

Het Farmaco Therapie Overleg in 1999

stand van zaken en effecten op voorschrijven

Liset van Dijk (Nivel)
Herma Barnhoorn (Stichting DGV)
Dinny de Bakker (Nivel)

Utrecht, april 2001



bibliotheek
dreefbrugstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
tel 030 2729 614/615
fax 030 2729729

ISBN 90-6905-526-0

© Nivel - Utrecht - 2001

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het Nivel) te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning bij artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Voorwoord

Vrijwel alle huisartsen en openbare apothekers in Nederland participeren in een groep voor Farmaco Therapie Overleg (FTO). In totaal zijn er ruim 800 FTO-groepen. De Stichting Doelmatige Geneesmiddelen Voorziening (DGV) heeft op landelijk niveau een coördinerende en stimulerende rol voor het FTO. Om de stand van zaken in het FTO te evalueren, hield Stichting DGV in 1992 en 1996 inventarisaties waarin het functioneren van FTO-groepen centraal stond. In 1999 is weer een inventarisatie gehouden. Dit keer is dat, in opdracht van Stichting DGV, gedaan door het Nivel. Dit rapport omvat de resultaten van deze inventarisatie. Anders dan in de twee eerdere inventarisaties is dit keer ook gekeken in hoeverre het functioneren van de FTO-groepen van invloed is op het voorschrijven van de deelnemende huisartsen. Hiertoe zijn bij vier zorgverzekeraars gegevens van huisartsen in 85 FTO-groepen verzameld en geanalyseerd.

Dank gaat uit naar de leden van de klankbordgroep: Walter Cambach, Marianne Meulepas en Martine van Eijck voor hun stimulerende commentaar tijdens de uitvoering van dit project. Daarnaast dank aan alle FTO-adviseurs die in het kader van dit onderzoek werkzaamheden hebben verricht. Tot slot willen we de zorgverzekeraars bedanken voor het leveren van de gegevens en dan met name: Corina Ros (Anova), Eveline van der Vinne (Amicon), Bert van Slooten (Groene Land) en Hans Kaasebrood (VGZ).

Utrecht, april 2001

Liset van Dijk
Herma Barnhoorn
Dinny de Bakker

Inhoud

Voorwoord	3
Inhoud	4
Lijst van tabellen	6
Lijst van figuren	7
1 Inleiding	9
1.1 Farmaco Therapie Overleg (FTO) in de praktijk	9
1.2 Vragen van het onderzoek	10
1.3 Opbouw van dit rapport	11
2 Het FTO en kwaliteit van voorschrijven	13
2.1 Inleiding	13
2.2 Voorschrijven het FTO	13
2.3 Van vrijwillig en vrijblijvend FTO naar een professioneel samenwerkingsverband	15
2.4 Effect van kwaliteit van het FTO op de kwaliteit van voorschrijven	19
2.5 Samenvatting	20
3 Stand van zaken in het FTO anno 1999	21
3.1 Inleiding	21
3.2 Dataverzameling	21
3.2.1 Opzet	21
3.2.2 Respons	21
3.2.3 Vragenlijst	22
3.2.4 Analyses	24
3.3 Resultaten	24
3.3.1 Organisatie en structuur van het FTO	24
3.3.2 Doelen van het FTO	27
3.3.3 Farmaceutische inhoud van het FTO	30
3.3.4 Methoden van het FTO	34
3.3.5 Cultuur binnen het FTO	36

3.3.6	<i>Effecten van het FTO op het dagelijks handelen</i>	39
3.3.7	<i>Ondersteuning vanuit Stichting DGV</i>	41
3.4	Conclusie	42
4	Effecten van het FTO op kwaliteit van voorschrijven	45
4.1	Inleiding	45
4.2	Dataverzameling bij zorgverzekeraars	45
4.2.1	<i>Keuze zorgverzekeraars</i>	45
4.2.2	<i>Respons</i>	46
4.3	Operationalisatie kenmerken van het FTO	46
4.3.1	<i>Organisatie van het FTO</i>	47
4.3.2	<i>Cultuur binnen het FTO</i>	47
4.3.3	<i>Kwaliteit van het FTO</i>	48
4.4	Vergelijking prescriptiegroepen met overige groepen	50
4.5	Kwaliteitsindicatoren voor voorschrijven	51
4.5.1	<i>Keuze van geneesmiddelen</i>	51
4.5.2	<i>Gegevens</i>	52
4.5.3	<i>Effectmaten</i>	53
4.6	Analyse	56
4.7	FTO en kwaliteit van voorschrijven: empirische bevindingen	56
4.7.1	<i>Effecten van organisatie en cultuur op kwaliteit van het FTO</i>	56
4.7.2	<i>Effecten van kwaliteit van het FTO op het voorschrijven</i>	58
4.8	Samenvatting en conclusie	62
5	Samenvatting en conclusies	63
5.1	Samenvatting	63
5.1.1	<i>Inleiding</i>	63
5.1.2	<i>Onderzoeksvraag 1: Kenmerken van FTO-groepen</i>	64
5.1.3	<i>Onderzoeksvraag 2: Effect van het FTO op kwaliteit van het voorschrijven</i>	65
5.2	Conclusie en aanbevelingen	67
5.2.1	<i>Conclusie</i>	67
5.2.2	<i>Kanttekeningen bij het onderzoek</i>	68
5.2.3	<i>Aanbevelingen</i>	69
	Literatuur	71
	Bijlage 1: Vragenlijst	
	Bijlage 2: Lijst met gebruikte afkortingen	

Lijst van tabellen

Hoofdstuk 3 Landelijke Inventarisatie FTO

- 3.1 Respons 'Landelijke Inventarisatie FTO' per regio op groepsniveau
- 3.2 Voorzitterschap van FTO-bijeenkomsten naar beroepsgroep
- 3.3 Doelen nagestreefd door FTO-groepen in 1996 en in 1999
- 3.4 Onderwerpen die besproken zijn in het FTO en gemaakte afspraken
- 3.5 Bespreken van onderwerpen gerelateerd aan patiëntenzorg en medicijnbeleid
- 3.6 Gebruik van bronnen voor voorbereiding en tijdens FTO-bijeenkomsten in 1999
- 3.7 Gebruik van werkmateriaal voor het FTO in 1999
- 3.8 Percentage FTO-groepen dat een bepaalde methode gebruikt en gemiddeld aantal keren per jaar gebruik
- 3.9 Veranderingen in het dagelijks handelen in de afgelopen jaren en de rol die het FTO daarin heeft gespeeld; huisartsen
- 3.10 Veranderingen in het dagelijks handelen in de afgelopen jaren en de rol die het FTO daarin heeft gespeeld; apothekers
- 3.11 Van DGV ontvangen ondersteuning en beoordeling van de ondersteuning

Hoofdstuk 4 Effecten van het FTO op de kwaliteit van het voorschrijven

- 4.1 Toestemming van FTO-groepen om prescriptiecijfers op te vragen bij zorgverzekeraars
- 4.2 Resultaten van de principale componentenanalyse om te komen tot een maat voor de cultuur binnen FTO-groepen
- 4.3 Aantal en percentage prescriptiegroepen dat aan kwaliteitskenmerken voldoet en factorladingen verkregen in een principale componentenanalyse
- 4.4 Gemiddelden op een aantal kenmerken van het FTO: verschillen tussen prescriptiegroepen en overige groepen
- 4.5 Kwaliteitsindicatoren voor het voorschrijven van benzodiazepinen
- 4.6 Kwaliteitsindicatoren voor het voorschrijven van astma/COPD
- 4.7 Kwaliteitsindicatoren voor het voorschrijven van maagmiddelen
- 4.8 Resultaten van de principale componentenanalyse om te komen tot een totaalmaat voor variatie in voorschrijven binnen FTO-groepen
- 4.9 Gemiddelde waarden op de acht effectmaten met betrekking tot het voorschrijven van benzodiazepinen
- 4.10 Resultaten van de regressie analyses ter verklaring van het effect van de kwaliteit van het FTO op het voorschrijven van benzodiazepinen
- 4.11 Gemiddelde waarden op de acht effectmaten met betrekking tot het voorschrijven van middelen voor astma/COPD
- 4.12 Resultaten van de regressie analyses ter verklaring van het effect van de kwaliteit van het FTO op het voorschrijven van middelen voor astma/COPD
- 4.13 Gemiddelde waarden op de acht effectmaten met betrekking tot het voorschrijven van middelen voor maagmiddelen
- 4.14 Resultaten van de regressie analyses ter verklaring van het effect van de kwaliteit van het FTO op het voorschrijven van maagmiddelen
- 4.15 Resultaten van de regressie analyses ter verklaring van het effect van FTO op variatie in voorschrijfgedrag

Lijst van figuren

Hoofdstuk 2 Het FTO en kwaliteit van voorschrijven

- 2.1 Effecten van het FTO op het voorschrijven

Hoofdstuk 3 Stand van zaken in het FTO anno 1999

- 3.1 Opkomst en frequentie van FTO-bijeenkomsten in 1999
- 3.2 Onderwerpen van verslaglegging in 1999
- 3.3 Punten van evaluatie in 1999
- 3.4 Prioriteit van doelen in 1999
- 3.5 Gebruik van elektronische formularia door huisartsen in FTO-groep in 1999
- 3.6 Inhoudelijke doelen gesteld door FTO-groepen in 1999
- 3.7 Gronden waarop onderwerpen voor FTO-bijeenkomsten geselecteerd worden in 1999
- 3.8 Redenen om prescriptiecijfers te gebruiken
- 3.9 Verloop van de bijeenkomsten en sfeer in de groep in 1999
- 3.10 Manier waarop prescriptie wordt besproken in de FTO-groep in 1999
- 3.11. Gewenste veranderingen door huisartsen en apothekers in 1999
- 3.12 Tevredenheid met en zinvol zijn van het FTO in 1999
- 3.13 Percentage groepen dat FTO-materiaal kent in 1999

Hoofdstuk 4 Effecten van het FTO op de kwaliteit van het voorschrijven

- 4.1 Relatie tussen organisatiekenmerken en de kwaliteit van het FTO
- 4.2 Resultaten van de analyse om effecten van organisatie en cultuur op kwaliteit van het FTO te schatten

1 Inleiding

1.1 Het Farmaco Therapie Overleg (FTO) in de praktijk

Het voorschrijven van geneesmiddelen is een veel voorkomende handeling in de huisartspraktijk. Bij de meeste consulten komen huisartsen voor de keuze te staan al dan niet een geneesmiddel voor te schrijven. Wanneer huisartsen besluiten een middel voor te schrijven, kunnen zij kiezen uit een scala van medicijnen. Is de keuze voor een middel gemaakt dan moet de arts voorschrijfduur en dosering bepalen. De arts komt hiermee voor een aantal keuzes te staan die meer of minder doelmatig gemaakt kunnen worden. Een aantal factoren beïnvloedt deze keuzes. In de eerste plaats is dat uiteraard de diagnose (De Maeseneer, 1991). Verder zijn factoren als werkdruk (Hutten, 1998), de attitude van de huisarts met betrekking tot voorschrijven van geneesmiddelen (Denig e.a., 1988; Denig, 1994; Foets e.a., 1994) en de vooropleiding van de huisarts (Foets e.a., 1994) van belang. Een andere factor waarvan verondersteld wordt dat deze het voorschrijfgedrag beïnvloedt, is het voeren van regulier overleg met collega-artsen en apothekers. Het idee is dat dergelijk overleg leidt tot rationeler voorschrijven (Kocken & Etienne, 1998; Koomen, 1998).

Het zogenaamde Farmaco Therapie Overleg (FTO) kwam begin jaren 90 van de grond. Het FTO kan gedefinieerd worden als een reeks van reguliere bijeenkomsten van huisartsen en apothekers waar informatie en opvattingen over farmacotherapie worden uitgewisseld teneinde te komen tot kwalitatief goed voorschrijf- en afleverbeleid. In 1992 werd begonnen met de landelijke implementatie van het FTO. Doel was de kwaliteit van het overleg op een dusdanig niveau te brengen dat dit bij zou dragen aan een rationeel prescriptie- en afleverbeleid (Stichting DGV, 1997). De FTO-groepen komen geregeld (gemiddeld zes keer per jaar) bij elkaar om te praten over farmaceutische zorg. De manier waarop invulling aan het FTO gegeven wordt, verschilt tussen de groepen. Het FTO heeft vanaf 1992 een formele status. FTO-adviseurs gingen in zogenaamde regioteams samenwerken met regionale apothekers- en huisartscoördinatoren (FAC's en HAC's); deze regioteams hadden tot doel het FTO in de regio van de grond te krijgen.

De Stichting Doelmatige Geneesmiddelenvoorziening (DGV) had - en heeft - op landelijk niveau een coördinerende en stimulerende rol.¹ Deze stichting stond destijds onder auspiciën van de Stuurgroep FTO waarin vertegenwoordigers van de verschillende beroepsgroepen zitting hadden, alsmede vertegenwoordigers van de zorgverzekeraars en van het toenmalige ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (Mulder e.a., 1993). In eerste instantie richtten de inspanningen van Stichting DGV zich vooral op het verhogen van de participatiegraad van apothekers en huisartsen aan het FTO. Sinds 1992 is het aantal FTO-groepen sterk gegroeid. Het percentage aan FTO deelnemende huisartsen en apothekers ligt inmiddels in veel regio's boven de 90% (Stichting DGV, 1997).

Toen het doel van (vrijwel) volledige participatie bereikt was, is het accent van de ondersteuning vanuit Stichting DGV verlegd naar het verhogen van de kwaliteit van het overleg

¹ Bij de start van het FTO-implementatieproject was de coördinatie in handen van de Stichting O&O welke later (in gewijzigde vorm) overging in de Stichting DGV.

en het optimaliseren van het doelmatig voorschrijven en afleveren van geneesmiddelen (Kocken & Etienne, 1998). Ook in de manier van werken en de doelstellingen die FTO-groepen zich stellen, zijn in de loop der jaren veranderingen opgetreden. Dit blijkt uit twee inventarisaties die Stichting DGV in 1992 en 1996 gehouden heeft onder alle FTO-groepen in Nederland om de stand van zaken te evalueren (Mulder e.a. 1993; Stichting DGV, 1997; Kocken & Etienne, 1998). In 1992 stelden FTO-groepen het uitwisselen van informatie en het opstellen van vrijblijvende adviezen centraal en werkten ze nog nauwelijks aan het maken van concrete afspraken over voorschrijfgedrag. Als er al afspraken werden gemaakt, dan werden die niet getoetst. Op dat moment verkeerden veel groepen in een opstartfase en waren zij vooral bezig met het structureren van het overleg en het opbouwen van de samenwerking tussen huisartsen en apothekers. Kocken en Etienne (1998) beschrijven het als volgt: “veel groepen waren nog op zoek naar een goede werkwijze, naar hoe te komen tot toetsbare afspraken”.

Uit de twee inventarisaties bleek dat de groepen tussen 1992 en 1996 professioneler zijn gaan werken (Kocken & Etienne, 1998). Zo steeg het percentage groepen waarin de bijeenkomsten door beide beroepsgroepen werden voorbereid van 78% in 1992 naar 88% in 1996 en maakten bijna alle groepen een taakverdeling voor de bijeenkomsten (van 78% naar 95%). De doelen die groepen zich stelden, veranderden eveneens tussen 1992 en 1996 ook al scoorde in 1996 informatie-uitwisseling nog steeds hoog. Echter, veel meer groepen stelden zich ten doel afspraken te maken over prescriptie. Het percentage groepen dat afspraken wilde maken steeg namelijk van 49% naar 72% tussen 1992 en 1996. Het percentage groepen dat deze afspraken ook daadwerkelijk wilde toetsen, steeg van 9 tot 27%.

Een mogelijkheid tot het toetsen van afspraken is het werken met prescriptiecijfers die informatie geven over het voorschrijfvolume en de geneesmiddelenkeuze van de huisarts. Dergelijke cijfers geven huisartsen de mogelijkheid hun eigen voorschrijfgedrag te vergelijken met dat van collega's, met de vastgelegde afspraken en met standaarden. In 1992 gebruikte 60% van de groepen weleens prescriptiecijfers, in 1996 was dit gestegen naar 68%. Echter, in minder dan de helft van de groepen die prescriptiecijfers gebruikten werd dit gedaan ter toetsing van het in het FTO afgesproken beleid. Toenemend gebruik van prescriptiecijfers voor toetsing van gemaakte afspraken kan gezien worden als een stap vooruit in het kwaliteitsproces dat het FTO doorloopt (Kocken & Etienne, 1998).

De meeste huisartsen en apothekers die aan de inventarisatie van 1996 deelnamen, vonden het FTO zinvol tot zeer zinvol (ruim 80%). Toch wilde op dat moment een flink aantal van hen nog wel een aantal veranderingen in het FTO doorvoeren. De wens tot een minder vrijblijvend FTO was het meest voorkomend, deze leefde bij 41% van de respondenten. Het waren met name de apothekers die een minder vrijblijvend FTO wilden. Een andere wens die in 1996 onder een deel van de respondenten, zowel huisartsen als apothekers, leefde was die tot meer efficiëntie: 31% van de respondenten wilde dit. Kocken en Etienne (1998) zagen hierin een uitdaging liggen voor deelnemers aan het FTO. Zij gaven aan dat door resultaatgericht te overleggen en door het bespreken van feedbackgegevens er nieuwe impulsen gegeven zouden kunnen worden aan het FTO.

1.2 Vragen van het onderzoek

Het FTO is nog steeds in ontwikkeling. Waar eerst de nadruk lag op het proces van implementatie van het FTO en groepen vooral bezig waren ‘zichzelf vorm te geven’ is de nadruk later meer komen te liggen op de uitkomsten van het FTO. Als gevolg van de ontwikkelingen binnen het FTO is ook de rol van Stichting DGV in de loop van de tijd aan veranderingen onderhevig. Het ondersteuningsaanbod gaat zich steeds meer richten op kenmerken die de kwaliteit van het voorschrijven zou kunnen bevorderen. Voor de ondersteuning van de FTO-

groepen is een netwerk van vijftien FTO-adviseurs actief. De omvang van de ondersteuning kan variëren van een eenmalig advies voor een literatuur tot het ondersteunen van een reeks van bijeenkomsten. Daarnaast heeft Stichting DGV regelmatig projecten waarin programma's over een bepaald onderwerp worden ontwikkeld (bijvoorbeeld polyfarmacie bij ouderen of benzodiazepinen). FTO-groepen kunnen deze programma's gebruiken om hun beleid op dat betreffende onderwerp uit te zetten en toe te passen in de praktijk.

Om het ondersteuningsaanbod te optimaliseren, vindt Stichting DGV het van belang regelmatig inzicht te krijgen in de stand van zaken binnen het FTO. Daarom is besloten in 1999 opnieuw een inventarisatie te houden onder alle FTO-groepen in Nederland. De eerste onderzoeksvraag is gericht op het bieden van inzicht in de ontwikkelingen van het FTO en de door Stichting DGV geboden ondersteuning aan het eind van de jaren negentig. De eerste onderzoeksvraag luidt als volgt:

Vraag 1a: *Hoe functioneren FTO-groepen (hoe is hun organisatie en wat zijn hun doelen, werkwijze en inhoud) in 1999 en in hoeverre wijkt de stand van zaken in deze af van 1996?*

Vraag 1b: *Welke ondersteuning hebben FTO-groepen ontvangen van Stichting DGV en hoe wordt de ondersteuning beoordeeld door de FTO-groepen?*

Doel van het FTO is de verhoging van de kwaliteit van de farmaceutische zorg. Tot nu toe is sowieso nog weinig onderzoek gedaan naar het effect van het FTO op het voorschrijven. Een eerste onderzoek naar het effect van regulier intercollegiaal overleg is gedaan door Stokx e.a. (1992). Zij onderzochten, gebruik makend van gegevens uit de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk, het effect dat regulier overleg met andere werkers in de eerstelijns gezondheidszorg heeft op de prescriptie van de veertig meest voorgeschreven stoffen in de huisartspraktijk. Uit de resultaten bleek dat artsen die deelnamen aan een intercollegiaal overleg zich op deze punten weinig onderscheidden van andere artsen. De onderzoekers schreven dit toe aan het feit dat op dat moment, 1987-1988, de aantallen huisartsen die deelnamen aan een intercollegiaal overleg waarschijnlijk nog te klein waren om effecten te kunnen vinden. Het FTO moest toen immers nog op grote schaal geïmplementeerd worden. Latere onderzoeken waren gericht op scholingsprogramma's die in het FTO geïmplementeerd zijn (Veninga, 2000), waren kleinschalig van opzet (bijvoorbeeld De Vries en De Jong-Van den Berg, 1997) of gericht op de evaluatie van één bijeenkomst (De Vries, 1998). Weinig onderzoek is gedaan naar de effecten die bepaalde kenmerken van FTO-groepen hebben op het voorschrijven. Stichting DGV wilde meer inzicht hebben in de vraag welke kenmerken van het FTO effect hebben op het voorschrijven en afleveren van geneesmiddelen door de deelnemers aan het FTO. Dit onderzoek heeft tot doel daarin meer inzicht te bieden. De tweede onderzoeksvraag luidt daarom als volgt.

Vraag 2: *Welke kenmerken van FTO-groepen hebben invloed op de kwaliteit van het voorschrijven en afleveren door de deelnemers?*

1.3 Opbouw van dit rapport

Hoofdstuk 2 behandelt de vraag waarom het FTO effect zou hebben op de kwaliteit van het voorschrijven van de deelnemers en onder welke condities het FTO effect zal hebben.² Hoofdstuk 3 gaat in op de eerste onderzoeksvraag en laat de stand van zaken binnen het FTO zien in 1999. Hiervoor zijn gegevens gebruikt van de in het kader van dit onderzoek gehouden "Landelijke Inventarisatie FTO". Ruim 600 FTO-groepen in Nederland namen deel aan deze inventarisatie. Hoofdstuk 3 beschrijft eerst hoe de gegevens zijn verzameld en verwerkt. Vervolgens komen de resultaten aan de orde. Deze zullen, waar mogelijk, vergeleken worden

² In het vervolg zal meestal alleen nog over voorschrijven worden gesproken. Waar voorschrijven staat, wordt ook de aflevering door de apotheker bedoeld.

met de gegevens van de inventarisatie die in 1996 plaatsvond. Na de beschrijving van de stand van zaken in het FTO gaat hoofdstuk 4 in op de vraag welk effect het FTO heeft op de kwaliteit van het voorschrijven. Dit gebeurt door de gegevens uit hoofdstuk 3 te koppelen aan de prescriptiecijfers die bij vier zorgverzekeraars opgevraagd zijn. Dit gebeurt overigens slechts voor 85 FTO-groepen. Tot slot geeft hoofdstuk 5 een samenvatting van het rapport, alsmede een aantal beleidsconclusies en aanbevelingen voor verder onderzoek.

2 Het FTO en kwaliteit van voorschrijven

2.1 Inleiding

Farmaco Therapie Overleg (FTO) beoogt een bijdrage te leveren aan het optimaliseren van de kwaliteit van farmaceutische zorg. Dit hoofdstuk gaat in op de mogelijkheden en intenties die er binnen het FTO kunnen zijn om de kwaliteit van het voorschrijven te verhogen (paragraaf 2.2). Daarnaast wordt aandacht besteed aan verschillende manieren van samenwerking die mogelijk zijn binnen het FTO. Dit gebeurt aan de hand van een beschrijving van de (mogelijke) ontwikkeling van een FTO-groep van een vrijwillig en vrijblijvend samenwerkingsverband naar een professioneel samenwerkingsverband waarin afspraken gemaakt en nagekomen worden (paragraaf 2.3). Ingegaan wordt op de vraag welke omstandigheden bepalen dat groepen afspraken gaan maken en toetsen. Vervolgens gaan we in paragraaf 2.4 in op de vraag wanneer FTO leidt tot verbetering van de kwaliteit van het voorschrijven.

2.2 Voorschrijven en het FTO

Stappen ter verbetering van de kwaliteit van het voorschrijven

In de verbetering van de kwaliteit van het voorschrijven zijn drie stappen te onderscheiden (Veninga, 2000). In de eerste plaats is dat de ontwikkeling van standaarden en richtlijnen, ten tweede de beoordeling van de feitelijk aan patiënten geleverde zorg en ten derde het verbeteren of veranderen van het medisch handelen indien nodig. Deze drie activiteiten kunnen allemaal binnen het FTO plaatsvinden.

Ontwikkeling van standaarden en richtlijnen

De ontwikkeling van standaarden vindt zowel op landelijk als plaatselijk niveau plaats. De bekendste landelijke standaarden op het gebied van het voorschrijven van geneesmiddelen zijn die van het Nederlands Huisarts Genootschap: de zogenaamde NHG-standaarden. Vanaf 1989 worden deze ontwikkeld. Standaarden zijn 'richtlijnen voor het handelen van huisartsen, opgesteld door huisartsen, die optimaal wetenschappelijk zijn onderbouwd, door deskundige referenten becommentarieerd en op haalbaarheid getoetst' (NHG, 1990). FTO-groepen kunnen deze standaarden hanteren binnen hun FTO, maar kunnen er ook voor kiezen (deels) hun eigen richtlijnen te ontwikkelen.

Aan patiënten geleverde zorg

De aan patiënten geleverde zorg kan eveneens binnen FTO-groepen getoetst worden, bijvoorbeeld door het bespreken van de voorschrijfcijfers van de deelnemers, deze met elkaar te vergelijken en met landelijke of regionale cijfers.

Aanpassen geleverde zorg

Men kan bovendien afspreken, wanneer men de geleverde zorg onvoldoende vindt, deze aan te passen. Vraag is nu waarom het FTO een effectieve weg zou zijn waarlangs richtlijnen geïmplementeerd kunnen worden.

Implementatie van richtlijnen ter verbetering van kwaliteit van het voorschrijven

De implementatie van standaarden en richtlijnen ter verbetering van het voorschrijven kan namelijk op meer manieren gebeuren dan alleen via het FTO. Deze manieren verschillen in intensiteit en effectiviteit. Voorbeelden zijn de verspreiding van informatiemateriaal, het organiseren van voorlichtingsbijeenkomsten, patiëntgeoriënteerde interventies en het geven van feedback over voorschrijven. Zo vindt publicatie van nieuw ontwikkelde NHG-standaarden plaats in het tijdschrift *Huisarts en Wetenschap* (Bennema-Broos e.a., 2000). Uit verschillende overzichtsstudies blijkt echter dat het effect van gedrukt voorlichtingsmateriaal gering is (bijvoorbeeld Bero e.a., 1998; Gill e.a., 1999). Eerder al toonden Grol en Heerdink (1992) aan dat een jaar na verschijnen van een bepaalde standaard in *Huisarts en Wetenschap* ongeveer de helft van de huisartsen bekend is met de inhoud van de betreffende standaard. Uit de literatuur blijkt dat het succes van methoden om standaarden en richtlijnen te implementeren en aldus het voorschrijfgedrag van huisartsen te veranderen over het algemeen gering is (Veninga, 2000 voor een overzicht). Het meest succesvol in het veranderen van voorschrijfgedrag lijken educatieve praktijkbezoeken, toetsing, feedback en intercollegiaal overleg. De drie laatste methoden kunnen *in beginsel* allemaal binnen het FTO plaatsvinden, waardoor het FTO een effectieve methode lijkt om richtlijnen en standaarden te implementeren.

Implementatie van richtlijnen door intercollegiaal overleg

De basis van het FTO is uiteraard het intercollegiaal overleg waaraan twee beroepsgroepen deelnemen (huisartsen en apothekers). In dit overleg kunnen allerlei ontwikkelingen op het gebied van farmaceutische zorg besproken worden. De ontwikkelingen op het gebied van geneesmiddelen gaan snel. Er komen steeds nieuwe middelen op de markt, de wetenschappelijke kennis omtrent de werking van geneesmiddelen breidt zich steeds verder uit en het veld is de laatste jaren onderhevig geweest aan - voorstellen tot - beleidsveranderingen. Kortom: huisartsen en apothekers bevinden zich in een situatie waarin zij vrijwel continu nieuwe kennis tot zich moeten nemen. De FTO-groep vormt dan een setting waarin huisartsen en apothekers elkaar gemakkelijk op de hoogte kunnen brengen van de laatste ontwikkelingen en hierover met elkaar kunnen discussiëren. De deelnemers hoeven zo niet steeds zelf individueel op zoek naar anderen die hen informatie kunnen geven: het FTO vormt als het ware een basis hiervoor. Daarbij is het van belang dat zowel huisartsen als apothekers inbreng hebben, zij hebben elk hun eigen expertise (zie ook De Vries, 1998). De apotheker is bijvoorbeeld beter op de hoogte van mogelijke interacties tussen bepaalde geneesmiddelen, terwijl huisartsen bijvoorbeeld meer kennis hebben over diagnostiek. Daarnaast kan door deelname aan het FTO de relatie tussen huisartsen en apothekers versterkt worden, wat een positief effect op de kwaliteit van zorg kan hebben. Een apotheker zal, wanneer hij via het FTO vaker contact heeft met de huisarts, wellicht eerder contact met een huisarts opnemen als hij vragen heeft over de voorgeschreven medicatie.

Implementatie van richtlijnen: effecten van toetsing en feedback

Het FTO kan echter verder gaan dan alleen het uitwisselen van informatie. Toetsing van gemaakte afspraken en feedback op voorschrijfgedrag kunnen ook plaatsvinden. Uit het onderzoek van Veninga (2000) blijkt dat hiervan een (bescheiden) effect te vinden is op het voorschrijfgedrag. In haar onderzoek implementeerde zij scholingsprogramma's in een aantal FTO-groepen. Een deel van de groepen kreeg een programma voor astma, de andere groep voor urineweginfecties. De kern van beide programma's werd gevormd door een combinatie van feedback op beslissingsstrategieën (op welke gronden neemt een arts beslissingen) met feedback op het voorschrijfgedrag (wat wordt uiteindelijk voorgeschreven). Het bleek dat het programma effectiever was voor urineweginfecties dan voor astma. Dit schrijft Veninga toe aan het feit dat de boodschap die aan de huisartsen overgebracht moet worden bij astma complexer is dan bij urineweginfecties.

De Vries (1998) concludeerde op basis van een onderzoek onder 33 FTO-groepen dat feedback en toetsing kunnen bijdragen aan verandering van het voorschrijfgedrag. Zij

evalueerde het effect van één bijeenkomst voor elk van deze groepen. Elke groep besprak tijdens die bijeenkomst een bepaald onderwerp (door de groep zelf gekozen; er zat derhalve variatie in de onderwerpen). Voor elke groep werden de prescriptiecijfers over dit onderwerp vóór en na de bijeenkomst met elkaar vergeleken. De resultaten lieten zien dat bij iets minder dan de helft (45%) van de groepen een - kleine - verbetering optrad in het voorschrijfgedrag. De Vries concludeerde met enige voorzichtigheid (vanwege de kleine aantallen in haar studie) dat "effectiviteit eerder bereikt lijkt te worden wanneer de FTO-afspraken ondersteund worden door continue feedback op voorschrijfgedrag, door lijsten met namen van patiënten voor wie de afspraak een verandering in geneesmiddelengebruik betekent, en wanneer de afspraken eenduidig zijn en relatief eenvoudig door zijn te voeren" (De Vries, 1998).

Deze bevinding vindt ondersteuning in het onderzoek van Van den Hoogen e.a. (1999). Zij onderzochten hoe de voorschrijfgegevens van één FTO-groep, de FTO-groep Asten, zich verhouden tot die van andere groepen in Nederland. Deze FTO-groep kenmerkt zich door een erg intensief FTO, waarin afspraken worden gemaakt en getoetst. Er is veel overleg tussen de deelnemers en de relatie tussen de apotheker en de huisartsen is goed; men maakt veel gebruik van elkaars expertise. De groep heeft een eigen elektronisch formularium ontwikkeld. Artsenbezoekers worden niet door de huisartsen maar de apotheker ontvangen. Asten heeft 16.000 inwoners. Op jaarbasis schrijven de huisartsen in de FTO-groep Asten 1 miljoen gulden minder voor dan huisartsen in Nederland gemiddeld doen aan 16.000 mensen. De deelnemers bereiken deze besparing door minder én goedkoper voorschrijven van geneesmiddelen.

Kenmerken van het FTO en kwaliteit van voorschrijven

Veninga (2000) en De Vries (1998) hebben beiden in hun onderzoek niet veel kenmerken opgenomen van de FTO-groep zelf. Toch kan verondersteld worden dat kenmerken van de groep effect hebben op het voorschrijven. Zo is een basisvoorwaarde dat het FTO goed georganiseerd is. Daarbij komt dat ook relationele aspecten van belang kunnen zijn (De Vries, 1998). Onder relationele aspecten verstaat De Vries aspecten die gerelateerd zijn aan de werkrelaties van de deelnemers binnen een groep. Voorbeelden van dergelijke aspecten zijn of een groepslid zich vrij voelt om zijn of haar mening te geven of om vragen te stellen. De Vries onderzocht niet expliciet het effect van deze relationele aspecten op het functioneren van het FTO. Wat uit het onderzoek van De Vries wel naar voren komt is dat zogenaamde 'objectieve' kwaliteitsaspecten zoals het maken en vooral toetsen van afspraken effect kunnen hebben op het voorschrijfgedrag.

In de volgende twee paragrafen gaan we nader in op het functioneren van het FTO, op verschillen daarin en op de relatie tussen kenmerken van het FTO en kwaliteit van het voorschrijven.

