

DGV Brochure



*Werken met indicatoren
cardiovasculair
risicomanagement*



Colofon

Auteurs

Aynur Taspinar, apotheker
dr. Marjorie Nelissen-Vrancken, apotheker

Met medewerking van

ir. Marietta Eimers

DTP

Ellen Wiggemansen

Illustratie

Len Munnik

september 2008

DGV heeft de grootst mogelijke zorg besteed aan deze uitgave. Aan de inhoud hiervan kunnen echter geen rechten worden ontleend. DGV is niet aansprakelijk voor directe of indirecte schade die het gevolg is van het gebruik van de informatie die door middel van deze uitgave is verkregen. Niets uit deze uitgave mag gebruikt worden zonder vooraf verkregen toestemming.

DGV, Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik
Postbus 3089, 3502 GB Utrecht
Churchillaan 11, 3527 GV Utrecht
tel 030 291 62 16 fax 030 296 29 12
post@dgvinfo.nl www.medicijngebruik.nl



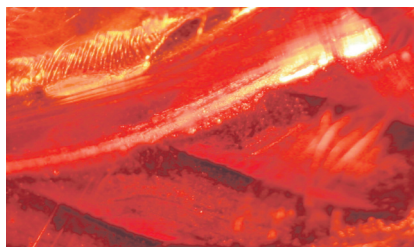
DGV NEDERLANDS INSTITUUT VOOR
VERANTWOORD MEDICIJNGEBRUIK



nederlands huisartsen
genootschap



Inhoud



Werken met indicatoren cardiovasculair risicomanagement

- 4 1. Inleiding
- 5 2. Indicatoren algemeen
- 7 3. Voorschrijfindicatoren
- 9 4. Gebruik voorschrijfindicatoren in het FTO
- 12 5. Weerstanden bij voorschrijfindicatoren in het FTO

Bijlagen

- 14 1 Voorschrijfindicatoren CVRM
- 15 2 Veelgestelde vragen bij voorschrijfindicatoren
- 18 Literatuur

1. Inleiding

Een indicator is een hulpmiddel om de kwaliteit meten. Met een goede indicator kan de kwaliteit van een gemeten onderwerp worden aangegeven. Indicatoren in de gezondheidszorg zijn ontstaan vanuit de behoefte om een oordeel te kunnen geven over de kwaliteit van de geleverde zorg. Met behulp van indicatoren wordt de kwaliteit gekwantificeerd. Dit kan echter op verschillende manieren. In deze brochure zal dit nader worden omschreven.

Doel

Het doel van deze brochure is het geven van informatie over het werken met voorschrijfindicatoren in zijn algemeenheid en specifiek gericht op cardiovasculair risicomanagement (CVRM).

De brochure geeft onder andere antwoord op de volgende vragen:

- ▶ Wat zijn indicatoren?
- ▶ Welke typen indicatoren kennen we?
- ▶ Wat is benchmark?
- ▶ Welke informatie geeft een voorschrijfindicator?
- ▶ Hoe wordt een voorschrijfindicator ontwikkeld?
- ▶ Waar kan ik een voorschrijfindicator voor gebruiken?
- ▶ Wat kan ik met voorschrijfindicatoren in het FTO?
- ▶ Welke voorschrijfindicatoren zijn er op het gebied van CVRM?

Doelgroep

De brochure is ontwikkeld voor huisartsen en apothekers, die in hun FTO willen gaan werken met indicatoren gericht op CVRM.



2. Indicatoren algemeen

Indicatoren in de gezondheidszorg zijn ontstaan om inzicht te geven in de kwaliteit van de geleverde zorg. Met een goede indicator wordt het meten van de kwaliteit vergemakkelijkt.

Een indicator is meestal een percentage of een ratio, waarbij sprake is van een teller en een noemer. De uitkomst van een indicator kan worden afgezet tegen een afgesproken norm (bijvoorbeeld een richtlijn) of tegen een landelijk gemiddelde (benchmark). Bij een afwijking van deze norm is bijsturing mogelijk (bron: www.cbo.nl).

Een indicator heeft dus een signalerende functie: hij geeft inzicht in een bepaald aspect van presteren en kan aanleiding geven tot nader onderzoek. Zowel sterke kanten als verbeterpunten kunnen gesignaleerd worden. Indicatoren kunnen daarom bijdragen aan het implementeren van richtlijnen (Beersen et al., 2007).

Typen indicatoren

Indicatoren kunnen onderverdeeld worden in:

- structuurindicatoren
- procesindicatoren
- uitkomstindicatoren

Deze indeling geeft het aspect van de zorg aan waar de indicator zich op richt. De onderliggende vraag bepaalt uiteindelijk welk type indicator wordt gebruikt (Coppen et al., 2006).

Bij structuurindicatoren wordt informatie verkregen over de (organisatorische) randvoorwaarden waarbinnen de zorg wordt gegeven. Procesindicatoren geven informatie over de handelingen die binnen een zorgproces worden uitgevoerd om kwaliteit te leveren. Onder procesindicatoren vallen ook de indicatoren die betrekking hebben op de indicatiestelling. Deze indicatoren geven informatie of de juiste groep patiënten de juiste behandeling krijgt. Uitkomstindicatoren geven informatie over de uitkomsten van zorgprocessen op patiënniveau (Beersen et al., 2007).

Intern en extern gebruik

Indicatoren kunnen zowel gebruikt worden om de eigen organisatie of praktijkvoering te evalueren als voor het afleggen van externe verantwoording. Men spreekt daarom ook van interne en externe indicatoren. De eisen die gesteld worden aan interne en externe indicatoren zijn verschillend.

