



Professionalisering van het FTO in Noord-Holland Noord

Evaluatie van een pilot

Jesse Jansen
Liset van Dijk
Cordula Wagner
Dinny de Bakker

ISBN 90-6905-687-9

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2004 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

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

Inhoud

Managementsamenvatting	5
Voorwoord	7
1 Inleiding	9
1.1 Het Farmaco Therapie Overleg (FTO)	9
1.2 De kwaliteit van het FTO	9
1.3 Het pilotproject “professionalisering van het FTO”	11
1.4 Vragen van het onderzoek	14
1.5 Opbouw van het rapport	17
2 Methode	19
2.1 Inleiding	19
2.2 Procesevaluatie	19
2.2.1 Werving van de pilotgroepen	19
2.2.2 Schriftelijke enquête zomer 2003	20
2.2.3 Interviews met vertegenwoordigers van de pilotgroepen	20
2.2.4 Schriftelijke vragenlijst voor alle deelnemers aan de pilot, voorjaar 2004	21
2.2.5 Aanvullende informatie	21
2.3 Effectevaluatie	22
2.3.1 Design	22
2.3.2 Werving en niveaubepaling vergelijkingsgroepen	22
2.3.3 SFK voorschrijfcijfers	22
2.4 Analyses	26
2.4.1 Procesevaluatie	26
2.4.2 Effectevaluatie	26
3 Resultaten procesevaluatie	29
3.1 Inleiding	29
3.2 Het eerste half jaar van de pilot	30
3.3 Resultaten uit gesprekken met vertegenwoordigers van de pilotgroepen	35
3.3.1 Niveau 3 groepen	36
3.3.2 Niveau 4 groepen	39
3.4 Effect van de pilot op het functioneren van de groepen	43
3.4.1 Het belang van verschillende aspecten	43
3.4.2 Verschillen voor en na de pilot: niveau 3	44
3.4.3 Verschillen voor en na de pilot: niveau 4	45
3.5 Verslaglegging en tijdschrijfformulieren	47
3.5.1 Verslagen	47
3.5.2 Tijdschrijfformulieren	48

4 Resultaten effectevaluatie	51
4.1 Inleiding	51
4.2 Bruikbaarheid SFK-gegevens	51
4.3 Afspraken door de groepen gemaakt	52
4.3.1 Statines	52
4.3.2 Maagmedicatie	54
4.4 Algemene voorschrijfcijfers statines en maagmedicatie	55
4.4.1 Statines	56
4.4.2 Maagmedicatie	57
4.5 Overige medicatie	58
4.6 Drie pilotgroepen op een rijtje	60
5 Samenvatting en conclusies	61
5.1 Samenvatting	61
5.1.1 De pilot “Professionalisering FTO”	61
5.1.2 Procesevaluatie	62
5.1.3 Effectevaluatie	64
5.2 Conclusies uit het onderzoek	66
6 Aanbevelingen	69
Literatuur	73
Bijlage 1: Vragenlijst zomer 2003	75
Bijlage 2: Vragenlijst mondelinge interviews	85
Bijlage 3 Vragenlijst voorjaar 2004	89

Managementsamenvatting

De pilot “Professionalisering FTO”

In 2003 heeft in de regio Noord-Holland Noord het pilotproject “Professionalisering Farmaco Therapie Overleg (FTO)” plaatsgevonden waaraan vijf FTO-groepen deelnamen. Doel was het testen of de kwaliteit van het FTO in de regio verhoogd kon worden door middel van het opzetten van een certificeringssysteem met daaromheen instrumenten die professionalisering kunnen bevorderen. Uiteindelijk doel is de doelmatigheid van voorschrijven in de regio te bevorderen. Het certificeringssysteem deelt FTO-groepen in naar niveau van functioneren (1 t/m 4, waarbij 4 het hoogste niveau is). Deelnemers aan het FTO krijgen een vergoeding die afhankelijk is van het niveau van functioneren: hoe hoger het niveau, hoe hoger de vergoeding. Het idee is om bij succes de pilot “uit te rollen” naar een groter aantal FTO-groepen in de regio. Het NIVEL heeft de pilot procesmatig en effectmatig geëvalueerd.

Pilot geslaagd

De belangrijkste conclusie van het onderzoek is dat het traject van professionalisering van het FTO in Noord-Holland Noord succesvol is ingezet. De meeste instrumenten zijn goed ingezet en het certificeringssysteem en de daarmee samenhangende financiële beloning zijn goed toepasbaar in de praktijk. De deelnemende groepen zijn over het algemeen tevreden over hun deelname aan de pilot. Met name de groepen op het laagste niveau (in de pilot niveau 3) rapporteren een duidelijke verbetering in het functioneren van hun FTO. Ondanks beperkingen aan de effectevaluatie laten de resultaten zien dat er invloed is van het niveau van functioneren op het voorschrijfgedrag. Zo is de interdoktervariatie in de deelnemende FTO-groepen afgenomen of laag gebleven. Ook houden huisartsen zich goed aan het voorschrijven van de in hun FTO afgesproken voorkeursmiddelen.

Aanbevelingen

Het proces van professionalisering van het FTO in de regio Noord-Holland is ingezet en aanbevolen wordt een traject te ontwikkelen voor de langere termijn. Aanbevelingen hierbij zijn:

- Behoud van een certificeringssysteem waarin beloning naar functioneren plaatsvindt en waarin de certificerende instantie onafhankelijk functioneert van de instantie die de beloningen betaalt (de zorgverzekeraar).
- Uitrol van de pilot naar groepen op niveau 3 en 4 compleet maken; de uitrol naar groepen op niveau 2 stapsgewijs introduceren; deze groepen vergen waarschijnlijk een intensievere begeleiding.
- Aanpak differentiëren naar niveau waarop de groep (bij aanvang) functioneert; voor de begeleiding van groepen op een lager niveau kan gebruik worden gemaakt van de expertise van deelnemers aan niveau 4 groepen.
- Naast FTO-verslagformulieren visitaties gebruiken als instrument om groepen in te delen naar niveaus; de visitatie kan gebruikt worden voor het ontwikkelen van een gevalideerde scoringslijst waarmee groepen ingedeeld kunnen worden naar niveau. Op termijn streven naar een formeel en erkend certificeringssysteem.

- Bottum-up benadering waarin groepen hun eigen afspraken maken handhaven, wel duidelijke criteria opstellen waaraan (toetsbare/goede) afspraken moeten voldoen.
- De effecten op het voorschrijfgedrag blijven monitoren en daarbij in eerste instantie insteken op effecten op groepsniveau; vanwege de bottum-up benadering zijn effecten op macroniveau lastiger te monitoren.

Voorwoord

Dit rapport omvat de resultaten van het evaluatie-onderzoek van de pilot “Professionalisering van het FTO” die in de regio Noord-Holland Noord is gehouden. Dit evaluatie-onderzoek beoogt inzicht te geven in hoeverre het professionaliseringstraject dat door de projectgroep “Professionalisering FTO” is ingezet succesvol is. Het NIVEL voerde dit onderzoek uit. Opdrachtgever was de begeleidingsgroep “Professionalisering FTO”. Univé zorgverzekeraars financierde het onderzoek. Voor het onderzoek is onder andere gebruik gemaakt van gegevens van de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK), Fabienne Griens coördineerde dit vanuit SFK. Harald Abrahamse (NIVEL) maakte de SFK-gegevens analyseklaar. Walter Cambach (DGV) verzorgde de werving van de controlegroepen. De auteurs bedanken de projectgroep “Professionalisering FTO” en met name Jolande Hopman (DGV), Peter Bakker (apotheker), Frank Rutten (Univé) en Alexander van den Boogert (Univé) voor de goede samenwerking.

Utrecht, augustus 2004

1 Inleiding

1.1 Het Farmaco Therapie Overleg (FTO)

Door de groei van het aantal beschikbare geneesmiddelen, de druk van onder andere de farmaceutische industrie en de toenemende kennis over gevaren van interacties en bijwerkingen is het maken van een goede geneesmiddelenkeuze steeds complexer geworden. Elke keer als een arts besluit een middel voor te schrijven, moet hij of zij een weloverwogen keuze maken uit een grote verscheidenheid aan geneesmiddelen. Het middel dat de arts uiteindelijk kiest dient doelmatig te zijn, dat wil zeggen maximaal werkzaam, veilig en gebruiksvriendelijk tegen zo laag mogelijke kosten, hierbij rekening houdend met de wensen en situatie van de individuele patiënt (Mulder e.a., 1993). Ook vanuit de overheid is de aandacht voor doelmatig voorschrijven de laatste jaren toegenomen. Het zogenaamd Farmaco Therapie Overleg (FTO) is één van de mogelijkheden om het maken van geneesmiddelenkeuzes door huisartsen te vergemakkelijken en de doelmatigheid van voorschrijven te bevorderen.

Begin jaren tachtig zijn de eerste FTO-groepen opgericht, veelal vanuit de behoefte van huisartsen en apothekers zelf om de kwaliteit van de farmacotherapie te verbeteren (Paes en Cornips, 1987). Het FTO kan gezien worden als een serie regelmatige bijeenkomsten van een groep huisartsen en apothekers waarin allerlei aspecten van farmaceutische zorg worden besproken. Om het FTO te stimuleren is in 1992 vanuit de overheid opdracht gegeven voor de landelijke ondersteuning van het FTO, als flankerend beleid bij de invoering van het geneesmiddelen vergoedingssysteem (GVS). Vanaf dat moment ontvangen artsen een vergoeding voor het bijwonen van het overleg. De landelijke ondersteuning van de FTO-groepen is vanaf 1995 in handen van het Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik (DGV). Inmiddels zijn er meer dan 800 groepen en is het oorspronkelijke doel van de ondersteuning, namelijk het verhogen van de participatiegraad, bereikt (Kocken en Etienne, 1998). In de loop der tijd is DGV zich daarom meer en meer gaan inzetten voor het verhogen van de kwaliteit van farmacotherapeutisch overleg in de groepen met als uiteindelijk doel hiermee bij te dragen aan kwalitatief goed aflever- en voorschrijfbeleid.

1.2 De kwaliteit van het FTO

Met de ondersteuning vanuit DGV is de kwaliteitsverbetering van het FTO langzaam op gang gekomen. DGV streeft voor alle FTO-groepen in Nederland naar een goed gestructureerd FTO waarin afspraken worden gemaakt tussen de leden van de FTO-groep over het voorschrijven van geneesmiddelen. Niet alle groepen geven dezelfde invulling aan het FTO. Zo komen sommige groepen bij elkaar om informatie uit te wisselen terwijl andere groepen zich als doel stellen afspraken te maken over farmacotherapeutische behandelingen en weer andere groepen stellen zich tot doel te toetsen of deze afspraken in praktijk worden gebracht. In het NIVEL-rapport "Het Farmaco Therapie Overleg in

1999” werden vier niveaus onderscheiden waarop FTO-groepen kunnen functioneren (Van Dijk e.a., 2001a). Het belangrijkste verschil tussen de niveaus is het wel of niet maken van afspraken:

Niveau 1: geen gestructureerd overleg;

Niveau 2: regelmatig overleg zonder concreet afspraken te maken;

Niveau 3: regelmatig overleg met concrete afspraken;

Niveau 4: regelmatig overleg met toetsing van gemaakte afspraken.

Hieronder worden de verschillende niveaus verder toegelicht en aangevuld met resultaten uit een recente peiling van DGV (Van der Aalst e.a., 2003). Voor de DGV-peiling zijn de apothekerscontactpersonen van 767 FTO-groepen in Nederland benaderd, uiteindelijk hebben 397 contactpersonen ook daadwerkelijk aan het onderzoek deelgenomen. Deze contactpersonen vulden allemaal een schriftelijke vragenlijst in, met vragen over onder andere de structuur en inhoud van het FTO. De peiling bestreek de periode juli 2001 tot juli 2002. Van de deelnemende groepen had 9% geen echt FTO en kon 8% op basis van de vragenlijst niet ingedeeld worden in een niveau.

Niveau 1: geen gestructureerd overleg

FTO-groepen die functioneren op het niveau 1 hebben geen gestructureerd overleg over farmacotherapie. Een goed opgezet en gestructureerd FTO is een randvoorwaarde voor kwaliteit en kwaliteitsverbetering (Van Dijk e.a., 2001a). Op basis van de door DGV gehanteerde criteria werd ruim 20% van de FTO-groepen die aan hun onderzoek meededen, ingedeeld in niveau 1.

Niveau 2: regelmatig overleg zonder concreet afspraken te maken

Niveau twee groepen hebben regelmatig overleg over farmacotherapie maar maken geen afspraken over het voorschrijven van geneesmiddelen. Uit het onderzoek van DGV blijkt dat het grootste gedeelte van de door hen onderzochte FTO-groepen (ongeveer 33%) op niveau 2 functioneerde.

Niveau 3: regelmatig overleg met concrete afspraken

Op niveau 3 maken groepen afspraken over het voorschrijfbeleid van de FTO-groep. In het FTO kan bijvoorbeeld met behulp van voorschrijfcijfers en door discussies met de collega FTO-leden bekeken worden op welke punten de manier van voorschrijven van de artsen verbeterd zou kunnen worden. Vervolgens kunnen dan op basis van de gevonden verbeterpunten afspraken geformuleerd worden, bijvoorbeeld in de vorm van richtlijnen of protocollen. Het is daarbij belangrijk dat de geformuleerde doelen of richtlijnen gebaseerd zijn op wetenschappelijke bevindingen, vertaald naar de dagelijkse praktijk en aangevuld met klinische ervaring (Grol, 1995). Het FTO is een manier om bijvoorbeeld de richtlijnen van het Nederland Huisartsen Genootschap (de NHG-standaarden) te implementeren. Maar ook biedt het FTO de mogelijkheid voor een groep huisartsen om in overleg met apotheker(s) een bestaande richtlijn aan te passen aan de eigen situatie of op basis van eigen klinische ervaringen gezamenlijke werkafspraken of doelen te formuleren. In het onderzoek van DGV werd 23% van de deelnemende FTO-groepen ingedeeld in niveau 3.

Niveau 4: regelmatig overleg met toetsing van gemaakte afspraken

Groepen op niveau 4 toetsen hun afspraken. Het is belangrijk om na te gaan of de manier waarop de huisartsen in de praktijk voorschrijven in overeenstemming is met de gemaakte afspraken. Wat mensen denken te doen en wat hun feitelijke gedrag is, wil nog wel eens van elkaar verschillen. Bovendien kunnen in de loop der tijd oude gewoontes makkelijk weer terugkeren. Om binnen het FTO te toetsen of de gemaakte afspraken ook daadwerkelijk worden nageleefd, kunnen voorschrijfcijfers van de huisartsen bijvoorbeeld onderling vergeleken worden of naast de vastgestelde afspraken gelegd worden. Uit onderzoeken is gebleken dat toetsing en feedback invloed uitoefenen op het voorschrijfgedrag (Veninga, 2000) en in groepen waar afspraken werden gemaakt en getoetst lijkt het voorschrijfgedrag van de deelnemers meer op elkaar dan in groepen waar dat niet zo is (Van Dijk e.a., 2001a). In het al eerder genoemde onderzoek van DGV werd slechts 7% van de FTO-groepen ingedeeld in niveau 4.

Uit de peiling van DGV blijkt dat de vier niveaus gebruikt kunnen worden om het niveau van functioneren van FTO-groepen vast te stellen. Het blijkt wel dat nog steeds een meerderheid van groepen niet de stap maakt naar een professioneel FTO waarin afspraken over doelmatig voorschrijven worden gemaakt én getoetst. In het NIVEL-rapport naar het functioneren van het FTO doen Van Dijk e.a. (2001) de aanbeveling voor een visitatie (of certificerings)stelsel voor FTO-groepen. Zij gaven hierbij de volgende argumentatie: “Het implementeren, toetsen en evalueren van afspraken vraagt een aanzienlijke investering van de deelnemers aan het FTO. Dit heeft voor de deelnemers waarschijnlijk een aantal positieve opbrengsten. Maar vanuit de beroepsgroepen en bijvoorbeeld ook zorgverzekeraar komt over het algemeen weinig expliciete waardering voor FTO-groepen die zich duidelijk inspannen om de kwaliteit van de farmaceutische zorg te verbeteren” (p. 70). Een mogelijkheid om deze waardering expliciet te maken, is het ontwikkelen van een visitatiesysteem met daarin een pakket van eisen waaraan de FTO-groep moet voldoen. Op basis van een pakket van eisen kan per groep een sterktezwakte analyse worden gemaakt en kunnen groepen een bepaalde beloning krijgen. Ook Grol (1995) noemt een systeem van beloningen en sancties een goede methode voor het bevorderen van kwaliteit.

1.3 Het pilotproject “professionalisering van het FTO”

Het idee voor kwaliteitsverbetering van het FTO is opgepakt door een projectgroep in Noord-Holland Noord, bestaande uit een vertegenwoordiger van de huisartsen, een vertegenwoordiger van de apothekers, een adviseur van DGV en een vertegenwoordiger van Univé zorgverzekeringen. Zij constateerden dat “de mogelijkheden die het FTO biedt om prescriptieafspraken te maken beter benut kunnen worden”. Ook stelden zij vast dat er variatie is in het niveau van functioneren van de FTO-groepen in de regio en spraken de wens uit te willen komen tot een hoger functioneren van het FTO in het algemeen. Het project wordt breed gedragen. Univé zorgverzekeraars financiert het project. DGV verzorgt onder andere de begeleiding van de deelnemende FTO-groepen en leverde, als onafhankelijke partij, ook één van de twee projectleiders van het project. De stichting Deskundigheidsbevordering Huisartsen Holland Noord (st.DKB) is belast met de

administratieve ondersteuning van het project. Daarnaast is een begeleidingscommissie benoemd waaraan de Noord-Hollandse afdeling van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Pharmacie (KNMP, apothekers) en de District Huisartsen Vereniging (DHV), een vertegenwoordiger van de apotheekhoudende huisartsen en een vertegenwoordiger vanuit Univé deelnemen (projectplan Professionalisering FTO, 2002). Het uiteindelijk te bereiken doel voor de projectgroep is een goed gestructureerd FTO in alle FTO-groepen in de regio Noord-Holland Noord. In deze groepen worden dan voorschrijfcijfers teruggekoppeld naar de huisartsen en afspraken gemaakt tussen de leden van de FTO-groep over voorschrijven. Ook moet getoetst worden of de leden deze afspraken nakomen. Gekozen is voor een bottom-up benadering: de huisartsen en apotheker(s) in de FTO-groep bepalen zelf welke afspraken ze maken. De uiteindelijke afspraken verschillen dus per groep. Het uiteindelijk beoogde resultaat van het programma is het doelmatiger voorschrijven door de deelnemers van het FTO.

In 2003 is in dit kader een pilot van start gegaan waarin uitgegaan is van bovengenoemd model uit het NIVEL-rapport. In het kader van het pilotproject is door de projectgroep nader invulling gegeven aan de niveaus uit het oorspronkelijke model. Per niveau is een aantal criteria geformuleerd waaraan een groep moet voldoen. De criteria zijn het minst streng voor niveau 2, dan voor niveau 3 en het strengst voor niveau 4 (Tabel 1). Niveau 1 is in dit certificeringsmodel weggelaten omdat ervan uitgegaan wordt dat groepen minimaal op niveau 2 moeten functioneren.¹

Voor de pilot geldt dat de vergoeding die de deelnemers op jaarbasis krijgen voor het bijwonen van het FTO verschilt per niveau. Deelnemers aan een FTO-groep op niveau 2 krijgen de huidige vergoeding, voor niveau 3 ligt dit bedrag twee keer zo hoog en voor niveau 4 ligt het vier keer zo hoog als op niveau 2. Bovendien kunnen de leden van een niveau 4 groep nog extra verdienen wanneer uit toetsing blijkt dat ze de door hen gestelde doelen (vastgelegd in afspraken) voor 80% gehaald hebben. De certificering gebeurt door DGV. De extra vergoedingen worden betaald door Univé.

¹ De criteria in Tabel 1 zijn de criteria voor 2003. Voor 2004 zijn de criteria aangescherpt.

Tabel 1.1 De indicatoren van het certificeringsmodel^{a)}

Criteria	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
Structuur			
Vorbereiding	Vrij te bepalen	Huisarts en apotheker samen	Huisarts en apotheker samen
Jaaragenda	Vrij te bepalen	Ja	Ja
Voorzitter	Vrij te bepalen	Ja	Ja
Proces			
Frequentie bijeenkomsten	Minimaal 4 keer per jaar	Minimaal 4 keer per jaar	Minimaal 4 keer per jaar
Duur bijeenkomst (effectieve vergadertijd)	Minimaal 1 uur	Minimaal 1,5 uur	Minimaal 2 uur
Opkomst	Minimaal 50%	Minimaal 75%	Minimaal 75%
Gebruik voorschrijfcijfers	Vrij te bepalen	Inzicht in eigen voorschrijven	Inzicht in eigen voorschrijven en toetsen
Verslaglegging	Ja	Ja, inclusief afspraken	Ja, inclusief afspraken en resultaten toetsing
Inhoud			
Algemeen doel FTO	Informatie uitwisselen	Afspraken maken	Afspraken maken én toetsen
Onderwerp en doelstelling	Vrij te bepalen	Minimaal 2 keer op niveau 3	Minimaal 2 keer op niveau 4
Formulariumafspraken beoordeeld aan bijvoorbeeld NHG standaard	Vrij te bepalen	Ja	Ja
Beloning			
Financiële Bijdrage (per lid van de FTO-groep)	500 euro (blijft gelijk)	1000 euro	- 2000 euro eventueel - 1000 euro extra bij behalen 80% van een resultaatdoelstelling ^{b)}

a. De criteria in Tabel 1 zijn de criteria voor 2003. Voor 2004 zijn de criteria aangescherpt.

b. De FTO-groep kan er voor kiezen een resultaatdoelstelling te formuleren (bijvoorbeeld 40 % minder voorschrijven van middel X). Deze doelstelling wordt op 100 % gezet. Wanneer de groep zich voor minstens 80 procent aan deze afspraak heeft gehouden komt de groep in aanmerking voor een extra beloning van 1000 euro).

In het pilotproject zijn in 2003 rondom twee inhoudelijke thema's, maagmedicatie en cholesterolverlagende middelen, instrumenten ingezet bij vijf FTO-groepen in de regio Noord-Holland Noord. Deze instrumenten beogen de kwaliteit van het FTO te verhogen en/of de kwaliteit van het FTO te meten. Deze onderwerpen zijn door de projectgroep gekozen vanwege hun maatschappelijke en financiële relevantie. Naast bovengenoemd beoordelingsmodel ten behoeve van certificering gaat het om de volgende instrumenten: werkmateriaal voor de FTO-groepen, een startbijeenkomst, FTO-begeleiding en een FTO-module van de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) waaruit de deelnemers de benodigde voorschrijfcijfers kunnen halen. Het doel van de pilotfase was instrumenten die nodig waren om de professionalisering te bevorderen c.q. te meten, te ontwikkelen en uit te testen. Vijf FTO-groepen uit de regio Noord-Holland Noord namen deel aan de pilot. Tijdens een intakegesprek van leden van de projectgroep met de twee contactpersonen (een huisarts en een apotheker) is uitleg gegeven over de belangrijkste aspecten van de pilot. De groepen werd gevraagd in hun jaaragenda twee bijeenkomsten te plannen

voor het maken van afspraken over maagmedicatie en cholesterolverlagende middelen. Daarnaast werd van de groepen die streefden naar niveau 4 verwacht dat zij in één van hun bijeenkomsten tijd zouden besteden aan het evalueren en toetsen van de gemaakte afspraken. De pilotgroepen waren vrij de overige FTO-bijeenkomsten in het pilotjaar naar eigen inzicht in te vullen. Na afloop van de bijeenkomsten vulden de pilotgroepen een verslagformulier in waarin onder andere de agenda van de bijeenkomst, de gemaakte afspraken en plannen voor de volgende bijeenkomst werden vastgelegd. Ook werd, ten behoeve van de latere evaluatie van de pilot, alle leden van de groepen gevraagd een tijdschrijfformulier in te vullen. Zowel bij het voorbereiden van de bijeenkomsten als de bijeenkomsten zelf kregen de pilotgroepen begeleiding vanuit DGV van een FTO-adviseur en een adviseur op het gebied van prescriptieterugkoppeling (de PTK-adviseur). Tevens was er voor de twee bijeenkomsten over de verplichte onderwerpen werk-materiaal beschikbaar waar alle pilotgroepen gebruik van konden maken. Aan het eind van de pilot werd door DGV een niveaubepaling gedaan op basis van de door de FTO-groepen gemaakte verslagen. Voor de niveaubepaling werden de criteria uit het certificeringsmodel gebruikt. De groepen ontvingen een certificaat met daarop het niveau van de groep. Daarnaast ontvingen zij een toelichting bij de niveaubepaling.

1.4 Vragen van het onderzoek

Het NIVEL is door de projectgroep gevraagd een evaluatie van de pilot uit te voeren. Het onderzoek naar deze pilot beoogt de implementatie van de instrumenten in de deelnemende FTO-groepen te evalueren en de effecten van de implementatie te meten. Het betreft derhalve een procesevaluatie en een effectevaluatie.

Onderzoeksvragen van de procesevaluatie

De centrale vraag van de procesevaluatie is: “In hoeverre zijn de instrumenten die in het kader van het pilot project “Professionalisering van FTO Holland Noord” zijn ontwikkeld succesvol geïmplementeerd in de deelnemende FTO-groepen?” Het NIVEL-onderzoek richt zich hierbij met name op de vraag in hoeverre de werkwijze binnen de pilot een stimulans betekende voor de deelnemende groepen om het FTO anders in te vullen.

Hieronder worden deze instrumenten verder toegelicht:

Certificeringsmodel: Het certificeringmodel is door de projectgroep ontwikkeld op basis van de vier niveaus uit het oorspronkelijke model van Van Dijk e.a. (2001a). Het certificeringmodel heeft geen formele status anders dan dat het binnen de pilot gebruikt wordt om op jaarbasis het niveau van de pilotgroepen en de daarmee samenhangende vergoedingen te bepalen. De uiteindelijke certificering is in handen van medewerkers van DGV. De financiering van de vergoedingen wordt gedaan door Univé; Univé houdt zich niet bezig met de certificering, deze gebeurt onafhankelijk. Zie voor een complete omschrijving paragraaf 1.3.

Werkmateriaal voor de FTO-groepen: DGV heeft werkmateriaal ontwikkeld voor de FTO-groepen die deelnemen aan de pilot. Gekozen is om voor twee inhoudelijke thema's werkmateriaal te ontwikkelen: maagmedicatie en cholesterolverlagende middelen. Deze zogenaamde FTO-modules bevatten werkmateriaal voor een FTO-bijeenkomst. Zo worden in de boekjes aandachtspunten voor het voorbereiden en houden van bijeenkomsten genoemd, bevatten ze inhoudelijke informatie over bijvoorbeeld bijwerkingen en interacties van de besproken middelen en een kennistoets. Ook wordt een voorbeeldprogramma besproken dat kan helpen de bespreking van het onderwerp te structureren.

