# Feedback: onderzoek naar de impact en barrières bij implementatie – Onderzoeksrapport: deel 1

*KCE reports vol. 9A*

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
2005

## Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg

Voorstelling : Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg is een parastatale, opgericht door de programma-wet van 24 december 2002 (artikelen 262 tot 266) die onder de bevoegdheid valt van de Minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken. Het centrum is belast met het realiseren van beleidsondersteunende studies met binnen de sector van de gezondheidszorg en de ziekteverzekering.

## Raad van Bestuur

Effectieve leden : Gillet Pierre (Président), Cuypers Dirk (Vice-Président), Avontroodt Yolande, Beeckmans Jan, Bovy Laurence, De Cock Jo (Vice-Président), Demaeseneer Jan, Dercq Jean-Paul, Ferette Daniel, Gailly Jean-Paul, Goyens Floris, Keirse Manu, Kesteloot Katrien, Maes Jef, Mariage Olivier, Mertens Pascal, Mertens Raf, Moens Marc, Ponce Annick, Smiets Pierre, Van Ermen Lieve, Van Massenhove Frank, Vandermeeren Philippe, Verertbruggen Patrick, Vranckx Charles

Vervangers : Baland Brigitte, Boonen Carine, Cuypers Rita, De Ridder Henri, Decoster Christiaan, Deman Esther, Désir Daniel, Heyerick Paul, Kips Johan, Legrand Jean, Lemye Roland, Lombaerts Rita, Maes André, Palsterman Paul, Pirlot Viviane, Praet François, Praet Jean-Claude, Remacle Anne, Schoonjans Chris, Servotte Joseph, Van Emelen Jan, Vanderstappen Anne

Regeringscommissaris : Roger Yves

## Directie

Algemeen Directeur : Dirk Ramaekers

Algemeen Directeur adjunct : Jean-Pierre Closon

# Feedback: onderzoek naar de impact en barrières bij implementatie – Onderzoeksrapport: deel 1

*KCE reports vol. 9A*

ANNELIES VAN LINDEN
ISABELLE HEYMANS
FRANCOISE MAMBOURG
MARK LEYS

MET MEDEWERKING VAN:
LUT DE PRINS
PETER DIELEMAN
ANTOON MENSAERT
MICHEL VANHALEWYN

*Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg*
*Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé*
*2005*

## KCE reports vol 9A

| | |
|---|---|
| Titel: | Feedback: onderzoek naar de impact en barrières bij implementatie – Onderzoeksrapport: deel 1 |
| Auteurs: | Annelies Van Linden (WVVH)<br>Isabelle Heymans (SSMG)<br>Françoise Mambourg (KCE)<br>Mark Leys (KCE)<br><br>Met medewerking van:<br>Lut De Prins (RIZIV)<br>Peter Dieleman (WVVH)<br>Antoon Mensaert (RIZIV)<br>Michel Vanhalewyn (SSMG) |
| Externe validatoren: | Michel Wensing, Werkgroep Onderzoek Kwaliteit (WOK), Universiteit van Nijmegen en Universiteit van Maastricht, Nederland. |
| Conflict of interest: | None declared. Lut De Prins, Peter Dieleman, Antoon Mensaert, Michel Vanhalewyn maken deel uit van het "Platform kwaliteitspromotie" dat de feedback-campagne antibiotica / antihypertensiva voor huisartsen organiseert. |
| Layout: | Nadia Bonnouh, Patrice Chalon |

Brussel, April 2005

MeSH: Guideline Adherence, Physician's Practice Patterns, Evaluation Studies, Physicians, Family
NLM classification: W84

Taal: Nederlands
Format: Adobe® PDF™ (A4)

Wettelijk depot:D/2005/10.273/01

Elke gedeeltelijke reproductie van dit document is toegestaan mits bronvermelding.
Dit document is beschikbaar vanop de website van het Fedeaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.

Hoe refereren naar dit document?
Van Linden A, Heymans I, Mambourg F, Leys M, De Prins L, Dieleman P, Mensaert A, Vanhalewyn M. Feedback: onderzoek naar de impact en barrières bij implementatie – Onderzoeksrapport: deel 1. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); April 2005. KCE Reports vol. 9A. Ref. D/2005/10.273/01.

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg - Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.

Résidence Palace (10de verdieping-10ème étage)
Wetstraat 155 Rue de la Loi
B-1040 Brussel-Bruxelles
Belgium

Tel: +32 [0]2 287 33 88
Fax: +32 [0]2 287 33 85

Email: info@kenniscentrum.fgov.be , info@centredexpertise.fgov.be
Web: http://www.kenniscentrum.fgov.be , http://www.centredexpertise.fgov.be

# Voorwoord

In verschillende landen worden sinds het einde van de twintigste eeuw initiatieven genomen om het gedrag van artsen te veranderen. De geplande interventies maken gebruik van verschillende soorten prikkels, variërend van financiële sanctionering, onderlinge vergelijking met collega's tot discussies initiëren binnen de beroepsgroep. Opvallend is overigens, dat bij dergelijke campagnes het initiatief meestal komt vanuit de overheid. Zowel uit kosten- als uit kwaliteitsoverwegingen, sporen overheden de beroepspraktijken aan tot het optimaliseren van het medische gedrag. "Feedback" wordt in dat verband veel geciteerd als een middel om de beoogde overheidsdoelen mee te realiseren. Bij de beleidsmakers en in de wetenschappelijke literatuur groeit, parallel aan het aantal initiatieven, de vraag naar de impact van dergelijke interventies. Mirakeloplossingen om gedrag van de aanbodskant te veranderen, blijken vooralsnog echter niet te bestaan.

In België is op het einde van vorige eeuw het -in internationale perspectief- unieke initiatief genomen om voor extra murale zorg een nationale campagne feedback te starten. Doelgroep van het initiatief zijn de huisartsen en de specialisten. Doelstelling van de campagne is het voorschrijfgedrag van antibiotica en anti-hypertensiva te optimaliseren. Hieraan is meteen de vraag geopperd of de gehanteerde werkwijze en de bestede publieke middelen, enige impact hebben op de voorschrijvers.

In de schoot van de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie (NRKP) van het RIZIV is de vraag gesteld om een evaluatiemethodologie te ontwikkelen voor het meten van het effect van de feedback-campagne bij de artsen. Deze vraag is beleidsmatig en wetenschappelijk vernieuwend. De consensus is gegroeid dat de evaluatiemethodologie een beeld moet schetsen van zowel de barrières als de factoren die gedragsveranderingen vergemakkelijken, én indicaties moet geven van de impact van de campagne. Tegen die achtergrond krijgt een inhoudelijke en multidisciplinaire samenwerking vorm, waarin ook de wetenschappelijke verenigingen van de huisartsen actief bijdragen. Het is verheugend om vast te stellen dat rond dergelijk complexe problematiek door verschillende partijen actief en constructief wordt samengewerkt.

In het verleden verstuurde de overheid andere feedbacks (bijvoorbeeld naar de ziekenhuizen over het gebruik van onderzoeken bij appendectomie). In afzienbare tijd zal BAPCOC (Belgische Commissie voor de Coördinatie van het Antibioticabeleid) feedbacks geven aan de ziekenhuizen over hun antibiotica-gebruik. Het terugkoppelen van gegevens over de medische praktijk naar de individuele arts of ziekenhuis neemt in België toe in intensiteit. Het zal vele mensen mobiliseren en van overheidswege verdere investeringen vergen. Precies om die reden dringt zich de noodzaak op om het feedbackproces te evalueren en goed te onderzoeken welke barrières een werkelijke impact van feedbacks op de medische praktijk belemmeren. Vanuit de veronderstelling dat het de bedoeling is om een meer evidence-based gezondheidszorgbeleid vorm te geven, levert dit werk voor het KCE een belangrijke uitdaging. Het opent de poorten tot meer lange termijn onderzoek naar het effect van dit soort informatieve overheidsstrategieën, waarin gezondheidszorggegevens worden geëxploiteerd en met commentaar worden teruggekoppeld aan de sector.

Dit rapport schetst het eerste deel van de evaluatiestudie van de antibiotica- en anti-hypertensiva-campagne waarbinnen de feedback valt. De literatuurstudie en principes van de evaluatiemethodologie worden uit de doeken gedaan. Het schetst het raamwerk waarin het empirische werk van 2005 zal vorm krijgen. De bijdrage van verschillende partijen zal ongetwijfeld leiden tot nuttige conclusies en verbetervoorstellen voor processen die uiteindelijk moeten bijdragen tot een doelmatige zorg.

Jean-Pierre Closon
Adjunct algemeen directeur

Dirk Ramaekers
Algemeen directeur

# Samenvatting van het rapport

## Inleiding

- **Het doel van dit project is een evaluatieonderzoek op te zetten naar de "feedback-interventie" in België.**
- **Dit project wordt in verschillende fasen en over meerdere jaren uitgevoerd. Deze eerste fase bereidt de concrete onderzoeksactiviteiten voor. Dit rapport beschrijft de resultaten van een literatuuronderzoek en doet een eerste voorstel van evaluatiemethodologie.**
- **Het literatuuronderzoek bespreekt de interventies gericht op zorgverleners / professionele hulpverleners. Voor de evaluatie van de feedback in België, spitst dit rapport zich toe op de huisartsen.**

## Doelstelling van dit rapport

Dit rapport beschrijft de eerste stap van een evaluatieonderzoek naar de onlangs in België ingevoerde "feedback". Het rapport heeft twee doelstellingen: enerzijds beschrijft het de bestaande literatuur en het effectiviteitsonderzoek naar "feedback" en de mogelijke barrières bij de implementatie van interventies. Anderzijds maakt het een eerste globaal voorstel van evaluatiemethodologie. De gedetailleerde technische aspecten voor het veldwerk worden in het voorjaar van 2005 vastgelegd in overleg met de betrokken partijen.

## Historiek van de invoering van de feedback in België

De Informatiecel[a] werd in het begin van de XXIste eeuw opgericht. Deze cel kreeg de taak om een sensibiliseringsprogramma voor een rationeel voorschrijfgedrag van bepaalde geneesmiddelen op te stellen en te verspreiden via de "lokale kwaliteitsgroepen" (LOK's). Eind 2002 treedt de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie (NRKP) [b] in werking, die ondermeer de opdracht heeft de onderwerpen van de feedback te bepalen en toezicht te houden op de campagnes. Er werd gelijktijdig een overlegplatform ("Platform Kwaliteitspromotie") opgericht, om in overleg met de Informatiecel de eerste nationale "feedback antibiotica" vorm te geven. De keuze voor het thema antibiotica past in het toenemende besef dat antibiotica-resistentie toeneemt. Door de Belgische Commissie voor de Coördinatie van het Antibioticabeleid (BAPCOC) [c] zijn vanaf de winter van 2000 zowel sensibiliseringscampagnes voor het publiek georganiseerd als aanbevelingen voor de artsen geformuleerd.

De feedback over het voorschrijfgedrag antibiotica werd verstuurd in mei 2003 en in december 2004. Het Medico-Mut Akkoord dat eind 2003 werd afgesloten voor 2004-2005, voorziet nieuwe maatregelen, waaronder enkele die rechtstreeks invloed hebben op de feedback-campagnes. Dit akkoord bepaalt dat elke LOK vóór 30 september 2004 verplicht een vergadering moest houden rond de feedback betreffende antibiotica en/of anti-hypertensiva.

[a] Voor beschrijving en opdrachten van informatiecel, zie bijlage 1
[b] Voor beschrijving en opdrachten van NRKP, zie K.B. van 2001.08.29, n 2001022555
[c] Voor beschrijving en opdrachten van BAPCOC, zie K.B. van 26 april 1999. En www.health.fgov.be/antibiotics (25.03.05).

In 2004 kreeg het Federale Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE)[d] een dubbele opdracht van het RIZIV: de actualisering van de aanbevelingen voor de tweede feedback antibiotica (dit in samenwerking met de wetenschappelijke verenigingen en de BAPCOC), en het opzetten van een evaluatieonderzoek van de feedback-interventie. Dit verslag rapporteert over het op te zetten evaluatieonderzoek.

## Beschrijving van de huidige antibiotica-campagne

Onder campagne verstaan we een reeks interventies van uiteenlopende aard, gericht op een welbepaald thema. Elke interventie kan uit een aantal specifieke acties bestaan.

In de voorbije vijf jaar zijn talrijke initiatieven genomen om het ambulante voorschrijfgedrag betreffende antibiotica te wijzigen:

- Mediacampagnes voor het grote publiek
- Verspreiding van informatie voor de huisartsen:
- Aanbevelingen (Wetenschappelijke Verenigingen en BAPCOC)
- Algemene informatie ("Folia Pharmacotherapeutica" en transparantiefiches van het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (BCFI))
- Conclusies van Consensusvergaderingen (RIZIV)
- Feedback voor de huisartsen: Het document werd verstuurd in mei 2003 en eind 2004, met de bedoeling om dit te bespreken in de LOK-groep. De LOK's die de feedback bespreken, ontvangen financiële steun van het RIZIV om hun organisatiekosten te dekken. De wetenschappelijke verenigingen organiseren opleidingen voor huisartsen die als animator de LOK bij het bespreken van de feedback begeleiden.
- Feedback voor specialisten: dezelfde feedback werd uitgewerkt voor specialisten die geregeld ambulant antibiotica voorschrijven.
- Medflash: sinds 2004 ontvangen artsen via "Medflashes" in een beknopte vorm de aanbevelingen rond voorschrijfgedrag.

Dit rapport betreft enkel de evaluatie van feedback-interventie gericht op Belgische huisartsen.

[d] Voor beschrijving en opdrachten van KCE, zie www.kenniscentrum.fgov.be (25.03.05)

# Methode van werken voor dit rapport

## Opstellen van het rapport

Binnen het Kenniscentrum is de studie uitgevoerd door een team van experts en begeleid door afgevaardigden vanuit de wetenschappelijke verenigingen van huisartsen (WVVH en SSMG) en vertegenwoordigers van het RIZIV. Er is regelmatig overleg gevoerd met deze partijen over de doelstellingen en inhoud van het rapport. Dit rapport reflecteert de resultaten van deze samenwerking en weerspiegelt op die manier de bekommernissen van een heel team.

## Literatuuronderzoek

- Zoekdatum: september 2004
- Bronnen: Medline en The Cochrane Library (Cochrane Database of Systematic Reviews, Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness en Cochrane Controlled Trial Register).
- Gebruikte zoektermen: feedback, audit, behaviour, prescription, antibiotics, antihypertensives, evaluation, impact, effect, assessment, evidence based medicine, recommendation, guideline, education, implementation, barrier, facilitator, primary care.
- Deze zoektermen en afgeleiden of synoniemen werden gebruikt in verschillende combinaties.
- Er werden combinaties gemaakt van MESH-termen en van vrije tekstwoorden.
- Op basis van deze resultaten werd een "reference and citation tracking" uitgevoerd.
- Inclusie en exclusiecriteria: artikelen vanaf 1998. Er werden geen taalkundige beperkingen toegepast, hoewel er geen niet-Engelse publicaties gevonden werden die bruikbaar waren.
- De nadruk is gelegd op systematische reviews en gerandomiseerde studies. Aanvullend is informatie gehaald uit kwalitatieve studies en editorials om een idee te krijgen over de nieuwe visies die ontstaan rond huidige methodologieën.
- Voor het hoofdstuk 3 over evaluatiestrategieën werd er vooral gezocht in methodologische handboeken.

In dit onderzoek hebben we in de eerste plaats een inventaris gemaakt van de beschikbare literatuur over feedback. We hebben ons niet tot doel gesteld het spectrum van individuele artikels kritisch in detail te analyseren. In veel gevallen hebben we kunnen verder bouwen op systematische reviews. Indien methodologische twijfels of onzekerheden rijzen met betrekking tot de conclusie geven we dit expliciet aan.

# Gedragsveranderings-interventies in de literatuur

In dit hoofdstuk presenteren we de resultaten van een literatuuronderzoek naar de kenmerken van feedback en naar effectiviteit van interventies die een gedragsverandering bij zorgverleners beogen, waaronder feedback.

## Verschillende types interventies

Grol baseert zich op de classificatie van een Cochrane werkgroep[1] om interventies te klasseren:

- Interventies gericht op zorgverleners / professionele hulpverleners[e]
- Financiële interventies
- Organisatorische interventies
- Wettelijke maatregelingen

Elk van deze hoofdcategorieën omvat nog een aantal subcategorieën.

Verschillende van deze interventies kunnen voorschrijfgedrag beïnvloeden. In dit rapport komen enkel de interventies gericht op zorgverleners aan bod.

### *Kernboodschappen*

- **Er bestaan verschillende types interventies die een verandering van (voorschrijf) gedrag beogen.**
- **In dit rapport bespreken we interventies die een verandering in (voorschrijf) gedrag beogen van zorgverleners / professionele hulpverleners.**
- **"Feedback" is maar één van de verschillende soorten interventies om een gedragsverandering bij zorgverleners te bewerkstelligen.**

[e] Voor definitie van deze verschillende types interventies gericht op zorgverleners: zie bijlage .2.

# Definitie en kenmerken van feedback

## Definitie van feedback

Feedback wordt in de meeste artikels nauwelijks omschreven. In de literatuur worden "audit" en "feedback" vaak systematisch aan elkaar gekoppeld. Bij sommige auteurs,[1, 2] wordt audit onderscheiden van feedback, maar telkens ook met verschillende definities.

In een aantal reviews en boeken[1, 3, 4] zijn aanknopingspunten te vinden om voor dit evaluatieonderzoek precies vast te leggen wat we bedoelen met feedback. In dit rapport verstaan we onder feedback:

"Terugkoppeling naar de professionele zorgverleners van geregistreerde informatie over hun klinisch handelen in een bepaalde tijdsperiode, met of zonder aanbevelingen over goed klinisch handelen, met als doel de professionele zorgverleners inzicht te laten verwerven in het eigen handelen en hen aan te sporen tot optimaal klinisch gedrag."

## Kenmerken van feedback

Naast het definitieprobleem, worden in de literatuur interventies (waaronder feedback) vergeleken die inhoudelijk heel verschillend zijn. Om de kenmerken van interventies te identificeren kan gebruik gemaakt worden van de inzichten uit de EPOC checklist en een Cochrane review.

De EPOC checklist wordt in meerdere bijdragen geciteerd.[1, 5, 6] Ze gebruikt 6 centrale criteria: globale typering van de interventie, doelgroep, implementeerder / uitvoerder, frequentie van interventie, aard van de informatie over richtlijn en informatie over doelgroep.

De Cochrane review rond audit en feedback[3] klasseert de verschillende varianten van audit en feedback aan de hand van 5 criteria. Drie dimensies behandelen specifiek de kenmerken van de interventie:

- Het type interventie:
  - Audit en feedback alleen.
  - Audit en feedback als deel van een educatieve bijeenkomst of van outreach visit.
  - Audit en feedback als deel van een "gecombineerde interventie".
- De intensiteit van audit en feedback:
  - Inhoud: welke informatie wordt gegeven?
  - Formaat: geschreven of mondeling.
  - Timing: frequentie en duur.
  - Bron van feedback: wie geeft feedback?
  - Doelgroep: individu of groep.
- De complexiteit van het gewenste gedrag:
  - Het aantal gedragingen.
  - Complexiteit van vaardigheden of beoordelingen.
  - Andere factoren nodig (bijv. organisatorische).
  - Gedragsverandering bij individu of in communicatie of in volledig systeem.

Twee andere dimensies geven geen extra toelichting qua kenmerken, maar hebben eerder betrekking op de context of op de studie zelf: de baseline compliance (dit is de compliance van een arts i.v.m. gewenst gedrag vóór de interventie wordt uitgevoerd) en de studie-kwaliteit.

### *Kernboodschappen*

- **Feedback moet precies omschreven en gekarakteriseerd worden, wil men kunnen evalueren.**
- **Er bestaat geen éénduidige betekenis van het concept "feedback". Daardoor kunnen artikelen over "feedback" nauwelijks onderling vergeleken worden, en kan de effectiviteit van interventies moeilijk ingeschat worden.**
- **Feedback wordt in dit rapport gedefinieerd als: "Terugkoppeling naar de professionele zorgverleners van geregistreerde informatie over hun klinisch handelen in een bepaalde tijdsperiode, met of zonder aanbevelingen over goed klinisch handelen, met als doel de professionele zorgverleners inzicht te laten verwerven in het eigen handelen en hen aan te sporen tot optimaal klinisch gedrag".**
- **Feedback voor het veranderen van voorschrijfgedrag in België is een gecombineerde interventie die simultaan gebruik maakt van 2 onderling samenhangende acties: een feedback-document en de bespreking van dit feedback-document in de LOK-groep.**

# Effectiviteit van interventies

## Effectiviteit van interventies, waaronder feedback

Als er iets kan gezegd worden over de effectiviteit van gedragsveranderings-interventies[f] komt het volgende tot uiting:[7-15]

- **Meestal effectief**: outreach visits; beslissingsondersteuning (reminder); interactieve educatie; massamedia interventies.
- **Soms wel, soms niet effectief**: audit en feedback; inzet van opinieleiders; lokale consensus-bijeenkomsten.
- **Beperkt of niet effectief**: educatieve materialen; cursussen en conferenties.

Deze classificatie moet met de nodige omzichtigheid worden gelezen. De methodologische tekortkomingen van studies zijn door verschillende auteurs aangekaart (zie ook verder).[12, 14] Contextuele factoren zorgen er bovendien voor dat er geen unieke zaligmakende strategie bestaat voor gedragsverandering: bepaalde interventies zijn effectief onder bepaalde condities, geen enkele onder alle condities.[9, 10, 16]

Bepaalde aspecten in de gekozen benadering van de doelgroep, schijnen in te werken op de effectiviteit:

- Er zijn aanduidingen dat "persoonlijke betrokkenheid" van de doelgroep meer aanleiding geeft tot gedragsverandering dan louter extern opgelegde interventiestrategieën.[12]
- Hoe meer gepersonaliseerd een educatieve interventie is, hoe effectiever.[11]
- Hoe dichter een actie aansluit bij de interactie tussen hulpverlener en patiënt en hoe meer interactief, hoe effectiever.[17]
- Interventies die inspelen op specifieke barrières om te veranderen, zouden meer effectief zijn, dan andere.[10]

Wanneer er sprake is van effectiviteit van een individuele interventie, is de impact over het algemeen beperkt.[10, 18, 19]

[f] We beperken ons in dit onderzoek tot interventies gericht op zorgverleners. Voor financiële, organisatorische en wettelijke maatregelen zijn overigens zeer weinig studies beschikbaar, en is de effectiviteit niet aangetoond.

In de literatuur bestaat er onduidelijkheid over het effect van gecombineerde interventies ("multifaceted interventions"). In sommige analyses komt naar voor dat gecombineerde interventiestrategieën, gericht op verschillende barrières die een gedragsverandering bemoeilijken, meer effectief zijn dan enkelvoudige interventies.[9, 10, 12] Andere reviews stellen dat gecombineerde interventies niet aantoonbaar effectiever zijn.[3, 4] Over dit onderwerp is het laatste woord dus nog niet gezegd. Een belangrijk discussiepunt zal onder andere de gehanteerde methodologie zijn voor het meten van effectiviteit van gecombineerde interventies in studies en reviews.

Feedback blijkt gedragsverandering in de hand te werken voor de aanvraag van diagnostische tests, preventie[9, 10, 20] en voorschrijfgedrag.[21]

Wat het voorschrijfgedrag betreft, concludeert een review:[16] Educatief materiaal alleen: niet effectief; outreach and feedback: effectief (feedback effectiever als ze specifieke aanbevelingen bevat); herinneringen (reminder) en groepseducatie: onvoldoende evidence. Gecombineerde interventies: effectiever.

## Effectiviteit van verschillende types van feedback

In het algemeen kan geen uitspraak gedaan worden over de meest effectieve vorm van feedback.[22] Als er al enige effectiviteit van een feedback kan aangetoond worden zijn de effecten eerder klein tot gemiddeld.[3, 4, 22, 23]

Zonder dat er definitieve conclusies kunnen worden getrokken, zijn aanduidingen te vinden dat intrinsieke kenmerken van feedback invloed kunnen hebben op de effectiviteit:

- De effecten van audit en feedback schijnen hoger te zijn in die settings waar het volgen van (evidence-based) aanbevelingen in de praktijk ("baseline compliance") zeer laag is.[3, 24] In de Cochrane Review wordt deze vaststelling als enig uitgesproken kenmerk naar voor geschoven om het effect van feedback te vergroten.[3]
- Feedback die specifieke aanbevelingen bevat over een optimaal gebruik van geneesmiddelen heeft meer kans om het voorschrijfgedrag te veranderen, dan alleen feedback over het actuele voorschrijfgedrag.[12]
- Een feedback die enkel een schriftelijke vergelijking maakt met collega's (peers) schijnt een minimale invloed te hebben op kwaliteitsverbetering en op controle van de kosten.[12]

### *Kernboodschappen*

- **De effectiviteit van interventies die gedragsverandering beogen, is afhankelijk van specifieke randvoorwaarden.**
- **Geen enkele gedragsinterventie heeft systematisch specifieke resultaten geboekt.**
- **Interventies moeten gecontextualiseerd worden. Sommige interventies werken in zekere mate gedragsveranderingen in de hand, zij het binnen bepaalde randvoorwaarden.**
- **Effectiviteit van feedback is afhankelijk van de intrinsieke kenmerken, van de randvoorwaarden, en van de koppeling met andere interventies. Indien feedback effectief is, zijn de effecten globaal beschouwd eerder beperkt.**

# Barrières bij gedragsverandering

## Inleiding

Op basis van een overzicht van 20 jaar implementatieonderzoek wijzen Grol en Jones[25] erop dat het inspelen op barrières die een gedragsverandering beïnvloeden zeer belangrijk is om gedragsveranderingen te realiseren. Grol en Grimshaw[10] wijzen in dat verband op de waarde en relevantie van gedragstheorieën om potentiële barrières bij veranderingsstrategieën beter te begrijpen en erop in te spelen.

## Beschrijving van barrières

In de literatuur zijn verschillende classificaties gemaakt van soorten barrières voor gedragsverandering. De classificatie die hier gemaakt wordt is sterk geïnspireerd op Grol en Grimshaw,[10, 25-27] maar volgt ze niet letterlijk.

### *Individuele professional*

Op het niveau van de individuele professional spelen factoren zoals gebrek aan tijd, gebrek aan kennis en vaardigheden van artsen, menselijke weerstand en gebrek aan motivatie om praktijkvoering te veranderen, angst voor verlies aan professionele autonomie en de vrees om geen rekening meer te kunnen houden met individuele patiëntenverschillen.

### *Sociale context van medisch werk*

Medisch werk speelt zich af binnen specifieke randvoorwaarden, en ook daar duiken barrières op: een gebrek aan steun en motivatie uit de omgeving, gebrekkig aangepaste cultuur en structuur, een gebrek aan controle of stimulansen om meer evidence-based te werken, sociale druk, druk van industrie,…

### *De kenmerken van de organisatie waarin de professional werkt*

Barrières liggen ook op het vlak van gebrekkige infrastructuur en faciliteiten, geen toegang tot evidence, een collegiale cultuur die evidence-based werken afremt, tegenstrijdige financiële belangen,…

### *Karakteristieken van de Evidence (wetenschappelijk artikel, richtlijnen, innovatie e.d.)*

De intrinsieke kenmerken van de evidence vormen soms een barrière op zich, omdat de evidence ontoereikend is, of de evidence niet congruent is met de mening van grote opinieleiders, gebrek aan leesbaarheid en duidelijkheid van de evidence remt het gebruik, gebrekkige verspreiding. Een aantal barrières heeft te maken met de kenmerken van de groep die met de informatie of evidence omgaat. Bijv: de vooruitgang in medische kennis gaat zeer snel en is moeilijk bij te houden, het is moeilijk om op de hoogte te blijven van evidence,…

## Barrières bij verandering van voorschrijfgedrag

Er bestaat ook literatuur die barrières bespreekt bij verandering van voorschrijfgedrag. Daarbij komen factoren aan bod als de specifiek nationale randvoorwaarden waarin artsen werken, culturele en economische factoren die het voorschijven van, in casu, antibiotica mee verklaren, artsen die uit cliëntelisme inspelen op de vraag van patiënten, de "psychologische druk" die uitgaat van patiënten. Etniciteit en culturele achtergrond beïnvloeden de verwachtingen van patiënten ten aanzien van het voorschrijfgedrag van artsen. De opleiding en ervaring van een arts drukt eveneens een zware stempel op het voorschrijfgedrag. Ook de wijze waarop de farmaceutische industrie haar marketing voert, heeft belangrijke invloed op het voorschrijfgedrag. Er wordt ook gewezen op het

feit dat artsen vaak de neiging hebben om sowieso voor een nieuwe generatie van een molecule te kiezen, zelfs als er een even effectief, goedkoper, alternatief voor handen is.

Een aantal Belgische studies heeft barrières trachten te identificeren in de Belgische huisartsenpraktijk[7, 28-30] die relevant kunnen zijn voor de volgende fase van het onderzoek.

### *Kernboodschappen*

- **Er bestaan verschillende soorten barrières die een gedragsverandering bij (huis)artsen belemmeren.**
- **Interventies die een gedragsverandering beogen, moeten rekening houden met, en doelgericht inspelen op barrières die gedragsveranderingen belemmeren. Kennis over factoren die de implementatie faciliteren is minstens even belangrijk.**
- **Gedragsveranderingen worden het best in de hand gewerkt door geïntegreerde strategieën die zowel rekening houden met verschillende barrières, actoren en niveaus, als afgestemd worden op contextvariabelen.**

## Methodes om het effect van interventies te meten

In de literatuur worden recentelijk kritische analyses gemaakt over de vooropgestelde positivistische "standaardmethode" om evidence te verzamelen over de effecten van gedragsveranderings-interventies. We staan bij een aantal van deze inzichten stil.

Het evaluatieonderzoek in de gezondheidszorg kent een bias die de nadruk legt op zeer specifieke onderzoeksdesigns. In de meeste Cochrane reviews uit de EPOC-groep worden bijvoorbeeld enkel studies met randomised controlled trials (RCT), quasi-randomised controlled trials (CCT), controlled before and after studies (CBA) en interrupted time series studies (ITS) opgenomen. In de meest recente Cochrane review over audit en feedback[3] worden alleen RCT's besproken. Eccles beschrijft in een theoretisch artikel[31] de verschillende mogelijke designs om effectiviteit van veranderings- of verbeteringsstrategieën in te schatten. Kwalitatieve studies behandelt hij nauwelijks. Hij schuift de gerandomiseerde designs (zowel RCT als cluster-randomisatie) als gouden standaard naar voor om de vraag te behandelen of een interventie effect heeft.

Er zijn slechts sporadisch analyses gemaakt van de complexiteit van gedragsinterventies, en de risico's die de traditionele "beste" onderzoeksdesigns met zich meebrengen op reductionistische onderzoeksdesigns. Bepaalde studies en reviews[32-34] zijn geconfronteerd met een aantal methodologische bezwaren rond de traditioneel vooropgestelde standaarden van evidence, waaronder de RCT.[35]

Auteurs geven zelden een beschrijving van de concrete karakteristieken van een interventie, de kenmerken van de doelgroep of de contextuele factoren:[32, 36, 37]

- Interventies die een gedragsverandering bij hulpverleners beogen, zijn meestal complex. Ze omvatten meerdere componenten (bijv. patiënteneducatie, zelfbehandeling, educatie van de zorgverlener, organisatorische veranderingen). Zowel het aantal componenten of acties varieert, evenals de intensiteit van inzet van de acties in de verschillende studies.[38] Het gebrek aan informatie over die variaties heeft verregaande gevolgen voor de wijze waarop de studies zijn uitgevoerd: het fenomeen van confounding factors kan optreden; er worden verschillende maten (graden) van evidence gebruikt voor de individuele componenten; er kunnen interacties optreden tussen de componenten,[35] etc.
- Het gebrek aan informatie over de complexiteit wordt nog versterkt door het feit dat geen expliciete theoretische modellen van gedragsveranderingen

of organisatorische verandering worden gehanteerd, waarin onderlinge relatie tussen acties of componenten en kenmerken van doelgroepen worden gesitueerd. Het resultaat van een interventie kan mede beïnvloed worden door: baseline gedrag;[3, 39] belang dat gehecht wordt aan beoogde gedrag, zowel door artsen, als door patiënten;[35] motivatie en/of intentie om van gedrag te veranderen;[36] interventie spelen vaak niet in op specifieke lacunes binnen de praktijk of het praktijkvoeren.[39]

- Naast de intrinsieke kenmerken van interventies, is er te weinig bekend over de context waarin een interventie vorm krijgt. Ook dit element bemoeilijkt de onderlinge vergelijkbaarheid van studies naar de effectiviteit van interventies. De meeste studies beschrijven mogelijke "effect modifiers" niet en houden er dan ook geen rekening mee.[38] Grimshaw[32] wijst er overigens op dat verder onderzoek vereist is naar gedragsdeterminanten van hulpverleners, precies met als doel meer inzicht te verwerven in die "effect modifiers". Dergelijk inzicht zal het vergemakkelijken om barrières en facilitators te identificeren en om de netto-effecten van een interventie te meten.
- Een belangrijke contextuele factor, die overigens weinig kritisch wordt benaderd, zijn de kenmerken van het gezondheidszorgsysteem. 3/4 van de studies zijn bijvoorbeeld uitgevoerd binnen het Amerikaanse gezondheidszorgsysteem.[9, 33] Dit maakt vergelijken met andere systemen in andere landen moeilijk.[20]

Campbell wijst erop dat de evaluatie van complexe interventies moeilijk is, omdat er problemen kunnen ontstaan bij de ontwikkeling, de identificatie, de analyse en het reproduceren van de interventie. Daarom moet er bij de evaluatie van complexe interventies gebruik gemaakt worden van kwalitatieve en kwantitatieve studies.[40] Gelijkaardige commentaren zijn ook elders te vinden.[33, 41] Grol[33] wijst er expliciet op dat het in de bestaande literatuur ontbreekt aan kennis over gedragsveranderingen: het is nog steeds een "black box". Ook in studies naar kwaliteitsverbetering zijn de factoren die het succes van kwaliteitsverbetering bepalen niet, of slechts in beperkte mate, gekend.[35]

Als startvoorwaarden om een degelijk evaluatieonderzoek op te zetten, is een "diagnostische evaluatie" of een "planevaluatie" nodig. Een evaluatiemethodologie naar gedragsverandering vraagt om inhoudelijke en methodologische inzichten uit meerdere wetenschappelijke disciplines. Afhankelijk hiervan kan men opteren voor een bepaalde evaluatiemethode. Meer uitleg hierover volgt in hoofdstuk 3.

*Kernboodschappen*

- Er bestaat geen absolute en unieke methode om het effect van een interventie gericht op gedragsverandering te meten.
- De RCT is theoretisch gezien de gouden standaard voor effectmeting van interventies, maar is om praktische redenen vaak te reductionistisch om alle componenten te identificeren die de impact van interventies gericht op gedragsverandering mede beïnvloeden. Daarom moeten alternatieve onderzoeksstrategieën gebruikt worden.
- Er bestaat geen uniek alternatief voor de RCT. De gekozen evaluatiemethode moet afgestemd worden op het onderzoek naar de vele contextuele factoren die de impact van een interventie mede beïnvloeden en op de praktische randvoorwaarden waarin een onderzoek kan uitgevoerd worden. Een "diagnostische analyse" of een planevaluatie is een belangrijke stap om de randvoorwaarden en doelstellingen van een interventie duidelijk te identificeren.
- Een evaluatiemethodologie naar gedragsverandering vraagt om inhoudelijke en methodologische inzichten uit meerdere wetenschappelijke disciplines.

# Eerste aanzet voor een evaluatiestrategie van de feedback-interventie in België

## Achtergrond

De literatuurstudie toont aan dat het zeer moeilijk is om definitieve uitspraken te doen over het effect van interventies die een gedragsverandering van zorgverleners proberen in de hand te werken.

Met het oog op een op te zetten evaluatiestrategie voor de feedback-interventie in België, moet een discussie worden gevoerd, enerzijds over de beoogde doelstellingen en de beoogde doelgroepen van de interventie, anderzijds over het tijdskader waarin de interventie veranderingen beoogt te realiseren. Verder zal voldoende aandacht moeten besteed worden aan de verwachtingen die gekoesterd worden ten aanzien van het evaluatieonderzoek. Er moet geëxpliciteerd welke doelstellingen het evaluatieonderzoek zelf beoogt (bijv. outcome-metingen, suggesties voor verbeteren van de interventies,..), welke criteria gehanteerd zullen worden, hoe criteria worden gemeten, welke "confounding factors" geïdentificeerd kunnen worden die uitspraken over effectiviteit van interventiestrategieën bemoeilijken. De discussie over het evaluatieonderzoek staat verder niet los van de ter beschikking gestelde middelen (mankracht, tijd en werkingsmiddelen) voor het onderzoek. In dit hoofdstuk brengen we een aantal overwegingen om die discussie met de opdrachtgever aan te scherpen.