Interne indicatoren worden door zorgverleners of een instelling zelf gebruikt voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Dit is bijvoorbeeld interessant voor managers van instellingen of ziekenhuizen, maar ook voor huisartsenpraktijken. De indicator geeft sturingsinformatie om het primaire proces zonodig bij te sturen. Ook kunnen professionals (bijvoorbeeld huisartsen) de informatie spiegelen aan bijvoorbeeld een richtlijn.

Externe indicatoren kunnen worden gebruikt voor benchmark (vergelijken van prestaties met die van anderen) of voor het afleggen van externe verantwoording (bijvoorbeeld aan de Inspectie van de Gezondheidszorg).

Voor externe indicatoren geldt dat ze goed gedefinieerd en ook voldoende gevalideerd dienen te zijn. Dit is nodig voor een goede onderlinge vergelijking tussen professionals of instellingen. De vergelijking moet reëel zijn en niet worden vertekend door verschillen in definitie, populatie of manier van meten. Externe indicatoren moeten daarom uitgebreid gevalideerd worden om geen relevante verschillen over het hoofd te zien. Bij een interne indicator is minder aandacht nodig voor de validering. Interne indicatoren zijn immers hulpmiddelen alleen bestemd voor een interne sturing. (Beersen et al., 2007).

Benchmark

Benchmark is het spiegelen van de eigen prestaties aan die van anderen om zo sterke punten en verbeteringsmogelijkheden te identificeren. De prestaties worden gemeten aan de hand van (externe) indicatoren. Als bijvoorbeeld het voorschrijfgedrag van individuele huisartsen wordt gespiegeld aan landelijke waarden of aan gemiddelden binnen de apotheek of FTO-groep wordt gesproken van benchmark.

Benchmark is een externe prikkel om te verbeteren. Voor benchmark worden indicatoren gemeten en vergeleken met anderen. Dit kan leiden tot de volgende informatie:

- sterke en zwakke kanten
- verbeterpunten
- mate van voldoen aan gestelde (interne of externe) criteria of doelen

Benchmark wordt steeds meer gebruikt door ziekenhuizen en instellingen. Ook huisartsen kunnen met benchmark hun kwaliteit van zorg vergelijken met die van anderen. Inzicht in de sterke en zwakke kanten van de eigen praktijkvoering kan de kwaliteit van het zorgaanbod verbeteren.

Bron: www.cbo.nl

Externe verantwoording

Het gebruik van externe indicatoren om verantwoording af te leggen is momenteel vooral bij zorginstellingen aan de orde. Belangstellenden in de resultaten van externe indicatoren zijn onder andere:

- verzekeraars
 - met name geïnteresseerd in kwaliteit, kosteneffectiviteit en onnodig gebruik
- patiënten- en cliëntenorganisaties
 - met name geïnteresseerd in beschikbaarheid van de zorg, kwaliteit van het zorgaanbod en bejegening
- beleidsmakers en overheden
 - met name geïnteresseerd in toegankelijkheid van de zorg en bijdrage van verschillende zorgvoorzieningen aan de volksgezondheid
- inspectie van de gezondheidszorg
 - als toezichthouder geïnteresseerd in de minimale kwaliteit van de zorg

Bron: Beersen et al. (2007)

3. Voorschrijfindicatoren

DGV ontwikkelt indicatoren om de kwaliteit en doelmatigheid van het voorschrijfgedrag van huisartsen te meten. Bij een dergelijke voorschrijfindicator wordt het aantal volgens de NHG-standaard behandelde patiënten gerelateerd aan het totaal aantal behandelde patiënten. Deze voorschrijfindicatoren kunnen per huisarts berekend worden en afgezet worden tegen landelijke gemiddelden en - indien mogelijk - ook tegen een afgesproken norm.

Voorschrijfindicatoren zijn procesindicatoren. Ze meten niet de uitkomst van het zorgproces in termen van morbiditeit en mortaliteit, maar meten of de juiste patiënten de juiste behandeling krijgen conform de NHG-standaard. De NHG-standaard beschrijft welk voorschrijfbeleid tot de beste uitkomst voor de patiënt zal leiden.

Een voorschrijfindicator geeft aan in welke mate wordt voorgeschreven volgens de richtlijn. Hierbij moet worden opgemerkt dat 100% voorschrijven volgens de richtlijn lang niet altijd het streven is. Er zijn diverse redenen om af te wijken van een richtlijn, waardoor goed voorschrijfgedrag niet resulteert in een 100% score op de indicator.

Ontwikkeling voorschrijfindicatoren

De ontwikkeling van voorschrijfindicatoren kent verschillende fasen. Deze worden hieronder in het kort beschreven. Voor een uitgebreide beschrijving van de methodiek zie Westerhuis et al. (2006, 2007).

Fase 1 Vertalen essentie van richtlijn naar indicator

De essentie van een NHG-standaard rondom het voorschrijven van medicatie wordt omgezet in een indicator.

Voorbeeld

In de NHG-standaard Cardiovasculair risicomanagement (versie 2007) wordt aanbevolen bij een cholesterolverlagende behandeling te starten met simvastatine of pravastatine. Deze aanbeveling is vertaald naar een indicator waarin de keuze van de startmedicatie aan bod komt (aandeel nieuwe gebruikers van simvastatine en pravastatine in relatie tot alle nieuwe statinegebruikers).