Een startbijeenkomst: Op 26 maart 2003 is een gezamenlijke bijeenkomst voor de vijf pilotgroepen gehouden. Op deze bijeenkomst zijn de vijf FTO-groepen vertrouwd gemaakt met de belangrijkste aspecten van de pilot. Het idee is dat het houden van zo'n bijeenkomst stimulerend werkt; men ontmoet ook deelnemers uit andere groepen. Er is gesproken over de indicatoren die in de pilot gebruikt zijn, de verslaglegging van de bijeenkomsten, het tijdschrijven en het werken met prescriptiecijfers. Ook is aan de groepen een overzicht overhandigd van de verschillende leden van de projectgroep en hun taken. Deze informatie was voor de pilotgroepen ook terug te vinden in het projectplan van de pilot. Overigens is op 3 november 2003 nog een bijeenkomst gehouden voor de deelnemende pilotgroepen. Deze had onder andere tot doel de groepen te informeren over het vervolg van de pilot in 2004.

FTO-begeleiding: De bijeenkomsten van de FTO-groepen zijn mede voorbereid en begeleid door een FTO-adviseur en een PTK-adviseur. Zij hebben de deelnemers begeleid bij het verbeteren van de overlegstructuur, het werken met prescriptiecijfers, maar ook bij het opstellen van haalbare doelstellingen. De begeleiding vond alleen plaats rondom de bijeenkomsten die betrekking hadden op de twee centrale thema's van de pilot.

SFK cijfers: De vijf FTO-groepen hadden allen toegang tot een zogenaamde FTO-module van de SFK. Deze module kan gezien worden als een databank waarin de informatie van de deelnemende apotheken is opgeslagen. Deze gegevens kunnen gespiegeld worden aan regionale en landelijke kengetallen (Griens en Wijnen, 2003). Mocht de bestaande SFK module niet voldoen dan kon de SFK voor de betreffende groep extra cijfermateriaal aanleveren. Gegevens over bijvoorbeeld chronisch gebruik zijn niet standaard uit de SFK module te halen, maar SFK kan de cijfers eventueel wel extra leveren.

Onderzoeksvragen van de effectevaluatie

De effectevaluatie heeft als doel na te gaan of het mogelijk is effecten te meten van de werkwijze van de pilot op het voorschrijfgedrag van de deelnemende huisartsen. Gekozen is voor een experimentele opzet met een voor- en nameting met controlegroepen. De onderzoeksvragen voor de effectevaluatie zijn als volgt geformuleerd:

1. *In hoeverre realiseren de FTO-groepen die deelnemen aan de pilot de door hen gemaakte afspraken over veranderingen in het voorschrijfbeleid?*

Deze vraag beschrijft welke afspraken de pilotgroepen hebben gemaakt aangaande het doelmatiger voorschrijven van maagmedicatie en cholesterolverlagende middelen. Een

afpraak kan bijvoorbeeld zijn het terugdringen van chronische maagmedicatie met een bepaald percentage of het afspreken van een voorkeursmiddel voor behandeling met cholesterolverlagende middelen. Nagegaan wordt in hoeverre de gestelde doelen gerealiseerd zijn.

Wanneer verschillen in het voorschrijven worden gevonden tussen de voormeting (bij aanvang van de pilot) en de nameting (na afloop van de pilot) kunnen deze niet zonder meer aan de pilot worden toegeschreven. Er kunnen zich immers ontwikkelingen buiten het FTO om voordoen die het voorschrijfgedrag van de deelnemers hebben beïnvloed. Een goed voorbeeld hiervan zijn de recente ontwikkelingen rondom de cholesterolverlager simvastatine (Zocor®) waarvan in 2003 het patent verlopen is. Dit betekent dat andere fabrikanten dan degene die het product ontwikkeld heeft, het middel op de markt mogen brengen. De fabrikant Genthon besloot het middel voor een prijs op de markt te brengen die 42% lager ligt dan de prijs van het specialité Zocor®. Hierop besloot een aantal zorgverzekeraars, waaronder Univé, alleen nog de goedkope variant van Genthon te vergoeden. Stel nu dat een pilotgroep als eerste voorkeursmiddel afspreekt simvastatine voor te schrijven. Bij de nameting wordt gevonden dat de groep meer simvastatine is gaan voorschrijven. Is dit effect nu toe te schrijven aan de pilot of hebben de ontwikkelingen op de markt voor cholesterolverlagende middelen zoals hiervoor beschreven ook effect gehad? Wanneer in de controlegroep het aandeel simvastatine niet veranderd is als gevolg van de ontwikkelingen, dan is het aannemelijker dat de verandering bij de pilotgroep het gevolg is van de afspraken die binnen de groep zijn gemaakt. Als in de controlegroep het aandeel simvastatine evenveel stijgt als in de andere groepen, dan is het minder aannemelijk dat (alleen) de pilot voor de stijging in het aantal voorschriften simvastatine heeft gezorgd. Om die reden wordt in de effectevaluatie ter vergelijking ook gekeken naar de voorschrijfgegevens van zes controlegroepen (zie ook hoofdstuk twee). Dat zijn FTO-groepen in de regio die niet aan de pilot deelnemen. De tweede onderzoeksvraag luidt:

- 2. In hoeverre blijkt uit de voorschrijfcijfers van de door de pilotgroepen behandelde onderwerpen (cholesterolverlagende middelen en maagmedicatie) dat hun farmaceutische zorg afwijkt van een controlegroep? In hoeverre heeft de pilot hieraan bijgedragen?*

De laatste vraag van het onderzoek heeft betrekking op het voorschrijfgedrag bij een aantal andere geneesmiddelen: schrijven de pilotgroepen deze anders voor dan de controlegroepen. Waarom is dit belangrijk? Inzicht in het voorschrijfgedrag bij een aantal andere geneesmiddelen laat zien of en in hoeverre de pilotgroepen (in het algemeen) anders zijn dan de controlegroepen als het gaat om voorschrijven. Van de pilotgroepen is bekend dat het gemotiveerde groepen zijn, die op een hoog niveau functioneren. Dit zou kunnen betekenen dat hun voorschrijfgedrag in het algemeen doelmatiger is dan in andere groepen het geval is, ook al voordat de pilot begonnen was. Bij groepen die al doelmatig voorschrijven, valt relatief minder winst te halen. Dit kwam ook naar voren uit een eerdere evaluatie die gedaan werd door het NIVEL in opdracht van DGV naar het voorschrijven van benzodiazepinen (Van Dijk e.a., 2001b).

- 3. In hoeverre blijkt uit de voorschrijfcijfers van andere strategische onderwerpen dat de farmaceutische zorg van pilotgroepen afwijkt van de controlegroepen?*

1.5 Opbouw van het rapport

Het evaluatie-onderzoek van de pilot heeft gebruik gemaakt van verschillende gegevens. De dataverzamelingen hiervan staan beschreven in hoofdstuk 2. Hierin wordt ook de respons van de verschillende dataverzamelingen behandeld, alsmede de analyses die in het rapport gebruikt worden. Hoofdstuk 3 beschrijft de resultaten van de procesevaluatie, waarna de resultaten van de effectevaluatie in hoofdstuk 4 aan de orde komen. Hoofdstuk 5 bevat de samenvatting van de resultaten van de procesevaluatie en de effectevaluatie en besluit met conclusies. Tot slot bevat hoofdstuk 6 aanbevelingen voor de uitrolfase van het project “Professionalisering FTO”.

2 Methode

2.1 Inleiding

De pilot “Professionalisering FTO” is uitgevoerd in 2003 in de regio Noord-Holland Noord. Tijdens de pilot zijn instrumenten ingezet bij vijf belangstellende FTO-groepen. Deze instrumenten beogen de kwaliteit van het FTO te bevorderen, dan wel de kwaliteit van het FTO te meten. Vanwege de uitvoerbaarheid is gekozen om op twee inhoudelijke thema’s (maagmedicatie en cholesterolverlagende middelen) in te gaan. Met het bevorderen van de kwaliteit van het FTO wordt eveneens bedoeld dat het voorschrijfgedrag van de deelnemende FTO-groepen kwalitatief beter wordt. Het NIVEL-onderzoek richtte zich met name op de vraag in hoeverre de werkwijze binnen de pilot een stimulans betekende voor de deelnemende groepen om het FTO anders in te vullen en of er veranderingen in voorschrijfgedrag te zien zijn als gevolg van de pilot.

Aan de pilot namen vijf FTO-groepen deel. Deze FTO-groepen zijn geselecteerd door de projectgroep. Zij zullen vanaf nu de pilotgroepen genoemd worden. Het evaluatie-onderzoek van het NIVEL bestond uit een procesevaluatie en een effectevaluatie. In de procesevaluatie zijn op drie momenten data verzameld: halverwege de pilot (zomer 2003), tegen het einde van de pilot (herfst 2003) en na afloop van de pilot (voorjaar 2004). Voor de effectevaluatie is gekozen voor een effectanalyse met een voor- en nameting en een controlegroep. Dit betekent dat voorschrijfgegevens werden geanalyseerd van het laatste kwartaal van 2002 en het laatste kwartaal van 2003 van de vijf pilotgroepen, maar ook van een zestal andere FTO-groepen uit de regio Noord-Holland Noord. Tabel 2.1 geeft weer hoe de fasering van de dataverzameling is geweest. Dit hoofdstuk gaat nader in op de methoden die in het onderzoek zijn gebruikt, de werving van de pilotgroepen e.d.

Tabel 2.1. Dataverzameling evaluatie-onderzoek

		Halverwege pilot	Tegen het einde van de pilot	Na afloop pilot
Procesevaluatie	NIVEL verzameld	Schriftelijke vragenlijst	Interviews contactpersonen pilot groepen (voorbereiders)	Korte schriftelijke vragenlijst
	Projectgroep verzameld	Niveau vastgesteld	- Verslagen bijeenkomsten - Tijdschrijfformulieren	Vaststellen niveau
Effectevaluatie		SFK prescriptiecijfers	Interview contactpersoon (apotheker) vergelijkingsgroepen	SFK prescriptiecijfers

2.2 Procesevaluatie

2.2.1 Werving van de pilotgroepen

Zoals gezegd namen vijf FTO-groepen deel aan de pilot. Deze pilotgroepen zijn geworven via de projectgroep “Professionalisering FTO” voordat het NIVEL bij de pilot betrokken werd. Aanvankelijk wilde de projectgroep groepen in volgorde van aanmelding

selecteren. Randvoorwaarde hierbij was dat er drie groepen bij moesten zitten die – op basis van een inschatting door medewerkers van DGV vooraf – op niveau 4 zouden kunnen gaan functioneren en twee groepen die op niveau 3 zouden kunnen gaan functioneren. Uiteindelijk viel ook een aantal groepen die zich hadden opgegeven af om andere redenen, bijvoorbeeld door kleine of juist te grote omvang van de FTO-groep.

2.2.2 *Schriftelijke enquête zomer 2003*

Het eerste moment van gegevensverzameling voor de procesevaluatie was halverwege de pilot. Alle huisartsen en apothekers in de pilotgroepen kregen dezelfde schriftelijke vragenlijst toegestuurd. Idealiter had ook een dataverzameling plaatsgevonden voor de pilot. Echter, het NIVEL werd pas gedurende de loop van de pilot bij het project betrokken. Derhalve kon de eerste vragenlijst pas in juni worden afgenomen.

De vragenlijst bestond uit een aantal gesloten vragen. De bedoeling van deze vragenlijst was enerzijds meer inzicht te verkrijgen in de meningen en ervaringen van de deelnemers aan de pilot en anderzijds een beeld te krijgen van de afspraken die binnen de groepen zijn gemaakt. Eén van de vijf groepen heeft de vragenlijst in laten vullen door de contactpersonen van deze groep. De vragenlijst omvatte vragen over de volgende onderwerpen:

- Deelname van respondent aan FTO (frequentie, voorbereiding e.d.);
- Motivatie/redenen om deel te nemen aan de pilot ‘Professionalisering FTO’;
- Bijeenkomsten in het kader van de pilot tot dan toe;
- Onderwerpkeuze (maag/cholesterol) en aangereikt materiaal;
- Gemaakte afspraken in het kader van de pilot en idee over hoe goed deze afspraken te realiseren zijn;
- Oordeel over voorlichtingsbijeenkomst in het kader van de pilot;
- Bekendheid met criteria voor certificering;

De volledige vragenlijst is opgenomen in bijlage 1.

In totaal zijn 34 vragenlijsten in vier pilotgroepen uitgedeeld. Hiervan zijn er 22 ingevuld teruggestuurd. Dit komt neer op een respons van 65 procent. In de vijfde pilotgroep hebben alleen de twee contactpersonen de vragenlijst ingevuld. Om de respons te verhogen, is aan één van de contactpersonen van elke pilotgroep twee keer gevraagd de andere deelnemers van hun groep aan te sporen de vragenlijst in te vullen. Aan dit verzoek is door de contactpersonen voldaan. Doordat het aantal respondenten niet zo groot is zijn sommige resultaten gebaseerd op de mening van enkele respondenten en kunnen de resultaten eigenlijk alleen kwalitatief geïnterpreteerd worden.

2.2.3 *Interviews met vertegenwoordigers van de pilotgroepen*

In het najaar van 2003 zijn interviews gehouden met een huisarts en een apotheker van alle deelnemende pilotgroepen. De personen waarmee het interview werd gehouden, waren betrokken geweest bij de voorbereiding van een van de verplichte bijeenkomsten (over maagmedicatie of cholesterolverlagers) van de pilot. Dit interview bestond uit een aantal open vragen en was bedoeld om meer inzicht te krijgen in de voorbereiding en het verloop van de FTO bijeenkomsten en het werken met prescriptiecijfers. De huisarts en apotheker werden tegelijkertijd geïnterviewd. De vragen waren voor de pilotgroepen grotendeels gelijk. Echter, omdat de groepen op een aantal punten van elkaar verschilden,

is hier in het interview op ingespeeld. Zo zijn bij groepen die geen afspraken toetsen daarover geen vragen gesteld. De vragenlijst is te vinden in bijlage 2.

2.2.4 *Schriftelijke vragenlijst voor alle deelnemers aan de pilot, voorjaar 2004*

Aan het einde van de pilot is een korte vragenlijst verstuurd naar alle leden van de pilotgroepen. De systematiek is ontleend aan de zogenaamde QUOTE-vragenlijsten (Quality through eyes of the patient; zie bijvoorbeeld Sixma et al., 1998).² De vragenlijst bestond uit vier delen. In het eerste deel is de deelnemers gevraagd welke aspecten van een goede en professionele FTO-groep zij belangrijk achten. De aspecten zijn ontleend aan criteria waaraan een goed FTO volgens het certificeringsmodel moet voldoen. De vragen in dit deel beginnen allemaal met “Naar mijn mening moet een professionele FTO-groep...” gevolgd door een aspect. De vier antwoordcategorieën waren ‘niet belangrijk’, ‘eigenlijk wel belangrijk’, ‘belangrijk’ en ‘van zeer groot belang’. Voorbeelden van aspecten zijn een reële vergoeding voor het werk, kritisch kijken naar het eigen werk, niet te veel tijd kwijt zijn met voorbereiding van het FTO, tijd in het FTO efficiënt besteden, maken van afspraken, toetsen van afspraken. In het tweede en derde deel van de vragenlijst is de respondenten gevraagd aan te geven in hoeverre deze aspecten volgens hen golden voor hun FTO-groep vóór en na de pilot. Het grootste gedeelte van deze vragen begon met “Voor de pilot is het zo dat onze FTO-groep...”³ gevolgd door een aspect. De antwoordmogelijkheden bestonden uit een vierpuntsschaal met de antwoordcategorieën ‘nee’, ‘eigenlijk niet’, ‘eigenlijk wel’, ‘ja’. Aan het einde van de eerste drie delen van de vragenlijst werd aan de respondenten de mogelijkheid geboden aspecten toe te voegen of commentaar te geven. In het laatste deel komen enkele vragen aan de orde die betrekking hebben op de achtergrondkenmerken van de respondent zoals de FTO-groep waartoe hij of zij behoort en het beroep. Gepoogd is om met deze vragenlijst veranderingen volgens de deelnemers naar voren te brengen. Er kan een vertekening zijn opgetreden omdat de respondenten de antwoorden over hoe het voor en na de pilot was tegelijk in hebben gevuld. In totaal zijn 34 vragenlijsten naar deelnemers in vier groepen verstuurd. Hiervan zijn er 20 ingevuld terug gestuurd (respons: 59%). Eén groep had aangegeven niet aan de derde ronde mee te willen doen. Aan deze groep zijn geen formulieren verstuurd. Eén vragenlijst kwam te laat binnen. De complete vragenlijst is te vinden in bijlage 3.

2.2.5 *Aanvullende informatie*

Tijdens het onderzoek vulden alle deelnemers tijdschrijfformulieren in en maakte de groepen verslagen van de bijeenkomsten. De verslagen zijn met name gebruikt om te kijken welke afspraken over medicatie er precies zijn vastgelegd en hoe de bijeenkomsten zijn verlopen. Met behulp van de tijdschrijfformulieren is getracht een inschatting te maken van de hoeveelheid tijd die de FTO-groepen hebben geïnvesteerd in de pilot. Paragraaf 3.5 geeft hiervan de resultaten weer.

² De vragenlijst is geen QUOTE: immers het gaat niet over kwaliteit volgens de patiënt. Bovendien gaat aan de voorbereiding van de QUOTE vragenlijsten een kwalitatief deel vooraf waaruit de aspecten voor de vragenlijst gegenereerd worden.

³ In het derde deel is ‘voor’ in deze vragen vervangen door vervangen ‘na’.

2.3 Effectevaluatie

2.3.1 *Design*

De opzet van de effectmeting bestaat uit een voormeting en een nameting met een controlegroep. Gekozen is om als voormeting het 4^e kwartaal van 2002 te nemen met het 4^e kwartaal van 2003 als nameting. De experimentele groep wordt gevormd door de vijf pilotgroepen. De controlegroep bestaat uit zes FTO-groepen uit Noord-Holland Noord die in dit rapport worden aangeduid als vergelijkingsgroepen.

2.3.2 *Werving en niveaubepaling vergelijkingsgroepen*

De werving van de vergelijkingsgroepen is gedaan door leden van de projectgroep, in samenwerking met het NIVEL. Van de 26 FTO-groepen in de regio die niet als pilotgroep deelnamen, kregen er 25 een brief van het NIVEL met daarbij informatie over de pilot; van één groep waren geen contactpersonen bekend. In de brief stond ook aangegeven wat de rol van de vergelijkingsgroepen zou zijn. Bij de brief zat een opgaveformulier. Op deze oproep kwamen slechts twee reacties. Vervolgens zijn twee leden van de projectgroep de groepen telefonisch gaan benaderen, en heeft het NIVEL contactpersonen van enkele FTO-groepen extra informatie gestuurd over de pilot en de rol van vergelijkingsgroepen daarin. Dit leverde uiteindelijk nog vier groepen op. Niet bekend is in hoeverre deze zes groepen representatief zijn voor de 26 groepen die niet aan de pilot deelnemen.

Van de pilotgroepen is voorafgaand aan de pilot het niveau van functioneren op dat moment vastgesteld. Bij de vergelijkingsgroepen is dit echter niet gebeurd. Daarom is met de contactpersonen van de betreffende groepen een kort telefonisch interview gehouden op basis waarvan de groepen met behulp van de indicatoren van het certificeringssysteem konden worden ingedeeld op een bepaald niveau. De contactpersoon waarmee gesproken is, was bij alle groepen een apotheker. In dit interview werd gevraagd naar onder andere het aantal bijeenkomsten, de duur van bijeenkomsten en het maken van afspraken. De vergelijkingsgroepen functioneerden allemaal op niveau 2.

2.3.3 *SFK voorschrijfcijfers*

De prescriptiecijfers van zowel de pilotgroepen als de vergelijkingsgroepen zijn opgevraagd bij de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK). Gekozen is voor deze cijfers omdat het de bedoeling was dat alle FTO-groepen met de FTO-module zouden gaan werken en het idee was dat zij daarvoor toch data aan SFK gingen aanleveren. Bovendien was het mogelijk om met SFK gegevens op huisartsniveau te verkrijgen.

Om de gegevens te kunnen opvragen was toestemming nodig van alle apothekers als ook van alle afzonderlijke huisartsen in de FTO-groepen. Hiertoe zijn door SFK machtigingsformulieren opgesteld die door het NIVEL onder alle deelnemende huisartsen en door SFK onder alle apotheken zijn verspreid. SFK levert geen gegevens over het aantal patiënten. Derhalve is aan het machtigingsformulier van de huisartsen een extra formulier toegevoegd waarop de huisarts gevraagd werd het aantal in de praktijk ingeschreven patiënten in te vullen. Via Univé verzekeringen is geprobeerd de samenstelling van de

praktijkpopulatie naar leeftijd en geslacht in te schatten. Dit bleek te ingewikkeld om binnen de duur van het onderzoek te kunnen realiseren.

Tabel 2.2 laat zien dat alle huisartsen van de pilotgroepen en de betrokken apothekers de naar hen opgestuurde machtigingen hebben getekend. Opvallend is dat SFK voor drie groepen niet alle huisartsen in de analyses heeft meegenomen. Dit heeft te maken met het feit dat een aantal artsen (bijvoorbeeld alle artsen in groep D) een duo of groepspraktijk heeft waarbij de afzonderlijke huisartsen onder één AGB code voorschrijven. Hierdoor zijn de gegevens voor die artsen niet uit elkaar te trekken. De gegevens van deze huisartsen zijn in de analyses samengenomen.⁴

De respons van de controlegroepen is lager dan van de pilotgroepen. Dit is te verklaren uit het feit dat alle huisartsen en apothekers van de pilotgroepen op de hoogte waren van deelname van hun groep aan de pilot. Bij de controlegroepen bestond slechts contact met de contactpersoon van de groep, in alle gevallen was dat de apotheker. De andere leden van de groepen bleken vaak niet op de hoogte te zijn van de pilot en de daarvoor benodigde machtigingen. Dit kan een reden zijn waarom een deel van deze leden geen machtiging heeft gegeven. Er is vooraf met de contactpersonen overlegd over hoe de andere leden van de groep het beste benaderd konden worden. Daartoe is een brief opgesteld met uitgebreide informatie over de pilot, waarin het belang van de machtigingen werd benadrukt. Bij één groep was de contactpersoon lastig te bereiken waardoor de machtigingen voor die groep uiteindelijk later zijn verstuurd. Dit is mogelijk de reden waarom de respons voor die groep lager is dan van de andere controlegroepen.

⁴ Er zijn in werkelijkheid enkele machtigingen meer verstuurd dan in de tabel staat aangegeven. Deze machtigingen konden door de artsen niet getekend worden om verschillende redenen: één huisarts was gestopt met zijn praktijk, één huisarts zat voor een tijd in Australië en drie FTO-leden bleken HIDHA's te zijn.

Tabel 2.2 Overzicht SFK machtigingen

	Verstuurde machtigingen		Getekende machtigingen		Door SFK gebruikte AGB codes	
	huisartsen	apothekers	huisartsen	apothekers	huisartsen	apothekers
Pilotgroepen						
A	10	1	10	1	5 ¹	1
B	6	1	6	1	6	1
C	9	1	9	1	8	1
D	6	5	6	5	6	5
E	7	1	7	1	6	1
Totaal pilot	38	9	38	9	31	9
% van totaal			100%	100%	82%	100%
Controlegroepen						
A	11	4	9	1	7	1
B	2	1	2	1	2	1
C	5	1	5	1	5	1
D	10	3	7	3	7	3
E	11	3	5	2	5	2
F	8	1	3	1	3	1
Totaal controle	47	13	31	9	29	9
% van totaal			66%	70%	62%	70%
Totaal						
controle+pilot	85	22	69	18	60	18
% van totaal			82%	81%	71%	81%

¹ Deze FTO groep bestaat uit 5 duo praktijken waarvan de artsen per praktijk onder 1AGB code voorschrijven.

De huisartsen die na enkele weken nog geen ingevuld machtigingsformulier hadden teruggestuurd, hebben een herinneringsbrief en nieuwe machtigingsformulieren gekregen met het verzoek deze alsnog in te vullen. De apothekers die geen machtigingsformulier hadden ingevuld zijn telefonisch benaderd of hebben via e-mail een herinnering ontvangen. Ook zijn de contactpersonen van de groepen nogmaals benaderd met het verzoek het belang van de machtigingen bij hun collega FTO-leden te benadrukken. Het feit dat niet alle apotheken van de vergelijkingsgroepen toestemming hebben gegeven voor het gebruik van hun voorschrijfcijfers heeft belangrijke consequenties voor de analyses. Het betekent dat van een deel van de patiënten van de huisartsen in die groepen de medicatiehistorie niet of gedeeltelijk bekend is. Stel: huisarts X heeft toestemming gegeven zijn gegevens bij SFK op te vragen. Zijn patiënten halen geneesmiddelen bij drie verschillende apotheken, waarvan alleen apotheek Y toestemming heeft gegeven SFK-cijfers te gebruiken. Van huisarts X hebben we voor onderhavig onderzoek alleen de gegevens van die patiënten die bij apotheek Y hun geneesmiddelen afhalen. Uit een eerder onderzoek is gebleken dat het zowel voor apothekers als huisartsen lastig in te schatten is hoe groot het aandeel van de patiënten van huisarts X is dat in een bepaalde apotheek geneesmiddelen haalt.⁵ Ofwel: niet bekend is hoeveel patiënten van huisarts X hun geneesmiddelen bij apotheek Y ophalen. Dit betekent dat er geen goede noemers berekend kunnen worden voor de betreffende huisarts. Hierdoor kunnen voor de meeste vergelijkingsgroepen geen

⁵ UNICA-project, Universiteit Utrecht in samenwerking met NIVEL.

zinnige uitspraken gedaan worden over volumematen zoals aantal ddd's of voorschriften per 1000 patiënten.

Bij SFK zijn drie soorten gegevens aangevraagd (zie ook onderzoeksvragen, hoofdstuk 1):

1. gegevens nodig om de groepsspecifieke afspraken over maagmedicatie en cholesterolverlagende middelen te toetsen;
2. gegevens over het voorschrijven van maagmedicatie en cholesterolverlagende middelen in het algemeen;
3. gegevens over het voorschrijven van een aantal andere geneesmiddelen.

Ad 1. Groepsspecifieke gegevens

De pilotgroepen hebben allemaal verschillende afspraken gemaakt over maagmedicatie en cholesterolverlagers. Dit betekent dat een aantal effectmaten groepsspecifiek zijn. De uitkomsten op deze maten worden voor de betreffende pilotgroep vergeleken met de vergelijkingsgroepen. Dit betekent dat groep A op andere uitkomstmaten met de vergelijkingsgroepen wordt vergeleken dan groep B. Opgemerkt moet worden dat vergelijking met vergelijkingsgroepen alleen mogelijk is voor maten die op basis van SFK-cijfers gegenereerd kunnen worden.

