

INTERVENTIE 'REDUCTIE BENZODIAZEPINEGEBRUIK OUDEREN'
Evaluatie van de pilotstudie

Liset van Dijk (Nivel)
Dayline Coffie (Nivel)
Henk van den Hoogen (WOK)
Dinny de Bakker (Nivel)

Utrecht, juli 2001

Nivel - Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
Postbus 1568 -3500 BN Utrecht - Telefoon 030 - 27 29 700 - Fax 030 - 27 29 729

INHOUD

1.	INLEIDING	1
1.1_	Het project 'Reductie Benzodiazepinegebruik Ouderen'	1
1.2_	Onderzoeksvragen van de pilotstudie	4
1.3_	Opbouw van het rapport	5
2.	METHODE VAN ONDERZOEK	6
2.1	Inleiding	6
2.2	Procesevaluatie: dataverzameling en analyses	6
2.2.1	Eerste gegevensverzameling	6
2.2.2	Tweede gegevensverzameling	7
2.2.3	Landelijke inventarisatie FTO	8
2.3	Effectevaluatie: dataverzameling en analyses	8
2.3.1	Dataverzameling RBO-pilotgroepen	8
2.3.2	Dataverzameling controlegroep - LINH	10
3	RESULTATEN PROCESSEVALUATIE	11
3.1	Inleiding	11
3.2	Selectie en deelname van de RBO-pilotgroepen	11
3.3	Kenmerken van de deelnemende groepen	12
3.4	Opzet: voorbereiding, doelen en taakverdeling	12
3.4.1	Vorbereiding	12
3.4.2	Definiëring en analyse van problematisch gebruik	12
3.4.3	Aanpak en doelen	15
3.5	Uitvoering van de interventie	15
3.5.1	Deelname van huisartsen en apothekers aan de pilotsudie	15
3.5.2	Afhandelen receptuur in de huisartspraktijk	16
3.5.3	Rol van de apotheker	18
3.5.4	Instructies aan praktijk- en apothekersassistentes	18
3.5.5	Patiënten	19
3.5.6	Groepsspecifieke afspraken	21
3.6	Evalueren van de interventie: succes- en faalfactoren	23
3.6.1	Succes- en faalfactoren volgens FTO-adviseurs en deelnemers ²³	23
3.6.2	Ondersteuning vanuit DGV	23
3.7	Conclusies procesevaluatie	24
4	RESULTATEN EFFECTEVALUATIE	26
4.1	Inleiding	26
4.2	Aantal voorschriften benzodiazepinen	27
4.3	Aantal voorgeschreven DDD's per recept	29
4.4	Aantal patiënten dat benzodiazepinen voorgeschreven krijgt	30
4.5	Aantal patiënten met dubbelmedicatie	33
4.6	Conclusie	34

5	SAMENVATTING EN CONCLUSIE	35
5.1	Samenvatting	35
5.1.1	Inleiding	35
5.1.2	Procesevaluatie	35
5.1.3	Effectevaluatie	36
5.2	Conclusie en aanbevelingen	37

	LITERATUUR	42
--	------------	----

BIJLAGEN

BIJLAGE 1:	VRAGENLIJST VOOR TELEFONISCHE INTERVIEWS MET CONTACTPERSONEN VAN DE DEELNEMENDE FTO- GROEPEN	44
BIJLAGE 2:	VRAGENLIJSTEN VOOR SCHRIFTELIJKE ENQUÊTE ONDER LEDEN VAN DE DEELNEMENDE FTO-GROEPEN	50
BIJLAGE 3:	GROEPSSPECIFIEKE AFSPRAKEN IN HET KADER VAN HET RBO-PROJECT	56
BIJLAGE 4:	LIJST MET AFKORTINGEN	60

1 INLEIDING

1.1 Het project 'Reductie Benzodiazepinegebruik Ouderen'

Benzodiazepinen zijn de meest voorgeschreven slaap- en kalmeringsmiddelen. Oxazepam, een kalmeringsmiddel, stond in 2000 op nummer 1 in de top 10 van geneesmiddelen verstrekt via de openbare apotheek, terwijl het slaapmiddel temazepam de vierde plaats inneemt op deze lijst (SFK, 2001). Benzodiazepinen worden vooral voorgeschreven bij slaapproblemen en bij angststoornissen. Aan slaap- en angststoornissen liggen vaak andere klachten (zoals depressie) ten grondslag. Cijfers geregistreerd in het kader van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) geven aan dat benzodiazepinen in ongeveer 70% van de gevallen voor andere indicaties dan slaap- en angststoornissen voorgeschreven worden (interne cijfers Nivel, 1998). Benzodiazepinen zijn de meest voorgeschreven geneesmiddelen voor het centrale zenuwstelsel. De totale kosten die per jaar gemoeid zijn met het voorschrijven van middelen voor het centrale zenuwstelsel liggen op 975 miljoen gulden (SFK, 2001).

Zes tot tien procent van de Nederlandse bevolking gebruikt benzodiazepinen (Schouten, 2000). Een groot deel van het gebruik is chronisch. Uit een raming van het Geneesmiddelen Informatie Project (GIP) blijkt dat het aantal benzodiazepinegebruikers in 1997 twee miljoen was (13,5 % van de totale populatie ziekenfonds- en particulier verzekerden) (GIP, 1999). Ouderen gebruiken vaker chronisch benzodiazepinen dan jongeren en vrouwen vaker dan mannen (Van Hulten, 1998; Vissers, 1998; Cormack & Howells, 1992; Groenewegen e.a. 1999). Daarnaast spelen andere persoonskenmerken zoals bijvoorbeeld co-morbiditeit, gebruik van andere geneesmiddelen en sociaal-economische status een rol (o.a. Van der Waals 1995, Simpson e.a. 1990).

Langdurig gebruik van benzodiazepinen is niet gewenst omdat het nadelige gevolgen met zich meebrengt. Daarbij komt dat de effectiviteit van benzodiazepinen niet onomstotelijk bewezen is (NHG-standaard M23). De belangrijkste bijwerking is een verminderde alertheid overdag (NHG, 2000). Hierdoor kan het dagelijks functioneren beïnvloed worden. Voor ouderen is bijvoorbeeld bekend dat er een verhoogd risico is op vallen als gevolg van langdurig benzodiazepinegebruik (Stalenhoef e.a., 1998). Zestig procent van het gebruik van reactievermogen beïnvloedende middelen komt voor rekening van benzodiazepinen (Herings, 1994). Het gebruik van reactievermogen beïnvloedende middelen zorgt dat de kans op vallen met 50 tot 90% toeneemt. Vallen leidt tot 130 doden per jaar, 2500 ziekenhuisopnames en 17.000 EHBO-behandelingen. Bovendien kan langdurig gebruik van benzodiazepinen leiden tot verslaving en stoppen met slaapmiddelen kan in dat geval leiden tot ontwenningverschijnselen.

Patiënten zijn echter tevreden over de resultaten van benzodiazepinen (Vissers, 1998) en zijn wellicht angstig dat bij stoppen met het gebruik de oude klachten weer terug komen. Bij slaapproblemen kan een slaapanamnese en goede voorlichting over slaaphygiëne helpen onnodig benzodiazepinegebruik te voorkomen (De Groot, 2001; NHG/EVS, 2000). Alternatieve behandelingen voor angst- en slaapproblemen hebben echter ook nog niet altijd hun effectiviteit bewezen (Morin, 1994) en zijn niet altijd voorhanden.

Gezien de nadelige effecten die chronisch benzodiazepinegebruik met zich meebrengt alsmede de kosten die erdoor ontstaan, is het zinvol te zoeken naar mogelijkheden om dit gebruik te verminderen. Het (eerste) recept voor benzodiazepinen aan een patiënt wordt voorgeschreven door de huisarts. Het beïnvloeden van het voorschrijfgedrag van de huisarts is derhalve een mogelijkheid om het benzodiazepinegebruik terug te dringen. Dit kan bijvoorbeeld door het uitbrengen van standaarden is een mogelijkheid. De NHG-standaarden aangaande farmacotherapeutische behandeling van slaapproblemen (1993)

en angststoornissen (1998) blijken echter nauwelijks geleid te hebben tot vermindering van het aantal chronische gebruikers van benzodiazepinen (o.a. Vissers, 1998; Van Hulten e.a., 1998).

Daarbij komt dat ook gedragsverandering bij patiënten niet eenvoudig te bewerkstelligen is. Om patiënten te overtuigen van de risico's die benzodiazepinegebruik met zich meebrengt, moet goed met de patiënt gecommuniceerd worden. Patiënten zijn tegenwoordig mondiger dan vroeger en dit heeft invloed op de arts-patiëntrelatie. Ook zorgen de toenemende mogelijkheden van de geneeskunde ervoor dat steeds meer alternatieven beschikbaar komen voor patiënten om met bepaalde problemen om te gaan (Rutten, 1996). Hierdoor is het voor artsen noodzakelijk geworden dat zij actief meedenken met de patiënt. Patiëntenvoorlichting wordt derhalve steeds belangrijker. Bekend is dat patiënten die benzodiazepinen gebruiken moeilijk te overtuigen zijn van de zin om met deze geneesmiddelen te stoppen. De nadelen van het gebruik zien zij vaak niet. Het is dan aan huisartsen - en apothekers - om hierover met hun patiënten te praten en hen te laten inzien dat het beter kan zijn te stoppen met benzodiazepinen of er überhaupt niet aan te beginnen. Niet-medicamenteuze therapie dient aangeraden te worden (NHG, 2000).

Het NHG heeft in 1996 een publicatie uitgegeven waarin richtlijnen en uitgangspunten voor communicatie tussen huisarts en patiënt worden weergegeven (Rutten, 1996). Uitgangspunten voor goede arts-patiëntcommunicatie zijn volgens deze publicatie de volgende:

- Het huisarts-patiëntcontact heeft een functioneel karakter en de huisarts is er voor de patiënt om voorwaarden te scheppen voor en bij te dragen aan het zoek van oplossingen voor de gezondheidsproblemen van de patiënt;
- Kenmerkend voor het huisarts-patiëntcontact is vertrouwen in elkaar;
- Huisarts en patiënt moeten respect hebben voor elkaars verantwoordelijkheden, waarbij de verantwoordelijkheid voor het bewaren van een goede relatie iets zwaarder bij de arts ligt dan bij de patiënt;
- Huisartsen behoren hun patiënten te benaderen als competente en autonome gesprekspartners;
- De aandacht in het handelen van de huisarts dient verder te gaan dan alleen de klacht van de patiënt.

In het kader van benzodiazepinegebruik betekent dit bijvoorbeeld dat een huisarts de oorzaak van de slaapstoornis moet nagaan, met de patiënt mee moet denken over mogelijke alternatieven voor benzodiazepinen en onzekerheden over het niet gebruiken van benzodiazepinen moet trachten weg te nemen.

De weerstanden die patiënten hebben om te stoppen met benzodiazepinen vereist zekere vaardigheden van de huisarts om daarmee om te gaan. Het uitbrengen van standaarden is dan niet voldoende om veranderingen in het voorschrijven van benzodiazepinen te bewerkstelligen; er moet implementatieproces volgen. Bovendien blijkt uit de literatuur dat het succes van methoden om standaarden en richtlijnen te *implementeren* en aldus het voorschrijfgedrag van huisartsen te veranderen over het algemeen gering is (Veninga, 2000 voor een overzicht).

Het meest succesvol in het veranderen van voorschrijfgedrag zijn educatieve praktijkbezoeken, toetsing, feedback en intercollegiaal overleg. De drie laatste methoden kunnen *in beginsel* allemaal binnen het Farmaco Therapie Overleg (FTO) plaatsvinden, waardoor het FTO een effectieve methode lijkt om richtlijnen en standaarden te implementeren. Ook patiëntenvoorlichting kan in het FTO aan de orde worden gesteld.

Het FTO is te definiëren als een reeks van reguliere bijeenkomsten waarin huisartsen en apothekers informatie en opvattingen over farmacotherapie uitwisselen teneinde te komen tot een kwalitatief goed voorschrijf- en afleverbeleid. Vrijwel alle huisartsen en apothekers participeren momenteel in één van de 835 FTO-groepen in Nederland. Deze groepen verschillen van elkaar als het gaat om hun werkwijze, de inhoud van hun besprekingen en de activiteiten die ze ontplooiën (Van Dijk e.a., 2001). In het overleg kunnen allerlei

ontwikkelingen op het gebied van farmaceutische zorg besproken worden. De FTO-groep vormt een setting waarin huisartsen en apothekers elkaar gemakkelijk op de hoogte kunnen brengen van de laatste ontwikkelingen en hierover met elkaar kunnen discussiëren. De deelnemers hoeven zo niet steeds zelf individueel op zoek naar anderen die hen informatie kunnen geven: het FTO vormt als het ware een basis hiervoor. Het FTO kan echter verder gaan dan alleen het uitwisselen van informatie. Toetsing van gemaakte afspraken en feedback op voorschrijfgedrag kunnen ook plaatsvinden. Uit het onderzoek van Veninga (2000) blijkt dat hiervan een (bescheiden) effect te vinden is op het voorschrijfgedrag.

Uit de laatste Landelijke Inventarisatie FTO van 1999, waaraan 618 van de 835 FTO-groepen hebben deelgenomen, blijkt dat een kwart van de groepen afspraken heeft gemaakt over de te volgen therapie bij angst- en slaapstoornissen (Van Dijk e.a., 2001). Over de inhoud van deze afspraken is echter niets bekend. Bovendien heeft driekwart van de groepen nog helemaal geen afspraken gemaakt over het voorschrijven van geneesmiddelen bij angst- en slaapstoornissen en toetst slechts een beperkt deel van de groepen de gemaakte afspraken. Een interventie speciaal gericht op het voorschrijven van benzodiazepinen onder FTO-groepen zou er toe kunnen leiden dat meer groepen afspraken gaan maken over het voorschrijven van benzodiazepinen. Dit kan leiden tot een ander voorschrijfbeleid dat uiteindelijk resulteert in een afname in het benzodiazepinegebruik. Dit zal met name onder ouderen het geval zijn omdat het vooral ouderen zijn die benzodiazepinen voorgeschreven krijgen. Op basis van dit idee heeft het Nederlands Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (DGV) de interventie 'Reductie Benzodiazepinegebruik Ouderen' (RBO) opgezet (De Groot, 2001).^{1,2} Deze wordt momenteel in het kader van het Programma Preventie van Zorg Onderzoek Nederland (ZON) uitgevoerd

De interventie bestaat uit het ondersteunen van FTO-groepen in samenhang met publieksgerichte voorlichting. Het doel van het project is drieledig (DGV, 1999; De Groot, 2001):

- vermindering van het benzodiazepinegebruik onder 55-plussers met ten minste 10% door het minder en korter voorschrijven van benzodiazepinen;
- In 25% van de FTO-groepen is het onderwerp volgens de RBO-methode besproken;
- 50% van de gebruikers van 55 jaar en ouder zijn bereikt met relevant voorlichtingsmateriaal.

De opzet van de interventie is gebaseerd op de kwaliteitscirkel van Grol (1995) met als elementen: probleeminventarisatie, plan van aanpak opstellen, implementatie van gemaakte afspraken en evaluatie van de interventie. De groepen die de interventie willen gaan uitvoeren, maken gebruik van door DGV ontwikkeld materiaal (Schouten, 2000a,b). In een eerste oriënterende bijeenkomst bestuderen de deelnemers hun eigen kennis en farmacotherapiebeleid ten aanzien van benzodiazepinegebruik door ouderen. Eveneens stellen de deelnemers criteria voor problematisch gebruik op en bekijken zij of problematisch gebruik van benzodiazepinen voorkomt onder hun eigen patiëntenpopulatie. Dit doen zij aan de hand van hun eigen prescriptiecijfers. In een tweede bijeenkomst formuleren de deelnemers de doelen die zij willen bereiken en stellen zij een plan van aanpak op voor hun eigen praktijk of apotheek. Hierin worden ook gezamenlijke afspraken vastgelegd over hoe te handelen in de dagelijkse praktijk. Na de tweede bijeenkomst gaan de deelnemers over tot het uitvoeren van dit plan van aanpak.

¹ De opzet en inhoud van het project zijn tot stand gekomen in samenwerking met de Stichting Consument en Veiligheid.

² DGV stond oorspronkelijk voor Doelmatige Geneesmiddelen Voorziening.

De uitvoering van de interventie neemt ongeveer zes maanden in beslag. Dan komt de FTO-groep weer bij elkaar om te evalueren hoe de interventie verlopen is en of de gestelde doelen zijn bereikt. Hierbij maken ze ook weer gebruik van hun eigen prescriptiecijfers. Voordeel van een dergelijke aanpak is dat deze kleinschalig is en dat de deelnemers meer betrokken kunnen zijn. De groepsleden formuleren zelf hun doelen, plannen zelf de interventie en maken onderlinge afspraken waarop in groepsverband terug gekomen kan worden. Daarnaast is in de interventie ook plaats ingeruimd voor de patiënt. In het materiaal dat DGV ontwikkeld heeft, wordt aandacht besteed aan patiëntenvoorlichting en er is een patiëntenfolder ontwikkeld.

Om het materiaal en de werkwijze te testen, is een pilotstudie opgezet onder een beperkt aantal groepen. Belangrijkste doel was om te kijken of het materiaal en de gebruikte methode bruikbaar waren voor FTO-groepen en voor het onderwerp benzodiazepinen. De resultaten van deze pilotstudie zijn geëvalueerd door het Nivel. In dit rapport wordt verslag gedaan van dit evaluatie-onderzoek. Alle gegevens in dit rapport hebben derhalve slechts betrekking op de pilotfase van de studie.

1.2 Onderzoeksvragen van de pilotstudie

De bedoeling van de pilot was om tien FTO-groepen te vinden die meededen aan het uittesten van de opzet van de interventie en van het materiaal dat door DGV was ontwikkeld. De evaluatie van de pilot omvat twee componenten: een procesevaluatie en een effectevaluatie. De procesevaluatie is gericht op het evalueren van de manier waarop de implementatie van de interventie verlopen, de effectevaluatie bekijkt of de interventie de gewenste resultaten heeft opgeleverd.

Onderzoeksvraag procesevaluatie

In de pilotfase van de interventie RBO heeft DGV een aantal implementatie-activiteiten ontplooid. Deze bestonden uit:

- het verspreiden van voorlichtingsmateriaal voor patiënten;
- het verzenden van drie werkboeken (Oriëntatie, Preventie, Interventie) aan de deelnemende FTO-groepen;³
- het ondersteunen van de FTO-groepen tijdens de voorbereiding van bijeenkomsten waarop de interventie RBO besproken werd en tijdens de bijeenkomsten zelf.

De eerste onderzoeksvraag van het onderzoek is gericht op het proces van de implementatie en luidt:

1. In hoeverre is de interventie Reductie Benzodiazepinegebruik Ouderen succesvol geïmplementeerd tijdens de pilotfase?

Deze vraag kan worden onderverdeeld in de volgende subvragen:

- 1.a_ In hoeverre wordt het onderwerp benzodiazepinegebruik aan de orde gesteld in FTO-groepen?
- 1.b_ In hoeverre leidt dit tot voornemens van huisartsen en apothekers om het gebruik terug te dringen?
- 1.c_ Welke problemen treden daarbij op en in hoeverre is het voorlichtingsmateriaal / de FTO-adviseur behulpzaam bij de

³ In het materiaal dat tijdens de daadwerkelijke interventie (du na de pilot) gebruikt wordt, is het onderscheid tussen preventie en interventie komen te vervallen; er zijn nu twee werkboeken in plaats van drie (De Groot, 2001).

oplossing daarvan?

- 1.d_ In hoeverre wordt informatie verstrekt aan de patiënt en welke problemen treden daarbij op?

Onderzoeksvraag effectevaluatie

De effectevaluatie van het RBO-project heeft als doel na te gaan of de interventie inderdaad het beoogde effect tot gevolg heeft in de groepen die aan de pilot hebben meegewerkt.

De tweede onderzoeksvraag is als volgt geformuleerd:

2. In hoeverre is de beoogde reductie van het benzodiazepinegebruik onder ouderen met 10% gehaald?

De onderstaande aspecten van reductie in het voorschrijven van benzodiazepinen zullen in dit rapport aan de orde komen:

- een vermindering van het aantal voorschriften van benzodiazepinen per 1000 patiënten (van 55 jaar en ouder) van 10%;
- een vermindering van het aantal voorgeschreven DDD's per voorschrift (van 55 jaar en ouder) van 10%;
- een vermindering van het aantal patiënten per 1000 patiënten (van 55 jaar en ouder) dat benzodiazepinen voorgeschreven krijgt met 10%;
- een vermindering van het aantal patiënten met dubbelmedicatie per 1000 patiënten (van 55 jaar en ouder) dat benzodiazepinen voorgeschreven krijgt met 10%.