2.3 Van vrijwillig en vrijblijvend FTO naar een professioneel samenwerkingsverband

Wanneer werkt een FTO-groep succesvol samen? Het antwoord op deze vraag kan heel divers zijn. Mogelijke antwoorden zijn 'als de deelnemers er iets van opsteken' (vermeerdering van **kennis**) of 'als er afspraken over voorschrijfbeleid worden geformuleerd' (**intenties** tot gedragsverandering). Vraag is of deze antwoorden voldoende zijn om te kunnen spreken van succesvol samenwerken. Het doel waarvoor het FTO is opgericht, is verbetering van de kwaliteit van farmaceutische zorg. Vanuit dat oogpunt is samenwerken pas succesvol als er een positief effect uitgaat van het FTO op het voorschrijf- en aflever**gedrag** van de deelnemers. Omdat het FTO in beginsel vrijblijvend van karakter is, hangt het in sterke mate van groepen zelf af hoe zij invulling geven aan het doel 'kwalitatief betere farmaceutische zorg'. Dit betekent dat bepaalde groepen zich beperken tot het uitwisselen van informatie en hiermee tot kennisvermeerdering, terwijl andere groepen afspraken maken en toetsen,

waardoor gedragsverandering zou kunnen optreden. Dit zal weer effect hebben op de kwaliteit van de farmaceutische zorg. In deze paragraaf wordt ingegaan op de verschillende manieren waarop FTO-groepen kunnen samenwerken en worden hypothesen geformuleerd met betrekking tot factoren die de mate van samenwerking kunnen beïnvloeden.

Het FTO is een samenwerkingsverband tussen professionals. Het is mogelijk vier lagen te onderscheiden in het 'afsprakeniveau' van samenwerkingsverbanden. Deze geven een ontwikkeling aan van het opstarten van overleg via vrijblijvend overleg naar een min of meer professioneel samenwerkingsverband (vergelijk: Visser, 1980; Meijer en Groenewegen, 1996):

- Niveau 1: geen gestructureerd overleg
- Niveau 2: regelmatig overleg zonder concreet afspraken te maken
- Niveau 3: regelmatig overleg met concrete afspraken
- Niveau 4: regelmatig overleg met toetsing van gemaakte afspraken

Niveau 1: Geen gestructureerd overleg

Op het eerste afsprakeniveau is er geen sprake van gestructureerd overleg op het gebied van farmacotherapie. Met gestructureerd overleg wordt bedoeld dat er een regelmatig overleg is, waarbij men bij elkaar komt op een tevoren vastgesteld tijdstip. Bijna alle FTO-groepen zijn dit niveau inmiddels ontstegen. De groepen komen vrijwel allemaal met een zekere regelmaat bijeen, hebben een agenda, een voorzitter en zowel huisartsen als apothekers bereiden de bijeenkomsten voor (Stichting DGV, 1997).

Niveau 2: Regelmatig overleg zonder afspraken

Op het tweede afsprakeniveau is er wel regelmatig overleg over farmacotherapie maar de deelnemers maken geen afspraken. Het overleg is er vooral op gericht de **kennis** van de deelnemers te vergroten. Een aanzienlijk deel van de FTO-groepen bevond zich in 1996 nog in deze fase (Stichting DGV, 1997). Deze groepen houden het bij het uitwisselen van informatie en het geven van vrijblijvende adviezen aan elkaar. Wanneer bijvoorbeeld het voorschrijven van benzodiazepinen op het programma staat, dan zal in de groep gepraat worden over de werking van de stof, diagnoses waarbij deze geneesmiddelen voorgeschreven moeten worden, wanneer dat niet gedaan moet worden, voor hoe lang een recept meegegeven kan worden, of herhaalrecepten toegestaan zijn, etc. Echter, tot concrete afspraken over het voorschrijven van benzodiazepinen zal men niet komen. In feite is het FTO op deze manier een vrijblijvend samenwerkingsverband.

Niveau 3: Regelmatig overleg met afspraken

Op het derde afsprakeniveau worden gezamenlijke afspraken gemaakt over het voorschrijfbeleid van de FTO-groep. Groepen die zich op het derde afsprakeniveau bevinden, hebben de **intentie** om iets aan hun gedrag te veranderen; anders zouden zij geen afspraken over voorschrijfbeleid hoeven te maken. Vergeleken met het voorgaande niveau is dit niveau minder vrijblijvend en leveren deelnemers een deel van hun autonomie in. De FTO-groep maakt afspraken en stelt protocollen op waarin deelnemers vastleggen aan welke afspraken zij zich zullen houden. Deze afspraken en protocollen kunnen gaan gelden als groepsnormen. Normen specificeren welke handelingen als correct en welke handelingen als incorrect worden ervaren door een groep personen (Coleman, 1990). Normen kunnen aldus gedefinieerd worden als relatief stabiele verwachtingen (met betrekking tot een bepaald soort gedrag in een bepaald soort situatie) die door ten minste twee personen gedeeld worden (Lindenberg, 1991). De normen (afspraken) schrijven voor hoe de huisarts of de apotheker zich in een bepaalde situatie moet gedragen. De groep spreekt bijvoorbeeld het volgende af: bij het voorschrijven van benzodiazepinen wordt het eerste recept voor maximaal twee weken meegegeven. Deze afspraak beperkt daarmee in principe de handelingsruimte (en dus de autonomie) van de huisartsen. Waar de huisarts eerst wellicht weleens een eerste recept voor een maand meegaf, kan dat nu volgens de afspraak niet meer. In groepen die zich op afsprakeniveau 3 bevinden wordt echter niet getoetst of de huisarts zich in dit geval aan de gemaakte afspraak (norm) houdt.

Niveau 4: Regelmatig overleg met toetsing van afspraken

Toetsing en evaluatie van afspraken vindt wel plaats in FTO-groepen die zich op het vierde afspraakniveau bevinden. Op dit niveau is men het meest bereid tot gedragsverandering; (verandering in) **gedrag** wordt immers getoetst. Wanneer weer uitgegaan wordt van de afspraak als groepsnorm dan geldt dat handhaving ervan plaatsvindt door sociale controle. Hierbij dienen beloningen en sancties als controle-instrumenten. Personen die een bepaalde norm hebben, claimen het recht sancties toe te passen bij afwijking van die norm en erkennen ook het recht van anderen die de norm hebben om sancties toe te passen. Zoals Coleman (1990: p. 243) het stelt: personen van wie de handelingen onderworpen zijn aan normen, houden in hun handelingen rekening met deze normen en met de potentiële beloningen en straffen die gepaard gaan met deze normen.

Het FTO heeft op zich weinig mogelijkheden voor sanctionering; het is in principe vrijblijvend en afspraken zijn niet bindend. Voortbordurend op het eerder gebruikte voorbeeld over het voorschrijven van benzodiazepinen geldt dat huisartsen niet verplicht zijn een eerste recept aan een patiënt maximaal voor twee weken voor te schrijven, ook niet als de FTO-groep hun gedrag toetst. Echter, in een situatie waarin afspraken getoetst worden, bijvoorbeeld door het presenteren van voorschrijfcijfers per individuele huisarts in de FTO-groep, kunnen huisartsen zich wel op hun gedrag aangesproken voelen. Zij kunnen het als een soort sanctie ervaren om in groepsverband te (laten) zien dat zij zich niet aan de afspraak hebben gehouden.¹ Anderzijds kan het als beloning voelen voor de deelnemers wanneer blijkt dat zij de door henzelf gestelde doelen bereiken.

Over het algemeen geldt overigens voor huisartsen vaker dan voor apothekers dat zij zich aan groepsafspraken moeten houden, simpelweg omdat het grootste deel van de afspraken betrekking heeft op het voorschrijven door de huisarts en veel minder op het afleveren door de apotheker. Apothekers krijgen in afspraken juist vaak een controlerende functie toebedeeld, bijvoorbeeld het navragen bij de huisarts wanneer deze een te hoge dosis (volgens de afspraak van de groep) voorschrijft of wanneer deze een ander middel voorschrijft dan de door de groep gekozen voorkeursmiddelen. Bovendien staat hun gedrag minder ter discussie wanneer afspraken in groepen getoetst worden. Toetsen gebeurt vaak aan de hand van prescriptiecijfers **per huisarts**, waardoor zichtbaar wordt of deze zich al dan niet aan afspraken heeft gehouden.

Randvoorwaarden voor het komen tot afspraken maken, toetsen en evalueren

Verwacht kan worden dat in groepen die afspraken maken en toetsen sterkere effecten op het voorschrijfgedrag te zien zullen zijn. Immers, in de afspraken worden richtlijnen voor voorschrijven vastgelegd. Zo zal in een afspraak over het voorschrijven van benzodiazepinen vastgelegd worden wat voorkeursmiddelen zijn en welke dosering en voorschrijfduur men voor bepaalde patiënten wil hanteren. Het kan natuurlijk zijn dat de huisartsen zich al hielden aan deze afspraak, maar over het algemeen zal men toch juist een afspraak maken om de kwaliteit van het voorschrijven te verhogen. In die zin kunnen het maken en toetsen van afspraken gezien worden als kwaliteitskenmerken van het FTO. Groepen op afspraakniveau 4 voldoen beter aan kwaliteitseisen dan de groepen op de lagere niveaus. Zoals gezegd zijn niet alle FTO-groepen zo ver dat ze zich op afspraakniveau 4 bevinden. Om dat niveau te bereiken, zal aan een aantal verschillende randvoorwaarden moeten worden voldaan. De eerste groep randvoorwaarden is organisatorisch van aard, de tweede heeft betrekking op de sfeer in de groep.

In het onderstaande zal hierop nader worden ingegaan. Als eerste zal ingegaan worden op de effecten die de organisatie van het FTO kan hebben op het maken, toetsen en evalueren van

¹ Uiteraard kan een huisarts goede redenen hebben om af te wijken van de afspraak; deze kunnen dan bij de toetsing toegelicht worden.

afspraken. Vervolgens komt de relatie tussen de sfeer in de groep en het afspraakniveau aan de orde. Hierbij worden hypothesen geformuleerd, welke in hoofdstuk 4 getoetst zullen worden.

Organisatie van het FTO

Een goed opgezet en georganiseerd FTO is de randvoorwaarde om het FTO te kunnen laten functioneren (Kocken en Etienne 1998) en te komen tot werkbare afspraken. Bij organisatorische kenmerken valt te denken aan aspecten als de duur en lengte van bijeenkomsten, de opkomst van bijeenkomsten en de manier waarop de bijeenkomsten voorbereid en geleid worden. De duur van de bijeenkomst is belangrijk omdat afspraken niet zo maar gemaakt kunnen worden. Er zal veelal inhoudelijke toelichting en ook discussie zijn nodig voordat men tot overeenstemming komt en dit vastlegt in afspraak. Toetsing van afspraken, bijvoorbeeld aan de hand van prescriptiecijfers, kost ook tijd. De opkomst is van belang omdat de afspraken een breed draagvlak dienen te hebben en ook omdat toetsing anders weinig zin heeft: als deelnemers niet op komen dagen zien ze niet hoe hun voorschrijfgedrag is geweest (in verhouding tot dat van collega's). Uiteraard is een goede voorbereiding nodig om te komen inhoudelijke onderbouwing van afspraken en presenteren van goede prescriptiecijfers. Omdat huisarts en apotheker hun eigen expertise hebben, is het nuttig wanneer beide beroepsgroepen bij de voorbereidingen betrokken worden. De leiding van een vergadering kan invloed hebben op het besluitvormingsproces. Een voorzitter kan de discussie in goede banen leiden, zorgen dat iedereen een bijdrage kan leveren en helpen de discussie om te zetten naar een afspraak waarin alle groepsleden zich kunnen vinden. Bovenstaande verwachtingen komen onder andere voort uit ervaringen van FTO-adviseurs en kunnen samengevat worden in de volgende hypothese.

"Organisatie van het FTO"

Hoe beter het FTO wordt voorbereid, gestructureerd en uitgevoerd, des te beter is de kwaliteit van de FTO-groep is (d.w.z. hoe eerder men komt tot maken, toetsen en evalueren van afspraken)

Cultuur binnen het FTO

Naast een goede organisatie is ook een goede sfeer belangrijk. Om te komen tot afspraken, zal men elkaars inhoudelijke kennis en expertise moeten respecteren en soms bereid zijn water bij de wijn te doen. Voor het toetsen van afspraken lijkt een goede sfeer nog belangrijker. Immers, als de sfeer in de groep niet vertrouwelijk en open is, dan zullen deelnemers minder snel bereid zijn hun eigen voorschrijfgedrag samen met collega's kritisch te bekijken en nadere afspraken te maken over eventuele veranderingen in hun voorschrijfgedrag. Vertrouwen lijkt derhalve een noodzakelijke voorwaarde te komen tot afspraken en toetsing ervan. Dit houdt bijvoorbeeld in dat men het idee heeft dat ook als men niet aan de gestelde norm voldoet, er ruimte is daarover te discussiëren en dat eventuele afwijkingen door een deelnemer niet meteen als negatief worden beschouwd door de groep. Maar vertrouwen houdt ook in dat men niet bang is elkaar (gefundeerde) kritiek te geven indien dat nodig is. Zo'n open sfeer wordt bereikt, wanneer deelnemers het gevoel hebben te werken in een groep waarin efficiënt en concreet gewerkt wordt en waarin deelnemers vertrouwelijk met elkaar omgaan. Daarom is ook een open cultuur, net als een goede organisatie van het FTO, een randvoorwaarde om te komen tot afspraken. Dit leidt tot de volgende hypothese:

Hypothese "Cultuur"

Hoe positiever de 'cultuur' binnen de groep is, des te beter is de kwaliteit van de FTO-groep is (d.w.z. hoe eerder men komt tot maken, toetsen en evalueren van afspraken)

We verwachten derhalve een effect van organisatie en cultuur op de kwaliteit van het FTO. In de volgende paragraaf wordt ingegaan op het effect dat de kwaliteit van het FTO kan hebben op de kwaliteit van het voorschrijven.

2.4 Effect van kwaliteit van het FTO op kwaliteit van voorschrijven

Doel van het FTO is de kwaliteit van de farmaceutische zorg te verbeteren. In dit rapport wordt kwaliteit van farmaceutische zorg in beperkte zin opgevat. Het gaat alleen over het voorschrijven en afleveren van geneesmiddelen door de deelnemers van de FTO-groep. Daarbij ligt de nadruk op het voorschrijfvolume en de kosten van voorschrijven, en in mindere mate op de preparaatkeuze. De reden hiervoor is dat de gegevens die voor onderhavig onderzoek beschikbaar waren, geen informatie bevatten over de indicatie waarvoor voorgeschreven werd. Dit betekent dat het lastig is de inhoudelijke kwaliteit van het voorschrijven te beoordelen. Samengevat betekent dit dat onder kwaliteit van farmaceutische zorg in dit rapport het minder en goedkoper voorschrijven van geneesmiddelen wordt verstaan.

Kwaliteitskringloop

Beide beroepsgroepen die deelnemen aan het FTO (huisartsen en apothekers) zijn steeds meer met systematische kwaliteitsbevordering bezig (zie Bennema-Broos e.a., 2000). Het FTO is een instrument om dat te bewerkstelligen. Binnen het FTO zijn mogelijkheden om aan kwaliteitsverbetering te werken, namelijk door het hanteren van een kwaliteitssysteem: een besturingssysteem om de kwaliteit van het voorschrijven op systematische wijze te normeren en bewaken en verbeteringen aan te brengen bij geconstateerde tekortkomingen (De Bakker e.a., 1994). De basis van een kwaliteitssysteem is de zogenaamde kwaliteitskringloop ofwel: het systematische aanbrengen van veranderingen bij geconstateerde tekortkomingen (ibid.). De kringloop bestaat uit de volgende vier stappen:

1. normeren: het vastleggen van eisen waaraan de zorg moet voldoen;
2. meten: het meten hoe de daadwerkelijke zorgverlening verloopt;
3. evalueren: het beoordelen of de werkelijkheid overeenkomt met de gestelde eisen;
4. verbeteren: het aanbrengen van veranderingen bij tekortkomingen.

Hoe kunnen deze fasen binnen het FTO worden ingevuld? De fase van normeren bestaat uit het formuleren van doelen en het maken van afspraken over de te verlenen farmaceutische zorg. Dit is wat op afspraakniveau 3 (zie vorige paragraaf) gebeurt. In de tweede fase, die van het meten, moet getoetst worden of de gemaakte afspraken in de praktijk ook werken. Het gebruik van prescriptiecijfers is hierbij van essentieel belang: is er iets veranderd in het voorschrijf- en aflevergedrag van de deelnemers als gevolg van de gemaakte afspraken? Vervolgens moet binnen de FTO-groep gekeken worden of bijstelling van de gemaakte afspraken noodzakelijk en mogelijk is. Zo ja, dan dienen de afspraken veranderd te worden. Deze laatste drie fasen zijn alleen aanwezig op afspraakniveau 4. De verwachting is dat de kwaliteit van de farmaceutische zorg beter is naarmate er meer afspraken gemaakt, getoetst en geëvalueerd worden. In dit onderzoek betekent dit dat de verwachting is dat een hoger afspraakniveau leidt tot minder en goedkoper voorschrijven. Daarnaast verwachten we dat deelnemers binnen een groep meer op elkaar gaan lijken in voorschrijf- en aflevergedrag wanneer er afspraken gemaakt worden. Immers, in een afspraak worden richtlijnen vastgelegd die voor de hele groep hetzelfde zijn.

Hypothese "Kwaliteit"

Naarmate een FTO-groep een hogere kwaliteit heeft, d.w.z. naarmate er meer gedaan wordt aan afspraken maken, toetsen en evalueren, des te:

- minder deze groepen voorschrijven;
- goedkoper deze groepen voorschrijven en
- des te meer de deelnemers binnen de groep op elkaar lijken in voorschrijfgedrag.

Indirecte effecten van organisatie en cultuur

De vorige paragraaf liet een aantal kenmerken zien die effect hebben op de kwaliteit van de FTO-groep: de organisatie en de cultuur van de groep. Wanneer het FTO goed georganiseerd is, heeft dit niet direct zijn weerslag op het voorschrijven. Het feit dat een groep bijvoorbeeld een vaste voorzitter heeft en bijeenkomsten die enige lengte hebben, zal niet direct tot gevolg hebben dat huisartsen hun voorschrijfgedrag veranderen. Echter, door het goed organiseren van het FTO zal de groep eerder tot afspraken maken en toetsen komen, en dat heeft weer een positief effect op het voorschrijfgedrag. Dezelfde redenering geldt voor cultuur. Een open, vertrouwelijke sfeer leidt op zichzelf niet tot beter voorschrijven, maar maakt wel dat men er eerder afspraken over maakt. Dit betekent dat organisatie en cultuur **indirect** de kwaliteit van het voorschrijven beïnvloeden, namelijk via de kwaliteit van het FTO. Figuur 2.1 vat bovenstaande samen.

Figuur 2.1 Effecten van het FTO op het voorschrijven



2.5 Samenvatting

Het FTO is een weg waarlangs richtlijnen en standaarden geïmplementeerd kunnen worden onder andere door intercollegiaal overleg, toetsing en feedback. FTO-groepen kunnen op verschillende manieren functioneren. Sommige groepen wisselen alleen informatie uit, terwijl andere groepen verder gaan en afspraken maken over welke geneesmiddelen bij voorkeur voor te schrijven bij een bepaalde indicatie, in welke dosering e.d. Weer andere groepen gaan nog een stap verder en toetsen of de gemaakte afspraken daadwerkelijk worden geïmplementeerd in de praktijk en of deze eventueel aanpassing behoeven. In dit hoofdstuk is beargumenteerd dat de kans dat afspraken gemaakt, getoetst en geëvalueerd groter is in groepen die een goede organisatie hebben en waarin de sfeer open en vertrouwelijk is. Wanneer afspraken gemaakt, getoetst en geëvalueerd worden (kwaliteit van het FTO genoemd), dan zal het doel van het FTO - verbetering van de kwaliteit van de farmaceutische zorg - eerder bereikt worden. Dit onderzoek gaat na in hoeverre deze verwachting op gaat. Hierbij moet aangetekend worden dat kwaliteit van de farmaceutische zorg in dit onderzoek beperkt wordt opgevat. Het gaat met name om het minder en goedkoper voorschrijven en afleveren. In hoofdstuk 4 zal aan de hand van empirische gegevens getoetst worden in hoeverre de kwaliteit van het FTO het voorschrijven van de deelnemers aan het FTO beïnvloedt. Daarvoor wordt eerst, in hoofdstuk 3, een overzicht gegeven van de stand van zaken in het FTO in 1999. Hoe hebben de groepen zich georganiseerd, hoe is de sfeer, wat bespreken ze en waarover maken ze afspraken zijn voorbeelden van onderwerpen die hierbij aan de orde komen.

3 Stand van zaken in het FTO anno 1999

3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk geeft een overzicht van de stand van zaken binnen het FTO in 1999. Dit overzicht is gebaseerd op de Landelijke inventarisatie FTO die in het kader van onderhavig onderzoek is gehouden en waaraan driekwart van alle FTO-groepen in Nederland heeft deelgenomen. Paragraaf 3.2 beschrijft de dataverzameling en de respons. De resultaten staan beschreven in paragraaf 3.3. Aan de orde komen onderwerpen als de organisatie van het FTO, de doelen die groepen nastreven, de inhoud van het FTO, de gebruikte methoden en de tevredenheid met het FTO. Waar mogelijk worden de resultaten vergeleken met die van de Landelijke Inventarisatie FTO 1996.¹ Dit levert inzicht in veranderingen waaraan het FTO mogelijk onderhevig is geweest.

3.2 Dataverzameling

3.2.1 Opzet

Om een beeld te krijgen hoe het FTO anno 1999 functioneert, is in juni van dat jaar een schriftelijke enquête gehouden onder alle FTO-groepen in Nederland: de 'Landelijke Inventarisatie FTO 1999'. Deze inventarisatie was (grotendeels) een herhaling van eerdere inventarisaties in 1992 en 1996. In totaal waren er in 1999 835 FTO-groepen verdeeld over 23 regio's. De adresgegevens waren afkomstig van Stichting DGV. Het merendeel van de FTO-groepen beschikt over twee contactpersonen: een apotheker en een huisarts. In de landelijke inventarisatie FTO 1996 was besloten deze contactpersonen als vertegenwoordigers te zien voor de hele FTO-groep. Om de vergelijkbaarheid met 1996 zo groot mogelijk te houden is deze keuze ook in 1999 gemaakt. Het zou bovendien praktisch gezien onhaalbaar zijn geweest alle leden van de FTO-groepen te benaderen omdat vrijwel elke huisarts en apotheker in Nederland deelneemt aan een FTO. Aselect kiezen van een groepslid was lastig omdat de samenstelling van veel groepen niet bekend is bij Stichting DGV; alleen de contactpersonen zijn bekend. De vragenlijsten zijn derhalve gestuurd aan de bij Stichting DGV geregistreerde contactpersonen van alle FTO-groepen in Nederland. Dit betekent dat per groep meestal twee personen de vragenlijst hebben ontvangen: een apotheker en een huisarts.² De resultaten in dit rapport geven derhalve de mening weer van de contactpersonen. Deze kan mogelijk afwijken van de mening van de andere leden van de FTO-groep.

3.2.2 Respons

De vragenlijsten zijn in juni 1999 verzonden. In juli zijn de contactpersonen van groepen die nog niet gereageerd hadden, telefonisch benaderd. Dit is gedaan door de FTO-adviseur van de

¹ De gegevens van de Landelijke Inventarisatie FTO 1996 zijn ontleend aan: Stichting DGV. Landelijke Inventarisatie Farmacotherapie-overleg 1996. Een beschrijvend onderzoek naar de stand van zaken in het FTO (1997).

² Voor een aantal groepen werden in het adresbestand drie contactpersonen vermeld. Deze drie contactpersonen zijn in dat geval allemaal benaderd.

regio waartoe de FTO-groepen behoren. Doel was de respons te verhogen. In augustus zijn herinneringsbrieven verstuurd. Omdat op dat moment besloten was dat per FTO-groep maar één vragenlijst gebruikt zou worden (zie verderop in deze paragraaf), zijn uitsluitend de contactpersonen aangeschreven van groepen waarvan tot dan toe nog niemand gereageerd had. Wanneer van een groep dus één enquête binnen was, heeft de andere contactpersoon geen herinnering ontvangen. In totaal zijn 420 herinneringsbrieven gestuurd. Ook zijn er in september nog FTO-adviseurs geweest die gebeld hebben naar de groepen die nog niet gereageerd hadden. Van de 1697 benaderde contactpersonen hebben er uiteindelijk 779 de vragenlijst ingevuld teruggestuurd. Dit is een respons van 46%.

Een respons van 46% is niet hoog. Dit kan te maken hebben met een aantal factoren. In de eerste plaats is de enquête vlak voor de zomervakantie verstuurd, over het algemeen een drukke periode. In de tweede plaats kan de lengte van de vragenlijst een rol gespeeld hebben: het was een lange enquête en bovendien moest een aantal zaken nagezocht worden. In de derde plaats kregen, zoals eerder al aangegeven, in iedere groep twee personen de vragenlijst. Een aantal groepen heeft melding gemaakt van onderling overleg, waarbij besloten werd de vragenlijst door één iemand te laten invullen. Het kan zijn dat dit in meer groepen gebeurd is. Derhalve is de respons ook op groepsniveau bekeken. Bijna alle vragen in de enquête hebben betrekking op het functioneren van de groep en in die zin is het voldoende als één van de twee contactpersonen de vragenlijst invult.

Tabel 3.1 geeft per regio de respons op groepsniveau. Het responspercentage op groepsniveau ligt beduidend hoger dan op individueel niveau. In totaal hebben we gegevens van 74% van de groepen. De verschillen tussen de regio's zijn aanzienlijk. De respons is het hoogst in Zuidoost-Brabant (91%), Limburg (89%) en West-, Schie- en Delfland (89%). De regio's Zuid-Holland Zuid (48%), Rijnland en Midden-Holland (52%), Stedendriehoek (52%) en Twente (52%) haalden de laagste respons. De respons is beïnvloed door de intensiteit waarmee de FTO-adviseurs hebben gebeld naar groepen waardoor nog niet gereageerd was. De regio's waarin dit actief is gedaan, hebben vrijwel allemaal een respons van 80% of hoger. Een kwart van de groepen heeft helemaal niet gereageerd aan het verzoek deel te nemen aan de enquête. Van deze groepen is niets bekend. Het is niet derhalve niet duidelijk of de groepen die niet gereageerd hebben op bepaalde kenmerken afwijken van de groepen die wel hebben deelgenomen. Daarom kan niet zondermeer aangenomen worden dat de gegevens zoals gepresenteerd in dit rapport representatief zijn voor Nederland. Het zou bijvoorbeeld zo kunnen zijn dat de groepen die goed functioneren eerder meedoen aan een onderzoek over het FTO dan slecht functionerende groepen.

Zowel in 1996 als in 1999 was er een non-respons op de enquête. Het is niet duidelijk of de groepen die in 1996 niet deelnamen ook de groepen zijn die in 1999 niet deelnamen. Derhalve zal met de vergelijking tussen 1996 en 1999 enigszins voorzichtig omgegaan worden.

3.2.3 Vragenlijst

In de meting van 1999 is voor eenzelfde opzet gekozen als in 1996: een schriftelijke enquête met grotendeels gesloten vragen. Voor een groot deel komen de vragen die in 1999 zijn gesteld overeen met die van 1996. Wel is een aantal extra vragen aan de lijst toegevoegd, zoals vragen over het gebruik van elektronische formularia; in 1996 werd hiervan nog nauwelijks gebruik gemaakt.

In de vragenlijst komen veel kenmerken van het FTO aan de orde (zie bijlage 1 voor de complete vragenlijst). In de eerste plaats zijn dat kenmerken die gerelateerd zijn aan de organisatie van het FTO. Het gaat hierbij om aspecten als de groeps grootte, de duur en frequentie van de bijeenkomsten, de opkomst, de voorbereiding, de verslaglegging en evaluatie.

Tabel 3.1 Respons 'Landelijke Inventarisatie FTO' per regio op groepsniveau

regio	totaal aantal groepen	aantal groepen respons (absoluut aantal en % in de regio)
1. Amsterdam	41	32 (78%)
2. Haarlem/Kennemerland	30	22 (73%)
3. Noord-Holland Noord	64	39 (61%)
4. Den Haag e.o.	28	17 (61%)
5. Rijnland en Midden-Holland	33	17 (52%)
6. Rotterdam e.o.	45	37 (82%)
7. Zuid-Holland Zuid	29	14 (48%)
8. Zeeland	13	11 (85%)
9. West-Brabant	34	28 (82%)
10. Noord-Brabant Noordoost	31	26 (84%)
11. Limburg	65	58 (89%)
12. Utrecht	46	33 (72%)
13. Gooi/Eemland etc.	40	32 (80%)
14. Groot Gelre	70	58 (83%)
15. Stedendriehoek	31	17 (52%)
16. Zwolle en Flevoland	40	31 (78%)
17. Twente	33	17 (52%)
18. Drenthe	28	18 (64%)
19. Friesland	30	24 (80%)
20. Groningen	32	26 (81%)
21. West-/Schie-/Delfland	19	17 (89%)
22. Midden-Brabant	19	12 (63%)
23. Zuidoost-Brabant	34	31 (91%)
Totaal	835	618 (74%)

Vervolgens is gevraagd naar de doelen die FTO-groepen zichzelf stellen en naar de inhoud van het FTO: welke onderwerpen zijn besproken, hoe selecteert men onderwerpen en welke informatiebronnen gebruikt de groep. Een ander onderwerp is het gebruik van verschillende methoden tijdens FTO-bijeenkomsten. Voorbeelden van methoden zijn casussen, bespreken van een formulier en het spiegelen van het eigen voorschrijfgedrag aan afspraken en standaarden en het houden van voordrachten. Speciale aandacht is besteed aan het gebruik van prescriptiecijfers in het FTO; hierbij is gevraagd met welk doel deze worden gebruikt.

Vervolgens is ook de cultuur binnen de FTO-groep aan de orde gesteld. Hierbij is bijvoorbeeld gevraagd naar het verloop van de bijeenkomsten, de sfeer in de groep, de aard van het beleid en de houding t.o.v. NHG-standaarden. Ook is gevraagd aan de respondenten of het FTO volgens hen effect heeft op hun dagelijks handelen. Tot slot is getracht met behulp van de vragenlijst de ondersteuning die Stichting DGV aan de groepen geeft, in kaart te brengen.

In de vragenlijst is een aantal vragen gesteld over specifieke onderwerpen zoals het melden van bijwerkingen, het gebruik van materiaal van de Stichting LAREB (Landelijke Registratie Bijwerkingen) en het gebruik van CARA-check (een door Stichting DGV gemaakte module voor FTO-groepen). Deze zijn gesteld in het kader van andere projecten en worden in dit verslag verder niet verwerkt.

3.2.4 Analyses

Van 618 groepen heeft ten minste één van de twee contactpersonen gereageerd. Van de groepen waarvan twee contactpersonen hadden gereageerd op de enquête, zijn uiteindelijk slechts de gegevens van één van de twee gebruikt voor de analyses. At random is bepaald welke van de twee dat was. In 53% van de groepen zijn de antwoorden gegeven door de huisarts-contactpersoon, in 46% zijn de gegevens afkomstig van de apotheker-contactpersoon en in 1% van de gevallen hebben zij gezamenlijk de vragenlijst beantwoord.³ De keuze om slechts één van de twee contactpersonen in de analyses te betrekken is gedaan vanuit de overweging dat de meeste onderwerpen die in de vragenlijst aan de orde kwamen betrekking hebben op 'groepsfeiten' en niet op de mening van individuele groepsleden. Derhalve zou het voldoende zijn de antwoorden van één contactpersoon in de analyses te betrekken. Voor 130 groepen waren gegevens van twee contactpersonen voor handen, dus zowel van de huisarts- als van de apotheker-contactpersoon. Met behulp van gepaarde t-toetsen is nagegaan of de huisartsen en apothekers in deze 130 groepen op de gestelde vragen van elkaar verschilden. Dit bleek slechts in beperkte mate het geval te zijn. Dit rechtvaardigt de keuze slechts één contactpersoon in de analyses te betrekken.

Vrijwel alle analyses in dit hoofdstuk zijn univariaat, dit wil zeggen dat zij betrekking hebben op één kenmerk van de FTO-groep. De gegevens van 1999 worden wel waar mogelijk vergeleken met die van 1996. Omdat de data van 1996 geanonimiseerd waren, was het niet mogelijk deze te koppelen aan de data uit 1999. Dit betekent dat het niet mogelijk was de verschillen tussen 1996 en 1999 te toetsen op significantie.

Over het algemeen genomen worden alleen groepskenmerken gepresenteerd en wordt er geen onderscheid gemaakt tussen huisarts-contactpersonen en apotheker-contactpersonen. Voor de onderwerpen die meer betrekking hebben op de mening van de contactpersoon dan op een groepskenmerk is wel onderscheid naar de beroepsgroepen gemaakt. In die gevallen is nagegaan of huisartsen en apothekers significant van elkaar verschilden.

