doen (Figuur 24).



Figuur 24 Bereidheid aanpassen professioneel handelen op basis van feedback: vergelijking tussen Franstalige en Nederlandstalige huisartsen

3.6. Bevorderende en belemmerende factoren voor gebruik van EBP

Bevraging



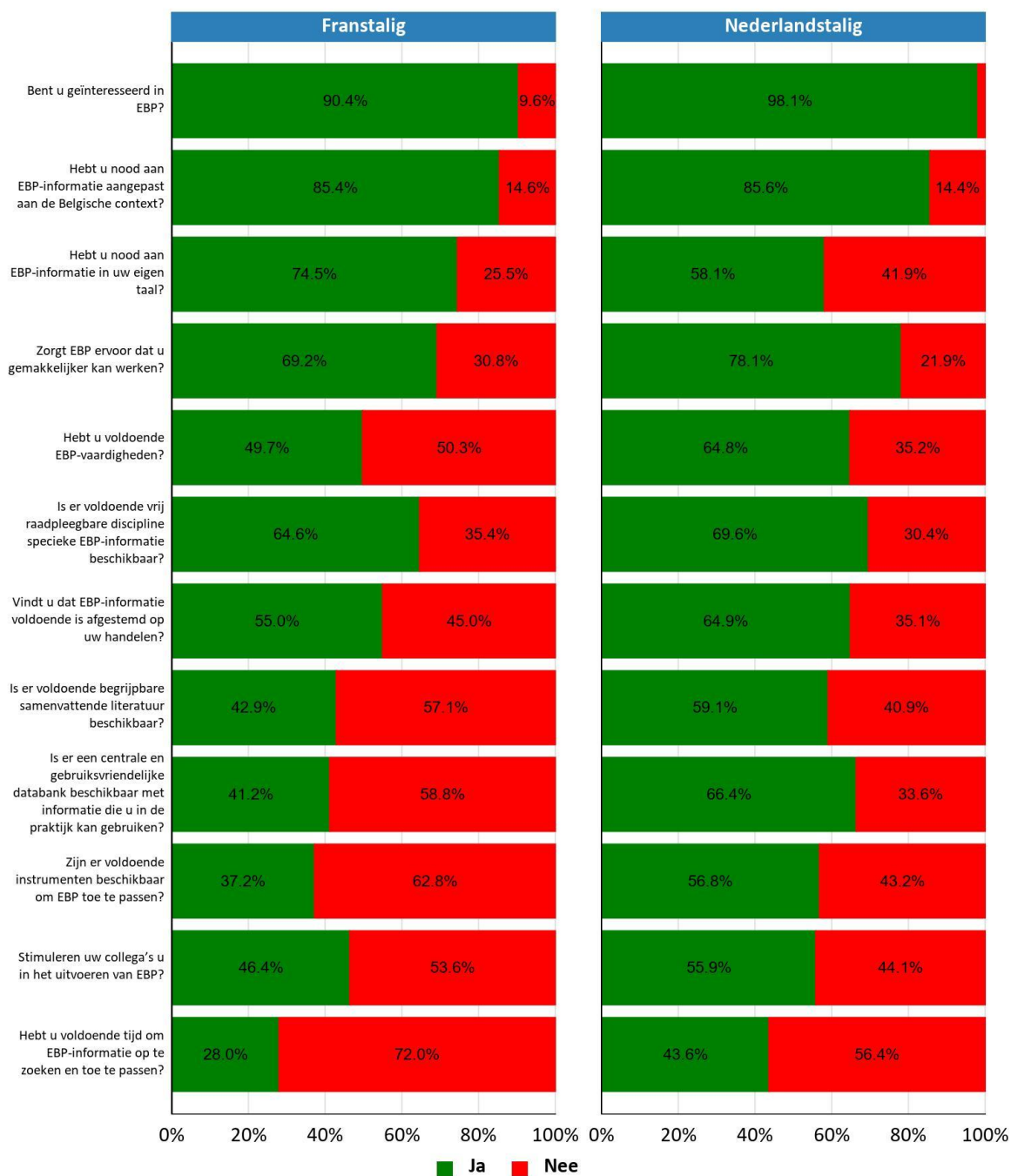
De resultaten van de bevorderende en belemmerende factoren zijn weergegeven in Figuur 25, Figuur 26, Figuur 27 en Figuur 28. **De overgrote meerderheid van de Nederlandstalige en Franstalige huisartsen geeft aan dat ze interesse hebben in EBP, maar de Franstaligen (90,4%) scoren iets lager dan de Nederlandstaligen (98,1%).** De nood om EBP-informatie te krijgen aangepast aan de Belgische context is hoog en zeer gelijkaardig tussen beide groepen, met respectievelijk 85,6% en 85,4%. De nood aan EBP-informatie in de eigen taal is **beduidend hoger bij de Franstaligen (74,5%) dan bij de Nederlandstaligen (58,1%).** Daarnaast geeft **amper 28,0% van de Franstaligen en 43,6% van de Nederlandstaligen** aan dat ze voldoende tijd hebben om EBP-informatie op te zoeken en toe te passen (Figuur 25).