## Evaluatie en evaluatieonderzoek

"Evaluatie" is een proces dat leidt tot uitspraken over de waarde of het nut van een bepaald fenomeen, object of interventie. Bij evaluatie komt men tot een waardering. In die zin is evalueren een proces dat iedereen regelmatig doet: we vinden iets "mooi", "goed", "belangrijk", etc.

Meer en meer wordt getracht het "evalueren" dat nodig is om een beleid te voeren, te ondersteunen met onderzoek. Evaluatieonderzoek beoogt informatie te verzamelen, te analyseren, te interpreteren en te communiceren over interventies, met als doel beleidsmakers (of coördinatoren van interventies) te ondersteunen bij beslissingen of interventies voortgezet, aangepast (verbeterd) of stopgezet moeten worden.

Evaluatieonderzoek helpt op die manier uitspraken te formuleren over de aanvaardbaarheid, de perceptie van de interventie bij de doelgroep, de doorsijpeling op het terrein, het effect, het nut of impact van initiatieven, maar kan ook bijdragen tot het optimaliseren van interventies.[42] Rossi et al.[42] wijzen er op dat evaluatieonderzoek eventueel ook als uniek doel kan hebben meer inzicht en kennis te verzamelen over interventies of programma's, zonder een praktische finaliteit.

Voor elk op te zetten evaluatieonderzoek is het van belang die vragen waarop een antwoord zal gezocht worden expliciet te formuleren. De niet altijd makkelijke, maar meest bruikbare manier is om dat te doen in samenspraak met de opdrachtgevers van het onderzoek. Meestal ligt het probleem niet bij het identificeren van de mogelijk relevante vragen, maar wel in de discussie of het haalbaar is om op (een methodologisch verantwoorde manier) antwoorden te kunnen formuleren.

# Startvoorwaarden voor het uitvoeren van een evaluatieonderzoek

## Startvoorwaarden voor het uitvoeren van een evaluatieonderzoek: theorie

### *Doelstellingen van evaluatieonderzoek*

Een eerste belangrijk thema dat moet worden besproken zijn de doelstellingen van het evaluatieonderzoek. Swanborn[2] maakt een interessant en bruikbaar onderscheid tussen plan-, proces- en productevaluatie.

Bij planevaluatie (equivalente termen zijn ex ante evaluatie, vooraf evaluatie, analytische evaluatie, ontwerponderzoek) wordt het "interventieplan" onderworpen aan een analyse en assessment en wordt eventueel onderzocht welke alternatieven ter beschikking liggen om interventiedoelstellingen te realiseren.

Bij procesevaluatie (equivalente termen implementatie-evaluatie, formatieve evaluatie) ligt de nadruk op de wijze waarop een interventie in de praktijk wordt uitgevoerd en welke processen het verloop en impact van de interventie versterken, bemoeilijken, etc, met als doel te achterhalen waar en hoe de interventie kan worden bijgestuurd.

Productevaluatie (equivalente termen impact analysis, impact evaluation, effectevaluatie, outcome evaluation, summative evaluation) bepaalt de effectiviteit van een interventie: ze moet inzicht brengen over de sterkte van de effecten (onder verschillende omstandigheden) van de interventie (en toetst in welke mate de vooropgestelde hypothesen of veronderstellingen tijdens het plannen van een interventie gerealiseerd worden).

### *Doelgroepen van het evaluatieonderzoek*

Ten tweede moeten de doelgroep(en) van het onderzoek geïdentificeerd. Een interventie kan meerdere doelgroepen beogen, maar het evaluatieonderzoek kan zich beperken tot het meten van het effect of de impact bij een selectie van die doelgroepen. Verder kunnen doelstellingen van interventies variëren per doelgroep.[2, 42, 43] Concreet: een campagne kan andere gedragsdoelstellingen beogen bij de patiënten dan bij de artsen. Het praktische gevolg is dat ook andere evaluatiecriteria gedefinieerd moeten worden voor beide doelgroepen (als beide doelgroepen voorwerp van onderzoek zijn in het evaluatieonderzoek).

### *Het vastleggen van evaluatiecriteria*

Het identificeren van waarderingscriteria vormt de basis tot het bepalen hoe de criteria "gemeten" kunnen worden. Veel evaluatieonderzoekers pleiten ervoor om de criteria zo concreet mogelijk te omschrijven, en voor elk criterium standaarden (en fluctuatiegrenzen) af te spreken. Al te vaak gebeurt het dat criteria worden geïntroduceerd (bij een achteraf evaluatie van een interventie) die helemaal niet aansluiten bij de vooropgestelde doelgroep of doelstelling van een interventie.

Het vastleggen van evaluatiecriteria is daarom nooit een "absoluut" gegeven. Verschillende personen of belanghebbenden kunnen uiteenlopende criteria hanteren om uitspraken te formuleren, maar verschillende personen kunnen ook andere rangordes geven aan de criteria. Goed opgezet evaluatieonderzoek tracht die subjectiviteit van verschillende partijen zoveel mogelijk te expliciteren.[44] In het recente evaluatieonderzoek wordt onder andere om die reden meestal gestreefd naar multi-criteriaonderzoek, waarin met verschillende perspectieven of overwegingen wordt rekening gehouden.

### *Wat beoogt de interventie?*

"Planevaluatie" is een zeer belangrijk onderdeel van een evaluatieonderzoek. Het evalueren van een interventie kan alleen als inzicht bestaat in het probleem waarop de interventie inspeelt, en wanneer een expliciet beeld is gecreëerd over de doelstellingen, doelgroepen en tijdsperspectief van de interventie. Evaluatieprogramma's of evaluatieonderzoek kunnen overigens onmogelijk tot evaluatie-uitspraken komen, zonder kennis en begrip te hebben van de context waarin een interventieprogramma is tot stand gekomen. In gezondheidszorggerelateerde interventies wordt het begrip "diagnostische analyse" gebruikt. Bij de start wordt bestudeerd wat de mogelijk beïnvloedende factoren kunnen zijn op de gedragsverandering.[16, 45 38] Diagnostische analyses worden vaak gemaakt om interventies op maat ("tailored interventions") vorm te geven, die inspelen op specifieke randvoorwaarden en doelstellingen.

Een diagnostische analyse staat stil bij volgende elementen:[16]

- Identificatie van alle betrokken groepen, die door de interventie gestuurd of beïnvloed worden (target group en target setting).[46]
- Identificeren van de verschillende componenten die deel uitmaken van een gedragsveranderingsstrategie (zoals kennis, overtuigingen en attitudes en vaardigheden), omdat onderzoek heeft aangetoond dat het gedrag in de klinische praktijk niet snel veranderd kan worden.[16]
- Beoordeling van de bereidheid van de zorgverleners om te veranderen en andere mogelijke relevante interne factoren in de doelgroep.
- Identificatie van mogelijke externe barrières om te veranderen.
- Identificatie van mogelijke bevorderende factoren, o.a. financiële middelen en vaardigheden.

In een diagnostische analyse komen ook volgende vragen aan bod:[45]

- Wie is er betrokken en/of geïnteresseerd in een interventie, en wie zijn de stakeholders?
- Welke zorgaspecten worden beoogd, en welke aanbevelingen worden niet gevolgd?
- Welke subgroepen binnen de beoogde doelgroep ervaren specifieke problemen om bepaalde praktijken te veranderen, en wat is de aard van die problemen?

Het gaat er om een duidelijk beeld te verwerven van de doelstellingen, doelgroep en context vóór een interventie geïnitieerd wordt.

Evaluatieonderzoek (van sociale interventies) staat bij voorkeur ook stil bij de impliciete assumpties en onderliggende theorieën van een interventie. Alleen op die basis kan ingeschat worden of evaluatieonderzoek zinvolle kennis kan opleveren.[42] Deze oefening is overigens niet vanzelfsprekend: verschillende betrokkenen worden verplicht om zeer expliciet te zijn over de doelstellingen van een interventie, wat mogelijk onderling tot onduidelijkheden en tegenspraak kan leiden, waardoor plots mogelijk de interventie zelf in vraag wordt gesteld.

### *Praktische randvoorwaarden: welke middelen staan ter beschikking?*

De verwachtingen die gekoesterd kunnen worden ten aanzien van evaluatieonderzoek, worden in belangrijke mate bepaald door praktische randvoorwaarden: i.c. financiële, menselijke (aantal en competenties), logistieke middelen en tijd. Bij het opzetten van evaluatieonderzoek wordt soms te weinig aandacht besteed aan deze randvoorwaarden. Overleg tussen onderzoekers en opdrachtgevers is vereist om prioriteiten vast te leggen in onderzoeksvragen en onderzoeksdesign, in functie van het type antwoorden dat de opdrachtgever zoekt.

## Startvoorwaarden voor het uitvoeren van een evaluatieonderzoek naar de feedback-interventie in België

In het afgelopen jaar is, in samenspraak met de opdrachtgever, overlegd over (a) de verwachtingen m.b.t. de resultaten van een evaluatieonderzoek, en (b) wat de theoretische verwachte mogelijkheden kunnen zijn van het interventieprogramma zelf.

### *Verwachtingen van evaluatieonderzoek*

De opdrachtgever is bekommerd over de vraag of de betrokken artsen, de acties die deel uitmaken van de interventie aanvaardbaar en nuttig achten.

Het evaluatieonderzoek moet op korte termijn suggesties opleveren voor het verbeteren van de interventie (m.a.w. procesevaluatie of implementatie-assessment).

De opdrachtgever hoopt op langere termijn, onder andere, het effect van deze strategie te zien in het veranderende voorschrijfgedrag van de artsen. De opdrachtgever is zich zeer bewust van de methodologische complexiteit van het onderzoeksmodel dat hiervoor vereist is (zeer veel potentiële verstorende factoren, epidemiologie van aandoeningen, veranderende wetgeving en terugbetaling, campagnes die ook inspelen op de patiënt, etc.). "Netto-effecten" in termen van outcome kunnen op korte termijn niet gemeten worden. In het eerste jaar zal de "outcome-monitoring" zich beperken tot zeer summiere indicaties van veranderingen in het voorschrijfgedrag, zonder op zoek te gaan naar causale "netto"verbanden.

Prioritair ligt de nadruk op procesevaluatie, met als doel het programma te verbeteren, of bij te sturen, indien nodig.

Rekening houdend met de inzichten uit de literatuur en de voorgesprekken met de opdrachtgever, wordt in de volgende paragrafen een aantal suggesties geformuleerd voor het evalueren van de feedback-interventie in België. In de volgende fase van het onderzoek (voorjaar 2005) moeten de details van de methode definitief worden vastgelegd.

### *Het plan achter de feedback-interventie geëxpliciteerd*

De Belgische antibiotica-campagne is vormgegeven vanuit een rudimentair interventieplan. De campagne evolueert inhoudelijk en vormelijk in de loop van de tijd: stapsgewijs worden verschillende interventies en acties gecombineerd, geïnspireerd vanuit verschillende invalshoeken. De gesprekken met de betrokken partijen illustreren dat conceptuele visies en onderliggende theorieën op de feedback niet door iedereen gekend waren.

Het is een fenomeen dat ook (internationaal) opduikt wanneer beleidsmakers interventieprogramma's starten om een veranderingsproces te initiëren.[2, 42]

Op basis van het overleg met de opdrachtgever maken we een eerste interpretatie over het interventieplan. Deze beschrijving vraagt nog een verdere validatie door de opdrachtgever.

De feedback-interventie omvat (voorlopig) twee acties: (a) een geschreven document, verstuurd per post, en (b) een informatieve, interactieve begeleide sessie in de LOK over dit document. In het geschreven document krijgen artsen kernboodschappen over aanbevelingen i.v.m. rationeel voorschrijven, en op basis van een monitoring van het voorschrijfgedrag, informatie over hun eigen voorschrijfgedrag, vergeleken met dat van collega's.

"Feedback" heeft tot doel de artsen bewust te maken van hun eigen voorschrijfgedrag, de artsen aan te zetten tot een kritische reflectie over hun voorschrijfgedrag (auto-evaluatie), en overleg met peers in de hand te werken om op die manier bij te dragen tot veranderingen in het voorschrijfgedrag.

De verwachte outcome van het programma is dat artsen minder alsook de juiste antibiotica voorschrijven en de aanbevelingen zullen gebruiken in hun praktijk.

Enerzijds lijkt het impliciet gehanteerde gedragsmodel nauw aan te sluiten bij de gedragsveranderingstheorie van Fishbein en Ajzen (waarin zowel kennis, attitude als intentie gezamenlijk een invloed hebben op het vertoonde gedrag). Anderzijds, wordt deze gedragstheorie gekoppeld aan de veronderstelling dat actieve pedagogische interventies binnen de beroepsgroep, meer invloed hebben op een arts dan louter passieve informatiestrategieën van overheidswege.

### *Praktische randvoorwaarden*

Zoals eerder al gesteld, zal de keuze van de onderzoeksmethodologie begrensd worden door de beschikbare middelen (financieel en mankracht) en de tijd (duur en intensiteit) die aan een evaluatie kan besteed worden. De start van de vervolgfase in het voorjaar 2005 vereist een aantal beslissingen in onderling overleg met de opdrachtgevers die essentieel zijn om een detailinvulling van de evaluatiemethode te bepalen.

De planning van het komende evaluatietraject loopt over 1 jaar. In februari 2006 moeten concrete evaluatieresultaten rond ervaringen in het veld opgeleverd worden. De evaluatiestrategie kan ook voor een langere termijn worden gedefinieerd, maar hierover zijn verdere afspraken nodig.

Voor het onderzoek kan het KCE als opdrachtnemer in 2005 twee 0.5 fte onderzoekers ter beschikking stellen, aangevuld met een bijdrage van twee supervisoren/coördinatoren. Deze hebben nauwelijks tijd om concreet veldwerk te doen.

Het RIZIV/NRKP kan technisch uitvoerend personeel ter beschikking stellen, voor administratief technische taken (versturen vragenlijsten, inzamelen vragenlijsten, coderen, een databestand aanmaken, etc.). Verder volgen twee leden de vorderingen van het onderzoek in de maandelijkse bijeenkomsten op.

De aanvullende rol van de "Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen" en de "Societé Scientifique de Médecine Générale", over hun concrete onderzoeksbijdrage moet nog verder vastgelegd worden. Mogelijk kunnen zij ook een actieve rol opnemen bij de uitvoering van bepaalde elementen van het onderzoeksprotocol.

## Een evaluatiestrategie: methodologische keuzes

### Procesevaluatie van de interventie

#### *Implementatie-evaluatie van het geschreven feedback-document*

Een eerste onderdeel van het onderzoek zal eruit bestaan de actie "geschreven feedback" te onderzoeken.

Over het geschreven feedback-document wordt basisinformatie ingewonnen via een zeer beknopte vragenlijst. De vragenlijst beantwoordt aan de door de opdrachtgever opgelegde vormvereisten (maximaal 1 eenzijdig bedrukte A4), wat de mogelijkheden van meten en op te nemen beoordelings- en evaluatiecriteria beperkt, maar de kans op respons verhoogt. De verwerking van de gegevens is voorzien in 2005.

De gekozen werkwijze voor het afnemen van de vragenlijst garandeert geen representativiteit van de antwoorden. De resultaten van de schriftelijke vragenlijst kunnen hoogstens potentieel belangrijke indicaties opleveren over de kwaliteit van de geschreven boodschap die de NRKP verstuurt.

Complementair aan de vragenlijst, kan geopteerd worden voor een kwalitatieve onderzoeksstrategie. Via een kwalitatieve onderzoeksstrategie wordt "inductief" informatie verzameld en uiteenlopende "contextvariabelen" in kaart gebracht die het gebruik van de geschreven feedback belemmeren of faciliteren (barrières). Bovendien laat deze werkwijze toe, concrete suggesties uit het veld te verzamelen die verder rijken dan een aantal algemene ideeën en uitspraken.

Er kan gewerkt worden via individuele halfgestructureerde interviews. Een alternatief voor de individuele interviews, zijn groepsinterviews.

### *Implementatie-evaluatie van de interactieve feedback-sessies in de LOK's*

De tweede actie die geëvalueerd moet worden betreft de besprekingen van het geschreven feedback-document in de LOK's. Deze actie is niet gestandaardiseerd. De LOK-bijeenkomsten zijn niet vastgelegd volgens een strak en vooraf vastgelegd protocol. Er worden wel animatoren gevormd, die een methode aangeleerd hebben gekregen, maar het is zeer twijfelachtig of deze methode ook overal wordt gevolgd in de lok's. De concrete invulling van de inhoud en vorm van de bijkomsten, wordt grosso modo overgelaten aan de betrokkenen zelf, met als gevolg dat de wijze waarop de bijkomsten in de LOK-sessies vorm krijgen, inclusief de inhoud, enorm kunnen variëren. Uit de gesprekken in het afgelopen jaar, is het bekend dat in sommige LOK's grondig en intens gewerkt wordt rond het feedback-document, volgens een expliciet "educatieve" benadering. Maar voor andere lok's is het minder duidelijk wat er precies tijdens de bijeenkomsten gebeurt. Men kan zelfs openlijk de vraag stellen of er sprake is van een interactieve educatieve sessie naar de geest van de interventie.

Voor het evaluatieonderzoek moet eerst in kaart worden gebracht hoe gestandaardiseerd/ gevarieerd er gewerkt wordt in de verschillende lok-bijeenkomsten. Methodologisch is de meest aangewezen weg te werken via (goed uitgevoerde) observaties van (een steekproef van) lok-bijeenkomsten waarin de feedback besproken wordt.

Goed uitgevoerde observaties zullen een diepteanalyse opleveren zowel over inhoud, wijze waarop, de tijd, de interactiviteit, de reacties en bedenkingen van de artsen ter plekke, etc.

Om praktische redenen is het echter uitgesloten dat alle lok's geobserveerd zullen worden. Een alternatieve, meer indirecte strategie is te werken via diepteinterviews (individueel of in groep). Deze onderzoeksstrategie is "tentatiever" en zal minder detailinformatie verschaffen over de feitelijke inhoud van de bijeenkomsten. De onderzoekers worden afhankelijk van de "verhalen".

Een tweede alternatief zijn schriftelijke vragenlijsten die ingevuld worden door zowel artsen als animatoren. Deze werkwijze sluit het nauwst aan bij de weg die nu al is gekozen. Bij het ontwikkelen van de vragenlijst zal echter uitgebreid moeten gepraat worden over de inhoud en criteria. Inhoudelijk hebben vragenlijsten het nadeel dat men niet echt een "verstehend" beeld (d.w.z. een verdiepend beeld waarin ook contextuele factoren mee in kaart worden gebracht) krijgt van wat er gebeurt in een lok-bijeenkomst. Een praktisch nadeel van vragenlijsten bij evaluatieonderzoek, is dat geschreven vragenlijsten vrij snel een uitgebreid en complex karakter kunnen krijgen, zeker wanneer meerdere toetsingscriteria worden onderzocht. Het gevolg is dat de gebruiksvriendelijkheid voor de respondent afneemt, en de non-respons kan verhogen.

De verschillende alternatieven kunnen gecombineerd worden in een aantal varianten. Per variant moet zeer duidelijk gesteld worden wat men precies kan verwachten van welke aanpak. Een aantal observaties kan bijvoorbeeld gebruikt worden als "systematische verkenning". Ze leveren informatie op voor het maken van een vragenlijst. Een beperkt aantal diepte-interviews (individueel of in groep) kan gebruikt worden als een soort validatie en verdieping van de observaties. De analyse van gegevens van beide technieken kan bijv. gebruikt worden om een typologie te maken van verschillende types van begeleiding in de LOK's. Beide databronnen kunnen in een volgende stap dan gebruikt worden voor het maken van een (zeer) gedetailleerde vragenlijst die voorgelegd kan worden aan een grotere groep van respondenten die hebben deelgenomen aan de bijeenkomsten.

Het belangrijkste risico of nadeel van deze werkwijze is dat in het eerste jaar zeer veel werk zal gaan naar de eerste twee fasen van het onderzoek (dataverzameling, analyse en interpretatie) en dat het ontwikkelen van een gevalideerde vragenlijst ten vroegste afgerond zal kunnen worden tegen het einde van het werkjaar.

## Onderzoeksmethoden voor impact-assessment van een interventie

Een impact-assessment heeft tot doel in te schatten of een programma of een interventie zijn beoogde effect(en) realiseert, en welke onbedoelde effecten het gevolg zijn. Dergelijke inschatting hoeft niet alleen te gebeuren aan het eind van een interventie of programma, maar kan ook tussentijds, zelfs in het stadium voor het implementeren van een interventie.[2, 42] Voor een impact assessment van een interventie of programma kunnen verschillende strategieën gevolgd worden. Zoals hoger al gezegd zal de keuze beïnvloed worden door zowel praktische als inhoudelijke overwegingen.

### *De complementariteit van kwalitatieve en kwantitatieve data*

Bij een impact-assessment kan gebruik gemaakt worden van zowel kwantitatief als kwalitatief onderzoeksmateriaal. Bij het gebruik van kwalitatief onderzoeksmateriaal is het zaak zeer zorgvuldig met de data om te springen, om te vermijden dat puur subjectieve appreciaties de impact gaan bepalen. Kwantificerende onderzoeksstrategieën leiden dan weer potentieel tot schijnobjectiviteit en valse waarheden (vaak omdat complexe realiteiten voor "kwantificeerdoeleinden" extreem worden gereduceerd). Zeker met betrekking tot complexe interventies die een gedragsverandering beogen zal niet alleen de nadruk moeten gelegd worden op gekwantificeerde output-maten, maar ook op kwalitatieve aspecten. Gedragsverandering is namelijk geen "een-op-een proces", maar doorloopt verschillende stadia (kennis, intentie, attitude) en wordt vaak bewerkstelligd door verschillende simultane prikkels, waarvan het zuivere effect niet in kwantitatieve termen kan worden uitgedrukt.

De kennis van experts of "sleutelinformanten" uit het veld kan zeer waardevol zijn, omdat heel wat mensen ook over praktijkkennis in het veld beschikken. Deze respondenten kunnen indicaties geven over hun indruk van de impact van een programma, en kunnen informeren op welke vlakken zij al dan niet veranderingen in het werkveld zien opduiken. Dit is een beproefde techniek wanneer programma's "gedragsveranderingen" beogen.

### *Gerandomiseerd experiment ?*

Er kunnen verschillende studiedesigns gehanteerd worden om de effectiviteit van een interventie te beoordelen. Daarbij wordt over het algemeen het onderscheid gemaakt tussen experimentele en observationele designs[47] (voor een bespreking van de verschillende onderzoeksdesigns, zie ook Grol en Wensing[1]).

Het uit theoretisch–methodologisch perspectief, meest overtuigende onderzoeksdesign om oorzaak-gevolg relaties bloot te leggen tussen interventie en effect, is het gerandomiseerde (gecontroleerde) experiment: er wordt een vergelijking gemaakt van een groep die aan de interventie onderworpen wordt, en vergeleken met een groep (met identieke of zeer vergelijkbare karakteristieken) die niet aan de interventie wordt onderworpen.

Het opzetten van "experimenten" stoot in de praktijk op tal van barrières.[1, 2, 42, 43] Kritieken over de reikwijdte van de interpretaties die aan experimenteel onderzoek kunnen gekoppeld worden zijn door meerdere auteurs geformuleerd (zie bijv. Ovretveit[43]p. 98 en literatuurstudie in hoofdstuk 2). Om praktische redenen wordt meestal een reductionistische analyse gemaakt van een complexe, dynamische en samenhangende realiteit.

In het geval van het feedback-programma zoals dat vandaag heeft vorm gekregen in België, is het opzetten van zo'n experimentele interventiestudie in de huidige omstandigheden niet de ideale weg, zowel uit inhoudelijke als praktische overwegingen. De feedback-interventie is een typisch voorbeeld van een "full-cover" interventie, waarbij geen controlegroep meer overblijft die niet aan (een van) de interventie(instrumenten) is onderworpen. De "real-life" setting waarin de interventie plaatsgrijpt is zo complex dat een reductionistisch onderzoeksdesign (voor- en nameting of interventiegroep met niet-interventiegroep vergelijken) tot onbruikbare resultaten zal leiden. Bovendien wijzigt de interventie zelf op een organische manier, waardoor de

artsen in de loop van de tijd steeds weer met nieuwe stimuli worden geconfronteerd die hun voorschrijfgedrag kunnen beïnvloeden. Op basis van deze kennis zal voor een aangepaste methode moeten worden gekozen.

### *Tijdsreeks-analyses*

De impact van een "full-coverage" programma kan theoretisch ingeschat worden door de vergelijking te maken van de situatie "voor" de interventie en "na" de interventie. Het onderzoeksdesign kan dan variëren van eenvoudige descriptieve voor- en na-metingen van een aantal indicatoren (bijv. het voorschrijfgedrag voor de interventie en na de interventie), of meer complexe tijdsreeksen met een complexer model van indicatoren. In methodologische literatuur wordt gepleit voor complexe tijdsreeks-analyses waarbij meerdere (= een uitgebreide lijst) indicatoren worden gemeten (zowel kwalitatief als kwantitatief). Dergelijke tijdsreeksen krijgen dan potentieel het karakter van een continue of regelmatige "monitoring" van het veld en kunnen indicaties geven van de veranderingen in gewoonten of gedrag in de sector.

Als voor dit onderzoeksmodel zal worden gekozen, moet nog grondig inhoudelijk geargumenteerd worden over wat beschouwd zal worden als "voor" en "na". Methodologisch wordt het verhaal nog complexer, omdat bij gedragsveranderingen er een groot verschil bestaat tussen tijdelijke en duurzame gedragsveranderingen. Dus ook de vraag wat beschouwd wordt als "na" zal op zeer duidelijke gronden moeten worden gemotiveerd.

### *Een panelstudie*

Een mogelijk (haalbare) alternatieve optie, is het evaluatieonderzoek uit te voeren via een panelstudie. Een panelstudie is een vorm van onderzoek waarin een vaste groep (zo representatief mogelijk samengesteld) die een interventie ondergaat, gedurende langere tijd wordt gevolgd. Door bij die groep op regelmatige tijdstippen te peilen naar specifieke indicatoren kan een schatting gemaakt worden van het effect van de interventie. Deze studie wordt over het algemeen prospectief opgezet. Met andere woorden, in de context van dit onderzoek zal een panelstudie alleen een nuttig design zijn als de opdrachtgever zich tot doel stelt een langdurig evaluatieprogramma te installeren.

Overigens is het opzetten van een panelstudie ook niet wars van problemen. Naar onderzoeksdesign vraagt het opzetten van een "panel" de nodige zorg. Er dient ook een strategie ontworpen om "Hawthorne" effecten te vermijden. Het zal ook niet vanzelfsprekend zijn om binnen de Belgische setting een steekproef te krijgen uit het volledige spectrum van (huis)artsen maar het is potentieel een optie om complementair informatie te winnen over de impact van de interventie.

*Kernboodschappen*

- Planevaluatie, effect-, outcome- of impactevaluatie en procesevaluatie zijn algemene termen voor verschillende varianten van evaluatieonderzoek. Elk evaluatieonderzoek dient te expliciteren in welk(e) domein(en) het zich begeeft.
- Het opstarten van een evaluatieonderzoek vereist dat verduidelijkt wordt: wat zijn de doelstellingen van het onderzoek, welke doelgroepen zijn het voorwerp van onderzoek?
- Een cruciale fase in een evaluatieonderzoek is het vastleggen en het expliciet formuleren van de vragen die in een evaluatie behandeld zullen worden. De vragen zijn bepalend voor het gekozen evaluatiedesign.
- De evaluatievragen worden geclusterd door de onderzoekers, en in overleg met de opdrachtgever, worden prioriteiten vastgelegd. Die prioriteiten worden ook bepaald in functie van de beschikbare middelen voor een onderzoek.
- Het expliciteren van evaluatievragen houdt in dat beschreven wordt welke criteria gebruikt zullen worden om een programma of interventie te beoordelen.
- Een essentieel onderdeel van een evaluatieonderzoek is het onderliggende "plan" van de interventie zo duidelijk mogelijk te beschrijven en een beeld te schetsen van de context waarin de interventie wordt doorgevoerd.
- Zowel om inhoudelijke als om methodologische redenen kan actueel in België geen effectmeting gedaan worden waarbij een netto causaal verband kan worden gelegd tussen de interventie en het voorschrijfgedrag. De nadruk zal in eerste instantie op procesevaluatie van de implementatie van de interventie liggen.

## Voor de vervolgfase in 2005

Er zal in de volgende stap van dit onderzoek nog bijzondere aandacht moeten gaan naar het identificeren van doelstellingen, doelgroep van de interventie (verschillende acties) en de randvoorwaarden (de context) waarin deze interventies vorm zullen krijgen. Een essentiële oefening die nog moet gedaan worden in de eerste maand van de vervolgfase is de planevaluatie van de interventie, en daaraan gekoppeld het identificeren van de criteria die gehanteerd zullen worden om, binnen de praktische randvoorwaarden waarin de onderzoekséquipe kan werken, de doelstellingen van het evaluatieonderzoek te realiseren.

Algemene criteria/vragen die al aan bod zijn gekomen in de voorgesprekken, en waar het evaluatieonderzoek moet op mikken zijn:

- Heeft de feedback antibiotica invloed op het voorschrijfgedrag van de artsen?
- Verhelderd moet nog worden of de vraag zich beperkt tot vermindering van het voorschrijfgedrag, of de opdrachtgever ook wil weten of de arts de correcte antibiotica voorschrijft, of de arts de klinische richtlijnen volgt. Er moet nog meer stilgestaan bij de vraag of de opdrachtgever enkel wil weten of het gedrag zelf is veranderd, of er ook gepeild moet worden naar de intentie om te veranderen.
- De opdrachtgever is ook bekommerd over de vraag hoe de doelgroep van de feedback deze campagne onthaalt.
- Is de feedback aanvaardbaar voor de artsen? Vinden de artsen de twee acties binnen de interventie in hun huidige vorm nuttig / interessant / bruikbaar?
- Welke barrières duiken op in de huisartspraktijk?
- Los van de vraag of de interventie impact heeft op het voorschrijfgedrag, is in de loop van het afgelopen jaar ook de vraag naar voor gekomen, welke barrières opduiken bij de implementatie. Deze vraag is een typische "procesevaluatie-vraag"
- Een openliggende vraag, die meer aandacht verdient in de vervolgfase: het tijdsperspectief van evaluatie.
- Beoogt de opdrachtgever een eenmalige, een zich in tussenstadia herhalende of een continue opvolging van de impact van het onderzoek. Voor verschillende criteria kunnen hier uiteenlopende keuzes gemaakt worden.

# Inhoudstafel


**1. INLEIDING ..... 1**

1.1. DOELSTELLING VAN DIT RAPPORT ..... 1

1.2. HISTORIEK VAN DE INVOERING VAN DE FEEDBACK IN BELGIË ..... 1

1.3. BESCHRIJVING VAN DE HUIDIGE ANTIBIOTICA-CAMPAGNE ..... 3

1.4. METHODE VAN WERKEN VOOR DIT RAPPORT ..... 4
1.4.1. Opstellen van het rapport ..... 4
1.4.2. Literatuuronderzoek ..... 4

**2. GEDRAGSVERANDERINGS-INTERVENTIES IN DE LITERATUUR ..... 5**

2.1. INLEIDING ..... 5

2.2. VERSCHILLENDE TYPES INTERVENTIES ..... 5

2.3. DEFINITIE EN KENMERKEN VAN FEEDBACK ..... 7
2.3.1. Definities van feedback in de literatuur ..... 7
2.3.2. Verschillende kenmerken van feedback ..... 9

2.4. EFFECTIVITEIT VAN INTERVENTIES ..... 11
2.4.1. Effectiviteit van interventies, waaronder feedback ..... 11
2.4.2. Effectiviteit van verschillende types van feedback ..... 13

2.5. BARRIÈRES BIJ GEDRAGSVERANDERING ..... 14
2.5.1. Inleiding ..... 14
2.5.2. Beschrijving van barrières ..... 14
2.5.3. Barrières bij verandering van voorschrijfgedrag ..... 17
2.5.4. Barrières in de Belgische huisartsenpraktijk ..... 18
2.5.5. Discussie ..... 20

2.6. METHODES OM HET EFFECT VAN INTERVENTIES TE METEN ..... 21
2.6.1. Inleiding ..... 21
2.6.2. Gebruikte methodes in de literatuur ..... 21
2.6.3. Kritiek op de RCT als optimale design voor het bestuderen van gedragsverandering ..... 22
2.6.4. Mogelijke alternatieven voor de RCT ..... 25

2.7. SAMENVATTING ..... 25

**3. EERSTE AANZET VOOR EEN EVALUATIESTRATEGIE VAN DE FEEDBACK-INTERVENTIE IN BELGIË ..... 27**

3.1. ACHTERGROND ..... 27

3.2. EVALUATIE EN EVALUATIEONDERZOEK ..... 28

3.3. STARTVOORWAARDEN VOOR HET UITVOEREN VAN EEN EVALUATIEONDERZOEK 29
3.3.1. Startvoorwaarden voor het uitvoeren van een evaluatieonderzoek: theorie ..... 29
3.3.2. Startvoorwaarden voor het uitvoeren van een evaluatieonderzoek naar de feedback-interventie in België ..... 32

3.4. EEN EVALUATIESTRATEGIE: METHODOLOGISCHE KEUZES ..... 36
3.4.1. Inleiding ..... 36
3.4.2. Onderzoeksmethoden voor procesevaluatie van de interventie ..... 36
3.4.3. Onderzoeksmethoden voor impact assessment van de interventie ..... 41

3.5. VOOR DE VERVOLGFASE IN 2005 ..... 45

**4. REFERENTIES ..... 46**

**5. BIJLAGEN ..... 51**

# 1. INLEIDING

- **Het doel van dit project is een evaluatieonderzoek op te zetten naar de "feedback-interventie" in België. De "feedback"-interventie omvat twee acties: het document dat naar de huisartsen wordt verstuurd en de bespreking van dit document in de LOK's.**
- **Dit project wordt in verschillende fasen en over meerdere jaren uitgevoerd. Deze eerste fase bereidt de concrete onderzoeksactiviteiten voor. Dit rapport beschrijft de resultaten van een literatuuronderzoek en doet een eerste voorstel van evaluatiemethodologie.**
- **Het literatuuronderzoek bespreekt de interventies gericht op zorgverleners / professionele hulpverleners. Voor de evaluatie van de feedback in België, spitst dit rapport zich toe op de huisartsen.**

## 1.1. DOELSTELLING VAN DIT RAPPORT

Dit rapport beschrijft de eerste stap van een evaluatieonderzoek naar de onlangs in België ingevoerde "feedback". Het totaalproject wordt in verschillende fasen uitgevoerd, die worden gespreid over verschillende jaren. Dit rapport brengt verslag van de eerste fase.

Het rapport heeft twee doelstellingen: enerzijds maakt het een literatuuroverzicht van de kenmerken van "feedback" en het meten van de effectiviteit van deze interventie. Anderzijds doet het een voorstel voor een evaluatiemethodologie voor de komende jaren. De gedetailleerde uitwerking van deze methodologie en het empirische gedeelte (toepassing op het terrein) worden in het voorjaar van 2005 opgesteld in overleg met de betrokken partijen.

Bij het evalueren van een interventie, is het zinvol om niet enkel een evaluatie in sensu strictu uit te voeren, maar ook mogelijke barrières bij de implementatie hiervan na te gaan. Daarom zal het opzoeken en beschrijven van barrières een belangrijk facet zijn van dit evaluatieproject. Een eerste verkenning van barrières gebeurt reeds in hoofdstuk 2 van dit rapport. De verdere uitwerking is voor de volgende fase.

## 1.2. HISTORIEK VAN DE INVOERING VAN DE FEEDBACK IN BELGIË

Sinds de oprichting van Farmanet in de jaren '90 kregen de Belgische artsen elk jaar een profiel van de door hen voorgeschreven geneesmiddelen, dat ook vergeleken werd met dat van andere artsen. Doel van dit document was dat de artsen zouden kunnen beschikken over vergelijkbare gegevens. De artsen vroegen echter om een verbetering van dit instrument. Hiervoor bestonden meerdere redenen. Door een gebrek aan standaardisering waren artsen en hun praktijk niet vergelijkbaar. Er werd niet verwezen naar aanbevelingen voor een goede medische praktijkvoering. Door de talrijke tabellen voor verschillende groepen van geneesmiddelen was het onmogelijk een onderwerp grondig te bespreken. Tenslotte was er bij de artsen een twijfel over de validiteit van het document in het algemeen.

