De toegankelijkheid van het VOS in het EMD

VERPLANCKE Bart, UA. HAIO te Drs. Hendrickx – Govaerts.

Promotor: Prof Dr REMMEN Roy, UA

Co-promotor: Mevr. FRAEYMAN Jessica, UA

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Universiteit Antwerpen

Abstract

Inleiding: Een voordelig voorschrijfgedrag van artsen kan leiden tot kostenbesparing voor patiënten en terugbetalende overheid. Mogelijkheden zijn het voorschrijven van generische middelen, generische substitutie en het voorschrijven op stofnaam (VOS). Ondanks de voordelen van VOS, leert de praktijkervaring dat voorschrijvende artsen hier nog weinig gebruik van maken. Dit onderzoek stelt de vraag: op welke manier ondersteunen of belemmeren de bestaande softwarepakketten huisartsen om op stofnaam voor te schrijven?

Methode: Tussen juli 2013 tot en met februari 2014 werd een vragenlijst online en schriftelijk afgenomen bij huisartsen in de regio Antwerpen, Turnhout en Sint-Niklaas. Hierbij werd gepeild naar demografische gegevens, het gebruik van het electronisch medisch dossier (EMD), voorschrijfgedrag en kennis rondom VOS. Ook werd er een voorschrijfopdracht uitgevoerd, waarbij werd getracht de gebruiksvriendelijkheid en het gemak van het EMD in de huisartspraktijken op een objectieve manier te testen.

Resultaten: Een grote meerderheid van de huisartsen (80,5%), verklaarde een correct voorschrift op stofnaam te kunnen maken, waar uiteindelijk geen enkele arts de regels correct wist toe te passen. Mannen verklaarden zich meer akkoord met de stelling dat hun EMD zonder omwegen een voorschrift op stofnaam kon produceren. Bij slechts twee van de zes onderzochte EMD's verklaarden de onderzochte artsen dat ze zich hierin ondersteund voelden. We zien bij alle softwarepakketten dat de tijd nodig om een correct VOS te produceren (gemiddeld 42s) dubbel zo lang duurt is dan een merknaam voorschrijven (gemiddeld 21s).

Discussie: Onder de huisartsen blijkt onduidelijkheid omtrent het correct voorschrijven op stofnaam hoewel het federaal agentschap voor geneesmiddelen en gezondheidsproducten FAGG hier wel duidelijke richtlijnen over heeft. Ook blijken de softwarepakketten van huisartsen deze optie niet altijd te ondersteunen en indien deze optie toch aanwezig is, laat het nog niet toe om een correct voorschrift op stofnaam te maken. Hoewel dit in de praktijk niet voor problemen zorgt en de apotheker gewoon het goedkoopste geneesmiddel kan afleveren, kan een correct voorschrift op stofnaam extra besparingen voor de patiënt en de gezondheidszorg betekenen.

Verder blijkt ook in deze studie het voorschrijven op stofnaam niet populair te zijn bij de meeste huisartsen en dit om verschillende redenen. Zo geven sommige huisartsen aan te twijfelen of de patiënt wel degelijk het goedkoopste geneesmiddel meekrijgt. Er werd de vraag gesteld of het tot de taak is van de huisarts hoort om de kosten van de gezondheidszorg laag te houden door goedkoop voor te schrijven. De meeste huisartsen zien geen meerwaarde in VOS in vergelijking met generisch voorschrijven.

Conclusie: Ondanks de voordelen van het voorschrijven op stofnaam, blijken huisartsen deze mogelijkheid in een minderheid van de gevallen te gebruiken. Er is nood is aan verbetering op drie niveau's: meer duidelijkheid scheppen vanuit de wetgeving en omtrent de richtlijnen voor het VOS, voldoende stimuleren van de huisarts om op stofnaam voor te schrijven (met een duidelijke motivatie van de meerwaarde van VOS) en het beter naleven van de criteria van de gehomologeerde softwarepakketten.

Voorwoord

Wat is gekend?

Huisartsen schrijven liever generisch voorschrijven en zien weinig meerwaarde in voorschrijven op stofnaam.

De meeste huisartsen voelen zich niet voldoende ondersteund door het gebruikte softwarepakket bij het voorschrijven op stofnaam.

Het voorschrijfgedrag van de arts heeft een impact op de kosten voor zowel de patiënt als de overheid.

Wat is nieuw?

De huisartsen hebben onvoldoende kennis over een correct voorschrift op stofnaam volgens de richtlijnen van het FAGG.