Evenveel Franstalige als Nederlandstalige huisartsen vinden dat de organisatie van de gezondheidszorg ervoor zorgt dat EBP niet toegepast kan worden (46,5% versus 44,0%). Meer Franstaligen (38,4%) dan Nederlandstaligen (28,7%) geven aan dat het niveau van geletterdheid van de patiënt ervoor zorgt dat ze EBP niet kunnen toepassen, maar de houding van de patiënt is voor evenveel Franstaligen (43,9%) als Nederlandstaligen (42,1%) een mogelijke belemmering (Figuur 26).

Meer Nederlandstaligen (64,9%) dan Franstaligen (49,2%) vinden dat de handelingen in de tweede en derde lijn vaak indruisen tegen EBP. Van de huisartsen die vinden dat de handelingen in de tweede en derde lijn vaak indruisen tegen EBP, geven bijna evenveel Franstalige (64,9%) als Nederlandstalige huisartsen (69,6%) aan dat het demotiverend werkt om consequent EBP toe te passen in de eerste lijn. Daarentegen vinden **meer Franstalige huisartsen (83,5%) dan Nederlandstalige huisartsen (71,7%)** dat daardoor de **geloofwaardigheid bij de patiënt verminderd** wordt (Figuur 27).

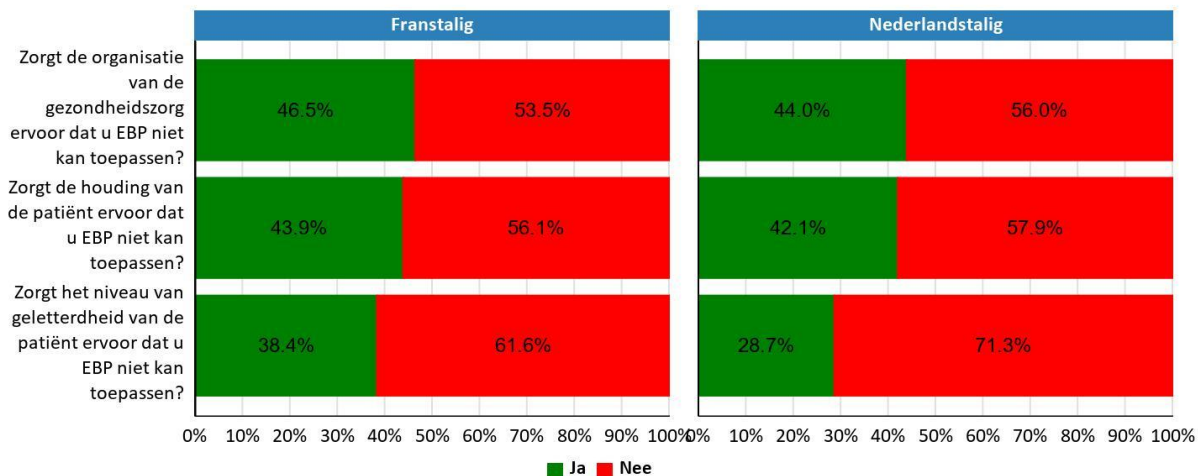
In totaal vindt **57,3% van de Franstalige huisartsen en 52,7% van de Nederlandstalige huisartsen** dat **richtlijnen te algemeen** zijn. Meer Franstaligen (58,4%) dan Nederlandstaligen (36,4%) vinden dat richtlijnen te veel lijken op een recept en dat ze niet toelaten om te beslissen wat het meest geschikt is (Figuur 28).