In 2000 subsidieerde de overheid de Wetenschappelijke Verenigingen voor de uitwerking van aanbevelingen voor goede medische praktijkvoering. In dit jaar werd een gemengde structuur (Federale Overheidsdienst Volksgezondheid / Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV)) opgericht, die de naam Informatiecelg kreeg. Deze cel kwam er om de aanbevelingen en de daarbij horende gegevens over het voorschrijfgedrag met elkaar te integreren. Deze cel kreeg de taak om, in overleg met en onder supervisie van de Accrediteringsstuurgroep (AS), een

[g] Voor beschrijving en opdrachten van de Informatiecel, zie bijlage 1

sensibiliseringsprogramma voor een rationeel voorschrijfgedrag van bepaalde geneesmiddelen op te stellen en te verspreiden via de "lokale kwaliteitsgroepen" (LOK's). Dit sensibiliseringsprogramma moest bestaan uit het versturen van een individueel aangepaste feedback, met het voorstel deze feedback te bespreken in de LOK. Eerst is een pilootproject opgezet over NSAID's, dat uitgetest werd binnen enkele vrijwillige LOK's. Tezelfdertijd werd echter ook Farmanet operationeel (data per patiënt, per arts), wat nieuwe mogelijkheden creëerde om op basis van data artsen en praktijken te vergelijken. De nationale feedback-interventie kwam na dit pilootproject. Tegelijkertijd werden opleidingen georganiseerd voor huisartsen om als animator de LOK-bespreking van het feedback-document te begeleiden. Er werden financiële middelen uitgetrokken om deze LOK-werking te ondersteunen. Evaluaties van elke feedback-interventie werden voorzien.

In 2002 werd een "Platform Kwaliteitspromotie" opgericht, dat een overlegplatform is tussen de wetenschappelijke verenigingen (Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen (WVVH) en Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG)), het Intermutualistisch Agentschap (IMA), en later ook de beroepsverenigingen, om met de Informatiecel de eerste nationale "feedback antibiotica" operationeel te maken. Eind 2002 treedt de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie (NRKP)[h] in werking, die ondermeer de opdracht heeft de onderwerpen van de feedback te bepalen en toezicht te houden op de campagnes. De procedure van de feedbackuitwerking, is precies beschreven (in detail weergegeven in bijlage I) en toont de deelname van elk van deze structuren tijdens het ontwikkelingsproces.

De keuze voor antibiotica voor de eerste nationale feedback past in de groeiende bewustwording dat er de antibiotica-resistentie toeneemt. In 1999 werd Belgische Commissie voor de Coördinatie van het Antibioticabeleid (BAPCOC)[i] opgericht, die onder andere als taak heeft de resistenties op te volgen en de Belgische bevolking via mediacampagnes te sensibiliseren. Daarnaast geeft deze commissie opdracht tot het opstellen van aanbevelingen betreffende het voorschrijven van antibiotica. De sensibiliseringscampagnes voor het publiek starten in de winter van 2000. De aanbevelingen die voor de artsen, worden vanaf 2003 gekoppeld aan feedback over het voorschrijfgedrag van antibiotica. Deze feedback werd verstuurd in mei 2003 en in december 2004.

Vervolgens werd het geven van feedback uitgebreid naar andere geneesmiddelencategorieën, zoals antihypertensiva, maar ook naar andere hulpverleners, zoals specialisten die deze geneesmiddelen voorschrijven.

Het Medico-Mut Akkoord dat eind 2003 werd afgesloten voor 2004-2005, plande nieuwe maatregelen, waaronder enkele die rechtstreeks betrekking hadden op de bestaande feedbackcampagnes. Zo bepaalde dit akkoord dat elke LOK verplicht een vergadering moest houden rond de feedback antibiotica en/of anti-hypertensiva vóór 30 september 2004. Hiervan moest een verslag worden voorgelegd aan de Accrediteringsstuurgroep. In het akkoord is een voorwaarde gesteld voor een verhoging van de honorariapool van de huisartsen: ze moest aantonen dat een trendbreuk is gerealiseerd op het vlak van voorgeschreven antibiotica en antihypertensiva. Daarom werd in mei 2004 aanvullend een eerste "Medflash" over antibiotica naar praktijkvoerende huisartsen en specialisten verstuurd. Er volgden nog andere "medflashes" over antibiotica en antihypertensiva telkens in de periode tussen de het versturen van feedback-documenten.

In 2004 kreeg het Federale Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE)[j] een dubbele opdracht van het RIZIV: de actualisering van de aanbevelingen voor de tweede feedback antibiotica (dit in samenwerking met de wetenschappelijke verenigingen en de BAPCOC), en het opzetten van een evaluatie van de feedback-interventie.

[h] Voor beschrijving en opdrachten van NRKP, zie KB; van 2001.08.29, n 2001022555
[i] Voor beschrijving en opdrachten van BAPCOC, zie K.B. van 26 april 1999). En www.health.fgov.be/antibiotics (25.03.05).
[j] Voor beschrijving en opdrachten van KCE, zie www.kenniscentrum.fgov.be (25.03.05).

## 1.3. BESCHRIJVING VAN DE HUIDIGE ANTIBIOTICA-CAMPAGNE

De talrijke initiatieven die de voorbije vijf jaar in België werden genomen om het ambulante voorschrijfgedrag van antibiotica te wijzigen, maakten geen deel uit van een duidelijk omlijnd programma. Het waren eerder acties die elkaar opvolgden en min of meer gecoördineerd verliepen, zonder duidelijk vooropgezette strategie.

Dit rapport betreft enkel de evaluatie van feedback-interventie gericht op huisartsen. Niettemin kunnen we vele acties die niet binnen deze feedback-interventie vallen, omschrijven als componenten van een globale en aanhoudende campagne om het voorschrijfgedrag inzake antibiotica te verbeteren. De volgende componenten maken hier deel van:

- Mediacampagnes voor het grote publiek: tijdens de winter van 2000-2001, 2001-2002 en 2004-2005 organiseerde de BAPCOC mediacampagnes (tv- en radiospots, affiches) om het grote publiek te sensibiliseren om antibiotica op een juiste manier te gebruiken. Deze campagnes gingen gepaard met folders voor patiënten: deze werden verstuurd naar de huisartsen zodat zij ze in hun wachtzalen konden leggen.

- Informatie bedoeld voor de huisartsen: aanbevelingen, die de wetenschappelijke verenigingen opstellen en verstuurden naar de huisartsen, na validering door de BAPCOC. De eerste werden al in 1999 gepubliceerd. De huisartsen kregen ook vanuit andere bronnen informatie die rechtstreeks te maken had met antibiotica in het algemeen, of met de aandoeningen waarvoor ze gebruikt worden: de "Folia Pharmacotherapeutica" en de transparantiefiches van het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (BCFI), de conclusies van consensusvergaderingen die door het RIZIV worden georganiseerd. Er wordt op toegezien dat deze boodschappen van verschillende instanties met elkaar in overeenstemming blijven.

- Feedback voor de huisartsen: in 2002 startte de voorbereiding van de feedback antibiotica. De uitwerking van de procedure en de talrijke testen die op het terrein werden uitgevoerd, namen een paar maanden in beslag. De eerste feedback (met voorschrijfdata van 2001) werd in mei 2003 verstuurd. Een tweede feedback antibiotica kwam er eind 2004 (met voorschrijfdata van 2003). Het document bevat enerzijds kernboodschappen uit aanbevelingen voor een rationeel voorschrijfgedrag inzake antibiotica, anderzijds individuele voorschrijfgegevens. Deze individuele voorschrijfgegevens worden vergeleken met die van alle Belgische artsen en met die van de artsen van zijn/haar LOK. De LOK's die de feedback bespreken, ontvangen financiële steun van het RIZIV om hun organisatiekosten te dekken. De wetenschappelijke verenigingen organiseren opleidingen voor huisartsen om als animator de LOK waarin de feedback besproken wordt, te begeleiden. Deze animatoren krijgen informatiepakketten ter beschikking en werden via de wetenschappelijke verenigingen vergoed door het RIZIV voor het volgen van opleiding en voor het begeleiden van LOK-sessies tot einde 2004. Vanaf einde 2004 worden ze betaald door de Informatiecel alleen voor het begeleiden van LOK-sessies, en na het opsturen van een ingevuld antwoordformulier over het verloop van de LOK-bijeenkomst en het indienen van een kostennota.

- Een eerste appreciatie van de feedback-interventie (enerzijds het feedback-document en anderzijds de LOK-sessie) is gedaan met behulp van beknopte vragenlijsten. Door middel van een met de feedback meegestuurde vragenlijst werd getracht de reacties van de individuele artsen te meten. Aan de animatoren van de LOK's werd gevraagd een antwoordformulier over de LOK-sessie in te vullen. Beide vragenlijsten werden ingezameld op het RIZIV. De resultaten werden beschreven[k] in een rapport over de verschillende

[k] Ambulant voorschrijfgedrag. Antibiotica en antihypertensiva. Akkoord artsen-ziekenfondsen 2004-2005. RIZIV, Dienst voor geneeskundige verzorging, Informatiecel. Rapport Riziv n D/2004/0401/2 http://www.riziv.be/care/nl/doctors/promotion-quality/antibiotiques-antihypertenseurs/pdf/Rapport-medicomut_NL.pdf (25.03.05)

acties uitgevoerd door de Informatiecel rond de voorschrijfgegevens van antibiotica en antihypertensiva, in navolging van het Medico-mut akkoord van 2004-2005.

- Feedback voor specialisten: dezelfde feedback werd uitgewerkt voor specialisten die regelmatig ambulant antibiotica voorschrijven.
- Medflash: naast deze feedback en afwisselend hiermee ontvangen de artsen sinds 2004 "medflashes" met de kernboodschappen van de aanbevelingen, informatie over het evoluerende voorschrijfgedrag in België dat vergeleken wordt met andere landen, en informatie voor de besprekingen in de LOK's.

## 1.4. METHODE VAN WERKEN VOOR DIT RAPPORT

### 1.4.1. Opstellen van het rapport

Binnen het Kenniscentrum is de studie uitgevoerd door een team van experten en begeleid door afgevaardigden vanuit de wetenschappelijke verenigingen van huisartsen (WVVH en SSMG) en vertegenwoordigers van het RIZIV. Er is regelmatig overleg gevoerd met deze partijen over de doelstellingen en inhoud van het rapport. Dit rapport reflecteert de resultaten van deze samenwerking en weerspiegelt op die manier de bekommernissen van een heel team.

### 1.4.2. Literatuuronderzoek

- Zoekdatum: september 2004
- Bronnen: Medline en The Cochrane Library (Cochrane Database of Systematic Reviews, Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness en Cochrane Controlled Trial Register).
- Gebruikte zoektermen: feedback, audit, behavior, prescription, antibiotics, antihypertensives, evaluation, impact, effect, assessment, evidence based medicine, recommendation, guideline, education, implementation, barrier, facilitator, primary care.
- Deze zoektermen en afgeleiden of synoniemen werden gebruikt in verschillende combinaties.
- Er werden combinaties gemaakt van MESH-termen en van vrije tekst-woorden.
- Op basis van deze resultaten werd een "reference and citation tracking" uitgevoerd.
- Inclusie en exclusiecriteria: artikelen vanaf 1998. Er werden geen taalkundige beperkingen toegepast, hoewel er geen niet-Engelse publicaties gevonden werden die bruikbaar waren.
- De nadruk is gelegd op systematische reviews en gerandomiseerde studies. Aanvullend is informatie gehaald uit kwalitatieve studies en editorials om een idee te krijgen over de nieuwe visies die ontstaan rond huidige methodologieën.
- Voor het hoofdstuk 3 over evaluatiestrategieën werd er vooral gezocht in methodologische handboeken.

In dit onderzoek hebben we in de eerste plaats een inventaris gemaakt van de beschikbare literatuur over feedback. We hebben ons niet tot doel gesteld het spectrum van individuele artikels kritisch in detail te analyseren. In veel gevallen hebben we kunnen verder bouwen op systematische reviews. Indien methodologische twijfels of onzekerheden rijzen met betrekking tot de conclusie geven we dit expliciet aan.

# 2. GEDRAGSVERANDERINGS-INTERVENTIES IN DE LITERATUUR

## 2.1. INLEIDING

In het inleidende hoofdstuk is een korte schets gemaakt van de achtergrond waartegen de feedbackcampagnes in België hebben vorm gekregen. Het blijkt dat de campagnes organisch zijn geëvolueerd. Om de impact van feedbackcampagnes in België te kunnen beoordelen , is het aangewezen te bestuderen wat er op dit ogenblik al bestaat aan inzichten. In dit hoofdstuk presenteren we de resultaten van een literatuuronderzoek naar de kenmerken en effectiviteit van feedback en andere interventies die een gedragsverandering bij artsen beogen.

De literatuur illustreert de onduidelijkheid die bestaat over de inhoud van interventies en meer specifiek, over de karakteristieken van feedback. Ze leert eveneens dat het geen sinecure is om de vraag te beantwoorden of bepaalde interventies inderdaad effectief zijn. De gevonden resultaten wijzen er op dat er, ondanks internationale ervaring, vooraf geen uitspraken kunnen geformuleerd worden over de "best" te volgen strategie.

Met het oog op het concrete evaluatieonderzoek in 2005, kunnen ook belangrijke lessen getrokken worden over de methodologie die gebruikt kan worden om tot uitspraken te komen over de effectiviteit van interventies.

Het hoofdstuk is georganiseerd rond vaststellingen die gehaald worden uit de literatuur. Bij elke vaststelling zijn een aantal aandachtspunten samengevat in kernboodschappen. De tekst die volgt, levert de onderliggende inzichten en argumenten voor deze kernboodschappen.

## 2.2. VERSCHILLENDE TYPES INTERVENTIES

Er bestaan uiteenlopende types interventies die een verandering van (voorschrijf)gedrag beogen. Om begripsverwarring te vermijden is er nood aan een precieze classificatie.

### *Kernboodschappen*

- **Interventies die een verandering in (voorschrijf)gedrag beogen, richten zich op verschillende doelgroepen. In dit rapport spreken we over interventies gericht op zorgverleners / professionele hulpverleners.**
- **"Feedback" is maar één van de verschillende soorten interventies om een gedragsverandering bij zorgverleners te bewerkstelligen.**

In de literatuur komen uiteenlopende interventies aan bod die gedragsverandering van zorgverleners tot doel hebben. Het gamma aan interventies is echter dermate uitgebreid, dat vaak door de bomen het bos niet meer wordt gezien. Precies door dit probleem zijn er vrij recent pogingen ondernomen om de verschillende (soorten) interventies te klasseren.

Een voorbeeld van dergelijke classificatie is te vinden bij Grol, die zich baseert op de classificatie van een Cochrane werkgroep.[1] Het problematische aan deze classificatie is dat ze nog niet geheel uitgezuiverd is, waardoor de indeling soms artificieel wordt. Anderzijds is deze oefening een uitstekend startpunt, om de classificatie van interventies trachten te verfijnen.

Volgende types interventies zijn te onderscheiden:

- Interventies gericht op zorgverleners / professionele hulpverleners
- Financiële interventies
- Organisatorische interventies
- Wettelijke maatregelingen

Binnen elk van deze hoofdcategorieën zijn subcategorieën te onderscheiden.

Verschillende van deze interventies kunnen voorschrijfgedrag beïnvloeden. In dit rapport komen enkel de interventies gericht op zorgverleners aan bod. Een uitgebreide lijst is te vinden in bijlage 2.

Bij de opsomming wordt verwezen naar een Cochrane review (of protocol) als deze bestaat.

- Interventies gericht op zorgverleners:
- Verspreiding van educatief materiaal[48, 49]
- Educatieve bijeenkomsten[50]
    - Kleine conferenties met actieve deelname (peer review)
    - Grote conferenties met passieve deelname
- Lokale consensusprocessen[51]
- Educatieve praktijkbezoeken[15, 52, 53]
- Lokale opinieleiders[54]
- Interventies via patiënten
- Toetsing en terugkoppeling / feedback[3, 55]
- Herinneringen / reminders[56-58]
- Tailored strategy[59]
- Massamedia[60]

## 2.3. DEFINITIE EN KENMERKEN VAN FEEDBACK

Er is nood aan een éénduidige conceptualisering van "feedback" om te kunnen evalueren. Het is mogelijk om feedback op een ondubbelzinnige en precieze manier te beschrijven aan de hand van een aantal kenmerken.

### *Kernboodschappen*

- **Er bestaat geen éénduidige betekenis van het concept "feedback" in de literatuur. Dit leidt tot conceptuele onduidelijkheid. Hetzelfde begrip verwijst naar uiteenlopende interventies of acties.**
- **De conceptuele onduidelijkheid heeft 2 gevolgen. Ten eerste: artikelen over "feedback" kunnen nauwelijks onderling met elkaar vergeleken worden. Ten tweede: de effectiviteit van interventies kan moeilijk ingeschat worden.**
- **Feedback wordt in dit rapport gedefinieerd als: "Terugkoppeling naar de professionele zorgverleners van geregistreerde informatie over hun klinisch handelen in een bepaalde tijdsperiode, met of zonder aanbevelingen over goed klinisch handelen, met als doel de professionele zorgverleners inzicht te laten verwerven in het eigen handelen en hen aan te sporen tot optimaal klinisch gedrag". Deze terugkoppeling kan onder verschillende modaliteiten gebeuren.**
- **Om de impact van een feedback te kunnen evalueren is het nodig de verschillende componenten duidelijk te onderscheiden.**
- **De feedbackinterventie voor het veranderen van voorschrijfgedrag in België is een gecombineerde methode die simultaan gebruik maakt van 2 verschillende acties, die onderling samenhangen:**
  **1) het feedback-document**
  **2) het gebruik van het feedback-document in LOK-groep, als basis voor educatie en discussie.**

### 2.3.1. Definities van feedback in de literatuur

De meest opvallende vaststelling in review artikelen, is dat individuele artikelen weinig expliciet zijn over hun conceptualisering van feedback. Daarom is het niet altijd duidelijk welke interventie de auteur precies bedoelt. Het wordt bovendien zeer moeilijk feedback- interventies onderling te vergelijken. Dit heeft als gevolg dat geen uitspraken kunnen gedaan worden over de effectiviteit.

In een aantal reviews is feedback wel omschreven. Zij het dat geen uniforme omschrijving wordt gehanteerd. Toch vallen in deze definities aanknopingspunten te vinden om voor dit evaluatieonderzoek precies vast te leggen wat we bedoelen met feedback.

- Grol en Wensing[1]: "Toetsing en terugkoppeling (feedback): samenvatting van gegevens over het klinisch handelen van zorgverleners in een bepaalde tijdsperiode, de samenvatting kan ook aanbevelingen bevatten: de informatie kan schriftelijk of mondeling worden gegeven en verkregen zijn uit medische

dossiers of computerdatabases, via observatie of via patiënten; er zijn twee varianten: (a) interne toetsing, waarbij hulpverleners zelf meedoen aan de gegevensverzameling, (b) externe toetsing, waarbij hulpverleners van anderen passief gegevens krijgen over hun handelen."

- Grol en Wensing[1]: "Feedback staat voor het teruggeven van informatie over het eigen handelen aan een zorgverlener, praktijk of instelling, teneinde het inzicht in het eigen handelen te vergroten. De informatie bestrijkt een bepaalde tijdsperiode en wordt verzameld aan de hand van gegevens over het daadwerkelijk handelen, in de literatuur vaak aangeduid als audit."
- Cochrane Review[3]: "Audit and feedback: defined as any summary of clinical performance of healthcare over a specified period of time. The summary may also include recommendations for clinical action. The information may be given in a written, electronic or verbal format.
- Grimshaw[4]: "Audit and feedback: any summary of clinical performance of healthcare over a specified period. The summary may also have included recommendations for clinical action. The information may have been obtained from medical records, computerised databases or observations from patients. The following interventions are excluded: provision of new clinical information not directly reflecting provider performance which was collected from patients, e.g. scores on a depression instrument, abnormal test results. These interventions should be described as patient mediated. Feedback of individual patients' health record information in an alternative format (e.g. computerised). These interventions should be described as organisational.

Bij auteurs die in de gezondheidsliteratuur "feedback" grondig hebben bestudeerd, worden "audit" en "feedback" systematisch aan elkaar gekoppeld. In andere, meer sociologische literatuur[2], wordt audit onderscheiden van feedback, omdat feedback conceptueel enkel verwijst naar het terugkoppelen van informatie, terwijl audit ook de idee inhoudt van "doorlichting" en "verantwoording door de zorgverlener". In de definities van Grol en Wensing zijn sporen van een gelijkaardig onderscheid terug te vinden: "feedback" is de term die het geheel (aanbevelingen en gegevens over het handelen) dekt, terwijl "audit" vooral neerkomt op de doorlichting van het handelen. In geen enkele andere definitie komt deze opsplitsing terug.

Opvallend is dat in alle omschrijvingen van feedback duidelijk wordt verwezen naar het opnemen van aanbevelingen. Met andere woorden, impliciet houdt de notie van feedback ook in dat men aanspoort tot goede praktijkvoering. Slechts in één definitie[1] wordt expliciet verwezen naar één doelstelling van de interventie: inzicht te verschaffen in eigen handelen. Het is precies deze definitie die tracht om "audit" en "feedback" conceptueel te onderscheiden, omdat audit (meer dan feedback) ook tracht aan te sporen tot gedragsverandering. Feedback reikt volgens deze auteurs net iets minder dan audit. Zeker in de kwaliteitsliteratuur maakt deze idee opgang. In dit perspectief geeft feedback enkel informatie, over specifieke feiten en over de stand van zaken van de wetenschap. Aan de gebruiker te bepalen wat hij ermee doet. Audit gaat, met het oog op kwaliteitsverbetering, een stap verder en beoogt "aan te sporen tot optimaal klinisch gedrag".

In meerdere definities wordt gesproken over de "modaliteiten" of de vorm die feedback kan aannemen. Naast het "wat" wordt in sommige definities ook verwezen naar het "hoe". Het is vooral het simultaan praten over "wat" en "hoe", dat de discussie over feedback bemoeilijkt

Met het oog op het duidelijk situeren van dit evaluatieonderzoek hanteert dit rapport op basis van bovenstaande inzichten volgende definitie van feedback. Deze definitie is eerder pragmatisch om de relatie te behouden met de intentie van de feedback-campagne in België.

"Terugkoppeling naar de professionele zorgverleners van geregistreerde informatie over hun klinisch handelen in een bepaalde tijdsperiode, met of zonder aanbevelingen over

goed klinisch handelen, met als doel de professionele zorgverleners inzicht te laten verwerven in het eigen handelen en hen aan te sporen tot optimaal klinisch gedrag".

### 2.3.2. Verschillende kenmerken van feedback

Feedback wordt over het algemeen weinig precies gedefinieerd. Maar de feedback-varianten kunnen geïdentificeerd worden aan de hand van uiteenlopende karakteristieken. In de beschikbare literatuur bieden twee classificatieoefeningen rond interventies interessante aanknopingspunten om de feedback, zoals vormgegeven in België, te typeren: de Data Collection Checklist,[61] en een Cochrane review van Jamtvedt et al.[3]

Sinds 1999 bestaat -binnen de Cochrane Collaboration- het EPOC-kader (Effective Practice and organisation of Care Review Group), dat interventies -waaronder feedback- kan typeren. Dit kan door gebruik te maken van de Data Collection Checklist.[61] Het oorspronkelijke doel van deze checklist is reviewers te voorzien van een gids over het type relevante informatie dat geëxtraheerd kan worden uit de primaire studies.

Naar deze checklist wordt in meerdere andere bijdragen verwezen.[1, 5, 6] Deze auteurs (Hulscher et al.,[5] Thorsen et al.[6] en Grol et al.[1]) stellen op basis hiervan een kader op om interventies te beschrijven. Dit classificatieschema is gebaseerd op 6 centrale criteria:

1. Globale typering van de interventie
2. Doelgroep
    - Professie c.q. patiëntengroep
    - Interactie tussen participantengroep of niet. En zo ja: homogene groep of niet?
    - Omvang doelgroep (aantal groepen, groepsomvang, totaal aantal individuen)
    - Motivatie voor deelname
3. Implementeerder / uitvoerder
    - Professie
    - Opinieleiderschap
    - Autoriteit
4. Frequentie
    - Aantal
    - Tijdsintervallen
    - Duur
5. Informatie over richtlijn of vernieuwing
    - Type informatie over de richtlijn of de vernieuwing
    - Presentatievorm van de informatie over de richtlijn of de vernieuwing
    - Medium
6. Informatie over handelen doelgroep
    - Type informatie over het handelen
    - Presentatievorm van de informatie over het handelen
    - Medium
    - Mogelijkheden tot het vergelijken van de informatie over het handelen

(Voor uitvoerige uitleg van dit kader: zie bijlage 3)

De Cochrane review van Jamtvedt et al. specifiek handelend over "audit en feedback"[3] klasseert de verschillende varianten van audit en feedback aan de hand van 5 criteria. Het interessante aan deze review is dat hij zich toespitst op een studie naar de effectiviteit van feedback, en dus mogelijk directer bruikbaar is voor deze onderzoeksvraag. Bovendien vertonen een aantal van de criteria duidelijke overeenkomsten met het het EPOC-kader.

Jamtvedt et al. [3] onderscheiden drie dimensies om de kenmerken van de interventie te beschrijven:

1. Het type interventie:

   - Audit en feedback alleen

   - Audit en feedback als deel van een educatieve bijeenkomst of van outreach visit

   - Audit en feedback als deel van een "gecombineerde interventie"

2. De intensiteit van audit en feedback:

   - Inhoud: welke informatie wordt gegeven?

   - Formaat: geschreven of mondeling?

   - Timing: frequentie en duur

   - Bron van feedback: wie geeft feedback?

   - Doelgroep: individu of groep?

3. De complexiteit van het gewenste gedrag:

   - Het aantal gedragingen

   - Complexiteit van vaardigheden of beoordelingen

   - Andere factoren nodig (vb. organisatorische)

   - Gedragsverandering bij individu of in communicatie of in volledig systeem

   Twee andere dimensies geven geen extra toelichting qua kenmerken, maar hebben eerder betrekking op de context of op de studie zelf:

4. De baseline compliance: de compliance van een arts i.v.m. gewenst gedrag vóór de interventie wordt uitgevoerd. Dit wordt weergegeven als continue variabele, gaande van 0 tot 100%

5. De studie-kwaliteit.

Enkele opmerkingen dienen bij deze criteria gemaakt:

- De kenmerken van het "type interventie" en de "intensiteit van audit en feedback" worden in het classificatieschema, gebaseerd op de EPOC-checklist, beter en uitvoeriger beschreven dan in de review van Jamtvedt.
- De "complexiteit van het gewenste gedrag" wordt beoordeeld a.h.v. 4 categorieën. Complexiteit wordt dan gescoord van "hoog" (erg complex), tot "gemiddeld" of "laag" (weinig complex). Jamtvedt en collega's blijven over hun werkwijze echter rijkelijk vaag en stellen zelf dat het hier gaat om een subjectieve beoordeling.
- Waarschijnlijk blijven de auteurs noodzakelijkerwijze vaag omdat in artikels en beleidsinterventies de gedragstheoretische assumpties (of theorieën) niet expliciet zijn gemaakt (zie ook hoofdstuk 3)
- Bovendien is de complexiteit van het gewenste gedrag doelgroepenspecifiek.
- De baseline compliance is geen kenmerk van de interventie, maar is een belangrijke contextuele factor bij het evalueren van studies met betrekking tot gedragsverandering. In deze review was dit een discriminerende factor in

het beoordelen van de effectiviteit van audit en feedback: het absolute effect zal groter zijn indien de baseline compliance laag is.

Op basis van de inzichten uit de bestaande classificatieoefeningen, hebben we een ontwerpinstrument gemaakt dat ontwerpers van interventies (feedbacks) en evaluatoren, mee kan helpen om de kenmerken van de interventie te identificeren (zie bijlage 4). Dit vragenalgoritme heeft zowel een mogelijk nut bij het ontwerpen van een interventie, om verschillende vormen van feedback te onderscheiden en om de criteria van een evaluatieonderzoek vast te leggen met de opdrachtgever. Het ondubbelzinnig typeren van interventies vergemakkelijkt overigens achteraf onderlinge vergelijkbaarheid van interventie-studies, en zal mogelijk op termijn meer duidelijkheid kunnen verschaffen over de effectiviteit van interventies.

Op basis van de vergaarde kennis over het ontwerp van de interventie "feedback" hebben we in bijlage het vragenalgoritme ook toegepast op de Belgische campagne (zie bijlage 4). De beschrijving vraagt echter nog verdere validatie door de uitvoerders van de interventie in de volgende fase van dit project.

## 2.4. EFFECTIVITEIT VAN INTERVENTIES

De effectiviteit van interventies die gedragsverandering beogen, is afhankelijk van specifieke randvoorwaarden.

### *Kernboodschappen*

- **Voor het veranderen van het gedrag van artsen bestaat geen unieke mirakeloplossing. Geen enkele interventie heeft systematisch specifieke resultaten geboekt.**
- **Interventies moeten gecontextualiseerd worden. Sommige interventies werken in zekere mate gedragsveranderingen in de hand, zij het binnen bepaalde randvoorwaarden.**
- **Het is zeer moeilijk om uitspraken te formuleren over de kosteneffectiviteit van interventies, omdat er weinig studies naar zijn uitgevoerd, én omwille van de methodologische moeilijkheden bij het uitvoeren van dergelijke studies.**
- **Voor feedback gelden dezelfde vaststellingen. Effectiviteit is afhankelijk van de intrinsieke kenmerken, van de randvoorwaarden, en van de koppeling met andere interventies. Indien feedback effectief is, zijn de effecten globaal beschouwd eerder beperkt.**

### 2.4.1. Effectiviteit van interventies, waaronder feedback

De belangrijkste les die uit de bestaande literatuur kan getrokken worden over het meten van effectiviteit van interventies, is verwoord in volgend citaat:

"Because of the diversity of characteristics of the healthcare practice and of the methodologies used in the studies, is it difficult to arrive at definite conclusions about the effectiveness of different intervention strategies. There are internal methodological problems of studies, organizational differences among various health care systems and differences among health professionals, and some characteristics in the interventions which are difficult to measure, such as the communication ability of the educator, the quality and presentation of the materials, etc."[11]

Effectiviteitstudies van interventies sluiten nauw aan bij studies die een typologie maken van de verschillende types interventies.[1, 62] Als er iets kan gezegd worden over de effectiviteit van gedragsveranderings-interventies[l] komt het volgende tot uiting[7-15]:

- Meestal effectief
  - Outreach visits
  - Beslissingsondersteuning (reminder)
  - Interactieve educatie
  - Massamedia interventies
- Soms wel, soms niet effectief
  - Audit en feedback
  - Inzet van opinieleiders
  - Lokale consensus-bijeenkomsten
- Beperkt of niet effectief
  - Educatieve materialen
  - Cursussen, conferenties

Deze classificatie moet met de nodige omzichtigheid worden gelezen. De methodologische tekortkomingen van studies naar de effectiviteit van interventies, worden door verschillende auteurs aangekaart.[12, 14] Over die specifieke methodologische problemen wordt meer gezegd in paragraaf 2.6 (Methodes om het effect van interventies te meten)

Wanneer er sprake is van effectiviteit van een individuele interventie, is de impact over het algemeen beperkt.[10, 18, 19]

Vandaar dat ook analyses gemaakt zijn die tevens de context in kaart brengen en de conclusies over de effectiviteit in belangrijke mate nuanceren. Omwille van deze contextuele randvoorwaarden bestaat er geen unieke zaligmakende strategie voor gedragsverandering: interventies zijn enkel effectief onder bepaalde condities, geen enkele onder alle condities.[9, 10, 16] Feedback als individuele interventie blijkt effectief te zijn voor de aanvraag van diagnostische tests, preventie[9, 10, 20] en voorschrijfgedrag.[21] Voor het veranderen van voorschrijfgedrag, stelt de conclusie van een review[16]: Educatief materiaal alleen: niet effectief; outreach and feedback: effectief (feedback effectiever als ze specifieke aanbevelingen bevat); herinneringen (reminders) en groepseducatie: onvoldoende evidence. Gecombineerde interventies: effectiever.

Bepaalde aspecten in de gekozen benadering van de doelgroep, schijnen in te werken op de effectiviteit:

- Er zijn aanduidingen dat "persoonlijke betrokkenheid" van de doelgroep meer garanties lijkt te bieden op gedragsverandering dan louter extern opgelegde interventiestrategieën.[12]

- Hoe meer gepersonaliseerd een educatieve interventie is, hoe effectiever.[11]

- Hoe dichter een actie aansluit bij de interactie tussen hulpverlener en patiënt en hoe meer interactief, hoe effectiever.[17]

- Interventies die inspelen op specifieke barrières om te veranderen, zouden meer effectief zijn dan andere.[10]

In de literatuur bestaat er onduidelijkheid over het effect van gecombineerde interventies ("multifaceted interventions"). In sommige analyses komt naar voor dat gecombineerde interventiestrategieën, gericht op verschillende barrières die een gedragsverandering bemoeilijken, meer effectief zijn dan enkelvoudige interventies.[10, 12]

[1] We beperken ons in dit onderzoek tot specifieke interventies. Voor financiële, organisatorische en wettelijke maatregelen zijn overigens zeer weinig studies beschikbaar, en is de effectiviteit niet aangetoond

Sommige auteurs pleiten voor een combinatie van drie of meer interventiestrategieën, wetende dat de impact verschillend is naargelang het type interventie.[9] Daarbij wordt erkend dat de kost van de interventie kan toenemen.[16] Eén vraag blijft toch nog onbeantwoord: "[…], it is difficult to disentangle which components of multifaceted interventions are likely to be effective and complementary under different settings based on existing primary studies. Further research is needed."[12] Andere recente reviews komen dan weer tot een tegengestelde conclusie en stellen dat gecombineerde interventies niet aantoonbaar effectiever zijn.[3, 4]

Het is duidelijk dat over dit onderwerp het laatste woord nog niet gezegd is, en verder onderzoek vereist is. Een belangrijk discussiepunt zal onder andere de gehanteerde methodologie zijn voor het meten van effectiviteit van gecombineerde interventies in studies en reviews.

### 2.4.2. Effectiviteit van verschillende types van feedback

Uit verschillende studies blijkt dat de specifieke interventie feedback soms effectief is en soms niet. Als er al enige effectiviteit van een feedback kan aangetoond worden zijn de effecten eerder klein tot gemiddeld.[3, 4, 22, 23] Maar in het algemeen kan geen uitspraak gedaan worden over de meest effectieve vorm.[22] De mate van het effect kan gemedieerd worden door het type feedback, het formaat, door de bron, en door de frequentie of intensiteit.[10]

Zonder dat er definitieve conclusies kunnen worden getrokken, zijn in andere bronnen aanduidingen te vinden dat intrinsieke kenmerken van feedback, invloed kunnen hebben op de effectiviteit:

- De effecten van audit en feedback schijnen hoger te zijn in die settings waar het volgen van (evidence based) aanbevelingen ("baseline compliance") in de praktijk zeer laag is.[3, 24] In de Cochrane Review wordt deze vaststelling als enig uitgesproken kenmerk naar voor geschoven om het effect van feedback te vergroten.[3]
- Feedback die ook specifieke aanbevelingen bevat over een optimaal gebruik van geneesmiddelen heeft meer kans om het voorschrijfgedrag te veranderen, dan alleen feedback over het actuele voorschrijfgedrag.[12]
- Een feedback die enkel een schriftelijke vergelijking maakt met collega's (peers) schijnt een minimale invloed te hebben op kwaliteitsverbetering en op controle van de kosten.[12]

In andere artikels zijn een aantal interessante vaststellingen te vinden, hoewel ze uit methodologisch oogpunt mogelijk geen definitieve conclusies opleveren.

- Directe ("one-to-one") educatie leidt tot een grotere gemiddelde verbetering van het voorschrijfgedrag dan groepseducatie.[63]
- Gepersonaliseerde audit and feedback zou relevanter zijn omdat de inhoud van de boodschap meer kan afgestemd worden op de betrokkenen. Er is vastgesteld dat voor een groep die geïndividualiseerde feedback én educatief materiaal ontvangt, het aantal voorschriften AB daalt, de kosten van AB dalen, maar dat de keuze voor het type AB gelijk blijft in vergelijking met een groep die niet-geïndividualiseerde feedback ontvangt.[64]
- Bij de evaluatie van het effect van een educatieve interventie, inclusief boodschappen over nationale aanbevelingen, werd feedback gegeven aan de betrokken huisartsen over hun beslissingen rond gesimuleerde cases. Het onderzoek komt tot de conclusie dat het gehanteerde educatieve model een zeker effect heeft.[65]
- In een gecombineerde interventiestrategie, waarbij twee groepen worden vergeleken (een groep ontvangt feedback waarin vergelijking gemaakt wordt met gemiddelde praktijk, een andere groep krijgt feedback in functie van een "benchmark top 10 %"), blijkt een feedback die een «benchmark» gebruikt, meer effect te hebben.[66]

- Het inschakelen van een opinieleider die een de boodschap brengt over heldere en geloofwaardige richtlijnen, schijnt meer effect te hebben. Dit geldt des te meer als deze actie ingebed is in een omvattend programma van continue monitoring en kwaliteitsverbetering.[22]

## 2.5. BARRIÈRES BIJ GEDRAGSVERANDERING

Er bestaan verschillende soorten barrières die een gedragsverandering bij (huis)artsen belemmeren.