Fase 2 Definiëren van de indicator

Bij de definiëring van de indicator wordt vastgesteld uit welke componenten de indicator bestaat (wat komt er in de teller en wat komt er in de noemer). De definitie wordt voor commentaar voorgelegd aan experts. Het commentaar wordt verwerkt en in een document wordt vastgelegd welke overwegingen een rol hebben gespeeld bij de keuze van de indicator.

Voorbeeld

De definitie van de indicator waarin de keuze van de startmedicatie aan bod komt, is alle nieuwe gebruikers van simvastatine (ATC-code C10AA01) of pravastatine (ATC-code C10AA03) gedeeld door alle nieuwe gebruikers van een statines (ATC-codes C10AA + C10BA) vermenigvuldigd met 100%.

Fase 3 Operationalisering van de indicator

Bij de operationalisering van een indicator wordt de indicator nader uitgewerkt. Wat staat er precies in de teller en wat in de noemer? Welke populatie wordt meegenomen? Welke patiënten worden uitgesloten? Welke meetperiode wordt gehanteerd? Ook deze operationalisering wordt voor commentaar voorgelegd aan experts en vastgelegd in een document.

Voorbeeld

De formule van de indicator waarin de keuze van de startmedicatie aan bod komt, is als volgt

$$\frac{\text{aantal nieuwe gebruikers C10AA of C10BA waarvan eerste voorschrift C10AA01 of C10AA03} \times 100\%}{\text{aantal nieuwe gebruikers C10AA} + \text{aantal nieuwe gebruikers C10BA}}$$

Fase 4 Validering van de indicator

De validering van een indicator bestaat uit twee onderdelen:

- ▶ validering op inhoud, waarin nagegaan wordt of de indicator ook daadwerkelijk de essentie van de richtlijn weergeeft
- ▶ validering van het construct, waarin nagegaan wordt of de indicator ook daadwerkelijk meet wat de bedoeling is. Dit type validering is vooral interessant voor indicatoren waar aannames gedaan moeten worden ten aanzien van de indicatie waarvoor een bepaald geneesmiddel wordt voorgeschreven. Vaak wordt een indicatie ingeschat op basis van comedicatie. Bij de validering van het construct wordt bepaald of die inschatting betrouwbaar genoeg is.

Externe voorschrijfindicatoren

DGV heeft vijftientwintig voorschrijfindicatoren ontwikkeld, die gebaseerd zijn op diverse richtlijnen van het NHG. Daarbij is getracht de essentie van de betreffende richtlijnen rondom het voorschrijven van medicatie op een gestructureerde manier te vertalen. Deze indicatoren voldoen aan strikte eisen bij de validering en zijn te gebruiken als externe indicatoren.

Een praktisch hulpmiddel bij het inzichtelijk maken van deze externe voorschrijfindicatoren voor individuele huisartsen is de SFK webrapportage 'Benchmark Voorschrijven', ontwikkeld door DGV en de SFK. Het voorschrijfgedrag kan gespiegeld worden aan landelijke waarden of aan gemiddelden binnen de apotheek of FTO-groep. Deze gegevens kunnen in het FTO onder andere gebruikt worden voor het vaststellen van onderwerpen waar verbetering mogelijk is en daarmee als leidraad dienen voor de jaarplanning van het FTO en voor het evalueren van afgesproken resultaatdoelstellingen.

Voorschrijfindicatoren CVRM

Naast de algemene voorschrijfindicatoren heeft DGV in samenwerking met NHG en KNMP/WINAp zestien voorschrijfindicatoren specifiek rondom CVRM ontwikkeld (zie bijlage 1 voor een overzicht). Deze voorschrijfindicatoren geven inzicht in de kwaliteit van voorschrijven bij CVRM en meten of de juiste patiënten de juiste behandeling krijgen conform de NHG-standaard *Cardiovasculair risicomanagement* (versie 2007). De voorschrijfindicatoren CVRM bestaan uit zowel externe als interne voorschrijfindicatoren. De interne voorschrijfindicatoren zijn evenals de externe voorschrijfindicatoren uitgebreid gevalideerd, maar voldoen aan minder strenge eisen (met name op het gebied van patiënten-aantallen) dan de externe voorschrijfindicatoren. De interne voorschrijfindicatoren zijn uitsluitend bedoeld voor gebruik in de huisartsenpraktijk en het FTO.

De voorschrijfindicatoren CVRM zijn opgenomen in de SFK webrapportage 'CVRM' (zie www.sfk.nl). Aan de hand van de overzichten in deze webrapportage kan het voorschrijfgedrag van een individuele huisarts op het gebied van CVRM snel en makkelijk inzichtelijk gemaakt worden en gespiegeld worden aan landelijke waarden of aan gemiddelden binnen de apotheek of FTO-groep.

4. Gebruik voorschrijfindicatoren in het FTO

Voorschrijfindicatoren zijn op verschillende manieren te gebruiken in het FTO. Hieronder vindt u een overzicht met tips en voorbeelden rondom CVRM.

Oriëntatie en onderwerpkeuze

Voorschrijfindicatoren (op groepsniveau) zijn een hulpmiddel bij de onderwerpskeuze voor een FTO. Sterke en zwakke kanten van het voorschrijven van de huisartsen in de FTO-groep kunnen in kaart gebracht worden door voorschrijfindicatoren te spiegelen aan landelijke (of regionale) gegevens. Op basis daarvan krijgt men inzicht bij welke onderwerpen het medicamenteuze beleid suboptimaal is en kan men geschikte onderwerpen voor bespreking in het FTO vaststellen.