Gevolgen van implementatie op effect

Ten slotte is het van belang om - zo ver het mogelijk is - te achterhalen welke factoren ertoe leiden dat een interventie succesvol is en om te achterhalen hoe de gestelde doelen het best bereikt kunnen worden. Zo kan bijvoorbeeld gekeken worden welke afspraken die gemaakt zijn, ertoe leiden dat huisartsen in een FTO-groep minder benzodiazepinen gaan voorschrijven. Ook kan het zijn dat groepen die veel afspraken maken en een uitgebreid plan van aanpak formuleren meer effect van de interventie op hun voorschrijfgedrag laten zien dan groepen die een globaler of beperkter plan van aanpak hebben. In elk geval lijkt de kans dat een effect bereikt wordt groter naarmate de implementatie vlotter verloopt. De laatste onderzoeksvraag luidt:

3. Welke factoren leiden ertoe dat een interventie op het gebied van het gebruik van benzodiazepinen succesvol is of niet?

1.3 Opbouw van het rapport

Hoofdstuk 2 beschrijft hoe de gegevens die gebruikt zijn om de pilot van het RBO-project te evalueren, zijn verzameld en verwerkt. In de eerste plaats gaat dit om de gegevens die gebruikt zijn voor de procesevaluatie. Vervolgens komt de dataverzameling die gehouden is in het kader van de effectevaluatie aan de orde. Hoofdstuk 3 beschrijft de resultaten van de procesevaluatie. De aandacht gaat hierbij uit naar de opzet van de interventie, de doelen die de groepen zich stelden en de afspraken die ze maakten, de uitvoering van de interventie en de succes- en faalfactoren. Vervolgens komen in hoofdstuk 4 de resultaten van de effectevaluatie aan de orde. Hierbij wordt gekeken of de doelstelling van 10% reductie in het voorgeschreven volume van benzodiazepines is bereikt. Hiertoe worden de voorschrijfcijfers van de groepen die aan de RBO-pilot deelnamen, vergeleken met landelijke referentiecijfers. Hoofdstuk 5 bevat de samenvatting van het rapport alsmede een aantal conclusies.

2 METHODE VAN ONDERZOEK

2.1 Inleiding

De pilot van de interventie Reductie Benzodiazepinegebruik Ouderen (RBO) kan in drie fasen worden verdeeld: de voorbereiding, de uitvoering en de evaluatie (zie figuur 2.1).

Tijdens de voorbereiding van de interventie kwamen de FTO-groepen eerst bij elkaar om te kijken of zij deel wilden nemen aan de pilot. Indien een groep het besluit nam dit te doen, formuleerden de deelnemers van de groep doelen en maakten zij afspraken over hoe deze doelen te bereiken. Een plan van aanpak werd opgesteld. Tijdens de voorbereiding konden de groepen gebruik maken van materiaal dat DGV in het kader van het project RBO ontwikkeld had. Bovendien kregen de FTO-groepen bij de voorbereiding ondersteuning van een FTO-adviseur. De uitvoeringsfase duurde vervolgens een half jaar. Tijdens dit half jaar brachten huisartsen, apothekers en hun assistenten de in de groep gemaakte afspraken in praktijk gebracht. Na dat half jaar werd in een evaluatiebijeenkomst bekeken wat de interventie had opgeleverd. Uiteindelijk werden vijf (in plaats van tien) FTO-groepen bereid gevonden deel te nemen aan de pilot. Deze groepen zullen in de rest van dit rapport aangeduid worden als de RBO-pilotgroepen (A t/m E).

De dataverzameling van het evaluatie-onderzoek vond op twee momenten plaats: net voor en net na de uitvoering van de interventie. Dit hoofdstuk gaat in op de manier waarop dat gedaan is.

Figuur 2.1 Fasering van de dataverzameling in het kader van de pilot van het project 'Reductie Benzodiazepinegebruik Ouderen'

FASERING INTERVENTIE →	Te verzamelen gegevens tijdens:		
	VOORBEREIDING	UITVOERING	EVALUATIE
VERZAMELING GEGEVENS PROCESEVALUA TIE	telefonische interviews met voorbereiders FTO- bijeenkomsten		schriftelijke enquête onder deelnemers FTO-groepen interviews met FTO- adviseurs
VERZAMELING GEGEVENS EFFECTEVALUATI E	prescriptiecijfers voorschrijven benzodiazepines (deelnemers en LINH)		prescriptiecijfers voorschrijven benzodiazepines (deelnemers en LINH)

2.2 Procesevaluatie: dataverzameling en analyses

2.2.1 Eerste gegevensverzameling

Het eerste moment van gegevensverzameling voor de procesevaluatie vond plaats aan het einde van de voorbereiding door de RBO-pilotgroepen. De bedoeling hiervan was met

name om een beeld te krijgen van de afspraken die binnen de verschillende groepen waren gemaakt en hoe deze afspraken tot stand gekomen waren. De belangrijkste bron van informatie hiervoor zijn de telefonische interviews die met de contactpersoon van de RBO-pilotgroep gehouden zijn. De contactpersoon heeft deelgenomen aan alle voorbereidingen van de FTO-bijeenkomsten die gehouden werden in het kader van het RBO-project. De vragen werden gesteld aan de hand van een vragenlijst met deels open en deels gesloten vragen (zie bijlage 1). Niet alle vragen werden aan de contactpersonen gesteld. Van de meeste groepen was namelijk ook schriftelijk materiaal voorhanden zoals verslagen van de FTO-bijeenkomsten en cijfers die tijdens de bijeenkomsten waren gebruikt. Op basis van dit schriftelijk materiaal is (per groep) de vragenlijst door de onderzoekers zo ver mogelijk ingevuld. Vervolgens zijn tijdens de interviews alleen de vragen gesteld die niet met behulp van het schriftelijk materiaal beantwoord konden worden. In geval iets niet geheel duidelijk uit het materiaal naar voren kwam, is in het interview om verduidelijking gevraagd.

Omdat uiteindelijk vijf (in plaats van tien) groepen tot het einde toe deelnamen aan de pilot, zijn derhalve vijf interviews gehouden.⁴ Daarnaast is op basis van informatie van FTO-adviseurs en de projectleider van DGV nagegaan wat de redenen waren waarom een aantal groepen die aanvankelijk wel mee zouden doen aan de pilot in een later stadium zijn afgehaakt.

2.2.2 Tweede gegevensverzameling

Aan het einde van de RBO interventie heeft weer een gegevensverzameling plaatsgevonden in het kader van de procesevaluatie. Alle deelnemers van de vijf RBO-pilot-groepen hebben een vragenlijst ontvangen. In alle vijf groepen is deze tijdens de evaluatiebijeenkomst uitgereikt door de FTO-adviseur die de betreffende groep begeleidde. Gevraagd is tijdens de bijeenkomst deze vragenlijst in te vullen om de respons zo hoog mogelijk te krijgen; dit is in vier van de vijf groepen gebeurd. De respons in deze groepen was hoog, alle huisartsen en apothekers die op de evaluatiebijeenkomst aanwezig waren, vulden de lijst ook in. De respons in de groep (groep A) waar de lijsten niet tijdens de bijeenkomst werden ingevuld, lag op 50%. In totaal hebben 24 huisartsen en 8 apothekers de vragenlijst geheel of gedeeltelijk ingevuld.

De vragenlijst was op punten verschillend voor huisartsen en apothekers omdat beide beroepsgroepen een andere rol spelen in het voorschrijfproces. Doel van deze vragenlijsten was zicht te krijgen op:

- Zijn de gemaakte afspraken in de praktijk werkzaam gebleken?
- Indien niet, wat was de reden dat de afspraken niet werkzaam bleken? (te denken valt aan patiënten die 'niet mee willen werken')
- In hoeverre heeft men zich aan de gemaakte afspraken gehouden?
- Indien niet, wat was reden om zich niet aan gemaakte afspraken te houden?
- In hoeverre was het voorlichtingsmateriaal van DGV behulpzaam bij de voorbereiding en uitvoering van de interventie?
- In hoeverre was de ondersteuning door de FTO-adviseur van DGV behulpzaam bij de voorbereiding en uitvoering van de interventie?

Omdat tijdens de evaluatiebijeenkomst meer activiteiten op het programma stonden dan het invullen van de vragenlijst is besloten de lijst zo kort en gestructureerd mogelijk te

⁴ Eigenlijk zijn er 6 interviews gehouden. Eén groep heeft de voorbereidende fase doorlopen, maar vervolgens alsnog besloten met het project te stoppen. Paragraaf 3.2.1 gaat hierop nader in.

houden. De vragenlijst was grotendeels gelijk voor de RBO-pilotgroepen. Echter, omdat de groepen verschillende afspraken gemaakt hebben, is aan het eind ook gevraagd naar de uitvoering van groepsspecifieke afspraken. Hierbij is een onderscheid gemaakt tussen afspraken die de apotheker in praktijk moest brengen en afspraken waarvan de huisarts dat moest doen. De vragenlijst is te vinden in bijlage 2.

2.2.3 Landelijke Inventarisatie FTO

De vijf RBO-pilotgroepen zijn niet noodzakelijkerwijze representatief voor alle FTO-groepen in Nederland. De groepen zullen daarom op een aantal kenmerken (groeps grootte, opkomst bij bijeenkomsten, de doelen die de groepen zich stellen, etc) vergeleken worden met andere groepen in Nederland. Hiertoe wordt gebruik gemaakt van de Landelijke Inventarisatie FTO, een onderzoek dat in 1999 in opdracht van DGV is gehouden (Van Dijk e.a., 2001). Tijdens deze inventarisatie nam driekwart van alle FTO-groepen in Nederland deel (618 van 835 FTO-groepen) aan een schriftelijke enquête, waarin een aantal groepskenmerken zoals groeps grootte, opkomst en duur en frequentie van de bijeenkomsten werd nagevraagd⁵

2.3 Effectevaluatie: dataverzameling en analyses

De opzet van de effectanalyse is een experiment met voor- en nameting en een controlegroep.

De pilot is gehouden in de laatste drie kwartalen van 2000. Per groep verschilden begin- en eindpunt, maar alle groepen hebben ongeveer zes maanden besteed aan de uitvoering van de interventie. Gekozen is om gegevens van 1999 en 2000 te verzamelen. Voor 2001 was het nog niet mogelijk gegevens te verzamelen op de manier waarop dat in dit onderzoek gedaan is, namelijk via extractie van gegevens uit de Huisarts Informatie Systemen omdat de programmatuur voor dat jaar nog niet gereed was. De voormeting betreft het jaar 1999 en het eerste kwartaal van 2000. De nameting heeft betrekking op de laatste drie kwartalen van 2000, de periode waarin de pilot gehouden is. De experimentele groep bestaat uit de vijf groepen die mee hebben gedaan aan de pilot RBO. De controlegroep wordt gevormd door praktijken die gegevens registreren in het kader van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH).

2.3.1 Dataverzameling RBO-groepen

De doelstelling van het project is 10% reductie van het benzodiazepinegebruik. In dit onderzoek wordt nagegaan of deze reductie binnen de RBO-pilotgroepen bereikt is. Benzodiazepinegebruik wordt gemeten aan de hand van het voorschrijfgedrag van huisartsen. Om dit te meten, zijn gegevens uit het Huisarts Informatie Systeem (HIS) van de aan de pilot deelnemende huisartspraktijken geëxtraheerd.

HIS-en zijn computerprogramma's die speciaal zijn ontwikkeld voor de huisartspraktijk. Er bestaan verschillende HIS-en die onderling verschillen in de gehanteerde systematiek. Vrijwel alle praktijken in Nederland maken gebruik van een van de volgende zes HIS-en: Promedico, Elias, MacHis, MicroHis, Medicom en Arcos (Wolters e.a., 2000). Steeds meer huisartsen gaan er toe over om het Elektronisch Medisch Dossier (EMD) te gebruiken waarin medische gegevens van patiënten worden vastgelegd. Met name het uitschrijven van recepten met behulp van het EMD is in veel praktijken een dagelijkse routine geworden: 98% van alle praktijken legt voorschriften vast in het EMD (Wolters e.a., 2000).

Het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH, zie volgende paragraaf voor meer informatie) bezit voor elk HIS extractieprogrammatuur. Gegevens van 1999 en 2000 zijn geëxtraheerd. De extractieprogramma's bestaan uit twee onderdelen. Eén programma genereert gegevens over voorschriften van geneesmiddelen en het andere genereert gegevens over de ingeschreven patiëntpopulatie. De extractieprogramma's extraheren

⁵ Voor een uitgebreidere toelichting op het de Landelijke Inventarisatie FTO: zie Van Dijk e.a. (2001).

gegevens op praktijkniveau. Als gevolg daarvan zijn alle gegevens beschikbaar op praktijkniveau en niet op huisartsniveau.

Met het programma om voorschriften van geneesmiddelen te extraheren, zijn de volgende gegevens per voorschrift van de vast ingeschreven patiëntpopulatie verkregen:

- Praktijknummer
- Patiëntnummer
- Datum voorschrift
- Leeftijd van de patiënt
- Geslacht van de patiënt
- Verzekeringsvorm van de patiënt
- Indicatie (ICPC-code: International Classification of Primary Care; met deze classificatie worden aandoeningen gecodeerd)
- Gebruiksvoorschrift
- Voorgescreven hoeveelheid
- Handelsproductcode van het geneesmiddel (hpk)
- ATC-code van het geneesmiddel (Anatomical Therapeutical Chemical classificatie. Elk geneesmiddel heeft een ATC-code welke aangeeft welke werkzame stoffen in het geneesmiddel zitten. Het meest gedetailleerde niveau is het ATC-7 niveau, waarbij de code bestaat uit zeven posities)
- KNMP-artikelnummer van het geneesmiddel

Het programma genereert gegevens van alle prescripties voor alle patiënten. De onderzoekers hebben een selectie van voorschriften gemaakt. De geselecteerde voorschriften voldeden aan de volgende twee eisen:

- het geneesmiddel dat voorgeschreven werd, betrof een benzodiazepine (ATC-code N05BA, N05CD, N05CF01, N05CG01);
- de patiënt aan wie het middel werd voorgeschreven, was 55 jaar of ouder.

Het programma dat patiëntgegevens extraheert, levert de volgende informatie per ingeschreven patiënt:

- Praktijknummer
- Patiëntnummer
- Leeftijd van de patiënt
- Geslacht van de patiënt
- Verzekeringsvorm van de patiënt
- Datum inschrijving in praktijk
- Datum uitschrijving

Op basis van deze gegevens wordt de omvang van de vaste patiëntpopulatie berekend. Ook hier geldt dat alleen patiënten van 55 jaar en ouder zijn betrokken in het berekenen van de omvang van de patiëntenpopulatie.

De gegevens zijn verzameld door de Werkgroep Onderzoek Kwaliteit Huisartsgeneeskunde (WOK) van de Katholieke Universiteit Nijmegen. De aan de pilot deelnemende huisartspraktijken hebben een diskette toegestuurd gekregen met daarop het extractieprogramma. Wanneer de diskette niet teruggezonden werd, is een aantal malen telefonisch contact gezocht met de deelnemers en is een schriftelijke reminder gestuurd. Uiteindelijk hadden 14 van de 28 praktijken de gevraagde gegevens terug gestuurd op het moment van rapportage. Van vier praktijken bleek de uitspoel niet geschikt, derhalve hebben de gegevens in dit rapport betrekking op 10 huisartspraktijken (zie tabel 2.1). Hierbij kan sprake zijn van een selectie-effect: praktijken die tevreden zijn over het verloop van de pilot, zouden bijvoorbeeld eerder geneigd kunnen zijn hun gegevens ter beschikking te stellen. De resultaten moeten dan ook met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden.

Tabel 2.1 Respons op het verzoek om gegevens uit het HIS te extraheren door huisartspraktijken die deelnamen aan de RBO-pilot

	Aantal praktijken benaderd	Aantal teruggestuurd	Aantal bruikbaar (percentage)	
Groep A	11	5	3	(27%)
Groep B	6	3	1	(17%)
Groep C	1 ^{a)}	1	1	(100%)
Groep D	7	3	3	(43%)
Groep E	3	2	2	(66%)
Totaal	28	14	10	(36%)

a) In groep C zitten vier huisartsen welke allemaal in dezelfde praktijk werkzaam zijn.

Er zijn duidelijke verschillen tussen de groepen in de respons. In groep C en E ligt de bruikbare respons het hoogst, in de groepen A en B het laagst. In de analyses in hoofdstuk 4 ontbreekt groep B. Van deze groep waren op het moment van rapportage slechts van één van de zes praktijken bruikbare gegevens binnen. Deze waren van een solo-praktijk. Dit werd te weinig bevonden om als voorschrijfcijfers voor heel groep B te gelden. Bovendien bleken de gegevens van deze praktijk door de tijd heen behoorlijk te variëren en niet duidelijk was waardoor dit kwam. Voor de overige groepen, behalve groep C, geldt dat slechts een deel van de praktijken deel heeft genomen aan de effectevaluatie. Dit betekent dat de gegevens met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden.

2.3.2 Dataverzameling controlegroep - LINH

De resultaten van de RBO-pilotgroepen zijn vergeleken met die van een controlegroep. Het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) levert landelijk representatieve cijfers voor het voorschrijven van geneesmiddelen (Hoonhout 1999, Wolters e.a. 2000b). LINH is in 1991 door het Nivel en de WOK (Werkgroep Onderzoek Kwaliteit huisartsgeneeskunde) opgezet en kort daarna zijn ook de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) toegetreden als partners. LINH wordt gesubsidieerd door het ministerie van VWS en is een netwerk van huisartsen die geautomatiseerd gegevens vastleggen over hun huisartsgeneeskundig handelen. Doel is om continue kwantitatieve en kwalitatieve informatie omtrent de door huisartsen verleende zorg te verkrijgen ten behoeve van landelijk beleid in het algemeen en van kwaliteitsbeleid binnen de huisartsgeneeskunde in het bijzonder (De Bakker e.a., 2000).

De extractieprogrammatuur die gebruikt is om prescriptiecijfers uit de HIS-en van deelnemende huisartspraktijken aan het RBO te genereren (zie paragraaf 2.3.1) is van oorsprong ontwikkeld in het kader van LINH. Belangrijk onderdeel van LINH is namelijk de continue registratie van het voorschrijven door huisartsen. Dit betekent dat alle gegevens (prescriptie- en patiëntgegevens) die bij de huisartspraktijken van het RBO geëxtraheerd zijn ook te genereren zijn uit de HIS-en van LINH-praktijken.

In de analyses die in het kader van dit onderzoek zijn gedaan, zijn 49 LINH-praktijken betrokken. Dit zijn praktijken die zowel in 1999 als in 2000 het hele jaar hun prescriptiegegevens geregistreerd hebben en waarvan voor meer dan 90% van de recepten de ATC-code bekend was. De selectie van de recepten benzodiazepinen gebeurde op basis van de ATC-code. Wanneer deze voor veel recepten niet duidelijk was, zouden naar alle waarschijnlijkheid een te gering aantal recepten geselecteerd

worden (alle recepten benzodiazepinen die geen ATC-code hadden zou niet geselecteerd worden) waardoor het aantal voorgeschreven benzodiazepinen onderschat zou worden.

3 RESULTATEN PROCES-EVALUATIE

3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van het onderzoek dat het verloop van de pilot in de vijf RBO-pilotgroepen evalueert. De selectie van de RBO-pilotgroepen komt als eerste aan de orde. Vervolgens is is gekeken naar de manier waarop de groepen de interventie hebben uitgevoerd, welke afspraken er gemaakt zijn, in hoeverre de gemaakte afspraken zijn uitgevoerd en wat succes- en faalfactoren zijn geweest bij de voorbereiding en uitvoering van de interventie.

De informatie waarop de procesevaluatie is gebaseerd, komt uit de volgende bronnen:

- de Landelijke Inventarisatie FTO 1999;
- telefonische interviews met de voorbereiders van de bijeenkomsten aan begin van het RBO-project;
- schriftelijke enquêtes die de deelnemers van de RBO-pilotgroepen hebben ingevuld tijdens de laatste bijeenkomst (de evaluatiebijeenkomst);
- de verslagen van de FTO-bijeenkomsten van de groepen;
- de telefonische interviews met verschillende FTO-adviseurs na de evaluatiebijeenkomst.

3.2 Selectie en deelname van de RBO-pilotgroepen

Voor de pilot van het RBO-project is een aantal groepen persoonlijk benaderd door een medewerker van DGV, meestal een FTO-adviseur (niet geregistreerd is om hoeveel groepen dit gaat). Het vinden van groepen bleek lastiger dan verwacht. Uiteindelijk zijn acht groepen aan het project begonnen. Hiervan zijn er uiteindelijk vijf overgebleven die het hele traject van oriëntatie, implementatie en evaluatie hebben afgelegd. De drie groepen die afvielen, deden dit om verschillende redenen. In één groep waren de onderlinge verhoudingen verstoord, waardoor bijvoorbeeld het genereren van prescriptiecijfers ernstig bemoeilijkt werd. Omdat het werken met prescriptiecijfers binnen het de RBO-pilot erg belangrijk is, werd afgezien van verdere deelname. Een volgende groep was al eerder van plan een interventie op te zetten om het voorschrijven van benzodiazepinen terug te dringen. Toen het DGV-materiaal voor de RBO-pilot beschikbaar kwam, was deze groep al aan een interventie begonnen en kon derhalve niet meer de door DGV voorgestelde procedure doorlopen. Besloten is daarom om deze groep niet op te nemen als pilotgroep binnen de RBO-pilot. De laatste groep die afgehaakt is, is wel aan de implementatiefase begonnen, maar is daar uiteindelijk mee gestopt. De belangrijkste reden hiervoor was dat men de investeringen die in het project gedaan moesten worden, te groot waren voor de opbrengsten van het project.

