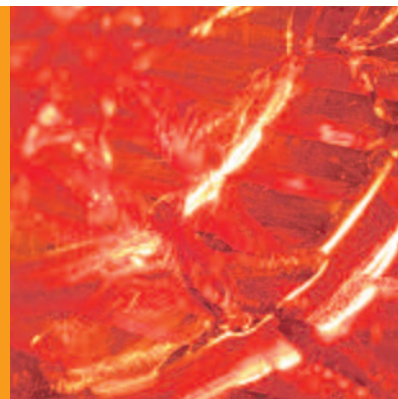


Rapport



Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen 2015



Instituut voor
Verantwoord Medicijngebruik

Colofon

Auteurs

Anke Lambooy, apotheker, Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik
dr. Joost de Metz, Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik
Rob Essink, apotheker MPH, Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik
Marianne Nijpels, apotheker, Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik
dr. Miriam Warnier, huisarts, Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik

Met medewerking van

Henriëtte Giesbers, RIVM
Paul Sterkenburg, Vektis

november 2015

Wij hebben de grootst mogelijke zorg besteed aan deze uitgave. Aan de inhoud hiervan kunnen echter geen rechten worden ontleend. Het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik 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 worden gebruikt zonder vooraf verkregen toestemming.

Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik
Postbus 3089, 3502 GB Utrecht
Churchillaan 11, 3527 GV Utrecht
tel 0888 800 400
info@medicijngebruik.nl www.medicijngebruik.nl





Inhoud



Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen 2015

4	Leeswijzer
5	Inleiding
6	Beschouwing en aanbevelingen
8	1. Antibiotica
14	2. Diabetes mellitus type 2
18	3. ADHD
26	4. Cardiovasculair risicomanagement
34	5. Astma
38	6. Pijn
43	7. Opioïde pijnstillers
51	8. Antidepressiva
57	9. Maagmiddelen
62	10. Osteoporose
65	11. Doelmatig voorschrijven in het algemeen
71	12. Zorgverzekeraars
75	13. De indicatoren: definities en clusterindeling
82	14. Methodologie

Leeswijzer

Het rapport start met een inleiding en een beschouwing, met hierin de algemene aanbevelingen. Hierna volgen de inhoudelijke hoofdstukken, die elk ingaan op een specifiek ziektebeeld of een geneesmiddelgroep. Elk hoofdstuk start met achtergrondinformatie over de aandoening en de aanbevelingen uit de richtlijnen. Aan de hand van indicatorscores uit de Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen (MVH) en aanvullend onderzoek worden het huidige voorschrijfbeleid en het beleid in de afgelopen vijf jaar beschreven. Ook staat elk hoofdstuk stil bij de verschillen tussen de regio's. Elk hoofdstuk sluit af met aanbevelingen voor onderzoek en beleid.

De volgende onderwerpen komen aan de orde:

1. Antibiotica
2. Diabetes mellitus
3. ADHD
4. Cardiovasculair risicomanagement
5. Astma
6. Pijn
7. Opiïde pijnstillers
8. Antidepressiva
9. Maagmiddelen
10. Osteoporose

Hoofdstuk 11 laat de scores op de door Zorgverzekeraars Nederland en KPMG ontwikkelde indicatoren doelmatig voorschrijven zien. Hoofdstuk 12 brengt de verschillen tussen de zorgverzekeraars in kaart. Hoofdstuk 13 bevat de definities en de clusterindelingen van de indicatoren. De methode is in hoofdstuk 14 beschreven.



Inleiding

Voor de tiende maal brengt het IVM het landelijke rapport Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen (MVH) over het voorschrijfgedrag van huisartsen uit. Het rapport brengt met behulp van indicatoren het voorschrijven van huisartsen in kaart. Inmiddels is het werken met voorschrijfindicatoren door huisartsen en zorgverzekeraars dankzij de MVH gemeengoed geworden. Alle zorgverzekeraars passen sinds 2015 de voorschrijfindicatoren toe in hun contracteerbeleid met de huisartsen. Hierbij valt op te merken dat het werken met de indicatoren van het MVH geen enkele administratieve belasting voor de huisartsen met zich meebrengt.

De vorige rapporten focusten op de voorschrijfindicatoren zonder daarbij in te gaan op de achterliggende ziektebeelden. In het huidige rapport wordt bij de voorschrijfindicatoren ook gekeken naar de achterliggende aandoening en naar geneesmiddelklassen. Met deze opzet wordt beoogd het rapport minder technisch en leesbaarder te maken. En wordt meer aandacht geschonken aan de beleidsrelevantie.

Ook gaat het rapport in op onderwerpen waarbij volgens het IVM nog veel doelmatigheidswinst te behalen is, maar waaraan zorgverzekeraars nog geen aandacht aan besteden. Een voorbeeld daarvan zijn de opioïden (hoofdstuk 7).

Zorgverzekeraars richten zich niet op volumebeleid, terwijl dat voor het ministerie juist relevant is. Voorbeelden daarvan zijn de ADHD-middelen (hoofdstuk 2) en antibiotica (hoofdstuk 3), waarvan het ministerie beperking van het gebruik wenselijk acht. De volume-indicator voor antibiotica laat een grote spreiding zien in het voorschrijven van antibiotica door huisartsen. Ook bij de ADHD-middelen is er sprake van een aanzienlijke spreiding. Verminderen van variatieverschillen in voorschrijven, die niet verklaarbaar zijn door verschillen in patiëntenpopulatie, vormen dan ook een belangrijk aangrijpingspunt om de kwaliteit van voorschrijven te bevorderen.

Het IVM wil ook meer aandacht gaan schenken aan geneesmiddelen waarvan nu nog het voorschrijfvolume gering is, maar waarbij de verwachting is dat het voorschrijven ervan sterk kan toenemen. Een voorbeeld daarvan zijn de nieuwe antidiabetica (hoofdstuk 2).

Bij de behandeling van veel aandoeningen zijn zowel huisartsen als medisch specialisten betrokken. Tot nu toe werd in het rapport de rol van de specialisten buiten beschouwing gelaten. Voor de eerste keer betreft het IVM ook het voorschrijven van medisch specialisten in het rapport, namelijk in het hoofdstuk over ADHD.

Concluderend: het IVM ziet een nieuwe rol voor het rapport, namelijk het signaleren en verkennen van die gebieden van de farmacotherapie, die niet voldoende worden opgepakt door zorgverleners en zorgverzekeraars. Vanzelfsprekend zal daarbij niet de rol van het rapport met betrekking tot het transparant maken van het voorschrijven van de huisartsen uit het oog worden verloren.

Beschouwing en aanbevelingen

Het rapport Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen brengt met behulp van indicatoren uit de Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen (MVH) en verdiepend onderzoek het voorschrijven door huisartsen in kaart. Hierbij ligt de focus op de meest voorgeschreven geneesmiddelgroepen en het voorschrijven conform NHG-Standaarden. Het rapport geeft zo een indruk van de kwaliteit en doelmatigheid van het voorschrijfbeleid van de Nederlandse huisartsen in 2014.

Dit jaar staat het rapport in het teken van een terugblik over de ontwikkelingen in het voorschrijfgedrag in de afgelopen 5 jaar. Hierin zijn positieve ontwikkelingen zichtbaar: huisartsen schrijven bij veel geneesmiddelgroepen steeds vaker de voorkeursmiddelen uit de Nederlandse richtlijnen, in het bijzonder de NHG-Standaarden, voor. Het voorschrijven van antibiotica en in het bijzonder reserve-antibiotica door huisartsen vertoont een dalende trend. Huisartsen zijn terughoudend in het voorschrijven van nieuwe, dure geneesmiddelen voor diabetes. Wel blijft er op veel terreinen een aanzienlijke variatie tussen huisartsen en tussen regio's bestaan, zowel in therapiekeuze als in voorschrijfvolume. Dit duidt erop dat er ruimte voor verbetering is.

Naast een terugblik is er ook een vooruitblik naar gebieden die (nog) niet met indicatoren zijn beschreven, namelijk ADHD en de keuze voor opioïde (morphine-achtige) pijnstillers. De huisarts had in 2014 bij het starten van ADHD-medicatie bij kinderen een bescheiden rol. Het starten van deze medicatie vindt met name in de tweede lijn plaats. Daarentegen is de huisarts relatief vaak de voorschrijver die deze middelen bij volwassenen start. Bij de keuze voor opioïde pijnstillers zijn grote verschillen tussen huisartsen en tussen regio's zichtbaar. Op dit terrein is een flinke doelmatigheidswinst te behalen, namelijk lagere uitgaven aan geneesmiddelen zonder concessies te doen aan de kwaliteit.

Algemene aanbevelingen

Per hoofdstuk en de daarin besproken aandoening is een aantal aanbevelingen opgenomen. Op deze plaats zijn de belangrijkste aanbevelingen voor het beleid kort samengevat. Deze aanbevelingen hebben betrekking op meerdere onderwerpen.

Bevorder goed en doelmatig voorschrijfgedrag door neutrale informatie en duidelijke aanbevelingen vanuit diverse partijen

Op het terrein van de middelen voor diabetes hebben diverse partijen (huisartsenkoepels en kennisinstituten) een heldere en eendrachtige plaatsbepaling voor de nieuwe, dure geneesmiddelen voor deze aandoening gegeven. Dit heeft geleid tot een terughoudend voorschrijven van deze middelen door de huisarts. Deze strategie is ook toe te passen voor andere geneesmiddelgroepen met potentieel groot kostenbeslag, zoals de nieuwe cholesterolverlagers (PCSK-9-remmers).

Hierbij zullen artsenkoepels en kennisinstituten gezamenlijk moeten optrekken. De overheid kan hierin een faciliterende rol spelen.

Verbeter de spiegelinformatie voor voorschrijvers

Het verbeteren van spiegelinformatie aan voorschrijvers met bijvoorbeeld informatie over verwijspatronen biedt de voorschrijver meer inzicht in de behandeling van zijn patiënt. Een goed voorbeeld hiervan is het voorschrijven van antidepressiva en ADHD-middelen. Informatie over verwijzingen naar de (POH-) GGZ geeft de huisarts meer aanknopingspunten om zijn voorschrijfgedrag te beoordelen. Belangrijke voorwaarde is dat deze verbreding en verdieping geen extra administratieve belasting voor de huisarts oplevert. Een andere vorm van verdieping is ook het leveren van spiegelinformatie aan andere voorschrijvers dan alleen de huisartsen. Hiervoor is een samenwerking tussen zorgverzekeraars, kennisinstituten en voorschrijvers essentieel: zorgverzekeraars beschikken over de gegevens, maar voorschrijvers kunnen, samen met kennisinstituten zoals het IVM het beste beoordelen welke spiegelinformatie de meeste waarde heeft.

Ondersteun de voorschrijver bij het interpreteren van spiegelinformatie

De afgelopen jaren hebben enkele zorgverzekeraars ervaring opgedaan met het belonen van huisartsen aan de hand van scores op voorschrijfindicatoren. Deze zorgverzekeraars scoren hoog op de indicatoren. Tegelijkertijd zien we ook dat de scores op een aantal door de verzekeraars geselecteerde indicatoren niet meer stijgen. Blijkbaar is er meer nodig dan een financiële prikkel voor het veranderen van het voorschrijfgedrag. Contact met collega-voorschrijvers, apothekers en externe deskundigen op structurele basis zouden kunnen bijdragen aan deze verandering. Het farmacotherapieoverleg (FTO) is wellicht een geschikt vehikel om zorgverleners met indicatoren te laten werken en zo een verbetering van kwaliteit en doelmatigheid te bereiken. Hierbij is ondersteuning en begeleiding vanuit koepels, zorgverzekeraars en overheid gewenst.

Identificeer regionale verbeterpunten

Dit rapport laat per regio zien waar kwaliteitswinst te behalen is. Zet als regionale koepels en zorgverzekeraar samen in op verbetering. Dit kan bijvoorbeeld zijn het terugdringen van het voorschrijfvolume antibiotica of het voorschrijven van reserve-antibiotica. Maar ook regionale afspraken samen met de medisch specialisten in de regio rond het voorschrijven van nieuwe, dure diabetesmiddelen kan een onderwerp zijn.

1. Antibiotica

Voor de eerste lijn zijn cefalosporines, fluorchinolonen en amoxicilline met clavulaanzuur de antibiotica de reserve-antibiotica: middelen die slechts bij enkele, minder vaak voorkomende infecties een plaats hebben.

Aanbevelingen uit diverse NHG-Standaarden waarop de indicatoren betrekking hebben:

- Bij de meeste luchtweginfecties hebben antibiotica geen klinisch relevant effect.
- Bij longontsteking moeten chinolonen achter de hand worden gehouden voor de tweede lijn.
- Het gebruik van amoxicilline-clavulaanzuur bij een thuis-opgelopen longontsteking waarbij geen sprake is van een aspiratie-pneumonie is ongewenst omdat het bredere spectrum niet overeenkomt met de te verwachten pathogenen.
- Bij oppervlakkige huidinfecties zijn antibiotica niet nodig.
- Bij diepere huidinfecties kan behandeling met flucloxacilline of - bijvoorbeeld bij bijtonden - amoxicilline met clavulaanzuur nodig zijn.
- Bij urineweginfecties bij gezonde niet-zwangere vrouwen kan in eerste instantie een afwachtend beleid worden gevolgd.

Achtergrond

Dankzij antibiotica zijn de meeste bacteriële infecties goed te behandelen. Veelvuldig gebruik van deze middelen doet echter de resistentie van bacteriën tegen antibiotica toenemen. Dit kan leiden tot moeilijk te behandelen infecties, waarvoor ziekenhuisopnames en langdurige behandeling met dure (reserve-) antibiotica nodig zijn. Bovendien zijn er al bacteriën ontstaan waartegen ook de reserve-antibiotica nauwelijks of niet effectief zijn. Bijkomend probleem is dat de ontwikkeling van nieuwe effectieve antibiotica stagneert. Voor het tegengaan van het toenemen van de resistentie is rationeel gebruik van antibiotica van groot belang. Dit houdt in: geen antibioticagebruik bij niet-bacteriële infecties en zo min mogelijk gebruik van (reserve-)antibiotica.

