

NIV 300b

137262

# **KOSTENBESPARING DOOR KWALITEITSBEVORDERING**

**Evaluatie van een programma van  
Deskundigheidsbevordering voor huisartsen**



L.J. Stokx  
A.B.M. Gloerich  
T.J.J.M.T. Kersten

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg  
NIVEL - Postbus 1568 - 3500 BN UTRECHT - tel. 030 - 319946

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Stokx, L.J.

Kostenbesparing door kwaliteitsbevordering: evaluatie van een programma van Deskundigheidsbevordering voor huisartsen / L.J. Stokx, A.B.M. Gloerich, T.J.J.M.T. Kersten. - Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL)

Met lit. opg.

ISBN 90-6905-183-4

Trefw.: deskundigheidsbevordering; huisartsen.

Omslag : M. Cornelius

Tekstverw./layout : M.v.d.Meulen

## INHOUDSOPGAVE

<b>1.</b>	<b>INLEIDING</b>	<b>1</b>
1.1.	Opbouw van het rapport	2
<b>2.</b>	<b>KOSTENBESPARING DOOR KWALITEITSBEVORDERING: Een programma van deskundigheidsbevordering</b>	<b>3</b>
2.1.	Inleiding	3
2.2.	De praktische setting van het project in de regio Emmen	5
2.3.	Drie afzonderlijke instrumenten ter bevordering van deskundigheid	6
2.4.	Combinatie van verschillende instrumenten	9
2.5.	Uitgangspunten en fasenplan	11
2.6.	Thema's van het DBP	15
2.6.1.	Verwijzen naar medisch specialist	15
2.6.2.	Voorschrijven van geneesmiddelen	17
2.6.3.	Oogheelkunde	18
2.6.4.	CARA	19
<b>3.</b>	<b>OPZET VAN HET EVALUATIE ONDERZOEK</b>	<b>27</b>
3.1.	Centrale probleemstelling en onderzoeksdesign bij het project 'Kostenbesparing door kwaliteitsbevordering'	27
3.1.1.	Centrale probleemstelling	27
3.1.2.	Het design van het project 'Kostenbesparing door kwaliteitsbevordering'	31
3.2.	Beschrijving van de beschikbare onderzoeksgegevens	36
3.2.1.	Twee huisartsenquêtes	36
3.2.2.	Verwijsregistratie huisartsen	38
3.2.3.	Prescriptiegegevens	39
3.2.4.	Gegevens omtrent de beoordeling van de interventie door de huisartsen in de experimentele regio	39
3.2.5.	Historische ziekenfondsgegevens	40

3.3.	Operationalisatie van de belangrijkste variabelen . . . . .	40
3.3.1.	Kosten . . . . .	40
3.3.2.	Kwaliteit . . . . .	44
3.3.3.	Structurele kenmerken, opvattingen en attitudes . . . . .	46
3.4.	Rapportageschema . . . . .	46

#### **4. KENMERKEN, OPVATTINGEN EN ATTITUDES VAN DE HUISARTSEN IN EMMEN EN ASSEN . . . . . 49**

4.1.	Inleiding . . . . .	49
4.2.	Structurele kenmerken van huisartsen en hun praktijk . . . . .	49
4.3.	Datareductie door schaalconstructie . . . . .	53
4.4.	Opvattingen en attitudes . . . . .	54
4.5.	Conclusies . . . . .	58

#### **5. VERWIJZINGEN NAAR MEDISCH SPECIALISTEN 61**

5.1.	Inleiding . . . . .	61
5.2.	Methode van onderzoek . . . . .	61
5.3.	Resultaten verwijscijfers totaal . . . . .	63
5.3.1.	Historisch bestand . . . . .	63
5.3.2.	Verwijscijfers totaal interventieperiode . . . . .	64
5.3.3.	Actieve en passieve verwijzingen . . . . .	66
5.3.4.	Initiatief . . . . .	66
5.3.5.	Soort verwijzing . . . . .	67
5.3.6.	Bedoelde samenwerking . . . . .	67
5.3.7.	Motief . . . . .	67
5.3.8.	Conclusies verwijscijfers totaal . . . . .	68
5.4.	Resultaten verwijzen bij refractieproblematiek . . . . .	69
5.4.1.	Refractieverwijzingen totaal . . . . .	69
5.4.2.	Initiatief . . . . .	71
5.4.3.	Soort verwijzing . . . . .	71
5.4.4.	Bedoelde samenwerking . . . . .	71
5.4.5.	Motief . . . . .	72
5.4.6.	Conclusie refractie verwijzingen . . . . .	72
5.5.	Resultaten verwijzen bij CARA . . . . .	73
5.5.1.	CARA-verwijzingen totaal . . . . .	73
5.5.2.	Initiatief . . . . .	75
5.5.3.	Soort verwijzing . . . . .	75
5.5.4.	Bedoelde samenwerking . . . . .	75

5.5.5.	Motief . . . . .	76
5.5.6.	Specialismen . . . . .	76
5.5.7.	Conclusies ten aanzien van CARA-verwijzingen . . . . .	76

<b>6.</b>	<b>VOORSCHRIJVEN VAN GENEESMIDDELEN . . .</b>	<b>101</b>
6.1.	Inleiding . . . . .	101
6.2.	Methode van onderzoek . . . . .	101
6.3.	Resultaten . . . . .	105
6.4.	Prescriptie thema's . . . . .	109
6.5.	Conclusie . . . . .	115

<b>7.</b>	<b>NADERE ANALYSES . . . . .</b>	<b>135</b>
7.1.	Regionale verschillen . . . . .	136
7.2.	Samenhang tussen voorschrijf en verwijsgedrag . . . . .	138
7.3.	Kan onderscheid worden gemaakt tussen huisartsen die in meerdere mate gewenst gedrag vertonen en degenen die minder door het DBP zijn beïnvloed? . . .	140

<b>8.</b>	<b>CONCLUSIES EN BESCHOUWING . . . . .</b>	<b>147</b>
8.1.	Inleiding . . . . .	147
8.2.	Vergelijkbaarheid . . . . .	148
8.3.	Veranderingen van de parameters . . . . .	149
8.4.	Antwoord op de centrale vraagstelling . . . . .	153

**BIJLAGEN**

1.	Observatie dr. W.A. Meyboom . . . . .	157
2.	Eindrapportage interventie Stichting O & O . . . . .	171
3.	Huisartsenquête	
4.	Verwijsregistratieformulier	



## 1. INLEIDING

Vanaf september 1989 tot en met januari 1991 hebben alle huisartsen in de regio Emmen deelgenomen aan een uitgebreid programma van deskundigheidsbevordering (verder in dit rapport ook DBP genoemd). Dit DBP werd hen aangeboden in het kader van een door de ziekenfondsraad gefinancierd project met de titel 'kostenbesparing door kwaliteitsbevordering'.

Dit project valt onder de verantwoordelijkheid van de Landelijk begeleidingscommissie Honoreringsstructuur Huisartsen. Dat het project onder deze commissie valt heeft de volgende reden. Het project is te beschouwen als een alternatief middel om dezelfde doelen te bereiken als beoogd worden met een gedeeltelijk verrichtingsysteem. Achterliggende gedachte daarbij is dat verschuivingen van tweede naar eerstelijns ook bij een systeem van abonnementshonorering bereikt kunnen worden, door daar gerichte deskundigheidsbevordering een prominente plaats in te geven. Van de deskundigheidsbevordering mag een kwalitatief betere taakuitoefening door de huisarts verwacht worden.

In het project werd de deelname van huisartsen aan deskundigheidsbevordering contractueel vastgelegd en is tevens een waarneemvergoeding verstrekt voor de tijd die zij aan het programma deelnamen. Het uitvoeren van verrichtingen waarop de deskundigheidsbevordering zich heeft gericht werd echter niet apart gehonoreerd.

Belangrijkst doel van het experiment was om na te gaan of een uitgebreid en intensief DBP aanleiding geeft tot de beide in de titel van het project genoemde fenomenen, namelijk kostenbesparing en kwaliteitsbevordering van de zorg.

De ontwikkeling en implementatie van het DBP is verzorgd door de Stichting Nederlands Ontwikkelingsinstituut voor huisarts en eerstelijnszorg (O & O) in nauwe samenwerking met de plaatselijke Werkgroep Deskundigheidsbevordering Huisartsen.

De deelnemende huisartsen waren allen werkzaam in het werkgebied van Ziekenfonds het Groene Land (voorheen Drenthe Noord-Overijssel). De logistieke uitwerking van het project is grotendeels door het ziekenfonds verzorgd. Daarnaast heeft het ziekenfonds een belangrijk deel van de gegevens aangeleverd voor de bij het project behorende effect evaluatie.

De effect evaluatie is uitgevoerd door de Stichting Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL). Dit rapport behelst voor

het grootste deel een verslag van deze effect evaluatie.

Naast de effect evaluatie zijn ook nog twee andere rapportages in het kader van dit project uitgevoerd. Ten eerste is er door een onafhankelijk observator in de persoon van dr. W.A. Meyboom, huisarts te Dedemsvaart, een beoordeling gegeven van de inhoudelijke kwaliteit van het DBP zoals dat in de regio Emmen is aangeboden. Immers wanneer het DBP niet een zekere kwaliteit in zich draagt, dan zijn er ook weinig effecten te verwachten.

Ten tweede is door de O & O een gedetailleerde beschrijving gegeven van de didactische opbouw -, de inhoud -, de evaluatie van de gevolgde methodiek - en de leerresultaten van het DBP.

### **1.1. Opbouw van het rapport**

Het beleidskader waarbinnen het experiment is aangegaan en de wijze waarop het DBP globaal is vormgegeven wordt beschreven in hoofdstuk 2 van dit rapport. In hoofdstuk 3 worden de probleemstelling en de opzet van het effect evaluatie onderzoek uiteengezet. In de hoofdstukken 4 tot en met 7 worden de resultaten van deze evaluatie beschreven. De belangrijkste conclusies worden op een rijtje gezet en nader beschouwd in hoofdstuk 8.

De rapportages van de onafhankelijke observator en de Stichting O & O zijn als respectievelijk bijlage 1 en bijlage 2 opgenomen.

Utrecht, mei 1992



## **2. KOSTENBESPARING DOOR KWALITEITSBEVORDERING: Een programma van deskundigheidsbevordering**

### **2.1. Inleiding**

Het beleid in de Nederlandse gezondheidszorg is erop gericht kwalitatief goede zorg te leveren tegen op macro-niveau aanvaardbare kosten: Daartoe volgen van overheidswege velerlei globale en meer specifieke beleidsinitiatieven elkaar op. Deze initiatieven zijn in overwegende mate op de beheersbaarheid van de kosten gericht en minder op de inhoud van het primaire zorgproces. Te denken valt daarbij in het nabije verleden aan de medicijnenknaak en het specialistengeeltje. De huidige initiatieven ten aanzien van marktwerking in de gezondheidszorg, de inspanningen om tot een basis-verzekering te komen en de invoering van het GVS-systeem zijn recente voorbeelden van (aanzetten tot) beleid, die er voornamelijk op gericht zijn om een kostenbeheersing te bewerkstelligen.

De Nederlandse huisartsen onttrekken zich niet aan de verantwoording om mee te werken aan het leveren van kwalitatief goede zorg tegen een aanvaardbare prijs, maar kiezen daarbij een opstelling waarbij ze zich vooral op de inhoud en de kwaliteit van de zorg richten (1, 2, 3).

Het Nederlands Huisartsen Genootschap stelt dat 'bevordering van de deskundigheid van huisartsen zal moeten leiden tot verbetering, toetsing en bewaking van de kwaliteit van het handelen van de huisarts. Daarnaast is het doel te komen tot een grotere herkenbaarheid en aanspreekbaarheid van de huisartsen door het opheffen van te grote en niet te verantwoorden verschillen in aanpak en takenpakket. Tenslotte moet deskundigheidsbevordering bijdragen tot substitutie van taken opdat deze worden uitgevoerd op het meest geëigende niveau' (3). In deze uitspraak wordt expliciet de kwaliteit van het huisartsgeneeskundig handelen genoemd. In een nadere uitwerking door de Werkgroep Onderzoek Kwaliteitsbevordering Huisartsgeneeskunde worden deskundigheidsbevordering en kwaliteitsbevordering twee dicht op elkaar aansluitende activiteiten genoemd (4). De eerste richt zich meer op het vergroten van de competentie van huisartsen in hun vak, de tweede op het verbeteren van de feitelijke zorg in de praktijk (4).

Impliciet wordt ook het bij het streven naar kostenbeheersing aangesloten door te spreken over het opheffen van te grote en niet te verantwoorden verschillen in aanpak en het noemen van substitutie van zorg. Wanneer

dit een substitutie is van dure tweedelijnszorg door relatief goedkope eerstelijnszorg, dan wel substitutie van relatief dure eerstelijnszorg door relatief goedkope eerstelijnszorg, levert dit over het algemeen ook een kostenbesparing op.

Als alleen een kostenbesparing wordt beoogd dan vormen in het algemeen financiële en administratieve maatregelen (zoals bij voorbeeld de verandering van honoreringsstructuren) waarschijnlijk de meest effectieve middelen om het gedrag van artsen te veranderen (5).

Het bereiken van kwaliteitsverhoging van het huisartsgeneeskundig handelen daarentegen is niet zonder meer mogelijk door alleen financiële en administratieve maatregelen in te zetten. Het aanbieden van kwalitatief goede zorg vereist nu eenmaal op zijn minst ook dat de hulpverlener daartoe de kennis en de vaardigheden, kortom de competentie, bezit en in de praktijk ten uitvoer brengt. De daartoe noodzakelijke kennis en vaardigheden worden opgedaan tijdens de opleiding tot basisarts en huisarts en daarna in allerlei activiteiten, die onder de noemer deskundigheidsbevordering zijn onder te brengen.

De praktische invulling van kwaliteits- en deskundigheidsbevordering bevinden zich in Nederland momenteel in een ontwikkelingsstadium. Met name Het Nederlands Huisartsen Genootschap, het Nederlands Ontwikkelings- en Ondersteuningsinstituut voor huisarts en eerstelijnszorg (O & O), de Raad voor Deskundigheidsbevordering, en op plaatselijk niveau de verschillende Werkgroepen Deskundigheidsbevordering Huisartsen (WDH) timmeren aan de weg op dit gebied.

In de Verenigde Staten en Groot-Brittannië is veel onderzoek gedaan naar het effect van deskundigheidsbevordering op het gedrag van artsen (6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13). Veel van de overigens zeer gemengde resultaten van deze onderzoeken zijn echter moeilijk te vertalen naar de Nederlandse situatie vanwege de vaak totaal andere honoreringsstructuur van de deelnemende artsen, de meestal academische setting, de wisselende opzet en kwaliteit van de interventies en de bijbehorende evaluaties.

In dit hoofdstuk bespreken we een DBP voor huisartsen dat als doel heeft een gedragsverandering van huisartsen te bewerkstelligen, leidend tot de verhoging van de kwaliteit van de huisartsgeneeskundige zorg bij gelijktijdige besparing van kosten (effectievere en efficiëntere zorg). De titel van het project luidt 'kostenbesparing door kwaliteitsbevordering'. Na een nadere beschrijving van de praktische setting van dit project (para-

graaf 2.2) wordt aandacht besteed aan de drie afzonderlijke instrumenten, die in het programma worden gebruikt om tot deskundigheidsbevordering te komen (paragraaf 2.3). Dit zijn Feedback van produktiegegevens, Scholing en Toetsing. Daarna zullen we de meeropbrengst van een combinatie van deze verschillende instrumenten tot één interventie beschrijven (paragraaf 2.4) en een fasenplan bespreken waarop het in dit project ontwikkelde en toegepaste DBP is gebaseerd (paragraaf 2.5). Vervolgens zullen de thema's, die tijdens de interventie aan bod komen inhoudelijk worden toegelicht vanuit het perspectief van zowel kostenbesparing als kwaliteitsbevordering (paragraaf 2.6).

## **2.2. De praktische setting van het project in de regio Emmen**

Het hier beschreven project 'kostenbesparing door kwaliteitsbevordering' is een door de ziekenfondsraad gesubsidieerd project met als belangrijkste doelstelling na te gaan of het ontwikkelde programma van deskundigheidsbevordering het gedrag van huisartsen zodanig kan beïnvloeden dat zowel een kwaliteitsbevordering van de zorg als een kostenbesparing wordt gerealiseerd. Het project is begeleid door de Landelijke Begeleidingscommissie Honoreringsstructuur Huisartsen. Er is weliswaar niet sprake van een veranderde honorering van huisartsen in financiële zin, maar wel in de zin van het verwerven van 'immateriële toerusting': De deelnemende huisartsen konden gratis deelnemen aan het programma en ontvingen een waarneemvergoeding voor de dagen dat zij aan de interventie deelnamen.

Het project is uitgevoerd in het werkgebied van het ziekenfonds Het Groene Land.

Aan ongeveer 60 huisartsen in de regio Emmen is een DBP aangeboden. Het programma is opgesteld aan de hand van een fasenplan (paragraaf 2.5). O & O heeft in samenwerking met de plaatselijke WDH het programma ontwikkeld en begeleid. Voor wat betreft de intrinsieke kwaliteit van het DBP is een proces-evaluatie verricht door een onafhankelijk observator (zie bijlage 1 van W.A. Meyboom). Daarnaast heeft O & O gedurende het programma ook op de kwaliteit van het programma gelet door per bijeenkomst het oordeel van de deelnemende huisartsen met de diverse onderdelen en onderwerpen van het programma te vragen.

Met behulp van een quasi-experimenteel design met twee contrôlegroepen

is een effect-evaluatie uitgevoerd door het Nederlands Instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) (zie hoofdstuk 3). Ziekenfonds Het Groene Land verzorgde de project coördinatie en leverde een groot deel van de data voor het evaluatie-onderzoek.

De waarneemvergoeding voor de huisartsen werd vastgelegd in een overeenkomst met het ziekenfonds, waarin tevens de vergoeding en de daarvoor gevraagde inzet van de huisarts is vastgelegd in verband met extra registratie-activiteiten (een speciale verwijsregistratie en twee maal een enquête) ten behoeve van het evaluatie-onderzoek.

Om op cursusdagen waarneming mogelijk te maken is de groep deelnemende huisartsen opgedeeld in twee gelijke delen van ongeveer 30 deelnemers, die op twee verschillende dagen hetzelfde programma volgden.

Gedurende de periode september 1989 tot en met januari 1991 hebben 14 maandelijkse bijeenkomsten van elk één volledige werkdag plaatsgevonden in een regionaal congrescentrum. De vakantiemaanden waren vrijgehouden. De bijeenkomsten werden geleid door één van de twee projectmedewerkers van O & O.

Tijdens één dag werden meerdere van vier thema's (paragraaf 2.6) aan de orde gesteld met behulp van diverse werkvormen van nascholing (voordrachten, practicum, rollenspel etc.), toetsing en feedback van productiegegevens.

### **2.3. Drie afzonderlijke instrumenten ter bevordering van deskundigheid**

#### *Nascholing*

Tot ongeveer het eind van de jaren 70 was nascholing ten behoeve van huisartsen weliswaar een bekend fenomeen in de medische traditie, voornamelijk in de vorm van klinische middagen en refereerbijeenkomsten, maar stond laag op het prioriteitenlijstje van artsenorganisaties en de overheid. Niemand had een duidelijk gedefinieerde verantwoordelijkheid voor het ontwikkelen van nascholingsprogramma's. Deze programma's kwamen veelal op ad hoc basis tot stand. Nascholing had vaak een meer sociaal gerichte functie en vormde in veel geringere mate een hoeksteen voor een kwalitatief goede zorg (14, 15).

Langzamerhand begon er echter steeds meer kritiek te komen op de manier waarop werd nageschoold. Deze kritiek is samen te vatten in een aantal hoofdpunten:

- De selectie van onderwerpen voor nascholing gebeurt over het algemeen onsystematisch en vindt slechts zelden plaats naar aanleiding van gezamenlijke discussies tussen onderwijsgevend en de ontvangers van het onderwijs, in casu de huisartsen. Vaak worden onderwerpen geselecteerd op basis van de aantrekkelijkheid en niet op grond van lacunes en kennis of kunde (16). Als huisartsen zelf mogen kiezen, dan zullen ze snel kiezen voor onderwerpen ten aanzien waarvan ze reeds meer dan gemiddeld deskundig zijn (17, 18).
- De inhoud van de aangeboden programma's is vaak te specialistisch en of te theoretisch gericht en sluit niet aan bij de nascholingsbehoefte van de huisarts en de behoeften van de bevolking (15, 19). Een mogelijke verklaring voor dit fenomeen zou kunnen zijn dat de nascholing evenals het medisch curriculum in ruime mate wordt bepaald door specialistisch geneeskundig denken en handelen (19).
- Er is te veel nadruk op het overdragen van informatie en het gebruik van lezingen/voordrachten en te weinig nadruk voor het direct verbeteren van de eigen prestatie en het gebruik van participerende leermethoden. Nascholingsprogramma's gaan vaak uit van een smalle definitie van educatie, waarbij evaluatie van het eigen handelen een te geringe plaats inneemt (15).
- Steeds dezelfde huisartsen zijn aanwezig op nascholingsbijeenkomsten, de deelnamegraad is over het algemeen niet hoog. Er bestaat een grote mate van vrijblijvendheid tot deelname. Het al dan niet aanwezig zijn bij deze bijeenkomsten is vooral afhankelijk van de innerlijke motivatie van de individuele arts (15, 17, 19).

### *Onderlinge toetsing*

Onderlinge (intercollegiale-)toetsing kan simpelweg gedefinieerd worden als het beschouwen van het eigen handelen met als doel het verbeteren van de zorg aan patiënten en het efficiënter gebruik maken van middelen (20). Toetsen betekent: een werkelijkheid vergelijken met de optimale beschrijving van die werkelijkheid. Toetsing begint wanneer een dokter, een groep of een gezondheidszorgsysteem niet meer aanneemt dat het werk op de best mogelijke manier wordt gedaan en opnieuw tracht te definiëren wat men dan wél wil bereiken (21). De voornaamste functie van intercollegiale toetsing is dat men op basis van gelijkwaardigheid inzichten kan geven en krijgen waarmee men zijn voordeel kan doen in de eigen praktijksituatie. Onderlinge toetsing zorgt voor informatie waartegen de individuele arts zijn werk kan afwegen. Bij onderlinge toetsing

laten artsen toe dat collega's inzicht krijgen in hun handelen in de praktijk, dat ze daaromtrent aangesproken kunnen worden en eventueel worden bekritiseerd. De groep waarin dat gebeurt zorgt tevens voor een faire behandeling van ieder van de deelnemers door de anderen. Onderlinge toetsing maakt gebruik van de meeropbrengst van een gereguleerde vorm van sociale controle. Dit brengt met zich mee dat het proces van de intercollegiale toetsing vraagt om een manier van met elkaar omgaan waarin onderling vertrouwen een belangrijke rol speelt.

De belangrijkste verschillpunten ten gunste van toetsing in vergelijking met nascholing sèc worden door de coördinatoren van de vroegere Stichting Nascholing Huisartsen en de Stichting Toetsing Huisartsen als volgt geformuleerd:

Toetsing gaat uit van het eigen handelen van de huisarts, geeft continuïteit in het proces van deskundigheidsbevordering en heeft een veel geringere mate van vrijblijvendheid, met als waarschijnlijk gevolg een grotere kans op verbetering van het praktisch handelen (22).

In Nederland is aan onderlinge toetsing vooral door het werk van Grol et al. veel aandacht besteed (23, 24, 25, 26). Zij hechten veel belang aan het werken met protocollen/standaarden omdat deze het proces van acceptatie van nieuw handelen vergemakkelijken: De presentatie van standaarden geeft aanleiding tot discussie waarbij vóór- en nadelen van de standaarden in de dagelijkse praktijk op tafel komen en weerstanden openlijk kunnen worden besproken. Het is een goed vertrekpunt om aan onderlinge toetsing vorm te geven. De omschrijving van Grol c.s. van onderlinge toetsing is dan ook duidelijk toegespitster dan de eerder genoemde definitie van Difford en luidt: "Onderlinge toetsing door huisartsen kan men omschrijven als een systematische en kritische evaluatie van zijn eigen en elkaars wijze van hulp verlenen door een aantal collega's met behulp van daartoe opgestelde normen of criteria en met de bedoeling om de feitelijke huisartsgeneeskundige zorg meer in overeenstemming met die normen te brengen (23)". Dit werken met normen en criteria sluit tevens nauw aan bij het standaardenbeleid van het NHG.

Toegepast in de praktijk bleek een toetsingsprogramma van Grol e.a. van invloed op het a-specifieke voorschrijfgedrag van de deelnemende huisartsen, veel minder duidelijk was de invloed op het gerichte voorschrijven, terwijl in het verwijsgedrag geen noemenswaardige veranderingen optraden (25, 26).

### *Feedback van zorgproductiegegevens*

Feedback, in het Nederlands vaak vertaald als terugkoppeling, kan kortweg worden gekarakteriseerd als het verkrijgen van gegevens over het eigen handelen. 'The value of feedback in the modification of behavior cannot be doubted. It is a fundamental biological process. It is the basis of all learning, of "profiting from experience", of "learning from mistakes" ' (27). Feedback speelt in op het gevoel iets te willen bereiken en de wens om uit te blinken, het geeft op een subtiele manier een versterking van- óf een waarschuwing voor het huidige gedrag (28).

Feedback kan de huisarts helpen de kloof tussen wat hij denkt dat hij doet (perceptie) en wat hij feitelijk doet (gedrag) te overzien en later mogelijk te overbruggen. Het geeft inzicht in de inhoud en de hoeveelheid zorg die hij aan zijn patiënten geeft en de daardoor gegenereerde kosten. Het biedt de huisarts de mogelijkheid om het eigen gedrag te vergelijken met dat van collega's en met protocollen of standaarden.

In de huisartsengeneeskunde kan feedback op diverse verschillende manieren vorm krijgen. Huisartsen kunnen bij voorbeeld een kopie van alle rekeningen ontvangen die ten behoeve van hun patiënten zijn gedeclareerd of de resultaten van status-onderzoek of (ziekenfonds)-overzichten met daarin zorgproductiecijfers (29, 30).

Met name de snel toenemende mogelijkheden van de automatisering zorgen ervoor dat het genereren van feedbackmateriaal op grote schaal relatief snel en minder arbeidsintensief mogelijk is dan in het verleden.

Om een leereffect mogelijk te maken dient de informatie die als feedback wordt verstrekt over een geschikte vormgeving te beschikken en liefst continu van karakter te zijn.

## **2.4. Combinatie van verschillende instrumenten**

Om werkelijke gedragsbeïnvloeding van huisartsen te bereiken is de combinatie van verschillende methodes het meest succesvol (11, 12, 26, 28, 30, 33, 34, 35): niet alleen moet aan de bewustmaking van tekortkomingen in het eigen handelen en de klinische competentie van de huisarts worden gewerkt door diens kennis en vaardigheid te vermeerderen, maar ook aan diens motivatie en het overwinnen van hindernissen om deze competentie ook daadwerkelijk in de praktijk te brengen. Dit inzicht is voortgekomen vanuit verschillende hoeken. Enerzijds kwam vanuit de wereld van de nascholing een steeds grotere vraag om naast het aanbieden van relevante nascholing huisartsen te kunnen voorzien

van de middelen en de hulp die ze nodig hebben om de eigen prestatie te evalueren (12, 36). Die middelen bestaan uit het aanbieden van begrijpelijke en relevante feedback van productiegegevens en de onderlinge reflectie van de daaruit verkregen inzichten. Daarbij komt dat het voor de keuze van onderwerpen die in de nascholing aan de orde komen ook gewenst is om gebruik te kunnen maken van zorgproductiegegevens. Anderzijds komt ook binnen het veld van de toetsing in de loop der jaren steeds meer het besef dat behalve inhoudelijke argumenten bij de discussies in toetsgroepen ook meer 'harde' feedback gegevens en nascholingscursussen aantrekkelijke impulsen en hulpmiddelen voor de deelnemende huisartsen vormen, om het handelen onderling te kunnen vergelijken (37, 38).

Gedurende vele jaren hebben nascholing en toetsing onder huisartsen in Nederland zich langs gescheiden wegen ontwikkeld. We kenden in Nederland zelfs twee aparte stichtingen: de Stichting Nascholing Huisartsen (SNH), werkzaam vanaf 1973 en de Stichting Toetsing Huisartsen (STH), opgericht in 1983. Deze beide organisaties zijn in 1986 opgegaan in de Stichting Deskundigheidsbevordering Huisartsen (SDH, per 1 januari 1991 onderdeel van het bureau van de LHV). Als voornaamste reden om samen te gaan werd aangegeven het streven om op den duur nascholing en toetsing tot één deskundigheidbevorderende activiteit te verweven met een waarde die groter is dan de optelling van de twee afzonderlijk (22). Nascholing is vaak nodig voor er goed met toetsing kan worden gestart en toetsing, in het bijzonder onderlinge toetsing, is vaak de beste scholing die er is (26).

Terugkoppeling van gegevens is op zichzelf nog geen sterke interventiemethode (11). Inzicht in het eigen handelen zonder dat een referentiepunt, bij voorbeeld informatie van collega's of landelijke cijfers, wordt gegeven heeft weinig effect (bovendien is het rondsturen van overzichten van bij voorbeeld zorgproductiecijfers vaak niet nuttig omdat deze wijze van kennismaken van gegevens zeer vrijblijvend is en de overzichten zoek kunnen raken tussen de stapels andere post). Wordt feedback echter gebruikt als basis voor onderlinge toetsing of als controle in hoeverre gemaakte afspraken zijn nagekomen, dan kan het een zeer bruikbare methode zijn (33, 34, 35). Centraal begeleide toetsing van verstrekte (computer)gegevens op reguliere basis is een bruikbare methode zowel voor epidemiologische doeleinden als om het eigen handelen van de huisarts te evalueren (11, 37).

Ook al werkt feedback niet als een losse interventie, toch kan terugkop-



peling in een DBP een aantal functies vervullen, die zowel de onderlinge toetsing als de nascholing kunnen ondersteunen:

- onderbouwing van inhoudelijke keuzes bij de planning van onderwerpen,
- introduceren van een onderwerp: waar liggen verschillen in praktijkroutines,
- antwoord op de vraag of gemaakte werkafspraken ook worden nagekomen.

## **2.5. Uitgangspunten en fasenplan**

Rekening houdend met de hierboven geschetste inzichten is voor het project 'Kostenbesparing door kwaliteitsbevordering' een DBP ontwikkeld. De belangrijkste uitdaging bij het opzetten van het programma was om nascholingselementen, onderlinge toetsing en feedback van zorgproductiecijfers zodanig op elkaar te laten aansluiten dat gesproken kan worden van een geïntegreerde aanpak om het gedrag van de huisarts te beïnvloeden in de richting van kwaliteitsverhoging én kostenbesparing. Nascholing wordt daartoe vanuit een veel breder perspectief gezien dan alleen als min of meer vrijblijvende overdracht van kennis waarbij de attentie van de individuele deelnemers slecht gegarandeerd is. Toetsing in deze opzet wil meer zijn dan vrijblijvend discussiëren over globale onderwerpen aan de hand van ruime gespreksopdrachten waaraan men zich desgewenst ook nog kan onttrekken. Teruggekoppelde informatie probeert een ieder een werkelijk inzicht in het eigen gedrag te geven. Nascholing dient om kennis en vaardigheden op te doen. Toetsing en terugkoppeling dienen om de integratie in het dagelijks handelen van de tijdens de nascholing opgedane kennis en vaardigheden te versterken.

Een andere uitdaging was het om het programma zodanig aantrekkelijk te laten zijn dat een hoge participatiegraad van huisartsen kon worden bereikt. Dit om de nadelen die zijn verbonden aan een lage participatiegraad (alleen geïnteresseerde huisartsen, slechter uitgangspunt voor het bereiken van consensus en regionale afspraken, slechte verhouding ingezette middelen en mogelijke baten) te vermijden. Daarbij is echter niet uitgegaan van een verplichte deelname. De beslissing om als actief participant deel te nemen aan het programma moest liefst vrijwillig tot stand komen door zowel positief te appelleren aan de innerlijke motivatie van de huisarts als aan de sociale controle van de groep huisartsen onderling.

In het DBP worden na elkaar vijf fases doorlopen:

1. zichtbaar maken behandelroutines
2. invulling onderwerpen
3. nascholing
4. intercollegiale toetsing
5. feedback

Hier wordt een korte schets gegeven van de verschillende fases. Zie voor een gedetailleerde didactische uitwerking de beschrijving van 'het stappenplan' in de rapportage van O & O (bijlage 2).

*ad fase 1:*

*Het zichtbaar maken van behandelroutines.*

Huisartsen ontwikkelen in de loop van hun carrière vaste (be)handelwijzen bij bepaalde klachten en aandoeningen. Van deze routines zijn ze zich vaak niet bewust. Deze routines worden in kaart gebracht aan de hand van ziekenfondsgegevens omtrent prescriptie en morbiditeitsspecifieke verwijscijfers zoals die vóór het begin van het DBP worden verzameld op arts- en op regio niveau, op basis van reeds eerder bekende globale ziekenfondscijfers en op basis van de inzichten van adviserend geneeskundigen van het ziekenfonds.

*ad fase 2:*

*De invulling van de onderwerpen waarop de interventie zich richt.*

Reeds eerder in dit hoofdstuk is er op gewezen dat gedragsverandering van huisartsen te verkrijgen is door huisartsen een interventie aan te bieden met onderwerpen die ze *niet* zelf hebben uitgekozen omdat ze hun eigen onderwijsbehoeften niet goed kunnen inschatten en al snel zullen kiezen voor onderwerpen ten aanzien waarvan ze reeds meer dan gemiddeld deskundig zijn. Deze interventie is mede daarom niet primair uitgegaan van een eigen keuze van onderwerpen door de groep huisartsen. Bovendien liet de voorbereidingsfase van het project een zeer uitgebreide inventarisatie van probleemgebieden niet toe. Op basis van een aantal uitgangspunten die besloten liggen in de doelstelling van het project namelijk het bereiken van kwaliteitsbevordering én kostenbesparing, uit stap 1 verkregen informatie en bij het deelnemende ziekenfonds bekende knelpunten is daarom gekozen voor inhoudelijk brede thema's. Globaal hebben bij de vaststelling van de thema's drie uitgangspunten van een min of meer gelijk gewicht een rol gespeeld:

1. Er bestaan twijfels aan de kwaliteit van het handelen van de deelnemende huisartsen op grond van de gebleken diversiteit in hun handelwijzen, of op grond van het feit dat de totale groep huisartsen voor dit thema een hogere zorgproductie heeft dan andere huisartsen in vergelijkbare omstandigheden.
2. Aanzienlijke besparingen moeten mogelijk zijn, gezien de omvang van de kostenpost(en), die het thema met zich meebrengt.
3. Substantiële vooruitgang kan geboekt worden in de anderhalf jaar dat het project duurt.

De onderwerpen die binnen de gekozen thema's aan bod komen worden in tweede instantie in nauw overleg met de WDH en individuele huisartsen van een nadere invulling voorzien. Op deze manier kon aan de belangrijke eis dat een programma moet aansluiten bij de dagelijkse werkzaamheden van de individuele arts en op het contact met zijn/haar collega's (31,33) worden voldaan.

*ad fase 3:*

*Nascholing op deze onderwerpen.*

De huisartsen scholen zich na over de betreffende onderwerpen. Informatie gebaseerd op zo recent en relevant mogelijke wetenschappelijke kennis van de huisartsgeneeskunde moet zicht bieden op de optimale (be)handelwijze:

Standaarden, normen of protocollen worden door deskundigen (collega-huisartsen, specialisten of andere experts) toegelicht waarbij er ruimte is voor discussie waarin weerstanden tegen verandering van het huidige handelen worden besproken en groepsafspraken worden gemaakt. Criteria en doelen ontwikkeld in samenspraak met collega's en experts worden over het algemeen geaccepteerd als klinisch geloofwaardig (12). Dit alles om de acceptatie van de nieuw informatie en de bereidheid om op basis daarvan tot gedragsverandering te komen zo veel mogelijk te bevorderen. Bovendien worden eventuele benodigde praktische vaardigheden aangeleerd en bij herhaling geoefend in kleinere groepjes.

*ad fase 4:*

*Intercollegiale toetsing.*

Vastgesteld wordt in hoeverre gezamenlijk overeengekomen afspraken/-

protocollen over toekomstige (be)handelwijzen worden nagekomen, welke moeilijkheden dat oplevert en hoe deze kunnen worden opgelost.

De toetsing vindt plaats in groepen van 5 tot 8 huisartsen met een vaste samenstelling. Eén van de huisartsen per groep fungeert als vaste toetsgroepbegeleider. Om hen als begeleider voor te bereiden volgen 16 huisartsen twee middagen een training. Bovendien worden zij door middel van schriftelijke informatie, die bij elke bijeenkomst vooraf aan hen wordt toegezonden, nader geïnstrueerd.

Tijdens de eerste toetsingsronde(s) omtrent een bepaald onderwerp worden praktijkroutines geïnventariseerd aan de hand van een raamwerk van vragen, rollenspelen etc. en zo nodig nader toegelicht. In later toetsingsrondes worden ook feedback-gegevens (zie volgende paragraaf) gebruikt om de onderlinge discussie vorm te geven.

*ad fase 5:*

Op basis van *feedback* van zorgproductiecijfers wordt nagegaan in welke mate gemaakte afspraken worden nagekomen en wordt besloten om het in principe circulaire proces te herhalen vanaf fase 1 of één van de verdere fasen. Steeds opnieuw worden leerdoelen geformuleerd, nieuwe afspraken gemaakt en veranderingen in het dagelijks handelen gepland.

De samenstelling van de feedback-gegevens voor ieder van de thema's wordt in onderling overleg tussen de statistische afdeling van het ziekenfonds, de projectmedewerker van de Stichting O&O en de onderzoeker van de stichting NIVEL tot stand gebracht. Deze gegevens werden in de maandelijkse bijeenkomsten ingebracht in de vorm van gebonden boekjes (gerealiseerd vanaf de vijfde bijeenkomst, januari 1991). Daarin waren gegevens opgenomen op het niveau van de experimentele regio Emmen en de gemeten controle regio Assen (zie ook hoofdstuk 3) en op het niveau van de individuele aan de interventie deelnemende huisartsen. Voor een aantal huisartsen in meermanspraktijken was, doordat ze niet over een gescheiden patiëntenadministratie beschikten geen puur individuele feedback, maar wel cijfermateriaal op praktijkniveau beschikbaar. De samenstelling van de boekjes was afhankelijk van de in de betreffende maand te behandelen onderwerpen en de daarbij behorende leerdoelen en de beschikbaarheid en de volledigheid van de gegevens. Om een optimale vergelijkbaarheid van de gegevens tussen de artsen onderling mogelijk te maken zijn gegevens waar nodig gestandaardiseerd voor leeftijd van de bij de huisartsen ingeschreven ziekenfondspopulatie.

Een snelle vergelijkbaarheid van het eigen handelen ten aanzien van belangrijke parameters met het handelen van de andere deelnemers was steeds mogelijk door het hanteren van rangcurves waarin de LISZ-codes van de overige deelnemers staan vermeld (vanaf het tweede boekje werden overigens op verzoek van de deelnemende huisartsen de namen van alle deelnemers vermeld). In longitudinale overzichten konden de deelnemers de eigen prestatie afzetten tegen de groepsprestaties van de artsen in de regio's Emmen en Assen als geheel.

Tijdens de bijeenkomsten werd vooral de eerste malen dat met de feedback-boekjes werd gewerkt ruim aandacht gegeven aan uitleg omtrent de manier waarop de informatie uit de boekjes snel en efficiënt kon worden gelezen en geïnterpreteerd.

## **2.6. Thema's van het DBP**

We gaan nu kort in op de achtergronden van de voor dit project gekozen thema's en schetsen beoogde veranderingen van het handelen van de huisarts bij ieder van deze thema's. Er zijn twee brede thema's gekozen te weten verwijzen naar medisch specialisten en het voorschrijven van geneesmiddelen. Daarnaast zijn twee meer specifieke onderwerpen gekozen, met de bedoeling substitutie van zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn te bewerkstelligen. Dit zijn oogheelkunde en CARA.

### **2.6.1. Verwijzen naar medisch specialisten**

In een heleboel landen is specialistische zorgverlening direct toegankelijk voor patiënten. In Nederland echter is de huisarts poortwachter naar de tweedelijnsgezondheidszorg. Wanneer een huisarts besluit om een patiënt te verwijzen naar een medisch specialist in het ziekenhuis dan betekent dat dat de patiënt vanuit het relatief goedkope eerstelijns overgaat naar de dure tweedelijnszorg. Of de beslissing tot verwijzen wordt genomen hangt af van een aantal factoren. Allereerst van patiëntgebonden factoren zoals diens algemene gezondheidstoestand, de ernst van de klachten en/of aandoening en de mate waarin de patiënt aandringt op verwijzing naar een medisch specialist. De belangrijkste factoren aan de kant van de huisarts om al dan niet te verwijzen zijn gelegen in de taakopvatting en de werkwijze van de huisarts. Beschouwt hij het nader diagnostiseren en/of behandelen van een aandoening als iets wat hij voor zijn rekening kan nemen en beschikt hij daartoe over de vereiste deskundigheid? In meer algemene bewoordingen: hanteert de huisarts een brede of een

smalle taakopvatting? Tevens speelt de wijze van samenwerking en communicatie tussen huisarts en specialisten een rol.

Per 1000 ziekenfondspatiënten worden er momenteel tussen 300 à 500 verwijskaarten per jaar uitgeschreven. Per normpraktijk betekent dat ongeveer twee tot zes maal per dag een verwijzing inclusief verlengingsverwijzingen. Er bestaan echter grote verschillen tussen huisartsen onderling. Deze verschillen in verwijscijfer zijn maar voor een beperkt deel terug te voeren op een verschil in morbiditeit van de patiëntenpopulatie. Verwijspatronen van individuele huisartsen blijken redelijk constant over de jaren. Volgens Mekkink levert de werkstijl van de arts een belangrijke verklaring voor de variatie in gerealiseerde verwijscijfers (39). Een soortgelijke verklaring op basis van artskenmerken geven Cummins et al (40). Zij stellen dat huisartsen verschillende verwijsdrempels hebben, die worden bepaald door verschillende factoren, zoals leeftijd, ervaring, opleiding en de mate waarin de arts bereid is risico's te nemen. Wilkin et al. echter stellen dat huisarts- en praktijkkenmerken bij lange na niet een afdoende verklaring geven voor de variatie in verwijscijfers en patiëntkenmerken en diagnosegroepen in het geheel niet (41).

Wanneer we er in principe vanuit gaan dat alle handelingen in de tweedelij n uiteindelijk terug gevoerd kunnen worden op een beslissing van de huisarts om te verwijzen, dan is het duidelijk dat er een aanzienlijke kostenbesparing mogelijk is wanneer de huisarts tot een vermindering van het aantal verwijzingen zou kunnen komen. Dit geldt dan voornamelijk waar het om eerste verwijzingen (actieve verwijzingen) gaat. Op verlengingsverwijzingen en verwijzingen achteraf (passieve verwijzingen) heeft de huisarts minder invloed omdat de betreffende patiënten reeds circuleren in de tweedelij n. Als bijkomend effect van een vermindering van het aantal verwijzingen kan ook gewezen worden op een geringere mate van medicalisering van de patiëntenpopulatie en mogelijk een zekere tempering van de schijnbaar ongeremde vraag naar gezondheidszorgfaciliteiten. Daarbij moet wel de kanttekening worden gemaakt dat de patiënt ook zeker niet gebaat is met een te late verwijzing. Dat betekent dat in het streven om gerichter te verwijzen zeer scherp de kwaliteit van zorg in de gaten gehouden dient te worden.

#### *Beoogde veranderingen :*

De huisarts schrijft verwijsbrieven overeenkomstig de NHG-standaard 'De verwijsbrief naar de tweede lij n' (42) en hanteert het afgesproken verwijsbeleid naar de specialist in de praktijk. Hij tracht minder patiënten te verwijzen en verwezen patiënten weer zo vlug mogelijk in zijn praktijk

terug te krijgen. Daling van het aantal verwijzingen treedt vooral op naar bepaalde medisch specialisten, voor bepaalde aandoeningen waaromtrent tijdens de interventie afspraken zijn gemaakt door de huisartsen. Bovendien treden er mogelijk uitstralingseffecten naar verwijsgedrag in het algemeen.

### **2.6.2. Voorschrijven van geneesmiddelen**

Vanwege zowel economische als farmacologische overwegingen bestaat er een toenemende aandacht in de politiek en in de wetenschap voor het gebruik van geneesmiddelen. Veel van deze publikaties richten zich op het voorschrijfgedrag van artsen (39, 43-50). De meeste van deze onderzoeken laten zien dat er (ook) in de Nederlandse situatie aanzienlijke verschillen bestaan tussen artsen onderling wat betreft hun voorschrijfgedrag.

Krachtige en meestal ook dure nieuwe geneesmiddelen (overigens is daarbij meestal sprake van combinaties en nieuwe toedieningsvormen van 'oude' middelen) en nieuwe klinische informatie over deze middelen komen in een steeds sneller tempo beschikbaar. Dit betekent dat het steeds moeilijker wordt om accurate beslissingen ten aanzien van het voorschrijven van geneesmiddelen te nemen. Deze beslissingen betreffen voor de arts een steeds terugkerende keuze van het juiste medicijn in de juiste dosering via de juiste toedieningsvorm voor de individuele patiënt. De huisarts maakt deze keuze veelal uit een kleine verzameling van produkten die 'bovenaan in het geheugen' zitten. Bijwerking en effectiviteit, en in veel mindere mate prijs en produktsoort (*spécialité* versus locopreparaat) spelen daarbij een rol (50). Deze individuele beslissingen bepalen tezamen het volume en de kosten van het geneesmiddelengebruik. De kosten voor farmaceutische hulp liggen momenteel op ruim 13% totale kosten van de gezondheidszorg voor ziekenfondspatiënten en groeien sneller dan de totale kosten van zorg (51). Niet alleen de professioneel autonome beslissing van artsen, maar ook overheidsbemoediging en de activiteiten van de farmaceutische industrie en apothekers drukken een steeds groter stempel op de farmacotherapeutische hulp in de gezondheidszorg.

Omdat ongeveer 60% (52) van alle huisarts-patiëntcontacten tot het uitschrijven van een recept leiden kan gesteld worden dat het een handeling betreft, die zo vaak gedaan wordt dat er in korte tijd veel praktijkervaring kan worden opgedaan met een nieuw voorschrijfpatroon.

In een beslissingsmodel ten aanzien van het voorschrijven van geneesmiddelen laten van de Poel c.s. zien dat de indicatie de eerste en

belangrijkste zeef vormt bij het nemen van de beslissing om een geneesmiddel voor te schrijven (53).

Daarom is er voor gekozen om de aandacht in eerste instantie te richten op middelen met een breed indicatiegebied, ook wel aangeduid als a-specifieke middelen. Bij deze middelen is een groot verschil in te maken keuzes voor huisartsen mogelijk. De toepassing van deze middelen is soms discutabel. Het lijkt aannemelijk dat verschillen in het voorschrijven van a-specifieke geneesmiddelen met name als een resultante van de voorschrijfgewoonten van de huisartsen beschouwd kunnen worden (39).

#### *Beoogde veranderingen :*

De huisarts kent de inhoud van het formularium met betrekking tot enkele a-specifieke geneesmiddelgroepen zoals antibiotica, analgetica/-antireumatica, anxiolytica/hypnotica/sedativa, en de meer specifieke Caramiddelen en schrijft dienovereenkomstig voor.

De verwachting is dat dit leidt tot een daling van het voorgeschreven volume en de kosten van die middelen waarop de interventie zich heeft gericht. Bovendien leidt dit tot een betere kwaliteit van voorschrijven tot uiting komend in een percentagegewijze stijging van het volume volgens formularium gewenste geneesmiddelen gepaard aan een daling van de volgens formularium ongewenste geneesmiddelen.

Daarnaast treedt mogelijk een uitstralingseffect op naar het voorschrijfgedrag voor geneesmiddelengroepen, die niet in de interventie zijn behandeld en dus naar voorschrijfgedrag in het algemeen.

### **2.6.3. Oogheekunde**

Ongeveer 16% van alle verwijzingen naar medisch specialisten betreft verwijzingen naar de oogarts. De meeste daarvan worden door dokters-assistenten afgegeven. De reden voor deze verwijzing is in drie vijfde van de gevallen visusproblematiek voornamelijk veroorzaakt door refractieafwijkingen (54). Volgens een aanvulling op het 'Basistakenpakket van de huisarts' moeten refractieproblemen worden beschouwd als een facultatief deelterrein van de huisartsgeneeskunde (55). De verwijzing naar de oogarts bij deze problematiek wordt met name gerealiseerd om afwijkingen aan het oog anders dan brekingsafwijkingen van de lens uit te sluiten. Huisartsen zouden in beginsel lege artis een refractievoorschrift kunnen opstellen en oogpathologie kunnen opsporen of uitsluiten, maar doen dat in de praktijk niet (56). Ook voor de screening van andere oogziekten zoals bij voorbeeld glaucoom kan de huisarts een spilfunctie vervullen (57). Met behulp van relatief eenvoudig onderzoek en een



goede techniek van het oogspiegelen van de huisarts lijkt het mogelijk om aan de hand van een protocol een groot aantal van deze verwijzingen niet te doen plaats vinden. De hiertoe benodigde praktische vaardigheidsoefeningen en ervaring in de praktijksituatie met een redelijk groot aantal patiënten kunnen in een tijdsbestek van enkele maanden worden gerealiseerd. Met behulp van deze nieuwe vaardigheden (en zo nodig verstrekte hulpmiddelen/apparatuur) en afspraken met de oogarts kan de huisarts ook voor oogheelkundige zaken zijn spilfunctie weer gaan innemen: hij maakt weer zelf de schifting, hij bepaalt op grond van onderzoek of een patiënt al dan niet (met spoed) naar de oogarts moet, of naar de opticiens kan voor (alleen) het aanmeten van een bril, of hij neemt zelf de therapie ter hand (58, 59). De huisarts wordt in zijn beslissingen ondersteund door het maken van een inventarisatie van de aanwezige optometrische deskundigheid bij opticiens in de regio Emmen.

*Beoogde veranderingen :*

De huisarts beschikt over voldoende kennis en vaardigheden om patiënten met visusstoornissen te onderzoeken en vast te stellen of een verwijzing naar de oogarts noodzakelijk is of dat een verwijzing naar de opticiens voor refractiecorrectie volstaat.

Dit moet leiden tot een afname van het aantal refractieverwijzingen naar de oogarts. Dit kan vervolgens leiden tot een afname van de (zeker door patiënten als ongewenst ervaren) lange duur van de wachttijden voor oogartsen, die op dit moment in de experimentele regio, maar ook landelijk bestaat.

De huisarts draagt door het verrichten van oogdrukmeting en een betere techniek van het oogspiegelen bij aan de vroege opsporing van glaucoom en overige oogpathologie.

Dit leidt tot een betere herkenning en vroege behandeling van deze aandoeningen.

#### **2.6.4. CARA**

CARA, Chronische Aspecifieke Respiratoire Aandoening, verzamelnaam voor astma, astmatische bronchitis, chronische bronchitis en emfyseem, kan zowel individueel als maatschappelijk worden gezien als een belangrijk probleem. Afhankelijk van de gehanteerde definitie van CARA, de onderzochte populatie, de opsporingsmethode en epidemiologische definities wordt voor Nederland een prevalentie tussen 5 en 20% opgegeven (60).

Huisartsen zien ongeveer 80% van de CARA-patiënten in hun praktijk

(61). Zij komen er zowel in de binnenlandse als buitenlandse literatuur vaak slecht van af als het gaat om de zorgverlening aan patiënten met CARA (62, 63, 64). De kritiek richt zich op het onvoldoende herkennen van CARA. Niet-vroegtijdige herkenning zal leiden tot onvoldoende behandeling van CARA en vervolgens veelal tot het ontstaan van irreversibele veranderingen van de luchtwegen. Bovendien is er kritiek op de vaak niet adequate behandeling van de huisarts zoals bij voorbeeld een te geringe inspanning om tot allergesansatie en een vermindering van het rookgedrag te komen en inadequate bestrijding van luchtweginfecties. Ook omdat de informatie-uitwisseling tussen de betrokken hulpverleners vaak onvoldoende is, zijn deze vaak niet goed op de hoogte van elkaars taken en mogelijkheden waardoor de patiënt van de juiste zorg verstoken blijft. Daarbij komt dat één van de belangrijkste knelpunten in de CARA-zorg het gebrek aan overeenstemming over de uitgangspunten van het te voeren beleid is.

Een belangrijk kenmerk van CARA is het feit dat er regelmatig exacerbaties optreden bij deze aandoening. Dit houdt praktisch in dat de patiënt, juist op het moment dat hij erger ziek is dan doorgaans, op zijn huisarts is aangewezen. Eén van de actiepunten van het astmafonds is het dan ook om CARA-deskundigheidsbevordering van huisartsen te stimuleren (61).

Het Nederland Huisartsen Genootschap had ten tijde van de interventie voorbereiding aangaande 'CARA bij kinderen' en een standaard 'Herkenning CARA-patiënt' in ontwikkeling (65).

#### *Beoogde veranderingen :*

De huisarts beschikt over voldoende anamnesticke-, diagnostische- en therapeutische kennis en vaardigheden om CARA beter te leren herkennen en om een deel van de CARA-patiënten, die nu nog onder controle van de longarts zijn, zelf te kunnen controleren.

Dit leidt mogelijk tot meer eerste verwijzingen vanwege het beter herkennen van CARA, maar daarnaast ook tot een afname van het aantal verlengingsverwijzingen voor CARA door een adequate behandeling door de huisarts zelf.

Bovendien laten de huisartsen een verhoogde formulariumtrouw zien wat betreft de prescriptie van CARA-middelen.

## LITERATUUR

1. BUIJS S. Deskundigheidsbevordering en ondersteuning voor huisartsen. Med Contact 1986; 41: 606-08.
2. HUYGEN FJA. Kostenbeheersing in de gezondheidszorg. Med Contact 1984; 39: 320-1.
3. Dagelijks Bestuur NHG. De deskundigheidsbevordering van, voor en door huisartsen. Huisarts Wet 1989; 32: 157-9.
4. GROL R, ZWAARD A. Werkgroep Onderzoek Kwaliteitsbevordering Huisartsgeneeskunde. Deskundigheids- en kwaliteitsbevordering van huisartsen (NHG-publicaties: nr.3). Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1990.
5. SCHROEDER SA. Strategies for reducing medical costs by changing physicians' behaviour. Journ of Technology Assesment in Health Care 1987; 3: 39-50.
6. CAUFFMAN JG, RASGON IM, MAYNE JC, SCHUBERT WF, FORSYTH RA, LENOSKI EF. Relationship between quality of CME instruction and changes in physicians' patient-management plans. J Med Educ 1985; 60: 486-8.
7. DUNN EV, BASS MJ, WILLIAMS JI, BORGIEL AEW, MacDONALD P, SPASOFF RA. Study of Continuing Medical Education to quality of family physicians' Care. J Med Educ 1988; 63: 775-84.
8. EVANS CE, HAYNES RB, BIRKETT JN, GILBERT JR, TAYLOR DW, SACKETT DL, JOHNSTRO ME, HEWSON SA. Does a mailed Continuing Education program improve physician performance? JAMA 1986; 255: 501-4.
9. FERGUSON KJ, CAPLAN RM, WILLIAMSON PS. Factors associated with behavior change in family physicians after CME presentation. J Med Educ 1984; 59: 662-6.
10. HAYNES RB, DAVIS AD, McKIBBON A, TUGWELL P. A critical appraisal of the efficacy of Continuing Medical Education. JAMA 1984; 251: 61-4.
11. HORDER J, BOSANQUET N, STOCKING B. Ways of influencing the behaviour of general practitioners. JR Coll Gen Pract 1986; 36: 517-521.
12. JENNETT PA, LAXDAL OE, HAYTON RC, KLAASSEN DJ, SWANSON RW, WILSON TW, SPOONER HJ, MAINPRIZE GW, WICKETT REY. The effects of Continuing Medical Education on family doctor performance in office practice: a randomized control study. Medical Education 1988; 22: 139-145.
13. SCHROEDER SA, MYERS LP, McPHEE SJ, SHOWSTACK JA, SIMBORG DW, CHAPMAN SA, LEONG JK. The failure of physician education as a cost containment strategy. Intl. Journal of Technology Assesment in Health Care 1987; 3: 39-50.

14. BLANKEN CJM, SCHADÉ E. Toetsing en nascholing voor huisartsen. Med Contact 1984; 39: 306-307.
15. WOOD J. Continuing education in general practice in the UK: A Review. Family Practice 1988; 5: 62-7.
16. BEUSMANS GHMJ, VERWIJNEN GM, VIERHOUT WPM, STALENHOEF PA, VAN LUYCK S. Evaluatie en toetsing geïntegreerd. Med Contact 1985; 40: 328-330.
17. COURANT J. Pleidooi voor verplichte nascholing. Med Contact 1984; 39: 1451-2.
18. SIBLEY JC, SACKETT DL, NEUFELD V, GERRARD B, RUDNICK KV, FRASER W. A randomized trial of Continuing Medical Education. The New England Journal of Medicine 1982: 511-15.
19. LEWIS AP, BOLDEN KJ. General practitioners and their learning styles. JR Coll Gen Pract 1989; 39: 187-9.
20. DIFFORD F. Defining essential data for audit in general practice. Br Med J 1990; 300: 92-4.
21. Nieuwe Leeuwenhorstgroep. Kwaliteitsverbetering door toetsing in de huisartsgeneeskunde. Huisarts Nu 1986; 15: 395-402.
22. CREBOLDER HFJ, VAN DER FEEN JAE. Nascholing en toetsing van huisartsen. Med Contact 1985; 40: 997-998.
23. GROL R, MESKER P. Bewustwording en verandering door onderlinge toetsing. Huisarts Wet 1984; 27: 270-9.
24. GROL R, MOKKINK H, SCHELLEVIS F. Effecten van onderlinge toetsing 1. Huisarts Wet 1986; 29: 99-103.
25. GROL R, MOKKINK H, VAN DEURSEN J, TEUNISSEN A. Effecten van onderlinge toetsing 2. Huisarts Wet 1986; 29: 141-5.
26. GROL R. Deskundigheidsbevordering in de huisartsgeneeskunde. Med Contact 1988; 43: 395-9.
27. McINTYRE N, POPPER K. The critical attitude in medicine: the need for a new ethics. Br Med J 1983; 287: 1919-23.
28. EISENBERG JM, WILLIAMS SV. Cost Containment and Changing Physicians' Practice Behaviour. JAMA 1981; 246: 2195-2201.
29. POP P, WINKENS RAG. Periodieke persoonlijke feed-back over het diagnostisch handelen. Huisarts Wet 1989; 32: 205-7.
30. BERWICK DM, COLTIN KL. Feedback reduces test use in a Health Maintenance Organization. JAMA 1986; 255: 1450-4.

31. CONNELLY DP, RICH EC, CURLEY SP, KELLY JT. Knowledge Resource Preferences of Family Physicians. *The journal of family practice*, 1990; 30: 353-9.
32. TER BRAAK EM, VAN DER WERF, GTh. Verwijzen of niet? *Huisarts Wet* 1984; 27: 334-7.
33. SPIRJ B, CASPARIE AF, GROL R. Interventiemethoden om een verandering in de medische praktijkvoering te bewerkstelligen; wat is effectief?. *Ned Tijdschr Geneesk* 1989; 133: 1115-8.
34. SOUMERAI SB, AVORN J. Efficacy and cost-containment in hospital pharmacotherapy: state of the art and future directions. *Milbank Mem Fund Q* 1984; 62: 447-74.
35. GORTMAKER SL, BICKFORD, MATHEWSON HO, DUMBAUGH K, TIRRELL PC. A successful experiment to reduce unnecessary laboratory us in a community hospital. *Medical Care* 1988; 26: 631-42.
36. OWEN PA, ALLERY LA, HARDING KG, HAYES TM. General practitioners' Continuing Medical Education within and outside their practice. *Br Med J* 1989; 299:238-40.
37. LAWRENCE M, COULTER A, JONES L. A total audit of preventive procedures in 45 practices caring for 430.000 patients. *Br Med J* 1990; 300: 1501-3.
38. VAN DE RIJDT e.a. Onderlinge toetsing in de huisartsgeneeskunde. Eindrapportage 1986. Stichting O&O Utrecht.
39. MOKKINK HGA. Ziekenfondscijfers als parameter voor het handelen van huisartsen [Proefschrift]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1986. 178pp.
40. CUMMINS RO, JARMAN B, WHITE PM. Do general practitioners have different 'referral thresholds'? *Br Med J* 1981; 282: 1037-9.
41. WILKIN D, SMITH AG. Variation in general practitioners' referral rates to consultants. *JR Coll Gen Pract* 1987; 37: 350-3.
42. Anoniem. De verwijsbrief naar de tweede lijn [Standaard O01] *Huisarts Wet* 1989; 32: 102-5.
43. DENIG P, HAAIJER-RUSKAMP FM, ZIJSLING DH. Arts en geneesmiddelen informatie. Styx publications Groningen 1988: 119pp.
44. DE HAAN H. Algemene voorschrijfpatronen antibacteriële middelen. *Pharm Weekbl* 1990; 125: 100-1.
45. HAAIJER-RUSKAMP FM. Het voorschrijfgedrag van de huisarts [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1984. 151pp excl bijlagen.
- 46a. KUYVENHOVEN MM, VAN HEMERT MM, THIECKE AH. Contacten, recepten en verwijzingen in een duopraktijk. *Huisarts Wet* 1985; 28: 49-52.

- 46b. KUYVENHOVEN MM, TOENDERS WGM, BLOM ATHG. Prescriptie huisartsen. Med Contact 1985; 40: 1425-8.
47. PAES AHP. Apotheker en artsen in overleg? [Dissertatie]. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, 1989.
48. VAN DE POEL GT. Samenwerking van huisartsen en apothekers. [Dissertatie]. Meppel: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1988.
49. POST D. Antibioticaprescriptie in de huisartsenpraktijk, te veel en te duur? Pharm Weekbl 1985; 120: 4-7.
50. WIERENGA D, JONG SJT, MANTEL AF. Het beslissingsproces van de huisarts bij de keuze van een geneesmiddel. Ned Tijdschr Geneesk 1989; 133: 115-122.
51. Overleggroep Ziekenfondsraad. Verschuivingen op recept. Rapport Ziekenfondsraad 1989: 95 pp excl appendix.
52. GROENEWEGEN PP, BAKKER DH de, VELDEN J. VAN DER. Een Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: Verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL 1992.
53. VAN DE POEL GT, HEERKENS MEAM, BERGSMA J. Voorschrijfpatronen in de huisartspraktijk. Een experiment met groepsgewijs overleg tussen huisarts en apotheker. Pharm Weekbl 1990; 125, 38: 979-84.
54. GLOERICH ABM, ZEE J. VAN DER. Determinanten van verwijzen door de huisarts naar de tweede lijn. Deelproject van de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL 1992.
55. Anoniem. Vademecum voor de huisarts III. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, z.j..
56. DE BRUIN WH. Refractieproblemen in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1988; 31: 36-40.
57. HARRISON RJ, WILD JM, HOBLEY AJ. Referral patterns to an ophthalmic outpatient clinic by general practitioners and ophthalmic opticians and the role of these professionals in screening for ocular disease. Br Med J 1988; 297: 1162-7.
58. WOUTS WJM, DEKKERS NWHM. Helder zicht op wazige zaken. Huisarts Wet 1989; 32: 434-8.
59. PERKINS P. Outcome of referrals by optometrists to general practitioners: an 18 month study in one practice. British Journal of General Practice 1990; 40: 59-61.
60. VAN MÖLKEN MPMH, VAN DOORSLAER EKA, RUTTEN FFH. CARA in cijfers. Institute for Medical Technology Assessment. Verslag van een pilot-studie 1989. 78 pp.
61. Anonymus. Beleidsnota extra-murale CARA-zorg Astma Fonds 1990. 31pp.
62. ENGEL W, FREUND DA, STEIN JS, FLETCHER RH. The treatment of patients with asthma by specialists and generalists. Medical Care 1989; 27: 306-12.

63. GREGG I, The quality of care of asthma in general practice - a challenge for the future. Family Practice 1985; 2: 94-100.
64. KAPTEIN AA, DEKKER FW, GILL K, VAN DER WAART MAC. Undertreatment of Asthma in Dutch general practice. Family Practice 1987; 4: 219-25.
65. Anonymus.[Mededeling] Huisarts Wet 1989; 33, 10: 411.





### **3. OPZET VAN HET EVALUATIE ONDERZOEK**

In dit hoofdstuk wordt de opzet van het effect evaluatie onderzoek bij het project 'kostenbesparing door kwaliteitsbevordering' uiteengezet. De bedoeling van het evaluatie onderzoek is om een beoordeling te geven van de effecten van het DBP, zoals dat is aangeboden aan de huisartsen in de regio Emmen. Dit betekent dat er controle wordt uitgeoefend op het programma en tevens dat het programma de kans krijgt om zichzelf te bewijzen. Er wordt vastgesteld of het programma 'werkt'. Kennis hieromtrent dient ter ondersteuning van de beslissing of het programma zodanig nuttig is dat het implementatie in een groter kader verdient of niet.

In paragraaf 3.1. is de centrale vraagstelling bij het project zo compact mogelijk geformuleerd. Direct aansluitend wordt ingegaan op het design van het evaluatie onderzoek ter beantwoording van de centrale probleemstelling en de statistische en methodologische overwegingen, die bij dit specifieke design in de analysefase van de studie van belang zijn. Veel aandacht wordt daarbij vooral besteed aan de vergelijkbaarheid van de aan het project deelnemende regio's. Daarnaast worden enkele afgeleide onderzoeksvragen beschreven.

Paragraaf 3.2. geeft een precieze beschrijving van de beschikbare onderzoeksgegevens. In paragraaf 3.3. wordt de operationalisatie van de voor de centrale probleemstelling belangrijke variabelen toegelicht. In paragraaf 3.4. tenslotte wordt globaal het rapportageschema van de resultaten in de hoofdstukken 4 tot en met 7 uiteengezet.

#### **3.1. Centrale probleemstelling en onderzoeksdesign bij het project 'Kostenbesparing door kwaliteitsbevordering'**

##### **3.1.1. Centrale probleemstelling**

Voortvloeiend vanuit de geformuleerde overwegingen en verwachtingen uit hoofdstuk 2. ten aanzien van het project 'kostenbesparing door kwaliteitsbevordering' wordt de centrale vraagstelling van het evaluatie onderzoek als volgt geformuleerd:

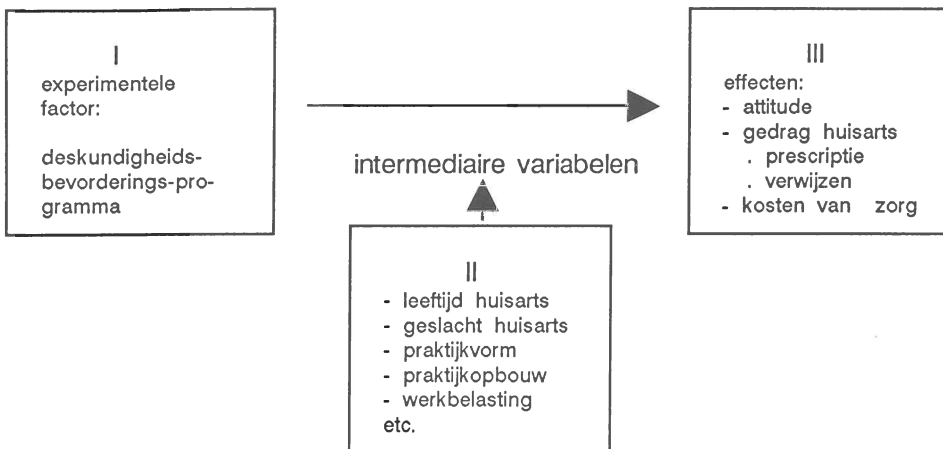
Leidt een DBP voor huisartsen tot (a) kostenbesparingen en (b) kwaliteitsbevordering?

In een blokkenschema gerepresenteerd kan de vraagstelling nader worden toegelicht (zie schema 3.1.).