### *Kernboodschappen*

- **Interventies die een gedragsverandering beogen, moeten rekening houden met, en doelgericht inspelen op barrières die gedragsveranderingen belemmeren . Kennis over factoren die de implementatie faciliteren is minstens even belangrijk**
- **Gedragsveranderingen kunnen allicht alleen gerealiseerd worden door geïntegreerde strategieën die rekening houden met verschillende barrières, actoren en niveaus, alsook afgestemd worden op de specifieke contextvariabelen**

### 2.5.1. Inleiding

Op basis van een overzicht van 20 jaar implementatieonderzoek wijzen Grol en Jones[25] erop dat het inspelen op barrières die een gedragsverandering beïnvloeden zeer belangrijk is om gedragsveranderingen te realiseren. Grol en Grimshaw[10] stellen: "Substantial evidence suggests that to change behaviour is possible, but this change generally requires comprehensive approaches at different levels (doctor, team practice, hospital, wider environment), tailored to specific settings and target groups. Plans for change should be based on characteristics of the evidence or guideline itself and barriers and facilitators to change."

Interventies die een gedragsverandering beogen, zoals de feedbackcampagne in België, moeten met andere woorden rekening houden met barrières die gedragsveranderingen belemmeren[9] of met factoren die gedragsveranderingen faciliteren. Overigens wijzen Grol en Grimshaw[10] nog op de waarde en relevantie van gedragstheorieën om potentiële barrières bij veranderingsstrategieën beter te begrijpen en op in te spelen.

Barrières die opduiken bij gedragsveranderingen zijn een product van complexe interactie tussen sociale, organisatorische, politieke, economische en culturele factoren. Juist vanwege deze interactie, zullen interventies die zich alleen richten op verbetering van kennis en vaardigheden van individuen, zonder andere randvoorwaarden erbij te betrekken, geen succesvolle verandering tot stand brengen. In de praktijk wordt te weinig rekening gehouden met het belang van een contextspecifieke 'diagnose' van doelgroep en doelomgeving, voordat wordt overgegaan tot implementatie.[1]

### 2.5.2. Beschrijving van barrières

Deze paragraaf staat stil bij de kennis die al verzameld is rond barrières die het implementeren van richtlijnen of ebm bemoeilijken. Het woord barrière wordt hier overigens niet normatief-pejoratief gebruikt, maar verwijst in de neutrale betekenis naar de factoren die de gedragsverandering mee beïnvloeden.

De literatuurstudie in deze paragraaf is minder exhaustief dan in de vorige paragrafen. Ze vraagt verdere verdieping in een volgende fase, en meer preciese methodologische invulling. Toch kunnen uit een verkennende literatuurzoektocht al tal van interessante vaststellingen gehaald worden.

In de literatuur zijn verschillende classificaties gemaakt van barrières voor gedragsverandering.

Grol en Grimshaw[26] onderscheiden barrières op het niveau van (1) de individuele professional (kennis, vaardigheden, attitudes, persoonlijkheid, gewoonten), (2) de sociale context van zorg (verwachtingen van patiënten, collega's, autoriteit), en (3) de organisatie (de beschikbare hulpbronnen, organisatiecultuur, de structuur), en tenslotte (4) ook het beleid en de wetgeving die een belangrijke invloed hebben op de handelswijzen van medici. Deze verschillende niveaus zijn onderling afhankelijk. In een latere bijdrage onderscheiden Grol en Grimshaw[10] barrières die gebruik van evidence belemmeren op het niveau van de patiënt, bij de individuele professional, binnen het gezondheidszorgteam, binnen de organisatie en barrières in de bredere omgeving. Verschillende auteurs[10, 25, 27] wijzen verder op de intrinsieke kenmerken van de evidence (guidelines) en op de complexiteit van de verwachte gedragsverandering.

Op basis van een voorlopige literatuurstudie en in functie van de specifieke probleemstelling in dit onderzoek, hebben we de barrières die we tot nog toe in de literatuur hebben teruggevonden, gegroepeerd samengevat. De classificatie is geïnspireerd op bovenstaande auteurs, maar volgt ze niet letterlijk. Bovendien kunnen de verschillende hoofdcategorieën nog opgedeeld worden in subcategorieën (bijv: op individueel niveau kunnen cognitieve, emotionele, attitude, factoren etc. onderscheiden worden. Organisatiebarrières kunnen nog onderscheiden in structurele, logistieke, culturele, etc. factoren). Met andere woorden, deze eerste ordening van gekende barrières in de literatuur vraagt nog meer analysewerk. Dat is voorzien in het voorjaar 2005.

### *Individuele professional*

- Gebrek aan tijd om wetenschappelijke literatuur bij te houden.[10, 16, 27, 32, 67-72]
- Tijd die gestoken moet worden in verandering van praktijkvoering. (Gevoel van) extra werklast en opvattingen over de verdeling van tijd en energie tussen de verschillende aspecten van de beroepsuitoefening.[10, 16, 45, 67, 72, 73]
- De menselijke natuur en weerstand tegen verandering, inclusief weerstand tegen extern opgelegde gedragsveranderingen. Moeite om met ingesleten gewoonten te breken.[10, 16, 45, 71, 72, 74]
- Genoten opleiding.[72]
- Gebrek aan vaardigheden om evidence op te kunnen volgen en resultaten kritisch te beoordelen.[10, 16, 27, 32, 45, 70, 71]
- Gebrek aan inzicht in problemen in huidige praktijksituatie. Geen prioriteit geven om eigen werkwijze te veranderen. Sterk zelfvertrouwen in juistheid eigen handelen. [10, 70, 71, 73]
- Gebrek aan motivatie om 'evidence based' te handelen.[75]
- Twijfel over waarde en wetenschappelijke gronden van aanbevelingen.[45]
- Angst voor het verlies van professionele autonomie.[16, 71, 76]
- De overtuiging dat EBM individuele patiëntverschillen negeert, en het individuele beoordelingsvermogen van de arts ondergraaft.[70, 73, 76]
- De overtuiging dat 'evidence based' handelen gelijkstaat met het doorvoeren van bezuinigingen.[76, 77]
- Onzekerheid m.b.t. besluitvorming in individuele gevallen, onzekerheid m.b.t. toepassingsgebied van evidence.[10, 13, 77]
- De neiging toe te geven aan voorkeuren van de patiënt bij medisch oneigenlijke vragen of onnodig onderzoek. Gebrekkige medewerking patiënten.[10, 32, 45, 72, 73, 78]
- Stress.[16]
- Extra werk dat het vraagt om evidence based te werken.[45]

### *Sociale context van medisch werk*

- Leidinggevende is niet geïnteresseerd, gebrek aan steunbetuiging.[10, 67, 69, 73, 75]
- Gebrek aan samenwerking tussen medici en leidinggevenden.[16, 27, 69]
- Gebrek aan leiderschap bij verandering of innovatie.[10, 27, 75]
- Gebrek aan een contextspecifiek plan van aanpak voor het realiseren van verandering of innovatie.[67, 75, 79]
- Niemand controleert op het toepassen van 'evidence based' handelen.[10]
- Karakteristieken van de discipline (denk- versus doevak).[72] De nood om iets te doen.[10]
- Collegiaal advies wordt méér gebruikt als bron van informatie dan wetenschappelijke literatuur.[80]
- Druk om hetzelfde te praktiseren als de vakbroeders.[73]
- Onduidelijkheid of onenigheid over wie waarvoor (eind)verantwoordelijk is.[16, 72]
- Gevoel van verplichting ("liability").[10]
- "Advocacy" door farmaceutische firma's.[10]

### *De kenmerken van de organisatie waarin de professional werkt*

- Organisatiecultuur waar het gebruik van resultaten uit wetenschappelijk onderzoek geen prioriteit heeft, c.q. niet wordt gewaardeerd. Een 'doe-cultuur'.[10, 16, 70, 71, 75]
- Gebrek aan facilitaire ondersteuning om implementatie in het alledaagse werk te realiseren.[10, 16, 27, 67, 68, 73]
- Slechte logistieke toegankelijkheid tot wetenschappelijke literatuur.[16, 69, 75, 79]
- Andere financiële belangen of gebrek aan financiële incentives om evidence-based te werken.[10, 32, 72, 77]
- Organisatiecultuur van handhaven en terugvallen in oude 'routine'.[10, 45, 67, 68, 75]
- Ontoereikende systemen voor persoonlijke en professionele ontwikkeling. Versnipperde opleidingsprogramma's.[75, 79]
- Beschikbaarheid van alternatieve praktijken.[13]

### *Karakteristieken van de Evidence (wetenschappelijk artikel, richtlijnen, innovatie e.d.)*

- Ontoereikende evidence, leidend tot verschillen in opvatting over de meest gewenste behandeling. Opinieleiders zijn het niet eens met het evidence. Gebrek aan vertrouwen in uitkomst bij toepassing van evidence.[10, 13, 16, 45, 67, 69, 72]
- Gebrek aan duidelijke leesbaarheid van evidence, complex geschreven, rommelige format en layout.[10, 25, 27, 69, 72, 79]
- Gebrekkige verspreiding van evidence naar gebruikers.[10, 72]
- Het type gezondheidsprobleem dat wordt geadresseerd (compliance beter bij acute dan chronische zorg).[10]

Hoewel ze veelal onder "karakteristieken van evidence" worden aangehaald, is het toch interessant erop te wijzen dat veel van de onderstaande factoren eigenlijk betrekking hebben op de kenmerken van de groep die met de informatie of evidence omgaat

- Evidence sluit niet aan bij bestaande professionele ideeën en waarden.[10, 25, 45]
- Vooruitgang van medische kennis (evidence) te snel om bij te kunnen houden, informatieoverload. Onvoldoende op de hoogte van evidence.[10, 72, 73, 79, 81]
- Vertaalslag van evidence naar lokale praktijk moeilijk, omdat het complexe veranderingen vereist en/of niet aansluit bij praktische behoeften en/of op praktische obstakels stuit en/of niet ingebed wordt in werkomgeving.[10, 45, 72]
- Gebrek aan invloed van gebruikers op ontwikkeling van evidence (hier met name richtlijnen).[10, 72]

Grol en Wensing[82] verwijzen specifiek naar gedragsveranderingmodellen, die mee kunnen helpen om barrières en facilitatoren bloot te leggen. (zie ook Gross[83]) Zij vertrekken vanuit een aantal theorieën of modellen die gebruikt worden om tot verandering in praktijk te komen. Daarbij onderscheiden zij modellen die vooral aandacht hebben voor de individuele professionals, modellen die de sociale context in kaart brengen en modellen die eerder de nadruk leggen op de organisatorische en economische context.

### 2.5.3. Barrières bij verandering van voorschrijfgedrag

Er bestaan verschillende studies om de problemen die opduiken bij het veranderen van voorschrijfgedrag van medicatie te kaderen. Aangezien het literatuuronderzoek vrij algemeen is, pretenderen we niet alle barrières geïnventariseerd te hebben. Uit de zoektocht komen toch een aantal belangrijke indicaties naar voor.

- Een Europees vergelijkend onderzoek naar voorschrijfgedrag van artsen, in functie van richtlijnen[84] kwam tot de vaststelling dat de nationale randvoorwaarden waarbinnen huisartsen actief zijn het grootse aandeel biedt in de verklaring rond verschillen in voorschrijfgedrag. Verder verklaren kennis en attitude, en aantal jaren beroepservaring een belangrijk aandeel van de verschillen in voorschrijfgedrag
- Het gebruik (en voorschrijven) van antibiotica is niet alleen te verklaren uit medische overwegingen[85], maar ook uit culturele en economische randvoorwaarden. Artsen willen snel inspelen op de wensen van patiënten door financiële randvoorwaarden. Patiënten komen op hun beurt naar artsen met heel specifieke verwachtingen. Als niet aan die verwachtingen wordt voldaan zijn ze ontgoocheld.[30, 86] Psycho-sociale kenmerken van patiënten beïnvloeden eveneens het voorschrijfgedrag.[87] Dus, zowel patiënt- als arts gebonden karakteristieken beïnvloeden het voorschrijfgedrag.[88] Stewart et al[89] concluderen dat artsen bij het volgen van pharmaco-therapeutische richtlijnen in belangrijke mate beïnvloed worden door patiëntenkarakteristieken.
- Etniciteit is een heel specifiek cultureel kenmerk dat de verwachtingen van patiënten ten aanzien van het voorschrijfgedrag van artsen mee beinvloedt.[90]
- Een Nieuw-Zeelandse studie[91] toonde aan dat ervaring en houding van de artsen een belangrijke verklaring bieden voor verschillend voorschrijfgedrag. Artsen die minder voorschrijven, besteden meer aandacht aan het uitleggen en informeren van hun patiënten. Sterke voorschrijvers, blijken veel meer belang te hechten aan het medische prestige en serieux, en zijn minder geneigd om patiënten meer te begeleiden. Een Europees vergelijkend onderzoek[92] toonde op zijn beurt aan dat de attitude van patienten ten opzichte van de arts ook een impact heeft op het voorschrijfgedrag. Meer betrokken patiënten scoorden beter op een accuraat gebruik van antibiotica.
- Een studie uit Hongkong naar het voorschrijfgedrag van artsen[93, 94] komt tot de vaststelling dat oudere artsen of zij die tewerkgesteld zijn in een

privépraktijk, of afhankelijk van de plaats waar ze zijn opgeleid, meer geloofden in het nut van antibiotica voor infecties van de bovenste luchtwegen. Ook in een Australische studie op een intensieve zorgen afdeling [95] blijkt dat verschillend voorschrijfgedrag van artsen verklaard kan worden door een verschil in opleiding, cognitieve stijl of cultuur van groep waartoe de arts behoort.

- Sommige auteurs pleiten expliciet voor het invoeren van programma's die ook de patiënten of het publiek meer kennis bijbrengen over medicatie (in casu antibiotica).[96] Er bestaan pleidooien om ook het publiek kennis bij te brengen, en hun attitude en hun gedrag bij te sturen wat betreft gepast antibioticagebruik.[97] De verwachtingen van de patiënt maar vooral de door de arts gepercipieerde of ingeschatte verwachtingen van de patiënt blijken een invloed te hebben op het antibiotica voorschrijfgedrag van de arts.[98]
- Een van de problemen bij voorschrijfgedrag waar in de literatuur wordt naar verwezen, in het bijzonder van antibiotica, is de diagnostische twijfel bij artsen. Meer inzicht in de onderliggende overwegingen bij het nemen van (voorschrijf)beslissingen van artsen, zou het mogelijk maken om meer gerichte educatieve interventies op te zetten[29, 99] die mogelijk effectiever kunnen zijn om gedragsveranderingen te realiseren
- Lundborg et al.[78] wijzen erop dat artsen, die ook opgeleid worden in een ziekenhuissetting, een onaangepast voorschrijfgedrag aanleren voor de eerste lijn
- Een Nieuw-Zeelandse studie[100] die dieper inging op het vraagstuk van continue vorming van artsen, komt tot de conclusie dat artsen niet goed in staat zijn om hun eigen leerbehoeften in te schatten. Vooral beperkte "dwangmatige" maatregelen met het oog op het veranderen van gedrag van artsen lopen het risico weinig succes te kennen. In Finland[101] is een programma gestart met een gecombineerde aanpak (education, feedback, reminders,…) dat in de sector goed is ontvangen, maar waarvan geen duidelijke outcome kan worden aangetoond.
- Prosser et al.[102] stellen vast dat de wijze waarop farmacologische informatie wordt gebracht, naast sociale randvoorwaarden een belangrijk aanknopingspunt kan bieden om de verschillende voorschrijfprofielen tussen artsen te helpen verklaren.
- Een specifieke barrière kan ook liggen bij de intrinsieke kenmerken van de molecule. Voorschrijvers hebben vaak de neiging om hoe dan ook voor een nieuwe molecule te kiezen, zelfs als evenwaardige oudere, en zelfs beterkope alternatieven bestaan. [78, 103] Ook het beeld en de ervaring die voorschrijvers hebben over de bijwerkingen van een molecule kan het voorschrijfgedrag beïnvloeden. Mogelijk heeft ook het verschil tussen een chronische en een acute behandeling in invloed op de bereidheid van de arts om het voorschrijfgedrag te veranderen.[78]

### 2.5.4. Barrières in de Belgische huisartsenpraktijk

In een onderzoek naar de barrières bij het implementeren van EBM in de Belgische huisartsenpaktijk klasseren Hannes et al.[28] de barrières in de huisartsenpraktijk op drie niveau's:

- Op microniveau hebben de problemen en daaraan gekoppelde interventies betrekking op de individuele praktijkvoering van de huisarts: het gaat om problemen en interventies die een invloed hebben op het individuele handelen van de huisarts in een consultatie. Op dit niveau spelen de eerdere aangehaalde factoren als "tijd", gebrek aan logistiek, gebrek aan de nodige competenties een belangrijke rol, maar zeker ook de barrières die kunnen opduiken door de verwachtingen van de patiënten, waar het vaak moeilijk is om tegen in te gaan. Ook de rol van collega's artsen bevorderen of remmen de ontwikkelingen.

- Op mesoniveau gaat het over problemen en interventies die zich stellen op het niveau van (beroeps-), of wetenschappelijke verenigingen, maar ook over de impact van de industrie, patiëntenverenigingen, formele overlegcircuits zoals LOK's, etc. Vooral de druk/invloed van de industrie en de patiënten/consumentenorganisaties valt hier volgens de huisartsen niet te onderschatten: voor de artsen is het zeer moeilijk om in te schatten wat echt "onafhankelijke" informatie is. Huisartsen verwachten van consumenten- of patiëntenorganisaties ook dat zij een meer pedagogische rol naar de patiënten toe zouden spelen
- Op het macroniveau hebben de barrières of problemen en interventies betrekking op de rol van het politiek beleid (rol van Riziv, politiek), en maatschappelijke verwachtingen (met de rol van de media, etc …). In de Belgische context wordt in dit verband het systeem van prestatiegeneeskunde aangehaald, wat ertoe aanzet dat niet-bezoldigde activiteiten, die een zekere tijdsinvestering vragen, er meestal bij inboeten.

Van Driel et al.[7] komen in een beperkt onderzoek naar de barrières bij het veranderen van voorschrijfgedrag van huisartsen tot de volgende conclusies:

Huisartsen verwelkomen EBM, maar zien enkele belangrijke beperkingen die enerzijds te maken hebben met de verwachtingen van de individuele patiënt, anderzijds met de nood aan het presenteren van onderzoeksbevindingen in bruikbare instrumenten en een begrijpelijke taal voor patiënten. De huisartsen ervaren ook een belangrijke druk vanuit de farmaceutische industrie. Bovendien zorgen de intrinsieke kenmerken van het Belgische gezondheidssysteem (vrije keuze) ervoor dat er weinig binding bestaat tussen arts en patiënt, wat het niet altijd eenvoudig maakt om een medisch beleid te veranderen. Ook de concurrentie met de tweede lijn belemmert de huisartsen om ten opzichte van de patiënt af toe wat meer afwachtend op te treden. Bovendien krijgen de huisartsen geen enkele beloning om de patiënt te informeren over nieuwe, evidence-based praktijken. Opvallend is de vaststelling dat huisartsen de hulpvraag van de patiënt niet of onvoldoende expliciteren, wat op zijn beurt impact heeft op de relatie arts-patiënt en het in de praktijk brengen van EBM. Ook in dit onderzoek wordt verwezen naar de kenmerken van guidelines in termen van bruikbaarheid, beschikbaarheid en leesbaarheid, als potentiële barrière.

In het geciteerde onderzoek worden een aantal suggesties gedaan om barrières te overwinnen die rechtstreeks verwijzen naar de Belgische context. Er moet echter uitdrukkelijk op gewezen dat dit onderzoek geen uitspraken doet of deze suggesties inderdaad effectief zijn. Het zijn eerder vaststellingen en hypothesen, dan conclusies .

- LOK-groepen worden gezien als een goed kanaal om guidelines te introduceren. Een interventie gericht op inzicht en attitude én op communicatie met de patiënt is haalbaar en wordt positief ontvangen in LOK-groepen.
- De overheid moet actief werken aan een oplossing om de concurrentie met de tweede lijn aan te pakken.
- Er moet een sterkere binding komen tussen arts en patiënt; bijvoorbeeld door een differentiële terugbetaling te koppelen aan een Globaal Medisch Dossier.
- Afschaffen van de overwegend prestatiegerichte geneeskunde op de eerste lijn; er moet een betere verhouding komen tussen betaling per forfait en prestatie.
- Kwaliteitslabel introduceren met financiële incentives voor de huisarts.

Coenen et al.[29] analyseerden op basis van een kwalitatief onderzoek het beslissingsgedrag van Belgische huisartsen bij het voorschrijven van antibiotica. Zij komen tot de vaststelling dat zowel diagnostische twijfel, als de relatie tussen huisartsen en patiënten de beslissing tot het voorschrijven van antibiotica sterk beïnvloeden. Op basis van hun onderzoek pleiten de auteurs voor specifieke educatieve ondersteuning van de artsen, om hun diagnostische capaciteiten aan te scherpen.

Deschepper[30] deed antropologisch onderzoek naar verschillen in antibioticagebruik tussen Vlaanderen en Nederland, en merkt in de twee buurlanden een sterk verschillend gedragspatroon. Voor de verschillen zijn twee verklaringen aan te brengen. De organisatie van gezondheidszorg in beide landen is totaal verschillend. En de maatschappelijke rol van arts loopt in beide landen uiteen. Door het cliëntelisme in België voelt een arts zich geroepen om elke klacht van een patiënt serieus te nemen en in te spelen op diens verwachtingen- anders gaat de patiënt misschien naar een ander. Hij schrijft dus snel medicijnen voor. Het maatschappelijk debat over het gebruik van medicijnen wordt in beide landen overigens verschillend gevoerd. Ook de houding van de patiënten ten opzichte van de arts verschilt. Belgen kijken meer tegen de dokter op en leggen de verantwoordelijkheid voor een oplossing meer bij de arts: ze willen meer dan in Nederland dat een arts exact vertelt wat hun scheelt en wat hij eraan gaat doen via een medische handeling (bijv. medicatie voorschrijven). In Nederland verwachten patiënten meer dat over hun toestand overlegd wordt, wat meer mogelijkheden biedt om patiënten te coachen i.p.v. bijv. medicatie voor te schijven om een "probleem" op te lossen.

### 2.5.5. Discussie

Deze paragraaf biedt een aantal inzichten in de barrières die kunnen optreden bij het implementeren van een evidence-based werkwijze. Het gaat echter om een voorlopige literatuurstudie, die in de volgende fase verdere verdieping vereist.

Toch kunnen al een aantal belangrijke lessen onthouden worden: Implementatie van beoogde veranderingen krijgt vorm in een stapsgewijs traject, waarbij moet ingespeeld worden op verschillende barrières: er moet gewerkt worden aan de kennis, de vaardigheden, de motivatie, praktische randvoorwaarden, acceptatie door individu en beroepsgroep én patiënten.[9, 45, 104] Potentiële barrières waar moet rekening mee gehouden worden zijn gebrek aan tijd, financiële randvoorwaarden die gedragveranderingen kunnen remmen, en weerstand. Een belangrijke oefening ligt bij het overtuigen van de "peers", omdat sociale invloed bij gedragsverandering een rol speelt. Vooral bij artsen dient in het bijzonder ingespeeld te worden op hun specifieke beroepsprofiel dat zeer veel belang hecht aan eigen controle over opleiding, en over het bepalen van criteria van goede praktijkvoering. Een cultuuromslag en gedragsverandering realiseren binnen zo'n beroepsgroep vraagt meer dan louter oplossingen via opleiding en informatie[104], er moet ook rekening gehouden worden met andere contextspecifieke factoren en barrières.

## 2.6. METHODES OM HET EFFECT VAN INTERVENTIES TE METEN

Er bestaat geen absolute en unieke methode om het effect van een interventie gericht op gedragsverandering te meten

### *Kernboodschappen*

- **De RCT is theoretisch gezien de gouden standaard voor effectmeting van interventies, maar is om praktische redenen vaak te reductionistisch om alle componenten te identificeren die de impact van interventies gericht op gedragsverandering mede beïnvloeden. Daarom moeten alternatieve onderzoeksstrategieën gebruikt worden.**
- **Er bestaat geen sluitend alternatief voor de RCT. De gekozen evaluatiemethode moet afgestemd worden op het onderzoek naar de vele contextuele factoren die de impact van een interventie mede beïnvloeden en op de praktische randvoorwaarden waarin een onderzoek kan uitgevoerd worden. Een "diagnostische analyse" of een planevaluatie is een belangrijke stap om de randvoorwaarden en doelstellingen van een interventie duidelijk te identificeren.**
- **Een evaluatiemethodologie naar gedragsverandering vraagt om inhoudelijke en methodologische inzichten uit meerdere wetenschappelijke disciplines.**

### 2.6.1. Inleiding

Het meten van het effect van een interventie zoals feedback, kan op vele manieren gebeuren. Voor het meten van het effect van interventies zijn RCT's op theoretische gronden het meest aangewezen. Voor meer complexe interventies, gericht op een gedragsverandering, is dit om praktische redenen niet de ideale methode.

In de literatuur worden recentelijk kritische analyses gemaakt over de vooropgestelde positivistische "standaardmethode" om evidence te verzamelen over de effecten van gedragsveranderings-interventies. We staan bij een aantal van deze inzichten stil.

### 2.6.2. Gebruikte methodes in de literatuur

#### *Geselecteerde designs in systematische reviews*

De systematische review wordt meestal uitgevoerd met in het achterhoofd de hoger beschreven, typisch medisch-positivistische standaarden. Het gevolg is dat de meeste reviews enkel die artikels bespreken waarbij (vanuit een positivistische logica) verondersteld wordt dat de kans op bias zo klein mogelijk is, én die uitkomstmaten bij voorkeur kwantitatief uitdrukken. In de meeste Cochrane reviews uit de EPOC-groep worden bijvoorbeeld enkel studies met volgende design geïncludeerd:

- Randomised controlled trials (RCT)
- Quasi-randomised controlled trials (CCT)
- Controlled before and after studies (CBA)
- Interrupted time series studies (ITS)

In de meest recente Cochrane review over audit en feedback[3] worden alleen RCT's besproken.

Die positivistische bias is ook te vinden in andere toonaangevende bijdragen. Eccles beschrijft in een theoretisch artikel[31] de verschillende mogelijke designs van een evaluatiestudie om de effectiviteit van veranderings- of verbeteringsstrategieën te beschrijven. Kwalitatieve studies behandelt hij nauwelijks. Hij schuift de gerandomiseerde designs (zowel RCT als cluster-randomisatie) als gouden standaard naar voor om de vraag te behandelen of een interventie effect heeft (vergelijk Deeks, 2003[47]). Die bias is allicht te verklaren omdat de meeste auterurs over het algemeen medische of gezondheidsinterventies in het achterhoofd houden. Er zijn maar sporadisch analyses gemaakt van de complexiteit van gedragsinterventies, en de risico's die de traditionele "beste" onderzoeksdesigns met zich meebrengen op reductionistische onderzoeksdesigns.

### *Gebruikte uitkomstmaten in de literatuur*

De meest besproken studies in de literatuur zijn effect- (of outcome-) studies die enkel oog hebben voor specifieke uitkomstmaten. De gebruikte uitkomstmaten bij studies naar voorschrijfgedrag van artsen kunnen volgens de Vries onderverdeeld worden in 3 categorieën:[105]

- Kwaliteit van medicatie-keuze

Meestal wordt een vergelijking gemaakt met bestaande norm, guideline of geneesmiddelen-formularium: wanneer voorschrijven, welke medicatie is eerste keuze,…

Een voorbeeld van kwaliteitsmaat is de kwaliteitsratio: het aantal van optimale voorschriften gedeeld door het totale aantal voorschriften voor een bepaalde indicatie.

- Volume van voorgeschreven medicatie

Voorbeelden hiervan zijn het aantal voorschiften per 1000 patiënten, het aantal DDD's per 1000 patiënten,…

- Kosten van voorgeschreven medicatie

Voorbeelden hiervan zijn: de gemiddelde prijs per DDD, de gemiddelde prijs per medicatie-groep, de gemiddelde kost per patiënt,…

Daarnaast zijn er in vele studies andere uitkomstmaten te vinden:

- De meeste uitkomstmaten zijn gericht op zorg(episodes) of op gezondheidszorgdiensten.[106] Voorbeelden hiervan: het gebruik van consultaties, het aantal verwijzingen, de mortaliteit en morbiditeit, afwezigheid op werk of school, complicaties,…
- Sommige uitkomstmaten zijn gericht op gedrag, zoals bijvoorbeeld: kennis, attitude, vaardigheid, intentie,…van patiënten of van hulpverleners.

Vaak worden de resultaten uitgezet tegen een "baseline-gedrag": dit is het gemeten gedrag vóór de interventie. Dit wordt gedaan om reeds van in het begin een onderscheid te maken tussen verschillende categorieën van voorschrijvers. De resultaten van de interventie zijn namelijk mede afhankelijk van actuele dimensies van gedrag.

## 2.6.3. Kritiek op de RCT als optimale design voor het bestuderen van gedragsverandering

Bepaalde studies en reviews[32-34] zijn geconfronteerd met een aantal methodologische bezwaren rond de traditioneel vooropgestelde standaarden van evidence, waaronder de RCT.

Een aanzet om de bezwaren en problemen te klasseren is te vinden bij Shojania.[35] In de volgende paragrafen baseren wij ons daar sterk op.

### *De onderliggende theorie of motivatie van een interventie*

Auteurs geven zelden een beschrijving van de concrete karakteristieken van een interventie, de kenmerken van de doelgroep of de contextuele factoren.[32, 36, 37] De keuze of motivatie voor een interventie gebeurt in vele gevallen louter intuïtief. Zelden wordt gemotiveerd wat de onderliggende redenen zijn van een interventie (vaak bestaat hiervoor de theoretische basis niet[32]) of wat de preciese verwachtingen zijn van een interventie.

### *Bestuderen van de kenmerken van een interventie: complexiteit, componenten.*

Interventies die een gedragsverandering bij hulpverleners beogen, zijn meestal complex. Ze omvatten meerdere componenten (vb. patiënteneducatie, zelfbehandeling, educatie van de zorgverlener, organisatorische veranderingen). Zowel het aantal componenten of acties varieert, evenals de intensiteit van inzet van de acties in de verschillende studies.[38] Het gebrek aan informatie over die variaties heeft verregaande gevolgen voor de wijze waarop de studies zijn uitgevoerd: het fenomeen van confounding factors kan optreden; er worden verschillende maten (graden) van evidence gebruikt voor de individuele componenten; er kunnen interacties optreden tussen de componenten,[35] etc.

Het gebrek aan informatie over de complexiteit wordt nog versterkt door het feit dat geen expliciete theoretische modellen van gedragsveranderingen of organisatorische verandering worden gehanteerd, waarin onderlinge relatie tussen acties of componenten en kenmerken van doelgroepen worden gesitueerd. Het resultaat van een interventie kan bijvoorbeeld mede beïnvloed worden door:

- Baseline gedrag: als dit al goed is, kan dit moeilijk verbeterd worden.[39]
- Belang dat gehecht wordt aan beoogde gedrag, zowel door artsen, als door patiënten.[35]
- Motivatie en/of intentie om van gedrag te veranderen.[36]
- Het inspelen van de interventie op specifieke lacunes binnen de praktijk of het praktijkvoeren.[39]

Bovenop de vastgestelde problemen geldt ook het fenomeen dat reviewers verschillende definities voor interventies hanteren. Interventies worden samengevoegd of onderling vergeleken terwijl deze niet persé dezelfde zijn.[35] Overigens stelt zich in de primaire studie vaak al een probleem met een uniform begrippenapparaat over de interventie en een gebrek aan informatie over de wijze van uitvoeren van de interventie.[107]

### *Het belang van contextuele variabelen*

Naast de intrinsieke kenmerken van interventies die te weinig gedocumenteerd worden in de meeste studies, is er te weinig bekend over de context waarin een interventie vorm krijgt. Ook dit element bemoeilijkt de onderlinge vergelijkbaarheid van studies naar de effectiviteit van interventies. In een gedragsveranderingsproces speelt niet alleen de interventie op zich een rol, maar zijn andere mensen betrokken (vb. zorgverleners zelf, managers, het beleid en de maatschappij,…),[16] spelen organisatorische factoren een rol (vb. bestuurstructuur, grootte, opleidingsrol,…), patiëntenkarakteristieken (vb. socio-economische status, ernst van de ziekte,…), en kenmerken van de (rol van) zorgverleners (vb. specialist versus huisarts, full-time versus part-time clinici). De meeste studies beschrijven deze mogelijke "effect modifiers" niet en houden er dan ook geen rekening mee.[38] Grimshaw[32] wijst er overigens op dat verder onderzoek vereist is naar gedragsdeterminanten van hulpverleners, precies met als doel meer inzicht te verwerven in die "effect modifiers". Dergelijk inzicht zal het vergemakkelijken om barrières en facilitators te identificeren en om de netto-effecten van een interventie te meten.

Een belangrijke contextuele factor die overigens weinig kritisch wordt benaderd, zijn de kenmerken van het gezondheidszorgsysteem. Van de studies zijn bijvoorbeeld

uitgevoerd binnen het Amerikaanse gezondheidszorgsysteem.[9, 33] Dit maakt vergelijken met andere systemen in andere landen moeilijk.[20]

### *Methodologische overwegingen*

De voorgaande paragrafen brengen een aantal complicerende factoren aan, die het beoordelen van effectiviteit van gedragsinterventies bemoeilijken. In de volgende paragraaf worden vooral de problemen in verband met de kenmerken van de studie besproken.

#### Studie-design

Er kan bij interventies gericht op gedragsverandering niet altijd vanuit een experimenteel model gewerkt worden (bijv. implementatie van nationale guideline programma's, massa media campagnes…). In deze situaties zijn andere designs, waaronder de quasi-experimentele designs een alternatief, maar ook zij kunnen blootstaan aan essentiële systematische bias en aan contaminatie.[11, 39, 107]

Mogelijke problemen bij het kiezen van een goede studie-design voor een interventie die een verandering in (voorschrijf)gedrag beoogt, kunnen afhankelijk zijn van onder andere volgende factoren:[108]

- een slecht gekozen (of geen) controlegroep
- het aantal metingen in de tijd: te weinig om verandering te meten
- het tijdskader: te dicht op of te ver van een interventie gemeten
- geen rekening gehouden met onderliggende -reeds bestaande- trend van verandering
- geen rekening gehouden met cyclische of seizoensgebonden variaties in gedrag

#### Analyse en rapportering

- Op de beschikbare studies of reviews kan veel commentaar geleverd worden wat betreft de gebruikte analysetechnieken.
- Er worden niet aangepaste statische analyses uitgevoerd: er gebeurt een analyse van het gemiddelde van de totale groep ipv. het meten van veranderingen individueel. Vaak werd ook al de randomisatie op groepsbasis gedaan, eerder dan op individuele basis.[38]
- Bij de analyse van de resultaten wordt geen rekening gehouden met de "unit of analysis errors": de randomisatie gebeurt bij de patiënten, terwijl de interventie focust op de hulpverleners.[20] Wood beschrijft dat dit in 70% van de door hem bestudeerde studies voorkomt.[109]
- Reviewers maken regelmatig gebruik van "vote-counting methods": hierbij worden positieve en negatieve resultaten bij elkaar geteld om dan te besluiten of de interventie positief of negatief uitvalt. Hierbij wordt geen rekening gehouden met de grootte van het effect, noch met de grootte van de groep deelnemers.[32]
- In de meeste studies wordt nauwelijks kritisch gereflecteerd over het "Hawthorne effect" (onderzoekssubjecten passen hun gedrag aan omdat ze deel uitmaken van een studie, niet omwille van een interventie). Vele studies zijn daarenboven uitgevoerd bij groepen van "early adopters": gemotiveerde artsen, die niet (noodzakelijk) representatief zijn voor de totale beroepsgroep.[11, 25]
- Intermediaire procesmaten die de interventie kunnen beïnvloeden worden niet gemeten.[35]

- Uitkomstmaten worden slecht gekozen[20]: er worden procesmaten gebruikt zonder duidelijke ondersteunende evidence. Zo worden ook standaard uitkomstmaten gekozen die eigenlijk geen relatie hebben tot de interventie
- Overigens ontbreekt het in veel evaluatiestudies ook aan een duidelijke beschrijving van het doel en kenmerken van het effectiviteitsonderzoek.[38]

### 2.6.4. Mogelijke alternatieven voor de RCT

Campbell wijst erop dat de evaluatie van complexe interventies moeilijk is, omdat er problemen kunnen ontstaan bij de ontwikkeling, de identificatie, de analyse en het reproduceren van de interventie. Daarom moet er bij de evaluatie van complexe interventies gebruik gemaakt worden van kwalitatieve en kwantitatieve studies.[40]

Gelijkaardige commentaren zijn ook elders te vinden.[33, 41] Grol[33] wijst er expliciet op dat het in de bestaande literatuur ontbreekt aan kennis over gedragsveranderingen: het is nog steeds een "black box". Ook in studies naar kwaliteitsverbetering zijn de factoren die het succes van kwaliteitsverbetering bepalen niet, of slechts in beperkte mate, gekend.[35]

Er worden in de literatuur pas vrij recent vragen gesteld bij de RCT als onderzoeksdesign. Er wordt meer en meer de nedruk gelegd op het feit dat de gekozen evaluatiemethode moet afgestemd worden op het onderzoek naar vele factoren die de impact van een interventie mede beïnvloeden: de complexiteit van de interventie, de verschillende componenten van de interventie en de interacties hiertussen, de context waarbinnen de interventie uitgevoerd wordt, het beoogde doel, de doelgroep en de intentie van verandering binnen deze doelgroep, identificatie van barrières en bevorderende factoren,…

Als startvoorwaarden om een degelijk onderzoek op te zetten, is een "diagnostische evaluatie" of een "planevaluatie" nodig. Een evaluatiemethodologie naar gedragsverandering vraagt om inhoudelijke en methodologische inzichten uit meerdere wetenschappelijke disciplines. Afhankelijk hiervan kan men opteren voor een bepaalde evaluatiemethode. Meer uitleg hierover volgt in hoofdstuk 3.

