



Leren huisartsen van feedback in DTO-FTO-groepen?

Samenvatting

Trietsch JP. *Leren huisartsen van feedback in DTO-FTO-groepen?* Huisarts Wet 2017;60(11):588-90.

Het FTO heeft in de afgelopen decennia een vaste plek verworven in de huisartsgeneeskunde. Een soortgelijk overleg over diagnostiek blijkt effectief om het aanvraaggedrag van huisartsen te veranderen. In Nederland onderzochten wij wat het effect was na invoering hiervan in de bestaande FTO groepen. De groepen kregen feedback over hun eigen aanvragen en voorschriften. Dit DTO-FTO bleek het aanvraag en voorschrijfgedrag van huisartsen te veranderen. De veranderingen waren echter kleiner dan in eerdere onderzoeken gevonden waren. Om de effectiviteit van het DTO-FTO te verbeteren zal de kwaliteit van de feedback verbeterd moeten worden. Het verzamelen van voorschrijfgegevens direct uit de HIS-sen en de diagnostiek data bij de laboratoria lijkt de enige oplossing. Het verzamelen van de data zal centraal moeten gebeuren. Binnen de groepen dienen de huisartsen het bestaande format van frontaal onderwijs te verlaten. Hiervoor lijkt een sterke leider binnen de groep onontbeerlijk. De ondersteuning van de DTO-FTO bijeenkomsten zal op een centraal of regionaal niveau vorm gegeven moeten worden om de randvoorwaarden te vervullen. Het DTO-FTO kan er dan toe leiden dat de huisartsen ook daadwerkelijk leren van hun eigen gedrag.

INLEIDING

Begin jaren tachtig van de vorige eeuw is het farmacotherapeutisch overleg (FTO) geïntroduceerd in de eerste lijn om huisartsen in kleine groepen autonoom te laten leren en farmacotherapeutische afspraken te laten maken.¹ Inmiddels nemen bijna alle huisartsen in Nederland deel aan een FTO. Een logische volgende stap zou zijn om het FTO in te zetten om doelmatiger te werken. Daarbij kan gebruikgemaakt worden van feedback over diagnostiek en voorschrijfgedrag, in de vorm van een diagnostisch toetsoverleg (DTO). Een van de problemen van feedback is het verkrijgen van betrouwbare cijfers. Het blijkt ook moeilijk om alle deelnemers in een inhoudelijke discussie over het eigen gedrag te betrekken. Starten met een DTO is ogenschijnlijk een kleine stap, maar blijkt in de praktijk lastig uit te voeren.² Het opzetten en uitvoeren van een DTO is wel (kosten)effectief, zo blijkt uit onderzoek.³ Hoe effectief is het DTO eigenlijk in de praktijk? Om die vraag te beantwoorden hebben wij onderzocht wat het effect is van feedback over voorschrijf- én diagnostisch aanvraaggedrag na implementatie van de DTO-strategie in een minder gecontroleerde omgeving. Op grond van eerder onderzoek weten we welke interventiemethoden het gedrag van hulpverleners in

positieve zin kunnen veranderen.⁴ Vaak implementeert men de resultaten uit dit soort onderzoeken zonder daarna nog verder na te gaan of de beoogde doelen wel worden gerealiseerd. Daarom hebben we gekeken of de effecten die uit de eerdere onderzoeken naar voren komen vergelijkbaar zijn met de effecten na implementatie. Dergelijk onderzoek is voor zover we weten nog niet eerder verricht.

HET DTO-FTO-ONDERZOEK

In het kader van een gerandomiseerd onderzoek introduceerden wij het DTO in bestaande FTO-groepen in Zuid-Nederland. De groepen hebben drie keer een DTO-bijeenkomst gehad. Iedere DTO-bijeenkomst werd gevolgd door een FTO-bijeenkomst over hetzelfde onderwerp. De huisartsen kregen aan het begin van de bijeenkomst feedback over hun eigen di-

Het repliceren van gecontroleerde onderzoeken onder dagelijkse omstandigheden is zeer zinvol

agnostische aanvragen of voorschriften rond het betreffende onderwerp. De feedback had de vorm van staafdiagrammen met de aantallen aanvragen of voorschriften per duizend patiënten per zes maanden. Iedere groep besprak achtereenvolgens de eigen feedback, maakte werkafspraken voor de toekomst en besprak welke problemen zij verwachtte bij de invoering van de werkafspraken in de praktijk.

Een deskundige op het gebied van diagnostiek (een klinisch chemicus of een huisarts met bijzondere bekwaamheden) trad op als begeleider van het DTO en de lokale apotheker vervulde deze rol voor het FTO. De feedback was samengesteld op basis van gegevens van de laboratoria en de dominante verze- keraars in het zuiden van Nederland. In totaal waren, verdeeld over tien klinische onderwerpen, 74 diagnostische tests en

De kern

- De effectiviteit van het DTO-FTO hangt sterk samen met de kwaliteit van de feedback
- Voorschrijfdata moeten direct uit het HIS ge-extraheerd worden
- Diagnostiek data kan het beste volgens een landelijk protocol verzameld worden
- Een sterke leider in de groep vergroot het effect van het DTO-FTO
- Regionale ondersteuning van DTO-FTO bijeenkomsten is noodzakelijk



Foto: Shutterstock

Het werken met feedback is alleen effectief als aan een aantal voorwaarden wordt voldaan.