De meest gebruikte softwarepakketten blijken niet op stofnaam te kunnen voorschrijven hoewel dit tot een criterium behoort tot homologatie door het RIZIV.

Veel huisartsen zijn onvoldoende gemotiveerd om op stofnaam voor te schrijven en vragen zich af of zij de taak tot kostenbesparing voor de gezondheidszorg op zich moeten nemen.

Inhoudstafel

Abstract 1

Voorwoord 2

Wat is gekend? 2

Wat is nieuw? 2

Inleiding 4

Methode 6

Resultaten 7

Discussie 10

Besluit 12

Referenties 13

Bijlage 1: vragenlijst 15

Inleiding

In tijden van besparingen ontsnapt ook de gezondheidszorg niet aan overheidsmaatregelen die beogen de uitgaven te beperken. Het voorschrijfgedrag van artsen kan er voor zorgen dat zowel de overheid als de patiënt kosten worden bespaard. Dit kan onder meer door generische middelen voor te schrijven en generische substitutie: hierbij zou de apotheker het voorgeschreven generisch geneesmiddelen kunnen substitueren door een goedkoper middel met dezelfde actieve stof.[1,2] Deze substitutie van geneesmiddelen door de apotheker is in België sinds 1993 door de wet is voorzien.[3] Jammer genoeg ontbreken de uitvoeringsbesluiten, wat maakt dat elke substitutie tot op heden eigenlijk onwettig is. In sommige landen van Europa (bv Nederland) wordt substitutie al jarenlang toegepast, in België blijft het een moeilijke stap.[4]

Een andere mogelijkheid om de kosten te drukken is het voorschrijven op stofnaam (VOS) volgens de "International Non-proprietary Name" (INN).[4] Dit is door de WHO in 1950 in het leven geroepen als een internationale nomenclatuur voor actieve ingrediënten en farmaceutische werkzame bestanddelen.[5] Bij een voorschrift op stofnaam maakt de voorschrijver de keuze voor een bepaalde VOS-groep en laat deze de verantwoordelijkheid aan de apotheker om een farmaceutisch product aan te bieden dat in het voordeel is van de patiënt (binnen de cluster van de goedkoopste geneesmiddelen). Een voorschrift op stofnaam bevat vier zaken: het actief bestanddeel, de sterkte, de toedieningsweg en de therapieduur.[2,6] In België werden de fundamenten voor een wettelijk kader rond het VOS gecreëerd in 2001, waarvan de modaliteiten in 2005 werden gepubliceerd.[7] In 2011 werden echter slechts in 7,1% van de gevallen voorgeschreven op stofnaam.[8]

Helaas kan het voorschrijven op stofnaam niet voor alle geneesmiddelen.[9,2] Ten eerste bestaat er de 'no switch' categorie. Het gaat hier meer bepaald om behandeling met geneesmiddelen met nauwe therapeutische-toxische marge (zoals anti-epileptica). Ook oncologische geneesmiddelen, transdermale systemen, producten voor lokaal gebruik, orale anticonceptiva, inhalatiepreparaten voor pulmonaal gebruik (verneveling, aërosols,..), diagnostica en geneesmiddelen gebruikt bij anesthesie, mesalazine en sulfasalazine horen tot deze categorie. Deze regels bestaan om de continuïteit van zorg en therapietrouw te bevorderen en een eventueel verminderd effect of neveneffecten te voorkomen.[1,2] Ten tweede hebben we de 'no vos' categorie. Hiertoe behoren de biologicals (biosimilars) met uitzondering van het influenzavaccin, geneesmiddelen die meer dan drie actieve bestanddelen bevatten, multifasische anticonceptiva en actieve verbanden.[2]

Ondanks de voordelen van VOS, leert de praktijkervaring dat voorschrijvende artsen hier nog weinig gebruik van maken. Verschillende factoren zouden het voorschrijfgedrag van de Belgische arts beïnvloeden: de soms vergelijkbare prijzen tussen het dure merk en de generiek, de vraag van de patiënt voor een specifiek geneesmiddel, onzekerheid over de kwaliteit van het goedkoop product of specifieke therapeutische indicaties.[1]