3.3 Resultaten

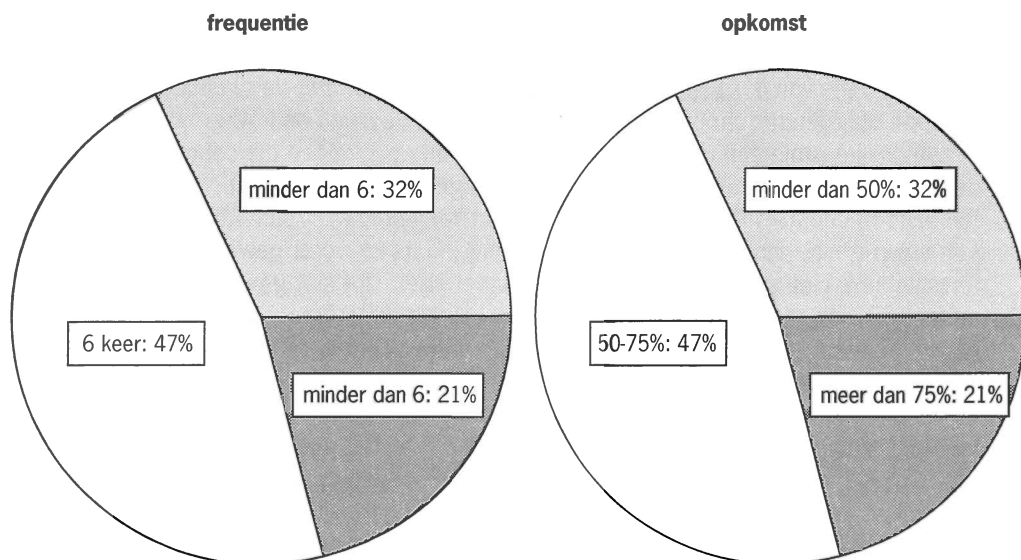
3.3.1 Organisatie en structuur van het FTO

FTO-groepen bestaan gemiddeld uit elf personen, waarvan er negen huisarts zijn en twee apotheker. Sinds 1996 is het aandeel van kleine groepen (kleiner dan vijf personen) gedaald van 9% tot 4%. Het aandeel van de grote groepen (meer dan twaalf personen) is gestegen.

De FTO-groepen komen gemiddeld zes keer per jaar bij elkaar en de gemiddelde duur van de bijeenkomsten ligt tussen de 1,5 en 2 uur. Iets minder dan de helft van alle groepen (47%) komt precies zes keer per jaar bijeen, terwijl 21% vaker bijeen komt (figuur 3.1). Dit betekent dat de meeste groepen vergaderen op een regelmatige basis: een keer per twee maanden. De opkomst bij de bijeenkomsten is hoog. In 79% van de groepen komt gemiddeld genomen meer dan 75% van de deelnemers naar de FTO-bijeenkomsten.

³ Onder de totale groep van respondenten (n=779) was de verdeling exact gelijk: 53% van de respondenten was huisarts, 46% apotheker en in iets minder dan 1% van de groepen hadden de contactpersonen de vragenlijst gezamenlijk ingevuld.

Figuur 3.1 Opkomst en frequentie van FTO-bijeenkomsten in 1999 (N=618)



Het FTO is opgezet als een vorm van interdisciplinair overleg en het is belangrijk dat beide beroepsgroepen hun eigen expertise in kunnen brengen. Dit blijkt inderdaad te gebeuren. In 81% van de groepen bereiden apothekers en huisartsen de bijeenkomsten gezamenlijk voor, in 10% van de groepen doen huisartsen en apothekers het afwisselend. Het voorzitterschap van de vergaderingen is vaker in handen van een huisarts dan van een apotheker. Dit is gezien de verhouding huisartsen en apothekers in de FTO-groepen niet vreemd. In iets meer dan de helft van de groepen is er een vaste voorzitter, meestal dus een huisarts (zie tabel 3.2). Als de voorzitter per bijeenkomst wisselt, dan zien we dat in meer dan de helft van FTO-groepen de beroepsgroepen afwisselen: de ene keer zit de huisarts voor, de andere keer de apotheker.

Tabel 3.2 Voorzitterschap van FTO-bijeenkomsten naar beroepsgroep (N=618)

	Percentage
Vaste voorzitter	52
Huisarts	39
Apotheker	10
Huisarts en apotheker afwisselend	3
Wisselende voorzitter	42
Huisarts	15
Apotheker	3
Huisarts en apotheker afwisselend	25
Geen voorzitter	6

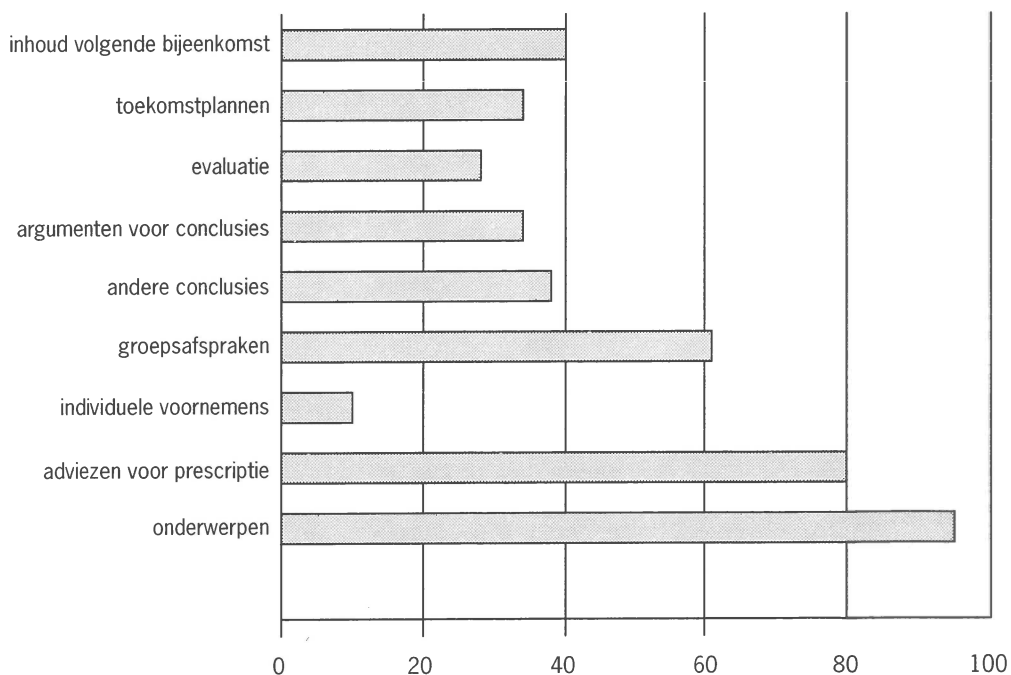
Transmuraal werken komt de laatste jaren steeds meer centraal te staan en op allerlei terreinen worden de contacten tussen de eerste en tweede lijn geïntensiveerd. Dit geldt ook voor het FTO.

Vergeleken met 1996 hebben meer FTO-groepen contact gehad met de tweede lijn. Waar toen 41% van de groepen contact had gehad met de tweede lijn, is dit percentage in 1999

gestegen naar 55%. Groepen konden aangeven om welke reden zij contact hebben gehad met de tweede lijn. Het uitwisselen van informatie blijkt dan verreweg de belangrijkste reden te zijn. Van de 334 groepen die aangeven de afgelopen twee jaar contact te hebben gehad met de tweede lijn was dit voor 63% een reden. Afstemming tussen de eerste en tweede lijn was voor 19% van deze groepen een reden voor contact met de tweede lijn en 14% van deze groepen volgden nascholing in het ziekenhuis. Een deel van de FTO-groepen voert gezamenlijke projecten uit met de tweede lijn. Van de groepen die contact hebben gehad met de tweede lijn heeft 12% een dergelijk project gedaan (40 groepen). Veelal zijn deze projecten thematisch van aard (bijvoorbeeld een project 'longziekten', 'reumatologie' of 'antibiotica'). In een enkel geval vindt transmuraal afstemming plaats of wordt gewerkt aan een transmuraal formularium. Het gaat hier echter om uitzonderingen. Tot slot geven 75 groepen aan op een andere manier samen te werken met de tweede lijn. Hierbij gaat het voor het overgrote deel om de aanwezigheid van een medisch specialist in één van de FTO-bijeenkomsten (als inleider of consultant).

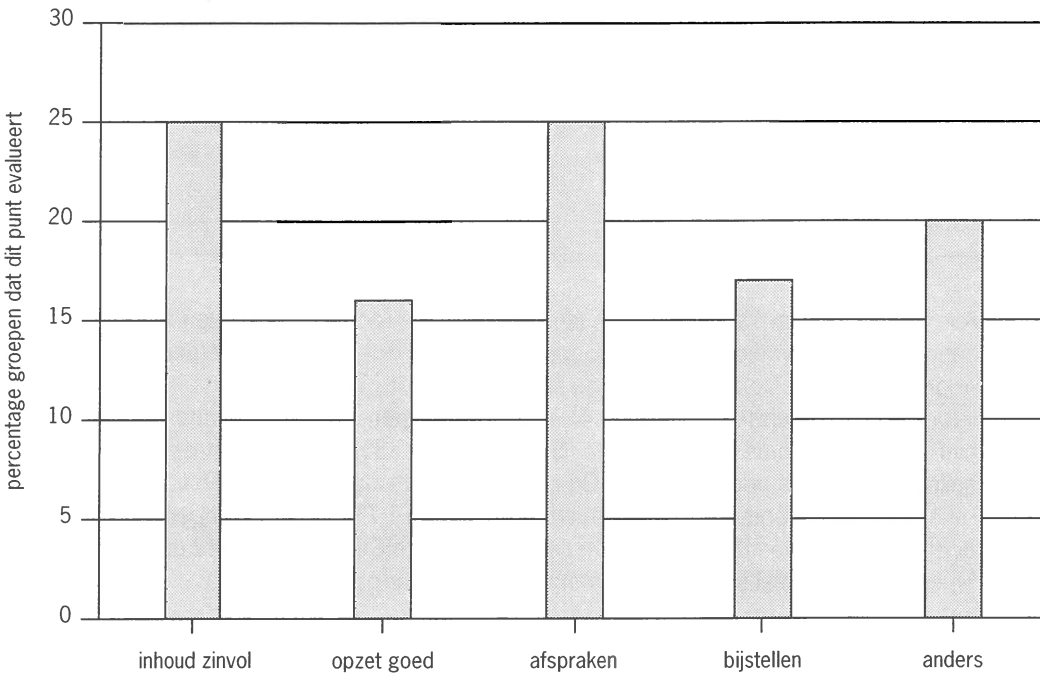
Verslaglegging en evaluatie kunnen van dienst zijn bij het maken en nakomen van afspraken in het FTO. De vragenlijst van 1996 omvatte weinig vragen op dit punt. In 1999 is in de vragenlijst uitgebreider aandacht besteed aan verslaglegging en evaluatie van de FTO-bijeenkomsten. Een grote meerderheid van de groepen maakt een verslag van de bijeenkomsten: 82% doet dat altijd en 14% zo nu en dan. Deze verslagen kunnen ter accreditering worden ingeleverd bij het DHV-bureau. Een groot deel van alle groepen (71%) doet dit altijd, 7% doet het soms. Deze verslagen kunnen verschillende onderdelen bevatten. Figuur 3.2 geeft aan welk percentage van de groepen die (altijd of weleens) een verslag maken het betreffende onderdeel in hun verslag opnemen. Logischerwijze is het onderwerp van de vergadering iets dat bijna alle groepen in hun verslagen opnemen. Ook adviezen voor prescriptie worden veelal in het verslag opgenomen (80% van de groepen). Iets meer dan 60% van de groepen geeft aan groepsafspraken over prescriptie vast te leggen. Veel minder groepen leggen bijvoorbeeld individuele voornemens of toekomstplannen vast in hun verslagen.

Figuur 3.2 Onderwerpen van verslaglegging in 1999 (in % van groepen die een verslag maken, N=593)



Naast verslaglegging is ook evaluatie belangrijk. Evaluatie kan aantonen of de deelnemers aan het FTO de inhoud en werkwijze van een bijeenkomst zinnig vonden, maar ook of afspraken die in eerdere bijeenkomsten gemaakt zijn, blijken te werken in de praktijk. Twee derde van de groepen geeft aan te evalueren. Zij doen dit echter op een beperkt aantal punten (figuur 3.3). Als groepen evalueren gebeurt dat met name ten aanzien van de inhoud van het FTO en de uitvoerbaarheid van gemaakte afspraken.

Figuur 3.3 Punten van evaluatie in 1999 (% van alle groepen, N=618)



3.3.2 Doelen van het FTO

Input- en outputgerichte doelen

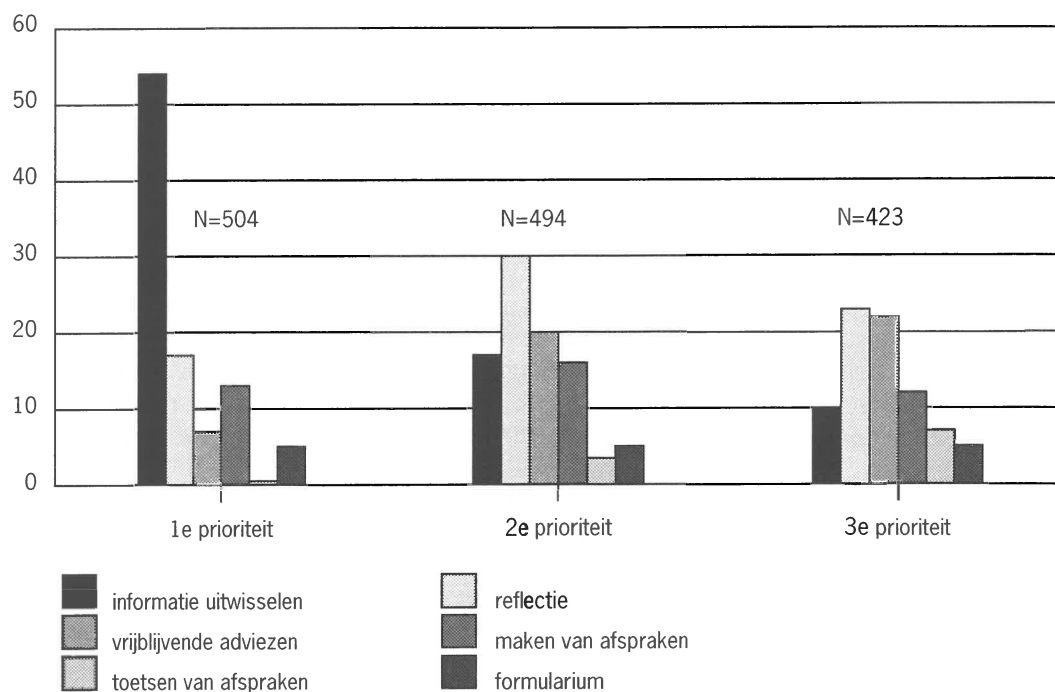
FTO-groepen kunnen verschillende doelen nastreven welke meer input- of outputgericht kunnen zijn. Inputgerichte doelen hebben als achterliggende vraag: wat moet het FTO de deelnemers opleveren? Voorbeelden daarvan zijn het uitwisselen van informatie en het maken van afspraken. Outputgerichte doelen hebben als achtergrond de vraag welk effect de FTO-bijeenkomst moet hebben op de kwaliteit van het handelen van de deelnemers. Voorbeelden van dergelijke doelen zijn het toetsen van afspraken en het formuleren van persoonlijke voornemens van huisartsen om bepaalde dingen in het voorschrijfproces te veranderen. Tabel 3.3 laat zien dat veel meer groepen inputgerichte doelen nastreven dan outputgerichte doelen. Het meest nagestreefde doel is in 1999 het uitwisselen van informatie (77% van de FTO-groepen), direct gevolgd door reflectie op het voorschrijfgedrag (66%), het maken van afspraken (55%) en het opstellen van vrijblijvende adviezen (52%). De outputgerichte doelen, te weten het toetsen van afspraken, het opstellen van een formularium, het formuleren van concrete interventies en persoonlijke voornemens scoren veel lager. Respectievelijk 22, 23, 8 en 8% van de groepen stelt zich deze doelen. Duidelijk is dat de overgrote meerderheid van de FTO-groepen zichzelf voornamelijk inputgerichte doelen stelt en er minder aandacht is voor het effect dat FTO-bijeenkomsten moeten hebben op de kwaliteit van het handelen van de deelnemers. Ten opzichte van de vorige inventarisatie van 1996 lijkt er zelfs een daling te constateren van het aantal groepen dat zich niet-vrijblijvende doelen stelt. Toen stelde 72% van de groepen zich tot doel afspraken te maken en 27% vond dat deze ook getoetst moesten worden.

Tabel 3.3 Doelen nagestreefd door FTO-groepen in 1996 (N=636) en in 1999 (N=618)

	1996 (% van alle groepen)	1999 (% van alle groepen)
Inputgericht doelen		
Informatie uitwisselen	86	77
Reflectie op eigen voorschrijfgedrag	65	66
Vrijblijvende adviezen	56	53
Maken van afspraken	72	55
Outputgerichte doelen		
Toetsen van afspraken	27	22
Formuleren van concrete interventies	-	8
Formuleren persoonlijke voornemens	-	8
Opstellen formularium	22	23

Aan groepen die zichzelf meer dan één van de bovengenoemde doelen stelden, is gevraagd aan te geven, in volgorde van belangrijkheid, welke drie doelen binnen hun groep de hoogste prioriteit hebben. Ook dan blijkt dat veel groepen het FTO vooral zien als platform om informatie uit te wisselen (figuur 3.4). Van alle groepen die zichzelf meer dan één van de hierboven genoemde doelen stellen (N=504) geeft 53% namelijk aan dat informatie-uitwisseling de hoogste prioriteit heeft. Op ruime afstand volgen het maken van afspraken en reflectie op het voorschrijven; respectievelijk 16 en 17% van de groepen die meer dan één doel hebben, geven deze doelen de hoogste prioriteit. Outputgerichte doelen hebben slechts bij een beperkt deel van de FTO-groepen de hoogste prioriteit.

Figuur 3.4 Prioriteit van doelen in 1999 (in % van alle groepen)



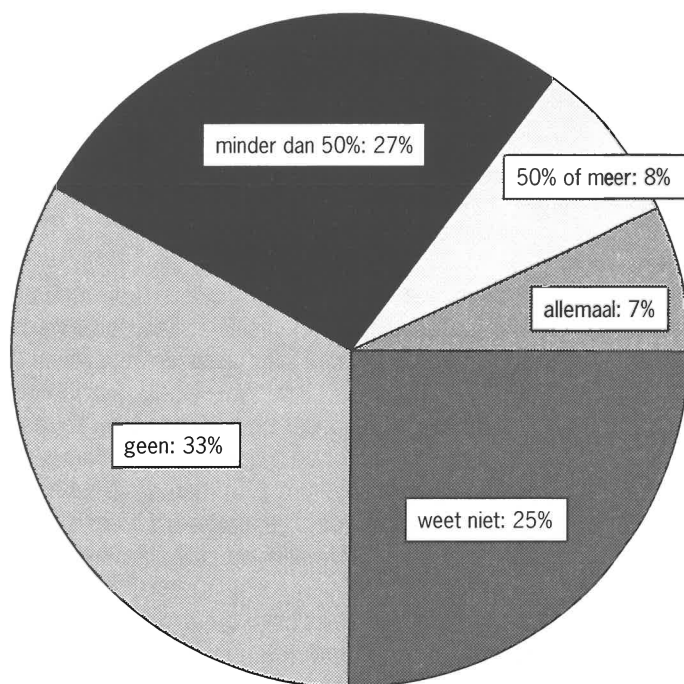
Formularium opstellen en gebruiken

Het opstellen van een eigen formularium is een doelstelling die nog maar bij weinig groepen prioriteit heeft. Dit kan komen omdat veel groepen werken met bestaande (elektronische) formularia. De afgelopen jaren heeft het werken met een formularium een nieuwe vorm gekregen: het Elektronisch Voorschrijfsysteem (EVS). Het EVS omvat de NHG-standaarden en is sinds 1999 in het Huisarts Informatie Systeem (HIS) Promedico ingebouwd. Daarnaast werkte een aantal Promedico praktijken al met de voorloper van het EVS: ETAS. Praktijken met het HIS Medicom hebben meestal ook een formularium ingebouwd (Wolters e.a. 2000). Voor het HIS Arcos was in 1999 het Prescripator formularium beschikbaar.

In de Landelijke Inventarisatie FTO is gevraagd naar het gebruik van elektronische formularia. In 1999 maakte in een derde van de FTO-groepen geen enkele huisarts gebruik van een elektronisch formularium (figuur 3.5). Daarentegen gebruiken in 6% van de groepen alle huisartsen een elektronisch formularium en in 11% doet meer dan de helft dat. Overigens geeft 20% van de respondenten aan niet te weten hoeveel huisartsen in hun FTO-groep een elektronisch formularium raadplegen. Gezien het feit dat de vraag betrekking heeft op het gebruik van een elektronisch formularium door huisartsen is het niet vreemd te constateren dat apothekers vaker dan huisartsen niet weten hoeveel huisartsen een formularium gebruiken.

Op de vraag hoe de FTO-groep in het algemeen staat tegenover het raadplegen van een elektronisch formularium antwoordt 42% van de respondenten dat hun FTO-groep er (gematigd) positief tegenover staat tegenover 7% die zegt dat hun groep er (gematigd) negatief tegenover staat.

Figuur 3.5 Gebruik van elektronische formularia door huisartsen in FTO-groep in 1999
(in % van alle groepen, N=618)

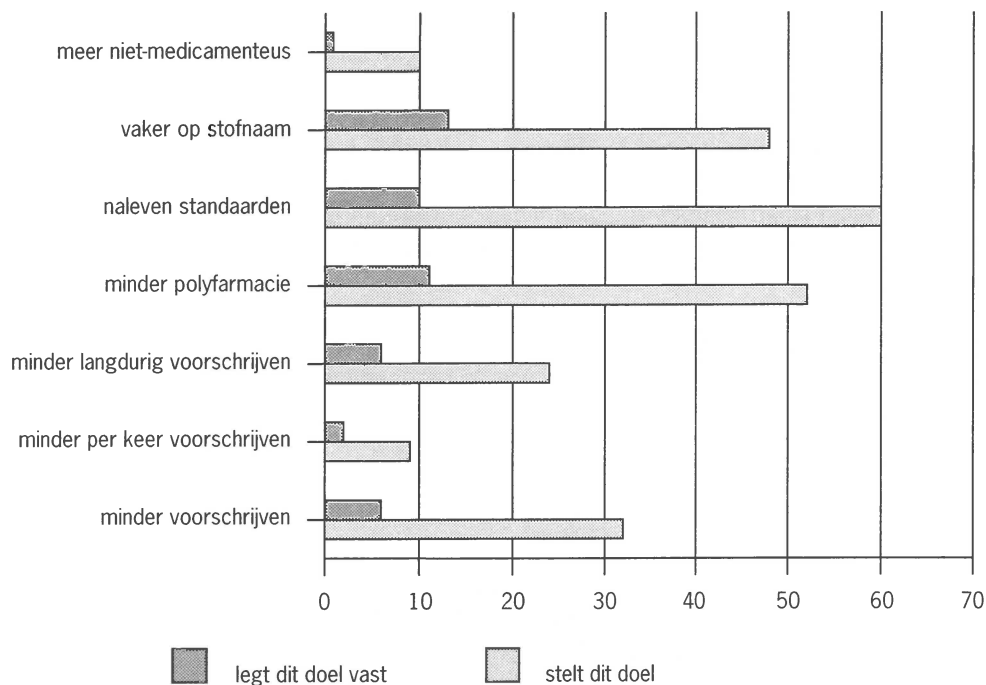


Doelen gericht op farmaceutische patiëntenzorg

De doelen die eerder in deze paragraaf besproken zijn, zijn gericht op de farmaceutische zorg in het algemeen en kunnen alle onderwerpen die het FTO aanpakt betreffen. FTO-groepen

kunnen ook doelen nastreven die specifiek op de zorg voor patiënten zijn gericht. Voor een aantal van deze doelen is aan de groepen gevraagd of zij dit doen (zie figuur 3.6). Een meerderheid van de groepen (60%) streeft het naleven van de NHG-standaarden na. 'Vaker voorschrijven op stofnaam' en 'minder polyfarmacie' is voor bijna de helft van de groepen een doel. Slechts een beperkt deel van de groepen stelt zich de volgende doelen: minder voorschrijven per recept en het stimuleren van niet-medicamenteuze therapie. Een nog beperkter deel van de groepen legt deze doelen schriftelijk vast.

Figuur 3.6 Inhoudelijke doelen gesteld door FTO-groepen in 1999 (in % van alle groepen, N=618)



3.3.3 Farmaceutische inhoud van het FTO

Onderwerpen

Voor een aantal onderwerpen is, evenals in 1996, gevraagd of deze zijn besproken in de FTO-groep. Astma/COPD blijkt nog steeds het meest besproken onderwerp te zijn: bijna driekwart van de FTO-groepen heeft de afgelopen twee jaar hierover gesproken (tabel 3.4).

Polyfarmacie bij ouderen is een onderwerp dat beduidend meer aandacht heeft gekregen de afgelopen paar jaar: 50% van de groepen had het in 1999 op de agenda tegenover 27% in 1996. De oorzaak hiervan kan zijn dat Stichting DGV een project heeft gehad waarin het bespreken van dit onderwerp in FTO-groepen gestimuleerd werd. De minst besproken onderwerpen zijn obstipatie en het voorschrijven op stofnaam (respectievelijk 21% en 31%).

Bespreken in het FTO betekent nog lang niet altijd dat groepen ook daadwerkelijk afspraken maken over het voorschrijven van de betreffende geneesmiddelen of over voorschrijfgedrag bij de genoemde aandoeningen. In 1999 is gevraagd of groepen afspraken hebben gemaakt over de betreffende onderwerpen. Voor vrijwel alle onderwerpen (met uitzondering van polyfarmacie) geldt dat in iets meer dan de helft van de groepen die het onderwerp besproken hebben, er ook afspraken zijn gemaakt.

Tabel 3.4 Onderwerpen die besproken zijn in het FTO en gemaakte afspraken (% van alle groepen)

Onderwerp	Besproken in 1995-1996 (N=636)	Besproken in 1998-1999 (N=618)	Afspraken 1998- 1999 (N=618)
Analgetica, pijn bestrijding	49	51	29
Angst- en slaapstoornissen	36	42	23
Antibiotica bij luchtweginfecties	53	45	25
Antimicrobiële middelen bij urine­weginfecties	54	43	25
Astma/COPD	59	70	41
Depressie	59	55	25
Huidaandoeningen	45	46	22
Hypertensie	53	47	24
Maagklachten	47	45	24
Obstipatie en acute diarree	19	21	11
Overgangsklachten en osteoporose	51	52	25
Polyfarmacie bij ouderen	27	50	22

De onderwerpen in tabel 3.4 hebben veelal betrekking op specifieke medicijnen of ziekten. Daarnaast kunnen FTO-groepen aandacht besteden aan onderwerpen die gerelateerd zijn aan patiëntenzorg en geneesmiddelenbeleid in het algemeen zoals patiëntenvoorlichting, het melden van vermoede bijwerkingen en het afleverbeleid.

Tabel 3.5 geeft aan dat veel groepen nieuwe geneesmiddelen bespreken: 71%. Dit percentage is ongeveer gelijk aan dat van 1996. Het aantal groepen dat interacties bespreekt, is groter dan in 1996 (van 56 naar 66%). Het bespreken van nieuwe geneesmiddelen en van interacties tussen geneesmiddelen kan gezien worden als farmaceutische zorg in enge zin. De bedoeling is dat de farmaceutische zorg zich verbreedt. Vergelijking van de resultaten van de Landelijke Inventarisaties FTO 1996 en 1999 laat zien dat er beweging zit in de richting van een bredere farmaceutische zorg. In 1999 bespreken namelijk meer groepen onderwerpen die aan deze bredere zorg gerelateerd. Het gaat om de onderwerpen: patiëntenvoorlichting, therapietrouw, medicijnverslaving en druk van patiënten op voorschrijven. Zoals eerder werd aangegeven zijn deze verschillen niet op significantie getoetst.

Tabel 3.5 Bespreken van onderwerpen gerelateerd aan patiëntenzorg en medicijnbeleid
(in % van alle groepen)

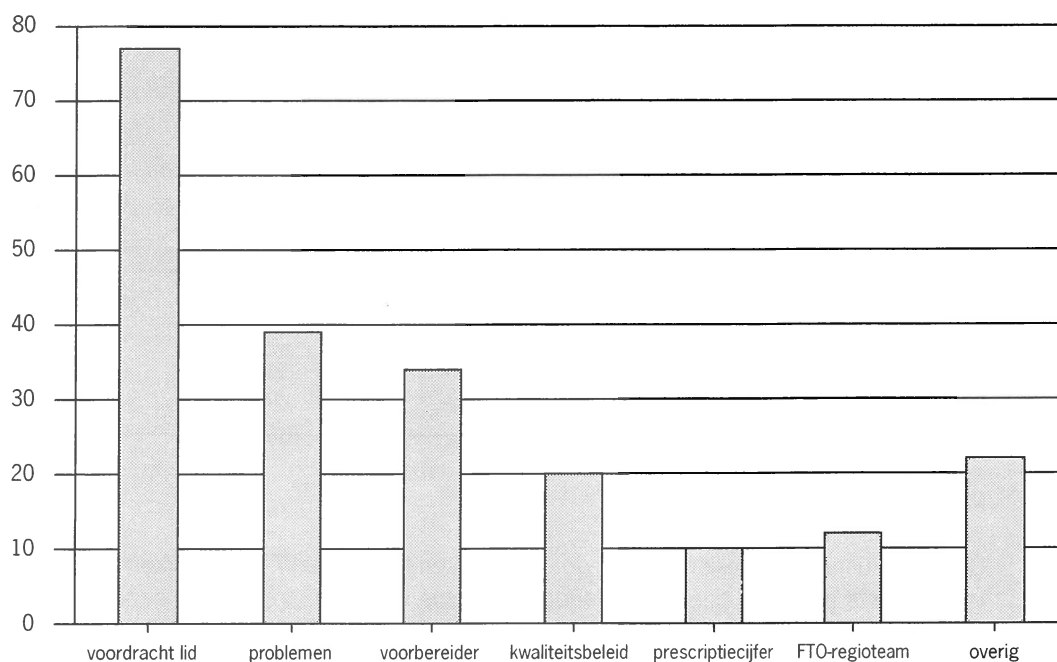
Onderwerp	Besproken in 1995-1996 (N=636)	Besproken 1997-1999 (N=618)	Regelmatig terug- kerend onderwerp 1997-1999 (N=618)
Afleverbeleid	40	49	27
Afstemming 1e-2e lijn	11	31	12
Druk van patiënt op voorschrijven	15	36	10
Elektronisch voorschrijven	–	39	19
Interacties tussen geneesmiddelen	56	66	37
Maatregelen	54	55	36
Medicijnverslaving	12	32	10
Nieuwe geneesmiddelen	70	71	55
Patiëntenvoorlichting	31	46	23
Therapietrouw	19	36	13
Verantwoord geneesmiddelen- gebruik allochtonen	1	5	2
Voorschrijven op stofnaam	32	31	23

Selectie onderwerpen

FTO-groepen kunnen onderwerpen voor het FTO op verschillende gronden kiezen. Gevraagd naar deze gronden geeft ruim driekwart van de groepen aan dat voordracht van één van de groepsleden een reden is om een bepaald onderwerp voor een FTO-bijeenkomst te kiezen (zie figuur 3.7). Ruim een derde van de groepen geeft aan dat onderwerpen weleens gekozen worden omdat deze in de praktijk een probleem blijken te zijn. Degene die de bijeenkomst voorbereidt, kiest in een derde van de groepen een onderwerp. Minder vaak zijn het kwaliteitsbeleid, prescriptiecijfers en voorstellen vanuit het FTO-regioteam aanleiding om te kiezen voor een onderwerp (respectievelijk 20, 10 en 12%). Kwaliteitsbeleid en voorstellen vanuit het FTO-regioteam zijn verbonden met de regio; derhalve zijn daar regionale verschillen te verwachten. Het blijkt dat er op deze twee punten dan ook behoorlijke regionale verschillen zijn. Als het gaat om het selecteren van onderwerpen op basis van het kwaliteitsbeleid springt de regio Zuid-Oost Brabant eruit. Waar gemiddeld genomen 20% van de groepen onderwerpen selecteert op basis van het kwaliteitsbeleid gebeurt dat in deze regio door 47% van de groepen. In de regio's West-Brabant, Drenthe en Groningen kiezen juist relatief weinig groepen (minder dan 10%) hun onderwerpen op basis van het kwaliteitsbeleid. Voor de overige regio's loopt het percentage uiteen van 12 tot 29%.

Wanneer gekeken wordt naar de selectie van onderwerpen op basis van voorstellen vanuit het FTO-regioteam dan zien we meer variatie tussen de regio's. In vijf regio's ligt het percentage groepen dat onderwerpen selecteert op basis van voorstellen van het FTO-regioteam op 20% of hoger. Het gaat hier om de regio's Zuid-Oost Brabant (20%), Gooi- en Eemland (22%), Friesland (25%), Midden-Brabant (42%) en Groningen (50%). In andere regio's selecteren nauwelijks groepen onderwerpen op voorstel van het FTO-regioteam (minder dan 5%). Het gaat hier om de regio's Amsterdam (3%), Noord-Brabant N-O (0%), Limburg (2%), Utrecht (0%) en Zwolle en Flevoland (3%).

Figuur 3.7 Gronden waarop onderwerpen voor FTO-bijeenkomsten geselecteerd worden in 1999
(in % van alle groepen, N=618)



Bronnen

Groepen gebruiken verschillende bronnen tijdens de voorbereiding van het FTO en tijdens de bijeenkomsten zelf. De meest gebruikte bronnen zijn het Farmacotherapeutisch Kompas en de NHG-standaarden (tabel 3.6): 84% van de groepen gebruikt het Kompas minimaal de helft van de bijeenkomsten. Voor de NHG-standaarden ligt dit zelfs op 88%. Informatie van de industrie lijkt vooral incidenteel geraadpleegd te worden: de helft van de groepen gebruikt deze voor minder dan de helft van de bijeenkomsten. Een derde van de groepen geeft overigens aan nooit informatie van de industrie te raadplegen voor het FTO. Ook documentatie van de KNMP, Farmacotherapie voor de huisarts en regionale formularia worden relatief weinig gebruikt.