Taal | Op dit moment:



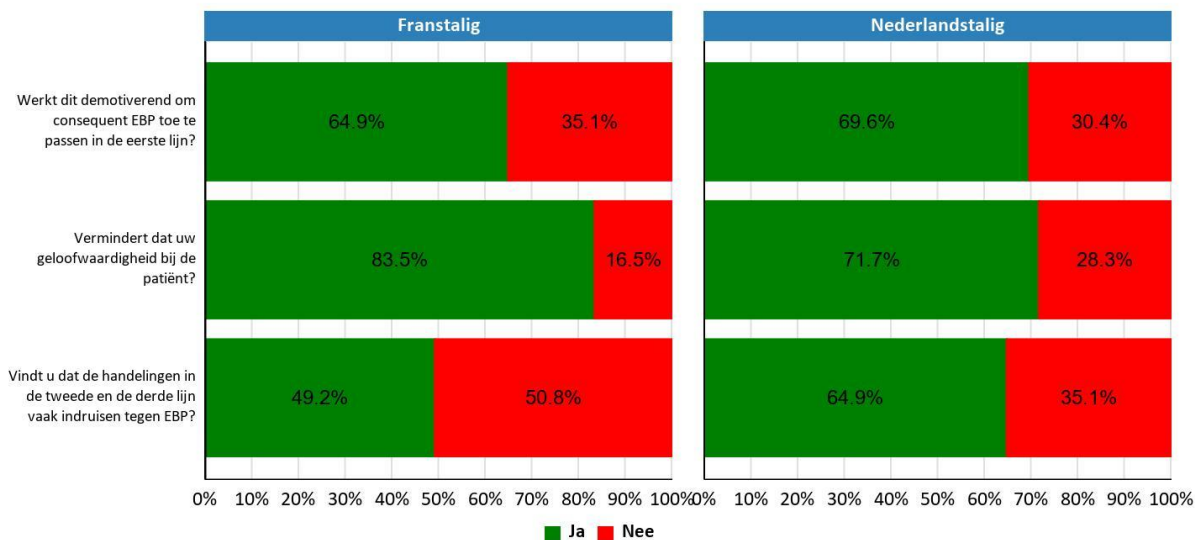
Figuur 25 Bevorderende en belemmerende factoren voor EBP-toepassing in de praktijk: vergelijking tussen Franstalige en Nederlandstalige huisartsen

Taal | Op dit moment:



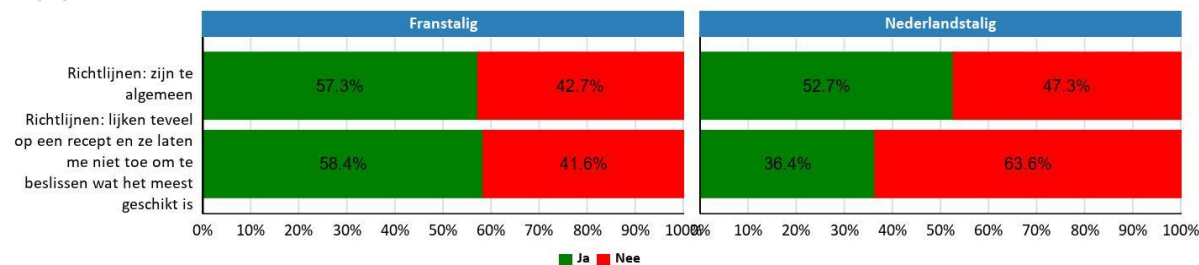
Figuur 26 Belemmerende factoren voor EBP-toepassing in de praktijk op niveau van organisatie en patiënt: vergelijking tussen Franstalige en Nederlandstalige huisartsen

