

Resultaten pilot academic detailing januari t/m maart 2010

Eindanalyse juli 2011



Inhoud

1. Inleiding	3
2. Analyse responspercentage	3
3. Kwalitatieve analyse	3
4. Kwantitatieve analyse	4
Proces evaluatie	4
Evaluatietoets	4
Voorschrijfdata	4
5. Conclusies en Aanbevelingen	7

1. Inleiding

Dit document is een presentatie van de resultaten van de pilot academic detailing die is uitgevoerd van januari tot en met maart 2010. In deze pilot werd onderzocht of Academic Detailing een bruikbare methode is om richtlijnen te implementeren. Daartoe werden 73 huisartsen bezocht en één op één nageschoold over osteoporose, waarbij de content gebaseerd was op de PFG-richtlijn en de NHG standaard.

De analyse geeft een indruk van de bereidheid van artsen om mee te doen aan de pilot, de waardering van het concept academic detailing en van de invloed die academic detailing heeft op de kennis en kwaliteit en op het beleid en voorschrijfgedrag van de arts.

2. Analyse responspercentage

In totaal zijn 302 huisartsen in de regio Groningen en Noord-Drenthe benaderd waarbij de geplande pilotgrootte minimaal 50 en maximaal 70 was. Alle huisartsen zijn gemaïld, resulterend in 23 aanmeldingen. De overige artsen zijn gebeld tot het maximale aantal van 73 was bereikt.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de respons.

	Aantal artsen	Percentage	Percentage van gebelde artsen
Deelnemers	73	24,2 %	29,3%
Niet-deelnemers	176	58,3 %	70,7%
Niet gebeld	53	17,5%	
Totaal	302		

Er bleek veel interesse te zijn voor academic detailing, het maximale aantal van 70 deelnemers werd gehaald voordat alle artsen telefonisch benaderd waren. Gedurende de pilot leek het initiatief meer naamsbekendheid te krijgen en groeide de bereidheid om deel te nemen.

Telefonische benadering bleek de meest effectieve methode om deelnemers te werven. Het was echter ook de meest tijdrovende methode.

3. Kwalitatieve analyse

Algemene indruk van de bezoeken

De bezochte artsen waren zeer positief over het concept academic detailing. Met name werden genoemd de efficiëntie, tijdsbesparing en de ruimte voor interactie. De artsen waren gedurende de hele nascholing actief en alert. De gesprekken duurden gemiddeld ongeveer 30 minuten, soms langer als er veel vragen waren.

De verstrekte informatie over osteoporose was voor de meeste artsen zoals verwacht grotendeels bekend, echter, artsen gaven aan dat de nascholing toch voldoende nieuwsaarde bevatte.

Een aantal huisartsen gaf spontaan adviezen over de opzet. Het invoeren van een pretoets, benadering van apothekers, en het achterlaten van een reminder waren de belangrijkste verbeterpunten. Daarnaast kwam een aantal punten ter verbetering van de richtlijn zelf naar voren. Deze worden meegenomen in een volgende update. Vragen van artsen waarvan het antwoord niet terug te vinden was in de beschikbare materialen werden verzameld, beantwoord en teruggekoppeld aan alle deelnemende artsen.

4. Kwantitatieve analyse

Proces evaluatie

De opzet werd direct na het bezoek aan de hand van een vragenlijst geanalyseerd. Daaruit bleek dat de bezochte huisartsen zeer positief waren over academic detailing. De onderwerpkeuze, de kwaliteit en bruikbaarheid van de materialen én de deskundigheid en presentatievaardigheid van de docent werden unaniem positief beoordeeld. Alle bezochte artsen zien academic detailing als een bruikbare manier om kennis over te dragen waarvan zij in de toekomst graag gebruik zouden maken. De resultaten van de kwantitatieve analyse bevestigden de bevindingen uit de kwalitatieve analyse.

Evaluatietoets

Aan de artsen werd gevraagd om 3 tot 4 weken na het bezoek een online evaluatietoets in te vullen. Dit was een vereiste voor de toekenning van 2 accreditatiepunten. In deze analyse zijn 28 evaluatietoetsen verwerkt.

Na minimaal 3 weken blijkt een groot deel van de kennis goed te zijn blijven hangen. Van de vier getoetste onderwerpen was de kennis het beste over corticosteroiden en maximale behandelduur. De criteria voor een BMD-meting waren voor een aantal artsen nog niet helemaal duidelijk, evenals het advies om door te verwijzen naar de 2^e lijn bij een nieuwe fractuur. De kennis van de farmacotherapiekeuze richtlijnen kon niet worden bepaald, omdat de vraag verkeerd werd begrepen.

Aan de huisartsen werd gevraagd of ze zelf vonden dat hun kennis over osteoporose was verbeterd door de nascholing. Dat was het geval bij vrijwel alle artsen: 64% gaf aan dat hun kennis verbeterd was, en 32% gaf aan dat de kennis een beetje verbeterd was. Dit resultaat wijst erop dat de nascholing voor vrijwel alle artsen nieuwswaarde had.