Nederland loopt voorop in het rationeel gebruik van antibiotica in de humane geneeskunde. Het door huisartsen voorgeschreven volume van antibiotica is iets meer dan de helft van het Europees gemiddelde. Ook het voorschrijven van reservemiddelen door huisartsen komt veel minder vaak voor dan elders in Europa¹.

Antibiotica worden in de veehouderij veelvuldig gebruikt en dragen bij tot toeneming van de resistentie. Na een periode van dalend antibioticumgebruik in de veehouderij bleef het volume in 2014 gelijk ten opzichte van 2013².

De diverse NHG-Standaarden over de behandeling van infecties reserveren de behandeling met antibiotica voor risicogroepen en ernstig zieke patiënten. Bij de meeste patiënten kan de huisarts volstaan met een afwachtend beleid en behandeling van de klachten zonder antibiotica voor te schrijven. Wanneer een antibioticum nodig is, kan de huisarts over het algemeen volstaan met een middel dat niet tot de reserve-antibiotica voor huisartsen behoort.

Er zijn twee indicatoren die betrekking hebben op het gebruik van antibiotica. De indicator *Reserve- en tweedekeusantibiotica* brengt in kaart in welke mate huisartsen de reserve-antibiotica voorschrijven. Deze antibiotica behoren alleen bij therapiefalen of ernstige infecties te worden voorgeschreven. De indicator *Volume antibiotica* brengt het percentage patiënten uit de huisartsenpraktijk in kaart dat in het afgelopen jaar een antibioticum heeft gebruikt.

¹ OECD. Health at a glance Europe 2014. OECD Publishing, 2014.

² Autoriteit Diergeneesmiddelen. Het gebruik van antibiotica bij landbouwhuisdieren in 2014; Trends, benchmarken bedrijven en dierenartsen. Utrecht: sDA, 2015.

Het landelijk gemiddelde is de score berekend over alle patiënten van Nederland. De mediaan geeft de score aan waar de helft van de huisartsen boven en de helft onder scoort. Wanneer de waarde van de mediaan lager is dan het landelijk gemiddelde, scoort minder dan de helft van de huisartsen boven het landelijk gemiddelde.

Stand van zaken van 2014

Huisartsen kiezen veelal voor de antibiotica conform de richtlijnen. Gemiddeld 84 procent van de antibioticarecepten betreft geen recept voor een reserve- of tweede-keusantibioticum. Wel zien we tamelijk grote verschillen in spreiding tussen huisartsen bij de keuze. Ook in het aantal patiënten dat een antibioticum voorgeschreven krijgt zijn grote verschillen zichtbaar tussen huisartsen. In de praktijken met weinig antibioticumgebruikers ligt het aandeel patiënten met een antibioticumrecept een factor twee lager dan in de meest voorschrijvende praktijken. Hierbij is al gecorrigeerd voor de leeftijd en het geslacht van de ingeschreven patiënten, maar niet voor factoren als sociaaleconomische status en etniciteit. Vorig jaar zagen we dat in praktijken met veel patiënten met een lage sociaaleconomische status een groter aandeel van de patiënten een antibioticum gebruikte³. Verder kunnen ook andere aandoeningen van de patiënt, resistentiepatronen en het voorschrijfgedrag in de ziekenhuizen van invloed zijn op de spreiding. De scores zijn weergegeven in tabel 1.1.

Tabel 1.1 Landelijke scores op de indicatoren op het gebied van antibiotica in 2014

Indicator ¹	Gemiddelde	Mediaan	Spreiding ²
Reserve- en tweedekeusantibiotica ³	16%	15%	10 - 24%
Volume antibiotica	16%	15%	12 - 22%

¹ De definities van de indicatoren treft u aan in hoofdstuk 13.

² Afstand tussen scores 10e en 90e percentiel van huisartsen.

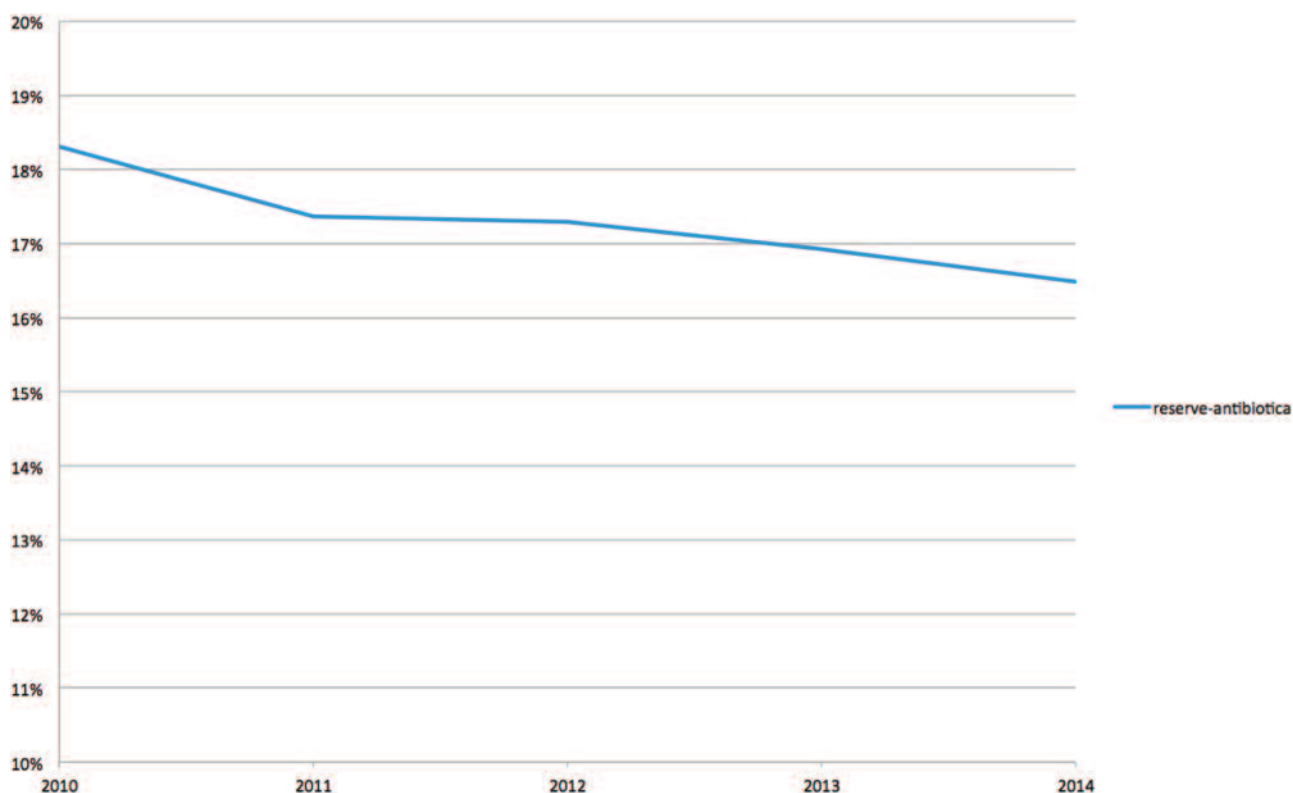
³ Bij een lagere score schrijven huisartsen minder vaak reserve-antibiotica voor.

Ontwikkeling door de jaren heen

Figuur 1.1 laat zien dat de score op indicator over reserve-antibiotica in de afgelopen jaren langzaam maar gestaag daalt. Dit is een gunstige ontwikkeling en kan helpen om resistentie-ontwikkeling af te remmen. Factoren die deze trend kunnen helpen verklaren is de toegenomen aandacht voor resistentieproblematiek en de adviezen uit de diverse NHG-Standaarden, die de plaats van reserve-antibiotica duidelijk inperken.

³ Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik. Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen 2014. Utrecht: IVM, 2014.

Figuur 1.1 Landelijk gemiddelde scores op de indicator op het gebied van antibiotica per jaar¹

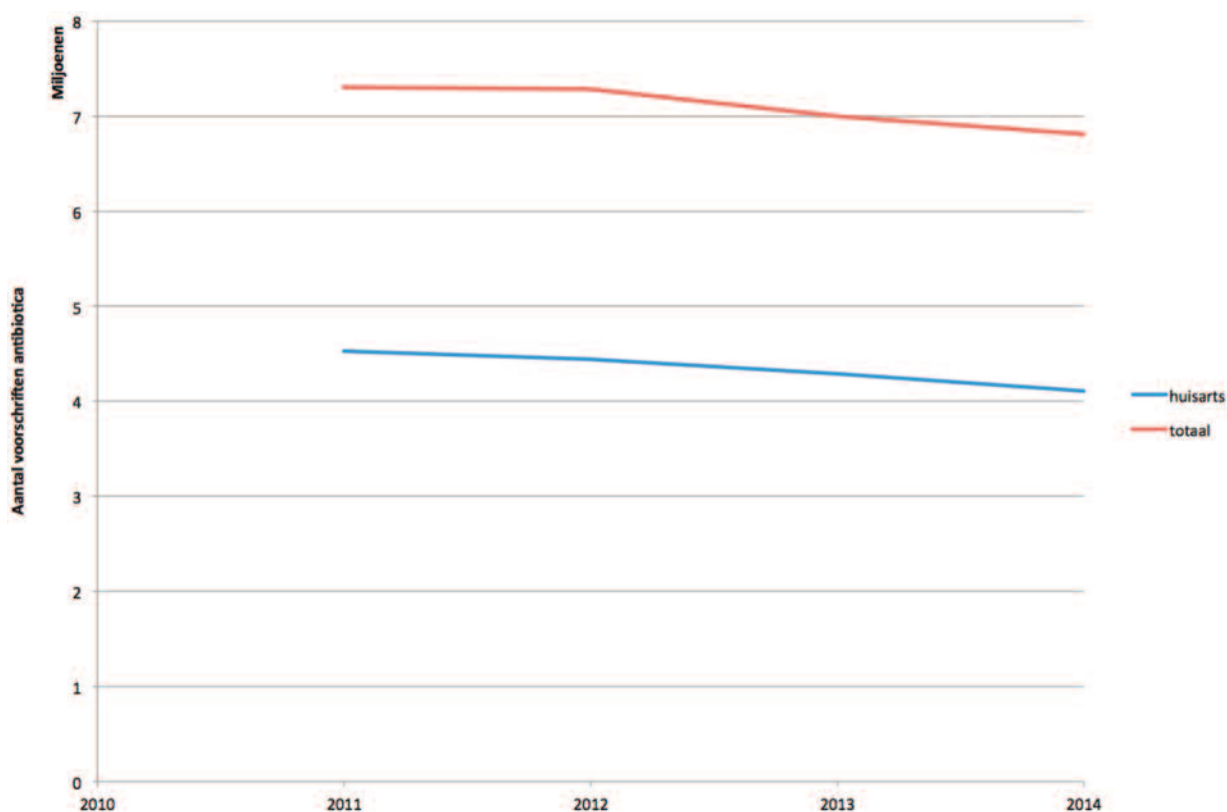


¹ Bij een lagere score schrijven huisartsen minder vaak reserve-antibiotica voor.

De wijze waarop patiënten aan een huisarts worden toegewezen is veranderd tussen 2010 en 2014. Daarom zijn de scores op de volume-indicator niet goed vergelijkbaar over de jaren heen.

Wel zien we dat het aantal antibioticumrecepten dat de Nederlandse huisartsen jaarlijks uitschrijven over de jaren heen daalt. In 2014 lag het aantal antibioticumrecepten van de huisarts 9 procent lager dan in 2011: van 4,5 miljoen naar 4,1 miljoen voorschriften. Ter vergelijking: het totaal aantal antibioticumrecepten van huisartsen, specialisten en tandartsen samen in Nederland lag in 2014 7 procent lager dan in 2011. Het gaat hierbij alleen om recepten die buiten het ziekenhuis zijn gebruikt. Het aantal voorschriften per inwoner daalt nog sterker dan de hiervoor genoemde percentages, aangezien de bevolking tussen 2011 en 2014 met 1 procent is gegroeid. Voor deze bevolkingstoename is niet gecorrigeerd.

Figuur 1.2 Aantal voorschriften voor antibiotica per jaar¹



¹ Totaalcijfers op basis van gegevens van de GIP-databank, cijfers voor de huisarts op basis van Vektisgegevens.

Regionale verschillen

Tabel 1.2 geeft de regionale spreiding aan. In de figuren 1.3 en 1.4 ziet u de scores per postcodegebied in een landkaartje.

Tabel 1.2 Regionale verschillen op het gebied van antibiotica in 2014

Indicator ¹	Spreiding ²	Vershil ²	Gemiddelde
Reserve en tweedekeusantibiotica ³	12 - 23%	11%	16%
Volume antibiotica	12 - 21%	9%	16%

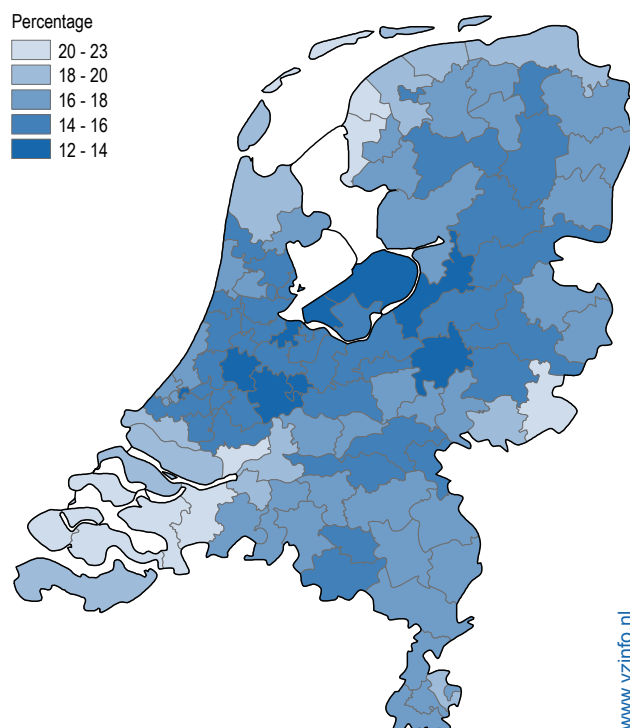
¹ De definities van de indicatoren treft u aan in hoofdstuk 13.