Schema 3.1.:

verklarende  
variabelen

te verklaren  
variabelen



In blok I staat de experimentele factor, het DBP, opgenomen als verklarende variabele voor opgetreden effecten zoals verandering in attitude en gedrag van huisartsen en veranderingen in de financiële kosten en de kwaliteit van zorg (blok III).

De relatie tussen de experimentele factor en de bereikte effecten is echter niet zonder meer direct. In blok II worden intermediaire factoren aangegeven, die van invloed (kunnen) zijn op de relatie tussen de experimentele factor en de verkregen effecten. Dit betreft vooral structurele kenmerken van de huisarts en de praktijk waarin deze werkzaam is.

Het hoofddoel van het evaluatie-onderzoek is de beantwoording van de centrale vraag of een DBP voor huisartsen tot kostenbesparing en kwaliteitsbevordering leidt. Daarnaast zullen we ook nadere verdieping geven aan deze vraag door enkele afgeleide vraagstellingen te beantwoorden.

Het is mogelijk dat voor een aantal huisartsen wel veranderingen in hun gedrag leidend tot veranderingen uitgedrukt in termen van kostenbesparing en kwaliteitsbevordering worden gevonden en voor andere huisartsen niet of in mindere mate. Het is de vraag of deze groepen zijn te karakteriseren in termen van huisarts kenmerken. De kenmerken van huisartsen zijn op te delen in twee verschillende groepen. Enerzijds zijn er de structurele variabelen zoals leeftijd, geslacht, praktijkvorm etc. die niet beïnvloed worden door het experiment. Anderzijds worden de attitude- en gedragskenmerken van de huisartsen mogelijk wel beïnvloed door de interventie. Bovendien is de mate waarin veranderingen zijn opgetreden niet alleen afhankelijk van de genoten deskundigheidsbevordering, maar ook van de mate waarin verandering mogelijk was: Huisartsen wier professionele houding bij het begin van de interventie al dicht aansloot bij de inhoud van het DBP hebben minder mogelijkheden om te veranderen dan huisartsen waarbij dit nog niet het geval was. Dit leidt tot de volgende afgeleide vraagstelling:

*Zijn er subgroepen te onderscheiden van huisartsen, die in meer of mindere mate veranderd zijn in termen van kostenbesparing en kwaliteitsbevordering?*

Aan de uit te voeren interventie zijn financiële kosten verbonden: Waarneemvergoedingen voor huisartsen in verband met de nascholing, huur accommodatie, vergoedingen experts, medewerker O & O etc.. Daarnaast zijn ook niet financiële kosten gemaakt in de zin van bij voorbeeld de door WDH-leden geleverde inzet.

Tegenover deze kosten staan baten, die de interventie volgens verwachting oplevert. Deze baten zijn uit te drukken in de zin van financiële kostenbesparingen voor prescriptie en verwijzen naar de tweede lijn, maar ook in de zin van een toenemende kwaliteit van zorg. Daarnaast zijn er mogelijk ook baten die moeilijker als zodanig zijn aan te geven en een meer procesmatig karakter hebben: Daarbij valt te denken aan de verandering van de relatie van huisartsen onderling, huisartsen met specialisten, huisartsen met het ziekenfonds. Bovendien zullen er ook binnen de organisatie van het ziekenfonds veranderingen en leerprocessen optreden die als baten zouden kunnen worden aangegeven. Deze procesmatige kosten en baten kunnen slechts in woorden en niet of slechts bij benadering in kosten worden uitgedrukt.

*Welke kosten en baten heeft het project 'Kostenbesparing door kwaliteitsbevordering' opgeleverd?*

Deze interventie wordt uitgevoerd in een experimentele regio. Er wordt inhoud gegeven aan de interventie vanuit de herkenning van plaatselijk aanwezige probleemgebieden. Vervolgens wordt inhoud gegeven aan de interventie door de plaatselijke Werkgroep Deskundigheidsbevordering Huisartsen (WDH) en de stichting O & O. Bij deze inhoudelijke invulling wordt weliswaar uitgegaan van NHG-standaarden, relevante literatuur en inzichten, maar tevens rekening gehouden met plaatselijke factoren. Indien de interventie 'werkt' en er een positieve kosten-batenanalyse is gerealiseerd, kortom als tot een positieve beantwoording van de centrale vraag kan worden geconcludeerd dan wordt de vraag belangrijk of de interventie zoals die gaandeweg is ontwikkeld in en voor de experimentele regio ook bruikbaar en toepasbaar is elders in het land. We stellen hier dus de extrapolatie-vraag naar een landelijke context. Daarbij is het van belang om na te gaan of en welke mate experimentele omstandigheden (zoals regionale factoren, de intensiteit van het programma) van invloed zijn geweest op de implementatie van het DBP en in welke mate deze omstandigheden bij rechtstreekse toepassing van de interventie in andere regio's van belang zijn.

*Wat betekent het indien het DBP in de vorm zoals in dit project gebruikt wordt overgeplaatst naar de landelijke context?*

Voor de afgeleide vraag of er subgroepen huisartsen te onderscheiden zijn, die in meer of mindere mate veranderd zijn in termen van kostenbesparing en kwaliteitsbevordering, wordt gebruik gemaakt van de in de huisartsenenquête gemeten variabelen voor zo ver relevant.

Voor de beantwoording van de vraag omtrent kosten en baten van het project worden de projectkosten zoals die zijn gemaakt aan de kostenkant van de balans beschrijvenderwijs vergeleken met de baten in termen van geschatte kostenbesparingen en kwaliteitsverbetering zoals die zijn gevonden bij de beantwoording van de centrale onderzoeksvraag (de effect-evaluatie in engere zin). Tevens zal gebruik gemaakt worden van het verschil in mening omtrent ziekenfonds Het Groene Land zoals de huisartsen in de regio Emmen hebben kenbaar gemaakt in de huisartsenenquêtes voor en na het project. Dit geeft een indicatie van veranderingen in de relatie tussen de huisartsen en de zorgverzekeraar. Een

verbetering of verslechtering in deze relatie kan als winst respectievelijk verlies worden opgevat. Het is niet mogelijk hier een prijskaartje aan te hangen. Tevens zullen de verwachtingen vooraf en het uiteindelijke oordeel van de huisartsen omtrent het DBP hierbij worden betrokken.

De extrapolatie vraag wat het betekent als het DBP in de in Emmen gehanteerde vorm landelijk zou worden geïmplementeerd dient alleen dan te worden beantwoord als daartoe aanleiding is vanuit de uitkomsten van de centrale onderzoeksvraag. Simpelweg gezegd: het moet duidelijk zijn dat de interventie heeft gewerkt. Wanneer dat inderdaad het geval is zal eerst moeten worden vastgesteld in hoeverre specifiek plaatselijke elementen en de intensiteit van het programma een bijdrage tot de gevonden uitkomsten hebben geleverd. Vervolgens dient te worden vastgesteld in hoeverre deze elementen een vertaling naar de landelijke situatie in de weg staan en wat hiervan de financiële en organisatorische consequenties zijn.

Door gesprekken te voeren met sleutelfiguren in de kring van de organisatoren en medewerkers van het project, huisartsen en verzekeraars zal voor de laatste twee afgeleide vraagstellingen nadere informatie worden verworven. In deze gesprekken zal dus ook navraag gedaan worden naar gepercipiëerde kosten en baten van het project 'Kostenbesparing door Kwaliteitsbevordering' ter verdere onderbouwing van de kosten-baten analyse. De te voeren gesprekken zijn inhoudelijk en organisatorisch afgestemd met de onderzoeker van het 'Combinatieproject honorering huisartsen'. Resultaten worden in het rapport bij het combinatieproject gepresenteerd (zie Delnoy, Geld, zorg en geldzorgen: honorering van huisartsen als instrument voor kostenbeheersing, NIVEL 1992).

### **3.1.2. Het design van het project 'Kostenbesparing door kwaliteitsbevordering'**

Om de centrale onderzoeksvraag te beantwoorden is gebruik gemaakt van het volgende quasi-experimentele onderzoeksdesign en is er sprake van drie onderzoeksgroepen: een experimentele groep huisartsen, een 'gemeten' controlegroep huisartsen en een 'ongemeten' controle groep huisartsen. Huisartsen in de experimentele groep krijgen een DBP aangeboden. Huisartsen in de 'gemeten' en 'ongemeten' controlegroepen krijgen dat niet. Voor de experimentele- en de 'gemeten' controlegroep zijn dezelfde onderzoeksgegevens verkregen (zie voor een nadere uitwerking hiervan paragraaf 3.2.). Omdat deze beide groepen mogelijk

worden beïnvloed door meeteffecten, die een gevolg zijn van de uitgevoerde extra registratie-activiteiten, wordt voor zover mogelijk ook een vergelijking gemaakt met een 'niet gemeten' controle-groep. Voor deze groep zijn alleen historische ziekenfondsgegevens op declaratiebasis verkregen (zie figuur 3.1.).

De onderzoeksgroepen zijn samengesteld op basis van geografische regio: Om organisatorische redenen (reistijden naar deskundigheidsbevorderingsbijeenkomsten, waarneming etc.) en met name ook vanwege het gevaar van onderlinge beïnvloeding van de huisartsen is het namelijk niet mogelijk om deelnemende artsen at random toe te kennen aan de experimentele- dan wel de controlegroepen. Deze beïnvloeding komt immers eenvoudig tot stand als huisartsen in één praktijk of verschillende praktijken, die in elkaars nabijheid zijn gelegen in twee verschillende onderzoeksgroepen zouden terechtkomen.

Figuur 3.1.: Onderzoeksdesign bij 'Kostenbesparing door kwaliteitsbevordering'

groep regio	experimentele groep Emmen	gemeten controle groep Assen	ongemeten controle groep Meppel
<i>deskundigheidsbevorderings- programma</i>	x	o	o
<i>beschikbare onderzoeks- gegevens</i>			
. huisartsenquête	x	x	o
. verwijsregistratie huisartsen	x	x	o
. prescriptieregistratie	x	x	o
. historische ziekenfondscijfers	x	x	x

Huisartsen in de regio Emmen krijgen het DBP aangeboden, huisartsen in de regio Assen vormen de gemeten controle groep. Huisartsen in de regio Meppel de ongemeten controlegroep. Daarbij is er op gelet dat deze regio's zo vergelijkbaar mogelijk zijn: Alle drie de regio's liggen in het werkgebied van het ziekenfonds 'Het Groene Land'. Zowel Emmen, Assen als Meppel zijn grotere gemeenten met een duidelijke streekfunctie. In elk van deze gemeenten staat een streekziekenhuis. Het aantal bedden in deze ziekenhuizen (in 1988 Assen 324 bedden, Emmen 330 bedden, Meppel 299 bedden) en de aard van de ziekenhuizen komt redelijk overeen (tabel 3.1.).

Tabel 3.1.: Soort en aantal specialisten werkzaam in de drie streekziekenhuizen in de regio's betrokken bij het project 'Kostenbesparing door kwaliteitsbevordering'

	Emmen	Assen	Meppel
oogheelkunde	2	2	1
KNO	3	2	2
chirurgie	4	5	4
plastische chirurgie	--	--	--
orthopaedie	2	2	2
urologie	1	1	1
gynaecologie/verloskunde	4	3	3
neurologie	3	2	2
dermatologie	2	1	1
interne geneeskunde	5	4	6
cardiologie	3	2	--
longziekten	2	2	1
geriatrie	1	--	--
kindergeneeskunde	3	3	2
rheumatologie	1	1	--
psychiatrie	2	2	2
revalidatie	1	1	1
mondziekten/kaakchirurgie	1	--	--
allergische ziekten	--	--	--
anaesthesiologie	3	2	2
röntgenologie	4	3	2
nucleaire geneeskunde	--	--	1
	47	37	33

Hetzelfde kan met enige reserve gezegd worden van het algehele karakter van de verzorgingsgebieden van de ziekenhuizen: de stedelijke kernen hebben inwoneraantallen in globaal dezelfde orde van grootte en de stedelijke kernen vervullen een regiofunctie voor de omliggende woonkernen en gemeenten. Ook de leeftijds-geslachtsverdelingen van de ziekenfondsverzekerden van de deelnemende huisartsen in de drie regio's zijn in hoge mate vergelijkbaar (tabel 3.2.).

Tabel 3.2.: Leeftijds- en geslachtsverdeling van HGL-verzekerden, 1989

	Emmen			Assen			Meppel		
	man %	vrouw %	totaal %	man %	vrouw %	totaal %	man %	vrouw %	totaal %
0 jaar	1.1	1.0	1.1	1.2	1.0	1.1	1.4	1.2	1.3
1-4	4.9	4.4	4.6	5.4	4.3	4.8	5.9	5.3	5.6
5-9	5.7	5.1	5.4	5.7	4.8	5.2	6.3	5.6	6.0
10-14	7.2	6.5	6.8	6.7	5.6	6.1	7.3	6.6	6.9
15-19	6.8	6.4	6.6	6.4	6.1	6.2	6.8	6.4	6.6
20-29	19.2	18.2	18.9	20.4	19.8	20.0	20.6	18.8	19.7
30-39	15.5	14.8	15.2	16.6	15.8	15.2	15.6	14.8	14.9
40-49	12.3	12.6	12.4	11.4	12.3	11.9	11.3	11.4	11.4
50-59	10.6	10.9	10.8	9.2	9.7	9.5	8.5	9.2	8.9
60-64	4.8	5.3	5.1	4.2	5.2	5.0	4.4	4.9	4.7
65-69	4.5	4.9	4.7	4.6	5.0	4.8	4.1	4.8	4.5
70-79	4.8	6.5	5.7	5.4	6.7	6.1	5.1	6.8	6.0
80-89	1.8	3.0	2.4	2.1	3.2	2.7	2.4	3.7	3.1
> 89	.2	.4	.3	.2	.5	.4	.3	.5	.4
totaal	100	100	100	100	100	100	100	100	100
N	42672	45312	87984	30936	35294	66230	26818	28731	55549

In de drie regio's hebben nog geen specifieke experimenten gericht op deskundigheidsbevordering of substitutie van zorg vergelijkbaar met het onderhavige experiment plaatsgevonden.

Ondanks de bij de totstandkoming van deze selectie gebruikte criteria van zorgvuldigheid is er in principe sprake van niet-random groepen. De belangrijkste statistische problemen die vanuit een mogelijke selectie-bias kunnen optreden bij het analyseren van gegevens afkomstig van dergelijke groepen zijn:



1. Problemen die ontstaan, wanneer één der beide groepen geheel andere kenmerken heeft dan de andere waardoor het effect bereikt door de interventie bij de experimentele groep ook bij de controle groep optreedt omdat deze laatste groep à priori al meer op verandering gericht, kostenbewuster etc. is. Met andere woorden wanneer de beide groepen à priori een andere groeitrend kennen. In ons eerste voorbeeld treedt een onderschatting van het interventie effect op. Wanneer omgekeerd de experimentele groep al meer op verandering gericht was vóór de interventie dan zal dit fenomeen doorgaan voor een interventie-effect; er treedt een overschatting van het interventie-effect op. Om dit fenomeen te beoordelen is een gedegen analyse van à priori verschillen aangewezen.
2. Problemen gerelateerd aan de lokale omstandigheden: effecten anders dan de interventie, die de experimentele groep en niet de controle groepen beïnvloeden en andersom. In onze studie valt daarbij te denken aan bij voorbeeld andere vormen van deskundigheidsbevordering in de controle groep die uiteraard niet (geheel) stilgezet kunnen worden. Deze zullen in ieder geval gedurende de interventieperiode door het ziekenfonds niet actief worden gestimuleerd in de regio Assen. Assen is in dit design dus de graadmeter voor de 'normale' situatie zonder experimentele factor.
3. Problemen met de meetinstrumenten: wanneer instrumenten die de kenmerken en prestaties van de beide groepen meten zodanig zijn geconstrueerd dat één of beide groepen extreem in de begin- of de eindrange van een meetinstrument scoort, dan kunnen meetfouten optreden, die de betrouwbaarheid van het onderzoek ondermijnen ('vloer/plafond effect'). Deze problemen zullen des te meer optreden naarmate de initiële verschillen tussen de beide groepen groter zijn. Getracht is meetfouten te voorkomen door gebruik te maken van eerder gebruikte en gevalideerde meetinstrumenten.  
Tweede voorwaarde voor zo gering mogelijke meetfouten is dat de gegevens voor beide groepen op een zelfde wijze en op het zelfde tijdstip worden gemeten. In onze onderzoeksopzet worden de gegevens voor de beide gemeten groepen op hetzelfde tijdstip en op dezelfde wijze vergaard. Dit geldt zowel voor productiegegevens verzameld door het ziekenfonds 'Het Groene Land' als de gegevens aangaande arts- en praktijkkenmerken verzameld door het NIVEL. Dit geldt eveneens voor alle drie de regio's ten aanzien van de historische ziekenfondsgegevens (zie ook par. 3.2.).

## **3.2. Beschrijving van de beschikbare onderzoeksgegevens**

Om de centrale onderzoeksvraag bij het project 'Kostenbesparing door kwaliteitsverbetering' te kunnen beantwoorden zijn diverse gegevens verzameld. Deze zijn grofweg in te delen in twee categorieën. Ten eerste gegevens omtrent arts- en praktijkenmerken, professionele attitudes en gedrag. Deze zijn verzameld door het afnemen van twee huisartsenenquêtes. De eerste enquête is afgenomen voorafgaand aan de interventie en de tweede na afloop van de interventie.

De tweede categorie gegevens wordt gevormd door variabelen omtrent het feitelijk handelen van huisartsen. Dit zijn productieve variabelen aangaande prescriptie van geneesmiddelen en verwijzingen naar de tweede lijn. Deze zijn door middel van een continue materiaalverzameling vastgelegd vanaf vier maanden voor de start van het DBP voor huisartsen tot en met het einde van de interventie (mei 1989 tot en met januari 1991).

Daarnaast zijn historische ziekenfondscijfers gebruikt. De verschillende gegevensbronnen worden hieronder nader beschreven:

### **3.2.1. Twee huisartsenenquêtes (zie bijlage 3 bij dit rapport)**

Er zijn twee huisartsenenquêtes afgenomen in zowel de experimentele groep (Emmen) als de gemeten controlegroep (Assen). De enquêtes zijn identiek voor de beide groepen huisartsen. (De enquêtes in de regio Emmen bevatten bovendien nog twee extra vragen, welke dat zijn is vermeld in de tekst). De eerste enquête is afgenomen in de voormeetfase van het project en wel in mei-juni 1989. De Tweede in de periode januari-februari 1991, direct na afloop van het DBP. In deze enquêtes zijn de volgende gegevens verzameld:

#### *1 Arts- en Praktijkenmerken :*

- samenwerkingsvorm (solo, duo etc.)
- geschat aantal (particulier) verzekerde patiënten
- aantal jaren dat de arts werkzaam is in de huidige praktijk
- termijn waarop de patiënten een afspraak kunnen krijgen
- gereserveerde tijd per consult
- aantal malen dat spreekuren uitlopen per week
- termijn waarop de arts een visite maakt
- afstand tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis
- schatting van de verwijzpercentages naar de diverse regionale ziekenhuizen

- praktijkuitrusting en gebruik daarvan (Nationale Studie 1987)
- werkbelasting (gemeten m.b.v. het aantal spreekuurcontacten en visites over een periode van twee weken)

#### *II Professionele opvattingen en attitudes :*

- algemene taakopvatting (taakbreedte)(Dopheide, 1982)
- algemene taakuitoefening (Dopheide, 1982)
- diagnostiek en therapie van aandoeningen op het grensvlak van de 1<sup>o</sup> en 2<sup>o</sup> lijn (Dopheide, 1982)
- taakuitoefening op het terrein van toegepaste technieken (Dopheide, 1982)
- taakafbakening en competentiegevoel ten opzichte van de specialist op somatisch gebied (Grol, 1983)
- opvatting over de verdeling van taken op psychosociaal gebied tussen huisarts en specialist (Grol, 1983)
- angst om fouten te maken / aandoeningen te missen (Grol, 1983)
- opvattingen over het nemen van risico's (Grol, 1985)
- invloed huisarts in de tweedelijns (Kersten, 1987)
- opvattingen over de rol van psychosociale factoren bij ziekte (Grol, 1983)
- opvattingen over voorschrijven van geneesmiddelen (Haayer, 1984)

#### *III Beleving van het huisartsenberoep :*

- persoonlijke effectiviteit (Stokx, Hoenen, 1988)
- locus of control (De Jong, 1981)
- arbeidssatisfactie (Grol, 1985) (Mechanic, 1975; McCranie, 1982)

#### *IV Na- en bijscholingsactiviteiten :*

- aantal en soort vaktijdschriften die de huisarts leest
- uren die de huisarts per week besteed aan het lezen van deze vakliteratuur
- gebruik van Repertorium Farmaceutische Specialité's /Farmacotherapeutisch Kompas/Geneesmiddelencompendium
- contacten i.v.m. medicatieproblematiek
- nascholingscursussen in de laatste 12 maanden
- lidmaatschap van een deskundigheidsbevorderingsgroep
- tijd besteed aan nascholing
- verwachtingen (voormeting) en beoordelingen (nameting) betreffende het project 'Kostenbesparing door kwaliteitsbevordering' (alleen voor huisartsen in de experimentele groep).

*V Mening omtrent het organiserende ziekenfonds :*  
(alleen voor huisartsen in de experimentele groep).

### **3.2.2. Verwijsregistratie huisartsen**

Aan de hand van kopieën van de speciaal voor dit project vervaardigde nieuwe verwijskaart naar de specialist (zie bijlage 4) hebben huisartsen in zowel experimentele als de gemeten controlegroep vanaf vier maanden voor het begin van het DBP per verwijzing de volgende gegevens geregistreerd:

- nummer verwijskaart
- uitschrijfdatum verwijskaart
- medewerkersnummer verwijzend huisarts
- verzekeringsvorm patiënt
- naam ziekenfonds (bij ziekenfondsverzekerden)
- Hogbencode patiënt
- specialisme waarnaar verwezen is.
- ziekenhuis waarnaar verwezen is.
- bedoelde lokatie (EHBO, poli, opname etc.)
- soort verwijzing (eerste, herhaal, achteraf)
- doel verwijzing (diagnostiek, behandeling etc.)
- initiatief tot verwijzing (patiënt, huisarts, specialist etc.)
- (waarschijnlijkheids)diagnose/werkhypothese
- bedoelde samenwerking met de specialist (eenmalig consult, overname behandeling etc.).

Deze formulieren zijn door de huisartsen wekelijks naar ziekenfonds 'Het Groene Land' gestuurd. Op een adequate toezending is toegezien door het ziekenfonds. Boven zijn door het ziekenfonds de door deelnemende huisartsen ingestuurde formulieren gecontroleerd op omissies en/of onduidelijkheden. Deze zijn in tweede instantie aangevuld en/of gecorrigeerd in (telefonisch/schriftelijk/persoonlijk) overleg met de huisartsen. De ICPC coderingen ten behoeve van de classificatie van de (waarschijnlijkheids) diagnose/werkhypotheses zijn door een codeur bij het Groene Land toegekend, zo nodig in overleg met de onderzoeker van het NIVEL. Vervolgens zijn de gegevens van de verwijskaart ingevoerd in een computersysteem. De aldus ontstane database is op het niveau van de individuele verwijskaart aan het NIVEL beschikbaar gesteld.

### **3.2.3. Prescriptiegegevens**

De declaratiegegevens van apothekers en apotheekhoudende huisartsen in de regio Emmen en Assen over de periode mei 1989 tot en met januari 1991 zijn door het ziekenfonds verwerkt in een pharmacy-systeem waaruit gegevens bruikbaar voor wetenschappelijk onderzoek aan het NIVEL zijn aangeleverd.

In het pharmacy-systeem is per recept vastgelegd:

- huisarts(praktijk) waar de patiënt ingeschreven is
- ATC codering middel
- aantal DDD's
- gedeclareerde kosten (in gulden inclusief btw)

De gegevens zijn aan het NIVEL aangeleverd op huisarts (praktijk) niveau.

Per huisarts(praktijk) zijn per kalendermaand de volgende variabelen aangeleverd voor ieder van de therapeutische hoofdgroepen van het ATC-systeem:

- aantal voorschriften
- aantal voorschriften met DDD-waarde
- berekend aantal DDD's
- gedeclareerde kosten

Dezelfde variabelen zijn per huisarts per kalendermaand aangeleverd voor diverse ATC-codes op chemische stof sub-groep niveau. Dit betreft die sub-groepen, die betrekking hebben op vier specifiek in de nascholing behandelde groepen geneesmiddelen:

- antibiotica
- analgetica en antirheumatica
- anxiolytica, hypnotica en sedativa
- CARA-middelen

### **3.2.4. Gegevens omtrent de beoordeling van de interventie door de huisartsen in de experimentele regio**

De stichting O & O heeft de deelnemende huisartsen na iedere maandelijkse bijeenkomst gevraagd een formulier in te vullen omtrent de volgende onderwerpen:

- waardering voor de opzet van de DBP-bijeenkomst als geheel
- waardering voor de specifiek behandelde onderwerpen afzonderlijk

Bovendien zijn gedurende de interventie ook kennistoetsen afgenomen, waarin zowel de kennis in het algemeen als ten aanzien van de specifieke onderwerpen is gemeten. Hierbij worden zowel vóór als nametingen gedaan.

De onder dit hoofdje verzamelde gegevens zijn nader beschreven in de rapportage van de Stichting O & O en in de rapportage van de heer W.A. Meyboom omtrent de kwaliteit van het DBP (bijlage 1 en 2).

### **3.2.5. Historische ziekenfondsgegevens**

Door ziekenfonds 'Het Groene Land' zijn de volgende gegevens voor de drie regio's aangeleverd voor de periode 1985-1990/'91:

- Kosten voor farmaceutische hulp per 1000 verzekerden.
- Aantal verwijzingen naar medisch specialisten per 1000 verzekerden.

Het is van belang te beseffen dat de data uit de ziekenfondsregistratie door specialisten gedeclareerde verwijzkaarten betreft. Dit in tegenstelling tot de voor het project opgezette verwijsregistratie huisartsen (paragraaf 3.2.2.), die uitgaat van door de huisarts uitgeschreven verwijzkaarten.

Er zijn verschillende redenen waardoor tussen de beide registraties discrepanties kunnen bestaan: omdat bijvoorbeeld niet alle uitgeschreven verwijzkaarten ook daadwerkelijk tot een bezoek aan de specialist leiden. Doordat specialisten verwijzkaarten in pakketjes declareren kunnen bepaalde 'ophopingen' in de tijd bestaan, los van het uiteindelijke moment van verwijzen.

## **3.3. Operationalisatie van de belangrijkste variabelen**

We zullen de operationalisatie van de variabelen die nodig zijn bij de beantwoording van de centrale onderzoeksvraag hier nader uitwerken.

### **3.3.1. Kosten**

De totale kosten in de gezondheidszorg zijn het produkt van het zorgvolume en de prijs per zorgeenheid. Verandering in zorgvolume en prijs per zorgeenheid leiden tot veranderingen in de totale kosten in de gezondheidszorg.

Het DBP voor huisartsen richt zich vooral op twee activiteiten van huisartsen, die verantwoordelijk zijn voor een belangrijk deel van de kosten in onze gezondheidszorg, te weten het voorschrijven van genees-

middelen en het verwijzen van patiënten naar de tweedelijns. Omdat het DBP zich speciaal richt op deze twee activiteiten van de huisarts worden dan ook in eerste instantie effecten verwacht wat betreft kosten ten aanzien van deze beiden.

*Prescriptie :*

Kostenveranderingen ten aanzien van prescriptie kunnen worden uiteengelegd kostencomponenten en volumecomponenten. De totale kosten voor prescriptie worden bepaald door het voorschrijfvolume en de prijs van geneesmiddelen. In ons onderzoek onderscheiden we drie maten die bij deze kostenveranderingen van belang zijn:

- de kosten wat betreft het voorschrijven van geneesmiddelen,
- het voorschrijfvolume,
- de prijs per volume-eenheid.

De maten worden niet alleen geconstrueerd in het algemeen, maar ook voor de vier reeds genoemde specifieke geneesmiddelengroepen, welke in de interventie expliciet aandacht hebben gekregen.

De kosten van voorschrijven zijn relatief eenvoudig te benoemen en worden uitgedrukt in guldens. Voor de analyses wordt gebruik gemaakt van de kosten per 1000 verzekerden.

Het volume van voorschrijven kan op verschillende wijzen worden uitgedrukt. Een grovere maat is het aantal uitgeschreven recepten. Een preciezere maat, die vroeger kon worden gebruikt was het aantal afleveringen. Deze maat was echter nooit bedoeld om de omvang van het geneesmiddelengebruik te meten, maar om de kostenvergoeding te berekenen, die apothekers ontvangen voor het afleveren van geneesmiddelen. Een vereiste voor een goede volumemaat is, dat deze in staat moet zijn volumes van geneesmiddelen tot op een therapeutisch gelijkwaardig niveau terug te brengen. Veelal worden daartoe in geneesmiddelengebruiksstudies gebruik gemaakt van de "Defined Daily Dose" (DDD). Dit is een door de Drug Utilization Research Group van de WHO ontwikkelde technische eenheid voor het vergelijken van gegevens over het geneesmiddelengebruik. De DDD benadert zo goed mogelijk welke hoeveelheid van een werkzame stof een volwassene gemiddeld per dag krijgt, wanneer die stof voor de hoofdindicatie wordt gebruikt. Voor de analyses wordt het volume van voorschrijven zo veel mogelijk uitgedrukt in DDD's per 1000 verzekerden. Waar dat niet betrouwbaar mogelijk is wordt het volume in recepten uitgedrukt. Zo blijkt bij voorbeeld de DDD-

waarde voor allerlei frequent voorgeschreven inhalatiepreparaten tegen CARA nog niet geheel betrouwbaar, zodat in deze groep bij nadere analyses op recept-niveau zal worden gerapporteerd.

Voor de prijs per volume-eenheid volgt in het verlengde van de twee vorige maten dat deze wordt uitgedrukt in het aantal gulden per DDD (of recept).

#### *Verwijzen :*

Ten aanzien van verwijzen naar de tweedelij is het niet goed mogelijk om direct te kijken naar een kostenbesparing uitgedrukt in geld, omdat prijs per zorgeneheid in de tweedelij niet eenduidig vast te stellen is. Als afgeleide wordt daarom gebruik gemaakt van volumematen. Daarbij wordt impliciet uitgegaan van de veronderstelling dat een vermindering/toename van het aantal verwijzingen naar de tweedelij ook een kostenbesparing/toename met zich mee brengt. In navolging van eerder onderzoek wordt het volume van verwijzen uitgedrukt in het aantal verwijzingen per 1000 patiënten.

Naast dit globale cijfer is het verkrijgen van meer inzicht in het verwijzsvolume mogelijk door een aantal verfijningen van dit cijfer door opsplitsing van de verwijzingen volgens een aantal determinanten.

We schetsen hier deze verschillende dimensies en geven, voor zover dat niet direct duidelijk is, aan wat de betekenis ervan is.

#### *Actief/passieve verwijzingen :*

Het globale verwijscijfer kan worden opgesplitst in twee delen. Te weten actieve verwijzingen en passieve verwijzingen. Actieve verwijzingen zijn verwijzingen, die worden afgegeven tijdens een contact van de huisarts met de patiënt. Passieve verwijzingen zijn verwijzingen, waarbij slechts in uitzonderingssituaties sprake is van contact tussen patiënt en huisarts. Bij actieve verwijzingen is de invloed van de huisarts groter dan bij passieve verwijzingen. Deze dimensie is als volgt geoperationaliseerd:

- passieve verwijzingen: Dit zijn verwijzingen achteraf + verlengingsverwijzingen + refractieverwijzingen.
- actieve verwijzingen: Dit zijn alle eerste verwijzingen minus de eerste verwijzingen in verband met refractieafwijkingen.

#### *Doel van de huisarts bij een verwijzing :*

De actieve verwijzingen zijn nog verder onder te verdelen naar het doel wat de huisarts heeft met deze verwijzing. Daarbij worden door Paterson in 1959 een aantal redenen van verwijzen gegeven: Een huisarts besluit



om te verwijzen, 'because he doesn't know', 'because he cannot do', 'because he needs moral support' indien een arts-patiënt relatie is vastgelopen. Een soortgelijke indeling is door Bensing en Verhaak (1980) weergegeven en vertaald als 'omdat hij het niet weet', 'omdat hij het niet kan' en 'omdat hij niet wil' (behandelen). Naar analogie van de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen is in dit project gekozen voor de operationalisatie:

- verwijzingen ter diagnose,
- verwijzingen ter behandeling,
- verwijzingen ter diagnose en behandeling,
- verwijzingen ter geruststelling.

*Initiatief :*

Of een patiënt verwezen wordt hangt niet alleen af van de aard en de ernst van de (vermoede) aandoening, maar ook van de wil van de patiënt en/of de huisarts om tot een verwijzing te komen. Het is bij voorbeeld voorstelbaar dat bij een verwijzing waarbij de huisarts niet direct de medische noodzaak ziet voor een verwijzing het aandringen daarop of de ongerustheid van de patiënt kunnen leiden tot het uitschrijven van een verwijskaart. Ook derden kunnen van invloed zijn op de beslissing tot een verwijzing. Hoe vaker het initiatief van de verwijzing niet bij de huisarts ligt, hoe minder invloed de huisarts heeft op het aantal verwijzingen en dus op de kosten in de tweedelij. Daarom is voor elke verwijzing ook zicht verkregen op wie de belangrijkste initiatiefnemer van de verwijzing kan worden aangemerkt. De keuzemogelijkheden zijn als volgt:

- verwijzingen op initiatief van de patiënt,
- verwijzingen op initiatief van de huisarts,
- verwijzingen op initiatief van huisarts en patiënt,
- verwijzingen op initiatief van de specialist,
- verwijzingen op initiatief van de ouders,
- verwijzingen op initiatief van overigen.

*Bedoelde samenwerking :*

Het volume van de zorgverlening die in de tweede lijn wordt gegeven bepaald voor een belangrijk deel de in de tweedelij gemaakte kosten per verwijzing. Indien slechts éénmalig diagnostische handelingen worden gepleegd, dan zijn de kosten lager dan wanneer tevens (uitgebreide) behandeling plaats vindt. Omdat we niet over de gegenereerde kosten per verwijzing kunnen beschikken hebben we gekozen voor een afgeleide

maat. Het gaat hier om de bedoeling van de samenwerking van de huisarts met de specialist. Indien deze bedoeling ook wordt gerealiseerd dan geeft deze maat een indicatie voor de hoeveelheid kosten die (gaan) worden gerealiseerd in de tweedelij. De verwijzingen waarbij de bedoelde samenwerking met de specialist wordt aangegeven zijn als volgt geoperationaliseerd:

- verwijzingen eenmalig consult,
- verwijzingen ter overname van de behandeling,
- verwijzingen ter gezamenlijke behandelingen.

*Bedoelde lokatie :*

De plaats waarheen wordt verwezen geeft ook een aanduiding van de kosten, die gaan optreden in de tweedelij. De gemiddelde dagbehandeling zal naar we aannemen minder kosten met zich meebrengen dan de gemiddelde klinische opname. Ook hier geldt dat we niet over gegevens beschikken waaruit blijkt waar de behandeling van de patiënt zich na afgifte van een daartoe verstrekte verwijzingskaart zich feitelijk heeft afgespeeld. Als een indicator hebben we daarom gebruik gemaakt van de plaats van behandeling waar naar de inschatting van de huisarts het contact tussen patiënt en medisch specialist diende plaats te vinden: De volgende categorieën worden daarbij onderscheiden:

- verwijzingen naar de eerste hulp,
- verwijzingen naar de polikliniek,
- verwijzingen naar dagbehandeling,
- verwijzingen ter opname,
- verwijzingen waarbij de specialist de patiënt thuis bezoekt.

Het belang van het grote aantal deelratio's, dat kan worden berekend ten aanzien van verwijzen zal per te bestuderen onderwerp verschillen. Zo zullen ten aanzien van de inhoudelijke onderwerpen CARA en oogheelkunde morbiditeits- en specialist-specifieke deelratio's worden berekend.

### **3.3.2.        Kwaliteit**

*Inleiding :*

De vraag hoe kwaliteit gedefinieerd behoort te worden en hoe deze dient te worden gemeten, laat zich in het algemeen niet simpel beantwoorden. Vanuit de opzet van dit onderzoek wordt kwaliteit opgevat in de zin van doeltreffendheid, effectiveness (Donabedian). Hiermee wordt bedoeld 'de

mate waarin de werkelijkheid met de wenselijkheid overeenkomt'. Met andere woorden in hoeverre komt het handelen van de aan het project deelnemende huisartsen overeen met de normen die ze zichzelf gesteld hebben. We toetsen in dit project het naleven van de afspraken die in het kader van beoogde veranderingen zijn gemaakt (zie paragraaf 2.6.). Deze afspraken zijn als het gaat om geneesmiddelenbeleid vastgelegd in door de huisartsen gedragen formularia. Naleving van de afspraken wordt getoetst met behulp van zorgproductiegegevens. We zullen nu voor de aandachtsgebieden waarop de interventie zich concentreert de vraag aangaande kwaliteit preciezer formuleren:

*Kwaliteit van voorschrijven :*

Voor prescriptie luidt de kwaliteitsvraag als volgt:

Leidt de interventie met betrekking tot het voorschrijven van geneesmiddelen tot een verhoging van het volume-aandeel van de volgens protocol gewenste geneesmiddelen?

Deze vraag wordt voor de vier reeds eerder genoemde geneesmiddelen-groepen, waarop het DBP zich richtte, beantwoord door met behulp van de geneesmiddelenformularia die tijdens het project door de groep deelnemende huisartsen zijn opgesteld een kwaliteitsratio te construeren. Deze ratio ziet er als volgt uit:

volume van volgens formularium gewenste middelen in een geneesmiddelengroep / volume van geneesmiddelen in die geneesmiddelengroep. Volume wordt uitgedrukt in aantallen recepten. Hiermee wordt de proportie aangegeven van het aantal malen dat de arts een volgens formularium gewenste beslissing heeft genomen ten opzichte van alle beslissingen die hij in de desbetreffende geneesmiddelengroep heeft moeten nemen. Op de details van de geconstrueerde kwaliteitsmaten wordt direct voorafgaand aan de presentatie van de resultaten per geneesmiddelengroep aandacht besteedt (zie hoofdstuk 6.4.).

*Kwaliteit van verwijzen :*

Voor de kwaliteit van verwijzen geldt, analoog aan de vraag voor prescriptie, de vraag:

Leidt de interventie met betrekking tot het verwijzen van patiënten tot een verhoging van het volume-aandeel van de volgens protocol gewenste verwijzingen?

Deze vraag is nader uitgewerkt aan de hand van de tijdens de interventie gemaakte afspraken en protocollen ten aanzien van verwijzen en getoetst aan de reeds eerder in dit hoofdstuk beschreven verwijzsdeterminanten.

### **3.3.3. Structurele kenmerken, opvattingen en attitudes**

Een attitude levert een voorwaarde voor uiteindelijk gedrag. Attitude veranderingen kunnen worden weerspiegeld in het faciliteren van andere eveneens voorwaardelijke factoren zoals de aanschaf van nieuwe apparatuur en ook in veranderingen in de praktijkorganisatie. Een voorbeeld maakt dit duidelijk: Indien een huisarts heeft besloten om, in tegenstelling tot voorheen, zelf meer te gaan doen ten aanzien van het diagnostiseren van oogandoeningen, dan zal deze attitude verandering slechts kunnen worden waargemaakt in de praktijk indien hij er de juiste oogspiegel en de tijd voor heeft. Deze zijn voorwaardelijk voor het omzetten van zijn goede voornemens in daden. Daarom zijn ook dit soort voorwaardelijke factoren opgenomen en worden deze besproken tezamen met de structurele kenmerken. De te construeren variabelen omtrent structurele kenmerken, attitudes en gedrag zijn alle afkomstig uit de twee huisartsenquêtes. De voor dit project gemeten structurele kenmerken, professionele opvattingen en attitudes zijn geselecteerd op grond van het feit dat ze in eerder onderzoek van belang zijn gebleken bij het verklaren van verschillen in productiecijfers van huisartsen. De totale lijst van gemeten onderwerpen wordt hier niet weergegeven, maar spreekt voor zichzelf en is te vinden in paragraaf 3.2.1.. Achter de onderwerpen, die zijn gemeten door middel van reeds bestaande schalen is aangegeven door wie deze in eerste instantie is ontwikkeld en in welk jaar.

## **3.4. Rapportage schema**

Op deze plaats gaan we kort in op de rapportage zoals we die in de hoofdstukken 4 tot en met 7 zullen doen. Daarbij worden de gebruikte analyse technieken genoemd, maar niet verder beschreven. Terwille van de inzichtelijkheid voor de lezer is er voor gekozen om deze technieken in de volgende hoofdstukken direct voorafgaand aan de resultaten te bespreken.

#### Hoofdstuk 4:

Allereerst moet de vergelijkbaarheid van de gemeten groepen Emmen en Assen nader worden gezien. Eventueel daarbij vastgestelde significante verschillen kunnen dan worden verdisconteerd in latere analyses. Daarom wordt om te beginnen de huisartsenquête uit de voormeting geanalyseerd om deze verschillen aan het licht te brengen: eerst worden structurele kenmerken van huisarts(praktijk)en met behulp van T-testen (T-test voor het verschil tussen de experimentele- en de controlegroep en T-test voor gepaarde waarnemingen voor verschil tussen voor- en nameting) getoetst. Vervolgens worden na datareductie, dezelfde T-testen gedaan voor de gemeten opvattingen en attitudes van huisartsen, zodat een uitspraak kan worden gedaan omtrent de wijzigingen in opvattingen en attitudes in de experimentele groep t.o.v. de gemeten controlegroep.

#### Hoofdstuk 5 en 6:

Voor de productievariabelen beschikken we over meerdere meetpunten in de tijd. Deze productievariabelen worden in eerste instantie voor elke variabele in een éénvormige grafische afbeelding weergegeven, waarin zowel de cross-sectionele als de longitudinale ontwikkelingen zichtbaar worden gemaakt. Vervolgens wordt gebruik gemaakt van regressie analyses. Met deze methode wordt voor trend-effecten gecorrigeerd, zodat de regio gebonden verschillen tussen Emmen en Assen nauwkeuriger zijn aan de geven. De resultaten van deze regressie analyses worden vervolgens in tabellen gepresenteerd.

#### Hoofdstuk 7:

In dit hoofdstuk/gevonden resultaten wordt een nadere nuancering van de in de hoofdstukken 4 tot en met 6 gegeven. Opvattingen en attitudes worden in verband gebracht met productievariabelen. Bovendien worden de onderlinge relaties tussen verwijzen en voorschrijven verkend. Hierbij wordt gebruik gemaakt van discriminant-analyses en regressie-analyses.



## **4. KENMERKEN, OPVATTINGEN EN ATTITUDES VAN DE HUISARTSEN IN EMMEN EN ASSEN**

### **4.1. Inleiding**

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de in de regio's Emmen en Assen gehouden huisartsenquêtes gepresenteerd. Uit deze enquêtes zijn globaal twee soorten gegevens verkregen.

Ten eerste structurele kenmerken, die plausibel maken in welke mate de groepen huisartsen in beide regio's vergelijkbaar zijn bij de aanvang van het experiment en in hoeverre met eventuele gevonden verschillen in latere analyses rekening gehouden dient te worden (paragraaf 4.2.).

De tweede soort gegevens, die voortkomt uit de beide enquêtes heeft betrekking op de opvattingen en attitudes, die huisartsen hebben ten aanzien van hun beroep en de eventuele veranderingen die daarin tussen aanvang en eind van de interventie zijn opgetreden\*.

In paragraaf 4.3. wordt een beschrijving gegeven van de schaalconstructie, zoals die heeft plaatsgevonden voor de in de enquêtes opgenomen vragenlijsten. Paragraaf 4.4. beschrijft de scores van de verschillende verschillen in opvatting en attitude tussen voor- en nameting en de experimentele en de controlegroep.

De conclusies van dit hoofdstuk zijn te vinden in paragraaf 4.5.

### **4.2. Structurele kenmerken van huisartsen en hun praktijk**

In tabel 4.1. zijn een aantal belangrijke structurele kenmerken voor de beide regio's vergeleken.

In beide regio's werken erg weinig vrouwelijke huisartsen: Was het percentage vrouwelijke huisartsen landelijk per 1 januari 1989 zo'n 11%, in onze beide regio's was dit slechts respectievelijk 4 en 5%.

---

\* Natuurlijk is het zo dat elk gevonden verschil bij met name de structurele kenmerken een werkelijk bestaand verschil representeert, omdat in dit project populaties (dus geen steekproeven) worden vergeleken. Om echter de stabiliteit van de gevonden verschillen tussen de regio's te vergelijken zijn deze statistisch getoetst. Hierdoor krijgen we zicht op de meest relevante verschillen.

Tabel 4.1.: Arts en praktijkenmerken van de huisartsen in de regio Emmen en Assen (voormeting)

	Emmen (N=54)	Assen (N=49)	signif.
<b>% vrouwel. huisartsen</b>	5	4	--
<b>soort praktijk</b>			*
% in solopraktijk	63	45	
% in deelpraktijk	20	41	
% in groepspraktijk	17	14	
<b>gemiddelde praktijkgrootte</b>	2450	2345	--
<b>jaar van vestiging</b>	mrt '76	aug '74	--
<b>% part. patiënten (gem.)</b>	29	46	**
<b>gehanteerd kaartsysteem <sup>1)</sup></b>			
% NHG-kaart	91	71	*
% probleem-georient. kaart	6	10	--
% gezinskaart	4	10	--
% ander kaartsysteem	9	14	--
% geautom. systeem	22	18	--
<b>afstand tot het ziekenhuis</b>			
in kilometers	7.7	10.1	*
in autominuten	9.2	10.9	--

<sup>1)</sup> meerdere kaartsystemen kunnen tegelijkertijd gehanteerd worden: daarom overschrijden de categorieën opgeteld 100%

significantie \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .005$

De verdeling over de verschillende praktijksoorten is in beide regio's significant verschillend; in de regio Emmen werken meer huisartsen in een solopraktijk en in Assen in een duopraktijk.

Het grootste verschil tussen beide regio's is gelegen in het percentage particuliere patiënten op de lijst van de huisartsen (of de praktijk). In Assen is gemiddeld 46% van de patiënten volgens opgave particulier verzekerd, in de regio Emmen daarentegen slechts 29%.

Voor de verslaglegging in de huisartspraktijk wordt door de Emmen huisartsen significant vaker gebruik gemaakt van de NHG-kaart dan door hun collega's uit Assen.



De afstand van de huisartspraktijk tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis is weliswaar voor huisartsen in de regio Assen gemiddeld 2.4. kilometer groter dan voor de huisartsen in Emmen, maar blijkbaar zijn de ziekenhuizen in de regio Assen sneller bereikbaar, daar het verschil in autominuten gemeten slechts zo'n anderhalve minuut bedraagt.

In tabel 4.2. twee zijn een aantal indicatoren opgenomen omtrent de werkbelasting van de huisartsen in de beide regio's en de verschuiving, die voor deze indicatoren is opgetreden tussen voor- en nameting.

Tabel 4.2.: Werkbelasting van huisartsen in de regio's Emmen en Assen in voor- en nameting

	Emmen (N=54)			Assen (N=49)			Verschil Emmen/Assen	
	voor	na	sign.	voor	na	sign.	sign. voor	sign. na
<i>gem. aantal dagelijkse contacten</i>								
spreekuur	26.8	27.0	--	23.9	22.3	**	*	**
visite	6.2	7.0	**	6.6	6.8	--	--	--
totaal	33.0	34.0	--	30.5	29.1	*	--	**
<i>gem. aantal minuten per patiënt op het spreekuur</i>								
	8.5	8.6	--	9.1	9.1	--	*	--
<i>aantal dagen dat het spreekuur uitloopt/per week</i>								
	1.96	2.11	--	1.86	1.94	--	--	--

verschillen getoetst met t-test  
 significantie \*  $p \leq .05$ , \*\*  $p \leq .005$

Wat opvalt is dat voorafgaand aan het experiment gemiddeld reeds significant meer spreekuurcontacten per huisarts per dag plaatsvonden in Emmen dan in Assen. In de nameting is dit verschil verder toegenomen en is ook het totaal aantal dagelijkse arts-patiënt contacten duidelijk hoger in Emmen dan in Assen.

Was het aantal minuten beschikbaar per patiënt op het spreekuur in de voormeting significant verschillend, een zeer kleine stijging van de gemiddelde spreekuurcontacttijd in de regio Emmen heeft dit verschil van zijn significantie beroofd.

In tabel 4.3. is te zien dat de mate van aanwezigheid van een aantal specifieke instrumenten aanvankelijk gelijk is in beide regio's.

Tabel 4.3.: Aanwezigheid van instrumenten in de huisartspraktijk in de regio Emmen en Assen in voor- en nameting

	Emmen (N=54)			Assen (N=49)			Verschil Emmen/Assen	
	voor	na	sign	voor	na	sign	sign voor	sign na
% van de benoemde instrumenten aanwezig in de praktijk	64	75	**	61	63	--	--	**

verschillen getoetst met t-test  
 significantie \*  $p \leq .05$ , \*\*  $p \leq .005$

Na de interventie scoort Emmen hoger dan Assen. Dit wordt voornamelijk veroorzaakt doordat aan de huisartsen in Emmen in het kader van het DBP kosteloos een pakket bestaande uit oogheelkundige diagnostische hulpmiddelen (zoals een schema van Amsler) en een peakflow-meter voor het onderwerp CARA zijn uitgereikt.

Wat betreft deskundigheidsbevorderingsactiviteiten zijn er in de voormeting alleen significante verschillen voor wat betreft het percentage huisartsen dat lid is van een groep waarin aan deskundigheidsbevordering wordt gewerkt; 40% in de regio Emmen tegen 60% in de regio Assen. Door de interventie is dit percentage in de regio Emmen tot 100 opgelopen.

Tabel 4.4: Deskundigheidsbevorderingsactiviteiten van de huisartsen in de regio Emmen en Assen (verschillen getoetst met T-test en chi-kwadraat toets)

Na- en bijscholing	X Emmen (N=54)	X Assen (N=49)	sign
aantal vaktijdschriften die men leest	4.24	4.68	--
uren besteed aan het lezen van vakliteratuur	2.55	2.82	--
mate waarin de huisarts het repertorium farmaceutische specialité's raadpleegt	3.43	3.27	--
mate waarin de huisarts het farmacothera- peutisch kompas raadpleegt <sup>2</sup>	3.60	3.84	--
aantal het laatste jaar gevolgde na- en bijscholingscursussen	1.86	2.10	--
aantal dagen per jaar besteed aan bij- en nascholing	6.3	5.8	--
% huisartsen die lid zijn van een groep waarin aan deskundigheidsbevordering wordt gedaan	40	60	*

<sup>2</sup> 1 = vrijwel dagelijks (minimum score)  
5 = nooit (maximum score)

\* significant  $p < .05$

\*\* significant  $p < .005$

### 4.3. Datareductie door schaalconstructie

Voor de in de huisartsenquêtes door middel van vragenbatterijen afgenomen opvattingen en attitudes zijn somscores berekend. Daarbij is gebruik gemaakt van dezelfde schaalconstructie methodiek als in de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk.

Voor verdere methodologische informatie wordt verwezen naar het NIVEL rapport Datareductie door schaalconstructie.

Uiteindelijk zijn van de in de beide enquêtes opgenomen schalen, alleen diegenen in de resultatensectie en nadere analyses opgenomen, die een Cronbach's  $\alpha$  van ten minste 0.65 hebben bereikt.

#### 4.4. Opvattingen en attitudes

Tabel 4.5: In de verdere analyses opgenomen attitudes en opvattingen van huisartsen in Emmen en Assen

omschrijving	vraagnummer in de enquête	(aantal) in de somscore opgenomen items	afkorting
algemene taakopvatting	II 1A A t/m O	(6) d,g,i,j,k,l	tkopvalg
diagnostiek van aandoeningen op het grensvlak van 1e-2e lijn	II 2A A t/m Y	(25) alle items	taakdia
behandeling van aandoeningen op het grensvlak van 1e-2e lijn	II 2B A t/m Y	(25) alle items	tkbeh
taakopvatting op somatisch gebied	II 4A A t/m V	(14)c,e,f,g,h,i,j,l,m,n,p,r,s,v	taaksoma
taakopvatting op psychosociaal gebied	II 5A A t/m J	(10) alle items	taakpsy
algemene taakuitoefening	II 1B A t/m O	(8) c,d,e,i,l,m,n,o	tkuitoef
taakuitoefening op het terrein van toegepaste medische technieken	II 3A A t/m R	(6) d, e, t, g, i, p	medtech
de rol die de huisarts toekent aan psychosociale factoren	II 9 A t/m L	(9) a,c,d,e,f,h,i,j,k	psyrol
angst om aandoeningen te missen	II 7 A t/m N	(10) e,f,g,h,i,j,k,l,m,n	kwaliijk
voorschrijfgeneigdheid	II 10 A t/m Q	(17) alle items	recept
locus of control	III 5 A t/m S	(10) d,e,g,j,k,m,n,p,q,r	locus
positieve gevoelens t.a.v. het huisartsenberoep	III 2 b,c,e,g III 3 b,c,e,g III 4 b,c,e,g	(12) alle items	posvoel
negatieve gevoelens t.a.v. het huisartsenberoep	III 2 a,d,f,h III 3 a,d,f,h III 4 a,d,f,h	(12) alle items	negvoel
tevredenheid t.a.v. de eigen tijdsbesteding	III 6 A t/m P	(13) alle items minus b,o en p	tevreden

De in verdere analyses opgenomen schalen, de in de somscore opgenomen vraagitems en de afkortingen zoals deze in verdere analyses in dit rapport zijn gebruikt, staan vermeld in tabel 4.6.

Tabel 4.6: Betrouwbaarheid van de in verdere analyses opgenomen attitudes en opvattingen van huisartsen in Emmen en Assen tezamen (kolom 2 en 3) - vergelijking met betrouwbaarheid in de Nationale Studie (kolom 4)

Omschrijving items	Voormeting huisarts-enquête (N=103)	Nameting huisarts-enquête (N=103)	Nationale Studie (N=161)
	$\alpha$	$\alpha$	$\alpha$
TKOPVALG	.65	.63	.70
TAAKDIA	.86	.86	.86
TAAKBEH	.68	.69	.67
TAAKSOMA	.74	.63	.67
TAAKPSY	.79	.77	.77
TKUITOEF	.67	.69	.74
MEDTECH	.75	.76	.82
PSYROL	.75	.77	.72
KWALIIJK	.88	.88	--
RECEPT	.59	.66	--
LOCUS	.73	.74	.71
POSVOEL	.79	.77	.82
NEGVOEL	.83	.79	.76
TEVREDEN	.72	.73	.76

In tabel 4.6. is de betrouwbaarheid van de gebruikte schalen voor zowel de voormeting als de nameting aangegeven en ter vergelijking afgezet tegen de Cronbach's  $\alpha$  van dezelfde schalen in de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk.

In het algemeen ligt de betrouwbaarheid in de drie verschillende datasets voor de verschillende schalen in de zelfde orde van grootte.

Tabel 4.7.: Gemiddelde scores voor attitudes en opvattingen in de regio's Emmen en Assen in voor- en nameting

	Emmen (N=54)			Assen (N=49)			verschil Emmen/Assen		Nat. Studie (N=161)
	voor	na	sign	voor	na	sign	voor	na	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
TKOPVALG	3.26	3.16	--	3.26	3.16	--	--	--	3.32
TAAKDIA	2.81	2.73	--	2.80	2.80	--	--	--	2.84
TAAKBEH	1.92	1.84	--	1.97	1.91	--	--	--	2.03
TAAKSOMA	3.95	3.81	**	3.80	3.86	--	*	--	3.95
TAAKPSY	3.39	3.24	*	3.37	3.23	*	--	--	3.34
TKUITOEF	3.03	3.07	--	3.11	3.10	--	--	--	3.10
MEDTECH	2.95	3.00	--	3.00	2.99	--	--	--	2.91
PSYROL	3.31	3.28	--	3.40	3.36	--	--	--	2.91
KWALIJK	2.98	2.94	--	2.90	2.89	--	--	--	--
RECEPT	2.78	2.77	--	2.79	2.85	--	--	--	--
LOCUS	3.13	3.08	--	3.10	3.06	--	--	--	3.09
POSVOEL	3.33	3.35	--	3.34	3.27	--	--	--	3.28
NEGVOEL	2.98	2.98	--	3.02	3.09	--	--	--	3.05
TEVREDEN	3.13	3.23	--	3.14	3.10	--	--	--	3.30

verschillen getoetst met t-toets  
 significantie \*  $p \leq .05$ , \*\*  $p \leq .005$

Tabel 4.7. is op het eerste gezicht misschien wat moeilijk te lezen, maar bevat dan ook een volledige samenvatting van de scores op de in de

twee eerdere tabellen genoemde attitudes en opvattingen van de huisartsen in Emmen en Assen in voor en nameting, gecompleteerd door de berekende intra- en interregio verschillen.

Leeswijzer:

kolom 1: afkorting van de opvatting/attitude

kolom 2: gemiddelde score voor de regio **Assen** in de **voormeting**

kolom 3: gemiddelde score voor de regio **Assen** in de **nameting**

kolom 4: significantie van de verschillen tussen voor en nameting in **Assen**

kolom 5: gemiddelde score voor de regio **Emmen** in de **voormeting**

kolom 6: gemiddelde score voor de regio **Emmen** in de **nameting**

kolom 7: significantie van de verschillen tussen voor en nameting in **Emmen**

kolom 8: significantie van de verschillen tussen Emmen en Assen in de **voormeting**

kolom 9: significantie van de verschillen tussen Emmen en Assen in de **nameting**

kolom 10: gemiddelde score van de deelnemende huisartsen in de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen

We bespreken de significante verschillen: De enige verschillen, die zijn te vinden zijn voor de taakopvatting op somatisch gebied en de taakopvatting op psychosociaal gebied. De taakopvatting op psychosociaal gebied daalt in de nameting significant in zowel Emmen als Assen ten opzichte van de eigen scores in de voormeting. Door deze gelijktijdige daling ontstaat geen verschil tussen de beide regio's.

De taakopvatting op somatisch gebied is bij de voormeting aanzienlijk hoger in Emmen dan in Assen. In de nameting zien we geen verschillen meer doordat in Assen de taakopvatting op somatisch gebied licht stijgt en dezelfde in Emmen significant daalt.

Geen van de standaard deviaties (niet opgenomen in de tabel) van de verschillende scores is significant veranderd.

Alleen in de regio Emmen is gevraagd naar de verwachtingen die de huisartsen aldaar op voorhand hadden omtrent het project en, met

behulp van dezelfde items, hoe achteraf hun oordeel over het project luidde.

Daarnaast is ook gevraagd naar de mening omtrent ziekenfonds het Groene Land. Daarbij past de aantekening, dat bij de voormeting nog gevraagd is naar de mening omtrent ziekenfonds Drenthe Noord Overijssel.

De scores voor beide zaken en de toetsing van verschillen zijn zichtbaar gemaakt in tabel 4.8.

Tabel 4.8: Attitude van de Emmen huisartsen omtrent het project en ten aanzien van ziekenfonds Het Groene Land

	Emmen (N=54)		
	voor	na	sign
verwachting/oordeel t.a.v. project	3.81	3.67	--
mening t.a.v. HGL	3.18	3.40	**

verschillen getoetst met t-test

significantie \*  $p \leq .05$ , \*\*  $p \leq .005$

Tussen de verwachting ten aanzien van het project en het uiteindelijke oordeel omtrent het project is geen significant verschil gevonden.

De mening omtrent ziekenfonds het Groene Land daarentegen is positiever in de nameting dan in de voormeting.

Voor beide zaken geldt dat ongeveer 25% van de huisartsen in Emmen vooraf hun mening hieromtrent niet kenbaar wensten te maken. Na afloop kwamen deze wegeringen zo goed als niet voor.

## 4.5. Conclusies

*Structurele kenmerken :*

De belangrijkste significante verschillen voor wat betreft structurele kenmerken van huisartsen tussen de beide regio's zijn gevonden voor de soort praktijk waar huisartsen werkzaam zijn en voor het percentage particuliere patiënten op de lijst van de huisarts. Het belang van het verschil voor deze twee kenmerken voor de effect evaluatie zal in latere analyses nader worden vastgesteld.



### *Opvattingen en attitudes :*

De theoretische verwachting dat opvattingen en attitudes mogelijk zouden wijzigen in de experimentele groep, de regio Emmen, ten opzichte van de regio Assen, zijn niet bewaarheid. Dit kan twee oorzaken hebben. Ten eerste dat opvattingen en attitudes feitelijk geen enkele wijziging hebben ondergaan. Daaruit volgt niet zonder meer de verwachting, dat ook de productiecijfers dan wel niet veranderd zullen zijn omdat deze misschien wel wijzigen via het mechanisme van de veranderde routine zonder dat er iets gebeurt met de opvattingen en attitudes van huisartsen. Ten tweede dat de gebruikte meetinstrumenten weliswaar opvattingen en attitudes op een redelijk adequate manier meten, maar niet nauwkeurig genoeg de verschillen, die in nauwelijks twee jaar optreden bij huisartsen, kunnen meten. Omdat niet eerder met deze instrumenten in een design met voor- en nameting is gewerkt, kunnen we op deze plaats moeilijk kiezen voor één van deze mogelijkheden. Een nader antwoord is eventueel mogelijk wanneer in hoofdstuk 7 opvattingen en attitudes gekoppeld worden aan zorgproductiecijfers.

Opvallend significant resultaat is de toegenomen waardering van de Emmen huisartsen voor ziekenfonds Het Groene Land.



## **5. VERWIJZINGEN NAAR MEDISCH SPECIALISTEN**

### **5.1. Inleiding**

Tijdens het programma van deskundigheidsbevordering heeft men zich niet alleen in algemene zin met verwijzen bezig gehouden (inhoud van de verwijfsbrief, mogelijkheid om patiënt samen te behandelen etc.), maar ook specifieke thema's behandeld: met name verwijzingen en behandeling van patiënten met refractie-afwijkingen en CARA. Eerst worden de cijfers over alle verwijzingen (verwijscijfers totaal) gepresenteerd (paragraaf 5.3.) en vervolgens de specifieke thema's (paragraaf 5.4. en 5.5).

In paragraaf 5.3. wordt ter bepaling van de gedachten eerst een historisch overzicht gegeven van de uitgangssituatie inzake het verwijzen naar medisch specialisten tot vijf jaar terug in de regio's Emmen, Assen en Meppel.

Een uitgebreidere beschrijving van de speciale verwijsregistratie bij het project en de in het verwijsbestand opgenomen variabelen is te vinden in hoofdstuk 3.2.2. De wijze waarop dit bestand is geanalyseerd wordt uiteengezet in paragraaf 5.2.

### **5.2. Methode van onderzoek**

De gegevens van het verwijsbestand zijn op de volgende wijze geanalyseerd.

De periode mei tot en met augustus 1989 is beschouwd als voormeting (periode 1), als uitgangspositie van de betreffende huisartsen. Gedurende die periode hebben géén bijeenkomsten van huisartsen in de regio Emmen in het kader van het DBP plaats gevonden. De overige maanden zijn samengevoegd tot zes perioden:

periode 2: sep-okt-nov 1989

periode 3: dec 1989-jan-feb 1990

periode 4: mrt-apr-mei 1990

periode 5: juni-juli-aug 1990

periode 6: sept-okt-nov 1990

periode 7: dec 1990-jan 1991

Een belangrijke reden om afzonderlijke maanden samen te voegen tot grotere perioden is het feit, dat op deze wijze wordt gecorrigeerd voor meetfouten, die ontstaan door de afwezigheid gedurende kortere of langere tijd van de huisarts. Weliswaar is het denkbaar, dat het aantal verwijzingen in perioden van afwezigheid geschat worden, het is evenwel niet mogelijk dit betrouwbaar te doen. Door gegevens te aggregeren naar kwartaal niveau worden perioden van afwezigheid afgewisseld met perioden van waarneming en geven kwartaalcijfers toch een voldoende betrouwbaar beeld.

Om de vergelijkbaarheid te behouden is de voorperiode (bestaande uit vier maanden) genormeerd op drie maanden. Hetzelfde geldt voor periode zeven, die uit slechts twee maanden bestaat (in het eerste geval is een vermenigvuldigingsfactor van 0.75, in het laatste geval een factor van 1.5 gebruikt).

Voor de vergelijking van de regio's Assen en Emmen zijn steeds veranderingen ten opzichte van de uitgangspositie in beschouwing genomen. Voor elke vergelijking staat dus een reeks van zes metingen ter beschikking: periode twee minus de uitgangspositie, periode drie minus de uitgangspositie enzovoort tot en met periode zeven.

Regressieanalyses hebben steeds plaats gevonden op het eerste jaar van de metingen (de eerste vier perioden), op het laatste jaar van de metingen (de laatste vier perioden) en vervolgens op het totaal. Op deze wijze is het mogelijk eventuele trendbreuken op het spoor te komen. Het is immers denkbaar, dat veranderingen alléén in het eerste jaar voorkomen, of pas in de laatste twaalf maanden plaats vinden. De situatie in Assen is steeds impliciet als de 'normale' gang van zaken beschouwd: wat daar gebeurt, zou zonder DBP mutata mutandis ook plaats hebben gevonden in Emmen. De verschillen zijn in een regressie-analyse met correctie voor trend getoetst.

In dit hoofdstuk wordt nagegaan of huisartsen in de regio Emmen onder invloed van de bijscholingsbijeenkomsten op een andere wijze gaan verwijzen dan hun collegae in Assen. Zowel voor het totaal aantal verwijzingen als voor refractieproblematiek en CARA, worden alle onderscheiden verwijstdeterminanten (ingedeeld naar initiatief, doel en bedoelde samenwerking etc.) bij de analyses betrokken. Per categorie wordt het verloop van de verwijzingen per ziekenfondsverzekerde grafisch weergegeven in een aantal figuren, die behoudens enkele kernfiguren als bijlage bij dit hoofdstuk zijn toegevoegd.

Om een snel en volledig inzicht te krijgen omtrent de resultaten zijn de  $\beta$ -coëfficiënten van de diverse regressie analyses in tabellen aangegeven. Deze geven aan of en in welke richting een verandering in Emmen heeft plaats gevonden ten opzichte Assen. Is het teken negatief, dan is sprake van een dalend aantal verwijzingen in Emmen ten opzichte van Assen. Een positief teken van de  $\beta$ -coëfficiënt betekent dat in Emmen een stijgend aantal verwijzingen plaats vindt ten opzichte van Assen. Of het significante ontwikkelingen betreft wordt bepaald door de volgende criteria: Een T-waarde  $\geq 1.96$  geeft een significantie niveau van  $p < 0.05$ , een T-waarde  $\geq 2.58$  een significantie niveau van  $p < 0.01^*$ .

### 5.3. Resultaten verwijscijfers totaal

#### 5.3.1. Historisch bestand\*\*

In figuur 5.1 wordt een historisch overzicht gegeven van de verwijscijfers over de periode 1985 tot en met 1991 voor de regio's Emmen, Assen en Meppel. In de regio Emmen van 1985 tot 1988, jaren zonder enige interventie, ligt het verwijscijfer in de regio Emmen steeds zo'n 5 tot 10% hoger dan in de beide andere regio's. In 1989, waarin de eerste vier maanden van het DBP hebben plaatsgevonden (september-december) is een daling in Emmen in de richting van de beide andere regio's te zien. In 1990 is het verwijsniveau in Emmen gelijk aan dat in de regio Meppel, maar nog altijd hoger dan in de regio Assen.

Voor 1991 (na het DBP) is in alle drie regio's een ruime stijging te zien van het verwijscijfer. Het vermoeden bestaat dat deze stijging het gevolg is van de nieuwe verwijskaartsystematiek, waarin de korte verwijskaart een plaats heeft gekregen in het laatste half jaar van 1991. Omdat de historische ziekenfondsbestanden hierover geen analyses toelaten, kan dit vermoeden hier niet verder worden bevestigd.