## 2.7. SAMENVATTING

Er kunnen verschillende soorten interventies opgezet worden om de kwaliteit van het voorschrijfgedrag van artsen te optimaliseren. De interventie kan bestaan uit een precieze, enkelvoudige actie of kan bestaan uit gecombineerde acties.

Gebaseerd op de huidige kennis, is het niet mogelijk om een soort mirakeloplossing voor te stellen die haar effectiviteit heeft bewezen om het gedrag van artsen te veranderen. De effectiviteit van interventies in de gevonden studies is zeer variabel. De effectiviteit is afhankelijk van het soort gedrag dat men wenst te veranderen, van contextuele factoren, en van de kenmerken van de interventie. Hoewel ze nuttig kunnen zijn om de kennis te verhogen die nodig is om gedragsverandering te initiëren, zijn passieve vormen van interventies op zich beperkt of niet effectief. Actieve interventievormen zijn zwak tot matig effectief. Er moet overigens aan toegevoegd worden dat de kosten-effectiviteit nauwelijks of niet bestudeerd wordt, omwille van de methodologische moeilijkheden. Toegespitst op de specifieke interventie "feedback" kunnen dezelfde opmerkingen geformuleerd worden.

Belangrijk is de vaststelling dat in de literatuur ook gewezen wordt op lacunes en problemen in het beschikbare evaluatieonderzoek. Precies deze inzichten zijn relevant, wanneer een evaluatieonderzoek zal worden opgezet naar de feedback-campagne in België.

Vooreerst valt het gebrek aan een uniforme conceptualisering en beschrijving van de interventies op. Hetzelfde euvel is ook vast te stellen in de evaluatieonderzoeken naar interventies. Er kan niet eenvoudig een onderlinge vergelijking gemaakt worden van de verschillende evaluatiestudies. Het spreekwoordelijke "appels met peren vergelijken" is in de huidige reviews niet veraf. Om niet in dezelfde val te trappen is voor het opzetten van dit evaluatieonderzoek een precieze omschrijving vereist van de interventie

"feedback" zoals die in België vorm krijgt, en zal ook de nodige aandacht moeten gaan naar het expliciteren van de kenmerken van de feedback.

Verder worden tal van andere methodologische problemen gesitueerd in het huidige effectiviteitsonderzoek. In de recente literatuur worden meer en meer argumenten gevonden die de RCT, zoals ze nu gebruikt wordt, in vraag te stellen. Een rct is in studies naar gedragsveranderingen niet de ideale evaluatiemethode. Er is overigens niet zomaar "één" unieke methode naar voor te schuiven. De keuze voor een methode zal afhangen van verschillende contextuele factoren en intrinsieke kenmerken van de interventie. Hierbij zal rekening moeten gehouden worden met verschillende inzichten, wat een multidisciplinaire aanpak vergt.

Tenslotte is het essentieel, zowel bij het opzetten van een interventie die een gedragsverandering beoogt, als bij het opzetten van evaluatieonderzoek, meer expliciet gebruik te maken van theorieën en modellen rond gedragsverandering. Vanuit dergelijk raamwerk zal ook meer expliciet rekening gehouden kunnen worden met de barrières (en facilitoren) die een gedragsverandering mee beïnvloeden.

# 3. EERSTE AANZET VOOR EEN EVALUATIESTRATEGIE VAN DE FEEDBACK-INTERVENTIE IN BELGIË

*Kernboodschappen*

- **Planevaluatie, effect-, outcome- of impactevaluatie en procesevaluatie zijn algemene termen voor verschillende varianten van evaluatieonderzoek. Elk evaluatieonderzoek dient te expliciteren in welk(e) domein(en) het zich begeeft.**
- **Het opstarten van een evaluatieonderzoek vereist dat verduidelijkt wordt: wat zijn de doelstellingen van het onderzoek, welke doelgroepen zijn het voorwerp van onderzoek?**
- **Een cruciale fase in een evaluatieonderzoek is het vastleggen en het expliciet formuleren van de vragen die in een evaluatie behandeld zullen worden. De vragen zijn bepalend voor het gekozen evaluatiedesign.**
- **De evaluatievragen worden geclusterd door de onderzoekers, en in overleg met de opdrachtgever, worden prioriteiten vastgelegd. Die prioriteiten worden ook bepaald in functie van de beschikbare middelen voor een onderzoek.**
- **Het expliciteren van evaluatievragen houdt in dat beschreven wordt welke criteria gebruikt zullen worden om een programma of interventie te beoordelen.**
- **Een essentieel onderdeel van een evaluatieonderzoek is het onderliggende "plan" van de interventie zo duidelijk mogelijk te beschrijven en een beeld te schetsen van de context waarin de interventie wordt doorgevoerd.**
- **Zowel om inhoudelijke als om methodologische redenen kan actueel in België geen effectmeting gedaan worden waarbij een netto causaal verband kan worden gelegd tussen de interventie en het voorschrijfgedrag. De nadruk zal in eerste instantie op procesevaluatie van de implementatie van de interventie liggen.**

## 3.1. ACHTERGROND

In het vorige hoofdstuk heeft een literatuurstudie aangetoond dat het zeer moeilijk is om definitieve uitspraken te doen over het effect van strategieën die een gedragsverandering van zorgverleners proberen in de hand te werken. Er stellen zich in de eerste plaats conceptuele problemen, in het bijzonder wat bedoeld wordt met "feedback". Bovendien leert de literatuur dat er verschillende potentiële barrières voorkomen die een beoogde gedragsverandering kunnen beïnvloeden. Voor dit hoofdstuk is de meest belangrijke vaststelling dat er in evaluatieonderzoek tal van methodologische problemen opduiken om effecten of impact van interventies te meten. Voor de evaluatie van complexe (gedrags)interventies, is overigens een interdisciplinaire samenwerking (epidemiologie, gedragswetenschappen, organisatiewetenschappen en management studies, economie, statistiek, marketing, …) vereist. Vanuit die verschillende wetenschapsachtergrond komen telkens andere methodologische bijdragen.[25, 26, 33, 37, 110]

Met het oog op een op te zetten evaluatiestrategie voor de gevoerde feedback-interventie in België zal een debat moeten gevoerd worden enerzijds over de beoogde doelstellingen en de beoogde doelgroepen van de interventie, anderzijds over het

tijdskader waarin de interventie veranderingen beoogt te realiseren. Verder zal voldoende aandacht moeten besteed worden aan de verwachtingen die gekoesterd worden ten aanzien van het evaluatieonderzoek. Bij het ontwikkelen van het design moet verduidelijkt welke doelstellingen het evaluatieonderzoek zelf beoogt (bijv. outcome-metingen, suggesties voor verbeteren van de interventies), de beoordelingscriteria (inclusief tijdsperspectief) en een inventaris van mogelijke "confounding factors" die uitspraken over effectiviteit van interventiestrategieën bemoeilijken. De discussie over het evaluatieonderzoek staat verder niet los van de ter beschikking gestelde middelen (mankracht, tijd en werkingsmiddelen) voor het onderzoek.

Om dit complex geheel van vragen, en de relevantie van dergelijke vragen te kunnen beargumenteren, bespreken we eerst verschillende types van evaluatieonderzoek. Die bespreking helpt een beeld te schetsen van overwegingen die van belang kunnen zijn om later oordelen te kunnen formuleren over impact of effect van een interventiestrategie. In tegenstelling tot hoofdstuk 2 wordt in dit hoofdstuk overigens vooral rekening gehouden met de methodologische bijdrage rond evaluatieonderzoek uit de sociale wetenschappen (meestal beschreven als "programma-evaluatie") die meer ervaring hebben met het evalueren van sociale en gedragsinterventies.

## 3.2. EVALUATIE EN EVALUATIEONDERZOEK

Evaluatie is de benadering die er naar streeft uitspraken te kunnen formuleren over de waarde of het nut van een bepaald fenomeen, object of interventie. Bij evalutie komt men tot een waardering. In die zin is evalueren een proces dat iedereen regelmatig doet: we vinden iets "mooi", "goed", "belangrijk", etc.

Ter ondersteuning van (beleids)beslissingen, wordt er echter naar gestreefd om de waarderingen die worden uitgesproken, te onderbouwen met argumenten. Voor het ontwikkelen van die argumenten wordt gestreefd naar het op systematische manier verwerven van informatie.

Evaluatieonderzoek beoogt:

- informatie te verzamelen, te analyseren, te interpreteren en te communiceren over interventies, met als doel

- beleidsmakers (of coördinatoren van interventies) te ondersteunen bij beslissingen of interventies voortgezet, aangepast (verbeterd) of stopgezet moeten worden.

Het verwerven en systematisch verzamelen van die informatie kan gebeuren door verschillende onderzoeksstrategieën te hanteren.

Evaluatieonderzoek helpt op die manier uitspraken te formuleren over de aanvaardbaarheid, de perceptie van de interventie bij de doelgroep, de doorsijpeling op het terrein, het effect, het nut of impact van initiatieven, maar kan ook bijdragen tot het optimaliseren van interventies.[42] Rossi et al.[42] wijzen er op dat evaluatieonderzoek eventueel ook als uniek doel kan hebben meer inzicht en kennis te verzamelen over interventies of programma's, zonder een praktische finaliteit.

Evaluatie-onderzoek wordt uitgevoerd voor een breed gamma van praktische of theoretische problemen. Een niet onbelangrijke reden is het ondersteunen van beleidsmakers bij hun besluitvorming over beleidsprogramma's of campagnes.

Typische vragen die in evaluatieonderzoek aan bod kunnen komen, zijn[2, 42]:

- Werkt de interventie (in functie van de vooropgestelde doelstellingen)? In ideale omstandigheden (efficacy) of in de dagelijkse realiteit (effectiveness)?
- Wat is de aard van het probleem waarvoor een interventie wordt gepland; op wie heeft het probleem én de interventie betrekking; wat zijn de kenmerken van de groep op wie het probleem of de interventie betrekking heeft?
- Hoe werkt het, en waarom werkt het? (Verklaringen)
- Onder welke randvoorwaarden werkt het? (context-sensitieve analyse)

- Wat zijn de precieze resultaten (ook de ongewenste, onbedoelde, onverwachte,…)? (outcomes)
- Hoe duurzaam zijn de effecten van een interventie? (outcome over time)
- Bereikt een interventie de beoogde doelgroep?
- Hoeveel kost een interventie?
- Is het kosten-effectief (in vergelijking met andere interventies)? (gerealiseerde outcome voor de bestede middelen)
- Hoe aanvaardbaar en gewenst is een interventie voor de beoogde doelgroep? (aanvaardbaarheid, tevredenheid,…)
- Past een interventie in de bestaande culturele en regulatieve kaders?
- Heeft een interventie een evenwaardig en/of billijk verdeeld effect over verschillende groepen? (equity)
- Wordt een interventie op de goede manier geïmplementeerd? Kan een interventie verbeterd worden (proces evaluatie)?

Voor elk op te zetten evaluatieonderzoek is het van belang die vragen waarop een antwoord zal gezocht worden expliciet te formuleren. De niet altijd makkelijke, maar meest bruikbare manier is om dat te doen in samenspraak met de opdrachtgevers van het onderzoek. Meestal ligt het probleem niet bij het identificeren van de mogelijk relevante vragen, maar wel in de discussie of het haalbaar is om op (een methodologisch verantwoorde manier) antwoorden te kunnen formuleren.

Bovendien levert het vaak veel op het type vragen dat naar voor wordt geschoven te kaderen in verschillende varianten van evaluatieonderzoek.

## 3.3. STARTVOORWAARDEN VOOR HET UITVOEREN VAN EEN EVALUATIEONDERZOEK

### 3.3.1. Startvoorwaarden voor het uitvoeren van een evaluatieonderzoek: theorie

De woorden "evaluatie" en "evaluatieonderzoek" omvatten een spectrum van concepten en doelstellingen die in de praktijk aanleiding geven tot begripsverwarring, misverstanden en uiteenlopende verwachtingen. Patton[11] kwam bijvoorbeeld tot een inventaris van meer dan honderd verschillende evaluatie-aanpakken. Bovendien worden afhankelijk van de onderzoekers dezelfde begrippen gehanteerd voor uiteenlopende doelstellingen of benaderingen, of uiteenlopende begrippen voor dezelfde doelstellingen. Bovendien zorgen de wetenschappelijke disciplines waarin evaluatieonderzoek wordt uitgevoerd ook voor ongewilde begripsverwarring en voor een selectieve visie over het waarom van evaluatieonderzoek.

Het is hier niet de plaats om op deze begrippen, varianten en impliciete visie uitgebreid in te gaan. Maar voor het uittekenen van een evaluatiestrategie zullen een aantal randvoorwaarden antwoorden en zuivering moeten vinden.

#### *Doelstellingen van evaluatieonderzoek*

Swanborn en van Scriven onderscheiden verschillende types evaluatieonderzoek op basis van de doelstellingen van het onderzoek.

Swanborn[2] maakt een interessant en bruikbaar onderscheid tussen plan-, proces- en productevaluatie.

- Bij planevaluatie (equivalente termen zijn ex ante evaluatie, vooraf evaluatie, analytische evaluatie, ontwerponderzoek) wordt het "interventieplan" onderworpen aan een analyse en assessment en wordt eventueel onderzocht welke alternatieven ter beschikking liggen om interventiedoelstellingen te realiseren.

- Bij procesevaluatie (equivalente termen implementatie-evaluatie, formatieve evaluatie) ligt de nadruk op de wijze waarop een interventie in de praktijk wordt uitgevoerd en welke processen het verloop en impact van de interventie versterken, bemoeilijken, etc, met als doel te achterhalen waar en hoe de interventie kan worden bijgestuurd.
- Productevaluatie (equivalente termen impact analysis, impact evaluation, effectevaluatie, outcome evaluation, summative evaluation) bepaalt de effectiviteit van een interventie: ze moet inzicht brengen over de sterkte van de effecten (onder verschillende omstandigheden) van de interventie (en toetst in welke mate de vooropgestelde hypothesen of veronderstellingen tijdens het plannen van een interventie gerealiseerd worden).

Een ander veel aangehaald onderscheid in de evaluatieliteratuur komt van Scriven.[112] Hij maakt het onderscheid tussen formatieve en summatieve evaluatie:

Formatieve evaluatie heeft vooral tot doel een interventie of programma te verbeteren.

Summatieve evaluatie heeft tot doel een "eindoordeel" uit te spreken over (bepaalde aspecten) van een interventie of programma

Vóór het opstarten van een evaluatie is het essentieel, om expliciet vast te leggen wat de (beoogde) doelstellingen zijn van het onderzoek, of meer specifiek welk type kennis men tracht te verzamelen.

### *Doelgroepen van het evaluatieonderzoek*

Een tweede belangrijke overweging bij het opzetten van evaluatieonderzoek is het identificeren van de doelgroep(en) van het onderzoek. Een interventie kan namelijk meerdere doelgroepen beogen, maar het evaluatieonderzoek kan zich beperken tot het meten van het effect of de impact bij een selectie van die doelgroepen van de interventie. (bijv. een interventie beoogt patiënten en artsen hun gedrag te veranderen, maar het onderzoek concentreert zich alleen op de gedragsverandering bij de artsen).

Verder kunnen de vooropgestelde doelstellingen van interventies variëren per doelgroep van een interventie.[2, 42] Ook dat is onderzoeksmatig relevant. Enkel door het concreet inschatten van de beoogde doelstellingen per doelgroep kunnen evaluatiecriteria afgeleid worden. Concreet: een campagne kan andere gedragsdoelstellingen beogen bij de patiënten dan bij de artsen. Het praktische gevolg is dat ook andere evaluatiecriteria gedefinieerd moeten worden voor beide doelgroepen (als beide doelgroepen voorwerp van onderzoek zijn in het evaluatieonderzoek).

### *Het vastleggen van evaluatiecriteria*

Het intrinsieke kenmerk van evaluatieonderzoek is de informatie te leveren om in staat te zijn "te waarderen". Men wil tot uitspraken komen of een interventie of actie "goed", "voldoende", "aanvaardbaar" is, "effect heeft", "veel kost", "het gedrag verandert" etc. De criteria die men vastlegt kunnen op abstract of op operationeel niveau gedefinieerd worden. Beide stappen zijn essentieel. Het identificeren van de waarderingscriteria vormt de basis tot het bepalen hoe de criteria "gemeten" kunnen worden, m.a.w. de meetinstrumenten en de indicatoren. Het meest voor de hand ligt het de criteria te koppelen aan specifiek geformuleerde vragen. Veel evaluatieonderzoekers pleiten ervoor om de criteria zo concreet mogelijk te omschrijven, en voor elk criterium standaarden (en fluctuatiegrenzen) af te spreken. Die criteria moeten getoetst aan de intenties/doelstelling van een interventie. Al te vaak gebeurt het dat bepaalde criteria worden geïntroduceerd (bij een achteraf evaluatie van een interventie) die helemaal niet aansluiten bij de vooropgestelde doelgroep of doelstelling van een interventie (men introduceert beoordelingscriteria die afwijken van de interventie.

In onderzoeksmatig opzicht zijn "waarderingen" geen éénduidige concepten. "Subjectiviteit" speelt een wezenlijke rol bij evaluaties. Het vastleggen van de evaluatiecriteria is daarom nooit een "absoluut" gegeven, en vraagt een grondige analyse van de verschillende partijen en visies van die partijen met betrekking tot een interventie. Verschillende personen of belanghebbenden kunnen uiteenlopende criteria

hanteren om uitspraken te formuleren, maar verschillende personen kunnen ook andere rangordes geven aan de criteria. Goed opgezet evaluatieonderzoek tracht die subjectiviteit van verschillende partijen zoveel mogelijk te expliciteren.[44] In het recente evaluatieonderzoek wordt onder andere om die reden meestal gestreefd naar multi-criteriaonderzoek, waarin met verschillende perspectieven of overwegingen wordt rekening gehouden. Overigens liggen precies op dit vlak de in hoofdstuk 2 geschetste methodologische tekortkomingen van het huidige evaluatieonderzoek naar interventies.

### *Wat beoogt de interventie?*

Een veel voorkomend probleem bij het implementeren van interventies, is dat geen "plan" is geëxpliciteerd. Precies vanuit die achtergrond is "planevaluatie" van interventies een zeer belangrijk onderdeel van een evaluatieonderzoek. Het evalueren van een interventie kan alleen als inzicht bestaat in het probleem waarop de interventie inspeelt, en wanneer een expliciet beeld is gecreëerd over de doelstellingen, doelgroepen en tijdsperspectief van de interventie.

Sociaal-wetenschappelijk onderzoek naar interventies heeft aangetoond dat interventies altijd vorm krijgen in zeer specifieke omstandigheden, dat uiteenlopende belangengroepen eigen interpretaties ontwikkelen, en vooral dat initiatiefnemers of beleidsmakers veel te vaag blijven over de onderliggende doelstellingen en redeneringen (theorieën) van een programma. De interventie zelf hoeft daar niet noodzakelijk onder te lijden, maar het gebrek aan explicitering heeft wel gevolgen wanneer later gevraagd wordt een programma of interventie te evalueren. Impliciete theorieën die aan de basis liggen van een interventie, leiden tot het fenomeen dat tussen verschillende betrokkenen in de loop van een interventie onduidelijkheden, verwarring, soms zelf tegenspraak ontstaat over wat beleidsmakers met een interventie precies willen en/of kunnen bereiken. Zonder kennis en begrip te hebben van de context waarin een interventieprogramma is tot stand gekomen, kunnen evaluatieprogramma's of evaluatieonderzoek onmogelijk tot evaluatie-uitspraken komen.

In gezondheidszorggerelateerde interventies wordt het begrip "diagnostische analyse" gebruikt. Bij de start wordt bestudeerd wat de mogelijk beïnvloedende factoren kunnen zijn op de gedragsverandering.[16, 38, 45] Diagnostische analyses worden vaak gemaakt om interventies op maat ("tailored interventions") vorm te geven, die inspelen op specifieke randvoorwaarden en doelstellingen.

Een diagnostische analyse staat stil bij volgende elementen:[16]

- Identificatie van alle betrokken groepen, die door de interventie gestuurd of beïnvloed worden (target group en target setting).[46]
- Identificeren van de verschillende componenten die deel uitmaken van een gedragsveranderingsstrategie (zoals kennis, overtuigingen en attitudes en vaardigheden, omdat onderzoek heeft aangetoond dat het gedrag in de klinische praktijk niet snel veranderd kan worden.[16]
- Beoordeling van de bereidheid van de zorgverleners om te veranderen en andere mogelijke relevante interne factoren in de doelgroep.
- Identificatie van mogelijke externe barrières om te veranderen.
- Identificatie van mogelijke bevorderende factoren, o.a. financiële middelen en vaardigheden.

Grol[45] wijst op het belang om in een diagnostische analyse ook rekening te houden met volgende vragen:

- Wie is er betrokken en/of geïnteresseerd in een interventie, en wie zijn de stakeholders?
- Welke zorgaspecten [sic] worden beoogd, en welke aanbevelingen worden niet gevolgd?

- Welke subgroepen binnen de beoogde doelgroep ervaren specifieke problemen om bepaalde praktijken te veranderen, en wat is de aard van die problemen?

Het gaat er dus wel degelijk om een duidelijk beeld te verwerven van de doelstellingen, doelgroep en context vóór een interventie geïnitieerd wordt[m].

Evaluatieonderzoek (van sociale interventies) moet bovendien starten met de impliciete assumpties en onderliggende theorieën zoveel mogelijk te verduidelijken. Alleen op die basis kan ingeschat worden of evaluatieonderzoek zinvolle kennis kan opleveren. Rossi et al[42] noemen dit de "evaluability assessment". De evaluability assessment legt heel vaak de problemen met het ontwerp van een programma of interventie bloot, en is om die reden een belangrijke stap in het evaluatieonderzoek[n]. Deze fase beperkt de mogelijke misverstanden over de te verwachten uitkomsten van een evaluatieonderzoek. Deze oefening is overigens niet vanzelfsprekend: verschillende betrokkenen worden verplicht om zeer expliciet te zijn over de doelstellingen van een interventie, wat mogelijk onderling tot onduidelijkheden en tegenspraak kan leiden, waardoor plots mogelijk de interventie zelf in vraag wordt gesteld.

Verder is het zinvol om expliciet aandacht te besteden aan de gehanteerde theoretische perspectieven, zowel in de interventie als in de evaluatie.

#### *Praktische randvoorwaarden: welke middelen staan ter beschikking?*

De verwachtingen die gekoesterd kunnen worden ten aanzien van evaluatieonderzoek, worden in belangrijke mate bepaald door praktische randvoorwaarden: i.c. financiële, menselijke (aantal en competenties), logistieke middelen en tijd. Bij het opzetten van evaluatieonderzoek wordt soms te weinig aandacht besteed aan deze randvoorwaarden. De methodologie van op te zetten onderzoek, in functie van de vooropgestelde doelstellingen, vragen en criteria, kan soms zeer complex worden. Wat theoretisch vereist is, is daarom niet altijd praktisch realiseerbaar. Vanuit dat perspectief is het ook zeer belangrijk dat de onderzoekers duidelijk afspreken met de opdrachtgevers wat onderzoeksmatig verantwoord en realiseerbaar is. In dit overleg dienen de verwachtingen van de opdrachtgever geconfronteerd met de methodologische vereisten van degelijk onderzoek. In de praktijk leidt dit overleg er ook toe dat prioriteiten worden vastgelegd, in functie van het type antwoorden dat de opdrachtgever zoekt.

### 3.3.2. Startvoorwaarden voor het uitvoeren van een evaluatieonderzoek naar de feedback-interventie in België

Voorgaande paragrafen leren dat voor het vastleggen van een onderzoeksmethodologie:

- een specifieke doorlichting nodig is van het onderliggende concept of theorie van de interventie,
- het evaluatieonderzoek moet expliciteren wie het onderwerp zal uitmaken van de studie (doelgroepen),
- de (impliciete) verwachtingen moeten gekend zijn rond de uitkomsten en impact van een interventie,
- de verwachtingen moeten geëxpliciteerd rond de uitkomsten van het evaluatieonderzoek,
- evaluatiecriteria (van verschillende personen of groepen) moeten worden geïdentificeerd,
- in kaart gebracht moet worden welke middelen ter beschikking staan.

---

[m] In de kwaliteitsliteratuur worden gelijkaardige aanbevelingen geformuleerd: Kwaliteitsverbetering krijgt vorm in een aantal stappen in een cyclisch proces[26, 36, 37] waarbij probleemformulering, probleemanalyse, beschrijving doelgroepen, etc. zeer belangrijk zijn.

[n] Overigens is dit in de praktijk niet zo vanzelfsprekend, gezien veel interventies "spontaan" en organisch evolueren. Dit neemt echter niet weg dat de "evaluability assessment" een belangrijke oefening is om de verwachtingen ten opzichte van een evaluatieonderzoek scherp te krijgen.

Op basis daarvan kan - in onderling overleg tussen opdrachtgever en onderzoeker - een gedetailleerde evaluatiemethodologie worden uitgetekend. Gezien de verschillende accenten die bij evaluaties gelegd kunnen worden, moeten onderzoekers – al dan niet samen met de opdrachtgevers – de evaluatieperspectieven precies afbakenen (voor een interessante inleiding (zie Rossi et al.[42], hoofdstuk 2 en 3). Rekening houdend met de inzichten uit de literatuur en de voorgesprekken met de opdrachtgever, wordt in de volgende paragrafen een aantal suggesties geformuleerd voor het evalueren van de feedback-interventie in België. In de volgende fase van het onderzoek (voorjaar 2005) moeten de details van de methode definitief worden vastgelegd.

### *Verwachtingen van evaluatieonderzoek*

Op korte termijn dient tussen opdrachtgever en onderzoeksteam consensus bereikt te worden over de doelstellingen en onderzoeksvragen.

- In de eerste plaats dient geëxpliciteerd te worden wat de doelstelling is van het evaluatieonderzoek. Aangezien de interventie niet in detail geëxpliciteerd is, zal een planevaluatie zeker onderdeel moeten uitmaken van het onderzoek.
- Er dient verder zeer expliciet geformuleerd wat de concreet te beantwoorden vragen zijn, voor welk soort van beslissingen men ondersteuning wil vragen, en welke criteria men wil gebruiken om tot uitspraken te komen.
- Zeker niet de minst onbelangrijke vraag betreft welke middelen en tijd ter beschikking staan om een evaluatie uit te voeren. Meer in het bijzonder, zijn de beschikbare middelen congruent met de voorop gestelde doelstellingen en verwachtingen ten aanzien van een evaluatieonderzoek?

Het afbakenen van deze doelstellingen van het onderzoek is het afgelopen jaar gebeurd in samenspraak met de opdrachtgever, precies met als doel duidelijk te krijgen en te maken (a) wat de verwachtingen kunnen zijn ten aanzien van de resultaten van een evaluatieonderzoek, en (b) wat de theoretische verwachte mogelijkheden kunnen zijn van het interventieprogramma zelf.

- De opdrachtgever is bekommerd over de vraag of de betrokken artsen, de acties die deel uitmaken van de "feedback"-interventie aanvaardbaar en nuttig achten.
- De opdrachtgever verwacht dat het evaluatieonderzoek op korte termijn suggesties oplevert voor het verbeteren van de interventie "feedback" (m.a.w. procesevaluatie of implementatie-assessment).
- De opdrachtgever hoopt op langere termijn, onder andere, het effect van deze strategie te zien in het veranderende voorschrijfgedrag van de artsen. De opdrachtgever is zich, na overleg en de nodige toelichting, zeer bewust van de methodologische complexiteit van het onderzoeksmodel dat hiervoor vereist is (zeer veel potentiële verstorende factoren, epidemiologie van aandoeningen, veranderende wetgeving en terugbetaling, campagnes die ook inspelen op de patiënt, etc.). "Netto-effecten" in termen van outcome kunnen op korte termijn niet gemeten worden. In het eerste jaar zal de "outcome-monitoring" zich beperken tot zeer summiere indicaties van veranderingen in het voorschrijfgedrag, zonder op zoek te gaan naar causale "netto"verbanden.
- Prioritair ligt de nadruk op procesevaluatie, met als doel het programma te verbeteren, of bij te sturen, indien nodig.

### *Het plan achter de feedback-interventie geëxpliciteerd*

In het eerste jaar werd veel energie gespendeerd aan het identificeren van de contouren van het op te zetten evaluatieonderzoek naar de feedback-interventie. Uit die discussies bleek steeds duidelijker de nood aan een planevaluatie.

De Belgische antibiotica-campagne is vormgegeven vanuit een rudimentair interventieplan. De campagne evolueert inhoudelijk en vormelijk in de loop van de tijd: stapsgewijs worden verschillende interventies en acties gecombineerd, geïnspireerd vanuit verschillende invalshoeken. De gesprekken met de betrokken partijen illustreren dat conceptuele visies en onderliggende theorieën op de feedback niet door iedereen gekend waren. Deze vaststelling is absoluut geen "veroordelende" kritiek tov. de mensen die het programma vormgeven en uitvoeren. Dit fenomeen is niet verschillend van veel andere interventieprogramma's die geëvalueerd worden.[2, 42] Het is een fenomeen dat veelvuldig (internationaal) opduikt wanneer beleidsmakers interventieprogramma's starten om een veranderingsproces te initiëren. Dat inzicht kan op zich echter aanleiding zijn tot een verbeteractie. Bij het overleg over de verwachte uitkomsten van het evaluatieonderzoek, moet echter precies worden afgebakend welke componenten van een campagne nu precies geëvalueerd zullen worden. Voor het uitvoeren van het evaluatieonderzoek dient nu als eerste stap het plan van de interventie geëxpliciteerd te worden (planevaluatie).

Op basis van het overleg met de opdrachtgever maken we een eerste interpretatie over het interventieplan. Hier beschrijven we een aantal zeer algemene aspecten ter oriëntatie (bijlage 4). Deze beschrijving vraagt nog een verdere validatie door de opdrachtgever.

- De voorgestelde campagne "antibiotica" beoogt een gedragsverandering van zowel artsen als patiënten.
- De feedback-interventies "antibiotica" en "anti-hypertensiva" beogen een gedragsverandering van artsen. Dit evaluatieonderzoek spitst zich toe op de vraag of een verandering in het voorschrijfgedrag bij de huisartsen in de hand wordt gewerkt door deze feedback-interventies. De overheid streeft naar een meer rationeel voorschrijfgedrag inzake antibiotica en anti-hypertensiva. Beide campagnes zijn ingegeven door de overweging dat aan deze geneesmiddelengroepen zeer specifieke medische, volksgezondheids-, maatschappelijke en economische gevolgen gekoppeld zijn.
- Zonder dat het expliciet is gesteld is de feedback-interventie een "multi-aspectuele" of "gecombineerde" strategie.
- De feedback-interventie omvat (voorlopig) twee acties: (a) een geschreven document, verstuurd per post, en (b) een informatieve, interactieve begeleide sessie in de LOK over dit document.
- In het geschreven document krijgen artsen op basis van een monitoring van het voorschrijfgedrag, informatie over hun eigen voorschrijfgedrag, en het wordt vergeleken met dat van collega's.
- "Feedback" heeft tot doel de artsen bewust te maken van hun eigen voorschrijfgedrag. Feedback heeft ook tot doel de artsen aan te zetten tot een kritische reflectie over hun eigen voorschrijfgedrag (auto-evaluatie), en overleg met peers in de hand te werken om op die manier bij te dragen tot veranderingen in het voorschrijfgedrag.
- Aan de informatie over voorschrijfgedrag wordt een boodschap gekoppeld over het verantwoord voorschrijven. De verwachte outcome van het programma is dat artsen minder alsook de juiste antibiotica voorschrijven, en de aanbevelingen zullen gebruiken in hun praktijk.
- In tegenstelling tot de notie "audit", heeft de monitoring van het voorschrijfgedrag (voorlopig) niet tot doel de artsen te verplichten tot "externe verantwoording" van hun gedrag.[2] In het begin van 2005 heeft de

Minister de NRKP gevraagd te overwegen om de extreme outliers op te zoeken en te voorkomen (m.a.w. er wordt mogelijk een nieuwe actie overwogen).

Aanvullend kan nog vermeld worden dat een onderliggende doelstelling van de interventie is, waarbij het (stapsgewijs) meer aanvaardbaar is dat de overheid een coördinerende (en ondersteunende) rol opneemt rond maatschappelijke relevante thema's. Via concrete initiatieven tracht men duidelijk te maken dat de periode van individualistische vrijheid van therapeutisch handelen los van elk maatschappelijk normatief kader, niet meer van deze tijd is.

Aan de basis van de campagne ligt geen expliciete gedragsveranderingstheorie. Toch wordt impliciet ingespeeld op een aantal aspecten waarvan in gedragsmodellen verondersteld wordt dat ze gedragsveranderingen in de hand werken. Enerzijds lijkt het impliciet gehanteerde gedragsmodel nauw aan te sluiten bij de gedragsveranderingstheorie van Fishbein en Ajzen (waarin zowel kennis, attitude als intentie gezamenlijk een invloed hebben op het vertoonde gedrag). Anderzijds, wordt deze gedragstheorie gekoppeld aan de veronderstelling dat actieve pedagogische interventies binnen de beroepsgroep, meer invloed hebben op een arts dan louter passieve informatiestrategieën van overheidswege.

### *Praktische randvoorwaarden*

Zoals eerder al gesteld, zal de keuze van de onderzoeksmethodologie begrensd worden door de beschikbare middelen (financieel en mankracht) en de tijd (duur en intensiteit) die aan een evaluatie kan besteed worden. De start van de vervolgfase in het voorjaar 2005 vereist een aantal beslissingen in onderling overleg met de opdrachtgevers die essentieel zijn om een detailinvulling van de evaluatiemethode te bepalen.

- De planning van het komende evaluatietraject loopt over 1 jaar. In februari 2006 moeten concrete evaluatieresultaten rond ervaringen in het veld opgeleverd worden. De evaluatiestrategie kan ook voor een langere termijn worden gedefinieerd, maar hierover zijn verdere afspraken nodig.
- Voor het onderzoek kan het KCE als opdrachtnemer in 2005 twee 0.5 fte onderzoekers ter beschikking stellen, aangevuld met een bijdrage van twee supervisoren/coördinatoren. Deze hebben nauwelijks tijd om concreet veldwerk te doen.
- Het RIZIV/NRKP kan technisch uitvoerend personeel ter beschikking stellen, voor administratief technische taken (versturen vragenlijsten, inzamelen vragenlijsten, coderen, een databestand aanmaken, etc.). Verder volgen twee leden de vorderingen van het onderzoek in de maandelijkse onderzoeksactiviteiten op.
- De aanvullende rol van de "Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen" en de "Societé Scientifique de Médecine Générale", in hun concrete onderzoeksbijdrage moet nog verder vastgelegd worden. Mogelijk kunnen zij ook een actieve rol opnemen bij de uitvoering van bepaalde elementen van het onderzoeksprotocol.

Er wordt (voorlopig) geen apart budget met kredieten voor werkingsmiddelen voorzien, noch heeft de équipe de beschikking over budgetten om onderzoekstaken of veldwerk uit te besteden.

## 3.4. EEN EVALUATIESTRATEGIE: METHODOLOGISCHE KEUZES

### 3.4.1. Inleiding

In de vorige paragrafen is aangehaald dat de te verwachten uitkomsten van een evaluatieonderzoek mede afhankelijk zijn van praktische randvoorwaarden en beschikbare middelen. Bij het uittekenen van de evaluatiestrategie zal met deze randvoorwaarden rekening moeten gehouden worden bij de selectie van de onderzoeksmethoden.

Dit deel doet concrete methodologische suggesties. Rekening houdend met de aard en de onderliggende bedoeling van de bestudeerde interventie, het tijdstip waarop de interventie is geïmplementeerd, en de methodologische beperkingen van het onderzoek, ligt de klemtoon eerder op een procesevaluatie dan op een impactevaluatie.