² Afstand tussen hoogst en laagst scorende regio.

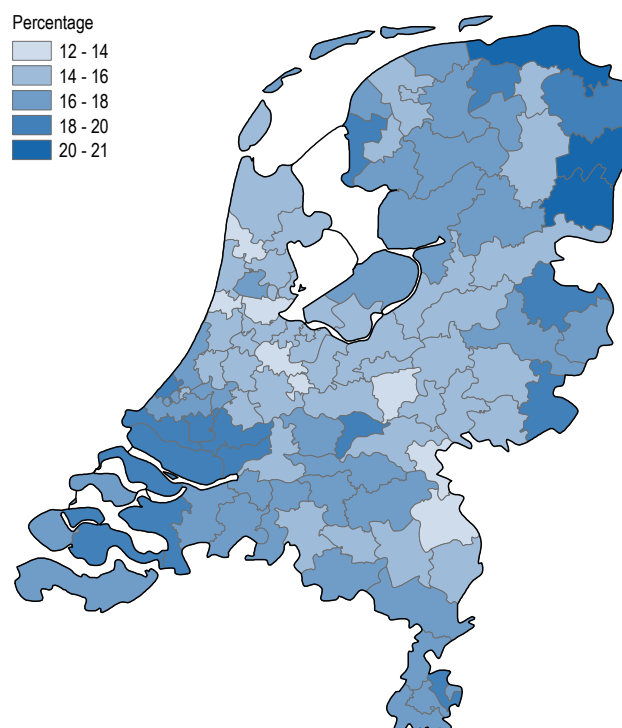
³ Bij een lagere score schrijven huisartsen minder vaak reserve-antibiotica voor.

Opvallend is dat in regio's waar veel patiënten een antibioticum gebruikten, de huisartsen ook vaker reserveantibiotica voorschrijven. Dit geldt bijvoorbeeld voor Zeeland, de Achterhoek en Rotterdam. Huisartsen in Noord-Holland en Utrecht schrijven minder vaak antibiotica voor. Wanneer zij antibiotica voorschrijven kiezen ze bovendien minder vaak voor een reserve-antibioticum.

Figuur 1.3 Reserve- en tweedekeusantibiotica in 2014



Figuur 1.4 Volume antibiotica in 2014



Tussen 2011 en 2014 daalde het volume antibiotica het sterkst in de regio's 's-Hertogenbosch en Veghel. Van een voorschrijfvolume 10 procent hoger dan het landelijk gemiddelde daalde het voorschrijfvolume naar op of rond het landelijk gemiddelde. In het oosten van Groningen en Drenthe was het voorschrijfvolume antibiotica altijd al hoog, bovendien stijgt het volume in de loop de jaren ten opzichte van het landelijk gemiddelde. Dit geldt ook voor Zeeland.

Onderzoek uit 2012 heeft laten zien dat apotheehoudende huisartsen vaker reserve-antibiotica voorschrijven⁴. Ook in 2014 schreven apotheehoudende huisartsen vaker reserve-antibiotica voor dan huisartsen zonder eigen apotheek (18 versus 15 procent). Ten slotte ligt het voorschrijfvolume van antibiotica in 2014 bij apotheehoudende huisartsen 2 procentpunt hoger dan bij hun niet apotheehoudende collega's.

⁴ Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik. Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen 2012. Utrecht: IVM, 2012.

Uit onderzoek blijkt het uitgesteld recept een effectieve methode om het antibioticumgebruik terug te dringen. Hierbij ontvangt een patiënt met een bovenste luchtweginfectie, zoals keelontsteking, eerst voorlichting van de huisarts over niet-medicamenteuze maatregelen. Als klachten aanhouden of verergeren kan een patiënt na een aantal dagen alsnog antibiotica bij de apotheek afhalen. Deze werkwijze is tevens opgenomen in de NHG-Standaard *Urineweginfecties* (2013)

Aanbevelingen voor nader onderzoek en beleid

Nader onderzoek naar de determinanten van het frequenter voorschrijven van antibiotica in sommige regio's en door apotheekhoudende huisartsen en gerichte interventies tegen onnodig voorschrijven van antibiotica zijn gewenst. Met de regionale cijfers rond de ontwikkeling van het voorschrijfvolume aan antibiotica in de hand zou het goed zijn in de regio's Groningen, Drenthe, Zuid-Holland Zuid en Zeeland extra aandacht te besteden aan het rationeel voorschrijven van antibiotica. Speciale aandacht voor de keuze van het antibioticum door de huisarts is gewenst voor de regio's Zeeland, de Achterhoek en Rotterdam, met als doel het gebruik van reservemiddelen terug te dringen. Identificatie en verdere implementatie van succesvolle trajecten in andere regio's kan daarbij van waarde zijn.

Het ZonMW-programma Priority Medicines Antimicrobiële Resistentie heeft enkele ook voor de huisartsgeneeskunde toepasbare interventies opgeleverd. Apotheekhoudende huisartsen verdienen hierbij speciale aandacht, omdat zij vaker antibiotica voorschrijven en vaker kiezen voor reservemiddelen. Het stimuleren van huisartsen in de eerder genoemde regio's om het voorschrijven van antibiotica te optimaliseren is een taak die door de overheid, huisartsenkoepels en de zorgverzekeraars zal moeten worden opgepakt. Zorgverzekeraars in deze regio's kunnen extra inzetten op het verbeteren van de scores op de twee antibiotica indicatoren van de monitor door de huisartsen.

2. Diabetes mellitus type 2

Aanbevelingen uit de NHG-Standaard *Diabetes mellitus type 2* (2013) waarop de indicatoren betrekking hebben:

- Stap 1 in de behandeling van diabetes mellitus type 2 is metformine.
- Stap 2 is het toevoegen van SU-derivaat (bij voorkeur gliclazide).
- Stap 3 is het toevoegen van insuline.
- Andere bloedglucoseverlagende middelen hebben een zeer beperkte plaats: enkel wanneer met de middelen uit het stappenplan niet kan worden uitgekomen.

Achtergrond

Mensen met diabetes mellitus type 2 lopen een groter risico op onder andere hart- en vaatziekten, nierschade en oogaandoeningen dan mensen zonder diabetes mellitus. Om de kans op dergelijke complicaties kleiner te maken moet de bloedglucosespiegel worden verlaagd. Hiervoor beschikt de arts over een uitgebreid arsenaal geneesmiddelen. De laatste jaren zijn er veel nieuwe, dure antidiabetica bijgekomen, waarvan de meerwaarde voor het voorkomen van complicaties nog niet is bewezen. Deze middelen zijn volgens de SFK in 2014 verantwoordelijk voor 69 procent van de kosten van geneesmiddelen voor diabetes mellitus type 2, terwijl slechts 9 procent van de patiënten een van deze middelen gebruikt⁵. Sommige internationale richtlijnen⁶ propageren het gebruik van de nieuwe bloedglucoseverlagende middelen. De Nederlandse NHG-Standaard *Diabetes mellitus type 2* adviseert terughoudendheid.

Gezien de relatief hoge prijzen van nieuwe middelen als DPP-4-remmers, GLP-1-agonisten en SGLT-2-remmers en hun niet bewezen meerwaarde ten opzichte van de veel goedkopere sulfonylureumderivaten (SU-derivaten) is het uit de optiek van kostenbeheersing belangrijk dat deze middelen daadwerkelijk terughoudend worden toegepast.

Ook de behandeling van risicofactoren zoals een verhoogde bloeddruk of cholesterolwaarde verkleint de kans op het ontwikkelen van hart- en vaatziekten bij patiënten met diabetes mellitus. Daarop wordt ingegaan in hoofdstuk 4 *Cardiovasculair risicomanagement*.

Op het gebied van de behandeling van diabetes mellitus type 2 hebben we twee indicatoren ontwikkeld, die zich richten op stap 1 en 2 uit het behandelplan. De indicator *Gebruik metformine bij nieuwe gebruikers* beschrijft het starten met metformine als eerste bloedglucoseverlagend middel. De indicator *Terughoudend voorschrijven nieuwe bloedglucoseverlagende middelen* geeft aan of de huisarts bij het intensiveren van de therapie kiest voor een SU-derivaat of voor een ander, nieuwer en duurder middel. Ten slotte is er een indicator *Statines bij diabetes mellitus* die het gebruik van cholesterolverlagende medicatie door patiënten met diabetes mellitus in kaart brengt. U vindt deze in het hoofdstuk 4 *Cardiovasculair risicomanagement*.

⁵ SFK. Stabilisatie van gebruik nieuwe diabetesmiddelen. Pharm Weekbl 150(7):9.

⁶ Inzucchi et al. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a patient-centered approach: position statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). Diabetes Care. 2012;35(6):1364-79.

Het landelijk gemiddelde is de score berekend over alle patiënten van Nederland. De mediaan geeft de score aan waar de helft van de huisartsen boven en de helft onder scoort. Wanneer de waarde van de mediaan lager is dan het landelijk gemiddelde, scoort minder dan de helft van de huisartsen boven het landelijk gemiddelde.

Stand van zaken van 2014

Huisartsen houden zich goed aan de aanbevelingen van de NHG-Standaard *Diabetes mellitus type 2* (2013). Het voorschrijven van metformine als eerste middel en SU-derivaten als tweede middel is algemeen gangbaar. Veel huisartsen volgen stap 1 en 2 van de richtlijn bij alle patiënten bij wie ze medicatie starten. De resterende variatie berust waarschijnlijk op patiëntkenmerken, zoals een verminderde nierfunctie in het geval van metformine, zodat men voor een ander geneesmiddel kiest. De scores en de spreiding zijn weergegeven in tabel 2.1.

Tabel 2.1 Landelijke scores op de indicatoren op het gebied van bloedglucoseverlagende middelen in 2014

Indicator ¹	Gemiddelde	Mediaan	Spreiding ²
Gebruik metformine bij nieuwe gebruikers	94%	100%	82 - 100%
Terughoudend voorschrijven nieuwe diabetesmiddelen ³	94%	100%	80 - 100%

¹ De definities van de indicatoren treft u aan in hoofdstuk 13.

² Afstand tussen scores 10e en 90e percentiel van huisartsen.

³ Een hogere score geeft aan dat huisartsen minder vaak één van de nieuwere middelen voorschrijven, en vaker kiezen voor een sulfonyleumderivaat.

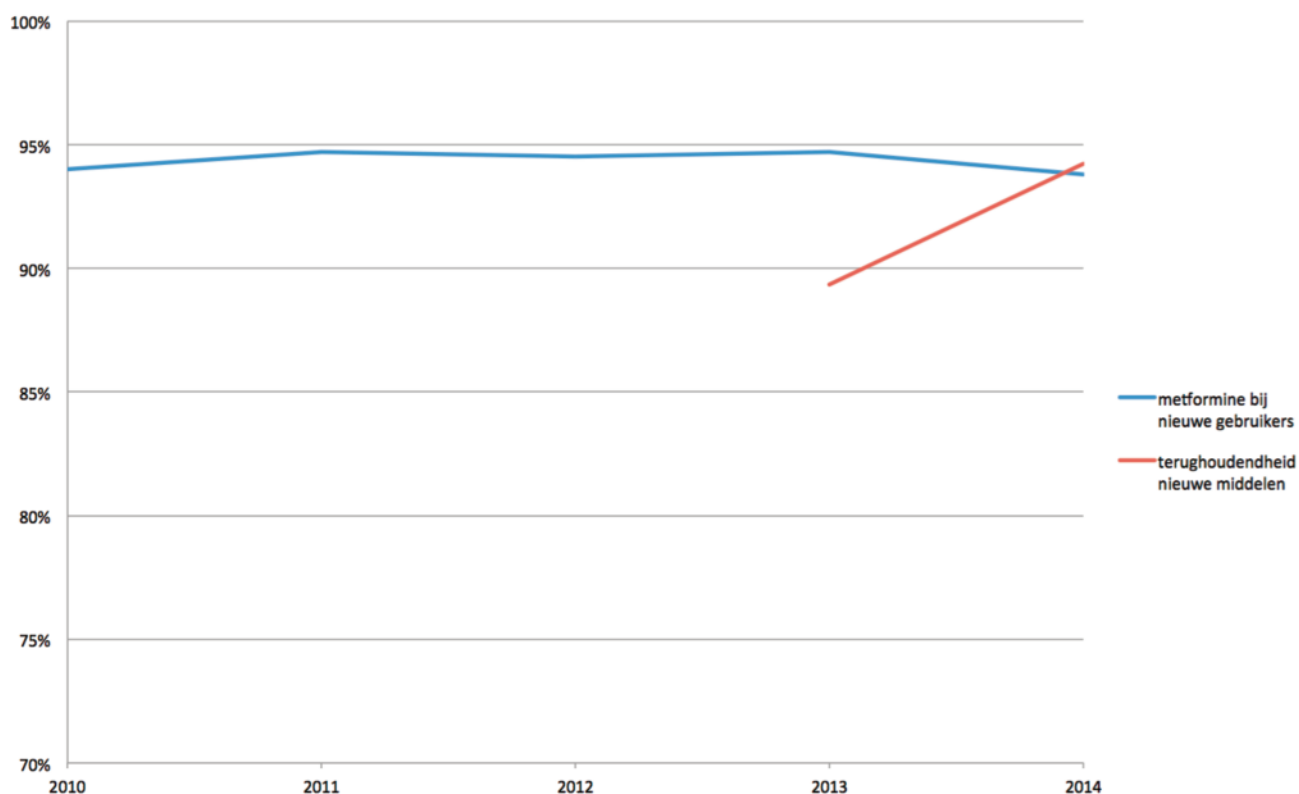
Belangrijkste ontwikkelingen 2010 - 2014

- 2012: verschijnen internationale richtlijn van American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD), waarin de nieuwe bloedglucoseverlagende middelen een belangrijke plaats innemen. Deze richtlijn is veel in marketing van de farmaceutische industrie gebruikt.
- 2012: Start van het IVM-programma Medicijnbalans met objectieve informatie over de nieuwe bloedglucoseverlagende middelen.
- 2013: verschijnen herziene NHG-Standaard *Diabetes mellitus type 2*, die de nieuwe middelen een zeer beperkte plaats geeft.