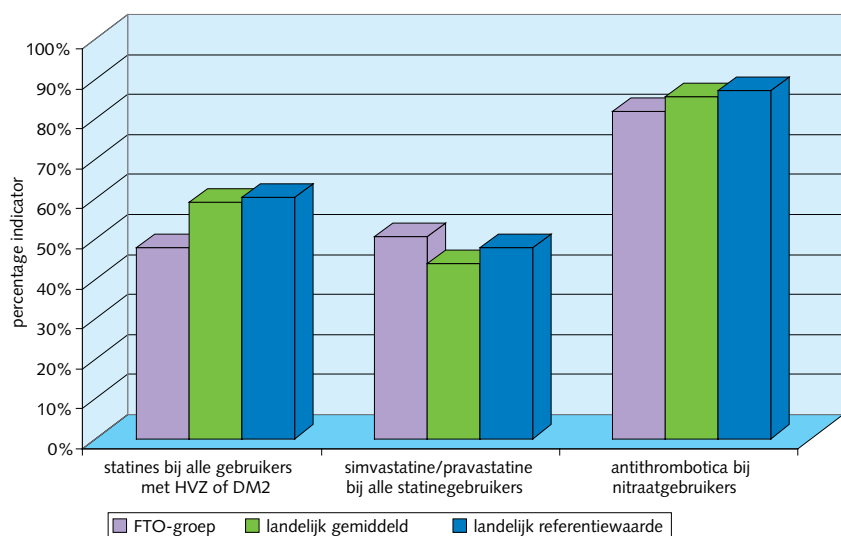
Bij het maken van een jaarplanning kunt u gebruik maken van voorschrijfindicatoren voor een breed scala aan onderwerpen (zoals in de SFK webrapportage 'Benchmark Voorschrijven'). Afhankelijk van uw bevindingen kiest u voor een of meerdere onderwerpen voor het FTO. Deze werkwijze wordt bijvoorbeeld gehanteerd bij het vaststellen van een jaarplanning in de FTO-module 'Benchmarkgegevens in het FTO' (vanaf november 2008 beschikbaar; zie www.medicijngebruik.nl).

Uiteraard kunt u zich ook beperken tot een groot thema - zoals CVRM - met meerdere aandachtsgebieden. Door gebruik te maken van voorschrijfindicatoren kunt u de sterke en zwakke punten bij dit thema in kaart brengen, zodat u inzicht krijgt welke aandachtspunten wel en niet zinvol zijn om te bespreken in het FTO. Deze werkwijze wordt bijvoorbeeld gehanteerd bij het bepalen van een vervolgonderwerp in de FTO-module 'Cardiovasculair risicomanagement' (zie www.medicijngebruik.nl). Zie grafiek 1 voor een voorbeeld.

Tip oriëntatie

Maak gebruik van de SFK webrapportages 'Benchmark Voorschrijven' en 'CVRM' (zie www.sfk.nl voor meer informatie). U kunt daarmee snel en makkelijk de voorschrijfindicatoren bepalen van uw FTO-groep en vergelijken met landelijke gegevens.

grafiek 1 Kwaliteit van voorschrijven FTO-groep rondom CVRM in vergelijking met het landelijk gemiddelde en de landelijke referentiewaarde



Implementatie

Voorschrijfindicatoren (op individueel niveau) kunnen vervolgens gebruikt worden bij het bespreken van het gekozen onderwerp in het FTO. De individuele voorschrijfindicatoren kunnen vergeleken worden met die van de andere huisartsen van het FTO, met die van de FTO-groep of apotheek als geheel en/of met die op landelijk niveau. De huisartsen kunnen daarbij onderling verschillen in sterke en zwakke kanten.

Bij het bespreken van de voorschrijfindicatoren kunt u de volgende vragen gebruiken als leidraad:

- ▶ Hoe verhouden de scores van de individuele huisarts zich met de landelijke scores?
- ▶ In welke mate verschillen de huisartsen onderling en zijn die verschillen te verklaren?
- ▶ Wijken de scores af van wat men had verwacht en zo ja, waarom?
- ▶ Wijken de scores af van wat wenselijk is en zo ja, waarom?
- ▶ Wat zijn mogelijke verklaringen voor afwijkingen?
- ▶ Wijken trends in de FTO-groep af van de landelijke trends?

Na het onderling vergelijken van de voorschrijfindicatoren kan men afspraken maken ter verbetering van de indicator. Daarbij is het zinvol om niet alleen af te spreken welke acties ondernomen worden ter verbetering van de indicator, maar ook een resultaatdoelstelling te formuleren. Bijvoorbeeld dat de komende zes maanden 80% van alle nieuwe statinegebruikers simvastatine krijgt voorgeschreven. Probeer deze resultaatdoelstellingen zo realistisch mogelijk te formuleren. Stel niet te lage doelen maar ook niet te hoge niet-realiseerbare doelen. De landelijke referentiewaarden in de SFK webreportages 'Benchmark Voorschrijven' en 'CVRM' kunnen daarbij behulpzaam zijn.

De landelijke referentiewaarde is de 90-percentielscore, de score waar de huisartsen van 90% van de apotheken onder zitten en de huisartsen van 10% van de apotheken boven zitten. Nadeel van het gebruik van de landelijke referentiewaarde is dat de referentiewaarde voor een aantal voorschrijfindicatoren te laag kan zijn, omdat in het hele land niet goed wordt voorgeschreven.