Bij de procesevaluatie zal de nadruk gelegd worden op de twee "hulpmiddelen" of acties. De nadruk ligt op de vraag hoe ze zijn geïmplementeerd en door de doelgroep ervaren worden. Er worden een aantal opties aangegeven hoe enerzijds de houding en perceptie van huisartsen ten opzichte van geschreven feedback (de inhoud en presentatie) geïnventariseerd kan worden. Anderzijds worden suggesties gedaan over hoe informatie verzameld kan worden over de wijze waarop bespreking van de geschreven feedbacks in de LOK's kan bestudeerd en geëvalueerd worden.

Methodologische opties om de impact van de interventie te meten, worden ook op korte termijn ingeschat. De belangrijkste vraag die daarbij nog behandeld moet worden, in samenspraak met de opdrachtgever, betreft het vastleggen en prioriteit geven aan criteria.

### 3.4.2. Onderzoeksmethoden voor procesevaluatie van de interventie

#### *Implementatie-evaluatie van het geschreven feedback-document*

Een eerste onderdeel van het onderzoek zal eruit bestaan de actie "geschreven feedback" te onderzoeken. In deze stap zal in elk geval gebruik gemaakt worden van een instrument dat in 2004 is gecreëerd in samenspraak met de opdrachtgever.

#### → Gebruik van een bestaande vragenlijst

Over het geschreven feedback-document werd al basisinformatie ingewonnen door het RIZIV via een zeer beknopte vragenlijst (zie bijlage 5).

**De praktische randvoorwaarden van de vragenlijst**

De vragenlijst beantwoordt aan de door de opdrachtgever opgelegde vormvereisten (maximaal 1 eenzijdig bedrukte A4), wat meteen de mogelijkheden van meten en op te nemen beoordelings- en evaluatiecriteria heeft beïnvloed. Het belangrijkste, en tot op zekere hoogte waardevol, argument van de opdrachtgever was dat de vragenlijst beknopt moest gehouden worden omdat de artsen anders geen tijd zouden vrijmaken om de vragenlijst in te vullen en terug te sturen. Door deze keuze kan potentieel een hogere respons gerealiseerd worden. Als de respons te laag is wordt de hele evaluatie eigenlijk bijna zinloos. De resultaten van de vragenlijst kunnen mogelijk belangrijke indicaties opleveren voor duidelijk geformuleerde toetsingscriteria.

- De vragenlijst wordt ingesloten bij het feedback-document, dat aan alle huisartsen is verstuurd. Er wordt geen herinneringsbrief gestuurd. In die zin wordt "gewoon" ingewacht welke artsen de moeite hebben gedaan om op de vragenlijst te antwoorden. De artsen ontvangen een voorgeadresseerde en gefrankeerde omslag. Methodologisch garandeert deze werkwijze geen representativiteit van het beoogde doelpubliek van de interventie. De resultaten van de schriftelijke vragenlijst kunnen hoogstens potentieel belangrijke indicaties opleveren over de kwaliteit van de geschreven boodschap die de NRKP (in een envelop van het Riziv) verstuurt.

- Deze werkwijze schetst geen beeld van het profiel en de mening van personen die niet op de vragenlijst antwoorden, en meer specifiek die groep die het feedback-document helemaal niet opendoen/lezen. Deze groep is om inhoudelijke redenen mogelijk het meest interessant omdat het eveneens belangrijk is te achterhalen wat de redenen zijn om het document niet te lezen. Die kennis helpt om verbeteracties te ontwikkelen om het effect van de interventie te verhogen.
- Een andere mogelijke vertekening in de respons kan ontstaan door het versturen van de vragenlijst door een herkenbare overheidsinstelling zelf: sommige artsen weigeren mee te werken met een regulerende overheid, omdat ze dergelijke initiatieven als a priori bedreigend ervaren, andere artsen (met een ander gedragsprofiel) zullen mogelijk wel op dergelijk initiatief reageren. Er zal sowieso waakzaamheid vereist zijn bij de interpretatie van de resultaten van deze vragenlijst, omdat allicht de meest "betrokken" artsen moeite doen om het feedback-document te lezen en de vragenlijst te beantwoorden. Soms reageren ook diegenen die de meeste aversie hebben.

**Over de inhoud en opbouw van de vragenlijst**

- In de vragenlijst wordt gepeild naar aan aantal algemene persoonskenmerken van de huisarts die de vragenlijst invult, naar de kenmerken van de huisartsenpraktijk en het aantal jaren praktijk. Doelstelling van deze vragen is, op een beschrijvende manier, indicaties te vinden of de wijze waarop het feedback-document wordt onthaald, verschilt tussen verschillende groepen artsen.
- Omdat niet precies geweten kan worden of een arts al heeft deelgenomen aan een interactieve feedback-sessie in een LOK, wordt kort de vraag gesteld of ze hebben deelgenomen aan dergelijke sessie. Dit is belangrijke randinformatie, omdat in de interactieve sessies vaak al meer uitleg wordt gegeven. De vragenlijst tracht in de eerste plaat te achterhalen of het feedback-document als dusdanig leesbaar en begrijpbaar is.
- De vragenlijst gaat op zoek naar de perceptie van de artsen met betrekking tot het geschreven feedback-document. In het bijzonder wordt gevraagd naar de begrijpbaarheid, de leesbaarheid, de aanvaardbaarheid en het nut van dergelijke geschreven interventie. De diepgang van de analyse in functie van de vooropgestelde criteria zal noodzakelijk beperkt zijn. Vanuit die overweging kan dus niet verwacht worden dat de onderliggende complexiteit van deze dimensies, noch de context van de antwoorden makkelijk ingeschat kan worden. Daarom stellen we verder een aanvullende strategie voor.
- In de vragenlijst is een open rubriek opgenomen waarbij de artsen eventuele verbetervoorstellen of suggesties kunnen formuleren.

## → Suggesties voor complementaire methoden

De methode van een vragenlijst onder deze vorm heeft heel specifieke beperkingen, vooral ingegeven door de veronderstelde bias dat alleen de meest gemotiveerde mensen zullen antwoorden, en dat geen antwoorden verkregen worden van de moeilijkst te bereiken doelgroep. De vragenlijst is bovendien zeer beperkt, en daardoor noodzakelijk algemeen. De analyse van de vragenlijsten zal hoogstens een aantal interessante indicaties opleveren over de wijze waarop, allicht de meest gemotiveerde groep artsen, het geschreven document over het eigen voorschrijfgedrag ervaart.

Daarom kan een complementaire, dieper gravende onderzoeksstrategie gevolgd worden. Hiervoor kan geopteerd worden voor een (goed uitgevoerde!) kwalitatieve onderzoeksstrategie.

Een kwalitatieve onderzoeksstrategie biedt meer mogelijkheden om op een gecondenseerde manier (a) "inductief" te werk te gaan, (b) uiteenlopende "contextvariabelen" in kaart te brengen die het gebruik van de geschreven feedback

belemmeren of faciliteren (barrières) (c) concrete suggesties uit het veld te verzamelen die verder rijken dan een aantal algemene ideeën en uitspraken.

- Er kan gewerkt worden via individuele halfgestructureerde interviews. Er kan at random (of gestratifieerd) een steekproef getrokken worden uit de populatie van huisartsen. Bij die artsen worden dan de interviews afgenomen. Er kan dan via een tweetrapsmodel gewerkt worden. Eerst worden een aantal basisvragen gesteld via een telefonische enquête. Er worden dan vragen gesteld die nauw aansluiten bij de hoger geschetste geschreven vragenlijst. Via deze weg kunnen ook artsen bereikt worden die niet geantwoord hebben op de geschreven vragenlijst. Tijdens die telefonische ronde, wordt ook gevraagd of de artsen bereid zijn om mee te werken aan een diepteinterview. In het diepteinterview wordt in functie van de vooropgestelde criteria, op zoek gegaan naar commentaren, opinies, verbetervoorstellen… Die diepteinterviews worden op locatie afgenomen. Deze werkwijze heeft het voordeel van duidelijke individuele meningen te inventariseren. Maar de werkwijze is sterk gebonden aan praktische randvoorwaarden (hoge kost door verplaatsingen, complexer analysewerk van de data, meer tijdsintensief voor de onderzoekers,…) Bovendien moet continu beseft worden dat ook op telefonische enquêtes slechts de meest (of minst) gemotiveerden positief zullen antwoorden.
- Een alternatief voor de individuele interviews, zijn groepsinterviews. Er wordt een beperkt aantal huisartsen rond de tafel gebracht en er wordt gevraagd te reflecteren over het instrument (en andere acties). Gespreid over het hele land worden verschillende van deze groepsinterviews georganiseerd. Het gesprek wordt aangestuurd door een moderator/interviewer. Het praktische voordeel van deze werkwijze is dat minder tijd vereist is uit onderzoekersstandpunt (en financier van het onderzoek) en gebundelde commentaren verzameld worden. Omgekeerd is deze techniek wel meer vatbaar voor groepsdynamische verschijnselen. Bovendien moet bijzondere aandacht besteed worden aan de samenstelling van de groep.

### *Implementatie-evaluatie van de interactieve feedback-sessies met de artsen*

De tweede actie die geëvalueerd moet worden betreft de besprekingen van het geschreven feedback-document in de LOK's. De doelstelling van deze oefening is gelijkaardig als bij het geschreven document, zij het dat andere aandachtspunten benadrukt moeten worden.

Voor deze stap dient verder vastgelegd of, en op welke manier, kan worden gebruik gemaakt van een aantal initiatieven die geïnitieerd zijn vóór de start van dit evaluatieonderzoek.

Er is een rudimentaire vragenlijst afgenomen bij deelnemers aan de LOK-bijeenkomsten in de testfase van de actie "LOK". Dit is gebeurd vóór dít evaluatieonderzoek is gestart. Bij de implementatie van de volledige actie, werd aan animatoren gevraagd een korte evaluatie te maken van deze bijeenkomsten via een vragenlijst. Deze vragenlijst levert een globaal zicht op de LOK-bespreking: hoeveel aanwezigen, welke documentatie werd gebruikt bij de voorbereiding, welk materiaal werd gebruikt tijdens de bespreking enz… Er is nog een grondige discussie nodig of deze vragenlijsten bruikbaar zijn in het onderzoek.

Overigens dient ermee rekening te worden gehouden dat deze actie geen gestandaardiseerde vorm aanneemt. De LOK-bijeenkomsten zijn niet aangestuurd door een strak en vooraf vastgelegd protocol. Er worden wel animatoren gevormd, die een methode aangeleerd hebben gekregen, maar het is zeer twijfelachtig of deze methode ook overal wordt gevolgd in de LOK's.

De concrete invulling van de inhoud en vorm van de bijkomsten, wordt grosso modo overgelaten aan de betrokkenen zelf, met als gevolg dat de wijze waarop de

bijeenkomsten in de LOK-sessies vorm krijgen, inclusief de inhoud, enorm kunnen variëren. Het enige gestandaardiseerde is dat per LOK over de feedback-documenten zal gesproken worden (al dan niet met een animator, al dan niet met een animator uit de eigen LOK).

Uit de gesprekken in het afgelopen jaar, is het bekend dat in sommige LOK's grondig en intens gewerkt wordt rond het feedback-document, volgens een expliciet "educatieve" benadering. Maar voor andere LOK's is het minder duidelijk wat er precies tijdens de bijeenkomsten gebeurt. Men kan zelfs openlijk de vraag stellen of er sprake is van een interactieve educatieve sessie naar de geest van de interventie.

## → Voorstellen van evaluatie-methoden

Vanuit zowel het perspectief van de interventie, als methodologisch, vraagt de aanpak per LOK verheldering. Er kan niet van de veronderstelling vertrokken worden, dat overal dezelfde werkwijze wordt gehanteerd.

Voor het evaluatieonderzoek moet eerst in kaart worden gebracht hoe gestandaardiseerd/ gevarieerd er gewerkt wordt in de verschillende LOK-bijeenkomsten.

1. Methodologisch de meest aangewezen weg is te werken via (goed uitgevoerde) observaties van (een steekproef van) LOK-bijeenkomsten waarin de feedback besproken wordt. Goed uitgevoerde observaties zullen een diepteanalyse opleveren zowel over inhoud, wijze waarop, de tijd, de interactiviteit, de reacties en bedenkingen van de artsen ter plekke, etc.

Een belangrijke meerwaarde van observaties die uitgevoerd worden -door een beperkt en vast team van onderzoekers- is dat een onderliggende vergelijking kan worden gemaakt, die de verschillende aanpakken in de LOK's helpt blootleggen.[113-115] De analyse van overeenkomsten en verschillen tussen de feedback-bijeenkomsten is cruciaal om de inhoud van de feedback te identificeren, en suggesties te formuleren om de aanpak te optimaliseren. Bij het observeren van dergelijke bijeenkomsten dient wel geanticipeerd op potentiële Hawthorne-effecten (beïnvloeden van het gedrag van de deelnemers omdat ze deel uitmaken van een onderzoek).

Het project stoot ook hier op praktische randvoorwaarden. Het is uitgesloten dat alle LOK's geobserveerd kunnen worden. Bovendien is het op dit ogenblik uitgesloten dat met de beschikbare onderzoekers, deze observaties binnen het jaar op een redelijke schaal kunnen worden uitgevoerd. Over mogelijke alternatieve, methodologische verantwoorde scenario's is verder overleg met de opdrachtgevers nodig.

2. Een alternatieve, meer indirecte strategie is te werken via diepteinterviews. Deze kunnen verschillende vormen aannemen:

(a) individuele interviews met artsen gekoppeld aan individuele interviews met de animatoren per LOK

(b) groepsinterviews met artsen gekoppeld aan individuele interviews met de animatoren per LOK

(c) groepsinterview met artsen en animator per LOK

(d) groepsinterview met artsen over verschillende LOK's gekoppeld aan groepsinterviews met animatoren uit verschillende LOK's.

Het nadeel van deze onderzoeksstrategie is dat de informatie over de werkwijze "tentatiever" zal zijn en minder detailinformatie zal verschaffen over de feitelijke inhoud van de bijeenkomsten. De onderzoekers worden afhankelijk van de "verhalen". Omdat verschillende interviews gevoerd zullen worden, door allicht verschillende interviewers of moderatoren, moet hier een checklist ontwikkeld worden met gespreksonderwerpen die overal aan bod moeten komen.

3. Een tweede alternatief is te werken met schriftelijke vragenlijsten die ingevuld worden door zowel artsen als animatoren. Deze werkwijze sluit het nauwst aan bij de

weg die nu al is gekozen. Bij het ontwikkelen van de vragenlijst zal echter uitgebreid moeten gepraat worden over de inhoud en criteria.

Inhoudelijk hebben vragenlijsten het nadeel dat men niet echt een "verstehend" beeld (d.w.z. een verdiepend beeld waarin ook contextuele factoren mee in kaart worden gebracht) krijgt van wat er gebeurt in een LOK-bijeenkomst. Een praktisch nadeel van vragenlijsten bij evaluatieonderzoek, is dat geschreven vragenlijsten vrij snel een uitgebreid en complex karakter kunnen krijgen, zeker wanneer meerdere toetsingscriteria worden onderzocht. Het gevolg is dat de gebruiksvriendelijkheid voor de respondent afneemt, en de non-respons kan verhogen.

Methodologisch heeft deze werkwijze ook het nadeel dat minder "bottom-up"informatie kan verzameld worden, omdat de vragenlijsten in een strak model gevat zitten. Dergelijk model kan evenmin alle potentiële variaties traceren die een LOK-sessie kan aannemen.

Vragenlijsten hebben het nadeel dat personen niet "persoonlijk aangesproken" en gemotiveerd worden om deel te nemen aan een onderzoek. Het zal vooral de "minder overtuigden" bezwaarlijk stimuleren om hun mening over de werkwijze te ventileren.

Het voordeel van een geschreven (en gevalideerd) instrument is dan weer dat men het herhaald kan gebruiken in de toekomst, en dat makkelijker ijkpunten (onafhankelijk van de uitvoerende onderzoekers) kunnen worden vastgelegd die vergelijking in de tijd mogelijk maken. Methodologisch dient zeer uitgekiend tewerk worden gegaan om een goede vragenlijst samen te stellen, waarin alle evaluatiecriteria op een valide manier worden aangekaart in de vragenlijst. Allicht zal dit ertoe leiden dat de vragenlijst niet beknopt zal zijn.

Een ander voordeel van deze werkmethode is vooral pragmatisch van aard. De inbreng van de onderzoekers spitst zich vooraf toe op de voorbereiding en validering van de vragenlijst en achteraf op de analyse van de resultaten die de vragenlijst oplevert. Het vraagt grondig overleg met de opdrachtgever of dergelijke pragmatische overwegingen opwegen tegen inhoudelijke overwegingen.

4. De verschillende alternatieven kunnen gecombineerd worden in een aantal varianten. Per variant moet zeer duidelijk wat precies verwacht kan worden van welke aanpak. Een aantal observaties kan bijvoorbeeld gebruikt worden als "systematische verkenning". Ze leveren informatie op voor het maken van een vragenlijst. Een beperkt aantal diepte-interviews (individueel of in groep) kan gebruikt worden als een soort validatie en verdieping van de observaties. De analyse van gegevens van beide technieken kan bijv. gebruikt worden om een typologie te maken van types begeleiding in de LOK's. Beide databronnen kunnen in een volgende stap dan gebruikt worden voor het maken van een (zeer) gedetailleerde vragenlijst die voorgelegd kan worden aan een grotere groep van respondenten die hebben deelgenomen aan de bijeenkomsten.

Het belangrijkste risico of nadeel van deze werkwijze is dat in het eerste jaar zeer veel werk zal gaan naar de eerste twee fasen van het onderzoek (dataverzameling, analyse en interpretatie) en dat het ontwikkelen van een gevalideerde vragenlijst ten vroegste afgerond zal kunnen worden tegen het einde van werkjaar. Inhoudelijke feedback met betrekking tot het interventieprogramma zal dus gebaseerd zijn op de twee, in beperkte schaal toegepaste onderzoekstechnieken.

### 3.4.3. Onderzoeksmethoden voor impact-assessment van de interventie

#### *Inleiding*

Tot nog toe zijn enkel voorstellen geformuleerd over de wijze waarop (a) informatie over de inhoud van de interactieve feedback en (b) de appreciatie door de deelnemende artsen en animatoren over de gevolgde interventiestrategie systematisch verzameld kan worden. Dit met het oog op een procesevaluatie. Als deel van goed evaluatieonderzoek dient ook de impact van een interventie (i.c.feedback) beoordeeld.

Een impact-assessment heeft tot doel in te schatten of een programma of een interventie zijn beoogde effect(en) realiseert, en welke onbedoelde effecten het gevolg zijn. Dergelijke inschatting hoeft niet alleen te gebeuren aan het eind van een interventie of programma, maar kan ook tussentijds, zelfs in het stadium voor het implementeren van een interventie.[2, 42] Het belangrijkste doel van een impact assessment zou eruit moeten bestaan het "netto-effect" van een interventie te identificeren en te onderscheiden van mogelijk algemene effecten van andere stimuli. Concreet zou een impact assessment van de interventie "feedback" expliciet moeten kunnen identificeren welke gedragsverandering in de hand wordt gewerkt door welke actie in de campagne. Er zijn immers tal van factoren die mede een impact kunnen hebben op de beoogde resultaten die totaal niets te maken hebben met de interventie zelf. Er zijn ook externe en endogene factoren die mogelijk de impact van een interventie verstoren, ondermijnen of versterken.

Om het "netto-effect" van een interventie in te schatten moeten evaluatoren zich bewust blijven van die potentiële "confounding factors". Overigens is het belangrijk dat het onderzoeksdesign zelf blind kan blijven voor de potentiële verstorende elementen (in casu bijv: epidemiologische effecten, nieuwe beleidsmaatregelen, belangenconflicten,…)

Voor een impact assessment van een interventie of programma kunnen verschillende strategieën gevolgd worden. Zoals hoger al gezegd zal de keuze beïnvloed worden door zowel praktische als inhoudelijke overwegingen.

#### *De complementariteit van kwalitatieve en kwantitatieve data*

Bij een impact-assessment kan gebruik gemaakt worden van zowel kwantitatief als kwalitatief onderzoeksmateriaal. Bij het gebruik van kwalitatief onderzoeksmateriaal is het zaak zeer zorgvuldig met de data om te springen, om te vermijden dat puur subjectieve appreciaties de impact gaan bepalen. Kwantificerende onderzoeksstrategieën leiden dan weer potentieel tot schijnobjectiviteit en valse waarheden (vaak omdat complexe realiteiten voor "kwantificeerdoeleinden" extreem worden gereduceerd).

Zeker met betrekking tot complexe interventies die een gedragsverandering beogen zal niet alleen de nadruk moeten gelegd worden op gekwantificeerde output-maten, maar ook op kwalitatieve aspecten. Gedragsverandering is namelijk geen "een-op-een proces", maar doorloopt verschillende stadia (kennis, intentie, attitude) en wordt vaak bewerkstelligd door verschillende simultane prikkels, waarvan het zuivere effect niet in kwantitatieve termen kan worden uitgedrukt.

Een goed voorbeeld is de milieueducatie: het effect van milieueducatieprogramma's bij jongeren was in eerste instantie ook niet te boordelen in termen van effectiviteit. In de eerste jaren konden bij jeugdbegeleiders, onderwijzers schoolhoofden, directies wel al informatie gehaald worden dat programma's met milieu informatie invloed hadden op de attitude en de kennis van de kinderen/jongeren over milieu.

Naar analogie kan ook een inschatting gemaakt worden over het effect van voorlichtingscampagnes rond SOA's of anti-rookprogramma's. Ook daar ziet men impact op het vlak van intentie, attitude en kennis (vaak gemeten door gesprekken met basiswerkers in de gezondheidszorg) zij het dat het effect in termen van gedrag niet altijd duurzaam blijkt te zijn. Experten die vertrouwd zijn met de doelgroep wijzen erop dat er stilaan een "oververzadigingseffect" begint te ontstaan bij de doelgroepen, en dat

andere omgevingsfactoren (subcultuur, waarden, normen) het seksueel of rookgedrag dominanter beïnvloeden.

De kennis van experts of "sleutelinformanten" (waarbij opnieuw een debat dient gevoerd over wie kan beschouwd worden als sleutelpersonen) uit het veld kan soms zeer waardevol zijn, omdat heel wat mensen ook over praktijkkennis in het veld beschikken. Deze respondenten kunnen indicaties geven over hun indruk van de impact van een programma, en kunnen informeren op welke vlakken zij al dan niet veranderingen in het werkveld zien opduiken. Dit is vaak een beproefde techniek wanneer programma's "gedragsveranderingen" beogen.

### *Gerandomiseerd experiment ?*

Het uit theoretisch–methodologisch perspectief, meest overtuigende onderzoeksdesign om oorzaak-gevolg relaties bloot te leggen tussen interventie en effect, is het gerandomiseerde (gecontroleerde) experiment: er wordt een vergelijking gemaakt van een groep die aan de interventie onderworpen wordt, en vergeleken met een groep (met identieke of zeer vergelijkbare karakteristieken) die niet aan de interventie wordt onderworpen.

Er kunnen overigens verschillende studiedesigns gehanteerd worden om de effectiviteit van een interventie te beoordelen. Daarbij wordt over het algemeen het onderscheid gemaakt tussen experimentele en observationele designs (zie bijv Deeks et al;[47] voor een bespreking van de verschillende onderzoeksdesigns, zie ook boek van Grol en Wensing[1]).

### → Experimentele designs

Een experimenteel design is een benadering waarbij de onderzoekers controle hebben over tenminste een aantal condities in het onderzoek. Meestal heeft dit te maken met het feit dat de onderzoekers beslissingen kunnen nemen over de allocatie van onderzoekssubjecten tot groepen die al of niet aan de interventie worden toegewezen.

- In een RCT worden deelnemers "random" toegewezen aan een interventie of controlegroep. Ze worden gevolgd gedurende een bepaalde tijd, en er wordt onderzocht of er verschillende outcomes gerealiseerd worden in de interventie en controlegroep. De "blinde" toewijzing van deelnemers aan een groep zou moeten garanderen dat over het algemeen de determinanten voor outcome gelijk verdeeld zijn tussen controle en interventiegroep.
- In een "Quasi-randomised trial", worden de onderzoekssubjecten aan een interventie of controlegroep toegewezen, maar in functie van bepaalde karakteristieken (de deelnemers worden toevallig toegewezen aan een groep, maar op basis van geslacht, leeftijd, …).
- In een quasi-experimentele studie of een niet gerandomiseerde trial, heeft de onderzoeker de controle over de toewijzing van deelnemers aan een groep, maar streeft geen randomisatie na.

### → Observationele designs

Een studiedesign waar een "natuurlijke" variatie aan een interventie of fenomeen voorkomt en onderzocht wordt. In observationele studies komen meestal verschillen voor in de samenstelling van de interventiegroep en de groep waarmee vergeleken wordt.

- Een "controlled before and after study" is een soort "follow-up" studie van onderzoekssubjecten die al of niet onderworpen zijn aan een interventie. Er worden bepaalde variabelen gemeten voor en na de interventie, en er wordt onderzocht of verschillen tussen groepen te wijten kunnen zijn aan de interventie. Het verschil met een experiment is dat de onderzoeker in deze setting geen controle heeft over de wijze waarop een interventie wordt geintroduceerd.

- Een "concurrent cohort study" is een studiedesign waarin een vergelijking wordt gemaakt (prospectief of retrospectief) van een groep die onderworpen is aan een design en een groep die dat niet is. De onderzoekssubjecten worden onderzocht in dezelfde ("concurrent") tijdsperiode.
- Een historische cohort-study, is een variatie op de traditionele cohortstudie, waarbij de outcomes door een interventie van een groep onderzoekssubjecten, wordt vergeleken met een groep die de interventie niet heeft ondergaan in een voorgaande periode.
- Een case-control study is een onderzoeksdesign waarbij waarbij onderzoekssubjecten die gekenmerkt zijn door een bepaalde outcome (respectievelijk case en control) worden geïdentificeerd, en waarbij onderzocht wordt in welke mate beide groepen onderworpen zijn geweest aan een interventie.
- Een "before and after" study maakt het vergelijk van outcomes bij onderzoekssubjecten, voor de interventie en na de interventie. De voor en nametingen kunnen gebeuren bij dezelfde groep deelnemers, maar kan ook gebeuren door de vergelijking met een andere (vergelijkbare) steekproef. Als de onderzoekers controle hebben over de introductie van de interventie neigt deze design naar een experimenteel design.
- Een cross-sectioneel studiedesign tracht de relatie te leggen tussen een (gezondheids)probleem en andere variabelen in de mate dat ze voorkomen in de betrokken onderzoekspopulatie op een specifiek moment in de tijd.
- In een "Case series" design wordt een groep onderzoekssubjecten beschreven die onderworpen zijn aan een interventie (zonder controlegroep).

Deeks et al[47] hebben op basis van een kritische analyse van niet gerandomiseerde interventiestudies gedocumenteerd dat niet gerandomiseerde studies aanleiding kunnen geven tot misleidende resultaten wanneer men zuivere analyses wil maken van de gerealiseerde outcome.

In de praktijk is het echter heel moeilijk om in de echte wereld (dat wil zeggen buiten het laboratorium) controlesituaties te vinden waarin alle condities, behalve de ene te testen interventievariabele, gelijk zijn. Het opzetten van "experimenten" stoot in de praktijk op tal van barrières.[1, 2, 42] Kritieken over de reikwijdte van de interpretaties die aan experimenteel onderzoek kunnen gekoppeld worden zijn door meerdere auteurs geformuleerd (zie bijv. Ovretveit[43]p.98 en literatuurstudie in hoofdstuk 2). In essentie komt het verhaal neer op het feit dat om praktische redenen, een reductionistische analyse wordt gemaakt van een complexe, dynamische en samenhangende realiteit.. Ook in het geval van het feedback-programma zoals dat vandaag heeft vorm gekregen in België, is het opzetten van zo'n experimentele interventiestudie in de huidige omstandigheden niet de ideale weg uit inhoudelijke én praktische overwegingen.

De feedback-campagne is een typisch voorbeeld van een "full-cover" interventie, waarbij geen controlegroep meer overblijft die niet aan (een van) de interventie(instrumenten) is onderworpen. De "real-life" setting waarin de interventie plaatsgrijpt is zo complex dat een reductionistisch onderzoeksdesign (voor- en nameting of interventiegroep met niet-interventiegroep vergelijken) tot onbruikbare resultaten zal leiden. Bovendien wijzigt de interventie zelf op een organische manier, waardoor de artsen in de loop van de tijd steeds weer met nieuwe stimuli worden geconfronteerd die hun voorschrijfgedrag willen beïnvloeden. Op basis van deze kennis zal voor een aangepaste methode moeten worden gekozen.

De belangrijkste uitdaging ligt in het uitwerken van een degelijk methodologisch design waarin elk type gegevens in functie van zijn eigen specifieke verdiensten wordt verzameld, geanalyseerd en geïnterpreteerd.

Inhoudelijke redenen en praktische overwegingen, sturen de impact assessment weg van een experimenteel onderzoeksdesign.

In het kader van deze assessment-opdracht valt een specifiek "probleem" methodologisch "uit te buiten". Mits voldoende kennis over wat feitelijk al gebeurd is, een grondige analyse van de data en gebeurtenissen, kan mogelijk nog een quasi-experimenteel design ontwikkeld worden. Niet alle artsen die de doelgroep zijn van de feedback hebben inhoudelijk dezelfde interventie genoten. Informeel is geweten dat niet alle huisartsen de feedback-documenten lezen, dat niet alle artsen deelnemen aan het LOK-overleg, dat de inhoud en werkwijze binnen de LOK's danig kan variëren. Met andere woorden, op basis van een goed opgezet vooronderzoek, zou het mogelijk moeten zijn toch een zeker vergelijkend perspectief in te bouwen. Daartoe kan veel informatie gebruikt worden die in de fase van de procesevaluatie wordt ingewonnen. Het vraagt echter het nodige overleg met de opdrachtgever, of het de moeite loont zeer veel tijd en energie te stoppen in het ontwerp van dergelijk onderzoeksdesign, vooral omdat ook niet duidelijk is of de interventie zelf, in de loop van de tijd nog verder zal/kan wijzigen. Een geschikt onderzoeksdesign opbouwen wordt immers zeer gecompliceerd als de grenzen of de aard van een interventie in de loop van de tijd wijzigen, als de interventie zelf continu van aard verandert, wanneer de doelgroepen of zelfs de doelstellingen verschuiven, etc…

### *Tijdsreeks-analyses*

De impact van een "full-coverage" programma kan theoretisch ingeschat worden door de vergelijking te maken van de situatie "voor" de interventie en "na" de interventie (vergelijk de verschillende types beschreven door Deeks et al[47]). De onderzoeksdesign kan dan variëren van eenvoudige descriptieve voor- en nametingen van een aantal indicatoren (bijv. het voorschrijfgedrag voor de interventie en na de interventie), of meer complexe tijdsreeksen met een complexer model van indicatoren.

Een simpele onderzoeksdesign van voor- en nameting aan de hand van één indicator laat echter niet toe om het causaal effect van de interventie op het gevolg in te schatten. Ook hier kan men geen inzicht verwerven in het zuivere effect van de interventie ten opzichte van andere elementen. Een univariaat model kan geen inzicht opleveren in het zuivere effect van de interventie ten opzichte van andere elementen. Een multivariaat model waarin zowel indicatoren van voorschrijfgedrag, epidemiologische factoren, externe factoren e.a. zijn opgenomen biedt tot op zekere hoogte meer mogelijkheden, maar ook hier dient weer rekening gehouden met de specifieke problemen van het gekozen onderzoeksdesign.

Een vraag die veel aandacht verdient in dit onderzoeksdesign is het bepalen van de geschikte vergelijkingsmomenten. Wat kan beschouwd worden als "voor" en wat als "na"? Hoger is gewezen op het feit dat de campagne, zeer organisch gegroeid is en dat stap per stap nieuwe acties zijn geïntroduceerd. Overigens is de onderliggende idee van de verschillende acties, dat ze versterkend voor elkaar zouden werken. Als voor dit onderzoeksmodel zal worden gekozen, moet nog grondig inhoudelijk geargumenteerd worden over wat beschouwd zal worden als "voor" en "na". Methodologisch wordt het verhaal nog complexer, omdat bij gedragsveranderingen er een groot verschil bestaat tussen tijdelijke en duurzame gedragsveranderingen. Dus ook de vraag wat beschouwd wordt als "na" zal op zeer duidelijke gronden moeten worden gemotiveerd.

In methodologische literatuur wordt overigens gepleit voor meer complexe tijdsreeks-analyses waarbij meerdere (= een uitgebreide lijst) indicatoren worden gemeten (zowel kwalitatief als kwantitatief). Dergelijke tijdsreeksen krijgen dan potentieel het karakter van een continue of regelmatige "monitoring" van het veld en kunnen indicaties geven van de veranderingen in gewoonten of gedrag in de sector.

Methodologisch is de grootste uitdaging een onderzoeksdesign te ontwikkelen dat verschillende types respondenten selecteert, en een onderzoeksinstrument en methode te hanteren die dieper gaat dan het louter inventariseren van meningen.

### *Een panelstudie*

Een mogelijk (haalbare) alternatieve optie, is het evaluatieonderzoek uit te voeren via een panelstudie. Een panelstudie is een vorm van onderzoek waarin een vaste groep (zo representatief mogelijk samengesteld) die een interventie ondergaat, gedurende langere

tijd wordt gevolgd. Door bij die groep op regelmatige tijdstippen te peilen naar specifieke indicatoren kan een schatting gemaakt worden van het effect van de interventie. Deze studie wordt over het algemeen prospectief opgezet. Met andere woorden in de context van dit onderzoek zal een panelstudie alleen een nuttig design zijn als de opdrachtgever zich tot doel stelt een permanent evaluatieprogramma te installeren.

Overigens is het opzetten van een panelstudie ook niet wars van problemen. Naar onderzoeksdesign vraagt het opzetten van een "panel" de nodige zorg. Er dient een strategie ontworpen om "Hawthorne"effecten te vermijden. Het zal ook niet vanzelfsprekend zijn om binnen de Belgische setting een steekproef te krijgen uit het volledige spectrum van (huis)artsen maar het is potentieel een optie om complementair informatie te winnen over de impact van de interventie.

## 3.5. VOOR DE VERVOLGFASE IN 2005

Er zal in de volgende stap van dit onderzoek nog bijzondere aandacht moeten gaan naar het identificeren van doelstellingen, doelgroep van de interventie (verschillende acties) en de randvoorwaarden (de context) waarin deze interventies vorm zullen krijgen. Een essentiële oefening die nog moet gedaan worden in de eerste maand van de vervolgfase is de planevaluatie van de interventie, en daaraan gekoppeld het identificeren van de criteria die gehanteerd zullen worden om, binnen de praktische randvoorwaarden waarin de onderzoekséquipe kan werken, de doelstellingen van het evaluatieonderzoek te realiseren.

Algemene criteria/vragen die al aan bod zijn gekomen in de voorgesprekken, en waar het evaluatieonderzoek moet op mikken zijn:

- Heeft de feedback antibiotica invloed op het voorschrijfgedrag van de artsen?
- Verhelderd moet nog worden of de vraag zich beperkt tot vermindering van het voorschrijfgedrag, of de opdrachtgever ook wil weten of de arts de correcte antibiotica voorschrijft, of de arts de klinische richtlijnen volgt. Er moet nog meer stilgestaan bij de vraag of de opdrachtgever enkel wil weten of het gedrag zelf is veranderd, of er ook gepeild moet worden naar de intentie om te veranderen.
- De opdrachtgever is ook bekommerd over de vraag hoe de doelgroep van de feedback deze campagne onthaalt.
- Is de feedback aanvaardbaar voor de artsen? Vinden de artsen de twee interventies in hun huidige vorm nuttig / interessant / bruikbaar?
- Welke barrières duiken op in de huisartspraktijk?
- Los van de vraag of de feedback-interventie impact heeft op het voorschrijfgedrag, is in de loop van het afgelopen jaar ook de vraag naar voor gekomen, welke barrières de huisartsen ervaren om de feedback-interventie te volgen. Deze vraag is een typische "procesevaluatie-vraag".
- Een openliggende vraag, die meer aandacht verdient in de vervolgfase: het tijdsperspectief van evaluatie.
- Beoogt de opdrachtgever een eenmalige, een zich in tussenstadia herhalende of een continue opvolging van de impact van het onderzoek? Voor verschillende criteria kunnen hier uiteenlopende keuzes gemaakt worden.