---

\* Het gehanteerde regressie-model is als volgt formeel weer te geven:

$$Y' = A + B_1 X_1 + B_2 X_2$$

waarbij

$Y'$  = geschatte criteriumvariabele

$A$  = intercept

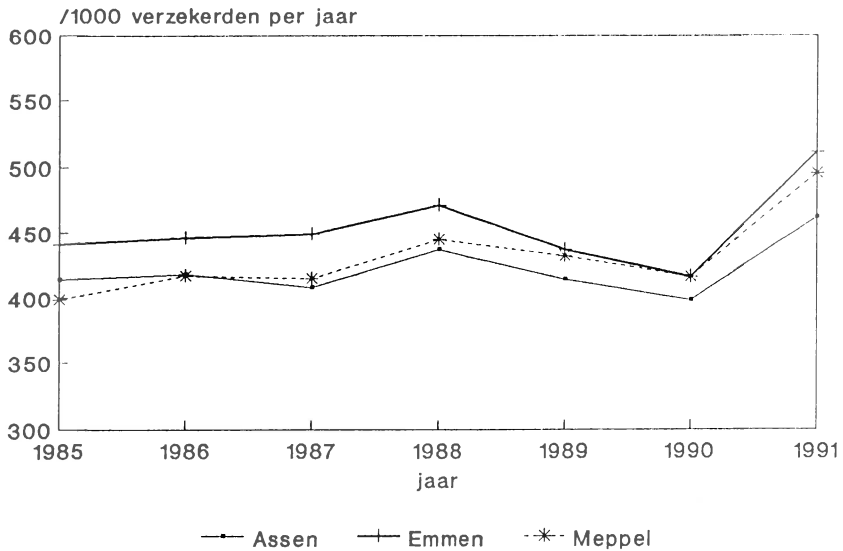
$B_i$  = regressiecoëfficiënt

$X_1$  = periode

$X_2$  = regio (dummy variabele)

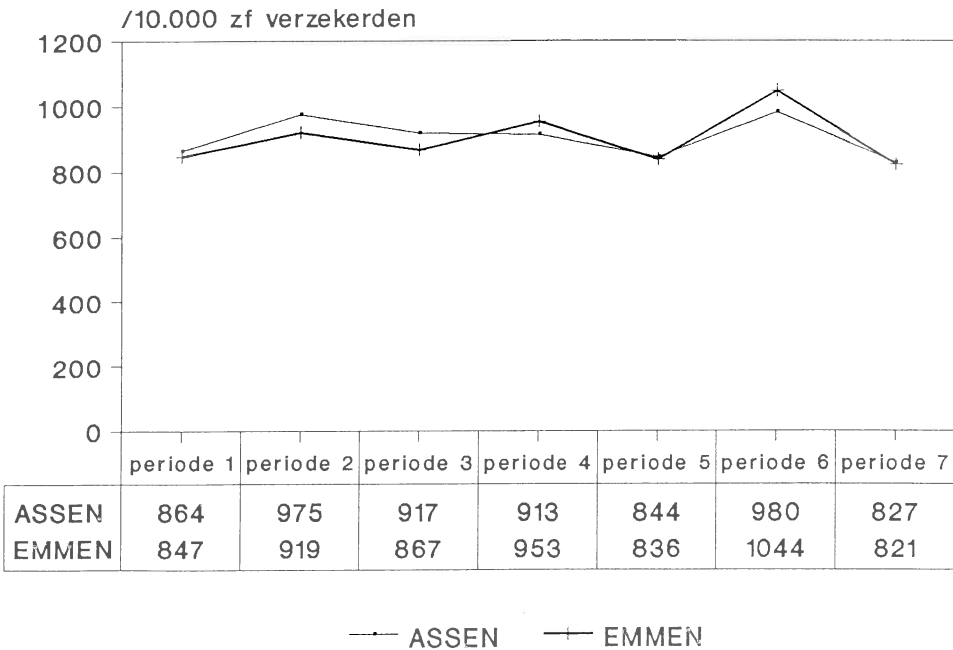
\*\* Deze gegevens zijn afkomstig uit het declaratiebestand van ziekenfonds Het Groene Land en kunnen als zodanig iets afwijken van de gegevens uit de speciale verwijsregistratie huisartsen bij het project.

Figuur 5.1.: Historisch overzicht van verwijscijfers voor de regio's Emmen, Assen en Meppel 1985-1991



5.3.2. Verwijscijfers totaal interventieperiode (figuur T1 - T16)

Figuur 5.2.: Verwijscijfer totaal



In figuur 5.2. is het verloop van het totaal aantal verwijzingen per 10.000 ziekenfondsverzekerden weergegeven. Over de gehele observatieperiode beschouwd is er een trend tot minder verwijzen en bestaat er géén verschil tussen Emmen en Assen, ook al blijkt in de laatste 12 maanden sprake van een lichte stijging van het aantal verwijzingen in Emmen ten opzichte van Assen.

In tabel 5.1. is voor de verschillende deelratio's te zien dat daar wel enige verschuivingen zijn opgetreden.

Tabel 5.1.:  $\beta$ -waarden van de regressie-analyse voor de totale verwijscijfers

Ratio	eerste jaar experiment		laatste jaar experiment		totale observatieperiode	
	trend	Emmen t.o.v. Assen	trend	Emmen t.o.v. Assen	trend	Emmen t.o.v. Assen
<b>totaal aantal verwijzingen</b>	-.21**	-.01	-.10	.11*	-.10*	.04
actieve verwijzingen	-.14**	-.03	.06	.01	.04	-.02
passieve verwijzingen	-.16**	.02	-.24**	.18**	-.21**	.09*
<b>initiatief tot verwijzing</b>						
huisarts	-.13*	.15**	.02	.24**	-.03	.18**
specialist	-.05	.17**	-.20	.23**	-.05	.20**
patiënt	-.07	-.15**	-.11*	-.07	-.09*	-.11*
huisarts + patiënt	-.03	-.25**	.00	-.25**	.02	-.24**
<b>soort verwijzing</b>						
eerste verwijzing	-.17**	-.08	.02	-.01	-.01	-.05
verlenging	-.10	-.03	-.19**	-.08	-.14**	.02
achteraf	-.04	.23**	-.04	.25**	-.04	.24**
<b>bedoelde samenwerking met specialist</b>						
eenmalig	-.11*	-.02	-.05	-.02	-.07	-.03
ter overname	-.06	-.07	-.03	.03	-.01	-.02
gezamenlijke behandeling	-.07	.13*	-.04	.15**	-.05	.14**
<b>motief verwijzing</b>						
ter diagnose	-.08	-.09	.00	-.03	-.04	-.06
ter behandeling	-.04	.05	-.05	.19**	.00	.12**
ter diagnose en behandeling	-.13*	.01	-.04	.00	-.06	-.01
ter geruststelling	-.05	-.02	-.09	-.03	-.07	-.03

\*  $p \leq .05$  ( $T \geq 1.96$ )

\*\*  $p \leq .01$  ( $T \geq 2.58$ )

### **5.3.3. Actieve en passieve verwijzingen**

Onder passieve verwijzingen wordt hier verstaan die verwijzingen, die niet op initiatief van de huisarts hebben plaats gevonden, maar eerder op initiatief van de specialist, zoals gewoonlijk het geval is bij verlengingsverwijzingen en achterafverwijzingen. Bovendien vallen hier onder alle refractieverwijzingen.

Actieve verwijzingen zijn hier negatief gedefinieerd: de niet passieve verwijzingen.

In de loop van de observatieperiode is er geen verschil tussen de regio's met betrekking tot het aantal actieve verwijzingen per ziekenfonds verzekerde.

Het aantal passieve verwijzingen per ziekenfonds verzekerde neemt over de totale observatieperiode in Emmen toe ten opzichte van Assen, met name in het laatste jaar van de observatieperiode. Dit is congruent met de ontwikkeling van het totale verwijscijfer. Het lijkt er dus op dat de lichte stijging in het laatste jaar in Emmen vooral wordt gevormd door toename van het aantal *passieve* verwijzingen.

### **5.3.4. Initiatief**

Zowel in de eerste als in het laatste jaar van de metingen blijkt, dat huisartsen in Emmen vaker dan hun collegae in Assen zelf het initiatief nemen tot de verwijzing. Dit effect is in het laatste jaar het sterkst.

In de loop van de observatieperiode, in meerdere mate nog in het laatste jaar, blijken in Emmen meer verwijzingen op initiatief van de specialist plaats te vinden. Opmerkelijk is hier ook het grote verschil in uitgangspositie tussen de regio's (figuur T4). In Emmen vinden vooraf al veel meer verwijzingen op initiatief van de specialist plaats (In Emmen 242 en in Assen 188 verwijzingen per 10.000 ziekenfondsverzekerden per drie maanden). Desondanks vinden in Emmen is de loop der tijd toenemend meer verwijzingen plaats op initiatief van de specialist.

Over de gehele observatieperiode bezien vinden in Emmen minder verwijzingen op initiatief van de patiënt plaats. In het eerste jaar van het DBP vindt in Assen een stijging plaats van het aantal verwijzingen op initiatief van de patiënt, terwijl dat in Emmen in mindere mate het geval is. Opvallend is ook hier weer het verschil in uitgangspositie (figuur T5): In Emmen wordt in dit geval veel minder op initiatief van de patiënt verwezen (162 per 10.000 ziekenfondsverzekerden in Assen, 126 per 10.000 in Emmen). Desalniettemin daalt Emmen nog verder ten opzichte van Assen.



Ook bij de categorie verwijzingen op gezamenlijk initiatief van huisarts en patiënt vindt in Emmen een aanzienlijke (relatieve) daling plaats ten opzichte van Assen, vooral te wijten aan een stijging in Assen (figuur T6).

#### **5.3.5. Soort verwijzing**

Het aantal eerste verwijzingen en het aantal verlengingsverwijzingen in Emmen laten ten opzichte van Assen geen verschil zien over de gehele observatieperiode beschouwd.

Achteraf verwijzingen vormen qua volume de kleinste groep: maximaal 7%. In Emmen blijkt, vergeleken met Assen, een significant toenemend aantal achterafverwijzingen plaats te vinden over de gehele observatieperiode.

#### **5.3.6. Bedoelde samenwerking**

Er bestaan geen verschillen tussen Emmen en Assen met betrekking tot het verloop van de eenmalig bedoelde verwijzingen.

Ook met betrekking tot de categorie verwijzingen ter overname bestaan geen verschillen.

In beide regio's is sprake van een daling van het aantal verwijzingen ter gezamenlijke behandeling. In Emmen echter is die daling minder sterk. Mogelijk is hier sprake van een artefact. De uitgangswaarden in de eerste periode verschillen aanzienlijk (figuur T12). Emmen laat in de figuur een betrekkelijk stabiel verloop zien, terwijl in Assen, bij een hoge beginwaarde, vooral in het begin een daling van het aantal verwijzingen ter gezamenlijke behandeling plaats vindt.

#### **5.3.7. Motief**

Er zijn over de gehele periode gezien geen significante verschillen geconstateerd tussen Assen en Emmen met betrekking tot verwijzingen ter diagnose. De uitgangspositie was voor beide groepen huisartsen overigens ook gelijk (figuur T13).

In Emmen wordt over de gehele observatieperiode, maar met name in de laatste twaalf maanden vaker ter behandeling verwezen dan in Assen.

Opmerkelijk is voor het aantal verwijzingen ter diagnose en behandeling het absolute verschil tussen Emmen en Assen van ca. 60 per 10.000 verwijzingen (figuur T15). Met betrekking tot deze categorie van verwijzingen zijn geen veranderingen in de aanvankelijke aanwezige verschillen gevonden.

Verwijzingen ter geruststelling zijn qua volume de onbeduidendste catego-

rie (maximaal  $\pm 5\%$ ). Er bestaan geen differentiële verschillen in de loop der tijd. Wel blijkt in Emmen over de gehele linie ongeveer een factor twee vaker ter geruststelling te worden verwezen (figuur T16).

### **5.3.8. Conclusies verwijscijfers totaal**

Uit historische gegevens van het ziekenfonds blijkt dat de verwijscijfers in de regio Emmen vanaf in ieder geval 1985 steeds hoger zijn dan in de regio's Meppel en de gemeten controleregio Assen. De belangrijkste constatering uit het gepresenteerde materiaal moet zijn dat er gedurende de interventieperiode géén significant verschil (meer) bestaat tussen Emmen en Assen.

Weliswaar onderscheiden Emmen en Assen zich niet of nauwelijks wanneer het totale aantal verwijzingen over de interventieperiode in beschouwing worden genomen; voor een aantal deelratio's zijn evenwel enige verschuivingen gevonden.

Als onderscheid wordt gemaakt tussen die verwijzingen, waarbij huisartsen een actieve rol spelen, en die, waarin zij een passieve rol vervullen, blijkt wel degelijk sprake van een differentieel verloop. In Emmen komen steeds vaker passieve verwijzingen voor. Deze verschillen treden met name op vanaf ongeveer een half jaar na start van het DBP.

Ook blijken verschuivingen te hebben plaats gevonden tussen verschillende initiatiefcategorieën. Zo blijken de gerealiseerde verwijzingen in Emmen steeds vaker op initiatief van de huisarts en op initiatief van de specialist te gebeuren en is de rol van de patiënt in dit opzicht relatief teruggedrongen. Het lijkt alsof de medische realiteit een belangrijker rol is gaan spelen bij de beslissing om te verwijzen. Dit hoeft niet te betekenen, dat de wensen van de patiënt minder gerespecteerd worden, maar mogelijk eerder dat de huisarts door het DBP de verwijssituatie anders is gaan zien, bewuster beslissingen neemt en dientengevolge vaker van mening is dat hij zelf het initiatief heeft genomen. Opmerkelijk is voorts, dat in Emmen verwijzingen op initiatief van de specialist zijn toegenomen, met name in de laatste 12 maanden van de observatieperiode. Verwijzingen op initiatief van de specialist betreffen in principe alleen verlengings- of achterafverwijzingen. Mogelijk is hier sprake van marktwerking en wel in die zin dat de 'verwijsvraag' aanbod geïnduceerd is om mogelijk inkomstenverlies van specialisten te compenseren.

Er blijken inderdaad significant meer achterafverwijzingen plaats te vinden in Emmen. Het aantal verlengingsverwijzingen (die slechts een keer per jaar kunnen plaats vinden) stijgt niet significant. Er moet nogmaals op gewezen worden, dat achterafverwijzingen hier verreweg de kleinste

categorie vormen (maximaal 7%).

In Emmen wordt met motief 'ter behandeling' meer dan in Assen verwezen, met name in het laatste jaar van de interventie. Dit gaat ten koste van alle overige categorieën.

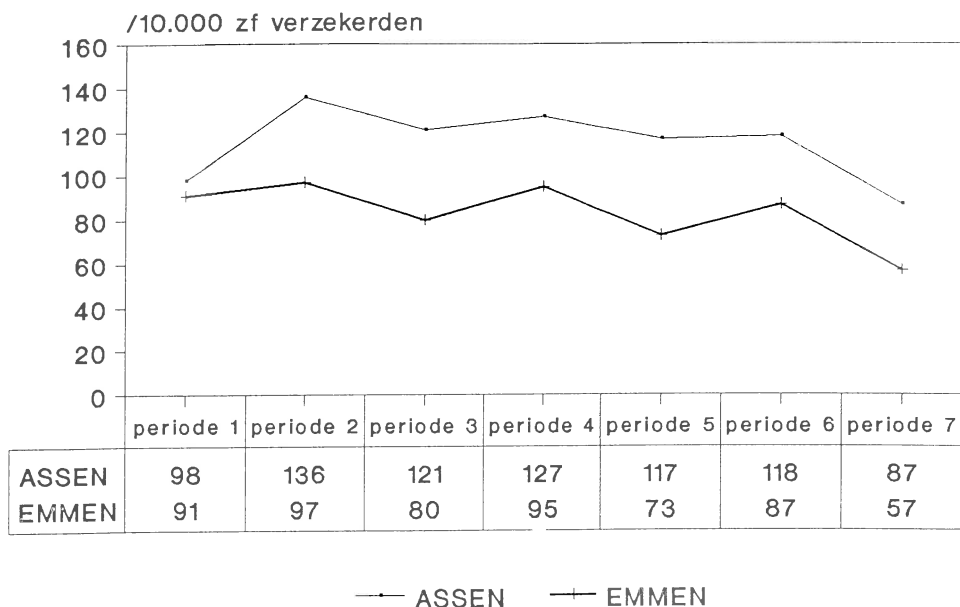
## 5.4. Resultaten verwijzen bij refractieproblematiek

(figuur R1 - R13)

Ten behoeve van analyses toegespitst op refractieproblematiek is uit het gehele verwijsbestand een selectie gemaakt van alle verwijzingen in verband met refractieproblematiek: de ICPC-codes F05 (problemen met zien), F31 (refractie onderzoek), en F91 (refractie-afwijking). Voor deze groep verwijzingen zijn dezelfde analyses uitgevoerd als voor de totale groep van verwijzingen. Per aspect worden wederom de resultaten besproken.

### 5.4.1. Refractieverwijzingen totaal

Figuur 5.3.: Refractieverwijzingen totaal



In Emmen wordt over de gehele interventie periode steeds minder naar de oogarts verwezen in geval van refractieproblematiek dan in Assen vanuit ongeveer gelijke uitgangspositie.

In tabel 5.2 is te vinden hoe deze daling over de verschillende deelratios is verdeeld.

Tabel 5.2.:  $\beta$ -waarden voor de regressie-analyse voor de verwijscijfers met betrekking tot refractieproblematiek

Ratio	eerste jaar experiment		laatste jaar experiment		totale observatieperiode	
	trend	Emmen t.o.v. Assen	trend	Emmen t.o.v. Assen	trend	Emmen t.o.v. Assen
<b>alle refractie-verwijzingen</b>	-.13**	-.34**	-.26**	-.28**	-.24**	-.30**
<b>initiatief tot verwijzing</b>						
huisarts	-.16**	.03	-.02	-.01	-.10*	.01
specialist	-.03	.03	-.09	-.04	-.07	-.01
patiënt	-.04	-.31**	-.18**	-.19**	-.14**	-.25**
huisarts + patiënt	-.05	-.26**	-.10	-.25**	-.09*	-.24**
<b>soort verwijzing</b>						
eerste verwijzing	-.15**	-.20**	-.15**	-.08	-.18**	-.14**
verlenging	-.03	-.25**	-.16**	-.28**	-.13**	-.26**
achteraf	-.01	.08	-.06	.09	-.03	.09*
<b>bedoelde samenwerking met specialist</b>						
eenmalig	-.08	-.14**	-.13*	-.10	-.13*	-.12**
ter overname	-.08	-.25**	-.18**	-.21**	-.17**	-.23**
gezamenlijke behandeling	.00	-.13*	-.02	-.13*	.01	-.12**
<b>motief verwijzing</b>						
ter diagnose	-.07	-.13*	-.04	-.06	-.08*	-.10*
ter behandeling	-.05	-.19**	-.14*	-.14**	-.12**	-.15**
ter diagnose en behandeling	-.09*	-.17**	-.19**	-.18**	-.17**	-.17**

\*  $p \leq .05$  ( $T \geq 1.96$ )

\*\*  $p \leq .01$  ( $T \geq 2.58$ )

#### **5.4.2. Initiatief**

Er bestaan geen significante verschillen tussen huisartsen in Emmen en Assen voor wat betreft refractieverwijzingen op initiatief van de huisarts.

Deze categorie refractieverwijzingen is en blijft relatief klein: de meeste verwijzingen vanwege refractieproblematiek vinden niet plaats op initiatief van de huisarts (figuur R1).

Opmerkelijk is dat oogartsen in de regio Emmen gedurende de gehele observatieperiode aanmerkelijk vaker het initiatief tot verwijzing nemen dan de oogartsen in Assen. Deze à priori verschillen tussen Emmen en Assen blijven gelijk gedurende de interventie periode (figuur R2).

In Emmen daalt het aantal verwijzingen op initiatief van de patiënt enigszins, in ieder geval sterker dan in Assen. Dit is des te opmerkelijker omdat de uitgangspositie gemiddeld in Emmen aanzienlijk lager is en derhalve de mogelijkheid tot verandering in de gewenste richting (minder verwijzingen bij refractieproblematiek op voorhand) kleiner.

Ook in het geval van een gezamenlijk initiatief van huisarts en patiënt is sprake van een significant verschil: In Emmen vinden toenemend minder verwijzingen op gezamenlijk initiatief plaats, vergeleken met de regio Assen, over de gehele interventie periode. Wederom is de mogelijkheid tot daling van het aantal refractieverwijzingen in Emmen kleiner vanwege de reeds lage uitgangspositie, maar vindt deze toch plaats.

#### **5.4.3. Soort verwijzing**

Over de gehele periode, maar in meerdere mate in de eerste twaalf maanden, is in Emmen sprake van minder eerste refractieverwijzingen dan in Assen. Ook in aanvang was daar in Emmen al sprake van (figuur R5).

Verlengingsverwijzingen komen in Emmen steeds minder vaak voor dan in Assen. De uitgangspositie in beide regio's is nagenoeg gelijk.

Achterafverwijzingen vormen ook hier een categorie van slechts kleine omvang. Niettemin is over de gehele periode gezien in Emmen sprake van een toenemend aantal achterafverwijzingen in vergelijking met Assen.

#### **5.4.4. Bedoelde samenwerking**

De daling van het aantal refractieverwijzingen is terug te vinden in alle categorieën van de bedoelde samenwerking met de specialist maar vooral bij de refractieverwijzingen bedoeld ter overname.

Opgemerkt dient te worden dat refractieverwijzingen ter gezamenlijke behandeling slechts zeer weinig voorkomen.

#### **5.4.5. Motief**

Qua volume is de categorie refractieverwijzingen ter diagnose van minder belang (circa 10-15% van het totaal). In Emmen wordt met dit motief relatief minder vaak verwezen gedurende de gehele interventieperiode.

Dit laatste geldt ook voor de andere motief-categorieën te weten ter behandeling en ter diagnose en behandeling: Bij een gelijke uitgangspositie verwijzen huisartsen in Emmen bij refractieproblematiek gedurende de observatieperiode relatief minder vaak ter behandeling dan huisartsen in Assen. Ook refractieverwijzingen ter diagnose en behandeling laten een relatieve daling zien in Emmen. De uitgangsposities hierbij verschillen: in Emmen wordt in absolute zin over de gehele periode minder verwezen voor deze categorie dan in Assen. Des te opmerkelijker de geconstateerde sterkere afname in Emmen (figuur R13). Voor de refractieverwijzingen ter geruststelling zijn de absolute getallen zeer klein (2-11 per 10.000 verzekerden), maar valt op, dat over de gehele observatieperiode in Emmen vergeleken met Assen altijd een groter aantal van dit type refractieverwijzingen plaatsvindt (dit is congruent met de bevindingen bij verwijzingen totaal).

#### **5.4.6. Conclusie refractie verwijzingen**

In Emmen wordt over de gehele interventie periode toenemend minder naar de oogarts verwezen in geval van refractieproblematiek dan in Assen vanuit een ongeveer gelijke uitgangspositie. Dit is absoluut gezien en conservatief geschat in de orde van grootte van 10 verwijzingen per 1000 verzekerden minder per jaar. Vergeleken met Assen verwijzen huisartsen in Emmen vooral minder vaak in het geval de patiënt voorheen (al dan niet samen met de huisarts) het initiatief heeft genomen. In het algemeen zag de huisarts zichzelf toch al niet zo vaak als initiator van dergelijke verwijzingen.

Zowel het aantal eerste verwijzingen als verlengingsverwijzingen is in Emmen relatief gedaald.

De overall afname van refractieverwijzingen in Emmen blijkt zich voor te doen in alle met het oog op bedoelde samenwerking onderscheiden typen verwijzingen. Er zijn belangrijke verschillen in uitgangspositie bij de categorie eenmalige verwijzingen. In Assen wordt in absolute zin meer eenmalig verwezen. De uitgangspositie in geval van verwijzing ter overname en ter gezamenlijke behandeling zijn wel gelijk.

Ook voor het motief van verwijzen geldt voor alle categorieën een relatieve afname van refractieverwijzingen in Emmen. Voor de categorie ter diagnose en behandeling is dat des te opmerkelijker, omdat de

uitgangspositie voor Emmen al zo laag was.

## 5.5. Resultaten verwijzen bij CARA

(figuur C1 - C16)

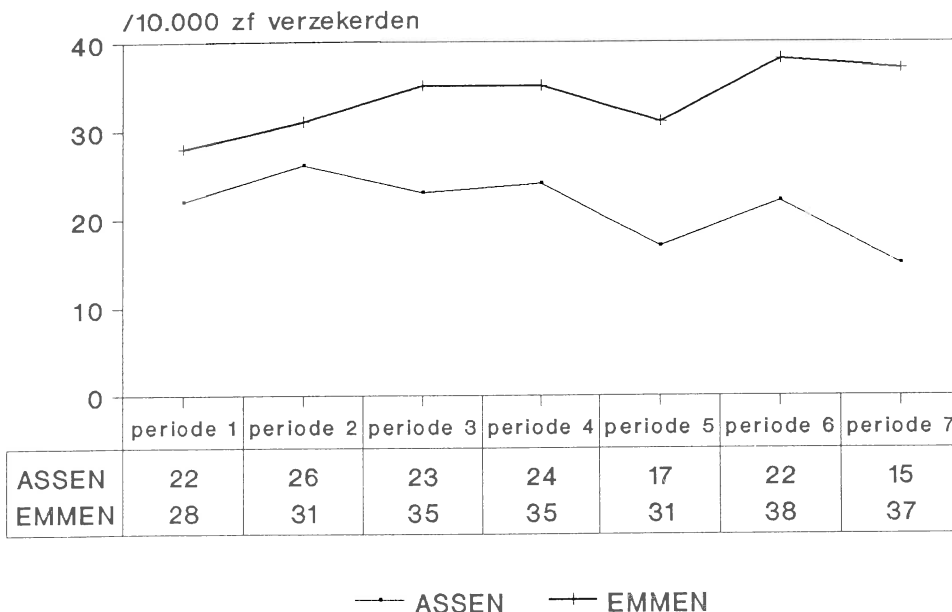
Ten behoeve van deze analyse is uit het gehele bestand een selectie gemaakt van verwijzingen met als diagnose de ICPC-codes R91 (chronische bronchitis, CARA), R95 (emfyseem) en R96 (astma).

Het is van belang zich te realiseren, dat het bij dit onderwerp absoluut gezien om kleine getallen gaat.

Bij de deskundigheidsbevordering stond in dit geval niet centraal het terugdringen van het aantal verwijzingen. Veeleer werden de deelnemende huisartsen attent gemaakt op mogelijkheden van opsporing en behandeling van CARA en op het belang om ook patiënten, die in het verleden de huisarts in verband met CARA-klachten hebben geconsulteerd extra aandacht te schenken.

### 5.5.1. CARA-verwijzingen totaal

Figuur 5.4.: CARA-verwijzingen totaal



In Emmen wordt in geval van CARA bij een reeds hogere uitgangspositie over de gehele periode toenemend vaker voor CARA naar de specialist verwezen dan in Assen.

Tabel 5.3.:  $\beta$ -waarden van de regressie-analyses voor de verwijscijfers met betrekking tot CARA

Ratio	eerste jaar experiment		laatste jaar experiment		totale observatieperiode	
	trend	Emmen t.o.v. Assen	trend	Emmen t.o.v. Assen	trend	Emmen t.o.v. Assen
<b>alle CARA-verwijzingen</b>	-0.08	.13*	-0.01	.26**	-0.03	.20**
<b>initiatief tot verwijzing</b>						
huisarts	-0.08	.15**	-0.01	.23**	-0.05	.17**
specialist	-0.03	.10	.01	.20**	.03	.17**
patiënt	-0.01	.04	-0.09	.03	-0.08	.04
huisarts + patiënt	-0.03	-.11*	.00	-.11*	-0.00	-.10*
<b>soort verwijzing</b>						
eerste verwijzing	-0.11	.13*	.08	.19**	-0.01	.17**
verlenging	-0.02	.09	-0.08	.21**	-0.02	.14**
achteraf	-0.04	-.07	.02	-.06	-0.02	-.06
<b>bedoelde samenwerking met specialist</b>						
eenmalig	-0.03	.02	-0.04	.03	-0.03	.02
ter overname	-0.05	.11*	-0.02	.18**	-0.02	.16**
gezamenlijke behandeling	-0.04	.05	.02	.14**	.01	.10*
<b>motief verwijzing</b>						
ter diagnose	-0.02	-.09	-0.03	-.09	-0.05	-.09*
ter behandeling	-0.08	.07	-0.01	.20**	-0.04	.14**
ter diagnose en behandeling	-0.03	.16**	.02	.20**	.03	.18**
<b>specialisme</b>						
interne geneeskunde	-.14**	-.09	-.01	-.12*	-.11**	-.08
kindergeneeskunde	-.07	.06	.06	.12*	.01	.11*
longziekten	-.02	.15**	-.05	.27**	-.02	.19**

\*  $p \leq .05$  ( $T \geq 1.96$ )

\*\*  $p \leq .01$  ( $T \geq 2.58$ )



In tabel 5.3. met regressiecoëfficiënten vinden we dit terug als een  $\beta$ -waarde van +.20.

We bespreken hoe deze aanzienlijke stijging van het aantal verwijzingen verdeeld is over de verschillende deelratio's.

#### **5.5.2. Initiatief**

Over de gehele observatieperiode bezien stijgt het aantal verwijzingen op initiatief van de huisarts in Emmen significant ten opzichte van Assen.

Ook verwijzingen op initiatief van de specialist, verreweg de belangrijkste initiatiefnemer voor CARA-verwijzingen, nemen toe in Emmen met name in het laatste jaar, vergeleken met Assen, ondanks een hoger uitgangsniveau (figuur C2).

De categorieën waarbij het initiatief van de patiënten een rol speelt zijn vrij klein: de patiënt initieert in Emmen even weinig verwijzingen dan in Assen. Er is duidelijk sprake van een lager niveau van verwijzingen in de categorie verwijzingen op initiatief van huisarts en patiënt gezamenlijk in de regio Emmen over de gehele interventieperiode. In beide regio's is wel sprake van een stijging, maar de stijging in Assen is groter dan in Emmen.

#### **5.5.3. Soort verwijzing**

Er vindt in Emmen een toenemende aantal eerste verwijzingen en verlengingsverwijzingen vanwege CARA-problematiek plaats vergeleken met Assen.

Achterafverwijzingen komen in geval van CARA-problematiek nauwelijks voor (figuur C7). Er bestaan over de hele observatieperiode verder ook geen significante verschillen tussen Emmen en Assen voor deze categorie verwijzingen.

#### **5.5.4. Bedoelde samenwerking**

Met betrekking tot eenmalige verwijzingen zijn geen significante verschillen geconstateerd tussen de regio's Emmen en Assen in de loop der tijd. Alhoewel in Emmen in de totale observatieperiode steeds wel een iets hoger aantal eenmalige verwijzingen plaats vindt (figuur C8). De toename in Emmen van het aantal CARA-verwijzingen is voor wat betreft de bedoelde samenwerking toch vooral terug te vinden in een stijging van het aantal verwijzingen ter overname en, in iets mindere mate, in het aantal verwijzingen ter gezamenlijke behandeling.

### **5.5.5. Motief**

Over de gehele periode genomen verwijzen huisartsen in Emmen minder vaak ter diagnose. Gelet op het hogere totale aantal verwijzingen in Emmen heeft aldaar dus blijkbaar de diagnosestelling vaker plaats gevonden in de huisartspraktijk dan in Assen. Overigens betreft het hier een qua volume vrij onbetekenende categorie van verwijzingen (figuur C11).

Er wordt in Emmen in de loop van de tijd vaker ter behandeling verwezen, bij een hoger uitgangsniveau dan in Assen.

Verwijzingen ter diagnose + behandeling neemt eveneens in Emmen toe ten opzicht van Assen.

### **5.5.6. Specialismen**

De stijging van het aantal CARA-verwijzingen gedurende de observatieperiode is ten goede gekomen aan de kinderarts maar vooral naar de longarts wordt in toenemende mate verwezen. CARA-verwijzingen naar de internist kwamen relatief weinig voor, te weten minder dan 10 % van de CARA-verwijzingen in Emmen en nog minder in Assen. Hierin is geen significante verandering opgetreden.

### **5.5.7. Conclusies ten aanzien van CARA-verwijzingen**

In Emmen wordt, vanuit een reeds hogere uitgangspositie, over de gehele observatieperiode steeds vaker naar de specialist verwezen in verband met CARA. Absoluut gezien betreft dit in de orde van grootte van 4 verwijzingen extra per 1000 verzekerden per jaar.

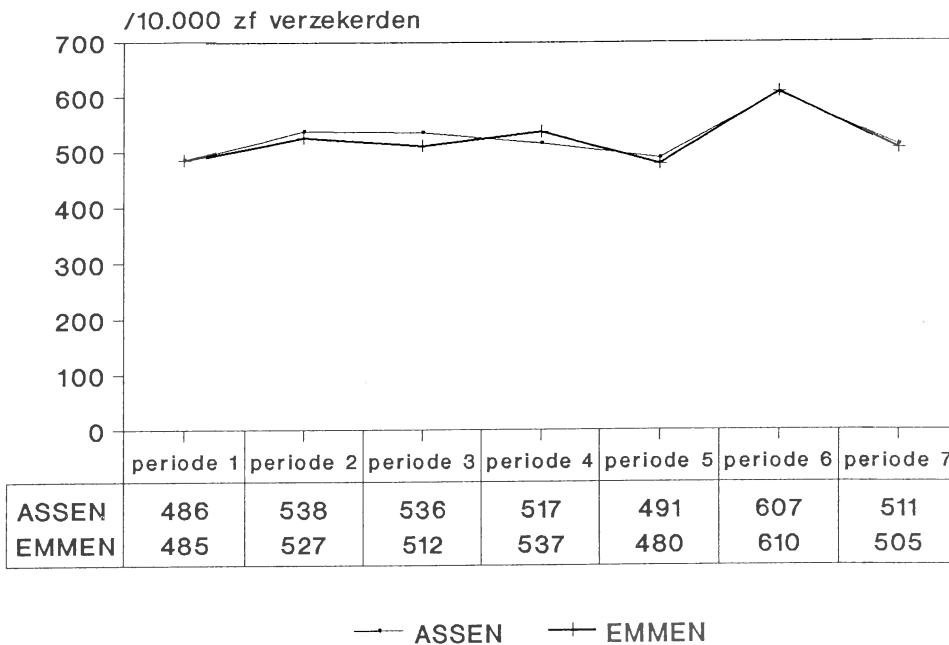
De rol van huisartsen en specialisten in deze toename is belangrijk: zij nemen vaker dan voorheen en vaker dan in Assen het initiatief tot een verwijzing. De rol van de patiënt bij de verwijzing blijft ongeveer even belangrijk. Huisartsen in Emmen lijken daarnaast ook meer geneigd een groter aantal verwijzingen op initiatief van de specialist te honoreren.

Logisch volgend op voorgaande blijkt tevens dat Emmen huisartsen toenemend vaker dan hun collegae in Assen voor de eerste keer verwijzen. Ook stijgt het aantal verlengingsverwijzingen, met name in het laatste jaar van de observatieperiode.

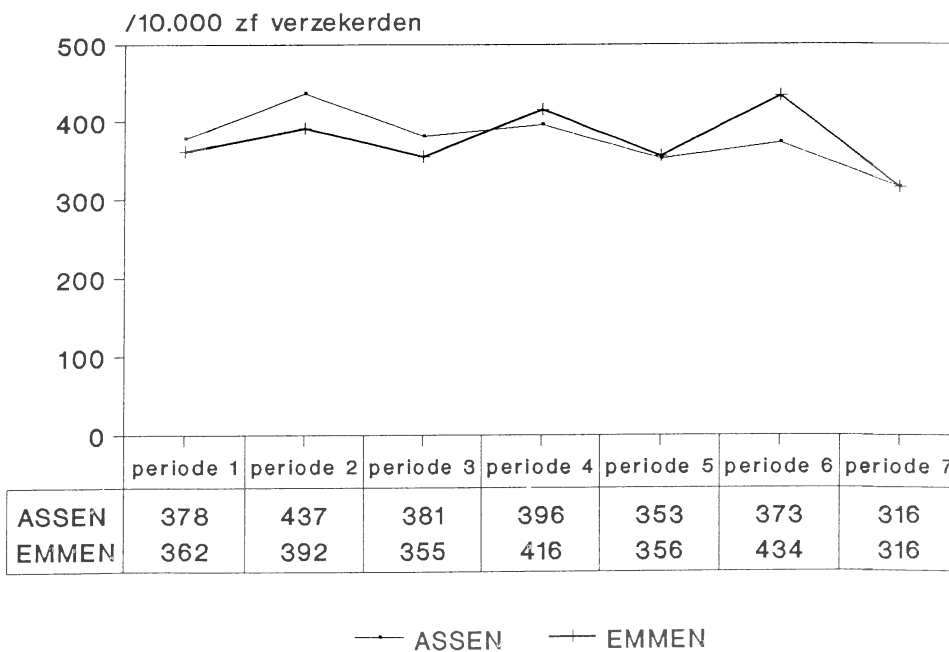
Emmen huisartsen verwijzen zowel meer ter overname als ter gezamenlijke behandeling.

In Emmen verwijzen huisartsen toenemend vaker ter behandeling (+diagnose) naar de specialist dan in Assen. De (kleine) categorie verwijzingen ter diagnose stijgt niet.

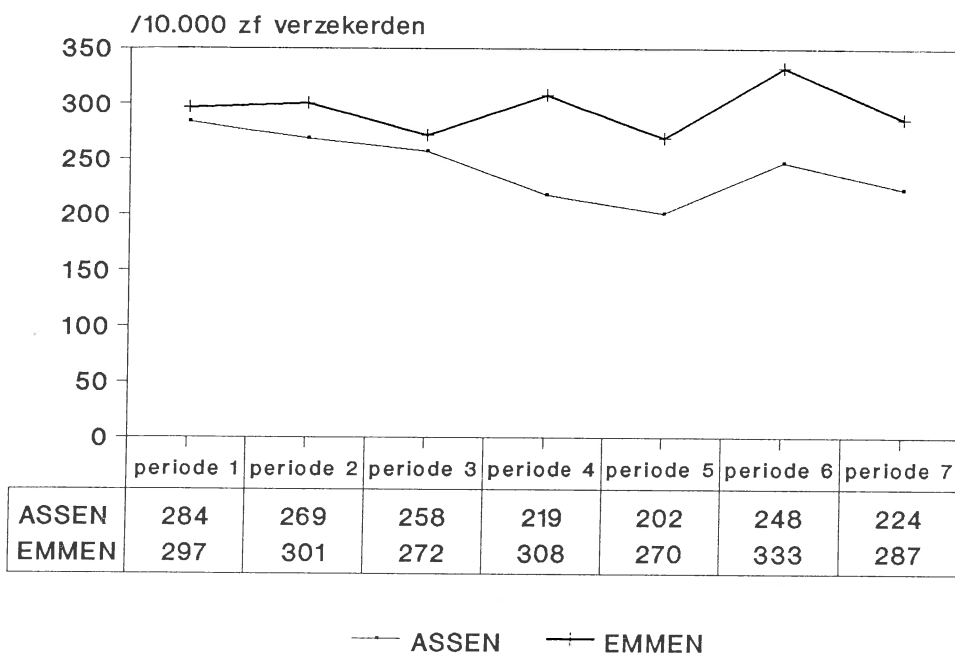
Figuur T1.: Actieve verwijzingen



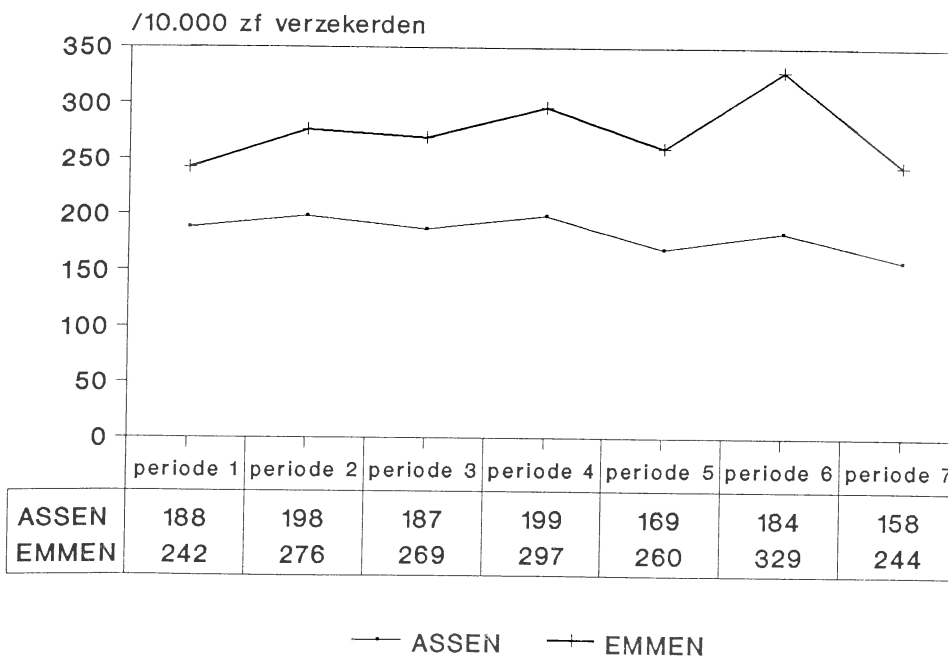
Figuur T2.: Passieve verwijzingen



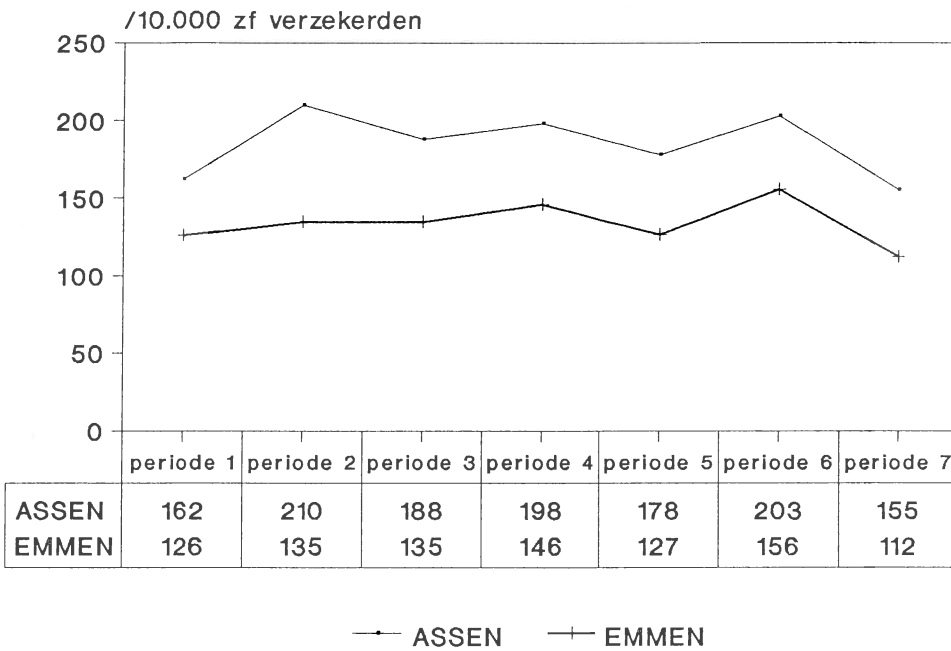
Figuur T3.: Verwijzingen op initiatief van huisarts



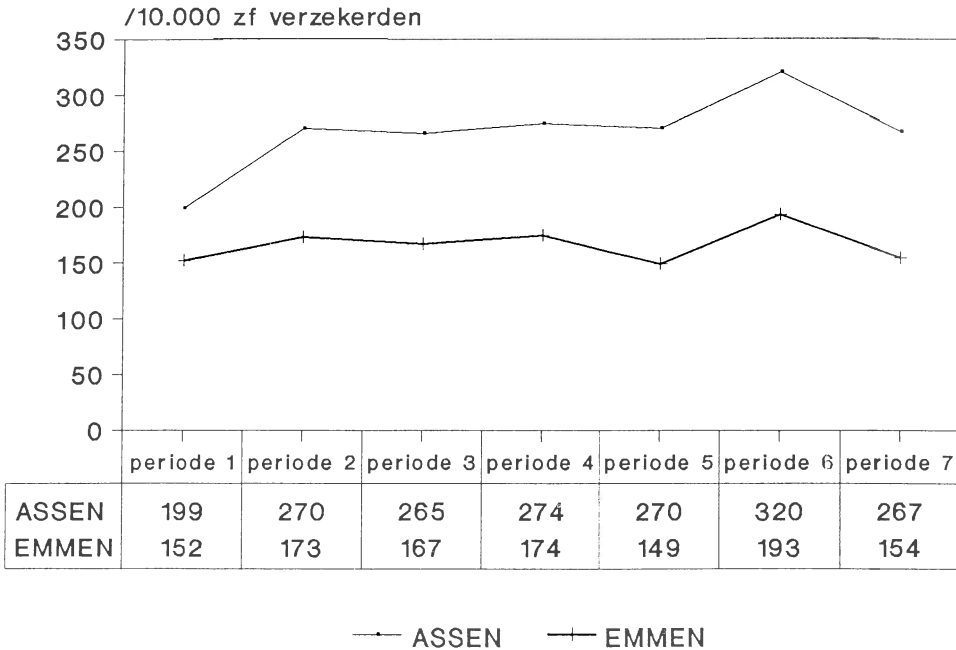
Figuur T4.: Verwijzingen op initiatief specialist



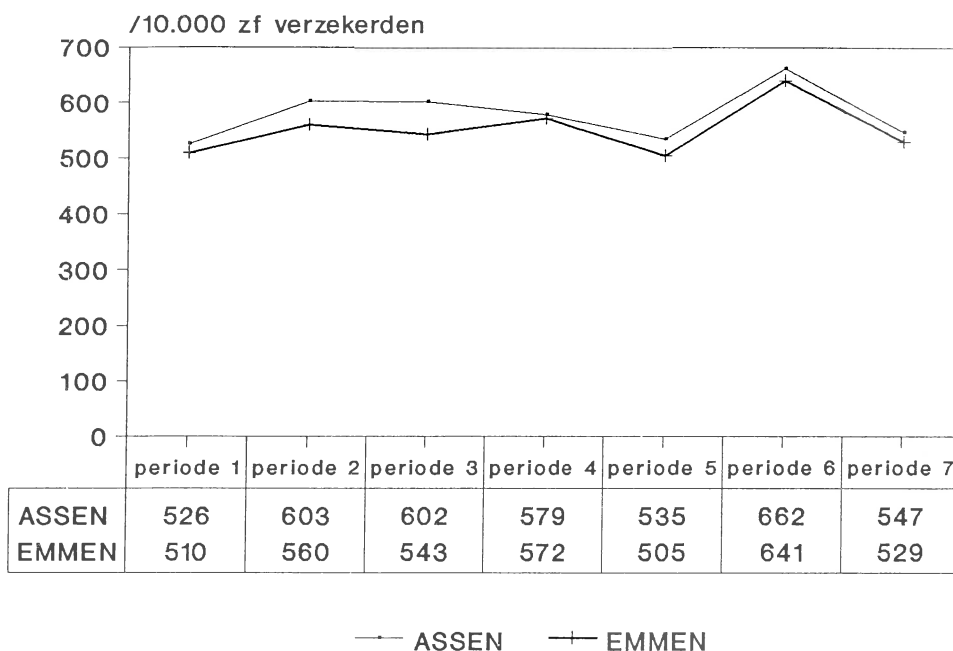
Figuur T5.: Verwijzingen op initiatief van patiënt



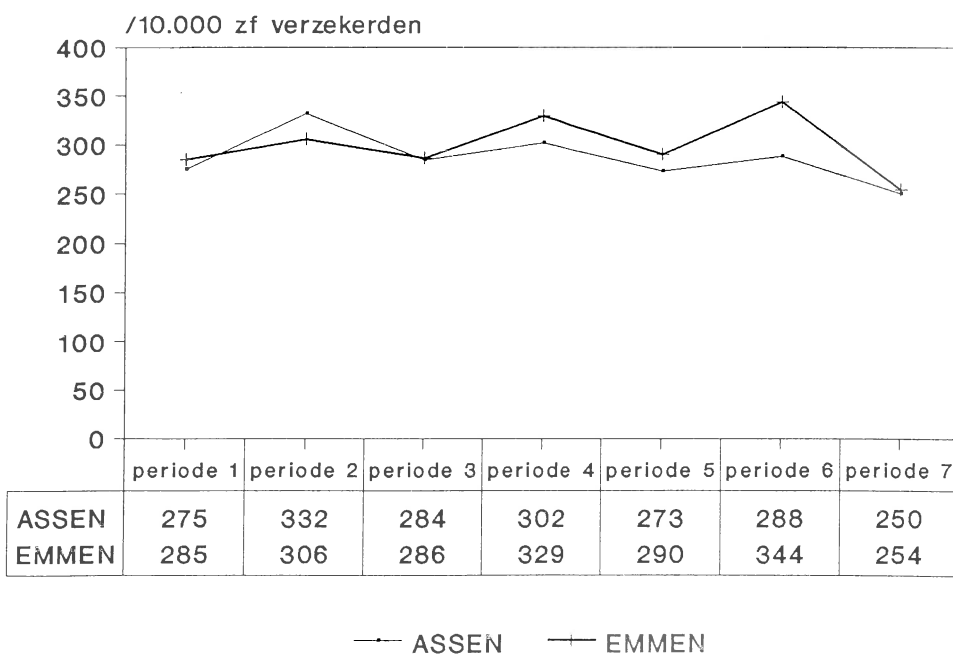
Figuur T6.: Verwijzing initiatief huisarts - patiënt



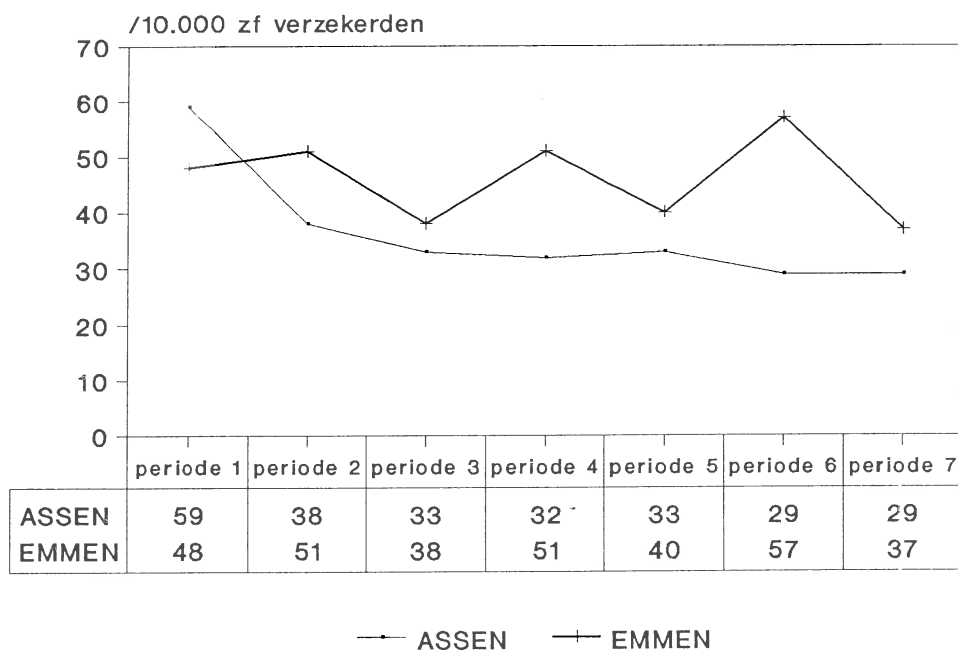
Figuur T7.: Eerste verwijzingen



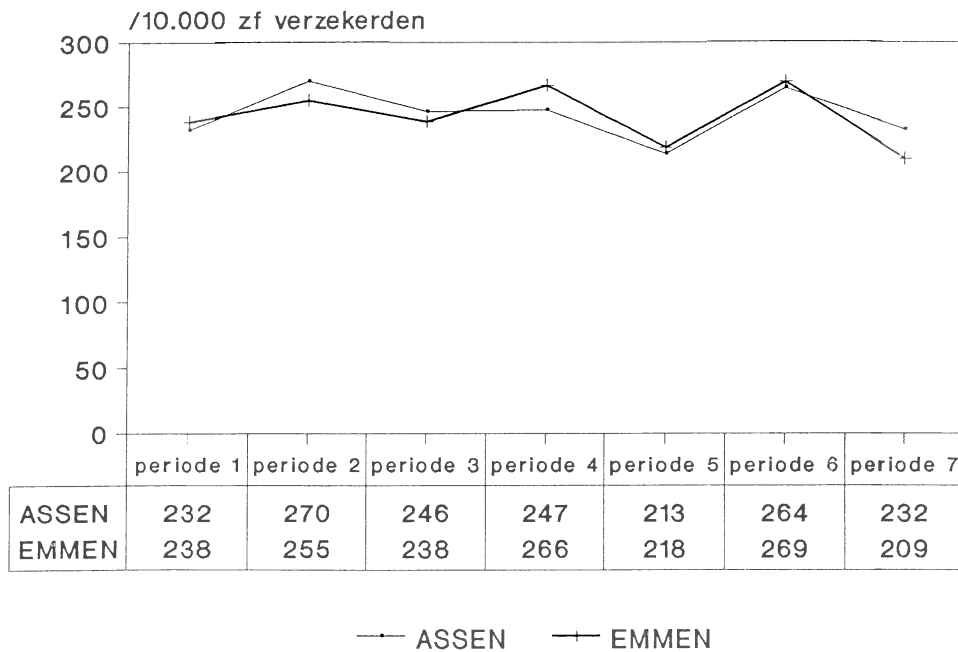
Figuur T8.: Verlengingsverwijzingen



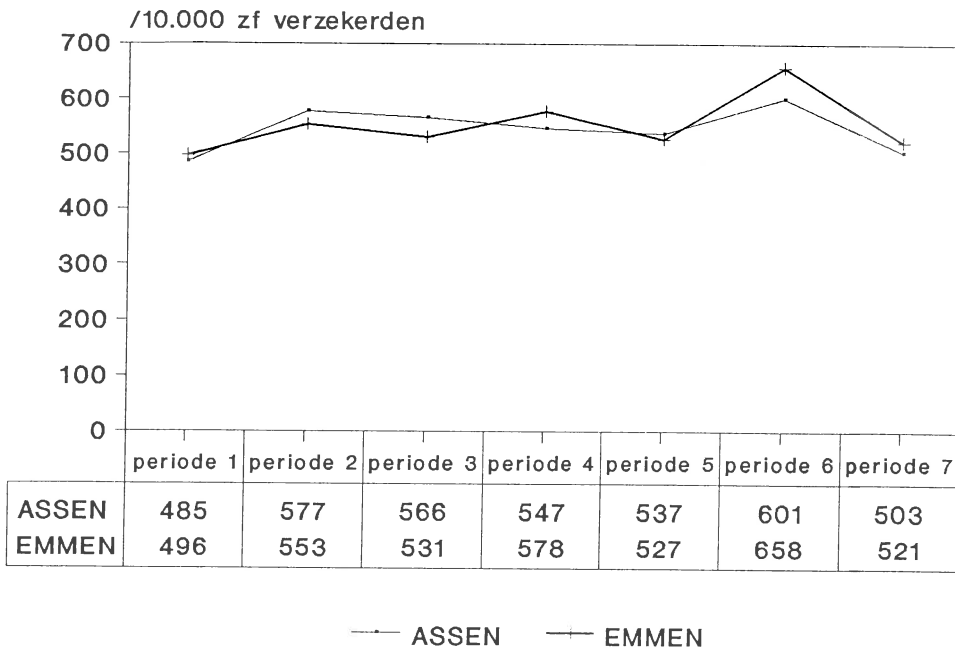
Figuur T9.: Achteraf verwijzingen



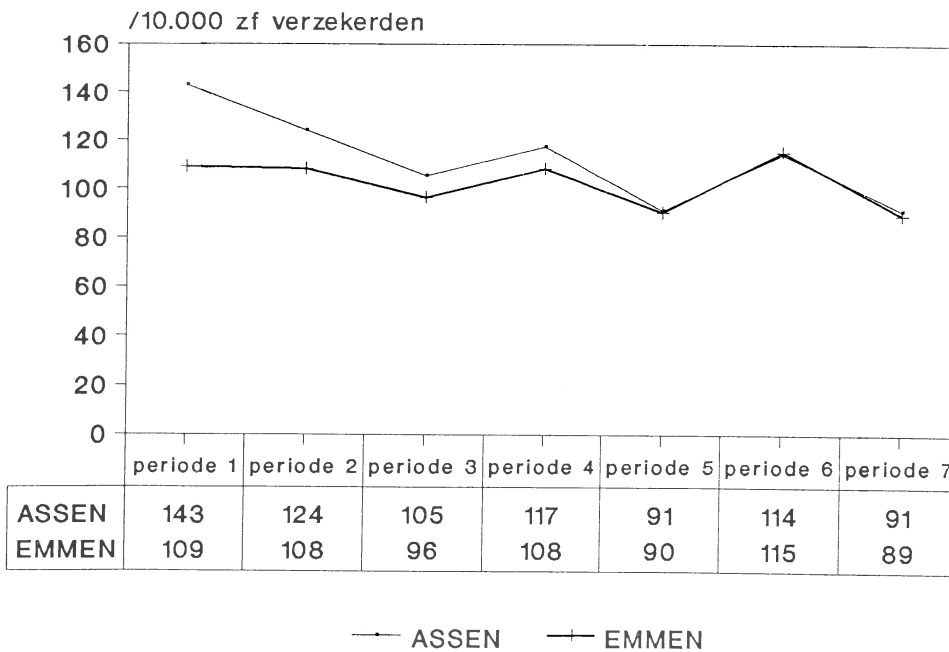
Figuur T10.: Eenmalige verwijzingen



Figuur T11.:Verwijzingen ter overname

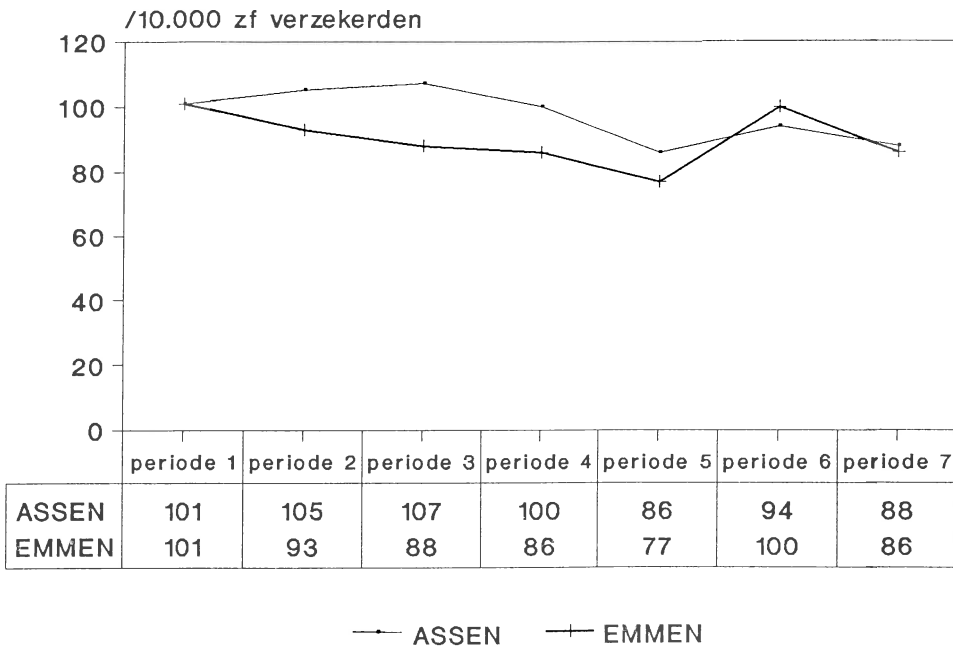


Figuur T12.:Verwijzingen ter gezamenlijke behandeling

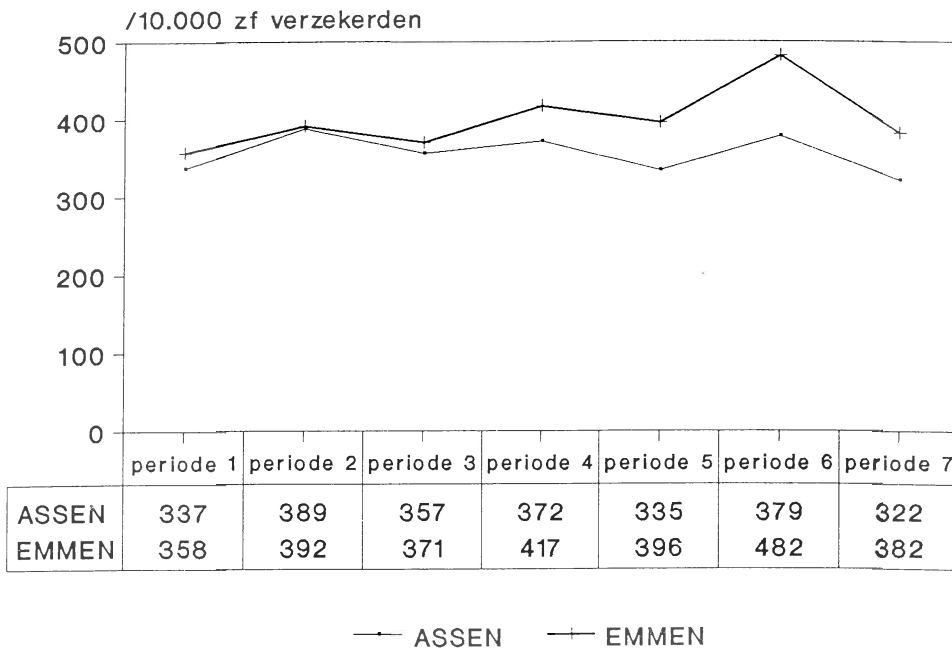




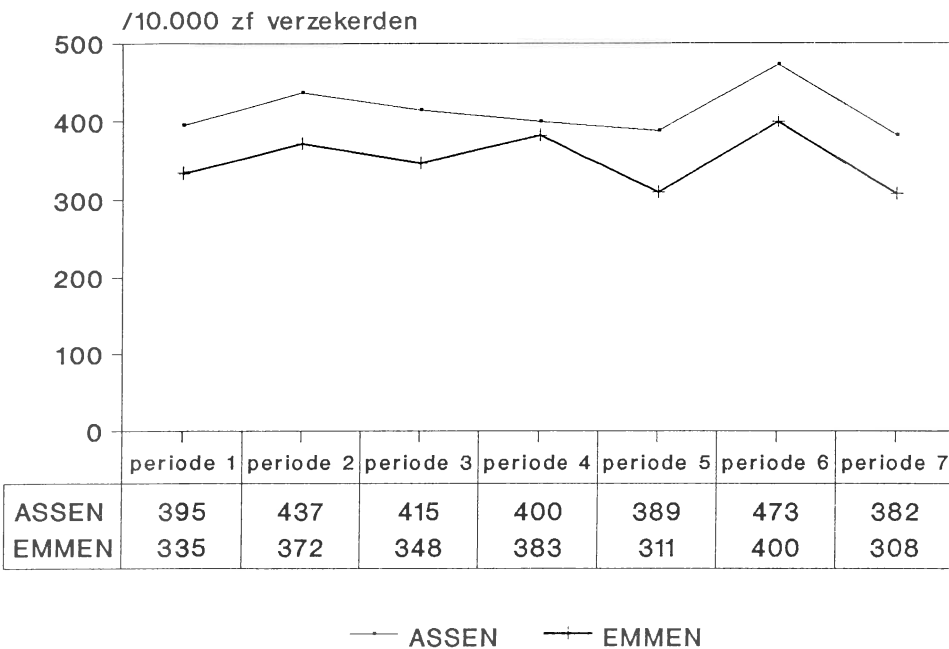
Figuur T13.: Verwijzingen ter diagnose



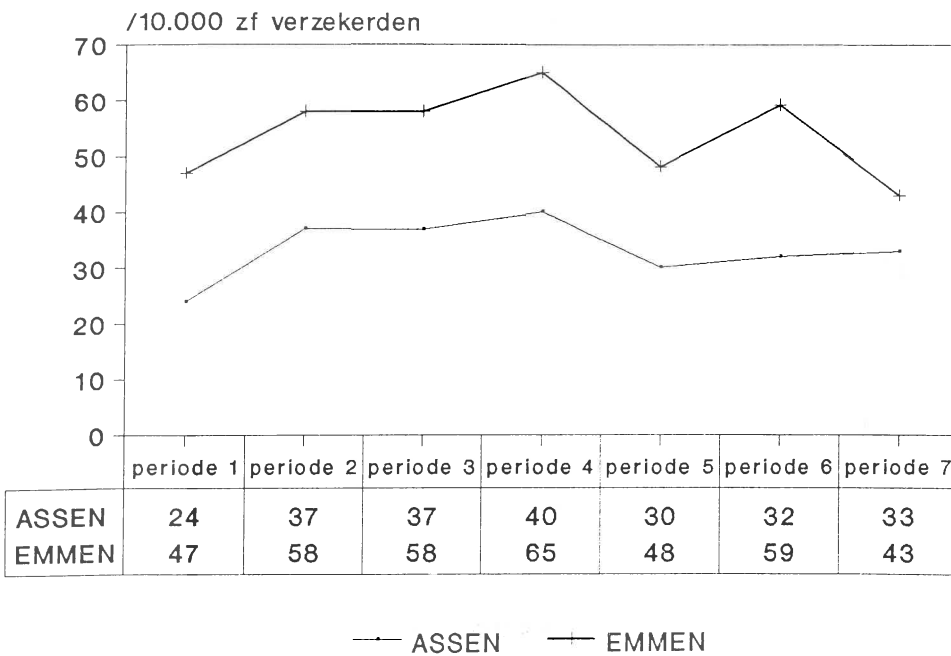
Figuur T14.: Verwijzing ter behandeling



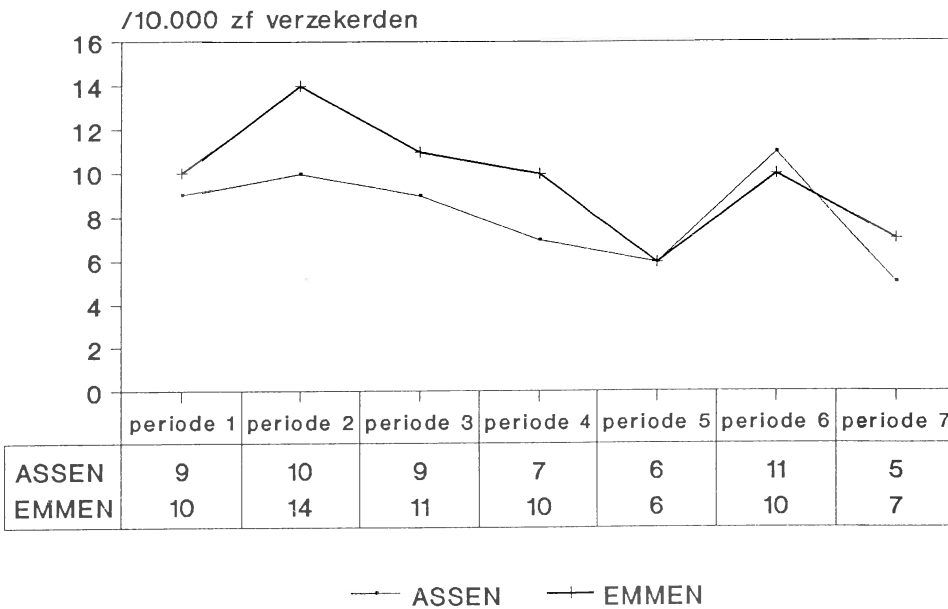
Figuur T15.:Verwijzingen ter diagnose + behandeling