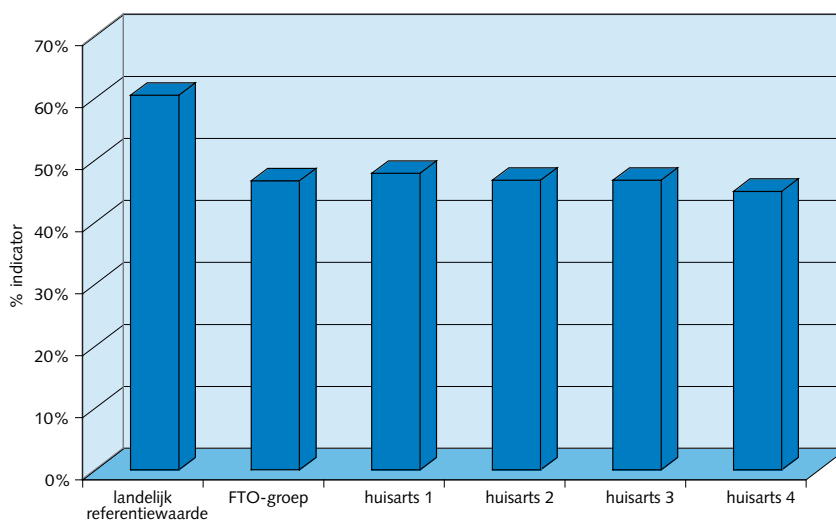
In grafiek 2 ziet u een voorbeeld op welke manier u de gegevens van de individuele huisarts en FTO-groep kunt weergeven in vergelijking met landelijke gegevens.

Tips implementatie

Maak ook hierbij gebruik van de SFK webreportages 'Benchmark Voorschrijven' en 'CVRM' (zie www.sfk.nl voor meer informatie). In de rapportages per thema kunt u snel en makkelijk de voorschrijfindicatoren bepalen van de individuele huisartsen van uw FTO-groep en vergelijken met landelijke gegevens.

Verbeteren van een voorschrijf-indicator vraagt motivatie, extra werk en tijd. Beperk daarom het aantal voorschrijfindicatoren tot twee à drie per onderwerp in uw FTO.

grafiek 2 Mate van voorschrijven van statines bij patiënten met hart- en vaatziekten en/of diabetes mellitus type 2 door huisartsen van de FTO-groep en landelijk



Evaluatie van het effect

De gemaakte afspraken kunnen vervolgens geëvalueerd worden na een vooraf vastgestelde periode van bijvoorbeeld negen of twaalf maanden. De nieuwe scores van de indicator(en) worden vergeleken met de oorspronkelijke scores.

Bij de evaluatie kunt u de volgende vragen gebruiken als leidraad:

- ▶ Hebben de individuele huisartsen de resultaatdoelstelling behaald?
- ▶ Zo ja, wat heeft men gedaan om de resultaatdoelstelling te bereiken?
- ▶ Zo nee, was de resultaatdoelstelling realistisch? Zijn nieuwe afspraken en activiteiten noodzakelijk voor het behalen van de resultaatdoelstelling? Is aanpassing van de resultaatdoelstelling noodzakelijk?
- ▶ Wijken de scores af van wat men had verwacht en zo ja, waarom?

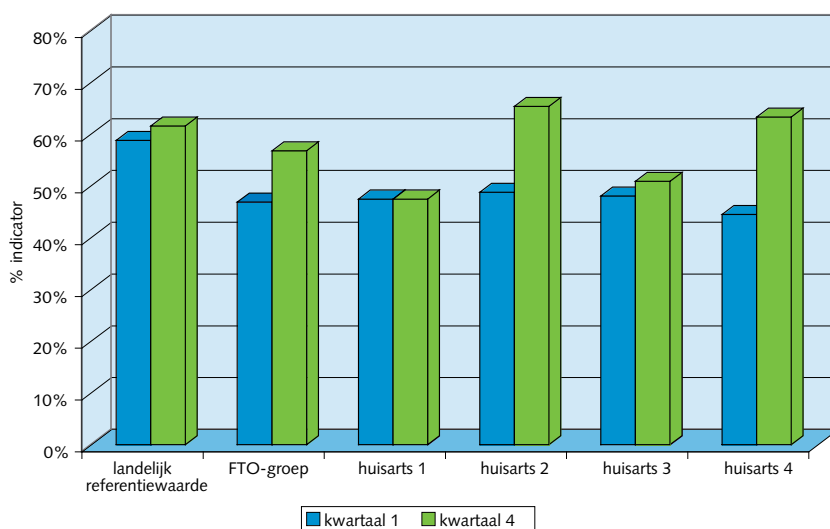
In grafiek 3 ziet u een voorbeeld op welke manier u de evaluatie van de gemaakte afspraken kunt weergeven in uw FTO.

Tips evaluatie

Maak ook hierbij gebruik van de SFK webrapportages 'Benchmark Voorschrijven' en 'CVRM' (zie www.sfk.nl voor meer informatie). In de rapportages per thema kunt u snel en makkelijk de voorschrijfindicatoren per kwartaal bepalen van de individuele huisartsen van uw FTO-groep en vergelijken met landelijke gegevens.