Tabel 3.6 Gebruik van bronnen voor voorbereiding en tijdens FTO-bijeenkomsten in 1999
(in % van alle groepen, N=618)

Bron	nooit	minder dan 1/2 bijeenkomsten	1/2 of meer	allemaal
Documentatie / info KNMP	40	32	20	8
Farmacotherapeutisch Kompas	2	14	38	46
Farmacotherapie voor de huisarts	30	38	24	8
Geneesmiddelenbulletin	6	43	38	19
Informatie van de industrie	33	51	13	4
NHG-standaarden	2	11	47	41
Regionaal formularium	44	24	21	12
Vaktijdschriften	4	36	40	20
Wetenschappelijke tijdschriften	9	44	31	16

Werkmateriaal

Naast de bovengenoemde informatiebronnen kunnen de FTO-groepen ook kiezen uit een aantal werkmateriaal die (onder andere) voor het FTO zijn ontwikkeld: de deskundigheids-

bevorderingspakketten (DKB-pakketten) van de LHV en het NHG, casuïstiek, de FTO-voorbereidingsboekjes en de FTO-werkstukken. De FTO-groepen maken in ruime mate gebruik van deze materialen, met name van de FTO-voorbereidingsboekjes. De resultaten zijn vergelijkbaar met die in 1996.

Tabel 3.7 Gebruik van werkmateriaal voor het FTO in 1999 (in % van alle groepen, N=618)

Werkmateriaal	nooit	minder dan de helft van bijeenkomsten	helft van bijeenkomsten of meer	allemaal
DKB-pakketten van LHV/NHG	24	49	24	3
FTO-voorbereidingsboekjes	17	47	31	5
Casuïstiek van de Stichting DGV	28	47	22	3
FTO-werkstukken	35	40	20	4

3.3.4 Methoden van het FTO

Groepen kunnen verschillende methoden gebruiken tijdens hun FTO-bijeenkomsten. In de vragenlijst is gevraagd hoe vaak groepen bepaalde methoden gemiddeld genomen per jaar gebruiken (tabel 3.8). De meer traditionele werkvormen zoals de casus, de voordracht en het bespreken van NHG-standaarden zijn erg populair. Meer dan 90% van de groepen gebruikt deze vormen en ze doen dat gemiddeld genomen ook vaak (drie tot vier keer per jaar). Alle methoden, met uitzondering van het spiegelen van het eigen voorschrijfgedrag aan standaarden en afspraken, zijn in 1999 door meer groepen gebruikt dan in 1996. In 1999 wisselen de groepen de verschillende methoden dan ook behoorlijk af. Gemiddeld genomen gebruiken zij zeven verschillende methoden per jaar ($sd=2,5$). Iets meer dan een vijfde gebruikt twee tot vijf methoden per jaar. Het merendeel hanteert zes tot negen methoden (52%).

Prescriptiecijfers worden gezien als een belangrijk middel om artsen te confronteren met hun eigen voorschrijfgedrag. Voor het gebruik van prescriptiecijfers zijn derhalve extra vragen gesteld. In 1999 is als eerste gevraagd naar het gebruik van prescriptiecijfers in het jaar 1998. Van alle groepen heeft 68% deze cijfers gebruikt; dit percentage is gelijk aan dat in 1996.⁴ In 80% van de gevallen leverde de apotheker de prescriptiecijfers aan. In de andere groepen leverde een zorgverzekeraar de getallen.⁵

De FTO-groepen kunnen prescriptiecijfers voor verschillende doeleinden gebruiken. Inzicht krijgen in de eigen prescriptie is de belangrijkste reden; 93% van de groepen die prescriptiecijfers gebruiken, noemt dit. Dit is een lichte daling ten opzichte van 1996. Figuur 3.8 laat zien dat er tussen 1996 en 1999 een lichte stijging is in het percentage groepen dat prescriptiecijfers gebruikt om het eigen beleid te vergelijken met dat van collega's (83% in 1999 tegenover 78%) in 1999. Al met al lijken de verschuivingen tussen 1996 en 1999 minimaal.

⁴ Opvallend is dat dit percentage aanzienlijk lager is dan in tabel 3.8, waar 87% van de groepen aangeeft gemiddeld per jaar ten minste een keer prescriptiecijfers te gebruiken. Nadere analyse laat zien dat 95 groepen op deze twee vragen verschillend hebben geantwoord. Iets meer dan de helft van deze groepen ($n=48$) geeft aan gemiddeld 1x per jaar prescriptiecijfers te gebruiken. Het kan zijn dat zij in 1998 deze cijfers niet gebruikt hebben.

⁵ De respondenten konden in de vragenlijst alleen aangeven of ze de gegevens van de apotheker of van de zorgverzekeraar betrokken. In een aantal gevallen schreven de respondenten bij deze vraag dat zij gegevens uit beide bronnen kregen.

Tabel 3.8 Percentage FTO-groepen dat een bepaalde methode gebruikt en gemiddeld aantal keren per jaar gebruik^a

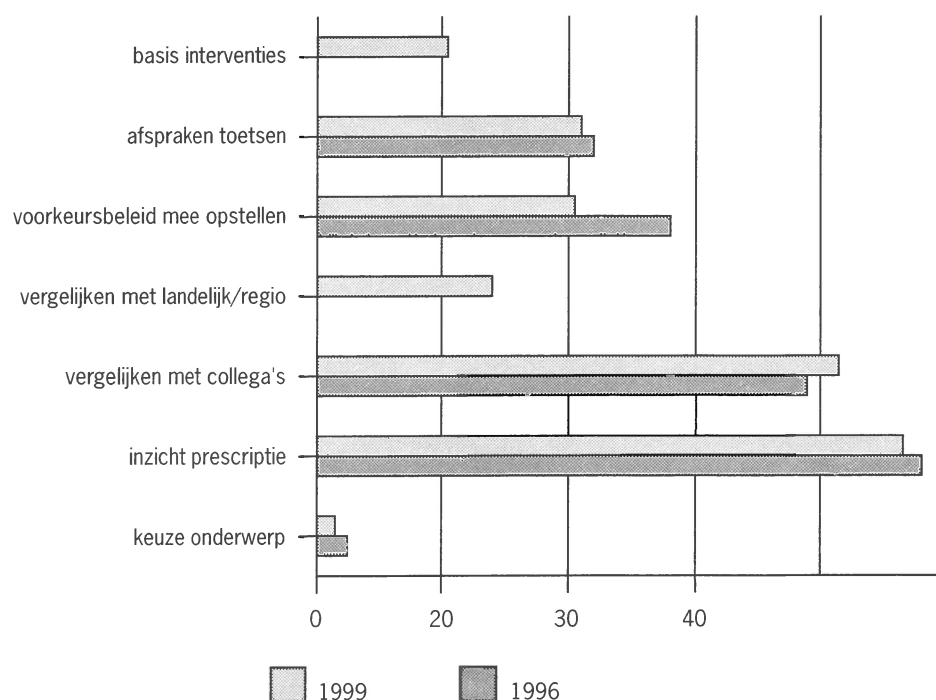
Methode	% groepen dat methode gebruikt 1996 (N=636)	% groepen dat methode gebruikt 1999 (N=618)	Gemiddeld aantal keren gebruik in 1999 (N=618)
Casus	93	96	3,9 (1,8) ^c
Invulschema, checklist, inventarisatie	52	76	1,9 (1,7)
Kennistoets	70	86	2,6 (1,8)
Kritisch bespreken formularium	_b	71	1,9 (1,9)
Kritisch bespreken NHG-standaarden	90	95	3,3 (1,7)
Prescriptiecijfers	79	87	2,4 (1,7)
Rollenspel	3	22	0,3 (0,7)
Spiegelen eigen voorschrijfgedrag aan afspraken	79	70	1,6 (1,6)
Spiegelen eigen voorschrijf gedrag aan standaarden	_b	77	2,1 (1,8)
Stellingendiscussie	39	64	1,4 (1,5)
Voordracht	82	92	3,7 (2,1)

a Gebruik is gedefinieerd als ten minste één keer per jaar

b In 1996 werden het kritisch bespreken van het formularium en van NHG-standaarden als één methode beschouwd; hetzelfde geldt voor het spiegelen van het eigen voorschrijfgedrag aan standaarden en aan afspraken.

c Tussen haakjes staat de standaarddeviatie

Figuur 3.8 Redenen om prescriptiecijfers te gebruiken (in % van het aantal groepen dat prescriptiecijfers gebruikt, 1996: N=431; 1999: N=420)



3.3.5 Cultuur binnen het FTO

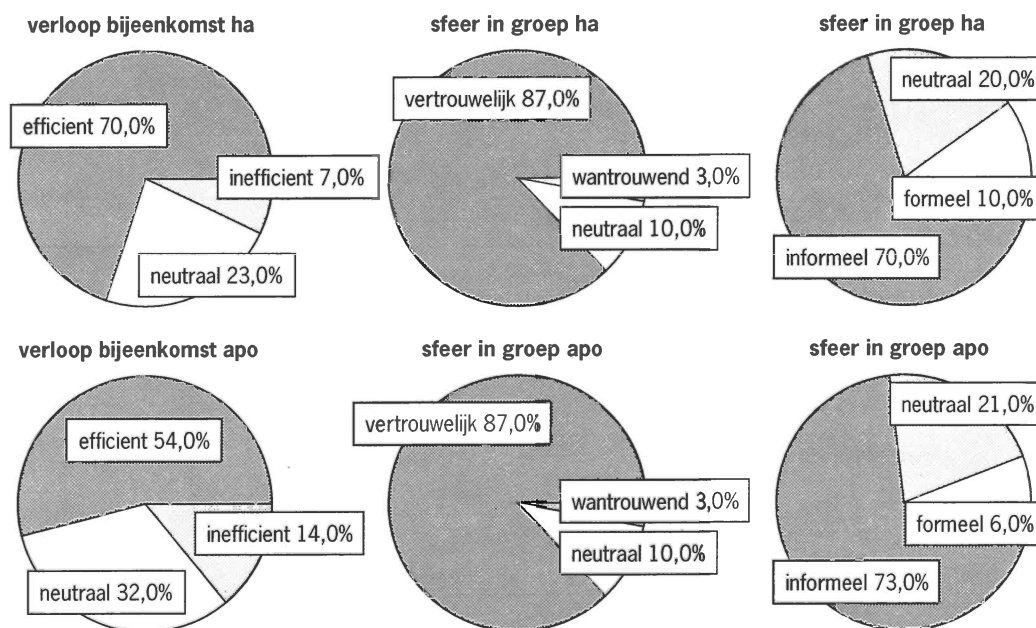
Sfeer

In 1996 oordeelden huisartsen en apothekers verschillend over de sfeer in de groep (Stichting DGV, 1997). Derhalve worden de analyses in deze paragraaf voor de twee beroepsgroepen afzonderlijk gedaan, waarbij getoetst wordt of de verschillen tussen huisartsen en apothekers significant zijn.

Figuur 3.9 laat zien dat in 1999 ruim tweederde van de huisarts-contactpersonen vindt dat de bijeenkomsten van hun FTO-groep efficiënt verlopen; 7% vindt de bijeenkomsten inefficiënt. Van de apothekers zijn er significant minder die vinden dat de bijeenkomsten efficiënt verlopen: 54% tegenover 14% die de bijeenkomsten inefficiënt vindt. Deze resultaten zijn vergelijkbaar met die van 1996.

Een zeer grote meerderheid van de contactpersonen, zowel huisartsen als apothekers, noemt de sfeer in de groep vertrouwelijk (87%). Slechts 2 tot 3% vindt de sfeer in de eigen groep wantrouwend.⁶ Hiermee samen hangt het informele karakter van veel FTO-groepen: 70% van de huisartsen en 73% van de apothekers geeft aan dat de sfeer in de groep informeel is tegenover respectievelijk 10 en 6% die vindt dat de sfeer formeel is. De verschillen met 1996 zijn overigens opvallend. Toen vond slechts 44% de sfeer informeel, 17% vond de sfeer formeel terwijl 39% daar tussenin zat. Een reden voor deze verschuiving kan zijn dat de deelnemers elkaar in de loop der jaren beter leren kennen en daarom op een andere, lossere manier met elkaar omgaan.

Figuur 3.9 Verloop van de bijeenkomsten en sfeer in de groep in 1999 (in % van aantal huisarts-contactpersonen (ha, N=322) en van apotheker-contactpersonen (apo, N=286))



Manier van praten over prescriptie(beleid)

Behalve dat de sfeer in de groep belangrijk is, is ook de manier waarop men tegen prescriptie aankijkt en de manier waarop men erover praat van belang. Figuur 3.10 laat zien dat hierin meer variatie zit dan in de sfeer van de groep.

Kijken we naar de mate waarin contactpersonen hun FTO-groep vernieuwend vinden, dan zien we dat nog geen kwart hun eigen groep als vernieuwend aanduidt. Een derde vindt de eigen

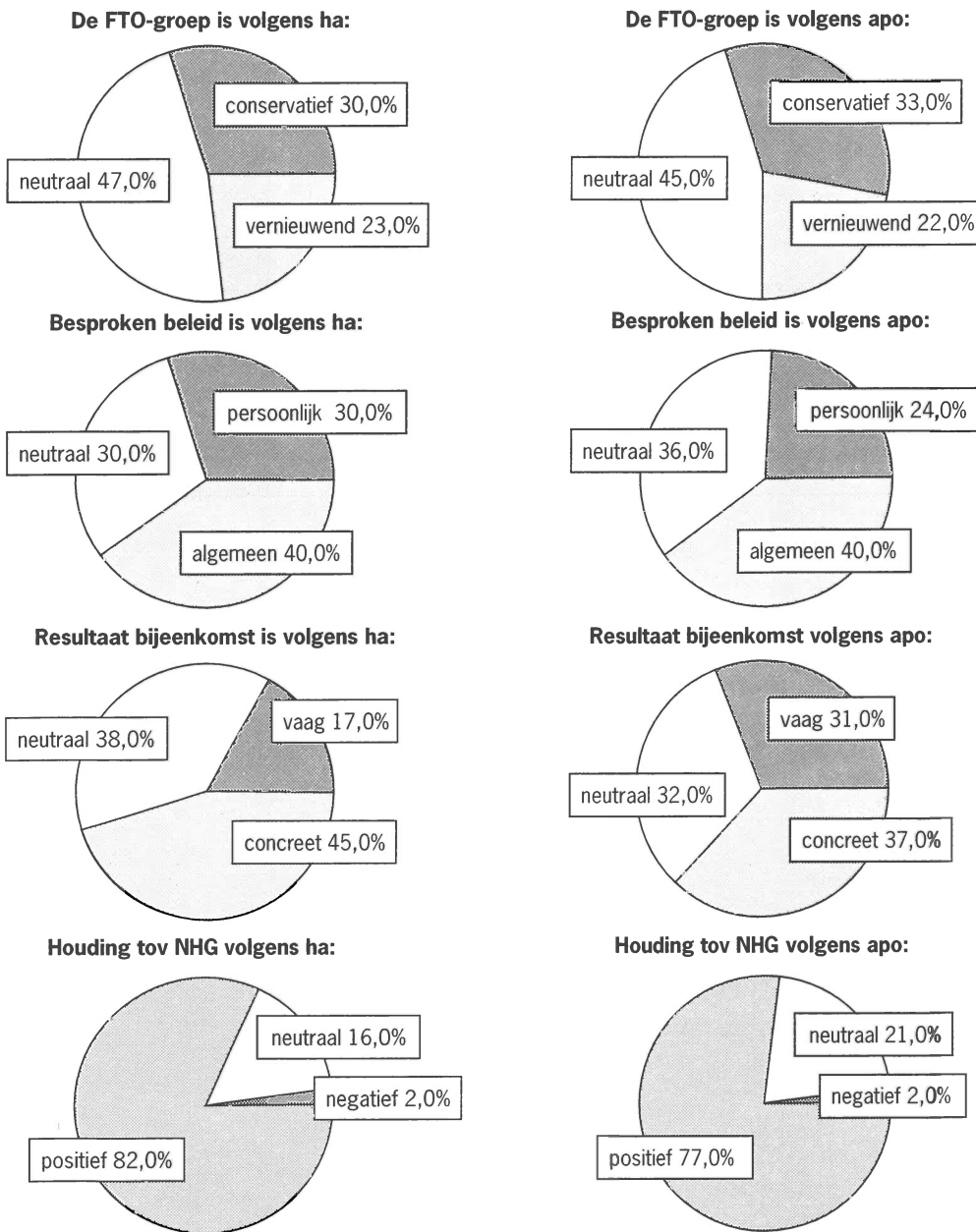
⁶ Deze vraag is in 1996 niet gesteld.

groep conservatief in hun opvattingen. Apothekers en huisartsen verschillen in deze niet significant van elkaar. De resultaten zijn vergelijkbaar met die van 1996.

Huisartsen en apothekers hebben wel een significant andere mening als het gaat om het resultaat die de FTO-bijeenkomsten opleveren. Veel meer apothekers dan huisartsen vinden dat het resultaat van de FTO-bijeenkomsten vaag is: 31% en 17% respectievelijk. Van de huisartsen vindt 45% het resultaat concreet terwijl 37% van de apothekers dat vindt. Ten opzichte van 1996 is een verslechtering opgetreden: toen vond 17% van alle respondenten het resultaat vaag terwijl 56% het concreet vond. Een oorzaak hiervoor zou kunnen zijn dat deelnemers aan het FTO steeds kritischer worden als het gaat om de resultaten die de groep boekt en graag zien dat wat besproken is in het FTO ook in de praktijk gebracht wordt.

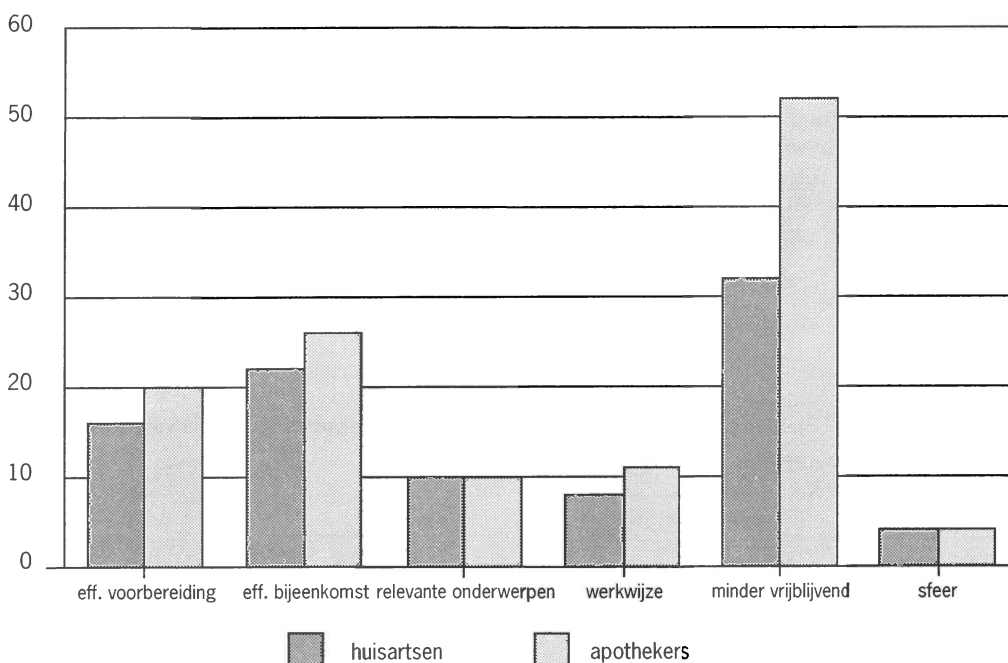
Tot slot geeft 80% van de huisartsen en apothekers aan dat hun FTO-groep positief staat ten opzichte van de NHG-standaarden.

Figuur 3.10 Manier waarop prescriptie wordt besproken in de FTO-groep in 1999 (in % van aantal huisarts-contactpersonen (N=322) en van apotheker-contactpersonen (N=286))



Een aanzienlijk deel van de huisartsen en apothekers geeft aan dat ze graag iets aan hun FTO zouden willen veranderen. Van de huisartsen geeft 48% aan iets te willen veranderen, voor de apothekers ligt dit percentage significant hoger: 70%. De wens tot veranderingen is in 1999 iets lager dan in 1996 toen 64% aangaf iets te willen veranderen. De meest genoemde wens tot verandering onder zowel apothekers als huisartsen is die tot minder vrijblijvendheid van het FTO. Van de apothekers zou maar liefst de helft willen dat het FTO minder vrijblijvend zou zijn, tegenover een derde van huisartsen die dit zou willen. In totaal vindt een kwart van de huisartsen en apothekers dat de bijeenkomsten efficiënter kunnen dan nu het geval is. De voorbereiding van de bijeenkomsten kan volgens 16% van de huisartsen en 20% van de apothekers efficiënter. Nog geen 5% van de huisartsen en apothekers vindt de sfeer binnen de eigen groep voor verbetering vatbaar.

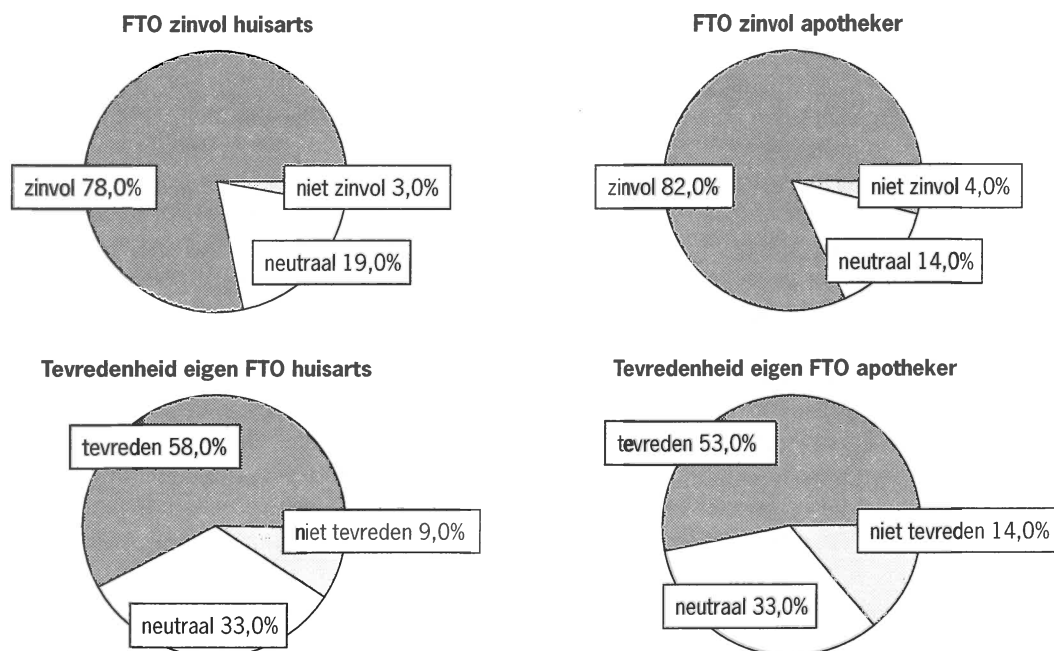
Figuur 3.11 Gewenste veranderingen door huisartsen en apothekers in 1999 (in % van alle respondenten, huisartsen: N= 322, apothekers: N=286)



Tevredenheid en zinvol zijn van het FTO

In de vragenlijst is aan de respondenten gevraagd of zij het FTO zinvol vinden. Figuur 3.12 laat zien dat een ruime meerderheid van zowel de huisartsen als de apothekers van mening is dat het FTO zinvol is (gemiddeld 80%). De resultaten van 1999 zijn vergelijkbaar met die van 1996.

Figuur 3.12 Tevredenheid met en zinvol zijn van het FTO in 1999 (in % van huisartscontact- personen (N=322) en apotheker-contactpersonen (N=286))



Van de huisartsen is 58% tevreden over het eigen FTO, 32% is neutraal en 11% ontevreden. Voor de apothekers zijn de cijfers vergelijkbaar (53% tevreden, 34% neutraal en 14% ontevreden). Ook hier zijn de resultaten weer vergelijkbaar met die van 1996.

Van de 68 contactpersonen die aangeven ontevreden te zijn met hun eigen FTO vindt meer dan de helft, 37 in totaal, het FTO desalniettemin zinvol. Hiervan zijn er 17 huisarts en 20 apotheker. Van deze 37 contactpersonen geven er 32 (89%) aan dat er iets aan hun FTO zou moeten veranderen. Dit is beduidend hoger dan onder de totale steekproef het geval is. Hierbij scoort vooral de wens tot een minder vrijblijvend FTO hoog; 25 respondenten willen dit veranderen. Ook heerst onder deze 37 contactpersonen relatief vaak de wens tot een betere sfeer in de groep (27% van deze groep tegenover 4% van alle contactpersonen).

3.3.6 Effecten van het FTO op het dagelijks handelen

De bedoeling is uiteindelijk dat het FTO effect heeft op het handelen van de deelnemers. Aan alle respondenten is gevraagd of zij vinden dat bepaalde dingen die zij in de praktijk doen de afgelopen jaren veranderd zijn. Als zij vonden dit zo was, is gevraagd of het FTO daar een rol in heeft gespeeld. Deze vraag is afzonderlijk voor huisartsen en apothekers gesteld omdat het FTO voor de beide beroepsgroepen een andere functie heeft. Opgemerkt moet worden dat de gegevens in deze paragraaf op de contactpersonen als beroepsbeoefenaar betrekking hebben en niet op hun rol als contactpersoon van de FTO-groep. Zij kunnen niet zondermeer als een representatieve steekproef van huisartsen en apothekers in Nederland worden opgevat.

Huisartsen

Op alle onderdelen is het zo dat er meer ten positieve is veranderd volgens de huisartsen dan ten negatieve. Bijna de helft van de huisartsen vindt dat het FTO beter op de praktijk is afgestemd dan het ten tijde van de vorige Landelijke Inventarisatie was (1996). Uit tabel 3.9 blijkt dat huisartsen de afgelopen jaren de meeste vooruitgang ervaren bij het verkrijgen van inzicht in het eigen prescriptiescala en het voorschrijven op stofnaam (beide 68%). Volgens de huisartsen die een vooruitgang constateren, heeft het FTO daarbij een grote rol gehad en dan

met name als het gaat om het verkrijgen van inzicht in het eigen prescriptiescala. Ongeveer de helft van de huisartsen vindt dat de relatie met collega-huisartsen beter is geworden; ook hierin heeft het FTO een rol gespeeld volgens de meeste van deze artsen.

De relatie met apothekers is de laatste jaren verbeterd, 69% van de huisartsen ziet hierin een vooruitgang optreden. De verbeterde relatie zal deels samenhangen met het feit dat ruim de helft van de huisartsen de taakverdeling tussen huisarts en apotheker duidelijker vindt geworden. Huisartsen die de relatie tussen henzelf en apothekers beter geworden vinden, zien hierbij een belangrijke rol voor het FTO weggelegd; vrijwel allemaal geven zij aan dat het FTO hieraan een bijdrage heeft geleverd. Weinig huisartsen (9%) zien vooruitgang als het gaat om afstemming met ziekenhuizen en ook vindt slechts een vijfde van de huisartsen dat hun positie ten opzichte van specialisten is verbeterd.

Er is een aantal verschillen te constateren in vergelijking met 1996. Over de gehele linie zien huisartsen minder vooruitgang optreden tussen 1996 en 1999 dan in de periode daarvoor, met name als het gaat om de ontwikkelingen binnen hun beroep. Dit kan komen omdat wanneer ergens al vooruitgang geboekt is, het relatief moeilijker is nog meer vooruitgang te boeken. Wat vervolgens opvalt, is dat van de huisartsen die een vooruitgang constateren een veel groter deel dan in 1996 vond dat het FTO hierin een rol gespeeld heeft.

Tabel 3.9 Veranderingen in het dagelijks handelen in de afgelopen jaren en de rol die het FTO daarin heeft gespeeld; huisartsen (1996: N=322; 1999: N=286)

	% huisartsen dat vooruitgang ziet		% huisartsen dat rol FTO ziet bij vooruitgang ^a	
	1996	1999	1996	1999
afstemming met ziekenhuizen	10	9	42	26
afstemming inhoud FTO op vragen uit de praktijk	78	49	nvt	nvt
inzicht in eigen prescriptiescala	75	68	48	97
persoonlijke voorlichting aan patiënten	59	51	45	89
opgewassen zijn tegen druk van de patiënt	31	17	76	76
positie als beroepsgroep richting specialisten	25	21	72	57
relatie met andere huisartsen	46	44	58	84
relatie met apotheker(s)	69	54	56	97
voorschrijven op stofnaam	72	68	46	74
taakverdeling huisarts-apotheker	54	42	60	95

a percentage is berekend over de huisartsen die vooruitgang zien

Apothekers

Ook apothekers is in 1999 gevraagd of hun dagelijks handelen op een aantal punten veranderd is (tabel 3.10). De grootste vooruitgang zien de apothekers als het gaat om het geven van medicatiebegeleiding en de invulling van hun taak als zorgverlener (74% en 68% respectievelijk). Iets meer dan de helft van de apothekers ziet vooruitgang op de volgende punten: medicatiebewaking, invulling van de taak als adviseur van de huisarts en de relatie met de huisartsen. Het percentage apothekers dat vooruitgang constateert, is het laagst op de volgende punten: signaleren van vermoede bijwerkingen, inperking van het assortiment en het efficiënter inkopen.

Het FTO speelt voor de apothekers vooral een rol als het gaat om de verhouding met de huisartsen (invulling geven aan taak als adviseur; relatie met huisarts; taakverdeling met huisarts; contact opnemen met huisarts). Als men een vooruitgang constateert op deze punten dan vindt meer dan 90% van de apothekers dat het FTO daarin een rol heeft gespeeld. Dit resultaat is niet verwonderlijk omdat het FTO voor veel apothekers waarschijnlijk de belangrijkste plek is waar zij huisartsen ontmoeten. Het resultaat is ook bemoedigend te noemen: het FTO heeft immers tot doel heeft dat beide beroepsgroepen samen tot doelmatiger voorschrijven komen. Op andere punten is het FTO wat minder belangrijk met name als het gaat om het efficiënter inkopen. Als apothekers daar al vooruitgang constateren dan ziet slechts een vijfde daarin een rol voor het FTO weggelegd.

Evenals bij de huisartsen is het percentage apothekers dat vooruitgang constateert op de gevraagde onderwerpen over de gehele linie gedaald ten opzichte van 1999. Apothekers zien een groeiend belang van het FTO als het gaat om de aspecten van het dagelijks handelen die gerelateerd zijn aan communicatie met de huisartsen en op het gebied van medicatiebewaking- en begeleiding, maar niet als het gaat om efficiënter inkopen en inperking van het assortiment.

Tabel 3.10 Veranderingen in het dagelijks handelen de afgelopen jaren en de rol die het FTO daarin heeft gespeeld; apothekers (1996: N=447; 1999: N=286)

	% apothekers dat vooruitgang ziet		% apothekers dat rol FTO ziet bij vooruitgang ^a	
	1996	1999	1996	1999
efficiënter inkopen	28	29	26	17
geven van medicatiebegeleiding	94	74	39	52
inperking assortiment	40	27	72	67
invulling van taak als adviseur van huisarts	87	52	68	95
invulling van taak als zorgverlener	–	68	–	54
medicatiebewaking	74	57	42	50
relatie met huisartsen	–	50	–	91
sneller contact opnemen met huisarts				
bij vragen	53	31	69	91
taakverdeling huisarts-apotheker	53	39	88	93

a percentage is berekend over de apothekers die vooruitgang zien

3.3.7 Ondersteuning vanuit DGV

Van alle groepen heeft 24% gedurende de afgelopen twee jaar gebruik gemaakt van ondersteuning door de Stichting DGV. Dat is duidelijk minder dan in 1996 toen het percentage groepen dat zei individuele ondersteuning voor hun FTO-groep te hebben gevraagd op 47% lag.

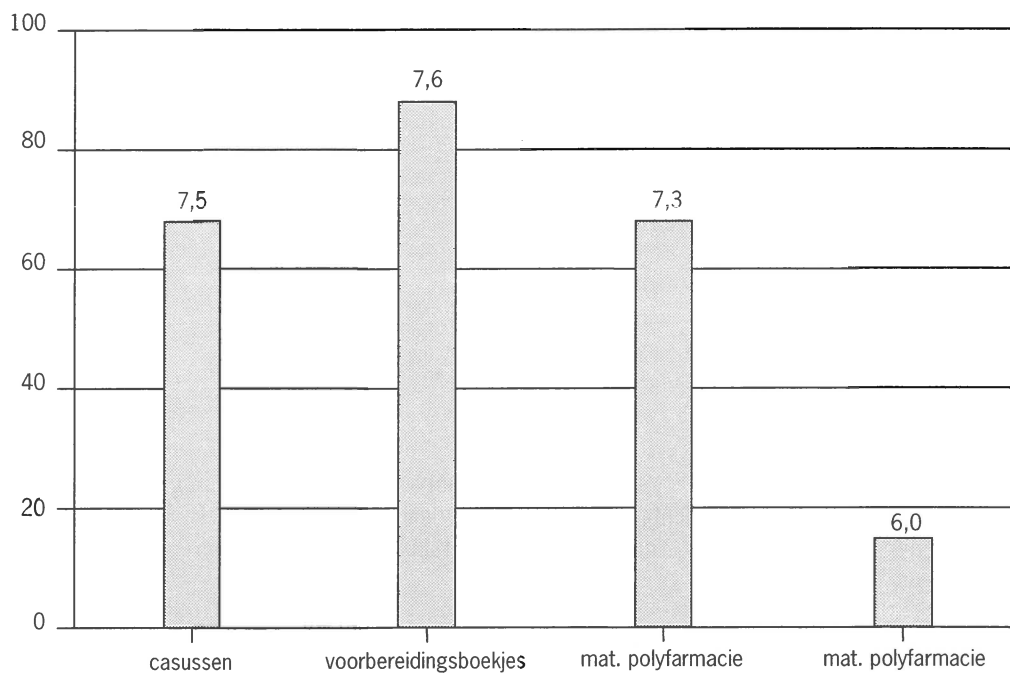
Onderstaande tabel geeft aan hoeveel van de 618 groepen ondersteuning heeft gekregen op een bepaald terrein. "Toezending van werkmateriaal" is de vorm van ondersteuning die het meest gegeven is, gevolgd door advisering bij de voorbereiding en begeleiding bij bijeenkomsten. FTO-groepen vragen nauwelijks om advisering bij conflicten. Wanneer groepen ondersteuning krijgen dan zijn zij daarover vaak tevreden; uitschieter naar beneden is daarbij de hulp die gegeven wordt bij observatie en feedback.