Andere factoren zijn onder andere reclame door farmaceutische bedrijven. Ook de informatie rond veiligheid en effectiviteit van het geneesmiddel en socio-economische factoren van de patiënt spelen een rol in het voorschrijfgedrag van de arts.[10] Er zou meer nood zijn aan informatie rond de veiligheid en effectiviteit van generische geneesmiddelen. Verder blijkt ook de leeftijd en het aantal jaren werkervaring van de arts geassocieerd te zijn met voorschrijven van generieken. Het land van afstuderen is volgens Chua et al ook een bepalende factor: verschillende landen ter wereld hebben een heel ander farmaceutisch beleid waaraan de zorgverstrekkers bij afstuderen aan blootgesteld

worden. Anderzijds zijn de opleidingen helemaal niet uniform: sommige universiteiten bieden lessen aan over rationeel en kosteneffectief voorschrijven, welke op hun beurt ook het toekomstig voorschrijfgedrag kunnen beïnvloeden.[10] In het Verenigd Koninkrijk geneeskundestudenten opgeleid met stofnamen in plaats van de merknamen. Zodoende was het aandeel VOS in de UK 79% in 2004.[11] In België gebruiken we in de opleiding geneeskunde nog steeds merknamen en stofnamen door elkaar.

Verschillende studies concludeerden reeds dat er in de praktijk nog veel onduidelijkheden en meningsverschillen tussen huisartsen en apothekers zijn rond VOS.[8,12] In een bevraging van Fraeyman et al blijkt dat huisartsen veel minder (36.8%) als apothekers (82,0%) zich ondersteund voelen door het gebruikte softwarepakket bij het voorschrijven op stofnaam.[8] Bijgevolg vonden de onderzoekers verdere evaluatie van de praktische haalbaarheid nodig.

Dit onderzoek richt zich op de rol van het EMD in het voorschrijven op stofnaam in de huisartspraktijk. We stellen ons de vraag: op welke manier ondersteunen of belemmeren de bestaande softwarepakketten huisartsen om op stofnaam voor te schrijven?

Methode

De studie bestaat uit twee delen, een vragenlijst (zie bijlage) en een voorschrijfopdracht waarbij werd getracht de gebruiksvriendelijkheid en het gemak van de software op een objectieve manier te testen. Tussen de maanden juli 2013 tot en met februari 2014 werd de vragenlijst online en schriftelijk afgenomen bij huisartsen in de regio Antwerpen, Turnhout en Sint-Niklaas. De huisartsen werden hiervoor persoonlijk telefonisch gecontacteerd en om hun medewerking gevraagd. De huisartsen die ook bereid waren om de daaraan gekoppelde opdrachten in hun praktijk op hun computer en eigen EMD uit te voeren, werden dan op hun praktijk bezocht.

De vragenlijst bestond uit drie delen: een eerste deel dat enkele persoonsgegevens bevraagt, een tweede deel waarin onder andere de gebruiksvriendelijkheid, de reden van gebruik en de kennis omtrent het EMD wordt nagegaan. Het derde deel bevraagt het voorschrijfgedrag op stofnaam en de kennis omtrent het VOS-voorschrift. Er waren vijf antwoordmogelijkheden van helemaal akkoord tot helemaal niet akkoord, ook kon er “neutraal” worden geantwoord.

De voorschrijfopdracht toetste de gebruiksvriendelijkheid van het softwarepakket en het gemak waarmee de huisarts zijn voorschriften kan opmaken in de praktijk. We werkten met vijf opdrachten: de eerste was een merknaam digitaal voorschrijven (in casu Zocor 20mg, 28 tabletten), de tweede bestond er in om een willekeurige generische variant hiervan voor te schrijven (simvastatine 20mg, 28 tabletten, generisch merk naar keuze), de derde opdracht was de goedkoopste generiek van bovenstaand middel voor te schrijven. Ten vierde werd gevraagd een voorschrift op stofnaam te schrijven. Indien deze incorrect was, werd in een vijfde opdracht gevraagd een correct voorschrift op stofnaam volledig digitaal voor te schrijven aan de hand van een voorbeeld van een correct VOS (R/ Simvastatine 20mg p.o. S/ 1 per dag, behandeling voor 1 maand). Tijdens de test werden een aantal zaken geregistreerd door de opdrachtgever, zoals de tijd die de huisarts nodig had om de opdracht uit te voeren waarbij de start en het einde duidelijk op voorhand werd uitgelegd. Ook werd geregistreerd hoeveel muisklikken en hoeveel pogingen er nodig waren om de opdracht tot een goed einde te brengen. Als laatste werd nagegaan of de opdracht al dan niet mogelijk was en welke extra stappen of omwegen de huisarts eventueel moest gebruiken om tot het gewenste resultaat te komen.

We voerden de tests uit voor vijf van de meest gebruikte gehomologeerde softwarepakketten voor artsen in de regio’s Antwerpen, Turnhout en Sint-Niklaas. Zo weerhielden we gegevens van Health One, Windoc, Medidoc, Accrimed en Sosoeme.