# 4. REFERENTIES


1. Grol R, Wensing M. Implementatie. Effectieve verandering in de patiëntenzorg. Elservier Gezondheidszorg; 2001.
2. Swanborn PG. Evalueren. Het ontwerpen, begeleiden en evalueren van interventies: Een methodische basis voor evaluatie-onderzoek. Amsterdam: Boom; 2002.
3. Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, Thomson O'Brien MA, Oxman AD. Audit and feedback Systematic Review. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2004;2:2.
4. Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L, et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. Health Technol Assess. 2004;8(6):iii-iv, 1-72.
5. Hulscher ME, Laurant MG, Grol RP. Process evaluation on quality improvement interventions. Qual Saf Health Care. 2003;12(1):40-6.
6. Thorsen T. Changing professional practice. DSI-rapport. 1999. Available from: www.gpract.ku.dk/TT-Changing.pdf (22/03/2005)
7. Van Driel M, Provoost S, Van Paepegem T, De Meyere M. Op wetenschappelijke evidentie gebaseerde zorg: van theorie naar praktijk: een tweevoudige strategie. Academia Press; 2003.
8. Bero LA, Grilli R, Grimshaw JM, Harvey E, Oxman AD, Thomson MA. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. The Cochrane Effective Practice and Organization of Care Review Group. Bmj. 1998;317(7156):465-8.
9. Wensing M, van der Weijden T, Grol R. Implementing guidelines and innovations in general practice: which interventions are effective? Br J Gen Pract. 1998;48(427):991-7.
10. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. Lancet. 2003;362(9391):1225-30.
11. Figueiras A, Sastre I, Gestal-Otero JJ. Effectiveness of educational interventions on the improvement of drug prescription in primary care: a critical literature review. Review 77 refs. J Eval Clin Pract. 2001;7(2):223-41.
12. Grimshaw JM, Shirran L, Thomas R, Mowatt G, Fraser C, Bero L, et al. Changing provider behavior: an overview of systematic reviews of interventions. Med Care. 2001;39(8 Suppl 2):II2-45.
13. Gross PA. Implementing evidence-based recommendations for health care: a roundtable comparing European and American experiences. Jt Comm J Qual Improv. 2000;26(9):547-53.
14. Freemantle N. Implementation strategies. Fam Pract. 2000;17 Suppl 1:S7-10.
15. Thomson O'Brien MA, Oxman AD, Davis DA, Haynes RB, Freemantle N, Harvey EL. Educational outreach visits Systematic Review. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2004;2:2.
16. N. H. S. Centre for Reviews Dissemination. Getting evidence into practice (Provisional record). Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness. 2004;2:2.
17. Partridge MR. Translating research into practice: how are guidelines implemented?. Eur Respir J Suppl. 2003;39:23s-29s.
18. Eccles M, Steen N, Grimshaw J, Thomas L, McNamee P, Soutter J, et al. Effect of audit and feedback, and reminder messages on primary-care radiology referrals: a randomised trial. Lancet. 2001;357(9266):1406-9.
19. Majumdar SR, Soumerai SB. Why most interventions to improve physician prescribing do not seem to work. Cmaj. 2003;169(1):30-31.
20. Grol R. Implementation of evidence and guidelines in clinical practice: a new field of research? Int J Qual Health Care. 2000;12(6):455-6.
21. Thomson O'Brien MA, Oxman AD, Davis DA, Haynes RB, Freemantle N, Harvey EL. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2000;2.
22. Grol R. Improving the quality of medical care: building bridges among professional pride, payer profit, and patient satisfaction. Jama. 2001;286(20):2578-85.
23. N. H. S. Centre for Reviews Dissemination. Effect of physician profiling on utilization. Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness. 2004;2:2.
24. Wright J, Warren E, Reeves J, Bibby J, Harrison S, Dowswell G, et al. Effectiveness of multifaceted implementation of guidelines in primary care. J Health Serv Res Policy. 2003;8(3):142-8.
25. Grol R, Jones R. Twenty years of implementation research. Fam Pract. 2000;17 Suppl 1:S32-5.

26. Grol R, Grimshaw J. Evidence-based implementation of evidence-based medicine. Jt Comm J Qual Improv. 1999;25(10):503-13.
27. Bryar RM, Closs SJ, Baum G, Cooke J, Griffiths J, Hostick T, et al. The Yorkshire BARRIERS project: diagnostic analysis of barriers to research utilisation. Int J Nurs Stud. 2003;40(1):73-84.
28. Hannes K, Leys M, Aertgeerts B, Vermeire E, Buntinx F, Depoorter AM. Implementatie van Evidence-Based Medicine in de Vlaamse Huisartsenpraktijk: kwalitatief onderzoek op basis van focusgroepen. Huisarts Nu. 2004;33(5):249-52.
29. Coenen S, Van Royen P, Vermeire E, Hermann I, Denekens J. Antibiotics for coughing in general practice: a qualitative decision analysis. Fam Pract. 2000;17(5):380-5.
30. Deschepper R. Verschillen in antibioticagebruik tussen Vlaanderen en Nederland: een vergelijkend antropologisch onderzoek vanuit het lekenperspectief. Maastricht: Shaker Publishing; 2002.
31. Eccles M, Grimshaw J, Campbell M, Ramsay C. Research designs for studies evaluating the effectiveness of change and improvement strategies. Quality & Safety in Health Care. 2003;12(1):47-52.
32. Grimshaw JM, Eccles MP, Walker AE, Thomas RE. Changing physicians' behavior: what works and thoughts on getting more things to work. J Contin Educ Health Prof. 2002;22(4):237-43.
33. Grol R, Baker R, Moss F. Quality improvement research: understanding the science of change in health care. Qual Saf Health Care. 2002;11(2):110-1.
34. Grimshaw J, McAuley LM, Bero LA, Grilli R, Oxman AD, Ramsay C, et al. Systematic reviews of the effectiveness of quality improvement strategies and programmes. Qual Saf Health Care. 2003;12(4):298-303.
35. Shojania KG, Grimshaw JM. Still no magic bullets: Pursuing more rigorous research in quality improvement. Am J Med. 2004;116(11):778-780.
36. van Bokhoven MA, Kok G, van der Weijden T. Designing a quality improvement intervention: a systematic approach. Qual Saf Health Care. 2003;12(3):215-20.
37. Grimshaw JM, Eccles MP. Is evidence-based implementation of evidence-based care possible? Med J Aust. 2004;180(6 Suppl):S50-1.
38. Foy R, Eccles M, Grimshaw J. Why does primary care need more implementation research? Fam Pract. 2001;18(4):353-355.
39. Moher M, Yudkin P, Wright L, Turner R, Fuller A, Schofield T, et al. Cluster randomised controlled trial to compare three methods of promoting secondary prevention of coronary heart disease in primary care. Comment. Bmj. 2001;322(7298):1338.
40. Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A, Kinmonth AL, Sandercock P, Spiegelhalter D, et al. Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. Bmj. 2000;321(7262):694-6.
41. Jewell D. How to change clinical behaviour: no answers yet. Br J Gen Pract. 2003;53(489):266-267.
42. Rossi PH, Freeman HE, Lipsey MW. Evaluation: A systematic approach. 7 ed. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 2003.
43. Ovretveit J. Evaluating Health Interventions. Buckingham: OUP; 1998.
44. Guba EG, Lincoln YS. Competing paradigms in qualitative research. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. Handbook of Qualitative Research. Thousand Oaks: Sage Publications; 1994. Available
45. Grol R. Successes and failures in the implementation of evidence-based guidelines for clinical practice. Med Care. 2001;39(8 Suppl 2):II46-54.
46. Walker AE, Grimshaw J, Johnston M, Pitts N, Steen N, Eccles M. PRIME--PRocess modelling in ImpleMEntation research: selecting a theoretical basis for interventions to change clinical practice. BMC Health Serv Res. 2003;3(1):22.
47. Deeks J, Dinnes J, D'Amico R, Sowden A, Sakarovitch C, Song F, et al. Evaluating non-randomised intervention studies. Health Technol Assess. 2003;7(27):iii-x, 1-173.
48. Farmer AP, Legare F, McAuley LM, Thomas R, Harvey EL, McGowan J, et al. Printed educational materials Protocol. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2004;2:2.
49. Freemantle N, Harvey EL, Wolf F, Grimshaw JM, Grilli R, Bero LA. Printed educational materials Systematic Review. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2004;2:2.
50. Thomson O'Brien MA, Freemantle N, Oxman AD, Wolf F, Davis DA, Herrin J. Continuing education meetings and workshops Systematic Review. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2004;2:2.

51. Mowatt G, Foy R, Grimshaw JM, Sobrevilla A. Local consensus processes Protocol. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2004;2:2.
52. Gruen RL, Weeramanthri TS, Knight SE, Bailie RS. Specialist outreach clinics in primary care and rural hospital settings. Systematic Review. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2004;2:2.
53. Beney J, Bero LA, Bond C. Expanding the roles of outpatient pharmacists Systematic Review. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2004;2:2.
54. Thomson O'Brien MA, Oxman AD, Haynes RB, Davis DA, Freemantle N, Harvey EL. Local opinion leaders Systematic Review. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2004;2:2.
55. Thomson O'Brien MA, Oxman AD, Davis DA, Haynes RB, Freemantle N, Harvey EL. Audit and feedback versus alternative strategies Systematic Review. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2004;2:2.
56. Gordon RB, Grimshaw JM, Eccles M, Rowe RE, Wyatt JC. On-screen computer reminders Protocol. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2004;2:2.
57. Romero A, Green ME, Pantoja T, Wyatt J, Grimshaw JM, Altman D, et al. Manual paper reminders Protocol. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2004;2:2.
58. Gorman PN, Redfern C, Liaw T, Carson S, Wyatt JC, Rowe RE, et al. Computer-generated paper reminders Protocol. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2004;2:2.
59. Cheater F, Baker R, Hearnshaw H, Robertson N, Hicks N, Oxman A, et al. Tailored interventions to overcome identified barriers to change Protocol. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2004;2:2.
60. Grilli R, Ramsay C, Minozzi S. Mass media interventions: effects on health services utilisation. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2002(1).
61. Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group (EPOC). The Data Collection Checklist. Ottawa: EPOC; 2002. Available from: www.epoc.uottawa.ca/checklist2002.doc
62. Arnold SR, Evans M, Straus SE. Interventions to improve antibiotic prescribing practices in ambulatory care Protocol. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2004;2:2.
63. Figueiras A, Sastre I, Tato F, Rodriguez C, Lado E, Caamano F, et al. One-to-one versus group sessions to improve prescription in primary care: a pragmatic randomized controlled trial. Med Care. 2001;39(2):158-67.
64. Madridejos-Mora R, Amado-Guirado E, Perez-Rodriguez MT. Effectiveness of the combination of feedback and educational recommendations for improving drug prescription in general practice. Med Care. 2004;42(7):643-8.
65. Lundborg C, Wahlstrom R, Oke T, Tomson G, Diwan V. Influencing prescribing for urinary tract infection and asthma in primary care in Sweden: a randomized controlled trial of an interactive educational intervention. J Clin Epidemiol. 1999;52(8):801-12.
66. Kiefe CI, Allison JJ, Williams OD, Person SD, Weaver MT, Weissman NW. Improving quality improvement using achievable benchmarks for physician feedback: a randomized controlled trial. Jama. 2001;285(22):2871-9.
67. Grol R. Personal paper. Beliefs and evidence in changing clinical practice. Bmj. 1997;315(7105):418-21.
68. Powell CV. How to implement change in clinical practice. Paediatr Respir Rev. 2003;4(4):340-6.
69. Retsas A. Barriers to using research evidence in nursing practice. J Adv Nurs. 2000;31(3):599-606.
70. DiCenso A, Cullum N, Ciliska D. Implementing evidence based nursing: some misconseptions. Evid Based Nurs. 1998;1(2):38-40.
71. Drury P. Barriers to evidence based nursing care: listen to the clinicians. 1998. Nursing Monograph Available from: www.clininfo.health.nsw.gov.au/hospolic/stvincents/stvin98/a9.html (22/03/05)
72. Gezondheidsraad. Van implementeren naar leren: het belang van tweerichtingsverkeer tussen praktijk en wetenschap in de gezondheidszorg. Den Haag: Gezondheidsraad; 2000/18. (90-5549-330-9) Available from: http://www.gr.nl/pdf.php?ID=171
73. Melnyk BM. Strategies for overcoming barriers in implementing evidence-based practice. Pediatr Nurs. 2002;28(2):159-61.
74. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. Jama. 1999;282(15):1458-65.
75. Newman M, Papadopoulos I, Sigsworth J. Barriers to evidence-based practice. Intensive Crit Care Nurs. 1998;14(5):231-8.

76. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. Bmj. 1996;312(7023):71-2.
77. McNeil BJ. Shattuck Lecture--Hidden barriers to improvement in the quality of care. N Engl J Med. 2001;345(22):1612-20.
78. Lundborg CS, Wahlstrom R, Diwan VK, Oke T, Martenson D, Tomson G. Combining feedback from simulated cases and prescribing. Design and implementation of an educational intervention in primary care in Sweden. Int J Technol Assess Health Care. 1999;15(3):458-72.
79. Haynes B, Haines A. Barriers and bridges to evidence based clinical practice. Bmj. 1998;317(7153):273-6.
80. Hemsley-Brown JV, Sharp C. The use of research by practitioners in education: has medicine got it cracked? In: Paper Presented to the British Education Research Association Conference. University of Exeter,12th - 14th September; 2002.
81. Sackett DL, Hoey J. Why randomized controlled trials fail but needn't: a new series is launched. Cmaj. 2000;162(9):1301-2.
82. Grol R, Wensing M. What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. Med J Aust. 2004;180(6 Suppl):S57-60.
83. Gross PA, Greenfield S, Cretin S, Ferguson J, Grimshaw J, Grol R, et al. Optimal methods for guideline implementation: conclusions from Leeds Castle meeting. Med Care. 2001;39(8 Suppl 2):II85-92.
84. Veninga CC, Denig P, Zwaagstra R, Haaijer-Ruskamp FM. Improving drug treatment in general practice. J Clin Epidemiol. 2000;53(7):762-72.
85. Damoiseaux RA, de Melker RA, Ausems MJ, van Balen FA. Reasons for non-guideline-based antibiotic prescriptions for acute otitis media in The Netherlands. Fam Pract. 1999;16(1):50-3.
86. Avorn J, Solomon DH. Cultural and economic factors that (mis)shape antibiotic use: the nonpharmacologic basis of therapeutics. Ann Intern Med. 2000;133(2):128-35.
87. Stocks NP, Fahey T. The treatment of acute bronchitis by general practitioners in the UK. Results of a cross sectional postal survey. Aust Fam Physician. 2002;31(7):676-9.
88. Mazzaglia G, Caputi AP, Rossi A, Bettoncelli G, Stefanini G, Ventriglia G, et al. Exploring patient- and doctor-related variables associated with antibiotic prescribing for respiratory infections in primary care. Eur J Clin Pharmacol. 2003;59(8-9):651-7.
89. Stewart RE, Vroegop S, Kamps GB, van der Werf GT, Meyboom-de Jong B. Factors influencing adherence to guidelines in general practice. Int J Technol Assess Health Care. 2003;19(3):546-54.
90. McKee MD, Mills L, Mainous AG, 3rd. Antibiotic use for the treatment of upper respiratory infections in a diverse community. J Fam Pract. 1999;48(12):993-6.
91. Jaye C, Tilyard M. A qualitative comparative investigation of variation in general practitioners' prescribing patterns. Br J Gen Pract. 2002;52(478):381-6.
92. Pechere JC, Cenedese C, Muller O, Perez-Gorricho B, Ripoll M, Rossi A, et al. Attitudinal classification of patients receiving antibiotic treatment for mild respiratory tract infections. Int J Antimicrob Agents. 2002;20(6):399-406.
93. Lam TP, Lam KF. Management of upper respiratory tract infection by family doctors. Int J Clin Pract. 2001;55(6):358-60.
94. Lam TP, Lam KF. Why do family doctors prescribe antibiotics for upper respiratory tract infection? Int J Clin Pract. 2003;57(3):167-9.
95. Sintchenko V, Iredell JR, Gilbert GL, Coiera E. What do physicians think about evidence-based antibiotic use in critical care? A survey of Australian intensivists and infectious disease practitioners. Intern Med J. 2001;31(8):462-9.
96. Cagri Buke A, Ermertcan S, Hosgor-Limoncu M, Ciceklioglu M, Eren S. Rational antibiotic use and academic staff. Int J Antimicrob Agents. 2003;21(1):63-6.
97. Emslie MJ, Bond CM. Public knowledge, attitudes and behaviour regarding antibiotics--a survey of patients in general practice. Eur J Gen Pract. 2003;9(3):84-90.
98. Mangione-Smith R, McGlynn EA, Elliott MN, Krogstad P, Brook RH. The relationship between perceived parental expectations and pediatrician antimicrobial prescribing behavior. Pediatrics. 1999;103(4 Pt 1):711-8.
99. Denig P, Wahlstrom R, de Saintonge MC, Haaijer-Ruskamp F. The value of clinical judgement analysis for improving the quality of doctors' prescribing decisions. Med Educ. 2002;36(8):770-80.
100. Goodyear-Smith F, Whitehorn M, McCormick R. General practitioners' perceptions of continuing medical education's role in changing behaviour. Educ Health. 2003;16(3):328-38.

101. Helin-Salmivaara A, Huupponen R, Klaukka T, Hoppu K, Steering Group of the Rp. Focusing on changing clinical practice to enhance rational prescribing--collaboration and networking enable comprehensive approaches. Health Policy. 2003;66(1):1-10.
102. Prosser H, Almond S, Walley T. Influences on GPs' decision to prescribe new drugs-the importance of who says what. Fam Pract. 2003;20(1):61-8.
103. O'Connell DL, Henry D, Tomlins R. Randomised controlled trial of effect of feedback on general practitioners' prescribing in Australia. Bmj. 1999;318(7182):507-11.
104. Davis D, O'Brien MA, Freemantle N, Wolf FM, Mazmanian P, Taylor-Vaisey A. Impact of formal continuing medical education: do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? Jama. 1999;282(9):867-74.
105. de Vries CS, Tromp TF, Blijleven W, de Jong-van den Berg LT. Prescription data as a tool in pharmacotherapy audit (I). General considerations. Review 41 refs. Pharm World Sci. 1999;21(2):80-4.
106. Christiansen K, Carbon C, Cars O. Moving from recommendation to implementation and audit: part 2. Review of interventions and audit. Review 192 refs. Clin Microbiol Infect. 2002;2:107-28.
107. Mason J, Wood J, Freemantle N. Designing evaluations of interventions to change professional practice. J Health Serv Res Policy. 1999;4(2):106-11.
108. Ramsay CR, Matowe L, Grilli R, Grimshaw JM, Thomas RE. Interrupted time series designs in health technology assessment: lessons from two systematic reviews of behavior change strategies. Int J Technol Assess Health Care. 2003;19(4):613-23.
109. Wood J, Freemantle N. Choosing an appropriate unit of analysis in trials of interventions that attempt to influence practice. J Health Serv Res Policy. 1999;4(1):44-8.
110. Sanson-Fisher RW, Grimshaw JM, Eccles MP. The science of changing providers' behaviour: the missing link in evidence-based practice. Med J Aust. 2004;180(5):205-6.
111. Patton MQ. Qualitative Evaluation and Research Methods. 2 ed. Beverly Hills, CA: Sage Publications; 1990.
112. Scriven M. Evaluation thesaurus. 4 ed. Newbury Park, CA: Sage Publications; 1991.
113. Strauss A, Corbin J. Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques. Newbury Park, CA: Sage Publications; 1990.
114. Miles MB, Huberman AM. Qualitative Data Analysis: A Sourcebook of New Methods. Newbury Park, CA: Sage Publications; 1984.
115. Denzin NK, Y.S. L. Handbook of Qualitative Research. Thousand Oaks: Sage Publications; 1994.

# 5. BIJLAGEN

# BIJLAGE 1

# A. INFORMATIECEL: DEFINITIE EN OPDRACHTEN

Volgens nota van Federaal ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, 10.03.2000:

"Structuur voor kwaliteitsbevordering, opgericht in maart 2000 door de ministeries van sociale zaken en van volksgezondheid. Deze cel is samengesteld uit ambtenaren van het RIZIV en het Ministerie van Volksgezondheid, en werkt onder de leiding van een geneesheer-ambtenaar.

De opdrachten van de informatiecel zijn de volgende:

- De informatie en communicatie op logistiek vlak ondersteunen t.b.v. het accrediteringssysteem, alsook ervoor zorgen dat de doorzichtigheid van de accrediteringsmechanismen zou worden versterkt, dat een steeds groter aantal artsen er zich bij zou aansluiten, en dat er een volledige en bijgehouden informatie beschikbaar zou zijn.
- De doelgroepen en de informatiekanalen naar het medisch korps bepalen
- Samenwerken aan het opnemen van de gegevens die afkomstig zijn van beide departementen en die een aanpak van de zorgkwaliteit funderen, alsmede aan het omzetten van de gegevens in informatie, en van de informatie in berichten
- Samenwerken aan het organiseren van een feedback die als doel heeft het bericht, de inhoud ervan, de doelgroepen en de gekozen informatiekanalen efficiënt te maken
- Gegevensbanken voor "evidence based medicine", aanbevelingen van goede praktijk, en nuttige informatie voor een goede praktijkvoering ontwikkelen
- Ingaan op verzoeken tot informatie vanwege het medisch korps op het gebied van de kwaliteit."

# B. CONSTRUCTION D'UN FEEDBACK

Il s'agit ici, comme dans le reste du rapport, d'une description de l'intervention axée sur les médecins généralistes. A noter que les étapes sont identiques pour la construction d'un feedback pour les spécialistes, la façon dont elles sont appliquées (et plus particulièrement l'étape « formation ») va varier en fonction des caractéristiques d'organisation des spécialités visées.

Chaque feedback est construit suivant la même séquence:

- Rassemblement du matériel de base
- Construction d'un prototype
- Formation
- Diffusion
- Evaluation

## Rassemblement du matériel de base

Ce matériel est construit à partir de recherches ou de travaux déjà effectués. Un matériel de base contient au minimum une étude de la littérature scientifique et/ou une recommandation de bonne pratique et les données de prescriptions individuelles issues de Pharmanet.

L'étude de la littérature scientifique est effectuée en fonction des critères de sélection utilisés au sein des Cochrane Collaboration.

La recommandation de bonne pratique est élaborée par une société scientifique représentative des professionnels les plus souvent concernés (ex: les généralistes pour le mal de gorge) à partir d'une revue exhaustive et discriminante de la littérature et est validéee par le CEBAM au moyen de l'instrument AGREE.

Les données chiffrées spécifiques constituent une alternative aux profils Pharmanet habituels en ce sens qu'ils privilégient l'approche " médecin " de telles données. Contrairement aux données transmises par Pharmanet, il ne s'agit pas de montants financiers mais bien de DDD (daily defined doses)et le sujet est volontairement restreint afin de laisser place à la discussion. Enfin, les données sont standardisées et validées par des prestataires volontaires.

## Construction d'un prototype et tests

La plateforme de qualité constituée par des représentants des associations scientifiques et professionnelles, de l'IMA , de l'INAMI et du Centre d'expertise a pur mission de construire un prototype qui rassemble les éléments de base dans un livret personnalisé par médecin. Ce livret ou feedback en tant qu'instrument est ensuite envoyé à des médecins faisant partie d'un GLEM qui a accepté de participer à un test. Lors de ce GLEM, les participants étudient le prototype en profondeur et sont amenés à le critiquer. Un prototype définitif est construit après passage dans plusieurs GLEMs dans des régions différentes et est envoyé à tous les médecins qui prescrivent au moins

## Formation

Le matériel de base est destiné à être utilisé dans les GLEMS par des animateurs formés à cet effet. Pour être accrédité, chaque medecin doit participer au moins deux fois par an à une réunion de son Glem. Le Glem choisit lui-même les thèmes qui seront discutés lors de ces réunions. Le Conseil National pour la Promotion de la Qualité (CNPQ), peut faire des suggestions de thèmes et encourager à leur choix. Ainsi, un Glem est financé à hauteur de €125 pour une réunion au sujet du feedback.

Pour des sujets déterminés (comme par exemple l'animation de la discussion sur le feedback), les animateurs peuvent suivre une formation ou recevoir un « vademecum » pour l'animation du Glem, par l'intermédiaire des sociétés scientifiques.

Jusque fin 2004, les généralistes qui suivaient la formation au sujet du feedback étaient rémunérés à hauteur de €125. Ils recevaient €125 de plus pour chaque animation réalisée dans un Glem. Cette dernière rémuneration est maintenue en 2005.

## Evaluation

La nécessité d'évaluer les actions entreprises a été mise en évidence dès le début de l'élaboration du programme. Toutefois, la manière de le faire et les différents objectifs à évaluer n'ont pas été définis clairement d'emblée. C'est ainsi qu'une première évaluation partielle portant sur la satisfaction des participants a été réalisée au moyen de formulaires joints aux envois de feedbacks et distribués dans les GLEMS. Le matériel ainsi récolté sera étudié au point XXX du chapitre 3.

# BIJLAGE 2: METHODEN OM VERANDERING TE BEREIKEN

Indeling volgens Grol en Wensing[1]

1. Interventies gericht op professionele hulpverleners

   1.1. Verspreiding van educatief materiaal, vb. rondsturen van de gedrukte aanbeveling
   1.2. Educatieve bijeenkomsten: deelname van hulpverleners aan conferenties, lezingen, workshops,… buiten de praktijksetting
      1.2.1. Kleine conferenties met actieve deelname (peer review)
      1.2.2. Grote conferenties met passieve deelname
   1.3. Lokale consensusprocessen: deelname van hulpverleners aan discussie omtrent de prioriteit van een probleem en de te volgen oplossingsstrategie voor dat probleem
   1.4. Educatieve praktijkbezoeken: inzet van een getraind persoon die contact heeft met de hulpverleners in hun praktijksetting om informatie (vb. feedback op handelen) te verstrekken
   1.5. Lokale opinieleiders: inzet van hulpverleners die door collega's als invloedrijk ten aanzien van educatie aanzien worden
   1.6. Interventies via patiënten: nieuwe, niet eerder bekende klinische informatie die direct bij de patiënt is verzameld en aan de hulpverlener wordt gegeven
   1.7. Toetsing en terugkoppeling / feedback: samenvatting van gegevens over het klinisch handelen van zorgverleners in een bepaalde tijdsperiode, de samenvatting kan ook aanbevelingen bevatten
      1.7.1. Interne toetsing: de hulpverleners doen zelf mee aan de gegevensverzameling
      1.7.2. Externe toetsing: de hulpverleners krijgen passief van anderen gegevens over hun handelen
   1.8. Herinneringen / reminders: elke interventie, handmatig of geautomatiseerd, die de hulpverlener op het moment van beslissen aanzet om een klinische handeling of verrichting uit te voeren:
      1.8.1. Geautomatiseerde beslissingsondersteuning
      1.8.2. Gelijktijdige rapportage
      1.8.3. Herinnering tussen contacten
      1.8.4. Uitgebreide en aangevulde labo-uitslag
      1.8.5. Administratieve ondersteuning
      1.8.6. Impliciete herinneringen
   1.9. Tailored strategy: gebruik van persoonlijke interviews, focusgroep gesprekken,… om specifieke barrières op te sporen en hiervoor een interventie op maat te ontwerpen
   1.10. Massamedia: gevarieerd gebruik van communicatiekanalen die een groot aantal mensen bereiken: tv, radio, kranten, campagnes,…

2. Financiële interventies

   2.1. Zorgverlenergerichte interventies
      2.1.1. Betaling per verrichting: hulpverlener is betaald voor aantal en type verrichtingen
      2.1.2. Abonnementsysteem: hulpverlener krijgt een vast bedrag per patiënt
      2.1.3. Salarissysteem: hulpverlener krijgt salaris voor bepaalde hulpverlening
      2.1.4. Prospectieve betaling: hulpverlener krijgt een vast bedrag voor een bepaalde procedure
      2.1.5. Prikkels voor de hulpverlener / incentives: de individuele hulpverlener krijgt direct of indirect een financiële beloning voor bepaalde verrichtingen
      2.1.6. Prikkels voor de organisatie: de groep van hulpverleners krijgt direct of indirect een financiële beloning voor bepaalde verrichtingen
      2.1.7. Beloning voor de hulpverlener: financiële beloning voor geboden zorg die niet aan bepaalde verrichtingen gebonden is (vb. permanentievergoeding)
      2.1.8. Beloning voor de organisatie
      2.1.9. Boete voor de hulpverlener
      2.1.10. Boete voor de organisatie
      2.1.11. Formularium: toevoegen of weglaten van bepaalde vergoede producten

2.2. Patiëntgerichte interventies
- 2.2.1. Ziektekostenpremies: het door de patiënt betaalde deel van de ziektekostenverzekering (vb. lidgeld ziekenfonds, sociale bijdragen voor zelfstandigen)
- 2.2.2. Eigen bijdragen / remgeld: de patiënt betaalt bij in aanvulling op de ziektekostenverzekering bij het afleveren van een bepaalde dienst
- 2.2.3. Eigen betaling: de patiënt betaalt bij aflevering van een bepaalde dienst
- 2.2.4. Financiële beloning: de patiënt ontvangt direct of indirect een beloning die niet gekoppeld is aan een handeling
- 2.2.5. Financiële boete: de patiënt ontvangt direct of indirect een financiële boete voor een bepaald gedrag, vb. het overschrijden van de limiet aan terugbetaling voor medicatie

**3. Organisatorische interventies**

3.1. Zorgverlenergerichte interventies
- 3.1.1. Herziening van de professionele rollen: professionele substitutie, vb. inzet van verloskundigen voor perinatale zorg, apothekers geven voorlichting over medicatie
- 3.1.2. Klinisch-multidisciplinaire teams: samenstellen van multidisciplinaire teams die samenwerken in de zorg voor een patiënt
- 3.1.3. Integratie van diensten: "continue zorg", follow-up mechanismen om de zorg voor een patiënt te coördineren
- 3.1.4. Interventie in de samenstelling van vaardigheden: verandering in aantal, type of kwalificatie van de staf
- 3.1.5. Continuïteit van de zorg:
  - 3.1.5.1. Telefonische of andere follow-up
  - 3.1.5.2. Casemanagement, vb. ten aanzien van verwijzingen
  - 3.1.5.3. Voorzieningen in het verkrijgen en bewaren van informatie
- 3.1.6. Meten van tevredenheid onder hulpverleners: ten aanzien van hun werkbelasting en hun materiële en immateriële beloning
- 3.1.7. Communicatie en bespreking van de casus door hulpverleners op afstand: telecommunicatie, vb. tussen specialist en verpleegkundige

3.2. Patiëntgerichte interventies
- 3.2.1. Postorderapotheken
- 3.2.2. Aanwezigheid en functioneren van adequate mechanismen voor het omgaan met suggesties en klachten van patiënten
- 3.2.3. Participatie van consumenten in het bestuur van een gezondheidsorganisatie

3.3. Structurele interventies
- 3.3.1. Verandering van setting van zorgverlening, vb. naar scholen toe
- 3.3.2. Veranderingen van fysieke structuur, faciliteiten en uitrusting
- 3.3.3. Verandering van patiëntdocumentatiesystemen (PC-dossiers)
- 3.3.4. Veranderingen in omvang en aard van diensten
- 3.3.5. Aanwezigheid en organisatie van mechanismen voor monitoring van kwaliteit
- 3.3.6. Eigenaarschap, accreditatie en affiliatie van praktijken en ziekenhuizen
- 3.3.7. Organisatie van staf

**4. Wettelijke maatregelen**

4.1. Verandering van de medische aansprakelijkheid
4.2. Management van klachten van patiënten
4.3. Accreditatie
4.4. Vergunningen

# BIJLAGE 3: RAAMWERK VOOR HET BESCHRIJVEN VAN IMPLEMENTATIE-INTERVENTIES OF –PROGRAMMA'S

Grol en Wensing[1]

## 1. Globale typering van de interventie

(meerdere antwoorden mogelijk)

**Zorgverlener gerichte interventies**
- o Verspreiding educatief materiaal
- o Grootschalige educatieve bijeenkomst
- o Kleinschalige educatieve bijeenkomst
- o Kleinschalige educatieve bijeenkomst
- o Educatief praktijkbezoek
- o Inzet van opinieleiders
- o Feedback
- o Reminders
- o Anders, nl. …

**Organisatorische interventies**
- o Aanpassing van taken en verantwoordelijkheden
- o Inzetten informatisering en communicatietechnologie
- o Verplaatsing van zorg
- o Samenwerking en leiderschap
- o Invoering van kwaliteitszorg en kwaliteitssystemen
- o Anders, nl. …

**Financiële interventies**
- o Op niveau van de individuele zorgverlener
- o Op niveau van de patiënt
- o Anders, nl. …

**Patiënt gerichte interventies**
- o Massamediale gezondheidsvoorlichting
- o Voorbereiding op contacten met zorgverleners of instellingen
- o Communicatie in contact met zorgverlener of instelling

N.B. Indien meerdere opties aangekruist worden, dan dient het raamwerk voor elke optie apart te worden ingevuld…

## 2. Doelgroep / participanten

**2.1. Professie c.q. patiëntengroep**

*Beschrijf de professie(s) van de deelnemers c.q. de patiëntencategorie(en) waarop de interventie / het programma zich richt:*
- o Professie(s) (vb. huisartsen, internisten, verpleegkundigen): …
- o Patiëntencategorie(en) (vb. diabeten, oncologische patiënten): …
- o Dit varieert (vb. de ene keer nemen huisartsen en internisten deel, een volgende keer richten de activiteiten zich op gynaecologen en verloskundigen): …
- o Anders, nl. …

**2.2. Interactie tussen participanten**

*De interventie / het programma richt zich op:*
- o Eén individuele persoon
- o Groep(en) (meer dan één persoon word tegelijkertijd "aangesproken")

- Dit varieert (vb. de ene keer gericht op één individu, een volgende keer op een groep)
- Anders, nl. …

*Benoem, indien de interventie / het programma zich richt op groep(en), of het homogene of heterogene groep(en) betreft:*

- Homogene groep(en) qua professie of patiëntencategorie
- Heterogene groep(en) qua professie of patiëntencategorie
- Dit varieert (vb. de ene keer homogene, een volgende keer heterogene groepen)

### 2.3. Omvang doelgroep

*Benoem het totaal **aantal groepen** waarop de huidige interventie / het programma zich richt:*

- Het betreft in totaal … groepen
- Niet van toepassing: de interventie / het programma richt zich op individuen

*Benoem, per groep, de **groepsomvang**:*

- Het betreft telkens … personen per groep
- Niet van toepassing: de interventie / het programma richt zich op individuen
- Anders, nl. …

*Benoem per professie of per patiëntencategorie het **totale aantal individuen** (eventueel deel uitmakend van een aantal groepen) waarop de huidige interventie / het programma zich richt (vb. 70 internisten 110 diabetes-verpleegkundigen):*

- Het betreft in totaal … (professie)
- Het betreft in totaal … (professie)
- Het betreft in totaal … (patiëntencategorie)
- Het betreft in totaal … (patiëntencategorie)

### 2.4. Motivatie voor deelname

*Beschrijf de motivatie van de participanten voor deelname:*

- Vrijwillige deelname
- Gedwongen deelname
- (Financiële) vergoeding voor deelname
- Accreditatie bij deelname
- Anders, nl. …

## 3. "Implementeerder" / uitvoerder

### 3.1. Professie

*Beschrijf de professionele achtergrond(en) van diegene die de interventie / het programma uitvoert of aflevert c.q. uitvoeren of afleveren. Het betreft hier de personen die daadwerkelijk contact hebben met de doelgroep (de trainer, de feedbackverschaffer, enz.):*

- …
- Anders, nl. …

### 3.2. Opinieleiderschap

*Kan diegene die de interventie / het programma uitvoert of aflevert beschouwd worden als opinieleider voor de doelgroep?*

- Ja
- Nee
- Dit varieert, nl. …
- Anders, nl. …

### 3.3. Autoriteit

*Beschrijf waarop de autoriteit is gebaseerd van diegene die de interventie / het programma uitvoert of aflevert. De implementeerder is in de ogen van de doelgroep:*

- Representatief voor de doelgroep
- Deskundig op het betreffende terrein
- Machtig (kan belonen of straffen)
- …
- …
- Dit varieert, nl. …
- Anders, nl. …

# 4. Frequentie

### 4.1. Aantal

*Beschrijf het aantal gelijksoortige interventieactiviteiten (vb. het 4x toesturen van een feedbackrapport, het 5x afleggen van een praktijkbezoek of het eenmaal organiseren van een nascholingsbijeenkomst). Indien er gekozen is voor het gedurende een bepaalde periode continu toedienen van prikkels zoals reminders of financiële vergoedingen, dan dient de tweede antwoordcategorie te worden aangekruist.*

- Totaal aantal: …
- Nvt, het betreft een continue activiteit
- Dit varieert, nl. …
- Anders, nl. …

### 4.2. Tijdsintervallen

*Beschrijf het tijdsinterval tussen de hierboven vermelde gelijksoortige interventieactiviteiten. Nummer de contactmomenten als volgt: $T_0$ = start = 1e maal, $T_1$ = 2e maal, $T_2$ = 3e maal, … Geef hierbij een nadere omschrijving van de verlopen tijdsperiode:*

- $T_0$ = startdatum = …
- $T_1$ = $T_0$ plus … dagen / weken / maanden / jaar
- $T_2$ = $T_1$ plus … dagen / weken / maanden / jaar
- $T_3$ = $T_2$ plus … dagen / weken / maanden / jaar
- $T_4$ = $T_3$ plus … dagen / weken / maanden / jaar
- $T_5$ = $T_4$ plus … dagen / weken / maanden / jaar
- $T_6$ = $T_5$ plus … dagen / weken / maanden / jaar
- $T_7$ = $T_6$ plus … dagen / weken / maanden / jaar
- Nvt, er is sprake van slechts 1 gelijksoortige of 1 continue interventieactiviteit
- Dit varieert, nl. …
- Anders, nl. …

### 4.3. Duur

*Beschrijf de duur van elke gelijksoortige interventieactiviteit op elk contactmoment:*

- Duur $T_0$ = … minuten / uren / dagen
- Duur $T_1$ = … minuten / uren / dagen
- Duur $T_2$ = … minuten / uren / dagen
- Duur $T_3$ = … minuten / uren / dagen
- Duur $T_4$ = … minuten / uren / dagen
- Duur $T_5$ = … minuten / uren / dagen
- Duur $T_6$ = … minuten / uren / dagen
- Duur $T_7$ = … minuten / uren / dagen
- Nadere specificatie is onmogelijk. Het betreft een continue activiteit of activiteiten met een totale duur van: … minuten / uren / dagen / weken / maanden / jaar
- Dit varieert, nl. …
- Anders, nl. …

# 5. Informatie over richtlijn of vernieuwing

### 5.1. Type informatie over de richtlijn of de vernieuwing

*Beschrijf het type informatie dat in de interventie is gegeven over de richtlijn of de vernieuwing (vb. de letterlijke tekst van een gepubliceerde richtlijn, informatie over bepaalde aanbevelingen of indicatoren):*

- ….
- Anders, nl. …

### 5.2. Presentatievorm van de informatie over de richtlijn of de vernieuwing

*Beschrijf de presentatievorm van de geleverde informatie (meerdere antwoorden mogelijk):*

- Beschrijvend
- Illustraties
- Grafisch
- Tabellen

- Anders, nl. …

**5.3. Medium**

*Beschrijf hoe de informatie geleverd wordt (meerdere antwoorden mogelijk):*

- Mondeling
- Schriftelijk
- Geautomatiseerd
- Anders, nl. …

## 6. Informatie over handelen doelgroep

**6.1. Type informatie over het handelen**

*Beschrijf het type informatie dat is gegeven in de interventie over het handelen van de doelgroep (vb. informatie over het eigen handelen bij bepaalde patiëntencategorieën, informatie over het eigen handelen van de gehele groep participanten, informatie over het eigen handelen zoals gemeten met papieren casus, informatie over landelijke referentiewaarden:*

- …
- Anders, nl. …

**6.2. Presentatievorm van de informatie over het handelen**

*Beschrijf de presentatievorm van de geleverde informatie (meerdere antwoorden mogelijk):*

- Beschrijvend
- Illustraties
- Grafisch
- Tabellen
- Nvt.
- Anders, nl. …

**6.3. Medium**

*Beschrijf hoe de informatie geleverd wordt (meerdere antwoorden mogelijk):*

- Mondeling
- Schriftelijk
- Geautomatiseerd
- Nvt.
- Anders, nl. …

**6.4. Mogelijkheden tot het vergelijken van de informatie over het handelen**

*Beschrijf de mogelijkheden tot het vergelijken van het eigen handelen met dat van anderen of met algemene criteria: Eigen handelen wordt vergeleken met:*

- Collega's
- Aanbevelingen, richtlijnen, criteria
- Nvt.
- Dit varieert, nl. …
- Anders, nl. …

## Vraag achteraf

*Indien de invulling van het raamwerk betrekking heeft op een implementatie-interventie of -programma zoals dit daadwerkelijk is uitgevoerd, wilt u dan hieronder aangeven welke antwoorden voortkomen uit een systematische procesevaluatie en dus niet op een globale inschatting gebaseerd zijn:*

- 1. Globale typering van de interventie
- 2.1. Professie c.q. patiëntengroep (doelgroep)
- 2.2. Interactie tussen participanten
- 2.3. Omvang van de doelgroep
- 2.4. Motivatie voor deelname doelgroep
- 3.1. Professie implementeerder
- 3.2. Opinieleiderschap implementeerder
- 3.3. Autoriteit implementeerder
- 4.1. Aantal interventieactiviteiten
- 4.2. Tijdsintervallen interventieactiviteiten
- 4.3. Duur interventieactiviteiten
- 5.1. Type informatie over vernieuwing
- 5.2. Presentatievorm informatie vernieuwing
- 5.3. Medium informatie vernieuwing
- 6.1. Type informatie over handelen
- 6.2. Presentatievorm informatie handelen
- 6.3. Medium informatie handelen
- 6.4. Mogelijkheden tot vergelijken informatie handelen

# BIJLAGE 4: VRAGENALGORITME VOOR DE BESCHRIJVING VAN INTERVENTIES: THEORIE EN OEFENING VOOR DE FEEDBACK-INTERVENTIE ANTIBIOTICA IN BELGIË

Voor de evaluatie van een interventie is het noodzakelijk om te beginnen met een zeer expliciete omschrijving van de interventie. Op basis van de voorstellen uit de literatuur hebben wij een vragenalgoritme ontwikkeld dat dient als model om een interventie te kunnen beschrijven.