Ad 2. Algemene doelmatigheidsmaten

Eerder werd al aangegeven dat de pilotgroepen misschien FTO-groepen zijn die doelmatiger voorschrijven dan de gemiddelde FTO-groep. Dit betekent dat bij deze groepen minder doelmatigheidswinst te behalen valt. Dit zou zich onder andere kunnen uiten in een geringere interdoktervariatie in het voorschrijven in het algemeen in de pilotgroepen. Om hierin breder inzicht te krijgen is besloten ook te kijken naar een aantal uitkomstmaten voor maagmedicatie en cholesterolverlagende middelen. Derhalve is aantal algemene kwaliteits- en doelmatigheidsmaten met betrekking tot maagmedicatie en cholesterolverlagende middelen bestudeerd. Hierbij is gekeken naar volumematen en naar de voorschrijfrange. De voorschrijfrange wordt wel beschouwd als een maat voor doelmatigheid omdat huisartsen die minder soorten geneesmiddelen voorschrijven met deze middelen meer ervaring opdoen en daardoor beter inzicht krijgen in de werking ervan.

Maagmedicatie:

1. volumemaat: aantal voorschriften
2. volumemaat: aantal Defined Daily Dosis (ddd's)
3. gemiddeld aantal voorgeschreven middelen (voorschrijfrange)

Cholesterolverlagende middelen:

1. volumemaat: voorschriften
2. volumemaat: ddd's
3. gemiddeld aantal voorgeschreven middelen (voorschrijfrange)

Hierbij wordt vooral gekeken naar de verschilscores tussen 2002 en 2003 (is er sprake van een afname of een toename) en naar de interdoktervariatie.

Ad 3: Doelmatig voorschrijven van andere geneesmiddelen

Om te kijken of de pilotgroepen anders voorschrijven dan de vergelijkingsgroepen zijn ook voor een aantal andere veel voorgeschreven geneesmiddelen uitkomstmaten opgesteld. Voor de volgende middelen zijn analyses gedaan: antidepressiva, bloed-drukverlagende middelen en inhalatiecorticosteroïden. Het betreft de volgende maten:

1. aantal voorschriften (over alle medicatie)
2. ddd's (over alle medicatie)
3. hypertensiemedicatie:
 - i. % diuretica van alle bloeddrukverlagers
 - ii. % diuretica plus betablokkers van alle bloeddrukverlagers
 - iii. volumemaat: ddd's hypertensiemedicatie / 1000 patiënten
4. Antidepressiva
 - i. ddd's / 1000 patiënten
 - ii. Verhouding TCA/SSRI
5. COPD/astma: inhalatiecorticosteroïden
 - i. Verhouding combinatiepreparaten/enkelvoudige preparaten

Hierbij wordt vooral gekeken naar de verschillen tussen 2002 en 2003 (is er sprake van een afname of een toename) en naar de interdoktervariatie.

2.4 Analyses

Vooraf moet opgemerkt worden dat voor alle analyses geldt dat gezien de omvang van de pilot en het aantal deelnemers de resultaten vooral kwalitatief geïnterpreteerd moeten worden.

2.4.1 *Procesevaluatie*

Voor de analyses van de gegevens uit de eerste en derde dataverzameling (de schriftelijke vragenlijsten) is gebruik gemaakt van beschrijvende analysetechnieken, zoals frequentieverdelingen, kruistabellen en gemiddelden. De meeste analyses zijn gedaan voor het totaal aantal respondenten, voor respondenten van niveau 3 groepen en voor respondenten van niveau 4 groepen. De gegevens uit de mondelinge interviews met de contactpersonen zijn als volgt verwerkt. Eerst zijn per onderdeel de antwoorden van de verschillende groepen onder elkaar gezet. Vervolgens zijn de overeenkomsten tussen de groepen hier uit naar voren gehaald, alsmede opvallende verschillen. Bij de beschrijving van deze resultaten worden citaten gebruikt om een en ander te illustreren.

2.4.2 *Effectevaluatie*

In de effectanalyses wordt in de eerste plaats gekeken naar de verschillen: wat is het verschil op de uitkomstmaten in 2002 en 2003? De scores van de pilotgroepen en de vergelijkingsgroepen zullen met elkaar vergeleken worden. Voor de groepsspecifieke uitkomstmaten worden de resultaten van één enkele pilotgroep vergeleken met die van de vergelijkingsgroepen. Voor de algemene uitkomstmaten worden de scores van alle deelnemers in de pilotgroepen vergeleken met die van de deelnemers in de vergelijkingsgroepen. Er zal in de effectanalyses niet alleen gekeken worden naar de gemiddelde

waarde op de uitkomstmaten in de pilotgroep en in de vergelijkingsgroepen maar ook naar het afnemen van de variatie in voorschrijven binnen groepen, de zogenaamde interdoktervariatie. Dit betekent bijvoorbeeld dat voor groep A gekeken wordt wat de variatie tussen de huisartsen binnen die groep was in de verhouding H2-antagonisten/protonpompremmers. Dit wordt na de pilot weer gedaan. De verwachting is dat bij de nameting de variatie tussen huisartsen binnen groep A in de verhouding H2-antagonisten/protonpompremmers zal zijn afgenomen. Deze afnemende variatie is de eerste indicatie voor het naleven van de gemaakte afspraken en voor kwaliteit van voorschrijven (zie ook Van Dijk e.a., 2001a). Men gaat zich immers aan dezelfde afspraken houden en zal daarom meer op elkaar gaan lijken in voorschrijfgedrag. Ook in de vergelijkingsgroepen wordt gekeken naar de interdoktervariatie bij de voormeting en de nameting. Gebruik is gemaakt van t-testen en variantie-analyses alsmede van beschrijvende statistieken.⁶

⁶ Het design van het onderzoek leent zich voor multiniveau-analyses. Immers, de waarnemingen binnen een FTO-groep zijn niet onafhankelijk: de huisartsen zijn “genest” in de FTO-groep. Bovendien zijn de waarnemingen van de pilotgroepen misschien ook niet onafhankelijk: de FTO’s zijn weer genest in de pilot. Echter, het aantal waarnemingen was op beide niveaus klein. Er zijn verschillende multilevel-analyses uitgevoerd. Hieruit bleek echter dat het niet mogelijk was de varianties van de verschillende niveaus van elkaar te scheiden. Derhalve zijn de multilevel-analyses niet verder uitgevoerd.

3 Resultaten procesevaluatie

3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van de procesevaluatie die heeft plaatsgevonden in het kader van de pilot “Professionalisering FTO Noord-Holland Noord”. De centrale vraag is: “In hoeverre zijn de instrumenten die in het kader van het pilot project Professionalisering van FTO Holland Noord” zijn ontwikkeld succesvol geïmplementeerd in de deelnemende FTO-groepen?” De procesevaluatie is vooral gericht op de vraag in hoeverre de werkwijze binnen de pilot een stimulans betekende voor de deelnemende groepen om het FTO anders in te vullen. In het kader van deze evaluatie hebben drie dataverzamelingen plaatsgevonden bij de pilotgroepen:

Schriftelijke enquête in de zomer van 2003

Hierin is alle deelnemers van de pilotgroepen gevraagd naar hun verwachtingen over de pilot, hoe zij tegen de eerste bijeenkomsten hebben aangekeken, hoe het proces van afspraken maken verliep e.d. De resultaten hiervan staan beschreven in paragraaf 3.2.

Mondeling interview met een huisarts en een apotheker van elke pilotgroep in het najaar van 2003

In deze interviews lag de nadruk op de voorbereidingen van bijeenkomsten in het kader van de pilot, op het proces van maken (en toetsen) van afspraken en op het gebruik van prescriptiecijfers. Ook de mening over de begeleiding en over gebruik van de SFK-module is in de interviews aan de orde geweest. De resultaten staan beschreven in paragraaf 3.3.

Schriftelijke enquête in het voorjaar van 2004

Hierin is aan alle deelnemers gevraagd of zij verschillen zagen in het functioneren van hun FTO-groep voor en na de pilot. Uitgangspunt hierbij waren de criteria die in het certificeringsmodel opgenomen zijn. De resultaten van deze enquête zijn te vinden in paragraaf 3.4.

Bij de presentatie van de resultaten zal in alle paragrafen zo veel mogelijk onderscheid gemaakt worden naar niveau van de groepen. Twee van de pilotgroepen zijn niveau 3 groepen en de drie andere groepen functioneren op niveau 4, zoals vastgesteld na afloop van de pilot. Aan het einde van het hoofdstuk wordt ingegaan op de verslagen die de FTO-groepen instuurden over hun bijeenkomsten en de tijdschrijfformulieren die zij bijhielden in het kader van de pilot.

3.2 Het eerste half jaar van de pilot

In de zomer van 2003 is aan alle leden van de pilotgroepen gevraagd een vragenlijst in te vullen. Met behulp van deze vragenlijst is geprobeerd een eerste inzicht te krijgen in de verwachtingen en meningen van de deelnemers aan de pilot. In totaal hebben 25 respondenten de vragenlijst ingevuld terug gestuurd. Hiervan zijn er 18 huisartsen en 7 apotheker. Voor één niveau 4 pilotgroep is de vragenlijst voor alle huisartsen ingevuld door één huisarts en die van de apothekers door de apotheker. De overige huisartsen en apothekers zijn niet bij het invullen betrokken. Derhalve is besloten de twee lijsten te beschouwen als afkomstig van twee respondenten. Doordat het aantal respondenten klein is, zijn sommige resultaten gebaseerd op de mening van enkele respondenten. De resultaten worden weergegeven in tabellen en zijn uitgedrukt in percentages. Vanwege de kleine aantallen respondenten wordt in de kolommen van de tabellen ook steeds het aantal respondenten genoemd waarop het percentage is gebaseerd. De resultaten worden in de tabellen uitgesplitst naar het niveau van het FTO: niveau 3 (n=9), niveau 4 (n=16) en totaal (n=25). Als niet alle respondenten een vraag hebben beantwoord is dit te zien in de tabellen, in dat geval is de n kleiner. Als huisartsen en apothekers vragen verschillend beantwoordden, is dat in de tekst aangegeven. Omdat het steeds gaat om het weergeven van frequentieverdelingen zijn geen significantietoetsen uitgevoerd.

Het FTO in het algemeen

Een grote meerderheid van de respondenten (88%) zegt altijd naar de FTO- bijeenkomsten te komen, 12% komt meestal. De respondenten die meestal zeggen te gaan, nemen allemaal deel aan een niveau 4 groep. Alle apothekers zeggen altijd de bijeenkomsten bij te wonen, ten opzichte van 83% van de huisartsen.

Ruim een derde van alle respondenten zegt altijd bij de voorbereiding betrokken te zijn (36%), 24% procent is dit geregeld. De apothekers zeggen altijd (71%) of geregeld (29%) bij de voorbereiding betrokken te zijn, deze percentages liggen aanmerkelijk hoger dan bij de huisartsen (allebei 22%). Dit is te verklaren uit het feit dat in alle groepen de bijeenkomsten door een apotheker en een huisarts gezamenlijk worden voorbereid. De huisartsen zijn per toerbeurt voorbereider terwijl de enige apotheker in de FTO-groepen (in één groep zijn er twee apothekers) elke bijeenkomst voorbereidt.

Het FTO wordt door de meeste huisartsen en apothekers gewaardeerd. Vrijwel alle respondenten geven aan dat ze het FTO in het algemeen zinvol of zeer zinvol vinden: 92%.

Enthousiasme over deelname aan de pilot

In de vragenlijst is ingegaan op de houding van de respondenten ten aanzien van deelname aan de pilot, toen men voor het eerst werd benaderd en op dit moment (zomer 2003). Tabel 3.1 laat zien dat 60% van alle deelnemers meteen enthousiast was over de deelname. Dit percentage ligt hoger in de niveau 3 groepen dan in de niveau 4 groepen. Een vergelijkbaar deel van de respondenten is halverwege de pilot nog steeds enthousiast (56%).

Tabel 3.1: Mening van de respondenten over deelname aan de pilot “Professionalisering FTO” aan het begin en halverwege de pilot (percentage van de respondenten, N=25)

	Niveau 3 (n=9)		Niveau 4 (n=16)		Totaal (n=25)	
	vooraf	halverwege	vooraf	halverwege	vooraf	halverwege
Meteen/nog steeds enthousiast	89	78	44	44	60	56
Kon me er wel in vinden	11	11	44	50	32	36
Behoorlijk wat vraagtekens	0	11	13	6	8	8

Aan de respondenten die niet meteen enthousiast waren over deelname aan de pilot is gevraagd welke vraagtekens zij bij de deelname hadden (n=10). De mogelijke tijdsinvestering bleek voor de helft van deze respondenten een reden te zijn om twijfels te hebben aan de deelname, twee respondenten vonden de onderwerpen (maagmedicatie en cholesterolverlagers) niet goed gekozen. Er was geen enkele deelnemer die twijfels had aan de deelname omdat hij of zij het nut van professionalisering niet inzag. Halverwege de pilot is ‘tijd’ nog voor drie respondenten een reden om te twijfelen aan deelname (n=11). Vier respondenten vinden halverwege de pilot dat de onderwerpen niet goed gekozen zijn. Een aantal deelnemers geeft andere redenen zoals “*het brengt minder kwaliteitsverhoging dan ik had gedacht*”, “*het doel blijkt niet altijd haalbaar*”, “*de rol van de zorgverzekeraar is te prominent*” en “*het is een strak, voorgekauwd programma*”.

Redenen voor deelname aan de pilot

De respondenten is gevraagd aan te geven wat voor hen persoonlijk belangrijke redenen waren om deel te nemen aan de pilot. Desgevraagd noemden de respondenten streven naar betere farmaceutische zorg voor de patiënt (92%) en streven naar doelmatiger voorschrijven (92%) als (heel) belangrijke redenen om deel te nemen aan de pilot. Streven naar een beter functionerend FTO (72%), reële financiële honorering voor goed FTO (72%) en met name extra financiële vergoeding bij het behalen van resultaten (28%) werden door de respondenten minder vaak als (heel) belangrijke redenen genoemd. Er zijn hierin geen grote verschillen tussen deelnemers op niveau 3 en deelnemers op niveau 4. Vervolgens is gevraagd wat volgens de respondenten voor hun groep belangrijke redenen waren om deel te nemen aan de pilot. De respondenten schatten het belang van de redenen voor deelname van de groep ongeveer gelijk in als bij henzelf.

Het grootste deel van de respondenten zegt goed op de hoogte te zijn van de criteria waaraan de groep moet voldoen om voor een extra financiële vergoeding in aanmerking te komen (72%); 24% zegt het deels te weten, maar niet helemaal (gegevens niet in tabel).

Tabel 3.2: Percentage respondentent dat reden (heel) belangrijk vindt voor deelname aan de pilot “Professionalisering FTO” voor respondent zelf en voor de groep als geheel (% van de respondentent, N=25)^{a)}

	Niveau 3 (n=9)		Niveau 4 (n=16)		Totaal (n=25)	
	zelf	groep	zelf	groep	zelf	groep
Betere farmaceutische hulp voor patiënt	89	89	94	94	92	92
Doelmatig voorschrijven	89	100	94	94	92	96
Beter functionerend FTO	67	78	69	69	68	72
Reële financiële honorering voor FTO	78	56	69	75	72	68
Extra financiële vergoeding bij behalen resultaten	22	22	31	44	28	36

^{a)} Resultaten voor de groep als geheel zoals de individuele respondentent die inschatten.

Relevantie van de onderwerpen

De pilotgroepen die deelnamen aan de pilot moesten verplicht twee onderwerpen behandelen: maagmedicatie en cholesterolverlagers. De meeste respondentent vonden dat hiermee (hele) relevante onderwerpen gekozen waren: 83% vond dit van het onderwerp maagmedicatie en 88% van het onderwerp cholesterolverlagers (tabel 3.3).

Tabel 3.3: Mening van de respondentent over relevantie van de twee verplichte onderwerpen in het kader van de pilot “Professionalisering FTO” (percentage van de respondentent, n=25)

	Niveau 3		Niveau 4		Totaal	
	maag (n=9)	cholesterol (n=9)	maag (n=15)	cholesterol (n=16)	maag (n=24)	cholesterol (n=25)
Heel relevant	33	44	13	31	21	36
Relevant	56	44	67	56	63	52
Redelijk/niet zo relevant	11	11	20	13	17	12

Op het moment dat de vragenlijst werd afgenomen, hadden alle groepen bijeenkomsten gehad waarbij de twee verplichte onderwerpen op de agenda stonden. Deze bijeenkomsten werden door de respondentent over het algemeen als zinvol ervaren (76%). In de niveau 3 groepen vond 89% de bijeenkomsten zinvol, in de niveau 4 groepen was dat 69%. De overige deelnemers vonden de bijeenkomsten redelijk zinvol (gegevens niet in tabel).

De afspraken

Een belangrijk onderdeel van de pilot is het maken van afspraken over maagmedicatie en cholesterolverlagers. In de vragenlijst is gevraagd hoe het proces van afspraken maken is verlopen. Het blijkt dat het iets moeilijker was om afspraken te maken over maagmedicatie dan over cholesterolverlagers. Van de respondentent gaf 42% aan dat de groep het snel eens was over de te maken afspraken over cholesterolverlagers tegenover 25% bij maagmedicatie. Bij maagmedicatie waren de niveau 3 groepen het vaker snel eens dan de niveau 4 groepen, bij cholesterolverlagers was dat net andersom.

Tabel 3.4: Mening van de respondenten over het maken van afspraken in het kader van de pilot “Professionalisering FTO” (percentage van de respondenten, n=24)

	Niveau 3 (n=9)		Niveau 4 (n=15)		Totaal (n=24)	
	maag	cholesterol	maag ^{a)}	cholesterol	maag ^{a)}	cholesterol
We waren het snel eens	44	33	13	47	25	42
Het duurde even voor we het eens waren	56	56	67	53	63	54
Het kostte nogal moeite	0	11	13	0	8	4

^{a)} Eén respondent gaf als antwoord: anders.

Gevraagd is of iedereen in de groep de afspraken na zal komen of dat afgesproken is dat niet iedereen zich aan de afspraken hoeft te houden. Bij maagmedicatie zegt 84% van de respondenten dat overeen gekomen is dat alle deelnemers de afspraken naleven; 16% zegt dat iedereen zelf mag kiezen. Bij cholesterolverlagers zegt 80% dat iedereen in de groep de afspraken moet naleven, 12% zegt dat enkelen mogen afwijken en 8% zegt dat iedereen zelf mag kiezen.

Vervolgens is gevraagd naar de verwachtingen van de respondenten omtrent de haalbaarheid van de afspraken. Het halen van de gemaakte afspraken over cholesterolverlagers kost volgens 76% van de respondenten weinig moeite; binnen de niveau-4 groepen ligt dit percentage op 94% (tabel 3.5). Voor maagmedicatie ligt het anders, desgevraagd zegt 13% van de respondenten dat het halen van de gestelde doelen weinig moeite zal gaan kosten; 61% verwacht dat het enige moeite zal gaan kosten en 9% van de respondenten (twee apothekers) verwacht dat het veel moeite zal kosten. Als reden hiervoor wordt onder andere genoemd dat de gemaakte afspraken vrij ambitieus zijn. Een aantal groepen heeft afgesproken om chronisch gebruikers op te roepen en te motiveren minder (of zelfs geen) maagmedicatie te gebruiken.

Tabel 3.5: Mening van de respondenten over de haalbaarheid van de gemaakte afspraken in het kader van de pilot “Professionalisering FTO” (percentage van de respondenten, n=25)

	Niveau 3		Niveau 4		Totaal	
	maag (n=7)	cholesterol (n=9)	maag (n=16)	cholesterol (n=16)	maag (n=23)	cholesterol (n=25)
Het halen van de afspraken kost:						
Weinig moeite	14	44	13	94	13	76
Enige moeite	86	44	50	6	61	20
Veel moeite	0	0	13	0	9	0
Kan het niet inschatten	0	0	6	0	4	0
Anders	0	11	19	0	13	4

Betekenen de gemaakte afspraken nu dat de respondenten hun handelen moeten aanpassen? Tabel 3.6 laat zien dat twee derde van de respondenten denkt dat er aan zijn of haar handelen in het voorschrijven van maagmedicatie nauwelijks iets hoeft te worden ver-

anderd. Bij de cholesterolverlagers denkt iets meer dan twee derde van de deelnemers dat er weinig aan het dagelijks handelen veranderd hoeft te worden.

Tabel 3.6: Mening van de respondenten over het aanpassen van hun dagelijks handelen als gevolg van de gemaakte afspraken in het kader van de pilot “Professionalisering FTO” (percentage van de respondenten, n=24)

	Niveau 3		Niveau 4		Totaal	
	maag cholesterol (n=9)	cholesterol (n=9)	maag cholesterol (n=14)	cholesterol (n=15)	maag cholesterol (n=23)	cholesterol (n=24)
Mijn dagelijks handelen:						
Hoef ik nauwelijks aan te passen	44	67	79	73	65	71
Moet redelijk veranderen	56	33	21	13	35	21
Anders	0	0	0	13	0	8

Introductiebijeenkomst van 26 maart

Op 26 maart 2003 organiseerde de projectgroep een informatieavond voor contactpersonen van de deelnemende groepen. Zeven van de 25 respondenten (5 apothekers en twee huisartsen) hebben deze bijeenkomst namens hun FTO-groep bijgewoond. Van deze zeven deelnemers vonden er drie de bijeenkomst nauwelijks stimulerend, tegenover vier deelnemers die de bijeenkomst (redelijk) stimulerend vonden. Zes van deze respondenten vulden daarnaast een aantal vragen in over het nut van deze bijeenkomst. Tabel 3.7 geeft aan in hoeverre de bijeenkomst informatief was over bepaalde aspecten van de pilot. Omdat de gegevens slechts op zes respondenten betrekking hebben, zijn de absolute aantallen gepresenteerd en is er geen uitsplitsing gemaakt naar de twee niveaus.

Tabel 3.7: Mate waarin de introductiebijeenkomst behulpzaam is geweest om meer inzicht te krijgen in de pilot “Professionalisering FTO” (n=6)

	Aantal respondenten voor wie de bijeenkomst (redelijk) behulpzaam was ^{a)}
De avond was behulpzaam bij het verkrijgen van inzicht in:	
Doel van de pilot	4
Inhoud en gekozen onderwerpen	4
Planning van de pilot	6
Begeleiding tijdens de pilot	6
Werkwijze van de pilot	6
Werkwijze andere deelnemende groepen	4

^{a)} Meestal gaven de respondenten aan dat de bijeenkomst redelijk behulpzaam was.

Ondersteuning bij voorbereiding bijeenkomsten FTO-groep

Bijna de helft van de respondenten (46%) heeft één of meerdere van de bijeenkomsten van de eigen FTO-groep in het kader van de pilot voorbereid (n=11). Van deze elf mensen hebben er zeven begeleiding gekregen van een FTO-adviseur (64%); zes hiervan zijn tevreden over de begeleiding. Vijf van de elf voorbereiders – twee artsen en drie

apothekers - hebben ondersteuning gehad van de PTK-adviseur (46%), zij zijn hierover allemaal tevreden.

Werkmateriaal

In de pilot is gebruik gemaakt van werkmateriaal van DGV- Nederlands Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik. De DGV-materialen zijn vooral bedoeld ter voorbereiding van de bijeenkomsten. Dit verklaart waarom een minderheid van de deelnemers de materialen gezien heeft. Het percentage lezers varieerde van 12% (twee huisartsen en één apotheker) bij de module “Terugdringen chronisch gebruik maagmedicatie” tot 28% (waarvan drie huisartsen en vier apothekers) bij “Het voorbereiden van FTO-maagklachten”. Van de elf respondenten die één of meer bijeenkomsten in het kader van de pilot hebben voorbereid, heeft 64% “Het voorbereiden van FTO-maagklachten” gebruikt en 18% “Terugdringen chronisch gebruik maagmedicatie”. Wat betreft cholesterolverlagers lagen deze percentages op 46% voor zowel “Cholesterol, een oriëntatie” als voor “Cholesterolsyntheseremmers en bijwerkingen”.

Tabel 3.8 Percentage respondenten dat betreffende modules heeft gelezen in het kader van de pilot “Professionalisering FTO” (percentage van alle respondenten, n=25)^{a)}

Titel modules:	Niveau 3 (n=9)	Niveau 4 (n=16)	Totaal (n=25)
Cholesterol, een oriëntatie	33	13	20
Cholesterolsyntheseremmers en bijwerkingen	22	25	24
Het voorbereiden van FTO-maagklachten	22	31	28
Terugdringen chronisch gebruik maagmedicatie	11	13	12

a) Het DGV-materiaal is vooral gebruikt bij de voorbereiding van bijeenkomsten; hiervoor is het materiaal ook primair bedoeld.

Tot slot

De mening van de deelnemers over de pilot lijkt over het algemeen positief. Hierbij moet wel gezegd worden dat het beeld vertekend kan zijn doordat slechts twee derde van de deelnemers de vragenlijst heeft ingevuld. Met behulp van de interviews met twee voorbereiders van elke FTO-groep (zowel een huisarts als een apotheker) zijn een aantal zaken die in de vragenlijst aan de orde zijn gekomen verder uitgediept.

3.3 Resultaten uit gesprekken met vertegenwoordigers van de pilotgroepen

In deze paragraaf gaan we in op de gesprekken die gevoerd zijn met twee vertegenwoordigers van elke groep: een huisarts en een apotheker. De resultaten worden apart gepresenteerd voor de niveau 3 en de niveau 4 groepen. Hier bespreken we de meest opvallende resultaten van de interviews, waarbij we zowel aandacht besteden aan de overeenkomsten als de verschillen tussen de groepen.