Uiteindelijk hebben vijf groepen het hele proces van de interventie doorlopen. De informatie in dit rapport heeft betrekking op deze vijf groepen. De motivatie van de groepen om mee te doen aan het project liep uiteen van 'we doen vaak mee aan pilots van DGV' tot 'we vinden het interessant en nuttig'. "Deelname aan het project maakt het probleem omtrent benzodiazepinegebruik bespreekbaar en het probleem kan concreet en duidelijk worden gemaakt" aldus één van de deelnemende groepen.

3.3 Kenmerken van de deelnemende groepen

Deze paragraaf gaat in op een aantal kenmerken van de vijf RBO-pilotgroepen in vergelijking met andere FTO-groepen in Nederland. Deze kenmerken zijn verzameld in het kader van de de Landelijke Inventarisatie FTO 1999 (Van Dijk e.a. 2001). De vijf RBO-pilotgroepen zijn kleine groepen, op één na zijn ze kleiner dan de gemiddelde FTO-groep die uit 11 personen bestaat waarvan 9 huisartsen en 2 apothekers. De groepen komen tussen de 4 en 9 keer per jaar bij elkaar en wijken hierin niet af van het landelijk beeld. De duur van de bijeenkomsten is in alle vijf groepen 1,5 uur per keer, dat ligt onder het landelijk gemiddelde van 2 uur. De opkomst per bijeenkomst ligt daarentegen gemiddeld genomen weer hoger dan het landelijk gemiddelde. In alle vijf groepen is de opkomst per keer meer dan 75%. In alle RBO-pilotgroepen worden de bijeenkomsten door apotheker en huisarts samen voorbereid; dit is ook in de meeste andere groepen in Nederland het geval. De groepen zijn op de hier besproken 'basiskenmerken' van het FTO niet sterk afwijkend van andere FTO-groepen.

3.4 Opzet: voorbereiding, doelen, taakverdeling

3.4.1 Voorbereiding

De groepen volgden allemaal de volgende procedure tijdens de voorbereidingen: zij hadden twee of drie bijeenkomsten waarin ze het RBO-project bespraken en kwamen tot afspraken om het benzodiazepinegebruik onder hun patiënten terug te dringen. De bijeenkomsten werden in alle gevallen voorbereid door een huisarts, een of twee apothekers en een medewerker van DGV (de FTO-adviseur van de regio waartoe de groep behoort).

3.4.2 Definiëring en analyse van problematisch gebruik

DGV hanteerde de volgende criteria vermeld voor problematisch gebruik van benzodiazepinen:

- de leeftijd van de patiënt is boven de 65 / 55 jaar;
- de dosering is hoger dan de Geriatric Daily Dosis (GDD);
Bij volwassen patiënten wordt geadviseerd de Defined Daily Dosis (DDD) voor te schrijven. Dit is een dosering die internationaal is vastgesteld en evidence based is. Voor ouderen vanaf 65 jaar is een lagere dosering voldoende. Derhalve dient voor hen de zogenaamde Geriatric Defined Dosis te worden aangehouden. Deze is voor benzodiazepinen de helft van de DDD.
- de patiënt gebruikt meer dan één benzodiazepine tegelijkertijd (dubbelmedicatie);
- er is chronisch gebruik: meer dan 90 Daily Defined Doses (DDD) per jaar of meer dan 3 voorschriften per jaar.

Vier van de vijf groepen hebben - ten minste een deel van - deze criteria overgenomen, zoals blijkt uit tabel 3.1. Alleen groep E heeft de criteria specifiek gemaakt door bepaalde middelen (in bepaalde doseringen of voor een langere termijn) als ongewenst aan te merken.

Tabel 3.1 De door de RBO-pilotgroepen aangemerkte criteria voor problematisch gebruik van benzodiazepinen

<p>Groep A Patiënten 65+ die een hogere dosis dan de GDD krijgen voorgeschreven</p> <p>Patiënten 55+ met dubbelmedicatie</p>	<p>Groep B Patiënten 65+ die een hogere dosis dan de GDD krijgen voorgeschreven</p> <p>Patiënten 55+ met dubbelmedicatie</p>
<p>Groep C Patiënten 65+ die een hogere dosis dan de GDD krijgen voorgeschreven</p> <p>Patiënten 55+ met dubbelmedicatie</p>	<p>Groep D Patiënten 65+ die een hogere dosis dan de GDD krijgen voorgeschreven</p> <p>Patiënten 55+ met dubbelmedicatie</p>
<p>Groep E Patiënten 55+ die als langwerkend middel flurazepam of nitrazepam gebruiken</p> <p>Patiënten 55+ met dubbelmedicatie</p> <p>Patiënten 55+ die een ander kortwerkend middel dan temazepam gebruiken</p> <p>Patiënten 55+ die chronisch 20 mg temazepam gebruiken</p>	

De vijf groepen hebben een analyse gedaan om de omvang van het problematisch gebruik binnen hun patiëntenpopulatie vast te stellen. Tabel 3.2 geeft een overzicht van de manier waarop de probleemanalyse door de verschillende groepen is aangepakt en hoe de omvang van het problematisch gebruik door de deelnemers ervaren werd.

Uit de tabel blijkt dat de vijf groepen allemaal prescriptiecijfers gebruikt hebben om de omvang van het probleem in hun eigen groep vast te stellen. Dit werd gedaan aan de hand van prescriptiecijfers die door de apotheker werden gegenereerd. Alle groepen hebben daarbij onderscheid gemaakt naar leeftijd van de patiënten. In vier van de vijf groepen was de conclusie dat er binnen hun eigen groep eigenlijk weinig problemen waren.

Tabel 3.2 In de RBO-pilotgroepen uitgevoerde analyse van de omvang van problematisch gebruik

<p>Groep A</p> <p>Wie? Apothekers genereerden en presenteerden prescriptiecijfers</p> <p>Wat? <u>Per huisarts is uitgedraaid:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - per middel voor de patiënten geboren tussen 1925-1935, 1935-45: ddd's per dag, per arts - aantal patiënten met dubbelgebruik <p>Conclusie van de groep zelf Slechts beperkt aantal problematische gebruikers per huisarts, in totaal in de FTO-groep zo'n 20 mensen. Op grond hiervan is gekozen voor een preventieve aanpak</p>	<p>Groep B</p> <p>Wie? Apotheker genereerde en presenteerde prescriptiecijfers</p> <p>Wat? <u>Per huisarts is per leeftijdsgroep (55-64, 65-75, > 75) uitgedraaid:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - totaal aantal dubbelgebruikers - mensen met episodisch gebruik (5 of meer recepten niet over jaar verdeeld) - mensen met dosis hoger dan GDD <p>Conclusie van de groep zelf Men deed het beter dan verwacht en eigenlijk hoeft er aan het probleem weinig gedaan te worden</p>
<p>Groep C</p> <p>Wie? Een apotheker en huisarts hebben gegevens gegenereerd en gepresenteerd</p> <p>Wat? <u>Per huisarts is per leeftijdsgroep (55-64, 65-75, > 75) uitgedraaid:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - totaal aantal gebruikers - chronisch gebruik (6 of meer recepten per jaar) - episodisch (5 of meer recepten niet over het jaar verdeeld) - sporadisch (minder dan 5 recepten per jaar) <p>Conclusie van de groep zelf De omvang van problematisch gebruik is gering. Er waren maar 3 patiënten met dubbelgebruik; 13 patiënten stonden op een te hoge dosering.</p>	<p>Groep D</p> <p>Wie? Apothekers hebben gegevens gegenereerd en gepresenteerd</p> <p>Wat? <u>Per huisarts is per leeftijdsgroep (55-64, 65-75, > 75) uitgedraaid:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - aantal mensen met dubbelgebruik - aantal mensen met te hoge dosering - aantal mensen met langdurig gebruik <p>Er is een lijst met patiënten op naam gemaakt</p> <p>Conclusie van de groep zelf Met name lijst met patiënten was confronterend; er was dan ook voldoende discussie om aan de slag te gaan. Aantekening: men had vaak redenen om bij bepaalde patiënten af te wijken van de standaard.</p>
<p>Groep E</p> <p>Wie? Apotheker heeft gegevens gegenereerd en gepresenteerd</p> <p>Wat? <u>Per huisarts: is per leeftijdsgroep (55-64, 65-75, > 75) uitgedraaid:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - aantal mensen met dubbelgebruik - aangehouden dosering voor kortwerkende, langwerkende en nieuwere middelen <p>Ook is een lijst gemaakt met patiënten die aan bovengenoemde criteria voldeden, dat waren er in totaal ongeveer 20</p> <p>Conclusie van de groep zelf Het probleem is gering van omvang</p>	

3.4.3 Aanpak en doelen

Op basis van de probleemanalyse is door de RBO-pilotgroepen gekozen voor een aanpak die gericht was op het voorkomen van benzodiazepinegebruik (preventie van chronisch gebruik) of voor een aanpak die gericht was op het verminderen van het benzodiazepinegebruik onder huidige gebruikers (interventie in bestaand gebruik).⁶ De meeste groepen kozen uiteindelijk voor een gecombineerde aanpak, waarbij twee groepen de nadruk legden op preventie (tabel 3.3). Deze keuze kan verklaard worden uit het feit dat de groepen op basis van de probleemanalyse concludeerden dat het problematisch gebruik in hun groep gering in omvang was. Bovendien is ingrijpen in bestaand gebruik moeilijker dan het voorkomen van nieuw gebruik. Groep E koos er desondanks voor zich uitsluitend te richten op interventie. Het bleek voor groepen overigens moeilijk het onderscheid te maken tussen preventie en interventie. Dit leidde ertoe dat in het materiaal dat uiteindelijk gebruikt gaat worden in het RBO-project (ná de pilotfase) dit onderscheid is komen te vervallen. Het compleet afbouwen van *bestaand* chronisch is geen expliciet doel meer van de aanpak die DGV FTO-groepen aanraadt uit te voeren in het kader van het RBO-project (De Groot, 2001).

Naast de gekozen aanpak geeft tabel 3.3 ook de doelen aan die de vijf groepen nastreefden. Deze zijn voor alle groepen verschillend, hoewel de groepen A tot en met D alle vier tot doel hebben het voorschrijven van de Geriatric Daily Dosis (GDD) aan ouderen in plaats van de Daily Defined Dosis (DDD). Groep E richt zich op specifieke soorten benzodiazepinen. Een aantal doelen die de groepen zich hebben gesteld, zijn vrij specifiek. Een voorbeeld is de doelstelling van groep A te bereiken dat 90% van de ouderen de GDD voorgeschreven krijgt. Minder specifiek is een doelstelling: "Verminderen van het benzodiazepinegebruik door het aanbieden van niet-medicamenteuze behandeling" (groep B). Alleen groep A heeft expliciet in de doelstellingen staan dat het voorschrijfvolume met 10% moet afnemen zijnde de uiteindelijke doelstelling zoals DGV die formuleerde voor het RBO-project.

3.5 Uitvoering van de interventie

De uitvoering van de interventie nam ongeveer een half jaar in beslag. Tijdens deze periode was het de bedoeling de gemaakte afspraken in praktijk te brengen. In deze paragraaf gaan we in op deelname van de huisartsen en apothekers gedurende dit half jaar. Hierbij wordt aandacht besteed aan de procedures rondom het voorschrijven (met name met betrekking tot herhaalreceptuur), de rol van de apotheker, de begeleiding die is gegeven aan praktijk- en apothekersassistenten, de communicatie met patiënten en de groepsspecifieke afspraken.

3.5.1 Deelname van huisartsen en apothekers aan de pilotstudie

Driekwart van de huisartsen en apothekers in de vijf pilot-groepen nam gedurende de hele pilot deel aan het project. Redenen om niet de hele periode deel te nemen waren bijvoorbeeld dat de deelnemer pas later bij de FTO-groep is gekomen of juist uit de FTO-groep is gestapt en vakantie. Tussentijds heeft een deel van de deelnemers contact

⁶ De term interventie kan tot verwarring leiden omdat ook het ingrijpen in handelen van huisartsen en apothekers bij nieuwe gebruikers (preventie) als een interventie beschouwd kan worden. DGV onderscheidde echter in de pilot preventie en interventie en in dit rapport is deze indeling aangehouden.

gehad met andere deelnemers binnen hun eigen groep over het project, maar dit vond altijd incidenteel plaats. Voorbeelden van redenen om contact te zoeken met andere deelnemers waren overleg over de haalbaarheid en uitvoerbaarheid van de gestelde doelen, instructie van assistentes en overleg over afwijkende prescriptie.

Tabel 3.3 Gekozen aanpak en gestelde doelen van de RBO-pilotgroepen

<p>Groep A</p> <p>Aanpak preventie en interventie; nadruk op preventie</p> <p>Doelen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 90% van de ouderen heeft GDD 2. volume met 10% terugdringen 3. eerste uitgifte max. 10 dagen, tweede uitgifte alleen via consult 4. invloed van specialistenreceptuur vaststellen 	<p>Groep B</p> <p>Aanpak preventie en interventie</p> <p>Doelen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. GDD bij 65-plussers 2. Geen dubbelmedicatie
<p>Groep C</p> <p>Aanpak preventie en interventie, nadruk op preventie</p> <p>Doelen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verminderen benzodiazepinegebruik door aanbieden niet-medicamenteuze behandeling 2. GDD voorschrijven 	<p>Groep D</p> <p>Aanpak preventie en interventie</p> <p>Doelen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Geen groei van het aantal chronische gebruikers 2. Lagere dosering voor 65+ (GDD)
<p>Groep E</p> <p>Aanpak interventie</p> <p>Doelen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. terugdringen 20 mg temazepam gebruik onder 65-plussers 2. daling # nitrazepamgebruikers en omzetten naar oxazepam/temazepam 	

3.5.2 Afhandelen receptuur in de huisartspraktijk

De manier waarop de huisartspraktijk een en ander regelt ten aanzien van het voorschrijven van benzodiazepinen is van belang; ofwel hoe vertalen de afspraken die de groepen hebben gemaakt zich in de praktijkorganisatie van de deelnemende huisartsen. In het kader van het RBO-project is met name het regelen van herhaalreceptuur van belang, ook in geval de groep voor een preventieve aanpak heeft gekozen. Preventie wil namelijk niet alleen zeggen dat patiënten helemaal geen slaapmiddelen voorgeschreven zouden mogen krijgen. Ook het voorkomen van langdurig, chronisch gebruik hoort bij preventie. In dat kader is het van belang het afhandelen van de herhaalreceptuur in kaart te brengen. Aan de huisartsen van de deelnemende groepen is op een aantal punten gevraagd hoe zij in hun praktijk de procedure voor herhaalreceptuur hadden geregeld.

Het blijkt dat het oproepen van patiënten bij herhaalrecepten (dan wel na de eerste, tweede of derde keer herhaling) door meer dan de helft van de huisartsen is gedaan. Twee groepen, namelijk groep A en groep D, hadden expliciet in hun doelstellingen iets opgenomen over het verminderen van het chronisch gebruik van benzodiazepinen. In deze twee groepen hebben meer huisartsen dan in de andere drie groepen hun patiënten na de eerste of tweede herhaling gevraagd op consult te komen.

Iets meer dan de helft van de huisartsen gaf patiënten die voor het eerst benzodiazepinen voorgeschreven kregen, een recept voor maximaal één week mee. In de vier groepen die preventie van chronisch benzodiazepinegebruik als aanpak hadden (A t/m D) zijn meer artsen die het eerste recept slechts voor een week meegaven dan in groep E. Een uitzondering hierop vormt groep C.

Bij een derde van de huisartsen signaleerde de praktijkassistente of er sprake is van dubbelmedicatie bij patiënten. Deze huisartsen zijn verspreid over de vijf groepen, er is niet één bepaalde groep die er op dit aspect uitspringt.

Voor het overige hebben huisartsen weinig gedaan aan maatregelen die mogelijk chronisch gebruik zouden kunnen terugdringen, zoals het regelmatig op consult vragen van chronisch gebruikers, het signaleren van een te hoge dosering door de praktijkassistente en het uitsluitend tekenen van recepten met de gegevens van de patiënt erbij. Het programmeren van een maximaal aantal herhalingen in het HIS is slechts door één huisarts gedaan.

Er zijn - zowel tussen als binnen groepen - verschillen in de mate waarin huisartsen activiteiten hebben ontplooid. Maximaal hebben huisartsen vier (van de acht gevraagde) maatregelen genomen om chronisch gebruik terug te dringen. Dit betreft een kwart van de deelnemende huisartsen (6 van de 23 huisartsen die deze vragen invulden). Deze zijn verspreid over de verschillende RBO-pilotgroepen, met de opmerking dat in groep E twee van de drie deelnemende huisartsen tot deze groep 'veeldoeners' behoren. Vier huisartsen namen drie maatregelen, acht huisartsen namen er twee en nog eens vier huisartsen namen één maatregel.

Tabel 3.4 Afhandelen herhaalreceptuur in huisartspraktijk (aantal huisartsen in groep dat dit doet, absolute aantallen)

totaal aantal respondenten in groep->	A n=6	B n=4	C n=3	D n=7	E n=3	Totaal n=23
patiënt moet bij 1e herhaling op consult	2	1	1	5	1	10 (43%)
patiënt moet bij 2e herhaling op consult	3	0	0	1	0	4 (17%)
patiënt moet bij 3e of latere herhaling op consult	0	0	0	2	0	2 (9%)
eerste recept wordt voor maximaal 1 week meegegeven	4	3	1	5	1	14 (61%)
chronisch gebruikers moeten regelmatig op consult	0	0	1	0	0	1 (4%)
praktijkass. signaleert dubbelgebruik	1	2	1	2	2	8 (35%)
praktijkass. signaleert te hoge GDD	1	2	0	1	1	5 (22%)
huisarts tekent recepten uitsluitend met patiëntgegevens erbij	1	1	1	2	0	5 (22%)
blokkeren van mogelijkheid tot						1

het geven van een herhaalrecept in de computer	0	0	0	0	1	(4%)
--	---	---	---	---	---	------

3.5.3 Rol van de apotheker

In de schriftelijke enquête is aan de apothekers gevraagd of zij bepaalde taken tijdens de interventie hebben uitgevoerd.

In alle groepen geven de apothekers aan dat zij de huisarts geïnformeerd hebben wanneer deze te vroeg een herhaalrecept uitschreef (zie tabel 3.5). Niet alleen de huisarts maar ook patiënten (indien deze het recept eerder kwam ophalen dan volgens de in de groep gemaakte afspraken) werden hierop geattendeerd. Ook gingen in alle groepen de apothekers na of de recepten een te hoge dosering bevatten. Slechts in één groep wijzigde de apotheker in dat geval zelfstandig de dosis (tenzij de huisarts uitdrukkelijk had aangegeven dat de vermelde dosis goed was). Opvallend is wel dat in drie groepen apothekers aangeven niet de GDD te hebben gecheckt, maar wel de dosering. In deze groepen was het voorschrijven van de GDD voor 65-plussers als doel gesteld. Controleren op dubbelgebruik door de apotheker gebeurde in twee groepen. Vermindering van het aantal patiënten met dubbelgebruik was in één van deze groepen een doelstelling (groep B). In alle andere groepen was dit geen doel.

Tabel 3.5 Taken uitgevoerd door de apotheker tijdens de RBO-pilot

	A	B ^{a)}	C	D	E	Totaal
Controleren GDD bij uitgifte	ja	ja / nee	nee	nee	ja	helpt
Controleren op te vroeg herhalen	ja	ja	ja	ja	ja	alle
Huisarts attenderen op te vroeg herhalen	ja	ja / nee	ja	ja	ja	alle
Letten op dubbelgebruik	ja	ja	nee	nee	nee	minder dan helpt
Controleren op te hoge dosering	ja	ja	ja	ja	ja	alle
Letten op te vroeg ophalen recept	ja	ja	nee	ja	nee	minder dan helpt
Attenderen patiënt op te vroeg ophalen	ja	ja / nee	ja	ja	ja	alle
Wijzigen recept indien te hoge dosering	ja	nee	nee	nee	nee	minder dan helpt
Apotheker signaleerde als er iets mis ging	nee	ja / nee	ja	nee	ja	helpt

a) In deze groep hebben twee apothekers de vragen ingevuld

3.5.4 Instructies aan praktijk- en apothekersassistenten

Het grootste deel van de huisartsen en apothekers in alle RBO-pilotgroepen gaf instructies aan assistentes in het kader van de RBO-pilot. Deze instructies gingen meestal over hoe herhaalreceptuur af te handelen. Driekwart van de deelnemers instrueerde de assistentes op dit punt. De helft van de deelnemers instrueerde de assistentes over de afhandeling van het eerste recept. Een derde van de deelnemers heeft de assistentes begeleid in het hanteren van nieuwe procedures in de praktijk.