Ontwikkeling door de jaren heen

Figuur 2.1 laat de scores op beide indicatoren door de jaren heen zien. De huisartsen kiezen over de jaren heen consequent voor metformine als eerste middel bij patiënten met diabetes mellitus type 2. We zien een verschuiving naar het vaker voorschrijven van SU-derivaten in 2014 ten opzichte van 2013 als tweede stap in de behandeling. Dit gaat ten koste van recent geïntroduceerde middelen, zoals DPP-4-remmers. Een mogelijke verklaring is de herziene NHG-Standaard *Diabetes mellitus type 2* die eind 2013 verscheen. Hierin is de plaats van andere middelen dan SU-derivaten zeer beperkt. Huisartsen lijken deze aanbeveling over te nemen.

Figuur 2.1 Landelijk gemiddelde scores op de indicatoren op het gebied van bloedglucoseverlagende middelen per jaar¹



Regionale verschillen

Tabel 2.2 geeft de regionale spreiding aan. In de figuren 5.2 t/m 5.5 ziet u de scores per postcodegebied in een landkaartje.

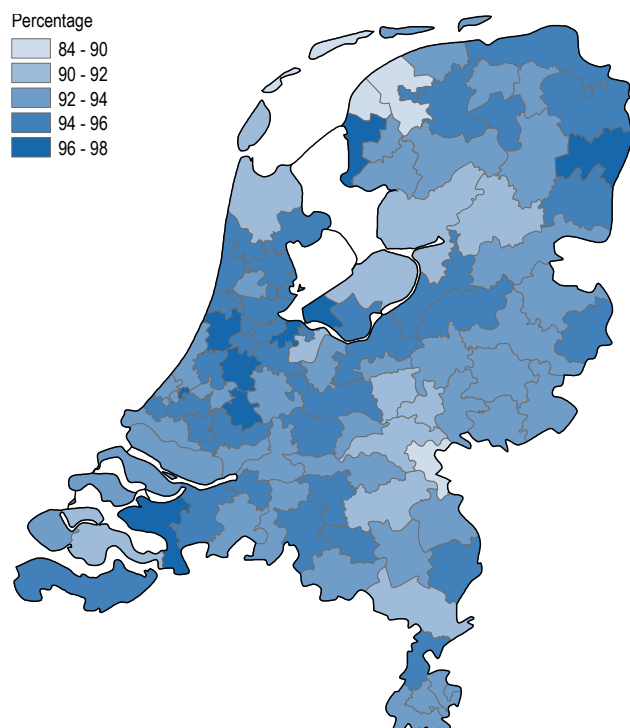
Tabel 2.2 Regionale verschillen op het gebied van bloedglucoseverlagende middelen in 2014

Indicator ¹	Spreiding ²	Verschil	Gemiddelde
Gebruik metformine bij nieuwe gebruikers	78 - 98%	20%	94%
Terughoudend voorschrijven nieuwe diabetesmiddelen	67 - 100%	33%	94%

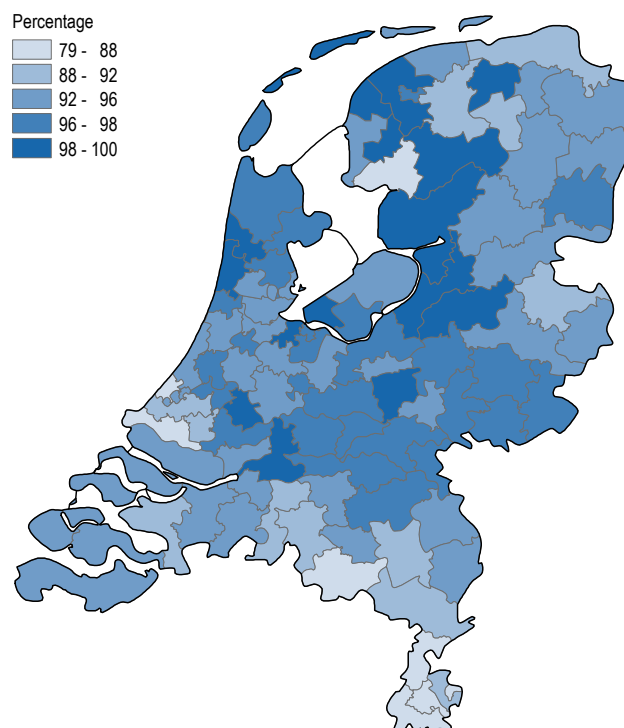
¹ De definities van de indicatoren treft u aan in hoofdstuk 13.

² Afstand tussen hoogst en laagst scorende regio.

Figuur 2.2 Gebruik metformine bij nieuwe gebruikers in 2014



Figuur 2.3 Terughoudend voorschrijven nieuwe diabetesmiddelen in 2014



In de regio's Zuid-Limburg, Den Haag en Rotterdam schrijven huisartsen relatief veel nieuwe diabetesmiddelen voor als tweede stap in de behandeling van diabetes mellitus. Den Haag en Rotterdam behoren tot de gebieden waar relatief veel gebruikers van bloedglucoseverlagende middelen wonen⁷. Dit geldt echter ook voor de provincie Groningen, waar huisartsen weer vaker voor een SU-derivaat als tweede stap kiezen. Mogelijk heeft het voorschrijfgedrag van medisch specialisten in een regio invloed op het voorschrijfgedrag van de huisarts. Dit vraagt om nader onderzoek.

Aanbevelingen voor nader onderzoek en beleid

De afgelopen jaren zijn diverse partijen, zoals het NHG, Stichting Langerhans en het IVM erin geslaagd een tegenwicht te bieden aan de marketing vanuit de farmaceutische industrie met betrekking tot de nieuwe bloedglucoseverlagende middelen. Uit de scores op de indicatoren, maar ook uit andere bronnen blijken de Nederlandse huisartsen zeer terughoudend met het voorschrijven van deze dure middelen. Continuering van dit beleid met betrekking tot deze middelen ligt dan ook voor de hand. Wellicht is een dergelijke strategie ook voor andere geneesmiddelgroepen met een groot aantal potentiële gebruikers en hoge kosten mogelijk. Bijvoorbeeld de nieuwe cholesterolverlagende middelen (PCSK-9-remmers), maar ook nieuwe middelen bij COPD.

⁷ Zorginstituut Nederland. GIPeilingen 2013, Ontwikkelingen in genees- en hulpmiddelengebruik. Diemen: GIP/Zorginstituut Nederland, 2014.

3. ADHD

De eerste stap in de behandeling van Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) is psycho-educatie. Bij onvoldoende resultaat hiervan is het starten met geneesmiddelen een mogelijke vervolgstap.

Aanbevelingen uit de NHG-Standaard *ADHD bij kinderen* (2014):

- Als voorlichting, ouder- en leerkrachtbegeleiding en gedrags-therapie voor het kind tot onvoldoende verbetering leiden, kan in samenspraak met de ouders en het kind medicatie worden overwogen.
- Methylfenidaat is het middel van eerste keus.
- Vervang bij sterke rebound-verschijnselen of problemen met therapietrouw de kortwerkende tablet door langwerkend methylfenidaat.

Nieuwe gebruikers hebben minstens een jaar lang geen geneesmiddel uit een therapeutische groep (bijvoorbeeld ADHD-medicatie) gebruikt. Het voorschrijfgedrag bij deze groep gebruikers meet het meest zuiver het voorschrijfgedrag van de huisarts. Er is geen verstoring door voorschriften van medisch specialisten. Er is niet overgeschakeld naar een ander geneesmiddel vanwege onvoldoende effectiviteit of bijwerkingen van een middel.

Kenmerken van de 61.984 nieuwe gebruikers van ADHD-middelen in 2014:

63 procent man

46 procent jonger dan 18 jaar

Achtergrond

De afgelopen jaren zien we het aantal gebruikers van geneesmiddelen voor ADHD toenemen. Van het meest gebruikte geneesmiddel bij ADHD methylfenidaat (Ritalin®) steeg het totaal aantal gebruikers tussen 2010 en 2014 met 35 procent tot bijna 190 duizend patiënten. Verschillende partijen, zoals de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie⁸ en de Gezondheidsraad⁹ maken zich zorgen over deze toename. Ook het Ministerie van VWS acht de toenemende medicalisering, met name onder jeugdige gebruikers, onwenselijk en heeft daarom in 2013 een ronde tafel demedicalisering belegd.

Hoewel de aandacht is gericht op de toenemende medicalisering van de jeugd met betrekking tot ADHD, blijkt uit cijfers dat meer dan 50 procent van de nieuwe gebruikers in 2014 ouder is dan 18 jaar¹⁰. De groei onder jeugdige gebruikers lijkt af te vlakken.

Het Ministerie van VWS heeft aan het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM) gevraagd voorschrijfindicatoren voor huisartsen op het gebied van ADHD te ontwikkelen. Het blijkt niet mogelijk valide voorschrijfindicatoren voor de individuele huisarts te ontwikkelen. Dit hoofdstuk doet verslag van ons onderzoek op dit terrein. Het geeft een beeld van de rol van de huisarts bij het starten, voortzetten en stoppen van de medicamenteuze behandeling van ADHD.

De rol van de huisarts bij het starten van geneesmiddelen bij ADHD

Bij 34 procent van de nieuwe gebruikers was de huisarts de voorschrijver van het eerste voorschrift. Het aantal nieuwe gebruikers per huisarts ligt tussen 0 en 86, echter 90 procent van de huisartsen startte geneesmiddelen voor ADHD bij 7 of minder patiënten. 190 Huisartsen startten bij meer dan 10 patiënten geneesmiddelen voor ADHD. In tabel 3.1 staat weergegeven welke andere typen voorschrijvers medicatie voor ADHD startten.

⁸ NVvP. Statement ADHD-medicatie bij kinderen. April 2015.

⁹ Gezondheidsraad. ADHD: medicatie en maatschappij. Den Haag: Gezondheidsraad, 2014.

¹⁰ SFK. Flinker stijgend volwassen gebruikers methylfenidaat. Pharm Weekbl 149(44): 11.

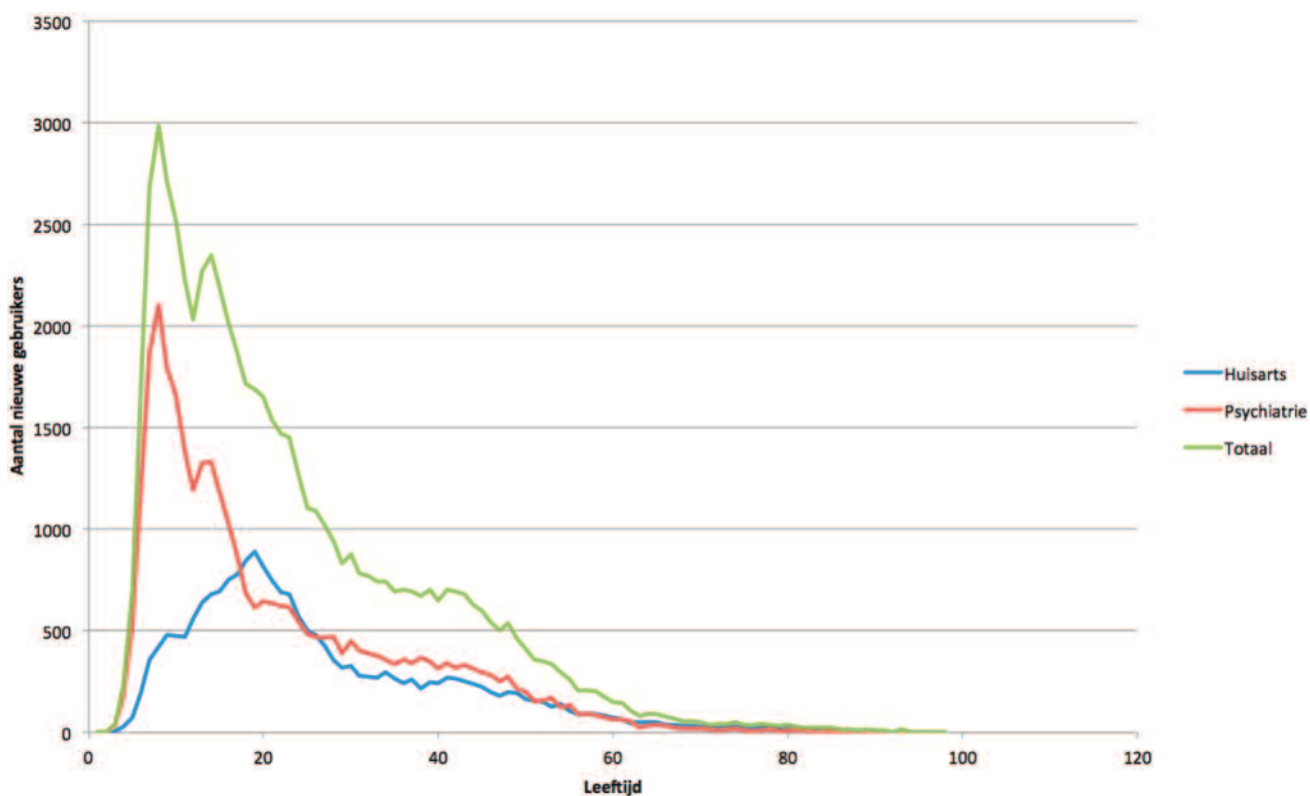
Tabel 3.1 Type voorschrijver dat geneesmiddelen voor ADHD start in 2014

Type voorschrijver	
Psychiatrie en GGZ	35%
Huisarts	34%
Kinderarts	7%
Overige voorschrijvers	15%
Onbekend	10%

Opvallend is dat de patiënten met een eerste voorschrift van de huisarts veelal ouder zijn dan patiënten die hun eerste voorschrift vanuit de psychiatrie ontvangen. Figuur 3.1 illustreert dit met de verdeling van de leeftijd van de nieuwe gebruikers. Nader onderzoek naar de voorgeschiedenis van deze groep "late starters" met een eerste recept van de huisarts is nodig om dit verschijnsel goed te kunnen duiden. Gaat het hierbij om mensen met minder uitgesproken symptomen of juist om herstarters, na een periode van geen gebruik van medicatie?