Voor de verwerking van de gegevens werd gewerkt met het statisch programma SPSS 22.0 (IBM corp.) waarbij hoofdzakelijk gebruik gemaakt werd van beschrijvende statistiek. Er werden 2x2 tabellen opgemaakt na het dichotomiseren van de resultaten (akkoord versus niet akkoord) waarbij een chi kwadraat toets de significantie van de associatie weergaf indien $p \leq 0,05$. Bij significantie werd de Odds Ratio (OR) weerhouden en 95% betrouwbaarheidsinterval (95%CI)

Resultaten

In totaal ontvingen we 113 ingevulde vragenlijsten. De gemiddelde leeftijd van onze steekproef bedroeg 43 jaar, dit is jonger dan we zouden verwachten bij een steekproef van Vlaamse huisartsen, waar de gemiddelde leeftijd 52,5 jaar bedroeg in 2013.[13] De geslachtverdeling was nagenoeg gelijk verdeeld: 49% mannen en 51% vrouwen. Van alle huisartsen werkte 16% niet-conventioneerd. We zien dat de artsen die geconventioneerd werken meer geneigd zijn om richtlijnen te raadplegen ($p < 0,05$; OR=4,42; 95%CI 1,32-14,87) en hun verwijsbrieven vaker digitaal opstellen via hun EMD ($p \leq 0,01$; OR=6,58; 95%CI 2,18-19,89).

We zagen geen statistisch significant verband tussen conventiestatus en of artsen denken dat ze een correct voorschrift op stofnaam kunnen schrijven ($p = 0,66$).

Tabel 1: Kenmerken respondenten in de steekproef

Leeftijd	**n = 112**	**%**
25-30 jaar	32	28,6
30-35 jaar	12	10,7
35-40 jaar	7	6,3
40-45 jaar	14	12,5
45-50 jaar	4	3,6
50-55 jaar	17	15,2
55-60 jaar	14	12,5
60-65 jaar	12	10,7
+65 jaar	0	0,0
Aantal GMD's per huisarts	**n = 113**	**%**
0-500	10	8,9
500-1000	8	7,1
1000-1500	15	13,3
1500-2000	15	13,3
2000-2500	15	13,3
2500-3000	1	0,9
> 3000	21	18,6

Hoewel de meerderheid tevreden is van zijn EMD (75%, n=62), vindt slechts een vijfde van de huisartsen (23%, n=21) dat ze het EMD optimaal gebruiken. Een grote groep (88%, n=81) geeft dan ook aan dat ze wensen meer toepassingen van het EMD te gebruiken. Een belangrijk voordeel van het EMD is de besparing van tijd in vergelijking met het gebruik van papieren dossiers vindt 94% (n=90) van de huisartsen.

Tabel 2: Resultaten van de respondenten

	Niet akkoord		Akkoord	
	n	%	n	%
Ik schrijf elke dag minstens 1 voorschrift op stofnaam	54	55	44	45
Ik schrijf elke week minstens 1 voorschrift op stofnaam	34	34	66	66
Ik schrijf nooit op stofnaam voor	77	79	20	21
Ik schrijf liever een generisch middel voor	6	8	72	92
Ik schrijf liever op merknaam voor	62	83	13	17

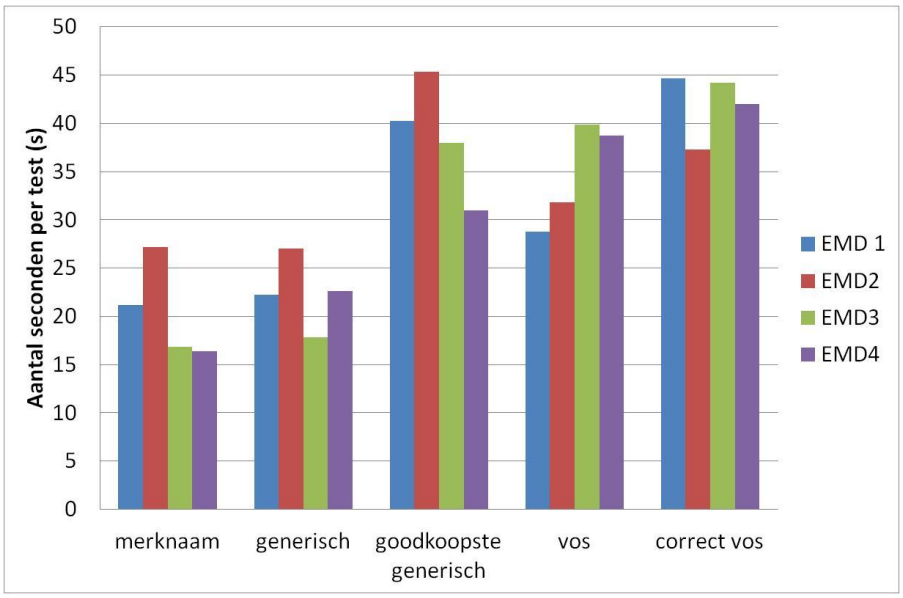
Een grote meerderheid van de ondervraagde huisartsen zegt liever een generisch middel voor te schrijven (92%, n=72). Ook zegt een vijfde van de huisartsen nooit een voorschrift op stofnaam te maken (21%, n=20).