3.5.5 Patiënten

In de inleiding werd aangegeven dat goede communicatie met de patiënt belangrijk is in het kader van het RBO-project. Patiënten zijn bijvoorbeeld niet altijd te overtuigen van het feit dat zij wellicht beter kunnen stoppen met het gebruik van benzodiazepinen. Wanneer een huisarts een ander voorschrijfbeleid gaat volgen wat betreft benzodiazepinen, dan zal hierover goed met patiënten gecommuniceerd moeten worden. Patiëntenvoorlichting is dan ook belangrijk in het kader van het RBO-project Omdat het FTO normaliter niet zo veel aandacht aan communicatie met de patiënt besteedt, is in het materiaal dat ontwikkeld is ten behoeve van het RBO-project hier expliciet veel aandacht aan besteed. In het materiaal dat DGV ontwikkelde voor de pilot was ook veel aandacht voor patiëntenvoorlichting maar minder expliciet. Ook heeft DGV een patiëntenfolder ontwikkeld.

Het materiaal van DGV gaf verschillende suggesties voor voorlichting aan patiënten: via een folder van DGV, via een folder van de apotheker, individuele mondelinge informatie, (extra) informatie op het etiket van het voorschrift, informatie via de lokale krant en groepsvoorlichting. In alle groepen is door huisartsen en/of apothekers individuele mondelinge informatie aan patiënten gegeven. Mondelinge informatie is de meest directe vorm van voorlichting en bovendien relatief gemakkelijk te geven omdat patiënten op het spreekuur of in de apotheek komen en daar ter plekke geïnformeerd kunnen worden. Tevens kan op die manier heel gericht informatie aan de patiënt gegeven worden. In totaal heeft 79% van de deelnemers (zowel huisartsen als apothekers) mondelinge informatie gegeven wat daarmee de meest gebruikte vorm van voorlichting is.

Schriftelijke informatie in de vorm van folders of krantenartikelen is minder direct dan mondelinge informatie en heeft een meer ondersteunende rol. De pilot-groepen hebben echter nauwelijks gebruik gemaakt van het geven van schriftelijke informatie. In slechts één groep hebben de meeste huisartsen en apothekers de folder die door DGV is ontwikkeld meegegeven aan patiënten; deze folder kwam pas laat in de pilot beschikbaar. In deze groep is ook informatie gegeven via de lokale krant. Extra informatie op het etiket is in vier van de vijf groepen gegeven, maar door slechts een beperkt deel van de deelnemers; in totaal heeft een vijfde van de deelnemers extra informatie op het etiket gezet. Tot slot is in één groep groepsvoorlichting gegeven. Sommige deelnemers hebben meer voorlichtende activiteiten ontplooid dan anderen, het maximaal aantal activiteiten dat ontplooid is, is vijf (van de vijf waarnaar gevraagd is). Er is overigens maar één deelnemers die dat gedaan heeft. Zes deelnemers gebruikten drie vormen van patiëntenvoorlichting, 9 deelnemers twee vormen en 10 deelnemers ontplooiden één voorlichtende activiteit (n=29). De deelnemers in groep D hebben de meeste activiteiten ontplooid, tussen de andere groepen is weinig verschil.

In alle groepen zijn door ten minste een deel van de deelnemers ook patiënten op het spreekuur geroepen c.q. naar het spreekuur doorverwezen. In alle groepen zijn dit patiënten met dubbel-medicatie en patiënten met een te hoge dosering. In vier groepen zijn langdurige gebruikers ook opgeroepen. Van de 29 deelnemers die de vraag invulden, riepen 8 deelnemers alle drie patiëntgroepen (patiënten met dubbelmedicatie, patiënten met een te hoge dosering en langdurig gebruikers) op, 7 deelnemers riepen 2 patiëntgroepen op en 5 deelnemers 1 patiëntgroep.

Tabel 3.6 Communicatie met patiënten tijdens de interventie

	A	B	C	D	E	Totaal (in % van alle deelnemers)
Informatie gegeven via patiëntenfolder van DGV	meesten niet	meesten niet	meeste n niet	meeste n wel	nee	28%
Informatie gegeven via folder van apotheker	nee	nee	nee	nee	meeste n niet	3%
Mondeling informatie gegeven	allemaal	meesten wel	helft	meeste n wel	meeste n wel	79%
Extra informatie op het etiket van het middel gegeven	meesten niet	nee	helft	meeste n niet	helft	21%
Informatie via lokale krant gegeven	nee	nee	nee	ja	nee	29%
Groepsvoorlichting gegeven	nee	nee	ja	nee	nee	18%
Patiënten op spreekuur gevraagd/ naar spreekuur verwezen:	helft	meesten niet	meeste n wel	meeste n wel	allemaal	62%
a) langdurige gebruikers	ja	nee	ja	ja	ja	46%
b) patiënten met te hoge dosering	ja	ja	ja	ja	ja	54%
c) patiënten met dubbelgebruik	ja	ja	ja	ja	ja	50%
Punten van aandacht bij geven informatie						
a) risico's van gebruik aan nieuwe gebruikers	allemaal	meesten wel	meeste n wel	meeste n wel	meeste n niet	75%
b) therapieduur	meesten wel	meesten niet	helft	meeste n niet	allemaal	59%
c) dosering	meesten wel	helft	helft	helft	helft	55%
d) voor- en nadelen gebruik	allemaal	meesten niet	meeste n niet	meeste n wel	meeste n niet	69%
e) herhaalprocedure	meesten wel	meesten niet	meeste n niet	meeste n niet	meeste n niet	35%
Problemen met voorlichting aan						
a) nieuwe gebruikers	meesten niet	niemand	helft	helft	meeste n niet	30%
b) huidige gebruikers	helft	meesten niet	meeste n niet	helft	helft	63% (van degenen die voorlichting gaven)

Patiënten nemen niet alle informatie die de huisarts of apotheker geeft aan. Dat blijkt uit het feit dat 30% van de deelnemers die voorlichting gaven, rapporteert problemen te hebben gehad met de voorlichting aan nieuwe gebruikers en 63% met voorlichting aan huidige gebruikers. In de enquête gaven sommige huisartsen voorbeelden van moeilijkheden met en tegenwerkingen van patiënten: “de buurvrouw heeft het ook en zij kan er tegen dus ik ook” en “ik heb het altijd gebruikt en ik merk er niks van”.

De inhoud van de voorlichting kan zich op verschillende punten richten. In de vier groepen die zich op preventie richtten (A t/m D) hebben vrijwel alle huisartsen en apothekers nieuwe gebruikers voorgelicht over de risico's van benzodiazepinegebruik. In totaal heeft dan ook driekwart van de deelnemers nieuwe gebruikers hierover voorgelicht. Informatie over voor- en nadelen van gebruik is door 69% van de deelnemers gegeven. Iets meer dan de helft van alle deelnemers gaf informatie over therapieduur en dosering. Over de herhaalprocedure lichtten slechts in één groep het merendeel van de deelnemers hun patiënten voor; in totaal deed een derde van de deelnemers aan voorlichting over de herhaalprocedure.

3.5.6 Groepsspecifieke afspraken

De groepen verschilden onderling in de afspraken die ze gemaakt hebben. Bijlage 3 geeft inzicht in deze groepsspecifieke afspraken.⁷ Per groep wordt aangegeven welke afspraken zijn gemaakt, of deze voor de huisarts of voor de apotheker golden en in hoeverre zij in praktijk zijn gebracht. In deze paragraaf worden de belangrijkste resultaten uit bijlage 3 samengevat.

Groep A

Na de evaluatiebijeenkomst heeft iets minder dan de helft van de deelnemers in groep A de schriftelijke vragenlijst ingevuld teruggestuurd. Aan de hand van de verkregen vragenlijsten is achterhaald in hoeverre de deelnemers zich aan de door hen gemaakte afspraken hebben gehouden. Een aantal afspraken is zonder al te veel moeite te hebben gekost in de praktijk toegepast. Het gaat hierbij om de volgende afspraken:

- het voorschrijven voor maximaal 14 dagen van benzodiazepinen aan nieuwe gebruikers;
- het koppelen van de dosering aan de leeftijd van de patiënten in de huisartsinformatiesystemen;
- het één keer mogen herhalen van benzodiazepinen door de praktijkassistenten; het controleren van de GDD bij de eerste uitgifte;
- het aanpassen van de dosering bij te hoge dosering door de apotheker;
- het per fax doorgeven van aanpassingen van het recept door de apotheker of apothekersassistenten aan de praktijkassistenten;
- het maken van taxekoppeling in de apotheekcomputer;
- het uitnodigen van patiënten op het spreekuur die bij de praktijkassistente kwamen om een eerste herhalingsrecept op te halen.

De volgende afspraken zijn weliswaar uitgevoerd door de deelnemers, maar dat kostte meer moeite:

- het geven van instructies en begeleiding aan de praktijkassistenten in het kader van dit project;
- het aanpassen van de dosering, indien deze te hoog is;
- het uitleggen door de praktijkassistenten aan de patiënten waarom een aanpassing van de dosering noodzakelijk was;
- het verwerken van de aanpassingen door de praktijkassistenten in de

⁷ In groep C heeft geen enkele respondent de vragen over de groepsspecifieke afspraken ingevuld. Deze groep wordt derhalve niet besproken in deze paragraaf.

- patiëntgegevens;
- het signaleren door de praktijkassistenten van dubbelmedicatie of hoge doseringen bij het herhalen van medicatie;
- het tekenen van de recepten door de huisartsen alleen wanneer de patiëntgegevens erbij gehaald worden.

Een afspraak is helemaal niet in de praktijk gebracht. Dat is het opnemen van contact met de voorschrijver (huisarts/specialist) indien er sprake is van dubbelmedicatie.

Groep B

De volgende afspraken zijn door groep B zonder moeite in de praktijk gebracht:

- het in de gaten houden door apothekers en huisartsen van patiënten die aan de criteria voor problematisch gebruik voldoen door een aantekening op de kaart of in de computer te plaatsen;
- het voorschrijven van maximaal 5 tabletten voor 7 dagen/10 tabletten voor 14 dagen bij de eerste uitgifte;
- het maken van afspraken over het voorschrijven van benzodiazepinen tijdens waarneming.

Een aantal andere afspraken is wel in praktijk gebracht, maar dat kostte de deelnemers dan wel enige tot aanzienlijke moeite. Dit betreft de volgende afspraken

- het uitnodigen van patiënten om op het spreekuur te komen bij de eerste aanvraag voor herhaalreceptuur;
- het geven van individuele voorlichting aan patiënten die voor het eerst benzodiazepinen krijgen;
- het controleren van de GDD in de apotheek;
- het signaleren aan huisartsen door de apotheker wanneer patiënten voor de derde maal te vroeg medicatie op komen halen.

Tot slot is een aantal afspraken helemaal niet in praktijk gebracht en wel de volgende:

- het inbouwen van leeftijdsafhankelijke dosering in computer;
- het uitoefenen van druk om tabletten in GDD uit te geven;
- het meegeven van folder of brief met uitleg over de aanpassingen door alle deelnemers;
- het opstellen van een procedure voor herhaalreceptuur in de huisartspraktijk.

Groep D

In groep D zijn vooraf minder afspraken gemaakt dan in andere groepen. Deze afspraken zijn wel zonder al te veel moeite in praktijk gebracht. Het gaat hierbij om de afspraken:

- meegeven van een informatiefolder aan patiënten;
- kortdurend (maximaal twee weken) voorschrijven;
- ruiteren van patiënten door huisartsen.

Groep E

In groep E zijn de volgende afspraken zonder moeite in de praktijk gebracht:

- het voorschrijven van het eerste recept voor slechts twee weken aan de patiënten;
- het ruiteren van patiënten met problematisch gebruik door de apotheek.

De afspraken die wel in praktijk zijn gebracht maar met enige moeite:

- het mondeling verzoeken van patiënten om bij de eerste herhaling contact met huisarts op te nemen;
- het geven van uitleg en advies over het verminderen van gebruik;
- het gebruik van lagere dosering of desnoods over het stoppen met de medicatie door de huisarts bij de eerste herhaling;
- het programmeren van een maximum van 5 herhalingen bij chronische patiënten in de HIS, zodat hierna de patiënt op controle moet komen;

- het voorschrijven van benzodiazepinen voor slechts een week bij het eerstvolgende herhalingsrecept voor patiënten die voldoen aan het criteria van problematisch gebruik
- het geven van mondeling advies aan patiënten, die aan de criteria van problematisch gebruik voldoen, om een afspraak met de huisarts te maken door de apotheker of de apothekersassistente.

De volgende afspraken waren door groep E wel gemaakt, maar zijn niet nagekomen:

- het selecteren van patiënten die in aanmerking komen voor deze interventie;
- het vermelden van een aantekening op het etiket van het geneesmiddel om na gebruik een afspraak te maken met de huisarts door de apotheek.

Totaal

Wanneer alle groepen gezamenlijk in beschouwing worden genomen dan valt vooral op dat alle groepen er goed in geslaagd zijn afspraken over het kortdurend voorschrijven aan nieuwe gebruikers in de praktijk te brengen. Het kostte deelnemers vaak (iets) meer moeite om afspraken aangaande bestaande gebruikers na te komen. Het lijkt derhalve, zoals eerder al eerder werd verondersteld, gemakkelijker om nieuw chronisch gebruik te voorkomen dan om bestaand chronisch gebruik te verminderen.

3.6 Evalueren van de interventie: succes- en faalfactoren

3.6.1 Succes- en faalfactoren volgens FTO-adviseurs en deelnemers

Aan het eind van de interventie kunnen de deelnemers en FTO-adviseurs kijken in hoeverre het project in hun ogen geslaagd is, of de door hen gemaakte afspraken in de praktijk gebracht zijn en of de gestelde doelen zijn bereikt. Het is voor het RBO-project van belang te achterhalen welke factoren bevorderend zijn geweest voor het slagen van het project en welke factoren een belemmerende werking hebben gehad. Deze gegevens zijn achterhaald door telefonische interviews met de FTO-adviseurs en door de huisartsen en apothekers in de schriftelijke enquête te vragen naar knelpunten bij het in praktijk brengen van de gemaakte afspraken.

Succesfactoren

Het planmatig werken aan een onderwerp wordt door de groepen gezien als een manier van werken die helpt het voorschrijfgedrag te veranderen. Het verkrijgen van inzicht in de problematiek door het genereren van prescriptiecijfers en/of het opstellen van lijsten met patiënten die benzodiazepinen gebruiken was daarin de eerste stap. Om de problematiek aan te pakken, werd dan een plan van aanpak opgesteld en vervolgens werd onder andere weer met behulp prescriptiecijfers gekeken of de interventie in de praktijk gewerkt had. Door dit te evalueren konden plannen voor de toekomst worden gemaakt. Met name het werken met prescriptiecijfers werd gezien als een factor die een belangrijke bijdrage levert aan het inzicht in de problematiek. Een aantal groepen gaf aan dat de begeleiding door een FTO-adviseur bijdroeg aan het slagen van het project.

Faalfactoren

Er was ook een aantal factoren die het slagen van het project belemmerden. Vrijwel in alle groepen werd aangegeven dat het moeilijk was de patiënten te motiveren om hun medicatiegebruik te wijzigen. Patiënten waren moeilijk te overtuigen van het feit dat zij met minder of zonder benzodiazepinen afkonden. Hierbij speelde het mogelijk ontbreken van voldoende aanbod van alternatieven voor benzodiazepinen een rol. Te denken valt aan slaaptherapie, maar ook aan gespecialiseerde hulp in de tweede lijn waarbij de oorzaak van het slaapprobleem onder de loep genomen wordt. Tevens bracht een aantal deelnemers naar voren dat de interventie weinig rendement oplevert, zeker wanneer

gekeken wordt naar de investeringen die het kost om de interventie uit te voeren. Daarbij kwam uit de evaluatie van twee groepen naar voren dat het plan van aanpak te ambitieus was en het moeilijk was gemaakte afspraken in de praktijk te brengen, zeker omdat de interventie lang duurde en er weinig terugkoppeling was tijdens de uitvoering ervan.

3.6.2 Ondersteuning vanuit DGV

De groepen hebben allemaal gebruik gemaakt van het werkmateriaal van DGV, hoewel binnen twee groepen niet alle deelnemers zich hiervan bewust waren. Over het materiaal was 32% van de deelnemers die het materiaal kenden (N=19) zeer tevreden, 53% tevreden en 11% noch tevreden, noch ontevreden. Vijf procent van de deelnemers was ontevreden over het materiaal.

In alle groepen heeft een deel van de deelnemers tussentijds contact gehad met de FTO-adviseur. Van degenen die contact hebben gehad met de FTO-adviseur (N=14) waren de meesten tevreden tot zeer tevreden. Niemand was ontevreden over dit contact. In vier van de vijf groepen hebben deelnemers contact opgenomen met de FTO-adviseur om ondersteuning te vragen bij problemen met de uitvoering van het project. Meestal was dit de contactpersoon. In drie van deze vier groepen was men tevreden over de geboden ondersteuning, in één groep was men ontevreden.

3.7 Conclusie procesevaluatie

De procesevaluatie moest antwoord geven op de volgende vragen:

- In hoeverre wordt het onderwerp benzodiazepinegebruik aan de orde gesteld in de RBO-pilotgroepen?
- In hoeverre leidt dit tot voornemens van huisartsen en apothekers om het gebruik terug te dringen?
- Welke problemen treden daarbij op en in hoeverre is het voorlichtingsmateriaal / de FTO-adviseur behulpzaam bij de oplossing daarvan?
- In hoeverre wordt informatie verstrekt aan de patiënt en welke problemen treden daarbij op?

Het onderwerp is in de pilotgroepen uitgebreid aan de orde geweest. Zij hebben allemaal de procedure gevolgd die door DGV werd voorgestaan: 2 tot 3 voorbereidende bijeenkomsten onder begeleiding van een FTO-adviseur en een afsluitende evaluatiebijeenkomst, eveneens onder begeleiding van een FTO-adviseur. In alle groepen is het probleem grondig aangepakt, er is een heldere probleemanalyse gemaakt onder andere met behulp van prescriptiecijfers. Alle groepen maakten een plan van aanpak.

De doelen die gesteld werden, waren voor de groepen niet allemaal hetzelfde. Alle groepen hebben hiervoor gebruik gemaakt van het materiaal van DGV en van ondersteuning van de FTO-adviseur. Zowel over het materiaal als de adviseur was men over het algemeen tevreden. Een belangrijke constatering is wel dat in vier van de vijf groepen de deelnemers vonden dat de omvang van het probleem niet zo groot was in hun eigen groep. Hierdoor zagen de deelnemers niet altijd wat het rendement van de interventie zou kunnen zijn.

In alle groepen werden afspraken gemaakt om het gebruik terug te dringen. Deze werden echter slechts gedeeltelijk in praktijk gebracht. Problemen die zich daarbij voordeden waren onder andere gerelateerd aan de druk die patiënten uitoefenen op de huisarts om medicijnen toch voor te schrijven. Een andere reden waarom niet alle afspraken in de praktijk gebracht werden, was dat men de investeringen die gedaan moesten worden te hoog vond in verhouding tot de opbrengsten van het project. Weer een andere oorzaak is gelegen in het feit dat men soms te veel wilde en niet alle veranderingen in één keer door

te voeren.

De informatie aan patiënten verliep niet altijd optimaal (zie hierboven). In veel gevallen bleef de informatie beperkt tot patiënten die op het spreekuur kwamen of geroepen werden. Niet alle patiënten waren goed te overtuigen van het feit dat ze geen of minder benzodiazepinen zouden kunnen gebruiken. Groepsvoorlichting is nauwelijks gegeven en de patiëntenfolder die in het kader van het RBO-project is ontwikkeld is in veel groepen niet aan patiënten gegeven.

Een conclusie is dat het onderwerp 'benzodiazepinegebruik' was voor de deelnemers een lastig onderwerp was. Dit in de eerste plaats omdat patiënten moeilijk te overtuigen zijn van het nut om geen slaapmiddelen - meer - te gebruiken. In de tweede plaats beschouwden veel deelnemers het onderwerp niet als een groot probleem.