Dit algoritme kan beschouwd worden als een werkinstrument om elk type interventie zo gedetailleerd mogelijk te omschrijven. Om het gebruiksvriendelijk te maken, is het mogelijk om de verschillende kenmerken te beschrijven in een andere volgorde dan hier wordt voorgesteld, op voorwaarde dat uiteindelijk elk kenmerk beschreven wordt.

De eerste stap in het vragenalgoritme is het beschrijven van de interventie in zijn geheel.

De tweede stap bestaat uit het expliciteren van elke actie die deel uitmaakt van de interventie beschreven onder stap één.

Het algoritme bestaat uit kolommen, maar wordt horizontaal gelezen. Elke kolom brengt telkens meer preciese informatie aan bij de vorige kolom.

De eerste kolom geeft de verschillende stappen weer, nl. de interventie of de actie.

De beschrijving van de interventie en van elke actie binnen deze interventie bevat verschillende belangrijke kenmerken die aangehaald worden in de tweede kolom.

Bepaalde kenmerken moeten nog verder gepreciseerd worden, wat kan gebeuren met de eigenschappen beschreven in de derde kolom.

De voorlaatste kolom geeft voorbeelden: deze lijst is absoluut niet exhaustief.

De laatste kolom geeft nog enkele vragen ter reflectie.

Wij maken hierbij de oefening om de feedback-interventie in België te beschrijven volgens dit vragenalgoritme. Het is een voorstel dat gedaan wordt door de auteurs van dit rapport, op basis van de informatie uit de bijeenkomsten tijdens het voorbije werkjaar. Dit voorstel ambieert niet om volledig te zijn: het is een uitwerking van het vragenalgoritme dat zal dienen om de bespreking van de verdere ontwikkeling van een evaluatiestrategie met de verschillende partners van dit project te faciliteren.

Wij passen hier het vragenalgoritme toe op de feedback-interventie antibiotica gericht op huisartsen.

## VRAGENALGORITME VOOR DE BESCHRIJVING VAN INTERVENTIES

Zie tabel hieronder.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Stap 1: interventie: totaal | | | |
| welke doelstelling | | informeren / kennis verhogen | gebaseerd op welke theorie/assumpties/hypothesen |
| | | bewustmaken/reflectie (intentie) | |
| | | ondersteunen (vaardigheden ontwikkelen) | |
| | | verandering klinisch gedrag | |
| | | verantwoording afleggen klinisch gedrag | |
| | | … | |
| welke doelgroep | een | huisartsen | omvang van de doelgroep? |
| | meerdere | specialisten | |
| | | ziekenhuisartsen | |
| | | …. | |
| welke uitvoerder | | overheid | |
| | | eigen beroepsgroep | |
| | | beroepsorganisaties | |
| | | externe organisaties | |
| | | …. | |
| financier | | overheid | |
| | | verzekeraars | |
| | | beroepsorganisaties | |
| | | wetenschappelijke vereniging | |
| | | …. | |
| een of meerdere acties | een | | |
| | meerdere | | |

Stap 2: interventie per actie

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| welke doelstelling | | informeren / kennis verhogen | gebaseerd op welke theorie/assumpties/hypothesen | | |
| | | bewustmaken/reflectie (intentie) | | | |
| | | ondersteunen (vaardigheden ontwikkelen) | | | |
| | | verandering klinisch gedrag | | | |
| | | verantwoording afleggen klinisch gedrag | | | |
| | | … | | | |
| welke doelgroep | een | huisartsen | omvang van de doelgroep? | | |
| | meerdere | specialisten | | | |
| | | ziekenhuisartsen | | | |
| | | …. | | | |
| welke uitvoerder | | actor (wie) | beroepsgroep | | |
| | | | wetenschap. Vereniging | | |
| | | | overheid | | |
| | | | wetenschap (universiteit) | | |
| | | autoriteit (karakteristiek) | intern (beroep) | | |
| | | | extern (macht) | | |
| | | | charisma/opinieleider? | | |
| vorm | | medium | schriftelijk | | |
| | | | mondeling | | |
| | | | electronisch | geautomatiseerd/of niet | |
| | | benadering | | | |
| | | | individueel | | |
| | | | collectief | homogene groep | |
| | | | | heterogene groep | grootte? |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | aantal? |
| | | inhoud | gegevens over eigen gedrag | |
| | | | gegevens vergeleken met collega's | |
| | | | adviezen | |
| | | | richtlijnen | |
| | | | … | |
| | | presentatie | tekst | |
| | | | figuren | |
| | | | tabellen | |
| | | | synthese | |
| | | | … | |
| | | intensiteit | passief | |
| | | | interactief | |
| | | frequentie | eenmalig | |
| | | | recurrent | interval (ritme) |
| | | duur | | |
| welke middelen | | financiering | | |
| | | andere middelen | | |
| motivator | opgelegd | negatief sanctioneren | financieel | |
| | vrijwillig | | beroepseer | |
| | | postitief sanctioneren | financieel | |
| | | | beroepseer | |
| | | | accreditering | |

# FEEDBACK-INTERVENTIE ANTIBIOTICA VOOR HUISARTSEN: BESCHRIJVING

## Stap 1: Beschrijving van feedbackinterventie: totaal

### 1.1. Doelstelling

Verandering van voorschrijfgedrag: antibiotica moeten meer op basis van rationele en "evidence-based" richtlijnen voorgeschreven worden.

Om dit voorschrijfgedrag te beïnvloeden, zijn twee acties gebruikt die op verschillende niveaus van gedragsverandering inwerken, zoals bepaald volgens gedragsveranderings-modellen.

### 1.2. Doelgroep

Eén doelgroep: alle huisartsen in België.

### 1.3. Uitvoerder

Het initiatief om een feedback te ontwikkelen is door vele instanties gestimuleerd, waaronder de overheid, die de opdracht aan de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie (NRKP) gaf.

Alles is gecoördineerd door het Platform Kwaliteitspromotie bestaande uit overheid (Informatiecel uit het RIZIV, KCE), verzekeringsinstellingen (IMA), wetenschappelijke verenigingen (SSMG, VKC) en beroepsorganisaties (BVAS en Kartel). Dit platform is een werkgroep van de NRKP die de opdracht geeft en het thema van feedback kiest.

### 1.4. Financier

RIZIV

### 1.5. Acties

Feedback-document voor elke arts (actie A)

Discussie over het feedback-document in de LOK's met daarvoor opgeleide animatoren (actie B)

## Stap 2: Beschrijving van de interventie per actie

### *A. Feedback-document*

### 2.1. Doelstelling

a) De huisartsen ten eerste **informeren** over de huidige aanbevelingen rond indicaties voor antibiotica, en ten tweede over hun eigen voorschrijfgedrag van antibiotica, dit in vergelijking met andere artsen van het land en hun regio.

b) De huisartsen **bewust maken** van het belang van kwaliteit in voorschrijven van antibiotica, dit binnen het kader van groeiende bacteriële resistentie en van de nood aan efficiënte voorschriften, en op die manier de **intentie** tot gedragsverandering vergroten.

c) De huisartsen aanzetten tot kritische reflectie over het eigen voorschrijfgedrag (autoevaluatie).

d) Deze informatie en de intentie tot, zouden een bijdrage moeten leveren tot **wijziging** van hun **voorschrijfgedrag**.

### 2.2. Doelgroep

Huisartsen.

In versie 2003 zijn de criteria van de doelgroep niet geëxpliciteerd in het document.

Het aantal verzonden feedbacks in mei 2003: n=11176.

In versie van 2004: Een document is verstuurd naar elke huisarts met minimum 200 verschillende patiënten in 2003, die aan minstens 10 patiënten een antibioticum voorschreven (n=11077).

## 2.3. Vorm

### 2.3.1. Medium

Schriftelijk. Het kan slechts éénmalig verkregen worden: zodra het document aan de artsen verstuurd is, worden de gegevens uitgewist. Het is dus niet mogelijk een duplicaat van het document te ontvangen. Men kan op de site van het RIZIV wel een geanonimiseerd voorbeeld van het feedback-document terugvinden.

### 2.3.2. Benadering

Individueel.

### 2.3.3. Inhoud

Hier beschrijven we het feedback-document dat in mei 2003 werd verstuurd. De veranderingen in het document dat in december 2004 verstuurd werd, zijn *cursief* gedrukt.

- Op de eerste twee pagina's staan volgende gegevens:

- Vermelding van de verschillende leden van het Platform Kwaliteitspromotie, dat de uitvoerder van het feedback-document is

- De doelstellingen van dit document: als instrument voor auto-evaluatie en kwaliteitsbevordering via bespreking en reflectie in de eigen LOK.

- Contactadres met uitnodiging om hierheen opmerkingen te sturen.

In versie van 2004 is er een beetje meer informatie over de opdracht van het "Platform Kwaliteitspromotie" en de NRKP wat betreft dit document, en de criteria van de huisartsen aan wie dit document is verstuurd.

- Inhoudsopgave

"Deel 1. Achtergrondinformatie en basisindicatoren"

- Een tekst geeft informatie over de context en kennis rond antibiotica-resistentie en hoe hiermee om te gaan. *In versie 2004 zijn die boodschappen korter, en over specifieke indicaties zijn nieuwe boodschappen tov. 2003 bijgevoegd.*

- Voor 4 belangrijke antibioticacategoriën, wordt er in de kernboodschappen eerst aangegeven wat de juiste indicatie is (amoxicilline-clavulaanzuur, macroliden, chinolonen, en antibiotica-siropen voor kinderen. *In 2004 zijn er 5 categoriën: amoxicilline is bijgevoegd).* Na elke aanbeveling wordt weergegeven hoeveel (in percentage) de arts van dit type voorschrijft aan zijn patiënten. Er wordt nergens aangegeven in cijfers wat de richtwaarde is, enkel de (soms beperkte) indicatie voor het voorschrijven van elk type antibioticum wordt uitgelegd.

- Hierna volgt een figuur met 5 boxplots *(6 in 2004)* waarin deze cijfers nog eens herhaald worden. Elke boxplot geeft het percentage van de patiënten behandeld met een bepaald type antibioticum op het totaal van de patiënten met een antibioticumvoorschrift. De boxplots geven informatie over alle huisartsen, en punten tonen de plaats van de arts en van de leden van zijn LOK. In een tekst wordt uitgelegd hoe de figuur te lezen.
- In het eerste én het tweede feedback-document over antibiotica werden de kernboodschappen goedgekeurd door de BAPCOC. *In het tweede feedback-document zijn er meer geciteerde referenties van publicaties terug te vinden.*

"Deel 2. Gedetailleerde analyse"

- Een introductie legt uit dat het tweede deel de voorschriften analyseert, rekening houdend met het type patiënten. Er wordt voorgesteld dit deel in de LOK te bespreken met een animator die opgeleid is om de figuren hierbij te kunnen interpreteren. Hierbij wordt het contactadres van de WVVH gegeven.
- 2 figuren geven informatie over het patiëntenbestand: een grafiek met het absoluut aantal patiënten naar leeftijd en geslacht, volgens aantal van contacten en het hebben van een Globaal Medisch Dossier. De tweede grafiek toont het patiëntenbestand in vergelijking met de gemiddelde huisarts.
- In een scatterplot wordt uitgezet waar de individuele arts zich bevindt qua aantal patiënten waarvoor hij antibiotica voorschreef en het volume antibiotica (met 99% betrouwbaarheidsinterval). Dit wordt vergeleken met de gemiddelde huisarts, alle huisartsen en de huisartsen van zijn LOK en zijn arrondissement. Er wordt ook aangegeven welk aandeel van antibiotica-voorschriften voor zijn patiënten door een collega geschreven werden.
- Een tabel geeft informaties over volume (DDD) voorgeschreven door de arts per categorie van antibiotica (11 categorieën, en het totaal antibiotica), en de kosten hiervan.

Na elke grafiek of tabel is er een uitleg over hoe men deze figuur kan lezen en begrijpen. Sommige cijfers worden herhaald. Nooit is er een interpretatie gegeven van de resultaten, noch een herinnering van de aanbevelingen ivm deze resultaten.

- Tenslotte wordt een verklarende woordenlijst toegevoegd, met uitleg over de "DDD's" en een tabel met de standaard DDD per antibiotica, en uitleg over de techniek voor standaardisatie.

Bij het feedback-document wordt een vragenlijst verstuurd om het document te evalueren.

2.3.4. Presentatie

In het feedback-document antibiotica komen volgende presentatievormen aan bod:

- Beschrijvend, in tekst-vorm (met daarbij ook het percentage van patiënten per type antibioticum)
- Figuur met boxplots over het percentage van patiënten behandeld met een bepaald type antibioticum
- Grafiek met contactgroep en patiëntenbestand
- Grafiek met patiëntenbestand in vergelijking met de gemiddelde huisarts
- Scatterplot over de antibiotica voorgeschreven qua frequentie en volume
- Tabel met aantal patiënten die voorschrift kregen, het volume en de kostprijs van de medicatie

Het is de bedoeling dat deze presentatie toelaat dat ook artsen die geen kennis hebben van statistiek dit alles kunnen begrijpen.

2.3.5. Intensiteit

Passief . De artsen ontvangen de informatie en er wordt gehoopt dat ze het document lezen en alzo de boodschap ontvangen.

2.3.6. Frequentie

Recurrent.

Huisartsen ontvingen het feedback-document over antibiotica in mei 2003 en december 2004. Opmerking: Tussendoor kregen de artsen feedback over antihypertensiva.

2.3.7. Duur

Deze actie is van korte duur.

## 2.4. Uitvoerder

2.4.1. Actor

Het Platform Kwaliteitspromotie beslist over de indicatoren, de kernboodschappen, die door het KCE voorbereid zijn, en de verklarende teksten. De informatie-Cel bereidt het werk van het platform voor.

Het Intermutualistisch Agentschap (IMA) levert de gegevens en figuren, die ze op haar beurt haalt uit de facturatiegegevens van Farmanet

Het RIZIV verstuurt het document, in naam van het Platform Kwaliteitspromotie.

2.4.2. Autoriteit

Al de partners van het Platform Kwaliteitspromotie zijn vermeld op het feedbackdocument. Bij de huisartsen is dit Platform niet gekend.

Het document wordt verstuurd in een envelop van het RIZIV, met een begeleidende brief van het RIZIV. Contact opnemen moet ook via het RIZIV (Informacie-Cel) gebeuren. Hierdoor wordt RIZIV als uitvoerder door de artsen mogelijk als belangrijker geacht dan de andere instanties. RIZIV is niet te beschouwen als opinieleider, maar kan wel als autoriteit beschouwd worden, in de zin dat het een machtige instantie is, die kan belonen of bestraffen.

Het NRKP en het Platform Kwaliteitspromotie hebben als instantie an sich geen daadwerkelijk contact met de doelgroep. Ze kunnen op dit moment niet beschouwd worden als opinieleider.

Het IMA heeft geen opinieleiderschap.

De wetenschappelijke verenigingen worden mogelijk gezien als deskundig door de doelgroep. Er kan mogelijk beïnvloeding zijn, omdat de huisartsen weten dat de wetenschappelijke verenigingen opleiding geven in deze materie. Misschien kan hun aandeel in het feedback-document echter niet zo duidelijk zijn, omdat, bij het versturen van het document, ze niet zo zichtbaar vermeld staan als het RIZIV.

Voor een deel van de huisartsen zijn de beroepsorganisaties wel als opinieleider te beschouwen. Maar er is enkel een passieve vermelding op document, geen communicatie hierover met de artsen. De beïnvloeding zal niet belangrijk zijn.

## 2.5. Middelen

Financiering: RIZIV

Andere middelen: mensen: zie actoren.

## 2.6. Motivator

Het lezen van het document is vrijwillig.

De artsen worden uitgenodigd een evaluatiedocument terug te sturen. Verder worden ze aangespoord om de feedback in hun LOK-groep te bediscussiëren (zie actie B). Als deze discussie in de LOK-groep wordt gepland, kan het de artsen motiveren om het feedback-document te lezen.

In 2004 was een wijziging in voorschrijven van antibiotica een voorwaarde voor de verhoging van de huisartsenlonen, binnen het Medico-Mut akkoord 2004-2005. LOK-groepen werden opgelegd om een discussie over antibiotica of antihypertensiva te organiseren. Maar die acties zijn geen directe verplichting voor het lezen van het feedback-document voor elke arts apart.

# *B. Bespreking van het feedback-document in de LOK-groep*

## 2.1. Doelstelling

a) Kennis verhogen: via een animator kan er overdracht van kennis gebeuren over "evidence-based" voorschrijven, over aanbevelingen rond antibiotica-voorschriften, over het feedback-document, hoe het gemaakt is, zijn doel, en over het interpreteren van de gegeven resultaten.

b) Competentie verhogen: het bespreken van de feedback tussen "peers", alsook het uitwisselen van ervaringen moet aan de deelnemers hulpmiddelen geven om een verandering in voorschrijfgedrag mogelijk te maken.

c) Interactie tussen verschillende leden moet het standpunt en de houding over dit voorschrijfgedrag veranderen, alsook de intentie verhogen voor gedragsverandering.

d) Intentie-, kennis- en competentie-verhoging zou bijdrage moeten leveren om hun voorschrijfgedrag te wijzigen.

## 2.2. Doelgroep

Totale groep huisartsen. Elk huisarts (zie 2.2. onder actie A) krijgt een eigen feedback-document en wordt uitgenodigd om dit in zijn LOK-groep te bespreken.

Het voordeel om de huisartsen in hun LOK-groep als doelgroep te nemen, is dat deze LOK-groepen reeds een tiental jaren bestaan en dat de meeste huisartsen hiervan lid zijn.

De intermediaire doelgroep is dus de "Lokale Overleg voor Kwaliteits"-groepen, die "peer-review-groepen" zijn voor huisartsen[o].

Hun doel is huisartsen bijeen te brengen en hen te laten reflecteren over hun medisch handelen om aan kwaliteitsverbetering te werken.

Omdat het een voorwaarde is om geaccrediteerd te zijn, zijn de meeste huisartsen lid van een LOK-groep. Deelname aan 2 bijeenkomsten per jaar is dan verplicht. Hiervoor ontvangen zij navormingseenheden.

In 2004 bestonden er 712 LOK-groepen. Elke LOK-groep bestaat uit minimum 8 en maximum 25 deelnemers. Meestal zijn al de deelnemers afkomstig uit dezelfde regio.

Elke LOK-groep kan zelf beslissen over het aantal vergaderingen, maar de meeste komen 4 keer per jaar bijeen. Een LOK-bijeenkomst moet minstens 1 uur duren. De meeste LOK-sessies duren 2 uren.

De LOK-groep beslist zelf het thema waarover gesproken wordt. De Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie (NRKP) kan suggesties doen over bepaalde themata en deze stimuleren.

## 2.3. Vorm

[o] Er zijn ook LOK-groepen voor andere specialiteiten van artsen. Hier spreekt men alleen over huisartsen.

2.3.1. Medium

Mondelinge bespreking in een LOK-sessie.

2.3.2. Benadering

Collectief: bespreking in de LOK-groepen.

LOK-groepen kunnen een animator vragen om de discussie te leiden: een lid van de LOK-groep die de opleiding gevolgd heeft of een animator uit een andere LOK-groep die uitgenodigd wordt.

Voor de animatoren is een opleiding georganiseerd door de wetenschappelijke verenigingen, waaraan zij vrijwillig kunnen deelnemen. De informatie die in het feedback-document wordt gegeven, wordt tijdens de opleiding voor de animatoren verder toegelicht. Hierdoor krijgen ze meer achtergrondinformatie die ze kunnen overbrengen naar de leden van de LOK-groep.

2.3.3. Inhoud

Wat er in de LOK-groep gebeurt is enkel theoretisch te beschouwen. Uiteindelijk is elke LOK-groep en elke animator vrij om de inhoud van de sessie te vullen. De bespreking van het onderwerp wordt in de verschillende LOK-groepen niet systematisch op dezelfde manier toegepast. Wat voorgesteld wordt ter bespreking:

- De informatie die de arts in het feedback-document ontvangt over eigen handelen en het handelen in vergelijking met collega's, wordt stap voor stap uitgelegd.
- Uitleg gaat over de boodschappen, over hoe de grafieken te lezen en hoe de resultaten te kunnen interpreteren.
- Een bespreking tussen "peers" over de resultaten moet gebeuren.

Op dit moment is er slechts zeer beperkt geweten wat er gebeurt in de LOK-sessies. De enige informatie die gekend is, is bekomen via formulieren die de animatoren moeten invulen (een ingevuld formulier is noodzakelijk om een vergoeding te ontvangen). Maar het is niet mogelijk objectief te weten hoe de sessies georganiseerd zijn. Dus is het ook moeilijk voor elk van de betreffende instanties om de kwaliteit van dit sessies te beïnvloeden.

2.3.4. Presentatie

De presentatievorm van de informatie die de animator tijdens de opleiding ontvangt, is in de vorm van 2 power-pointpresentaties: een over de achtergrond van de kernboodschappen en een over de uitleg rond de grafieken en tabellen. De animator ontvangt dit alles op papier als op cd-rom. Hij kan deze presentaties al dan niet gebruiken of aanpassen, of vervangen door transparanten.

2.3.5. Intensiteit

Actief. De deelnemers in de LOK-groepen bespreken samen hun gegevens.

2.3.6. Frequentie

Theoretisch gezien recurrent.

Huisartsen kregen tot nu toe 2 feedbackrapporten over antibiotica, met telkens het voorstel om dit te bespreken in hun LOK-groep. Theoretisch gezien zouden er dus 2 besprekingen gebeurd kunnen zijn. Vaak zal dit niet geval zijn, omdat de meeste LOK-groepen slechts 4 keer per jaar bijeenkomen, en omdat zij, wanneer ze reeds 1 maal het document besproken hebben, dit niet meer willen herhalen en tenslotte omdat het bespreken ervan op vrijwillige basis gebeurt.

2.3.7. Duur

De duur van de actie is niet te omschrijven, want dit is afhankelijk van de LOK-groep. Een LOK-sessie moet minstens 1 uur duren en de meeste LOK-sessies duren 2 uren.

Maar ook niet de hele sessie moet het feedback-document betreffen.

## 2.4. Uitvoerder

2.4.1. Actor

De huisartsen komen bijeen in hun LOK-groepen.

De wetenschappelijke verenigingen organiseren opleiding voor animatoren van de LOK-groepen.

De leden van de LOK-groep kunnen vrijwillig beroep doen op de wetenschappelijke verenigingen. Deze leiden de animator op die de LOK-groep kan begeleiden. Een animator kan zijn eigen LOK-groep begeleiden, maar ook andere LOK-groepen die hem uitnodigen.

2.4.2. Autoriteit

De wetenschappelijke verenigingen die de opleiding van de animatoren verzorgen door sommige artsen als opinieleider of autoriteit beschouwd worden.

De animatoren zelf: dit is zeer individueel bepaald of zij opinieleiders zijn of niet. In se hoeft dit zeker niet om animator te worden. In het merendeel van de LOK-groepen zal dit niet zo zijn. De animator zelf kiest welke informatie hij brengt en welke niet, en welke methoden hij gebruikt. De informatie die elke LOK-groep dus ontvangt, is erg afhankelijk van de animator.

## 2.5. Middelen

Financiering van opleiding, animatoren en LOK-bijeenkomsten gebeurt door het RIZIV. Tot einde 2004 werden de animatoren via de wetenschappelijke verenigingen vergoed door het RIZIV voor het volgen van de opleiding en voor het begeleiden van LOK-sessies. Vanaf 2005 worden ze betaald door de Informatiecel voor het begeleiden van LOK-sessies, na het opsturen van een ingevuld antwoordformulier over het verloop van de LOK-bijeenkomst en het indienen van een onkostennota.

Andere middelen: mensen: zie actoren.

## 2.6. Motivator

Elke geaccrediteerde arts moet minstens 2x per jaar een LOK-sessie bijwonen. Hij krijgt hiervoor navormings-eenheden die gebruikt worden bij het toekennen van de accreditering.

Geaccrediteerende artsen kunnen hogere erelonen vragen voor consultaties, zonder financiele repercussies voor de patiënten.

De LOK-groep beslist zelf over het thema waarover gesproken wordt. Dus is het bespreken van het feedback-document in de LOK-groepen vrijwillig. De Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie (NRKP), die onderdeel uitmaakt van het RIZIV kan suggesties doen over bepaalde themata en deze stimuleren.

De leden van de LOK-groep krijgen dubbel aantal navormings-eenheden bij de bespreking van een thema dat voorgesteld werd door de NRKP. Maar de arts kan ervoor kiezen om net deze LOK-sessie niet bij te wonen.

In het kader van het Medico-Mutualistsch akkoord 2004-2005 was elke LOK-groep verplicht om een feedback-document voor 30 september 2004 te bespreken. Een verslag moest verstuurd worden naar de Accrediteringsstuurgroep van het RIZIV of naar d Informatiecel. Dit mocht zowel feedback-document over antibiotica als over antihypertensiva zijn. Na 30 september werd dit opnieuw volledig vrijwillig.

Voor bepaalde onderwerpen kunnen animatoren een opleiding volgen of een informatie-pakket ("handleidingen voor de LOK") verkrijgen bij de wetenschappelijke verenigingen.

Tot einde 2004, een huisarts die de opleiding ivm de feedback volgde, ontving een vergoeding die betaald was door het RIZIV, via de wetenschappelijke vereniging (SSMG of WVVH). Ze werden ook betaald voor het begeleiden van een LOK-sessie. Vanaf 2005 bestaat de vergoeding voor opleiding niet meer, de opgeleide animatoren worden betaald door de Informatiecel wanneer ze een LOK-sessie begeleiden.

Een LOK-groep ontvangt ook een vergoeding vanuit het RIZIV voor het bespreken van een feedback-document.

# BIJLAGE 5: VRAGENFORMULIER

AB2.HA
ANONIEM ANTWOORDFORMULIER
INDIVIDUEEL FEEDBACK-DOCUMENT ANTIBIOTICA (AB) HUISARTSEN december 2004

**1. Geslacht:** ☐ Man ☐ Vrouw **2. Aantal jaren praktijk:** ☐☐

**3. Praktijkvorm:** ☐ Solo ☐ Duo ☐ Groep ☐ Deeltijds **4. Werkt u in uw huisartspraktijk:** ☐ Voltijds

5. Nam u reeds deel aan een bespreking van dit feedback-document AB (december 2004) in uw LOK?
☐ Ja ☐ Neen ☐ Geen lid van een LOK

6. Bent u lid van een wetenschappelijke vereniging? ☐ Ja ☐ Neen

7. Hoe toepasbaar zijn de kernboodschappen uit het feedback-document in uw dagelijkse praktijk?

| | Zeer toepasbaar | eerder toepasbaar | minder toepasbaar | Niet toepasbaar | niet gelezen |
|---|---|---|---|---|---|
| Kernboodschap over COPD | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Kernboodschap over pneumonie | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Kernboodschap over amoxicilline | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Kernboodschap over amoxicilline-clavulaanzuur | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Kernboodschap over macroliden en neo-macroliden | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Kernboodschap over chinolonen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

8. Hoe begrijpbaar zijn uw persoonlijke feedback-gegevens? (*Kruis telkens uw antwoord aan)*

| | heel begrijpbaar | begrijpbaar | amper begrijpbaar | Niet begrijpbaar | niet gelezen |
|---|---|---|---|---|---|
| % behandelde patiënten per type AB (boxplots, fig 1) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Gegevens over mijn toegewezen patiëntenbestand (fig 2-3) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Mijn positionering in de scatterplot (fig 4) (grote zwarte cirkel) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| De tabelgegevens (tabel 1) in verband met kostprijs | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

9. Heeft u vroeger reeds een feedback-document gelezen en/of besproken in uw LOK?
**Feedback-document antibiotica (verzonden mei 2003):** ☐ Ja, gelezen ☐ Ja, besproken in LOK
**Feedback-document antihypertensiva (verzonden mei 2004):** ☐ Ja, gelezen ☐ Ja, besproken in LOK

☐ Neen, geen enkel feedback-document gelezen noch besproken ***(GA VERDER met VRAAG 10)***

10. Is dit feedback-document AB voor u gemakkelijker te begrijpen dan de vorige feedback-documenten?
☐ Ja ☐ Neen ☐ Weet het niet

11. Wat is voor u te behouden informatie in een eventueel toekomstig feedback-document?
☐ De kernboodschappen over de keuze van het antibioticum
☐ % behandelde patiënten per type AB (boxplots, figuur 1)
☐ De gegevens over mijn toegewezen patiëntenbestand (figuur 2 & 3)
☐ Mijn positionering in de scatterplot (figuur 4) (grote zwarte cirkel)
☐ Mijn gedetailleerde voorschrijfgegevens (tabel 1)
☐ Ander element: *verduidelijk aub* …….
☐ Niets, geen enkel element

12. Geef aan in welke mate u akkoord gaat met volgende uitspraken:

| | akkoord | eerder akkoord | Eerder niet akkoord | niet akkoord |
|---|---|---|---|---|
| Dit document is nuttig | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Dit document nodigt uit om te lezen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Dit document zet aan om mijn voorschrijfgedrag aan te passen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

13. Gelieve dit individueel feedback-document globaal te beoordelen in een puntenscore op 10:

☐☐ **/ 10**

(score tussen 0 en 10, waarbij 0-2: zeer slecht, 3-4: slecht, 5: matig, 6-7: goed, 8-9: zeer goed, 10: perfect)

14. Heeft u nog suggesties om dit feedback-document in de toekomst te verbeteren?
Verduidelijk a.u.b. …….
……..

Het ingevulde formulier versturen via fax of per post in bijgevoegde omslag naar:

Mevr. B. Bultynck, Platform Kwaliteitspromotie - RIZIV / Bureel 650
Tervurenlaan 211, 1150 Brussel Fax: 02/ 739 78 73

BEDANKT VOOR UW MEDEWERKING

*This page is left intentionaly blank.*

Wettelijk depot : D/2005/10.273/01

## KCE reports

1. Effectiviteit en kosten-effectiviteit van behandelingen voor rookstop. D/2004/10.273/1.
2. Studie naar de mogelijke kosten van een eventuele wijziging van de rechtsregels inzake medische aansprakelijkheid (fase 1). D/2004/10.273/2.
3. Antibioticagebruik in ziekenhuizen bij acute pyelonefritis. D/2004/10.273/5.
4. Leukoreductie. Een mogelijke maatregel in het kader van een nationaal beleid voor bloedtransfusieveiligheid. D/2004/10.273/7.
5. Het preoperatief onderzoek. D/2004/10.273/9.
6. Validatie van het rapport van de Onderzoekscommissie over de onderfinanciering van de ziekenhuizen. D/2004/10.273/11.
7. Nationale richtlijn prenatale zorg. Een basis voor een klinisch pad voor de opvolging van zwangerschappen. D/2004/10.273/13.
8. Financieringssystemen van ziekenhuisgeneesmiddelen: een beschrijvende studie van een aantal Europese landen en Canada. D/2004/10.273/15.
9. Feedback: onderzoek naar de impact en barrières bij implementatie – Onderzoeksrapport: deel 1. D/2005/10.273/01.
10. De kost van tandprothesen. D/2005/10.273/03.
11. Borstkankerscreening. D/2005/10.273/05.
12. Studie naar een alternatieve financiering van bloed en labiele bloedderivaten in de ziekenhuizen. D/2005/10.273/07.
13. Endovasculaire behandeling van Carotisstenose. D/2005/10.273/09.

## Inlichtingen

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg - Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.
Résidence Palace (10de verdieping-10ème étage)
Wetstraat 155 Rue de la Loi
B-1040 Brussel-Bruxelles
Belgium
Tel: +32 [0]2 287 33 88
Fax: +32 [0]2 287 33 85
Email : info@kenniscentrum.fgov.be , info@centredexpertise.fgov.be
Web : http://www.kenniscentrum.fgov.be , http://www.centredexpertise.fgov.be