119 verschillende ATC-codes beschikbaar voor feedback. We hebben het effect uitgedrukt als het verschil in aantallen diagnostische aanvragen en voorschriften tussen de interventie- en controlegroepen, gecorrigeerd voor de verschillen bij aanvang. Hierbij hebben we rekening gehouden met recepten die vaak pas na (maximaal) drie maanden effectief gewijzigd kunnen worden omdat patiënten nog medicatie thuis hebben.

RESULTATEN

In totaal hielden de huisartsen 115 DTO-FTO-bijeenkomsten. Het effect op zowel aantallen voorschriften als op het aantal aangevraagde tests was positief, maar kleiner dan in eerdere onderzoeken.³ Opvallend was dat de grootste verandering te zien was bij huisartsenpraktijken die bij aanvang van het onderzoek het meeste voorschreven en de meeste tests aanvroegen. De praktijken die bij aanvang weinig voorschreven of aanvroegen lieten geen significante verandering in hun aanvraag- of voorschrijfgedrag zien.⁵

Na een kwalitatieve analyse vonden we diverse knelpunten. Hoewel de deelnemers vooraf positief waren over het principe van feedback, bleek hun vertrouwen in deze feedback gering. Zij vonden de cijfers te oud of niet betrouwbaar. Daarnaast vonden de begeleiders het moeilijk om de groepen weg te leiden van de discussie over de betrouwbaarheid van de cijfers en om hen afspraken te laten maken. Ook bleek het verkrijgen van de benodigde gegevens voor de feedback lastiger dan verwacht.²

BESCHOUWING

Hoewel we zagen dat het werken met feedback in DTO-FTO-bijeenkomsten een positief effect had, was dit kleiner dan bij eerder onderzoek. Deels komt dit door de onderzoeksopzet, die de situatie in de dagelijkse praktijk zo veel mogelijk moest benaderen.^{6,7} In deze opzet is het niet mogelijk om groepen bij te sturen of extra te ondersteunen als de implementatie lastig verloopt. Waarschijnlijk zijn de positievere resultaten van eerdere onderzoeken voor een deel het gevolg van de manier van leidinggeven in de groep (een dwingend protocol) en van het

*Diagnostisch toetsoverleg blijkt
effectief om het aanvraaggedrag
van huisartsen te veranderen*

feit dat er onderzoekers bij de bijeenkomst aanwezig waren. Deze vorm van begeleiden is bij een opschaling naar regionaal of landelijk niveau niet haalbaar vanwege de snel oplopende kosten. Met minimale ondersteuning implementeren levert echter een aanzienlijke verkleining van het effect op, wat een negatieve invloed heeft op de kosteneffectiviteit – een duivels dilemma voor beleidsmakers.

Uit ons onderzoek blijkt dat werken met feedback alleen effectief is als er aan een aantal voorwaarden is voldaan.

Ten eerste moeten we de voorschrijfcijfers bij de bron verzamelen. Directe extractie uit de HIS'sen is waarschijnlijk de enige manier om een eind te maken aan discussies over de betrouwbaarheid van de voorschrijfgegevens. Laboratoria in de eerste lijn moeten de gegevens over de diagnostiek leveren. Om te voorkomen dat de gegevenssets onvolledig zijn moeten de laboratoria hun gegevens aanleveren aan een centrale partij, die ze verwerkt en opslaat. De grote uitdaging hierbij is om niet alleen gegevens van het klinisch-chemisch en hematologielaboratorium te verkrijgen, maar ook andere diagnostische gegevens, bijvoorbeeld van functieonderzoek en beeldvorming.

De kwaliteit van feedback moet verbeteren

Ten tweede zal een eerstelijns ondersteuningsorganisatie verantwoordelijk moeten worden gemaakt voor het opzetten en ondersteunen van het DTO-FTO. Zo'n organisatie kan brongegevens ten behoeve van de feedback verzamelen en verwerken, en nieuwe onderwerpen ontwikkelen. Huisartsen en laboratoria kunnen de zorggroepen het mandaat geven om deze taak op zich te nemen.

Het probleem dat niet alle praktijken gebruikmaken van hetzelfde laboratorium en dat patiënten binnen een praktijk verschillende laboratoria kunnen kiezen is nog niet opgelost. Voor betrouwbare feedback moeten al deze aanvragen worden samengevoegd. Daarvoor zou de gegevensverzameling en -verwerking op nationaal niveau kunnen worden afgestemd. Het proces van extractie van voorschrijfgegevens uit de HIS'sen kan men het best op regionaal niveau begeleiden en bewaken.