De groepen hebben de kwaliteitscirkel (probleeminventarisatie, plan van aanpak opstellen, implementatie van gemaakte afspraken, evaluatie van de interventie) helemaal doorlopen. De meeste deelnemers hebben het planmatig werken aan een onderwerp als positief ervaren. Wel hebben alle groepen een verschillende invulling aan het project gegeven en zijn niet alle afspraken die gemaakt zijn in praktijk gebracht. Hierin zijn zowel verschillen binnen als tussen de groepen te zien. Dat niet alle afspraken in praktijk werden gebracht hangt samen met het feit dat de gemaakte plannen vaak ambitieus van opzet waren, waardoor de uitvoering bemoeilijkt werd. Geconcludeerd kan worden dat het gebruik van een methode waarin uitgegaan wordt van de kwaliteitscirkel in de praktijk werkbaar lijkt te zijn maar het plan van aanpak mag niet te ambitieus zijn. Ook is het aan te bevelen dat de deelnemers het belang van het onderwerp in te laten inzien en het mogelijke rendement van de interventie duidelijker te maken.

4 EFFECTEVALUATIE

4.1 Inleiding

Het doel van het RBO-project is het benzodiazepinegebruik met 10% te doen afnemen. Dit hoofdstuk kijkt voor een aantal effectmaten of er verschillen zijn tussen 1999 en 2000 in het voorschrijven van geneesmiddelen. Het betreft de volgende maten: het aantal voorschriften per 1000 patiënten, het aantal voorgeschreven DDD's per recept, het aantal patiënten per 1000 patiënten dat benzodiazepinen voorgeschreven krijgt en het aantal patiënten per 1000 patiënten dat dubbelmedicatie heeft. Steeds zal de trend in het voorschrijven van benzodiazepinen van de RBO-pilotgroepen vergeleken met de trend van huisartspraktijken die registreren in het kader van LINH. In de effectevaluatie ontbreekt groep B. Alleen voor groep C geldt dat van alle deelnemers aan de RBO-pilot voorschrijfcijfers bekend zijn. Voor de andere drie groepen, A, D en E geldt dat de gegevens betrekking hebben op een deel van de deelnemende praktijken (respectievelijk 27, 43 en 67%). De resultaten moeten derhalve met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. De gegevens van de RBO-pilot zijn op groepsniveau geanalyseerd. De verschillen binnen groepen zijn niet geanalyseerd omdat er van elke groep maximaal drie praktijken hebben deelgenomen aan de effectevaluatie. Dit vonden we te weinig om uitspraken over verschillen binnen groepen te doen.

De RBO-pilotgroepen hadden - deels - andere doelen gedefinieerd dan de 10% reductie in benzodiazepinegebruik. Dit komt door de opzet waarin groepen zelf hun interventie kunnen invullen. Echter, ongeacht de doelen die groepen zichzelf stellen, wil DGV deze 10% reductie halen. Daarom gaat dit hoofdstuk (alleen) in op de vraag of de pilotgroepen erin geslaagd zijn 10% voor te schrijven.

Wat nu als bijvoorbeeld blijkt dat de huisartsen die deelnemen aan de RBO-pilot bijvoorbeeld aan het eind van 2000 5% minder voorschriften uitschrijven voor benzodiazepinen vergeleken met dezelfde periode in 1999? Mag dan zonder meer worden gezegd dat de doelstelling van het voorschrijven van minder benzodiazepinen met als doel 10% reductie van - chronisch - gebruik niet gehaald is? Daartoe zijn de trends in voorschrijven van de RBO-pilotgroepen vergeleken met landelijke trends. Immers, als landelijk de trend is dat er meer benzodiazepinen worden voorgeschreven, betekent een reductie van 5% bereikt door de pilotgroepen een hogere opbrengst dan wanneer de landelijke trend eveneens een daling van het voorschrijven van benzodiazepinen te zien geeft. De gegevens voor de landelijke trends zijn verkregen uit het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH).

Voor elk van de effectmaten die in dit hoofdstuk besproken worden, is per kwartaal in 1999 en 2000 het gemiddelde berekend voor de RBO-pilotpraktijken en voor de LINH-praktijken. Vervolgens zijn de trends van deze twee groepen (RBO versus LINH) tegen elkaar afgezet. Met behulp van t-testen is per kwartaal getoetst of de LINH en RBO-pilotpraktijken significant van elkaar verschillen. Door middel van verschilcores (bijvoorbeeld: het aantal voorschriften in vierde kwartaal van 2000 minus het aantal voorschriften in het vierde kwartaal van 1999) is met behulp van t-testen getoetst of de ontwikkelingen tussen 1999 en 2000 significant van elkaar verschillen voor de LINH- en RBO-pilotpraktijken.

4.2 Aantal voorschriften benzodiazepinen

De eerste voorschrijfmaat die bestudeerd is, is de trend in het aantal voorschriften per 1000 patiënten van 55 jaar en ouder per kwartaal (zie figuur 4.1). Opvallend is dat het aantal voorschriften in de RBO-pilotpraktijken gemiddeld genomen beduidend lager ligt dan voor de LINH-praktijken. Dit verschil is in alle kwartalen significant. Dit kan een reden zijn waarom in vier van de vijf groepen het onderwerp niet als een probleem werd beschouwd (zie hoofdstuk 3).⁸

In de LINH-praktijken varieert het aantal voorschriften per 1000 patiënten over de kwartalen niet sterk, alleen in het vierde kwartaal van beide jaren is het aantal voorschriften benzodiazepinen iets hoger dan in de andere drie kwartalen. Wanneer de RBO-pilot geleid zou hebben tot een vermindering van het aantal voorschriften benzodiazepinen per 1000 patiënten dan zouden de twee trends (RBO-pilot en LINH) verder uit elkaar moeten zijn gaan lopen in 2000. Dat is niet het geval. Voor alle praktijken, zowel LINH als RBO, is het verschil uitgerekend tussen het aantal voorschriften in het derde kwartaal van 1999 en dat van 2000. Hetzelfde is gedaan voor het vierde kwartaal. Er bleek geen significant verschil te zijn tussen deze verschillen van LINH-praktijken en van de RBO-pilotpraktijken.

Figuur 4.1 Aantal recepten benzodiazepinen voorgeschreven aan patiënten van 55 jaar en ouder in 1999 en 2000 (LINH: N=48; RBO: N=9)

⁸ Er zou ook sprake kunnen zijn van verschillen in registratie. De LINH-praktijken weten dat hun gegevens in de LINH-databank worden opgenomen en registreren wellicht vollediger dan dan RBO-praktijken. Echter, voor een ander project (Evaluatie invoering EVS) dat momenteel op het Nivel wordt uitgevoerd, wordt dezelfde extractieprogrammatuur gehanteerd als in het RBO-project. Een groot aantal niet LINH-praktijken, is gevraagd hiermee hun gegevens uit het HIS te extraheren. Bij de niet-LINH praktijken die meedoen aan het EVS-project liggen de voorschrijfcijfers niet stelselmatig onder die van de LINH-praktijken (mondelinge informatie I. Wolters, Nivel).

Twee RBO-pilotgroepen laten een stijgende trend zien over de twee jaren; dit zijn de groepen C en E. Een reden zou kunnen zijn dat huisartsen in deze groepen voor kortere perioden recepten zijn gaan uitschrijven. In groep D is het verloop van de trend vergelijkbaar met de trend van de LINH-praktijken. Wel ligt het aantal voorschriften in groep D het verst onder dat van LINH. Groep D is de groep waarin de minste benzodiazepinen worden voorgeschreven. In groep A is de trend tot halverwege 2000 vergelijkbaar met die van LINH, maar in de laatste twee kwartalen is een afname te zien van het aantal voorschriften benzodiazepinen. Dit zou het effect van de interventie kunnen zijn. Deze werd namelijk door groep A in de laatste twee kwartalen van 2000 uitgevoerd. Van de negen RBO-praktijken waarvan we gegevens beschikbaar hebben, schreven drie praktijken in het derde en vierde kwartaal van 2000 minder voor dan in dezelfde periode van 2000. Dit betreft twee (van de twee) praktijken uit groep A en één praktijk (van de drie) uit groep D.

Tabel 4.1 laat de aantallen voorschriften per 1000 patiënten zien voor verschillende groepen patiënten in het laatste kwartaal van 1999 en het laatste kwartaal van 2000. Onderscheid is gemaakt naar RBO-pilotpraktijken en LINH-praktijken. Voor zowel LINH- als RBO-praktijken geldt dat er meer recepten uitgeschreven worden naarmate patiënten ouder worden, dat vrouwen significant vaker benzodiazepinen voorgeschreven krijgen dan mannen en dat ziekenfondspatiënten significant vaker dan particulier verzekerden benzodiazepinen voorgeschreven krijgen. Echter, binnen patiëntgroepen blijft het aantal voorgeschreven recepten tussen 1999 en 2000 constant, zowel binnen LINH als binnen de RBO-pilotpraktijken. Zowel mannen als vrouwen krijgen in het vierde kwartaal van 2000 niet minder vaak - maar ook niet vaker - een recept voor benzodiazepinen voorgeschreven dan in het vierde kwartaal van 1999 (test: paired sample t-test). Bij de verschillende leeftijdsgroepen (55-64 jaar, 65-74 jaar, 75 jaar en ouder) is er ook geen significant verschil in het aantal recepten dat is voorgeschreven werd in het vierde kwartaal van 2000 en dat van 1999. Ditzelfde geldt voor de particulier- en ziekenfondsverzekerden.

Tabel 4.1 Aantal voorschriften per 1000 patiënten in het laatste kwartaal van 1999 en 2000 voor verschillende groepen patiënten

Patiëntkenmerken	Aantal voorschriften per 1000 patiënten			
	RBO-pilot (N=9) ^{a)}		LINH (N=48) ^{a)}	
	4e kwartaal 1999	4e kwartaal 2000	4e kwartaal 1999	4e kwartaal 2000
Leeftijd				
55-64 jaar	137	139	216	224
65-74 jaar	200	222	339	338
75 plus	378	392	518	491
Geslacht				
Mannen	116	120	198	189
Vrouwen	294	315	441	442
Verzekeringsvorm				
Particulier	135	141	175	178

Ziekenfonds	226	242	399	393
a)	Er is zowel binnen de RBO-praktijken als binnen de LINH-praktijken <u>geen</u> enkel significant (per patiëntengroep bekeken) verschil in het aantal voorschriften per 1000 patiënten.			

4.3 Aantal voorgeschreven DDD's per recept

De volgende maat die bestudeerd is, is het aantal DDD's dat per recept is voorgeschreven. Niet gekozen is voor het aantal voorgeschreven DDD's per 1000 patiënten (de maat die bij alle andere analyses is gebruikt). Dit heeft als reden dat in het aantal DDD's per 1000 patiënten drie zaken door elkaar lopen, namelijk het aantal voorschriften dat is uitgeschreven (hoe meer recepten, des te meer DDD's), de voorgeschreven dosering (hoe hoger de dosering, hoe hoger het aantal DDD's) en de voorschrijfduur (hoe langer, hoe meer DDD's). Door te kiezen voor de effectmaat 'aantal DDD's per voorschrift' is het aantal voorschriften niet meer van invloed. Dit is belangrijk om de volgende reden: in een huisartspraktijk waar veel voorgeschreven wordt (en die in de vorige paragraaf dan hoog scoorde op aantal voorschriften per 1000 patiënten), wordt niet noodzakelijkerwijze ook een hoge dosering voorgeschreven of voor een lange tijd. Sterker nog, het kan zijn dat een huisarts juist vaker voorschrijft omdat hij kiest voor een kortere voorschrijfduur. We kunnen in de analyses helaas niet de voorgeschreven dagdosering opnemen. Dit betekent dat een hoge DDD kan betekenen dat een huisarts een hoge dosering voorschrijft en/of voor een lange duur voorschrijft. Overigens waren slechts voor 6 RBO-pilotpraktijken en 32 LINH-praktijken de DDD's per recept te berekenen.

In de RBO-pilot werd veel aandacht besteed aan de voorgeschreven dosering. Voor ouderen geldt dat zij volgens de standaarden een lagere dosering voorgeschreven moeten krijgen dan de DDD, namelijk de GDD (Geriatric Daily Dosis) welke de helft is van de DDD. Alle groepen wilden hieraan werken tijdens de pilot. Dit betekent dat de verwachting is dat het aantal voorgeschreven DDD's per recept aan het eind van de pilot gedaald zou moeten zijn. Figuur 4.2 laat zien dat een daling in het aantal voorgeschreven DDD's per recept slechts bij één groep te zien is, namelijk bij groep C. Per recept worden in deze groep 4 DDD's minder voorgeschreven in het laatste kwartaal van 2000 vergeleken met het eerste kwartaal van 1999.

Bij de andere drie groepen is geen vermindering van het aantal DDD's per voorschrift te zien. De verschillen tussen LINH-praktijken en de RBO-pilotgroepen wordt niet kleiner door de tijd heen. Evenals bij het aantal recepten per 1000 patiënten valt op dat de RBO-pilotgroepen minder voorschrijven dan de LINH-praktijken. Dit verschil is in alle kwartalen significant (t-test).

Figuur 4.2 Aantal DDD's voorgeschreven per recept aan patiënten van 55 jaar en ouder in 1999 en 2000 (LINH: N=32; RBO: N=5)

Tabel 4.2 laat zien dat in RBO-praktijken in het vierde kwartaal 2000 de voorgeschreven DDD per recept lager wordt naarmate de patiënten ouder worden. Het verschil tussen de 55-64 jarigen en de 75-plussers is significant bij $p=0,05$ en het verschil tussen de 55-64jarigen en de 65-74-jarigen is significant bij $p=0,10$. De GDD geldt vanaf een leeftijd van 65 jaar. Het is derhalve positief dat de RBO-praktijken een lagere DDD voorschrijven aan de oudere leeftijdsgroepen in 2000. In het vierde kwartaal van 1999 waren de verschillen tussen de leeftijdsgroepen niet significant. Voor de LINH-praktijken zijn geen significante verschillen gevonden tussen de leeftijdsgroepen in het vierde kwartaal van 2000.

Tabel 4.2 Aantal DDD per voorschrift in het laatste kwartaal van 1999 en 2000 voor verschillende leeftijdsgroepen patiënten

Leeftijd	Aantal DDD per voorschrift			
	RBO-pilot (N=5 groepen)		LINH (N=32 groepen)	
	4e kwartaal 1999	4e kwartaal 2000*	4e kwartaal 1999	4e kwartaal 2000
55-64 jaar	17,7	18,8	22,7	23,2
65-74 jaar	17,2	17,0	21,3	22,3
75 plus	17,4	16,1	22,2	23,0

* Significant verschil tussen de leeftijdsgroepen

4.4 Aantal patiënten dat benzodiazepinen voorgeschreven krijgt

Eén van de doelen van het RBO-project is dat minder mensen benzodiazepinen voorgeschreven krijgen. Deze vermindering kan bewerkstelligd worden door huidige gebruikers te laten stoppen met gebruik of door minder snel benzodiazepinen voor te schrijven. In beide gevallen zal het aantal mensen per 1000 patiënten dat benzodiazepinen voorgeschreven krijgt, moeten afnemen.

Uit figuur 4.3 wordt duidelijk dat dit in de RBO-praktijken niet het geval is. Het aantal patiënten dat benzodiazepinen voorgeschreven krijgt, blijft door de twee jaren heen vrijwel gelijk. Hoewel de trends per RBO-pilotgroep net iets anders verlopen, geldt voor alle groepen dat aan het eind van 2000 vrijwel hetzelfde aantal patiënten benzodiazepinen voorgeschreven krijgt als in het eerste kwartaal van 1999. Ook in de LINH-praktijken is het aantal mensen dat benzodiazepinen voorgeschreven krijgt, vrijwel constant over de kwartalen heen. Het aantal patiënten dat benzodiazepinen voorgeschreven krijgt is in de RBO-praktijken in alle kwartalen significant lager dan in de LINH-praktijken.

Figuur 4.3 Aantal patiënten van 55 jaar en ouder (per 1000 patiënten) die in 1999 en 2000 benzodiazepinen voorgeschreven kregen (LINH: N=49; RBO: N=9)

In figuur 4.3 gaat het om alle patiënten die in 1999 of 2000 ten minste één keer een benzodiazepine voorgeschreven hebben gekregen. Er is echter onderscheid tussen

patiënten in het aantal malen dat zij benzodiazepinen voorgeschreven krijgen. Sommige patiënten krijgen eenmalig een recept, terwijl andere patiënten (vrijwel) continue benzodiazepinen gebruiken. Daarom is gekeken naar het aantal kwartalen waarin patiënten minimaal één voorschrift voor benzodiazepinen kregen. Figuur 4.4 geeft hierin inzicht. Van alle mensen die in 1999 en /of 2000 een benzodiazepinen voorgeschreven kregen, kreeg een kwart dit in minimaal zeven van de acht kwartalen. Er is geen significant verschil tussen de RBO-pilot en LINH. De helft van alle mensen die een benzodiazepine voorgeschreven kreeg in 1999 en/of 2000, kreeg dit slechts in één of twee kwartalen van 1999 en 2000.

Er zijn verschillen tussen de RBO-pilotgroepen als het gaat om het aantal gebruikers dat in zeven of acht kwartalen voorgeschreven krijgt. In de groepen A, B en D is het percentage mensen dat ten minste zeven van de acht kwartalen een benzodiazepine voorgeschreven krijgt lager dan in de groepen C en E. Het verschil tussen de RBO-pilotgroepen in aantal kwartalen dat patiënten benzodiazepinen voorgeschreven krijgen, is significant (chi-kwadraat, $p=0,00$).

Figuur 4.4 Aantal kwartalen dat patiënten benzodiazepinen voorgeschreven krijgen (in % van alle patiënten die ten minste 1 keer een voorschrift hadden in 1999 of

2000 (LINH: N=49; RBO: N=9)

Tabel 4.2 geeft een ander zicht op mogelijk chronisch gebruik. In deze tabel is gekeken naar patiënten die in het eerste kwartaal van respectievelijk 1999 en 2000 een voorschrift benzodiazepine hebben gekregen. Gekeken is in hoeveel van de overige drie kwartalen deze patiënten weer een benzodiazepine voorgeschreven hebben gekregen. De verwachting is dat in de RBO-pilotgroepen minder patiënten in alle vier de kwartalen van 2000 (vergeleken met 1999) een benzodiazepine voorgeschreven krijgen. Dit blijkt niet het geval te zijn. Het beeld van 1999 wijkt nauwelijks af van dat van 2000. In de RBO-pilotgroepen krijgt bijna een derde van de mensen die in het eerste kwartaal van het jaar een voorschrift krijgt, geen enkel ander voorschrift meer in dat jaar. Daar staat een (vrijwel) even grote groep patiënten tegenover die in alle volgende kwartalen een benzodiazepine voorgeschreven krijgen. Het patroon verschilt nauwelijks tussen de groepen (gegevens niet in tabel). Voor LINH liggen de cijfers wat anders: daar krijgt meer dan de helft van de patiënten die benzodiazepinen gebruiken in het eerste kwartaal ook de rest van het jaar (in elk kwartaal) een voorschrift.

Tabel 4.2 Aantal kwartalen waarin patiënten die in het eerste kwartaal van respectievelijk 1999 en 2000 een benzodiazepine voorgeschreven kregen een vervolgrecept kregen

	percentage patiënten				
	na eerste kwartaal nog voorgeschreven gekregen in:				
	alleen in 1e kwartaal	1 ander kwartaal	2 andere kwartalen	alle andere kwartalen	Totaal
<u>LINH</u>					
1999	16%	12%	15%	57%	100%
2000	16%	12%	17%	55%	100%
<u>RBO</u>					
1999	32%	26%	15%	27%	100%
2000	30%	26%	13%	31%	100%

4.5 Aantal patiënten met dubbelmedicatie

Het verminderen van het aantal patiënten met dubbelmedicatie is een doel van het RBO-project. Onder dubbelmedicatie verstaan we patiënten die meer dan één benzodiazepine met een verschillende ATC7-code binnen één week gebruiken. Uit figuur 4.5 blijkt dat dubbelmedicatie in de RBO-praktijken niet zoveel voorkomt. Gemiddeld krijgen in de RBO-praktijken 4 tot 7 patiënten (per 1000 patiënten) twee verschillende soorten benzodiazepinen voorgeschreven. In de LINH-praktijken ligt dit aantal hoger, namelijk tussen de 8 en 11 patiënten. Omdat het aantal patiënten met dubbelmedicatie zo gering is, lijkt er nauwelijks winst te behalen. Dit blijkt ook uit de trends in figuur 3.4. In de meeste groepen is het aantal patiënten met dubbelmedicatie stabiel. Alleen groep C laat een stijging zien: van 8 patiënten in het eerste kwartaal van 1999 naar 14 patiënten in het laatste kwartaal van 2000.

Figuur 4.5 Aantal patiënten van 55 jaar en ouder (per 1000 patiënten) die in 1999 en 2000 tegelijkertijd twee verschillende soorten benzodiazepinen

voorgeschreven kregen (LINH: N=49; RBO: N=9)

4.6 Samenvatting en conclusie

In dit hoofdstuk zijn de voorschrijfgegevens van 9 RBO-praktijken vergeleken met die van 49 LINH-praktijken. Gekeken is naar het voorschrijven van benzodiazepinen aan patiënten van 55 jaar en ouder. Gezien het feit dat slechts een derde van de RBO-praktijken heeft deelgenomen aan de effectevaluatie dienen de gegevens met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden.