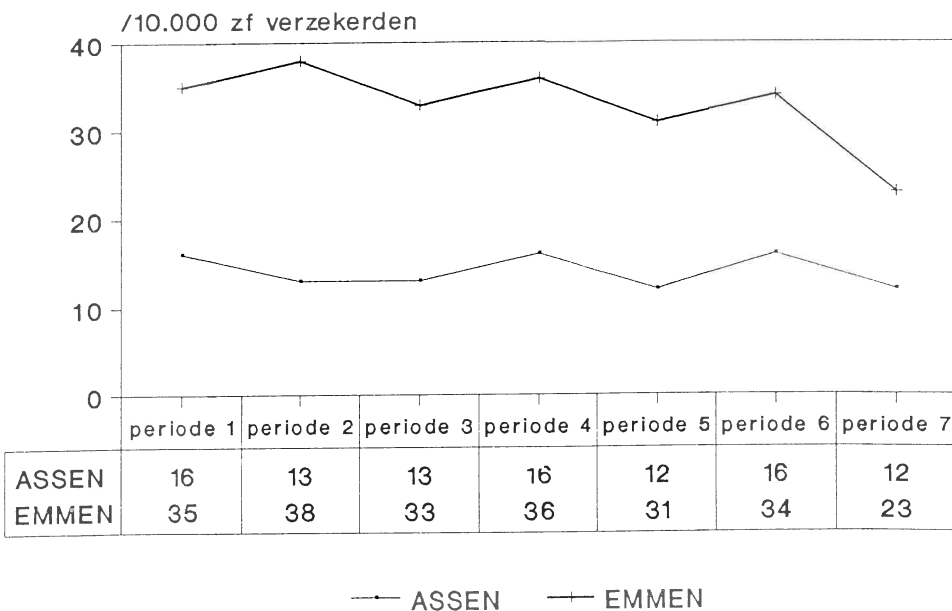
Figuur T16.:Verwijzingen ter geruststelling



Figuur R1.: Verwijzingen op initiatief van huisarts  
Refractie afwijkingen



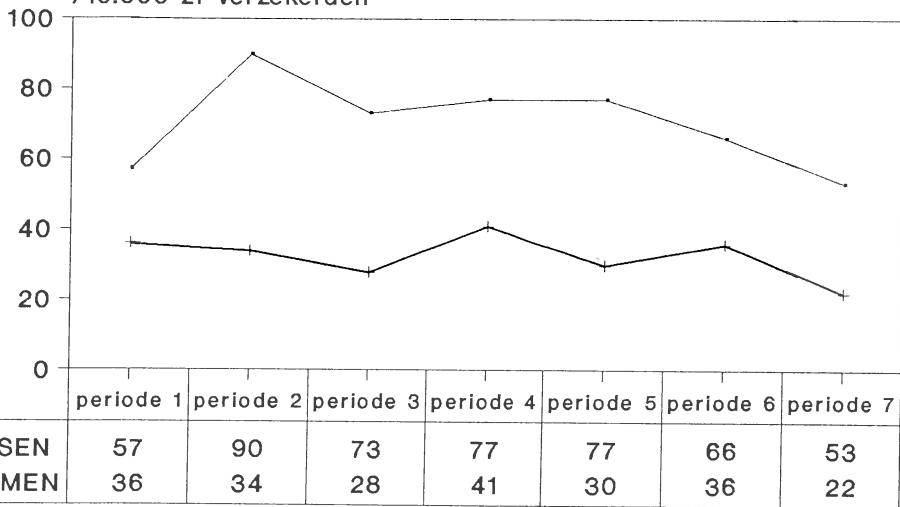
Figuur R2.: Verwijzingen op initiatief specialist  
Refractie verwijzingen



Figuur R3.: Verwijzingen op initiatief patiënt

Refractie afwijkingen

/10.000 zf verzekerden

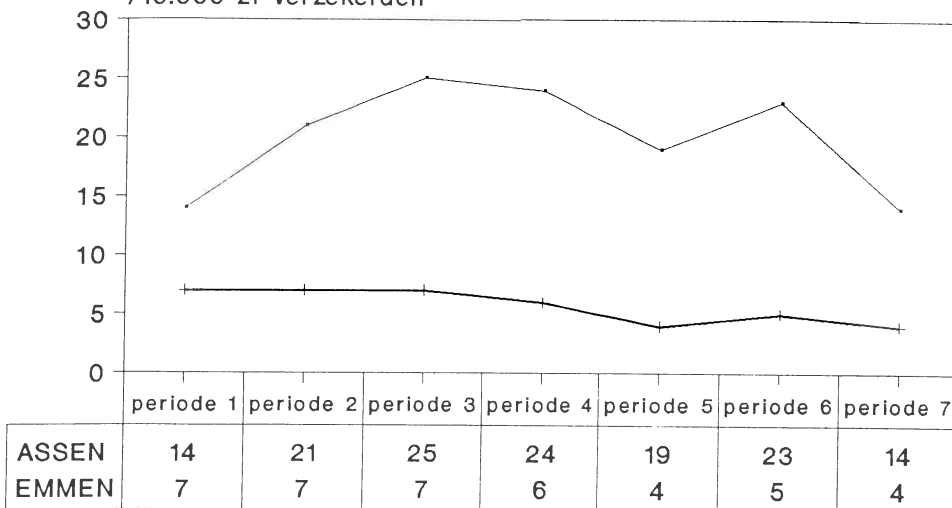


— ASSEN — EMMEN

Figuur R4.: Verwijzing initiatief huisarts - patiënt

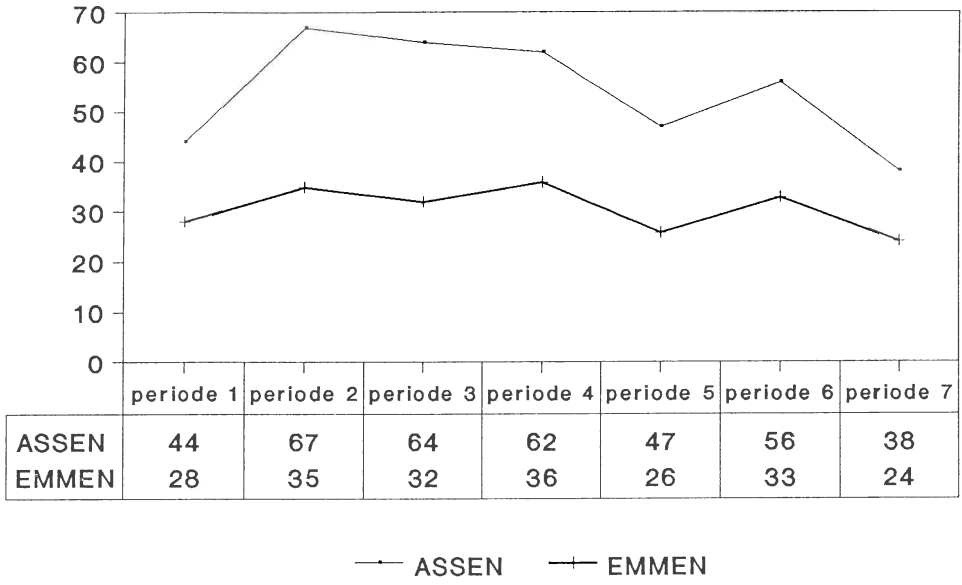
Refractie afwijkingen

/10.000 zf verzekerden

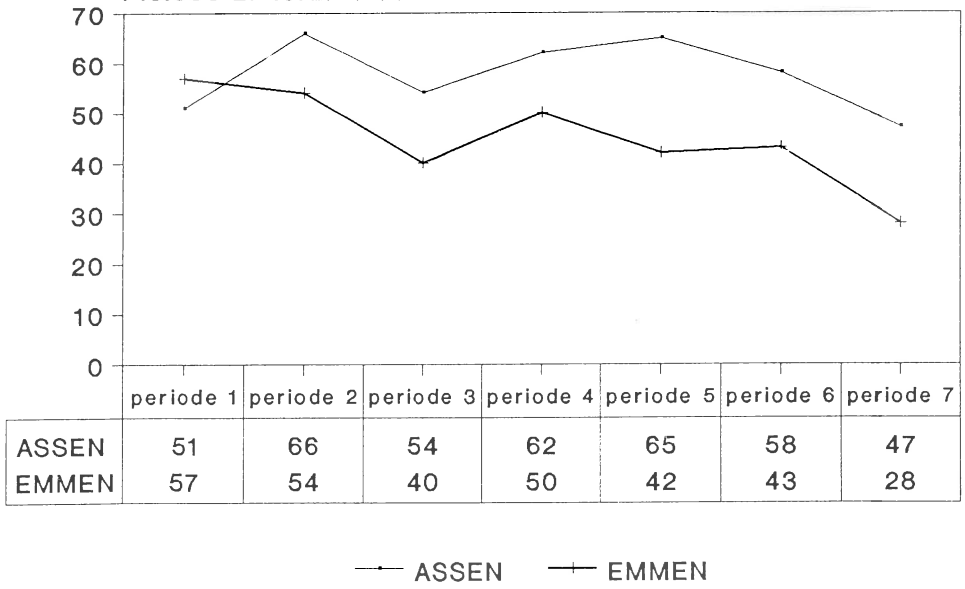


— ASSEN — EMMEN

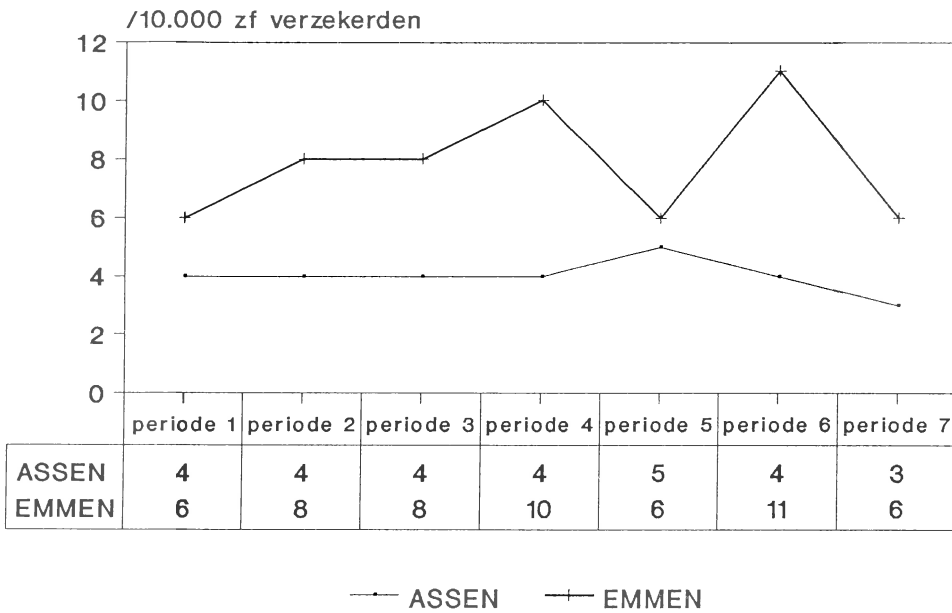
Figuur R5.: Eerste verwijzingen  
 Refractie verwijzingen  
 /10.000 zf verzekerden



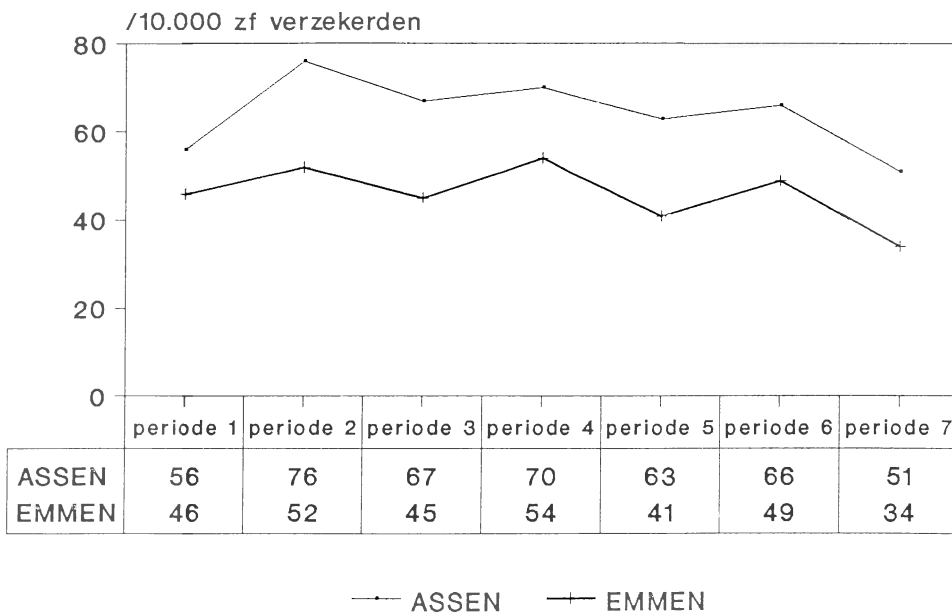
Figuur R6.: Verlengingsverwijzingen  
 Refractie afwijkingen  
 /10.000 zf verzekerden



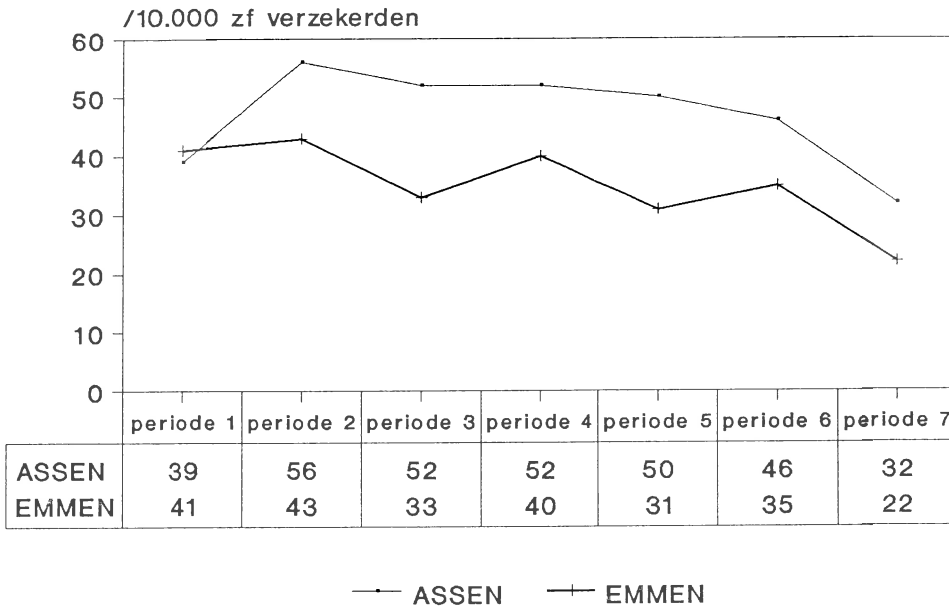
Figuur R7.: Achteraf verwijzingen  
Refractie afwijkingen



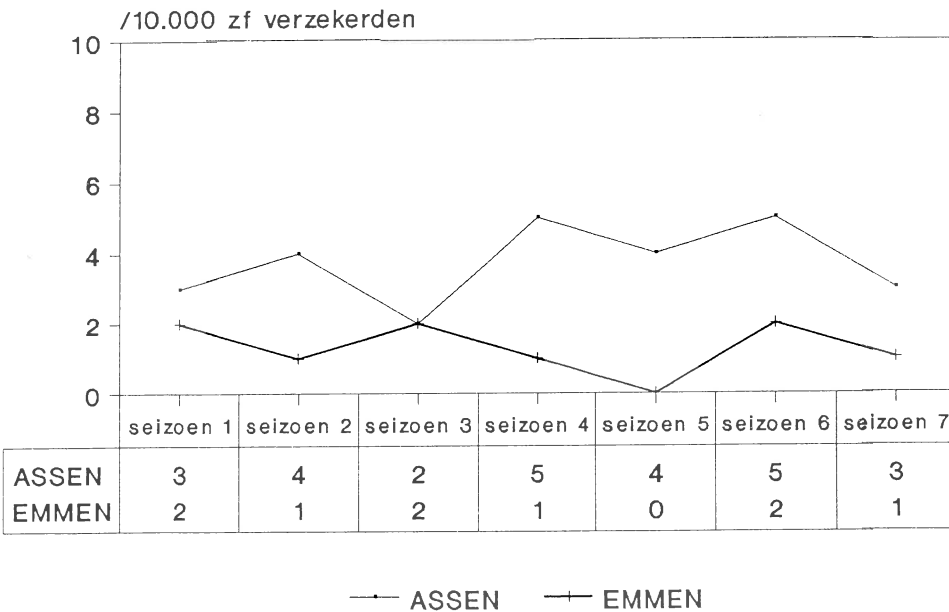
Figuur R8.: Eenmalige verwijzingen  
Refractie afwijkingen



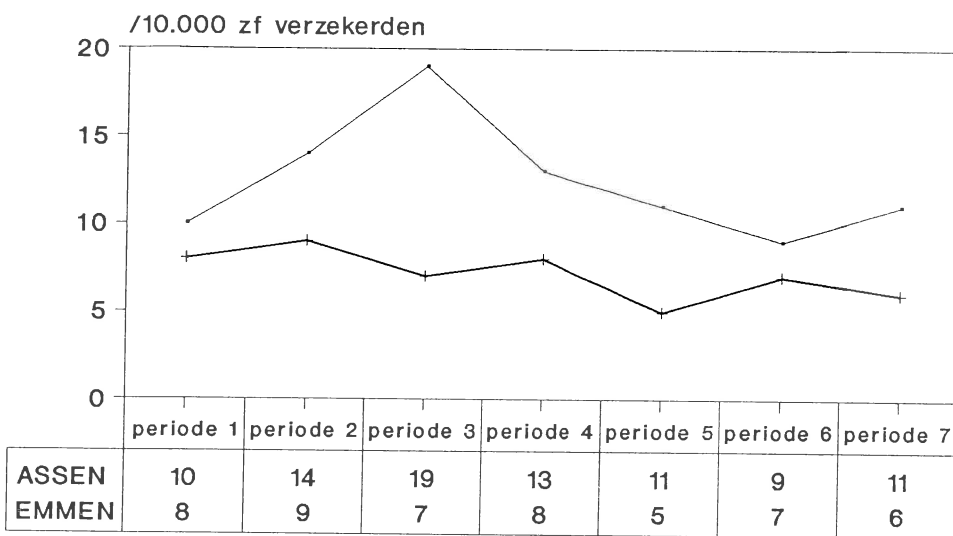
Figuur R9.: Verwijzingen ter overname  
Refractie afwijkingen



Figuur R10.: Verwijzingen ter gezamenlijke behandeling  
Refractie afwijkingen

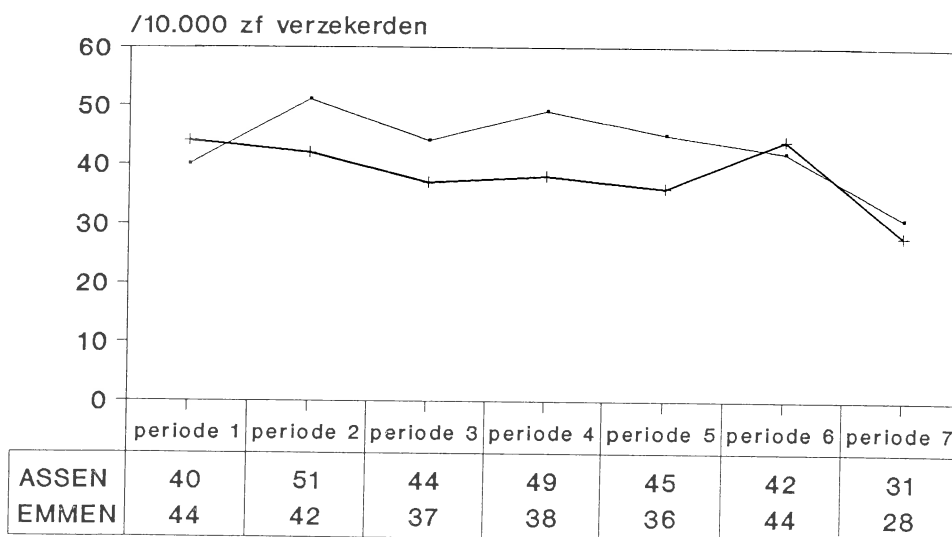


Figuur R11.: Verwijzingen ter diagnose  
Refractie afwijkingen



— ASSEN — EMMEN

Figuur R12.: Verwijzingen ter behandeling  
Refractie afwijkingen

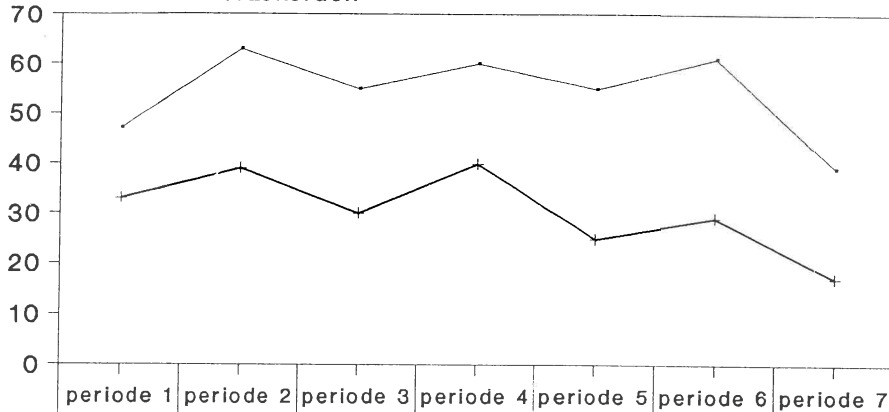


— ASSEN — EMMEN



Figuur R13.: Verwijzingen ter diagnose + behandeling  
Refractie afwijkingen

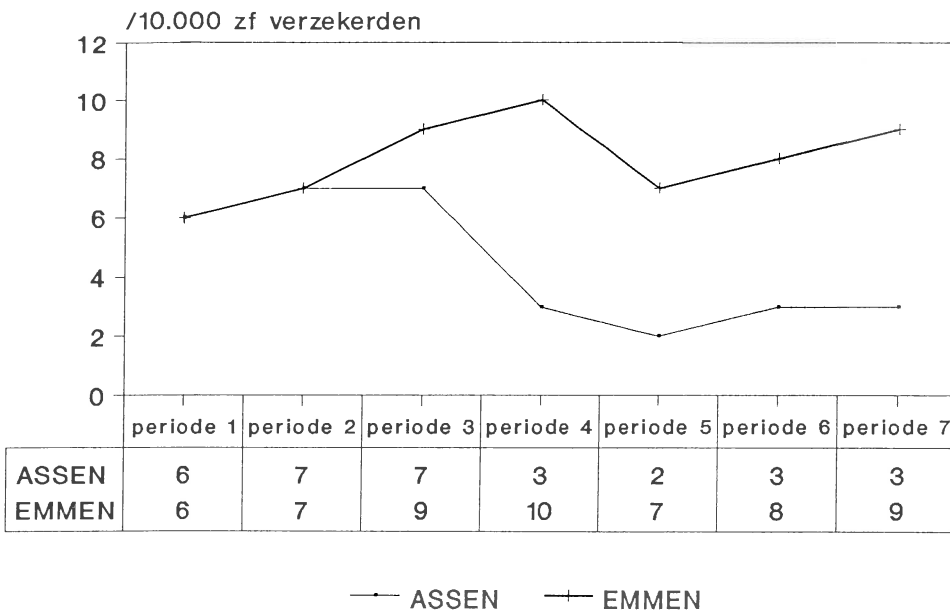
/10.000 zf verzekerden



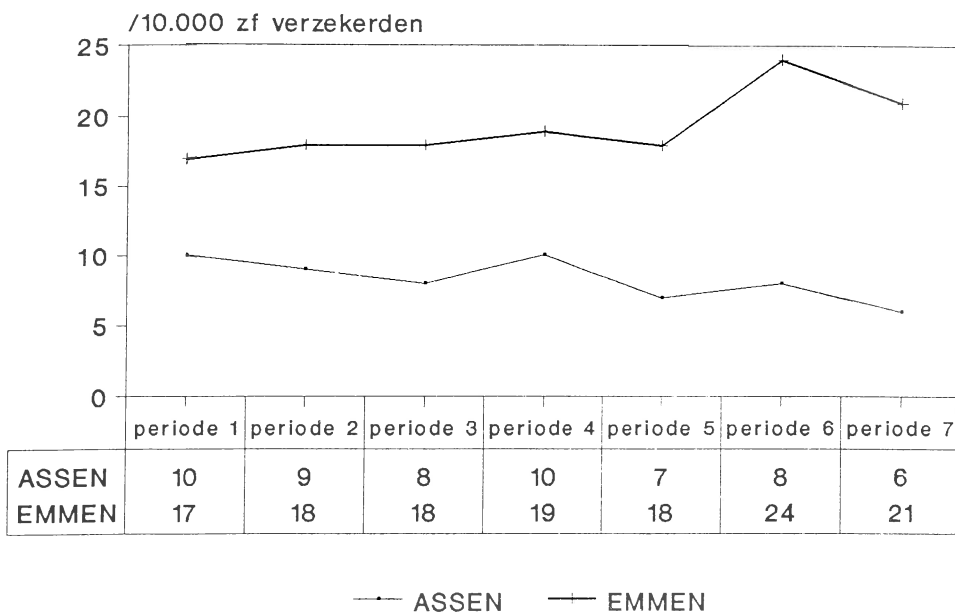
ASSEN	47	63	55	60	55	61	39
EMMEN	33	39	30	40	25	29	17

— ASSEN    — EMMEN

Figuur C1.: Verwijzingen op initiatief van huisarts  
CARA



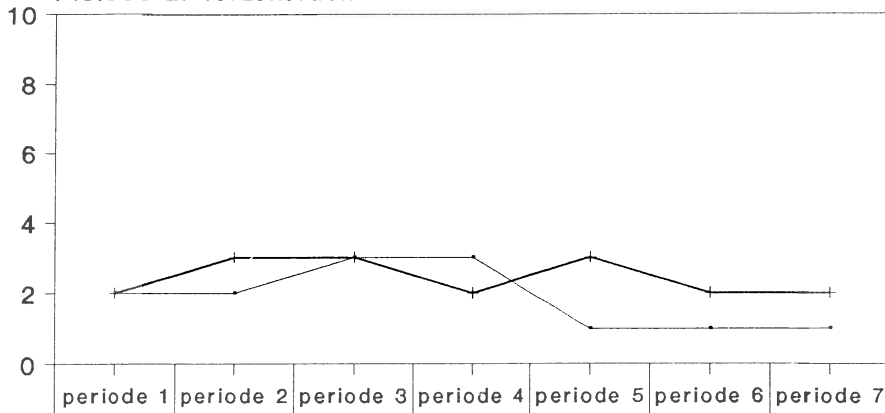
Figuur C2.: Verwijzingen op initiatief specialist  
CARA



Figuur C3.: Verwijzingen op initiatief van patiënt

CARA

/10.000 zf verzekerden



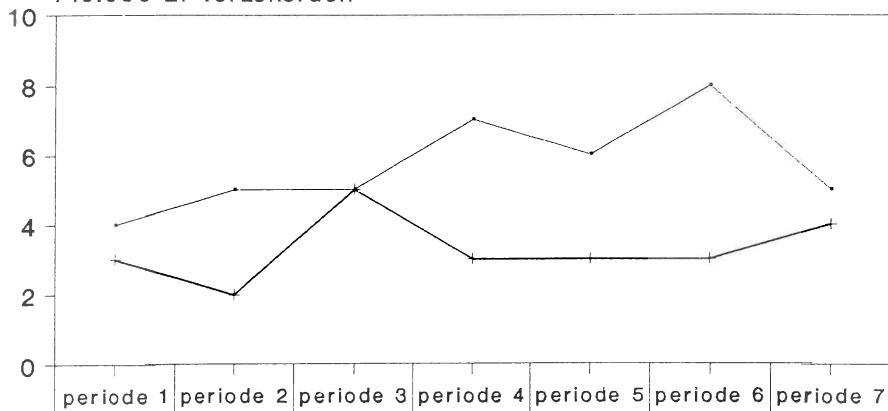
ASSEN	2	2	3	3	1	1	1
EMMEN	2	3	3	2	3	2	2

— ASSEN — EMMEN

Figuur C4.: Verwijzingen initiatief huisarts - patiënt

CARA

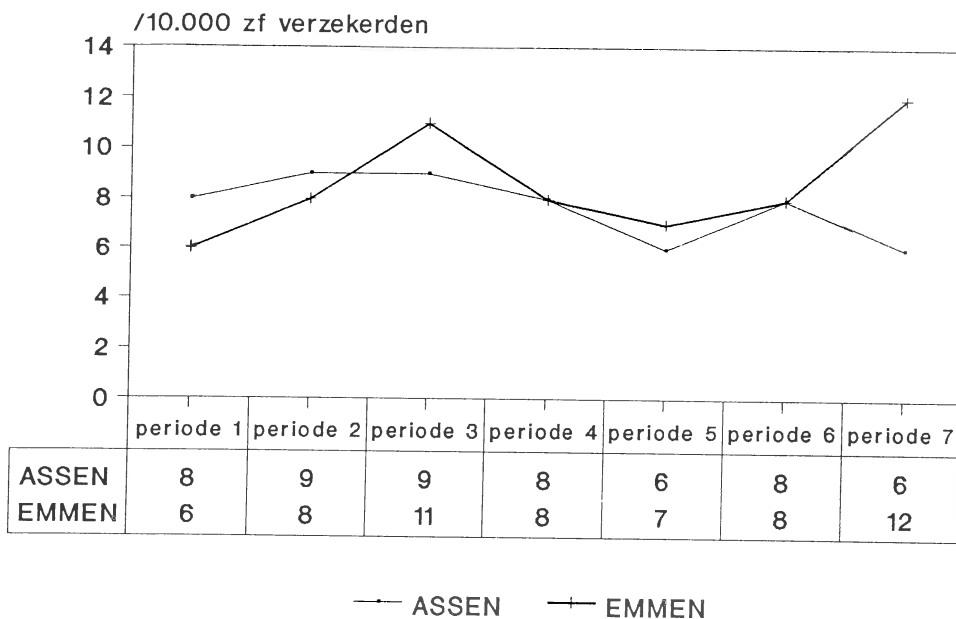
/10.000 zf verzekerden



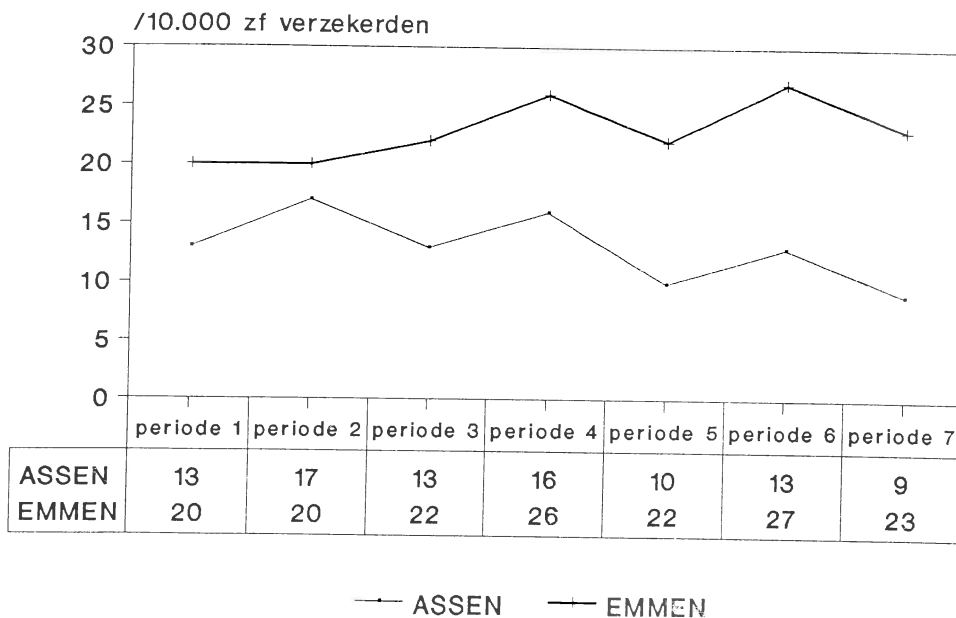
ASSEN	4	5	5	7	6	8	5
EMMEN	3	2	5	3	3	3	4

— ASSEN — EMMEN

Figuur C5.: Eerste verwijzingen  
CARA

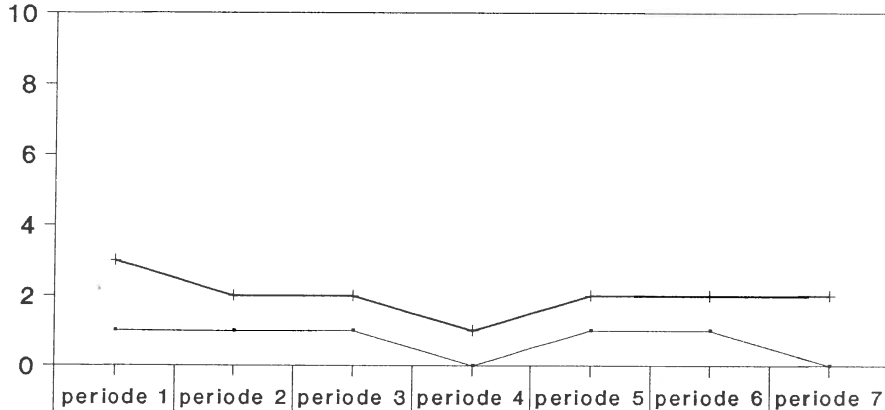


Figuur C6.: Verlengingsverwijzingen  
CARA



Figuur C7.: Achteraf verwijzingen  
CARA

/10.000 zf verzekerden

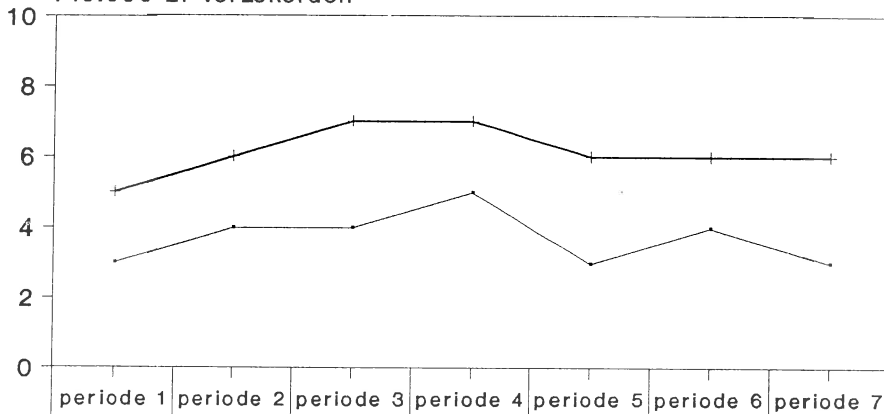


ASSEN	1	1	1	0	1	1	0
EMMEN	3	2	2	1	2	2	2

— ASSEN — EMMEN

Figuur C8.: Eenmalige verwijzingen  
CARA

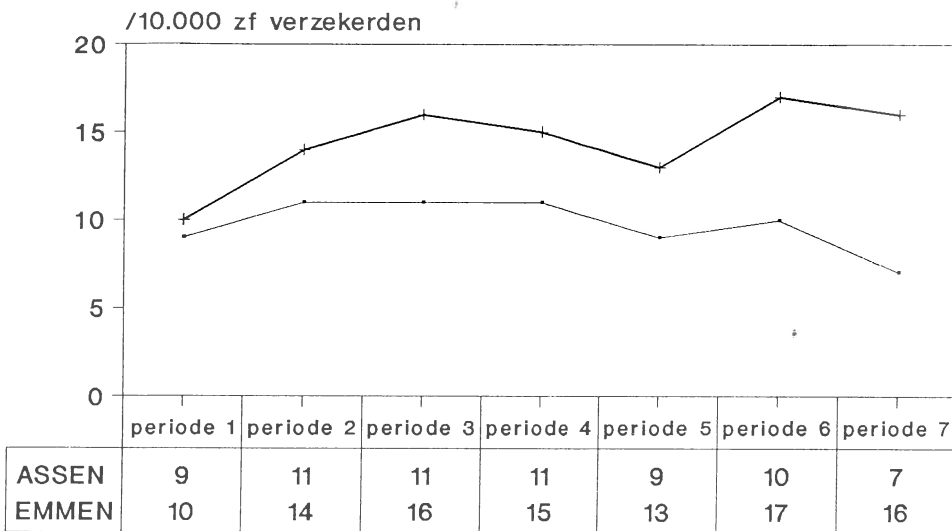
/10.000 zf verzekerden



ASSEN	3	4	4	5	3	4	3
EMMEN	5	6	7	7	6	6	6

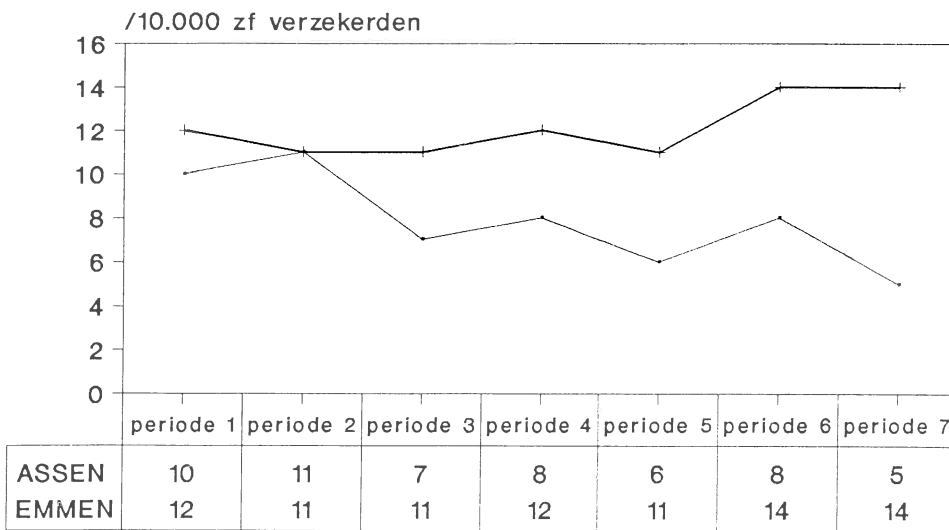
— ASSEN — EMMEN

Figuur C9.: Verwijzingen ter overname  
CARA



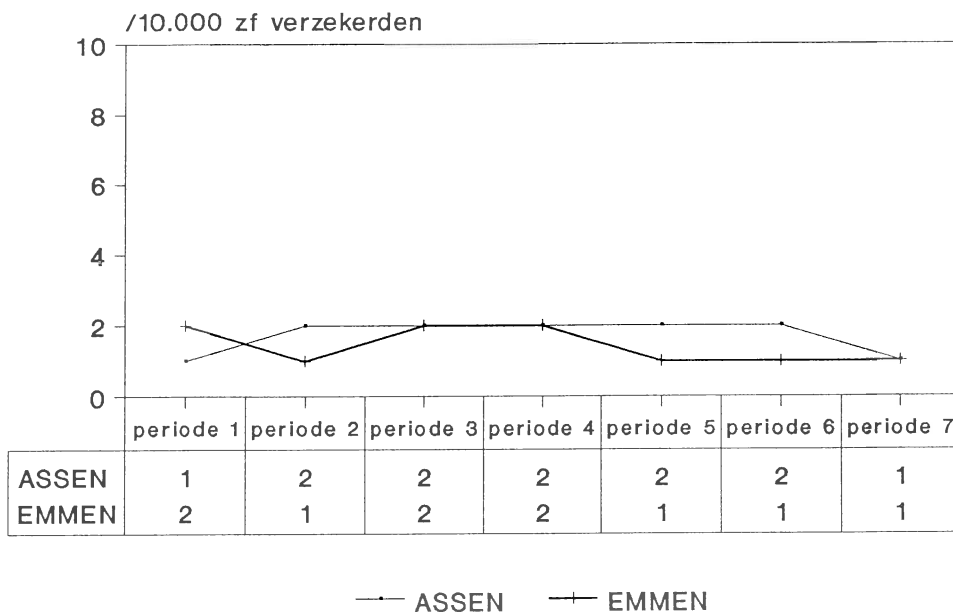
— ASSEN — EMMEN

Figuur C10.: Verwijzingen ter gezamenlijke behandeling  
CARA

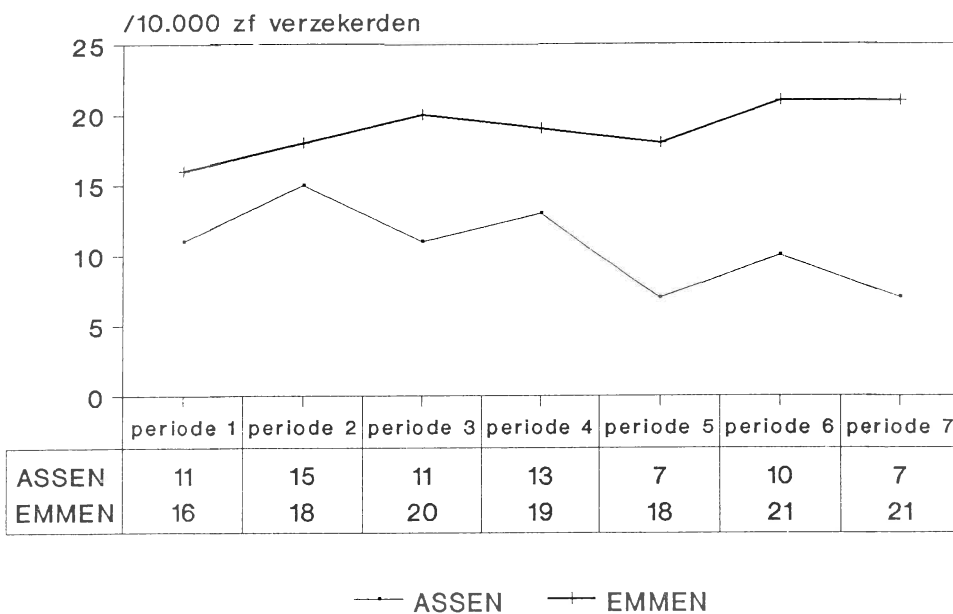


— ASSEN — EMMEN

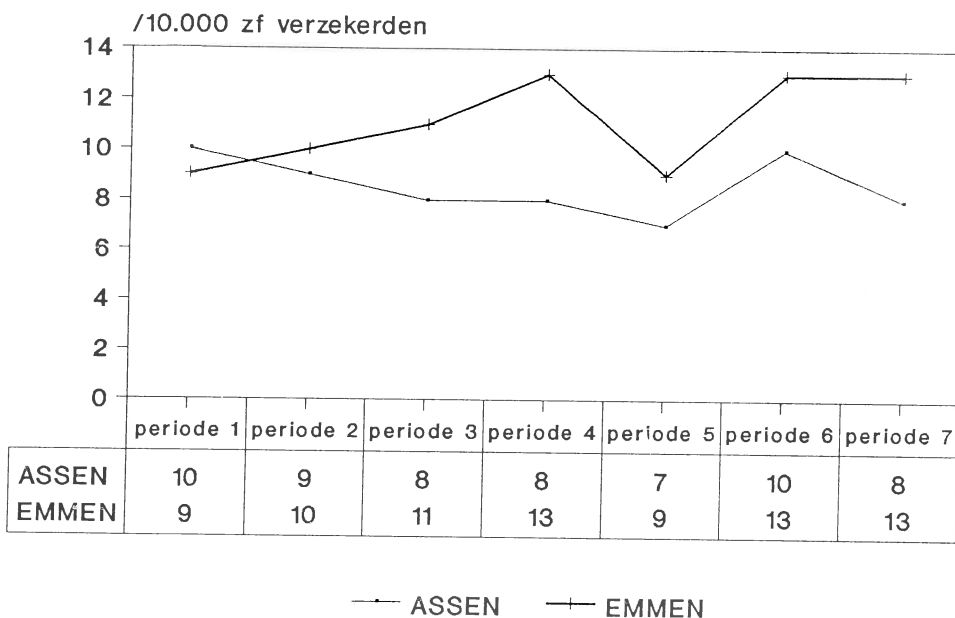
Figuur C11.: Verwijzingen ter diagnose  
CARA



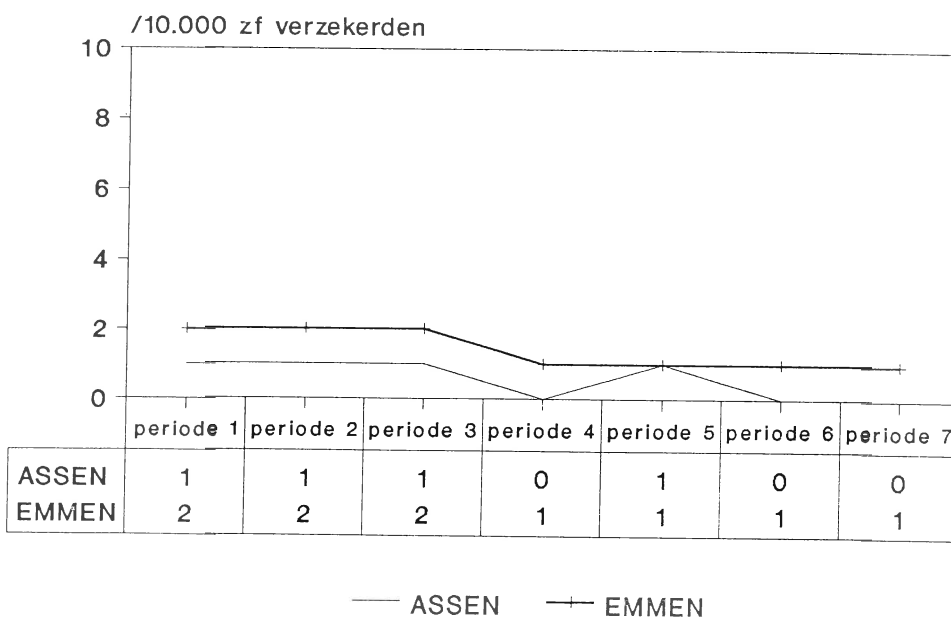
Figuur C12.: Verwijzingen ter behandeling  
CARA



Figuur C13.: Verwijzingen ter diagnose + behandeling  
CARA

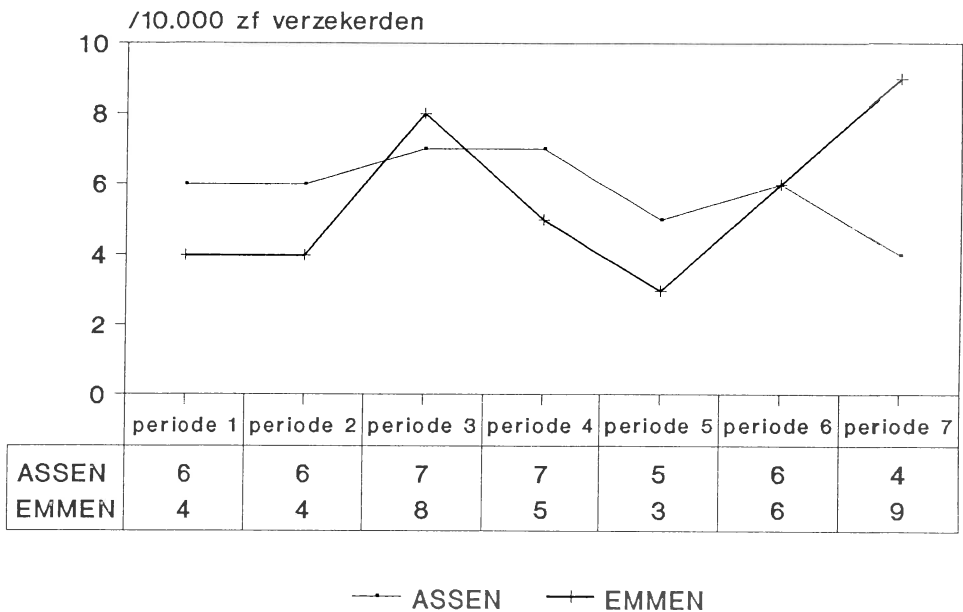


Figuur C14.: Interne geneeskunde  
CARA

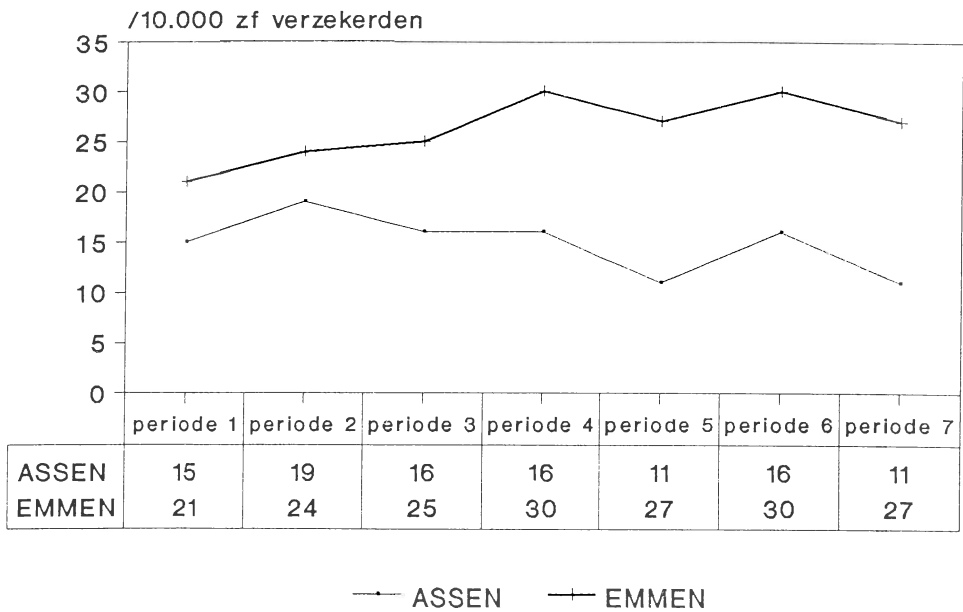




Figuur C15.: Kindergeneeskunde  
CARA



Figuur C16.: Longarts  
CARA





## **6. VOORSCHRIJVEN VAN GENEESMIDDELEN**

### **6.1. Inleiding**

In dit hoofdstuk worden de resultaten beschreven, die voortkomen uit de prescriptiegegevens van de aan het project deelnemende huisartsen.

In paragraaf 6.2. wordt de manier beschreven waarop het bestand is geanalyseerd.

Paragraaf 6.3. bevat de resultaten over de totale prescriptie van de huisartsen in Emmen en Assen.

In paragraaf 6.4. volgen de resultaten van de geneesmiddelen waarnaar tijdens het DBP speciale aandacht is uitgegaan.

De conclusies van het hoofdstuk worden beschreven in paragraaf 6.5.

### **6.2. Methode van onderzoek**

Niet alle middelen, die in het declaratiebestand van het ziekenfonds op naam van een bepaalde huisarts worden bijgeschreven zijn ook werkelijk door de huisarts zelf voorgeschreven of geven een maat voor diens voorschrijfgedrag (denk daarbij aan bijvoorbeeld oncolytica). Andere middelen laten niet toe dat ze in analyses worden opgenomen omdat er geen goede volumematen in termen van Defined Daily Doses beschikbaar zijn (denk daarbij aan bij voorbeeld vaccins).

We proberen te komen tot een eerlijke vergelijking van het voorschrijfgedrag van huisartsen in het project. Dit betekent dat ondervangen dient te worden dat huisartsen worden aangesproken op het gebruik van geneesmiddelen door de bij hen ingeschreven patiënten, waarop ze in hun voorschrijfgedrag absoluut geen invloed hebben. Om tot zo'n 'eerlijke pakketvergelijking' te komen zijn de volgende categorieën geneesmiddelen uit het declaratiebestand van het ziekenfonds onderscheiden:

Categorie 1:

Middelen die door huisartsen niet ongeautoriseerd mogen worden voorgeschreven volgens richtlijnen van ziekenfonds het Groene Land. Dit betreft Cidofudine, Erythropoëetine, Groeihormoon en Interferon.

### Categorie 2:

Middelen die vrijwel alleen door specialisten worden geïnitieerd en daarom weinig tot niets zeggen over het voorschrijfgedrag van huisartsen.

Bovendien zijn ze vaak zodanig duur zijn dat ze wel een flinke invloed op de kosten van voorschrijven kunnen hebben (de hiergenoemde geneesmiddelgroepen worden volgens gegevens van de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen slechts in minder dan één keer per 1000 recepten voorgeschreven).

A09 (digestiva inclusief enzymen)

B05 (plasmavervangingsmiddelen en perfusievloeistoffen)

B06 (overige haematologische middelen)

H01 (hypofyse en hypothalamus hormonen)

H03 (schildkliermiddelen)

H04 (pancreas hormonen)

H05 (calciumregulerende middelen)

J05 (systemische virustatica)

L01 (oncolytica)

L02 (hormonen) behalve L02AA (oestrogenen) en L02AB (progestagenen)

L03 (immunostimulantia)

L04 (immunosuppressiva)

### Categorie 3:

Middelen zonder (betrouwbare) DDD per recept:

\* alle middelen zonder ATC-code en dus zonder DDD-waarde.

\* een aantal middelen met ATC-code maar zonder (betrouwbare) DDD-waarde, te weten:

A13 (tonica)

B02 (antibaemorrhagica)

D01 tot en met D11 (dermatologica)

J06 (sera en immunoglobulinen)

J07 (vaccins)

N01 (anaesthetica)

S01 (middelen voor oogheelkundig gebruik)

S02 (middelen voor oorheelkundig gebruik)

S03 (oog- en oorheelkundige middelen)

V01 (allergenen)

V03 (overige therapeutische middelen)

V04 (diagnostica)

V06 (algemene voedingsstoffen)

## V07 (overige niet-therapeutische middelen)

De in paragraaf 6.3. gepresenteerde analyses hebben betrekking op drie verschillende pakketten:

A. *Alle prescripties*. Ter wille van de vergelijkbaarheid met historische ziekenfondscijfers en eerdere studies naar geneesmiddelengebruik worden resultaten gepresenteerd voor alle voorgeschreven middelen tezamen. Omdat niet voor alle middelen betrouwbare DDD-waarden zijn gedefinieerd, is het niet zinvol hier het aantal DDD's per verzekerde of de prijs per DDD te berekenen. Wél worden gegeven:

1. de kosten per verzekerde,
2. het aantal recepten per verzekerde,
3. de prijs per recept.

B. *Huisarts geïnitieerde prescripties*, waarin alle drie bovengenoemde categorieën zijn uitgesloten. Deze groep van middelen is gescreend op betrouwbare DDD waarden. Voor dit pakket zijn per regio berekend:

1. de kosten per verzekerde,
2. het aantal DDD's per verzekerde,
3. de prijs per DDD.

Daarenboven zijn omwille van de vergelijkbaarheid met de hieronder genoemde groepen geneesmiddelen nog berekend:

4. het aantal recepten per verzekerde,
5. de prijs per recept.

C. *Specialistische middelen*. Deze geneesmiddelen (categorie 1 plus categorie 2) worden in de meeste gevallen door de specialist voorgeschreven. Om een indruk te krijgen van volume en kosten van deze groep middelen zal worden berekend:

1. de kosten per verzekerde,
2. het aantal recepten per verzekerde,
3. de prijs per recept.

De analyses zullen op dezelfde wijze plaats vinden als bij de verwijzingen. Per huisarts of per praktijk (afhankelijk van de wijze waarop de geneesmiddelen zijn gedeclareerd) is een reeks van zeven perioden beschikbaar met per groep de hierboven genoemde ratio's. De eerste periode geldt ook hier als voormeting (van mei tot en met augustus 1989). Dan volgen de perioden september tot en met november 1989

(1), december 1989 tot en met februari 1990 (2), maart tot en met mei 1990 (3), juni tot en met augustus 1990 (4), september tot en met november 1990 (5), december 1990 tot en met januari 1991 (6). De voormeting bestaat uit vier maanden en is ten behoeve van de vergelijkbaarheid omgerekend tot drie maanden (c.q. vermenigvuldigd met 0.75). Om dezelfde reden is periode 6, bestaande uit twee maanden genormeerd op drie maanden door te vermenigvuldigen met 1.5.

Vervolgens is een regressieanalyse uitgevoerd op de verschillen tussen gegevens uit de zes perioden ten opzichte van de referentieperiode. De analyses hebben betrekking op de gehele observatieperiode, op de eerste vier perioden afzonderlijk (het eerste jaar) en op de laatste vier perioden (periode 3 tot en met 6: het laatste jaar). Daarbij is het van belang zich te realiseren, dat het eerste en laatste jaar elkaar overlappen. Op deze manier is het mogelijk eventuele trendbreuken te signaleren. Een effect zou immers wel eens alleen in het laatste jaar op kunnen treden, terwijl over de gehele periode geen effect was gesignaleerd. Bovendien kan zo ook een sterk initieel effect worden aangetoond, terwijl over het laatste jaar (en wellicht zelfs over de gehele periode) geen veranderingen zijn gevonden.

In de regressievergelijking met als criterium (afhankelijke variabele) één van de genoemde aspecten van voorschrijven is als predictor opgenomen de trend, die aangeeft of zich in de loop der tijd veranderingen hebben voorgedaan die voor beide regio's tezamen gelden (trend) en een predictor die verschillen tussen regio's detecteert. In de tabellen in dit hoofdstuk worden van beide predictoren de  $\beta$ -waarden gegeven\*.

Nog een opmerking moet worden gemaakt over de bij de analyses gebruikte DDD-waarden. Per ATC therapeutische hoofdgroep is bekend hoeveel recepten er zijn afgeleverd en van hoeveel daarvan een DDD-waarde bekend is. Dat er recepten voorkomen zonder DDD-waarde (waarbij overigens wel de kosten bekend zijn) betekent dat het aantal opgegeven DDD's te laag kan zijn. In voorkomende gevallen dient het ontbrekende aantal DDD's dus geschat te worden om tot betrouwbare

---

\* Het gehanteerde regressie-model is als volgt formeel weer te geven:

$$Y' = A + B_1 X_1 + B_2 X_2$$

waarbij

$Y'$  = geschatte criteriumvariabele

$A$  = intercept

$B_i$  = regressiecoëfficiënt

$X_1$  = periode

$X_2$  = regio (dummy variabele)

resultaten te komen. Voor zover nodig is dat in deze studie op de volgende wijze gedaan. Per huisarts/praktijk, per periode en per ATC therapeutische hoofdgroep zijn drie gegevens geïnventariseerd: het aantal gedeclareerde recepten, het aantal recepten met bekend aantal DDD's en het totaal aantal berekende, bekende DDD's. Het geschatte aantal DDD's is nu het aantal recepten, gedeeld door het aantal recepten met bekend DDD-tal, vermenigvuldigd met het aantal opgegeven DDD's. In formule:

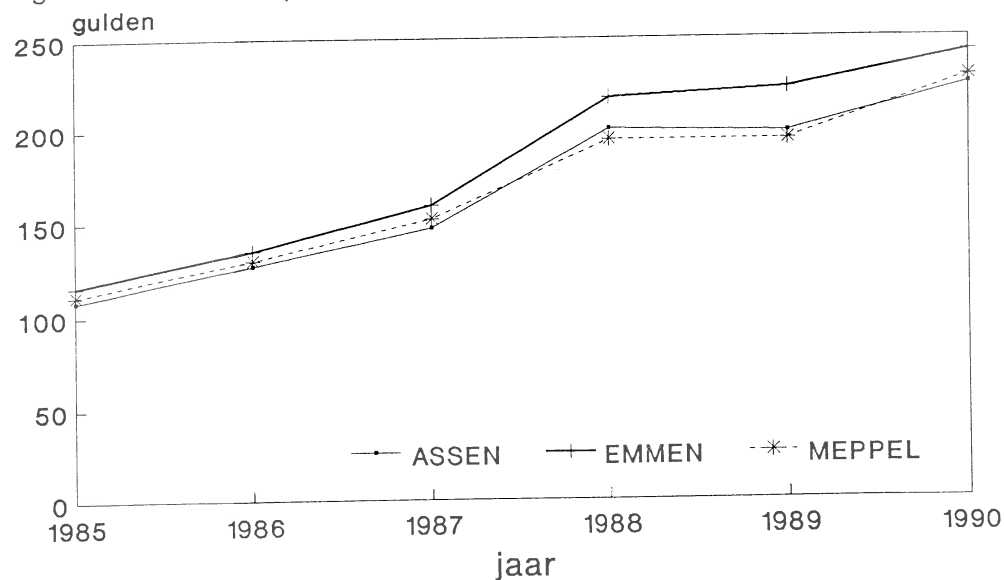
$$\text{DDD}_{\text{geschat}} = \frac{\text{aantal recepten}}{\text{aantal recepten met bekend DDD}} * \text{opgegeven aantal DDD}$$

Het voordeel van deze schattingsmethode (per huisarts correctie binnen een therapeutische hoofdgroep) boven een meer geaggregeerde benadering (schatting per huisarts of regio) is, dat deze benadering het gemiddelde aantal DDD's binnen de hoofdgroep in beschouwing neemt, en niet corrigeert, wanneer dat niet perse nodig is.

Waar in het vervolg DDD's ter sprake komen betreft het dus steeds het op deze wijze geschatte aantal DDD's.

### 6.3. Resultaten

Figuur 6.1.: Prescriptiekosten per verzekerde



In figuur 6.1. wordt een historisch overzicht gegeven van de kosten voor alle prescripties over de periode 1985 tot en met 1990 van de regio's Emmen, Assen en Meppel. Gedurende al deze jaren zijn de prescriptiekosten in Emmen hoger geweest dan in Assen. Deze regio heeft steeds weer iets hogere cijfers dan de regio Meppel. In de jaren '88 tot en met '90 zijn de verschillen tussen Emmen en Assen wat groter dan in de daaraan voorafgaande jaren.

#### *Alle prescripties*

De kosten per verzekerde voor alle prescripties stijgt in beide regio's significant en er bestaan in dat opzicht geen verschillen tussen Emmen en Assen (figuur 6.2.). De kosten per verzekerde in Emmen en Assen liggen absoluut gezien evenwel dichter bij elkaar dan in het geval van het pakket huisarts geïnitieerde geneesmiddelen. In Assen wordt wat meer aan geneesmiddelen buiten het huisarts geïnitieerde pakket uitgegeven (van f7.50 oplopend tot f15 in de laatste periode), terwijl in Emmen daaraan f7.00, oplopend tot f13.00 per verzekerde per drie maanden wordt gespendeerd.

Het aantal recepten per verzekerde stijgt over de gehele periode in beide regio's even sterk (figuur 6.3.). Was er dus bij het hierboven besproken pakket door huisartsen geïnitieerde prescripties sprake van dat huisartsen uit Emmen wat meer recepten per verzekerde voorschreven en in Assen wat minder, daarvan is over alle prescripties gezien geen sprake.

De prijs per recept stijgt in beide regio's, maar minder sterk in Emmen. Absoluut gezien blijft de prijs per recept in Emmen uiteindelijk toch zo'n 6 à 7% hoger dan in Assen. Dit resultaat wijkt niet af van die van het pakket huisarts geïnitieerde prescripties (figuur 6.4.).



*Huisarts geïnitieerde prescripties*

Tabel 6.1.:  $\beta$  waarden voor trend en regio in regressie analyse van prescriptiekenmerken

Prescriptie kenmerken	eerste jaar experiment		laatste jaar experiment		totale observatieperiode	
	trend	Emmen	trend	Emmen	trend	Emmen
		t.o.v. Assen		t.o.v. Assen		t.o.v. Assen
<i>alle prescripties</i>						
kosten per verzekerde	.22**	-.04	.11*	-.01	.27**	-.03
recept per verzekerde	.03	.08	.07	.08	.11*	.06
prijs per recept	.34**	-.19**	.07	-.17**	.28**	-.16**
<i>huisarts geïnitieerde prescripties</i>						
kosten per verzekerde	.12*	.01	.02	.07	.13**	.04
DDD per verzekerde	.01	.09	-.08	.15**	-.05	.11**
prijs per DDD	.26**	-.17**	.25**	-.13**	.39**	-.13**
recept per verzekerde	-.01	.07	-.06	.12**	-.05	.08*
prijs per recept	.32**	-.29**	.12*	-.25**	.31**	-.25**
<i>specialistische prescripties</i>						
kosten per verzekerde	.08	.08	.01	.10	.09*	.08
recept per verzekerde	.22**	.00	.03	.12*	.20**	.06
prijs per recept	.02	.08	.00	.07	.02	.06

\*  $p \leq .05$  ( $T \geq 1.96$ )

\*\*  $p \leq .01$  ( $T \geq 2.58$ )

Evenals bij alle prescripties stijgen de kosten per ziekenfondsverzekerden in beide regio's, met name in de eerste jaar van het DBP. In het laatste jaar lijken de kosten zich enigszins te stabiliseren. Er bestaan wat betreft deze ontwikkelingen geen verschillen tussen Emmen en Assen. Reeds vooraf bestaande hogere kosten per verzekerde in Emmen blijven gedurende de gehele periode onveranderd bestaan (figuur 6.5.). Het aantal voorgeschreven DDD's per verzekerde laat verschillen tussen beide regio's zien. In Emmen stijgt het aantal DDD's per verzekerde, met name in het laatste jaar vergeleken met Assen, waar een dalend aantal DDD's

per verzekerde over de gehele periode wordt waargenomen (figuur 6.6.). De prijs per DDD stijgt weliswaar in beide regio's, maar in Emmen minder snel dan in Assen (figuur 6.7.). In dit geval zou er sprake kunnen zijn van een artefact. De verschillen tussen Emmen en Assen worden vooral veroorzaakt door de enigszins hogere uitgangspositie van Emmen in de referentieperiode, terwijl voor het overige de kosten per DDD in beide regio's gelijk opgaan.

Het aantal recepten per verzekerde stijgt in Emmen ten opzichte van Assen vooral in het laatste jaar en er is geen sprake van trend. Daar dient bij te worden aangetekend dat de uitgangspositie van Emmen aanzienlijk lager was dan die in Assen (figuur 6.8.). In combinatie met informatie ten aanzien van het aantal DDD's per verzekerde kan men hier uit concluderen, dat huisartsen in Emmen meer DDD's per recept voorschrijven, en dat dit in de loop der tijd zo blijft. De prijs per recept stijgt in beide regio's, maar in Emmen minder sterk dan in Assen. Absoluut gezien blijft de prijs per recept in Emmen uiteindelijk toch nog zo'n 10% hoger dan in Assen (figuur 6.9.).

#### *Specialistische prescripties*

Voor we ingaan op de analyses van de door specialisten voorgeschreven middelen is het belangrijk om deze groep middelen in perspectief te plaatsen van het totaal van de voorgeschreven middelen. Slechts ongeveer 1 pro mille van de recepten in het bestand bestaat uit deze middelen. Het betreft daarbij echter wel 3 à 5% van de totale kosten van geneesmiddelen. Overigens is het opmerkelijk, dat in absolute zin, zowel de kosten per verzekerde en per recept als het aantal recepten per verzekerde steeds hoger is in Assen voor de specialistische middelen (de kosten per verzekerde variëren van f1.04 tot f1.86 in Emmen, en tussen de f2.23 en f2.63 in Assen. Het aantal voorschriften varieert 13 en 20 per 1000 verzekerden in Emmen en tussen de 23 en 27 per 1000 verzekerden in Assen).

Er is sprake van een oplopende trend tussen 1989 en 1991 voor wat betreft de kosten per verzekerde en het aantal recepten per verzekerde (figuur 6.10.), maar de reeds bestaande verschillen tussen Emmen en Assen zijn niet veranderd. Alleen in het laatste jaar stijgt het aantal recepten in Emmen iets sneller dan in Assen (figuur 6.11.). De prijs per recept stijgt in geen van beide regio's significant (figuur 6.12.).

## 6.4. Prescriptie thema's\*\*

### Antibiotica (ATC: J01 JO3 G04A)

#### *Constructie van de kwaliteitsmaat*

Voor deze redelijk heterogene groep geneesmiddelen is het niet altijd duidelijk welke middelen als gewenste- in de kwaliteitsratio dienen te worden opgenomen. Er bestaan immers zeer veel verschillende antibiotica, die ieder hun specifieke toepassing kennen (smal-spectrum antibiotica) of juist niet (breed-spectrum antibiotica). Omdat bovendien de prescriptiegegevens niet diagnose specifiek worden verzameld en er vele indicaties voor antibiotica bestaan, is het niet mogelijk om te beoordelen of bij een bepaalde indicatie de juiste middelen worden voorgeschreven. Toch is het mogelijk om een kwaliteitsmaat te construeren. In de huisartspraktijk zijn de twee belangrijkste diagnosecategorieën, waarvoor antibiotica worden voorgeschreven urineweginfecties en luchtweginfecties. Urineweginfecties kennen een incidentie van ongeveer 10 per 1000 patiënten per jaar, luchtweginfecties van 65 per 1000 patiënten per jaar (Morbiditeitsrapport Nationale Studie). Bij de urineweginfecties wordt, wanneer de huisarts deze constateert, bijna altijd tot het voorschrijven van een antibiotica-kuur overgegaan. Bij luchtweginfecties hangt het voorschrijven van antibiotica veel meer af van een afweging waarbij voorschrijfgeneigdheid van de arts, ernst van de aandoening en andere patiëntkenmerken een belangrijke rol spelen. De antibiotica, die in de formularia voor urineweginfecties en luchtweginfecties als eerste keus middelen worden aangemerkt fungeren als teller voor de 'positieve' kwaliteitsratio. Dit betreft voor urineweginfecties trimethoprim en voor luchtweginfecties doxycycline en amoxicilline. De noemer wordt gevormd door alle antibiotica uit de ATC-groepen J01, J03 en G04A.