Tabel 3.11 Van DGV ontvangen ondersteuning en beoordeling van de ondersteuning (N=618)

Soort hulp	Aantal groepen dat deze hulp kreeg (% van alle groepen)	% tevreden groepen (van degenen die hulp kregen)
Advisering bij conflicten	6 (1%)	–
Advisering bij de voorbereiding	75 (12%)	83%
Hulp bij de evaluatie	35 (6%)	82%
Hulp bij begeleiding bijeenkomsten	64 (10%)	83%
Hulp bij opstarten FTO	27 (4%)	92%
Observatie en feedback	27 (4%)	68%
Toezending literatuur	58 (9%)	89%
Toezending werk materiaal	97 (16%)	90%

Stichting DGV heeft ook materialen die speciaal bedoeld zijn om het FTO te ondersteunen. Aan de respondenten is gevraagd of zij bekend waren met het FTO-materiaal van de Stichting DGV en zo ja, wat voor een rapportcijfer zij hieraan gaven. De FTO-voorbereidingsboekjes blijken het bekendst te zijn (figuur 3.13). Ook krijgen deze boekjes het hoogste gemiddelde rapportcijfer (7,6) al verschilt het niet veel van het gemiddelde cijfer voor de casussen en het materiaal over polyfarmacie (respectievelijk 7,5 en 7,3). Het 'cijfer circuit spel' is het minst bekend en wordt ook duidelijk minder hoog gewaardeerd dan de andere materialen (cijfer 6,0).

Figuur 3.13 Percentage groepen dat FTO-materiaal kent in 1999 (in % van alle groepen)



3.4 Conclusie

Dit hoofdstuk ging in op de onderzoeksvraag: "Hoe functioneren FTO-groepen (hoe is hun organisatie en wat zijn hun doelen, werkwijze en inhoud) in 1999 en in hoeverre wijkt de stand van zaken in deze af van 1996?" De resultaten van het onderzoek onder 618 van de 835 FTO-

groepen in Nederland laten zien dat de jaren 1996-1999 een bestending geven te zien in goede randvoorwaarden voor het overleg en een verbreding van de inhoud van het FTO. FTO-groepen komen gemiddeld zes keer per jaar bij elkaar voor bijeenkomsten van gemiddeld 1,5 tot 2 uur, waarvan de opkomst hoog is. Vrijwel standaard is dat arts en apotheker bijeenkomsten samen voorbereiden en dat er een voorzitter is. Gemiddeld genomen put men uit zo'n zeven verschillende methoden voor het overleg. Het eigen overleg wordt zinvol gevonden en de cultuur vertrouwelijk en efficiënt. De onderwerpen patiëntenvoorlichting, therapietrouw, medicijnverslaving en druk van de patiënt stonden de afgelopen twee jaar bij meer groepen op het programma dan daarvoor. Er is ook meer aandacht besteed aan aspecten als polyfarmacie, interacties tussen geneesmiddelen en afleverbeleid. Bovendien is er meer aandacht gekomen voor afstemming met de tweedelij. Deze resultaten laten zien dat het FTO een structurele plaats heeft gekregen in de kwaliteitszorg van huisartsen en apothekers.

Hiermee lijken randvoorwaarden aanwezig voor een overleg dat daadwerkelijke kwaliteitsverbetering kan bewerkstelligen. Echter, vooralsnog lijken niet alle FTO-groepen een dergelijke verbetering waar te kunnen maken. Tussen 1996 en 1999 hebben FTO-groepen vooral vooruitgang geboekt als het gaat om de verbreding van de inhoud van het FTO wat ten koste lijkt te zijn gegaan van verdieping van het overleg. De verbreding van de inhoud reflecteert het inzicht dat goed voorschrijven en afleveren niet genoeg is. Een goede begeleiding van de patiënt is noodzakelijk voor een optimale farmacotherapie en hiervoor is de afgelopen jaren meer aandacht gekomen in het FTO. Hier tegenover staat dat weinig vooruitgang lijkt te zijn geboekt in het verminderen van de vrijblijvendheid van het overleg en dat minder respondenten van mening zijn dat het FTO concreet resultaat oplevert. Informatie-uitwisseling is voor veel groepen nog steeds het belangrijkste doel van het FTO. Om de farmaceutische patiëntenzorg in de praktijk te verbeteren lijkt dit onvoldoende. Meer valt te verwachten van het maken van afspraken over de vraag hoe veranderingen in de praktijk kunnen worden doorgevoerd. Hierin is tussen 1996 en 1999 echter weinig vooruitgang geboekt. Belangrijk lijkt het dan ook om de komende jaren de ingezette verbreding van de inhoud van het FTO te vertalen in werkbare afspraken en die met behulp van consultondersteunende systemen en methoden van onderlinge toetsing ook daadwerkelijk in de praktijk te brengen. Echter, er is niet zo veel bekend over de vraag in hoeverre de activiteiten van FTO-groepen nu echt invloed hebben op het voorschrijfgedrag van de deelnemers. Doel van dit onderzoek is dit ook in kaart te brengen. Dit gebeurt in het volgende hoofdstuk.

4 Effecten van het FTO op kwaliteit van het voorschrijven

4.1 Inleiding

Heeft de kwaliteit van het FTO effect op de kwaliteit van het voorschrijven van de deelnemers? Dat is de vraag die in dit hoofdstuk centraal staat. In hoofdstuk 2 is gesteld dat naarmate de kwaliteit van het FTO (het maken, toetsen en evalueren van afspraken) beter is, de kwaliteit van het voorschrijven ook beter zal zijn. Daarbij komt dat er ook indirecte effecten van organisatie en cultuur van het FTO te verwachten zijn; goed georganiseerde groepen met een open, vertrouwelijke cultuur zullen eerder tot afspraken maken en toetsen komen en dat leidt uiteindelijk tot beter voorschrijven. Paragraaf 4.2 geeft de dataverzameling hiervan weer. Omdat in dit onderzoek de **FTO-groep de eenheid** is waarnaar gekeken wordt, is gezocht naar gegevens van alle huisartsen binnen de groep. Deze bleken bij zorgverzekeraars voor handen te zijn. Voordeel was dat in deze gegevens in feite ook het aflevergedrag van de apothekers verdisconteerd zit; het zijn namelijk declaratiegegevens van apothekers en deze declareren bij de zorgverzekeraars wat zij uiteindelijk afgeleverd hebben. Van 85 van de 618 FTO-groepen die hebben deelgenomen aan de enquête die in hoofdstuk 3 werd beschreven, zijn bij zorgverzekeraars prescriptiegegevens opgevraagd. Paragraaf 4.3 beschrijft hoe organisatie, cultuur en kwaliteit van het FTO gemeten zijn. Omdat niet duidelijk is of de 85 FTO-groepen die in de analyses in dit hoofdstuk betrokken zijn representatief zijn voor alle groepen in Nederland (waarvan we gegevens hebben), is in paragraaf 4.4 een vergelijking gemaakt tussen deze 85 groepen en de rest van de 618 groepen die in de analyses van het vorige hoofdstuk betrokken waren. Paragraaf 4.5 gaat in op de geneesmiddelengroepen waarvoor gegevens verzameld zijn, terwijl in paragraaf 4.6 de wijze van analyseren uiteengezet wordt. De resultaten van de analyses ter verklaring van het effect van het FTO op de kwaliteit van het voorschrijven staan beschreven in paragraaf 4.7.

4.2 Dataverzameling bij zorgverzekeraars

4.2.1 Keuze zorgverzekeraars

De parameters voor kwaliteit van het voorschrijven zijn bepaald met behulp van prescriptiecijfers. De prescriptiegegevens voor de FTO-groepen zijn betrokken van zorgverzekeraars. De reden hiervoor is dat van **alle** huisartsen in een bepaalde FTO-groep vaak een aanzienlijk deel van de patiënten bij dezelfde zorgverzekeraar is ingeschreven omdat zorgverzekeraars veelal regionaal opereren. Zorgverzekeraars zijn bovendien een databron via welke relatief eenvoudig gegevens verkregen kunnen worden van alle artsen in één FTO-groep. Nadeel is dat niet alle patiënten van artsen bij de betreffende zorgverzekeraar verzekerd zijn en dat alleen gegevens bekend zijn over ziekenfondsverzekerden.

Er is een selectie gemaakt van zorgverzekeraars. Het is efficiënter gegevens bij een beperkt aantal zorgverzekeraars op te vragen. Daarbij komt dat naarmate er meer zorgverzekeraars in het onderzoek betrokken zouden zijn, het probleem van vergelijkbaarheid van gegevens wellicht groter geworden was. Dit bijvoorbeeld omdat elke zorgverzekeraar een eigen systematiek van registreren van prescriptiecijfers heeft. Ook was op voorhand niet duidelijk of alle zorgverzekeraars exact dezelfde gegevens konden of wilden leveren. Tot slot is het zo dat

slechts een deel van de zorgverzekeraars bereid of in staat prescriptiecijfers te leveren. In totaal zijn gegevens betrokken van vier zorgverzekeraars (Anova, Amicon, VGZ en Groene Land).

4.2.2 Respons

Per zorgverzekeraar is gekeken in welke FTO-groepen huisartsen participeren waarvan de (meeste) patiënten bij deze zorgverzekeraar verzekerd zijn. Dit is alleen gedaan voor de FTO-groepen die hebben deelgenomen aan de schriftelijke enquête (zie hoofdstuk 3). Deze groepen zijn benaderd en om toestemming gevraagd prescriptiecijfers bij de zorgverzekeraar op te vragen. Hiertoe kregen zij een formulier waarop de namen van de huisartsen vermeld konden worden en waarop de vertegenwoordiger van de FTO-groep zijn/haar handtekening kon zetten om de toestemming te geven.¹ Het Nivel en Stichting DGV ondertekenden het betreffende formulier ook en zegden toe de gegevens niet te verstrekken aan derden en ze alleen maar in het kader van het FTO-onderzoek te gebruiken.

Tabel 4.1 geeft inzicht in het aantal FTO-groepen dat per zorgverzekeraar is aangeschreven alsmede in het aantal groepen dat toestemming heeft gegeven. De FTO-groepen waren niet in grote getale bereid deel te nemen aan het onderzoek: slechts een kwart van de groepen gaf toestemming. Bij Anova ligt het percentage deelnemers hoger dan bij de drie andere zorgverzekeraars. In totaal hebben 85 groepen deelgenomen. Deze worden in dit rapport de prescriptiegroepen genoemd.

Tabel 4.1 Toestemming van FTO-groepen om prescriptiecijfers op te vragen bij zorgverzekeraars

Zorgverzekeraar	aantal benaderde groepen	aantal toestemmingen
Amicon	58	15 (26%)
Anova	39	17 (44%)
Groene Land	49	13 (27%)
VGZ	180	40 (23%)
Totaal	326	85 (26%)

4.3 Operationalisatie kenmerken van het FTO

Het FTO kan het voorschrijven op verschillende manieren beïnvloeden. In hoofdstuk 2 gaven we aan dat in deze een drietal kenmerken van het FTO van belang is. In de eerste plaats is dat de organisatie van het FTO (indirect effect), ten tweede de cultuur binnen de groep (indirect effect) en ten derde de kwaliteit van de groep (direct effect). De meting van deze kenmerken heeft plaatsgevonden in de schriftelijke enquête die gehouden is in het kader van de Landelijke Inventarisatie FTO, waarvan de resultaten in hoofdstuk 3 beschreven zijn. De analyses in dit hoofdstuk hebben echter geen betrekking op alle 618 groepen die aan deze enquête hebben deelgenomen, maar alleen op de 85 groepen waarvan we prescriptiecijfers tot onze beschikking hebben.

¹ Voor zorgverzekeraar Groene Land is een iets afwijkende procedure gevolgd. Daar konden FTO-groepen kiezen tussen het versturen van ofwel een formulier waarop de contactpersoon namens de hele groep tekende, ofwel een formulier waarop alle deelnemers van de groep afzonderlijk tekenden.

4.3.1 Organisatie van het FTO

De volgende aspecten zijn in de analyses betrokken: de duur van en opkomst bij de bijeenkomsten, de aanwezigheid van een (vaste) voorzitter en de groeps grootte.^{2,3}

Overleg van enige lengte maakt het gemakkelijker om onderlinge afspraken te maken en om te toetsen of deze afspraken in de praktijk werken en de deelnemers deze daadwerkelijk naleven. Gezien de praktijkervaringen van de FTO-adviseurs lijkt een minimum van twee uur daarvoor vereist. De helft van de groepen vergadert korter dan 2 uur, de andere helft 2 uur of langer. Meestal vergaderen groepen die korter vergaderen 1,5 uur. Groepen die 2 uur of meer vergaderen, doen dit zelden langer dan 2,5 uur. Derhalve is besloten de variabele *duur van een FTO-bijeenkomst* te dichotomiseren tot een variabele die de waarde 0 heeft als de bijeenkomsten van de groep gemiddeld genomen minder dan 2 uur duren en de waarde 1 als de bijeenkomsten 2 uur of langer duren.⁴

Naast de duur is ook de *opkomst bij FTO-bijeenkomsten* van belang. Deelnemers zullen afspraken over voorschrijven wellicht beter naleven als meer mensen bij het maken van die afspraken betrokken zijn geweest. De respondenten konden kiezen uit drie antwoorden op deze vraag: opkomst lager dan 50%, opkomst tussen 50 en 75% en opkomst 75% en hoger. Omdat in minder dan 5% van de groepen de opkomst lager is dan 50% is besloten de laagste twee categorieën bij elkaar te voegen, zodat een dichotome variabele is gecreëerd. Deze heeft de waarde 0 als de opkomst van de FTO-bijeenkomsten gemiddeld genomen lager is dan 75% en de waarde 1 als de opkomst gemiddeld 75% of hoger is.

Bijna alle groepen hebben een voorzitter. In een aantal groepen is dit een vaste voorzitter, bij andere groepen wisselt het voorzitterschap en een enkele groep heeft helemaal geen voorzitter. Het hebben van een vaste voorzitter kan in een aantal opzichten een voordeel zijn. Deze kan bijvoorbeeld zorgen voor continuïteit in het programma, voor een duidelijke opzet en een vaste vergaderstructuur waarbij iedereen zoveel mogelijk aan bod komt. Bovendien wordt hij of zij door de groep als (gespreks)leider geaccepteerd. De variabele *vaste voorzitter* is, evenals de twee voorgaande variabelen, gedichotomiseerd en heeft de waarde 0 als er geen of een wisselende voorzitter is en de waarde 1 als er een vaste voorzitter is.

4.3.2 Cultuur binnen het FTO

In de vragenlijst is naar een aantal aspecten gevraagd die de cultuur in het FTO weerspiegelen. Eén aspect is de efficiëntie van bijeenkomsten. Daarnaast is het van belang dat de sfeer in de groep vertrouwelijk en informeel is. Pas dan zullen artsen bereid zijn hun eigen voorschrijfgedrag samen met collega's kritisch onder de loep te nemen en afspraken te maken over eventuele veranderingen in het voorschrijfgedrag. Ook een aspect van de cultuur is of groepen open staan voor vernieuwingen. Vervolgens lijkt het ook van belang dat de resultaten van het FTO volgens de deelnemers concreet en bruikbaar zijn, eerder zullen zij deze niet in de praktijk toepassen. In totaal zijn er 6 items gemeten op een vijfpuntschaal (zie

² Een aantal variabelen is niet in de analyses betrokken omdat daarin tussen de FTO-groepen te weinig variatie zat. Het gaat bijvoorbeeld om de voorbereiding door de verschillende beroepsgroepen (huisartsen, apothekers of beiden) en de vraag of er wel/geen verslagen van de bijeenkomsten gemaakt worden.

³ Gezien het relatief lage aantal eenheden in de analyses (N=85) is het reduceren van het aantal onafhankelijke variabelen gewenst. Getracht is om de organisatie van het FTO te reduceren tot één variabele (zoals bij de cultuur van het FTO gebeurd is). Dit bleek echter niet mogelijk te zijn; er kon geen betrouwbare schaal geconstrueerd worden.

⁴ Er zijn ook analyses gedaan met duur als continue variabele; dit leidde niet tot andere resultaten dan de analyses waarin de dichotome variabele is gebruikt.

tabel 4.2). Principale componentanalyse wijst uit dat het item 'informele sfeer in de groep' laag correleert met de andere vijf items. Derhalve is dit item verder buiten de analyses gelaten. Zoals uit tabel 4.1 blijkt vormen de overige vijf items samen één factor, die in totaal 57% van de variantie in de antwoorden op de items verklaart. Cronbach's alpha van de schaal is 0,79.

Over de vijf items is een somscore berekend, welke de *cultuur van de groep* reflecteert. Een hoge score op deze variabele betekent dat de groep efficiënt is, men betrouwbaar met elkaar omgaat en open staat voor vernieuwingen, dat de aard van het besproken beleid persoonlijk is en het resultaat concreet. Kortom: een hoge score reflecteert een open en werkbare cultuur in de groep.

Tabel 4.2 Resultaten van de principale componentanalyse om te komen tot een maat voor de cultuur binnen FTO-groepen (N=85)

	Factorlading
Het verloop van de bijeenkomsten is efficiënt (1= heel inefficiënt, 5 = heel efficiënt)	0,82
De sfeer in de groep is betrouwbaar (1=heel wanbetrouwbaar, 5=heel betrouwbaar)	0,82
De groep staat open staan voor vernieuwingen (1=conservatief, 5=vernieuwend);	0,70
De aard van het besproken beleid is persoonlijk (1=algemeen, 5=persoonlijk)	0,52
Het resultaat is concreet (1=vaag, 5=concreet).	0,86
Verklaarde variantie	57%

4.3.3 Kwaliteit van het FTO

Het systematisch werken aan kwaliteit betekent het doorlopen van vier fasen van de zogenaamde kwaliteitskringloop: normeren, meten, evalueren en veranderen (zie hoofdstuk 2). Voor elk van deze fasen is een aantal kenmerken in de vragenlijst terug te vinden. Onder normeren valt het formuleren van expliciete, outputgerichte doelstellingen en het maken van afspraken. Lang niet alle groepen formuleren dergelijke doelen, zoals blijkt uit tabel 4.3. Een derde van de prescriptiegroepen heeft tot doel het toetsen van afspraken en het opstellen van een formulier. Het opzetten van interventies is slechts voor 15% van deze groepen een doel en nog minder groepen formuleren persoonlijke voornemens (9%). Onder normeren valt ook het maken van afspraken. Dat is eveneens nog geen gemeengoed. In dit onderzoek wordt het effect van het FTO op de kwaliteit van het voorschrijven voor drie geneesmiddelengroepen bestudeerd: benzodiazepinen, middelen voor astma/COPD en maagmiddelen (zie voor nadere toelichting paragraaf 4.5.1). Afspraken voor astma/COPD komen het vaakst voor: bijna de helft van de prescriptiegroepen heeft een afspraak over het voorschrijven van geneesmiddelen voor deze aandoening. Over het voorschrijven van maagmiddelen zijn in een derde van de groepen afspraken gemaakt; voor benzodiazepinen ligt dit percentage lager, op 19%.

Meten, dit wil zeggen het baseren van beleid op cijfers uit de praktijk en het gebruik van cijfers voor het toetsen van afspraken, gebeurt lang niet in alle groepen (34 en 31% respectievelijk). Indicatoren voor de fase van het evalueren zijn de vraag of de groep de werking van afspraken in de praktijk evalueert en de vraag of de groep afspraken aanpast wanneer daartoe de noodzaak blijkt. Respectievelijk 26 en 21% van de prescriptiegroepen zegt dit te doen.

Tabel 4.3 Aantal en percentage prescriptiegroepen dat aan kwaliteitskenmerken voldoet en factorladingen verkregen in een principale componentanalyse

	aantal groepen (totaal=85)	percentage	factorlading
Normeren			
Doelen geformuleerd toetsen van afspraken	27	32%	0,66
interventies opzetten	13	15%	0,52
formulairium opstellen	27	32%	0,42
persoonlijke voornemens	8	9%	0,52
Afspraak over geneesmiddelengroep benzodiazepinen	16	19%	0,34
middelen voor astma/COPD	40	47%	0,51
maagmiddelen	26	31%	0,60
Meten			
Prescriptiecijfers gebruiken voor opstellen voorkeursbeleid	29	34%	0,36
Prescriptiecijfers gebruiken voor toetsen van afspraken	26	31%	0,60
Evalueren			
Evaluatie van werking van afspraken in de praktijk	22	26%	0,68
Evaluatie van noodzaak tot aanpassen gemaakte afspraken	18	21%	0,63
Veranderen			
Selectie onderwerpen voor FTO-bijeenkomst: op basis van kwaliteitsbeleid	27	32%	0,52
n.a.v. gebleken problemen	36	42%	0,29
Gebruik prescriptiecijfers als basis voor interventies	21	25%	0,59

Tot slot zijn er drie indicatoren gekozen voor de fase van het veranderen. Verondersteld wordt dat wanneer groepen de onderwerpen voor het FTO selecteren op basis van het gebleken problemen of op basis van het kwaliteitsbeleid in de regio zij kennelijk van plan zijn om hun voorschrijfgedrag te veranderen; respectievelijk 42 en 32% van de prescriptiegroepen selecteert op deze manier hun onderwerpen. Ook wanneer deelnemers interventies uitvoeren en daarvoor prescriptiecijfers gebruiken duidt dat op een planmatige aanpak van verandering; een kwart van de prescriptiegroepen gebruikt prescriptiecijfers als basis voor interventies.

De 14 kenmerken (tabel 4.3) zijn gemeten in de vorm van dichotome variabelen ofwel: de variabele heeft de waarde 0 als de groep niet aan het betreffende kenmerk voldoet en de waarde 1 als dat wel het geval is (vergelijk De Bakker e.a., 1994). Vervolgens is voor elke FTO-groep een kwaliteitsscore berekend. Deze bestaat uit 11 items. De drie items die gaan over het maken van afspraken over de specifieke geneesmiddelengroepen zijn hierin niet opgenomen. Om te kijken of de items één dimensie vormden is een principale componentanalyse uitgevoerd waarbij gekozen is voor een gedwongen één-factoroplossing. De resultaten hiervan staan in tabel 4.3. De items laden redelijk tot hoog op de factor. Besloten is om alle items op te nemen in de kwaliteitsscore.

Aanvullend zijn nog drie kwaliteitsscores berekend. Deze zijn vrijwel identiek aan de hiervoor beschreven kwaliteitsscore. Echter aan elk van deze drie scores is een extra, twaalfde, item toegevoegd. Dit is het item dat refereert aan gemaakte afspraken op het gebied van de specifieke geneesmiddelengroep (respectievelijk benzodiazepinen, middelen voor astma/COPD en. In tabel 4.3 staan ook factorladingen bij de drie variabelen die refereren aan de afspraken op het gebied van de specifieke geneesmiddelengroep. Er zijn namelijk drie aanvullende principale componentanalyses uitgevoerd waarin naast de 11 'vaste' items ook het twaalfde item was opgenomen, namelijk of er wel geen afspraak was over de geneesmiddelengroep. Uiteindelijk ontstonden zo vier kwaliteitsmaten waarop elke FTO-groep een waarde kreeg.

4.4 Vergelijking prescriptiegroepen met overige groepen

In totaal worden 85 FTO-groepen in de analyses in dit hoofdstuk betrokken. De gegevens zijn betrokken van vier zorgverzekeraars. Door de selectie van zorgverzekeraars en de lage respons kan de generaliseerbaarheid van de gegevens naar 'het FTO in Nederland' in gevaar komen. Het kan bijvoorbeeld zijn dat vooral groepen die 'het goed doen' toestemming hebben gegeven om hun prescriptiecijfers op te vragen. De gegevens uit de schriftelijke enquête in hoofdstuk 3 bieden echter een goede mogelijkheid om te kijken in hoeverre deze 85 groepen representatief zijn voor driekwart van de FTO-groepen in Nederland op de kenmerken die we in dit onderzoek betrekken. De 85 prescriptiegroepen hebben allemaal deelgenomen aan deze schriftelijke enquête. Daarnaast hebben nog 533 groepen deelgenomen aan deze inventarisatie (in totaal 618 groepen). Hierdoor kan gekeken worden in hoeverre de groepen waarvan we gegevens hebben afwijken van andere groepen als het gaat om kenmerken van het FTO. Helaas kan de representativiteit voor heel Nederland niet bestudeerd worden. Van de groepen die niet aan de schriftelijke enquête hebben meegedaan, een kwart van het totaal aantal groepen in Nederland, hebben we helemaal geen gegevens voorhanden.

Vergelijking van de prescriptiegroepen met de overige groepen die mee hebben gedaan aan de schriftelijke enquête laat zien dat er een aantal verschillen is als het gaat om organisatie, cultuur en kwaliteit van het FTO (tabel 4.4).

De prescriptiegroepen scoren significant hoger op de kwaliteitsscore dan de overige groepen. Dit komt vooral omdat zij vaker dan andere groepen expliciete doelstellingen formuleren zoals het maken en toetsen van afspraken en het doen van interventies. Ook gebruiken ze vaker prescriptiecijfers voor het opzetten van interventies en selecteren zij vaker dan de overige groepen de onderwerpen voor het FTO op basis van het kwaliteitsbeleid van de regio.

De groepscultuur in de prescriptiegroepen verschilt significant van de overige groepen. Dit komt omdat de bijeenkomsten in de prescriptiegroepen efficiënter verlopen, deze groepen meer vernieuwend zijn en het resultaat van de bijeenkomsten concreter is. Geen significante verschillen waren als het gaat om de mate van vertrouwelijkheid in de groep en de aard van het besproken beleid.

Tabel 4.4 Gemiddelden op een aantal kenmerken van het FTO: verschillen tussen prescriptiegroepen en overige groepen^a

	Gemiddelde				Significant verschil ^b
	Prescriptiegroepen		Overige groepen		
Kwaliteitscore					
(zonder geneesmiddelengroep)	3,0	(2,3)	2,2	(2,0)	***
Kwaliteitscore (benzodiazepinen)	3,2	(2,7)	2,5	(2,2)	***
Kwaliteitscore (middelen astma/COPD)	3,5	(2,8)	2,6	(2,3)	***
Kwaliteitscore (maagmiddelen)	3,3	(2,8)	2,4	(2,2)	***
Cultuur	(1-5)	3,5	(0,7)	3,3	(0,6) **
Duur bijeenkomsten (0-1) ^c	0,54	(0,50)	0,43	(0,50)	#
Opkomst bijeenkomst ^d (0-1)	0,85	(0,36)	0,77	(0,42)	#
Vaste voorzitter (0-1)	0,54	(0,50)	0,50	(0,50)	ns

a de verschillen in gemiddelden zijn op significantie getoetst met behulp van student's t-test

b ns = niet significant #: $p < 0.10$ ** $p < 0.05$ *** $p < 0.01$

c 0 = bijeenkomst duurt korter dan 2 uur, 1 = bijeenkomst duurt 2 uur of langer

d 0 = opkomst lager dan 75%, 1 = opkomst 75% of hoger

Een groter deel van de prescriptiegroepen heeft bijeenkomsten die twee uur of langer duren. Ook is de opkomst in deze groepen vaker dan in de overige groepen hoger dan 75%. Geen verschillen bestaan er als het gaat om het hebben van een vaste voorzitter.

Bovenstaande vergelijking tussen de prescriptiegroepen en de groepen waarvan we niet over prescriptiecijfers beschikken, toont dat de prescriptiegroepen gemiddeld genomen hoger scoren op een aantal kenmerken van het FTO waarvan verondersteld wordt dat deze, direct dan wel indirect, de kwaliteit van het voorschrijven positief zullen beïnvloeden. Dit betekent dat de resultaten van de analyses die in de rest van het hoofdstuk centraal staan niet zondermeer naar alle FTO-groepen gegeneraliseerd kunnen worden, in elk geval niet op de kenmerken waarop de prescriptiegroepen afwijken van de overige groepen.

4.5 Kwaliteitsindicatoren voor voorschrijven

4.5.1 Keuze geneesmiddelen

In het onderzoek is een selectie gemaakt van geneesmiddelen. Dit is gedaan omdat het onhaalbaar was alle geneesmiddelen in het onderzoek te betrekken. De keuze van de geneesmiddelen is gedaan in overleg met de leden van de klankbordgroep die dit onderzoek begeleidde. Na discussie binnen deze groep is gekozen voor de volgende groepen geneesmiddelen:

- Maagmiddelen (ATC-code: A02)
- Astma/COPD (ATC-code: R03)
- Hypnotica onder benzodiazepines (ATC-code: N05CD)⁵

⁵ Anatomical Therapeutic Chemical: dit is een classificatie waarbij geneesmiddelen worden ingedeeld naar de aandoeningen waarvoor zij (in beginsel) worden voorgeschreven. De classificatie kent een aantal verschillende niveaus. Zo is ATC5 gedetailleerder dan ATC3 maar minder gedetailleerd dan ATC7.

Deze selectie is gebaseerd op een aantal criteria. Het eerste criterium is dat het middelen betreft die vrijwel uitsluitend voor een bepaalde indicatie worden voorgeschreven; maagmiddelen worden bijvoorbeeld zelden gebruikt bij andere indicaties. Dit is belangrijk omdat de gegevens van de zorgverzekeraars geen informatie bieden over de indicatie waarvoor het geneesmiddel is voorgeschreven. Er moeten dus middelen gekozen worden waarbij weinig twijfel kan bestaan over de bijbehorende indicatie.⁶ Het tweede selectiecriteria is dat de middelen in voldoende omvang worden voorgeschreven; anders is er te veel ruimte voor toevallige afwijkingen. Het derde selectiecriteria is dat er voldoende handelingsruimte voor de voorschrijver moet zijn, ofwel er moet duidelijke variatie (kunnen) zijn tussen artsen in het voorschrijven van de geneesmiddelen. Het laatste selectiecriteria is dat er variatie tussen de gekozen middelen is in de mate waarin zij in het FTO zijn besproken. Astma/COPD heeft in vrijwel alle FTO's op de agenda gestaan. Dit betekent dat wat betreft dit middel gekeken kan worden of de manier waarop onderwerpen besproken worden invloed heeft op het voorschrijven. Maagmiddelen en benzodiazepinen hebben in een deel van de groepen wel en in een deel niet op de agenda gestaan.

Gekeken zal worden in hoeverre FTO-groepen verschillen in voorschrijfgedrag wat betreft deze geneesmiddelengroepen en of deze verschillen beïnvloed worden door kenmerken van het FTO. Hiertoe is een aantal effectmaten ontwikkeld. Deze hebben met name betrekking op volume en kosten van voorschrijven. De effectmaten zijn gebaseerd op drie delen uit de reeks "Het voorbereiden van FTO" die door Stichting DGV zijn ontwikkeld. Het gaat om de delen: Slapeloosheid, Cara en Maagklachten (respectievelijk Lagerberg, 1995; Van der Ven, 1996; Essers, 1995). De effectmaten in deze serie zijn gebaseerd op de NHG-standaarden. Bovendien is rekening gehouden met de mogelijkheden die de door de zorgverzekeraars geleverde gegevens boden (zie volgende paragraaf).

Er bleek een groot aantal mogelijke indicatoren per geneesmiddelengroep te zijn. Besloten is hieruit een selectie te maken. Deze is, net als de keuze van de geneesmiddelengroepen, tot stand gekomen in overleg met de klankbordgroep die bij dit onderzoek betrokken was.

4.5.2 Gegevens

De gegevens die gebruikt zijn in onderhavig onderzoek zijn van 1999.⁷ Naast prescriptiegegevens zijn ook gegevens over de praktijksamenstelling verkregen. Van elke zorgverzekeraar zijn ten minste te onderstaande gegevens verkregen.

Huisarts/praktijkenmerken

- Huisartsnummer of praktijknummer
- FTO-groep
- Totaal aantal ziekenfondsverzekerden bij zorgverzekeraar
- Aantal ziekenfondsverzekerden per leeftijdscategorie van vijf jaar (0-4 jaar, 5-9 jaar, 10-14 jaar etc.)
- Aantal ziekenfonds verzekerde mannen en aantal ziekenfonds verzekerde vrouwen
- Postcode (basis voor urbanisatiegraad)

Prescriptiecijfers

De prescriptiecijfers werden geleverd op het niveau van de hpk-code, dit is de handelsproductcode. Elk geneesmiddel heeft zo'n unieke code. De datafiles van de verzekeraars waren

⁶ De keuze van een geneesmiddel hangt uiteraard af van de diagnose. De vraag of een goed middel, een goede dosering en juiste voorschrijfduur voorgeschreven worden bij de betreffende diagnose is derhalve een belangrijke indicator voor de kwaliteit van het voorschrijven. Wanneer de diagnose onbekend is, zoals bij de gegevens van de zorgverzekeraars het geval is, is het helaas niet mogelijk deze kwaliteitsindicator in het onderzoek te betrekken.