De NHG-Standaard en ook de multidisciplinaire richtlijn uit 2005 richten zich met name op de behandeling van ADHD bij kinderen en jongeren¹¹. Ook zijn methylfenidaat, dexamfetamine en atomoxetine alleen geregistreerd voor gebruik bij kinderen en adolescenten.

Figuur 3.1 Leeftijdsverdeling van nieuwe gebruikers naar type voorschrijver



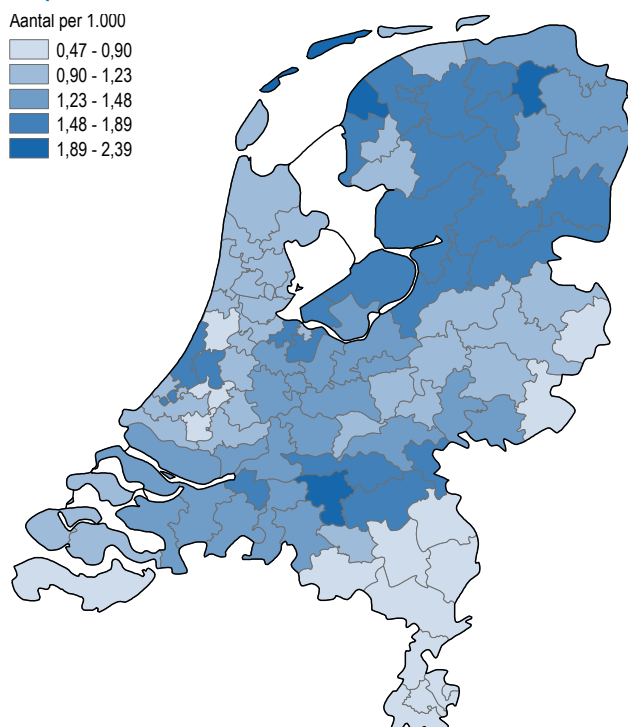
¹¹ In de zomer van 2015 heeft de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie de eerste richtlijn *ADHD bij volwassenen* gepubliceerd, die ook ingaat op het off-labelgebruik van medicatie.

In november 2014 verscheen de eerste NHG-Standaard *ADHD bij kinderen*. De standaard geeft de huisarts handvatten om zelf bij kinderen ADHD te kunnen diagnosticeren en behandelen. Voor november 2014 konden huisartsen de behandeling baseren op de multidisciplinaire richtlijn *ADHD* (2005). Er is geen duidelijke toename in het aantal nieuwe gebruikers met een eerste voorschrift van de huisarts na het verschijnen van de NHG-Standaard *ADHD bij kinderen* in november 2014. De periode tussen het verschijnen van de standaard en het einde van de meetperiode is echter te kort om een eventuele verschuiving van het starten van deze medicatie naar de huisarts te kunnen detecteren.

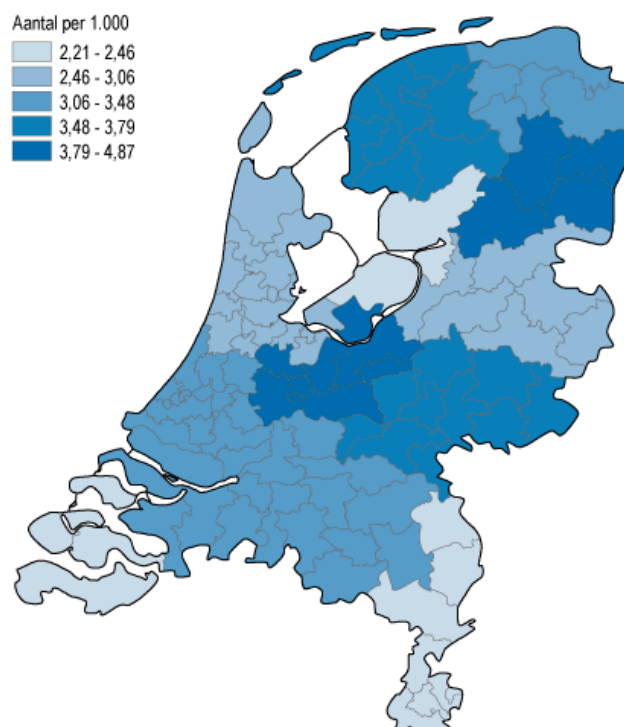
Er zijn grote regionale verschillen aangaande het aantal starters: in de provincies Drenthe en Utrecht zijn veel nieuwe gebruikers, in Zeeland en Limburg relatief weinig. Als we kijken naar starters die hun eerste recept van de huisarts krijgen, dan starten huisartsen in Zeeland en Limburg weinig ADHD-middelen, in Drenthe en Friesland relatief veel. Huisartsen zijn de eerste voorschrijver bij twee derde van alle nieuwe gebruikers van ADHD-middelen in Flevoland en bij de helft van de nieuwe gebruikers in Groningen. In Limburg start 29 procent van de nieuwe gebruikers met een voorschrift van de huisarts.

De beschikbare data geven weinig inzicht in onderliggende oorzaken van deze verschillen, zoals sociaaleconomische status van de patiënten.

Figuur 3.2 Nieuwe gebruikers van ADHD-middelen met eerste recept van de huisarts in 2014



Figuur 3.3 Nieuwe gebruikers van ADHD-middelen in 2014

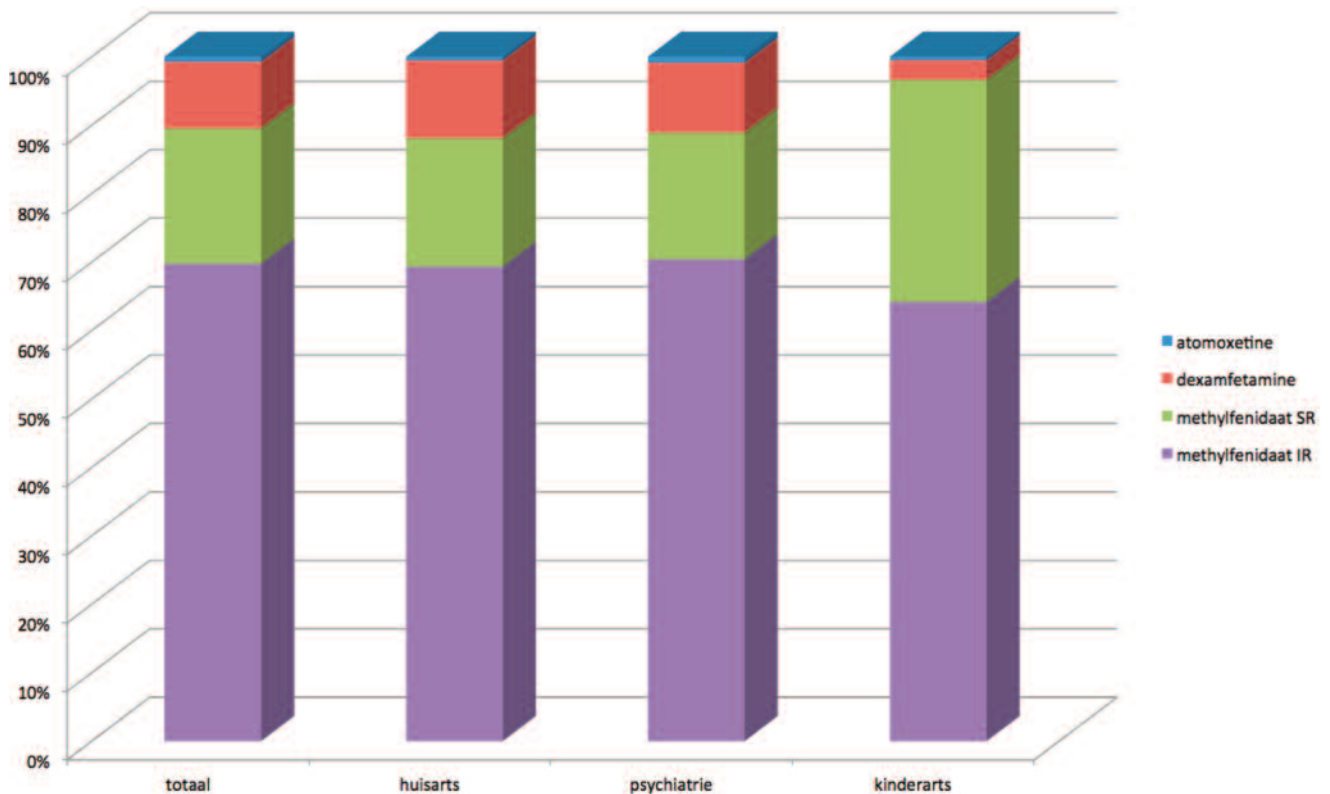


Met welk middel start een nieuwe gebruiker?

Volgens de NHG-Standaard *ADHD bij kinderen* (2014) is de eerste stap in de behandeling van ADHD methylfenidaat zonder gereguleerde afgifte. Bij sterke reboundverschijnselen of problemen met therapietrouw kan de huisarts methylfenidaat met gereguleerde afgifte voorschrijven. Het starten van een behandeling met dexamfetamine of atomoxetine wordt afgeraden voor de eerste lijn. De Multidisciplinaire richtlijn *ADHD* (2005) geeft aan dat bij bepaalde patiënten de voorkeur kan uitgaan naar methylfenidaat met gereguleerde afgifte. Dexamfetamine is een middel van tweede keus, wanneer methylfenidaat geen effect heeft. Voor atomoxetine geeft de richtlijn nog geen plaatsbepaling.

In figuur 3.4 is de keuze van de verschillende typen voorschrijvers bij startende gebruikers weergegeven. Huisartsen kiezen bij nieuwe gebruikers in 69 procent van de gevallen voor methylfenidaat zonder gereguleerde afgifte, dus conform de aanbevelingen uit de NHG-Standaard. Dit beeld is vergelijkbaar met het voorschrijfgedrag in de psychiatrie en van de kinderartsen.

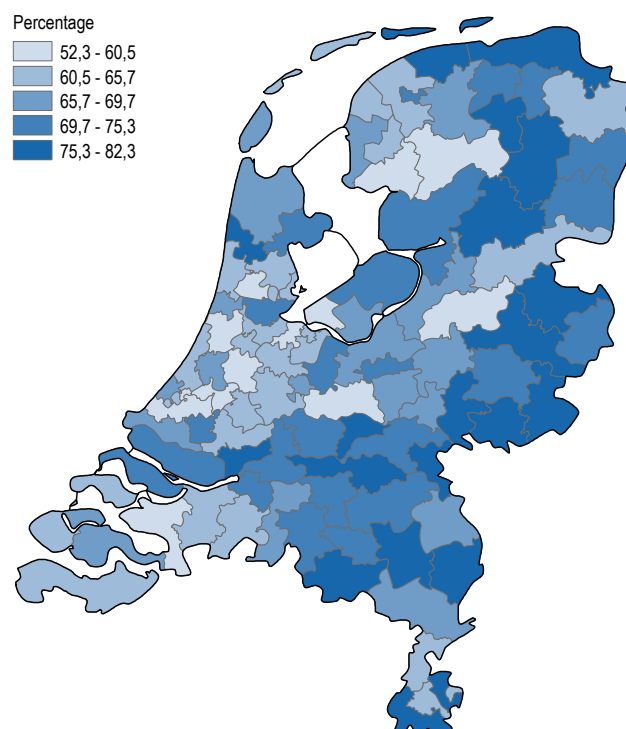
Figuur 3.4 Keuze voor geneesmiddel voor ADHD bij het eerste voorschrift, per type voorschrijver



¹ IR = zonder gereguleerde afgifte, SR = met gereguleerde afgifte

Er zijn duidelijke regionale verschillen. In de regio's Doetinchem, Venlo, Oss en Zevenaar schrijven huisartsen aan meer dan 80 procent van de startende gebruikers methylfenidaat zonder vertraagde afgifte voor, in de regio's Alphen aan de Rijn, Delft/Westland en Zaanstreek ligt dit percentage onder de 56 procent. In het algemeen kiezen huisartsen in de Randstad minder vaak voor het middel van eerste keus en vaker voor de andere middelen. De financiële gevolgen van deze verschillen voor de zorgverzekeraars zijn klein, hoewel er grote prijsverschillen bestaan tussen de diverse middelen. Een belangrijk deel van dit prijsverschil komt voor rekening van de gebruiker, via een GVS-bijbetaling.

Figuur 3.5 Percentage nieuwe gebruikers van ADHD-middelen dat start met methylfenidaat IR op voorschrift van de huisarts



Er is geen correlatie tussen het voorschrijfgedrag bij nieuwe gebruikers van de huisartsen in een regio en de receptuur vanuit de psychiatrie in dezelfde regio.