Daarnaast is voor de antibiotica ook een tweede, 'negatieve' kwaliteitsmaat geconstrueerd. In het door de huisartsen in Emmen vastgestelde formularium is namelijk een duidelijke waarschuwing tot terughoudendheid aangaande het voorschrijven van Augmentin opgenomen, zodat te verwachten valt dat het aantal uitgeschreven recepten voor dit middel op het totaal zal zijn teruggelopen. De negatieve kwaliteitsmaat is geoperationaliseerd als het aantal voorschriften Augmentin op het totaal aantal antibiotica voorschriften.

---

\*\* Voor de prescriptiethema's die expliciet in het DBP aan de orde zijn geweest wordt in de analyses gebruik gemaakt van huisarts geïnitieerde middelen.

## Resultaten

Tabel 6.2.:  $\beta$  waarden voor trend en regio in regressie analyse van prescriptiekenmerken van antibiotica

Prescriptie kenmerken	eerste jaar experiment		laatste jaar experiment		totale periode	
	trend	Emmen t.o.v. Assen	trend	Emmen t.o.v. Assen	trend	Emmen t.o.v. Assen
kosten per verzekerde	-.19**	-.18**	.05	-.22**	-.09*	-.20**
DDD per verzekerde	-.26**	-.06	.04	-.07	-.14**	-.06
prijs per DDD	.09	-.25**	.01	-.28**	.08*	-.27**
DDD per recept (1e keus)	-.05	-.12*	-.02	-.17**	-.08	-.14**
DDD per recept (totaal)	-.03	-.03	-.02	-.00	-.07	-.02
kwaliteitsratio I	-.05	.43**	.10	.36**	.04	.39**
kwaliteitsratio II	.00	-.20*	.11	-.32**	.08	-.26**

De kosten per verzekerde voor antibiotica zijn over de gehele periode gezien in Assen gelijk gebleven tot licht gestegen. Voor Emmen geldt een absolute daling, die ten opzichte van Assen gezien nog sterker is. Emmen blijft absoluut gezien echter de gehele periode steeds duurder dan Assen (figuur 6.13.).

Het volume antibiotica per verzekerde laat een dalende trend zien in beide regio's. De in de voormeting aanwezige verschillen tussen Assen en Emmen veranderen echter niet (figuur 6.14.).

De prijs per DDD laat een sterk stijgende trend zien in Assen en een sterke daling in Emmen (figuur 6.15.). Dat betekent dat er in Emmen in toenemende mate goedkopere antibiotica zijn voorgeschreven.

Het aantal DDD's per recept voor de gewenste antibiotica daalt in zowel Emmen als Assen, hetgeen een gemiddeld kortere kuurlengte betekent. Deze daling is in Emmen, vanuit een hoger aanvangsniveau, sterker dan in Assen, te weten van ongeveer 9 naar 8 dagen (figuur 6.16.). Voor de totale groep antibiotica is geen significante verandering voor de kuurlengte zichtbaar (6.17.).

De 'positieve' kwaliteitsratio laat geen trend zien, maar een aanzienlijk significante stijging in de regio Emmen ten opzichte van Assen: Dit betekent dat een groter deel van de recepten voor antibiotica in Emmen

volgens het formularium wordt voorgeschreven (figuur 6.18.).

De 'negatieve' kwaliteitsratio laat eveneens geen trend zien, maar wel een duidelijke vermindering in Emmen ten opzichte van Assen (figuur 6.19.): Dit betekent dat in Emmen steeds minder recepten voor Augmentin worden voorgeschreven ten opzichte van het totale aantal recepten voor antibiotica. Dit komt overeen met het volgens formularium gewenste terughoudendheid ten aanzien van het voorschrijven van Augmentin.

### **Analgetica/antirheumatica (ATC: N02B/M01A)**

#### *Constructie van de kwaliteitsmaat*

Bij deze groep van geneesmiddelen biedt het formularium zoals dat is opgesteld een goed handvat voor het construeren van een kwaliteitsmaat. In het formularium is namelijk sprake van een aantal middelen in deze groep waarmee de huisartspraktijk in principe zou dienen uit te komen in het merendeel van de gevallen van pijn en rheumabestrijding. Alle andere middelen zijn in principe minder gewenst. De volgende gewenste middelen worden derhalve in de teller van de kwaliteitsratio voor analgetica/antirheumatica opgenomen:

1. acetylsalicylzuur
2. paracetamol
3. carbasalaat calcium
4. ibuprofen
5. naproxen
6. diclofenac

Alle middelen in deze groep van geneesmiddelen vormen de noemer van de kwaliteitsratio.

Tijdens de interventie is vanaf februari 1990 aandacht besteedt aan deze groep geneesmiddelen, zodat de eerste effecten pas na deze datum verwacht mogen worden.

## Resultaten

Tabel 6.3.:  $\beta$  waarden voor trend en regio in regressie analyse van prescriptiekenmerken van analgetica / antirheumatica

Prescriptie kenmerken	eerste jaar experiment		laatste jaar experiment		totale periode	
	trend	Emmen t.o.v. Assen	trend	Emmen t.o.v. Assen	trend	Emmen t.o.v. Assen
kosten per verzekerde	.03	-.02	-.08	.07	-.01	.05
DDD per verzekerde	.02	-.07	-.11*	.16**	-.05	.12**
prijs per DDD	.03	-.09	.10*	-.20**	.13**	-.15**
DDD per recept (1e keus)	-.04	-.10	-.07	-.06	-.08	-.07
DDD per recept (totaal)	.04	-.18**	-.02	-.15**	.01	-.17**
kwaliteitsratio	.21**	.07	.15**	.26**	.25**	.17**

\*  $p \leq .05$  ( $T \geq 1.96$ )

\*\*  $p \leq .01$  ( $T \geq 2.58$ )

Voor de kosten per verzekerde vinden we absoluut gezien dat Emmen over de gehele periode zo'n 25% duurder is dan Assen (figuur 6.20.). Deze verschillen blijven onveranderd bestaan en zijn niet onderhevig aan trendverschuivingen.

Over de gehele periode is er voor het voorschrijfvolume in Emmen een stijging te zien van het volume van deze middelen en een lichte daling in Assen (figuur 6.21.).

De prijs per DDD laat een stijgende trend zien. Deze is echter sterker in Assen dan in Emmen (figuur 6.22.).

Het aantal DDD's per recept van eerste keuze middelen laat geen significante verschillen zien voor trend of regio (figuur 6.23.). Het aantal DDD's per recept over alle analgetica/antirheumatica kent geen trend, maar laat wel een daling zien in Emmen ten opzichte van Assen (figuur 6.24).

De kwaliteitsratio stijgt in beide regio's, maar significant sterker in Emmen: vanuit een lagere uitgangspositie is in het laatste jaar van de interventie de kwaliteitsratio steeds hoger dan in Assen (figuur 6.25.)

## Anxiolytica, hypnotica en sedativa (ATC: N05B en N05C)

### Constructie van de kwaliteitsmaat

Een belangrijk facet van de nascholing richt zich op het verminderen van het voorschrijven van deze middelen vanwege met name verslavings- en gewenningsproblematiek. Dit geldt voor vrijwel alle momenteel veel gebruikte middelen in deze groep. Het voorschrijven van deze middelen gebeurt in hoofdzaak voor twee indicaties: angst/nervositas en slaapproblematiek. Voor deze indicaties in de huisartsgeneeskundige praktijk is er in het formularium gekozen om van een beperkt arsenaal aan middelen gebruik te maken. Dit zijn:

1. de anxiolytische benzodiazepines: diazepam en oxazepam,
2. de hypnotica en sedativa lormetazepam en temazepam.

Deze middelen vormen samen de teller van de kwaliteitsratio voor deze groep geneesmiddelen. De gehele groep vormt de noemer van de kwaliteitsratio.

### Resultaten

Tabel 6.4.:  $\beta$  waarden voor trend en regio in regressie analyse van prescriptiekenmerken van anxiolytica, hypnotica en sedativa

Prescriptie kenmerken	eerste jaar experiment		laatste jaar experiment		totale periode	
	trend	Emmen	trend	Emmen	trend	Emmen
		t.o.v. Assen		t.o.v. Assen		t.o.v. Assen
kosten per verzekerde	.02	.00	-.01	.02	.02	.02
DDD per verzekerde	-.11*	.14**	-.11*	.24**	-.16**	.18**
prijs per DDD	.19**	-.20**	.09	-.23**	.20**	-.20**
DDD per recept (1e keus)	-.12*	.05	-.00	-.01	-.07	-.01
DDD per recept (totaal)	-.17**	.00	-.11*	.03	-.20**	.01
kwaliteitsratio	.04	-.04	.08	-.01	.10*	-.02

Voor de kosten per verzekerde vinden we voor deze middelen géén verschillen in trend en ook niet tussen de beide regio's (figuur 6.26.).

Over de gehele periode laat beide regio's een daling van het volume van voorschrijven zien. Deze daling is echter aanzienlijk sterker in Assen dan in Emmen (figuur 6.27.).

Er bestaat een stijgende trend voor de kosten per DDD in beide regio's (figuur 6.28.). Deze stijging is in de regio Emmen echter aanzienlijk geringer dan in Assen.

Het aantal DDD's per recept bij middelen van de eerste keus veranderd niet significant in beide regio's (figuur 6.29.). Wel is er, eveneens in beide regio's, een trend naar minder DDD's per recept voor de gehele groep anxiolytica, hypnotica en sedativa (figuur 6.30.).

De kwaliteitsratio stijgt over de gehele periode bezien. Hierbij is geen verschil tussen Emmen en Assen te constateren (figuur 6.31.).

### **CARA middelen (ATC: A03AB03 H02AB06 R03)**

#### *Constructie van de kwaliteitsmaat*

Tot de bij deze aandoeningen gebruikte middelen kan men als belangrijkste rekenen de antibiotica, die gebruikelijk zijn bij luchtweginfectis (doxycycline, amoxicycline etc.), systemische- en inhalatiecorticosteroiden, systemische- en inhalatie sympathicomimetica, parasympholytica, xanthinoderivaten, mucolytica en bepaalde antihistaminica. Omdat de genoemde antibiotica ook al zijn gebruikt in de kwaliteitsratio voor antibiotica en bovendien voor meerdere indicaties dan alleen CARA voorgeschreven worden is het minder zinvol om deze eveneens in een kwaliteitsratio voor CARA op te nemen vanwege mogelijke interactie-effecten. Om dezelfde reden zijn ook mucolytica uit deze ratio geweerd. We beperken ons daarom tot de meer specifiek voor CARA gereserveerde middelen, de CARA-middelen in engere zin.

Volgens het formularium verdienen de volgende middelen de voorkeur bij de bestrijding van CARA in de huisartspraktijk en worden dientengevolge in de teller van de kwaliteitsratio voor CARA-prescriptie opgenomen:

Prednisolone, Salbutamol, Beclomethason, Ipratropiumbromide, Cromoglycinezuur en Theophylline.



## Resultaten

Tabel 6.5.:  $\beta$  waarden voor trend en regio in regressie analyse van prescriptiekenmerken van CARA-middelen

Prescriptie kenmerken	eerste jaar experiment		laatste jaar experiment		totale periode	
	trend	Emmen t.o.v. Assen	trend	Emmen t.o.v. Assen	trend	Emmen t.o.v. Assen
kosten per verzekerde	.18**	.09	.06	.16**	.10**	.13**
recept per verzekerde	.08	.17**	.04	.27**	.13**	.21**
prijs per recept	.19**	-.25**	.01	-.29**	.13**	-.26**
kwaliteitsratio	.00	.11*	-.02	.15**	.00	.11*

\*  $p \leq .05$  ( $T \geq 1.96$ )

\*\*  $p \leq .01$  ( $T \geq 2.58$ )

Bij de CARA-middelen zien we een stijgende trend voor de kosten per verzekerde en het voorschrijfvolume. De stijging van de kosten is in de regio Emmen vanuit een reeds hogere uitgangspositie sterker dan in Assen (figuur 6.32.; 6.33.).

De prijs per recept blijft stabiel over de gehele periode in Emmen, terwijl deze zo'n 15% stijgt in Assen. Emmen blijft echter steeds op een ruim hoger niveau dan Assen (figuur 6.34.).

De kwaliteitsratio laat een stijging zien in Emmen ten opzichte van Assen. Emmen blijft wel steeds iets onder de score van Assen. Bij deze ratio moet bedacht worden dat er een plafondeffect kan optreden, omdat het aantal gewenste voorschriften op het totaal in beide regio's al zo'n kleine 90% beslaat zodat er nog maar weinig ruimte is voor verbetering (figuur 6.35.).

## 6.5. Conclusie

### *Prescriptie algemeen*

De kosten voor geneesmiddelen laten in beide regio's eenzelfde duidelijke stijgende trend zien. Dit is niet te verklaren door een sterke toename van

het voorschrijfvolume door huisartsen. De voornaamste onafhankelijke oorzaak lijkt een stijging van de medicijnprijzen. Het voorschrijfvolume van huisarts geïnitieerde prescripties in de regio Emmen is weliswaar toegenomen, maar dit wordt volledig gecompenseerd door een daling van de prijs per volume van door hen voorgeschreven middelen. Meer in het algemeen lijkt te gelden dat Emmense huisartsen meer, maar relatief goedkopere middelen gaan voorschrijven.

*Prescriptie van afzonderlijke groepen waaraan aandacht is besteed in het DBP*

Bij de groep antibiotica dalen in de regio Emmen de kosten per verzekerde. Deze daling wordt veroorzaakt door een combinatie van de keuze voor goedkopere middelen en voor kortere kuren.

Voor de analgetica/antirheumatica veranderen de kosten per verzekerde in beide regio's niet. Het voorgeschreven volume stijgt in Emmen, maar het betreft dan wel gemiddeld goedkopere middelen. Dit is overeenkomstig het beeld voor de totale huisarts geïnitieerde receptuur.

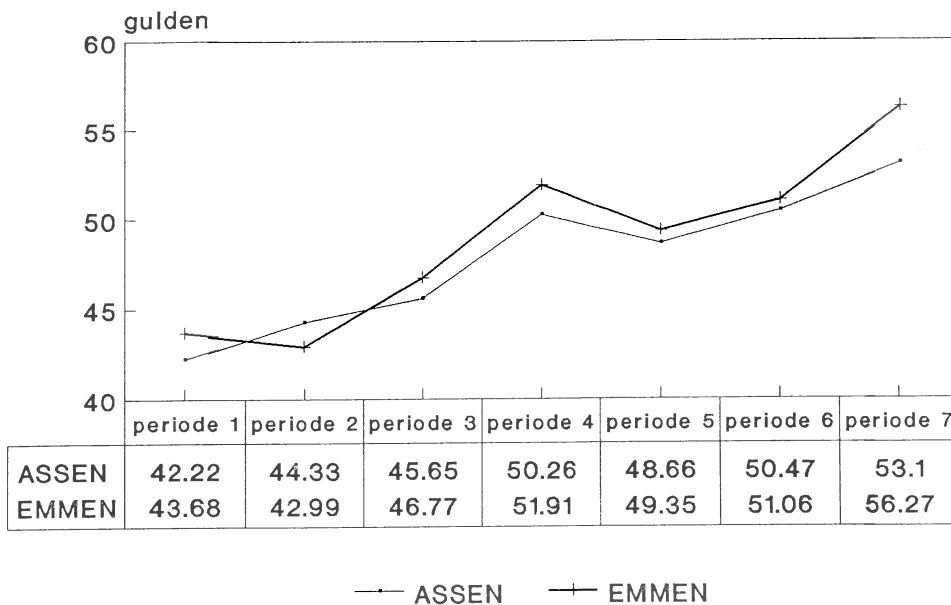
Bij de anxiolytica, hypnotica en sedativa blijven de kosten per verzekerde in de beide regio's over de gehele periode plus-minus hetzelfde. Dit echter als uitkomst van een stijgend volume bij een gemiddeld dalende prijs per volume. Dit is wederom conform de bevindingen voor huisarts geïnitieerde prescriptie. De lengte van de voorschriften voor deze groep middelen daalt in beide regio's in gelijke mate.

Bij de CARA-middelen treedt in beide regio's een stijging van de kosten per verzekerde op. Deze is in Emmen groter dan in Assen. De stijging in Emmen bestaat vooral uit een groter aantal recepten per verzekerde bij ongeveer gelijkblijvende prijs per recept.

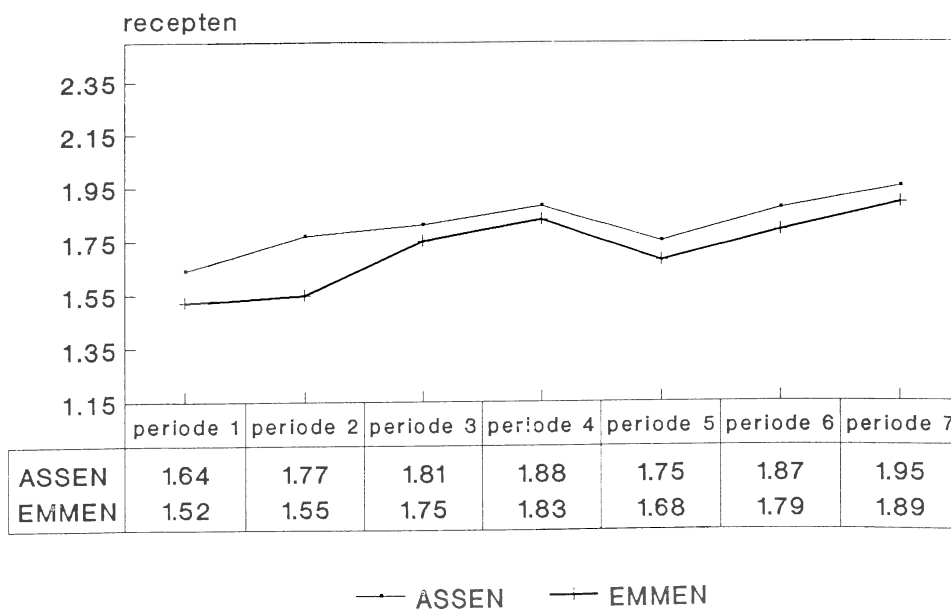
Al met al treden er dus geen grote veranderingen op in de kosten van voorschrijven, behalve dan dat de geneesmiddelen steeds duurder lijken te worden. Van een kostenbesparing kan op macro-niveau dus niet worden gesproken. Gelijke kosten worden overigens in Emmen globaal gezien wel op een andere manier gegenereerd, namelijk door een stijgend voorschrijfvolume van relatief goedkopere middelen, een dalend volume antibiotica en een stijgend volume CARA-middelen.

Voor de geneesmiddelengroepen, die zijn behandeld in het DBP is voor drie van de vier groepen de kwaliteit van voorschrijven in de regio Emmen significant toegenomen in vergelijking met de regio Assen. Voor de vierde groep middelen (anxiolytica, etc.) is de kwaliteit van voorschrijven even sterk toegenomen in beide regio's.

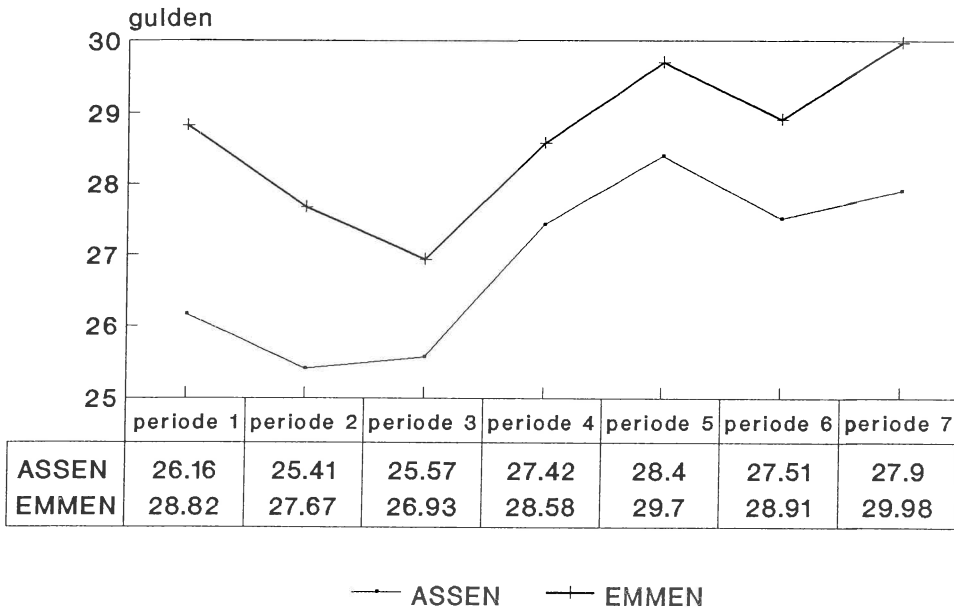
Figuur 6.2.: Kosten per verzekerde  
Alle prescripties



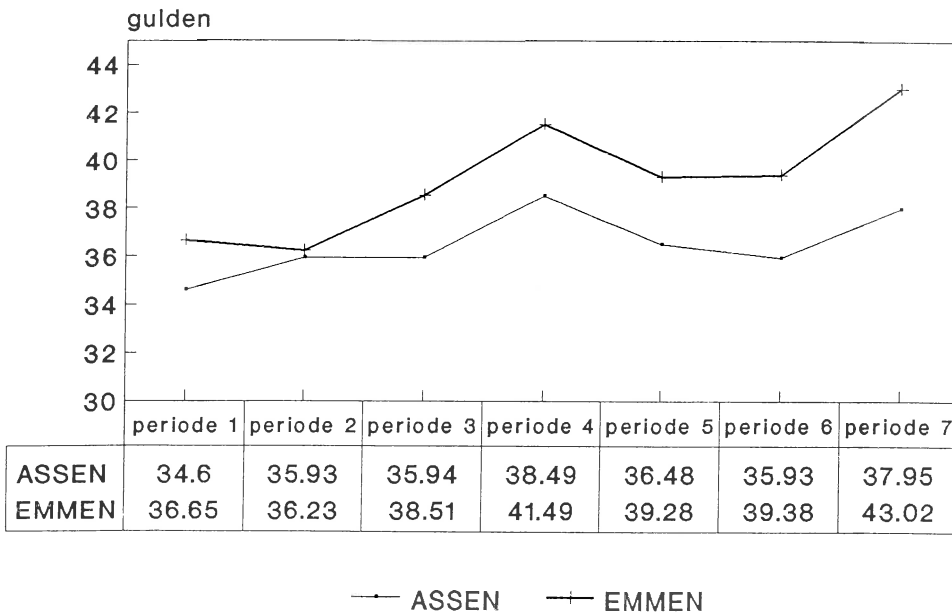
Figuur 6.3.: Recepten per verzekerde  
Alle prescripties



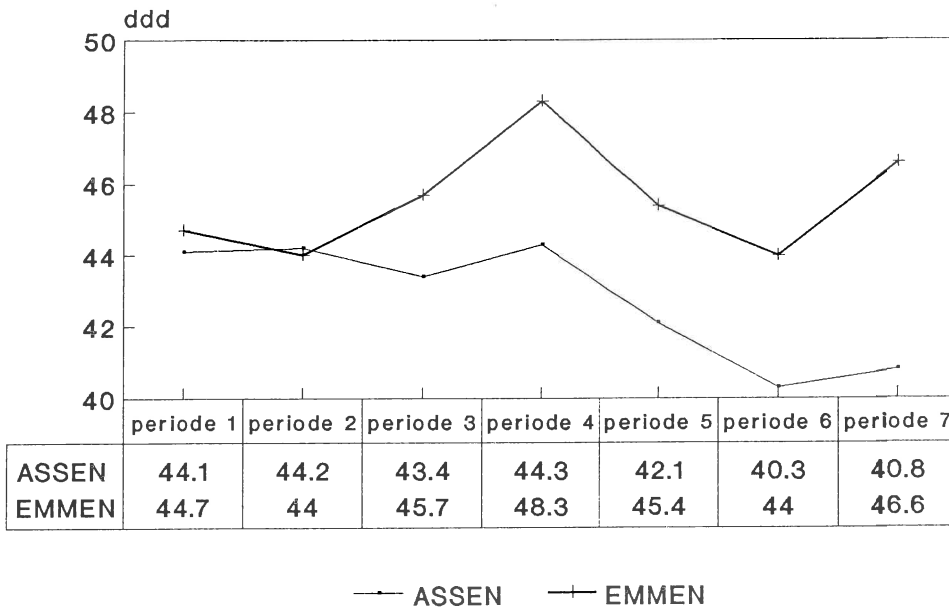
Figuur 6.4.: Prijs per recept  
Alle prescripties



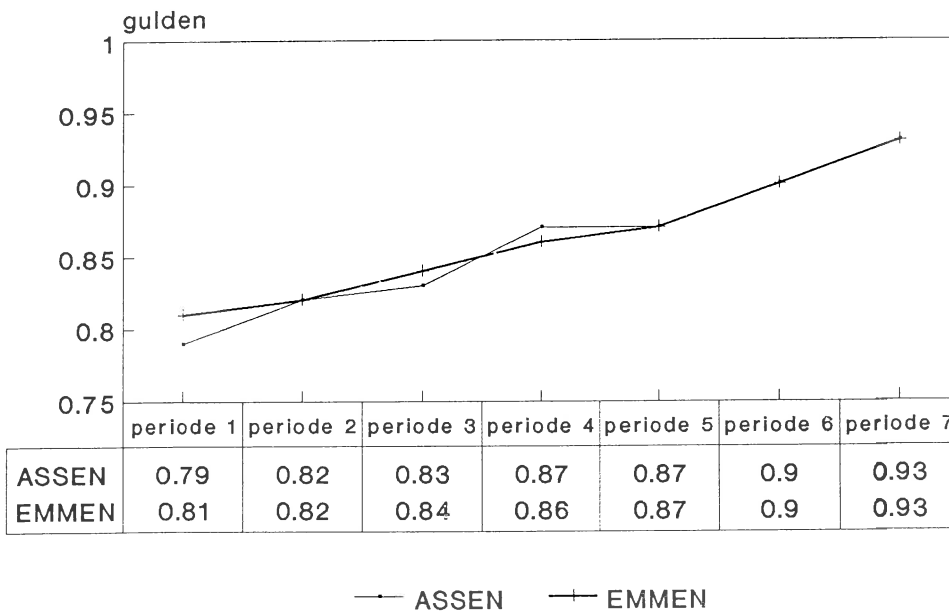
Figuur 6.5.: Kosten per verzekerde  
Huisarts geïnitieerde prescripties



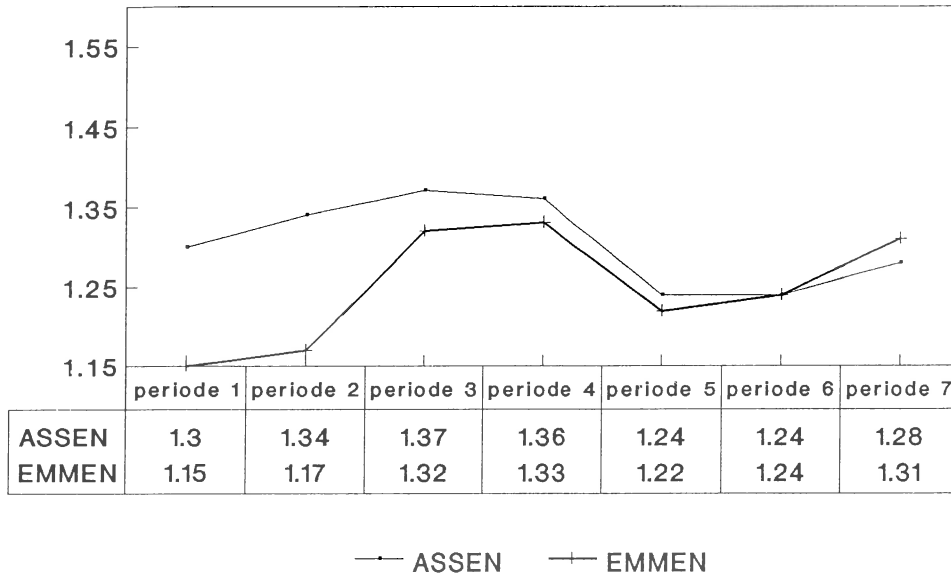
Figuur 6.6.: DDD per verzekerde  
Huisarts geïnitieerde prescripties



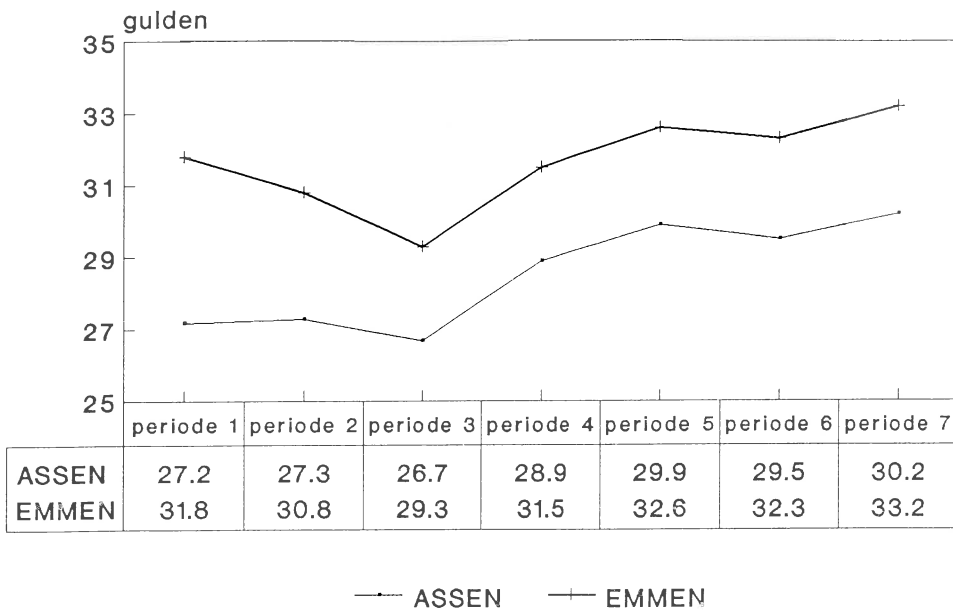
Figuur 6.7.: Prijs per DDD  
Huisarts geïnitieerde prescripties



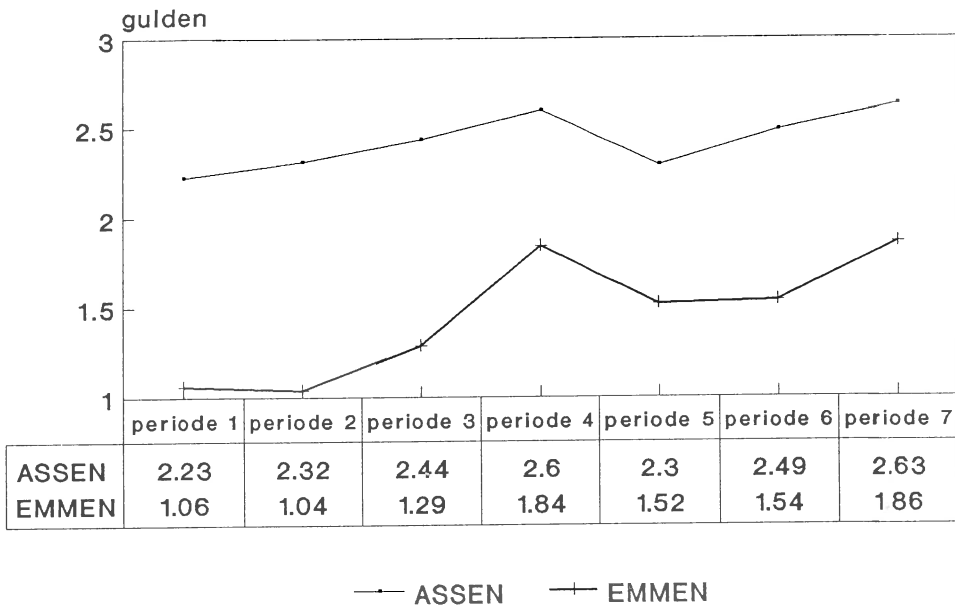
Figuur 6.8.: Recepten per verzekerde  
Huisarts geïnitieerde prescripties  
recepten



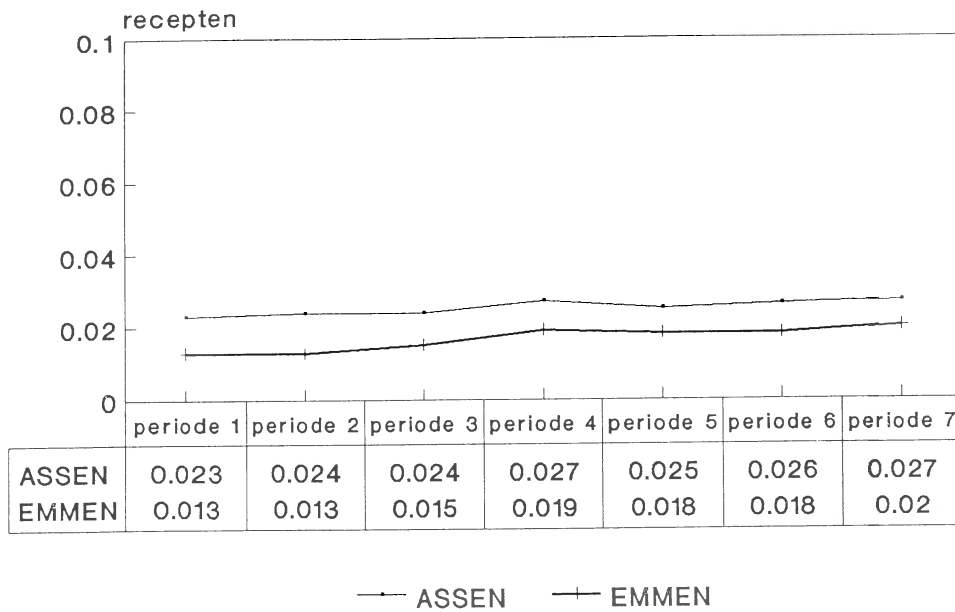
Figuur 6.9.: Prijs per recept  
Huisarts geïnitieerde prescripties  
gulden



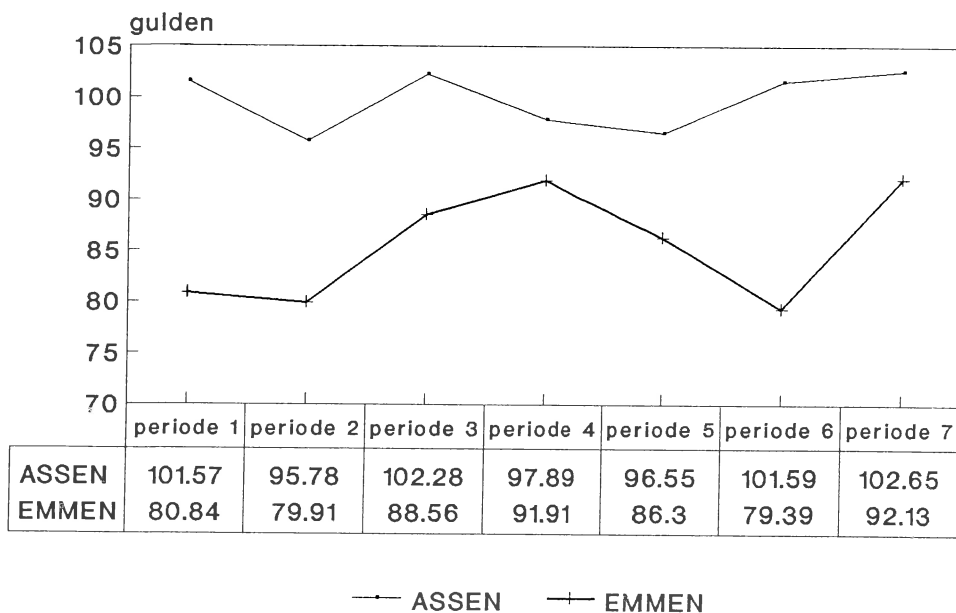
Figuur 6.10.: Kosten per verzekerde  
Specialist geïnitieerde prescripties



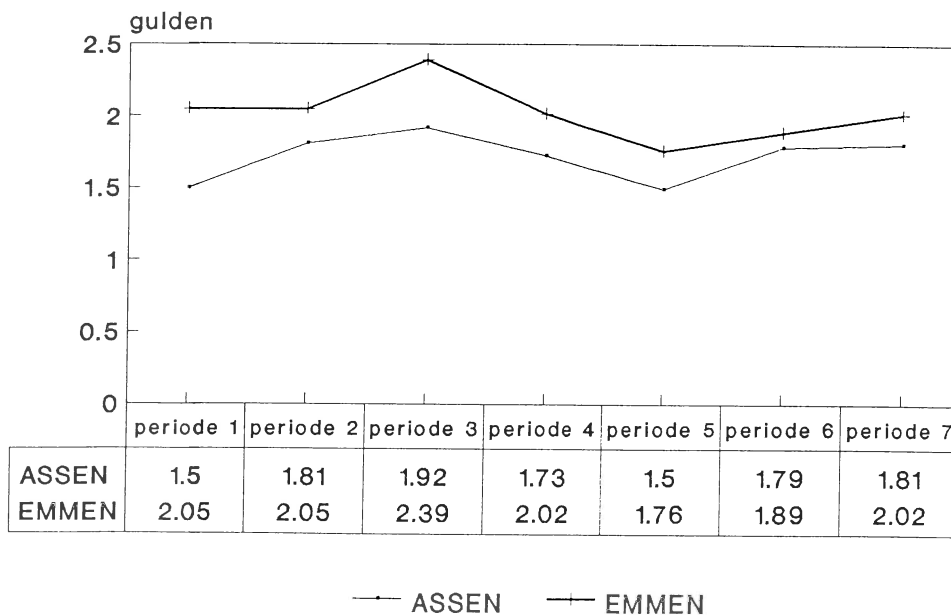
Figuur 6.11.: Recepten per verzekerde  
Specialist geïnitieerde prescripties



Figuur 6.12.: Prijs per recept  
Specialist geïnitieerde prescripties

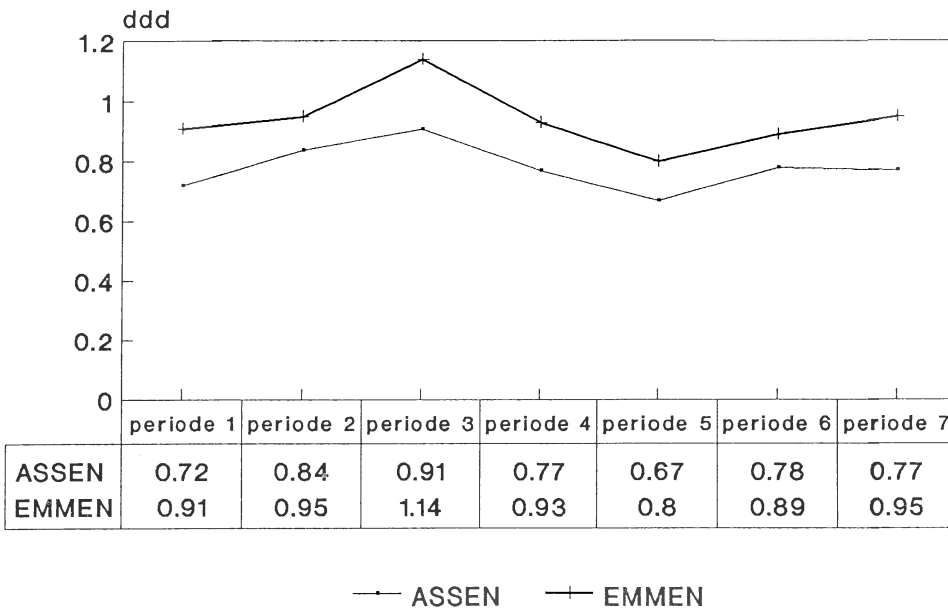


Figuur 6.13.: Kosten per verzekerde  
Antibiotica

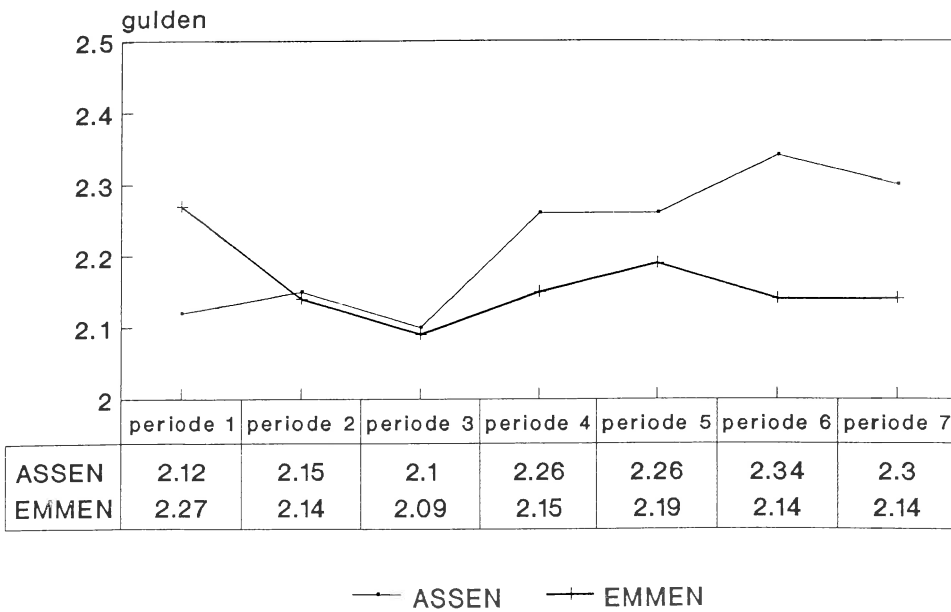




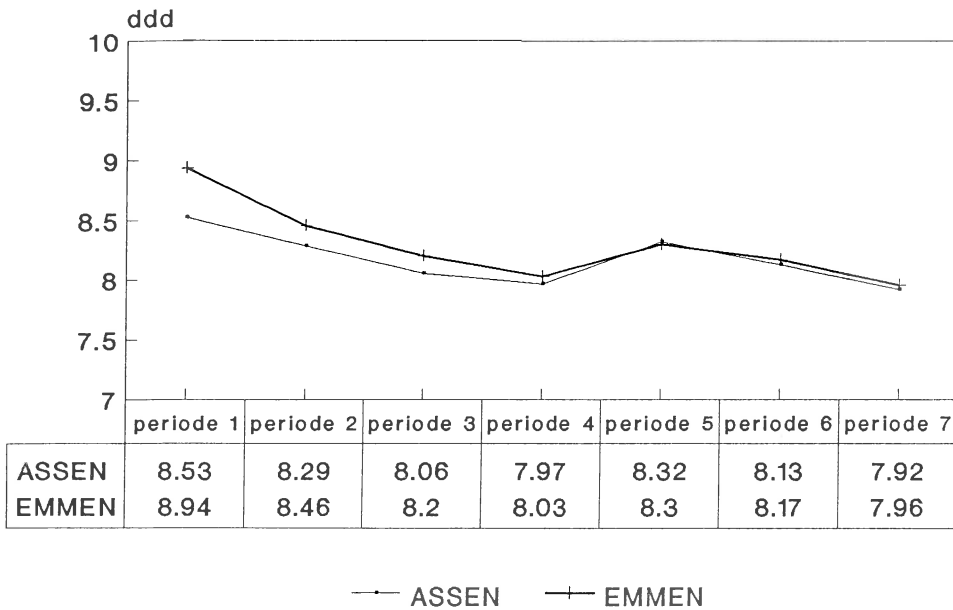
Figuur 6.14.: DDD per verzekerde  
Antibiotica



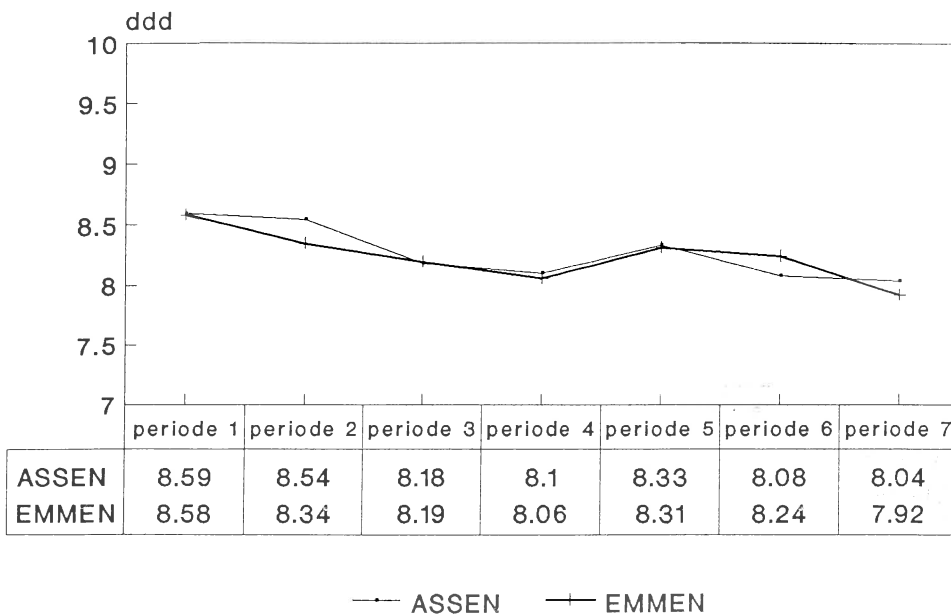
Figuur 6.15.: Prijs per DDD  
Antibiotica



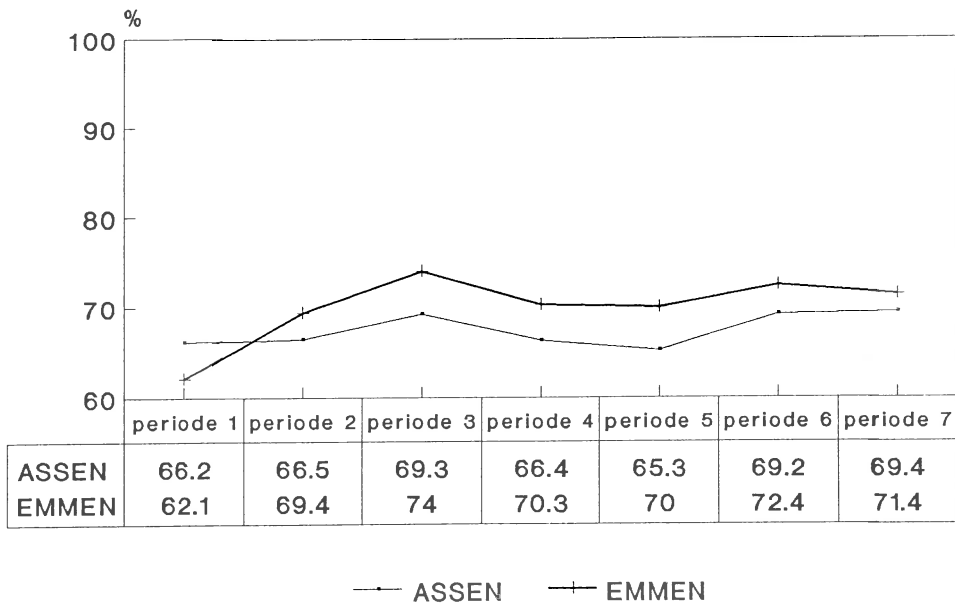
Figuur 6.16.: DDD per recept  
Antibiotica (1e keus)



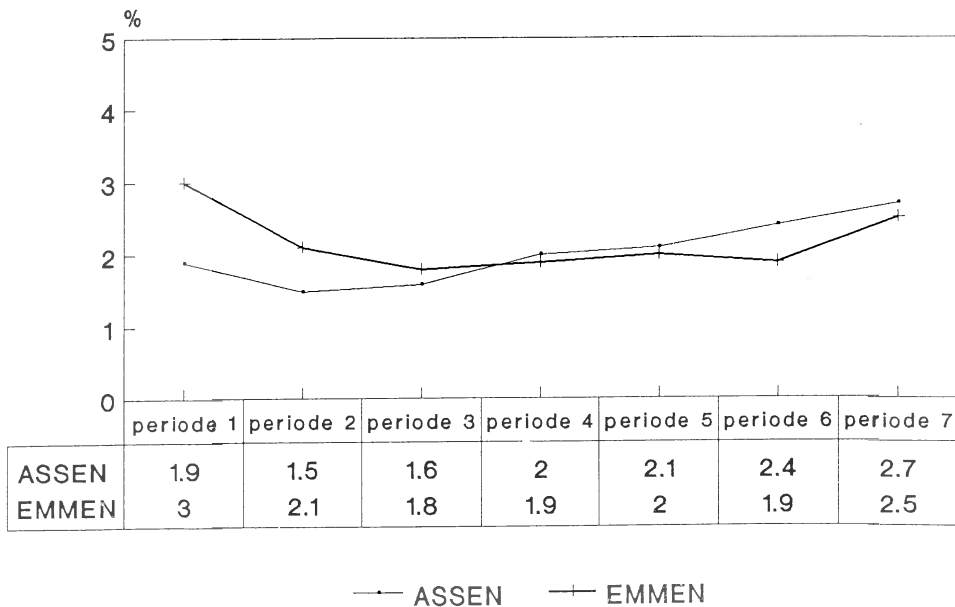
Figuur 6.17.: DDD per recept  
Antibiotica (totaal)



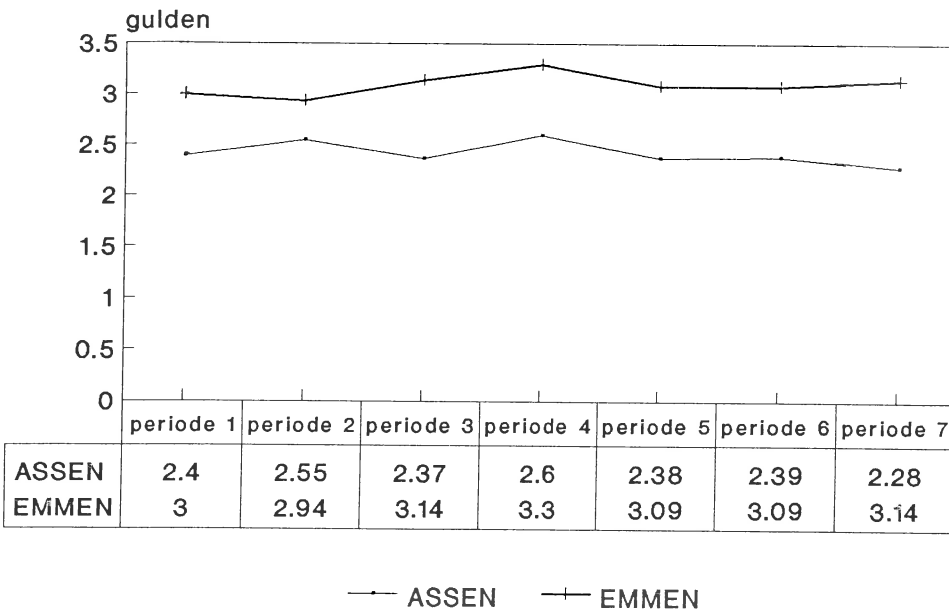
Figuur 6.18.: Kwaliteitsratio  
Antibiotica (1e keus)



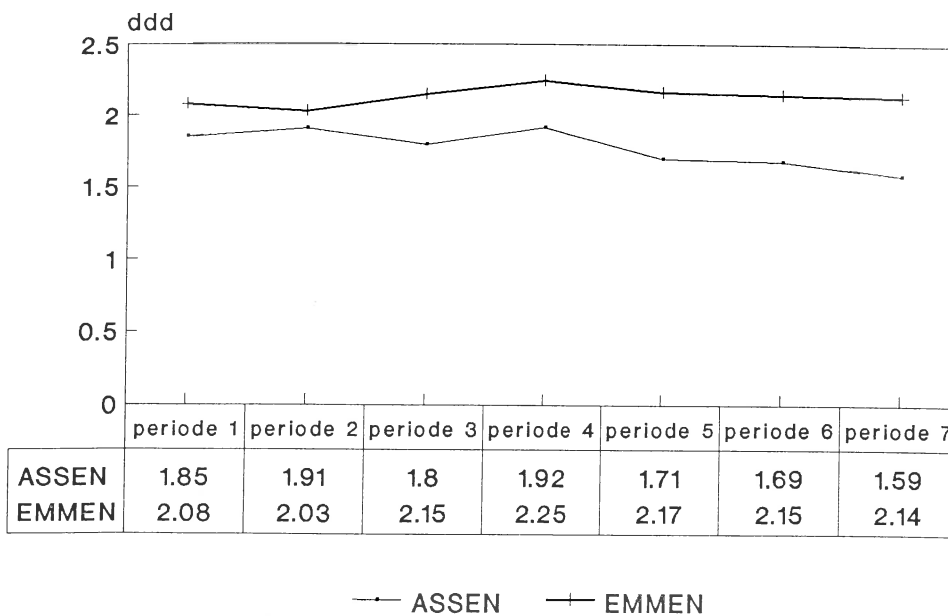
Figuur 6.19.: Kwaliteitsratio  
Antibiotica (laatste keus)



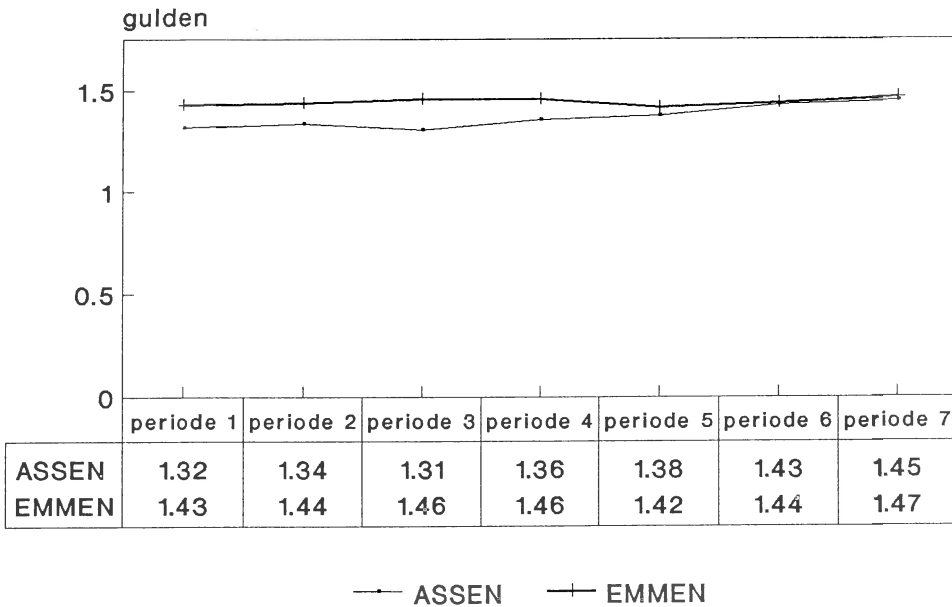
Figuur 6.20.: Kosten per verzekerde  
Analgetica



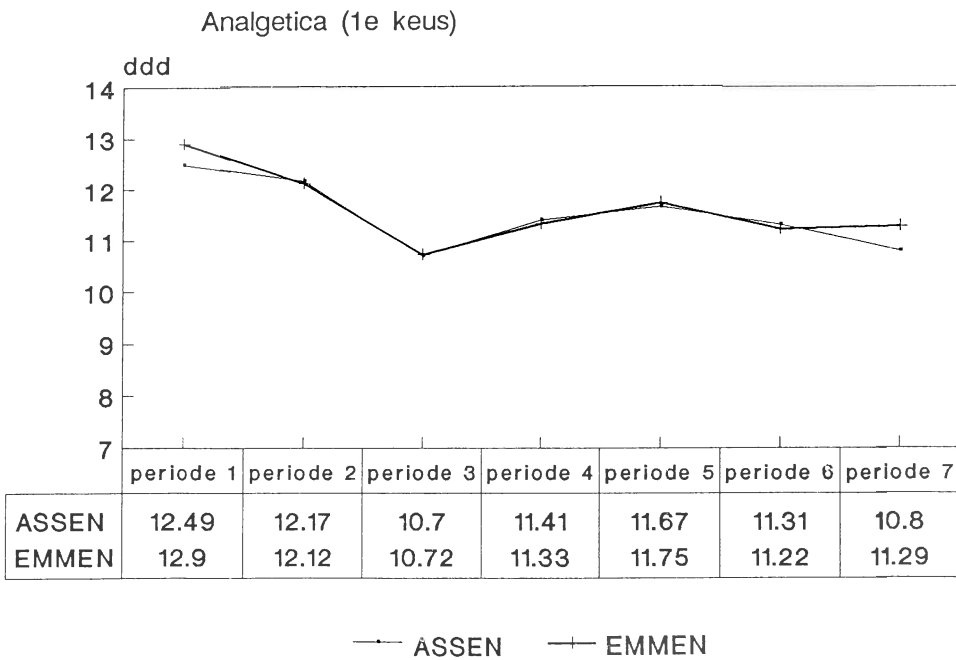
Figuur 6.21.: DDD per verzekerde  
Analgetica



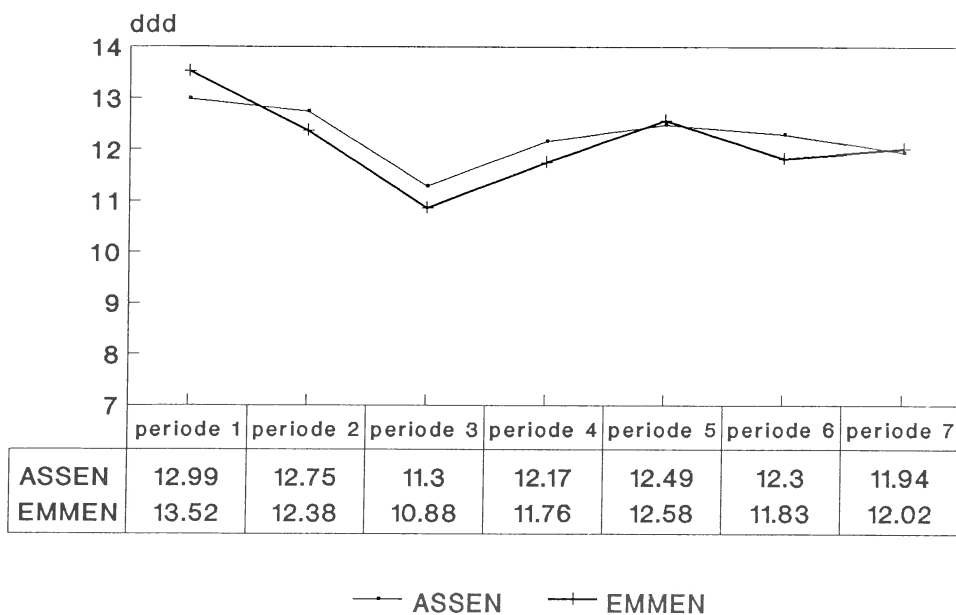
Figuur 6.22.: Prijs per DDD  
Analgetica



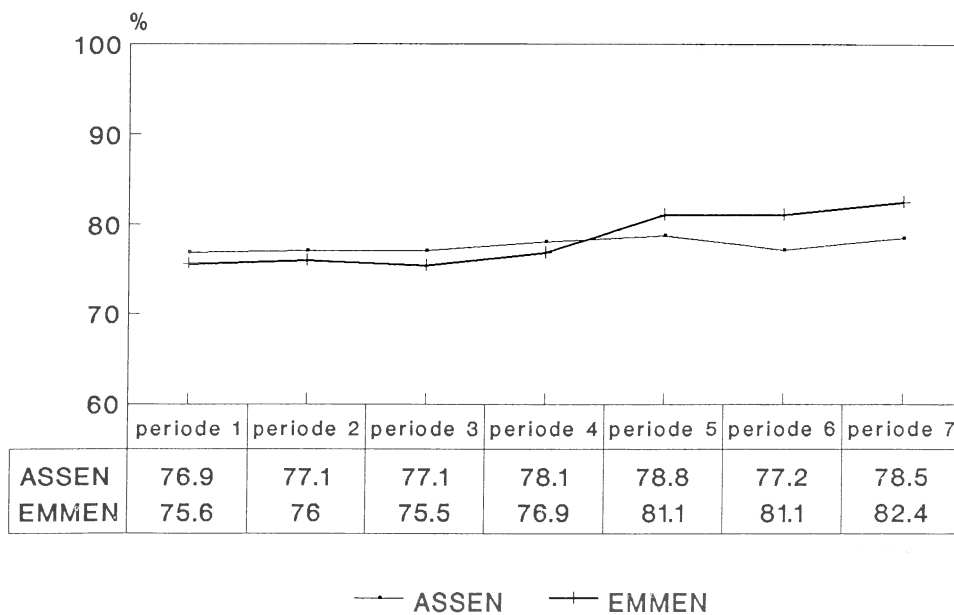
Figuur 6.23.: DDD per recept  
Analgetica (1e keus)



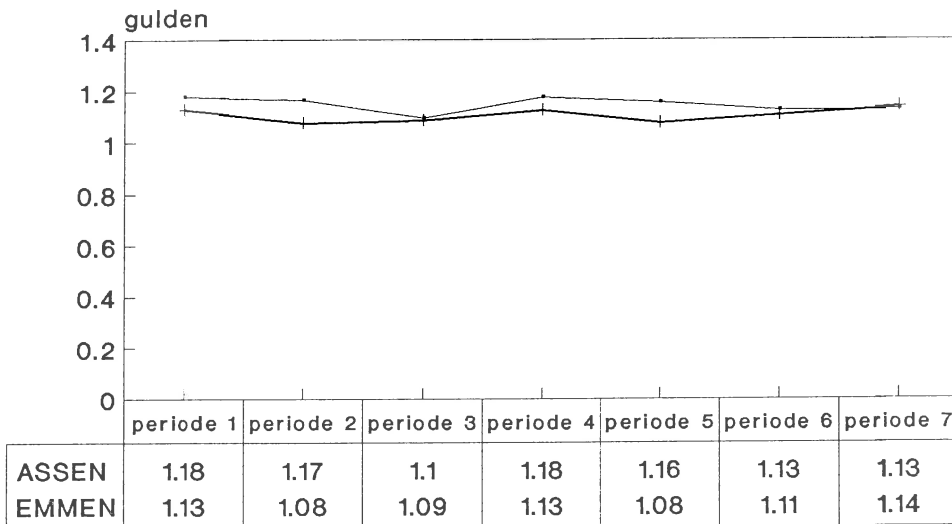
Figuur 6.24.: DDD per recept  
Analgetica (totaal)



Figuur 6.25.: Kwaliteitsratio  
Analgetica

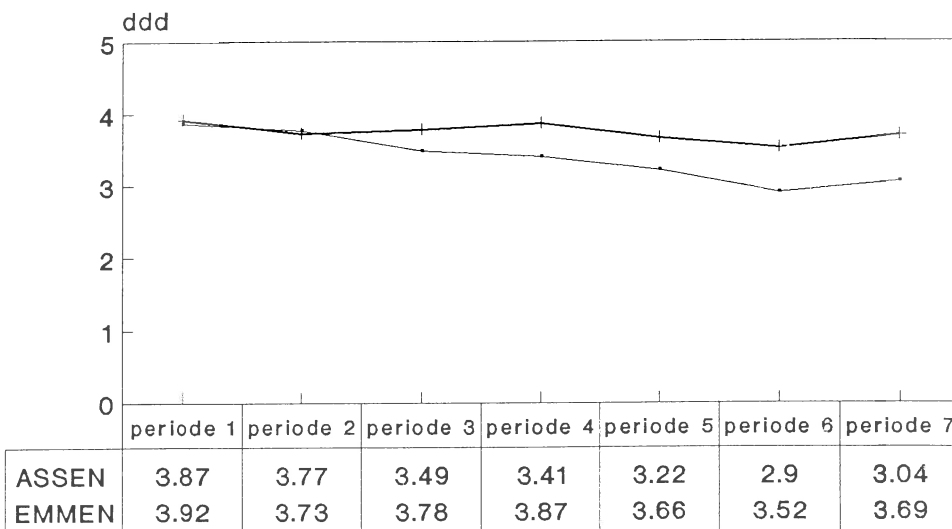


Figuur 6.26.: Kosten per verzekerde  
Anxiolytica / hypnotica / sedativa



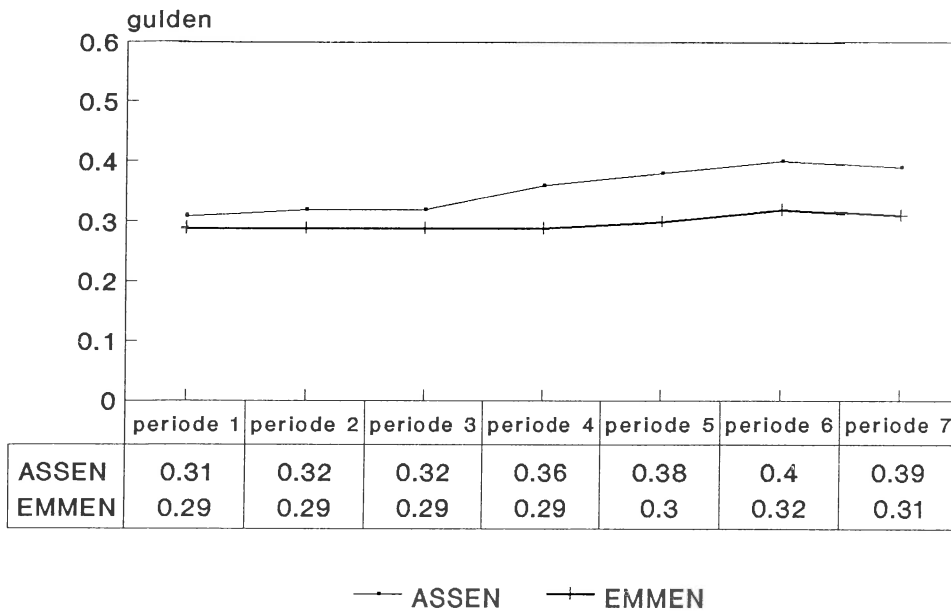
—◆— ASSEN    —■— EMMEN

Figuur 6.27.: DDD per verzekerde  
Anxiolytica / hypnotica / sedativa

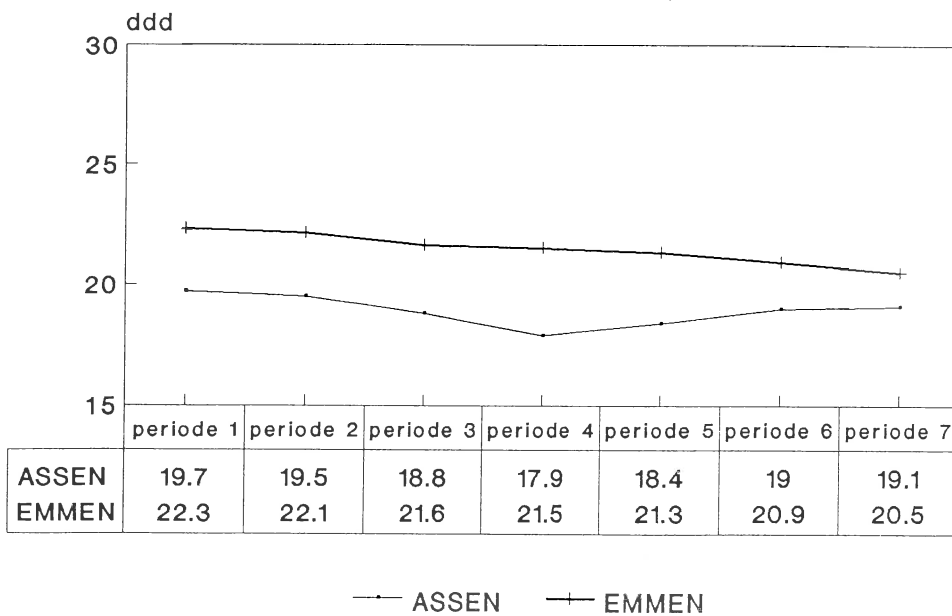


—◆— ASSEN    —■— EMMEN

Figuur 6.28.: Prijs per DDD  
Anxiolytica / hypnotica / sedativa

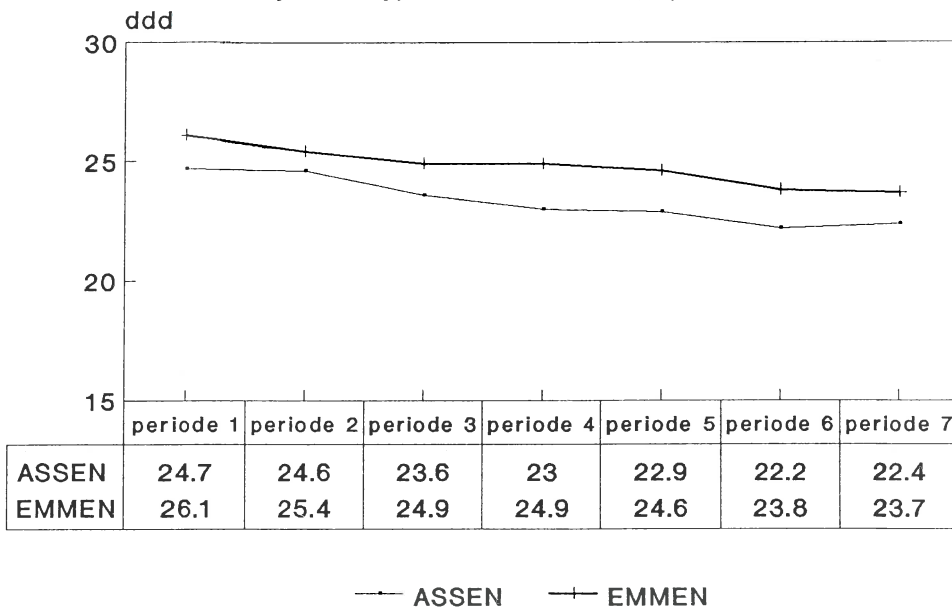


Figuur 6.29.: DDD per recept  
Anxiolytica / hypnotica / sedativa (1e)