3.3.1 Niveau 3 groepen

Algemene redenen voor deelname aan pilot

De twee niveau 3 groepen geven aan dat vooral kwaliteitsverbetering meespeelde in de beslissing aan de pilot deel te nemen. Voor deze groepen was hierbij vooral het voorschrijven van belang:

- *het meer evidence-based krijgen van wat we willen voorschrijven;*
- *een stimulans om je manier van voorschrijven weer eens tegen het licht houden.*

Eén groep wil ook graag het rendement van het FTO verhogen: in het verleden *had (je) achteraf vaak het gevoel dat er niet uit de bijeenkomst was gehaald wat er in zou kunnen zitten.*

Financiële redenen voor deelname aan de pilot

Voor de groepen op niveau 3 is een financiële vergoeding geen noodzakelijke voorwaarde voor deelname aan de pilot: *zo 'n dikke kluit is het nou ook weer niet.* Wel vinden beide groepen het op zich een goede ontwikkeling:

- *ik vind het heel reëel dat de apotheker ook een vergoeding krijgt voor het FTO;*
- *FTO is toch iets is wat je extra doet en het is goed dat je daar ook extra voor gehonoreerd wordt.*

Het feit dat het behalen van resultaten extra beloond wordt, speelt ook niet echt mee, wel zegt één groep: *goed dat die beloning er is omdat je dan wel weer een extra stimulans hebt om je in te zetten.*

Functioneren en voorschrijven van de groep

De twee groepen zien zeker punten waarop het functioneren van hun groep valt te verbeteren. Genoemd werd de behoefte aan meer structuur in de FTO-bijeenkomsten, met een serieuzere aanpak en goed afgegrensde onderwerpen: *het was in het verleden echt een zoete inval, volgens één groep.*

Voorbereiden bijeenkomsten

De bijeenkomsten werden in alle groepen door een apotheker en huisarts gezamenlijk voorbereid. De voorbereiders bedachten tijdens de voorbereiding wat interessant kon zijn voor hun groep en hoe de resultaten het best aan de groep gepresenteerd konden worden. Beide groepen namen hierbij de DGV-modules als uitgangspunt: *het voordeel was dat we de modules van DGV hebben gebruikt, het hielp het onderwerp concreet te maken.* De twee groepen liepen wel tegen problemen op bij de voorbereiding, bij de ene groep speelde de discussie of je bij het onderwerp cholesterolverlagers eigenlijk wel de NHG-Standaard moet volgen: *het was hierbij ook een probleem dat het cholesterolboekje gedateerd was, daardoor ontstond er veel discussie met name over de risicotabellen.* De andere groep had maar één bijeenkomst gepland voor het onderwerp maagmedicatie terwijl het materiaal eigenlijk uitging van twee bijeenkomsten.

Prescriptiecijfers

In de twee groepen worden de prescriptiecijfers om praktische redenen respectievelijk anoniem en per praktijk gepresenteerd, maar er is in beide groepen voldoende vertrouwen om de huisartsen met naam en toenaam te noemen:

- *De cijfers zijn gepresenteerd op praktijknaam omdat de gegevens niet voor alle huisartsen even goed uit elkaar te trekken zijn, maar het klimaat in de groep is zo veilig dat het helemaal geen probleem zou zijn als de gegevens wel op naam gepresenteerd zouden worden.*
- *De cijfers zijn anoniem gepresenteerd, maar in principe doen we niks anoniem maar gewoon met naam en dat vindt niemand een probleem.*

De voorschrijfcijfers worden volgens één groep gebruikt om een beeld te krijgen van wat er door de verschillende huisartsen wordt voorgeschreven en om na een tijdje te kijken wat er met een advies is gedaan. Deze groep zet wel wat kanttekeningen bij het gebruik van prescriptiecijfers: *het is leuk om illustratief te gebruiken maar of je op basis van de cijfers conclusies kan trekken over of de huisartsen wel of niet doen wat is afgesproken...*

De groep doelt hiermee op het versnipperd indicatiegebied van veel geneesmiddelen en het feit dat in hun groep veel groepspraktijken zitten waarbij huisartsen elkaars herhaalrecepten tekenen.

SFK FTO-module

Beide groepen op niveau drie hebben gebruik gemaakt van gegevens van SFK, één groep van de SFK FTO-module en de andere van een speciaal voor hen gemaakte “search” omdat met de FTO-module geen lijst gemaakt kon worden van alle patiënten met maagmedicatie. De twee groepen verschillen van mening over het werken met de SFK kubus:

- *Als je eenmaal door hebt hoe het moet, werkt de SFK kubus (FTO-module) fantastisch.*
- *We hebben nu een abonnement genomen op de SFK webrapportages en maken dus helemaal geen gebruik meer van de therapeutisch kubus (FTO-module), het gebruik daarvan vind ik erg bewerkelijk.*

De groep die minder tevreden was over de SFK FTO-module, geeft wel aan dat het de eerste keer was dat er door hun met de kubus werd gewerkt. Volgens de andere groep moet je regelmatig blijven oefenen om handigheid met de kubus te houden.

Begeleiding door de projectgroep

Beide groepen zijn positief over de begeleiding door DGV. Dit komt tot uitdrukking in de volgende uitspraken:

- *Het is ideaal als er iemand van buiten bij zit om de grote lijnen in de gaten te houden, het hielp ons om elke keer weer terug naar het onderwerp te gaan.*
- *Begeleiding geeft wel veel meer structuur en houvast.*

Ook de begeleiding bij het gebruik van prescriptiecijfers werd goed gevonden. Voor de toekomst zouden beide groepen het prettig vinden als er af en toe iemand kritisch naar de groep kijkt, met hen meedenkt en aangeeft als de groep niet concreet genoeg bezig is.

Ook als een soort vraagbaak bij problemen. Beide groepen benadrukken dat het met name gaat om begeleiding bij de voorbereiding van de bijeenkomsten, tijdens de bijeenkomsten zelf hoeft er niemand bij te zitten.

Afspraken maken en bijstellen

Als basis voor het maken van afspraken is door de groepen het DGV-materiaal gebruikt. Eén groep geeft aan naar aanleiding van de voorbereiding een advies te hebben voorgelegd aan de groep dat vervolgens door de groep is overgenomen. Deze groep geeft ook aan dat ze in principe geen bindende afspraken of resultaat doelstellingen formuleren maar: *meestal kan iedereen zich goed vinden in het advies want iedereen beseft dat je eigen gebruikservaringen allemaal maar erg marginaal zijn en dat als uit onderzoek blijkt, en dat is goed uitgezocht, dat het beter op een andere manier kan dan staat iedereen daar in principe wel voor open*. De andere groep geeft aan voor maagmedicatie moeilijker tot consensus te zijn gekomen dan voor cholesterolverlagers:

- *(we) hebben bij het FTO maag misschien iets teveel willen aanpakken, én een formularium keus én een plan van aanpak, en daardoor is die formularium keuze een beetje ondergeschoven geraakt.*
- *Tijdens die (cholesterol) bijeenkomst hebben we heel duidelijk de bijwerkingen, interacties, effectiviteit van cholesterolverlagers op een rijtje gezet. ... dat is een veel duidelijker omschreven onderwerp.*

De groepen hebben de afspraken die zij in het kader van de pilot maakten over cholesterolverlagers en maagmedicatie niet bijgesteld.

Effect van de pilot op het functioneren van de groep

Beide groepen zeggen dat de pilot zeker effect heeft gehad op het FTO. Dit komt tot uitdrukking in de volgende uitspraken:

- *Dat is voor ons de winst dat we een structuursjabloon hebben voor de voorbereiding en de FTO bijeenkomsten zelf, voor de pilot hebben we bijvoorbeeld wel met een soort voorzitter gewerkt maar nu hebben we echt een voorzitter die aan procesbewaking doet en dat scheelt.*
- *Ik denk dat het nu veel gestructureerder is dan daarvoor. Dit komt met name door het feit dat er nu duidelijke eisen op tafel liggen waar het FTO aan moet voldoen, zoals bijvoorbeeld het maken van een jaarplanning, en de aanwezigheid van een voorzitter die duidelijk leidt, het is veel minder vrijblijvend.*

Extra investeringen

Over de hoeveelheid tijd die de pilot de deelnemers extra heeft gekost verschillen de twee niveau 3 groepen van mening. Volgens één groep heeft met name de voorbereiding door het aangeleverde materiaal minder tijd gekost. De andere groep stelt dat de voorbereiding van de bijeenkomsten juist meer tijd geeft gekost. Deze groep heeft ook extra tijd geïnvesteerd doordat in de groep is afgesproken dat alle leden voor elke bijeenkomst een opdracht maken. Maar volgens de groep: *is iedereen wel redelijk enthousiast over de nieuwe aanpak*.

Mening over certificeringssysteem

Volgens beide niveau 3 groepen zijn de indicatoren voor dit niveau goed haalbaar. De indicatoren zijn volgens één groep wel wat onduidelijk. De andere groep heeft wel wat problemen met niveau 4 in het certificeringsmodel. Ze vragen zich met name af of het goed is om je geneeskundig handelen te laten bepalen door een resultaatdoelstelling.

Mening over de pilot

De groepen zijn over het algemeen enthousiast over de pilot. Wel was voor één groep in het begin niet helemaal duidelijk wat precies de bedoeling was. Ook was voor deze groep de rol van Univé een probleem, het leek deze groep bijvoorbeeld toe dat financiële overwegingen een rol hadden gespeeld in de keuze van de twee verplichte onderwerpen.

Communicatie met de projectgroep

De communicatie werd door de ene groep goed gevonden alhoewel ze de informatiebijeenkomst op 26 maart niet erg zinvol vonden. De andere groep vond de communicatie af en toe wat rommelig: *in de loop van de tijd hebben we een enorme stapel papier en allerlei formulieren ontvangen die allemaal betrekking hebben op het FTO en de pilot.* De groep vond de communicatie ook niet open: *de projectgroep was nooit echt één groep met een open vizier. Het zou beter zijn als de projectgroep van het begin af aan had duidelijk gemaakt van, wij willen gewoon een beter FTO maar dat kost natuurlijk geld en moeite en we hebben Univé bereid gevonden de pilot te financieren omdat er voor hun een hoop geld bespaard kan worden als er op een andere manier wordt voorgeschreven.*

Suggesties voor de projectgroep of andere groepen

Deze lopen erg uiteen:

- *Belangrijk dat er helderheid is over de verschillende belangen van de verschillende initiatiefnemers van de pilot.*
- *De projectgroep moet het belang van het gebruik van prescriptiecijfers wat relativeren.*
- *Wat ik eigenlijk goed zou vinden is als er een soort definitie zou zijn van wat is nou eigenlijk FTO en aan welke voorwaarden moet een goed FTO voldoen. Als je bij ons in de groep kijkt dan lopen praktische HAGRO (huisartsengroep) onderwerpen en echt FTO (waarin we op grond van theoretische onderbouwing proberen te komen tot een optimale voorschrijfkeuze) vaak heel erg door elkaar. Dat geldt ook voor de DGV modules.*

3.3.2 Niveau 4 groepen

Algemene redenen voor deelname aan pilot

De drie niveau 4 groepen geven aan dat hun FTO in de praktijk niet zo veel hoefde te veranderen door deelname aan de pilot. Toch geven zij aan dat er ook een aantal andere redenen meespeelde in de beslissing aan de pilot deel te nemen. Die hebben vooral te maken met kwaliteitsverbetering. Uitspraken die dit illustreren zijn:

- *We wilden vooral het FTO naar een iets hoger peil tillen;*
- *Het dwingt je om nog preciezer naar de cijfers te kijken;*
- *Je kijkt weer eens naar de procedures en scherpt ze aan.*

Dit alles willen de groepen door duidelijke afspraken te maken, deze duidelijk vast te leggen en deze te toetsen. Ze geven aan dit weliswaar al te doen, maar ook dat er ruimte is voor enige verbetering op dit terrein.

Financiële redenen voor deelname aan de pilot

Doorslaggevend is het geld duidelijk niet voor de drie pilotgroepen op niveau 4. Belangrijker lijkt het plezier in het FTO en de verbeteringen die door het FTO kunnen optreden. Ook geven de groepen aan dat de beloning nog niet in verhouding staat tot de uren die er

in gaan zitten. Dit wordt niet echt als een probleem ervaren, dit wordt althans door geen enkele groep expliciet vermeld. Toch zijn er wel vertegenwoordigers van groepen die het geld mooi meegenomen vinden: *laten we de centen eens een keer opstrijken*. Een beloning voor behaald resultaat is zeker niet onomstreden in de groepen:

- *Ik weet dat elders in het land wordt gewerkt met prestatietarieven, maar daar ben ik geen voorstander van.*
- *Een resultaatbeloning hoeft voor mij niet zo.*

Functioneren en voorschrijven van de groep

De drie pilotgroepen op niveau 4 zijn tevreden over het niveau en voorschrijfgedrag in hun groep; dit waren ze ook al voor de pilot. Eén groep denkt dat het niveau van functioneren niet beter meer kan. Wel denken ze dat er nog wat ruimte is het voorschrijfgedrag te verbeteren. Hierbij wordt door één groep wel aangetekend dat over de onderwerpen maagmedicatie en cholesterolverlagers al kort voor de pilot afspraken waren gemaakt zodat de kans op verbetering daar niet zo groot meer was.

Voorbereiden bijeenkomsten

De bijeenkomsten werden in alle groepen door een apotheker en huisarts voorbereid. De voorbereiders bedenken bij de voorbereiding wat interessant kan zijn, hoe de resultaten het best aan de groep gepresenteerd kunnen worden. In twee groepen doen de voorbereiders ook een voorstel voor de doelstelling; in de bijeenkomst wordt over dat voorstel gediscussieerd. De groepen verschillen in het gebruikte materiaal, de ene groep neemt bijvoorbeeld de DGV FTO-modules als uitgangspunt, de andere groep legt alle bronnen naast elkaar en bij weer een andere groep wordt het vooral bepaald door het materiaal dat de begeleiding met zich meebracht. De FTO-modules worden als nuttig gezien, maar niet altijd gebruikt voor de eigen groep:

- *De boekjes geven veel informatie over hoe je als groep naar een ideaalbeeld toekomt, maar onze groep heeft dat eigenlijk niet nodig.*
- *... die informatie houd je in je achterhoofd en af en toe gebruik je bijvoorbeeld eens een stelling.*

Prescriptiecijfers

In alle drie de groepen worden de prescriptiecijfers met naam en toenaam gepresenteerd, er is daarvoor voldoende vertrouwen: *er is gewoon ook veel vertrouwen binnen de HAGRO dus dat is geen enkel punt*. De resultaten worden bediscussieerd en huisartsen die afwijken in voorschrijfgedrag worden door de groep gemotiveerd te veranderen. De prescriptiecijfers worden om verschillende redenen gebruikt: om doelstellingen beter te kunnen bepalen, om te kijken of de afspraken gehaald worden, om te laten zien hoe groot de interdoktervariatie is of om te kijken waar knelpunten zitten.

SFK FTO-module

Over het gebruik van de SFK FTO-module zijn de groepen op niveau 4 niet onverdeeld enthousiast. Problemen die genoemd worden, zijn dat de codes van de huisartsen niet altijd kloppen, er geen informatie op patiëntniveau uit te halen is, het niet flexibel en omslachtig is, het op internet zit en je er de hele tijd bij moet blijven en het nut niet altijd

helder is.⁷ Twee groepen gebruiken de Huisarts Informatie Systemen als belangrijkste bron, en de derde groep heeft een heel volledig eigen apotheekstelsel.

Begeleiding door de projectgroep

Over de begeleiding door de projectgroep variëren de meningen van de groepen. Over het algemeen vindt men het goed dat iemand eens meekijkt hoe het proces in de FTO-groep verloopt:

- *Het is altijd nuttig als iemand objectief naar de groep kijkt.*
- *Op zich is het natuurlijk altijd goed als een buitenstaander naar je kijkt.*

Eén groep benadrukte dat aanreiken goed is, maar opleggen niet: *we moeten echt een beetje vrijheid van handelen hebben*. De begeleiding werd soms als schools ervaren. Toch vond men het op veel punten weer wel goed gaan, getuige ook het volgende citaat: *de begeleider gaf op een gegeven moment aan dat we het onszelf niet zo moeilijk moesten maken*. Dit was omdat de groep zichzelf te hoge doelen stelde, die moeilijk haalbaar zouden zijn. De begeleiding bij het gebruik van prescriptiecijfers werd goed gevonden. Tot slot gaf één groep aan het idee te hebben dat de verschillende begeleiders uit de projectgroep niet altijd op dezelfde lijn zaten.

Voor de toekomst denkt men niet echt begeleiding nodig te hebben; het kost bijvoorbeeld ook tijd. Maar één groep geeft ook aan dat het altijd goed is als er af en toe een keertje iemand meekijkt. Het leek één groep handig om iemand te hebben bij wie men voor tips terecht kon.

Afspraken maken en bijstellen

Als basis voor het maken van afspraken wordt veel gebruik gemaakt van bestaande richtlijnen zoals de NHG-Standaarden, het Farmacotherapeutisch Kompas en vakbladen. Ook ervaring van de deelnemers van de groep worden meegenomen in de discussie over de afspraken die gemaakt worden. Over de afspraken wordt in de groepen vaak goed en veel gediscussieerd. Eén groep geeft aan voor cholesterolverlagers moeilijker tot consensus te zijn gekomen dan voor maagmedicatie. De afspraken die uiteindelijk gemaakt worden, moeten voor iedereen acceptabel zijn / te halen zijn. Afspraken worden bijgesteld als na een tijdje blijkt dat ze niet werken. Soms lukt het niet een bepaald doel te bereiken: *het is echt heel moeilijk om gewoontegedrag te doorbreken*. De groepen hebben de afspraken die zij in het kader van de pilot maakten over cholesterolverlagers en maagmedicatie niet bijgesteld.

Effect van de pilot op het functioneren van de groep

De groepen schatten het effect van de pilot niet zo heel sterk in; een groep verwoordt dit als volgt: *het heeft geen 'shocking' invloed gehad, dat we nu ineens dingen rigoureu anders doen*. Wel heeft de pilot een aantal voordelen gehad. Deze hebben zowel betrekking op het verloop van de bijeenkomsten als op de voorbereiding. De pilot geeft meer frame aan de bijeenkomsten en in één groep zijn de afspraken scherper geformuleerd dan voor de pilot. Eén groep geeft aan dat bijeenkomsten efficiënter verlopen en dat de discussie beter gestructureerd wordt. Ook heeft een groep door de pilot geleerd het

⁷ Inmiddels is de SFK-module aangepast, de kritieken van de deelnemers zijn gericht op de oude opzet van de SFK-module.

gebruik van prescriptiecijfers op een andere manier te benaderen. Eén groep geeft aan dat eigenlijk alleen de voorbereiding anders is gelopen dan anders. Ter illustratie: *het heeft ons gebracht naar een langzamer en toch efficiënter proces.*

Extra investeringen

De pilot heeft vooral voor de contactpersonen en de voorbereiders van bijeenkomsten extra tijd gekost. Dit kwam onder andere door de begeleidende bijeenkomsten, waarvan men voor zichzelf niet altijd direct het nut inzag. Ook het invullen van alle formulieren wordt genoemd als extra investering. Eén groep merkt op: *het is nuttig bestede tijd geweest.*

Mening over certificeringssysteem

Over de gebruikte indicatoren bestaat bij de groepen verwarring. Men vond ze onduidelijk, ook omdat ze in de loop van het jaar leken te veranderen en men het gevoel had dat ze binnen de DKB ook niet helemaal duidelijk waren. Een groep twijfelde of de indicatoren wel de juiste zijn om het niveau van een groep te meten; men miste bijvoorbeeld het groepseffect en de vraag hoe lang iets getoetst moet worden.

Mening over de pilot

De groepen zijn over het algemeen enthousiast over het idee van de pilot: het goed functioneren van het FTO. Daarvoor hebben zij zelf over het algemeen de pilot niet altijd nodig, hoewel één groep aangeeft dat de pilot een hulpmiddel is om op de juiste weg te blijven. Zij zeggen alledrie op dezelfde manier door te gaan als de pilot op zou houden. Wel denken ze dat de pilot bij kan dragen aan professionalisering van het FTO in het algemeen en vinden zij het een goed initiatief. Ze hopen dan ook dat meer groepen aan het traject gaan deelnemen en het systeem zich verder ontwikkelt: *het zou zonde zijn als alles voor niets is geweest.* Eén groep geeft aan graag een rol te spelen in de professionalisering van het FTO en wat te willen doen voor andere groepen. De groepen zouden meer vrijheid willen in de onderwerpkeuze en één groep wil meer vrijheid in hoe je een en ander aanpakt. Eén groep geeft aan niet blij te zijn met de keuze voor de verplichte onderwerpen: *Het waren voor ons wat uitgekauwde onderwerpen.* Deze groep had het idee dat de projectgroep met deze onderwerpen een verborgen agenda had, ze hadden hier graag meer openheid over gehad.

Communicatie met de projectgroep

De communicatie werd met name in het begin niet helder gevonden; dit is later duidelijk verbeterd. Eén groep vindt dat duidelijker gemaakt moet worden wat nu eigenlijk van de deelnemende groepen wordt verwacht. De planning van de gezamenlijke bijeenkomsten vond men ook niet handig.

Suggesties voor de projectgroep of andere groepen

Deze lopen erg uiteen:

- *Als een groep begint moeten ze eerst even met zijn allen uit eten gaan*
- *Werk goed uit wat de wensen zijn, het gaat maar om een paar regeltjes maar dat van het begin af aan voor iedereen van de FTO-groep duidelijk is wat de bedoeling is en wat er gedaan gaat worden*
- *Dat binnen de begeleidingsgroep iedereen ook op één lijn zit.*
- *Ik denk dat het in ieder geval belangrijk is dat er een meerjarenplan komt, dat je zeker weet dat de zorgverzekeraar het voor langere tijd doet*
- *Men moet er voor zorgen dat je mensen in de projectgroep houdt die in het veld bekend zijn, dat is heel belangrijk*
- *Als het de projectgroep teveel wordt, is het natuurlijk beter als ze hun activiteiten richten op startende groepen. Dan stoppen wij wel met de pilot als dat verzoek komt*

3.4 Effect van de pilot op het functioneren van de groepen

Aan het einde van de pilot is alle deelnemers een vragenlijst gestuurd waarin voor een aantal aspecten van het FTO gevraagd werd of deze beïnvloed zijn door de pilot. Deze aspecten hadden betrekking op de groep, de voorbereiding van bijeenkomsten, de gemaakte afspraken en het gebruik van prescriptiecijfers. Eerst is gevraagd hoe belangrijk de deelnemers de betreffende aspecten vinden. De gegevens hebben betrekking op een beperkt aantal personen namelijk 5 apothekers en 15 huisartsen. Vanwege de kleine aantallen apothekers per niveau is niet gekeken naar de verschillen tussen huisartsen en apothekers.

3.4.1 *Het belang van verschillende aspecten*

Tabel 3.9 geeft een overzicht van de verschillende aspecten waaraan de respondenten op een schaal van 1-4 een belangscore hebben toegekend. De vier antwoordcategorieën waren ‘niet belangrijk’, ‘eigenlijk wel belangrijk’, ‘belangrijk’ en ‘van zeer groot belang’.

Het goed functioneren als groep wordt het belangrijkste aspect gevonden; dit geldt zowel voor deelnemers uit niveau 3 groepen als voor deelnemers uit niveau 4 (tabel 3.9). Ook het hebben van kritiek op de eigen werkwijze is voor veel deelnemers een belangrijk aspect van goed FTO. Voor niveau 3 groepen zijn het hebben van een agenda voor elke bijeenkomst en het vastleggen van afspraken belangrijk voor een goed FTO. Ook vinden de niveau 3 groepen een reële vergoeding belangrijk. De niveau 4 groepen daarentegen hechten met name belang aan een hoge opkomst bij bijeenkomsten evenals het maken van haalbare afspraken, het halen van doelstellingen en het toetsen van afspraken met of zonder prescriptiecijfers. Het minst belangrijk vinden de deelnemers dat alle leden bij de voorbereiding van het FTO betrokken worden, en het formuleren van resultaatdoelstellingen. Op een aantal aspecten verschillen deelnemers uit niveau 4 groepen van die uit niveau 3 groepen in het belang dat zij hechten aan een bepaald aspect.

Tabel 3.9: Belangscores gegeven door de deelnemers aan de pilot “Professionalisering FTO” op een aantal kenmerken van het FTO (1=niet belangrijk; 4 =heel belangrijk)

Aspecten	Niveau 3 (n=11)	Niveau 4 (n=9)
De groep		
Goed functioneren als groep	3,5	3,4
Reële vergoeding	3,3	2,3
Kritiek op eigen werkwijze	3,3	3,2
De voorbereiding		
Onderwerp klein houden	2,4	2,8
Vorbereiding door alle leden	2,4	2,1
De bijeenkomsten		
Hoge opkomst	2,8	3,3
Jaaragenda	3,0	2,7
Vaste voorzitter	2,5	2,9
Agenda voor elke bijeenkomst	2,9	3,1
Gestructureerd	3,2	3,0
De afspraken		
Haalbaar	3,0	3,3
Evidence-based	3,1	2,7
Toetsbaar	3,0	2,9
Resultaatdoelstellingen formuleren	2,2	2,8
Afspraken vastleggen	3,2	3,0
Afspraken toetsen	2,9	3,2
Doelstellingen halen	2,4	3,3
Toetsen over langere periode	2,7	2,7
Beloond worden voor resultaat	2,8	2,9
Prescriptiecijfers		
Inzicht in voorschrijfgedrag	3,1	2,8
Afspraken maken	2,9	3,0
Afspraken toetsen	3,0	3,2

3.4.2 *Verschillen voor en na de pilot: niveau 3*

Zijn er volgens de deelnemers tijdens de pilot veranderingen opgetreden op de gevraagde aspecten? Tabel 3.10 laat dit zien voor de niveau 3 groepen. De antwoordmogelijkheden bestonden uit een vierpuntsschaal met de antwoordcategorieën ‘nee’, ‘eigenlijk niet’, ‘eigenlijk wel’, ‘ja’. Volgens de deelnemers in deze groepen is er tijdens de pilot op verschillende punten verandering opgetreden. Zo is de vergoeding die men krijgt voor het FTO reëler en staan de groepen kritischer ten aanzien van hun eigen werkwijze. Volgens de groepen worden de bijeenkomsten vaker door alle leden voorbereid. Ook is er aan de organisatie van de bijeenkomsten een en ander veranderd. De organisatie is gestructureerder, er is een vaste voorzitter, een jaaragenda en een agenda voor elke bijeenkomst. Inzicht krijgen in het voorschrijfgedrag wordt na de pilot meer gedaan dan voor de pilot.

Tabel 3.10: Mate waarin FTO aan bepaalde kenmerken voldoet voor en na de pilot, niveau 3 groepen (1=nee, 2=eigenlijk niet, 3=eigenlijk wel, 4=ja; n=11)

Aspecten	Voor pilot	Na pilot
De groep		
Goed functioneren als groep	3,8	3,6
Reële vergoeding	1,3*	3,3
Kritiek op eigen werkwijze	2,6*	3,6
De voorbereiding		
Onderwerp klein houden	2,8	3,4
Vorbereiding door alle leden	2,5*	3,3
De bijeenkomsten		
Hoge opkomst	3,3	3,1
Jaaragenda	2,0*	3,9
Vaste voorzitter	2,0*	4,0
Agenda voor elke bijeenkomst	2,6*	4,0
Gestructureerd	2,6*	3,9
De afspraken		
Haalbaar	2,3*	3,4
Evidence-based	2,8*	3,6
Toetsbaar	2,0	3,0
Resultaatdoelstellingen formuleren	1,1*	2,4
Afspraken vastleggen	2,8	3,6
Afspraken toetsen	1,3*	3,3
Doelstellingen halen	1,3*	2,9
Toetsen over langere periode	1,2*	3,4
Beloond worden voor resultaat	1,1*	2,9
Prescriptiecijfers		
Inzicht in voorschrijfgedrag	3,1*	3,9
Afspraken maken	2,3*	3,8
Afspraken toetsen	1,4*	3,9

* Sign. verschil tussen voor en na de pilot, $p < 0,05$, # $p < 0,10$.