Evalueer ook tussentijds, bijvoorbeeld elke drie maanden. Hiermee kunt u de voortgang van de activiteiten bewaken. U kunt deze tussenevaluatie ook gebruiken voor eventuele bijstelling van afspraken en resultaatdoelstellingen.

grafiek 3 Evaluatie van afspraken over mate van voorschrijven van statines bij patiënten met hart- en vaatziekten en/of diabetes mellitus type 2 door huisartsen van de FTO-groep



5. Weerstand bij voorschrijf-indicatoren in het FTO

Tips

Tempoverschillen in de acceptatie van het werken met voorschrijfindicatoren horen bij elk veranderingsproces. Houd hiermee rekening.

Besteed voldoende aandacht aan het geven van informatie in het FTO. Denk daarbij bijvoorbeeld aan informatie over inhoud indicator, landelijke trends en resultaten andere FTO-groepen.

Geef duidelijk aan waarvoor de voorschrijfindicatoren gebruikt worden in het FTO (oriëntatie, implementatie en evaluatie en niet om extern af te rekenen).

Het zichtbaar maken van de kwaliteit van het eigen voorschrijfbeleid met de voorschrijfindicatoren kan weerstanden oproepen bij huisartsen en apothekers. Dit kan zich uiten in tegenzin, rebellie, onverschilligheid en rationalisatie van het probleem. Men kan bijvoorbeeld denken aan de volgende weerstanden:

- angst om afgerekend te worden
- angst voor veranderingen en vernieuwingen
- niet willen werken met meetgegevens (vaak vanwege zich kwetsbaar voelen)
- niet eens met beleid in de NHG-standaarden
- men ziet geen rol voor voorschrijver bij kostenbeperking (maatschappelijk belang)

Men dient dan ook met mogelijke weerstanden rekening te houden bij het werken met voorschrijfindicatoren in het FTO.

Huisartsen kunnen op de volgende manieren denken over voorschrijfindicatoren:

- de gegevens kloppen niet
- de gegevens kloppen wel, maar ze gaan niet over mij/mijn praktijk
- de gegevens kloppen, ze gaan over mij, maar ik kan er niets aan doen
- de gegevens kloppen, ze gaan over mij, ik kan er (ook) iets aan doen
- de gegevens kloppen, ze gaan over mij, en ik ga er (ook) iets aan DOEN

(Bron: Brochure 'Kwaliteit zichtbaar maken', 2008)

In de praktijk zal de ene huisarts uitkomsten van voorschrijfindicatoren sneller accepteren en er iets mee doen dan de ander. Er zijn verschillende stadia van acceptatie te onderscheiden. Hieronder volgt een beknopt overzicht van de stadia waarin huisartsen/apothekers zich kunnen bevinden.

1. Voorstadium

In het voorstadium is er geen bewustzijn over het belang van het werken met voorschrijfindicatoren en ziet de huisarts/apotheker dus geen aanleiding om te veranderen. Bij huisartsen/apothekers die in deze fase verkeren, is het vergroten van het bewustzijn de doelstelling. Dit kan onder andere door het geven van achtergrondinformatie over het werken met voorschrijfindicatoren en het bespreken van de consequenties van het huidige voorschrijfgedrag. Praten over veranderen heeft nog weinig zin.

2. Overwegen van verandering

In dit stadium wordt het belang van het werken met voorschrijfindicatoren al ingezien en wordt er nagedacht over veranderen. De huisarts/apotheker ziet de voor- en nadelen, maar aarzelt nog. Angst voor de zorgverzekeraar, controleverlies en het niet erkennen van de eigen cijfers vormen de belangrijkste belemmeringen. Voor antwoorden op veelvoorkomende twijfels en vragen zie bijlage 2.

Bij huisartsen/apothekers die in deze fase verkeren, heeft praten over het veranderen van gedrag wel zin. Daarbij kunnen argumenten voor en positieve en negatieve consequenties van werken met voorschrijfindicatoren aan bod komen. De beslissing wordt in deze fase nog niet genomen.

3. Beslissen en voorbereiden van verandering

In dit stadium valt de beslissing over het werken met voorschrijfindicatoren en wordt de uitvoering ervan voorbereid. De vraag is niet langer 'Zal ik...?' maar 'Hoe kan ik...?'. Huisartsen/apothekers die in deze fase verkeren, denken na over een praktische aanpak voor het werken met voorschrijfindicatoren.

4. Uitvoeren

In dit stadium werkt de huisarts/apotheker met voorschrijfindicatoren. De aandacht richt zich onder andere op het vergroten van het vertrouwen in het werken met voorschrijfindicatoren en het focussen op succesvol gebruik van voorschrijfindicatoren.

5. Volhouden

Nadat men voor de eerste keer met voorschrijfindicatoren heeft gewerkt, begint het stadium van volhouden. Consequent blijven met voorschrijfindicatoren is de grote uitdaging.

6. Terugval

Het is altijd mogelijk dat de aandacht voor het werken met voorschrijfindicatoren na verloop van tijd verslapt. Na een terugval kan de huisarts/apotheker opnieuw overwegen en veranderen. Daarmee is de cirkel van acceptatie rond, een cirkel die dus vaker doorlopen kan worden.