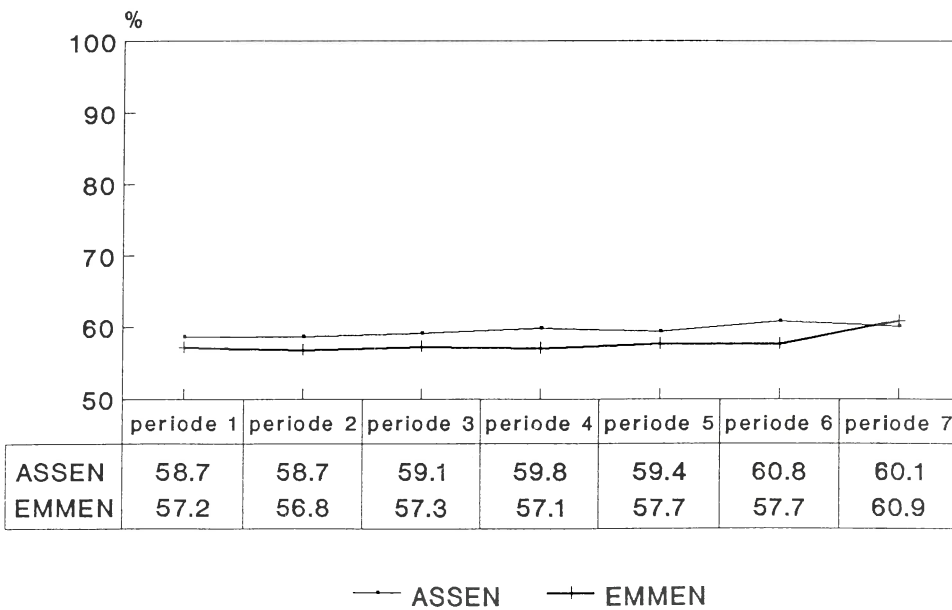




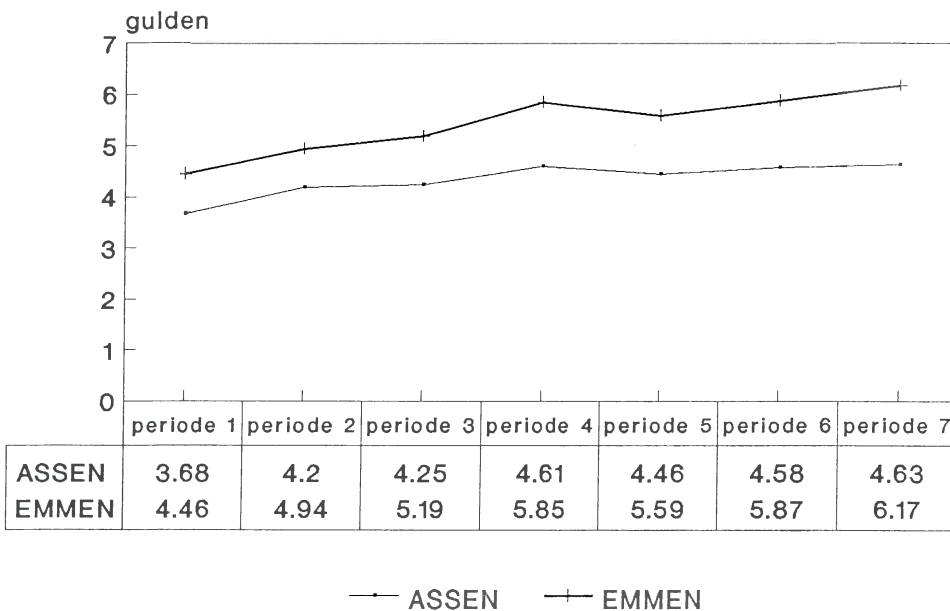
Figuur 6.30.: DDD per recept  
Anxiolytica / hypnotica / sedativa (tot)



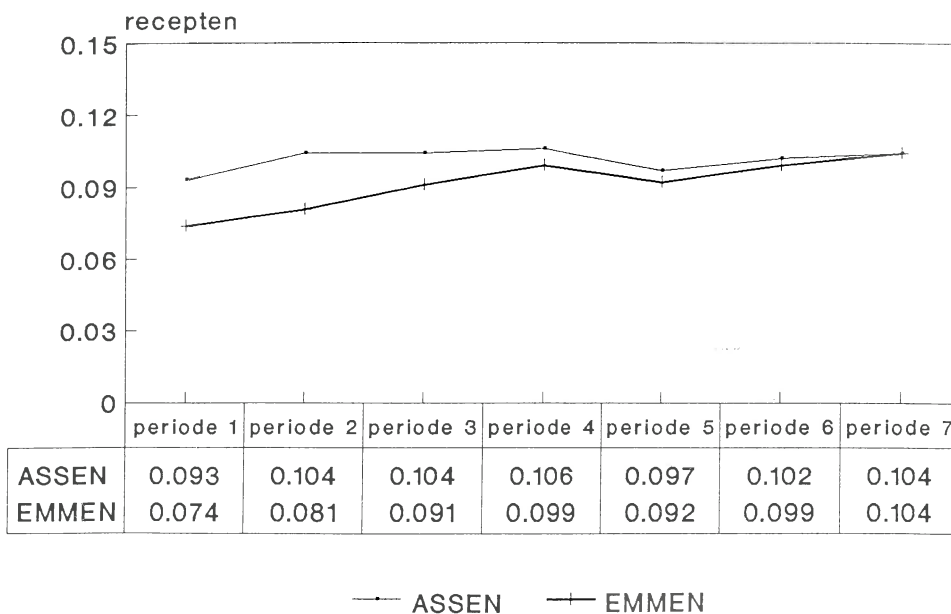
Figuur 6.31.: Kwaliteitsratio  
Anxiolytica / hypnotica / sedativa



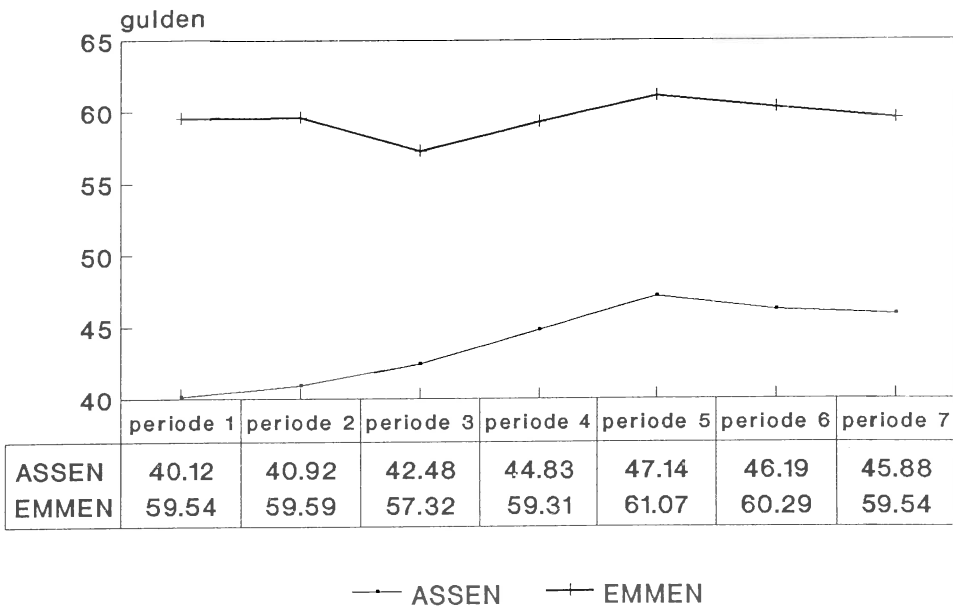
Figuur 6.32.: Kosten per verzekerde  
CARA



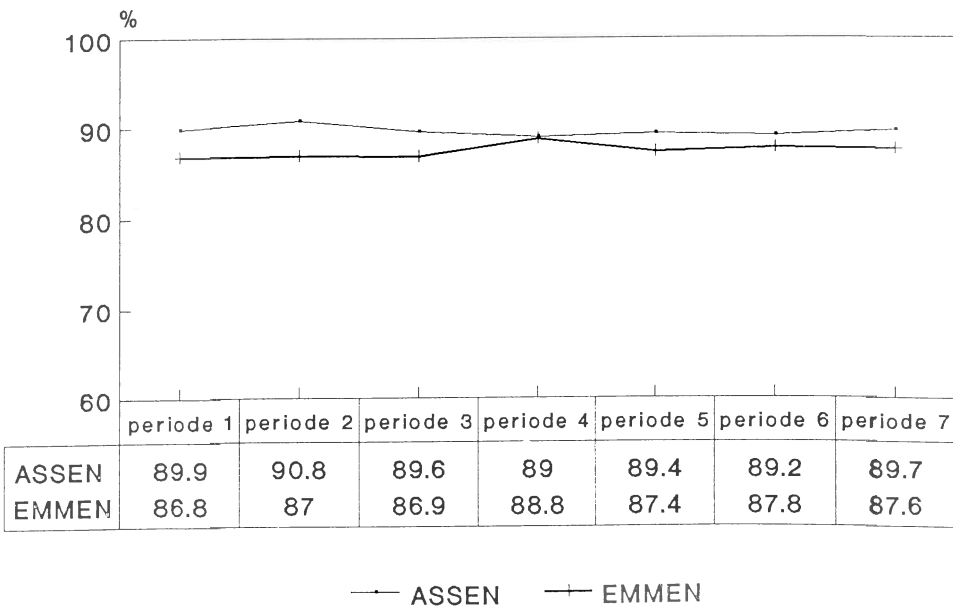
Figuur 6.33.: Recepten per verzekerde  
CARA



Figuur 6.34.: Prijs per recept  
CARA



Figuur 6.35.: Kwaliteitsratio  
CARA





## 7. NADERE ANALYSES

De bedoeling van dit hoofdstuk is uitspraken en bevindingen uit hoofdstuk 4., 5. en 6. waar nodig te nuanceren. De opzet in voorgaande resultaten hoofdstukken was van dien aard, dat huisartsen steeds met zich zelf op voorgaande tijdstippen zijn vergeleken. Dat betekent, dat er sprake is van min of meer gelijkblijvende condities en dat huisartsen in de regio Assen slechts verschillen van hun collegae in Emmen op het punt van het DBP. In hoofdstuk 4., waarin de regio's zijn vergeleken op een groot aantal kenmerken, bevinden zich echter nog enkele losse draden, die we hier op moeten nemen. De regio's Assen en Emmen verschillen op een drietal structurele kenmerken, te weten het percentage ziekenfondspatiënten, de afstand tot het ziekenhuis en praktijkvorm. In Emmen bleken verhoudingsgewijs gemiddeld meer ziekenfondspatiënten voor te komen, bevinden praktijken zich verder van het ziekenhuis en werken huisartsen vaker solitair. In paragraaf 7.1. wordt ingegaan op de vraag of en in welke richting deze verschillen wellicht de resultaten hebben kunnen beïnvloeden.

Een volgende kwestie betreft de relatie tussen verwijs- en voorschrijfgedrag van huisartsen. In het bijzonder wordt onderzocht of binnen de regio's, dus afhankelijk van de omstandigheid of men wel of niet het DBP heeft gevolgd, bijvoorbeeld een gewenste verandering ten aanzien van verwijzen samengaat met een gewenste verandering ten aanzien van voorschrijven. In andere termen geformuleerd: is sprake van transfer van (toegepaste) verworven kennis. In paragraaf 7.2. zal dit aspect aan de orde komen.

Tot slot wordt in paragraaf 7.3. de vraag aan de orde gesteld, of binnen de groep huisartsen, die hebben deel genomen aan het DBP, nog onderscheid gemaakt kan worden tussen degenen, die meer en degenen, die minder zijn beïnvloed. De analyse richt zich met name op attitudes en opvattingen van de huisartsen. De relevantie is vooral hierin gelegen, dat bij toekomstige activiteiten ten aanzien van deskundigheidsbevordering wellicht meer op die aspecten gelet kan worden, waardoor overdracht van kennis efficiënter kan plaats vinden.

## 7.1. Regionale verschillen

Huisartsen zijn gedurende de observatieperiode steeds met zichzelf vergeleken op een aantal relevante kenmerken. Daardoor verschillen huisartsen in Emmen en Assen vooral op één kenmerk: deelname aan het DBP. In hoofdstuk vier is naar voren gekomen, dat er toch enkele structurele verschillen zijn aan te geven tussen huisartsen uit beide regio's: ze verschillen in het percentage ziekenfondspatiënten, de afstand tot het meest nabij gelegen ziekenhuis en het aantal huisartsen in solopraktijken. Verschillen in de proportie ziekenfondspatiënten zou tot uitdrukking kunnen komen in verschillen in gepresenteerde klachten (van Vliet/vd Ven, Mootz). De afstand tot het ziekenhuis is soms in verband gebracht met verwijratio's, evenals samenwerking/praktijkvorm (Wijkel, 1986).

Om inzicht te krijgen in de invloed van deze structurele verschillen op de reeds eerder door ons gevonden resultaten is de volgende analyse verricht:

De productiecijfers zijn opgedeeld in drie categorieën:

- a. het verloop ( $\beta$  coëfficiënten van regressies) van verwijzingen. Daartoe behoren het verloop van verwijzingen totaal, op initiatief van huisarts, huisarts + patiënt, patiënt en specialist. Eveneens is opgenomen het verloop van de refractieverwijzingen, omdat hier een sterk effect van het DBP is gevonden (zie hoofdstuk 5).
- b. het verloop ( $\beta$  coëfficiënten) van de kosten per verzekerde, prijs per DDD en DDD per verzekerde. Eveneens is opgenomen het verloop van het aantal DDD's per verzekerde voor antibiotica, omdat hier een sterk effect van het DBP is gevonden (zie hoofdstuk 6).
- c. de gemiddelde kwaliteitsmaat gedurende de laatste vijf maanden van het DBP voor antibiotica, CARA-middelen, anxiolytica/hypnotica/sedativa en analgetica/antirheumatica.

Elke categorie vormt een groep criterium (afhankelijke) variabelen. De predictoren (onafhankelijke variabelen) zijn percentage ziekenfonds patiënten, afstand tot ziekenhuis en praktijkvorm. De resultaten zijn gepresenteerd in tabel 7.1. en kunnen als volgt worden samengevat:

Tabel 7.1.: Correlaties tussen structuur variabelen en het verloop van belangrijke productievariabelen en de kwaliteit van voorschriften

	% zf	afstand	solo
totaal aantal verwijzingen	0.42	-	-
vw. initiatief huisarts	0.26	-	-
vw. initiatief patiënt	0.30	-	-
vw. initiatief huisarts+patiënt	-	-	-
vw. initiatief specialist	-	-	-
refractie verwijzingen	-	-	-
kosten per verzekerde	-	-	-
prijs per DDD	-	-	-
DDD per verzekerde	-	-	-
DDD per verzekerde/antibiotica	-	-	-
kwaliteit antibiotica	0.24	-	-
kwaliteit analgetica/antirheumatica	0.32	-	-
kwaliteit anxiolytica/hypnotica/sedativa	-	-	-
kwaliteit CARA	-	-	-

Hoe hoger het percentage ziekenfondspatiënten, hoe groter de regressiecoëfficiënt voor verwijzingen totaal, op initiatief van de huisarts en op initiatief van de patiënt, dus des te minder zijn huisartsen in staat in de loop der tijd het verwijscijfer te verlagen. Dit betekent voor de huisartsen in de regio Emmen dat hun verwijscijfers in dit licht moeten worden geïnterpreteerd: mogelijk is het verloop van de verwijscijfers totaal, op initiatief van de huisarts en van de patiënt meer neerwaarts als gecorrigeerd wordt voor de proportie ziekenfondspatiënten.

De gevonden resultaten voor refractieverwijzingen zijn niet gecorreleerd met de onderzochte structurele variabelen.

Voor de verschillende aspecten van voorschrijven zijn geen samenhangen gevonden met praktijkkenmerken.

De kwaliteitsmaten voor antibiotica en voor analgetica hangen samen met de proportie ziekenfondsverzekerden: hoe meer ziekenfondsverzekerden in de praktijk, hoe hoger de proportie eerste keus middelen ten opzichte van het totaal voorschriften antibiotica en analgetica. Dat betekent dat de toename van de kwaliteit in het voorschrijven van antibiotica en analgetica wat geflatteerd kan zijn in Emmen.

### *Conclusie*

Alleen de proportie ziekenfondspatiënten blijkt van invloed op het verwijzen voorschrijfgedrag van de huisarts. Het blijkt, dat in praktijken met relatief meer ziekenfondspatiënten vaker een stijging in het totaal aan verwijzingen voorkomt, evenals in het aantal verwijzingen op initiatief van de huisarts en van de patiënt. Omdat in de regio Emmen gemiddeld meer ziekenfondspatiënten per praktijk voorkomen, dienen enkele conclusies te worden genuanceerd. Als gecorrigeerd wordt voor deze systematische regionale verschillen in percentage ziekenfondspatiënten, dan is het gevonden verloop van het totaal aantal verwijzingen en verwijzingen op initiatief van huisarts en patiënt in Emmen enigszins een overschatting en is het werkelijke verloop wat meer in neergaande richting. De resultaten ten aanzien van refractieverwijzingen behoeven geen nadere nuancering. Ook ten aanzien van de kwaliteit van voorschrijven van antibiotica geldt, dat sprake is van een overschatting en dat na correctie voor het percentage ziekenfondsverzekerden de hiervoor gecorrigeerde waarde enigszins lager uit kan vallen. De overige resultaten zoals gevonden in hoofdstuk 6 behoeven geen nadere nuancering op basis van het verschil in structuur variabelen.

## **7.2. Samenhang tussen voorschrijf en verwijsgedrag**

Om de samenhang tussen verwijzen- en voorschrijfgedrag van huisartsen te onderzoeken zijn voor elke regio afzonderlijk correlaties berekend tussen verschillende aspecten van de productiecijfers. In concreto zijn er correlaties berekend tussen het verloop van het totaal aantal verwijzingen, van verwijzingen uitgesplitst naar initiatief (huisarts, patiënt, huisarts+patiënt, specialist en van refractieverwijzingen enerzijds met het verloop van de kosten per verzekerde, aantal DDD's per verzekerde in totaal van door huisartsen geïnitieerde prescripties en in het bijzonder van antibiotica, en de prijs per DDD anderzijds. Deze staan vermeld in tabel 7.2. De berekeningen zijn voor beide regio's afzonderlijk gedaan, omdat immers in strikte zin alleen in Emmen sprake is geweest van pogingen het gedrag van huisartsen te beïnvloeden. Hier vormt Assen weer de referentie. Alleen correlaties met een p-waarde  $<0.05$  zijn weergegeven.



Tabel 7.2.: Correlaties tussen aspecten van verwijfs- en voorschrijfgedrag in Emmen en Assen.

ASSEN				
	kosten per vz	prijs per DDD	DDD per vz	DDD per vz antib
Verwijzen				
alle verwijzingen	-	-	-	-
initiatief huisarts	-0.43	-0.63	-	-
initiatief patiënt	-	-	-	-
initiatief ha+patiënt	-	-	-	-
initiatief specialist	-	-	-	-
refractieverwijzingen	-	-	-	-

EMMEN				
	kosten per vz	prijs per DDD	DDD per vz	DDD per vz antib
Verwijzen				
alle verwijzingen	-	-	-	-
initiatief huisarts	-	-	-	-
initiatief patiënt	-	-	-	-0.38
initiatief ha+patiënt	-	-	-	-
initiatief specialist	0.34	-	-	-
refractieverwijzingen	-	-	-	-

In Emmen bestaat een positieve relatie tussen het verloop van de prescriptiekosten per verzekerde en het verloop van het aantal verwijzingen op initiatief van de specialist, en een negatieve relatie tussen het verloop van het aantal DDD's aan antibiotica per verzekerde en het verloop van verwijzingen op initiatief van de patiënt

In Assen gaat een daling in de kosten per verzekerde en de prijs per DDD samen met een stijgend verloop van de verwijzingen op initiatief van de huisarts.

Het is hier niet de plaats om inhoudelijk om deze bevindingen in te gaan, omdat het hier in eerste instantie om gaat vast te stellen of er een duidelijke patroon van samenhang bestaat tussen veranderingen in verwijfsgedrag en prescriptiegedrag. Daarvan blijkt in Emmen noch Assen sprake te zijn.

### *Conclusie*

Veranderingen in verwijsgedrag van huisartsen als gevolg van het DBP in Emmen gaan niet of nauwelijks samen met veranderingen in prescriptie. Kennelijk zijn dit autonoom werkende mechanismen. Van een te duiden samenhang is overigens ook geen sprake in de referentie regio Assen.

### **7.3. Kan onderscheid worden gemaakt tussen huisartsen die in meerdere mate gewenst gedrag vertonen en degenen die minder door het DBP zijn beïnvloed?**

In deze paragraaf wordt ingegaan op de vraag of er samenhang bestaat tussen enerzijds structurele variabelen, referentiewaarden voor verwijzen en voorschrijven, opvattingen en attitudes en anderzijds reactiviteit op het DBP bij huisartsen in Emmen. Het is immers denkbaar dat een bepaalde categorie huisartsen met specifieke kenmerken meer geneigd is in te gaan op behandelde thema's dan de groep huisartsen die niet over die eigenschappen beschikken. Eventuele volgende programma's zouden van die bevindingen gebruik kunnen maken.

Daartoe is de volgende analyse opzet gehanteerd.

Er zijn vier produktiematen geselecteerd, te weten het verloop van het totaal aantal verwijzingen, de prescriptiekosten per verzekerde als algemene maten en het verloop van refractieverwijzingen en het percentage eerste keus antibiotica ten opzichte van alle antibiotica voorschriften als bijzondere maten, omdat daarvan reeds is vastgesteld, dat die in de regio Emmen in de gewenste richting zijn veranderd.

De huisartsen zijn ingedeeld in drie groepen: de groep met de laagste  $\beta$  coëfficiënten (en met de relatief sterkste daling), de groep met de hoogste  $\beta$  coëfficiënten (met de relatief geringste daling, of zelfs stijging) en de groep daartussen in. Elke groep bevat een derde van de huisartsen in de regio Emmen.

De twee extreme groepen, die met de hoogste en de laagste  $\beta$  coëfficiënten zijn vervolgens vergeleken op structurele variabelen, referentiewaarden voor verwijzen en voorschrijven, opvattingen en attitudes met behulp van de techniek van de discriminant-analyse. Bij discriminant-

analyse zijn drie zaken van belang:

- a. De hier gebruikte techniek selecteert die variabelen waarop de groepen het sterkst verschillen.
- b. Deze variabelen zijn lineair gecombineerd tot de zogenaamde discriminant-functie. In deze functie zijn (canonische discriminant functie) coëfficiënten toegekend aan de hand waarvan kan worden bepaald hoe sterk de geselecteerde variabelen met de geconstateerde verschillen samenhangen en in welke richting. Met behulp van deze functie is een gemiddelde groepscore te berekenen, de centroïde. De individuele score van een huisarts kan dan worden vergeleken met het gemiddelde van de groepen.
- c. Een dergelijke vergelijking maakt het mogelijk huisartsen op basis van hun score in te delen in één van de twee groepen. De overeenstemming met het werkelijk groepslidmaatschap bepaalt of de huisarts juist is geclassificeerd.

In het licht van het bovenstaande is het dus van belang of er een significante discriminant functie is te construeren, of de voorspellende waarde van de het groepslidmaatschap aanzienlijk boven de toevalskans uitkomt en tot slot of vervolgens de invloed van de geselecteerde variabelen zinvol geïnterpreteerd kan worden.

Achtereenvolgens komen aan de orde het verloop van de verwijzingen, de kosten per verzekerde, refractieverwijzingen en de kwaliteit van het voorschrijven van antibiotica.

#### *Verloop van verwijzingen*

Een samenvatting van de resultaten staat vermeld in tabel 7.3. In totaal zijn 7 variabelen geselecteerd in de discriminant functie. Om de vier eerst geselecteerden te duiden: huisartsen met een beperkte taakopvatting met betrekking tot diagnostiek, met een hoge verwachting van het project, die aan psychosociale processen een relatief grote rol toekennen bij aandoeeningen en betrekkelijk bang zijn om een diagnose te missen behoren tot de groep sterke dalers (een goede verklaring van deze verschijnselen is misschien de omstandigheid dat deze artsen vóór de aanvang van het DBP meer verwijzen en dus des te meer van de tijdens het DBP aangeboden stof opnemen en toepassen). Opmerkelijk is dat met de hier

geselecteerde variabelen 100% goed kan worden voorspeld en dat de referentiewaarde voor verwijzen niet is opgenomen in de discriminantfunctie. Uit aanvullende analyses is gebleken dat praktijkkenmerken **geen** prominente rol spelen, vergeleken met attitudes.

Tabel 7.3.: Discriminantanalyse verwijzingen totaal

geselecteerde variabelen	gest. canon. discr. foe coëff
1. taakdia	-0.88
2. verwacht	1.93
3. psyrol	0.96
4. kwalijk	1.02
5. negvoel	0.69
6. taaksoma	-0.65
7. meningdno	-0.55

eigenwaarde=6.71;  $\chi^2 = 25.5$ ,  $p < .00$   
 groepscentroïden -33% (lagere  $\beta$ ): 3.45  
 +33% (hogere  $\beta$ ): -1.73

#### *Verloop kosten per verzekerde*

In tabel 7.4. worden de resultaten gepresenteerd. 80% van de huisartsen wordt goed geclassificeerd, door de 7 variabelen geselecteerd voor opname in de discriminant-functie. Als we ons beperken tot de eerste vier variabelen, dan behoren huisartsen die tevredener zijn met hun tijdsbesteding, een minder brede algemene taakopvatting hebben, maar met betrekking tot behandeling eerder van mening zijn dat dat tot het takenpakket van de huisarts behoort en die vaker in voorkomende gevallen bepaalde taken zeggen uit te voeren, tot de groep die in de loop der tijd minder kosten voor prescriptie per patiënt genereren. Dit geeft een diffuus beeld van de kostenbewuste huisarts. Een duidelijk patroon is niet te herkennen. Het feit dat die artsen meer zelf doen en eerder van mening zijn dat huisartsen er zijn om te behandelen past misschien wel in een interpretabel kader, de overige zijn minder te duiden. In een andere, hier niet gepresenteerde analyses op basis van praktijkkenmerken alleen is geen onderscheid te maken tussen de groepen artsen. In combinatie met attitudes lijkt alleen de afstand tot het ziekenhuis een meer prominente rol te spelen: Huisartsen in de regio Emmen die verder van een ziekenhuis verwijderd zijn behoren eerder tot de groep kostenbewuste artsen.

Tabel 7.4.: Discriminantanalyse kosten prescriptie per verzekerde

geselecteerde variabelen	gest. canon. discr. fie coëff
1. tevreden	1.13
2. tkopvalg	-1.48
3. taakbeh	1.50
4. tkuitoef	1.02
5. referentie DDDpv	-1.05
6. taakdia	0.83
7. taaksoma	-0.80

eigenwaarde = 2.35;  $\chi^2 = 15.1$ ,  $p < .03$   
 groepscentroïden -33% (lagere  $\beta$ ): 1.29  
 +33% (hogere  $\beta$ ): -1.62

#### *Verloop van refractie verwijzingen*

In totaal zijn zeven variabelen opgenomen in de discriminant-functie, en 85% wordt goed geclassificeerd. De geconstrueerde discriminant functie is wederom significant.

De vier belangrijkste variabelen (zie tabel 7.5.) zijn negvoel, tevreden, taaksoma en taakpsy, hetgeen wil zeggen, dat huisartsen die minder negatieve gevoelens hebben ten opzichte van hun beroep, die minder tevreden zijn ten aanzien van eigen tijdsbesteding, die meer een taak voor zich weggelegd zien op het terrein van de somatische aandoeningen, maar minder op het terrein van de psyche, die huisartsen behoren eerder tot de groep artsen met een relatief sterke daling in het aantal refractieverwijzingen. Ook hier wordt geen duidelijk beeld geschetst. Is de rol van taakopvatting op somatisch en psychisch gebied wellicht te duiden (deze artsen voelen zich meer aangetrokken tot behandeling van somatische aandoeningen, minder van psychische aandoeningen en zijn daardoor wellicht eerder geneigd te onderzoeken of bij patiënten in voorkomende gevallen echt sprake is van refractie afwijkingen), hoe gevoelens van tevredenheid en ontevredenheid daarmee samenhangen is niet duidelijk. Praktijkkenmerken spelen geen prominente rol.

Tabel 7.5.: Discriminantanalyse refractie verwijzingen

geselecteerde variabelen	gest. canon. discr. fie coëff
1. negvoel	1.90
2. tevreden	1.88
3. taaksoma	-2.57
4. taakpsy	2.23
5. psyrol	2.19
6. recept	1.00
7. tkuitoef	0.58

eigenwaarde = 10.94;  $\chi^2 = 31.0$ ,  $p < .00$

groepscentroïden -33% (lagere  $\beta$ ): -3.12

+33% (hogere  $\beta$ ): 3.12

#### *Kwaliteit voorschrijven antibiotica*

Twaalf variabelen zijn geselecteerd voor opname in de discriminant-functie (tabel 7.6.). De discriminant functie is significant. Als we kijken naar de vier belangrijkste variabelen, dan blijken dat huisartsen, die een brede kijk hebben op hun vak ten aanzien van diagnostische handelingen, maar niet ten aanzien van behandeling, die meer invloed menen te hebben op hun omgeving en die in het algemeen wat minder positieve gevoelens hebben ten aanzien van hun beroep, die huisartsen schrijven kwalitatief beter antibiotica voor. Ook hier is geen sprake van een duidelijk interpreteerbaar beeld. Opmerkelijk is hier misschien nog het feit, dat de voorschrijfgeneigdheid van artsen die kwalitatief beter voorschrijven kleiner is. Deze variabele wordt als zevende variabele opgenomen. In totaal wordt aan de hand van de discriminant-functie 86% van de artsen goed geclassificeerd. Uit aanvullende analyses is gebleken dat het percentage ziekenfonds patiënten nog een min of meer prominente rol speelt: praktijken met relatief meer ziekenfondspatiënten schrijven op het eind van de observatieperiode meer eerste keus antibiotica voor.

Tabel 7.6.: Discriminantanalyse kwaliteit voorschrijven antibiotica

geselecteerde variabelen	gest. canon. discr. fie coëff
1. taakdia	-11.37
2. taakbeh	20.51
3. locus	-12.98
4. posvoel	14.10
5. medtech	-8.29
6. tkopvalg	-6.69
7. recept	12.23
8. taakpsy	3.35
9. ref DDDpv	-11.31
10. negvoel	2.26
11. kwalijk	1.18
12. tkuitoef	7.53

eigenwaarde = 80.7;  $\chi^2 = 30.8$ ,  $p < .00$   
 groepscentroiden -33% (lagere kwaliteit): 7.82  
 +33% (hogere kwaliteit): -8.94

### Conclusie

Uit bovenstaande moet worden geconcludeerd, dat het analyse-technisch weliswaar mogelijk is betrouwbaar onderscheid te maken tussen de groep huisartsen die qua verwijs- en prescriptiegedrag sterker in de gewenste richting verandert en de groep, die in dat opzicht minder door het DBP wordt beïnvloed, maar dat op basis van diezelfde analyses geen eenduidig en interpreteerbaar beeld van de beide groepen huisartsen kan worden gegeven. Praktijkenmerken noch opvattingen/attitudes noch beginwaarden van verwijzen of voorschrijven tezamen of afzonderlijk kunnen een eenduidig beeld schetsen van subgroepen huisartsen, die in meer of mindere mate veranderd zijn in termen van kostenbesparing en kwaliteitsbevordering. We kunnen hier dan ook niet een bepaalde typologie aangeven van huisartsen, die meer of minder gevoelig zijn voor het DBP.





## 8. CONCLUSIES EN BESCHOUWING

### 8.1. Inleiding

In dit hoofdstuk worden de bevindingen van het effect evaluatie onderzoek bij het project kostenbesparing door kwaliteitsbevordering op een rijtje gezet en van commentaar voorzien.

Het in dit rapport beschreven onderzoek heeft als centrale vraag of een intensief deskundigheidsbevorderingsprogramma (DBP) zoals dat aangeboden is aan zo'n 60 huisartsen in de regio Emmen leidt tot kostenbesparing en kwaliteitsbevordering in de gezondheidszorg. Deze vraag is voornamelijk beantwoord door het bestuderen van het verloop van produktiecijfers en opvattingen en attitudes van deze artsen in vergelijking met een groep collega's in de regio's Assen (gemeten controle groep) en Meppel (ongemeten controle groep).

Voorafgaand aan de uiteindelijke conclusies moet eerst nog worden stilgestaan bij het feit of het DBP a priori wel voldoende kwaliteit had om tot veranderingen te kunnen leiden. De beoordeling van de kwaliteit van het leerproces en de inhoudelijke kwaliteit van het DBP heeft onafhankelijk van de effect evaluatie plaatsgevonden. De belangrijkste constatering van deze observatie luidt dat "de kwaliteit van de deskundigheidsbevordering in dit project gemiddeld tot goed is geweest in vergelijking met hetgeen op dit moment in Nederland gebruikelijk is. Vooral de mate waarin het gebodene huisartsgericht was, was boven gemiddeld".

Ook de rapportage van O & O levert verder inzicht in de kwaliteit van de interventie. Daarin wordt de kwaliteit van het programma als geheel positief gewaardeerd door de deelnemende huisartsen. Dit geldt met name voor aspecten als curriculumopbouw, het werken in toetsgroepen, werken met ziekenfondscijfers en de didactisch begeleiding.

Een andere indicator voor de kwaliteit van de interventie is de minimale uitval onder de deelnemende huisartsen (slechts één huisarts trok zich in de loop van het programma terug) en het feit dat ook na afloop van het project de gevolgde aanpak van het Programma van Deskundigheidsbevordering door de WDH is voortgezet, zij het in minder intensieve vorm, maar met onverminderde belangstelling van de kant van de huisartsen.

Gezien deze constatering is het aannemelijk dat de interventie de

potentie in zich heeft gedragen om veranderingen in het verwijs- en voorschrijfgedrag te bewerkstelligen.

## 8.2. Vergelijkbaarheid

Om de vergelijking tussen de twee belangrijkste in het onderzoek betrokken onderzoeksgroepen, de regio's Emmen en Assen, te kunnen maken dient te worden vastgesteld of deze groepen a priori wel vergelijkbaar zijn. Beide regio's zijn plattelandsregio's met een centrale kern, waarvan het voorzieningenniveau en de leeftijd- en geslachtsverdeling van de bevolking sterk op elkaar lijken. Ook vrijwel alle opvattingen en attitudes van huisartsen in Emmen en Assen bleken niet te verschillen bij aanvang van het DBP. Wel bestonden er verschillen tussen beide regio's voor enkele kenmerken van de praktijken. Met name het percentage ziekenfonds patiënten op de lijst van de huisartsen, dat in Emmen duidelijk hoger is dan in Assen, blijkt invloed te hebben op het verloop van het totale verwijscijfer, de verwijzingen op initiatief van de huisarts en op initiatief van de patiënt en op de kwaliteit van het voorschrijven van antibiotica en analgetica.

Het gevonden verloop in de tijd voor deze zaken in Emmen kan derhalve enigszins een overschatting zijn van de gang van zaken indien gecorrigeerd zou zijn voor het percentage ziekenfondspatiënten. Anders gezegd: Hoe hoger het percentage ziekenfondspatiënten in een praktijk, hoe minder de tendens tot het dalen van het totaal aantal verwijzingen, het aantal verwijzingen op initiatief van de huisarts en op initiatief van de patiënt voor ziekenfondspatiënten zal zijn en hoe hoger de uiteindelijke kwaliteit van voorschrijven voor antibiotica en analgetica zal kunnen zijn.

Anderzijds is het belangrijk om te bedenken dat de verschillen tussen de beide regio's door het gebruikte onderzoeksdesign mogelijk wat kleiner zijn uitgevallen dan zonder effectmeting het geval zou zijn geweest. Zo kan het uitvoeren van de verwijsregistratie voor het project ook in de regio Assen, de huisartsen mogelijk tot een gericht verwijsbeleid hebben aangezet. Bovendien is in de regio Assen weliswaar geen DBP (zoals in Emmen) geïmplementeerd, maar dit betekent nog niet dat aldaar de activiteiten ten aanzien van deskundigheidsbevordering hebben stilgestaan.

### 8.3. Veranderingen van de parameters

#### *Opvattingen en attitudes*

Voor beide regio's was er geen verschil tussen voor en nameting wat betreft de gemeten opvattingen en attitudes. Dit suggereert dat deze geen duidelijk intermediërende rol hebben bij het mechanisme van verandering van praktijkvoering zoals beoogd door het DBP. Deze constatering wordt nog versterkt door het feit dat middels discriminant-analyses voor opvattingen en attitudes in Emmen geen specifieke groepen huisartsen kunnen worden onderscheiden, die meer of minder in de gewenste richting veranderd zijn voor belangrijke parameters uit het DBP. Een andere reden voor het niet aantreffen van verschillen in opvattingen en attitudes kan zijn gelegen in de tamelijk korte onderzoeksperiode (anderhalf jaar). Mogelijk vergen attitude-veranderingen in de huisartspraktijk in het algemeen een langere periode.

Voor één van de houdingen was overigens wel een verschil aan te wijzen. De waardering van de aan het DBP deelnemende huisartsen voor ziekenfonds het Groene Land is duidelijk toegenomen. Een goede relatie met huisartsen kan ook beschouwd worden als winst voor een zorgverzekeraar. Vanuit ziekenfonds het Groene Land wordt gewag gemaakt van het feit dat na de interventie huisartsengroepen in de experimentele regio verzoeken gezamenlijk overleg te voeren omtrent zorggebruik.

#### *Verwijscijfers*

Uit historische gegevens van ziekenfonds het Groene Land blijkt dat de verwijscijfers in de regio Emmen vanaf 1985 steeds hoger zijn dan in de regio Assen.

Dit verschil is in de voormeting als in de interventieperiode van het project niet meer terug te vinden.

Desondanks bestaat er wel onderscheid tussen Emmen en Assen voor het verloop van een aantal facetten van het verwijzen gedurende de interventie:

In Emmen worden in de loop van het DBP vaker passieve verwijzingen\* gerealiseerd.

Het initiatief tot verwijzing komt steeds meer bij huisarts en specialist en steeds minder bij de patiënt te liggen. Het lijkt alsof de medische realiteit een belangrijker rol is gaan spelen bij de beslissing om te verwijzen. Dit

---

\* Passieve verwijzingen zijn alle verlengingsverwijzingen + achterafverwijzingen + refractie-verwijzingen.

hoeft niet te betekenen, dat de wensen van de patiënt minder gerespecteerd worden, maar mogelijk eerder dat de huisarts door het DBP de verwijssituatie anders is gaan zien, bewuster beslissingen neemt en dientengevolge vaker van mening is dat hij zelf het initiatief tot verwijzing heeft genomen. Opmerkelijk is voorts dat in Emmen verwijzingen op initiatief van de specialist zijn toegenomen, met name in de laatste 12 maanden van de observatieperiode. Mogelijk is hier sprake van marktwerking en wel in die zin dat de 'verwijsvraag' aanbod geïnduceerd is: specialisten proberen mogelijk het verlies aan inkomsten ten gevolge van (de angst voor) minder verwijzingen als gevolg van het DBP, te compenseren door zelf meer verwijzingen te initiëren. In een breder kader zou men zich kunnen afvragen of veel op substitutie gerichte inspanningen van huisartsen op macro niveau geen effect sorteren, omdat specialisten dit soort compensatie mechanismen gebruiken.

In Emmen wordt met als motief 'ter behandeling', toenemend meer dan in Assen verwezen, met name in het laatste jaar van de interventie. Dit gaat ten koste van alle overige categorieën. Het is mogelijk dat huisartsen in Emmen zich zekerder voelen omtrent eigen diagnostiek en de daaruit volgende werkhypothesen, waardoor zij alleen nog behandeling ('because they cannot do') beogen en minder diagnostiek nodig achten in de tweede lijn. Dat de huisartsen na afloop van de interventie een toegenomen competentie-gevoel rapporteren in de competentie-toets van O & O wijst eveneens in deze richting. Echter ook de toegenomen specialisten-invloed, tot uiting komend in het toenemend aantal verwijzingen op initiatief van de specialist en het toenemend aantal passieve verwijzingen kan een rol spelen bij het toenemen van het motief 'ter behandeling'.

Voor de specifieke onderwerpen waaraan aandacht is besteed zijn de volgende ontwikkelingen van belang:

In Emmen wordt over de gehele interventie periode toenemend minder naar de oogarts verwezen voor refractieproblematiek dan in Assen vanuit een ongeveer gelijke uitgangspositie. Dit is absoluut gezien en conservatief geschat in de orde van grootte van 10 verwijzingen per 1000 verzekerden minder per jaar. De verklaring voor deze daling lijkt vooral goed te worden gekarakteriseerd door de vaststelling dat verzoeken van patiënten om naar de oogarts te worden verwezen om een refractieverwijzing steeds minder voorkomen of worden ingewilligd. De refractiemeting wordt blijkbaar in toenemende mate door de huisarts zelf gedaan of er vindt verwijzing naar de opticien plaats, waartoe in het project expliciet de gelegenheid werd geboden. De ontwikkelingen voor de refractieverwij-

zing gaan dus in de richting zoals die volgens het DBP bedoeld zijn: er is sprake van een kostenbesparing, want verwijzingen naar de oogarts worden niet gerealiseerd. De kwaliteit van zorg aan de patiënten is gegarandeerd doordat de vaardigheden van de huisartsen in Emmen ten aanzien van het uitsluiten van ernstige oogheelkundige pathologie is verbeterd door het DBP. Bovendien hoeven patiënten voor een brilrecept niet meer maandenlang op de wachtlijst van de oogarts te verkeren. Daarnaast zijn in goed overleg tussen huisartsen en oogartsen ook oogheelkundige verwijscriteria bij niet refractaire visusvermindering opgesteld.

Het thema refractieverwijzing lijkt te bevestigen dat werkelijke veranderingen zich pas voordoen indien tegelijkertijd wordt gezorgd voor verankering van de nieuwe routine in de praktijkvoering en het optimaliseren van overige randvoorwaarden. Eén van de belangrijke randvoorwaarden was in dit geval het ter beschikking stellen van een aanbevelingslijst voor optometristen in de regio Emmen.

Aan de deelnemende huisartsen is gevraagd aan te geven welke veranderingen zij op grond van de gehele interventie hebben aangebracht in hun werkwijze. De meest gerapporteerde verandering heeft betrekking op het vaker of uitgebreider uitvoeren van oogheelkundig onderzoek.

Tegenover de daling van het aantal refractieverwijzingen staat een flinke stijging van het aantal verwijzingen voor CARA in de regio Emmen ten opzichte van Assen vanuit een reeds hoger uitgangspunt. Absoluut gezien betreft dit een stijging in de orde van grootte van 4 verwijzingen extra per 1000 verzekerden per jaar. De rol van huisartsen en specialisten, met name de longartsen in deze toename is belangrijk: zij nemen vaker dan voorheen en vaker dan in Assen het initiatief tot een verwijzing voor CARA. De rol van de patiënt bij de verwijzing blijft ongeveer gelijk. Zowel eerste als verlengingsverwijzingen zijn in ongeveer gelijke mate gestegen.

Deze verschuiving lijkt te beantwoorden aan de opzet van de deskundigheidsbevordering in zoverre, dat de huisarts is gestimuleerd om meer aandacht te besteden aan de onderkenning van CARA-problematiek en dat dit geleid heeft tot meer verwijzingen op diens initiatief. De deelnemende huisartsen zeggen zelf ook meer aandacht te besteden aan onderzoek en anamnese van CARA patiënten. Daarnaast lijken de Emmen huisartsen meer geneigd een groter aantal verwijzingen op initiatief van de longarts te honoreren. Het is zeer wel mogelijk dat het hogere aantal verwijzingen specifiek naar de longarts mede het gevolg is van hun

ruime inhoudelijke betrokkenheid en docentschap bij de invulling van het thema rondom CARA.

Emmen huisartsen verwijzen zowel meer ter overname als ter gezamenlijke behandeling. CARA-problematiek kan in veel gevallen gezamenlijk door longarts en huisarts worden behandeld. Waarom ook het aantal verwijzingen ter overname, waarbij de huisarts dus niet of nauwelijks meer is betrokken, in aanzienlijke mate stijgt roept vragen op. Mogelijk hangt dit samen met het verhoogde aantal verlengingsverwijzingen op initiatief van de specialist.

Samenvattend ontstaat het beeld dat de huisartsen in Emmen, zoals ook beoogd was, meer mensen met CARA hebben opgespoord, maar dat bovendien ook de longartsen steeds meer verlengingsverwijzingen voor het wassend aantal bij hen onder behandeling zijnde patiënten hebben gevraagd in de huisartspraktijk. De extra opgespoorde mensen met CARA lijken dus direct door te stromen naar de tweedelijns zodat van een substitutie effect geen sprake is. Van kostenbesparing zal dan geen sprake zijn. De kwaliteit van zorg kan bij deze ontwikkelingen overigens wel gediend zijn omdat mensen, die anders niet waren gediagnostiseerd nu in ieder geval zorg ontvangen. In die zin past de geschetste ontwikkeling duidelijk bij het aanpakken van het verwijt dat CARA wordt ondergediagnostiseerd in de huisartspraktijk.

Voor verwijzen concluderen we: Het DBP leidt per saldo niet tot grote volumeveranderingen in het verwijzen. In hoeverre de historische bestaande verschillen in het aantal verwijzingen, die tijdens de observatieperiode niet meer waarneembaar waren ook in de jaren nadien wegblijven, daaromtrent is nog geen onderbouwde uitspraak te doen. Feit is wel dat in 1991 alle drie de regio's uit het experiment een stijging laten zien, waarbij die in de regio Emmen wat scherper is dan in de beide andere regio's.

Voor wat betreft de twee specifieke onderwerpen waaraan aandacht is besteed tijdens het DBP kan wel worden geconcludeerd dat bij het verwijzen een hogere kwaliteit is bereikt.

### *Prescriptie*

De kosten voor geneesmiddelen per verzekerde laten in zowel Emmen als Assen eenzelfde duidelijk stijgende trend zien, die vooral bepaald is door een stijging van de medicijnprijzen. De historische verschillen die bestonden tussen Emmen en Assen zijn gelijk gebleven. Van een kostenbesparing kan in de groep huisartsen die aan het DBP hebben

meegedaan dus niet gesproken worden. Gelijke kosten per verzekerde worden overigens in Emmen globaal gezien wel op een andere manier gegenereerd, namelijk door een stijgend voorschrijfvolume van relatief goedkopere middelen, een dalend volume antibiotica en een stijgend volume CARA-middelen. De stijging van het volume CARA-middelen sluit nauw aan bij de geconstateerde extra aandacht voor CARA, zoals die ook bij het verwijzen zichtbaar is.

Voor drie van de vier groepen geneesmiddelen, waaraan tijdens het DBP aandacht is besteed, neemt de kwaliteit van voorschrijven in de regio Emmen significant toe in vergelijking met Assen. Voor de vierde groep middelen is de kwaliteit even sterk toegenomen in beide regio's.

Door de huisartsen zelf worden eveneens wijzigingen in voorschrijfgedrag gerapporteerd die hiermee in overeenstemming zijn, met name het meer volgens formularium voorschrijven van antibiotica en het sneller en in hogere dosis voorschrijven van inhalatiecorticosteroiden.

Voor voorschrijven van geneesmiddelen concluderen we: Het DBP levert per saldo geen kostenbesparingen, maar wel een kwaliteitsverbetering van het voorschrijven van geneesmiddelen op.

#### **8.4. Antwoord op de centrale vraagstelling**

Het uitvoeren van een DBP in de regio Emmen heeft globaal gesproken niet geleid tot een kostenbesparing (of kostenstijging). Daar tegenover staat dat voor het merendeel van de specifieke elementen waaraan aandacht is besteed tijdens het DBP wel een toename van de kwaliteit van de geboden zorg is geconstateerd.





## BIJLAGE 1

# OBSERVATIE KOSTENBESPARING DOOR KWALITEITSBEVORDERING

Dr. W.A. Meyboom



## 1. INLEIDING

In opdracht en onder verantwoordelijkheid van het NIVEL is de kwaliteit van het leerproces en de inhoudelijke kwaliteit van het programma van het project "Kostenbesparing door kwaliteitsbevordering" te Emmen beoordeeld (1).

In het protocol van het NIVEL onderzoek werd deze taak als volgt geformuleerd:

'De kwaliteit van de interventie zal worden vastgesteld door steekproefsgewijs een onafhankelijke, ter zake deskundige waarnemer de deskundigheidsbevorderingsbijeenkomsten te laten bijwonen. De waarnemer *observeert, registreert en brengt verslag uit* van zijn bevindingen" (2).

Hiertoe zouden 7 van de 14 te houden bijeenkomsten worden bijgewoond en geobserveerd (1, 2). Als onderzoeksinstrument diende een *observatie-schema* door de onafhankelijke waarnemer te worden ontwikkeld (1).

Deze onafhankelijke beoordeling werd gewenst om beleidsmatige redenen. Indien namelijk zou blijken, dat er geen of irrelevante wijzigingen optraden in de resultaat parameters - in hoofdzaak voorschrijf- en verwijscijfers, zoals deze worden verzameld door het ziekenfonds "Het Groene Land" - zou dit tot de algemene conclusie kunnen leiden dat deskundigheidsbevordering geen zin zou hebben in het licht van de substitutieproblematiek. Een dergelijke conclusie zou echter onjuist zijn, indien de deskundigheidsbevordering zelf niet van voldoende kwaliteit zou zijn. Daarom werd extra aandacht voor de wijze waarop de deskundigheidsbevordering werd uitgevoerd, van belang geacht.

Wanneer anderzijds zou blijken, dat er wel degelijk veranderingen in genoemde parameters optraden, zou de vraag kunnen ontstaan of dezelfde veranderingen ook elders te bereiken zouden zijn. Herhaling elders zou bijvoorbeeld op problemen stuiten, indien vooral regio- of groepsgebonden factoren verantwoordelijk waren voor het resultaat. Bovendien zou dan de kwestie gaan spelen: of eventueel met minder inspanning en/of kosten dezelfde resultaten te bereiken zouden zijn.

## 2. METHODE

Voor het samenstellen van het observatieformulier werd het schema van Van der Klauw gehanteerd (3). De hierbij aangegeven vier dimensies: nagestreefde en feitelijk bereikte doelen resp. vormgeving werden met de in dit project van toepassing zijnde elementen ingevuld, zoals in figuur 1 aangegeven.

Het zwaartepunt van de observatie werd gelegd bij de *feitelijk bereikte vormgeving (D)*, maar ook andere aspecten uit het schema werden in het observatieschema opgenomen (4).

Bij de keuze van de te observeren aspecten is verder in aanmerking genomen wat reeds door O & O, NIVEL, begeleidingscommissie en externe deskundigen gedaan werd (4).

Figuur 1.: Evaluatie van deskundigheidsbevordering

	Nagestreefd	Feitelijk bereikt
Doelen:	<p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- relevantie cq zin van de leerdoelen</li> <li>- mate van overeenstemming met huidige huisartsgeneeskundige inzichten</li> </ul>	<p>C:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- worden doelen bereikt</li> <li>- klopt feitelijke inhoud met huisartsgeneeskundige inzichten?</li> <li>- veranderen kennis, attitude en handelen in de gewenste richting?</li> </ul>
Vormgeving:	<p>B:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- opzet in relatie tot gestelde doelen</li> <li>- didactische lijn en methodieken in overeenstemming met onderwijskundigen inzichten?</li> </ul>	<p>D:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- procesevaluatie: hoe verloopt het programma feitelijk?</li> <li>- wat kan verbeterd?</li> <li>- tempo, randvoorwaarden, docenten, materiaal, etc.</li> </ul>

Voor een dagobservatie werd een formulierenset ontwikkeld bestaande uit een voorblad en vervolgens zoveel vervolgbleden als er onderdelen voordracht, discussie en/of praktische vaardigheden op die dag werden

gegeven (5). Daarop waren de volgende elementen opgenomen.

## **2.1. De dag als geheel**

Het programma voor deskundigheidsbevordering was opgebouwd uit modules. Verwacht werd echter, dat de impressie van een dag meer zou zijn, dan de som van deze delen.

Met name werd daarbij gedacht aan wat er in de 'wandelingen' besproken zou worden. Sommige deelnemers zouden hier belangrijke zaken aan de orde kunnen stellen. Gevoelens of ideeën die als minder sociaal wenselijk ervaren worden, zouden hier wellicht meer tot uiting komen dan in de plenaire zittingen of de officiële evaluaties.

Verder werd gelet op regio-specifieke factoren als bijzondere cohesie tussen deze huisartsen en specifieke invloedrijke personen in speciaal deze groep.

Ook werd aandacht besteed aan de accommodatie in de zin van eventuele bevorderende, dan wel storende elementen daarin.

## **2.2. Per module**

Er konden drie methodieken voor onderwijs worden onderscheiden binnen het door O & O aangeboden deskundigheidsbevorderingsprogramma: voordrachten, discussies tussen de deelnemers (in toetsgroepjes en plenair) en trainen in praktische vaardigheden (5).

Geobserveerd werd hoe het onderdeel verliep ('onderwijsmethodiek' en 'inhoud'), hoe de huisartsen op de aangeboden stof reageerden ('groepsobservatie') en of verbeteringen mogelijk en wenselijk zouden zijn ('overbodige informatie en middelen').

### **2.2.1. Onderwijsmethodiek**

Hierbij werd beoordeeld in hoeverre het gebruikte materiaal passend was in het licht van het onderwijsdoel. Verder werd gelet op tempo en uitstraling van de docent.

### **2.2.2. Inhoud**

Bij de beoordeling van de inhoud ging het om de mate waarin de inhoud overeenkwam met de stand van huisartsgeneeskundige kennis. Tevens werd beoordeeld in hoeverre de stof huisartsgeneeskundig

relevant was en in hoeverre invloed op de parameters, de ziekenfondscijfers, te verwachten was.

Verder werd aandacht gegeven aan aspecten als nut voor en gerichtheid op de praktijk en de mate waarin de stof op de huisarts gericht, dan wel meer specialistisch georiënteerd was.

### **2.2.3. Groepsobservatie**

In hoeverre waren de deelnemers, gezien hun reacties tijdens het onderdeel, enthousiast over het gebodene? Kon de docent de aandacht vasthouden? Bleek uit de reactie van de deelnemers of zij het al dan niet eens waren met de inhoud?

Bij de discussies in de 'toetsgroepen' (5-10 deelnemers) werd getracht op meer individueel niveau te letten op acceptatie van de inhoud van het onderdeel, de acceptatie van de gegeven feed back via ziekenfondscijfers, de mate waarin onderling kritiek geleverd werd en de acceptatie van de gegeven kritiek.

### **2.2.4. Enquête**

Een samenvatting van het oordeel van de deelnemers zou op bepaalde punten waardevoller informatie kunnen leveren dan het oordeel van één observator, hoe deskundig ook.

De evaluatie van O & O kende een formulier waarop de deelnemer zijn of haar oordeel kon geven. (Wat waardeerde U positief aan deze dag? Wat negatief? Module ... Niet goed, goed, zeer goed, want...). Door O & O werd de informatie uit deze enquêtes aan de observator ter beschikking gesteld.

### **2.2.5. Bewerking**

Om een vergelijking van de beoordeling van de huisartsen en van de observator mogelijk te maken werd de vijf-puntsschaal van de observator omgezet naar een drie-puntsschaal. Hiertoe werden de scores 1 en 2 samengenomen tot 1, 3 en 4 tot 2 en 5 werd 3. Tot deze asymmetrische samenvoeging werd besloten omdat dit het best leek te passen bij de omschrijving die door O & O werd gebruikt: 'niet goed', 'goed', 'zeer goed'.

### 3. RESULTATEN

#### 3.1. De steekproef

Zoals afgesproken werden 7 bijeenkomsten bijgewoond. Dit was zeker geen aselechte steekproef uit de totaal 2x 14 bijeenkomsten.

In eerste instantie werd besloten vooral bij de bijeenkomsten aan het begin aanwezig te zijn. Daarmee kon met name de eerste reactie van de groep huisartsen, die nauwelijks een traditie van georganiseerde nascholing in deze samenstelling kenden, geobserveerd worden.

Ook het einde van het project leek van groot belang, omdat in die fase nagegaan zou kunnen worden hoe de inmiddels ervaren deelnemers met de stof omgingen. De observaties hebben aldus vooral plaatsgevonden aan het begin en aan het einde van het project.

Er bestond een tamelijk groot verschil in kwaliteit tussen de verschillende modules. Inherent aan het nemen van steekproeven is, dat de beoordeling door het juist bezoeken van 'uitschieters' vertekend kan worden. Dit lijkt met name bij oogheelkunde en in mindere mate bij CARA, een rol te hebben gespeeld. De voordracht van de opticien, die niet veel verder kwam dan het aanprijzen van zijn artikelen, trok het resultaat van de beoordeling sterk naar beneden. De door de deelnemers als zeer goed beoordeelde module over oogspiegelen en oogdruk meten, werd niet bezocht. Bij CARA was het onderdeel waarin geluidsbanden met longgeuisen werden gebruikt minder adequaat, terwijl de lezing van Prof. Koëter die als zeer goed werd beoordeeld, niet werd bezocht. Uit het staafdiagram in figuur 2 blijkt dat met name CARA en Oogheelkunde door de observator lager werden beoordeeld dan door de deelnemers.

Figuur 2.: Gemiddelde beoordeling per onderwerp door de deelnemende huisartsen en door de observator

### 3.2. De accommodatie en de dag als geheel

Het conferentiecentrum 'De Clencke' te Oosterhesselen voldeed in alle opzichten aan de behoefte. Er was een voldoende grote zaal voor de bijeenkomsten van de gehele groep van plm. 30 deelnemers en eveneens voldoende kleine ruimten om in de toetsgroepen te discussiëren. De overvloedige lunches en vooral de rust om deze zonder onderbrekingen te nuttigen, stonden volgens enkele deelnemers in schril contrast ten opzichte van de maaltijden die doorgaans op praktijkdagen kunnen worden geconsumeerd.

Tekenend voor de interesse van de deelnemers in de inhoud van de leerstof was overigens, dat tijdens de lunch vaak nog geruime tijd werd doorgediscussieerd over de juist besproken onderwerpen.

Het beginnen van de dag met een minuut stilte om na te gaan wat er van de ideeën van de vorige bijeenkomst in de praktijk terecht gekomen was, deed wat vreemd aan. Vermoedelijk was het toch wel zinvol om iedereen op deze wijze 'weer bij de les' te krijgen. De discussie over dezelfde relatie tussen de geboden leerstof en de weerbarstige dagelijkse werkelijkheid die daarop volgde, kwam desondanks veelal toch nog maar traag op gang. Het nut van deze discussie is echter boven alle twijfel verheven.

De tijdsindeling van de dag werd over het algemeen redelijk gevolgd. Een enkele keer werd een onderdeel 'afgeraffeld' omdat er eigenlijk geen tijd meer voor was.

Met name de 'plenaire discussies' waarin het resultaat van de gedachtenwisseling in de kleinere toetsgroepen werden besproken konden de deelnemers soms matig boeien: een enkeling las de krant, ogen vielen toe. Soms echter 'sloeg de vlam in de pan'. Aan het eind van de dag was de interesse meestal duidelijk verminderd. Kortom, te verwachten golfbewegingen in de concentratie, die mogelijk meer dan gewoonlijk naar dieptepunten voerde omdat men niet speciaal voor dit onderwerp naar de nascholing was gekomen, zoals bij vele andere vormen van nascholing het geval is én omdat het een langlopend project was. De didactische methoden om de aandacht te richten op de leerstof respectievelijk vast te houden over de gehele dag, waren echter professioneel en toegespitst op de doelgroep.



Tabel 1.: Gemiddelde beoordeling per onderwerp door de observator

Categorie	CARA	Ogen	Prescr.	Verwijz.	Totaal
Materiaal	3.67	4.00	3.89	3.33	3.76
Werkwijze	2.83	3.33	4.11	3.67	3.74
Tempo	2.83	2.67	3.84	3.17	3.44
Docent	2.67	2.00	3.89	3.83	3.50
Relevant v.ziekenfonds	2.67	3.33	3.63	3.83	3.47
Sturend v.ziekenfonds	1.67	2.67	2.84	3.50	2.74
Huisartsgeneesk. juist	3.33	4.00	3.67	3.33	3.58
Huisarts gericht	4.00	3.33	4.26	3.67	4.03
Nuttig	2.50	3.33	3.47	3.50	3.29
Praktisch	3.33	3.33	3.84	2.67	3.50
Interessant	2.67	2.67	3.58	2.67	3.18
Vernieuwend	1.83	2.67	3.16	2.33	2.74
Inspirerend	2.67	2.67	3.21	2.83	3.00
Persoonlijk	2.83	2.67	3.89	2.83	3.41
Niveau	2.67	3.00	3.32	2.67	3.06
Enthousiasme	2.67	2.67	3.63	2.67	3.21
Aandacht	2.50	2.67	3.89	3.17	3.41
Acceptatie	3.00	3.33	3.61	2.83	3.33
Totaal	2.80	3.02	3.65	3.14	3.35

### 3.3. Algemene beoordeling

Tabel 1. geeft een overzicht van de cijfermatige beoordeling door de observator over alle door hem bijgewoonde bijeenkomsten. Uit de laatste kolom blijkt dat de cursus vooral naar de mate waarin zij huisartsgericht was, hoog scoorde, (gemiddeld 4.03 op een vijf-puntsschaal) het hoogst van de diverse gescoorde categorieën. Verder komen alle categorieën boven het gemiddelde van 3 uit, behalve 'sturend in de richting die het ziekenfonds welgevallig zou zijn' en 'vernieuwend' (in de zin van het gebruiken van zeer recente onderzoeksresultaten).

Met een algemeen gemiddelde van 3,35 kan gesteld worden dat kwaliteit van de deskundigheidsbevordering volgende was. Er valt echter nog wel het één en ander te verbeteren.

### 3.4. Onderwijsmethodiek

De vier bovenste categorieën in tabel 1 geven de waarden voor de geselecteerde onderwijsmaten.

*Materiaal* : er is veel aandacht gegeven aan het materiaal. In het algemeen was dit adequaat.

Belangrijk was echter dat het cijfermateriaal van ziekenfonds 'Het Groene Land' nog veel kinderziekten vertoonde. Er zaten nogal eens onverklaarbare discrepanties in, bijvoorbeeld tussen opeenvolgende maanden, waardoor het mogelijk was de cijfers in twijfel te trekken. Dit is voor toetsen van het handelen belemmerend, omdat men zich daardoor gemakkelijk aan kritiek kon onttrekken. Ook was de vormgeving nogal eens verwarrend, met name door een overvloed aan beschrijvende statistische methodieken. Gaandeweg zijn er vele verbeteringen tot stand gekomen, maar bij de laatste bijeenkomst waren er nog steeds interpretatieproblemen.

*Werkwijze* : De afwisseling van voordrachten, besprekingen in toetsingsgroepen en trainingen gaf de beweging die zeker nodig was om de aandacht gevangen te houden. De trainingen werden in de kleinere toetsingsgroepen gedaan, hetgeen het voordeel van kleinschaligheid had: huisartsen leren het beste temidden van kleine groepen collegae (6). Anderzijds was men voor het onderwijs daardoor nogal afhankelijk van de vaardigheid van de meest vaardige deelnemer.

Met name de oogheekundige vaardigheden, die voor velen toch wel erg ver weg gezakt waren, hadden wellicht nog eens door een vaardigheidsproef beoordeeld kunnen worden. Men moet deze immers zeer snel kunnen doen, zonder er veel bij na te hoeven denken. Zo niet, dan nemen ze te veel tijd tijdens het consult, waardoor zo al snel zullen worden nagelaten. Nu werd het weg veel aan de leergierigheid en het doorzettingsvermogen van de individuele deelnemer overgelaten. Een vaardigheidsproef met de mogelijkheid zo nodig nog verder te oefenen, zou dit kunnen opheffen.

*Tempo* : Geeft geen aanleiding tot speciale opmerkingen. In het algemeen was dit adequaat.

Tabel 2.: Gemiddelde waardering van de onderwerpen door de deelnemers per groep

Module	Groep 2	Groep 1	Totaal
CARA	1.82	1.93	1.87
Oogheekunde	2.08	2.14	2.11
Prescriptie	1.88	1.98	1.93
Verwijzen	1.80	1.94	1.87
Totaal	1.88	1.99	1.93

*Docent* : De leiding door O & O medewerker John Hoenen was bepaald zeer professioneel. De steekproeftrekking heeft, geheel onbedoeld, er toe geleid dat de andere O & O medewerker, die na de eerste paar bijeenkomsten Groep 2 overnam, door de observator niet werd meege maakt. Daarover kan dus geen rechtstreeks oordeel worden gegeven. De kwaliteit van het onderwijs zal echter waarschijnlijk niet minder goed zijn geweest omdat Groep 2 de bijeenkomsten in het algemeen hoger waardeerden: tabel 2.

Terecht was in navolging van Grol e.a. gekozen voor docenten uit de omgeving, cq. de huisartsengroep zelf (6). Verwacht mag worden dat daardoor in de dagelijkse praktijk geen discrepanties optreden en de kennis aansluit bij de ervaring van de toehoorders. Toch zou bij de voordrachten waarin de algemene theorie behandeld werd, het uitnodigen van nationale deskundigen meer adequaat geweest zijn. Soms omdat achterhaalde informatie verkondigd werd, maar vooral omdat er niet uit het onderwerp gehaald werd wat er in zat. Zo werd bijvoorbeeld uitgebreid besproken dat in de verwijfsbrief de naam van het ziekenhuis en de specialist vermeld dient te zijn. Terecht vonden de toehoorders dit de er aan bestede tijd niet waard. Het cruciale punt, dat de brief een toegespitste vraagstelling aan de specialist dient te bevatten, werd echter niet goed uit gediscussieerd.

Anderzijds waren met name bij het bespreken van het formularium en oogheekundige onderwerpen de lokale docenten zeer adequaat.