Daarnaast zijn er grote verschillen te zien voor en na de pilot als het gaat om de afspraken die niveau 3 groepen maken. Er worden meer resultaatdoelstellingen geformuleerd, de afspraken zijn beter haalbaar. Ook worden de gemaakte afspraken beter getoetst, zowel op de korte als de lange termijn. En dit ondanks het feit dat voor groepen op niveau 3 toetsing van de resultaten geen eis is. De groepen halen hun doelstellingen makkelijker en er is een betere beloning voor behaald resultaat. Groepen op niveau 3 zijn volgens de deelnemers ook meer evidence-based gaan werken.

3.4.3 *Verschillen voor en na de pilot: niveau 4*

Tabel 3.11 laat de resultaten voor de deelnemers uit twee niveau 4 groepen zien. Ook daar vindt men de vergoeding voor het FTO reëler na de pilot. Aan de voorbereiding en het werken met prescriptiecijfers is volgens de deelnemers van deze groepen niet veel veranderd. De bijeenkomsten zijn gestructureerder en er is een duidelijkere jaaragenda. Ook bij de niveau 4 groepen zijn de grootste verschillen te vinden als het gaat om het proces rondom het maken en toetsen van afspraken. Evenals bij de groepen op niveau 3 worden meer resultaatdoelstellingen geformuleerd, de gemaakte afspraken zijn beter haalbaar en worden meer over een langere periode getoetst. Ook is er een betere beloning voor

behaald resultaat. Groepen op niveau 4 zijn volgens de deelnemers ook meer evidence-based gaan werken.

Het is interessant om te bekijken of de veranderingen hebben plaatsgevonden op de aspecten die de groepen belangrijk vinden aan een goed FTO. Voor de niveau 3 groepen blijkt dat er inderdaad positieve veranderingen zijn opgetreden op de voor de deelnemers belangrijke aspecten. Zo is de vergoeding voor het FTO reëler en staan de groepen kritischer tegenover hun eigen werkwijze. Wat betreft een ander voor deze groepen belangrijk aspect, het goed functioneren als groep, is er weinig veranderd. De niveau 3 groepen functioneerden volgens eigen zeggen al goed als groep (score 3,82 op een schaal van 1-4), en er was op dat gebied dan ook weinig verbetering te verwachten.

Tabel 3.11: Mate waarin FTO aan bepaalde kenmerken voldoet voor en na de pilot niveau 4 groepen (1=nee, 2=eigenlijk niet, 3=eigenlijk wel, 4=ja; n=9)

Aspecten	Voor pilot	Na pilot
De groep		
Goed functioneren als groep	3,9	3,9
Reële vergoeding	1,6*	3,3
Kritiek op eigen werkwijze	3,7	3,3
De voorbereiding		
Onderwerp klein houden	3,3	3,3
Vorbereiding door alle leden	2,1	2,2
De bijeenkomsten		
Hoge opkomst	4,0	
Jaaragenda	3,0*	4,0
Vaste voorzitter	3,7	4,0
Agenda voor elke bijeenkomst	3,8	4,0
Gestructureerd	3,6#	3,9
De afspraken		
Haalbaar	3,7#	4,0
Evidence-based	3,1#	4,0
Toetsbaar	3,6#	3,9
Resultaatdoelstellingen formuleren	2,0*	3,9
Afspraken vastleggen	3,6	4,0
Afspraken toetsen	3,6	4,0
Doelstellingen halen	2,9	3,7
Toetsen over langere periode	3,0*	4,0
Beloond worden voor resultaat	1,4*	3,6
Prescriptiecijfers		
Inzicht in voorschrijfgedrag	3,9	3,9
Afspraken maken	3,6	3,7
Afspraken toetsen	3,8	3,9

* Sign. verschil tussen voor en na de pilot, $p < 0,05$, # $p < 0,10$.

Voor de niveau 4 groepen geldt dat deze groepen ook voor de pilot al hoog scoorden op voor deze groepen belangrijke aspecten. Er is voor deze aspecten geen verandering te zien tussen voor en na de pilot.

3.5 Verslaglegging en tijdschrijfformulieren

De deelnemende groepen maakten van elke bijeenkomst een verslag. Hiervoor was een formulier ontwikkeld: “Verslag Intercollegiale Toetsing/Farmacotherapie-overleg 2003”. Mede aan de hand van de verslagen is de niveaubepaling van de pilotgroepen gedaan. Daarnaast is de deelnemers gevraagd een tijdschrijfformulier bij te houden tijdens het jaar van de pilot.

3.5.1 *Verslagen*

De verslagen hebben tot doel de groepen in niveaus te kunnen indelen. Alle pilotgroepen hebben verslagen ingestuurd naar de stichting DKB. De formulieren waren voor alle groepen hetzelfde. Tabel 3.12 geeft de relatie weer tussen het certificeringsmodel en de vragen in het verslagformulier zijn. In beginsel zijn alle criteria af te leiden uit de verslagen. Dit betekent dat de verslagen kunnen dienen als basis om de groepen in niveaus in te delen. Een aantal opmerkingen kunnen hierbij nog gemaakt worden. Het NIVEL heeft de verslagen van de verschillende groepen nagelopen. De indeling van de groepen zoals die door de projectgroep vooraf is gemaakt (twee groepen op niveau 3 en drie groepen op niveau 4) wordt door het NIVEL ondersteund naar aanleiding van zowel de verslagen als de interviews met de contactpersonen van de groepen.

Naar aanleiding van de verslagen kan een aantal opmerkingen gemaakt worden. De rapportage biedt niet veel ruimte voor het weergeven van het werken met prescriptie-cijfers. Alleen de bron moet worden vermeld. Het doel van het gebruik van prescriptie-cijfers hoeft nergens expliciet te worden ingevuld, terwijl dat wel een criterium is waarop de groepen ingedeeld worden op niveau 3 dan wel niveau 4. Ook is er niet direct een koppeling tussen de gemaakte afspraken en de evidence of praktijkervaringen waarop deze afspraken zijn gebaseerd.

Tabel 3.12: Relatie certificeringsmodel en verslaglegging als basis voor indeling groepen in niveaus

Criterion in certificeringsmodel	Hoe te meten voor niveau 3 en 4	Manier van verslaglegging	Criterion te toetsen m.b.v. verslagen
Vorbereiding	Huisarts en apotheker voorbereid	Op voorblad de namen van de voorbereiders	Ja
Jaaragenda	Eenmalig jaaragenda insturen	Eenmalig jaaragenda insturen	Nee, maar wel goed te toetsen buiten verslagen om
Voorzitter	Is er een voorzitter bij elke bijeenkomst	Op voorblad naam van de (technisch) voorzitter	Ja
Frequentie bijeenkomsten	Minimaal 4x per jaar	Aantal ingestuurde verslagen	Ja
Duur bijeenkomst	Minimaal 1,5 uur (niv. 3) of minimaal 2 uur (niv.4)	Op voorblad de duur van de bijeenkomst	Ja
Opkomst	Minimaal 75%	Op voorblad aan- en afwezigingen vermelden	Ja
Gebruik voorschrijfcijfers	Inzicht in voorschrijven (niv. 3), ook toetsing (niv. 4)	Aan te kruisen als gebruikte werkvorm (incl. bron), follow-up: toetsing van gemaakte afspraken m.b.v. prescriptiecijfers	Deels, reden van gebruik zal moeten blijken uit door de groepen bijgevoegde bijlagen
Algemeen doel FTO	Afspraken maken (niv. 3), ook toetsen (niv. 4)	Formulier biedt ruimte voor invullen: inhoudelijke werkafspraken, logistieke werkafspraken en meetbare resultaatdoelstelling	Ja
Onderwerp en doelstelling	Minimaal 2x	Op formulier zijn doelstelling en onderwerp in te vullen	Ja
Formulariumafpraak beoordeeld aan bv. NHG-Standaard	Afspraak moet gemaakt worden	Zie algemeen doel en er is ruimte voor invullen gebruikte literatuur	Ja, echter niet duidelijk is hoe de gebruikte bronnen in de afspraak zijn meegenomen

3.5.2 Tijdschrijfformulieren

De tijdschrijfformulieren werden met de FTO-verslagen ingestuurd. Drie van de vijf groepen stuurden hun tijdschrijfformulieren in; twee groepen van vier bijeenkomsten en één groep van vijf bijeenkomsten. Op de formulieren werd voor alle deelnemers aangegeven hoeveel tijd deze besteed hadden aan:

- de FTO-bijeenkomst;
- de voorbereiding van de FTO-bijeenkomst;
- extern overleg in het kader van de pilot;
- overhead.

FTO-bijeenkomsten

Twee groepen kwamen per FTO-bijeenkomst 1,5 uur bij elkaar, de andere groep 2 uur. Dit verschilde niet tussen bijeenkomsten waar pilotonderwerpen werden behandeld en bijeenkomsten waarbij andere onderwerpen op de agenda stonden.

Vorbereiding FTO

In alle gevallen bereidden één huisarts en één apotheker de bijeenkomsten voor. Gemiddeld besteedden de huisartsen die de FTO-bijeenkomst voorbereidden in 2003 gemiddeld 3,4 uur per bijeenkomst aan de bijeenkomst, voor de apothekers was dat 4,7 uur per bijeenkomst. Bij de bijeenkomsten waar maagmedicatie op de agenda stond, was de voorbereidingstijd van de huisartsen meer dan het gemiddelde over alle bijeenkomsten: gemiddeld 4,8 uur. Voor apothekers lag de voorbereidingstijd per bijeenkomst bij maagmedicatie juist lager dan het gemiddelde: 3,6 uur. Voor cholesterol was de gemiddelde voorbereidingstijd per bijeenkomst voor huisartsen 4,3 uur en voor apothekers 5,7 uur; daarmee was de voorbereiding bij cholesterolverlagers gemiddeld langer dan in het algemeen. Bij een groep was de voorbereidingstijd voor *alle* huisartsen voor één van de bijeenkomsten 2 uur; dit was in een bijeenkomst waarin de afspraken over maagmedicatie werden geëvalueerd.

Overhead en externe contacten in verband met de pilot

Alleen de contactpersonen hebben tijd besteed aan externe contacten overhead. Dit betekent per groep één huisarts en één apotheker. De huisartsen besteedden gemiddeld 2,2 uur aan externe contacten (met minimum van 0 en maximum van 6) en 2 uur aan overhead; voor de apothekers was het aantal uren besteed aan externe contacten gemiddeld 6 (minimaal 0 en maximaal 12) en aan overhead 2,1 uur. De grote verschillen als het gaat om de externe contacten kunnen erop duiden dat de verschillende groepen aan dit begrip een andere invulling hebben gegeven.

4 Resultaten effectevaluatie

4.1 Inleiding

Uit het vorige hoofdstuk bleek dat de deelnemers aan de pilot “Professionalisering FTO” over het algemeen tevreden zijn over de pilot en dat zij vooruitgang zagen binnen hun FTO-groep in het proces rondom het maken van afspraken. Dit hoofdstuk gaat in op de vraag of deze afspraken geleid hebben tot een verandering in het voorschrijfgedrag van de deelnemende huisartsen. In de pilot maakten de pilotgroepen – mede op basis van standaarden en richtlijnen – afspraken over doelen die zij wilden bereiken. Deze werden vastgelegd in de verslagen die de groepen naar de DKB stuurden en waarop de certificering gebaseerd werd. Gekeken wordt of het mogelijk is met behulp van gegevens van de Stichting Farmaceutische Kengetallen te toetsen of afspraken zijn gerealiseerd. In de tweede plaats wordt gekeken in hoeverre de pilotgroepen afwijken in hun voorschrijfcijfers van de voor dit onderzoek samengestelde controlegroep (zie ook hoofdstuk 2). Tot slot wordt gekeken in hoeverre uit de voorschrijfcijfers van andere strategische onderwerpen zoals antidepressiva en hypertensiemedicatie blijkt dat de farmaceutische zorg van pilotgroepen afwijkt van de controlegroep. Deze vraag is in het onderzoek betrokken om te zien of de pilotgroepen in het algemeen anders voorschrijven van de controlegroepen.

4.2 Bruikbaarheid SFK-gegevens

Alle apotheken die deelnamen aan de pilot leveren cijfers aan SFK. Deze cijfers hebben betrekking op de geneesmiddelen zoals afgeleverd in de apotheek. Bij de afgeleverde geneesmiddelen wordt de voorschrijver vermeld. De apotheker levert de gegevens aan bij SFK met een versleutelde code voor de huisarts. Hieruit kan SFK de AGB-code van de huisarts – welke uniek is voor elke huisarts – herleiden, waardoor het in beginsel mogelijk is cijfers te leveren op huisartsniveau. Wanneer patiënten van één huisarts bij verschillende apotheken hun geneesmiddelen ophalen, dan kunnen in principe de gegevens van de huisarts bij elkaar opgeteld worden. Uiteindelijk bleken 36 huisartsen van de 64 huisartsen die toestemming hadden gegeven, in de analyses te kunnen worden betrokken.⁸ Bij een aantal huisartsen waren de verschillen in voorschrijven tussen 2002 en 2003 dusdanig groot (bijvoorbeeld meer dan het dubbele aantal voorschriften) dat besloten is deze huisartsen niet in de analyses op te nemen. Twee onderzoekers hebben onafhankelijk van elkaar bepaald welke huisartsen op basis van een te groot verschil niet opgenomen konden worden. Zij kwamen hierbij op dezelfde huisartsen uit. Van een aantal huisartsen bleken ook geen gegevens aanwezig van de voormeting, onder andere van één van de pilotgroepen. Ook bleken bij een aantal huisartsen de gegevens van de voormeting niet te kloppen, onder andere van één van de pilotgroepen. De drie pilotgroepen waarvan wel gegevens beschikbaar waren, leverden gegevens van respectievelijk 5 en 7 huisartsen en van 5 huisartspraktijken (met 10 huisartsen).

⁸ Deze huisartsen konden niet altijd allemaal in de analyses betrokken worden.

De resultaten in dit hoofdstuk hebben betrekking op een klein aantal huisartsen en FTO-groepen en moeten met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. Alleen wanneer de hele pilotgroep (dus alle deelnemers aan de pilot) vergeleken wordt met de hele vergelijkingsgroep is op significantie getoetst. Bij de volumematen (aantal ddd's en voorschriften) worden voor de vergelijkingsgroepen alleen vershilscores en geen gemiddelden vermeld. Dit heeft te maken met het feit dat niet alle apotheken van de vergelijkingsgroepen toestemming hebben gegeven voor het gebruik van hun voorschrijfcijfers. Hierdoor zijn voor een aantal artsen uit de vergelijkingsgroepen de cijfers incompleet. In tabel 2.2 wordt een overzicht gegeven van de FTO-groepen waarbij dit het geval is.

Tot slot is het belangrijk op te merken dat de interdoktervariatie voor de afzonderlijke vergelijkingsgroepen niet is vastgesteld. Veelal konden slechts 11 huisartsen verdeeld over vijf vergelijkingsgroepen in de analyses worden opgenomen; van de zesde groep waren er van geen enkele huisarts bruikbare gegevens. Dit maakte hun aantal te klein per groep om interdoktervariatie te berekenen. Er is voor gekozen om de interdoktervariatie over de hele vergelijkingsgroep te berekenen. Dit betekent dat er waarschijnlijk een overschatting is van de interdoktervariatie (omdat aangenomen mag worden dat huisartsen binnen een groep minder variatie vertonen dan huisartsen uit verschillende groepen).

4.3 Afspraken door de groepen gemaakt

4.3.1 *Statines*⁹

De afspraken die de pilotgroepen hebben gemaakt als het gaat om statines, hebben voor een belangrijk deel betrekking op de keuze van een voorkeursmiddel.¹⁰ Voor drie groepen kunnen de cijfers van 2002 en 2003 op dit punt met elkaar vergeleken worden, voor één groep kunnen alleen de cijfers van 2003 bekeken worden en voor één groep zijn cijfers van beide jaren niet bruikbaar. Tabel 4.1.a laat zien dat in één pilotgroep een toename is te zien in het aandeel van het voorkeursmiddel in het totaal aantal voorschriften. Bij pilotgroep A is er nauwelijks verandering en bij pilotgroep C is er een lichte afname te zien. Bij deze twee laatste pilotgroepen ligt het aandeel van de voorkeursmiddelen in 2002 al hoog. Voor alle pilotgroepen is in 2003 het aandeel van de voorkeursstatines op het totaal aantal voorgeschreven statines meer dan 50%. Het aandeel voorkeursstatines ligt voor alle groepen hoger dan in de vergelijkingsgroep (m.u.v. pilotgroep B). De pilot heeft weinig verandering gebracht in de interdoktervariatie in de drie pilotgroepen. Voor twee van deze groepen (A en C) geldt echter dat de interdoktervariatie al laag was in 2002 en onder het niveau van de vergelijkingsgroep en de andere twee pilotgroepen lag.

⁹ Vanaf nu wordt in dit hoofdstuk over statines gesproken, omdat de gegevens uitsluitend betrekking hebben op deze categorie cholesterolverlagende middelen.

¹⁰ Vaak werd ook een voorkeursdosering (bijvoorbeeld 20 mg of 40 mg) genoemd, dit kon echter niet getoetst worden met de SFK-cijfers.

Tabel 4.1a: Vergelijking van aandeel voorkeursmiddel(en) in totaal aantal **recepten** voor statines 2002 en 2003

Deelnemers aan pilot ↓	% voorkeursmiddel van totaal recepten statines (variatiecoëfficiënt)			
	2002		2003	
	vergelijkingsgroep ^{a)}		vergelijkingsgroep	
Pilotgroep A	76,7 (0,04)	61,3 (0,25)	75,0 (0,05)	56,4 (0,20)
Pilotgroep B	39,0 (0,22)	53,3 (0,30)	50,2 (0,26)	49,1 (0,25)
Pilotgroep C	81,5 (0,11)	61,3 (0,25)	70,7 (0,07)	56,4 (0,20)
Pilotgroep D			54,1 (0,22)	42,8 (0,23)

a) Omdat niet alle pilot-groepen dezelfde voorkeursmiddelen hebben gekozen, varieert de waarde van de vergelijkingsgroep.

Tabel 4.1.b laat een vergelijkbaar plaatje zien. In plaats van naar het aandeel in het aantal voorschriften is hier gekeken naar het aandeel dat het voorkeursmiddel heeft in het aantal voorgeschreven ddd's. In pilotgroep B is de interdoktervariatie tussen 2002 en 2003 afgenomen. De interdoktervariatie is in de pilotgroepen lager dan in de vergelijkingsgroep.

Tabel 4.1b: Vergelijking van aandeel voorkeursmiddel(en) in totaal aantal **ddd's** voor statines 2002 en 2003

Deelnemers aan pilot ↓	% voorkeursmiddel van totaal ddd's statines (variatiecoëfficiënt)			
	2002		2003	
	vergelijkingsgroep ^{a)}		vergelijkingsgroep	
Pilotgroep A	68,0 (0,08)	53,8 (0,31)	67,8 (0,08)	49,1 (0,25)
Pilotgroep B	50,2 (0,26)	44,0 (0,38)	58,5 (0,09)	48,9 (0,25)
Pilotgroep C	70,9 (0,17)	53,8 (0,31)	66,8 (0,12)	49,1 (0,25)
Pilotgroep D			42,7 (0,23)	37,7 (0,42)

a) Omdat niet alle pilot-groepen dezelfde voorkeursmiddelen hebben gekozen, varieert de waarde van de vergelijkingsgroep.

De overige afspraken waren niet te toetsen met behulp van de SFK-cijfers met uitzondering van de afspraak die één groep maakte over het aantal nieuwe gebruikers. Deze afspraak luidde dat 80% van de nieuwe gebruikers het middel atorvastatine moest betreffen. Het aantal nieuwe gebruikers in de SFK-data was tien. Hiervan gebruikten er zes atorvastatine (60%). Ook is gekeken of er tussen 2002 en 2003 een toename was te constateren van het aantal atorvastatine gebruikers. Tabel 4.2 laat de toe- of afname van het aantal gebruikers van de verschillende statines. Het jaar 2002 is op 100 gesteld. Atorvastatine is de enige van de in 2002 op de markt zijnde statines waarvan het aantal gebruikers is toegenomen. In 2003 gebruikt overigens 8% van de patiënten van deze groep rosuvastatine, de statine die in 2003 op de markt gekomen is.

Tabel 4.2: Veranderingen in het aantal gebruikers van statines in 2003 t.o.v. 2002 voor groep B die 80% van de nieuwe gebruikers op atorvastatine wil zetten

Soort statine	Toename in 2003 t.o.v. 2002 (2002=100)
Simvastatine	92,5
Pravastatine	89,6
Fluvastatine	74,5
Atorvastatine	109,5
Rosuvastatine	^{a)}
Totaal	105,8

^{a)} In 2002 was rovastatine nog niet op de markt, 8% van de gebruikers in 2003 gebruikte rosuvastatine.

4.3.2 *Maagmedicatie*

Ook als het gaat om maagmedicatie hebben de afspraken die de pilotgroepen hebben gemaakt voor een groot deel betrekking op de keuze van een voorkeursmiddel. Twee groepen hebben twee voorkeursmiddelen gekozen. Het aantal voorschriften en ddd's voor de twee zijn in alle analyses samengenomen. Vergelijkbaar met de statines kunnen voor drie groepen de cijfers van 2002 en 2003 met elkaar vergeleken worden, voor één groep kunnen alleen de cijfers van 2003 bekeken worden en voor één groep zijn cijfers van beide jaren niet bruikbaar. Binnen de maagmiddelen zijn twee groepen te onderscheiden: de protonpompremmers (PPI's) en de H2-antagonisten. Aangezien de pilotgroepen afspraken hebben gemaakt over een voorkeursmiddel voor één van beide groepen – in de groep protonpompremmers wordt gekozen voor middel a en in de groep H2-antagonisten voor middel b – is er steeds gekeken naar het aandeel van het voorkeursmiddel in het totaal aantal voorschriften of ddd's van de groep waartoe het middel behoort. Dus hetzij ten opzichte van het totaal protonpompremmers, hetzij ten opzichte van het totaal H2-antagonisten.

Tabel 4.3a laat in één pilotgroep een duidelijke toename zien in het aandeel van het voorkeursmiddel in het totaal aantal voorschriften protonpompremmers (pilotgroep B). Bij pilotgroep A is er een lichte toename van het aandeel van het voorkeursmiddel in zowel het totaal aantal voorschriften H2-antagonisten als protonpompremmers. Ook bij pilotgroep C is er sprake van een lichte toename. Bij de pilotgroepen ligt het aandeel van de voorkeursmiddelen in 2002 al hoog, een uitzondering is pilotgroep B. Opvallend is dat er in alle pilotgroepen in 2003 in meer dan de helft van de recepten sprake is van een voorkeursmiddel. Ook ligt het aandeel van de voorkeursmiddelen hoger dan bij de vergelijkingsgroep (m.u.v. het voorkeursmiddel uit de groep H2-antagonisten van pilotgroep A). De pilot heeft voor twee pilotgroepen een verandering gebracht in de interdoktervariatie. In de pilotgroep C is de interdoktervariatie afgenomen, in groep B is deze gehalveerd. Voor de andere pilotgroep is er weinig veranderd, voor deze groep (groep A) geldt echter dat de interdoktervariatie al laag was in 2002.

Tabel 4.3b laat een vergelijkbaar plaatje zien. Hier is gekeken naar het aandeel dat het voorkeursmiddel heeft in het aantal voorgeschreven ddd's, in plaats van naar het aandeel in het aantal voorschriften. De interdoktervariatie is in de pilotgroepen lager dan in de vergelijkingsgroep, maar er is hier een kleinere afname in de interdoktervariatie te zien voor de pilotgroepen B en C dan voor het aantal voorschriften (zie tabel 4.3a).

De overige groepsspecifieke afspraken waren niet te toetsen met behulp van de SFK-cijfers.

Tabel 4.3a: Vergelijking van aandeel voorkeursmiddel(en) in totaal aantal **recepten** H2-antagonisten (H2) en protonpompremmers (PPI) 2002 en 2003

Deelnemers aan pilot ↓	% voorkeursmiddel van totaal recepten H2-antagonisten (H2) en protonpompremmers (PPI) (sd)							
	2002				2003			
			vergelijkingsgroep ^{a)}				vergelijkingsgroep	
	H2	PPI	H2	PPI	H2	PPI	H2	PPI
Pilotgroep A ^{b)}	66,5 (0,07)	94,0 (0,03)	72,4 (0,19)	92,6 (0,09)	68,9 (0,01)	95,0 (0,01)	71,5 (0,21)	88,5 (0,12)
Pilotgroep B ^{b)}		28,4 (0,44)		32,2 (0,53)		53,6 (0,22)		43,1 (0,40)
Pilotgroep C		56,8 (0,29)		62,6 (0,29)		66,2 (0,16)		53,1 (0,35)
Pilotgroep D					62,9 (0,07)	60,2 (0,23)	57,6 (0,50)	53,1 (0,35)

^{a)} Omdat niet alle pilot-groepen dezelfde voorkeursmiddelen hebben gekozen, varieert de waarde van de vergelijkingsgroep.

^{b)} Deze groepen hebben twee voorkeursmiddelen gekozen, deze zijn bij elkaar opgeteld.

Tabel 4.3b: Vergelijking van aandeel voorkeursmiddel(en) in totaal aantal **ddd's** H2-antagonisten (H2) en protonpompremmers (PPI) 2002 en 2003

Deelnemers aan pilot ↓	% voorkeursmiddel van totaal aantal ddd's H2-antagonisten (H2) en protonpompremmers (PPI) (sd)							
	2002				2003			
			vergelijkingsgroep ^{a)}				vergelijkingsgroep	
	H2	PPI	H2	PPI	H2	PPI	H2	PPI
Pilotgroep A ^{b)}	93,5 (0,07)	94,2 (0,02)	95,5 (0,08)	92,6 (0,12)	93,5 (0,08)	93,2 (0,02)	94,4 (0,12)	88,5 (0,14)
Pilotgroep B ^{b)}		22,0 (0,41)		20,1 (0,59)		41,92 (0,21)		32,5 (0,51)
Pilotgroep C		69,7 (0,12)		75,4 (0,22)		70,9 (0,14)		64,2 (0,28)
Pilotgroep D					81,0 (0,15)	68,8 (0,21)	73,0 (0,46)	64,2 (0,28)

^{a)} Omdat niet alle pilot-groepen dezelfde voorkeursmiddelen hebben gekozen, varieert de waarde van de vergelijkingsgroep.