Kenmerken van de 209.469 gebruikers van ADHD-middelen in 2014:

68 procent man
56 procent jonger dan 18 jaar

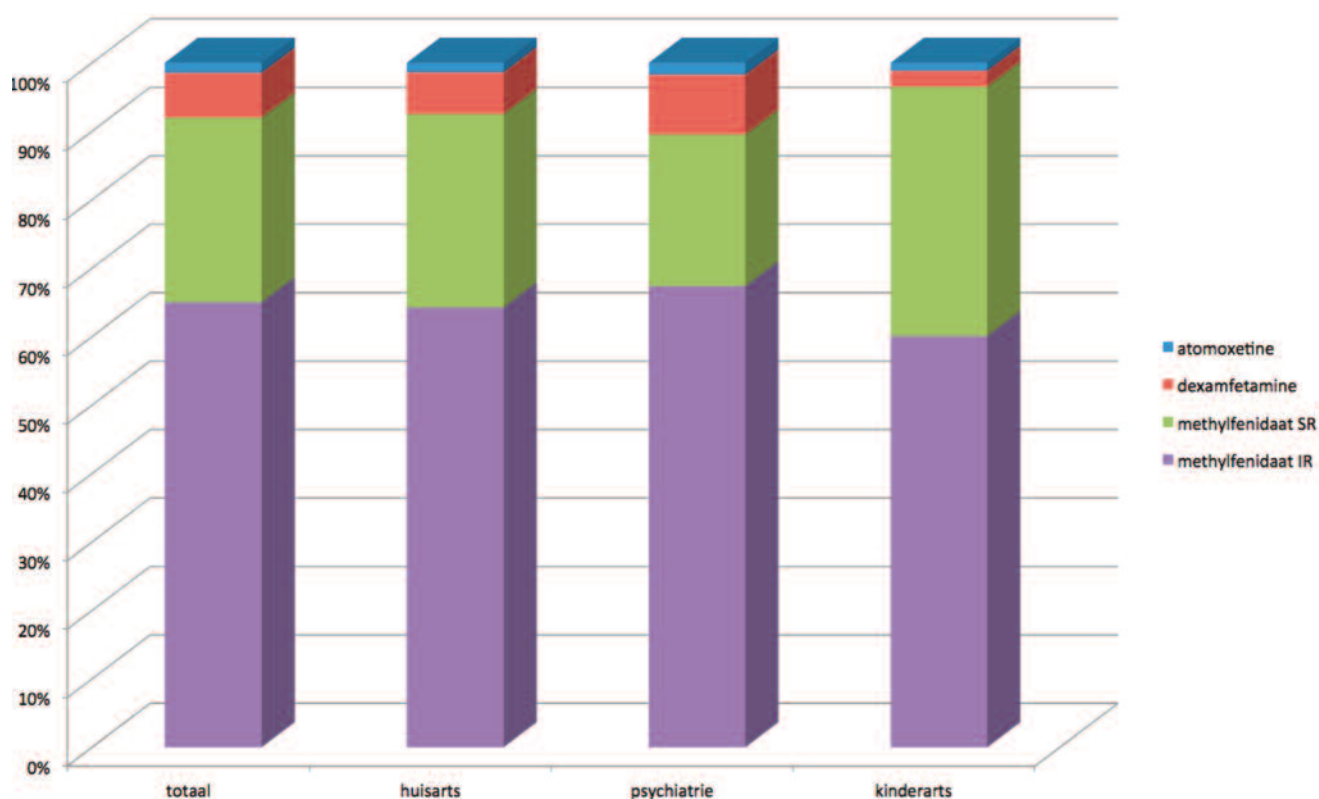
De rol van de huisarts bij het continueren van ADHD-medicatie

Bij het voortzetten van de behandeling speelt de huisarts een grotere rol dan bij het starten van de geneesmiddelen bij ADHD. 44 Procent van de gebruikers ontving alle recepten via de huisarts, nog eens 8 procent kreeg meer dan de helft van de recepten via de huisarts. Huisartsen hebben 0 tot 141 gebruikers van geneesmiddelen voor ADHD in hun praktijk, echter bij 90 procent van de huisartsen ligt dit aantal onder de 28. 36 Huisartsen hadden in hun praktijk meer dan 50 patiënten met geneesmiddelen voor ADHD.

Het chronisch gebruik van geneesmiddelen bij ADHD is het hoogste in de provincies Groningen, Friesland, Drenthe, Flevoland en Noord-Brabant. Ook in delen van Zuid-Holland wonen relatief veel gebruikers van ADHD-medicatie¹². In deze gebieden wonen ook veel starters van ADHD-medicatie.

De meeste gebruikers van geneesmiddelen bij ADHD gebruiken methylfenidaat zonder gereguleerde afgifte, gevolgd door methylfenidaat met gereguleerde afgifte. Evenals bij de startende gebruikers zijn de verschillen tussen de diverse voorschrijvers disciplines klein. In figuur 3.6 is de verdeling van de keuze van het geneesmiddel bij chronisch gebruik weergegeven per type voorschrijver.

Figuur 3.6 Keuze voor geneesmiddel voor ADHD, per type voorschrijver



¹ IR = zonder gereguleerde afgifte, SR = met gereguleerde afgifte

De rol van de huisarts bij het stoppen van ADHD-medicatie

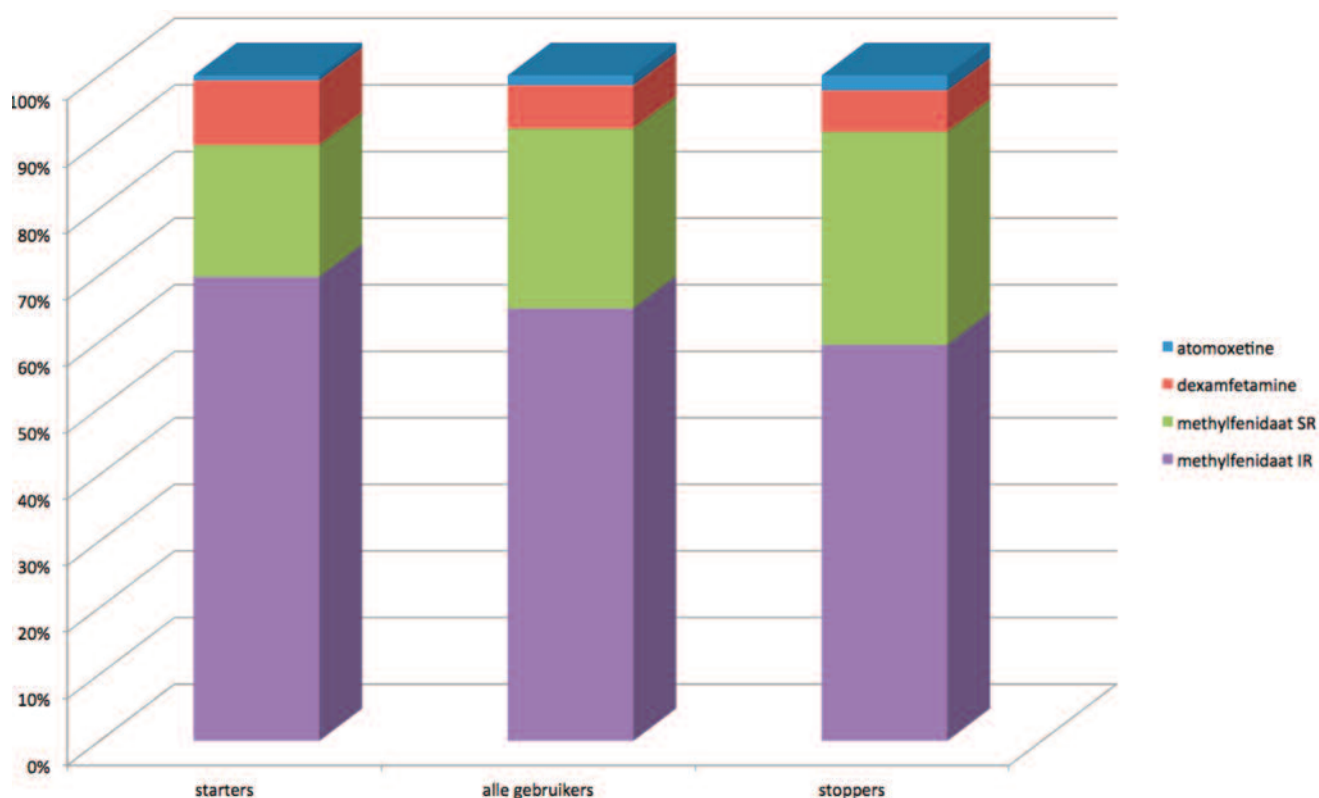
De medicamenteuze behandeling van ADHD is in onderzoeken alleen op korte termijn effectief gebleken. De NHG-Standaard *ADHD bij kinderen* (2014) adviseert dan ook regelmatig de medicatie op proef te staken. Vaak kan de medicatie tijdens of na de puberteit worden gestaakt. Over de mogelijkheden van het staken van medicatie bij volwassenen is weinig bekend.

¹² Giesbers H (RIVM). Gebruikers ADHD-middelen per zorgkantoorregio 2013. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM 17 september 2014.

Van de 195.147 gebruikers in 2013 stopten er 47.662 gedurende ten minste een jaar met de medicatie. Of deze mensen ook definitief stoppen is met de beschikbare data niet te onderzoeken. Dit komt overeen met 24 procent van de gebruikers. De piek in de leeftijd voor het stoppen lag bij 16 jaar. Bij de helft van de stoppers (49 procent) was de huisarts de voorschrijver van het laatste voorschrift. Dit percentage komt overeen met het aandeel patiënten waarbij de huisarts de regie over de medicamenteuze behandeling volgt. Patiënten onder behandeling bij de huisarts stoppen dus niet vaker of minder vaak met de middelen voor ADHD.

De meeste patiënten die met medicatie stoppen gebruikten methylfenidaat zonder gereguleerde afgifte. Dit is ook te verwachten, omdat dit het meest gebruikte middel is. Wanneer we kijken naar het aandeel van de verschillende middelen bij alle gebruikers en bij de gestopte gebruikers dan valt op dat relatief meer gebruikers van methylfenidaat met gereguleerde afgifte stoppen dan gebruikers van methylfenidaat zonder gereguleerde afgifte. Figuur 3.7 illustreert dit.

Figuur 3.7 Keuze voor geneesmiddel voor ADHD, voor startende, continue en stoppende gebruikers



¹ IR = zonder gereguleerde afgifte, SR = met gereguleerde afgifte

Tussen de regio's zijn vrij kleine verschillen in het aandeel gebruikers dat stopt. In de regio's Amsterdam en Franeker stopte 29 procent van de gebruikers in 2013, in de laagst scorende regio's stopte 20 procent van de gebruikers. Ook de laag scorende regio's liggen overwegend in de noordelijke provincies. In de provincie Noord-Holland stoppen de meeste gebruikers.

Aanknopingspunten voor beleid

De huisarts speelt een rol in het starten en continueren van geneesmiddelen voor ADHD. Echter, op het niveau van de individuele huisarts gaat het om kleine aantallen patiënten. Het formuleren van valide en betrouwbare voorschrijfindicatoren op het niveau van een individuele huisarts is dan ook niet goed mogelijk. Het identificeren en benaderen van veel voorschrijvende huisartsen is een interessant traject voor onderzoek en afhankelijk van de uitkomsten daarvan ook relevant voor het inzetten van nieuw beleid.

Het beleid tot nu toe heeft zich vooral gericht op de toenemende medicalisering van kinderen. Huisartsen starten ADHD-medicatie echter niet vaak bij kinderen. Andere voorschrijvers spelen hierin een grotere rol en vormen het primaire aangrijpingspunt voor eventuele interventies. De bevinding dat huisartsen vaak ADHD-medicatie bij volwassenen starten vraagt om nader onderzoek. Zijn dit herstarters of mensen die voor het eerst met ADHD gediagnosticeerd worden?

De verschillen tussen regio's geven ook aanleiding voor verder onderzoek en afhankelijk van de uitkomsten beleid. Welke factoren verklaren het zo veel vaker starten van middelen voor ADHD in provincies als Groningen en Drenthe in vergelijking tot Zeeland en Limburg? Het aandeel jongeren is in deze vier provincies vergelijkbaar. Factoren als toegang en afstand tot andere vormen van hulpverlening zouden een rol kunnen spelen. Overigens zijn cijfers over het starten van medicatie niet los te zien van het starten van niet-medicamenteuze interventies om overbehandeling met ADHD-medicatie in kaart te brengen.

Gepast gebruik van deze middelen vereist een nauwkeurige selectie van patiënten die in aanmerking komen voor medicamenteuze behandeling van ADHD. Ook is het zaak de noodzaak van een voortgezette behandeling met medicatie periodiek te evalueren. De praktijkvariatie tussen de regio's kan er op wijzen dat het stoppen van de medicatie niet in alle regio's evenveel aandacht krijgt. Het identificeren van interventies met betrekking tot stoppen in de provincie Noord-Holland zou hierbij aanwijzingen kunnen geven voor geschikte interventies in Groningen en Drenthe.

Het IVM ziet voor zichzelf een rol weggelegd in het verder in kaart brengen van de behandelpatronen bij ADHD. Stappen als het verbreden van spiegelinformatie zullen samen met beroepsorganisaties en zorgverzekeraars gezet moet worden, met steun van de overheid.