De meerderheid van de huisartsen (81%, n=70) verklaarde een correct voorschrift op stofnaam te kunnen maken, maar uiteindelijk kon geen van de huisartsen de regels correct toepassen. Het meest voorkomende verschil met een 'goed' voorschrift op stofnaam is de vermelding van het aantal capsules (85%, n=86), dat officieel in aantal therapiedagen of -weken moet uitgedrukt worden. Of het EMD de huisartsen toelaat om zonder omwegen een VOS te schrijven was onduidelijk. Wanneer we naar verklarende factoren zoeken, zien we enkel een verband met het geslacht, namelijk dat mannen, meer dan vrouwen, zich akkoord verklaarden met deze stelling ($p<0,05$; OR=0,56; 95%CI 0,36-0,87). En wanneer we de vijf verschillende EMD's vergelijken, zijn er slechts twee waarvan de meerderheid van de gebruikers zeggen dat ze hierin ondersteund worden.

Interessant is dat driekwart (74%, n=81) van de ondervraagde artsen gebruik zegt te maken van de basisfuncties van een EMD. Zo bewaart een meerderheid van de huisartsen onder meer de digitale contactgegevens van de patiënt, een probleemlijst, medicatielijst en voorgeschiedenis in het EMD. Een meerderheid gebruikt een gedigitaliseerd labo formulier (60%, n=65). De resultaten van laboratoriumonderzoek worden door iedereen digitaal bekeken. Een meerderheid bekijkt de resultaten van beeldvorming ook digitaal (85%, n=93).

Bij 27 huisartsen konden enkele praktische testjes worden afgenomen die de toepasbaarheid van de software voor het voorschrijven op stofnaam op proef stelt. Tijdens deze testjes konden we vier verschillende softwarepakketten vergelijken. We registreerden de tijd die de huisartsen nodig hadden om de verschillende voorschriften te maken. We geven de gemiddelde tijd weer in figuur 1. We zien dat een voorschrift op stofnaam (42 s) gemiddeld dubbel zo lang duurt om te maken in vergelijking met een voorschrift op merknaam (21 s). Bij twee van de vier softwarepakketten leek het eenvoudiger om een voorschrift op stofnaam te maken dan het goedkoopste generische geneesmiddel. Het voorschrift dat werd uitgeprint, was echter geen correct voorschrift op stofnaam. We konden echter wel vaststellen dat dit geen correct voorschrift was.

Slechts 1 op 5 van de huisartsen kon een voorschrift op stofnaam maken zonder dat er handmatig moest worden ingegrepen (bvb het schrappen van een firmanaam). Bij één van de softwarepakketten kon geen enkele huisarts (n=5) een correct voorschrift op stofnaam maken.



Grafiek 1: gemiddelde duur van de praktische opdrachten.