^{b)} Deze groepen hebben twee voorkeursmiddelen gekozen, deze zijn bij elkaar opgeteld.

4.4 Algemene voorschrijfcijfers statines en maagmedicatie

De pilotgroepen zijn groepen die professioneler functioneren dan de gemiddelde FTO-groep. Zij functioneren minimaal op niveau 3, terwijl de meeste andere groepen in de regio op niveau 2 functioneren. Gekeken is daarom of op een aantal algemene maten de pilotgroepen afwijken van de vergelijkingsgroep. In deze paragraaf wordt aandacht besteed aan statines en maagmedicatie, de volgende paragraaf behandelt een aantal andere geneesmiddelen.

4.4.1 Statines

Huisartsen in de pilotgroepen schrijven gemiddeld 35 recepten per 1000 patiënten voor in 2002 en 39 recepten in 2003. Gekeken is naar het verschil in het aantal voorschriften statines tussen 2002 en 2003. Hiertoe is een vershilscore berekend. Tabel 4.4 laat zien dat er zowel bij de pilotgroepen als bij de vergelijkingsgroep een toename is van het aantal voorschriften en het aantal voorgeschreven ddd's in 2003 vergeleken met 2002. Deze toename is bij de pilotgroepen lager dan in de vergelijkingsgroep, maar de verschillen zijn niet significant.

Tabel 4.4: Verschil in het voorschrijven van statines in 2002 en 2003 vergeleken tussen de pilotgroep en de vergelijkingsgroep

	Vershilscore (sd) ^c	
	pilotgroepen (n=18)	vergelijkingsgroep (n=13)
Aantal voorschriften ^{a,c)}	0,15 (0,18)	0,19 (0,15)
Aantal ddd's ^{b,c)}	0,21 (0,19)	0,29 (0,23)

^{a)} Vershilscore is als volgt berekend: (aantal voorschriften 2003- aantal voorschriften 2002)/aantal voorschriften 2002.

^{b)} Vershilscore is als volgt berekend: (aantal ddd's 2003- aantal ddd's 2002)/ aantal ddd's 2002.

^{c)} Hoe hoger de vershilscore, hoe groter het verschil tussen 2002 en 2003.

* Sign. verschil tussen pilot en vergelijkingsgroep $p < 0,05$, # $p < 0,10$ (F-toets).

Vervolgens is gekeken naar de interdoktervariatie in het aantal voorschriften en het aantal voorgeschreven ddd's (tabel 4.5). Hieruit blijkt dat in twee van de drie pilotgroepen waarvoor gegevens voorhanden waren, de interdoktervariatie zowel in 2002 als 2003 lager ligt dan in de vergelijkingsgroep (groep B en C), bij pilotgroep A is dat minder duidelijk. De enige groep die een (lichte) daling geeft te zien tussen 2002 en 2003 is pilotgroep B.

Tabel 4.5: Variatiecoëfficiënten (sd/gemiddelde) van de pilotgroepen en de vergelijkingsgroep voor statines

	Pilotgroep A		Pilotgroep B		Pilotgroep C		Vergelijking	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Voorschriften	0,34	0,31	0,45	0,51	0,29	0,21	0,59	0,58
ddd's	0,38	0,38	0,41	0,44	0,29	0,20	0,61	0,57

Tot slot is gekeken naar de voorschrijfrange: het aantal verschillende statines dat de huisartsen voorschrijven. In 2002 waren er vier statines die door de huisartsen werden voorgeschreven; in 2003 is er één bijgekomen: rosuvastatine. Er zijn geen significante verschillen waar te nemen tussen de pilotgroepen en de vergelijkingsgroep. In 2002 schrijven de huisartsen in de pilotgroep en die in de vergelijkingsgroep gemiddeld 3,6 soorten statines voor. Wanneer rosuvastatine buiten beschouwing gelaten wordt, is dit

voor 2003 vrijwel hetzelfde (respectievelijk 3,7 voor de pilotgroep en 3,6 voor de controlegroep). Wanneer rosuvastatine wel meegenomen wordt, dan liggen de gemiddeldes op 4,6 voor de pilotgroep en 4,4 voor de vergelijkingsgroep. Omdat er zo weinig verschillen waren tussen 2002 en 2003 zijn er geen verschillscores berekend. Ook is er geen interdoktervariatie berekend.

4.4.2 *Maagmedicatie*

In 2002 schreven huisartsen in de pilotgroepen 292 recepten voor maagmedicatie per 1000 patiënten uit, in 2003 waren er dat 302.

Gekeken is naar het verschil in het aantal voorschriften tussen 2002 en 2003. Zowel bij de pilotgroepen als bij de vergelijkingsgroep is een toename te zien van het aantal voorschriften voor maagmedicatie in 2003 vergeleken met 2002 (tabel 4.6). De toename in de pilotgroepen is niet significant lager dan in de vergelijkingsgroep. Voor het aantal ddd's is er wel een significant verschil te zien tussen de pilotgroepen en de vergelijkingsgroep. In beide groepen zijn in 2003 meer ddd's voorgeschreven, maar de toename is kleiner in de pilotgroepen ($p=0,06$).

Tabel 4.6: Verschil in het voorschrijven van maagmedicatie in 2002 en 2003 vergeleken tussen de pilotgroep en de vergelijkingsgroep

	Verschilscore (sd)	
	Pilotgroepen (n=17 huisartsen)	Vergelijkingsgroep (n=14 huisartsen)
Aantal voorschriften ^{a,c)}	0,05 (0,12)	0,11 (0,7)
Aantal ddd's ^{b,c)}	0,11 (0,16)#	0,24 (0,18)

^{a)} Verschilscore is als volgt berekend: (aantal voorschriften 2003- aantal voorschriften 2002)/ aantal voorschriften 2002.

^{b)} Verschilscore is als volgt berekend: (aantal ddd's 2003- aantal ddd's 2002)/ aantal ddd's 2002.

^{c)} Hoe hoger de verschilscore, hoe groter het verschil tussen 2002 en 2003.

* Sign. verschil tussen pilot en vergelijkingsgroep $p < 0,05$, # $p < 0,10$ (F-toets).

Vervolgens is gekeken naar de interdoktervariatie in het aantal voorschriften en het aantal voorgeschreven ddd's. Uit tabel 4.7 blijkt dat in de drie pilotgroepen waarvoor gegevens voorhanden waren, de interdoktervariatie zowel in 2002 als 2003 lager ligt dan in de vergelijkingsgroep; hierbij moet opgemerkt worden dat de vergelijkingsgroep gevormd wordt door huisartsen uit verschillende FTO-groepen. Voor pilotgroep B daalt de interdoktervariatie licht tussen 2002 en 2003, dat geldt voor zowel het aantal voorschriften als het aantal voorgeschreven ddd's. In pilotgroep A is de interdoktervariatie voor het aantal voorschriften ongeveer gelijk gebleven maar voor het aantal voorgeschreven ddd's is deze toegenomen. Voor pilotgroep C is geen verschil te zien tussen 2002 en 2003.

Tabel 4.7: Variatiecoëfficiënten (sd/gemiddelde) van de pilotgroepen en de vergelijkingsgroep voor maagmedicatie

	Pilotgroep A		Pilotgroep B		Pilotgroep C		Vergelijking (N=10)	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Voorschriften	0,19	0,16	0,40	0,33	0,23	0,24	0,63	0,58
ddd's	0,19	0,28	0,26	0,22	0,27	0,27	0,60	0,59

Ook bij de maagmiddelen is gekeken naar de voorschrijfrange: het aantal verschillende maagmiddelen dat de huisartsen voorschrijven. Tabel 4.8 laat hiervan de resultaten zien. De huisartsen in de vergelijkingsgroepen schrijven minder verschillende soorten maagmedicatie voor dan huisartsen in de pilotgroepen. Deze verschillen zijn significant in zowel 2002 als 2003.

Tabel 4.8: Aantal voorgeschreven soorten maagmedicatie in 2002 en 2003 in de pilotgroepen en de vergelijkingsgroep^{a)}

	Aantal voorgeschreven middelen			
	pilotgroepen (n=17)		vergelijkingsgroep (n=13)	
	2002	2003	2002	2003
Maagmiddelen totaal (max. 8)	6,9	6,8	5,2	5,1
H2-antagonisten (max. 3)	2,8	2,8	2,1	1,8
Protinopremmer (max. 5)	4,2	4,0	3,1	3,3

^{a)} Alle verschillen tussen de pilotgroepen en de vergelijkingsgroep zijn significant.

De resultaten in deze paragraaf zijn niet eenduidig. Zij laten zien dat de relatieve toename in het aantal voorschriften maagmedicatie kleiner was in de pilotgroepen dan in de vergelijkingsgroep. De interdoktervariatie in een aantal pilotgroepen is lager dan in de vergelijkingsgroep. De huisartsen in de pilotgroep schrijven daarentegen meer verschillende maagmiddelen voor dan huisartsen in de vergelijkingsgroep.

4.5 Overige medicatie

Om te kijken of de pilotgroepen in het algemeen doelmatiger voorschrijven dan de vergelijkingsgroepen zijn voor een aantal andere veel voorgeschreven geneesmiddelen uitkomstmaten opgesteld (zie hoofdstuk 2). In tabel 4.9 staan de resultaten voor een aantal uitkomstmaten waarin gekeken wordt naar de verhouding tussen het voorschrijven van verschillende geneesmiddelen die voor dezelfde aandoeningen worden voorgeschreven. Gekeken is naar het aandeel diuretica in de hypertensiemedicatie, alsmede naar het aandeel van diuretica en betablokkers samen. Ook is gekeken naar het aandeel TCA's ten opzichte van SSRI's bij het voorschrijven van antidepressiva en naar de verhouding tussen enkelvoudige en combinatiepreparaten bij astma. De resultaten laten zien dat er geen significante verschillen zijn tussen de pilot en de vergelijkingsgroepen.

Tabel 4.9: Vergelijking van aandeel diuretica, TCA's en combinatiepreparaten in aantal ddd's van respectievelijk hypertensiemedicatie, som SSRI's-TCA's en astmamedicatie voor 2002 en 2003

	Pilotgroepen (n=17) ^{a)}		Vergelijkingsgroep (n=13)	
	2002	2003	2002	2003
%diuretica van hypertensiemedicatie totaal (variatioëfficiënt)	27,2 (0,23)	27,5 (0,21)	28,4 (0,28)	27,8 (0,24)
%diuretica + bètablokkers van hypertensiemedicatie totaal (variatioëfficiënt)	47,9 (1,33)	45,5 (1,5)	52,0 (0,18)	45,7 (0,21)
Verhouding TCA's / SSRI's (variatioëfficiënt) ^{a)}	12,6 (0,47)	10,9 (0,51)	15,4 (0,48)	15,7 (0,64)
% combinatiepreparaten van astmamedicatie totaal (variatioëfficiënt)	23,5 (1,09)	48,8 (1,40)	33,7 (0,92)	52,0 (0,76)

^{a)} Verhouding is als volgt berekend: (aantal voorschriften TCA's / aantal voorschriften TCA's+ aantal voorschriften SSRI's).

Voor een aantal van deze geneesmiddelen is ook gekeken naar het verschil in het aantal voorgeschreven ddd's tussen 2002 en 2003. Deze geneesmiddelen zijn door geen van de pilot- of vergelijkingsgroepen in het FTO besproken. Ook is gekeken naar het totaal aantal voorgeschreven ddd's en voorschriften. Er zijn steeds verschilcores berekend. Tabel 4.10 laat zien dat er zowel bij de pilotgroepen als bij de vergelijkingsgroep een toename is te zien van het aantal ddd's – berekend over alle geneesmiddelen- in 2003 vergeleken met 2002. De toename in de pilotgroepen is lager dan in de vergelijkingsgroep maar dit verschil is niet significant. Hetzelfde geldt voor de verschilcores met betrekking tot het totaal aantal voorgeschreven ddd's. Wat betreft hypertensiemedicatie en antidepressiva is er ook weer bij zowel de pilotgroepen als bij de vergelijkingsgroep een toename te zien van het aantal voorgeschreven ddd's in 2003 vergeleken met 2002. Deze toename is in de pilotgroepen lager dan in de vergelijkingsgroep maar ook dit verschil is niet significant.

Tabel 4.10: Verschil in het voorschrijven van alle medicatie, hypertensiemedicatie en antidepressiva in 2002 en 2003 vergeleken tussen de pilotgroep en de vergelijkingsgroep

	Verschilcore (sd) ⁱ	
	Pilotgroepen (n=17 huisartsen)	Vergelijkingsgroep (n=14 huisartsen)
Aantal voorschriften totaal ^{a,c)}	0,04 (0,12)	0,07 (0,08)
Aantal ddd's totaal ^{b,c)}	0,08 (0,12)	0,14 (0,13)
Aantal ddd's hypertensiemedicatie	0,12 (0,17)	0,21 (0,15)
Aantal ddd's antidepressiva	0,12 (0,17)	0,31 (0,30)

^{a)} Verschilcore is als volgt berekend: (aantal voorschriften 2003- aantal voorschriften 2002)/ aantal voorschriften 2002 (alles per 1000 patiënten).

^{b)} Hoe hoger de verschilcore, hoe groter het verschil tussen 2002 en 2003.

^{c)} Sign. verschil tussen pilot en vergelijkingsgroep $p < 0,05$, # $p < 0,10$ (F-toets).

4.6 Drie pilotgroepen op een rijtje

Van drie pilotgroepen zijn gegevens gebruikt voor de effectevaluatie. Dit waren twee groepen op niveau 4 en één groep op niveau 3. Voor de groepen worden verschillende effecten gevonden. Groep A heeft bij aanvang van de pilot op vrijwel alle indicatoren de laagste interdoktervariatie en dat is na de pilot nog steeds zo. De afspraken over voorkeursmiddelen worden door deze groep goed nageleefd, maar dit was voor de pilot ook al zo. Deze groep functioneert al langere tijd op niveau 4 (al voor de pilot) en dit vertaalt zich in deze resultaten. Groep B is een groep die zich tijdens de pilot naar niveau 4 heeft gewerkt. Bij deze groep zijn de grootste veranderingen te zien. Zo stijgt zowel bij maagmedicatie als bij statines het aandeel van de voorkeursmiddelen. Wat betreft maagmedicatie neemt de interdoktervariatie in deze groep af. Gemiddeld genomen ligt de interdoktervariatie hoger dan in groep A en groep C. Groep C functioneert op niveau 3. In deze groep is geen toename te zien van het aantal voorgeschreven voorkeursmiddelen, maar wel neemt op vrijwel alle indicatoren de interdoktervariatie af.

5 Samenvatting en conclusies

5.1 Samenvatting

5.1.1 *De pilot “Professionalisering FTO”*

Vrijwel alle huisartsen en apothekers in Nederland functioneren momenteel in één van de ruim 800 groepen voor Farmaco Therapie Overleg (FTO-groepen). Het FTO is te definiëren als een reeks van reguliere bijeenkomsten waarin huisartsen en apothekers informatie en opvattingen uitwisselen om te komen tot een kwalitatief goed voorschrijfbeleid. Niet alle FTO-groepen functioneren op dezelfde manier. Het NIVEL-rapport “Het Farmaco Therapie Overleg in 1999” onderscheidt vier niveaus onderscheiden waarop FTO-groepen kunnen functioneren (Van Dijk e.a., 2001a).

Niveau 1: FTO-groepen die functioneren op het niveau 1 hebben geen gestructureerd overleg over farmacotherapie.

Niveau 2: Deze groepen hebben regelmatig overleg over farmacotherapie maar maken geen afspraken over het voorschrijven van geneesmiddelen.

Niveau 3: Deze groepen maken afspraken over het voorschrijfbeleid van de FTO-groep. In het FTO kan bekeken worden op welke punten de manier van voorschrijven van de artsen verbeterd zou kunnen worden. Vervolgens kunnen dan op basis van de gevonden verbeterpunten afspraken geformuleerd worden, bijvoorbeeld in de vorm van richtlijnen of protocollen.

Niveau 4: Groepen op niveau 4 maken niet alleen afspraken, zij toetsen ze ook. Om binnen het FTO te toetsen of de gemaakte afspraken ook daadwerkelijk worden nageleefd kunnen voorschrijfcijfers van de huisartsen bijvoorbeeld onderling vergeleken worden of naast de vastgestelde afspraken gelegd worden.

Bovengenoemde indeling is gebruikt als basis voor een certificeringssysteem binnen het pilotproject “professionalisering van het FTO” uitgevoerd in Noord-Holland Noord. Het certificeringssysteem deelt FTO-groepen in naar bovengenoemde niveaus van functioneren (1 t/m 4, waarbij 4 het hoogste niveau is). Deelnemers aan het FTO krijgen een vergoeding die afhankelijk is van het niveau van functioneren: hoe hoger het niveau, hoe hoger de vergoeding. Deelnemers aan een FTO-groep op niveau 2 krijgen de huidige vergoeding, voor niveau 3 ligt dit bedrag twee keer zo hoog en voor niveau 4 ligt het vier keer zo hoog als op niveau 2. Bovendien kunnen de leden van een niveau-4 groep nog extra verdienen wanneer uit toetsing blijkt dat ze de door hen gestelde doelen (vastgelegd in afspraken) voor 80% gehaald hebben. De certificering gebeurt door DGV. Univé zorgverzekeraars betaalt de extra vergoedingen. Dit betekent dat certificering en uitbetaling van de vergoedingen door verschillende partijen wordt gedaan.

Doel van het project “Professionalisering FTO” is te komen tot een beter functionerend FTO in de regio Noord-Holland Noord met als uiteindelijk resultaat doelmatiger voorschrijven door de deelnemende huisartsen. In de pilot (2003) is de systematiek die door de projectgroep “Professionalisering FTO” is ontwikkeld getest rondom twee inhoudelijke thema’s, maagmedicatie en cholesterolverlagende middelen. Bij vijf FTO-groepen in

de regio zijn instrumenten ter bevordering van de kwaliteit ingezet: twee groepen op niveau 3 en drie groepen op niveau 4. Het idee is om bij succes de pilot “uit te rollen” naar een groter aantal FTO-groepen in de regio. Het NIVEL heeft de pilot procesmatig en effectmatig geëvalueerd. Het onderzoek naar deze pilot beoogde de implementatie van de instrumenten in de deelnemende FTO-groepen te evalueren en te bekijken of en welke effecten op het voorschrijfgedrag gevonden konden worden. Het betreft derhalve een procesevaluatie en een effectevaluatie.

5.1.2 *Procesevaluatie*

Onderzoeksvraag

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

“In hoeverre zijn de instrumenten die in het kader van het pilotproject “Professionalisering van FTO Noord-Holland Noord” zijn ontwikkeld succesvol geïmplementeerd in de deelnemende FTO-groepen?”

De volgende instrumenten zijn gebruikt:

- Certificeringsmodel waarin indicatoren zijn ontwikkeld op basis waarvan de pilot-groepen in niveaus kunnen worden ingedeeld.
- Werkmateriaal voor de FTO-groepen: DGV heeft werkmateriaal ontwikkeld voor de FTO-groepen die deelnemen aan de pilot.
- Een startbijeenkomst: Op 26 maart 2003 is er een gezamenlijke bijeenkomst voor de vijf pilot-groepen gehouden. Op deze bijeenkomst zijn de vijf FTO-groepen vertrouwd gemaakt met de belangrijkste aspecten van de pilot. Later in het jaar is nog een bijeenkomst gehouden onder andere om de groepen te informeren over het vervolg van de pilot.
- FTO-begeleiding: bijeenkomsten van de FTO-groepen zijn mede voorbereid en begeleid door een FTO-adviseur en een PTK-adviseur (welke gespecialiseerd is in prescriptieanalyse en prescriptieterugkoppeling).
- SFK FTO-module: De vijf FTO-groepen hadden allemaal toegang tot een zogenaamde FTO-module van de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK). Deze module kan gezien worden als een databank waarin de informatie van alle deelnemende apotheken is opgeslagen.

Dataverzameling

Voor de beantwoording van deze vragen werden op drie momenten gegevens verzameld: halverwege de pilot, aan het eind van de pilot en na afloop van de pilot.¹¹ De eerste en de laatste dataverzameling betroffen beiden een schriftelijke vragenlijst voor alle deelnemers van de vijf pilotgroepen. Aan de laatste dataverzameling deed één pilotgroep niet mee.¹² Tijdens de tweede dataverzameling zijn per pilotgroep met twee contactpersonen (één huisarts, één apotheker) mondelinge semi-gestructureerde interviews gehouden.

¹¹ Het NIVEL werd pas halverwege de pilot bij het project betrokken. Derhalve konden vooraf geen gegevens verzameld worden.

¹² Dit vanwege het feit dat in 2003 /2004 de huisartsen in een HOED zijn gaan samenwerken, wat ook veel tijd vergde.

Resultaten: algemeen, gerelateerd aan certificeringsmodel

Uit de resultaten blijkt dat de deelnemers aan de pilotgroepen over het algemeen tevreden zijn over hun deelname aan de pilot. Dit was bij aanvang al zo en is gedurende de pilot zo gebleven. Met name de contactpersonen van groepen op niveau 4 geven aan dat er door de pilot niet zo veel veranderd is aan hun werkwijze. Echter, uit de resultaten van een enquête onder alle leden van twee niveau 4 groepen komt naar voren dat er wel een en ander is veranderd aan het proces rondom het maken van afspraken. Er worden meer resultaatdoelstellingen geformuleerd en de gemaakte afspraken worden over een langere periode getoetst. Ook is er een betere beloning voor behaald resultaat en zijn de groepen meer evidence-based gaan werken. Ditzelfde wordt gevonden bij groepen op niveau 3. Bij deze groepen komt ook duidelijker naar voren dat er aan de structuur van de bijeenkomsten een en ander veranderd is door de pilot. Deze groepen hadden hun FTO bij aanvang ook minder goed gestructureerd dan groepen op niveau 4. Uit de gesprekken met de contactpersonen komt naar voren dat het gestructureerd toewerken naar afspraken zeer positief wordt ervaren.

De (extra) financiële vergoeding is voor geen van de deelnemende groepen doorslaggevend geweest om deel te nemen aan de pilot. Ook continuering van deelname aan de pilot zou voor de groepen niet afhangen van de financiële vergoeding. Wel vindt men dat de vergoeding voor het FTO door de pilot reëler geworden is. Overigens zijn er groepen die hun vragen hebben bij het systeem van belonen voor het behalen van resultaatdoelstellingen.

De verslagen bieden een mogelijkheid de groepen in niveaus in te delen, maar voornamelijk lijkt dit te beperkt. Alle indicatoren uit het certificeringsmodel komen er in aan de orde. Wel zou een aantal punten zoals de reden voor het gebruik van prescriptiecijfers en het verwerken van evidence en praktijkervaring in gemaakte afspraken explicieter aan de orde kunnen komen.

Uit de tijdschrijfformulieren blijkt dat de voorbereiding van bijeenkomsten in het kader van de pilot voor zowel huisartsen als apothekers gemiddeld meer tijd kostte dan voor andere onderwerpen, met uitzondering van de tijd de apothekers bij maagmedicatie aan voorbereiding kwijt waren. Het FTO zelf kostte niet meer tijd.

Resultaten: begeleiding

De deelnemende groepen oordelen wisselend over de begeleiding die zij ontvangen hebben. Over het algemeen is men weliswaar positief, maar soms werd de begeleiding als te schools en te strak ervaren. Ook gaf een aantal groepen aan niet echt begeleiding nodig te hebben in de toekomst. Dit waren vooral de groepen op niveau 4. Wel zouden deze groepen ook in de toekomst graag een aanspreekpunt willen om terecht te kunnen met vragen. De groepen op niveau 3 geven aan veel baat te hebben gehad bij de begeleiding door leden van de projectgroep. Alle groepen gaven overigens aan dat het positief kan werken als iemand objectief meekijkt naar het functioneren van het FTO.

Resultaten: communicatie en bijeenkomst van 26 maart 2003

De communicatie vanuit en met de projectgroep “Professionalisering FTO” werd door de contactpersonen niet altijd als helder ervaren. De bijeenkomst voor contactpersonen op 26 maart werd door vier van de zeven aanwezige deelnemers als (redelijk) stimulerend ervaren, door de andere drie deelnemers nauwelijks. Overigens werd door verschillende groepen opgemerkt dat de communicatie in de loop van het project duidelijk verbeterde. Wat door een aantal groepen als problematisch ervaren werd, is dat de projectgroep intern niet altijd op één lijn leek te zitten, wat de helderheid van een en ander niet ten goede kwam. Ook de informatie die gegeven is over de indicatoren voor certificering kan volgens de groepen beter. Het was voor de groepen niet altijd duidelijk wat nu precies van hen verwacht werd. Ook het feit dat de indicatoren steeds leken te wisselen vond men niet helder. Een ander punt dat raakt aan de communicatie is de keuze van de twee verplichte onderwerpen: maagmedicatie en statines. Hoewel de meeste deelnemers aan de pilotgroepen dit relevante onderwerpen vinden, vond men de onderwerpen strategisch gekozen en had men liever meer vrijheid gehad in de keuze van de onderwerpen. En men had liever gezien dat de strategische keuze voor de onderwerpen toegelicht was.

Resultaten: DGV-werkmateriaal

Het DGV-materiaal is vooral gebruikt door de deelnemers die bijeenkomsten hebben voorbereid, waarbij de niveau-3 groepen het als leidraad gebruikten bij de voorbereidingen en de niveau-4 groepen het meer zijdelings gebruikten. De meeste voorbereiders stellen de FTO-modules van DGV op prijs.

Resultaten: SFK FTO-module

Bij aanvang van de pilot was het de bedoeling dat alle groepen met de SFK-module zouden gaan werken. Uiteindelijk heeft slechts één niveau-3 groep uitgebreid gebruik gemaakt van de module en was hier zeer tevreden over. De apotheker van deze groep gaf aan dat het leren werken met de module moeite kostte, maar dat het zeker de moeite waard was. De drie groepen op niveau 4 werkten liever met hun eigen systeem omdat dat goed functioneert. Nadelen van de SFK-module die genoemd werden, zijn het online-karakter, het niet gebruikersvriendelijk zijn en het niet kunnen leveren van alle relevante gegevens.¹³

5.1.3 Effectevaluatie

De effectevaluatie kan in feite ook gezien worden als een instrument dat ingezet is om het succes van de pilot te meten. Gezien de korte duur van het project en de termijn waarop de effectevaluatie plaatsvond, werden op voorhand geen grote effecten verwacht. De effectevaluatie was vooral ook bedoeld om te kijken of het mogelijk was effecten op voorschrijfgedrag te kunnen meten.

¹³ Inmiddels is de SFK FTO-module aangepast.