Taal | Op dit moment:



Figuur 27 Gevolgen van handelingen van professionals in de tweede en derde lijn die niet stroken met EBP: vergelijking tussen Franstalige en Nederlandstalige huisartsen

Taal | Op dit moment:



Figuur 28 Ervaring met (gebruik van) de richtlijnen: vergelijking tussen Franstalige en Nederlandstalige huisartsen

3.7. Vorming over EBP

In dit deel van de online survey wilden we in kaart brengen hoe groot de groep van huisartsen is die ooit formele EBP-vorming heeft gevolgd en hoe belangrijk ze dat vinden. De invulling van wat er precies onder 'formele EBP-vorming' werd verstaan werd niet verder gespecificeerd. Dat impliceert dat huisartsen deze vraag beantwoordden vanuit hun eigen interpretatie van wat een EBP-opleiding is. **Formele EBP-opleiding werd bevestigd voor de volgende 4 toepassingsgebieden:**

- (1) **formuleren van een klinische vraag** op basis van een klinisch probleem (als leidraad om een antwoord te vinden in de beschikbare informatiebronnen);
- (2) **doorzoeken van relevante bronnen** op een doeltreffende manier om klinische vragen te beantwoorden;
- (3) **kritisch beoordelen van de betrouwbaarheid en de relevantie** van de gevonden informatie;
- (4) **implementeren van EBP-aanbevelingen** in de praktijk.

Bevestiging

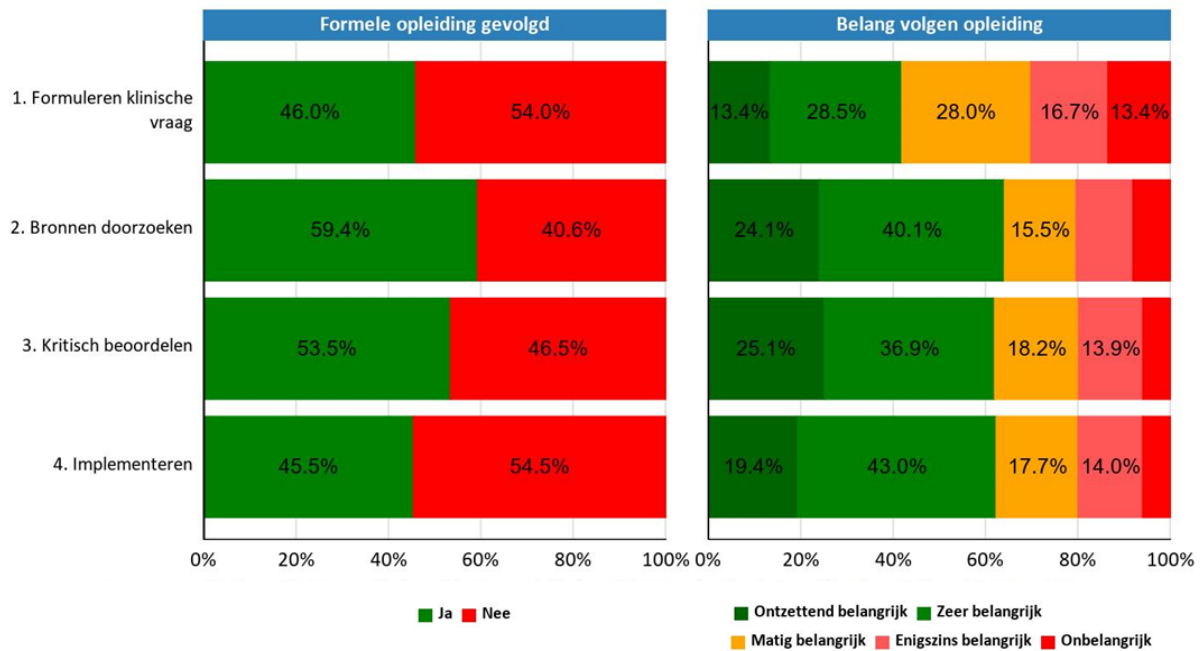


Beduidend meer Nederlandstalige (49,6%) dan Franstalige (33,2%) huisartsen geven aan een formele opleiding te hebben gevolgd over **alle 4** de toepassingsgebieden. Ook zijn er **meer Nederlandstalige (74,1%)** dan Franstalige (65,2%) huisartsen die aangeven over **minstens 1** toepassingsgebied een opleiding te hebben gevolgd.