⁷ Groene Land vormt hierbij een uitzondering. Van de FTO-groepen van deze zorgverzekeraar zijn de prescriptiegegevens van het laatste kwartaal van 1998 en de eerste drie kwartalen van 1999 gebruikt.

als volgt opgebouwd: **per arts** was er **per product** (niveau:hpk) een regel in de datafile. Per product waren de volgende gegevens bekend:

- De voorschrijvende huisarts
- ATC-code (ATC-7 niveau)
- Handelsproductcode
- Aantal voorschriften
- Afgeleverde hoeveelheid
- Aantal Defined Daily Doses (DDD's)⁸
- Kosten

Het is niet mogelijk deze gegevens op patiëntniveau te herleiden.

Elke zorgverzekeraar leverde de bestanden op een andere manier aan en er zaten soms ook verschillen in de gegevens die aangeleverd werden. Het vergelijkbaar maken van de gegevens van de vier zorgverzekeraars was de eerste stap in het dataverwerkingsproces. De volgende stap was het aggregeren van de gegevens van hpk-code niveau naar huisartsniveau, waarna aggregatie op het niveau van de FTO-groep plaatsvond. Alle effectmaten in dit onderzoek hebben betrekking op de FTO-groep. In de volgende paragraaf worden deze effectmaten nader toegelicht.

4.5.3 Effectmaten

Per geneesmiddelengroep (benzodiazepinen, middelen voor astma/COPD en maagmiddelen) zijn vier effectmaten gekozen. Zoals al eerder werd aangegeven, hebben deze vooral betrekking op het volume en de kosten van voorschrijven. Voor alle effectmaten geldt overigens dat er twee 'versies' van zijn. In de eerste plaats is dat de hoogte van de effectmaat. Dit maakt het bijvoorbeeld mogelijk te kijken of groepen met kenmerk A (bijvoorbeeld 'opkomst 75% of hoger') minder of goedkoper voorschrijven dan groepen die niet aan dat kenmerk voldoen (opkomst lager dan 75%). In de tweede plaats is steeds gekeken naar de variatie binnen de groep. Hiertoe is een variatiecoëfficiënt berekend waarvoor het groepsgemiddelde gedeeld is door de standaarddeviatie van het gemiddelde van de betreffende FTO-groep. Deze variatiematen laten zien in hoeverre huisartsen binnen een groep verschillen. Gekeken kan worden of huisartsen in groepen met kenmerk A meer variëren in hun voorschrijfgedrag dan huisartsen in groepen zonder kenmerk A. Voor alle variatiecoëfficiënten in deze paragraaf geldt dat verondersteld wordt dat hoe minder variatie er binnen een groep is, hoe beter dit is. Er is dan waarschijnlijk een eenduidiger voorschrijfbeleid, gebaseerd op afspraken.

Benzodiazepinen (slapeloosheid)

Alleen de benzodiazepinen die tegen slapeloosheid worden voorgeschreven, zijn opgenomen in het onderzoek. Dit zijn de benzodiazepinen die als hypnoticum staan geregistreerd en vallen onder de ATC-code N05CD. Tabel 4.5 geeft een overzicht van de effectmaten die in dit onderzoek gebruikt zijn voor benzodiazepinen. In de eerste plaats is dat het aantal voorschriften per 1000 patiënten. Idee is dat in Nederland te veel benzodiazepinen worden voorgeschreven en dat dit naar beneden zou kunnen (zie ook Van Dijk e.a., 2001). De veronderstelling is dan ook dat hoe lager het gemiddeld aantal voorschriften per 1000 patiënten is, des te beter de kwaliteit van het voorschrijven is. Ook zou het aantal DDD's per voorschrift naar beneden kunnen. Dit geldt met name als het gaat om oudere patiënten, die de meeste benzodiazepinen gebruiken (Jabaaij en De Bakker, 2000). De kosten per DDD zouden ook zo laag mogelijk moeten zijn omdat het de voorkeur verdient goedkopere middelen voor te schrijven. Tot slot is er een maat die de voorschrijfrange binnen de groep weergeeft: hoeveel verschillende benzodiazepinen worden in de groep voorgeschreven. Wanneer groepen afspraken maken, dan spreken zij vaak een aantal voorkeursmiddelen af. Als gevolg daarvan is het te verwachten dat hun voorschrijfrange kleiner wordt.

⁸ De defined daily dosis is de aanbevolen voor te schrijven dagelijkse hoeveelheid van een bepaald geneesmiddel.

Tabel 4.5 Kwaliteitsindicatoren voor het voorschrijven van benzodiazepinen (ATC=N05CD)

Kwaliteitsmaat ^a
totaal aantal voorschriften N05CD per 1000 verzekerden ^b
totaal aantal ddd's per voorschrift
kosten per ddd
aantal verschillende soorten benzodiazepinen dat wordt voorgeschreven

a Alle kwaliteitsmaten zijn op het niveau van de FTO-groep
 b Alle maten worden op twee manieren uitgedrukt: gemiddelde = gemiddelde van de groep
 spreiding = spreiding binnen de groep

Astma/COPD

De kwaliteitsindicatoren voor astma/COPD zijn samengevat in tabel 4.6. Ook hier kijken we eerst naar het aantal voorschriften per 1000 verzekerden. Vervolgens wordt gekeken naar de verhouding tussen zogenaamde profylactische therapie en symptomatische therapie. Symptoombestrijding en daarmee symptomatische therapie heeft niet de voorkeur (Van de Ven, 1996). Derhalve gaan we ervan uit dat hoe groter het aandeel profylactische therapie (zowel in aantal voorschriften als in kosten) hoe beter het is. Tot slot wordt ook voor deze middelen gekeken naar de voorschrijfrange.

Tabel 4.6 Kwaliteitsindicatoren voor het voorschrijven van astma/COPD (ATC=R03A)

Kwaliteitsmaat ^a
Totaal aantal voorschriften R03A per 1000 verzekerden ^b
Verhouding symptomatische/ profylactische therapie in aantal voorschriften ^c
Verhouding symptomatische/ profylactische therapie in kosten
Aantal verschillende soorten middelen dat wordt voorgeschreven

a Alle kwaliteitsmaten zijn op het niveau van de FTO-groep
 b Alle maten worden op twee manieren uitgedrukt:: gemiddelde = gemiddelde van de groep
 spreiding = spreiding binnen de groep
 c Symptomatische therapie: B₂ sympathicomimetica: alle R03AC-middelen en R03CC
 Anticholinergica, intratracheaal: R03BB
 Combinatiepreparaten: R03AK03 (fenoterol en ipratropium)
 Xanthinederivaten: R03DA
 Profylactische therapie: Cromoglicinezuur en verwante verbindingen: R03BC
 Inhalatiecorticosteroiden: R03BA

Maagmiddelen

De kwaliteitsindicatoren voor de maagmiddelen staan in tabel 4.7. Wederom is de eerste effectmaat het aantal voorschriften per 1000 verzekerden en gaan we ervan uit dat de kwaliteit beter is wanneer er minder voorschriften per 1000 patiënten zijn. Omdat er nogal grote verschillen bestaan tussen artsen bestaan in de voorgeschreven hoeveelheid is ook gekeken naar het aantal voorgeschreven DDD's per 1000 verzekerden (Essers, 1995). Maagmiddelen verschillen behoorlijk in prijs. Protonpomremmers zijn bijvoorbeeld een stuk duurder dan H₂-receptorantagonisten. Derhalve is ook gekeken naar de kosten per voorgeschreven DDD. Tot slot is bij de maagmiddelen ook gekeken naar de voorschrijfrange.⁹

⁹ Er is ook een aantal analyses gedaan naar de verhouding tussen het aantal recepten protonpomremmers en het aantal recepten H₂-antagonisten. Omdat geen enkel effect van het FTO hierop gevonden werd, worden deze analyses niet gepresenteerd.

Tabel 4.7 Kwaliteitsindicatoren voor het voorschrijven van maagmiddelen (ATC = A02)

Kwaliteitsmaat ^a	
totaal aantal voorschriften A02 per 1000 verzekerden ^b	
totaal aantal ddd's A02 per 1000 verzekerden	
kosten per ddd	
aantal verschillende soorten maagmiddelen dat wordt voorgeschreven	

a Alle kwaliteitsmaten zijn op het niveau van de FTO-groep
 b Alle maten worden op twee manieren uitgedrukt: gemiddelde = gemiddelde van de groep
 spreiding = spreiding binnen de groep

Variatie in voorschrijven binnen FTO-groepen: een totaalmaat

Met behulp van exploratieve factoranalyse is gekeken of de effectmaten gereduceerd konden worden tot één of enkele factoren. Het bleek dat dit voor de effectmaten die betrekking hebben op de gemiddelde waarde (bijvoorbeeld het gemiddeld aantal voorschriften benzodiazepinen per 1000 patiënten of de gemiddelde kosten per voorgeschreven DDD maagmiddel) niet mogelijk was.

Het was echter wel mogelijk om van de zogenaamde variatiematen (bijvoorbeeld de variatie binnen een FTO-groep in het aantal voorschriften per 1000 patiënten) één totaalmaat te maken. Principale factoranalyse leverde één factor op met een verklaarde variantie van 59% (tabel 4.8).¹⁰ De factorscore werd bewaard voor elke groep als de variabele 'variatie van voorschrijven binnen de FTO-groep'. Een hoge positieve factorscore impliceert dat in een FTO-groep vergeleken met andere groepen relatief veel verschillen in voorschrijven tussen de huisartsen bestaan. Een hoge negatieve factorscore betekent juist dat in een groep weinig verschillen in voorschrijven bestaan tussen de huisartsen.

Tabel 4.8 Resultaten van de principale componentenanalyse om te komen tot een totaalmaat voor variatie in voorschrijven binnen FTO-groepen

Effectmaat (sd/gemiddelde)	Factorlading
benzodiazepinen	
aantal voorschriften per 1000 patiënten	0,81
aantal DDD per voorschrift	0,73
kosten per DDD	0,55
aantal soorten voorgeschreven middelen (ATC-7)	0,89
middelen voor astma/COPD	
aantal voorschriften per 1000 patiënten	0,62
aandeel profylactische therapie in volume	0,69
aandeel profylactische therapie in kosten	0,69
aantal soorten voorgeschreven middelen (ATC-5)	0,82
maagmiddelen	
aantal voorschriften per 1000 patiënten	0,85
aantal DDD per 1000 patiënten	0,88
kosten per DDD 0,77	
aantal soorten voorgeschreven middelen (ATC-5)	0,82
Verklaarde variantie	59%

¹⁰ Voor middelen voor astma/COPD en maagmiddelen is de variatie in het voorschrijven op ATC-5 niveau in de factoranalyse betrokken. Dit omdat deze variabelen beter op de factor laadden dan de 'ATC-7 variabelen'.

4.6 Analyse

In de volgende paragraaf worden de effecten van het FTO op het voorschrijven geschat. De eerste stap is het bestuderen van de bivariate relaties tussen de variabelen. Vervolgens worden multivariate analyses gedaan met behulp van padanalyse. Deze bestond uit twee stappen. In de eerste stap is een multiple regressie-analyse uitgevoerd waarin de effecten van de organisatievariabelen en de cultuurvariabele op de kwaliteit van het FTO geschat zijn.

Vervolgens is voor elke effectmaat van het voorschrijven één multiple regressie-analyse gedaan met de kwaliteit van het FTO als belangrijkste verklarende variabele. Per effectmaat zijn in de analyses ook steeds de volgende controlevariabelen opgenomen: zorgverzekeraar, urbanisatiegraad, aantal huisartsen in de groep en aandeel ouderen in de patiëntpopulatie.¹¹ Deze variabelen zijn opgenomen in de analyses omdat zij mogelijk verstorend zouden kunnen werken op de relatie tussen de onafhankelijke variabelen (kwaliteit van het FTO) en de effectmaten. De effecten van deze controlevariabelen op de effectmaten worden **niet** in de tabellen gepresenteerd. In dit hoofdstuk worden de gestandaardiseerde regressiecoëfficiënten gepresenteerd.

4.7 FTO en kwaliteit van voorschrijven: empirische bevindingen

4.7.1 Effect van organisatie en cultuur op kwaliteit van het FTO

De verwachting die in hoofdstuk 2 werd uitgesproken is dat goed georganiseerde FTO-groepen en groepen met een open sfeer eerder zouden komen tot het maken, toetsen en evalueren van afspraken. Voor organisatie kijken we naar het hebben van een vaste voorzitter, een hoge opkomst en de duur van de vergaderingen (2 uur of langer). Figuur 4.1 laat de relatie zien tussen deze kenmerken en de kwaliteit van het FTO. Voor de overzichtelijkheid zijn de groepen op de kwaliteitsscore in twee categorieën verdeeld. De gemiddelde kwaliteitsscore is 3 (minimum 0 - maximum 11), ofwel gemiddeld voldoen groepen aan 3 van de 11 elementen van de kwaliteitsschaal. De eerste categorie groepen in figuur 4.1 heeft een kwaliteitsscore van 3 of minder (in totaal 47% van de groepen), de tweede categorie scoort 4 of hoger. Het enige significante verschil wat betreft de organisatiekenmerken tussen de groepen met een boven gemiddelde kwaliteitsscore en de andere groepen is dat de 'boven gemiddelden' vaker een vaste voorzitter hebben. De verschillen in duur en opkomst van de bijeenkomsten zijn niet significant (chi-kwadraat toets).

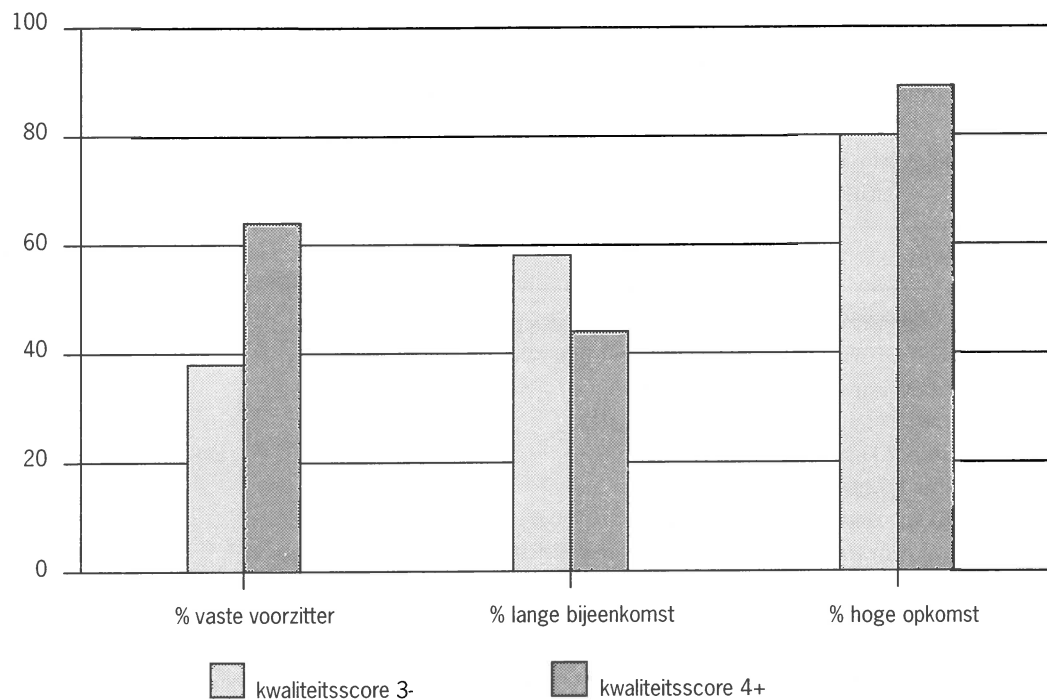
Tussen de cultuur van de FTO-groep en de kwaliteit ervan bestaat een sterk significant verband. De correlatie tussen deze twee kenmerken is 0,49 ($p=0,00$). In de multivariate analyse waarin ook de organisatiekenmerken zijn opgenomen, wordt deze sterke samenhang tussen cultuur en kwaliteit ook gevonden, zoals blijkt uit figuur 4.2.¹² In groepen met een open, vertrouwelijke sfeer voldoet men aan meer kwaliteitscriteria dan in groepen waarin de sfeer minder open is. De relatie tussen organisatie en kwaliteit van het FTO is, zoals ook al bleek uit de bivariate analyse, echter veel minder sterk. Alleen de aanwezigheid van een vaste

¹¹ Voor zorgverzekeraar Anova is het aantal praktijken in de analyses opgenomen, omdat het voor een aantal praktijken niet mogelijk was het aantal artsen te bepalen.

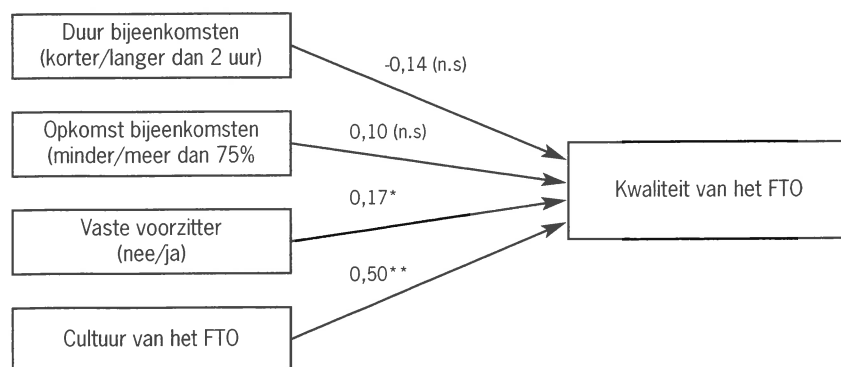
¹² De resultaten die hier gepresenteerd worden, hebben betrekking op de kwaliteitsmaat waarin geen afspraak over een geneesmiddelengroep was opgenomen (algemene kwaliteitsmaat, 11 items). Voor de andere drie kwaliteitsmaten is dezelfde analyse uitgevoerd. Omdat deze maten erg overlapt met de algemene kwaliteitsmaat is besloten de resultaten niet afzonderlijk te presenteren. De resultaten komen vrijwel overeen, alleen is bij de kwaliteitsmaat inclusief afspraak over benzodiazepinen en de kwaliteitsmaat inclusief afspraak over maagmiddelen het hebben een vaste voorzitter net niet significant (op $p < 0.10$).

voorzitter heeft een zwak significant ($p=0,10$) effect. Groepen met een vaste voorzitter voldoen aan meer kwaliteitskenmerken dan groepen met een wisselende voorzitter (of zelfs zonder voorzitter). De duur van bijeenkomsten en de opkomst van de bijeenkomsten hebben - in tegenstelling tot wat verwacht werd - geen effect op het aantal kwaliteitskenmerken waaraan een FTO-groep voldoet. De reden dat voor organisatiekenmerken weinig effect gevonden wordt, kan zijn dat vrijwel alle FTO-groepen wel voldoen aan de noodzakelijke voorwaarden om het FTO in principe te laten draaien.

Figuur 4.1 Relatie tussen organisatiekenmerken en de kwaliteit van het FTO (in % van de groepen in de betreffende categorie)



Figuur 4.2 Resultaat van de analyse om effecten van organisatie en cultuur op kwaliteit van het FTO te schatten (gestandaardiseerde regressiecoëfficiënten)



* = $p < 0,10$, ** = $p < 0,05$ *** = $p < 0,01$
 percentage verklaarde variantie (adjusted): 30%

De figuren op pagina 57 laten zien dat de cultuur van het FTO en het hebben van een vaste voorzitter indirect effect kunnen hebben op het voorschrijven. Stel: er wordt een positief effect gevonden van de kwaliteit van het FTO op het voorschrijfgedrag van huisartsen. Het feit dat een groep kwalitatief goed is, wordt deels bepaald door de cultuur en de voorzitter, die zo via die kwaliteit van de FTO-groep een stempel drukken op het voorschrijven.¹³

4.7.2 Effect van kwaliteitskenmerken op het voorschrijven

Benzodiazepinen

Tabel 4.9 geeft de gemiddelde score van groepen aan op de acht effectmaten die betrekking hebben op het voorschrijven van benzodiazepinen. Gemiddeld genomen schrijven de groepen 290 recepten uit per 1000 patiënten per jaar. Het gemiddeld aantal DDD's op een voorschrift is 22 en de kosten per voorgeschreven DDD bedragen 80 cent. De groepen hebben gemiddeld een voorschrijfrange van vijf soorten benzodiazepinen.

Tabel 4.9 Gemiddelde waarden op de acht effectmaten met betrekking tot het voorschrijven van benzodiazepinen (N=85)

Effectmaat	Gemiddelde	(sd)
Gemiddeld aantal voorschriften per 1000 patiënten per jaar	291,41	(114,87)
Variatiecoëfficiënt aantal voorschriften per 1000 patiënten	0,50	(0,13)
Gemiddeld aantal DDD's per voorschrift	23,31	(3,99)
Variatiecoëfficiënt aantal DDD's per voorschrift	0,22	(0,13)
Gemiddelde kosten per DDD	0,79	(0,26)
Variatiecoëfficiënt kosten per DDD	0,20	(0,16)
Gemiddeld aantal voorgeschreven middelen (ATC7)	4,82	(1,66)
Variatiecoëfficiënt aantal voorgeschreven middelen (ATC7)	0,32	(0,23)

De kwaliteit van het FTO heeft effect op drie van de acht effectmaten (tabel 4.10). In alle gevallen is dit effect in de verwachte richting. Er zijn minder verschillen **binnen** een FTO-groep in het aantal voorschriften per 1000 patiënten dat wordt voorgeschreven wanneer de kwaliteit van het FTO hoog is. Ook variëren artsen binnen een FTO-groep minder als het gaat om het aantal DDD's per voorschrift en de kosten per DDD wanneer de groep hoog scoort op de kwaliteitsmaat. Dit betekent dat het maken, toetsen en evalueren van afspraken ertoe leidt dat huisartsen in hun gedrag meer op elkaar lijken, althans wat betreft voorschrijfvolume en kosten van voorschrijven met betrekking tot benzodiazepinen. Dit zegt overigens niet dat huisartsen in groepen met een lagere kwaliteitsscore minder goed voorschrijven. Er is namelijk geen significant effect van de kwaliteitsscore op de effectmaten die betrekking op de groepsgemiddelden.

¹³ Er zijn ook regressie-analyses uitgevoerd om het directe effect van de cultuur op het voorschrijven vast te stellen. De cultuur bleek bij vrijwel geen enkele effectmaat een significant direct effect te hebben.

Tabel 4.10 Resultaten van de regressie analyses ter verklaring van het effect van de kwaliteit van het FTO op het voorschrijven van benzodiazepinen (N=85)^a

Afhankelijke variabele	Gestandaard. regressiecoëf. kwaliteitsscore ^b
Gemiddeld aantal voorschriften per 1000 patiënten	-0,11
Variatiecoëfficiënt aantal voorschriften per 1000 patiënten	-0,19**
Gemiddeld aantal DDD's per voorschrift	0,02
Variatiecoëfficiënt aantal DDD's per voorschrift	-0,30***
Gemiddelde kosten per DDD -0,06 Variatiecoëfficiënt kosten per DDD	-0,24**
Gemiddeld aantal voorgeschreven middelen (ATC7)	0,12
Variatiecoëfficiënt aantal voorgeschreven middelen (ATC7)	-0,07

a In alle analyses is gecontroleerd voor zorgverzekeraar, urbanisatiegraad, aandeel ouderen (65plus) in de patiëntpopulatie en aantal huisartsen in de FTO-groep

b * p < 0.10 ** p < 0.05 *** p < 0.01

Ofwel: deelnemers van groepen waarin afspraken gemaakt, getoetst en geëvalueerd worden, schrijven niet minder en niet goedkoper dan deelnemers van andere groepen. De voorschrijfrange - het aantal verschillende benzodiazepinen dat huisartsen voorschrijven - wordt niet beïnvloed door de kwaliteit van het FTO.

Middelen voor astma/COPD

De tweede groep geneesmiddelen waarnaar gekeken is, wordt gevormd door de middelen voor astma/COPD. Tabel 4.11 laat de gemiddelde waarden van de FTO-groepen op de acht effectmaten zien. Ruim 300 voorschriften per 1000 patiënten worden voorgeschreven. Het aandeel van profylactische therapie - in verhouding tot symptomatische therapie - in het aantal voorschriften is ruim een derde. Het aandeel in de kosten ligt hoger, op 46%. Tot slot worden gemiddeld genomen ruim vijf verschillende middelen (ATC-7) voorgeschreven.

Tabel 4.11 Gemiddelde waarden op de acht effectmaten met betrekking tot het voorschrijven van middelen voor astma/COPD (N=85)

Effectmaat	Gemiddelde	(sd)
Gemiddeld aantal voorschriften per 1000 patiënten	316,27	(113,39)
Variatiecoëfficiënt aantal voorschriften per 1000 patiënten	0,51	(0,41)
Gem. aandeel van profylactische therapie in aantal voorschriften	35,68	(7,21)
Var. coëf. aandeel van profylactische ther. in aantal voorschriften	0,24	(0,19)
Gemiddeld aandeel van profylactische therapie in kosten	45,86	(8,72)
Var. coëf. aandeel van profylactische therapie in kosten	0,22	(0,20)
Gemiddeld aantal voorgeschreven middelen (ATC7)	5,22	(1,78)
Variatiecoëfficiënt aantal voorgeschreven middelen (ATC7)	0,28	(0,26)

Evenals bij de benzodiazepinen zijn er drie effectmaten die een significant samenhang vertonen met de kwaliteitsscore (tabel 4.12). Het aandeel dat profylactische therapie heeft in het aantal voorschriften alsmede in de kosten is groter in groepen waarin afspraken gemaakt, getoetst en geëvalueerd worden. Waar bij benzodiazepinen de huisartsen binnen FTO-groepen met een hoge kwaliteitsscore meer op elkaar leken in voorschrijfgedrag geldt dit bij de middelen voor astma/COPD maar voor één effectmaat. Dat is het aandeel dat profylactische therapie heeft in de kosten; dit aandeel varieert minder in groepen met een hoge

kwaliteitsscore. Zowel de voorschrijfrange als het aantal voorschriften per 1000 patiënten wordt niet beïnvloed door de kwaliteit van het FTO.

Tabel 4.12 Resultaten van de regressie analyses ter verklaring van het effect van de kwaliteit van het FTO op het voorschrijven van middelen voor astma/COPD (N=85)^a

Afhankelijke variabele	Gestandaard. regressiecoëf. kwaliteitsscore ^b
Gemiddeld aantal voorschriften per 1000 patiënten	-0,06
Variatiecoëfficiënt aantal voorschriften per 1000 patiënten	-0,06
Gem. aandeel van profylactische therapie in aantal voorschriften	0,20*
Var. coëf. aandeel van profylactische ther. in aantal voorschriften	-0,16
Gemiddeld aandeel van profylactische therapie in kosten	0,20**
Var. coëf. aandeel van profylactische therapie in kosten	-0,19*
Gemiddeld aantal voorgeschreven middelen (ATC7)	0,06
Variatiecoëfficiënt aantal voorgeschreven middelen (ATC7)	-0,07

a In alle analyses is gecontroleerd voor zorgverzekeraar, urbanisatiegraad, aandeel ouderen (65plus) in de patiëntpopulatie en aantal huisartsen in de FTO-groep

b * p < 0.10 ** p < 0.05 *** p < 0.01

Maagmiddelen

De laatste groep geneesmiddelen die bekeken is, is de groep maagmiddelen. Per 1000 patiënten worden gemiddeld per jaar ruim 250 recepten uitgeschreven, waarop in totaal ruim 11.000 DDD's staan voorgeschreven (tabel 4.13). De kosten per DDD bedragen 3 gulden en een kwartje. De gemiddelde voorschrijfrange in de groepen beslaat ruim zes middelen.

Tabel 4.13 Gemiddelde waarden op de acht effectmaten met betrekking tot het voorschrijven van maagmiddelen (N=85)

Effectmaat	Gemiddelde	(sd)
Gemiddeld aantal voorschriften per 1000 patiënten	262,40	(91,27)
Variatiecoëfficiënt aantal voorschriften per 1000 patiënten	0,44	(0,29)
Gemiddeld aantal voorgeschreven DDD's per 1000 patiënten	11254,07	(4168,06)
Variatiecoëfficiënt aantal voorgeschreven DDD's per 1000 patiënten	0,46	(0,33)
Gemiddelde kosten per DDD	3,26	(0,28)
Variatiecoëfficiënt kosten per DDD	0,07	(0,05)
Gemiddeld aantal voorgeschreven middelen (ATC7)	6,29	(3,27)
Variatiecoëfficiënt aantal voorgeschreven middelen (ATC7)	0,25	(0,15)

Er zijn twee 'variatiematen' die significant door de kwaliteitsmaat worden beïnvloed. Huisartsen in groepen waar afspraken gemaakt, getoetst en geëvalueerd worden, lijken meer op elkaar als het gaat om het aantal voorschriften en het aantal DDD's dat in 1999 per 1000 patiënten is voorgeschreven dan huisartsen in andere groepen. Hierbij kan - evenals bij de benzodiazepinen - worden opgemerkt dat dit niet wil zeggen dat huisartsen in groepen met een lagere kwaliteitsscore meer zouden voorschrijven. Er is geen significant verschil tussen groepen met een hoge en een lage kwaliteitsscore als het gaat om het **gemiddeld** aantal voorschriften en DDD's dat in de groep wordt voorgeschreven. De kosten per DDD en de voorschrijfrange hangen eveneens niet significant samen met de kwaliteitsscore.

Tabel 4.14 Resultaten van de regressie analyses ter verklaring van het effect van de kwaliteit van het FTO op het voorschrijven van maagmiddelen (N=85)^a

Afhankelijke variabele	Gestandaard. regressiecoëf. kwaliteitsscore ^b
Gemiddeld aantal voorschriften per 1000 patiënten	0,04
Variatiecoëfficiënt aantal voorschriften per 1000 patiënten	-0,20**
Gemiddeld aantal voorgeschreven DDD's per 1000 patiënten	0,03
Variatiecoëfficiënt aantal voorgeschreven DDD's per 1000 patiënten	-0,26**
Gemiddelde kosten per DDD 0,02 Variatiecoëfficiënt kosten per DDD	0,05
Gemiddeld aantal voorgeschreven middelen (ATC7)	-0,02
Variatiecoëfficiënt aantal voorgeschreven middelen (ATC7)	-0,09

a In alle analyses is gecontroleerd voor zorgverzekeraar, urbanisatiegraad, aandeel ouderen (65plus) in de patiëntpopulatie en aantal huisartsen in de FTO-groep

b * p < 0.10 ** p < 0.05 *** p < 0.01

Variatie in voorschrijven binnen FTO-groepen: totaalmaat

In paragraaf 4.3 is aangegeven dat ook een totaalmaat is geconstrueerd waarin alle effectmaten die betrekking hebben op de variatie van het voorschrijven **binnen** de FTO-groep zijn opgenomen. Voor deze totaal maat is, net als voor de afzonderlijke effectmaten, een regressie-analyse uitgevoerd om de verschillen tussen FTO-groepen te verklaren. De verwachting was dat in groepen een hoge kwaliteitsscore er **minder** variatie in het voorschrijven zou zijn. Deze verwachting komt uit. Ofwel: groepen die afspraken maken, toetsen en evalueren verschillen minder in voorschrijfgedrag dan groepen die dat niet doen. Bij afspraken maken gaat het immers vaak om het opstellen van een voorkeursbeleid, waarin bijvoorbeeld gestreefd wordt een beperkt arsenaal aan middelen voor te schrijven en waarin een bepaalde dosis wordt aanbevolen. Als gevolg van een dergelijk voorkeursbeleid zullen de deelnemers in hun voorschrijven meer op elkaar gaan lijken. Echter, wat we hiermee niet getoetst hebben is of de groep kwalitatief goed voorschrijft.

Tabel 4.15 Resultaten van de regressie analyses ter verklaring van het effect van FTO op variatie in voorschrijfgedrag (N=85)^a

	Gestandaardiseerde regressiecoëfficiënt ^b kwaliteitsscore (0-11)
Variatie in voorschrijven binnen FTO-groep	-0,25**

a In alle analyses is gecontroleerd voor zorgverzekeraar, urbanisatiegraad en aandeel ouderen (65plus) in de patiëntpopulatie

b * p < 0.10 ** p < 0.05 *** p < 0.01

4.8 Samenvatting en conclusie

In dit hoofdstuk is het volgende model getoetst met behulp van gegevens van 85 FTO-groepen.



De kenmerken van het FTO (organisatie, cultuur en kwaliteit) zijn gemeten in de schriftelijke enquête die in het kader van Landelijke Inventarisatie FTO is gehouden (zie hoofdstuk 3). De 85 FTO-groepen waarvan prescriptiecijfers voor dit onderzoek voor handen waren, zijn gemiddeld genomen iets beter georganiseerd, hebben een betere leercultuur en scoren hoger op de zogenaamde kwaliteitsmaat (wat wil zeggen dat ze vaker afspraken maken en toetsen, meer evalueren en meer outputgerichte doelen hebben) dan de 533 groepen waarvan geen prescriptiecijfers voorhanden zijn.