Het doel van de RBO-pilot was een vermindering van het voorschrijven van benzodiazepinen met 10%. Uit de effectevaluatie komt naar voren dat de RBO-pilot niet geleid lijkt te hebben tot de 10% reductie in het benzodiazepinegebruik die nagestreefd werd. Het aantal voorschriften, DDD's, het aantal gebruikers en het aantal patiënten met dubbelmedicatie daalden niet als gevolg van de interventie. Wel krijgen 65-plussers in het laatste kwartaal van 2000 een significant lagere dosis per recept voorgeschreven dan mensen tussen 55 en 64 jaar. Dat was nog niet het geval in 1999.

Bovenstaande betekent dat de derde onderzoeksvraag niet beantwoord kan worden. Deze luidde: "Welke factoren leiden ertoe dat een interventie op het gebied van het gebruik van benzodiazepinen succesvol is of niet?" Deze vraag had beantwoord kunnen worden indien sommige groepen meer succesvol waren geweest dan andere groepen of wanneer verschillen in effecten binnen groepen nader bestudeerd hadden kunnen worden. Dit is niet het geval. De groepen hebben geen van alle de gestelde doelen bereikt. Een gemeenschappelijk oorzaak hiervoor kan zijn dat de huisartsen in alle RBO-pilotpraktijken duidelijk minder benzodiazepinen voorschrijven dan het landelijk gemiddelde. Ook hebben zij minder patiënten die benzodiazepinen gebruiken, schrijven ze minder DDD's voor en hebben minder patiënten een dubbelmedicatie. Dit betekent dat bij deze groepen minder winst te behalen valt dan bij groepen die op of boven het landelijk gemiddelde zitten als

het gaat om het voorschrijven van benzodiazepinen.

5 SAMENVATTING EN CONCLUSIE

5.1 Samenvatting

5.1.1 Inleiding

DGV, het Nederlands Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik, heeft in het kader van het Programma Preventie van Zorg Onderzoek Nederland (ZON) een interventie opgezet die is gericht op de reductie van het gebruik van benzodiazepinen (De Groot, 2001).

De interventie richt zich op groepen voor Farmaco Therapie Overleg (FTO) en bestaat uit het ondersteunen van deze groepen in samenhang met publiekgerichte voorlichting. Het doel van het project is drieledig (DGV, 1999; De Groot, 2001):

- vermindering van het benzodiazepinegebruik onder 55-plussers met ten minste 10% door het minder en korter voorschrijven van benzodiazepinen;
- In 25% van de FTO-groepen is het onderwerp besproken;
- 50% van de gebruikers van 55 jaar en ouder zijn bereikt met relevant voorlichtingsmateriaal.

De opzet van de interventie is gebaseerd op de kwaliteitscirkel van Grol (1995). De groepen die de interventie willen gaan uitvoeren maken gebruik van door DGV ontwikkeld materiaal (Schouten, 2000a,b). In een eerste oriënterende bijeenkomst maken de deelnemers een probleemanalyse. Dit doen zij aan de hand van hun eigen prescriptiecijfers. In een tweede bijeenkomst formuleren de deelnemers de doelen die zij willen bereiken ten aanzien van het voorschrijven van benzodiazepinen aan ouderen en stellen zij een plan van aanpak op voor hun eigen praktijk of apotheek. Hierin worden ook gezamenlijke afspraken vastgelegd over hoe te handelen in de dagelijkse praktijk. Na de tweede bijeenkomst gaan de deelnemers over tot het uitvoeren van dit plan van aanpak. Na de uitvoering van de interventie komt de FTO-groep weer bij elkaar om te evalueren hoe de interventie verlopen is en of de gestelde doelen zijn bereikt. Hierbij maken ze ook weer gebruik van hun eigen prescriptiecijfers.

Om het materiaal en de werkwijze te testen, is een pilotstudie opgezet onder vijf RBO-pilotgroepen. De resultaten van deze pilotstudie staan in dit rapport. Alle gegevens in dit rapport hebben slechts betrekking op de pilotfase van de studie.

De evaluatie viel uiteen in een procesevaluatie en een effectevaluatie. Deze worden hieronder afzonderlijk besproken.

5.1.2 Procesevaluatie

De eerste onderzoeksvraag van het onderzoek was gericht op het proces van de implementatie en luidt:

1. In hoeverre is de interventie Reductie Benzodiazepinegebruik Ouderen succesvol geïmplementeerd tijdens de pilotfase?

Deze vraag is onderverdeeld in de volgende subvragen:

- 1.a_ In hoeverre wordt het onderwerp benzodiazepinegebruik aan de orde gesteld in RBO-pilotgroepen?
- 1.b_ In hoeverre leidt dit tot voornemens van huisartsen en apothekers om het gebruik terug te dringen?
- 1.c_ Welke problemen treden daarbij op en in hoeverre is het voorlichtingsmateriaal / de FTO-adviseur behulpzaam bij de oplossing daarvan?
- 1.d_ In hoeverre wordt informatie verstrekt aan de patiënt en welke

problemen treden daarbij op?

Voor de beantwoording van deze vragen werden zowel voor als na uitvoering van de interventie gegevens verzameld. Net na de voorbereiding en voor de uitvoering van de interventie zijn telefonische interviews gehouden met de contactpersoon van de FTO-groep. Deze informatie werd aangevuld met gegevens uit schriftelijk materiaal zoals verslagen van de FTO-bijeenkomsten. Aan het einde van de RBO interventie heeft weer een gegevensverzameling plaatsgevonden. De deelnemers van de vijf RBO-pilotgroepen hebben een schriftelijke vragenlijst ontvangen.

Uit de resultaten blijkt dat de RBO-pilotgroepen het onderwerp uitgebreid aan de orde hebben gesteld. Zij hebben allemaal de procedure gevolgd die door DGV werd voorgestaan: 2 tot 3 voorbereidende bijeenkomsten onder begeleiding van een FTO-adviseur en een afsluitende evaluatiebijeenkomst, eveneens onder begeleiding van een FTO-adviseur. In alle groepen is het probleem grondig aangepakt, er is een heldere probleemanalyse gemaakt onder andere met behulp van prescriptiecijfers. Alle groepen maakten een plan van aanpak.

In alle groepen was het streven naar vermindering van het benzodiazepinegebruik een belangrijk doel, dat wel door elke groep anders ingevuld werd. Alle groepen hebben gebruik gemaakt van het materiaal van DGV en van ondersteuning van de FTO-adviseur. Zowel over het materiaal als de adviseur was men over het algemeen tevreden. Een belangrijke constatering is dat in vier van de vijf groepen de deelnemers vonden dat de omvang van het probleem niet zo groot was in hun eigen groep. Hierdoor zagen de deelnemers niet altijd wat het rendement van de interventie zou kunnen zijn.

In alle groepen werden afspraken gemaakt om het gebruik terug te dringen. Deze afspraken hadden bijvoorbeeld betrekking op de te volgen procedure bij herhaalrecepten, op de manier waarop patiënten benaderd werden (bijvoorbeeld op het spreekuur roepen van chronisch patiënten) en op de rol die de apotheker en praktijkassistente hadden in de medicatiebewaking.

De afspraken bleken slechts gedeeltelijk in praktijk gebracht te worden. Het op het spreekuur roepen van patiënten gebeurde bijvoorbeeld wel, maar het bleek moeilijk patiënten te overtuigen minder benzodiazepinen te gaan gebruiken. Een andere reden waarom niet alle afspraken in de praktijk gebracht werden, was dat men de investeringen die gedaan moesten worden te hoog vond in verhouding tot de opbrengsten van het project. Weer een andere oorzaak is gelegen in het feit dat men soms te veel wilde en niet alle veranderingen in één keer door te voeren.

Patiënten willen vaak niet stoppen met het gebruik van benzodiazepinen. Derhalve is het aanbieden van goede informatie belangrijk. In het RBO-pilotproject werd hieraan tijdens de voorbereiding ook aandacht besteed.

De meeste gegeven vorm van informatie was mondelingen individuele voorlichting aan patiënten tijdens hun spreekuurbezoek. De gegeven informatie ging met name over voor- en nadelen en risico's van het gebruik van benzodiazepinen. Andere vormen van voorlichting werden niet veel gegeven. Zo werden - mede omdat de DGV-patiëntenfolder te laat beschikbaar kwam voor de pilotgroepen - weinig folders meegegeven waarin patiënten informatie kunnen nalezen en organiseerde maar één groep groepsvoorlichting.

5.1.3 Effectevaluatie

De tweede onderzoeksvraag van het evaluatie-onderzoek was gericht op effect van de pilot en was als volgt geformuleerd:

2. In hoeverre is de beoogde reductie van het benzodiazepinegebruik onder ouderen met 10% gehaald?

De opzet van de effectanalyse is een experiment met voor- en nameting en een controlegroep.

Gegevens zijn verzameld voor de jaren 1999 (het jaar voor de pilot gehouden werd) en 2000 (het jaar waarin de pilot gehouden is). De experimentele groep bestaat uit de vijf FTO-groepen die mee hebben gedaan aan de pilot RBO. De controlegroep wordt gevormd door praktijken die gegevens registreren in het kader van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH).

De doelstelling van het project is een 10% reductie van het benzodiazepinegebruik. In dit onderzoek wordt nagegaan of deze reductie binnen de pilot-groepen bereikt is. Benzodiazepinegebruik wordt gemeten aan de hand van het voorschrijfgedrag van huisartsen. Om dit te meten zijn gegevens uit het Huisarts Informatie Systeem (HIS) geëxtraheerd bij zowel de huisartspraktijken die deelnamen aan de RBO-pilot als bij 49 LINH-praktijken. Het betreft voorschrijf- en patiëntgegevens. Gegevens van zowel 1999 (het jaar voor de interventie) als 2000 (het jaar waarin de interventie plaatsvond) werden geëxtraheerd. De extractieprogramma's bestaan uit twee onderdelen. De geselecteerde voorschriften voldeden aan de volgende twee eisen:

- het geneesmiddel dat voorgeschreven werd, betrof een benzodiazepine (ATC-code N05BA, N05CD, N05CF01, N05CG01);
- de patiënt aan wie het middel werd voorgeschreven, was 55 jaar of ouder.

De resultaten laten zien dat de doelstelling van 10% reductie in het voorschrijven van benzodiazepinen door geen enkele RBO-groep behaald is. Het aantal voorschriften per 1000 patiënten is niet afgenomen en ook het aantal patiënten dat benzodiazepinen voorgeschreven krijgt of dat dubbelmedicatie heeft, is niet gedaald. Het aantal voorgeschreven DDD's per recept is ook niet gereduceerd, al kregen in het laatstkwartaal van 2000 65-plussers een significant lagere dosering per recept dan patiënten tussen de 55 en 64 jaar. Dit was in 1999 nog niet het geval. Wat echter vooral opvalt, is dat de groepen die deelnamen aan de RBO-pilot vergeleken met de LINH-praktijken al aan het begin van de interventie veel minder recepten voor benzodiazepinen voorschreven en minder patiënten hadden die benzodiazepinen gebruikten. In de conclusie wordt nader hierop ingegaan.

5.2 Conclusie en aanbevelingen

De pilotstudie van het project 'Reductie Benzodiazepinegebruik Ouderen' is opgezet om het materiaal en de methode te testen die tijdens het uiteindelijke project gebruikt zouden gaan worden. Belangrijkste doel van de pilot was te kijken of het materiaal en de gebruikte methode bruikbaar waren voor FTO-groepen en voor het onderwerp benzodiazepinen. Een ander doel was om te kijken of een 10% reductie in het voorschrijven van benzodiazepinen aan ouderen door middel van het RBO haalbaar is. De resultaten van deze pilotstudie zijn in dit rapport geëvalueerd. In deze paragraaf gaan we in op het verloop van de RBO-pilot, op de resultaten die het opgeleverd heeft en op de acties die ondernomen kunnen worden om nieuwe interventies in de toekomst te versterken.

De methodiek van het RBO lijkt in principe geschikt voor het FTO, maar moet wel vereenvoudigd worden

Vijf RBO-pilotgroepen hebben de kwaliteitscirkel van Grol (probleeminventarisatie, plan van aanpak opstellen, implementatie van gemaakte afspraken, evaluatie van de interventie) geheel doorlopen. De meeste groepen hebben het planmatig werken aan een onderwerp als positief ervaren, maar vonden de investering ten opzichte van het potentieel

te behalen rendement (te) groot. Het was wellicht om die reden ook moeilijk groepen te vinden voor de pilot. De methode is derhalve toegepast in welwillende groepen die zich gecommitteerd hebben aan deelname aan de RBO-pilot. Niet duidelijk is of en hoe minder welwillende groepen met de methode zullen gaan werken. Toch kan de RBO-methode voor andere onderwerpen ingezet worden. Wel zal een aantal aanpassingen plaats moeten vinden. De onderstaande tekst gaat hierop nader in.

Benzodiazepinen: (g)een probleem?

Ondanks het feit dat benzodiazepinen veel voorgeschreven geneesmiddelen zijn, beschouwde een deel van de deelnemers aan de RBO-pilot het voorschrijven van deze middelen niet als een probleem. Patiënten zijn vaak tevreden over de middelen en wanneer benzodiazepinen herhaald worden, is het veelal de praktijkassistente die de receptuur afhandelt. Herhaalreceptuur wordt door huisartsen zelden als een probleem beschouwd en leeft niet in huisartsenland (Coffie e.a., 2001). Zo wordt slechts in drie NHG-standaarden afgeraden met herhaalreceptuur te werken. Eén daarvan is overigens de standaard M23 'Slapeloosheid en Slaapmiddelen' (*"Herhaalrecepten van slaapmedicatie niet via de assistente, maar de patiënt laten terugkomen op het spreekuur"*). Toch is bijna 80% van voorschriften voor benzodiazepinen een herhaalrecept (Coffie e.a., 2000) en met het voorschrijven van benzodiazepinen (en andere middelen voor het centrale zenuwstelsel) was in 2000 975 miljoen gemoeid (SFK, 2001). Desondanks zag een aantal groepen in de RBO-pilot het onderwerp niet als probleem, ook niet na de probleemanalyse die zij tijdens de voorbereidingen uitvoerden.

Het feit dat groepen vinden dat er binnen hun groep nauwelijks sprake is van een probleem wat betreft het voorschrijven en afleveren van benzodiazepinen is een belangrijk gegeven voor dit evaluatie-onderzoek omdat groepen in dat geval kunnen denken dat er weinig winst te behalen valt van de interventie. Deelnemers kunnen minder gemotiveerd zijn wanneer ze iets aanpakken dat ze eigenlijk geen probleem vinden. Hier is in het kader van het vervolg van het RBO-project en eventuele andere interventies in de toekomst een taak weggelegd voor DGV. Door goede informatie te geven (zoals uitgebreide spiegelinformatie), kan getracht worden deelnemende groepen te doordringen van de omvang van het probleem. Groepen zouden ook zelf een onderwerp kunnen kiezen.

Keuze van het onderwerp belangrijke fase bij interventie

Het zelf kiezen van een onderwerp kan de commitment bij het project vergroten. De pilot-groepen hadden zich gecommitteerd aan het meedoen aan het RBO-project, maar voor andere groepen zou het feit dat het onderwerp benzodiazepinen niet als een probleem wordt beschouwd weleens een belemmering kunnen zijn om aan een interventie te beginnen. In de kwaliteitscirkel van Grol (1995) wordt aan de keuze van het onderwerp een belangrijke plaats toegekend. Uit de evaluatie in dit rapport komt naar voren dat een deel van de deelnemers het project weliswaar zinnig vindt, maar dat de investeringen ten opzichte van het rendement te hoog zijn, waardoor men gedemotiveerd raakte. Het lijkt derhalve van belang dat FTO-groepen een onderwerp kiezen dat zij relevant vinden en als een probleem ervaren en niet een onderwerp dat van 'bovenaf' is opgelegd.

Omdat de methodiek in potentie voor veel onderwerpen gebruikt kan worden, verdient het aanbeveling FTO-groepen ruim aandacht te laten besteden aan het onderwerp dat gekozen wordt. Wat ervaren de deelnemers in hun dagelijkse praktijk als een probleem? Op welke onderwerpen is volgens hen nog kwaliteitswinst te behalen? Groepen kunnen hierbij geholpen worden door hun eigen voorschrijfcijfers te vergelijken met landelijke referentiecijfers. Een dergelijke probleemanalyse kan voor verschillende onderwerpen uitgevoerd worden, waarna het onderwerp dat door de groepsleden het meest relevant gevonden wordt, gekozen kan worden. Nadeel is dat de voorbereiding van een interventie zo langer duurt. Voordeel is dat deelnemers gemotiveerder aan de interventie beginnen.

Begeleiding van groepen bij de probleemanalyse is belangrijk. Uit de evaluatie kwam bijvoorbeeld naar voren dat men het genereren van prescriptiecijfers lastig vond. De FTO-adviseur kan hier een ondersteunende rol spelen en kan ook landelijke (spiegel)cijfers proberen aan te leveren. DGV is inmiddels bezig met het ontwikkelen van het werkmateriaal 'Werken met cijfers in het FTO' (DGV, 2001). Hierin staan aanwijzingen voor FTO-groepen over hoe zij prescriptiecijfers kunnen genereren, welke effectmaten zij kunnen kiezen en waar ze referentiecijfers kunnen verkrijgen.

De positie van de patiënt

Benzodiazepinen vormden niet alleen een lastig onderwerp vanwege het feit dat veel huisartsen het niet als een probleem beschouwden, maar ook omdat patiënten moeilijk te overtuigen zijn van het nut om geen slaapmiddelen - meer - te gebruiken. Uit de evaluatie kwam naar voren dat meer dan de helft van de deelnemers problemen had ondervonden in de communicatie met patiënten. De werkboeken die uiteindelijk in het RBO-project zijn gebruikt (dus na de piltofase) besteden, veel meer dan het materiaal dat in de pilot gebruikt is, aandacht aan communicatie met de patiënt. Daarnaast onderneemt het Nederlands Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) momenteel actie om de patiëntenfolder die DGV in het kader van het RBO-project heeft ontwikkeld op te laten nemen in het Elektronisch Voorschrift Systeem (EVS) dat een groot deel van de huisartspraktijken inmiddels in zijn bezit heeft. Gezien de weerstanden van patiënten zijn bovenstaande initiatieven van belang.

De weerstanden bij patiënten hebben naar alle waarschijnlijkheid ook te maken met het ontbreken van alternatieven voor benzodiazepinen. De effecten van slaaptherapie zijn nog niet duidelijk (Morin, 1999). Daarbij komt dat slaapproblemen vaak een achterliggende oorzaak hebben. Door hier meer aandacht voor te krijgen, zouden patiënten wellicht eerder staken met het slikken van medicijnen. Vaak zijn de achterliggende oorzaken psychisch van aard en zouden patiënten doorverwezen moeten worden naar gespecialiseerde hulpverleners in de eerste of tweede lijn. In dit kader is het feit dat versterking van de relatie eerste en tweede lijn in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) een speerpunt is van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) een belangrijke ontwikkeling.

Stapsgewijs afspraken invoeren

Een ander punt dat uit de pilot naar voren komt, is de complexiteit van de afspraken die gemaakt zijn. In een aantal RBO-pilotgroepen werden veel afspraken gemaakt. Het bleek voor een aantal huisartsen en apothekers lastig om deze allemaal tegelijkertijd in praktijk te brengen. Het verdient derhalve aanbeveling het plan van aanpak niet te ambitieus op te stellen en afspraken stap voor stap in de praktijk te brengen. Bijvoorbeeld: eerst afspraken over hoe patiënten te behandelen die voor het eerst met slaapproblemen bij de huisarts komen. De afspraken kunnen dan gaan over: welke informatie krijgt de patiënt? Welke alternatieven leggen huisartsen de patiënt voor? Welke afspraken maakt de huisarts met de patiënt indien voorgeschreven wordt? Welk middel wordt voorgeschreven? Hiervan kan dan een checklist (elektronisch of op papier) worden opgesteld die de huisarts tijdens een consult kan raadplegen. In een later stadium kunnen in de FTO-groep afspraken gemaakt gaan worden over de herhaalprocedure, waarvoor eveneens checklist opgesteld zou kunnen worden. Voor DGV ligt hier een taak wat betreft begeleiding van de FTO-groep. De FTO-adviseur moet de groep zo begeleiden dat er een plan van aanpak op tafel komt wat haalbaar is en dat eenvoudig in de praktijk is te implementeren. Hiervoor kan de adviseur gebruik maken van ervaringen met andere projecten en FTO-groepen en wellicht voorbeelden geven van succesvolle interventies.

Eenvoudige interventies?