Bijlage 1

Voorschrijfindicatoren CVRM

tabel 1 Voorschrijfindicatoren CVRM

Secundaire preventie

Statines bij alle patiënten met HVZ of DM2
Statines bij nieuwe patiënten met HVZ of DM2
Antithrombotica bij nitraatgebruikers

Therapiekeuze

Simvastatine/pravastatine bij alle statinegebruikers
Simvastatine/pravastatine bij nieuwe statinegebruikers
Simvastatine bij alle statinegebruikers
Simvastatine bij nieuwe statinegebruikers
Acetylsalicylzuur of carbasalaatcalcium bij alle gebruikers van trombocytenaggregatieremmers
ACE-remmers bij nieuwe gebruikers RAS-remmers
Diuretica bij nieuwe gebruikers antihypertensiva

Dosering

Juiste dosering simvastatine of pravastatine bij alle gebruikers van simvastatine of pravastatine
Juiste dosering simvastatine of pravastatine bij nieuwe gebruikers van simvastatine of pravastatine
Juiste dosering trombocytenaggregatieremmers bij alle gebruikers
Juiste dosering trombocytenaggregatieremmers bij nieuwe gebruikers

Therapietrouw

Stoppers statines
Stoppers antithrombotica



Bijlage 2

Veelgestelde vragen bij voorschrijfindicatoren

Bij het beantwoorden van onderstaande vragen wordt uitgegaan van het gebruik van de SFK webrapportages 'Benchmark voorschrijven' of 'CVRM' voor het verkrijgen van de scores van de voorschrijfindicatoren.

Indicatoren

Waarop zijn voorschrijfindicatoren gebaseerd? Wie bepaalt wat goed voorschrijven is?

Voor het bepalen van wat goed voorschrijfgedrag is, worden de NHG-standaarden geraadpleegd. In sommige gevallen wordt gebruik gemaakt van het Farmacotherapeutisch Kompas, bijvoorbeeld voor het bepalen van de meerwaarde van spécialitépreparaten bij voorschrijfindicatoren over generiek voorschrijven.

Hoe wordt rekening gehouden met de indicatie van de voorgeschreven medicatie?

Bij het gebruik van voorschrijfgegevens van de SFK is geen indicatie (ICPC-code) bekend. De indicatie moet afgeleid worden van het voorgeschreven geneesmiddel. Bij bepaalde geneesmiddelgroepen - zoals antidiabetica - is dat geen probleem, bij andere geneesmiddelgroepen - zoals bètablokkers of ACE-remmers - kan dat wel een probleem zijn. Indien de indicatie een rol speelt bij de voorschrijfindicator, veroorzaakt dit 'ruis'. Hiervoor wordt in meer of mindere mate gecorrigeerd door de gegevens van bijvoorbeeld huisartsen te spiegelen aan elkaar. De spiegelwaarden bevatten deze 'ruis' ook en bij een redelijk normale patiëntenpopulatie is de 'ruis' in het algemeen vergelijkbaar. Bovendien worden alle indicatoren waarbij 'ruis' een rol speelt uitvoerig gevalideerd met huisartsgegevens van LINH (Landelijk informatie netwerk huisartsenzorg; www.linh.nl).

Patiënten

Is een voorschrijfindicator ook betrouwbaar wanneer ik maar weinig patiënten heb?

Het aantal patiënten waarop voorschrijfindicatoren zijn gebaseerd, moet voldoende groot zijn (dit is vanaf 15-20). Bij een kleiner aantal patiënten kan toeval een rol gaan spelen in de uitkomsten van de voorschrijfindicatoren.

Worden altijd patiënten van alle leeftijden meegenomen?

Voor een aantal voorschrijfindicatoren wordt gekeken naar patiënten van een bepaalde leeftijdscategorie. Dit is relevant indien het voorschrijfbeleid bij de betreffende leeftijdscategorie volgens de NHG-standaard afwijkt van het voorschrijfbeleid bij de andere leeftijdscategorieën. Bij deze voorschrijfindicatoren is het aantal patiënten of voorschriften - waarop de voorschrijfindicator is gebaseerd - kleiner dan het totaal aantal zonder leeftijdsgrenzen.

De huisartsenpraktijk staat in een achterstandswijk. Zijn de scores dan wel betrouwbaar?

Een relatief oude patiëntenpopulatie of een relatief zieke populatie kan invloed hebben op de uitkomst van enkele voorschrijfindicatoren. Dit zal spelen bij bijvoorbeeld voorschrijfvolume en therapietrouw. Voorschrijfindicatoren over therapiekeuze worden echter niet beïnvloed.

Het aantal therapietrouwe patiënten is onwaarschijnlijk laag. Hoe kan dat?

Patiënten die hun recepten bij verschillende apotheken ophalen, worden als therapieontrouw aangemerkt.

Het aantal nieuwe gebruikers is onwaarschijnlijk hoog. Hoe kan dat?

Bij een aantal voorschrijfindicatoren wordt gekeken naar 'nieuwe gebruikers'. Een nieuwe gebruiker wordt gedefinieerd als een patiënt die een eerste voorschrift krijgt en in de daaraan voorafgaande 12 maanden geen enkel middel uit de desbetreffende geneesmiddelgroep heeft gekregen. Deze definitie kan echter verkeerd uitpakken in de praktijk, namelijk bij:

- ▶ Omzetting naar een nieuw apotheekinformatiesysteem. Hierbij krijgen alle gebruikers in het algemeen een nieuw patiëntnummer. Ze worden daardoor allemaal onterecht als nieuwe gebruiker gezien. Dit kan opgelost worden door de aflevergegevens over de afgelopen **36 maanden** opnieuw aan te leveren bij de SFK.
- ▶ Een nieuwe apotheekbezoeker (bijvoorbeeld door verhuizing) wordt altijd beschouwd als een nieuwe gebruiker, ook al gebruikt hij de medicatie al langere tijd. Deze situatie kan niet worden gecorrigeerd in de databank van de SFK.