De leiding van de toetsingsgroepjes was erg wisselend van gehalte. Er waren zeer goede voorzitters bij. Soms leed echter de kwaliteit van de discussies duidelijk onder het gebrek aan capaciteiten van de leiding. Dit is weliswaar min of meer inherent aan de -juiste - keuze voor het discussiëren in kleine groepjes onder elkaar (6), doch zou in de toekomst wellicht toch door een zorgvuldiger training ten gunste beïnvloedt

kunnen worden.

### 3.5. Inhoud

De elf volgende categorieën in tabel 1 geven de gebruikte maten voor de beoordeling van de inhoud van de geboden leerstof. In het algemeen kan gesteld worden dat de inhoud redelijk tot goed was. Het experimentele van dit project bracht met zich mee, dat de inhoud onder grote tijdsdruk moest worden ontwikkeld. Het lijkt erop, dat met meer tijd een nog zorgvuldiger afweging mogelijk moet zijn.

Met *de relevantie voor het ziekenfonds* wordt bedoeld in hoeverre invloed op de ziekenfondscijfers te verwachten was in de zin van minder verwijzen naar specialisten en minder voorschrijven. Zoals verwacht (5) was er met name bij CARA eerder een inhoudelijke tendens tot meer verwijzen en voorschrijven dan andersom. Dit komt ook in de feedback cijfers tot uiting. In het algemeen was er slechts weinig de neiging de inhoud van de deskundigheidsbevordering te sturen in de richting van kostenbesparing. Met andere woorden de inhoud was meer op deskundigheidsbevordering gericht. Eventuele verandering in het ziekenfondscijfers in de richting van kostenbesparing lijkt daarom niet zozeer geweten te kunnen worden aan sturend optreden van het ziekenfonds.

*De huisartsgeneeskundige juistheid* is reeds besproken onder het hoofd docent.

In het algemeen was *de gerichtheid op de huisarts* zeer goed. De combinatie van de WDH en O & O heeft hier zeker vruchten afgeworpen. In vergelijking met nascholing vanuit specialistische centra en farmaceutische industrieën lag er een wereld van verschil.

*Het nut en de praktijkgerichtheid* hangen uiteraard met de gerichtheid op de huisarts samen. Soms was het dubieus. Bijvoorbeeld bij de discussie in de toetsingsgroep over angina pectoris die bleef steken bij de vraag of het zinvol was de patiënt diepe kniebuigingen te laten maken, terwijl de eigenlijke vraag veel meer was: 'Neem je als huisarts de verantwoordelijkheid bij onzekerheid of schuif je die door naar de cardioloog. Waar liggen de grenzen?' Een voorbeeld van een discussie in een toetsingsgroep waarbij de belangrijkste vragen bleven liggen. (Moeilijk om je er als observator niet mee te bemoeien en gewoon te blijven observeren.....).

*De mate waarin de stof interessant, vernieuwend, inspirerend, persoonlijk*

*en van niveau* was is eveneens af te lezen uit tabel 1. Met name is opvallend dat de stof in het algemeen weinig 'vernieuwend' was, hetgeen voor nascholing, in tegenstelling tot onderzoek, wel min of meer acceptabel is. Zoals reeds gezegd, zou hierin echter verandering kunnen worden gebracht door de inleidende theoretische voordrachten door experts te laten houden.

### 3.5. Groepsprocessen

De *interesse, aandacht, en acceptatie* van de inhoud was veelal goed. Het *geven en ontvangen van kritiek* kwam te weinig voor om dit cijfermatig tot uitdrukking te brengen, hetgeen op zich ook een idee geeft van de wijze waarop men met elkaar om ging.

In het algemeen maakte men de indruk zeker bereid te zijn het beste beentje voor te zetten. Bij individuele gesprekken kwam echter vaak meer twijfel aan het nut van de hele exercitie naar boven. Een enkele keer verzande de discussie in gelijkhebbij, maar veel vaker week men uit naar ongevaarlijke terreinen zodat werkelijke kritische vragen niet echt aan bod kwamen.

Daarvoor valt ook wel wat te zeggen. Het was uniek dat alle huisartsen uit één regio hier aanwezig waren. Vaak kent men elkanders zwakke punten ook wel enigszins en een ieder heeft op bepaalde punten boter op het hoofd.

Daarbij komt echter nog iets anders, wat mogelijk specifiek voor deze regio zou kunnen zijn: het ligt niet zo zeer in de landsaard om fel te reageren. In een van de laatste discussies kwam aan de orde dat van het terugverwijzen door de specialisten niet veel terecht kwam. Ondanks de energie die via dit project gestoken was in pogingen tot terugverwijzen, werd deze mededeling zonder meer voor kennisgeving aangenomen....

## 4. BESCHOUWING EN CONCLUSIES

Het belangrijkste manco bij dit project voor deskundigheidsbevordering met behulp van feed-back met ziekenfondscijfers is geweest dat de feed-back nog gebrekkig gefunctioneerd heeft. Er waren belangrijke tekortkomingen in de verwerking en presentatie van het materiaal. Dat is niet zozeer kritiek op het ziekenfonds 'Het Groene Land'. Hier was immers sprake van een eerste poging tot gebruik van de 'productiecijfers' met deze vergaande detaillering en lay-out. Dat is een enorm karwei geweest en heeft veel ervaring opgeleverd. Achteraf ware het wellicht beter geweest om de methode in kleiner verband uit te testen. Door dit project is echter ook aangetoond dat het kan. Maar, wil het werkelijk als toetsingsmateriaal kunnen dienen, dan moet de juistheid van de cijfers boven alle verdenking verheven zijn. Zo niet, dan zijn er te veel mogelijkheden voor de deelnemers om aan de realiteit te ontsnappen. Een aantal problemen werden later voorkómen door de periode waarover berekend werd langer te maken waardoor uitschieters het beeld minder vertekenen.

Het verdient aanbeveling om de algemene, inleidende theorie van de behandelde onderwerpen door nationale deskundigen te laten inleiden. Bij CARA is dit gebeurd met doorslaand succes. Bij verwijzen en voorschrijven zou men kunnen denken aan medewerkers van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, die zich intensief met deze materie hebben bezig gehouden. Bij de verwijsbrief zou men kunnen terugvallen op de NHG-werkgroep die de standaard heeft opgesteld etcetera. Bij de verdere uitwerking daarvan verdient het de voorkeur om plaatselijke deskundigen er bij te betrekken. Door deze de algemene inleiding bij te laten wonen kan een en ander op elkaar worden afgestemd.

Gezien de ervaring met de opticien verdient het wellicht aanbeveling om bij een eventuele herhaling van dit project de opticiens uit te nodigen voor een bijeenkomst waar ook zij iets van kunnen leren, samen met de huisartsen. Dat zou de kennismaking met meerdere opticiens mogelijk maken en het gehalte van de voordrachten hoeft er niet onder te lijden.

In het algemeen waren er slechts weinig tendensen in de inhoud van de deskundigheidsbevordering die wezen op een sturende invloed van het ziekenfonds. Met andere woorden, de inhoud was meer op deskundig-

heidsbevordering gericht dan op kostenbesparing. Eventuele verandering in de ziekenfondscijfers in de richting van kostenbesparing lijkt daarom niet zozeer geweten te kunnen worden aan sturend optreden van het ziekenfonds. Een mechanisme, zoals bedoeld in de titel van het project: kostenbesparing door deskundigheidsbevordering lijkt in dat geval waarschijnlijker.

De vrijwel unanieme deelname van de huisartsen in deze regio was uniek. Dat zou specifiek voor de huisartsen in deze regio kunnen zijn. Het is echter waarschijnlijker, dat de tegemoetkoming om deelname zonder grote kosten mogelijk te maken, een belangrijke rol gespeeld heeft. Het lijkt aannemelijk dat een dergelijke regeling de deelname elders ook sterk zou kunnen bevorderen. Tot dusverre is deskundigheidsbevordering van huisartsen - anders dan via sponsoring door de industrie - steeds ten koste gegaan van het besteedbaar inkomen van de deelnemer. Dit staat in schrille tegenstelling tot scholing in het bedrijfsleven waar de kosten veelal door de werkgever worden betaald. Zo gezien is de bereidheid van huisartsen steeds opnieuw deel te nemen aan nascholingsprogramma's opmerkelijk.

Eén van de vragen aan de observator was om te beoordelen of hetzelfde ook met minder zou kunnen worden gedaan. Deze vraag bleek echter moeilijk te beantwoorden omdat met een steekproef moest worden volstaan. Voor beantwoording van deze vraag zou een beter totaaloverzicht nodig zijn. Dat was overigens niet op voorhand te zeggen: het ware zeer wel mogelijk geweest dat grote onderdelen overbodig geacht hadden kunnen worden. Dat bleek niet het geval. Nu blijft deze aanbeveling steken bij incidentele module: CARA 2, de module met de longgebruiken kan gemist. Kijken we naar de beoordelingen van de deelnemers dan zouden de module CARA 11 Verwijzen 11 en Verwijzen 14 op de nominatie staan om te verdwijnen. De afwisseling van voordrachten, besprekingen in toetsingsgroepen en trainingen gaf de beweging die zeker nodig was om de aandacht gevangen te houden. Het lijkt niet verstandig op deze afwisseling te bekniptelen.

De belangrijkste constatering is dat de kwaliteit van de deskundigheidsbevordering in dit project gemiddeld tot goed is geweest in vergelijking met hetgeen op dit moment in Nederland gebruikelijk is. Vooral de mate waarin het gebodene huisartsgericht was, was boven gemiddeld. Daarbij kan gesteld worden dat de inbreng van O & O bepaald goed scoorde.

## LITERATUUR

1. Overeenkomst inzake kwaliteitsbeoordeling van het deskundigheidsprogramma in het kader van het project 'Kostenbesparing door kwaliteitsbevordering'. Utrecht: NIVEL 1989
2. KERSTEN TJJMT. 'Projectvoorstel: Kostenbesparing door kwaliteitsbevordering'. Utrecht: NIVEL 1988
3. KLAUW CF VAN DER. Evaluatie. In: "Onderwijskunde. Een cursus voor onderwijsgeven- den in het volwassenen onderwijs. Utrecht: Stichting Teleac 1983
4. MEYBOOM WA. Inleiding tot de observatie van het project 'Kostenbesparing door kwaliteitsbevordering'. September 1989
5. HOENEN JAHD. Raamplan deskundigheidsbevordering in het kader van het project 'Kostenbesparing door kwaliteitsbevordering'. Utrecht: O & O 1989



## **BIJLAGE 2**

### **PROJECT 'KOSTENBESPARING DOOR KWALITEITSBEVORDERING'**

**Eindrapportage interventie Stichting O & O**

J. Hoenen  
Stichting Nederlands Ontwikkelings en Ondersteuningsinstituut voor  
huisarts en eerstelijnszorg, Utrecht.



# INHOUD

<b>INLEIDING</b> . . . . .	175
<b>1. HET DIDACTISCH KOMPAS EN DE ORGANISATIE VAN HET PROGRAMMA</b> .	177
1.1. Het didactisch kompas . . . . .	177
1.2. De praktische organisatie . . . . .	180
<b>2. DE LEERSTOF EN DE PROGRAMMA-INHOUD per thema</b> . . . . .	183
2.1. CARA . . . . .	184
2.2. Oogheelkunde . . . . .	186
2.3. Prescriptie . . . . .	189
2.4. Verwijsbrief . . . . .	190
<b>3. EVALUATIE VAN DE METHODIEK</b> . . . . .	193
3.1. Gegevensverzameling . . . . .	193
3.2. De waardering van het programma . . . . .	195
3.2.1. De waardering van de modules . . . . .	195
3.2.2. De werkwijze op elementen beoordeeld . . . . .	197
<b>4. EVALUATIE VAN DE LEERRESULTATEN</b> . . .	201
4.1. Kennistoets . . . . .	202
4.2. Competentiegevoel . . . . .	204
4.3. Persoonlijke relevantie van de leerdoelen . . . . .	205
4.4. Doorgevoerde veranderingen . . . . .	206
<b>5. SAMENVATTING EN CONCLUSIES</b> . . . . .	209



## INLEIDING

In deze rapportage wordt verslag gedaan van de ontwikkeling en uitvoering van het deskundigheidsbevorderingsprogramma dat plaats vond in het kader van het project "Kostenbesparing door kwaliteitsbevordering". Het programma is uitgevoerd in opdracht van het ziekenfonds Het Groene Land.

De rapportage omvat:

- een beschrijving van de didactische uitgangspunten en de praktische organisatie van het programma (hoofdstuk 1.);
- de inhoud van het programma over de vier thema's (CARA, prescriptie, verwijzen, oogheelkunde) met een korte beschrijving over het verloop per thema (hoofdstuk 2.);
- de evaluatie van de gevolgde methodiek (hoofdstuk 3.);
- de leerresultaten (hoofdstuk 4.);
- conclusies en aanbevelingen (hoofdstuk 5.).

Het deskundigheidsbevorderingsmateriaal van het programma is voor een groot deel ontwikkeld ten behoeve van dit project. Het is bijeengebracht in een map per thema. Belangstellenden kunnen deze mappen lenen bij O & O.

In opdracht van de LHV is een aantal onderdelen uit het programma bewerkt tot korte zelfstandig uit te voeren programma's voor huisartsengroepen. Deze programma's zijn aan alle WDH's ter beschikking gesteld. Aan het opzetten van het deskundigheidsbevorderingsprogramma is met enthousiasme en plezier gewerkt door de WDH ZO-Drente, O & O en de medisch adviseur van het Groene Land. Het werken met onderlinge toetsing en feedback was bij de start van het programma geen vanzelfsprekende aangelegenheid voor de huisartsen; bij sommige was de nodige scepsis aanwezig. Bij de afloop van het programma kunnen twee feiten worden geconstateerd. Het programma heeft geleid tot gedragsveranderingen bij de deelnemers. En van even groot belang: de opvattingen van huisartsen en WDH-leden over wat goede deskundigheidsbevordering is hebben een duidelijke ontwikkeling doorgemaakt. De gevolgde werkwijze is niet blijven steken in een eenmalig experiment. Ook na afloop van het hier beschreven programma is de WDH doorgegaan met curriculumplanning. Het werken met onderlinge toetsing en feedback hebben daarin een vanzelfsprekende plaats gekregen.



# 1. HET DIDACTISCH KOMPAS EN DE ORGANISATIE VAN HET PROGRAMMA

Bij het ontwikkelen en uitvoeren van het programma van deskundigheidsbevordering is steeds gewerkt vanuit drie samenhangende didactische concepten: curriculumontwikkeling, onderlinge toetsing en feedback van productiecijfers. Uitgangspunt was dat op grond van deze concepten een samenhangend programma gemaakt kon worden dat de huisartsen zou stimuleren en helpen bij het tot stand brengen van feitelijke gedragsveranderingen.

Bij het opzetten en uitvoeren van dit programma heeft de WDH ZO-Drente een centrale rol gespeeld.

## 1.1. Het didactisch kompas

### *Curriculumontwikkeling*

Het curriculum bestond uit een programma voor alle huisartsen, uitgevoerd op 14 cursusdagen verdeeld over anderhalf jaar, met vier verschillende inhoudelijke thema's: oogheelkunde, CARA, prescriptie en verwijzen. Aan het programma namen 60 huisartsen deel, verdeeld over twee parallel-groepen met vaste samenstelling.

Voor ieder thema is aan de hand van een probleemanalyse (zie hoofdstuk 2) en een didactisch stappenplan een programma ontworpen dat verspreid over de veertien cursusdagen is uitgevoerd.

Omdat op deze manier elk thema steeds terugkwam in het totaalprogramma, was het mogelijk follow-up te geven aan afspraken over nieuw beleid.

Op iedere cursusdag werd een afwisselend programma geboden waarin verschillende thema's aan de orde kwamen en verschillende werkvormen werden gebruikt. Dit hield de dagen levendig en zorgde bovendien dat er "voor elk wat wils was", zodat de motivatie zo veel mogelijk op peil bleef.

### *Intercollegiale toetsing en feedback*

Toetsing betekent dat het feitelijk handelen met een norm of standaard vergeleken wordt en dat op basis van het geconstateerde verschil een

oordeel geformuleerd wordt.

In dit project hebben we vooral aangesloten bij de methoden van toetsing in kleine plaatselijke groepen van huisartsen. Het gaat dan om een aantal elementen:

- De eigen werkwijze wordt gedocumenteerd ingebracht en in een kleine groep huisartsen besproken.
- Er worden normen geïntroduceerd (externe standaarden of zelf opgesteld) zodat de beste handelwijze in de besproken situatie eenduidig wordt vastgelegd.
- Er wordt systematisch nagegaan of de eigen werkwijze met de norm in overeenstemming is.

Als er een discrepantie blijkt tussen de eigen werkwijze en de norm kan dat verschil door middel van nascholing worden opgeheven.

Ten behoeve van het project zijn toetsgroepen geformeerd van 5 tot 8 deelnemers; zij bespraken met elkaar hun werkwijze aan de hand van casus, registratieformulieren of ziekenfondscijfers. De toetsgroepen waren een van de kernpunten van het didactisch concept. Tijdens de bijeenkomsten werd vaak gewerkt in deze groepen met een vaste samenstelling.

Zestien huisartsen kregen bij de start van het programma een training van één dag om in de toetsgroepen als gespreksleider op te kunnen treden. Na een aantal maanden is nog een vervolgentraining van een halve dag verzorgd.

De gespreksleider kreeg bij elke module specifieke instructies voor de onderwerpen en de aanpak van het gesprek.

In de eerste bijeenkomsten lag de nadruk op het bespreken van elkaars praktijkroutines. Zo'n bespreking is relatief vrijblijvend. In de latere bijeenkomsten is meer aandacht besteed aan andere toetsingsvaardigheden, zoals het elkaar aanspreken op de naleving van afspraken.

Ziekenfondsproductiecijfers bieden een goede mogelijkheid om de huisarts inzicht te geven in de routine-aspecten van zijn werk, met name op het terrein van prescriptie en verwijzen.

Ziekenfondscijfers zijn daarom waardevol materiaal voor onderlinge toetsing omdat deze weergave van het routine-handelen van de huisartsen een redelijke mate van objectiviteit heeft. Veel vormen van registraties zijn of bewerkelijk voor de huisarts zelf, of ze kunnen te zeer gekleurd worden door sociaal wenselijke antwoorden. Aan overzichten van ziekenfondscijfers kleven deze bezwaren veel minder.



In het programma is -vanaf de vijfde bijeenkomst- vooral gewerkt met terugkoppeling van de produktiecijfers over prescriptie.

### *Het stappenplan*

Als leidraad voor de WDH bij het plannen en uitwerken van de deskundigheidsbevordering is een stappenplan opgesteld.

We onderscheiden de volgende stappen bij de verandering van routine:

1. aandacht krijgen voor het probleem;
2. inzicht verwerven in eigen handelen (met name de lacunes daarin);
3. begrijpen van de standaarden/normen voor gewenst handelen;
4. acceptatie en veranderingsbereidheid verhogen;
5. oefenen, vaardigheden verwerven;
6. stapsgewijs doelen stellen en realiseren in de eigen praktijk;
7. gedragsbehoud, integratie in dagelijkse praktijk;

Gesteld werd, dat aan elk van deze stappen aandacht besteed moest worden. Idealiter zou elk van deze stappen in deze volgorde aan bod komen, maar daar zijn we soepel mee omgegaan. We vroegen ons met de zeven stappen in hand per thema meermaals af: welke volgende stap is nu aan de orde? Welke aspecten zijn tot nu toe onderbelicht gebleven en verdienen meer aandacht?

Vervolgens hebben we met de WDH methodieken en werkwijzen geïnventariseerd die gebruikt kunnen worden om elk van de stappen in te vullen.

Ter illustratie volgen de methoden voor de invulling van de eerste stap:

Aandacht voor het probleem.

Doel: de interesse van de deelnemers voor het onderwerp wordt gewekt; de deelnemers zijn zich bewust van problematische aspecten van het onderwerp.

Te gebruiken methodieken:

- Benoemen van ervaren problemen van de deelnemers. Exploratie van problematische aspecten in kleine groep.
- Feedback geven over interdoktersverschillen in routine handelen op basis van algemene ziekenfondsgegevens en specifieke gegevens uit Emmen; vragen naar verklaringen voor verschillen.
- Informatie geven over negatieve consequenties van bepaalde diagnostische of therapie-routines, waarvoor betere alternatieven beschikbaar zijn. Voordracht op basis van literatuur gegevens eventueel

aangevuld met specifieke ziekenfondscijfers.

## 1.2. De praktische organisatie

De uitvoering van de interventie is tot stand gekomen in nauwe samenwerking tussen de WDH Zuid-oost Drente, de medisch adviseur van Het Groene Land en de projectleider van O & O. Vanaf het begin is veel tijd gestoken in het gezamenlijke doordenken en bespreken van de didactische uitgangspunten en doelstellingen van het programma.

Voor de praktische planning is het totale programma verdeeld in 3 blokken: de eerste vijf cursusdagen (september -december 1989), de volgende vier (februari - mei 1990) en de laatste vijf (september 1990 - januari 1991).

Voorafgaand aan het eerste blok is het totaal-programma uitgezet: de leerdoelen werden benoemd en de onderwerpen en methoden van de modules werden vastgesteld. Voorafgaand aan ieder blok werden de modules concreet ingevuld: de exacte werkwijze, het onderwijsmateriaal, de docenten e.d. Tussentijds verzamelde evaluatie-gegevens leverden veel input voor de invulling van het tweede en derde blok. Maar ook lopende de blokken is de gang van zaken en eventueel noodzakelijke bijsturing steeds een punt van aandacht geweest.

De medisch-adviseur van Het Groene Land was de contactpersoon met het ziekenfonds. Natuurlijk was hij vooral belangrijk waar het ging om het aanleveren en gebruik van productiecijfers. Daarnaast heeft hij gezorgd voor het regelen van velerlei praktische zaken: secretariële ondersteuning, cursusruimten, planning van data, etc. En niet in het minst was hij een morele steun voor de WDH-leden.

De WDH concludeerde in zijn evaluatie dat het project de relatie tussen huisartsen en ziekenfonds duidelijk heeft verbeterd.

De projectleider van O & O had als belangrijkste functie de totale didactische sturing en bewaking van het project. O & O zorgde ook voor de inventarisatie van bestaand onderwijsmateriaal over de vier thema's, het aanpassen van bestaand materiaal en het maken van nieuw materiaal. O&O-medewerkers traden op als cursusleider tijdens de nascholingsdagen. Dit werd positief gewaardeerd door de WDH-leden: de O&O-medewerkers konden deelnemers vrijer aanspreken en confronteren dan de WDH-leden; zij hadden geen last van collegiale relaties en

bestaande omgangspatronen.

Tenslotte verzorgde O&O de productie van een Nieuwsbrief over het project ("Lijn 21"). Hierin werden onder andere de in de cursus gemaakte werkafspraken over de vier thema's gepubliceerd. Er verschenen 19 edities van Lijn 21.

De WDH heeft zeer veel werk verzet in het kader van het project.

De eerste stap van de WDH was het inventariseren van de bestaande en vroegere nascholingsactiviteiten in de regio.

Wat is er in het verleden al georganiseerd? Door wie? Wat beviel goed, wat minder? Waarom? Wat zijn lokale aspecten - bij de huisartsen, maar ook bij apothekers, specialisten en dergelijke - waarmee rekening moet worden gehouden bij het opstellen van het programma?

De WDH heeft een aantal algemene principes omschreven waaraan nascholing moet voldoen:

- Zorg voor praktijkgerichte scholing;
- Stel kostenbesparing niet al te zeer op de voorgrond, maar hanteer het wel als rode draad in het programma;
- Maak waar mogelijk gebruik van bestaande standaarden, protocollen en deskundigheidsbevorderingsprogramma's;
- Besteed aandacht aan attitudeverandering van de huisarts.

Samen met O & O en de medisch adviseur maakte de WDH een probleemanalyse van ieder van de vier thema's. Op grond hiervan werden leerdoelen opgesteld, die werden voorgelegd aan extern deskundigen (zie hoofdstuk 2 voor een uitgebreide beschrijving).

Aan de hand van de probleemanalyse en het stappenplan werden de modules ingevuld. De WDH-leden legden contacten met docenten en hielden voorbesprekingen. Zij zorgden voor de verslaglegging van de werkafspraken over de thema's.

Zoals al aangegeven is na afloop van het project met de WDH-leden geëvalueerd.

De WDH-leden zijn tevreden over de samenwerking gedurende het project, zowel onderling als met de medische adviseur van Het Groene Land en de projectleider van O&O. In de loop van het project werd de werkwijze van de WDH steeds efficiënter. Dit neemt niet weg dat de WDH-leden erg veel vrije tijd in het project hebben gestopt ten koste van gezin, hobby's etc. Hoewel je met geld geen vrije tijd kunt kopen werd toch als wens geuit financieel vergoed te worden voor dit soort omvang-

rijke projecten.

Door het project hebben de WDH-leden veel meer inzicht gekregen in nascholingsprocessen. Het werken met het stappenplan ging in het begin niet van een leien dakje. De WDH-leden moesten nogal eens overtuigd worden van de systematische aanpak. De verleiding om steeds nieuwe onderwerpen te kiezen of teveel in kennisoverdracht te blijven steken was groot.

Na afloop constateerden de WDH-leden dat zij ten aanzien van het maken van deskundigheidsbevordering nieuwe ideeën hadden opgedaan. Toetsing en feedback worden nu als onmisbaar voor effectieve nascholing gezien. Zonder deze elementen is het rendement van nascholing te gering. Ze zijn meer gaan inzien dat nascholing geen eenmalige gebeurtenis kan zijn, maar dat er sprake moet zijn van een continu proces. Er werd tevens gewezen op het belang van stapsgewijs kleine veranderingen doorvoeren en niet te veel ineens willen. De WDH-leden vonden dat hun verwachtingen van de effecten van deskundigheidsbevordering realistischer geworden waren.

Kortom: het programma was ook voor de WDH-leden een intensieve vorm van deskundigheidsbevordering.

## 2. DE LEERSTOF EN DE PROGRAMMA-INHOUD PER THEMA

Het projectvoorstel vermeldde vier thema's voor het deskundigheidsbevorderingsprogramma: Oogheelkunde, CARA, Verwijzen en Prescriptie. In de voorbereiding met de WDH is een uitgebreide probleemanalyse gemaakt om de zwaartepunten van elk thema vast te stellen. Achtereenvolgens vroegen we ons af:

- Wat is er nu niet goed? Wat zijn de (te beïnvloeden) oorzaken daarvan? Hoe blijken de (negatieve) gevolgen van de huidige werkwijze?
- Wat is de rol van de huisarts bij het probleem? Wat is de rol van bijvoorbeeld de specialist, de apotheker of patiënt?
- Wat is het gewenste handelen van de huisarts? Welke effecten worden daarmee beoogd?
- Sprekende over het gewenste handelen: welke patiëntencategorieën zijn geschikt als eerste experiment (aanwijsbaar probleem, redelijke succesverwachting)? Wat moet de huisarts precies doen bij deze patiënten?
- Wat is nodig aan kennis, attitude en vaardigheden om het gewenste handelen van de huisarts te realiseren?
- Welke voorwaarden moeten gerealiseerd worden (materiaal, praktijkorganisatie, rol van de assistente, samenwerkingsafspraken, e.d.)?

Het verslag van de discussie over deze vragen is vervolgens becommentarieerd door de adviserend geneeskundige van het ziekenfonds, huisartsdeskundigen, en didactisch deskundigen. Zij gaven commentaar op de kostenaspecten van de gekozen zwaartepunten, gaven inhoudelijke aanvullingen, bewaakten de huisartsgeneeskundige relevantie en gaven hun oordeel over de haalbaarheid.

De probleemanalyse leidde tot leerdoelen voor het programma en benoeming van randvoorwaarden waaraan gewerkt moest worden. Vaak was dat veel te veel voor de beschikbare tijd. Keuzes werden gemaakt op basis van een aantal criteria:

- Als we het onderwerp behandelen is daar dan een redelijke effect op kosten te verwachten?
- Is het onderwerp te vertalen in cijfermatige feedback met behulp van ziekenfondscijfers?
- Is het een relevant probleem? Komen huisartsen het probleem vol-

doende vaak tegen en ervaren zij het zelf als probleem?

- Is er voldoende kennis beschikbaar in de vorm van NHG-standaarden, protocollen of literatuur?
- Is de gewenste verandering van handelen van de huisarts realiseerbaar in de beschikbare tijd?
- Is de samenwerking met relevante anderen, zoals specialisten, apothekers, opticiens, zodanig dat het gewenste beleid haalbaar is?

Het zal duidelijk zijn dat toepassing van deze criteria soms tot tegenstrijdige adviezen kan leiden.

Niet alles werd van te voren in detail vastgelegd. Lopende het programma zijn ook nog keuzes ten aanzien van de inhoud gemaakt; de reacties van de deelnemers waren daarvoor richtinggevend.

Onderstaand wordt per thema kort aangegeven wat de resultaten van de probleemanalyse waren en tot welke leerdoelen dat leidde. Dan volgen de modules die georganiseerd zijn met enig commentaar op het inhoudelijke verloop.

## 2.1. CARA

### *Probleemsituatie*

Heldere diagnostische criteria voor CARA in de huisartspraktijk ontbreken. Het vermoeden bestaat dat CARA onvoldoende herkend wordt met als gevolg onderrapportage en onderbehandeling. Te veel chronische CARA-patiënten worden begeleid door de longarts, terwijl de huisarts daar de meest aangewezen persoon voor is. Echter het ontbreekt nogal wat huisartsen aan voldoende kennis en vaardigheden om deze taak adequaat uit te voeren. Ook de motivatie voor deze taak laat soms te wensen over.

### *Leerdoelen.*

- De huisarts heeft inzicht in de verschillende diagnostische criteria voor de verschillende subgroepen binnen CARA. Op basis van die criteria kan de huisarts besluiten welke patiënten onder zijn begeleiding kunnen komen of blijven.
- De huisarts weet welke elementen in de anamnese en onderzoek essentieel zijn.
- De huisarts kent de zin en onzin van de diagnostische tests die in de

tweede lijn uitgevoerd kunnen worden. (RAST; IGe; longfunctie test; etcetera.)

- De huisarts is gemotiveerd om meer tijd uit te trekken voor de begeleiding van CARA-patiënten.
- De huisarts kent de waarde van de peak flow meter en kan patiënten instrueren voor het gebruik ervan.
- De huisarts kent het behandelingsbeleid bij exacerbaties van CARA en kan dat adequaat uitvoeren.
- De huisarts kent het indicatiegebied, toedieningsvormen, dosering en voorkeurspreparaten van de verschillende groepen CARA-medicamenten. (Er wordt een formularium opgesteld voor de CARA-middelen.)
- De huisarts begrijpt de keuzes die in het formularium gemaakt zijn en is in staat daarnaar te handelen.
- De huisarts kan de patiënt voorlichten over CARA (ontstaan, diagnose, behandeling, medicatie (inhalator), leefregels, prognose, inroepen hulp arts, preventie, etcetera.)
- De huisarts is in staat met de longartsen overeengekomen verwijfsbeleid adequaat uit te voeren. (kwaliteit verwijfsbrieven, samenwerking, initiatief nemen als afgesproken terugverwijzing uitblijft).

#### *Inhoudelijk verloop van het thema*

De volgende modules zijn georganiseerd:

- C 1 Knelpunten in de CARA-zorg door huisartsen
- C 2 Signaleren van CARA
- C 3 CARA: anamnese, diagnostiek en laboratoriumtests
- C 4 Fysisch diagnostisch onderzoek van CARA-patiënten
- C 5 Behandeling en preventie van CARA-exacerbaties
- C 6 Keuze van CARA-geneesmiddelen
- C 7 Terugverwijfsbeleid van de longartsen
- C 8 Behandeling en preventie van exacerbaties: toetsing van beleid
- C 9 Systematische controle van CARA-patiënten door de huisarts
- C 10 Behandeling van kinderen met CARA
- C 11 Allergie, laboratoriumtests en saneringsadviezen
- C 12 Toetsing van werkafspraken over controles door huisartsen en longartsen

Er is gewerkt aan randvoorwaarden voor nieuw beleid: beschikbaar stellen van peak-flow meters, afspraken met de longartsen over verwijfsing en terugverwijfsing, afspraken met het ziekenhuis-laboratorium over aanvraagprocedures van allergietests, opstellen formularium CARA-midde-

len samen met de apothekers en afspraken over substitutiebeleid specialité's en loco's van CARA-middelen.

In het begin was veel aandacht ingeruimd voor het uitwisselen van ervaringen en routines met betrekking tot CARA. Dat leidde tot kritiek op de inhoud van de CARA-modules; men vond dat de leerstof te weinig nieuws bevatte en dat er te weinig concrete richtlijnen geboden werden. In de modules C5 en C6 werd die schade wat ingehaald: een hoogleeraar longziekten gaf precieze aanwijzingen voor het voorkomen van exacerbaties en het formularium werd besproken. Hiermee werd duidelijk aan de behoefte van de deelnemers tegemoet gekomen. De wensen van de huisartsen voor verwijzingsafspraken en terugverwijzingen werden grotendeels overgenomen door de longartsen. Toch bleef bij de huisartsen het gevoel hangen dat de praktijk anders was.

Het substitutiebeleid van CARA-middelen leverde heftige discussies op. De samenhang tussen de apothekers in de regio was niet zodanig dat zij een gezamenlijk beleid konden formuleren. Ook waren de longartsen niet bereid over te stappen op loco's. Gevolg was een discontinuïteit tussen de recepten van de longartsen en de huisartsen. In de looptijd van het project is dit probleem eigenlijk niet opgelost. (Inmiddels, enkele maanden verder, zijn er aanwijzingen dat overleg met de longartsen over deze kwestie mogelijk is.)

In relatief weinig tijd (2 x nog geen half uur) zijn goede verbeteringen gerealiseerd op het gebied van het aanvragen van allergietests. Het hoofd van het laboratorium was daarover zeer te spreken.

Het thema kinder-CARA is op verzoek van de deelnemers opgenomen. In eerste instantie lag de aandacht vooral bij volwassen patiënten.

De leerdoelen ten aanzien van sanering, huisbezoek en de rol van het kruiswerk kwamen niet uit de verf door een slechte spreker.

## **2.2. Oogheelkunde**

### *Probleemsituatie*

Veel patiënten verwachten bij oogproblemen meteen een verwijzing naar de oogarts of gaan zelfs direct naar de oogarts en vragen de huisarts of de praktijkassistente later een verwijzingskaart. De huisartsen steunen deze handelwijze omdat velen vinden dat hun oogheeskundige vaardigheden te kort schieten en het oog/visusonderzoek relatief veel tijd vraagt. Met name als het gaat om eenvoudige refractie-afwijkingen is deze gang van



zaken inefficiënt en duur.

#### *Globale leerdoelen.*

- De huisarts kent de acute en niet-acute verwijscriteria naar de oogarts.
- De huisarts is bereid te handelen overeenkomstig de afgesproken verwijspcedures naar oogarts en opticien.
- De huisarts is bereid de outillage en het instrumentarium dat noodzakelijk is voor het oogheelkundig onderzoek in de huisartspraktijk op peil te brengen.
- De huisarts kan refractie-afwijkingen beoordelen, adequaat vooronderzoek doen en de patiënt vervolgens verwijzen naar de opticien voor het aanmeten van een bril of lenzen.
- De huisarts beschikt over de vaardigheden noodzakelijk voor het onderzoek voorste oogsegment, het onderzoek gezichtsveld, het onderzoek gezichtsscherpte, het meten oogboldruk en het oogspiegelen.
- De huisarts kan patiënten de noodzaak of overbodigheid van een verwijzing naar de oogarts uitleggen.
- De huisarts beschikt over de vaardigheden noodzakelijk voor adequate diagnostiek en behandeling van het rode oog
- De huisarts kan volgens de regelen der kunst een corpus aliënum uit het oog verwijderen en een eventuele roestring uitboren.

#### *Inhoudelijk verloop van het thema*

##### Oogheelkunde

- 1 Instrumentarium t.b.v. visusbepaling
- 2+3 Standaard visus bepalen
- 4+5 Oogboldruk meten en oog spiegelen
- 6 Met het oog op de praktijkorganisatie
- 7+8 Pathologie van de fundus herkennen
- 9 Toetsing verwijsafspraken opticien/oogarts
- 10+11 Onderzoek en behandeling van het rode oog
- 12 Tijd maken door taken delegeren aan de praktijkassistente (algemeen, niet specifiek op oogheelkunde gericht)
- 13 Terugblik op het totale oogheelkunde beleid en verdere voortgang

Met name rond het thema oogheelkunde is er een grote variëteit aan randvoorwaarden gerealiseerd.

- In samenwerking met diverse sponsors kreeg elke huisarts een

- basispakket met oogheelkundig instrumentarium: lens 20 D, lampje met blauw licht, goede letterkaart, stenopeïsche opening, amslerkaartje, etc.
- Een oogdrukmeter kon door gezamenlijk bestellen met korting aangeschaft worden.
  - Er zijn afspraken gemaakt met de regionale opticiens.
  - Alle opticiens in de regio zijn met een bezoek getoetst op een aantal kwaliteitscriteria met betrekking tot oogmeting. Huisartsen kregen een lijst met de uitslag van deze toetsing.
  - Er is een verwijsformulier opgesteld voor de opticien. Het ziekenfonds accepteerde deze verwijsbrief als brilrecept. Alle huisartsen kregen een blok met deze verwijsbrieven.
  - Er is een oogheelkundig registratieformulier gemaakt gebaseerd op het Tilburg Oogheelkundig Project (later de NHG-standaard). Elke huisarts kreeg een blok met deze registratieformulieren.
  - Er is een voorlichtingsfolder voor patiënten gemaakt om de nieuwe procedure uit te leggen. Elke huisarts kreeg zoveel van deze folders als hij nodig had voor in de wachtkamer.
  - Er is verdere publieksvoorlichting gedaan over de nieuwe verwijsprocedure door een artikel in het ziekenfondsblad, in de plaatselijke pers en met discussies op de regionale omroep.
  - Er zijn verwijsafspraken gemaakt met de oogartsen, met name criteria voor spoedverwijzingen.

Het thema oogheelkunde werd inhoudelijk hoog gewaardeerd door de deelnemers. Met name het praktische oefenen van het visusonderzoek, fundoscopie en tonometrie vond men erg zinvol.

Halverwege is expliciet nagegaan hoe competent de huisartsen zich voelden ten aanzien van de verschillende oogheelkundige vaardigheden. Op basis van de uitslag is een herhalingsmodule over fundoscopie geprogrammeerd. Zowel de vaardigheid als het herkennen van funduspathologie stond centraal.

Er werd veel tijd besteed aan de problemen die huisartsen ervaarden bij de inpassing van het nieuwe beleid in de dagelijkse praktijk. Veel van de randvoorwaarden waaraan gewerkt is, kwamen voort uit de wens van de deelnemers. Daarom werd ook enkele keren uitgebreid stilgestaan bij de praktijkorganisatie, tijdmanagement en de rol van de praktijkassistente.

Het is de indruk van de begeleiders dat de vaardigheden van huisartsen op het gebied van oogheelkunde erg verschillen. Enkelen konden goed als instructeur en docent optreden, anderen stonden duidelijk aan het begin. Het is moeilijk om bij zo'n groot niveauverschil in een groep één passend programma voor iedereen te maken.

## 2.3. Prescriptie

### *Probleemsituatie*

Een meer of minder groot deel van het voorschrijfpakket van een huisarts bestaat uit farmacotherapeutisch minderwaardige preparaten. Huisartsen schrijven dure preparaten voor, waarvoor een goedkoper gelijkwaardig alternatief is. A-specifieke geneesmiddelen zoals antibiotica, pijnstillers, en tranquillizers worden meer en vaker voorgeschreven dan strikt noodzakelijk is.

Er bestaan grote verschillen tussen huisartsen onderling wat betreft voorschrijfgedrag. Het blijkt uit onderzoek dat die verschillen slechts ten dele verklaard kunnen worden door verschillen in de aangeboden morbiditeit of praktijkkenmerken; ze hangen voor het grootste deel samen met de werkstijl van de huisarts.

Herhaalrecepten worden vaak ongezien getekend. De huisarts corrigeert het voorschrijfbeleid van de specialist weinig, maar volgt dat veelal klakkeloos.

### *Globale leerdoelen*

- Het aantal voorgeschreven preparaten in enkele a-specifieke geneesmiddelengroepen wordt teruggebracht (spectrum versmallen). Er wordt een formularium opgesteld voor antibiotica, analgetica, antirheumatica en tranquillizers. (En CARA-middelen, zie thema CARA.)
- De huisartsen moeten de achtergrond van de gemaakte keuzen begrijpen en accepteren en in staat zijn daarnaar te handelen.
- De huisarts beslist vaker dan nu het geval is geen geneesmiddelen voor te schrijven. Hij zal zonodig vaker met de patiënt in onderhandeling gaan als deze een recept wenst. Hij zal goede voorlichting moeten kunnen geven om te voorkomen dat de patiënt zich afgescheept voelt.

Het voorschrijven van nieuwe geneesmiddelen, praktijkprocedures met betrekking tot herhaalrecepten en melden van geneesmiddelgebruik in verwijsbrieven werden benoemd als onderwerpen voor een later stadium.

### *Inhoudelijk verloop van het thema*

#### Prescriptie

- P 1 De relatie tussen werkstijl van de huisarts en zijn prescriptiecijfers
- P 2 Voorschrijfroutines antibiotica: urineweginfecties

- P 3 Voorschrijfroutines antibiotica: luchtweginfecties
- P 4 Voorlichting en onderhandeling
- P 5 Toetsing van prescriptiebeleid
- P 6 Toetsing van antibioticabeleid
- P 7+8 Antireumatica en analgetica: toetsing van routines en formularium
- P 9 Toetsing van prescriptiebeleid: antibiotica, analgetica en antireumatica
- P10+11 Adequaate voorschrijven van tranquillizers
- P12 Toetsing voorschrijfbeleid tranquillizers  
Terugblik op het prescriptiebeleid en verdere voortgang

Het instellen van de farmacotherapiewerkgroep is de belangrijkste voorwaardenscheppende activiteit geweest. De werkgroep bestond uit drie apothekers en drie huisartsen (waarvan een apotheekhoudend!). Later trad ook een ziekenhuisapotheker tot de groep toe. De werkgroep zorgde er steeds voor dat als in een module een prescriptieonderwerp besproken werd er een schriftelijk voorstel van de commissie ter tafel lag. Meestal lichtte een apotheker uit de commissie het voorstel toe.

Naast de geneesmiddelgroepen die echt onder de noemer van het thema prescriptie vielen, zijn soms ook onderwerpen in de groep behandeld die te maken hadden met de andere thema's uit het programma (bijvoorbeeld geneesmiddelen bij het rode oog, anti-arhythmica).

De ziekenfondscijfers speelden bij dit thema de meest substantiële rol in het programma.

Terugkijkend op de globale leerdoelen is er vooral veel tijd en discussie gewijd aan het 'wat voorschrijven' en minder aan het 'niet-voorschrijven'. Het is lastig een goede vorm te vinden om de algemene voorschrijfgeneigdheid van de huisarts aan de orde te stellen.

## 2.4. Verwijsbrief

### *Probleemsituatie*

De verwijzing naar de tweede lijn is een draaipunt in de samenwerking tussen huisarts en specialist. De verwijsbrief is een belangrijk instrument in het verwijzingsproces.

De huisarts zou selectiever gebruik kunnen maken van de mogelijkheden van de tweede lijn wat betreft onderzoek, behandeling en controle. Een deel van de patiënten in de tweede lijn zou net zo goed of zelfs beter

onder de hoede van de huisarts kunnen zijn. De huidige kwaliteit van de verwijfsbrief van huisartsen laat te wensen over. De verwijfsbrief vervult zo onvoldoende de sturingsfuncties waarvoor hij bedoeld is.

Het verwijfsproces is zeer complex, zeer veel factoren zijn erop van invloed. Vanuit didactisch oogpunt is de beperking tot de verwijfsbrief zinvol. Echter, alleen in het kader van afspraken met de specialist zal een betere verwijfsbrief tot daadwerkelijke effecten leiden.

#### *Globale leerdoelen*

- De huisarts heeft inzicht in zijn eigen verwijfsroutines en de factoren die daarop van invloed zijn.
- De huisarts heeft inzicht in de kwaliteit van zijn eigen verwijfsbrieven.
- De huisarts kan afgeleid van de NHG-standaard 'verwijfsbrieven naar de tweede lijn' een aantal punten noemen waarop zijn verwijfsbrieven te verbeteren zijn.
- De huisarts is bereid zijn verwijfsbrieven overeenkomstig de NHG-standaard (stapsgewijs) aan te passen en doet dat daadwerkelijk.
- De huisarts hanteert het afgesproken verwijfsbeleid naar de cardioloog bij pijn op de borst, hartritme-stoornissen, en begeleiding van post-infarct-patiënten.
- De huisarts heeft voldoende kennis en beheerst de diagnostische vaardigheden die noodzakelijk zijn om bij de genoemde cardiologische aandoeningen een probleemdefinitie en gerichte vraagstelling in de verwijfsbrief aan de cardioloog te formuleren.
- De huisarts is bekend met de afspraken met de cardiologen over terugverwijzing van patiënten en weet daarnaar te handelen. Dat houdt ook in dat hij contact opneemt met de cardioloog als deze zich niet aan de afspraken houdt.
- De huisarts is in staat te onderhandelen met de patiënt over de noodzaak van een verwijzing en is bereid dat vaker dan nu te doen.
- De huisarts kan de patiënt informeren over de procedure met betrekking tot de verwijzing.

#### *Inhoudelijk verloop van het thema*

##### Verwijfsbrief

- V 1 De relatie tussen werkstijl van de huisarts en zijn verwijfscijfers
- V 2+3 De 'goede' verwijfsbrief (op basis van NHG-standaard)
- V 4+5 Verwijfsafspraken met de cardioloog
- V 7 Toetsing verwijfsafspraken cardiologie

- V 8      Verbreiding verwijsafspraken cardiologie
- V 9      Beoordeling van acute enkelletsels door de huisarts
- V 10     Behandel- en verwijsbeleid bij ritmestoornissen
- V 11     De aanpak van het verwijsgesprek
- V 12     Begeleiding van postinfarct-patiënten door de huisarts
- V 13     Eerste opvang van infarct en reanimatie
- V 14     Terugblik op de gemaakte verwijsafspraken en verdere voortgang

De randvoorwaarden hadden wat dit thema betreft hoofdzakelijk betrekking op de samenwerkingsafspraken met de cardiologen. Het toenmalige conflict tussen ziekenfondsen en specialisten was een grote hindernis voor formele samenwerkingsafspraken in het kader van dit project. Omdat de indruk was dat de samenwerkingsrelaties met de cardiologen redelijk waren (er functioneerde bijvoorbeeld een regelmatig bij elkaar komende ECG-werkgroep) werd voor het thema cardiologie gekozen.

Net zoals bij prescriptie geldt dat het moeilijk is het verwijsgedrag van de huisarts in zijn algemeenheid op een goede manier aan de orde te stellen. De keren dat we dat gedaan hebben, was het resultaat maar matig. De gestelde leerdoelen werden niet echt gerealiseerd.

We hebben in de WDH een tijd gezocht naar mogelijkheden om andere specialismen bij het thema verwijzen te betrekken. Liefst moest het onderwerp dan ook aanknopingspunten voor het oefenen van praktische vaardigheden bieden. Na enig zoeken is besloten één module te besteden aan enkelletsel. Een probleem met de cardiologische onderwerpen was dat het steeds een zeer klein aantal patiënten per huisarts betrof. Dat maakte feedback met ziekenfondscijfers niet zo zinvol. De huisartsen vonden de stof desalniettemin zeer interessant. De vraag is hier hoe het met het evenwicht tussen investering en opbrengst staat. Zeker als naderhand door huisartsen geconcludeerd wordt dat het netto resultaat in ander terugverwijsbeleid van de cardiologen erg gering is.

### 3. EVALUATIE VAN DE METHODIEK

Tijdens de uitvoering van het programma is op verschillende momenten informatie verzameld over de waardering van de deelnemers voor het programma. De evaluatie-gegevens hebben twee gelijkwaardige functies. In de eerste plaats is de waardering van de deelnemers één van de indicatoren voor de kwaliteit en effectiviteit van het programma: als (onderdelen van) het programma negatief gewaardeerd worden zullen de huisartsen minder aanleiding vinden het geleerde in praktijk te brengen. Daarnaast zijn de gegevens gebruikt om tijdens de rit het programma verder in te vullen en waar nodig bij te sturen.

#### 3.1. Gegevensverzameling

De reacties van de deelnemers op de werkwijze in het programma zijn op verschillende momenten en op diverse wijzen verzameld.

##### *Na elke bijeenkomst*

Op het einde van elke bijeenkomst vulden de deelnemers een evaluatie-formulier in.

Hierop werd elke module van die dag beoordeeld met 'zeer goed' 'goed' of 'niet goed'. Vervolgens kon het antwoord toegelicht worden. Van deze gelegenheid werd in ongeveer 60% van de gevallen gebruik gemaakt.

Daarnaast konden de deelnemers door middel van een open vraag commentaar geven op de hele dag. Wisselend per dag maakte 10 tot 30% van de deelnemers gebruik van deze mogelijkheid.

De commentaren, zowel op de hele dag, als op een specifieke module werden ondergebracht in categorieën: inhoud, praktijkgerichtheid, werkwijze, structuur/doelen/organisatie, tempo/tijdbewaking, sfeer, en overige. Voor elk van deze categorieën kon het commentaar positief, dan wel negatief gescoord worden.

##### *Op het einde van een 'blok'*

Zoals eerder vermeld was het programma verdeeld in drie blokken. Op het einde van elk blok werd uitgebreid terug gekeken naar het programma van de vorige bijeenkomsten. De antwoorden zijn vooral gebruikt voor de bijsturing van het programma en niet kwantitatief verwerkt. In

deze verslaglegging wordt er niet verder naar verwezen.

### *Op het einde van het programma*

Op het einde van het programma hebben de deelnemers een vragenlijst ingevuld.

De vragenlijst bevatte 64 vragen over allerlei aspecten van de opzet van het programma, bijvoorbeeld het functioneren van de toetsgroepen, de kwaliteit van het onderwijsmateriaal, de begeleiding, etcetera. De vragenlijst bestond uit stellingen, zoals "het was zinvol dat gemaakte afspraken ook getoetst werden op de naleving ervan" en "de toetsgroepbegeleider zorgde er onvoldoende voor dat iedereen voldoende aanbod kon komen". Elke stelling had een bijbehorende vijfpuntsschaal lopend van 1 (zeer mee eens) tot 5 (zeer mee oneens). Positief en negatief geformuleerde items wisselde elkaar onregelmatig af, om de respondenten op hun 'qui-vive' te houden tijdens de beantwoording.

Bij de data-analyse werden de positieve en negatieve items in dezelfde richting omgepoold. De ratingschalen zelf werden herschaald tot (minimum - maximum) waarden lopend van 0 tot 1.

De vragenlijst was bedoeld om een wat dieper inzicht te krijgen in de beoordeling van de deelnemers van allerlei aspecten van de werkwijze. Een groep items die informeerden naar eenzelfde aspect werden later samengevoegd als een schaal. Daarbij speelden zowel inhoudelijke als statistische afwegingen een rol.

---

No.	Schaal-naam	Var. code	Korte inhoudsbeschrijving
1.	ORGANISATIE	OR	Organisatie en opzet
2.	CURRICULUM	CR	Curriculumopbouw
3.	WERKWIJZE	WR	Onderlinge toetsing (als werkvorm)
4.	BEGELEIDING	BG	Begeleiding door O&O
5.	T-GRP BEGEL	TB	Toetsgroepbegeleiding
6.	T-GRP COMMU	TC	Communicatie in toetsgroepen
7.	EFFECT ZF	EZ	Effecten van ziekenfondscijfers op gedrag
8.	CONTRA ZF	CZ	Weerstand tegen gebruik ziekenfondscijfers
9.	INSTRUCTIES	IN	Kwaliteit en zinnigheid instructies
10.	MATERIAAL	MA	Zinnigheid (gratis) aangeboden materiaal en instrumentarium
11.	BESTELLEN	BS	Bestelmogelijkheid van materiaal en boeken
12.	RUIMTE VERZ	RV	Ruimte en verzorging

---



## 3.2. De waardering van het programma

Voordat we ingaan op de verzamelde evaluatie-gegevens staan we stil bij twee andere indicatoren voor de waardering voor het programma.

De aanwezigheid van deelnemers is een grove maar toch veelzeggende parameter voor het enthousiasme voor het programma.

Zoals bekend hadden alle huisartsen in de regio Emmen een contract afgesloten met het ziekenfonds Het Groene Land, waarin zij toezegden alle bijeenkomsten bij te wonen.

Het contract was eenduidig: alle bijeenkomsten moesten gevolgd worden. In onderling overleg tussen diverse partijen is besloten tot de volgende 'uitvoeringsregeling': Er mochten niet meer dan 2 van de 14 bijeenkomsten gemist worden. 90% van de contractanten is die afspraak nagekomen. Bijna alle huisartsen wilden graag aanwezig zijn, en vonden het jammer als ze door omstandigheden verhinderd waren. Naast de contractanten namen ook geregeld tijdelijke vervangers, meewerkende partners, of huisartsen in opleiding aan de bijeenkomsten deel. Slechts één arts is na vijf bijeenkomsten principieel afgehaakt. Hij geloofde niet in het effect van groepsgewijze nascholing en zag zijn indruk bevestigd. Ook is een enkele huisarts langdurig ziek geweest.

Een tweede indicator is dat ook na afloop van het onderzoek de gevolgde werkwijze van het deskundigheidsbevorderingsprogramma, zij het in minder intensieve vorm, wordt voortgezet door de WDH. Deze wordt hierbij opnieuw ondersteund door Het Groene Land en O & O.

### 3.2.1. De waardering voor de modules

In de regel werden de afzonderlijke modules als '(zeer) goed' beoordeeld door de ruime meerderheid (circa 80%) van de cursisten.

Tabel 3.1.: Percentages / waardering / thema

	OOGH	PRES	CARA	VERW	TOT
WAARDERING					
niet goed	8	16	24	20	17
goed	64	73	65	71	68
zeer goed	28	11	11	9	15
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
N=	(753)	(702)	(685)	(857)	(2997)

Deze frequenties van oordelen zijn omgezet in een waarderingsscore per thema. 'Zeer goed' en 'goed' kregen een score 1, terwijl de waardering 'niet goed' de score 0 kreeg. Deze binominale scores werden per thema gemiddeld. Het resultaat is een waarderingsscore tussen 0 en 1. Een 1 betekent dan dat alle deelnemers over alle onderdelen van het thema tevreden waren. Zie tabel 3.2.

Tabel 3.2.: Waarderingsscores (0-1) per thema

	OOGH	PRES	CARA	VERW	TOT
WAARDERING					
Score	.92	.84	.76	.80	.82
Sd (N=60)	.10	.18	.23	.18	.13

Als we kijken naar de modules die relatief hoog scoorden dan wijst het commentaar dat gegeven werd in de richting van nieuwe, belangwekkende leerstof, het plezier dat men heeft in praktisch oefenen van vaardigheden, of de begenadigde spreker die als docent optrad. Omgekeerd wijst het commentaar van modules die uit de toon vielen in de richting van te geringe inhoud 'niets nieuws geleerd', een leerdoel wat niet uit de verf komt, een onduidelijke opdracht of leermateriaal dat haperde, of een slechte spreker als docent.

Er werd globaal genomen bij elk thema even vaak gebruik gemaakt van de gelegenheid om commentaar te geven, respectievelijk: oogheelkunde 479 maal, CARA 439, prescriptie 440 en verwijzen 513. Het merendeel van de verzamelde commentaren heeft betrekking op de inhoud van de modules, gevolgd door de praktijkgerichtheid.

Bij oogheelkunde betreft 34% van het commentaar een positieve waardering voor de praktijkgerichtheid; 26% van de opmerkingen is positief commentaar over de inhoud tegenover 14% negatief commentaar over de inhoud.

Bij CARA betreft 83% van het commentaar de inhoud van het programma: 49% is negatief commentaar, 35% is positief. Het negatieve commentaar wordt vooral in het begin van het programma gegeven, later komt positief commentaar vaker voor.

Ook bij het thema prescriptie heeft het merendeel van het commentaar betrekking op de inhoud: 36% positieve opmerkingen en 27% negatieve. Er worden in vergelijking met de andere thema's relatief veel positieve

opmerkingen gemaakt over de werkwijze.

Het commentaar op de opzet van het thema Verwijzen wordt vooral gekleurd door het negatieve commentaar op de inhoud.

Vaak vond men dat de discussies met de specialisten te weinig opleverden. Dat komt ook tot uitdrukking in het hoge percentage kritische opmerkingen over het tempo. Toch zijn er ook veel positieve opmerkingen gemaakt over de inhoud van dit thema (24%); 51 keer (10%) wordt er waardering uitgesproken voor de praktijkgerichtheid van een verwijsmodule.

### **3.2.2. De werkwijze op elementen beoordeeld**

Op het einde van het programma hebben de deelnemers een vragenlijst ingevuld, waarin hun oordeel werd gevraagd over diverse aspecten van het programma.

De resultaten van deze evaluatie zijn in tabel 3.4 ondergebracht.  $M$  is het gemiddelde van de schaalscores; berekend door de somscore van de verschillende items te delen door het aantal items en te middelen over het aantal respondenten.

De Alpha-waarden voor schaalbetrouwbaarheid zijn relatief laag. Dit wijst erop dat de items in één schaal soms onvoldoende inhoudelijke samenhang vertonen voor verantwoorde schaalconstructie. Om de lezer te behoeden voor een onhanteerbare hoeveelheid gegevens, presenteren we deze resultaten toch als schaalscores.

De belangrijkste conclusie is dat het deskundigheidsbevorderingsprogramma ruim voldoende wordt beoordeeld: de mediaan van alle schaalgemiddelden is .68. Bekijken we alle vragen gezamenlijk als schaal met 51 items dan volgt een score van .71 (met een alpha van .81).

We laten de tabel voor zichzelf spreken en gaan wat verder in op de elementen uit het didactisch kompas. De schaalwaarden worden hierbij geïllustreerd met de uitkomsten op enkele afzonderlijke schaalitems.

De curriculum-opbouw (CURRICULUM) scoort met een .73 'ruim voldoende'. De items van deze schaal meten hoe aanbod, afwisseling en herhaling van informatie werd gewaardeerd. De afwisseling van onderwijsmethoden en thema's werd door ruim 85% van de deelnemers goed gewaardeerd.

Tabel 3.3.: Het oordeel over de werkwijze (N=60).

SCHAAL	M	SD	ITEMS	ALPHA
ORGANISATIE	.75	.15	2	.71
CURRICULUM	.73	.12	4	.59
WERKWIJZE	.63	.10	8	.53
BEGELEIDING	.78	.12	4	.59
T-GRP BEGEL	.64	.15	2	.43
T-GRP COMMU	.66	.11	6	.58
EFFECT ZF	.65	.14	5	.67
CONTRA ZF	.51	.18	2	.47
INSTRUCTIES	.70	.10	6	.61
MATERIAAL	.80	.11	6	.43
BESTELLEN	.52	.23	4	.78
RUIMTE VERZ	.86	.10	6	.75
<b>Mediaan</b>	<b>.68</b>	<b>.12</b>	<b>4.5</b>	<b>.59</b>
<b>totaal</b>	<b>.71</b>		<b>51</b>	<b>.81</b>

De schaal WERKWIJZE geeft informatie over de wijze waarop de deelnemers de didactische formule waardeerden. Er is vooral nagegaan of de deelnemers de werkwijze als toetsing hebben ervaren. Die vraag kan in overwegende mate met 'ja' beantwoord worden: een score van .63. Gezien de relatief kleine standaard deviatie (Sd=.10) is het oordeel redelijk unaniem.

Het optreden van de toetsgroepbegeleiders (T-GRP BEGEL) en de communicatie in de toetsgroepen (T-GRP COMM) werden als voldoende beoordeeld (respectievelijk M=.64; Sd=.15 en M=.66, SD=.11)

77% van de deelnemers vond dat er voldoende ruimte was voor uitwisseling.

Slechts 5% noemde de discussies in de toetsgroep langdradig; 94% vond dat er over het algemeen goed naar elkaar geluisterd werd; 32% vond echter wel dat er nogal eens afgedwaald werd van het onderwerp. Daar staat tegenover dat 72% over het algemeen tevreden was met het resultaat van een toetsgroepdiscussie. 87% van deelnemers zegt meerdere malen concrete plannen gemaakt te hebben om de eigen werkwijze in de praktijk te veranderen.

De conclusie lijkt gerechtvaardigd dat onderlinge toetsing onder de juiste voorwaarden voor alle huisartsen haalbaar is en nog leuk gevonden wordt ook!

Het oordeel van de artsen over de 'werking' van de ziekenfondscijfers in het programma is redelijk ( $M=.65$ ) met nogal wat schommelingen ( $Sd=.14$ ).

Het gebruik van ziekenfondscijfers was een van de andere steunpilaren onder het deskundigheidsbevorderingsprogramma. Slechts 18% van de deelnemers geloofde dat de discussies in de toetsgroep zonder ziekenfondscijfers net zo zinvol geweest zouden zijn. 72% van de deelnemers vond dat zij door de bestudering van de ziekenfondscijfers en de vergelijking met collega's meer inzicht hadden gekregen in hun eigen handelen. Het kostte enige tijd om de overzichten te kunnen interpreteren en voor sommigen was dat ook op het einde nog steeds lastig. 28% van de deelnemers zei er moeite mee te hebben. Het toetsen aan de hand van cijfers was weliswaar een spannende aangelegenheid, maar werd niet als bedreigend ervaren.

Er is wat explicieter doorgevraagd naar de waardering voor de ziekenfondscijfers, met name omdat in het begin nogal eens wat fouten in de cijfers voorkwamen. Het is voorstelbaar dat twijfel aan de juistheid van de cijfers de invloed daarvan ondermijnt (CONTRA ZF). Wij laten de twee items van deze schaal voor zich zelf spreken: 17% van de artsen meende dat er fouten zijn gemaakt met ziekenfondscijfers voor hun eigen praktijk; 28% had twijfel over de juistheid van de ziekenfondscijfers wanneer tijdens de toetsgroepdiscussie grote verschillen tussen praktijken aan het licht kwamen.



## 4. EVALUATIE VAN DE LEERRESULTATEN

Het Nivel-onderzoek naar de produktiecijfers gaat na of ten gevolge van het deskundigheidsbevorderingsprogramma gedragsveranderingen optreden. In dit hoofdstuk wordt aanvullende informatie gegeven over de leerresultaten van het programma.

We hebben in deze evaluatie vooral gezocht naar leereffecten die licht kunnen werpen op eventueel opgetreden gedragsveranderingen en naar mogelijke gedragsveranderingen die niet zijn onderzocht in de produktiecijfers.

De evaluatie gaat in op de volgende vragen:

- kennistoename: is tijdens het programma de huisartsgeneeskundige kennis van de deelnemers toegenomen?
- competentiegevoel: is door het programma het gevoel van competentie van de deelnemers verbeterd?
- persoonlijke relevantie: beoordelen de deelnemers de aangeboden leerstof als relevant voor henzelf?
- Veranderd beleid: welke veranderingen hebben de deelnemers naar eigen zeggen doorgevoerd in hun beleid?

Als we een deelnemer na een bijeenkomst vragen wat hij geleerd heeft, dan zal de leerstof omdat hij die zich opnieuw voor de geest haalt beter bekijken. Met andere woorden: de evaluatiemethodiek gaat al snel zelf ook een leerbevorderende functie vervullen. We hebben dat niet alleen maar als feit geaccepteerd, maar er juist actief gebruik van gemaakt, soms ten koste van de objectiviteit.

Op allerlei momenten en op allerlei manieren hebben we de deelnemers terug laten kijken naar de leerstof, hen laten formuleren wat voor hen belangrijk was die dag en na een aantal bijeenkomsten laten opschrijven wat ze daadwerkelijk veranderd hadden in hun praktijkvoering.

We hebben gekozen voor evaluatiemethoden:

- a. die zo mogelijk ook een waarde hadden voor de deelnemers zelf in het licht van de doelen van het deskundigheidsbevorderingsprogramma;
- b. weinig belastend waren voor de deelnemers wat betreft tijd;
- c. die relevante kwalitatieve informatie zouden verschaffen over de impact van de aangeboden leerstof.

De tussentijds verzamelde evaluatie-gegevens (over persoonlijke relevantie

en doorgevoerd beleid) zijn ook belangrijke input geweest bij de verdere invulling en bijsturing van het programma.

#### 4.1. Kennistoets

De kennistoets is samengesteld uit vragenblokken van de Landelijke Experimentele Kennistoets van het Landelijke Samenwerkingsverband Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde (SV-IOH). Deze kennistoets is in ontwikkeling en wordt gebruikt tijdens de huisartsenberoepsopleiding. We hebben gekozen voor 6 vragenblokken: aandoeningen van de urinewegen, psychofarmaca en narcotische analgetica, oogheelkunde, ritmes-toornissen, CARA en pijn op de borst.

De deelnemers vulden de toets tijdens de eerste maand van de interventieperiode in (september 1989). De nameting werd op het einde van de interventieperiode ingevuld (december 1990).

De specifieke leerdoelen van het programma waren nog niet bekend bij de keuze van dit instrument. Later bleek dat slechts een beperkt deel van de vragen betrekking had op leerstof die feitelijk in het programma behandeld was. Voor een deel is dat geen probleem omdat het instrument beoogt algemene huisartsgeneeskundige kennis te meten. Maar het risico is wel dat het instrument te grof is om de specifieke veranderingen in kennis als gevolg van het programma boven tafel te krijgen.

De kennistoets bestaat uit casusteksten met beweringen die met juist of onjuist beantwoord moeten worden. Met een goede 'juist' of 'onjuist' wordt een punt verdiend, met een fout gaat er een punt af. Is het vraagteken aangekruist dan krijgt de deelnemer voor die vraag 0 punten. Deze wijze van berekening is overgenomen van het SV-IOH.

Tabel 4.1. biedt een overzicht van de resultaten van de kennistoets.

Tabel 4.1.: Kennistoets: Voor- en Nameting; T-test; d-waarde.

OND	Voormeting			Nameting			T-test (paren)		
	M1	SD1	N1	M2	SD2	N2	p	N-paar	d'
URI	.47	.25	62	.53	.25	63	.04	56	.52
PSY	.44	.21	63	.51	.19	63	.01	55	.68
OOG	.34	.22	62	.37	.19	63	.25	55	.20
RIT	.26	.22	62	.41	.21	63	.00	56	1.27
CAR	.54	.22	57	.63	.19	56	.03	48	.59
BOR	.54	.19	59	.59	.18	56	.08	49	.62



Onder OND vindt u de verschillende onderwerpen van de kennistoets: URI= urineweginfecties, PSY= psychofarmaca, OOG= oogheelkunde, RIT= ritmestoornissen, CAR= CARA en BOR= pijn op de borst. De ongeveer 20 vragen van een onderwerp worden behandeld als schaal.

M1 is het gemiddelde op de eerste meting; M2 is het gemiddelde op de tweede meting. SD is de standaard deviatie, N is het aantal geldige observaties. De p staat voor de waarschijnlijkheid dat  $M1=M2$  volgens de (paarsgewijze) T-test. N-paar zijn het aantal geldige observatieparen horend bij de voor- en nameting. Ten slotte is  $d^*$  de gecorrigeerde d-waarde voor effectgrootte.

De d-statistiek is praktische maat: grofweg kan men zeggen dat de d-statistiek gelijk is aan het verschil in gemiddelde op de voor- en nameting gedeeld door de standaarddeviatie. Het is een gestandaardiseerde maat voor effectgrootte en daarom kunnen uitkomsten gebaseerd op verschillende meetinstrumenten toch met elkaar vergeleken worden. Als de d-waarde gebruikt wordt om scores van statistische schalen te vergelijken kan een correctie toegepast worden voor de schaalbetrouwbaarheid van de schalen. We spreken dan van een d-waarde gecorrigeerd voor attenuatie ( $d^*$ ). Als vuistregel kan een d-waarde van .2 een klein effect genoemd worden, een d-waarde van .5 een medium effect en een waarde van .8 een groot effect (Cohen, 1977).

We vergelijken per onderwerp de verwachting met het gevonden resultaat.