Stapsgewijs afspraken invoeren betekent ook dat de inspanning van huisartsen en apothekers niet zo groot hoeft te zijn dan wanneer er heel veel afspraken tegelijk nagekomen moeten worden. Verwacht kan namelijk worden dat interventies en afspraken die een niet al te grote inspanning van de huisarts vergen, het meeste succes zullen hebben. In het rapport 'Mag blijvend herhaald worden' bevelen Coffie e.a. (2000) bijvoorbeeld aan om patiënten met herhaalmedicatie één keer per jaar bij hun huisarts op spreekuur te laten komen om hun medicatie te bespreken en waar nodig aan te passen. Dit geldt ook voor chronisch gebruikers van benzodiazepinen. Dit is een interventie die weliswaar tijd van de huisarts vraagt, maar overzichtelijk is (indien de huisarts in staat is te achterhalen wie chronisch gebruikers van geneesmiddelen zijn). Dergelijke maatregelen zullen vooral succes hebben wanneer hier een financiële vergoeding tegenover staat die

gebruikt kan worden om bijvoorbeeld de praktijkondersteuning te vergroten.

Terugkoppeling tijdens interventie

Het stapsgewijs afspraken maken betekent ook dat er meer tussentijds overleg nodig is in het FTO. In de RBO-pilot hebben de deelnemers binnen de groepen tijdens de uitvoering nauwelijks contact met elkaar gehad. Hierdoor kan de belangstelling voor het onderwerp makkelijker wegzakken dan wanneer de groepsleden met elkaar overleggen over de gang van zaken, de moeilijkheden die men ondervindt bij het uitvoeren van de afspraken, gewenste aanpassingen en dergelijke. Het verdient dan ook aanbeveling dat groepen tijdens de uitvoering van de interventie een bijeenkomst beleggen waarin het verloop van het project wordt besproken (ook als men de afspraken in één keer invoert in plaats van stapsgewijs). Tijdens zo'n bijeenkomst zou de FTO-adviseur een rol kunnen spelen door te adviseren over de problematiek die de groepsleden ervaren. Ook kan getracht worden tussentijds prescriptiecijfers te bestuderen. Wanneer er geen effecten te zien zijn, kunnen redenen daarvoor besproken worden.

Intensivering van het FTO

Bovenstaande geeft aan dat wanneer FTO-groepen overgaan tot gebruik van de RBO-methode voor andere onderwerpen dit voor veel groepen een intensivering van het FTO zal betekenen. Immers, voor zo'n onderwerp zal de hele kwaliteitscirkel doorlopen moeten worden en dat vraagt een aanzienlijke investering van de deelnemers. De meeste FTO-groepen werken momenteel nog niet zo intensief. Uit de laatste Landelijke Inventarisatie FTO die in 1999 gehouden werd onder driekwart van de FTO-groepen blijkt bijvoorbeeld dat slechts 55% van de groepen zich tot doel stelde afspraken te maken en 22% van de groepen vond dat deze ook getoetst moesten worden (Van Dijk e.a., 2001).

Van Dijk e.a. concludeerden op basis van hun onderzoek dat de ontwikkeling van het FTO naar een professioneel samenwerkingsverband lijkt te stikken. Dit omdat in de tweede helft van de negentiger jaren weinig vooruitgang geboekt was in het verminderen van de vrijblijvendheid van het overleg. Om een dergelijke professionalisering te bevorderen, is volgens hen intensivering van het FTO noodzakelijk. Wanneer groepen afspraken maken en toetsen of deze in de praktijk werken, is de kwaliteit van het voorschrijven door huisartsen en het afleveren door apothekers beter in kaart te brengen. Dit kan belangrijk zijn met het oog op mogelijke veranderingen in de financieringsstructuur van de huisartsenzorg die worden voorgestaan door de Commissie Toekomstige Financieringsstructuur Huisartsenzorg (ook wel de Commissie Tabaksblad) (VWS, 2001). Een van de onderdelen van deze financieringsstructuur is dat er een duidelijkere link komt tussen de mate van doelmatigheid in het handelen van de huisarts en diens inkomen.

Het RBO-project is een voorbeeld van hoe een dergelijke intensivering kan plaatsvinden. In dat geval lijkt ook intensivering van individuele begeleiding van het FTO van belang, gezien de waardering die de meeste pilotgroepen hadden voor de samenwerking met de FTO-adviseur. Vooral wanneer groepen beginnen met een intensievere aanpak van het FTO hebben zij begeleiding nodig. Dat blijkt bijvoorbeeld ook uit de initiatieven die zijn genomen in het kader van de zogenaamde proeftuin farmaceutische zorg 'Zuid-Oost Brabant'. In het kader van de proeftuin wordt het FTO in de regio geïntensiveerd volgens het model Asten.⁹ In 2000 zijn, naast Asten, drie andere intensieve FTO-groepen actief (Heemskerk-van Holtz, 2000). Deze groepen krijgen drie bijeenkomsten waarin 'model-overdracht' plaatsvindt en ze informatie krijgen over het FTO volgens de methode van de groep Asten. Vervolgens krijgen ze tien bijeenkomsten ondersteuning van de FTO-adviseur. Deze methode lijkt goed te werken.

⁹ De FTO-groep Asten kent een lange traditie van 20 jaar FTO (Van den Hoogen e.a., 1999). In die tijd heeft dit FTO zich ontwikkeld tot een professioneel samenwerkingsverband waarin afspraken gemaakt en getoetst worden aan de hand van prescriptiecijfers. De afspraken worden vastgelegd in het elektronisch formulier, afspraken zijn openbaar voor het district, de apotheker ontvangt artsenbezoekers, het FTO is goed gestructureerd (bijeenkomst minimaal 3 uur, vaste voorzitter, notuleren) etc.

Geen reductie in het voorschrijven van benzodiazepinen door de RBO-pilot, maar de praktijken die deelnamen aan de pilot schreven al minder voor

Uit de effectevaluatie die in dit rapport beschreven is, komt naar voren dat de RBO-interventie niet geleid lijkt te hebben tot de 10% reductie in het benzodiazepinegebruik die nagestreefd werd. Opgemerkt dient te worden dat slechts een derde van de huisartspraktijken uit de RBO-pilotgroepen heeft deelgenomen aan de effectevaluatie. Bovendien vond de evaluatie plaats tijdens en kort na de interventie, waardoor het niet goed mogelijk is de effecten op de iets langere termijn te aanschouwen. Toch lijkt het er voorlopig op dat de RBO-interventie niet geleid heeft tot reductie in het voorschrijven van benzodiazepinen. Hierboven werd al een aantal mogelijke oorzaken gegeven: de huisartsen zagen benzodiazepinen niet als een probleem, de druk van patiënten om toch voor te schrijven was groot en het plan van aanpak was soms te ambitieus.

Daarbij komt dat de gehanteerde effectmaten in het onderzoek vrij grof zijn; alle maten hadden betrekking op praktijkniveau (met uitzondering van de DDD's welke op receptniveau zijn bestudeerd). Zo zijn geen individuele patiënten gevolgd door de tijd. Het kan zijn dat een aantal patiënten gestopt is met het gebruik van benzodiazepinen tijdens de pilot, maar dat hun aantal zo gering is dat zij niet terug te vinden zijn in de 'bulk' van patiënten die wel benzodiazepinen voorgeschreven kregen. Ook kan een aantal potentiële nieuwe gebruikers overtuigd zijn van het feit dat zij geen benzodiazepinen moeten nemen, maar ook hier geldt dat dit in de massa van voorschriften niet naar voren komt.

Wat echter ook duidelijk werd uit de pilot is dat de huisartspraktijken uit de RBO-pilotgroepen die hebben meegedaan aan de effectevaluatie allemaal duidelijk minder benzodiazepinen voorschrijven dan de huisartsen in de controlegroep (LINH). De negen RBO-pilotpraktijken schrijven gemiddeld ongeveer een derde minder voor dan het landelijk gemiddelde. Dit betekent dat bij deze groepen minder winst te behalen is dan bij groepen die op of boven het landelijk gemiddelde zitten als het gaat om het voorschrijven van benzodiazepinen: zij doen het al goed bij aanvang van de interventie. Als alle huisartsen in Nederland zo zouden voorschrijven als de huisartsen die deelnamen aan de RBO-pilot dan zou een reductie van meer dan 10% in het benzodiazepinegebruik mogelijk zijn.

Tot slot

Het RBO een vorm van intensivering van het FTO. In de RBO-aanpak staat het proces van probleemanalyse, het maken van afspraken en het toetsen daarvan centraal. Bij groepen die een lange traditie hebben van afspraken maken en toetsen zijn effecten gevonden op het voorschrijven. De verwachting is dat voor praktijken die momenteel meer benzodiazepinen voorschrijven dan de RBO-pilotgroepen de in het project gehanteerde werkwijze meer effect zal sorteren. De aanbeveling hierbij is de RBO-methode in de toekomst te vereenvoudigen. Ook moet de keuze van het onderwerp meer bij de FTO-groepen zelf liggen. Tot slot moeten deelnemende groepen niet te ambitieus in hun plannen zijn, zodat investering en het rendement van de interventie beter op elkaar afgestemd zijn dan in de RBO-pilot het geval was.

LITERATUUR

Bakker D. de, L. Jabaaij, H. Abrahamse, H. van den Hoogen, J. Braspenning, T. van Althuis, R. Rutten, Jaarrapport LINH 1999. Contactfrequenties en verrichtingen in het Landelijk Informatie netwerk Huisartsenzorg (LINH), Utrecht, Nivel, 2000.

Coffie D, L. van Dijk, F. Dijkers, D. de Bakker. 'Mag blijvend herhaald worden'. Een voorstudie naar herhaalreceptuur in Nederland, Utrecht, Nivel, 2000.

Cormack, MA, E. Howells, Factors linked to the prescribing of benzodiazepines by general practice principals and trainees, Family Practice, 1992, 9, 466-471.

DGV. Reductie van benzodiazepinegebruik door ouderen. Projectplan april 1999 - april 2002. Utrecht, DGV, 1999.

DGV. Werken met cijfers in het FTO. Utrecht, DGV, 2001.

Dijk, L. van, H. Barnhoorn, D. de Bakker. Het Farmaco Therapie Overleg in 1999. Stand van zaken en effecten op voorschrijven. Utrecht, Nivel, 2001.

Groenewegen, PP., HG Leufkens, P. Spreeuwenberg, W. Worm, Neighbourhood characteristics and use of benzodiazepines in The Netherlands, Social Science and Medicine, 1999, 48, 1701-1711.

Grol, R. Kwaliteitsbevordering voor en door huisartsen. Utrecht: NHG, 1995.

Groot, J. de. Gebruik benzodiazepinen vraagt blijvende aandacht. Te verschijnen in: Huisarts in Nederlands, 2001

Heemskerk-van Holtz, P. Rapportage Evaluatie Proeftuinen Farmaceutische Zorg. Leermomenten uit het eerste proeftuinjaar. Diemen/Amsterdam: Management & ICT Consultants, 2000.

Herings, R. Geneesmiddelen als determinant van ongevallen. Utrecht: Universiteit Utrecht, 1994.

Hoogen, H. van den, GLJ Hooijmans, M Meulepas. Samen voorschrijven. Farmacotherapieoverleg naar model-Asten. Medisch Contact, 1999, 54 (41), 1399-1401.

Hoonhout, L. De invloed van de automatisering op de huisartsenzorg, Utrecht, Nivel, juli 1999

Hulten, R van. Blue boy - why not? Studies of benzodiazepine use in a Dutch community, 1998.

Kocken, G. & R. Etienne. Farmacotherapie-overleg belandt in nieuwe fase. Landelijke Inventarisatie. Pharmaceutisch Weekblad, 1998, 133 (3), p. 104-107.

Morin C.M., Culbert J.P., Swartz S.M. Nonpharmacological interventions for insomnia: a meta-analysis of treatment efficacy. American Journal of Psychiatry, 1994, 151, p.1172-1180.

NHG. Elektronisch Voorschrijf Systeem. Stand alone versie. Utrecht: 2000.

Rutten G.E.H.M. (red). Huisarts en patiënt. Richtlijnen en uitgangspunten. Utrecht: NHG,

1996.

Schouten, B. Reductie Benzodiazepinegebruik door Ouderen. Communicatie met de patiënt. Utrecht, DGV, 2000a.

Schouten, B. Reductie Benzodiazepinegebruik door Ouderen. Naar een plan van aanpak. Utrecht, DGV, 2000b.

Simpson RJ, Power KG, Wallace LA, Butcher MH et al, Controlled comparison of characteristics of long-term benzodiazepine users in general practice. British Journal of General Practice, 1990, 40:22-26.

Stalenhoef et al, Vallen van ouderen: het horen, zien, doen en laten van een huisarts. Huisarts & Wetenschap, 1998.

Stichting Farmaceutische Kengetallen. Data en feiten 2001. Den Haag, 2001.

Vissers, FHJA. Gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen in het dagelijks leven. Determinanten, gevolgen en de rol van de huisarts, Proefschrift Maastricht, 1998.

VWS. Een gezonde spil in de zorg. Rapport Commissie Toekomstige Financieringsstructuur Huisartsenzorg. Den Haag, VWS, 2001.

Waals, F.W. van der, Sex differences in benzodiazepine use. Amsterdam, 1995.

Wolters, I., L. van Dijk, H. van den Hoogen, D. de Bakker. Evaluatie Invoering Elektronisch Voorschrijf Systeem. Nulfase: de situatie in 1999. Utrecht, Nivel, 2000.

BIJLAGE 1 VRAGENLIJST VOOR CONTACTPERSONEN VAN DE RBO-PILOTGROEPEN

C. ALGEMENE VRAGEN OVER HET FTO

- A1. Hoe groot is uw FTO-groep?
..... huisartsen
..... apothekers
- A2. Hoeveel bijeenkomsten van uw FTO-groep zijn er gemiddeld per jaar?
..... bijeenkomsten
- A3. Hoe lang duurt een gemiddelde FTO-bijeenkomst?
..... uur per keer
- A4. Wat is de gemiddelde opkomst in uw FTO-groep?
..... procent
- A5. Wie bereiden de bijeenkomsten van uw FTO-groep gewoonlijk voor?
 altijd huisarts(en) en apotheker(s) samen
 afwisselend ofwel huisarts(en) ofwel apotheker(s)
 uitsluitend apotheker(s)
 uitsluitend huisarts(en)
 geen voorbereider(s)
 anderen, nl
-

**B. VOORBEREIDING VAN DE FTO-BIJEENKOMSTEN
(inclusief materiaal van Stichting DGV)**

- B1a. Wie heeft de eerste bijeenkomst voorbereid?
B1b. Wie heeft de tweede bijeenkomst voorbereid?
- B2. Hoe is in uw groep bepaald wie deze bijeenkomst(en) zou(den) voorbereiden?
(onderling overleg, op basis van interesse e.d.)
- B3a. Het materiaal dat u van de Stichting DGV heeft ontvangen bestaat uit een drietal werkboeken (oriëntatie, preventie en interventie). Heeft u

(één van) de werkboeken gebruikt voor de voorbereiding de
bijeenkomsten die u tot nu toe heeft gehad over het onderwerp
benzodiazepinegebruik en ouderen?

ja

nee

- B3b. Welke van de werkboeken heeft u gebruikt? (meer antwoorden mogelijk)
- deel 1: oriëntatie
 - deel 2: preventie
 - deel 3: interventie
- B3c. niet gesteld
- B3d. Heeft u opmerkingen over de programma's in de werkboeken? (inhoud, tijdsplanning, volgorde e.d)
Indien opmerkingen: vragen welke opmerkingen
- B3e. Vindt u de inhoud van de drie werkboeken duidelijk? Zo niet: kunt u aangeven wat u niet duidelijk vindt?
- B3f. Heeft u suggesties ter verbetering van de inhoud van de drie werkboeken? Zo ja, welke?
- B3g. Vindt u de opzet van de drie werkboeken duidelijk? Zo nee: kunt u aangeven wat u niet duidelijk vindt?
- B3h. Heeft u suggesties ter verbetering van de opzet van de drie werkboeken? Zo ja, welke?
- B4a. Heeft u de brochure "FTO Ouderen en Benzodiazepinen" gebruikt bij de voorbereiding?
- ja
 - nee -> naar vraag B5
- B4b. Vindt u de inhoud van de brochure duidelijk? Zo niet: kunt u aangeven wat u niet duidelijk vond?
- B4c. Heeft u suggesties ter verbetering van de inhoud van de brochure? Zo ja, welke?
- B4d. Vindt u de opzet van de brochure duidelijk? Zo niet: kunt u aangeven wat u niet duidelijk vindt?
- B4e. Heeft u suggesties ter verbetering van de opzet van de brochure? Zo ja, welke?
- B5. Heeft u de patiëntenfolder gebruikt bij de voorbereiding?
- ja
 - nee
- B6. Heeft u nog andere bronnen van informatie gebruikt voor de voorbereiding van de bijeenkomst(en)? Zo ja, welke zijn dat? (zowel schriftelijk materiaal als mondeling overleg als cijfers).

C BESLUITVORMING

- C1. Wat is de reden waarom uw FTO-groep heeft besloten mee te doen aan de pilotstudie van het project "Reductievermindering

Benzodiazepinegebruik Ouderen”?

- C2a. Welke criteria zijn binnen uw FTO-groep gebruikt om problematisch gebruik van benzodiazepinen te definiëren?
- C2b. Heeft u een probleemanalyse gedaan tijdens de FTO-bijeenkomst, d.w.z. heeft u een inventarisatie gemaakt van het problematisch gebruik en van de aantallen te benaderen patiënten?
(indien nee -> door naar vraag C3)
- C2b. Welke prescriptiecijfers zijn gepresenteerd?
- C2c. Heeft u bij het verzamelen ervan gebruik gemaakt van het
‘aanwijzingen voor het
verkrijgen van de cijfers’?
(werkboeken DGV)
- ja
 nee
- C2d. Hoe heeft u de gegevens gepresenteerd? (welke vorm)
- C2e. Door wie zijn de gegevens gepresenteerd?
- C2f. Heeft u het werkblad ‘Vragen bij cijfers over problematisch gebruik’ gebruikt?
- C2g. Was er veel discussie over de cijfers? Op welke punten?
- C2h. Onderschrijft uw groep de NHG-standaarden “Slaapstoornissen” en “Angst en paniekstoornissen” als het gaat om:
1. indicaties waarvoor benzodiazepinen worden voorgeschreven?
Indien nee, wordt er een andere standaard gehanteerd? Welke?
Is hierover consensus?
 2. keuze van de aanbevolen middelen?
Indien nee, wordt er een andere standaard gehanteerd? Welke?
Is hierover consensus?
 3. de aangegeven dosering (m.n. voor oudere patiënten)?
Indien nee, wordt er een andere standaard gehanteerd? Welke?
Is hierover consensus?
- C2i. Hebben de artsen in uw FTO-groep ieder individueel een lijst van patiënten met problematisch gebruik gemaakt? Zo ja, wat is de omvang van het problematisch gebruik?
- C3a. Voor welke aanpak heeft uw groep gekozen:
- voor een preventieve aanpak om nieuw chronisch gebruik te voorkomen;
- voor een aanpak om het bestaand chronisch gebruik te verminderen of;
- niet ingrijpen in de bestaande situatie
- C3b. Is de beslissing unaniem genomen?
- ja -> vraag C3c

nee -> vraag C3d

C3c. Doen alle FTO-deelnemers mee aan het project? Zo niet, waarom niet?

(indien project wordt uitgevoerd)

C3d. Indien uw groep besloten heeft het benzodiazepinegebruik niet aan te pakken: wat zijn hiervoor de redenen?

D. PREVENTIE

(alleen voor groepen die preventie van nieuw chronisch gebruik aanpakken)

D1. Welke doelen heeft uw FTO-groep zich gesteld als het gaat om preventie van nieuw chronisch benzodiazepinegebruik?

D2a. Welke afspraken heeft uw FTO-groep gemaakt om deze doelen te bereiken?

D2b. Zijn deze afspraken voor alle artsen exact hetzelfde of zijn er individuele afspraken gemaakt?

zelfde afspraken -> vraag D3

individuele afspraken

D2c. Waarin verschillen de afspraken tussen de artsen?

D2d. Waarom is gekozen voor individuele afspraken?

D3. Zijn er afspraken gemaakt over de volgende onderwerpen (Aankruisen indien een afspraak is gemaakt)
Indien een afspraak is gemaakt: vraag of het een groepsafpraak is of dat de afspraak voor individuele huisartsen kan verschillen en vraag naar de inhoud van de afspraak

Voor elk van de onderstaande punten is gevraagd of het een groepsafpraak was en wat de aard van de afspraak was

- indicaties voor medicamenteuze behandeling met benzodiazepinen
- overwegingen die leiden tot een bepaalde dosering/receptduur
- overwegingen voor uitgeven van een eerste recept
- factoren die leiden tot een verhoogd risico voor langdurig gebruik
- welke informatie aan de patiënt gegeven wordt? (de informatie die het eerste recept moet vergezellen; wie de eerste informatie geeft; hoe deze informatie gegeven wordt)

- manier(en) waarop patiënten worden geïnformeerd? (individuele voorlichting, groepsvoorlichtingen, voorlichtingsbijeenkomsten, artikelen in de krant, via andere hulpverlenende instanties)
- de doorverwijsmogelijkheden voor de huisarts
- de rol van de apotheker in de medicatiebewaking
- onderling overleg met andere leden van het FTO tijdens de interventie?
- de voorlichtingsactiviteiten die praktijkassistenten in het kader van de interventie ontplooiën?
- aanvullende scholing voor praktijkassistenten?
- de rol van specialisten in de interventie?