De prescriptiecijfers die voor 85 FTO-groepen de kwaliteit van het voorschrijven meten zijn afkomstig van vier zorgverzekeraars. Omdat het praktisch onmogelijk was de kwaliteit van het voorschrijven voor alle geneesmiddelengroepen te toetsen, is gekozen voor drie geneesmiddelengroepen: benzodiazepinen, middelen voor astma/COPD en maagmiddelen. Per geneesmiddelengroep is een aantal effectmaten geconstrueerd. Hierbij werd steeds zowel gekeken naar de gemiddelde score van de groep als naar de variatie binnen de groep.

Er is een sterke samenhang tussen de cultuur binnen een FTO-groep en de kwaliteit van de FTO-groep. Wanneer de sfeer in een FTO-groep open en vertrouwd is, komt men eerder tot het maken, toetsen en evalueren van afspraken. Dit geldt ook (maar in minder sterke mate) indien er een vaste voorzitter voor de bijeenkomsten van een FTO-groep. Andere organisatiekenmerken (duur, frequentie en opkomst) vertoonden geen significante relatie met de kwaliteit van de FTO-groep. De resultaten laten vervolgens zien dat de kwaliteit van het FTO effect heeft op de variatie in voorschrijven binnen FTO-groepen en nauwelijks op de gemiddelde scores van groepen. Dit betekent dat huisartsen binnen groepen waarin afspraken gemaakt, getoetst en

geëvalueerd worden in hun voorschrijfgedrag meer op elkaar dan huisartsen in andere groepen, maar het is niet zo dat zij minder en goedkoper voorschrijven. Het lijkt er derhalve op dat groepen die afspraken maken naar het groepsgemiddelde trekken, maar dat dit groepsgemiddelde niet noodzakelijkerwijze ook het door standaarden of richtlijnen gewenste gemiddelde is. Opvallend is dat de variatie in het aantal voorgeschreven middelen niet beïnvloed wordt door het maken en toetsen van afspraken. Veelal leggen groepen voorkeursmiddelen vast wanneer zij afspraken maken. Dit betekent dat de voorschrijfrange beperkt zou moeten worden en dat binnen de groep maar een beperkt arsenaal aan middelen wordt voorgeschreven, waardoor minder verschillen tussen huisartsen in het aantal middelen te zien zouden moeten zijn.

De cultuur en het hebben van een vaste voorzitter hebben indirect effect op de variatie van voorschrijven binnen FTO-groepen. In groepen met een open cultuur en een vaste voorzitter is de kwaliteit van het FTO beter en dat heeft tot gevolg dat huisartsen in de groep meer op elkaar lijken in voorschrijfgedrag.

5 Samenvatting en conclusies

5.1 Samenvatting

5.1.1 Inleiding

In de jaren negentig kwam het Farmaco Therapie Overleg (FTO) goed op gang. Farmaco Therapie Overleg kan gedefinieerd worden als een reeks van reguliere bijeenkomsten van huisartsen en apothekers waarop informatie en opvattingen over farmacotherapie worden uitgewisseld teneinde te komen tot verbetering van de kwaliteit van de farmaceutische zorg. Anno 1999 functioneren er in Nederland ruim 800 FTO-groepen en vrijwel alle huisartsen en openbare apothekers participeren in één van deze groepen. De Stichting Doelmatige Geneesmiddelenvoorziening (DGV) heeft hierbij op landelijk niveau een coördinerende en stimulerende rol. Om de stand van zaken in het FTO in kaart te brengen hield Stichting DGV twee landelijke inventarisaties, de eerste in 1992, de tweede in 1996. In 1992 verkeerden veel groepen in een opstartfase en waren zij vooral bezig met het structureren van het overleg en het opbouwen van de samenwerking tussen huisartsen en apothekers. Uit de inventarisatie van 1996 bleek dat de groepen tussen 1992 en 1996 professioneler waren gaan werken. Er bleken echter nog grote verschillen tussen groepen te zijn in de organisatie van het FTO, de doelen die groepen nastreefden (bijvoorbeeld het al dan niet maken van afspraken), de werkwijze die men gebruikte en de inhoud van het overleg. Om het ondersteuningsaanbod van Stichting DGV te optimaliseren en om te zien wat het aanbod oplevert, is het van belang regelmatig inzicht te krijgen in de stand van zaken binnen het FTO. Daarom is besloten in 1999 opnieuw een inventarisatie te houden onder alle FTO-groepen in Nederland. De eerste onderzoeksvraag is gericht op het bieden van inzicht in de ontwikkelingen van het FTO en de door Stichting DGV geboden ondersteuning aan het eind van de jaren negentig. De eerste onderzoeksvraag luidt als volgt:

Vraag 1a: *Hoe functioneren FTO-groepen (hoe is hun organisatie en wat zijn hun doelen, werkwijze en inhoud) in 1999 en in hoeverre wijkt de stand van zaken in deze af van 1996?*

Vraag 1b: *Welke ondersteuning hebben FTO-groepen ontvangen van Stichting DGV en hoe wordt de ondersteuning beoordeeld door de FTO-groepen?*

Doel van het FTO is het verhogen van de kwaliteit van de farmaceutische zorg. In de eerdere FTO-inventarisaties is echter niet onderzocht in hoeverre het FTO effect heeft op de kwaliteit van het voorschrijven. Deze vraag is relevant voor zowel de Stichting DGV als voor de aan het FTO deelnemende huisartsen en apothekers, de zorgverzekeraars en de beroepsverenigingen.

Daarom is in dit onderzoek het effect van het FTO op het voorschrijven wel bestudeerd. De tweede vraag van het onderzoek is dan de vraag welke kenmerken van het FTO maken dat het FTO bijdraagt aan de kwaliteit van het voorschrijven:

Vraag 2: *Welke kenmerken van FTO-groepen hebben invloed op de kwaliteit van het voorschrijven en afleveren door de deelnemers?*

5.1.2 Onderzoeksvraag 1: Kenmerken van FTO-groepen

Respons

In juni 1999 hebben de contactpersonen van de 835 FTO-groepen in Nederland een schriftelijke vragenlijst toegestuurd gekregen met daarin vragen over hun FTO-groep. In totaal stuurden contactpersonen van 618 groepen de vragenlijst ingevuld terug (respons=74%).¹ In iets meer dan de helft van deze groepen vulde een huisarts de vragenlijst in, in de andere groepen de apotheker; in 1% van de groepen vulden huisarts en apotheker gezamenlijk de lijst in.

In de vragenlijst kwamen veel kenmerken van het FTO aan de orde: de organisatie, de doelen die FTO-groepen zichzelf stellen, de inhoud, de methoden die worden gebruikt, de cultuur binnen de FTO-groep en het effect van het FTO op het dagelijks handelen van de deelnemers. Ook is met behulp van de vragenlijst de ondersteuning die Stichting DGV aan de groepen geeft, in kaart gebracht. De belangrijkste resultaten worden hieronder per onderwerp weergegeven.

Organisatie

Evenals in 1996 komen vrijwel alle FTO-groepen vier keer of vaker per jaar bij elkaar voor bijeenkomsten van gemiddeld 1,5 tot 2 uur, waarvan de opkomst hoog is. Vrijwel standaard is dat arts en apotheker bijeenkomsten samen voorbereiden en dat er een voorzitter is. Van de deelnemende FTO-groepen maakt 82% altijd een verslag en 14% doet dat soms. Opgemerkt moet worden dat FTO-groepen nog niet in ruime mate het FTO evalueren. Een derde van alle FTO-groepen evalueert nooit. Andere groepen evalueren wel, maar vaak op een beperkt aantal punten. Van alle FTO-groepen evalueert 25% de inhoud van de bijeenkomst en 16% de opzet daarvan. Ook resultaten worden slechts door een beperkt deel van groepen geëvalueerd: 25% evalueert of eerder gemaakte afspraken haalbaar zijn in de praktijk en 17% kijkt of bijstelling van de gemaakte afspraken nodig is.

Doelen

Inputgerichte doelen hebben als achterliggende vraag: wat moet het FTO de deelnemers opleveren? Outputgerichte doelen hebben een andere achtergrond: welk effect moet de FTO-bijeenkomst hebben op de kwaliteit van het handelen van de deelnemers? Inputgerichte doelen worden door veel meer groepen nagestreefd dan outputgerichte doelen. Het meest nagestreefde doel in 1999 is het uitwisselen van informatie (77%), direct gevolgd door reflectie op het voorschrijfgedrag (66%), het maken van afspraken (55%) en het opstellen van vrijblijvende adviezen (52%). Outputgerichte doelen zoals het toetsen van afspraken, het formuleren van concrete interventies en persoonlijke voornemens scoren veel lager, respectievelijk 22, 8 en 8%.

Er is een daling in het aantal groepen dat afspraken maakt en toetst. In 1996 stelde 72% van de groepen zich tot doel afspraken te maken (55% in 1999) en 27% vond dat deze ook getoetst moesten worden (22% in 1999).

Inhoud

FTO-groepen bespreken velerlei onderwerpen en variëren daarin sterk. Toch is er een aantal onderwerpen dat door veel groepen onder de loep genomen wordt. Het onderwerp dat door de meeste groepen is besproken in de periode medio 1997-1999 is astma/COPD (70%) gevolgd door depressie (54%), overgangsklachten (52%), analgetica (51%) en polyfarmacie bij ouderen (50%). De aandacht voor de onderwerpen astma/COPD en polyfarmacie bij ouderen is in de afgelopen twee jaar het sterkst toegenomen. In 1999 is bovendien gevraagd of groepen afspraken hebben gemaakt over de betreffende onderwerpen. Voor de meeste

¹ De resultaten in dit rapport geven derhalve de mening weer van de contactpersonen. Deze kan mogelijk afwijken van de mening van de andere leden van de FTO-groep.

onderwerpen ligt dit percentage ongeveer op de helft van het percentage groepen dat het onderwerp besproken heeft. De onderwerpen patiëntenvoorlichting, therapietrouw, medicijnverslaving en druk van de patiënt stonden de afgelopen twee jaar bij meer groepen op het programma dan daarvoor.

Methoden

In de vragenlijst is gevraagd hoe vaak groepen bepaalde methoden gebruiken. De meer traditionele werkvormen zoals de casus, de voordracht en het bespreken van NHG-standaarden zijn erg populair. In meer dan 90% van de groepen worden deze vormen gebruikt en ze worden dat gemiddeld genomen ook vaak (3 tot 4 keer per jaar). Gemiddeld genomen gebruiken groepen 7 verschillende methoden per jaar (sd=2,5).

Cultuur van het overleg

De meerderheid van de contactpersonen kenschetst de cultuur van het eigen FTO als vertrouwelijk (86%) en efficiënt (61%). Desgevraagd geeft toch meer dan de helft van de respondenten (59%) aan dat ze graag iets aan hun FTO willen veranderen. Hierbij is de wens tot minder vrijblijvendheid van het FTO veruit het meest genoemd, 41% van alle groepen wil hieraan werken. Een vergelijkbaar percentage groepen sprak ditzelfde uit in 1996. Blijkbaar is er wel de wens iets te veranderen, maar is voor veel groepen niet duidelijk hoe dit zou kunnen. De vrijblijvendheid van de meeste FTO-groepen heeft klaarblijkelijk consequenties voor de opbrengst van het FTO: noemde in 1996 nog 55% van de groepen het resultaat van hun FTO concreet, in 1999 was dat nog maar 41%.

Impact van het FTO

Zowel van de huisartsen als de apothekers die de vragenlijst hebben ingevuld, vindt een aanzienlijk deel dat zij op een aantal punten de laatste jaren vooruitgang hebben geboekt en dat het FTO daar een rol bij heeft gespeeld. Voor huisartsen geldt dit voor een aantal zaken die hun voorschrijfgedrag betreffen zoals het verkrijgen van inzicht in het eigen prescriptiescala en het voorschrijven op stofnaam. Ook de relatie met collega-huisartsen en met apothekers is, mede dankzij het FTO, beter geworden; hetzelfde geldt voor de voorlichting aan de patiënt. Minder vooruitgang zien huisartsen als het gaat om het bestand zijn tegen de druk van de patiënt, de afstemming met ziekenhuizen en de verhouding tot de medisch specialisten. Het FTO heeft voor apothekers vooral een functie als het gaat om hun verhouding met huisartsen (invulling geven aan taak als adviseur; relatie met huisarts; taakverdeling met huisarts; contact opnemen met huisarts). Als men een vooruitgang constateert op deze punten dan heeft in meer dan 90 procent van de gevallen het FTO daarin een rol gespeeld. Het FTO speelt voor de apothekers nauwelijks een rol als het gaat om de realisatie van een efficiënter inkoopbeleid.

Ondersteuning vanuit Stichting DGV

Een kwart van de groepen maakte de afgelopen twee jaar gebruik van individuele ondersteuning door Stichting DGV. Dat is de helft minder dan in 1996. Dit heeft te maken met het feit dat het aantal activiteiten waarop Stichting DGV zich moet richten de afgelopen jaren aanzienlijk toegenomen is. Als groepen ondersteuning kregen was dat vaak in de vorm van toezending van materiaal, hulp bij begeleiding van bijeenkomsten en advisering bij de voorbereiding. Vrijwel alle groepen die ondersteuning hebben gekregen, waren hier tevreden over.

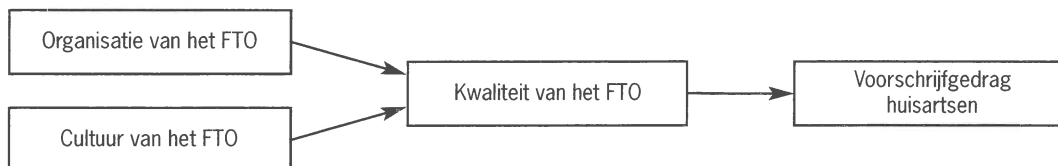
5.1.3 Onderzoeksvraag 2: Effect van het FTO op kwaliteit van voorschrijven

Het FTO is een weg waarlangs richtlijnen en standaarden geïmplementeerd kunnen worden onder andere door intercollegiaal overleg, toetsing en feedback. FTO-groepen kunnen op verschillende manieren functioneren. Sommige groepen wisselen alleen informatie uit, terwijl andere groepen verder gaan en afspraken maken over welke geneesmiddelen bij voorkeur voor te schrijven bij een bepaalde indicatie, in welke dosering e.d. Weer andere groepen gaan

nog een stap verder en toetsen of de gemaakte afspraken daadwerkelijk worden geïmplementeerd in de praktijk en of deze eventueel aanpassing behoeven. De kans dat afspraken gemaakt, getoetst en geëvalueerd worden, is groter in groepen die een goede organisatie hebben en waar de sfeer open en vertrouwelijk is. Wanneer afspraken gemaakt, getoetst en geëvalueerd worden (kwaliteit van het FTO genoemd), dan zal het doel van het FTO - verbetering van de kwaliteit van de farmaceutische zorg - eerder bereikt worden. Dit onderzoek gaat na in hoeverre deze verwachting op gaat. Hierbij moet aangetekend worden dat kwaliteit van de farmaceutische zorg in dit onderzoek opgevat wordt als doelmatiger voorschrijven en afleveren.

Model

In dit rapport is derhalve het volgende model getoetst:



Gebruikte gegevens

Dit is gedaan met behulp van gegevens van 85 FTO-groepen. De kenmerken van het FTO (organisatie, cultuur en kwaliteit) zijn gemeten in de Landelijke Inventarisatie FTO. De 85 FTO-groepen waarvan prescriptiecijfers voor dit onderzoek voor handen waren, zijn gemiddeld genomen iets beter georganiseerd, hebben een meer open cultuur en scoren beter op de zogenaamde kwaliteitsmaat (wat wil zeggen dat ze vaker afspraken maken en toetsen, meer evalueren en meer outputgerichte doelen hebben) dan de 533 groepen waarvan we geen prescriptiecijfers hebben.

De prescriptiecijfers die voor 85 FTO-groepen de kwaliteit van het voorschrijven meten zijn afkomstig van vier zorgverzekeraars. Omdat het praktisch onmogelijk was de kwaliteit van het voorschrijven voor alle geneesmiddelengroepen te toetsen, is gekozen voor drie geneesmiddelengroepen: benzodiazepinen, middelen voor astma/COPD en maagmiddelen. Per geneesmiddelengroep is een aantal effectmaten geconstrueerd. Hierbij werd steeds zowel gekeken naar de gemiddelde score van de groep als naar de variatie binnen de groep.

Effecten van cultuur en organisatie op kwaliteit van de FTO-groep

De resultaten laten zien dat er een sterke samenhang is tussen de cultuur binnen een FTO-groep en de kwaliteit van de FTO-groep. Wanneer de sfeer in een FTO-groep open en vertrouwd is, komt men eerder tot het maken, toetsen en evalueren van afspraken. Dit geldt ook (maar in minder sterke mate) indien er een vaste voorzitter voor de bijeenkomsten van een FTO-groep. Andere organisatiekenmerken (duur en opkomst) vertoonden geen significante relatie met de kwaliteit van de FTO-groep.

Effecten van kwaliteit van de FTO-groep op het voorschrijven

De resultaten laten vervolgens zien dat de kwaliteit van het FTO (het maken, toetsen en evalueren van afspraken) effect heeft op het voorschrijven.² Opvallend is dat de gevonden effecten met name betrekking hebben op de variatie in voorschrijven **binnen** FTO-groepen en veel minder op de gemiddelde scores van groepen. Dit betekent dat huisartsen in groepen die afspraken maken, toetsen en evalueren niet minder of goedkoper voorschrijven dan huisartsen in andere groepen. Wel lijken huisartsen binnen groepen waarin afspraken

² Alle verbanden zijn gecontroleerd voor zorgverzekeraar, aantal huisartsen in de groep, urbanisatiegraad en aandeel 65-plussers in de patiëntpopulatie.

gemaakt, getoetst en geëvalueerd worden in hun voorschrijfgedrag meer op elkaar dan huisartsen in andere groepen. Opvallend hierbij is overigens dat de variatie binnen de FTO-groepen in het aantal voorgeschreven middelen niet beïnvloed wordt door het maken en toetsen van afspraken. Veelal leggen groepen namelijk voorkeursmiddelen vast wanneer zij afspraken maken. Verwacht kan dan worden dat de voorschrijfrange binnen de groep kleiner wordt. Dit blijkt echter niet het geval te zijn.

De cultuur en het hebben van een vaste voorzitter hebben indirect effect op de variatie van voorschrijven binnen FTO-groepen. Echter, ook wanneer de sfeer niet goed is en er geen vaste voorzitter is, leidt afspraken maken, toetsen en evalueren tot minder variatie binnen FTO-groepen. Het is alleen wel zo dat de kans dat groepen komen tot het maken en toetsen van afspraken groter is wanneer de sfeer goed is en er een vaste voorzitter is.

5.2 Conclusie en aanbevelingen

5.2.1 Conclusie

Organisatorische randvoorwaarden en goede sfeer zijn er...

De jaren 1996-1999 geven een bestendinging te zien in goede randvoorwaarden voor het overleg en een verbreding van de inhoud van het FTO. Vrijwel alle groepen komen geregeld bij elkaar, hebben een voorzitter, maken een verslag van hun bijeenkomst, bereiden hun bijeenkomsten voor en bespreken een scala aan onderwerpen. De verbreding van de inhoud reflecteert het inzicht dat goed voorschrijven en afleveren niet genoeg is. Een goede begeleiding van de patiënt is noodzakelijk voor een optimale farmacotherapie en hiervoor is de afgelopen jaren meer aandacht gekomen in het FTO. Voor vrijwel alle FTO-groepen geldt dat de organisatie van het FTO goed op poten staat. In veel groepen heerst een goede en vertrouwelijke sfeer. Samengevat: de organisatorische randvoorwaarden voor een goed FTO die er in 1996 waren zijn in 1999 nog steeds aanwezig, en zijn zelfs nog iets versterkt.

... maar de vrijblijvendheid blijft

Het lijkt echter of de ontwikkeling naar het FTO als een professioneel samenwerkingsverband stopt. Tussen 1996 en 1999 is weinig vooruitgang geboekt in het verminderen van de vrijblijvendheid van het overleg. De uitdaging die Kocken en Etienne (1998:106) zagen voor deelnemers aan het FTO, namelijk dat door resultaatgericht te overleggen en door het bespreken van feedbackgegevens er nieuwe impulsen gegeven zouden kunnen worden aan het FTO, lijkt tussen 1996 en 1999 door een meerderheid van FTO-groepen niet te zijn aangegaan. Dit blijkt onder andere uit het gegeven dat informatie-uitwisseling nog steeds door veel groepen als het belangrijkste doel van het FTO genoemd wordt. Het uitwisselen van informatie, kennisoverdracht, is weliswaar een noodzakelijke voorwaarde voor kwaliteitsverbetering, maar geen voldoende voorwaarde. Om de farmaceutische patiëntenzorg in de praktijk te verbeteren is het nodig dat in het FTO concrete plannen worden gemaakt hoe veranderingen in de praktijk kunnen worden doorgevoerd en moeten afspraken over de uitvoering van die plannen ook worden getoetst. Willen meer FTO-groepen zich gaan ontwikkelen als professioneel samenwerkingsverband dan zullen daar impulsen aan gegeven moeten worden.

Minder variatie in voorschrijven binnen groepen die afspraken maken, toetsen en evalueren

Er zijn wel verschillen tussen FTO-groepen in de mate van vrijblijvendheid ten aanzien van inhoud en resultaat. Enerzijds zijn er groepen die zich beperken tot het uitwisselen van informatie en het geven van vrijblijvende adviezen, anderzijds zijn er groepen die afspraken vastleggen, toetsen of deze afspraken in de praktijk toegepast worden en evalueren of deze afspraken werken. Maar is het nu inderdaad zo dat het maken van concrete afspraken en plannen leidt tot veranderingen in het voorschrijven? Op basis van de resultaten van het onderzoek dat in dit rapport beschreven is, kan voorzichtig geconcludeerd worden dat er effecten zijn van het maken, toetsen en evalueren van afspraken op het voorschrijfgedrag van

de deelnemers aan het FTO. Er zijn weliswaar weinig effecten op volume en kosten van voorschrijven voor de drie geneesmiddelengroepen, maar de deelnemers in groepen die minder vrijblijvend zijn, lijken in hun voorschrijfgedrag meer op elkaar dan deelnemers in groepen die het FTO als een vrijblijvend iets beschouwen. Dit kan een begin zijn in een proces naar doelmatiger voorschrijven.

5.2.2 Kanttekeningen bij het onderzoek

Kanttekening 1: Meting van 'kwaliteit van FTO'

Bij de conclusies in de vorige paragraaf kan een aantal kanttekeningen worden geplaatst. De metingen die in het onderzoek gebruikt zijn, zouden verfijnder kunnen. Zo zijn alle onafhankelijke variabelen op groepsniveau gemeten. Het zou echter interessant zijn om ook gegevens van individuele huisartsen en apothekers te hebben over hun deelname aan en inzet voor het FTO. Dit zou bijvoorbeeld een beter inzicht kunnen geven in de vraag waarom in bepaalde FTO-groepen huisartsen meer variëren in hun voorschrijfgedrag dan in andere groepen. De meting van het kwaliteitssysteem van het FTO is in dit onderzoek op een exploratieve manier gedaan. Uitgaande van de bestaande vragenlijst van Stichting DGV, zoals gebruikt in de jaren 1992 en 1996, is een kwaliteitsmaat ontwikkeld. Voor de vier fasen van de kwaliteitskringloop (normeren, meten, evalueren en veranderen) is in de vragenlijst gezocht naar indicatoren. Met name voor de fase 'veranderen' waren alleen indirecte indicatoren voorhanden. In vervolgonderzoek zou aandacht besteed kunnen worden aan een nadere uitwerking van de kwaliteitsmaat. Daarbij zou meer aandacht moeten worden besteed aan de inhoud van de gemaakte afspraken. De ene afspraak is de andere niet. Het afspreken om bij bepaalde klachten minder te gaan voorschrijven is bijvoorbeeld iets anders dan in die afspraak ook vast te leggen hoeveel minder dan wel en hoe men dit wil bereiken. Hierdoor wordt de afspraak concreter, weten deelnemers beter hoe ze de afspraak in de praktijk moeten implementeren en kan de afspraak waarschijnlijk beter getoetst worden. De manier van toetsing en terugkoppeling kan in vervolgonderzoek ook gedetailleerder in kaart gebracht worden. In onderhavig onderzoek was alleen bekend of de groepen al dan niet toetsten en of ze daarvoor prescriptiecijfers gebruikten.

Kanttekening 2: Meting van 'kwaliteit van voorschrijven'

Voor de afhankelijke variabele, het voorschrijfgedrag, waren wel gegevens op individueel niveau (huisartsniveau) beschikbaar. Echter, aan deze data kleefde ook een aantal nadelen. In de eerste plaats beschikten we niet over indicatiegebonden gegevens. Hierdoor is het opstellen van goede effectmaten (kwaliteitsindicatoren voor het voorschrijven van geneesmiddelen) lastig. Het zou aanbeveling verdienen dergelijke effectmaten te baseren op de NHG-standaarden (zie bijvoorbeeld Hutten, 1998). Daarvoor is echter informatie nodig over de indicatie waarvoor is voorgeschreven. Een andere kanttekening is dat in dit onderzoek slechts gekeken is naar drie groepen geneesmiddelen en de vraag is of deze representatief zijn voor het gehele voorschrijfgedrag.

De gegevens die gebruikt zijn in dit onderzoek waren bovendien niet terug te leiden naar patiëntniveau. Bekend was alleen hoeveel recepten en DDD's er per artikel (nummer) waren voorgeschreven en wat hiervan de kosten waren. Het was daardoor bijvoorbeeld niet mogelijk om naar het voorschrijven van geneesmiddelen voor bepaalde groepen patiënten te kijken. Bij benzodiazepinen zou het bijvoorbeeld interessant zijn geweest een onderscheid te maken naar oudere en jongere patiënten. Ook konden nieuwe gebruikers niet van bestaande gebruikers onderscheiden worden. Wanneer gekeken wordt naar benzodiazepinen dan wint namelijk de gedachte dat deze minder voorgeschreven zouden kunnen worden steeds meer terrein. Echter, het blijkt in de praktijk moeilijk patiënten te overtuigen van het feit dat ze ook zonder benzodiazepinen kunnen (Van Dijk e.a., 2001). Het is ook arbeidsintensief om bestaande patiëntengroepen te saneren. Derhalve lijkt het beter om met het terugdringen van het voorschrijven van benzodiazepinen te beginnen bij potentiële nieuwe gebruikers. Eventuele

gevolgen daarvan voor het voorschrijven van benzodiazepinen zijn echter naar alle waarschijnlijkheid pas over een aantal jaren te zien.

5.2.3 Aanbevelingen

Ontwikkelingen naar een professioneel samenwerkingsverband kunnen bijdragen aan kwaliteit van voorschrijven

Ondanks de conclusie dat FTO-groepen die afspraken maken, toetsen en evalueren niet minder of goedkoper voor lijken te schrijven, geven de conclusies van dit onderzoek aanleiding tot voorzichtig optimisme. Huisartsen in groepen met een 'hoog' afspraakniveau lijken meer op elkaar qua voorschrijfgedrag. Dit op elkaar afstemmen van voorschrijfgedrag kan een eerste stap zijn in de richting van verbetering van de farmaceutische zorg in de FTO-groep. De meeste groepen die afspraken maken, toetsen en evalueren, hebben nog niet zo'n lange traditie als het gaat om het FTO; dit kwam immers pas begin jaren negentig goed van de grond.

Er zijn echter groepen die een lange traditie hebben van afspraken maken en toetsen en waarin duidelijke effecten terug te vinden zijn op het voorschrijven. De FTO-groep Asten, bijvoorbeeld, kent een lange traditie van 20 jaar FTO (Van den Hoogen e.a., 1999). In die tijd heeft dit FTO zich ontwikkeld tot een professioneel samenwerkingsverband waarin afspraken gemaakt en getoetst worden aan de hand van prescriptiecijfers. De afspraken worden vastgelegd in het elektronisch formularium, afspraken zijn openbaar voor het district, de apotheker ontvangt artsenbezoekers, het FTO is goed gestructureerd (bijeenkomst minimaal 3 uur, vaste voorzitter, notuleren) etc. In deze groep is er wel degelijk een effect te zien van het FTO op het voorschrijfgedrag. De huisartsen in de groep schrijven duidelijk goedkoper en minder voor dan de gemiddelde Nederlandse huisarts. Verwacht kan dan ook worden dat wanneer andere groepen langer op een professionele manier met elkaar samenwerken of overgaan tot een meer professionele manier van samenwerken, het FTO zal leiden tot doelmatiger voorschrijven. Punt is alleen dat veel groepen, zoals blijkt uit onderhavig onderzoek, nog niet zo ver zijn dat ze afspraken maken en toetsen. Dit is een punt van aandacht voor de toekomst. Intensivering van het FTO, het integreren van FTO-afspraken in het EVS en de ontwikkeling van een visitatiesysteem zijn mogelijkheden om FTO-groepen te stimuleren professioneler te gaan werken. Om deze mogelijkheden te doen slagen in de praktijk, lijkt intensivering van de individuele begeleiding van FTO-groepen belangrijk.

Intensivering van het FTO

Wil men groepen aanzetten tot verdere professionalisering dan zal er geïnvesteerd moeten worden in scholing en hulpmiddelen die de deelnemers aan het FTO stimuleren de adviezen uit het overleg door te voeren in de praktijk. Hiertoe is een initiatief genomen in het kader van de zogenaamde proeftuin farmaceutische zorg 'Zuid-Oost Brabant', de regio waartoe de FTO-groep Asten behoort.³ In het kader van de proeftuin wordt het FTO in de regio geïntensiveerd volgens het model Asten. In 2000 zijn, naast Asten, drie andere intensieve FTO-groepen actief (Heemskerk-van Holtz, 2000). Deze groepen krijgen drie bijeenkomsten waarin 'model-overdracht' plaatsvindt en ze informatie krijgen over het FTO volgens de methode van de groep Asten. Vervolgens krijgen ze tien bijeenkomsten ondersteuning van de FTO-adviseur. Dergelijke initiatieven zouden ook elders in het land kunnen worden opgezet, bijvoorbeeld vanuit Stichting DGV of vanuit andere proeftuinen farmaceutische zorg. Dit vraagt echter wel een aanzienlijke investering. Niet duidelijk is bovendien in hoeverre FTO-groepen willen overgaan tot intensief FTO.

³ Met proeftuinen farmaceutische zorg worden projecten bedoeld die zich bezighouden met transmuraal geneesmiddelenoverleg en een alternatieve distributie van geneesmiddelen dan in de huidige Nederlandse situatie (Brouwer e.a., 1999).

Het EVS en het FTO

Intensief FTO is gebaseerd op het maken en toetsen van afspraken. Het elektronisch formularium is in deze belangrijk. Hierin worden de in het FTO gemaakte afspraken vastgelegd, waardoor het gemakkelijker is deze toe te passen in de praktijk. Inmiddels is door het NHG en de LHV op landelijk niveau een elektronisch formularium, het Elektronisch Voorschrijfsysteem (EVS), geïntroduceerd (Wolters e.a., 2000). Met behulp van het EVS kan de huisarts adviezen krijgen voor het voorschrijven van geneesmiddelen. Deze zijn gebaseerd op de richtlijnen van het NHG. Deze richtlijnen geven bijvoorbeeld het advies wel of niet voor te schrijven bij een bepaalde diagnose. Indien het advies is om wel voor te schrijven dan geeft het EVS informatie over het te kiezen middel en de hoeveelheid.

De Groot (2000: 13) ziet het EVS als een belangrijk hulpmiddel om het FTO op een hoger plan te brengen: "... als welkome ondersteuning bij het opstellen en vervolgens ook toetsen van gezamenlijk beleid. Minder vrijblijvendheid dus". Huisartsen die het EVS gebruiken kunnen eigen afspraken toevoegen aan het formularium. Het EVS kan de deelnemers inhoudelijk ondersteunen en aansporen na te denken over afspraken op het gebied van farmacotherapie. De FTO-groep kan hierbij dan voortborduren op de reeds beschikbare, evidence-based richtlijnen. Anderzijds is het FTO een weg waarlangs het EVS goed geïmplementeerd kan worden.

Visitatie van FTO-groepen

Ook met de hulp van een elektronisch formularium vraagt het implementeren, toetsen en evalueren van afspraken een aanzienlijke investering van de deelnemers aan het FTO. Dit heeft voor de deelnemers waarschijnlijk een aantal positieve opbrengsten. De samenwerking tussen de twee deelnemende beroepsgroepen in het FTO zal wellicht beter zijn. De apotheker ziet een kwaliteitsverbetering in het voorschrijven terug voor de inspanningen die hij of zij levert voor het FTO. Maar vanuit de beroepsgroepen en bijvoorbeeld ook zorgverzekeraar komt over het algemeen weinig expliciete waardering voor FTO-groepen die zich duidelijk inspannen om de kwaliteit van de farmaceutische zorg te verbeteren. Hoe zou waardering voor het FTO expliciet gemaakt kunnen worden? Een mogelijkheid zou zijn om een visitatiesysteem te ontwikkelen. Hiertoe kan een pakket van eisen worden opgesteld waaraan een FTO-groep moet voldoen. De regio Zuid-Oost Brabant heeft een dergelijk pakket van eisen geformuleerd.⁴ Deze eisen bestaan onder andere uit het hebben van een goede organisatie⁵, het werken met prescriptiecijfers bij het voorbereiden van de bijeenkomst en tijdens de bijeenkomst zelf, het maken van afspraken en deze vastleggen in het EVS. Een dergelijk pakket zou ook elders in gebruik genomen kunnen worden. Op basis van een pakket van eisen kan per groep een sterkte-zwakte analyse worden gemaakt. Indien een groep niet aan het pakket van eisen voldoet, krijgt deze groep advies op welke punten verbetering nodig is. Als groepen wel voldoen aan het pakket van eisen kunnen zij bijvoorbeeld een keurmerk krijgen waarmee zij zich kunnen profileren. Voor FTO-groepen die werken aan kwaliteit van farmaceutische zorg kan deze procedure in elk geval een erkenning voor hun inspanningen zijn.