Onderzoeksvragen

De onderzoeksvragen voor de effectevaluatie zijn als volgt geformuleerd:

1. *In hoeverre realiseren de FTO-groepen die deelnemen aan de pilot de door hen gemaakte afspraken over veranderingen in het voorschrijfbeleid?*
2. *In hoeverre blijkt uit de voorschrijfcijfers van de door de pilotgroepen behandelde onderwerpen (statines en maagmedicatie) dat hun farmaceutische zorg afwijkt van die in een vergelijkingsgroep? In hoeverre heeft de pilot hieraan bijgedragen?*
3. *In hoeverre blijkt uit de voorschrijfcijfers van andere strategische onderwerpen dat de farmaceutische zorg van pilotgroepen afwijkt van die in de vergelijkingsgroepen?*

Opzet

De opzet van de effectanalyse is die van een experiment met een voor- en nameting en een controlegroep (die in dit project vergelijkingsgroep is genoemd). Gegevens zijn gebruikt van het laatste kwartaal van 2002 en het laatste kwartaal van 2003. De vijf pilotgroepen vormen de experimentele groep. Als vergelijkingsgroep zijn zes andere FTO-groepen uit de regio bereid gevonden. Deze groepen functioneerden vrijwel allemaal op niveau 2. Gekozen is voor een vergelijkingsgroep omdat verschillen gevonden in het voorschrijven tussen de voormeting en de nameting niet zonder meer aan de pilot kunnen worden toegeschreven. Er kunnen zich immers ontwikkelingen buiten het FTO om voordoen die het voorschrijfgedrag van de deelnemers beïnvloeden.

Bruikbaarheid gegevens

Van alle deelnemende huisartsen die daartoe een machtiging gaven, werden gegevens opgevraagd bij de Stichting Farmaceutische Kengetallen. De respons bij de pilotgroepen was 100%, bij de controlegroepen 70%. Helaas bleken de gegevens van een substantieel deel van de deelnemers niet geschikt voor de analyses, bijvoorbeeld door het ontbreken van gegevens uit de voormeting of door extreme afwijkingen tussen 2002 en 2003. Uiteindelijk is de helft van de huisartsen in de analyses geïnccludeerd. Vanwege de kleine aantallen (soms ging het om 5 huisartsen) zijn vrijwel geen significantietoetsen uitgevoerd. De gegevens moeten met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Niet alle groepsafspraken konden met de SFK-cijfers worden getoetst.

Resultaten

De groepen maakten allemaal verschillende afspraken. Bij statines hadden alle groepen een afspraak die betrekking had op één of twee voorkeursmiddelen.¹⁴ De resultaten voor drie pilotgroepen waarvan we gegevens hadden, laten een wisselend beeld zien: bij één groep is er een lichte toename van het aandeel dat de voorkeursmiddelen hebben, bij één groep een afname en bij de andere groep blijft het ongeveer gelijk. Overigens geldt wel dat het aandeel van de voorkeursmiddelen in 2002 in alle drie de groepen al hoog was. De pilot heeft ook weinig verandering gebracht in de interdoktervariatie op dit punt in de drie pilotgroepen. Voor twee groepen gold echter dat de interdoktervariatie al laag was in 2002 en onder het niveau van de vergelijkingsgroep lag. Ook bij maagmedicatie kozen de groepen voor voorkeursmiddelen. Bij twee groepen nam het aandeel van de voorkeursmiddelen toe in 2003, bij één groep met meer dan de helft; bij de derde groep was er geen verandering maar daar was het aandeel van de voorkeursmiddelen al erg hoog (meer dan

¹⁴ Dit waren de enige afspraken die met behulp van de SFK-cijfers te toetsen waren.

90%). De interdoktervariatie is in twee groepen afgenomen als het gaat om de keuze van voorkeursmiddelen bij maagmedicatie.

Vervolgens is gekeken naar het “algemene” voorschrijfgedrag van statines en maagmedicatie: het totaal aantal voorschriften en het totaal aantal ddd's per 1000 patiënten. Bij zowel de pilotgroep als de vergelijkingsgroep is er een toename te zien van het voorschrijfvolume. Bij statines is de toename echter kleiner in de pilotgroepen dan in de vergelijkingsgroepen (zowel voor aantal voorschriften als aantal ddd's). Bij maagmedicatie is de groei van het aantal voorgeschreven ddd's in de pilotgroepen kleiner dan in de vergelijkingsgroep. De interdoktervariatie ligt in 2003 lager dan in de vergelijkingsgroep; dit was echter in 2002 ook al zo. Lage variatie is een indicatie voor het naleven van de gemaakte afspraken en voor kwaliteit van voorschrijven (zie ook Van Dijk e.a., 2001b). Als men zich aan dezelfde afspraken houdt zal men meer op elkaar gaan lijken in voorschrijfgedrag (hoewel men natuurlijk altijd redenen voor afwijken van de afspraak kan hebben).

5.2 Conclusies uit het onderzoek

Aan het certificeringsmodel ligt het model ten grondslag dat het NIVEL in 2001 heeft opgesteld naar aanleiding van de Landelijke Inventarisatie FTO 1999 (Van Dijk e.a., 2001a). In deze inventarisatie werd gesteld dat het FTO tussen 1996 en 1999 weinig vooruitgang had geboekt wanneer het ging om verminderen van de vrijblijvendheid van het FTO. De pilot die in Noord-Holland Noord is opgezet, was bedoeld om te testen of professionalisering van het FTO te bewerkstelligen is door middel van het opzetten van een certificeringssysteem met daaromheen instrumenten die de professionalisering kunnen bevorderen. Het idee is om bij succes de pilot “uit te rollen” naar een groter aantal FTO-groepen in de regio. Belangrijk doel van de pilot was te zien of de instrumenten succesvol geïmplementeerd zijn en of het professionaliseren van het FTO effect heeft op het voorschrijfgedrag van de deelnemers aan de pilot. De resultaten van deze pilotstudie zijn in dit rapport geëvalueerd.

Pilot procesmatig goed geslaagd: traject van professionalisering is ingezet

De pilot heeft laten zien dat het goed mogelijk is op regionaal niveau professionaliseringstrajecten uit te zetten. De meeste instrumenten zijn, met uitzondering van de SFK FTO-module, goed ingezet en het certificeringssysteem en de daarmee samenhangende financiële beloning zijn goed toepasbaar in de praktijk. De deelnemende groepen zijn over het algemeen tevreden over de deelname aan de pilot. Met name de groepen op het laagste niveau (3) rapporteren een duidelijke verbetering in het functioneren van hun FTO. Het traject van professionalisering is hiermee succesvol ingezet. Het gestructureerd maken van afspraken wordt door alle groepen positief gevonden. De pilot was hier met name op gericht. De groepen zien een verbetering optreden in het proces rondom afspraken maken en toetsen: hun groep is hier meer aandacht aan gaan besteden. Alle groepen willen doorgaan met het in de pilot ingezette traject. Dit betekent dat het systeem waarin de certificering van groepen onafhankelijk van de financierende partij (de zorgverzekeraar) plaatsvindt, goed werkt. Hoewel het geld voor de groepen geen doorslaggevende reden was om deel te nemen aan de pilot, wordt de extra financiële

vergoeding gezien als een blijk van waardering voor de gedane inspanningen. Op een aantal punten zien de groepen nog verbetermogelijkheden, onder andere als het gaat om de keuze van de onderwerpen en de mate en manier van begeleiding. Een nuancering bij de conclusie is dat de deelnemende groepen allemaal op een relatief hoog niveau functioneerden of dat graag wilden gaan doen.

Effectevaluatie: ondanks 'hindernissen' enige effecten gevonden

De effecten van de pilot zijn nog niet goed te meten. Hiervoor is een aantal verklaringen te geven:

- De SFK-gegevens bleken (nog) niet goed bruikbaar om alle door de groepen gemaakte afspraken te toetsen. Afspraken over voorkeursmiddelen zijn wel te toetsen met SFK-cijfers, maar afspraken waarin indicatiegebonden afspraken gemaakt zijn niet. Vanwege het ontbreken van gegevens over omvang en samenstelling van de patiëntpopulatie zijn ook afspraken die betrekking hebben op bepaalde patiëntgroepen niet goed te toetsen.
- De afspraken van de groepen waren soms niet gespecificeerd genoeg om te toetsen. Een voorbeeld: niet duidelijk is wanneer nu iets als een voorkeursmiddel wordt gezien, ofwel wanneer de afspraak om bijvoorbeeld simvastatine als voorkeursmiddel gekozen wordt, voldoende nageleefd wordt. Is dat wanneer dit middel het grootste aandeel heeft onder alle statines? Of is dit wanneer het een bepaald percentage van alle recepten omvat?
- Het kleine aantal deelnemende groepen en huisartsen maakt het lastig (significante) effecten te vinden; dit werd versterkt door het feit dat van een deel van de huisartsen de gegevens niet beschikbaar of bruikbaar waren, waaronder de gegevens van twee van de pilotgroepen.
- De effectevaluatie heeft op een vroeg tijdstip plaatsgevonden. Gegevens zijn gebruikt van het laatste kwartaal van 2003, het jaar dat de pilot nog liep. Gegevens van latere datum waren nog niet beschikbaar. Een aantal groepen heeft de afspraken pas halverwege het jaar gemaakt; hierdoor is een meting in het laatste kwartaal van 2003 vroeg.
- De vijf pilotgroepen functioneren al op een hoog niveau, derhalve zijn er minder grote verbeteringen te verwachten.
- Een deel van de afspraken betrof een 'bevestiging' van het voorschrijfgedrag van de groepen. Hierdoor valt minder effect te verwachten. Als gekeken wordt naar de gekozen voorkeursmiddelen dan waren deze veelal al het voorkeursmiddel van de groep, waardoor er weinig verschuivingen optraden op dit punt. Dit strookt met de uitkomst van de eerste schriftelijke enquête waarin veel deelnemers aangeven dat zij, om de gemaakte afspraken te realiseren, hun dagelijks handelen niet veel hoeven aan te passen.

Ondanks beperkingen: effecten waarneembaar op voorschrijfgedrag

Toch zijn in de prescriptiegegevens een aantal tendensen te vinden, die erop wijzen dat de manier van werken binnen de pilot effect heeft op het voorschrijven van de deelnemende huisartsen. De pilotgroepen zijn met de vergelijkingsgroep vergeleken op een aantal algemene maten zowel wat betreft het voorschrijven van statines en maagmedicatie als met betrekking tot een aantal andere veel voorgeschreven geneesmiddelen. Alle medicatie werd in 2003 meer voorgeschreven dan in 2002. Bij maagmedicatie was de toename in de

pilotgroepen significant lager dan in de vergelijkingsgroep. Voor de andere middelen was de trend ook dat de toename binnen de pilotgroepen minder groot was, maar daar waren de verschillen niet significant. Van drie pilotgroepen waren gegevens beschikbaar voor de effectevaluatie. De resultaten laten zien dat in de groep die al voor de pilot op niveau 4 functioneerde gevonden men zich goed aan de afspraken houdt en dat de interdokter-variatie onveranderd laag blijft. Voor de groep die door de pilot op niveau 4 is gaan functioneren, worden de meeste veranderingen gevonden en bij de groep die op niveau 3 functioneert, neemt de interdoktervariatie voor de meeste uitkomstmaten af.

Tot slot

Het professionaliseringstraject in Noord-Holland Noord is ingezet. FTO-groepen zijn tevreden over de manier van werken en er zijn effecten waarneembaar op het voorschrijfgedrag. Deze zijn weliswaar nog gering, maar gezien de beperkingen van de gegevens en het korte tijdsbestek waarover gemeten is, zijn deze wel hoopgevend. Inmiddels is begonnen met een uitrolfase, waaraan nog eens vier FTO-groepen deelnemen. Gezien de resultaten van het onderzoek is dit een goede keuze en verdient het initiatief een verdere uitrol en continuering op de langere termijn. Op basis van het onderzoek is nog aantal aanbevelingen te doen. Deze komen in het afsluitende hoofdstuk aan de orde.

6 Aanbevelingen

Doorgaan met professionaliseringstraject

In 2003 liep de pilot “Professionalisering FTO” in de regio Noord-Holland Noord. Uit dit rapport blijkt dat deze pilot procesmatig geslaagd is. Er is ook enige invloed op het voorschrijfgedrag van de deelnemende huisartsen gevonden ondanks het feit dat de effectevaluatie beperkt van aard en omvang was. Dit alles betekent dat het proces van professionalisering van het FTO in de regio is ingezet en aanbevolen wordt met dit traject door te gaan. Voor 2004 is reeds besloten het traject voort te zetten. Om op langere termijn effecten en resultaten voor de hele regio te zien, is het aan te bevelen ook na 2004 het traject voort te zetten. Hiervoor zou een langere termijn visie op het professionaliseringstraject geformuleerd moeten worden, met als centrale vragen: waar staan we (bijvoorbeeld) in 2010 met het FTO en hoe gaan we dat bereiken? Uit de pilot is een aantal aanbevelingen te formuleren om het professionaliseringstraject verder te ontwikkelen en een lange termijn visie te formuleren.

Scheiding certificering en beloning behouden

In het professionaliseringstraject worden groepen beloond naar het niveau waarop ze functioneren: hoe hoger het niveau van functioneren, hoe hoger de financiële beloning die de groepen krijgen. In de pilot gebeurde de certificering onafhankelijk van de partij die de beloningen betaalde (Univé). Er is als het ware tussen de zorgverzekeraar en de FTO-groepen een onafhankelijke groep/partij gezet die het functioneren van de groepen beoordeelde. Dit systeem blijkt goed te werken en moet in de toekomst behouden blijven. Door zo'n onafhankelijke tussenlaag is de medewerking van de beroepsbeoefenaren groter, is het enthousiasme voor het systeem van professioneel werken groter en hebben de verschillende partijen meer vertrouwen in elkaar. De financiële beloning heeft een belangrijke symbolische waarde: groepen geven aan de beloning voor hun inzet in het FTO reëler te vinden.

Uitrol naar groepen op niveau 3 en 4 compleet maken, stapsgewijze uitrol voor groepen op niveau 2

Aan de pilot namen FTO-groepen deel die ofwel al op een hoog niveau functioneerden, ofwel enthousiast waren om dit te gaan doen. Voor deze groepen werkt de systematiek goed en kan uitrol naar de hele regio plaatsvinden. Voor groepen die op niveau 2 of zelfs niveau 1 functioneren, is nog niet duidelijk of en hoe de systematiek werkt. Uitrol naar de hele regio lijkt bij groepen op dat niveau beter stapsgewijs te kunnen gaan. Dit omdat de begeleiding van deze groepen waarschijnlijk meer tijd zal kosten. Er zal dan bovendien ingezet moeten worden op het overtuigen van het nut van afspraken maken en toetsen. Dit vergt wellicht een andere aanpak dan nodig was voor de groepen die aan de pilot deelnamen. Derhalve bevelen we aan om voor de groepen op niveau 1 en 2 de uitrol in fases uit te voeren en goed te monitoren hoe de systematiek werkt bij deze groepen.

Aanpak differentiëren naar niveau

Samenhangend met bovenstaand punt verdient het aanbeveling de aanpak te differentiëren naar niveau waarop de groep (bij aanvang) functioneert. Uit de evaluatie kwam naar voren dat groepen op niveau 4 andere behoeften en wensen hebben dan groepen op niveau 3. De eerste groepen geven eigenlijk allemaal aan nauwelijks begeleiding nodig te hebben, hooguit soms wat aansturing en iemand die meekijkt naar het verloop van een bijeenkomst. De groepen op niveau 3 daarentegen hebben wel behoefte aan begeleiding: hoe maken we afspraken, hoe structureren we een bijeenkomst etc. Voor groepen op een lager niveau lijkt nog intensievere begeleiding nodig om ze naar een hoger niveau te tillen. Uit onderzoek van Van Aalst e.a. blijkt namelijk dat in regio's waar de inzet van DGV groter is, significant meer groepen op niveau 3 en 4 functioneren (Van Aalst e.a., 2003b). Het is belangrijk hier in de uitrol in planning, opzet en financiering rekening mee te houden. Voor de begeleiding van groepen op een lager niveau kan overigens gebruik worden gemaakt van de expertise van deelnemers aan niveau 4 groepen. Een aantal deelnemers heeft al aangegeven een bijdrage te willen leveren aan verbetering van het FTO in de regio.

Voorlopig visitatie naast verslaglegging

In het certificeringsmodel gelden de verslagen die de FTO-groepen maken van hun bijeenkomsten als basis voor het beoordelen van het niveau van de groepen. Op basis van de verslagformulieren kan een indicatie worden gegeven voor het niveau van de groepen, maar de vraag is of de formulieren zoals ze er nu liggen voldoende onderscheidend zijn. Een voorbeeld is dat niet aangegeven hoeft te worden hoe en met welk doel prescriptiecijfers worden gebruikt. In de pilot is het oordeel over de groepen niet alleen gebaseerd op verslagen, maar ook op contacten van de projectgroep met de deelnemende groepen. Voor de uitrolfase bevelen we aan dat een dergelijke visitatie gehandhaafd blijft. Nu was de rol van de projectgroep (terecht) vooral begeleidend van aard, maar er zou ook een audit-moment opgenomen kunnen worden, waarin het functioneren van de groepen op systematische wijze gescoord wordt. Zo'n visitatie zou bij voorkeur met twee personen plaatsvinden die onafhankelijk van elkaar de groepen scoren. Ook zou aan (twee van) de deelnemers van de FTO-groep zelf gevraagd kunnen worden hun eigen groep te scoren. De resultaten kunnen dan naast elkaar gelegd worden en gekeken kan worden op welke punten er verschillen en overeenkomsten zijn en waardoor verschillen in de scoring veroorzaakt worden. Op deze manier kan een gevalideerde scoringslijst worden ontwikkeld die dan in de verdere uitrol gebruikt kan worden. Op de lange termijn zou ernaar gestreefd kunnen worden het certificeringssysteem formeel te maken door bijvoorbeeld de stichting HKZ (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de gezondheidszorg, www.hkz.nl) een model-certificeringssysteem te laten ontwikkelen. HKZ ontwikkelt op verzoek van branche-organisaties certificeringsschema's voor verschillende sectoren in de gezondheidszorg. Wanneer een aanvraag hiertoe is goedgekeurd door HKZ en het Centraal College van Deskundigen voor de Zorgsector (CCvD-Z) wordt onder verantwoordelijkheid van de CCvD-Z een schema ontwikkeld waarbij ook partners uit het veld betrokken zijn. Als er eenmaal een certificeringsschema is dan moet de certificering worden gedaan door een onafhankelijke certificeringsinstelling die door de Raad voor Accreditatie geaccrediteerd is en een contract heeft met HKZ. Het maken van een dergelijk schema is een intensief proces dat minstens een jaar vergt (www.hkz.nl).

Bottum-up benadering handhaven

In het project is gekozen voor een bottum-up benadering, waarin groepen zelf de inhoud en vorm van afspraken bepalen. Deze wordt gewaardeerd door de deelnemers. Bovendien hebben groepen aangegeven niet in een te strak keurslijf te willen zitten, bijvoorbeeld wat betreft de manier van werken en de onderwerpkeuze. De pilotgroepen hadden vrijwel allemaal moeite met de twee verplichte onderwerpen. Ook in een eerdere interventie op het gebied van FTO, namelijk de interventie “Reductie Benzodiazepinegebruik Ouderen” kwam naar voren dat het kiezen van een onderwerp belangrijk is (Van Dijk e.a., 2001b). De methodiek zoals gekozen in de pilot kan voor alle onderwerpen worden gebruikt en dus kan de verplichte onderwerpkeuze, zeker wanneer de uitrol verder is, losgelaten worden. Om de medewerking van de groepen te krijgen en houden, is het in elk geval aan te bevelen de bottum-up benadering te handhaven.

Effecten op voorschrijven blijven monitoren

Uiteindelijk doel van het professionaliseringstraject is het komen tot doelmatiger voorschrijven in de regio. Derhalve is het van belang om de effecten van veranderingen in de werkwijze van FTO-groepen op het voorschrijven te blijven monitoren. Echter, omdat een bottum-up benadering is gekozen, is het lastig effecten op het voorschrijfgedrag op macro-niveau te evalueren. Immers: elke groep maakt zijn eigen afspraken en die kunnen erg uiteenlopen. Derhalve moet de eerste insteek zijn te kijken of groepen zich aan hun eigen afspraken houden. Effecten die op regionaal niveau terug te vinden zijn, kunnen bovendien pas op de langere termijn verwacht worden als meer groepen meedoen.

Hoe toetsbaar moeten afspraken zijn

Dat afspraken toetsbaar moeten zijn, geldt voor niveau 4. Op dit niveau moeten de groepen hun afspraken toetsen en kunnen een beloning krijgen voor behaald resultaat. Uit dit onderzoek blijkt dat grootschalige databestanden zoals SFK niet geschikt lijken om afspraken op groepsniveau te toetsen. Met deze gegevens kunnen bijvoorbeeld geen indicatiegebonden afspraken getoetst worden. De Huisarts Informatie Systemen lijken hiertoe meer geschikt. Echter, ook dan valt of staat alles met het registreren door de beroepsbeoefenaren. Voor groepen op niveau 4 zou daarom de manier van registreren dusdanig moeten zijn dat afspraken gemaakt in het FTO getoetst kunnen worden. Een andere oplossing is om afspraken te (laten) maken die gemakkelijk getoetst kunnen worden, bijvoorbeeld het kiezen van een voorkeursmiddel. Echter, dit zou de groepen beperken in de afspraken die ze maken. Het is overigens sowieso de vraag of toetsbare afspraken persé het meest doelmatig zijn: toetsbaar en doelmatig hoeven niet altijd hetzelfde te zijn. In elk geval bevelen we aan duidelijke criteria op te stellen waaraan afspraken op niveau 3 en 4 moeten voldoen. Een niveau 4-groep die aangeeft “omeprazol” als voorkeursmiddel te kiezen, heeft - in onze ogen - geen goed te toetsen afspraak gemaakt. Want wanneer is iets een voorkeursmiddel? Moet hieraan niet een bepaald streefpercentage worden gehangen? In de beoordeling van de groepen zou de inhoud van de afspraken meegewogen moeten worden, bijvoorbeeld door deze te spiegelen aan actuele richtlijnen.

Literatuur

Aalst A van der, Groot JF de, Metz JE de, Oijen AHEA van, Stroo MV, Top HO et al. FTO-peiling 2002. Farmacotherapieoverleg in 2001/2002: stand van zaken in vogelvlucht. Utrecht: DGV Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik, 2003a.

Aalst A van der, Oijen A van, Stroo M, Groot J de. Quick scan levert snel overzicht van overlegkwaliteit. Kwaliteit van FTO: (tussen)stand van zaken. Pharmaceutisch Weekblad, 2003b, 138 (49), 1738-1740.

Denig P, Haaijer-Ruskamp FM, Zijsling DH. How physicians choose drugs. Social Science & Medicine 1988; 27(12):1381-1386.

Dijk L van, Barnhoorn H, Bakker D de. Het Farmaco Therapie Overleg in 1999: stand van zaken en effecten op voorschrijven. Utrecht: NIVEL, 2001a.

Dijk L van, Coffie D, Hoogen H van den, Bakker D de. Interventie 'reductie benzodiazepinegebruik ouderen': evaluatie van de pilotstudie. Utrecht: NIVEL, 2001b.

Griens F, Wijnen M. Zoveel vragen, zoveel antwoorden: on line shoppen in het SFK Data Warehouse. Pharmaceutisch Weekblad 2003; 138(18):644-647, grafn.

Grol R, Lawrence M. Quality improvement by peer review. Oxford: Oxford University Press, 1995.

Kocken G, Etienne R. Farmacotherapie-overleg belandt in nieuwe fase: landelijke inventarisatie. Pharmaceutisch Weekblad 1998; 133(3):104-107.

Mulder J, Kroon Ad, Duijn J. Farmacotherapie-overleg in Nederland (1): wat gebeurt er en hoe kan het beter? Huisarts in Nederland 1993; 4(9):21-29.

Paes AHP, Cornips PMJM. Ontstaan en verloop van farmacotherapie-overleg. Pharmaceutisch Weekblad 1987; 122(no. 10):225-230.

Veninga CCM. Improving prescribing in general practice. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 2000.

Bijlage 1: Vragenlijst zomer 2003

Algemeen

1. Naam van uw FTO-groep:
2. Bent u huisarts of apotheker?
 - Huisarts
 - Apotheker
3. Hoe vaak gaat u naar de bijeenkomsten van uw FTO-groep?
 - Altijd
 - Meestal
 - Ongeveer de helft van de bijeenkomsten
 - Minder dan de helft van de bijeenkomsten
4. Bereidt u wel eens bijeenkomsten voor?
 - Altijd
 - Geregeld
 - Af en toe
 - Nooit
5. Hoe zinvol vindt u het FTO in het algemeen?
 - Zeer zinvol
 - Zinvol
 - Redelijk zinvol
 - Niet zo zinvol

Deelname van uw FTO-groep aan de pilot 'Professionalisering FTO'

- 6a. Toen uw groep benaderd werd voor deelname aan de pilot 'Professionalisering FTO', hoe stond u daar – in eerste instantie – tegenover?
 - Ik was meteen enthousiast → NAAR VRAAG 7a
 - Ik kon me er wel in vinden, maar had wel wat vraagtekens
 - Ik had er behoorlijk wat vraagtekens bij
 - Ik was helemaal niet enthousiast

6b. Ik had bij het begin vraagtekens bij de pilot omdat [meer antwoorden mogelijk]:

- ik al doelmatig genoeg voorschrijf
- het te veel tijd zou kosten
- de onderwerpen (maagmedicatie/cholesterol) niet goed gekozen zijn
- ik het nut van professionalisering van het FTO niet inzag
- Anders, namelijk

.....

.....

.....

.....

7a. En hoe staat u op dit moment tegenover de deelname aan de pilot ‘Professionalisering FTO?’

- Ik ben enthousiast → NAAR VRAAG 8a
- Ik kan me er wel in vinden, maar heb nog wel wat vraagtekens
- Ik heb er behoorlijk wat vraagtekens bij
- Ik ben helemaal niet enthousiast

7b. Ik heb (nog steeds) vraagtekens bij de pilot omdat [meer antwoorden mogelijk]:

- ik al doelmatig genoeg voorschrijf
- het te veel tijd kost
- de onderwerpen (maagmedicatie/cholesterol) niet goed gekozen zijn
- ik het nut van professionalisering van het FTO niet inzie
- Anders, namelijk

.....

.....

.....

.....

8a. Hoe belangrijk waren de hieronder genoemde redenen voor uw FTO-groep om deel te gaan nemen aan de pilot? [per reden 1 antwoord aankruisen]

	Heel belangrijk	Belangrijk	Niet belangrijk, niet onbelangrijk	Onbelangrijk	Heel onbelangrijk
Streven naar betere farmaceutische zorg voor de patiënt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Streven naar doelmatig voorschrijven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Streven naar beter functionerend FTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reële financiële honorering voor goed FTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Extra financiële vergoeding bij het behalen van resultaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8b. Had uw FTO-groep nog andere redenen voor deelname dan hierboven genoemd?
Zo ja, welke?