Tot slot werd aan de artsen gevraagd of ze naar aanleiding van de nascholing voornemens waren iets in het osteoporose beleid te veranderen. Bij 79% van de huisartsen was dit het geval. Deze huisartsen konden ook concrete verbeterpunten benoemen.

Concluderend lijkt academic detailing bij te dragen aan een verbetering van de kennis en aan de bereidheid tot gedragsverandering

Voorschrijfdata

Op basis van declaratiegegevens is het voorschrijfgedrag van de bezochte en niet bezochte huisartsen geanalyseerd in de 6 maanden voor en 6 maanden na het bezoek. Vooraf waren de drie indicatoren benoemd die ieder afzonderlijk besproken zullen worden

In de analyse werden 2 groepen onderscheiden:

- 1) Praktijken waarvan alle of een deel van de huisartsen is bezocht
- 2) Praktijken die niet zijn bezocht

De voorschriften van geneesmiddelen werden op praktijkniveau in het halve jaar voor en het halve jaar na het bezoek vergeleken (bij niet bezochte praktijken is 14 februari als fictieve bezoekdatum genomen). Het is niet altijd duidelijk bij welke huisarts binnen een praktijk patiënten staan ingeschreven. Daarom worden praktijken als bezocht beschouwd als minimaal één van de artsen uit die praktijk bezocht is. Het gaat hier om alle voorschriften aan patiënten van één van de huisartsen in de praktijk, dus ook voorschriften van bijvoorbeeld specialisten of van de huisartsenpost zijn meegeteld.

Therapiekeuze

Een analyse van alle bisfosfonaat voorschriften in de bezochte en niet bezochte praktijken laat geen effect zien. Op praktijkniveau blijft het aantal patiënten dat een bisfosfonaat krijgt redelijk stabiel. Ook de verdeling over de verschillende bisfosfonaten verandert nauwelijks.

Echter, van de 73 bezochte huisartsen zijn er 52 die zowel in de 6 maanden voor als in de 6 maanden na het bezoek patiënten hebben ingesteld op een bisfosfonaat. Alleen bij deze groep huisartsen kan gedragsverandering bij nieuwe patiënten gemeten worden. Daarom is bij deze groep een subanalyse uitgevoerd waarbij op huisartsenniveau de gedragsverandering is gemeten

Van deze 52 huisartsen hadden er 9 een voorkeur voor risedroninezuur (meer dan 50% van de eerste voorschriften in het afgelopen jaar) in de periode voor het bezoek. 8 van deze 9 huisartsen zijn na het bezoek minder risedroninezuur gaan voorschrijven (89%) Ook bij niet bezochte huisartsen is deze daling te zien, maar minder groot (zie tabel 1) Het merendeel van de huisartsen met een voorkeur voor generiek bleef ook na het bezoek generiek voorschrijven: 63% van de bezochte groep en 54 % van de niet-bezochte groep (zie tabel 2).

Tabel 1: Huisartsen met een voorkeur voor specialité

	Bezocht		Niet bezocht	
	voor	Na	voor	na
≤ 50% specialité	43		102	
> 50% specialité	9		36	
% specialité gedaald		8 (89%)		20 (56%)
% specialité niet gedaald		1 (11%)		16 (44%)

Tabel 2: Huisartsen met een voorkeur voor generiek

	Bezocht		Niet bezocht	
	voor	Na	voor	na
≤ 50% generiek	14		57	
> 50% generiek	38		81	
% generiek gedaald		14 (37%)		37 (46%)
% generiek niet gedaald		24 (63%)		44 (54%)

Omdat de incidentie van osteoporose laag is, is het aantal nieuwe patiënten in de geanalyseerde periode beperkt. Statistisch significante verschillen kunnen om deze reden niet aangetoond worden. Er zijn wel wat trends zichtbaar:

- Bijna alle bezochte huisartsen met een voorkeur voor specialité zijn minder specialité gaan voorschrijven. Dit effect is sterker dan bij de niet bezochte huisartsen.
- Het merendeel van de huisartsen met een voorkeur voor generiek blijft generiek voorschrijven. Dit percentage was iets groter in de bezochte groep (63% vs 54%)

Het effect op het totaal aantal bisfosfonaat voorschriften is met deze kleine aantallen echter niet aan te tonen.

Langdurig hoge dosering corticosteroiden in combinatie met bisfosfonaten

Het aantal patiënten dat naast chronische corticosteroiden in hoge dosering ook bisfosfonaat gebruikt, zoals de richtlijn voorschrijft is zowel bij bezochte als bij niet bezochte huisartsen 41%. Dit percentage vernadert niet na het bezoek.

Naast een vergelijking op praktijkniveau is bij de groep patiënten die zowel voor als na het bezoek behandeld werden met een corticosteroïde nagegaan hoe vaak alsnog een bisfosfonaat is toegevoegd aan de behandeling. Ook hier scoren beide groepen huisartsen vergelijkbaar: 8% van de patiënten krijgt na het bezoek alsnog een corticosteroïd.