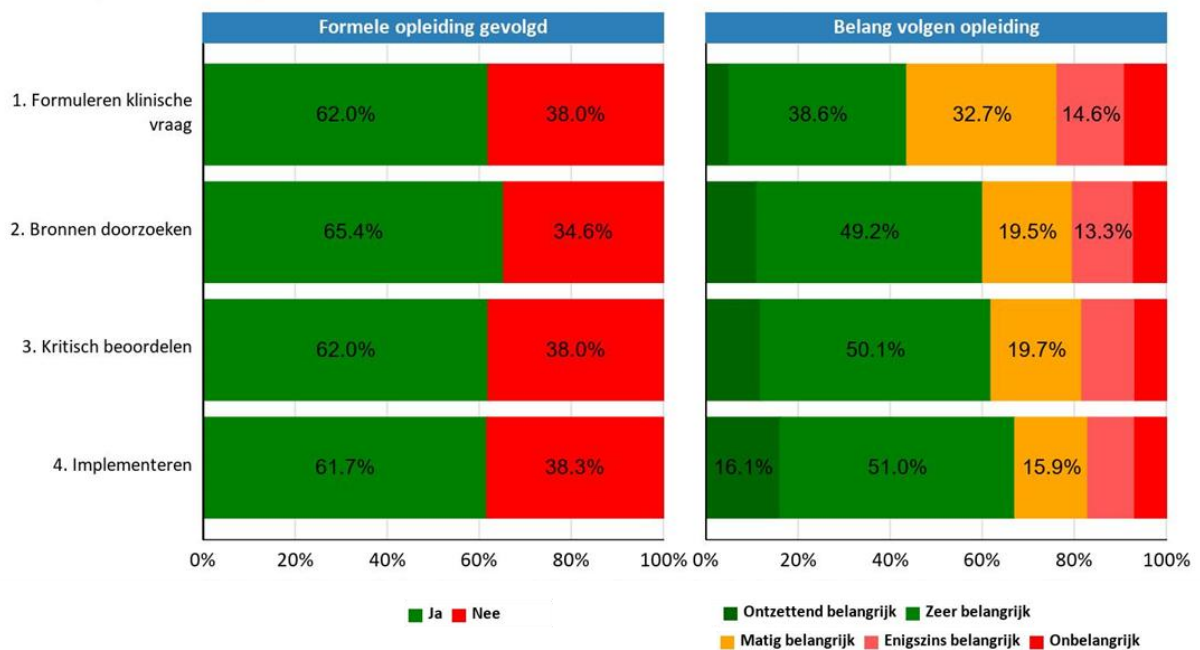
Als we de percentages per toepassingsgebied bekijken, valt het op dat **de Nederlandstalige huisartsen voor ieder toepassingsgebied meer formele opleiding hebben gevolgd dan de Franstalige huisartsen.**

Ongeveer evenveel Nederlandstalige als Franstalige huisartsen vinden formele opleidingen in EBP **zeer tot ontzettend belangrijk**, met slechts kleine verschillen per toepassingsgebied (Figuur 29).

Huisarts | Franstaligen



Huisarts | Nederlandstaligen



Figuur 29 Volgen en belang van formele opleiding per EBP-toepassingsgebied bij huisartsen: vergelijking tussen Franstalige en Nederlandstalige huisartsen

5. Verdere stappen

We namen de EBP-cultuurmeting voor de eerste keer online af in 2022.. Om de resultaten van de bevraging beter te begrijpen organiseerden we in de periode 2024-2025 focusgroepen bij verschillende beroepsgroepen

De resultaten verschijnen in 10 aparte rapporten. Het gaat om een [algemeen rapport](#) en beroepsspecifieke rapporten voor:

- huisartsen (huidig rapport);
- diëtisten;
- ergotherapeuten;
- kinesitherapeuten;
- verpleegkundigen;
- klinisch psychologen;
- tandartsen;
- logopedisten en
- apothekers.