Als laatste zullen de deelnemende huisartsen bereid moeten zijn om te breken met de bestaande FTO-routines. De opzet van een DTO-FTO is veel minder vrijblijvend dan het huidige FTO. Frontaal onderwijs moet daarbij zo veel mogelijk vermeden worden, om te voorkomen dat de rest van de groep

achterover leunt en het leerproces niet optimaal verloopt. Deze bevindingen zijn in lijn met die uit eerder onderzoek en lijken enkel te doorbreken met een sterke leider die het proces kan bewaken en bijsturen.⁸⁻¹⁰

CONCLUSIE

Het repliceren van gecontroleerde onderzoeken onder dagelijkse omstandigheden is zeer zinvol. De effecten vallen, niet geheel verrassend misschien, na implementatie in de praktijk vaak tegen. Zulk onderzoek levert wel inzicht op in de factoren die het eerdere gecontroleerde onderzoek tot een succes hebben gemaakt. Beleidsmakers kunnen hier rekening mee houden bij het vaststellen van nieuw beleid.

Om de feedback aan de huisartsen zo betrouwbaar mogelijk te maken is een centrale organisatie nodig die deze taak op zich neemt. Huisartsen die van DTO-FTO willen gebruikmaken om te leren en die afspraken willen maken voor de toekomst zullen hun ideeën over het werken met cijfers moeten bijstellen. Ze zullen zich actief betrokken moeten voelen bij deze vorm van leren. Dat vraagt om leiderschap van regionale sleutelfiguren in wie de huisartsen vertrouwen hebben en die de mogelijke weerstand bij huisartsen kunnen ombuigen in een kritische, enthousiaste houding jegens deze vorm van kwaliteitsverbetering. In het ideale geval lukt het de betrokken huisartsen dan ook nog om te bepalen hoe ze de afspraken in de eigen praktijk moeten implementeren. Dan leren ze niet alleen, maar passen ze het geleerde ook nog toe. ■

LITERATUUR

- 1 Eimers M, De Groot J. FTO peiling 2005, kwaliteit van farmacotherapie-overleg in Nederland in beeld. Utrecht: DGV Nederlands Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik, 2006.
- 2 Trietsch J, Steenkiste B, Hobma S, Frericks A, Grol R, Metsemakers J, et al. The challenge of transferring an implementation strategy from academia to the field: a process evaluation of local quality improvement collaboratives in Dutch primary care using the normalization process theory. *J Eval Clin Pract* 2014;20:1162-71.
- 3 Verstappen WHJM, Van der Weijden T, Sijbrandij J, Smeele I, Hermesen J, Grimshaw J, et al. Effect of a practice-based strategy on test ordering performance of primary care physicians: a randomized trial. *JAMA* 2003;289:2407-12.

De rest van de literatuur staat bij dit artikel op www.henw.org.



LITERATUUR

- 1 Eimers M, De Groot J. FTO peiling 2005, kwaliteit van farmacotherapie-overleg in Nederland in beeld. Utrecht: DGV Nederlands Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik, 2006.
- 2 Trietsch J, Van Steenkiste B, Hobma S, Frericks A, Grol R, Metsemakers J, et al. The challenge of transferring an implementation strategy from academia to the field: a process evaluation of local quality improvement collaboratives in Dutch primary care using the normalization process theory. *J Eval Clin Pract* 2014;20:1162-71.
- 3 Verstappen WHJM, Van der Weijden T, Sijbrandij J, Smeele I, Hermesen J, Grimshaw J, et al. Effect of a practice-based strategy on test ordering performance of primary care physicians: a randomized trial. *JAMA* 2003;289:2407-12.
- 4 Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, Young JM, Odgaard-Jensen J, French SD, et al. Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;6:CD000259.
- 5 Trietsch J, Van Steenkiste B, Grol R, Winkens B, Ulenkate H, Metsemakers J, et al. Effect of audit and feedback with peer review on general practitioners' prescribing and test ordering performance: a cluster-randomized controlled trial. *BMC Fam Pract* 2017;18:53.
- 6 Williamson M, Cardona-Morrell M, Elliott JD, Reeve JF, Stocks NP, Emery J, et al. Prescribing Data in General Practice Demonstration (PDGPD) project - a cluster randomised controlled trial of a quality improvement intervention to achieve better prescribing for chronic heart failure and hypertension. *BMC Health Serv Res* 2012;12:273.
- 7 Campbell MK, Mollison J, Steen N, Grimshaw JM, Eccles M. Analysis of cluster randomized trials in primary care: a practical approach. *Fam Pract* 2000;17:192-6.
- 8 Carter P, Ozieranski P, McNicol S, Power M, Dixon-Woods M. How collaborative are quality improvement collaboratives: a qualitative study in stroke care. *Implement Sci* 2014;9:32.
- 9 Forsner T, Hansson J, Brommels M, Wistedt AA, Forsell Y. Implementing clinical guidelines in psychiatry: a qualitative study of perceived facilitators and barriers. *BMC Psychiatry* 2010;10:8.
- 10 Kaufmann-Kolle P, Szecsenyi J, Broge B, Haefeli WE, Schneider A. Führt die Implementierung von offenem Benchmarking in datengestützten Qualitätszirkeln zur Verbesserung der hausärztlichen Versorgung bei Arzneimittelinteraktion und Asthma bronchiale? *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 2011;105:389-95.