E. VERMINDEREN/STOPPEN GEBRUIK

(alleen voor groepen die zich richten op verminderen van bestaand chronisch gebruik)

- E1. Welke doelen heeft uw FTO-groep zich gesteld als het gaat om vermindering van bestaand chronisch benzodiazepinegebruik?
- E2a. Welke afspraken heeft uw FTO-groep gemaakt om deze doelen te bereiken?
- E2b. Zijn deze afspraken voor alle artsen exact hetzelfde of zijn er individuele afspraken gemaakt?
- zelfde afspraken -> vraag E3
 - individuele afspraken
- E2c. Waarin verschillen de afspraken tussen de artsen?
- E2d. Waarom is gekozen voor individuele afspraken?
- E3. Zijn er afspraken gemaakt over de volgende onderwerpen (Aankruisen indien een afspraak is gemaakt)
 Indien een afspraak is gemaakt: vraag of het een groepsafpraak is of dat de afspraak voor individuele huisartsen kan verschillen en vraag naar de inhoud van de afspraak
- Voor elk van de onderstaande punten is gevraagd of het een groepsafpraak was en wat de aard van de afspraak was
- de indicaties voor medicamenteuze behandeling met benzodiazepinen
 - overwegingen die leiden tot een bepaalde dosering/receptduur

- de overwegingen voor verlenging van een recept
- welke factoren leiden tot een verhoogd risico voor langdurig gebruik?
- het aan te raden afbouwschema?
- welke patiënten persoonlijk benaderd worden?
- door wie patiënten benaderd worden?
- informatie die aan de patiënt gegeven wordt (de informatie die het eerste recept moet vergezellen; wie de eerste informatie geeft; hoe deze informatie gegeven wordt)
- de manier(en) waarop patiënten worden geïnformeerd? (individuele voorlichting, groepsvoorlichtingen, voorlichtingsbijeenkomsten, artikelen in de krant, via andere hulpverlenende instanties)
- de doorverwijsmogelijkheden voor de huisarts
- de wijze waarop herhaalreceptuur wordt afgehandeld? (inclusief afspraken met de praktijkassistente)
- de rol van de apotheker in de medicatiebewaking
- onderling overleg met andere leden van het FTO tijdens de interventie?
- de voorlichtingsactiviteiten die praktijkassistenten in het kader van de interventie ontplooien?
- aanvullende scholing voor praktijkassistenten?
- de rol van specialisten in de interventie?

1.7_ PLAN VAN AANPAK

- F1. Heeft uw FTO-groep een plan van aanpak op papier gezet?
- ja
 - nee
- Indien ja: kunt u ons dit toesturen? -> naar vraag G1
- F2. Indien u geen plan van aanpak heeft opgesteld: Heeft u afspraken op een andere manier vastgelegd dan in de vorm van een plan van aanpak?
- ja
 - nee
- Indien ja: kunt u ons dit toesturen?

H. ONDERSTEUNING VANUIT STICHTING DGV

G1a. Heeft u bij de voorbereiding van de bijeenkomsten tot nu toe

ondersteuning van een FTO-adviseur van Stichting DGV gehad?

ja

nee

G1b. Indien ja: waaruit bestond de geboden ondersteuning?

G1c. In hoeverre bent u tevreden over de steun die u vanuit Stichting DGV bij de voorbereidingen heeft gekregen?

G2a. Heeft u tijdens de bijeenkomsten tot nu toe ondersteuning van een FTO-adviseur van Stichting DGV gehad?

G2b. Indien ja: waaruit bestond de geboden ondersteuning?

G2c. In hoeverre bent u tevreden over de steun die u vanuit Stichting DGV tijdens de bijeenkomsten heeft gekregen?

zeer

zeer

tevreden

ontevreden

1

2

3

4

5

G3. Heeft u nog suggesties voor de ondersteuning vanuit Stichting DGV tijdens de voorbereidingsfase?

G4. Wenst u ondersteuning van de Stichting DGV tijdens de uitvoering van de interventie? Zo ja, in wat voor een vorm?

G5. Wenst u ondersteuning van de Stichting DGV tijdens de evaluatie van de interventie? Zo ja, in wat voor een vorm?

I. Opmerkingen

H1. Heeft u nog opmerkingen over het ROB-project die nog niet aan de orde zijn geweest in dit interview?

BIJLAGE 2 VRAGENLIJST VOOR LEDEN VAN DE DEELNEMENDE RBO-PILOTGROEPEN

In deze vragenlijst wordt steeds gesproken over het RBO-project, hiermee wordt zowel de voorbereidende bijeenkomsten als de uitvoering van de gemaakte afspraken bedoeld.

DEELNAME

1a. Heeft u deelgenomen aan het RBO project? (Eén antwoord aankruisen)

- ja, de hele periode
- ja, het grootste deel van de periode
- ja, een beperkt deel van de periode
- nee, helemaal niet

1b. Indien u niet de hele periode heeft meegedaan aan het project, kunt u de reden hiervoor geven?

.....

.....

PATIËNTEN

2a. Op wat voor wijze heeft U patiënten geïnformeerd over het gebruik van benzodiazepinen in het kader van het RBO-project? (Meer dan één antwoord mogelijk)

- via de patiëntenfolder van Stichting DGV
- via folder van apotheker
- mondeling
- schriftelijk door op het etiket van het middel iets extra's te laten vermelden
- anders, namelijk

2b. Op wat voor wijze heeft Uw Fto-groep patiënten geïnformeerd over het gebruik van benzodiazepinen in het kader van het RBO-project? (Meer dan één antwoord mogelijk)

- via informatie in een lokale krant
- via groepsvoorlichting
- anders, namelijk

3a. Heeft u of uw assistente patiënten die benzodiazepinen gebruiken gevraagd op het spreekuur te komen (voor de huisartsen) dan wel patiënten doorgestuurd naar het spreekuur van de huisarts (voor de apothekers)?

- nee
- ja

3b. Zo ja, om welke patiënten ging het ? (Meer dan één antwoord mogelijk)

- langdurige gebruikers
- patiënten met een te hoge dosering
- patiënten met dubbelgebruik
- anders, namelijk

4a. Aan welke punten besteedde u (vooral) aandacht bij het geven van individuele informatie aan patiënten? (Meer dan één antwoord mogelijk)

- voorlichting geven over risico's van benzodiazepinegebruik aan patiënten die voor het eerst benzodiazepinen voorgeschreven krijgen
- voorlichting over therapieduur bij het gebruik van benzodiazepinen
- voorlichting over dosering bij het gebruik van benzodiazepinen
- voorlichting over voor- en nadelen van het gebruik van benzodiazepinen
- voorlichting over de herhaalprocedure
- ik heb geen individuele voorlichting aan patiënten gegeven
- anders, namelijk

4b. Heeft u groepsvoorlichting over benzodiazepinen aan 55-plussers gegeven?

- ja
- nee

4b1. Indien ja: Hoeveel bijeenkomsten waren er?

.... bijeenkomsten

4b2. Hoeveel personen waren er gemiddeld per bijeenkomst?

.... personen

5a. Zijn er problemen opgetreden bij het verstrekken van informatie over benzodiazepinen aan nieuwe gebruikers?

- nee
- ja

5b. Zo ja, wat voor soort problemen?

.....
.....

6a. Zijn er problemen opgetreden bij het verstrekken van informatie over benzodiazepinen aan huidige gebruikers?

- nee
- ja

6b. Zo ja, wat voor soort problemen?

.....
.....

7a. Zijn er problemen opgetreden bij het verstrekken van informatie over benzodiazepinen aan 55-plussers tijdens de groepsvoorlichting?

- nee
- ja

7b. Zo ja, wat voor soort problemen?

.....
.....

SAMENWERKING BINNEN FTO-GROEPEN

8. Welke taak (taken) voerde de apotheker uit tijdens het RBO-project? (Meer dan één antwoord mogelijk)

- apotheker controleerde bij uitgifte of GDD is voorgeschreven
- apotheker lette op te vroeg herhalen door de huisarts
- apotheker attendeerde huisartsen op te vroeg herhalen van geneesmiddelen
- apotheker lette op dubbelgebruik
- apotheker controleerde op te hoge dosering
- apotheker lette op te vroeg ophalen geneesmiddelen door patiënten
- apotheker attendeerde patiënten op te vroeg ophalen van geneesmiddelen
- apotheker wijzigde het recept als geen GDD is voorgeschreven (tenzij huisarts nadrukkelijk aangeeft dat niet mag)
- apotheker signaleerde als iets mis ging
- anders, namelijk

9a. Heeft u tijdens het RBO-project onderling (FTO-groep) overleg gehad?

- nee
- ja

9b. Zo ja, kunt u aangeven waarover?

.....
.....

10a. Zijn er binnen uw praktijk/apotheek activiteiten ondernomen om praktijk- en apotheekassistenten te instrueren?

- nee
- ja

10b. Zo ja, welke onderwerpen zijn aangekaart bij deze instructies?(Meer dan één antwoord mogelijk)

- instructies over gang van zaken bij herhaalreceptuur
- instructies over gang van zaken bij uitgifte van eerste recept
- begeleiding over nieuwe procedure die gehanteerd worden binnen praktijk/apotheek
- anders, namelijk

11. Hoe heeft u herhaalreceptuur tijdens het RBO-project afgehandeld? (Meer dan één antwoord mogelijk)

- patiënt moet bij de eerste herhaling op consult
- patiënt moet bij de tweede herhaling op consult
- patiënt moet bij de derde of latere herhaling op consult
- eerste recept wordt voor maximaal één week meegegeven
- chronische gebruikers moeten regelmatig op consult (bijvoorbeeld na ieder 5e herhaling)
- apotheker dient huisarts te signaleren bij te vroeg ophalen van herhaalrecepten
- praktijkassistente dient bij herhaalreceptuur te signaleren of er sprake is van dubbelgebruik
- praktijkassistente dient bij herhaalreceptuur te signaleren of er sprake is van te hoge GDD
- de huisarts tekent de recepten alleen met de patiëntengegevens erbij
- in de computer afblokken van mogelijkheid tot het verstrekken van herhaalrecepten door de praktijkassistente na bijvoorbeeld tweede of derde herhaling
- anders, namelijk

ONDERSTEUNING VAN STICHTING DGV

12. Wilt u aangeven of u bij elk van de onderstaande punten gebruik heeft gemaakt van ondersteuning door stichting DGV tijdens het uitvoeren van het plan van aanpak? (En dus niet tijdens de voorbereidende bijeenkomsten van het RBO-project) (Geef per onderwerp in de kolom "Ondersteuning gekregen" aan of u ondersteuning heeft gekregen. Geef vervolgens achter die vormen waarvoor u ondersteuning heeft gekregen -op schaal van 1 tot 5- aan in hoeverre u hierover tevreden was)

Onderwerp	Ondersteuning gekregen (vul ja of nee in)	tevreden			ontevreden	
		1	2	3	4	5
materiaal (werkboeken, folders, etc)						
tussentijds contact met FTO-adviseur						
bij eventuele opgetreden problemen						

AFSPRAKEN

De volgende vraag is bestemd voor apothekers!

13a. Zijn de gemaakte afspraken bij het RBO project in de praktijk werkzaam gebleken?

	ja, zonder moeite	ja, met enige moeite	ja, met grote moeite	nee, helemaal niet
· apotheek draait lijst uit met patiënten met mogelijk problematisch gebruik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· apotheek ruiter de bovengenoemde patiënten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· bij het eerstvolgende herhalingsrecept krijgen deze patiënten slechts voor 1 week afgeleverd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· deze patiënten krijgen van de apotheker of apothekersassistente mondeling het advies om een afspraak bij de huisarts te maken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· deze patiënten krijgen op het etiket het verzoek van de apotheker om een afspraak bij de huisarts te maken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· anders, namelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· anders, namelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13b. Heeft u knelpunten ondervonden bij het uitvoeren van de voorgenomen afspraken/doelen in het kader van het RBO-project?

- nee
- ja

13c. Zo ja, kunt u aangeven welke?

.....

.....

De volgende vraag is bestemd voor huisartsen!

14a. Zijn de gemaakte afspraken bij het RBO project in de praktijk werkzaam gebleken?

	ja, zonder moeite	ja, met enige moeite	ja, met grote moeite	nee, helemaal niet
· huisartsen selecteren patiënten die voor interventie in aanmerking komen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· eerste recept krijgen de patiënten slechts voor 2 weken mee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· bij eerste herhaling worden de patiënten mondeling verzocht contact op te nemen met de huisarts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· bij eerste herhaling geeft huisarts uitleg en advies over het verminderen van gebruik of desnoods het stoppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· in HIS wordt een maximum van 5 herhalingen toegestaan waarna patiënt op controle komt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· anders, namelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· anders, namelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14b. Heeft u knelpunten ondervonden bij het uitvoeren van de voorgenomen afspraken/doelen in het kader van het RBO-project?

- nee
- ja

14c. Zo ja, kunt u aangeven welke?

.....

.....

U bent hiermee aan het einde van de vragenlijst gekomen. Heeft u aanvullende opmerkingen over deze vragenlijst of de onderwerpen die ter sprake kwamen, dan kunt u deze kwijt op de blanco pagina aan het eind van de vragenlijst.

Hartelijk dank voor uw medewerking

BIJLAGE 3 GROEPSSPECIFIEKE AFSPRAKEN

Tabel A.1 Afspraken gemaakt en nagekomen in groep A

Gemaakte afspraak	Werkte de afspraak in de praktijk
Afspraken voor zowel huisarts als apotheker (n=8)	
Aanpassen GDD indien te hoog bij 55+ (A, H)	apotheker: niet gedaan huisartsen enige moeite 2 grote moeite 3
Instructie/begeleiding praktijk-assistenten in het kader van het RBO-project (A, H)	apotheker onbekend huisartsen geen moeite 3 enige moeite 2
Afspraken voor de apotheker (n=1)	
Apotheker dient bij dubbelgebruik contact op te nemen met de voorschrijver (A)	niet gedaan
Bij eerste uitgifte wordt de GDD in de apotheek gecontroleerd (A)	zonder moeite
Bij te hoge dosering past de apotheek de dosering aan tenzij anders vermeld (A)	onbekend
Apotheek meldt aanpassingen per fax aan de praktijkassistente (A)	zonder moeite
Taxe koppeling maken in apotheekcomputer (A)	zonder moeite
Afspraken voor de huisarts (n=7)	
Bij te hoge dosering legt assistente aan patiënt uit waarom aanpassing noodzakelijk is (H)	enige moeite 2 grote moeite 1
GDD en leeftijd dienen in het HIS gekoppeld te worden (H)	geen moeite 3 enige moeite 1
Praktijkassistente verwerkt aanpassingen in patiëntgegevens (H)	geen moeite 3 niet gedaan 2
Eerste uitgifte maximaal 14 dagen bij nieuwe gebruikers (H)	geen moeite 5
Assistente mag maar 1 keer benzodiazepinen herhalen (H)	geen moeite 3 enige moeite 2
Assistente signaleert bij herhaalreceptuur of het om dubbelgebruik of hoge GDD gaat (H)	geen moeite 1 enige moeite 2 grote moeite 1 niet gedaan 1
Huisarts tekent de recepten alleen met de patiëntgegevens erbij (H)	geen moeite 2 grote moeite 1 niet gedaan 1
Vanaf tweede herhaling wordt de patiënt altijd uitgenodigd op het spreekuur (H)	geen moeite 1 enige moeite 2 niet gedaan 1

Tabel A.2 Afspraken gemaakt en nagekomen in groep B

Gemaakte afspraak	Werkbaarheid
Afspraken voor zowel huisarts als apotheker	
Individuele voorlichting geven aan patiënten die voor het eerst benzodiazepinen krijgen (A, H)	apothekers: geen moeite 1 niet gedaan 1
Folder of brief meegeven met uitleg over aanpassingen (A, H)	apothekers niet bekend
Afspraken voor apotheker	
GDD controleren in apotheek (A)	enige moeite 1 niet gedaan 1
Signaleren wanneer patiënten te vroeg (3e keer) hun medicatie komen ophalen (A)	enige moeite 1 grote moeite 1
Afspraken voor huisarts	
Eerste uitgifte maximaal 5/10 tabletten voor 7/14 dagen (H)	geen moeite 5
Bij eerste aanvraag voor herhaalreceptuur uitnodigen voor consult (H)	geen moeite 2 enige moeite 1 grote moeite 1 niet gedaan 1
Aanpassen GDD indien deze te hoog is	geen moeite 1 grote moeite 2 niet gedaan 2
Leeftijdsafhankelijke dosering in computer inbouwen (H)	geen moeite 1 niet gedaan 4

Tabel A.3 Afspraken gemaakt en nagekomen in groep C (werkbaarheid niet getoetst!)

Gemaakte afspraak	Werkbaarheid
Afspraken voor zowel huisarts als apotheker	
Groepsvoorlichting geven aan ouderen (A, H)	
Afstemming geven van voorlichting tussen huisartsen en apothekers (A, H)	
Afspraken voor apotheker	
Controleren GDD bij herhaalreceptuur (A)	
Afspraken voor huisarts	
Aanbieden niet-medicamenteuze behandeling (H)	
Recept altijd laten tekenen door eerste/initiële voorschrijver (H)	
Patiënten attenderen op GDD en op voorschrijfduur recept (H)	
Eerste uitgifte maximaal tien dagen (H)	
Herhaling maximaal voor 30 dagen meegeven (H)	
GDD controleren bij herhaalreceptuur (H)	
Te hoge GDD worden apart gelegd door assistente (H)	
Telefonisch informeren patiënt over aanpassing dosis (H)	

Tabel A.4 Afspraken gemaakt en nagekomen in groep D

Afspraak	Werkbaarheid
Afspraken voor zowel huisarts als apotheker	
Folder met informatie meegeven aan patiënten (A, H)	apotheker: geen moeite huisartsen geen moeite 2 enige moeite 3 grote moeite 1
Afspraken voor huisarts	
	(n=6)
Kortdurend (maximaal 2 weken) voorschrijven (H)	geen moeite 2 enige moeite 3
Ruiteren van patiënten door huisartsen (H)	geen moeite 2 enige moeite 3 grote moeite 1

Tabel A.5 Afspraken gemaakt en nagekomen in groep E

Gemaakte afspraak	Werkbaarheid
Afspraken voor zowel huisarts als apotheker	
Mondeling advies geven aan patiënten met problematisch gebruik om een afspraak bij de huisarts te maken (A, H)	apotheker: enige moeite huisartsen geen moeite 1 enige moeite 1
Afspraken voor apotheker	
Ruiteren van patiënten op de probleemlijst (A)	n=1 geen moeite
Bij eerstvolgende herhaalrecept krijgt patiënt slechts voor één week afgeleverd (A)	enige moeite
Uitdraaien lijst met patiënten met problematisch gebruik (A)	grote moeite
Op het etiket advies geven aan patiënten met problematisch gebruik om een afspraak bij de huisarts te maken (A)	niet gedaan
Afspraken voor huisarts	
Patiënten selecteren die voor de interventie in aanmerking komen (H)	niet gedaan 2
Eerste recept slechts voor twee weken meegeven (H)	geen moeite 2
Bij eerstvolgende herhaling uitleg en advies geven over het verminderen of stoppen van gebruik (H)	enige moeite 2
Toestaan van maximaal vijf herhalingen in het HIS (H)	geen moeite 1 niet gedaan 1

BIJLAGE 4

LIJST MET AFKORTINGEN

ATC	:	Anatomical Therapeutical Chemical- classificatie
DGV	:	Nederlands Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik
DDD	:	Defined Daily Dosis
EVS	:	Elektronisch Voorschrijf Systeem
FTO	:	Farmaco Therapie Overleg
GDD	:	Geriatric Daily Dosis
GGZ	:	Geestelijke Gezondheidszorg
GIP	:	Geneesmiddelen Informatie Project
HIS	:	Huisarts Informatie Systeem
HPK	:	Handels Product Kode
ICPC	:	International Classification of Primary Care
KNMP	:	Koninklijke Nederlandse Maatschappij voor de Pharmacie
LHV	:	Landelijke Huisartsen Vereniging
LINH	:	Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg
NHG	:	Nederlands Huisartsen Genootschap
NIGZ	:	Nederlands Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
Nivel	:	Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg
RBO	:	Reductie Benzodiazepinengebruik Ouderen
SFK	:	Stichting Farmaceutische Kengetallen
VWS	:	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WOK	:	Werkgroep Onderzoek Kwaliteit huisartsgeneeskunde
ZON	:	Zorg Onderzoek Nederland