De online bevraging wordt iedere drie jaar opnieuw ingepland. Op die manier kunnen we nagaan hoe de ervaring van zorgverleners met EBP evolueert.

6. Referenties

Basedow M, Runciman WB, Lipworth W, Esterman A. Australian general practitioner attitudes to clinical practice guidelines and some implications for translating osteoarthritis care into practice. *Aust J Prim Health*. 2016 Nov;22(5):403-408. doi: 10.1071/PY15079.

de Fernelmont L, Laere SV, Devroey D. The Quality of EBM Sources Perceived By Belgian Family Physicians. *Open Access Maced J Med Sci*. 2018 Oct 18;6(10):1918-1923. doi: 10.3889/oamjms.2018.382.

Guyatt G, Voelker R. Everything you ever wanted to know about evidence-based medicine. *JAMA*. 2015 May 12;313(18):1783-5. doi: 10.1001/jama.2015.2845.

Le JV, Pedersen LB, Riisgaard H, Lykkegaard J, Nexøe J, Lemmergaard J, Søndergaard J. Variation in general practitioners' information-seeking behaviour - a cross-sectional study on the influence of gender, age and practice form. *Scand J Prim Health Care*. 2016 Dec;34(4):327-335. doi: 10.1080/02813432.2016.1249057.

McCormack B, Kitson A, Harvey G, Rycroft-Malone J, Titchen A, Seers K. Getting evidence into practice: the meaning of 'context'. *J Adv Nurs*. 2002 Apr;38(1):94-104. doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02150.x.

Nejašmić D, Vrdoljak D, Bralić Lang V, Borovac JA, Marušić A. Awareness, attitudes, barriers, and knowledge about evidence-based medicine among family physicians in Croatia: a cross-sectional study. *BMC Fam Pract*. 2020 May 16;21(1):88. doi: 10.1186/s12875-020-01162-5.

O'Brien E, Walsh A, Boland F, Collins C, Harkins V, Smith SM, O'Herlihy N, Clyne B, Wallace E. GP preferences for, access to, and use of evidence in clinical practice: a mixed-methods study. *BJGP Open*. 2023 Dec 19;7(4):BJGPO.2023.0107. doi: 10.3399/BJGPO.2023.0107.

Phillips WR, Sturgiss E, Yang A, Glasziou P, Olde Hartman T, Orkin A, Russell GM, van Weel C. Clinician Use of Primary Care Research Reports. *J Am Board Fam Med*. 2021 May-Jun;34(3):648-660. doi: 10.3122/jabfm.2021.03.200436.

Rahimi-Ardabili H, Spooner C, Harris MF, Magin P, Tam CWM, Liaw ST, Zwar N. Online training in evidence-based medicine and research methods for GP registrars: a mixed-methods evaluation of engagement and impact. *BMC Med Educ*. 2021 Sep 14;21(1):492. doi: 10.1186/s12909-021-02916-0.

Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996 Jan 13;312(7023):71-2. doi: 10.1136/bmj.312.7023.71.

Schuers M, Griffon N, Kerdelhue G, Foubert Q, Mercier A, Darmoni SJ. Behavior and attitudes of residents and general practitioners in searching for health information: From intention to practice. *Int J Med Inform*. 2016 May;89:9-14. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2016.02.003.

te Pas E, Wieringa-de Waard M, de Ruijter W, van Dijk N. Learning results of GP trainers in a blended learning course on EBM: a cohort study. *BMC Med Educ*. 2015 Jun 12;15:104. doi: 10.1186/s12909-015-0386-2.

Tran M, Wearne S, Fielding A, Moad D, Tapley A, Holliday E, Ball J, Davey A, van Driel M, FitzGerald K, Spike N, Bentley M, Kirby C, Magin P. Early-career general practitioners' perceptions of the utility of vocational training for subsequent independent practice. *Educ Prim Care*. 2023 Mar;34(2):74-82. doi: 10.1080/14739879.2023.2176264.