Discussie

De meerderheid van de huisartsen meent een correct voorschrift op stofnaam te kunnen voorschrijven. Dit bleek echter niet zo wanneer we vroegen wat ze dan precies op zulk voorschrift noteren. Huisartsen weten onvoldoende welke gegevens op zulk voorschrift horen te staan volgens de richtlijnen van het FAGG, vermoedelijk door een verschil in interpretatie ervan.[2] Dit bleek ook al uit een vorige studie.[12] Een 'incorrect' voorschrift op stofnaam (aantal tabletten in plaats van therapieduur) zal door de apotheker gewoon afgeleverd worden. Deze is verplicht de goedkoopste verpakking af te leveren met het voorgeschreven aantal tabletten waardoor er enkel rekening gehouden wordt met de prijs per verpakking in plaats van de prijs per pil. Voor deze ene aflevering is dit geen groot prijsverschil, op lange termijn kan dit echter wel een verschil maken in de uitgaven voor de gezondheidszorg.
Een andere verklaring kan bij de software zelf liggen. Sinds juni 2012 moeten de gehomologeerde softwarepakketten aan een criterium voldoen dat toelaat om op stofnaam voor te schrijven. De meesten laten dit echter niet of moeilijk toe terwijl deze vandaag wel vergoed worden. Vaak is 'VOS' een optie waarvoor extra moet bijbetaald worden of is het niet voorhanden. De softwarepakketten die deze optie wel aanbieden, produceren een voorschrift dat niet helemaal volgens de richtlijnen van het FAGG voldoet.
Uit het onderzoek blijkt ook dat huisartsen in het algemeen tevreden zijn over hun EMD, hoewel ze graag meer toepassingen ervan zouden willen leren gebruiken. De huisartsen zijn het er over eens dat het EMD tijdbesparend is in vergelijking met papieren dossiers.
Men kan dus stellen dat er nood is aan het optimaliseren van de gehomologeerde softwarepakketten. Het RIZIV zou strikter toezicht moeten houden op de homologatie van de softwarepakketten zodat de huisarts beter ondersteund wordt in het VOS. Verder is vanuit de de wetgeving nood aan meer duidelijkheid rond het VOS naar de artsen en de software-industrie toe.

Het onderzoek kent enkele zwaktes. Het beoordelen van de gebruiksvriendelijkheid en het gemak van elektronisch voorschrijven bracht oa. enkele problemen met zich mee. Hiervoor werd gebruikt gemaakt van het registreren van de tijd naar een voorbeeld uit voorgaand onderzoek.[14] Dit gebeurde afzonderlijk door twee personen waardoor de consistentie mogelijk onderling kan verschillen. Het protocol beschreef echter duidelijk de werkwijze zodat de validiteit tussen de beoordelaars tot een minimum herleid kon worden. De resultaten hiervan werden enkel gebruikt ter indicatie van de moeilijkheidsgraad van de verschillende opdrachten.
Een andere beperking ligt in het leerproces van de huisarts dat werd opgemerkt naargelang de huisartsen vorderden in de reeks van vijf opdrachten. Hierdoor ging het voorschrijven vlotter dan bij de eerste opdracht. Ondanks deze vaststelling bleek een voorschrift op stofnaam gemiddeld dubbel zo lang te duren dan een voorschrift op merknaam. Mogelijk zijn onze resultaten dus een onderschatting van de moeilijkheidsgraad van de opdrachten, en voornamelijk de laatste opdrachten (maak een voorschrift op stofnaam).
Rekening houdend met het bovenstaande kunnen we onszelf de vraag stellen of er een correcte manier bestaat om de software zo objectief mogelijk te beoordelen.

Het VOS blijkt in dit onderzoek niet al te populair te zijn bij de huisartsen wat ook in de studie van het RIZIV reeds werd beschreven.[8] De onderzochte huisartsen zien blijkbaar geen voordeel in het VOS tegenover generisch voorschrijven. Eventueel kan er, analoog aan de UK, een rol weggelegd zijn in de

opleiding.[11] Indien de faculteiten in België het roer omgooien, is er een mogelijkheid dat het aandeel VOS kan stijgen.

Hoewel de wetgeving sinds april 2012 garandeert dat de patiënt het goedkoopste geneesmiddel meekrijgt bij een voorschrift op stofnaam, blijkt dit echter te zorgen voor enige weerstand bij zowel apothekers als artsen.[15] Dit kwam ook in deze studie aan bod. Volgens sommige huisartsen zou de patiënt immers niet altijd het goedkoopste geneesmiddel meekrijgen. Ook vroegen sommigen zich af of de huisarts erop moet toezien dat de kosten van de gezondheidszorg laag gehouden moeten worden. Volgens Prosser and Wally (2005) zouden huisartsen meer geneigd zijn om goedkoper voor te schrijven indien dit een voordeel biedt in de eigen praktijk of rechtstreeks ten voordele is van hun patiënt.[16] Een 'pay for performance' systeem geeft huisartsen een directe motivatie om volgens bepaalde richtlijnen voor te schrijven, hoewel dit in België nog niet op grote schaal wordt toegepast.[17]
Eventueel kan de overheid via een proefproject dit systeem op kleinere schaal implementeren, waarbij bijvoorbeeld een huisartsenkring een afspraak maakt om een bepaald deel van de voorschriften af te leveren volgens een juist VOS. Gezien onze observatie dat huisartsen snel leren door instructie in hun praktijk, kan een regionale coach die op bezoek gaat hierin een rol spelen.