Huisartsen

Van welke huisartsen heeft de SFK geen gegevens?

Apotheekhoudende huisartsen leveren geen voorschrijfgegevens aan bij de SFK en kunnen daardoor ook niet gebruik maken van de SFK webrapportages 'Benchmark voorschrijven' en 'CVRM'. Dit geldt uiteraard ook voor huisartsen waarvan de apotheker geen aflevergegevens aanlevert bij de SFK.

Voor groepspraktijken wil ik de cijfers samenvoegen. Hoe moet dat?

Voor groepspraktijken waarin de huisartsen met meerdere AGB-codes werken, kan de indicator worden berekend met behulp van de uitkomst van alle huisartsen en het aantal waarop deze uitkomst is berekend. Dit gaat volgens volgend voorbeeld:

Voorbeeld

Huisarts X: 10% op basis van n=11

$10 \times 11 = 110$

Huisarts Y: 90% op basis van n=99

$90 \times 99 = 8910$

Combinatie huisarts X en Y: $(110 + 8910) / (11 + 99) = 9020 / 110 = 82\%$

Onze FTO-groep heeft meerdere apotheken. Kunnen de cijfers gekoppeld worden?

Het komt veel voor dat patiënten van een huisarts bij meer dan een apotheek hun recepten ophalen. Hierdoor kunnen de apotheekgegevens van een apotheek een onvolledig beeld geven van het voorschrijfgedrag van een huisarts, waardoor bijvoorbeeld de aantallen waarop de indicator is berekend te laag kunnen zijn om een betrouwbaar beeld te vormen. Een mogelijke oplossing hiervoor is het vormen van een SFK-groep. Dit is kosteloos voor de webrapportages waar men een abonnement op heeft. Voorwaarde is wel dat de versleuteling van de AGB-codes in alle meewerkende apotheken gelijk moet zijn.

Referentiewaarden

Wat zijn mogelijk streefwaarden van de voorschrijfindicatoren?

De webrapportages van de SFK geven de volgende landelijke spiegelcijfers:

- ▶ landelijk gemiddelde, dit is de waarde waar de huisartsen van 50% van de apotheken boven en onder zitten
- ▶ landelijke referentiewaarde, dit is de waarde waar de huisartsen van 10% van de apotheken boven en de huisartsen van 90% van de apotheken onder zitten

De landelijke referentiewaarde geeft aan wat haalbaar is en in de meeste gevallen ook wat goed voorschrijven is. Als over het hele land onvoldoende de richtlijn wordt gevolgd, is deze referentiewaarde geen maat voor goed voorschrijven. Het is in het algemeen niet mogelijk om een absolute referentiewaarde aan te houden.

Het verschil tussen het landelijk gemiddelde en de landelijke referentiewaarde is een indicatie voor de spreiding op een indicator. Wanneer deze waarden relatief ver uit elkaar liggen, is er een redelijk grote spreiding tussen de huisartsen in de uitkomst op deze indicator. Liggen de waarden kort bij elkaar, dan is de spreiding tussen de huisartsen vaak ook minder.

Specialistenreceptuur

Wat is de invloed van het voorschrijven van specialisten op de voorschrijfindicatoren?

Indien mogelijk wordt gecorrigeerd voor de invloed van specialistenreceptuur. Bij voorschrijfindicatoren gebaseerd op 'nieuwe gebruikers' en 'laatste voorschriften' worden voorschriften van de specialist buiten beschouwing gelaten. Bij voorschrijfindicatoren gebaseerd op 'gebruikers' worden patiënten met meer dan de helft van de voorschriften van de specialist buiten beschouwing gelaten. Toch kan de specialist dan alsnog invloed hebben op de voorschrijfindicator. Indien de huisarts de door de specialist ingezette medicatie herhaalt, wordt deze herhaalreceptuur meegeteld als voorschrift van de huisarts.

Literatuur

- Beersen N, Kallewaard M, Croonenborg van JJ, et al. Handleiding indicatoren-ontwikkeling. Den Haag: ZonMw, 2007 (zie ook www.cbo.nl).
- Brochure Kwaliteit zichtbaar maken. Pilot Benchmark Huisartsenzorg. Rotterdam/Tilburg: STOEL/IVA, 2008 (zie www.denieuwepraktijk.nl onder Actueel, januari 2008).
- Coppen R, Sixma HJ, Delnoij DMJ. Indicatoren voor toezicht op de openbare gezondheidszorg. Utrecht: NIVEL, 2006 (zie ook www.nivel.nl).
- Dik E. Handboek FTO. Werken aan verbetering van het FTO-niveau. Utrecht: DGV, 2008 (zie www.medicijngebruik.nl).
- Faranchimont M, Pronk J, Tits M et al. Zichtbaar maken van kwaliteit in de huisartsenzorg. Landelijke evaluatie van vier regionale pilots 'Benchmark Huisartsenzorg. Rotterdam/Tilburg: STOEL/IVA, 2007 (zie www.stoel.org).
- Westerhuis G, Eimers M. Rapport benchmark voorschrijven 2006. Utrecht: DGV, 2006 (zie www.medicijngebruik.nl).
- Westerhuis G, Eimers M. Rapport benchmark voorschrijven 2007. Utrecht: DGV, 2007 (zie www.medicijngebruik.nl).



DGV NEDERLANDS INSTITUUT VOOR
VERANTWOORD MEDICIJNGEBRUIK



nederlands huisartsen
genootschap