Vrdoljak D, Petric D, Diminić Lisica I, Kranjčević K, Došen Janković S, Delija I, Puljak L. Knowledge and attitudes towards evidence-based medicine of mentors in general practice can be influenced by using medical students as academic detailers. *Eur J Gen Pract*. 2015;21(3):170-5. doi: 10.3109/13814788.2015.1046124.

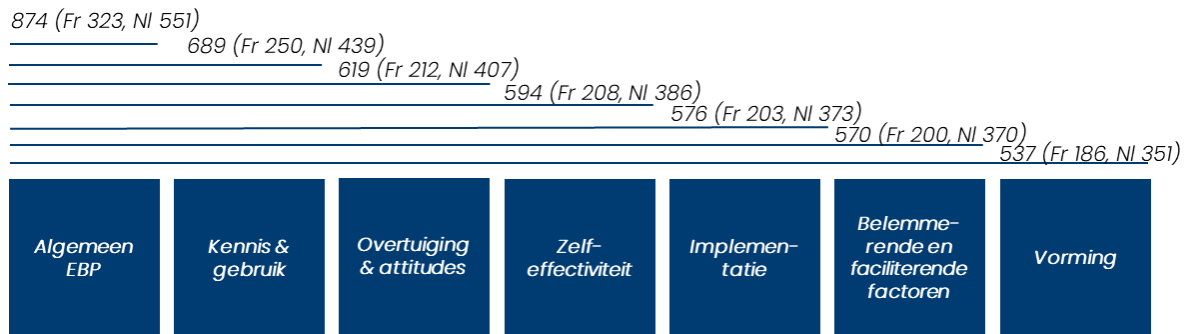
Wang T, Tan JB, Liu XL, Zhao I. Barriers and enablers to implementing clinical practice guidelines in primary care: an overview of systematic reviews. *BMJ Open*. 2023 Jan 6;13(1):e062158. doi: 10.1136/bmjopen-2022-062158.

Zwolsman S, te Pas E, Hooft L, Wieringa-de Waard M, van Dijk N. Barriers to GPs' use of evidence-based medicine: a systematic review. *Br J Gen Pract*. 2012 Jul;62(600):e511-21. doi: 10.3399/bjgp12X652382.

7. Appendices

Appendix 1: Flowchart drop-out op de verschillende vragen

Hieronder staan de verschillende onderdelen van de vragenlijst opgelijst. Boven elk blok wordt het aantal huisartsen weergegeven dat dat blok van vragen heeft beantwoord.



Appendix 2: Demografische gegevens deelnemende huisartsen (n=874)

	Nederlandstalig n=551 (63,0%)	Franstalig n=323 (37,0%)	Totaal n=874
Geslacht			
Vrouw	288 (53,0%)	148 (46,0%)	436 (50,4%)
Man	255 (47,0%)	171 (53,1%)	426 (49,3%)
Leeftijd			
<25 jaar	5 (0,9%)	3 (0,9%)	8 (0,9%)
Tussen 25 en < 35 jaar	154 (28,0%)	98 (30,3%)	252 (28,8%)
Tussen 35 en < 45 jaar	99 (18,0%)	42 (13,0%)	141 (16,1%)
Tussen 45 en < 55 jaar	93 (16,9%)	55 (17,0%)	148 (16,9%)
Tussen 55 en <65 jaar	121 (22,0%)	75 (23,2%)	196 (22,4%)
≥ 65 jaar	79 (14,3%)	50 (15,5%)	129 (14,8%)
Hoogst behaalde diploma			
Graduaatsopleiding hoger beroepsonderwijs	1 (0,2%)	0 (0,0%)	1 (0,1%)
Bachelor	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Master	425 (77,1%)	131 (40,6%)	556 (63,6%)
Doctoraat	125 (22,7%)	192 (59,4%)	317 (36,3%)
Aantal jaren relevante werkervaring			
<5 jaar	104 (18,9%)	82 (25,4%)	186 (20,7%)
Tussen 5 en <15 jaar	130 (23,6%)	51 (15,8%)	181 (20,7%)
Tussen 15 en <30 jaar	129 (23,4%)	67 (20,7%)	196 (22,4%)
≥30 jaar	188 (34,1%)	123 (38,1%)	311 (35,6%)