4. Cardiovasculair risicomanagement

Aanbevelingen uit de NHG-Standaard *Cardiovasculair risicomanagement* (2012) waarop de indicatoren betrekking hebben:

- Behandel een verhoogd cholesterol bij alle patiënten met doorgemaakte hart- en vaatziekten (zoals beroerte, hartinfarct, enzovoort).
- Behandel een verhoogd cholesterol bij alle patiënten met diabetes mellitus met een risico van meer dan 20 procent op sterfte of ziekte in de komende 10 jaar.
- Start met simvastatine 40 mg (of een lagere dosering bij een geringe cholesterolverhoging).
- Wanneer de keus op een RAS-remmer als behandeling van hoge bloeddruk of hartfalen valt, kies dan voor een ACE-remmer.

Achtergrond

Cardiovasculair risicomanagement (CVRM) richt zich op het voorkomen van hart- en vaatziekten door het behandelen van risicofactoren, zoals verhoogde cholesterol en bloeddruk. De richtlijnen adviseren deze behandeling te reserveren voor patiënten met een verhoogd risico op het doormaken van hart- en vaatziekten, zoals patiënten die al een cardiovasculaire aandoening hebben en patiënten met diabetes mellitus type 2.

Op het gebied van cardiovasculair risicomanagement hebben we zes indicatoren ontwikkeld. De indicatoren *Statines bij hart- en vaatziekten* en *Statines bij diabetes mellitus* richten zich op het voorschrijven van statines (cholesterolverlagers) aan patiënten uit de risicogroepen doorgemaakte hart- en vaatziekten en diabetes mellitus. De indicatoren *Voorkeursmiddelen cholesterolverlagers bij nieuwe gebruikers* en *Voorkeursdosering simvastatine bij nieuwe gebruikers* richten zich op de keuze van het cholesterolverlagend middel en de voorgeschreven dosering.

De indicatoren *Voorkeursmiddelen RAS-remmers bij nieuwe gebruikers* en *Voorkeursmiddelen AT₂-antagonisten* brengen het beleid van de huisarts in kaart bij de keuze binnen deze geneesmiddelgroepen, die onder andere bij verhoogde bloeddruk worden voorgeschreven. De AT₂-antagonisten zijn een subgroep van de RAS-remmers. Tot de RAS-remmers behoren ook de (aanbevolen) ACE-remmers en de renineremmer aliskiren. Dit laatste middel is duurder dan de andere middelen.

Stand van zaken 2014

Cholesterolverlagers

Bij het voorschrijven van statines bij patiënten met hart- en vaatziekten en bij patiënten met diabetes mellitus zijn de verschillen tussen huisartsen klein. Gemiddelde en mediaan liggen dichtbij elkaar, en de spreiding is beperkt. Dit zou erop kunnen wijzen dat alle patiënten die in aanmerking komen voor een statine deze ook krijgen voorgeschreven. Echter, volgens de richtlijnen zouden wellicht nog meer patiënten in aanmerking komen voor cholesterolverlagers. Zonder verdere gegevens zoals cholesterolspiegels is echter niet vast te stellen of er sprake is van onder- of overbehandeling bij deze patiënten.

Nieuwe gebruikers hebben minstens een jaar lang geen geneesmiddel uit een therapeutische groep (bijvoorbeeld cholesterolverlagers) gebruikt. Het voorschrijfgedrag bij deze groep gebruikers meet het meest zuiver het voorschrijfgedrag van de huisarts. Er is geen verstoring door voorschriften van medisch specialisten. Er is niet overgeschakeld naar een ander geneesmiddel vanwege onvoldoende effectiviteit of bijwerkingen van een middel.

Het landelijk gemiddelde is de score berekend over alle patiënten van Nederland. De mediaan geeft de score aan waar de helft van de huisartsen boven en de helft onder scoort. Wanneer de waarde voor de mediaan hoger is dan het landelijk gemiddelde, scoren meer huisartsen boven het landelijk gemiddelde. Een kleinere groep huisartsen scoort dan onder het landelijk gemiddelde.

Wanneer we kijken naar het voorschrijven van cholesterolverlagers kiezen de meeste huisartsen bij nieuwe gebruikers (vrijwel) altijd voor het middel van eerste keus, simvastatine. Een kleine groep kiest veel minder vaak voor dit middel. We zien grotere verschillen bij het al dan niet kiezen voor de aanbevolen dosering van 40mg, zoals uit de spreiding blijkt. Er zijn huisartsen die vrijwel altijd met een lage dosering simvastatine starten. We zien dat deze dosering niet altijd meer wordt verhoogd tot 40 mg. Het gebruik van een lage dosering kan leiden tot het niet halen van streefwaarden, waarop de arts kan besluiten en het overstappen op een ander, mogelijk duurder middel.

RAS-remmers

Een veel gebruikte groep geneesmiddelen bij een verhoogde bloeddruk zijn de RAS-remmers. Deze is onder te verdelen in drie groepen: de ACE-remmers, de AT₂-antagonisten en de renineremmer aliskiren. Bij het voorschrijven van deze middelen zien we een grote spreiding in de mate waarin huisartsen kiezen voor een ACE-remmer ten opzichte van een AT₂-antagonist. De NHG-Standaarden *Cardiovasculair risicomanagement* (2012) en *Hartfalen* (2010) adviseren in eerste instantie voor een ACE-remmer te kiezen en AT₂-antagonisten te reserveren voor patiënten die geen ACE-remmer verdragen. Deze aanbeveling wordt niet door alle huisartsen gevolgd. De mediaan ligt veel hoger dan het landelijk gemiddelde. Dit laat zien dat de meeste huisartsen over het algemeen starten met een ACE-remmer, maar dat ook een kleine groep huisartsen veel vaker kiest voor een ander AT₂-antagonist. De grote spreiding wijst er op dat huisartsen consequent zijn in hun keuze voor hetzij een ACE-remmer hetzij een AT₂-antagonist.

De huisartsen schrijven in een hoog percentage de voorkeursmiddelen binnen de AT₂-antagonisten voor. Dit zijn uit kosten oogpunt de generieke varianten. Het hoge percentage is niet verwonderlijk, aangezien vrijwel alle middelen inmiddels generiek beschikbaar zijn.

Tabel 4.1 Landelijke scores op de indicatoren op het gebied van cardiovasculair risicomanagement in 2014

Indicator ¹	Gemiddelde	Mediaan	Spreiding ²
Statines bij hart- en vaatziekten	72%	72%	64 - 80%
Statines bij diabetes mellitus	73%	74%	62 - 86%
Voorkeursmiddelen cholesterolverlagers nieuwe gebruikers	79%	81%	62 - 93%
Dosering simvastatine bij nieuwe gebruikers	72%	78%	33 - 97%
Voorkeursmiddelen RAS-remmers nieuwe gebruikers	73%	82%	33 - 97%
Voorkeursmiddelen AT ₂ -antagonisten nieuwe gebruikers	93%	100%	80 - 100%

¹ De definities van de indicatoren treft u aan in hoofdstuk 13.

² Afstand tussen scores 10^e en 90^e percentiel van huisartsen.

Belangrijkste ontwikkelingen 2010 - 2015

- 2012: verschijnen herziene NHG-Standaard *Cardiovasculair risicomanagement*. Aanbevelingen met betrekking tot het selecteren van patiënten die in aanmerking komen voor cholesterolverlagende behandeling zijn vrijwel ongewijzigd ten opzichte van de Multidisciplinaire Richtlijn *Cardiovasculair Risicomanagement* uit 2006.
- 2013: verschijnen herziene NHG-Standaard *Diabetes mellitus type 2*.

Ontwikkeling door de jaren heen

Cholesterolverlagers

Figuur 4.1 laat zien dat huisartsen in de afgelopen jaren minder vaak kozen voor het voorkeursmiddel simvastatine ondanks de duidelijke voorkeur die de NHG-Standaard uit 2012 voor dit middel uitspreekt. Deze daling is in feite al ingezet voor het verschijnen van deze standaard: ook in 2010 en 2011 daalde het aantal nieuwe gebruikers van de voorkeursmiddelen uit de NHG-Standaard, toen pravastatine en simvastatine. Gegevens uit de GIP-databank laten zien dat de marktaandelen van atorvastatine en rosuvastatine zijn gestegen tussen 2010 en 2014. Wel kiezen huisartsen vaker voor de aanbevolen startdosering van simvastatine.

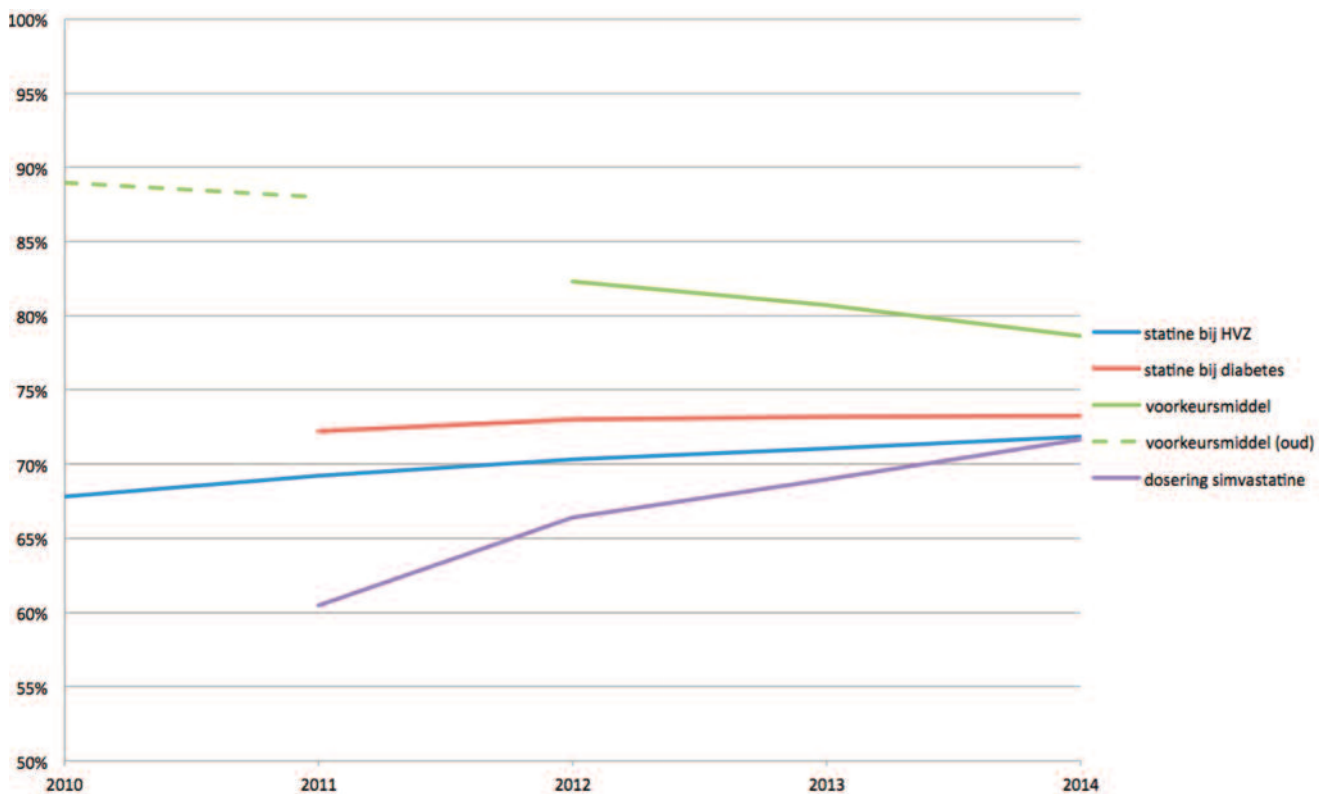
Ook zien we huisartsen steeds vaker aan patiënten met hart- en vaatziekten een statine voorschrijven. Deze stijging is zichtbaar in de hele meetperiode, ook al voor het verschijnen van de NHG-Standaard *Cardiovasculair risicomanagement* (2012)¹³ en zet zich nog steeds door. De aandacht voor het voorschrijven van statines aan deze patiëntgroepen in richtlijnen, de opkomst van zorgpaden en belonen van huisartsen voor een hogere score op (onder meer) deze indicator zijn mogelijke verklaringen voor deze continue stijging. Ook hebben het IVM en het NHG in de jaren 2007 tot en met 2009 met financiering van het ministerie van VWS een groot landelijk project *Cardiovasculair risicomanagement* uitgevoerd. Tussen 2007 en 2009 was ook al sprake van een toename van het aantal patiënten met hart- en vaatziekten dat een statine gebruikt¹⁴. Het percentage patiënten met diabetes mellitus met een statine is vrijwel stabiel. Overigens is dit percentage tussen 2006 en 2009 sterk toegenomen¹⁵.

¹³ In de voorgaande versie van de NHG-Standaard *Cardiovasculair risicomanagement* waren vergelijkbare adviezen opgenomen met betrekking tot het behandelen van patiënten met diabetes mellitus type 2 of hart- en vaatziekten als in de huidige versie.

¹⁴ Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik. Benchmark Voorschrijven 2010. Utrecht: IVM, 2010.

¹⁵ Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik. Benchmark Voorschrijven 2010. Utrecht: IVM, 2010.

Figuur 4.1 Landelijk gemiddelde scores op de indicatoren op het gebied van cholesterolverlagers



In 2013 is de definitie van de indicator voorkeursmiddelen cholesterolverlagers gewijzigd. De scores van 2010 en 2011 zijn daarom niet vergelijkbaar met de scores tussen 2012 en 2014.