Bij de interpretatie van deze resultaten dienen 2 zaken in ogenschouw te worden genomen

- 1) Huisartsen stellen zelf weinig patiënten in op een langdurige behandeling met een hoge dosering corticosteroïd. De voorschriften in deze analyse zijn waarschijnlijk grotendeels afkomstig van specialisten.
- 2) Een mogelijke gedragsverandering zal naar verwachting tot uiting komen bij patiënten die na het bezoek starten met een langdurige corticosteroïd behandeling. Uit de voorschrijfdata kan echter alleen achteraf worden bepaald of het om langdurige behandelingen gaat. Een periode van 6 maanden is daarom te kort om een gedragsverandering goed in beeld te brengen

Wat opvalt, is dat minder dan de helft van de patiënten met corticosteroiden een bisfosfonaat krijgt. Er is dus veel ruimte voor verbetering. Of academic detailing alleen voldoende is, is de vraag. Wellicht wordt een beter resultaat bereikt als naast academic detailing ook ondersteuning wordt geboden in het regelmatig screenen van het patiëntenbestand, zodat ook de corticosteroïde voorschriften van de specialist in beeld komen

Stoppen met bisfosfonaatbehandeling na 5 jaar

Het aantal patiënten dat voor het bezoek langer dan 5 jaar een bisfosfonaat gebruikt is bepaald voor de bezochte en niet bezochte praktijken. Vervolgens is nagegaan hoeveel van deze patiënten in de periode na het bezoek alsnog gestopt is. De bezochte huisartsen blijken hierop beter te scoren: Bij bezochte huisartsen stopt 15% van de langdurig gebruikers en bij niet-bezochte huisartsen 10%

Tabel 3. Aantal langdurig gebruikers dat, na bezoek, stopt

	Bezocht		niet bezocht	
	voor	Na	Voor	na
aantal gebruikers > 5jaar	519		1342	
aantal gestopt		78		132
% gestopt		15%		10%

Hoewel hier een positief effect lijkt te zijn blijft er veel ruimte voor verbetering. Wellicht wordt ook op deze parameter een beter resultaat bereikt wanneer naast academic detailing ook ondersteuning wordt geboden in het regelmatig screenen van het patiëntenbestand.

5. Conclusies Aanbevelingen

Conclusies uit de pilot Academic detailing

- Er is veel interesse onder huisartsen om deel te nemen aan academic detailing programma's. Het maximale aantal van 70 artsen werd bereikt voordat de maximale inspanning was verricht.
- Academic detailing wordt door de huisartsen gewaardeerd. Zowel het concept als de uitvoering worden unaniem positief beoordeeld door de bezochte artsen.
- Academic detailing lijkt de kennis van de artsen te verbeteren: na minimaal 3 weken is een groot gedeelte van de overgedragen kennis nog aanwezig. Daarnaast geven alle artsen aan dat hun kennis over osteoporose verbeterd is.
- Academic detailing lijkt de bereidheid tot gedragsverandering van de huisartsen positief te beïnvloeden: Bijna 80 procent van de artsen geeft aan iets te gaan veranderen in het osteoporosebeleid en kan ook aangeven wat.
- Hoewel het lastig is om significant effect aan te tonen op een weinig voorkomende indicatie als osteoporose lijkt academic detailing toch invloed te hebben op het voorschrijfgedrag. Er werden positieve trends waargenomen op therapiekeuze en op behandelduur. Op de combinatie met corticosteroiden werd geen effect aangetoond. Dit is mogelijk te verklaren door de invloed van specialisten en de korte analyseperiode

Uit de pilot zijn concrete verbeterpunten geïdentificeerd met betrekking tot de benadering van de artsen, de uitvoering van de nascholing en de volgende update van de richtlijn osteoporose. Deze verbeterpunten zouden kunnen leiden tot een nog beter resultaat bij toekomstige projecten.

Aanbeveling voor de toekomst

De resultaten wijzen uit dat Academic detailing positief wordt ontvangen door huisartsen en dat het resulteert in een bereidheid tot gedragsverandering, die ook in de praktijk op een aantal punten toegepast lijkt te worden. Een significante gedragsverandering is echter moeilijk meetbaar. Dit komt deels door de onderwerpkeuze (osteoporose, waarvan de incidentie laag is) en deels door de regio (Noord Oost Nederland, waar relatief weinig ruimte is voor verbetering).

Afgezien van verklaringen dient er wellicht meer aandacht te zijn voor de stappen die noodzakelijk zijn om gedragsverandering te bewerkstelligen. Naast het overdragen van kennis en inzicht met academic detailing zouden de volgende zaken kunnen bijdragen aan het effect:

- Ondersteuning bieden aan huisartsen in het screenen van hun patiëntpopulatie om bepaalde patiënten in beeld te brengen (te lang behandeld of geen bisfosfonaat ondanks langdurig hoge dosering corticosteroid). Huisartsen kunnen dan gericht met de leerpunten aan de slag
- Spiegelinformatie geeft de huisarts een beter inzicht in het eigen gedrag. Uit de verschillen tussen de mening over het eigen voorschrijfgedrag (zoals aangegeven in de online toets) en het daadwerkelijke voorschrijfgedrag (zoals gemeten aan de hand van voorschrijfdata) blijkt dat huisartsen hun toepassing van de richtlijn vaak overschatten.