Appendix 3: Overzicht van provincie, type praktijk en statuut waarin deelnemende huisartsen werkzaam zijn (n=874)

	Nederlandstalig n=551 (63,0%)	Franstalig n=323 (37,0%)	Totaal n=874
Provincies			
Antwerpen	126 (22,9%)	0 (0,0%)	126 (14,4%)
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	18 (3,3%)	71 (22,0%)	89 (10,2%)
Henegouwen	2 (0,4%)	81 (25,1%)	83 (9,5%)
Limburg	81 (14,7%)	0 (0,0%)	81 (9,3%)
Luik	0 (0,0%)	80 (24,8%)	80 (9,2%)
Luxemburg	0 (0,0%)	26 (8,1%)	26 (3,0%)
Namen	1 (0,2%)	35 (8,1%)	36 (4,1%)
Oost-Vlaanderen	125 (22,7%)	0 (0,0%)	125 (14,3%)
Vlaams-Brabant	86 (15,6%)	0 (0,0%)	86 (9,8%)
Waals-Brabant	0 (0,0%)	30 (9,3%)	30 (3,4%)
West-Vlaanderen	112 (20,3%)	0 (0,0%)	112 (12,8%)
Type praktijk			
Solopraktijk	161 (29,2%)	135 (41,8%)	296 (33,9%)
Groepspraktijk/organisatie/dienst met alleen eigen beroepsgroep (monodisciplinair)	217 (39,4%)	75 (23,2%)	292 (33,4%)
Groepspraktijk/organisatie/dienst met meerdere beroepsgroepen (multidisciplinair)	117 (21,2%)	25 (7,7%)	142 (16,2%)
Wijkgezondheidscentrum	56 (10,1%)	88 (27,2%)	114 (13,0%)
Statuut			
Zelfstandige	445 (80,8%)	250 (77,4%)	695 (79,5%)
Loondienst	54 (16,7%)	54 (16,7%)	132 (15,1%)
Loondienst en zelfstandige	28 (5,1%)	78 (14,2%)	47 (5,4%)

Appendix 4: Overzicht van betrokkenheid van de huisartsen bij opleiding studenten en wetenschappelijk onderzoek (n=874)

	Nederlandstalig n=551 (63,0%)	Franstalig n=323 (37,0%)	Totaal n=874
Betrokken bij opleiding studenten			
<i>Nee</i>	219 (40,0%)	155 (48,0%)	500 (57,2%)
<i>Ja</i>	332 (60,3%)	168 (52,0%)	374 (42,8%)
Betrokken bij wetenschappelijk onderzoek			
<i>Nooit</i>	338 (61,3%)	232 (71,8%)	570 (65,2%)
<i>Soms</i>	178 (32,3%)	69 (21,4%)	247 (28,3%)
<i>Regelmatig</i>	35 (6,4%)	22 (6,8%)	57 (6,5%)
Toegang tot wetenschappelijke literatuur			
<i>Geen toegang</i>	2 (0,4%)	1 (0,3%)	3 (0,3%)
<i>Onvoldoende toegang</i>	57 (10,3%)	61 (18,9%)	118 (13,5%)
<i>Voldoende toegang</i>	492 (89,3%)	261 (80,8%)	753 (86,2%)
Tijd om wetenschappelijke kennis up-to-date te houden/week			
<i>0 uur</i>	3 (0,3%)	1 (0,3%)	4 (0,5%)
<i>Tussen 0 en <1 uur</i>	153 (27,8%)	93 (28,8%)	246 (28,1%)
<i>Tussen 1 en <3 uur</i>	332 (60,3%)	192 (59,4%)	524 (60,0%)
<i>>=3 uur</i>	63 (11,4%)	37 (11,5%)	100 (11,4%)