⁴ Op mondelinge informatie van M. Meulepas, Stichting DGV.

⁵ Hieronder wordt verstaan het houden van 6 tot 10 bijeenkomsten per jaar van minimaal 3 uur per keer, het hebben van een vaste voorzitter, het notuleren van de vergaderingen en gebruik maken van het EVS.

Literatuur

- Bakker, D. de, P. Peters, E.M. Sluijs en H. Philipsen. Onderzoeksprogramma Kwaliteit van Zorg. Overzichtstudie: Kwaliteit van zorg en zorgvernieuwing. Den Haag: NWO, 1994.
- Bennema-Broos, M., E.M. Sluijs & C. Wagner. Overzichtsstudie kwaliteitssystemen van beroepsbeoefenaren in de zorgsector 1990-2000. Utrecht: Nivel, 2000.
- Bero, L., R. Grilli, J.M. Grimshaw, E. Harvey, A.D. Oxman, M.A. Thomson. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *British Medical Journal*, 1998, 317, 465-468.
- Brouwer, N.M., L. van Dijk. E.S. Mot, J.B.F. Hutten, C.E. Zijdeveld, B.M.S. van Praag, D.H. de Bakker. Vervolg-studie Evaluatie-Onderzoek Proeftuinen Farmaceutische Zorg. Amsterdam/ Utrecht: SEO/Nivel, 1999.
- Coleman, J.S. *Foundations of Social Theory*. Cambridge/London: The Belknap Press of Harvard University Press, 1990.
- Denig, P. *Drug Choice in Medical Practice. Rationales, Routines, and Remedies*. Proefschrift Groningen, 1994
- Denig, P., F.M. Haaijer-Ruskamp & D.H. Zijsling. How physicians choose drugs. *Social Science and Medicine*, 1988, 27, 1381-1386.
- Dijk, L. van, D. Coffie & D. de Bakker. Evaluatie pilotstudie 'Reductie Benzodiazepine-gebruik Ouderen'. Utrecht: Nivel, 2001.
- Essers, G.. *Het voorbereiden van FTO. Maagklachten*. Utrecht, Stichting DGV, 1995.
- Foets, M., F. Schellevis & L. van Dijk. Competentie van huisartsen inzake het voorschrijven van geneesmiddelen. Een onderzoek op basis van papieren patiënten. *Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg*, 1994, 72, 32-37.
- Gill, P.S., M. Makela, K.N. Vermeulen, N. Freemantle, G. Ryan, C. Bond, T. Thorsen, F. Haaijer-Ruskamp. Changing doctor prescribing behavior. *Pharmacist World Science*, 1999, 21, 158-167.
- Grol, R. en H. Heerdink. De bekendheid met en de acceptatie van standaarden onder huisartsen. Een longitudinale analyse. *Medisch Contact*, 1990, 22, 717-720.
- Groot, J. de. EVS en FTO: een logische twee-eenheid! *Huisarts in Nederland*, 2000, nr 11, 13-14.
- Heemskerk-van Holtz, P. Rapportage Evaluatie Proeftuinen Farmaceutische Zorg. Leermomenten uit het eerste proeftuinjaar. Diemen/Amsterdam: Management & ICT Consultants, 2000.
- Hoogen, H. van den, GLJ Hooijmans, M Meulepas. Samen voorschrijven. *Farmacotherapieoverleg naar model-Asten*. *Medisch Contact*, 1999, 54 (41), 1399-1401.
- Hutten, J.B.F. *Workload and provision of care in general practice*. Amsterdam: Thesis Publishers, 1998.

- Jabaaij, L. en D. de Bakker. Herhaalde prescriptie van benzodiazepines in de huisartspraktijk. Intern Rapport. Utrecht: Nivel, 2000.
- Kocken, G. & R. Etienne. Farmacotherapie-overleg belandt in nieuwe fase. Landelijke Inventarisatie. Pharmaceutisch Weekblad, 19cv98, 133 (3), 104-107.
- Koomen, J.M. Woekeren met je "evoked" set en je farmacotherapeutisch redeneervermogen. Pharmaceutisch Weekblad, 1998, 133, 1569-1574.
- Lagerberg, H. Het voorbereiden van FTO. Slaapstoornissen en het voorschrijven van benzodiazepines. Stichting DGV, Utrecht, 1995.
- Lindenberg, S. (1991). Social approval, fertility and female labour market behaviour. In: J.J. Siegers, J. de Jong-Gierveld en E. van Imhoff (red). Female labour market behaviour and fertility. A rational choice approach. Berlijn: Springer-Verlag, 1991.
- Maeseneer, de J. Aspecifiek voorschrijfgedrag: afscheid van een concept. Huisarts en Wetenschap, 1991, 34, 278-280.
- Meijer, W.J. en P.P. Groenewegen. De betekenis van verloskundige samenwerking tussen eerste- en tweedelij voor de risicoselectie en het verloskundig resultaat. Eindrapport Project Verloskundige Samenwerkingsverbanden. Deel II. Utrecht, Nivel, 1996.
- Mulder, J., A. de Kroon & J. Duijn. Farmacotherapie-overleg in Nederland: hoe staat het ervoor en hoe kan het beter? Pharmaceutisch Weekblad, 1993, 128 (43), pp.1236-1241.
- Stichting DGV. Landelijke Inventarisatie Farmacotherapie-overleg 1996. Een beschrijvend onderzoek naar de stand van zaken in het FTO. Utrecht, Stichting DGV, 1997.
- Stokx, L., M. Foets, D.H. de Bakker & H. Flierman. Het voorschrijven van geneesmiddelen in de huisartspraktijk. Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL., 1992.
- Ven, A. van de . Het voorbereiden van FTO. Cara. Utrecht, Stichting DGV, 1996.
- Veninga, N. Improving prescribing in general practice. Rijksuniversiteit Groningen: Northern Centre for Healthcare Research. 2000.
- Visser, G.R. Interdisciplinaire samenwerking en organisatie. Medisch Contact, 35, 1980, p.468-72.
- Vries, C. de. Collaboration in healthcare. The tango to drug safety. Proefschrift Groningen, 1998.
- Vries, C.S. de & L.T.W. de Jong-van den Berg. Farmacotherapie overleg in de praktijk. Groningen, Werkgroep Sociale Farmacie en Farmacoepidemiologie, 1997.
- Wolters, I., L. van Dijk, H. van den Hoogen en D. de Bakker. 'Evaluatie Invoering Elektronisch Voorschrijf Systeem. Nulfase: de situatie in 1999'. Utrecht: Nivel, 2000.

Bijlage 1: Vragenlijst landelijke inventarisatie fto



NIVEL
Nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg

Drieharingstraat 6
Postbus 1568
3500 BN Utrecht



FTO-adviesgroep
Geneesmiddelen

VRAGENLIJST

LANDELIJKE INVENTARISATIE FTO

Informatie:
mw. dr. Liset van Dijk
telefoonnummer: 030 - 2729755

FTO-naam (vul hier de naam van uw groep in)

Regio

Indien u voor 30 juni 1999 de vragenlijst volledig ingevuld retourneert, krijgt u desgewenst in het najaar gratis Deel 1 van het FTO casusboek toegestuurd. U kunt ook aangeven of u zich wilt abonneren op de komende delen van het FTO casusboek. Tot slot kunt u aangeven of u van ons de resultaten van deze enquête wilt ontvangen. Daarbij kunnen wij uw gegevens afzetten tegen de gegevens van alle deelnemers samen.

IK ONTVANG GRAAG...

gratis het eerste deel van het FTO casusboek

Ik wil me wel / niet abonneren op de volgende delen van het FTO casusboek
(doorhalen wat niet van toepassing is)

de resultaten van deze enquête

Ik wil wel / geen vergelijking van mijn FTO-groep met alle deelnemende groepen
aan deze enquête
(doorhalen wat niet van toepassing is)

Graag met blokletters invullen:

Naam: huisarts apotheker

Adres

Postcode en woonplaats

Toelichting bij de vragenlijst

Het invullen van deze vragenlijst vergt ca. **20 minuten**. De vragenlijst bestaat uit **32 vragen**. Bij sommige van deze vragen wordt u gevraagd uit een aantal antwoordmogelijkheden 1 antwoord te kiezen: dit staat erbij vermeld. Meestal moet u dan een vakje () aankruisen. Bij andere vragen kunt u meer dan één antwoord invullen. Ook dan staat dit bij de vraag vermeld. Vaak moet u in dat geval een rondje () aankruisen.

Dus: = 1 antwoord aankruisen
 = meer antwoorden mogelijk

Kruist u in het geval het antwoord voor uw FTO-groep niet als zodanig vermeld is, het antwoord aan dat het dichtst in de buurt komt.

OPZET FTO

Vraag 1: *Hoe groot is uw FTO-groep?*

[Vul het aantal deelnemende huisartsen en het aantal deelnemende apothekers in.]

..... huisartsen

..... apothekers

Vraag 2: *Hoeveel bijeenkomsten van uw FTO-groep zijn er geweest in 1998?*

..... bijeenkomsten

Vraag 3: *Hoe lang duurt een gemiddelde FTO-bijeenkomst?*

..... uur per keer

Vraag 4: *Wat is de gemiddelde opkomst in uw FTO-groep?*

[Eén antwoord aankruisen.]

- 50% of lager
- tussen 50% en 75%
- 75% of hoger

Vraag 5: *Wie bereiden de bijeenkomsten van uw FTO-groep gewoonlijk voor?*

[Eén antwoord aankruisen.]

- altijd huisarts(en) en apotheker(s) samen
- afwisselend ofwel huisarts(en) ofwel apotheker(s)
- uitsluitend apotheker(s)
- uitsluitend huisarts(en)
- geen voorbereider(s)
- anderen, nl

OPZET FTO (vervolg)

Vraag 6: *Wie is gewoonlijk de gespreksleider / voorzitter in uw FTO?*

[Eén antwoord aankruisen. Kruis aan of het een huisarts, apotheker of beiden betreft.]

géén gespreksleider / voorzitter

huisarts apotheker beiden

per bijeenkomst een wisselende
gespreksleider/voorzitter, namelijk:

vaste gespreksleider/voorzitter, namelijk:

Vraag 7: *Was er in 1998 een door de Landelijke Huisartsen Vereniging erkend begeleider in uw FTO-groep?*

[Eén antwoord aankruisen.]

nee

ja

weet niet of er een erkend begeleider was in 1998 (weet wel wat het is)

weet niet wat een erkend begeleider is

Vraag 8a: *Hoë vaak heeft uw FTO-groep contact met de tweede lijn (met specialisten of ziekenhuisapothekers)?*

[Eén antwoord aankruisen.]

nooit

1 keer per jaar

2-3 keer per jaar

4 keer per jaar of meer

OPZET FTO (vervolg)

Vraag 8b: *Indien uw FTO-groep in 1998 contact heeft gehad met de tweede lijn, waaruit bestonden die contacten?*

[Meer dan één antwoord mogelijk.]

- uitwisseling van medisch-farmaceutische informatie
- afstemmen prescriptieafspraken
- nascholing ziekenhuis
- gezamenlijk eerste-tweede lijnsproject, nl
- anders, nl

Vraag 9a: *Worden er verslagen gemaakt van de FTO-bijeenkomsten?*

[Eén antwoord aankruisen.]

- nooit
- soms wel, soms niet
- altijd

Vraag 9b: *Indien er verslagen worden gemaakt, worden deze dan ingestuurd ten behoeve van accreditering?*

[Eén antwoord aankruisen.]

- nooit
- soms wel, soms niet
- altijd
- weet niet

OPZET FTO (VERVOLG)

Vraag 10: *Kunt u aangeven welke van de onderstaande onderwerpen worden vastgelegd in de verslagen van de FTO-bijeenkomsten?*

[Meer dan één antwoord mogelijk.]

- onderwerpen die zijn besproken
- adviezen over prescriptie
- individuele voornemens
- groepsafspraken over prescriptie
- andere conclusies (bijvoorbeeld ten aanzien van taakverdeling of voorlichting)
- argumenten die de conclusies onderbouwen
- evaluatie van de bijeenkomst
- toekomstplannen met betrekking tot de besproken onderwerpen
- aankondiging van de inhoud van de volgende bijeenkomst
- anders, nl

Vraag 11: *Worden de FTO-bijeenkomsten geëvalueerd? Zo ja, kunt u dan aangeven in welke van de onderstaande vorm(en) dat gebeurt?*

[Meer dan één antwoord mogelijk. Als er nooit geëvalueerd wordt kunt u dat bovenaan aangeven.]

er wordt nooit geëvalueerd

- aan het eind van de bijeenkomst wordt bekeken of de inhoud van de bijeenkomst zinvol was
- aan het eind van de bijeenkomst wordt bekeken of de opzet van de bijeenkomst goed was
- geëvalueerd wordt of gemaakte afspraken in de praktijk werken
- geëvalueerd wordt of bijstelling van gemaakte afspraken nodig is
- anders, nl

DOEL

Vraag 12a: *Zijn er door uw FTO-groep ooit doelen geformuleerd?*
[Eén antwoord aankruisen.]

- nee
- ja
- weet niet

Vraag 12b: *Indien ja: Zijn deze doelen schriftelijk vastgelegd?*
[Eén antwoord aankruisen.]

- geen enkel doel is vastgelegd
- deels wel, deels niet
- alle doelen zijn vastgelegd
- weet niet

Vraag 13a: *Welk(e) van de onderstaande doel(en) had uw FTO in 1998?*
[Meer dan één antwoord mogelijk.]

- informatie-uitwisseling (DOEL 1)
- reflectie op het voorschrijfgedrag (DOEL 2)
- vrijblijvende adviezen (DOEL 3)
- formularium (DOEL 4)
- maken van afspraken (DOEL 5)
- toetsing van afspraken (DOEL 6)
- formuleren concrete interventies (DOEL 7)
- formuleren persoonlijke voornemens van deelnemers (DOEL 8)

- geen duidelijk doel

DOEL

Vraag 13b: *Indien meerdere doelen: geef hieronder door omcirkelen aan welk doel de eerste, welk doel de tweede en (in het geval van drie of meer doelen) welk doel de derde prioriteit had in 1998.*

[Omcirkel bij de eerste t/m de derde prioriteit één van de acht doelen]

Prioriteit:	Doelen (zie vraag 13.a voor de nummers)							
1e prioriteit:	1	2	3	4	5	6	7	8
2e prioriteit:	1	2	3	4	5	6	7	8
3e prioriteit:	1	2	3	4	5	6	7	8

Vraag 14: *Stelt uw FTO zich ook de volgende algemene inhoudelijke doelen? Zo ja, zijn deze doelen ergens - schriftelijk - vastgelegd?*

[Kruis doelen die uw FTO zich stelt aan in de kolom "Doel". Geef voor de aangekruiste doelen in de kolom "Vastgelegd" aan of de doelen ook - schriftelijk - zijn vastgelegd.]

	Doel	Vastgelegd
minder geneesmiddelen voorschrijven		
minder geneesmiddelen per recept voorschrijven		
minder langdurig voorschrijven		
minder polyfarmacie		
naleven van de NHG-standaarden		
vaker voorschrijven op stofnaam		
meer niet-medicamenteuze therapie		
ander doel 1, nl		
ander doel 2, nl		
ander doel 3, nl		

INHOUD

Vraag 15a: Geef in de kolom "Op agenda" voor elk onderwerp dat hieronder wordt genoemd aan of het in de afgelopen 2 jaar in uw FTO op de agenda heeft gestaan (en waarover daadwerkelijk een inhoudelijke discussie is gevoerd). Geef in de kolom "Afspraken" aan of er met betrekking tot dit onderwerp ook **duidelijke afspraken** zijn gemaakt, bijvoorbeeld voor gezamenlijk beleid.

NB: In tegenstelling tot de meeste andere vragen gaat het in deze vraag om de afgelopen twee jaar.

[Plaats achter elk onderwerp dat hieronder staat vermeld een kruis in de kolom "Op agenda" indien dit onderwerp de afgelopen 2 jaar op de agenda heeft gestaan in uw FTO. Plaats een kruis in de kolom "Afspraken" als er ook duidelijke afspraken zijn gemaakt.]

Onderwerp	Op agenda	Afspraken
analgetica; pijnbestrijding met niet- opioïde middelen		
angst- en slaapstoornissen		
antibiotica bij luchtweginfecties		
antimicrobiële middelen bij urineweginfecties		
astma/COPD		
depressie		
huidaandoeningen		
hypertensie		
maagklachten		
obstipatie en acute diarree		
overgangsklachten en osteoporose		
polyfarmacie bij ouderen		
voorschrijven op stofnaam		

INHOUD (VERVOLG)

Vraag 15b: *Welke overige onderwerpen hebben de afgelopen twee jaar in uw FTO op de agenda gestaan? En zijn over deze onderwerpen duidelijke afspraken gemaakt?*

Onderwerp	Op agenda	Afspraken

Vraag 16: *Op wat voor gronden worden de onderwerpen geselecteerd?*
 [Meer dan één antwoord mogelijk.]

- op voordracht van één van de leden
- op voordracht van degene die de bijeenkomst voorbereidt
- naar aanleiding van gebleken problemen
- op basis van prescriptiecijfers
- op grond van een onderwerp aangegeven vanuit het kwaliteitsbeleid van de beroepsgroepen
- op voorstel van het FTO-regioteam
- anders, namelijk

INHOUD (VERVOLG)

Vraag 17: *Geef van elk onderwerp of agendapunt dat hieronder wordt genoemd aan of het in de afgelopen 2 jaar in uw FTO aan de orde is geweest. Geef eveneens aan of dit punt regelmatig besproken is.*

N.B. Het gaat in deze vraag om een periode van 2 jaar

[Plaats achter elk onderwerp dat hieronder staat vermeld een kruis in de kolom "Op agenda" indien dit onderwerp de afgelopen twee jaar op de agenda stond in uw FTO. Plaats een kruis in de kolom "Regelmatig terugkerend onderwerp" als het onderwerp geregeld op de agenda terug kwam.]

Onderwerp	Besproken	Regelmatig terugkerend onderwerp
afleverbeleid		
afstemming eerste-tweede lijn		
druk van de patiënt om een bepaald middel voor te schrijven		
elektronisch voorschrijven		
in de eigen praktijk gesignaleerde bijwerkingen		
interacties tussen geneesmiddelen		
maatregelen (overheid, zorgverzekeraars, beroepsgroep)		
medicijnverslaving		
melden van vermoede bijwerkingen		
nieuwe geneesmiddelen		
patiëntenvoorlichting		
therapietrouw		
verantwoord geneesmiddel gebruik bij allochtonen		
voorschrijven op stofnaam		
anders, nl		
anders, nl		
anders, nl		
anders, nl		

BRONNEN

Vraag 18: Geef achter elke hieronder genoemde farmacotherapeutische informatiebron aan hoe vaak deze worden gebruikt voor uw FTO (bijvoorbeeld voor het opstellen van concept-adviezen of door degene die de FTO-bijeenkomst voorbereidt).

[Kruis per regel aan voor hoeveel bijeenkomsten de betreffende informatiebron gebruikt wordt.]

Farmacotherapeutische informatiebron	Aantal bijeenkomsten gebruikt			
	0	< dan de helft	de helft of meer	allemaal
documentatie-/informatiedienst KNMP				
Farmacotherapeutisch Kompas				
Farmacotherapie voor de huisarts				
GEBU (Geneesmiddelenbulletin)				
informatie van de industrie				
NHG-standaarden				
regionaal formularium				
Stichting LAREB (Landelijke Registratie Evaluatie Bijwerkingen)				
vaktijdschriften				
wetenschappelijke tijdschriften				
anders, nl				

Vraag 19: Geef achter elk hieronder genoemd werkmateriaal aan hoe vaak het wordt gebruikt voor uw FTO.

[Kruis per regel aan voor hoeveel bijeenkomsten het betreffende materiaal gebruikt wordt.]

Werkmateriaal	Aantal bijeenkomsten gebruikt			
	0	< dan de helft	de helft of meer	allemaal
casuïstiek van de Stichting DGV				
DKB-pakketten van LHV/NHG				
FTO-module CARA-check				
FTO-voorbereidingsboekjes (A4-formaat) van de Stichting DGV (Utrecht)				
FTO-werkstukken (A5-formaat) van de Stichting FTO (Mill)				
ander werkmateriaal, nl				

ELEKTRONISCHE FORMULARIA

Vraag 20: *Zijn er huisartsen in uw FTO die een elektronisch formulair raadplegen?*
[Eén antwoord aankruisen.]

- alle huisartsen
- 50% of meer
- minder dan 50%
- geen
- weet ik niet

Vraag 21 : *Welk elektronisch formulair wordt gebruikt?*
[Meer dan één antwoord mogelijk.]

- prescriptor
- NHG
- ETAS
- ZAO
- Nijmeegs
- Gronings
- anders, nl

Vraag 22: *Hoe staat de FTO-groep tegenover het voorschrijven volgens een elektronisch formulair?*
[Eén antwoord aankruisen.]

- positief
- gematigd positief
- neutraal
- wisselend
- gematigd negatief
- negatief

METHODES

Vraag 23: Geef bij elk van de hieronder genoemde methoden aan hoe vaak deze worden gebruikt in uw FTO.

[Kruis op elke regel één antwoord aan.]

Methode	Frequentie van gebruik (keren per jaar)						
	0	1	2	3	4	5	6 of meer
casus							
kritisch bespreken formularium							
invulschema, checklist, inventarisatie							
kennistoets							
kritisch bespreken NHG-standaarden							
prescriptiecijfers							
rollenspel (oefenen praktijksituaties)							
spiegelen eigen voorschrijfgedrag aan afspraken							
spiegelen eigen voorschrijfgedrag aan standaarden							
stellingendiscussie							
voordracht (door huisarts, apotheker of specialist)							
anders, nl.							

METHODES (vervolg)

Vraag 25: *Zijn er in 1998 in uw FTO prescriptiecijfers gebruikt?*

- nee (GA DOOR NAAR VRAAG 25)
- ja

Indien er in 1998 prescriptiecijfers zijn gebruikt in uw FTO:

Vraag 24a: *Wie leverde de cijfers?*

- de zorgverzekeraar, namelijk (naam verzekeraar invullen)
- de apotheker
- anders, nl

Vraag 24b: *Met welke doelen worden de cijfers gebruikt?*

[Meer dan één antwoord mogelijk.]

- om relevante onderwerpen voor het FTO te kiezen
- om inzicht te krijgen in de eigen prescriptie
- om het eigen beleid met dat van collega's te vergelijken
- om het eigen beleid (van de groep) te vergelijken met het regionaal of landelijk gemiddelde
- om voorkeursbeleid voor geneesmiddelen op te stellen
- om afspraken over voorkeursbeleid voor geneesmiddelen te toetsen
- als basis voor interventies
- anders, nl

ONDERSTEUNING STICHTING DGV

Vraag 26a: *Heeft uw FTO-groep de afgelopen 2 jaar gebruik gemaakt van de ondersteuning door een FTO-adviseur van de Stichting DGV (voorheen: Stichting O&O)?*

[Eén antwoord aankruisen.]

- nee (GA DOOR NAAR VRAAG 27)
- ja
- weet niet

Vraag 26b: *Wilt u aangeven hoe vaak uw FTO-groep de afgelopen 2 jaar op elk van de onderstaande terreinen gebruik heeft gemaakt van ondersteuning door een FTO-adviseur? Kunt u voor die terreinen waarvoor u ondersteuning heeft gevraagd aangeven hoe tevreden uw FTO-groep was over de ondersteuning?*

[Geef per onderwerp in de kolom "Aantal malen ondersteuning gekregen" aan hoe vaak uw FTO-groep ondersteuning heeft gekregen. Geef vervolgens achter die vormen waarvoor u ondersteuning heeft gekregen - op een schaal van 1 tot 5 - aan in hoeverre u hierover tevreden was.]

onderwerp	aantal keren ondersteuning gekregen	tevreden		ontevreden		
		1	2	3	4	5
advisering bij conflicten						
advisering bij de voorbereiding						
hulp bij de evaluatie						
hulp bij het begeleiden van de bijeenkomst						
hulp bij opstarten FTO						
observatie en feedback						
toezending van literatuur						
toezending werkmateriaal						

ONDERSTEUNING DGV (VERVOLG)

Vraag 27: *Met welke van de hieronder genoemde materialen van de Stichting DGV bent u bekend en hoe beoordeelt u het desbetreffende materiaal / de desbetreffende materialen?*

[Kruis aan met welk materiaal of materialen u bekend bent en geef uw beoordeling door middel van een cijfer op een schaal van 1 (ondeugdelijk) tot en met 10 (uitstekend)]

MATERIAAL STICHTING DGV

BEKEND

**CIJFER
(1-10)**

casussen

FTO-voorbereidingsboekjes

materiaal over polyfarmacie bij ouderen

prescriptiecijferspel 'CijferCircuit'

VERANDERINGEN

NB DEZE PAGINA ALLEEN INVULLEN INDIEN U HUISARTS BENT.
DE VOLGENDE PAGINA ALLEEN INVULLEN INDIEN U APOTHEKER BENT.

Vraag 28: *Kunt u voor elk van de onderstaande uitspraken aangeven of hierin volgens u een vooruitgang of een achteruitgang is opgetreden in de afgelopen twee jaar of dat er niets veranderd is. Kunt u dan aangeven of het FTO daar volgens u wel of geen rol in heeft gespeeld?*

De onderstaande uitspraken betreffen mogelijke veranderingen ten opzichte van **ca. 2 jaar geleden**.

[Antwoord eerst of er een verandering is opgetreden. Indien er een verandering is opgetreden, geef dan aan of het FTO daar volgens u een rol in heeft gespeeld.]

ALLEEN IN TE VULLEN DOOR HUISARTS:

verandering

**FTO
speelde
rol**

	verandering			FTO speelde rol	
	vooruit- gang	gelijk gebleven	achteruit- gang	niet	wel
afstemming met de ziekenhuizen					
afstemming van de inhoud van FTO op vragen uit de praktijk				N.V.T.	
inzicht in eigen prescriptiescala					
mijn persoonlijke voorlichting aan patiënten					
opgewassen zijn tegen druk van patiënt					
positie als beroepsgroep richting specialisten					
relatie met andere huisartsen					
relatie met apotheker(s)					
signaleren vermoede bijwerkingen					
voorschrijven op stofnaam					
taakverdeling huisarts-apotheker					

VERANDERINGEN (VERVOLG)

NB DEZE PAGINA ALLEEN INVULLEN INDIEN U APOTHEKER BENT.
 DE VORIGE PAGINA ALLEEN INVULLEN INDIEN U HUISARTS BENT.

Vraag 29: *Kunt u voor elk van de onderstaande uitspraken aangeven of hierin volgens u een vooruitgang of een achteruitgang is opgetreden **in de afgelopen twee jaar** of dat er niets veranderd is. Kunt u dan aangeven of het FTO daar volgens u wel of geen rol in heeft gespeeld?*

De onderstaande uitspraken betreffen mogelijke veranderingen ten opzichte van **ca. 2 jaar geleden**.

[Antwoord eerst of er een verandering is opgetreden. Indien er een verandering is opgetreden, geef dan aan of het FTO daar volgens u een rol in heeft gespeeld.]

ALLEEN IN TE VULLEN DOOR APOTHEKER:	verandering opgetreden			FTO speelde rol	
	vooruit- gang	gelijk gebleven	achteruit- gang	niet	wel
efficiënter inkopen					
geven van (meer) medicatiebegeleiding					
inperking assortiment					
invulling geven aan mijn taak als adviseur voor huisartsen					
invulling geven aan mijn taak als zorgverlener					
medicatiebewaking					
relatie met huisartsen					
signaleren van vermoede bijwerkingen					
sneller contact opnemen met huisarts uit de groep bij vragen mijnerzijds					
taakverdeling huisarts-apotheker					

VERANDERINGEN (VERVOLG)

Vraag 30: Zijn er in uw FTO-groep wensen tot verandering?

- nee
- ja, namelijk:

[Geef hieronder aan welke verandering(en) gewenst is/zijn; meer antwoorden mogelijk.]

WENS TOT VERANDERING BETREFT:

- efficiëntere voorbereiding
- efficiëntere (verloop van) bijeenkomsten
- relevante(re) onderwerpen
- verandering in de werkwijze
- minder vrijblijvend
- sfeer in de groep
- iets anders, nl

ALGEMEEN OORDEEL FTO

Vraag 31: Geef aan op een schaal van 1 tot 5 hoe zinvol u het FTO vindt.

	zeer zinvol			helemaal niet zinvol	
	1	2	3	4	5
ik vind het FTO:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vraag 32: Geef aan op een schaal van 1 tot 5 hoe (on)tevreden u bent over uw FTO.

	zeer tevreden			zeer ontevreden	
	1	2	3	4	5
over mijn FTO ben ik:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EINDE VRAGENLIJST

Hartelijk dank voor uw medewerking. Wilt u op pagina 1 van deze vragenlijst aangeven of u eerste deel van het casusboek wilt ontvangen en of u de resultaten van het onderzoek wilt ontvangen. Controleert u ook of daar uw naam en FTO-naam al zijn ingevuld. Verder zouden wij het op prijs stellen als u het verslag van uw laatste FTO-bijeenkomst meestuurt.

Bijlage 2: Gebruikte afkortingen

ATC	: Anatomical Therapeutical Chemical
CARA	: Chronische Aspecifieke Respiratoire Aandoeningen
COPD	: Chronic Obstructive Pulmonary Disease
DDD	: Defined Daily Dosis
DGV	: Stichting Doelmatige Geneesmiddelen Voorziening
DHV	: District Huisartsen Vereniging
DKB	: Deskundigheidsbevordering
EVS	: Elektronisch Voorschrijf Systeem
FAC	: Farmacie contactpersoon
FTO	: Farmaco Therapie Overleg
FTTO	: Farmaco Therapie Transmuraal Overleg
HAC	: Huisarts contactpersoon
Hagro	: Huisartsengroep
HPK	: Handels Product Kode
KNMP	: Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Pharmacie
LHV	: Landelijke Huisartsen Vereniging
LAREB	: Landelijke Registratie Evaluatie Bijwerkingen
NHG	: Nederlands Huisartsen Genootschap
Nivel	: Nederlands Instituut voor onderzoek van de Gezondheidszorg
O&O	: Stichting Nederlands Ontwikkelings- en Ondersteuningsinstituut voor huisarts en eerstelijnszorg

Andere rapporten verschenen bij het Nivel:

“Mag blijvend herhaald worden”. Een voorstudie naar herhaalreceptuur in Nederland

Auteurs: D. Coffie, L. van Dijk, F. Dijkers en D. de Bakker

Utrecht, Nivel, 2000, 64 pag., fl 20,00

In 1988 was 42% van de in de huisartspraktijk voorgeschreven recepten een herhaalrecept: een recept waarbij geen direct contact is geweest tussen huisarts en patiënt. Het onderwerp herhaalreceptuur heeft zich tot nu toe echter nauwelijks de belangstelling van beroepsbeoefenaren en beleidsmakers. De kennis over herhaalreceptuur vertoont dan ook hiaten. In opdracht van het College van Zorgvoorzieningen heeft het Nivel een voorstudie gedaan naar herhaalreceptuur in Nederland om de kennis (en de hiaten hierin) op een rijtje te zetten. De resultaten van deze voorstudie laten zien dat de omvang van de herhaalreceptuur sinds de jaren tachtig alleen maar toegenomen is (van 42 naar ruim 50%). Er is een bedrag van anderhalf miljard gulden per jaar mee gemoeid. Opvallend is dat er binnen huisartspraktijken nauwelijks expliciete afspraken zijn over de afhandeling van herhaalreceptuur. Het rapport “Mag blijvend herhaald worden” geeft een aantal suggesties over hoe herhaalreceptuur in de huisartspraktijk te organiseren. Daarnaast bevat het rapport een aantal voorstellen voor mogelijke interventies om ongewenste herhaalreceptuur terug te dringen.

Evaluatie invoering Elektronisch Voorschrijfsysteem. Nulfase: de situatie in 1999

I. Wolters, L. van Dijk, H. van den Hoogen, D.H. de Bakker

Utrecht: Nivel, september 2000. 93 pag., fl 27,50

In 1999 is het Elektronisch Voorschrijf Systeem (EVS) geïntroduceerd door de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). De huisarts kan via het EVS adviezen krijgen over het voorschrijven van geneesmiddelen bij een gestelde diagnose. De verwachting is dat hierdoor kwalitatief meer verantwoord en goedkoper voorgeschreven zal worden. In een convenant hebben LHV, Zorgverzekeraars Nederland en het Ministerie van VWS afgesproken dat ‘de opbrengst van de geneesmiddelensparing (op voorschrijfniveau) in het jaar 2002 in totaal 300 miljoen netto zal bedragen (op jaarbasis).

Het EVS wordt ingebouwd in de verschillende Huisarts Informatie Systemen (HIS). In het rapport wordt op basis van een schriftelijke enquête verslag gedaan van de mate waarin huisartsen automatiseringstechnische ‘klaar’ zijn voor gebruik van het EVS, in hoeverre het EVS beschikbaar is en gebruikt wordt en hoe het wordt beoordeeld. Bovendien worden de effecten beschreven op het voorschrijven van huisartsen als gevolg van gebruik van het EVS in 1999. Tenslotte zijn prognoses opgesteld voor het verwachte gebruik en besparing in de jaren 2000 en 2001.