Besluit

Hoewel voorschrijven op stofnaam voor bijkomende besparingen voor de patiënt en de terugbetalende overheid kan zorgen, blijken artsen deze mogelijkheid slechts in een minderheid van de gevallen te gebruiken. Dit onderzoek toonde nogmaals aan dat huisartsen geen meerwaarde zien in voorschrijven op stofnaam in vergelijking met generisch voorschrijven.

We kunnen hieruit besluiten dat het voorschrijven op stofnaam problemen kent op drie niveaus: enerzijds is er het probleem van de wetgeving en de richtlijnen rond het voorschrijven of stofnaam die niet voor iedereen duidelijk zijn. De huisarts weet immers niet goed hoe een correct voorschrift op stofnaam voor te schrijven. Hier situeert zich ook het tweede probleem. Deze blijkt zeer weinig gemotiveerd om voor te schrijven op stofnaam door een veelheid aan redenen die we hierboven aangeven. Tenslotte is er een probleem op vlak van de softwarepakketten. De meeste ondersteunen de functie om een correct voorschrift op stofnaam op te stellen niet hoewel dit tot één van de criteria hoort om gehomologeerd te worden.

Referenties

1. Duerden MG, Hughes DA. Generic and therapeutic substitutions in the UK: are they a good thing? Br J Clin Pharmacol. 2010;70(3):335-341.
2. Werkgroep Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten. Voorschrijven op stofnaam. Operationele regels voor het voorschrijven op stofnaam in de medische praktijk en in het elektronisch medisch dossier. Versie 9/12/2011. *http://www.fagg-afmps.be/nl/binaries/prescription-DCI-note-NL-2011-12-09_tcm290-97663.pdf* (laatst geraadpleegdd op 12/04/2014)
3. Wet van 06.08.1993. Toevoeging aan artikel 11 van het Koninklijk besluit nummer 78 van 14.11.1967.
4. Miguel LS, Augustin U, Busse R et al. Recognition of pharmaceutical prescriptions across the European Union: A comparison of five Member State's policies and practices. Health Policy. 2013; online gepubliceerd op 2 december 2013. Beschikbaar via *www.healthpolicyjrnl.com/article/S0168-8510%2813%2900291-1* (laatst geraadpleegd op 12/04/2014)
5. Guidelines on the Use of INNs for Pharmaceutical Substances. Genève: World Health Organization (WHO), 1997.
6. Van Bever E, Wirtz VJ, Azermai M et al. Operational rules for the implementation of INN prescribing. Int J Med Inform. 2014;83(1):47-56.
7. Koninklijk besluit houdende vaststelling van de modaliteiten inzake het voorschrift voor menselijk gebruik, 2005
8. J.Fraeyman, J.De Winter, H.De Loof et al. Meningen en houdingen van apothekers en huisartsen ten aanzien van voorschrijven op stofnaam. Een bevraging in Antwerpen en Oost-Vlaanderen. Farmaceutisch Tijdschrift voor België. 2013;Juni:18-31.
9. Farfan-Portet MI, Van de Voorde C, Vrijens F, Vander Stichele R. Patient socioeconomic determinants of the choice of generic versus brand name drugs in the context of a reference price system: evidence from Belgian prescription data. Eur J Health Econ. 2012;13(3):301-313.
10. Chua GN, Hassali MA, Shafie AA, Awaisu A. A survey exploring knowledge and perceptions of general practitioners towards the use of generic medicines in the northern state of Malaysia. Health Policy. 2010 May;95(2-3):229-235.
11. Simoens S, De Coster S. Sustaining generic medicines markets in Europe. Journal of Generic Medicines: The Business Journal for the Generic Medicines. 2006;3(4):257-268.
12. Biga J, Taboulet F, Lapeyre-Mestre M et al. Prescribing drugs by international non-proprietary name: the perception of health and non-health professionals. Therapie. 2005;60(4):401-407
13. Domus Medica. Er is geen tekort aan huisartsen in Vlaanderen en zij zijn niet "burnt out"!. 2013; 12 februari. Beschikbaar via www.domusmedica.be/documentatie/archief/nieuws/4605-er-is-geen-tekort-aan-huisartsen-in-vlaanderen-en-zij-zijn-niet-burnt-out.html (laatst geraadpleegd op 18/04/2014).
14. Tamblyn R, Huang A, Kawasumi Y, Bartlett G et al. The development and evaluation of an integrated electronic prescribing and drug management system for primary care. J Am Med Inform Assoc. 2006 Mar-Apr; 13(2):148-159.