.....

9a. Hoe belangrijk zijn de hieronder genoemde redenen voor u zelf om deel te nemen aan de pilot? [per reden 1 antwoord aankruisen]

	Heel belangrijk	Belangrijk	Niet belangrijk, niet onbelangrijk	Onbelangrijk	Heel onbelangrijk
Streven naar betere farmaceutische zorg voor de patiënt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Streven naar doelmatig voorschrijven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Streven naar beter functionerend FTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reële financiële honorering voor goed FTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Extra financiële vergoeding bij het behalen van resultaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9b. Heeft u zelf nog anderen redenen voor deelname dan hierboven genoemd?
Zo ja, welke?

.....

Bijeenkomsten in het kader van de pilot tot nu toe

De pilot heeft twee verplichte onderwerpen, namelijk ‘Maagmedicatie’ en ‘Cholesterolverlagers’.

10. Hoeveel bijeenkomsten van uw eigen FTO-groep heeft u in het kader van de pilot bijgewoond?

..... bijeenkomsten over maagmedicatie
 bijeenkomsten over cholesterolverlagers

11. Hoe zinvol vond u deze bijeenkomsten?

- Heel zinvol
- Zinvol
- Redelijk zinvol
- Niet zinvol
- Helemaal niet zinvol

12. Heeft u één of meer van deze bijeenkomsten voorbereid?
- Ja, ... bijeenkomst(en) [vermeld aantal]
 - Nee → NAAR VRAAG 16
13. Welke ondersteuning heeft u hierbij ontvangen? [meer antwoorden mogelijk]
- Begeleiding van de FTO-adviseur
 - Begeleiding van de PTK-adviseur (prescriptieterugkoppeling)
 - Anders, namelijk
-
-
-
-
14. Bent u tevreden over de begeleiding van de FTO-adviseur bij de voorbereidingen?
- Heel tevreden
 - Tevreden
 - Niet zo tevreden
 - Ontevreden
 - Niet van toepassing, geen begeleiding gehad van FTO-adviseur
15. Bent u tevreden over de begeleiding van de PTK-adviseur bij de voorbereidingen?
- Heel tevreden
 - Tevreden
 - Niet zo tevreden
 - Ontevreden
 - Niet van toepassing, geen begeleiding gehad van PTK-adviseur

Onderwerp en materiaal

Doel van de pilot ‘Professionalisering FTO’ is het bevorderen van de kwaliteit en doelmatigheid van voorschrijven. Hierbij is gekozen voor twee inhoudelijke thema’s: ‘Maagmedicatie’ en ‘Cholesterolverlagers’.

16. Hoe relevant vindt u het onderwerp maagmedicatie in het kader van het streven naar kwaliteit en doelmatigheid van voorschrijven?
- Heel relevant
 - Relevant
 - Redelijk relevant
 - Niet zo relevant

17. Hoe relevant vindt u het onderwerp cholesterolverlagers in het kader van het streven naar kwaliteit en doelmatigheid van voorschrijven?

- Heel relevant
- Relevant
- Redelijk relevant
- Niet zo relevant

In de pilot wordt gebruik gemaakt van materiaal van DGV – Nederlands Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik. Graag willen wij uw oordeel over dit materiaal.

18a. Heeft u in het kader van de pilot de folder 'Cholesterol, een oriëntatie' gelezen?

- Ja
- Nee → NAAR VRAAG 19a
- Weet niet → NAAR VRAAG 19a

18b. Hoe beoordeelt u de folder 'Cholesterol, een oriëntatie' op de onderstaande aspecten? [per aspect 1 antwoord aankruisen]

	Helemaal mee eens	Mee eens	Noch eens, noch oneens	Mee oneens	Helemaal mee oneens
Inhoud is compleet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inhoud is duidelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Folder is overzichtelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inhoud zet aan tot nadenken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19a. Heeft u in het kader van de pilot de folder 'Cholesterolsyntheseremmers en bijwerkingen' gelezen?

- Ja
- Nee → NAAR VRAAG 20a
- Weet niet → NAAR VRAAG 20a

19b. Hoe beoordeelt u de folder 'Cholesterolsyntheseremmers en bijwerkingen' op de onderstaande aspecten? [per aspect 1 antwoord aankruisen]

	Helemaal mee eens	Mee eens	Noch eens, noch oneens	Mee oneens	Helemaal mee oneens
Inhoud is compleet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inhoud is duidelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Folder is overzichtelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inhoud zet aan tot nadenken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20a. Heeft u in het kader van de pilot de folder 'Het voorbereiden van FTO. Maagklachten, herziene versie' gelezen?

- Ja
- Nee → NAAR VRAAG 21a
- Weet niet → NAAR VRAAG 21a

20b. Hoe beoordeelt u de folder ‘Het voorbereiden van FTO. Maagklachten, herziene versie’ op de onderstaande aspecten? [per aspect 1 antwoord aankruisen]

	Helemaal mee eens	Mee eens	Noch eens, noch oneens	Mee oneens	Helemaal mee oneens
Inhoud is compleet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inhoud is duidelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Folder is overzichtelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inhoud zet aan tot nadenken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21a. Heeft u in het kader van de pilot de folder ‘Terugdringen chronisch gebruik maagmedicatie in het kader van het certificeringsproject Regio Noord Holland Noord’ gelezen?

- Ja
- Nee → NAAR VRAAG 22
- Weet niet → NAAR VRAAG 22

21b. Hoe beoordeelt u de folder ‘Terugdringen chronisch gebruik maagmedicatie in het kader van het certificeringsproject Regio Noord Holland Noord’ op de onderstaande aspecten? [per aspect 1 antwoord aankruisen]

	Helemaal mee eens	Mee eens	Noch eens, noch oneens	Mee oneens	Helemaal mee oneens
Inhoud is compleet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inhoud is duidelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Folder is overzichtelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inhoud zet aan tot nadenken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Afspraken

Maagmedicatie

22.a Heeft uw FTO-groep inmiddels afspraken gemaakt over het voorschrijven van maagmedicatie?

- Ja
- Nee, nog niet → NAAR VRAAG 28a

22.b Wat houden deze afspraken (kort) in?

.....

.....

.....

.....

23. Hoe verliep het proces om de afspraken over maagmedicatie te maken?

- We waren het snel eens
- Het duurde even voor we eruit kwamen
- Het kostte nogal moeite om tot afspraken te komen
- Anders, namelijk.....

24. Is in de groep overeengekomen dat iedereen deze afspraken naleeft of zijn er huisartsen /apothekers die slechts een deel van de afspraken naleven?
- Iedereen leeft alle afspraken na → NAAR VRAAG 26a
 - Enkele huisartsen en apothekers wijken af
 - Iedereen kiest zelf welke afspraken hij of zij naleeft
25. In hoeverre bent u zelf van plan de afspraken na te leven?
- Ik probeer ze allemaal na te leven
 - Ik probeer ze deels na te leven
 - Ik leef geen enkele afspraak na
- 26a. Hoe haalbaar zijn de door uw groep gemaakte afspraken over maagmedicatie volgens u?
- We halen de gestelde doelen met weinig moeite → NAAR VRAAG 27
 - We halen de gestelde doelen met enige moeite
 - We halen de gestelde doelen met veel moeite
 - Ik kan niet inschatten hoe haalbaar onze doelen zijn → NAAR VRAAG 27
 - Anders, namelijk
-
.....
.....
.....
- 26b. Waarom denkt u dat het moeilijk is voor de FTO-groep om de gestelde doelen te bereiken?
-
.....
.....
.....
27. In hoeverre betekenen de afspraken over maagmedicatie dat u uw handelen bij patiënten met maagklachten moet aanpassen?
- Ik hoef mijn handelen nauwelijks aan te passen
 - Ik moet redelijk wat veranderen aan mijn handelen
 - Ik hoef moet behoorlijk veel veranderen aan mijn handelen
- Anders, namelijk
-
.....
.....
.....

Cholesterolverlagers

- 28a. Heeft uw FTO-groep inmiddels afspraken gemaakt over het voorschrijven van cholesterolverlagers?
- Ja
 - Nee, nog niet → NAAR VRAAG 34

28b. Wat houden deze afspraken (kort) in?

.....
.....
.....
.....

29. Hoe verliep het proces om de afspraken over cholesterolverlagers te maken?

- We waren het snel eens
- Het duurde even voor we eruit kwamen
- Het kostte nogal moeite om tot afspraken te komen
- Anders, namelijk

.....
.....
.....
.....

30. Is in de groep overeengekomen dat iedereen deze afspraken naleeft of zijn er huisartsen /apothekers die een deel van de afspraken naleven?

- Iedereen leeft alle afspraken na → NAAR VRAAG 32a
- Enkele huisartsen en apothekers wijken af
- Iedereen kiest zelf welke afspraken hij of zij naleeft

31. Bent u zelf van plan alle afspraken na te leven?

- Ja
- Nee

32a. Hoe haalbaar zijn de door uw groep gemaakte afspraken over cholesterolverlagers volgens u?

- We halen de gestelde doelen met weinig moeite → NAAR VRAAG 33
- We halen de gestelde doelen met enige moeite
- We halen de gestelde doelen met veel moeite
- Ik kan niet inschatten hoe haalbaar onze doelen zijn → NAAR VRAAG 33
- Anders, namelijk

.....
.....
.....
.....

32b. Waarom denkt u dat het moeilijk is voor de FTO-groep om de gestelde doelen te bereiken?

.....
.....
.....
.....

33. In hoeverre betekenen de afspraken over cholesterolverlagers dat u uw handelen bij betreffende patiënten moet aanpassen?
- Ik hoef mijn handelen nauwelijks aan te passen
 - Ik moet redelijk wat veranderen aan mijn handelen
 - Ik hoef moet behoorlijk veel veranderen aan mijn handelen
 - Anders, namelijk
-
-
-
-

Voorlichtingsbijeenkomst 26 maart

34. Heeft u de gezamenlijke bijeenkomst van de FTO-groepen die deelnemen aan het pilotproject op 26 maart jl. bijgewoond?
- Ja
 - Nee → NAAR VRAAG 37
35. Kunt u in de onderstaande tabel aangeven in hoeverre deze bijeenkomst behulpzaam is geweest voor de uitvoering van de pilot? [per onderdeel 1 antwoord aankruisen]

	Niet behulpzaam	Redelijk behulpzaam	Behulpzaam	Heel behulpzaam
Uitleg over doel van de pilot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uitleg over inhoud van de pilot (gekozen onderwerpen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uitleg over planning van de pilot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uitleg over begeleiding vanuit DGV, Univé etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uitleg over de werkwijze binnen de pilot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overleg met andere deelnemende FTO-groepen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36. In hoeverre heeft de bijeenkomst voor u stimulerend gewerkt voor de uitvoering van de pilot?
- Heel stimulerend
 - Stimulerend
 - Redelijk stimulerend
 - Nauwelijks stimulerend
 - Helemaal niet stimulerend

Criteria in certificeringsmodel

In het kader van de pilot is een certificeringsmodel ontwikkeld waarin de criteria staan waaraan groepen moeten voldoen om voor extra financiële vergoeding voor het FTO in aanmerking te komen.

37. Bent u op de hoogte van de criteria die gesteld worden om voor extra financiële vergoeding in aanmerking te komen?
- Ja, ik weet welke criteria dat zijn
 - Ik heb wel een idee, maar weet niet heel precies wat de criteria zijn
 - Nee, ik heb geen idee wat precies de criteria zijn
 - Anders, namelijk

Tot slot

38. Heeft u nog opmerkingen over het verloop van de pilot tot nu toe?

.....
.....
.....
.....

Bijlage 2: Vragenlijst mondelinge interviews

A. Redenen voor deelname aan de pilot

In de enquêtes die we aan de leden van alle pilot FTO-groepen hebben uitgedeeld hebben we gevraagd naar de redenen om deel te nemen aan de pilot. Op een aantal van die redenen willen we hier wat dieper ingaan. Doel is te achterhalen wat voor de groepen de motivatie was (en is) om deel te nemen aan de pilot.

1. Uit de vragenlijsten die door de leden van de pilotgroepen zijn ingevuld kwam naar voren dat het streven naar betere farmaceutische zorg voor de patiënt voor velen een belangrijke reden was om deel te nemen aan de pilot. In welk opzicht denkt u dat de farmaceutische zorg binnen uw FTO-groep verbeterd zou kunnen worden?
2. Wat vindt u in het algemeen van het voorschrijfgedrag van uw groep? Denkt u dat er binnen uw groep doelmatigheidswinst valt te behalen? Op welke punten, Hoe? Hoe belangrijk is doelmatigheid van voorschrijven voor uw groep?
3. Ook het streven naar een beter functionerend FTO was voor velen een reden om deel te nemen aan de pilot. Op welke punten denkt u dat het functioneren van uw FTO verbeterd zou kunnen worden?
4. Zijn er binnen uw FTO-groep wellicht andere redenen voor deelname aan de pilot genoemd? Of zijn er andere doelen geformuleerd die uw groep met behulp van deze pilot wil bereiken? Wat zou de pilot hier aan kunnen veranderen?
5. Hoe belangrijk zijn financiële vergoedingen voor uw groep? Wat vind u een reële vergoeding? Vindt u het belangrijk dat goede resultaten ook extra beloond worden?

B. Voorbereidingen van bijeenkomsten

De bijeenkomsten van de FTO-pilotgroepen worden over het algemeen door zowel een arts als een apotheker voorbereid. Met deze vragen willen we graag meer te weten komen over de voorbereiding van de FTO bijeenkomsten in het algemeen en het gebruik van de prescriptiecijfers in het bijzonder.

6. Hoe heeft u het voorbereiden van de FTO bijeenkomsten (in het kader van de pilot) aangepakt? (vraag naar gebruik van DGV materiaal, informatie uit vakbladen, NHG standaard)
7. Heeft u hierbij prescriptiecijfers gebruikt? Op welke manier? Heeft u gebruik gemaakt van SFK cijfers? De SFK therapeutische kubus? of (ook) andere cijfers > welke cijfers? Waarom deze cijfers en niet de SFK cijfers? zouden wij deze cijfers eventueel ook mogen gebruiken voor ons onderzoek?

8. Hoe zijn de cijfers gepresenteerd? Riep dit discussie op? (vragen voor SFK cijfers en andere cijfers apart)
9. Wat zijn uw ervaringen met het genereren van de (SFK) cijfers (denk aan de tijds-investering, de samenwerking met SFK, het werken met de therapeutische kubus van SFK, voor- en nadelen van dit alles). Bent u tegen problemen aangelopen?

C. Begeleiding

- 10a. Op welke manier bent u bij deze pilot begeleid door een PTK of FTO-adviseur van DGV? (vraag naar begeleiding bij zowel de voorbereiding als uitvoer van de bijeenkomsten, het genereren van prescriptiecijfers en het maken van afspraken)
Door wie?
- 10b. Wat vond u van deze begeleiding? (vragen voor zowel PTK als FTO begeleiding)
11. Denkt u in de toekomst begeleiding nodig te hebben? Waarbij? Op welke manier? heeft u misschien suggesties voor de begeleiding, verbeterpunten etc?

D. Verloop bijeenkomsten

In de bijeenkomsten zijn onder andere afspraken gemaakt over maagmedicatie en cholesterolverlagers. In de vragenlijst zijn al een aantal vragen gesteld over het proces van afspraken maken. Als er op basis van de uitkomst van de vragenlijsten nog onduidelijkheden zijn kunnen ze hier aan de orde komen.

12. Groepsspecifieke vragen over het verloop van de bijeenkomsten en het maken van afspraken
13. Hoe verliepen de bijeenkomsten die uw groep in het kader van de pilot heeft gehad? (denk aan inhoud en opbouw, de rol van de huisartsen en de apothekers, het maken van afspraken) Wat was de reactie op de prescriptiecijfers en ontstond er discussie over?

E. De gemaakte afspraken

Binnen de FTO-groepen zijn afspraken gemaakt over maagmedicatie en cholesterolverlagers. In de enquête hebben we gevraagd welke afspraken dat zijn. Sommige afspraken zijn niet helemaal eenduidig, deze afspraken worden aan de contact

14. Hoe bent u tot deze afspraken gekomen? Welke informatie/wat heeft hierbij een rol gespeeld? (proberen iets van het beslisproces te doorgronden dat ten grondslag ligt aan de gemaakte afspraken, ervaring? Wetenschappelijke evidentie? Gebruik door specialisten? DGV- informatie? NHG standaard? Andere informatiebronnen?)
15. Omdat het misschien zo is dat de FTO-pilotgroepen al doelmatiger voorschrijven dan de gemiddelde FTO-groepen kijken we ook naar een aantal geneesmiddelen die niet in de pilot aan de orde zijn gekomen. We willen daarom graag weten of deze onderwerpen recentelijk nog in uw FTO-groep zijn besproken en of hierover ook afspraken zijn gemaakt.

Het gaat om de volgende onderwerpen:

	JA	NEE
Antibiotica bij kinderen		
Medicatie bij astma/COPD		
Medicatie bij depressie/antidepressiva		
Hypertensie		
Andere belangrijke onderwerpen		

16. Zijn er inmiddels afspraken door uw groep bijgesteld? Zo ja waarom?
17. Heeft u het idee dat de pilot effect zal hebben / al heeft op het functioneren van uw FTO-groep in het algemeen maar ook in het bijzonder op het voorschrijfgedrag van de huisartsen? Waarom en op welke manier?
18. Heeft u voor deze pilot extra moeten investeren in het FTO? Wat waren de extra investeringen? Wat zijn de opbrengsten? Heeft u zicht op de investeringen die de andere deelnemers voor deze pilot hebben gedaan?

F. Mening over pilot

19. Wat vindt u van de indicatoren die binnen het certificeringssysteem gebruikt worden (lijst laten zien) ? Zijn ze voor uw groep haalbaar/realistisch? Welk niveau streeft u na?
20. Wat is uw algemene oordeel over de pilot tot nu toe, wat zou u graag zo willen houden, wat zou u graag anders willen zien?
21. Hoe is de communicatie met de projectgroep, en de informatieverstrekking? Heeft u mogelijk suggesties voor de toekomst?

Bijlage 3 Vragenlijst voorjaar 2004

Deel 1: Belangrijk of niet?

Dit deel van de vragenlijst gaat over wat u verwacht van een goede en professionele FTO-groep. Hieronder staan een aantal zinnen. Wij vragen u achter iedere zin aan te geven hoe belangrijk u hetgeen vindt dat hierin genoemd wordt.

1 De groep				
	<i>niet belang- rijk</i>	<i>eigenlijk wel be- langrijk</i>	<i>belang- rijk</i>	<i>van zeer groot belang</i>
Naar mijn mening moet een professionele FTO-groep..				
1 ... als groep goed functioneren met onderling vertrouwen en respect voor elkaars deskundigheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ... een reële vergoeding krijgen voor het werk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 ... kritisch kijken naar de eigen werkwijze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 De voorbereiding				
	<i>niet belang- rijk</i>	<i>eigenlijk wel be- langrijk</i>	<i>belang- rijk</i>	<i>van zeer groot belang</i>
Naar mijn mening moet een professionele FTO-groep..				
4 ... een onderwerp klein houden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 ... van alle leden vragen dat ze de FTO bijeenkomst inhoudelijk voorbereiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 De bijeenkomsten				
	<i>niet belang- rijk</i>	<i>eigenlijk wel be- langrijk</i>	<i>belang- rijk</i>	<i>van zeer groot belang</i>
Naar mijn mening moet een professionele FTO-groep..				
8 ... een vaste voorzitter hebben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 ... voor elke bijeenkomst een agenda hebben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 ... gestructureerde bijeenkomsten hebben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 De voorbereiding

	<i>niet belang- rijk</i>	<i>eigenlijk wel be- langrijk</i>	<i>belang- rijk</i>	<i>van zeer groot belang</i>
Naar mijn mening moet een professionele FTO- groep..				
11 ... haalbare afspraken formuleren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 ... komen tot evidence-based afspraken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 ... toetsbare afspraken maken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 ... resultaatdoelstellingen formuleren (bij- voorbeeld 40% minder voorschrijven van middel x)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 ... afspraken vastleggen in het verslag van het FTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 ... gemaakte afspraken ook toetsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 ... doelstellingen halen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 ... ook over een langere periode bekijken of de af- spraken uitgevoerd worden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 ... beloond worden voor behaalde resultaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 Prescriptiecijfers

	<i>niet belang- rijk</i>	<i>eigenlijk wel be- langrijk</i>	<i>belang- rijk</i>	<i>van zeer groot belang</i>
Naar mijn mening moet een professionele FTO- groep prescriptiecijfers gebruiken..				
20 ... zodat leden inzicht krijgen in hun eigen voorschrijfgedrag en dat van hun collega's	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 ... om afspraken te maken over voorkeursbeleid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 ... om de gemaakte afspraken te toetsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andere, voor mij belangrijke aspecten van een professionele FTO-groep zijn:

- 1.....
 - 2.....
 - 3.....
-

Deel 2 Ervaringen met uw FTO-groep

Dit deel van de vragenlijst gaat over uw ervaringen met uw FTO-groep **vóór** aanvang van de pilot. Hieronder staan een aantal zinnen. Wilt u achter **ieder** van de onderstaande zinnen één kruisje zetten, namelijk in het vakje van uw keuze?

1 De groep					
Vóór de pilot was het zo dat onze FTO-groep..	<i>nee</i>	<i>eigenlijk niet</i>	<i>eigenlijk wel</i>	<i>ja</i>	<i>weet niet</i>
1 ... als groep goed functioneerde met onderling vertrouwen en respect voor elkaars deskundigheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ... een reële vergoeding kreeg voor het werk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 ... kritisch keek naar onze eigen werkwijze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 De voorbereiding					
Vóór de pilot was het zo dat onze FTO-groep..	<i>nee</i>	<i>eigenlijk niet</i>	<i>eigenlijk wel</i>	<i>ja</i>	<i>weet niet</i>
4 ... een onderwerp klein hield	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 ... van alle leden vroeg dat ze de FTO bijeenkomst inhoudelijk voorbereiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 De bijeenkomsten					
Vóór de pilot was het zo dat onze FTO-groep..	<i>nee</i>	<i>eigenlijk niet</i>	<i>eigenlijk wel</i>	<i>ja</i>	<i>weet niet</i>
6 ... een hoge opkomst had bij bijeenkomsten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 ... een jaaragenda had voor de bijeenkomsten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 ... een vaste voorzitter had	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 ... voor elke bijeenkomst een agenda had	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 ... gestructureerde bijeenkomsten had	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 Afspraken

	<i>nee</i>	<i>eigenlijk niet</i>	<i>eigenlijk wel</i>	<i>ja</i>	<i>weet niet</i>
Vóór de pilot was het zo dat onze FTO-groep..					
11 ... haalbare afspraken formuleerde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 ... kwam tot evidence-based afspraken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 ... toetsbare afspraken maakte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 ... resultaatdoelstellingen formuleerde (bijvoorbeeld 40% minder voorschrijven van middel x)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 ... afspraken vastlegde in het verslag van het FTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 ... gemaakte afspraken ook toetste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 ... doelstellingen haalde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 ... ook over een langere periode bekeek of de afspraken uitgevoerd worden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 ... beloond werd voor behaalde resultaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 Prescriptiecijfers

	<i>nee</i>	<i>eigenlijk niet</i>	<i>eigenlijk wel</i>	<i>ja</i>	<i>weet niet</i>
Vóór de pilot was het zo dat onze FTO-groep prescriptiecijfers gebruikte..					
20 ... zodat leden inzicht kregen in hun eigen voorschrijfgedrag en dat van hun collega's	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 ... om afspraken te maken over voorkeursbeleid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 ... om de gemaakte afspraken te toetsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Heeft u misschien nog aanvullingen?

Nee

Ja, namelijk

.....

Deel 3 Situatie nu, na de pilot

Dit deel van de vragenlijst gaat over hoe de situatie nu is, dus na de pilot “professionalisering van het FTO”. Hieronder staan een aantal zinnen. Wilt u achter **ieder** van de onderstaande zinnen één kruisje zetten, namelijk in het vakje van uw keuze?

1 De groep

Na de pilot is het zo dat onze FTO-groep..	<i>nee</i>	<i>eigenlijk niet</i>	<i>eigenlijk wel</i>	<i>ja</i>	<i>weet niet</i>
1 ... als groep goed functioneert met onderling vertrouwen en respect voor elkaars deskundigheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ... een reëlere vergoeding krijgt voor het werk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 ... kritischer kijkt naar onze eigen werkwijze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 De voorbereiding

Na de pilot is het zo dat onze FTO-groep..	<i>nee</i>	<i>eigenlijk niet</i>	<i>eigenlijk wel</i>	<i>ja</i>	<i>weet niet</i>
4 ... een onderwerp klein houdt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 ... van alle leden vraagt dat ze de FTO bijeenkomst inhoudelijk voorbereiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 De bijeenkomsten

Na de pilot is het zo dat onze FTO-groep..	<i>nee</i>	<i>eigenlijk niet</i>	<i>eigenlijk wel</i>	<i>ja</i>	<i>weet niet</i>
6 ... een hogere opkomst heeft bij bijeenkomsten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 ... een jaaragenda heeft voor de bijeenkomsten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 ... een vaste voorzitter heeft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 ... voor elke bijeenkomst een agenda heeft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 ... gestructureerde bijeenkomsten heeft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 De afspraken

	<i>nee</i>	<i>eigenlijk niet</i>	<i>eigenlijk wel</i>	<i>ja</i>	<i>weet niet</i>
Na de pilot is het zo dat onze FTO-groep..					
11 ... haalbare afspraken formuleert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 ... komt tot evidence-based afspraken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 ... toetsbare afspraken maakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 ... resultaatdoelstellingen formuleert (bijvoorbeeld 40% minder voorschrijven van middel x)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 ... afspraken vastlegt in het verslag van het FTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 ... gemaakte afspraken ook toetst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 ... doelstellingen haalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 ... ook over een langere periode bekijkt of de afspraken uitgevoerd worden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 ... beloond wordt voor behaalde resultaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 Prescriptiecijfers

	<i>nee</i>	<i>eigenlijk niet</i>	<i>eigenlijk wel</i>	<i>ja</i>	<i>weet niet</i>
Na de pilot is het zo dat onze FTO-groep prescriptiecijfers gebruikt..					
20 ... zodat leden inzicht krijgen in hun eigen voorschrijfgedrag en dat van hun collega's	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 ... om afspraken te maken over voorkeursbeleid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 ... om de gemaakte afspraken te toetsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Heeft u misschien nog aanvullingen?

Nee

Ja, namelijk

Deel 4 Algemeen

1. Naam van uw FTO-groep:

.....

2. Bent u huisarts of apotheker?

Huisarts

Apotheker

3. Bent u contactpersoon van uw FTO-groep?

Ja

Nee