Voor het onderwerp urineweginfecties verwachten wij een kleine verbetering. Urineweginfecties behoorden niet echt tot het programma, hoewel de farmacotherapie van urineweginfecties wel behandeld is. Van de 15 items van dit onderwerp zijn er 6 (40%) die expliciet in de cursus aan bod kwamen. Het resultaat is een significant leereffect. De gecorrigeerde d-waarde (.5) komt overeen met een 'matig' effect. Dit is wat meer dan onze verwachting was.

Bij psychofarmaca verwachten wij een redelijk effect, omdat onder de kop van het thema prescriptie de benzodiazepines behandeld zijn. Van de 17 items zijn er 8 (47%) die overeenstemmen met de inhoud van de geboden leerstof.

Onze verwachting wordt overtroffen: Het verschil in gemiddelde score is significant en de d-waarde (.7) wijst op een 'substantieel' effect.

Bij oogheelkunde verwachten wij een aanzienlijke verbetering omdat er veel aandacht aan dit onderwerp is besteed in het programma. Overi-

gens hadden toch slechts 15 van de 22 items (68%) expliciet betrekking op de geboden leerstof.

Dit verwachte leereffect treedt echter niet op: Het verschil in gemiddelde scores op T2 en T1 is niet significant en de grootte van de d-waarde (.2) kan hoogstens als een 'klein' leereffect uitgelegd worden.

We hebben hier geen verklaring voor.

Ritmestoornissen is niet uitgebreid maar blijkbaar wel grondig behandeld in het programma: 16 van de 21 items; (76%). In overeenstemming met de verwachting zien we significant en groot leereffect ( $p=.00$ ;  $d^*=1.3$ ).

CARA is uitvoerig aan bod geweest (18 van 19 items; 95%); we verwachten dus een groot effect. Inderdaad, deze verwachting komt uit ( $p=.03$ ;  $d^*=.6$ ).

Het onderwerp pijn op de borst is tijdens de cardiologie modules uitgebreid behandeld (11 van de 18 items; 61%) en we verwachten dus een redelijk effect. We worden daarin niet teleurgesteld: het resultaat wijst op een significant en substantieel verschil.

## 4.2. Competentiegevoel

Tijdens de eerste en de laatste bijeenkomst (september 1989 en januari 1991) vulden de deelnemers een checklist Medisch-Technische vaardigheden in. De gebruikte lijst bevatte ongeveer de helft van een uitgebreide checklist van Tan.

De checklist Medisch Technische vaardigheden is bedoeld voor het vaststellen van veranderingen in het competentiegevoel van de deelnemers. Er bestond natuurlijk interesse in de veranderingen in de feitelijke competentie of 'performance' van de deelnemers. Maar we zagen geen kans dat op een praktisch haalbare manier te meten.

De huisartsen scoorden op deze lijst hun eigen competentiegevoel ten aanzien van 106 medisch-technische vaardigheden ingedeeld in een 9-tal categorieën.

Het instrument is echter niet specifiek afgestemd op de inhoud van de interventie. Van de 9 categorieën (namelijk: algemeen, oor, oog, neus, mond, rug, borst, arm en laboratorium) bevatte alleen de categorie "oog" items die sporen met de leerdoelen van de interventie. Daarom worden hier alleen de hoofdconclusies uit de analyse gemeld.

Uit de analyse blijkt dat gedurende het programma het competentiegevoel van de deelnemers over de hele linie is verstrekt. Op de categorieën die geen leerstof waren is het competentiegevoel enigszins toegenomen (een

d-waarde van .37; een zwak effect). Non-paramedisch getoetst is het verschil tussen voor- en nameting voor elke categorie significant (Wilcoxon), behalve voor de categorie "Algemeen".

Zoals verwacht is de verbetering het grootst op de categorie oogheelkunde, waaraan in het programma gewerkt is. Het competentiegevoel is flink toegenomen;  $d=.74$ ; een redelijk sterk effect.

### **4.3. Persoonlijke relevantie van de leerdoelen**

Het deskundigheidsbevorderingsprogramma kende leerdoelen als uitgangspunt voor de inhoud van de modules. In de leerdoelen wordt verwoord wat de deelnemers op zouden moeten steken. De vraag is hoeveel instemming de relevantie van de leerstof vindt bij de deelnemers. Daarbij beoordelen zij de leerstof zoals die feitelijk tot hun gekomen is. Deze vraag wordt beantwoord aan de hand van commentaar dat de deelnemers steeds op het einde van elke bijeenkomst gaven op de leerdoelen van de modules van die dag. Idealiter vinden alle deelnemers alle aangeboden leerstof van een module relevant: de berekeningswijze is zodanig dat een dergelijke situatie resulteert in een score van 1. Lagere waarden betekenen dat minder deelnemers de leerdoelen in de feitelijke leerstof herkenden. Met als minimum een waarde van 0: geen van de deelnemers vond ook maar iets van de aangeboden leerstof relevant. Er blijken grote verschillen tussen de diverse modules in de mate waarin de geboden leerstof relevant wordt beoordeeld.

#### *Oogheelkunde :*

Alle oogheelkundemodules samen komen op een gemiddelde score van 0.58. Voor 5 deelnemers komt de score gemiddeld over alle modules niet boven de 0.4. Dat betekent dat de geboden leerstof voor 5 van de 62 deelnemers onvoldoende relevant was. Voor 30 deelnemers is de gemiddelde score hoger dan 0.60. Dat betekent dat zij de leerstof van het thema oogheelkunde voor het merendeel als relevant beoordeelden. De module over het oogheelkundig instrumentarium scoort het laagst: gemiddeld 0.24, de module over het herkennen van de funduspathologie het hoogst: gemiddeld 0.80.

#### *Prescriptie :*

Alle prescriptiemodules samen komen op een gemiddelde score van 0.49. Voor 14 deelnemers komt de score gemiddeld over alle modules niet

boven de 0.40. Voor 16 deelnemers is de gemiddelde score hoger dan 0.60.

De module over de relatie tussen werkstijl en prescriptiecijfers scoort het laagst: gemiddeld 0.13, de module over voorlichting en onderhandeling het hoogst: gemiddeld 0.65.

*Verwijzen :*

Alle verwijsmoedules samen komen op een gemiddelde score van 0.50. Voor 13 deelnemers komt de score gemiddeld over alle moedules niet boven de 0.40. Voor 16 deelnemers is de gemiddelde score hoger dan 0.60.

De module over de relatie tussen verwijscijfers en werkstijl scoort het laagst: gemiddeld 0.10. De module over verwijzbeleid en de inhoud verwijzbrief bij angina pectoris scoort het hoogst: gemiddeld 0.77.

CARA:

Alle CARA-moedules samen komen op een gemiddelde score van 0.49. Voor 17 deelnemers komt de score gemiddeld over alle moedules niet boven de 0.40. Voor 16 deelnemers is de gemiddelde score hoger dan 0.60.

De module over de problematische aspecten van de huisartsenzorg bij CARA scoorde het laagst: gemiddeld: 0.22. De module over kinder-CARA scoorde het hoogst: gemiddeld 0.71.

#### **4.4. Doorgevoerde veranderingen**

Het doel van het deskundigheidsbevorderingsprogramma is veranderingen in de dagelijkse routine van de deelnemers te bewerkstelligen. Driemaal tijdens het programma (op de vijfde, de negende en de laatste bijeenkomst) is de huisartsen gevraagd aan te geven wat zij daadwerkelijk veranderd hadden in hun beleid met betrekking tot oogheelkunde, CARA, verwijzen en prescriptie. De doorgevoerde veranderingen die door de deelnemers zijn gerapporteerd, zijn gecodeerd en geteld, zodat statistische verwerking mogelijk was. Ook is gevraagd welke veranderingen men zich wel had voorgenomen maar niet had doorgevoerd en wat hiervan de reden was. De niet doorgevoerde veranderingen en de redenen daarvan hebben een belangrijke rol gespeeld bij de verdere planning en bijstelling van de inhoud van het programma.

Een overzicht van de inhoud van de gerapporteerde veranderingen vindt

men in tabel 4.2. De gebieden waar de veranderingen hebben plaatsgevonden zijn gerubriceerd onder de vier thema's.

Uit de tabel blijkt dat de meeste (van de 1385) gerapporteerde veranderingen plaats hebben gevonden op het vlak van het oogheelkundig onderzoek (268 maal genoemd, 19.4% van het totaal aantal veranderingen). Deze veranderingen hebben vooral betrekking op het vaker uitvoeren van fundoscopie, het gebruik van de stenopeïsche opening, gestandaardiseerder visusonderzoek en oogboldrukmeting.

Dan volgen in aantal de veranderingen in het prescriptiegedrag ten aanzien van antibiotica (240 maal genoemd, 17.6%). Een derde van deze veranderingen slaat op het voorschrijven van trimethoprim als eerste keus bij urineweginfecties. Verder wordt veel genoemd: vaker doxycycline voorgeschreven (i.p.v. amoxicilline), minder antibiotica, of het formularium gevolgd.

Verder zien we veel gerapporteerde veranderingen in de verwijsbrief (123 maal genoemd, 8.9%). Het merendeel van de gemelde beleidswijzigingen heeft hier betrekking op een betere, systematische verwijsbrief en het vermelden van een vraagstelling in de brief.

Op het gebied van CARA worden veranderingen gerapporteerd op het gebied van prescriptie van CARA-middelen (115 maal genoemd, 8.3% van het totaal aantal veranderingen), meestal betekent dit dat bij exacerbaties er minder antibiotica worden voorgeschreven en er eerder naar (een hogere dosis) inhalatiecorticosteroiden wordt gegrepen. Ook in de anamnese en onderzoek van CARA-patiënten treden verbeteringen op CARA (113 maal genoemd, 8.2%). De peakflowmeter is erg populair geworden. De laboratoriumtests voor allergie worden zorgvuldiger gebruikt en beter aangevraagd.

Tabel 4.2.: Doorgevoerde veranderingen in beleid: frequentie en %

	Freq	Percent/thema	
<b>OOGHEELKUNDE</b>			
algemeen	16	4	
instrumentarium	31	8	
onderzoek	268	65	
praktijkorganisatie	16	4	
verwijsprocedure	69	17	
geneesmiddelen	9	2	100%
<b>PRESCRIPTIE</b>			
algemeen	33	9	
antibiotica	240	63	
analgetica	82	21	
CARA-middelen	3	1	
psychofarmaca	22	6	
oogmiddelen	2	0	100%
<b>VERWIJSBRIEF</b>			
algemeen	27	12	
verwijsbrief	123	55	
cardiologie	64	29	
enkeldistorsie	9	4	100%
<b>CARA</b>			
algemeen	69	19	
anamnese	113	29	
verwijzen	17	4	
CARA-middelen	115	40	
kinder-CARA	17	4	100%
	1385		

## 5. SAMENVATTING EN CONCLUSIES

O & O heeft in opdracht van het ziekenfonds Het Groene Land een deskundigheidsbevorderingsprogramma voor een zestigtal huisartsen georganiseerd. Het programma voor deskundigheidsbevordering vond plaats in het kader van een het project 'Kostenbesparing door kwaliteitsbevordering'. Dit project had tot doel te onderzoeken of door middel van systematische nascholing en toetsing van huisartsen kosten besparingen in de zorg zijn te realiseren. De effecten van de interventie - het programma van deskundigheidsbevordering - worden onderzocht door het NIVEL.

Deze rapportage doet verslag van de interventie. Er wordt ingegaan op de voorbereiding en de opzet van de bijeenkomsten; de gang van zaken tijdens de bijeenkomsten en de knelpunten die daarbij optraden; de ontwikkelde methodiek van deskundigheidsbevordering; de reacties van de deelnemende huisartsen op het programma die systematisch verzameld werden; en aanwijzingen voor een verbetering van de kwaliteit van de door de huisartsen verleende zorg.

De praktische organisatie van het programma is goed gelopen. Het organiseren van zo'n uitgebreid en samenhangend programma van deskundigheidsbevordering is een complexe taak. De WDH-leden hadden van te voren niet voorzien hoe veel werk dat was. De WDH-leden verdienen lof voor hun inzet. De samenwerking tussen O & O, ziekenfonds en WDH kreeg gaande het project steeds meer vorm. De bijdrage van externe ondersteuning wordt door de WDH essentieel geacht. Zowel de praktische taakverlichting, als de onderwijskundige kwaliteitsbewaking zien zij als onmisbaar. Een extern adviseur kan zowel in de WDH, als tijdens de groepsbijeenkomsten andere rollen vervullen dan een collega-huisarts. Zowel in de voorbereiding, als in de uitvoering bewijst zo'n onafhankelijkheid zijn waarde.

Het programma kreeg vorm aan de hand van het didactisch kompas: zeven stappen die een huisarts moet doorlopen om van routine te veranderen:

1. aandacht krijgen voor het onderwerp;
2. inzicht verwerven in het eigen handelen (met name de lacunes daarin);
3. begrijpen van de standaarden/normen voor gewenst handelen;

4. acceptatie en veranderingsbereidheid verhogen;
5. oefenen, vaardigheden verwerven;
6. stapsgewijs doelen stellen en realiseren in de eigen praktijk;
7. gedragsbehoud, integratie.

Het stappenschema is een belangrijk hulpmiddel geweest bij het plannen en vormgeven van de deskundigheidsbevordering.

Aan de hand van het schema werd bewuster aandacht besteed aan het veranderen van gedrag van huisartsen door middel van deskundigheidsbevordering. De WDH-leden moesten nogal eens overtuigd worden van de systematische aanpak: de verleiding om steeds nieuwe onderwerpen te kiezen, of teveel in kennisoverdracht te blijven steken was groot.

Het totale programma bestond uit vijftig zogenaamde modules: onderwijs-eenheden van anderhalf uur. De vijftig modules waren verdeeld over vier thema's: Oogheelkunde, Prescriptie, Verwijzen en CARA. De feitelijke inhoud van de thema's werd gekozen op basis van een gedegen analyse van de probleemsituatie, een schatting van de haalbaarheid van veranderingen en de wensen van de deelnemers. Naast de inhoud van de modules werd veel aandacht besteed aan de voorwaarden, die nodig waren om de gewenste routine van de huisarts mogelijk te maken. Denk bijvoorbeeld aan het beschikbaar stellen van instrumentarium, het opstellen van een formularium of het maken van werkafspraken met specialisten.

In de ogen van de begeleiders verschilt de overeenstemming tussen doelen en resultaat per thema. In het algemeen kan gesteld worden dat het werken aan de voorwaarden een belangrijke rol speelt bij het realiseren van veranderingen van huisartsenroutines. Bij gelijkblijvende voorwaarden zijn slechts marginale veranderingen mogelijk.

Ruim 80% van de cursisten beoordeelde de modules als '(zeer) goed'. Uitgedrukt in een successcore tussen 0 en 1 is de score per thema:

Oogheelkunde	0.92
Verwijzen	0.80
Prescriptie	0.84
CARA	0.76

De deelnemers waren in het algemeen tevreden over de gevolgde aanpak. Als sterke kanten kwamen naar voren:

- de organisatie en opzet van het programma;
- de begeleiding van O & O;



- de kwaliteit van de instructies;
- het materiaal dat ter beschikking gesteld werd.

De toetsgroepen hebben zeer goed gefunctioneerd. De wijze van introductie en begeleiding van onderlinge toetsing in deze regio, leidend tot 100% deelname kan een belangrijke voorbeeldfunctie vervullen nu de LHV zoveel belang hecht aan onderlinge toetsing in huisartsgroepen.

Het gebruik van ziekenfondscijfers in de toetsgroepen is vooral bij de prescriptiethema's goed uit de verf gekomen. In het begin moesten nogal wat kinderziektes in het materiaal overwonnen worden. Ook kost het veel tijd voordat de huisartsen het materiaal op een zinvolle wijze leren interpreteren.

Naast de effecten die het NIVEL vaststelt op basis van de ziekenfondsproductiecijfers, heeft O & O gegevens verzameld over de leerresultaten om na te gaan wat het programma teweeg heeft gebracht bij de huisartsen.

Het blijkt dat de algemeen huisartsgeneeskundige kennis toeneemt, en die toename is groter naarmate het onderwerp explicieter behandeld is. Het competentiegevoel van de huisarts neemt enigszins toe op alle vlakken (ook als er geen aandacht aan die specifieke vaardigheden is besteed in het programma). Op het gebied van oogheelkunde neemt het competentiegevoel flink toe.

De persoonlijke relevantie van de leerstof wordt door de diverse deelnemers verschillend beoordeeld. De beoordeling loopt in grote lijnen parallel met de andere gegevens: oogheelkunde scoort hoog, prescriptie en verwijzen medium en CARA het laagst.

Desgevraagd rapporteren de deelnemers veel veranderingen die ze in hun dagelijkse praktijk hebben doorgevoerd. De meeste daarvan hebben betrekking op het oogheelkundig onderzoek, het voorschrijven van antibiotica, de verwijsbrief, de medicatie bij CARA en de anamnese en het onderzoek bij CARA.



## BIJLAGE 3

AFSLUITENDE ENQUETE BIJ HET PROJECT  
'KOSTENBESPARING DOOR KWALITEITSBEVORDERING'  
januari 1991

## AFSLUITENDE ENQUETE DEEL I ACHTERGRONDGEGEVENS

Eerst volgen nu een aantal vragen omtrent uw praktijk.
--

De eerste zes vragen afgedrukt op deze bladzijde hoeft u alleen te beantwoorden indien de gevraagde gegevens in de periode na 1 mei 1989 zijn veranderd of indien u zich na die tijd gevestigd hebt. indien dit niet het geval is kunt u bij vraag 7 op de volgende bladzijde verder gaan.

1. Is uw praktijk een :
- solopraktijk
  - duopraktijk met .....full-time en ..... part-time artsen.
  - groepspraktijk met .....full-time en ..... part-time artsen.

2. Hoeveel patiënten telt uw praktijk in totaal en hoeveel van deze patiënten zijn bij onderstaande ziektekostenverzekeraars verzekerd?

patiënten ziekenfonds HGL	:	.....
patiënten overige ziekenfondsen	:	.....
patiëntenparticuliere verzekeraars:	:	.....
-----		
totaal aantal patiënten	:	.....

3. Sinds wanneer bent u werkzaam in de huidige praktijk?  
sinds.....19...

4. Heeft u paramedisch hulp personeel in de praktijk?
- ja
  - nee

Zo ja, welk hulppersoneel en hoeveel werken full/time (38 uur per week en hoeveel part-time?

<input type="checkbox"/> echtgeno(o)t(e)	<input type="checkbox"/> full-time	<input type="checkbox"/> part-time
<input type="checkbox"/> praktijkassistent(e):	.....full-time	.....part-time
<input type="checkbox"/> apothekersassistent(e):	.....full-time	.....part-time

5. Welk systeem wordt in uw praktijk gehanteerd om patiëntengegevens vast te leggen? (meerdere antwoorden mogelijk).

- Kaartsysteem: groene NHG-kaart
- " : probleemgeoriënteerde registratie
- " : gezinskaartensysteem.
- " : ander kaartensysteem.
- Geautomatiseerd systeem

6. Op welke afstand van uw praktijk ligt het dichtstbijzijnde ziekenhuis?
- op .....kilometer over de weg
  - op .....minuten (met de auto)

7. Hoe snel kunnen patiënten doorgaans een afspraak krijgen?

- nog dezelfde dag
  - de volgende dag
  - later
- 

8. a. Hoeveel tijd reserveert U per patiënt op het afsprakaanpak?

.....minuten

b. Hoeveel dagen per week loopt uw spreekuur meer dan 20 minuten uit?

.....dagen per week

---

9. Hoe snel maakt u een visite, wanneer patiënten hierom vragen?

- nog dezelfde dag
  - de volgende dag
  - later
- 

10. In welke percentages verwijst u (naar uw schatting) naar de onderstaande ziekenhuizen?

<input type="radio"/> Assen	...%
<input type="radio"/> Coevorden	...%
<input type="radio"/> Emmen	...%
<input type="radio"/> Groningen RK	...%
<input type="radio"/> Groningen Diac	...%
<input type="radio"/> Groningen Academisch	...%
<input type="radio"/> Hardenberg	...%
<input type="radio"/> Hoogeveen	...%
<input type="radio"/> Zwolle	...%
<input type="radio"/> Elders	...%
	----
	100%

---

11. Wilt u aankruisen over welke instrumenten, testmateriaal en andere hulp middelen u beschikt ten behoeve van uw praktijk?  
indien u beschikt over de aangegeven zaken kunt u dan aangeven hoe vaak u deze gebruikt (per dag, week, maand, jaar)?

	heb ik	gebruik ik
audiometer	ja 0 neen 0	.....maal per.....
oogbolmeter	ja 0 neen 0	.....maal per.....
stenopeïsche opening	ja 0 neen 0	.....maal per.....
schema van Amsler	ja 0 neen 0	.....maal per.....
oogfrees	ja 0 neen 0	.....maal per.....
corneagutsje	ja 0 neen 0	.....maal per.....
magneet	ja 0 neen 0	.....maal per.....
oogbeiteltje	ja 0 neen 0	.....maal per.....
voorgedrukte verwijsbrieven	ja 0 neen 0	.....maal per.....
electrocardiograaf	ja 0 neen 0	.....maal per.....
HB-meter vgl. Sicca	ja 0 neen 0	.....maal per.....
hyfrecator	ja 0 neen 0	.....maal per.....
kogeltang voor het plaatsen van IUD	ja 0 neen 0	.....maal per.....
peak-flow meter	ja 0 neen 0	.....maal per.....
proctoscoop	ja 0 neen 0	.....maal per.....
tonometer	ja 0 neen 0	.....maal per.....
catheter	ja 0 neen 0	.....maal per.....
microscoop	ja 0 neen 0	.....maal per.....
heamoglucosetest	ja 0 neen 0	.....maal per.....
doppler	ja 0 neen 0	.....maal per.....
foetoscoop	ja 0 neen 0	.....maal per.....
oogspiegel	ja 0 neen 0	.....maal per.....
dictafoon	ja 0 neen 0	.....maal per.....
typemachine/tekstverwerker	ja 0 neen 0	.....maal per.....

---

12. Een onderdeel van het NIVEL-onderzoek heeft betrekking op de werkbelasting die u heeft. Belangrijke elementen daarin zijn uw spreekuurcontacten en visites bij de patiënt. Wij vragen u een opgave te doen van uw aantallen spreekuurcontacten en visites. U kunt dit doen door de onderstaande tabel in te vullen, of dit door de praktijkassistent(e) te laten doen, aan de hand van de afspraken- en visitelijsten. De periode waarover u wordt gevraagd opgave te doen zijn de 10 werkdagen tussen 28 januari en 8 februari 1991. De bedoeling is dat u het aantal spreekuurcontacten en visites tijdens uw normale praktijkvoering opgeeft (dus geen avond en weekenddiensten opgeven).

Indien u in de aangegeven periode met vakantie bent geweest of om andere redenen deze vraag niet kunt beantwoorden, wilt u dan contact met het NIVEL opnemen (030 - 319946; dhr. L. Stokx) zodat we een andere periode kunnen afspreken?

datum	aantal spreekuurcontacten	aantal visites
ma 28 jan		
di 29 jan		
wo 30 jan		
do 31 jan		
vr 1 feb		
ma 4 feb		
di 5 feb		
wo 6 feb		
do 7 feb		
vr 8 feb		

13. De manier waarop activiteiten in de eerste en tweedelij op elkaar aansluiten is van belang voor het functioneren van huisartsen. Zo heeft mogelijk de wachtlijstproblematiek bij ziekenhuizen ook invloed op het werk van de huisarts. Gesproken wordt over wachtlijsten, wanneer de wachttijd voor een klinische opname 4 weken (gerekend vanaf het tijdstip van afspraak) overschrijdt. Dezelfde termijn geldt voor een eerste polikliniek bezoek. We stellen deze vragen om een indruk te verkrijgen over hetgeen de huisarts in de praktijk merkt van het bestaan van wachtlijsten en wachttijden en de eventuele extra inspanningen die dat van huisartsen vergt. We vragen dit voor zowel **klinische opnames** als voor **eerste polikliniek bezoeken**. Wilt u uitgaande van de grens van 4 weken voor de genoemde specialismen aangeven of er naar uw inzicht sprake is van wachtlijstproblematiek. Denk daarbij aan de situatie in het ziekenhuis waarop u zich voor het betreffende specialisme het meest richt.

kolom 2: Merkt U momenteel in uw praktijk dat er wachtlijsten gemiddeld langer dan 4 weken voor klinisch **geïndiceerde opnames** voor de volgende specialismen? (aankruisen wat van toepassing is).

kolom 3: Merkt U momenteel in uw praktijk dat er wachttijden gemiddeld langer dan 4 weken voor **eerste polikliniek bezoek** bestaan voor de volgende specialismen? (aankruisen wat van toepassing is).

specialisme	kolom 2 wachttijd klinisch > 4 weken?			kolom 3 wachttijd poliklinisch > 4 weken?		
	ja	neen	onbekend	ja	neen	onbekend
inwendige geneeskunde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cardiologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
longziekten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
reumatologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
allergische ziekten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
gastro-enterologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
chirurgie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
urologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
orthopaedie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
neurochirurgie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
plastische chirurgie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mondheilkund/kaakchirurgie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
verloskunde en gynaecologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kindergeneeskunde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
psychiatrie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
neurologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
dermatologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
keel-/neus- en oorheeskunde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
oogheeskunde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
revalidatie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
radiologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
radiotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cardiopulmonale chirurgie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
klinische geriatrie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
overige specialismen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Indien u bij één of meer specialismen hebt aangegeven dat er sprake is van **klinische wachttijden**, wat is daarvan volgens u de belangrijkste reden? (één mogelijkheid aankruisen).

- tekort aan specialisten
- te weinig OK-ruimte/I.C.-bedden
- tekort OK-personeel/I.C.-personeel
- voorkeur van patiënten voor bepaalde specialisten
- financieel/budgettaire reden
- reden onbekend
- een andere reden, te weten.....

Indien u bij één of meer specialismen hebt aangegeven dat er sprake is van **poliklinische wachttijden**, wat is daarvan volgens u de belangrijkste reden? (één mogelijkheid aankruisen).

- tekort aan specialisten
- voorkeur van patiënten voor bepaalde specialisten
- huisartsen verwijzen te veel
- financieel/budgettaire reden
- een andere reden, te weten.....



14. Noem 3 manieren waarop u in uw werk wordt geconfronteerd met de wachtlijstproblematiek in volgorde van belangrijkheid:  
(B.v. telefoontjes patiënt, familie, wijkverpleging, drukker spreekuur, meer visite-aanvragen etc.)
- 1:  
2:  
3:
15. Noem 3 manieren waarop u met deze problematiek omgaat in volgorde van belangrijkheid  
(B.v. telefonisch regelen individuele gevallen met individuele specialist, patiënt waarschuwen voor lange wachttijd indien een verwijzing wordt uitgeschreven, patiënt om geduld vragen, verwijzingen realiseren naar andere specialisten en/of ziekenhuizen etc.)
- 1:  
2:  
3:
16. Indien er volgens uw inschatting sprake is van wachtlijst/tijd-problematiek in uw praktijk: Hoeveel van uw tijd vergt aandacht voor deze problematiek naar uw schatting per week? en om hoeveel patiënten gaat het?
- gemiddeld ..... uur en ..... minuten per week, betreft gemiddeld ..... patiënten per week.



DEEL II TAKEN, INZICHTEN EN TAAKAFBAKENING

Met de volgende vragen willen we uw mening peilen met name over de taken van de huisarts, waarbij tevens de taakafbakening tussen huisarts en specialist aan de orde komt.

1. Wilt u voor de volgende uitspraken eerst (in de eerste kolom) aangeven in hoeverre u het er mee eens dan wel oneens bent. Wilt u vervolgens (in de tweede kolom) aangeven of het gestelde van toepassing is op uw praktijk. Omcirkel telkens het cijfer dat met uw persoonlijke mening overeenkomt (kolom 1), of dat met de feitelijke situatie overeenkomt (kolom 2).

	ik ben het hiermee					in mijn praktijk is dat				
	<i>helemaal eens</i>					<i>helemaal oneens</i>				
	<i>decis wel, niet eens</i>					<i>meestal ja</i>				
	<i>oneens</i>					<i>soms wel, soms niet</i>				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
a. Je moet je als huisarts bij alles wat je doet afvragen of je niet op het terrein van de specialist dreigt te komen.										
b. Een deel van het diagnostische werk, dat uitsluitend door specialisten wordt gedaan zou eigenlijk even goed door huisartsen gedaan kunnen worden.										
c. Controle van chronische patiënten hoort, als het ook maar enigszins mogelijk is, te worden verricht door de huisarts.										
d. Specialisten moeten zich in de eerste plaats opstellen als consulenten voor de huisarts.										
e. Een patiënt bij wie de specialist geen afwijking heeft gevonden, behoort direct te worden terugverwezen naar de huisarts.										
f. Een huisarts die een ziekenhuispatient bezoekt, zou ook zonder tussenkomst van de specialist de status moeten kunnen inzien.										
g. De huisarts die dat wil, zou in het ziekenhuis sommige van zijn opgenomen patiënten moeten kunnen meebehandelen.										
h. Als huisarts en specialist van mening verschillen over de wenselijkheid van een ziekenhuisopname, dient het oordeel van de specialist de doorslag te geven.										
i. Specialisten behoren tijdens een ziekenhuisopname geregeld overleg te plegen met de huisarts over hun patienten.										
j. Bij de behandeling van ziekenhuispatienten zou de inbreng van de huisarts even groot moeten zijn als die van de specialist.										

	ik ben het hiermee					in mijn praktijk is dat				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
k. Als de specialist de huisarts verzoekt om na een jaar een nieuwe verwijskaart af te geven, behoort de huisarts éérst te vragen of dat wel echt nodig is.										
l. De specialist zou als regel de huisarts moeten betrekken bij zijn beslissing om de patiënt op te nemen.										
m. De specialist zou de huisarts een grote rol moeten toekennen in de medische nazorg na een ziekenhuisopname.										
n. Als een patiënt na een ziekenhuisopname in medisch opzicht nazorg nodig heeft, zou dat, als het maar enigszins mogelijk is, gedaan moeten worden door de huisarts.										
o. Als een patiënt in medisch opzicht nazorg nodig heeft na een ziekenhuisopname, zou de specialist daarover altijd contact op moeten nemen met de huisarts.										

ik ben het hiermee

in mijn praktijk is dat

helemaal eens  
eens  
deels wel, niet eens

meestal vaak  
soms wel, soms niet  
zelden  
nooit

1 2 3 4 5

1 2 3 4 5

2. Hieronder volgt een lijst met 26 aandoeningen. Wij zouden voor elke aandoening graag willen weten of u diagnostiek (1<sup>e</sup> kolom) en behandeling (2<sup>e</sup> kolom) daarvan werk voor de huisarts of juist een taak voor de specialist vindt. Omcirkel het cijfer dat het best met uw mening overeenkomt. Het cijfer '1' betekent 'voornamelijk voor de huisarts'; het cijfer '4' betekent 'voornamelijk voor de specialist/'. De cijfers '2' en '3' liggen daar tussen.

	diagnostiek				behandeling			
	1	2	3	4	1	2	3	4
a. epiglottitis	1	2	3	4	1	2	3	4
b. lichen ruber planus (excl. slijmvlies)	1	2	3	4	1	2	3	4
c. hyperthyreoidie	1	2	3	4	1	2	3	4
d. bronchiectasie	1	2	3	4	1	2	3	4
e. acute glomerulonefritis	1	2	3	4	1	2	3	4
f. chalazion	1	2	3	4	1	2	3	4
g. haemofilie	1	2	3	4	1	2	3	4
h. leveraandoening ten gevolge van geneesmiddelen	1	2	3	4	1	2	3	4
i. carpaal tunnelsyndroom	1	2	3	4	1	2	3	4
j. hernia nuclei pulposi	1	2	3	4	1	2	3	4
k. CVA in actieve fase	1	2	3	4	1	2	3	4
l. colitis ulcerosa	1	2	3	4	1	2	3	4
m. acuut longoedeem	1	2	3	4	1	2	3	4
n. pericarditis	1	2	3	4	1	2	3	4
o. pleuritis	1	2	3	4	1	2	3	4
p. allergische purpura	1	2	3	4	1	2	3	4
q. leucoplakie van de vagina	1	2	3	4	1	2	3	4
r. orthostatische albuminurie	1	2	3	4	1	2	3	4
s. lupus erythemathodes	1	2	3	4	1	2	3	4
t. peritonsillair abces	1	2	3	4	1	2	3	4
u. enteritis regionalis	1	2	3	4	1	2	3	4
v. toxoplasmose	1	2	3	4	1	2	3	4
w. endometriose	1	2	3	4	1	2	3	4
x. contusio cerebri	1	2	3	4	1	2	3	4
y. ziekte van Parkinson	1	2	3	4	1	2	3	4
z. epilepsie	1	2	3	4	1	2	3	4

3. De onderstaande lijst bevat een aantal medische technieken. Zoudt u willen aangeven welke van deze technieken u in de praktijk toepast, en welke niet. Omcirkel het cijfer dat overeenkomt met het voor u passende antwoord.

	doe ik in bijna alle voorkomende gevallen	doe ik wel maar niet altijd	van de moge- lijke geval- len doe ik het bij uitzondering of nooit	van de moge- lijke geval- len doe ik het zelden voor	aanleiding komt nooit of zelden voor
a. panaritium-incisie	1	2	3	4	5
b. tonsilabces-incisie	1	2	3	4	5
c. incisie abces gehoorgang	1	2	3	4	5
d. wigexcisie, inge- groeide teennagel	1	2	3	4	5
e. verwijderen atheroom op behaarde hoofdhuid	1	2	3	4	5
f. idem in gelaat	1	2	3	4	5
g. nagelextractie	1	2	3	4	5
h. wrat verwijderen	1	2	3	4	5
i. inzetten IUD	1	2	3	4	5
j. cervix uitstrijkje maken	1	2	3	4	5
k. aanmeten pessarium	1	2	3	4	5
l. corpus alienum op cornea verwijderen	1	2	3	4	5
m. 'roestring' van corpus alienum van cornea verwijderen	1	2	3	4	5
n. corpus alienum uit oor of neus verwij- deren	1	2	3	4	5
o. fundusscopie	1	2	3	4	5
p. gewrichtspunctie	1	2	3	4	5
q. gipsen	1	2	3	4	5
r. ECG maken	1	2	3	4	5

4. Hieronder volgt een lijst van concrete medische handelingen. Wilt u voor elk van die activiteiten aangeven:

- in hoeverre ze behoort tot de taak van de huisarts (in de eerste kolom);
- in hoeverre u zichzelf in staat acht om deze activiteiten uit te voeren (in de tweede kolom).

	Deze activiteit behoort					Ik voel me wat betreft deze activiteit				
	<i>Volledig</i>	<i>grotendeels</i>	<i>enigszins</i>	<i>nauwelijks</i>	<i>totaal niet</i>	<i>Volledig</i>	<i>grotendeels</i>	<i>enigszins</i>	<i>nauwelijks</i>	<i>totaal niet</i>
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	tot de taak van de huisarts					in staat om ze uit te voeren				
a. ECG interpreteren	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
b. De diagnose claudicatio intermit. stellen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
c. De diagnostiek van meniscuslaesie afronden	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
d. De diagnostiek van icterus afronden	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
e. Bij acuut reuma de diagnose stellen en behandeling doen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
f. De diagnose botfractuur stellen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
g. Diagnostiek van congenitale heupluxatie bij een kind	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
h. Diagnostiek bij subfertiliteit	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
i. Diagnostiek en behandeling van acute nefritis	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
j. IUD plaatsen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
k. Paracentese uitvoeren	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
l. Wigincisie bij unguis incarnatus uitvoeren	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
m. Een patiënt met acute urineretentie t.g.v. een prostaahypertrofie catheteriseren	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
n. Behandeling van een prolaps m.b.v. een pessarium	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
o. Behandeling van een panaritium	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
p. Puncteren van een hydrops van de knie	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
q. Behandeling van gonorrhoe bij een man	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

	Deze activiteit behoort					Ik voel me wat betreft deze activiteit				
	<i>Volledig</i>	<i>Grotendeels</i>	<i>enigszins</i>	<i>nauwelijks</i>	<i>totaal niet</i>	<i>Volledig</i>	<i>Grotendeels</i>	<i>enigszins</i>	<i>nauwelijks</i>	<i>totaal niet</i>
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	tot de taak van de huisarts					in staat om ze uit te voeren				
r. Behandeling van lichte tot matige reumatoïde artritis	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
s. Desensibilisering van een patiënt met atopie	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
t. Behandeling van CARA (gr. 3)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
u. Behandeling van vaginale bloedingen in de postmenopauze	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
v. Behandeling van psoriasis	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5



5. Hieronder vindt u een lijst van activiteiten die gericht zijn op psychosociale hulpverlening of begeleiding. Wilt u voor elk van die activiteiten aangeven:
- in hoeverre ze behoort tot de taak van de huisarts (in de eerste kolom);
  - in hoeverre u ze ook uitvoert in de praktijk (in de tweede kolom);
  - naar welke instelling u, indien u nodig acht, een patiënt met deze klacht verwijst (in de derde kolom) (bijvoorbeeld: algemeen maatschappelijk werk (M.W.) vrijevestigde psycholoog of psychiater, RIAGG, poli van APZ of PAAZ, het APZ of de PAAZ, een medisch specialist).

	Deze activiteit behoort					Ik voer deze activiteit					Daarvoor verwijs ik	
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	nooit	naar
	tot de taak van de huisarts					zelf uit					vermeld alleen de twee belangrijkste	
	volledig grotendeels enigszins nauwelijks totaal niet					altijd meestal soms zelden nooit						
a. adviseren bij opvoedingsmoeilijkheden	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2
b. begeleiden van ex-psychiatrische patiënten	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2
c. bespreken van relatieproblemen echtpaar	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2
d. hulp bieden bij suicidale neigingen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2
e. behandeling van lichte vorm van straatvrees	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2
f. bespreken van langdurige problemen op het werk	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2
g. ontspanningstherapie bij spanningsklachten	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2
h. hulp bieden bij seksuele moeilijkheden	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2
i. hulp bieden bij ver-slavingsproblematiek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2
j. behandelen van wanen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2

6. Hieronder staan een aantal uitspraken en opvattingen over de verdeling van taken tussen huisarts en specialist de peilen. Wilt u voor elke uitspraak aangeven in welke mate u het ermee eens bent. Omcirkel het cijfer dat het best met uw mening overeenkomt.

	hele- maal mee eens	mee eens	deels wel, deels niet mee eens	mee on- eens	hele- maal mee oneens
a. Ik vind het belangrijk om zo veel mogelijk van mijn kennis en kunde als huisarts in de praktijk toe te passen.	1	2	3	4	5
b. Als ik één van mijn patiënten verwezen heb naar de specialist, ligt naar mijn idee de verantwoordelijkheid voor de verdere behandeling van deze patiënt (geheel en al) bij deze specialist.	1	2	3	4	5
c. Ik vind, dat ik zoveel mogelijk de specialistische behandeling van mijn patiënten vanuit een huisartsgeneeskundig perspectief behoor te toetsen.	1	2	3	4	5
d. Ik vind het een prettige activiteit om met specialisten van gedachten te wisselen over de diagnostiek en behandeling van mijn patiënten.	1	2	3	4	5
e. Voor veel van mijn patiënten ben ik de vertrouwenspersoon die opkomt voor hun belangen, ook als zij onder specialistische behandeling zijn.	1	2	3	4	5
f. Met mijn generalistische kennis als huisarts schiet ik vaak te kort om adequaat te kunnen communiceren met specialisten met al hun specialistische kennis.	1	2	3	4	5
g. Ik vind het veel makkelijker om overleg te plegen met collega-huisartsen dan met specialisten.	1	2	3	4	5
h. Ik vind dat ik een afwachtende houding aan moet nemen ten opzichte van de tweedelijns-behandeling van mijn patiënten, tenzij de patiënt zelf om mijn bemoeienis vraagt.	1	2	3	4	5
i. Als mijn ziekenfondspatiënten naar de specialist willen, zal ik ze niet tegenhouden.	1	2	3	4	5
j. Ik beschouw het als mijn taak om te zorgen dat mijn patiënten niet onnodig in de tweedelijns behandeld worden.	1	2	3	4	5
k. Ik vind het bezwaarlijk, dat ik geen speciale honorering ontvang voor het consulteren van specialisten.	1	2	3	4	5
l. Mijn grootste bezwaar tegen het consulteren van specialisten, is dat het zoveel tijd kost.	1	2	3	4	5
m. Als mijn particuliere patiënten naar de specialist willen, stem ik daarmee altijd in om niet het risico te lopen dat ze een andere huisarts nemen.	1	2	3	4	5

hele- maal mee eens	mee eens	deels wel, deels niet mee eens	mee on- eens	hele- maal mee oneens
------------------------------	-------------	---	--------------------	--------------------------------

---

n.	Ik ben als huisarts pas bereid om meer dingen op het grensvlak van de eerste en tweedelijns te doen, als er extra honorering tegenover staat.	1	2	3	4	5
o.	Ik heb er groot bezwaar tegen om steeds meer te moeten doen, omdat het mij zoveel tijd kost.	1	2	3	4	5
p.	Als je ziet hoeveel tijd het kost om de zorg voor patiënten af te stemmen met andere eerste-lijnsdisciplines, dan denk ik vaak: 'laat die patiënt maar in het ziekenhuis'.	1	2	3	4	5
q.	Behalve wanneer het gaat om routine-zaken, houd ik mij altijd uit mezelf op de hoogte van de tweedelijnsbehandeling van mijn patiënten. Dit voor het geval dat de patiënt na afloop van de tweedelijnsbehandeling of tussentijds weer een beroep op mij doet.	1	2	3	4	5

---

7. Hieronder staan een lijst met 14 aandoeningen. Wilt u aangeven in hoeverre u het uzelf kwalijk zou nemen indien u onder normale omstandigheden de hieronder genoemde aandoeningen over het hoofd zou zien?

In hoeverre zou u het uzelf kwalijk nemen als u deze aandoening over het hoofd zou zien?

	ontzet- tend kwalijk	behoor- lijk kwalijk	kwa- lijk	enigs- zins kwalijk	niet of nauwe- lijks kwalijk
a. mammacarcinoom	1	2	3	4	5
b. meningitis	1	2	3	4	5
c. hartinfarct	1	2	3	4	5
d. cervixcarcinoom	1	2	3	4	5
e. ziekte van Hodgkin	1	2	3	4	5
f. reumatoïde arthritis	1	2	3	4	5
g. ulcus duodeni	1	2	3	4	5
h. ziekte van Pfeiffer	1	2	3	4	5
i. cystitis acuta	1	2	3	4	5
j. otitis media acuta	1	2	3	4	5
k. anemie	1	2	3	4	5
l. angina pectoris	1	2	3	4	5
m. sinusitis acuta	1	2	3	4	5
n. acute gastro-enteritis	1	2	3	4	5

8. Wilt U aangeven in hoeverre u het eens of oneens bent met de volgende uitspraken.

	hele- maal mee eens	mee eens	deels wel, deels niet mee eens	mee on- eens	hele- maal mee oneens
a. In twijfelgevallen is het beter om naar de specialist te verwijzen dan om af te wachten.	1	2	3	4	5
b. Een huisarts moet op somatisch gebied alles doen om de oorzaak van de klachten op te sporen.	1	2	3	4	5
c. Als huisarts moet je er bij elke klacht rekening mee houden dat het om het begin van een ernstige aandoening kan gaan.	1	2	3	4	5
d. Op somatisch gebied mag de huisarts geen risico nemen.	1	2	3	4	5

9. Hieronder vindt u een lijst met enkele aandoeningen die in de huisartsenpraktijk kunnen voorkomen. Wilt u afgaande op uw ervaringen in de praktijk aangeven bij elk van deze aandoeningen in hoeverre psychosociale factoren van invloed zijn op het ontstaan of het acuut verergeren daarvan?

psychosociale factoren hebben bij deze aandoening:

	totaal geen invloed	weinig invloed	niet veel niet weinig invloed	veel invloed	zeer veel invloed
a. hartinfarct	1	2	3	4	5
b. obstipatie	1	2	3	4	5
c. dysmenorrhoe	1	2	3	4	5
d. hypertensie	1	2	3	4	5
e. eczeem	1	2	3	4	5
f. hyperthyreoïdie	1	2	3	4	5
g. adipositas	1	2	3	4	5
h. reumatoïde arthritis	1	2	3	4	5
i. colitis ulcerosa	1	2	3	4	5
j. brachialgie	1	2	3	4	5
k. tracheïtis	1	2	3	4	5
l. zwangerschapsbraken	1	2	3	4	5
m. CARA	1	2	3	4	5

10. Hieronder volgt een lijst met uitspraken over het voorschrijven van geneesmiddelen. Omcirkel telkens het cijfer dat overeenkomt met uw mening.

	hele- maal mee eens	mee eens	deels wel, deels niet mee eens	mee on- eens	hele- maal mee oneens
a. De meeste klachten kunnen door geneesmiddelen met goede resultaten worden behandeld.	1	2	3	4	5
b. Als de bijwerkingen van een geneesmiddel niet volledig bekend zijn, is het onjuist dit geneesmiddel voor te schrijven.	1	2	3	4	5
c. Het is onjuist bij een verstopte neus direct neusdruppels voor te schrijven.	1	2	3	4	5
d. Huisartsen moeten geen geneesmiddelen voorschrijven alleen om het placebo-effect.	1	2	3	4	5
e. Ieder geneesmiddel moet beschouwd worden als een potentieel vergif.	1	2	3	4	5
f. Als een patiënt blijft vragen om een bepaald geneesmiddel waar hij/zij weinig baat bij zal hebben, kan een arts hiervan best weinig voorschrijven.	1	2	3	4	5
g. De beste therapie voor een ontstoken keel is het toedienen van antibiotica.	1	2	3	4	5
h. Iemand kan beter een rustgevend middel gebruiken dan de hele dag gespannen of nerveus rondlopen.	1	2	3	4	5
i. Voor alle geneesmiddelen geldt altijd: baat het niet, het schaadt altijd.	1	2	3	4	5
j. Het is onjuist om door middel van het voorschrijven van een geneesmiddel de duur van een niet ernstige klacht te bekorten.	1	2	3	4	5
k. Een geneesmiddel moet niet gebruikt worden als middel om iemand zijn rol te laten blijven spelen in de maatschappij.	1	2	3	4	5
l. Als een patiënt bij zijn huisarts komt vragen om een rustgevend middel, omdat hij over twee weken examen moet doen, is er niets tegen om dat te geven.	1	2	3	4	5
m. Het is onjuist dat een huisarts aan een lastige patiënt een placebomiddel meegeeft om het consult te beëindigen.	1	2	3	4	5
n. Als een patiënt gerustgesteld kan worden door hem een recept mee te geven, moet een huisarts dat doen, ook al twijfelt hij zelf aan het nut van dat geneesmiddel.	1	2	3	4	5
o. Het is beter een stijve nek zonder geneesmiddelen te behandelen.	1	2	3	4	5
p. Bij het voorschrijven van een geneesmiddel moet een arts afgaan op zijn eigen oordeel en zich niet laten beïnvloeden door de vraag van de patiënt.	1	2	3	4	5
q. Iemand is beter af met een slaapmiddel dan met het missen van een paar nachten slaap.	1	2	3	4	5

DEEL III BELEVING

De volgende vragen gaan over de wijze waarop u uw werk als huisarts beleeft.

1. Wilt u het alternatief ~~om~~circelen wat aangeeft in hoeverre u het eens of oneens bent met de onderstaande beweringen?

	hele- maal mee eens	mee eens	deels wel, deels niet mee eens	mee on- eens	hele- maal mee oneens
-----					
a. Als ik van een aantal collega's weet dat ze bij een bepaalde indicatie een zelfde voorschrijfbeleid hebben, dan vindt ik het moeilijk om daar van af te wijken.	1	2	3	4	5
b. Ik kan mijn collega's moeilijk duidelijk maken wat de achtergronden van mijn verwijsbeleid zijn.	1	2	3	4	5
c. Als ik mijn voorschrijfbeleid bij een bepaalde indicatie zou willen veranderen dan kan ik dat zeker wel.	1	2	3	4	5
d. Als ik mijn verwijsbeleid bij een bepaalde indicatie zou willen veranderen dan kan ik dat zeker wel.	1	2	3	4	5
e. Het is voor mij heel moeilijk om minder vaak te verwijzen naar de specialist dan ik nu doe.	1	2	3	4	5
f. Het is voor mij heel moeilijk om minder vaak geneesmiddelen voor te schrijven dan ik nu doe.	1	2	3	4	5
g. Als ik van een aantal collega's weet dat ze bij een bepaalde indicatie een zelfde verwijsbeleid hebben, dan vindt ik het moeilijk om daar van af te wijken.	1	2	3	4	5
h. Ik kan mijn collega's moeilijk duidelijk maken wat de achtergronden van mijn voorschrijfbeleid zijn.	1	2	3	4	5
i. Het is voor mij in het algemeen makkelijk om een ander geneesmiddel (specialité of loco) voor te schrijven dan ik nu doe bij een bepaalde indicatie.	1	2	3	4	5
-----					

2. Een van de aspecten van het werk van de huisarts is het hulp bieden aan patiënten met diagnostiseerbare klachten of aandoeningen. Geef hieronder aan hoe vaak elk van de genoemde gevoelens voorkomt bij het geven van hulp aan dit soort patiënten. Omcirkel telkens wat in uw situatie van toepassing is.

Hoe vaak komt dit gevoel voor bij het hulp bieden aan patiënten met diagnostiseerbare lichamelijke klachten of aandoeningen?

	zeer vaak	vaak	soms	zelden	nooit	onbekend
a. een gevoel van tevredenheid	1	2	3	4	5	6
b. een gevoel van tijdnood	1	2	3	4	5	6
c. een gevoel van frustratie	1	2	3	4	5	6
d. een gevoel van uitdaging	1	2	3	4	5	6
e. een gevoel van gespannenheid	1	2	3	4	5	6
f. een gevoel van eigenwaarde	1	2	3	4	5	6
g. een gevoel van twijfel	1	2	3	4	5	6
h. een prettig, aangenaam gevoel	1	2	3	4	5	6

3. Een ander aspect van het werk van de huisarts is het bezig zijn met activiteiten naast het spreekuur en de visites (zoals patiënten bezoeken in het ziekenhuis, nascholing, lezen van vakliteratuur, overleg met collega's of andere hulpverleners, etc.). Geef hieronder aan hoe vaak elke van de genoemde gevoelens voorkomt ten aanzien van dit aspect van uw werk. Omcirkel telkens wat in uw situatie van toepassing is.

Hoe vaak komt dit gevoel voor bij het bezig zijn met activiteiten naast het spreekuur en de visites?

	zeer vaak	vaak	soms	zelden	nooit	onbekend
a. een gevoel van tevredenheid	1	2	3	4	5	6
b. een gevoel van tijdnood	1	2	3	4	5	6
c. een gevoel van frustratie	1	2	3	4	5	6
d. een gevoel van uitdaging	1	2	3	4	5	6
e. een gevoel van gespannenheid	1	2	3	4	5	6
f. een gevoel van eigenwaarde	1	2	3	4	5	6
g. een gevoel van twijfel	1	2	3	4	5	6
h. een prettig, aangenaam gevoel	1	2	3	4	5	6



4. Een volgend aspect van de huisarts is het hulp bieden aan patiënten met psychosomatische klachten of met psychosociale problemen. Geef hieronder aan hoe vaak elk van de genoemde gevoelens voorkomt bij het geven van hulp aan dit soort patiënten. Omcirkel telkens wat in uw situatie van toepassing is.

Hoe vaak komt dit gevoel voor bij het hulp bieden aan patiënten met psychosomatische klachten of met psychosociale problemen?

	zeer vaak	vaak	soms	zelden	nooit	onbekend
a. een gevoel van tevredenheid	1	2	3	4	5	6
b. een gevoel van tijdnood	1	2	3	4	5	6
c. een gevoel van frustratie	1	2	3	4	5	6
d. een gevoel van uitdaging	1	2	3	4	5	6
e. een gevoel van gespannenheid	1	2	3	4	5	6
f. een gevoel van eigenwaarde	1	2	3	4	5	6
g. een gevoel van twijfel	1	2	3	4	5	6
h. een prettig, aangenaam gevoel	1	2	3	4	5	6

5. Omcirkel ook bij de volgende uitspraken het antwoord dat met uw mening overeenkomt.

	hele- maal mee eens	mee eens	deels wel, deels niet mee eens	mee on- eens	hele- maal mee oneens
a. Of je plezier hebt in je werk ligt voor een belangrijk deel aan jezelf.	1	2	3	4	5
b. Hoe meer energie je in je patiënten steekt des te meer loont het de moeite.	1	2	3	4	5
c. Vervelende dingen in het leven heeft men niet zelf in de hand.	1	2	3	4	5
d. Als huisarts heb je er in het algemeen weinig greep op, of het goed of slecht gaat met de Patiënt.	1	2	3	4	5
e. Als je je werkelijk volledig inzet, bereik je ook veel.	1	2	3	4	5
f. Wanneer ik als huisarts in moeilijkheden kom tijdens contact met patiënten dan ligt dat vaak aan mezelf.	1	2	3	4	5
g. Hoe ik me ook inzet, vaak wordt die moeite niet beloond.	1	2	3	4	5
h. Of patiënten je een goede huisarts vinden heb je zelf in de hand.	1	2	3	4	5
i. Als ik fouten maak, komt dat vaak door mijn eigen onkunde.	1	2	3	4	5
j. De meeste patiënten verander je toch niet.	1	2	3	4	5
k. Als je werkelijk goed je best doet, kun je veel voor je patiënten doen.	1	2	3	4	5
l. Als iemand iets vervelends overkomt is het vaak zijn eigen schuld.	1	2	3	4	5

hele- maal mee eens	mee eens	deels wel, deels niet mee eens	mee on- eens	hele- maal mee oneens
------------------------------	-------------	---	--------------------	--------------------------------

- 
- |    |   |   |   |   |   |   |
|----|---|---|---|---|---|---|
| m. | Je kunt je nog zo inspinnen, het ligt vaak aan de omstandigheden of iets wel of niet lukt.                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| n. | Veel patiënten zijn nu eenmaal zoals ze zijn, daar verander je als huisarts niet veel aan.                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| o. | Ik heb vaak het gevoel, dat patiënten meer het verloop van mijn spreekuur bepalen dan ikzelf.                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| p. | Hoe moeilijk je patiënten ook zijn, als je blijft proberen lukt het op een bepaald moment toch om ze te veranderen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| q. | Het hangt vooral van mezelf af, of ik bereik wat ik wil.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| r. | Of het goed of slecht gaat met mijn patiënten hangt voor een belangrijk deel af van mijn aanpak.                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| s. | Of je goed functioneert in je werk hangt vooral af of het je meezit in je leven.                                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

6. Wij willen u nu een vraag stellen over de mate waarin u (on)tevreden bent over een aantal aspecten van uw werk. Bij elk van de aspecten kunt u door één van de vijf cijfers te omcirkelen, aangeven hoe (on)tevreden u erover bent.

- |  |                    |               |   |                      |
|--|--------------------|---------------|---|----------------------|
|  | zeer te-<br>vreden | tevre-<br>den | deels wel onte-<br>deels vreden<br>niet<br>tevreden | zeer onte-<br>vreden |
|--|--------------------|---------------|---|----------------------|
- 
- |    |   |   |   |   |   |   |
|----|---|---|---|---|---|---|
| a. | De hoeveelheid tijd die ik per patiënt beschikbaar heb.                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b. | De mogelijkheid voor professionele contacten met specialisten.          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c. | De mogelijkheid voor professionele contacten met andere huisartsen.     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d. | Mijn inkomen.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| e. | De uitrusting van mijn praktijk en de faciliteiten waarover ik beschik. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| f. | De hoeveelheid tijd die mijn praktijk kost.                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| g. | De hoeveelheid tijd die ik voor nascholing heb.                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| h. | De hoeveelheid tijd die ik voor mijn gezin heb.                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| i. | De hoeveelheid vrije tijd waarover ik kan beschikken.                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
-

## DEEL IV

## De volgende vragen handelen over uw bij- en nascholing

1. Welke tijdschriften leest u? Lezen is bewust doornemen, niet even doorbladeren.

- Huisarts en Wetenschap
- NTVG
- Medisch Contact
- Medisch farmaceutische Mededelingen
- Geneesmiddelenbulletin
- Modern Medicine
- Patient Care
- Tijdschrift voor Geneesmiddelen Onderzoek
- The Practitioner
- Journal of the Royal College of General Practitioners
- anders, te weten: .....
- .....

2. Hoeveel uur besteedt u gemiddeld per week aan het lezen van vaktijdschriften?  
 ..... uur

3. Hoe vaak maakt u gebruik van het Repertorium Farmaceutische Specialité's?

- vrijwel dagelijks
- paar keer per week
- 1 keer per week
- minder dan 1 keer per week
- nooit

4. Hoe vaak maakt u gebruik van het Farmacotherapeutisch Kompas?

- vrijwel dagelijks
- paar keer per week
- 1 keer per week
- minder dan 1 keer per week
- nooit

5. Als u iemand wilt raadplegen over medicijnen, tot wie wendt u zich dan in eerste instantie?

- collega
- specialist
- apotheker
- collega en apotheker
- collega en specialist
- specialist en apotheker
- anders t.w.: .....
- niet van toepassing: doe ik niet

6. Maakt u voor informatie over farmacotherapie en/of geneesmiddelen gebruik van een geneesmiddelencompendium? Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

nee  
 ja, het Formularium van Nederlandse Apothekers  
 ja, de huisartsenklapper van de RU te Groningen  
 ja, de huisartsenklapper van de KU te Nijmegen  
 ja, het Compendium van de Haan  
 ja, iets anders t.w.: .....  
 .....

7. Heeft u de afgelopen 12 maanden één of meerdere van de volgende cursussen gevolgd? Behoudens natuurlijk uw deelname aan de bijeenkomsten in het kader van het project "kostenbesparing door kwaliteitsbevordering".  
Over welk(e) onderwerp(en) ging(en) deze cursus(sen)?

Cursus:	Onderwerp(en):
<input type="checkbox"/> PAOGG	.....
<input type="checkbox"/> Boerhave cursus	.....
<input type="checkbox"/> van Hoytema cursus	.....
<input type="checkbox"/> 'Warffum' cursus (Drentse nascholings- week)	.....
<input type="checkbox"/> cursus gespreksvoering	.....
<input type="checkbox"/> cursus georganiseerd door de farmaceutische industrie	.....
<input type="checkbox"/> cursus methodisch werken	.....
<input type="checkbox"/> refereermiddagen of -avonden met collega-specialisten	.....
<input type="checkbox"/> overige, te weten: .....	.....
.....	.....
.....	.....

8. Bent u, los van activiteiten tijdens de bijeenkomsten van het project "kostenbesparing besparing door kwaliteitsbevordering, lid van een huisartsgroep die regelmatig bij elkaar komt en waar gezamenlijk aan deskundigheidsbevordering (bijvoorbeeld onderlinge toetsing) wordt gedaan?

neen  
 ja

Zo ja: (als u lid bent van meerdere groepen, de belangrijkste kiezen)

- Onder welke 'titel' komt u bij elkaar?: .....  
 - Hoeveel deelnemers heeft de groep?: .....deelnemers  
 - Hoe vaak bent u met deze groep de afgelopen 12 maanden bij elkaar geweest?:  
 ..... keer bijeen geweest.

Wilt u aankruisen of de volgende aspecten op de werkwijze in deze groep van toepassing zijn? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

In de regel wordt casuïstiek van deelnemers besproken.  
 In de regel wordt de eigen werkwijze van de deelnemers gedocumenteerd ingebracht (door middel van kaarten, formulieren, standaarden, etc.)  
 In de regel worden er gezamenlijke conclusies getrokken en/of afspraken gemaakt ten aanzien van het gewenste beleid.  
 In de regel wordt er een schriftelijk verslag gemaakt van de bijeenkomsten.  
 In de regel wordt er daadwerkelijk teruggekomen op eerder gemaakte afspraken en conclusies.

9. Als u de laatste 3 jaar bekijkt, hoeveel tijd besteedt u dan gemiddeld per jaar aan nascholing?

\_\_\_\_\_ dagen per jaar

10. U heeft als huisarts uit de regio Emmen deelgenomen aan het deskundigheidsbevorderingsprogramma behorend bij het project "Kostenbesparing door kwaliteitsbevordering". Wij willen nagaan hoe u achteraf denkt omtrent dit deskundigheidsbevorderingsprogramma. We beseffen dat dit ook reeds tijdens de bijeenkomsten op diverse wijzen is gevraagd. Om echter een goede vergelijkbaarheid met uw verwachtingen vooraf te waarborgen, willen u toch vragen om uw mening achteraf kenbaar te maken.

Hiertoe zijn hieronder een aantal dimensies genoemd. Elke dimensie is aangegeven door middel van twee contrasterende begrippen met daartussen de nummers van 1 t/m 5. Wilt u aangeven in welke mate de begrippen overeenkomen met meningen, die u ten aanzien van de 14 deskundigheidsbevorderingsbijeenkomsten heeft. Als u bij voorbeeld denkt dat de bijeenkomsten zeer nuttig zijn geweest, vult u een 1 in als u bij voorbeeld denkt dat de bijeenkomsten volstrekt nutteloos zijn geweest, vult u een 5 in. De overige cijfers geven de tussenliggende waarden aan.

Ik vond de deskundigheidsbevorderingsbijeenkomsten:

nuttig	1	2	3	4	5	nutteloos
praktisch	1	2	3	4	5	theoretisch
saai	1	2	3	4	5	interessant
behoudend	1	2	3	4	5	vernieuwend
inspirerend	1	2	3	4	5	frustrerend
afstandelijk	1	2	3	4	5	persoonlijk
actief	1	2	3	4	5	passief
specialistisch	1	2	3	4	5	huisartsgeneeskundig
zorgvuldig	1	2	3	4	5	onzorgvuldig
effectief	1	2	3	4	5	ineffectief
van hoog niveau	1	2	3	4	5	van laag niveau
slecht gehonoreerd	1	2	3	4	5	goed gehonoreerd

11. Omcirkel het cijfer dat met uw mening overeenkomt:

hele- maal mee eens	mee eens	deels wel, deels niet	mee on- eens	hele- maal mee oneens
------------------------------	-------------	--------------------------------	--------------------	--------------------------------

- |  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| a. Dit project heeft gezorgd voor een verbetering van mijn professionele relaties met andere huisartsen in de regio. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b. door het project wijzen de 'neuzen' in de regio Emmen meer dezelfde kant op.                                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c. Het project vergemakkelijkt het ontstaan van huisartsgroepen zoals bedoeld door de LHV.                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d. Dit project heeft gezorgd voor verbetering van informele contacten met huisartsen in de regio                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| e. De groep huisartsen in de regio Emmen is door dit project een hechter geheel geworden.                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| f. Deskundigheidsbevordering in deze vorm verdient navolging in de rest van het land.                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

## DEEL V MENING ZIEKENFONDS

De volgende vraag gaat over uw mening omtrent HGL

U werkt als huisarts mee aan het project 'kostenbesparing door kwaliteitsbevordering'. Het NIVEL verzorgt de wetenschappelijke evaluatie van het project.

We willen nagaan wat uw indruk is van het ziekenfonds Het Groene Land. Zoals u bekend zal zijn, zullen ziektekostenverzekeraars en huisartsen in de toekomst door beleidsinitiatieven zoals bij voorbeeld de stelselherziening meer met elkaar te maken krijgen. Daarom willen we nagaan in hoeverre een project als dit, waar een ziektekostenverzekeraar, in casu Het Groene Land, bij betrokken is, invloed heeft op de relatie tussen huisarts en ziektekostenverzekeraar.

Hiertoe zijn hieronder een aantal dimensies genoemd. Elke dimensie is aangegeven door middel van twee contrasterende begrippen met daartussen de nummers van 1 tot 5. Als u Het Groene Land bijvoorbeeld zakelijk vindt, dan vult u een 1 in, als u Het Groene Land onzakelijk vindt, vult u een 5 in. Nuancering van uw mening is mogelijk met de tussenliggende getalswaarden. Als u zich geen mening kunt vormen, kunt u een 6 omcirkelen.

(\*zie voetnoot)

mijn mening omtrent HGL:

	1	2	3	4	5		geen mening:
betrouwbaar						onbetrouwbaar	6
solide						niet solide	6
nauwkeurig						slordig	6
streng						flexibel	6
snel						langzaam	6
zakelijk						onzakelijk	6
komt afspraken na						komt afspraken niet na	6
duidelijk						onduidelijk	6
bereikbaar						onbereikbaar	6
goede medische afdeling						slechte medische afdeling	6
behulpzaam						niet behulpzaam	6
hautain						op gelijke voet	6
vernieuwend						ouderwets	6
uitstekend						slecht	6

\* De gegevens van deze enquête, en dus ook van deze laatste vraag, worden vertrouwelijk behandeld en verwerkt door het NIVEL (zie ook de begeleidende brief). Er wordt geen op individuele praktijken herleidbare informatie gepubliceerd.

Evenmin worden op individuele huisartsen of praktijken herleidbare gegevens aan Het Groene Land of welke andere instantie dan ook verstrekt.

-----

# BIJLAGE 4

VERWIJSKAART A.  
Aankruisen wat van toepassing is.

109978

origineel

Verzekeringsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Zonder dit nummer vindt geen betaling plaats!

Naam .....

Adres .....

Geboortedatum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Geslacht

M	
V	

Naam Ziekenfonds .....

Verwijzing naar specialisme .....

Plaats verwijzing:\*

- te  Assen (1)       Coevorden (3)     Emmen (5)       Groningen rk/diac. (7)  
 Groningen academisch (2)  Hardenberg (4)  Hoogeveen (6)     Zwolle (8)  
 Elders, te weten (9) .....

Uitschrijfdatum verwijskaart ..... 19.....

Naamstempel huisarts

Handtekening huisarts

Behandelingsdatum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

nieuw geval	verlenging
----------------	------------

19.....

1

2

Naamstempel specialist

Handtekening specialist

Onvolledig of niet duidelijk ingevulde kaarten worden niet gehonoreerd!

\*) Aankruisen wat van toepassing is.

**Verzekerden dienen steeds hun geldige ziekenfondspapieren mede te brengen!**

Model A kodeno. huisarts

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

\*) Aankruisen hetgeen van toepassing is.

VERWIJSKAART A  
Aankruisen wat van toepassing is.

109978

kopie

Verzekeringsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Zonder dit nummer vindt geen betaling plaats!

Geboortedatum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Geslacht

M	
V	

Naam Ziekenfonds

Verwijzing naar specialisme

Plaats verwijzing:

- te  Assen (1)       Coevorden (3)    Emmen (5)       Groningen rk/diac. (7)  
 Groningen academisch (2)    Hardenberg (4)    Hoogeveen (6)    Zwolle (8)  
 Elders, te weten (9)

Uitschrijfdatum verwijskaart

19

Naamstempel huisarts

Handtekening huisarts

Behandeldatum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

nieuw  
geval

verlenging

19

1

2

Naamstempel specialist

Handtekening specialist

Onvolledig of niet duidelijk ingevulde kaarten worden niet gehonoreerd!

\*) Aankruisen wat van toepassing is.

**Verzekerden dienen steeds hun geldige ziekenfondspapieren mede te brengen!**

Model A kodeno. huisarts

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

\*) Aankruisen hetgeen van toepassing is.

EERSTE DRIE LETTERS ACHTERNAAM PATIËNT

--	--	--	--

VERZEKERINGSVORM PATIËNT

- ziekenfonds (1)  
 particulier (2)

(WAARSCHIJNLJKHEIDS)  
DIAGNOSE/WERKHYPOTHESE

SOORT VERWIJZING

- eerste verwijzing (1)  
 verlenging na een jaar (2)  
 achteraf (3)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DOEL VERWIJZING

- diagnose (1)  
 behandeling (2)  
 diagnose en behandeling (3)  
 geruststelling (4)

BEDOELDE SAMENWERKING MET DE  
SPECIALIST

- eenmalig consult (1)  
 overname behandeling (2)  
 gezamenlijke behandeling (3)

INITIATIEF TOT VERWIJZING

- huisarts (1)  
 patiënt (2)  
 huisarts en patiënt (3)  
 specialist (4)  
 overige (5)  
 overige (6)

BEDOELDE LOKATIE

- eerste hulp (1)  
 polikliniek (2)  
 dagbehandeling (3)  
 opname (4)  
 thuis bij de patiënt (5)