15. Mathias Verdyck. Wat zijn de meningen en houdingen van huisartsen en apothekers over Voorschrijven Op Stofnaam (VOS)? Vervolgstudie. Master in de Farmaceutische zorg, Farmaceutische wetenschappen, Universiteit Antwerpen, 2014
16. H. Prosser, T. Walley. A qualitative study of GPs' and PCO stakeholders' views on the importance and influence of cost on prescribing. Social science and medicine 2005;60:1335-1346.
17. P. Van Herck, D. De Smedt, L. Annemans et al. Systematic review: Effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. BMC Health Services Research. 2010; 10:247

Bijlage 1: vragenlijst

Vragenlijst

Deel A: Artsgegevens

1	Leeftijd	jaar
2	Geslacht	Man / Vrouw
3	Aantal jaren ervaring (opleidingsjaren inbegrepen)	jaar
4	Aantal GMD's	GMD's
5	Tijdsblok per patiënt	Minuten
6	Geconventioneerd	Ja / Nee
7	Soort praktijk	Solo / Duo / Groep / WGC
8	Locatie van de praktijk	Postcode:

Deel B: gebruik van het EMD

9	Welk EMD gebruikt u?	

10	Hoelang gebruikt u het al?		jaar
11	Om welke reden gebruikt u precies dit EMD? Omwille van …	☐	collega's in de praktijk
		☐	collega's in de buurt
		☐	een vertegenwoordiger
		☐	eigen interesse
12	Hoe vaak schrijft u met de hand voor? (niet op huisbezoek)	☐	nooit
		☐	soms
		☐	meestal
		☐	altijd

		Helemaal akkoord	Akkoord	Neutraal	Niet akkoord	Helemaal niet akkoord
13	Ik gebruik mijn EMD met alle toepassingen die het heeft					
14	Ik maak een automatische populatie-analyse via het EMD (vb. evolutie bloeddruk)					
15	Ik vind van mezelf dat ik mijn EMD optimaal gebruik					
16	Ik zou graag gebruik kunnen maken van meer toepassingen van mijn EMD					
17	Ik neem deel aan bijscholingsmomenten of infosessies van mijn EMD					
18	Ik ben tevreden over mijn EMD					
19	Ik gebruik mijn EMD bij elk consult (huisbezoeken niet inbegrepen)					
20	Het gebruik van mijn EMD zorgt ervoor dat ik tijd bespaar tegenover wanneer ik papieren dossiers zou gebruiken					
21	Ik gebruik soms gedigitaliseerde bronnen om tot een correcte diagnose te komen					
22	Ik raadpleeg soms gedigitaliseerde richtlijnen om de ernst van een probleem in te schatten					

		Ja		Neen
23	Ik bewaar contactgegevens van mijn patiënten via het EMD			
24	Ik heb per patiënt een probleemlijst in mijn EMD (bvb. allergieën, intoleranties)			
25	Ik heb per patiënt een medicatielijst in mijn EMD			
26	De voorgeschiedenis van mijn patiënten staat in mijn EMD			
27	Ik druk voorschrifen af via het EMD			
28	Ik gebruik een gedigitaliseerd labo-formulier			
29	Ik maak verwijsbrieven via het EMD			
30	Ik bekijk mijn labo-resultaten via EMD of internet			
31	Ik bekijk de resultaten van beeldvorming via het EMD			
32	Mijn EMD waarschuwt voor interacties van medicatie			
33	Ik word via mijn EMD op de hoogte gebracht van de planning voor een patiënt (screening, vaccinatie)			
34	Ik druk attesten voor verstrekte hulp af via het EMD			

Deel C: VOS-gegevens

		Helemaal akkoord	Akkoord	Neutraal	Niet akkoord	Helemaal niet akkoord
35	Ik schrijf elke dag minstens één voorschrift op stofnaam					
36	Ik schrijf elke week minstens één voorschrift op stofnaam					
37	ik schrijf nooit op stofnaam voor					
38	ik schrijf liever een generisch geneesmiddel voor					
39	ik schrijf liever op merknaam voor					
40	Mijn EMD laat mij toe om (zonder omwegen) een voorschrift op stofnaam te maken					
41	Ik weet hoe je een correct voorschrift op stofnaam moet schrijven					
42	wanneer ik voorschrijft op stofnaam, noteer ik altijd:					
	> stofnaam					
	> therapieduur					
	> dagdosering					
	> aantal capsules					
	> toedieningsweg					
	> sterkte					

43 Wat zijn volgens u de belangrijkste voordelen van uw EMD?

44 Wat zijn volgens u de belangrijkste nadelen van uw EMD?