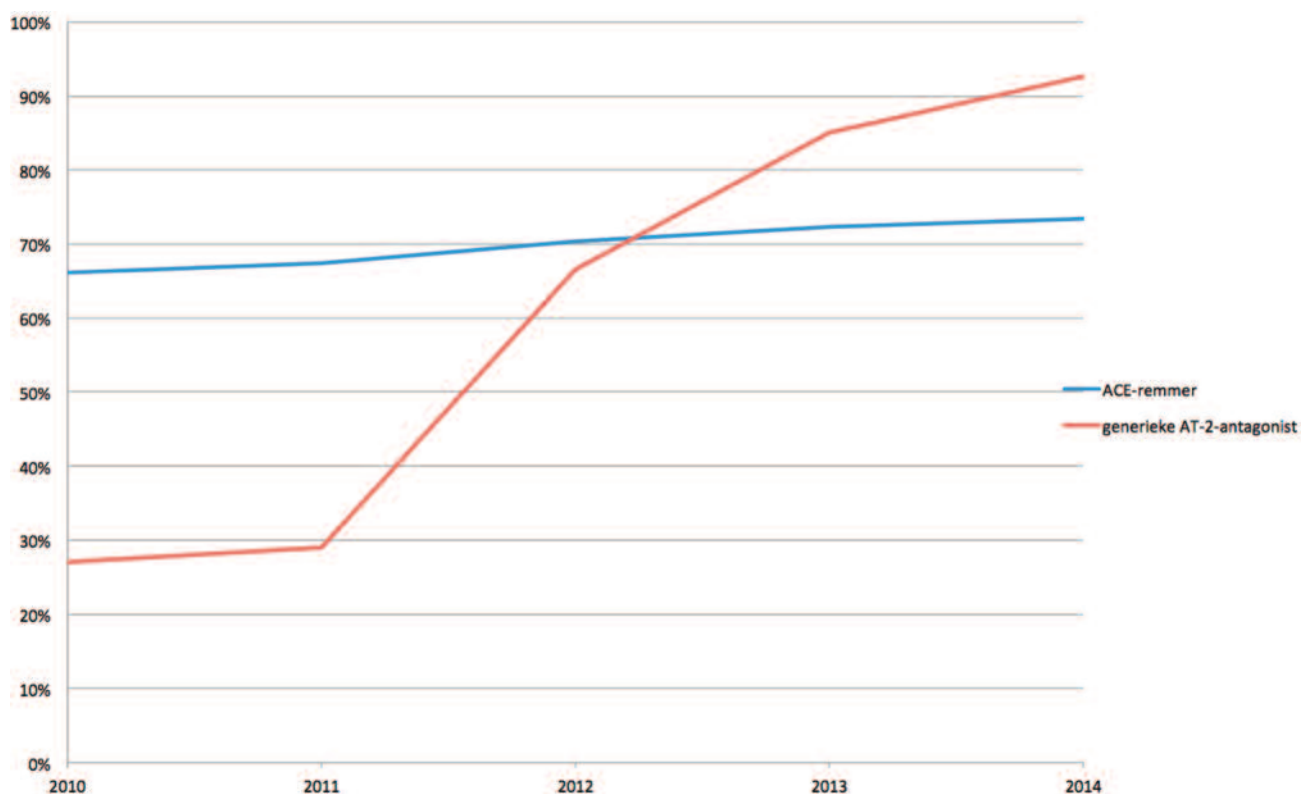
Bij therapeutische gelijkwaardigheid van geneesmiddelen gaat de voorkeur uit naar het middel met een generiek inkoopkanaal. Generieke middelen hebben over het algemeen een lagere prijs dan specialités (middelen waarvan het patent nog niet verlopen is).

RAS-remmers

De scores op indicatoren over het voorschrijven van RAS-remmers en de subgroep hiervan de AT_2 -antagonisten zijn weergegeven in figuur 4.2. We zien dat huisartsen steeds vaker - in lijn met de richtlijnen - kiezen voor een ACE-remmer in plaats van een AT_2 -antagonist. De aanbevelingen met betrekking tot het kiezen van een RAS-remmer zijn in de afgelopen vijf jaar op dit terrein niet gewijzigd. Wel maakt deze indicator deel uit van diverse beloningsmodules van zorgverzekeraars.

Huisartsen zijn de afgelopen jaren vaker een generieke AT_2 -antagonist gaan voorschrijven bij nieuwe gebruikers. Dit hangt met name samen met verlopen van het patent van diverse middelen tussen 2012 en 2014. Gegevens van de GIP-databank laten geen grote verschuivingen zien in het voorschrijfpatroon op werkzame stofniveau.

Figuur 4.2 Landelijk gemiddelde scores op de indicatoren op het gebied van RAS-remmers



Regionale verschillen

Tabel 4.2 geeft de regionale spreiding aan. De regionale spreiding is het grootst bij de indicatoren *Dosering simvastatine bij nieuwe gebruikers* en *Voorkeursmiddelen RAS-remmers nieuwe gebruikers*. Dit zijn dezelfde indicatoren die ook op het niveau van de individuele huisarts de grootste spreiding laten zien.

In de figuren 4.3 t/m 4.8 ziet u de scores per postcodegebied in een landkaartje.

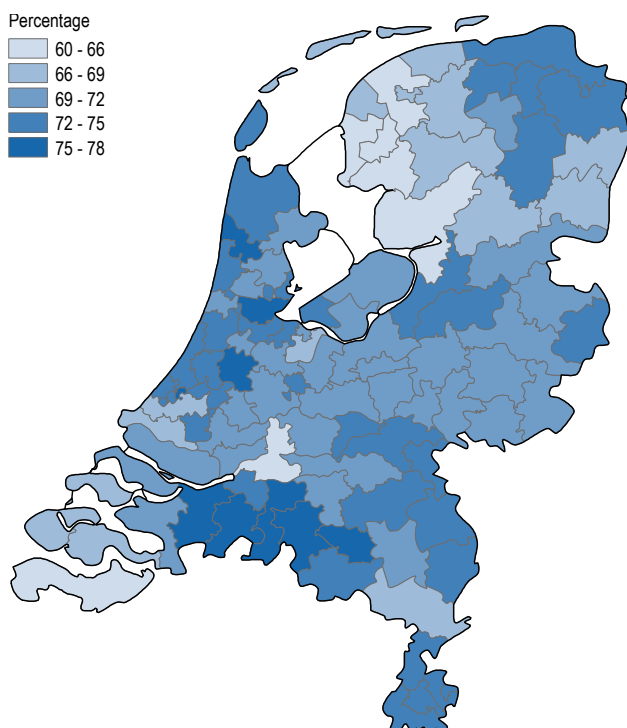
Tabel 4.2 Regionale verschillen op het gebied van CVRM in 2014

Indicator ¹	Spreiding ¹	Verschil	Gemiddelde
Statines bij hart- en vaatziekten	60 - 77%	17%	72%
Statines bij diabetes mellitus	62 - 80%	18%	73%
Voorkeursmiddelen cholesterolverlagers nieuwe gebruikers	66 - 85%	19%	79%
Dosering simvastatine bij nieuwe gebruikers	37 - 87%	50%	72%
Voorkeursmiddelen RAS-remmers nieuwe gebruikers	51 - 88%	37%	73%
Voorkeursmiddelen AT ₂ -antagonisten nieuwe gebruikers	84 - 100%	16%	93%

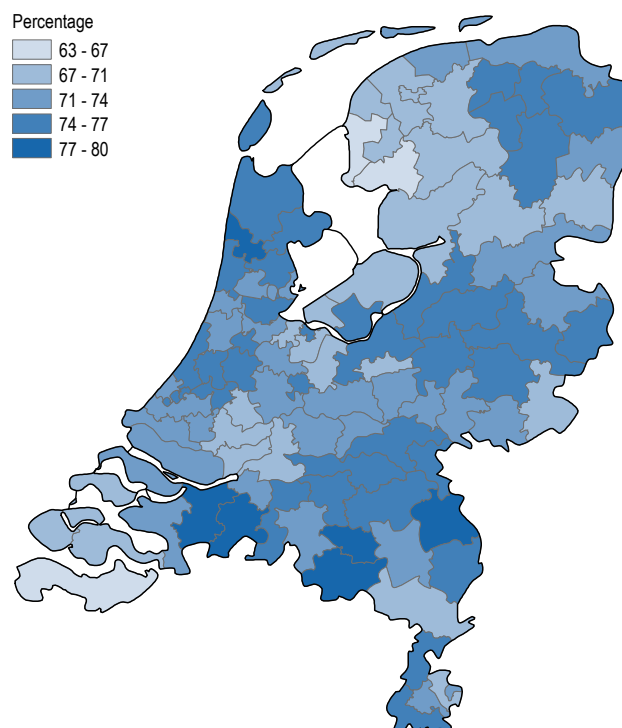
¹ De definities van de indicatoren treft u aan in hoofdstuk 13.

² Afstand tussen hoogst en laagst scorende regio.

Figuur 4.3 Statines bij hart- en vaatziekten in 2014



Figuur 4.4 Statines bij diabetes mellitus in 2014

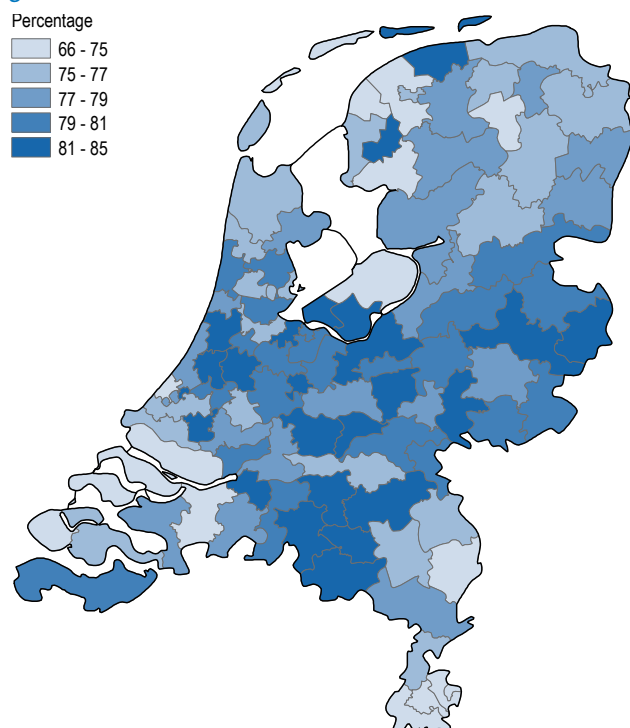


Opvallend is het lage aandeel HVZ- en diabetespatiënten met een statine in (delen van) Friesland en Zeeland. Een aantal factoren bepaalt de score op deze beide indicatoren:

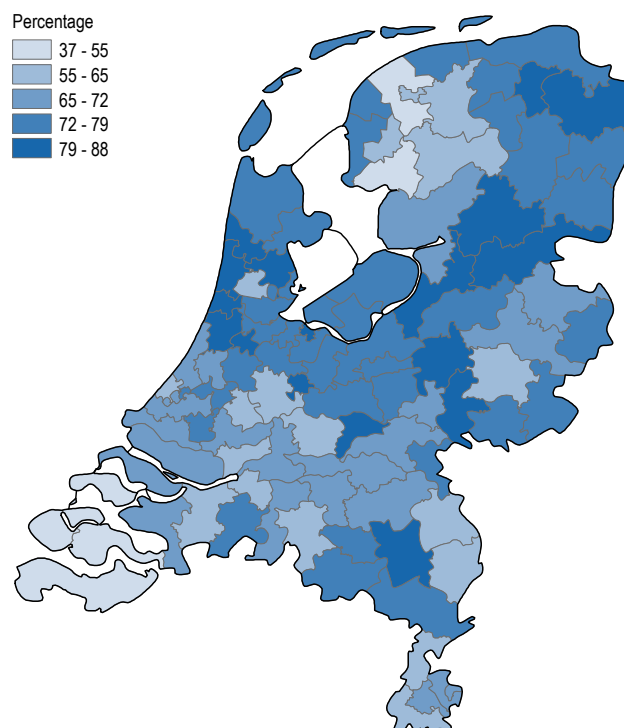
- ▶ De mate waarin het cholesterol verhoogd is bij de risicopatiënten, al dan niet onder invloed van andere (niet-medicamenteuze) maatregelen, zoals dieetaanpassingen
- ▶ De mate waarin de huisarts een statine start bij deze patiëntgroepen
- ▶ De mate waarin de patiënt het gebruik van het statine voortzet

Nader onderzoek naar deze factoren en verschillen tussen regio's kan meer licht werpen op welke factoren het (blijvend) gebruik van cholesterolverlagende middelen door patiënten uit risicogroepen kan vergroten, om zo cardiovasculaire ziekte en sterfte te voorkomen.

Figuur 4.5. Voorkeursmiddelen cholesterolverlagers nieuwe gebruikers in 2014



Figuur 4.6. Dosering simvastatine bij nieuwe gebruikers in 2014

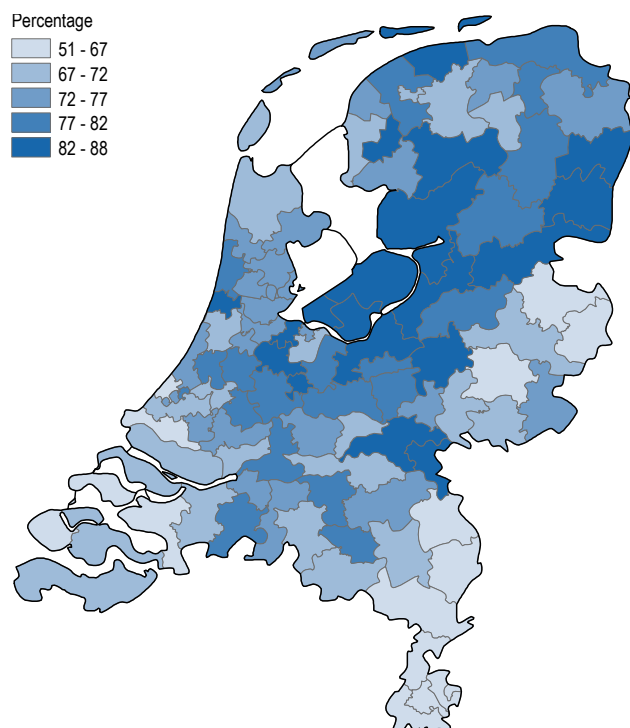


Met name in Friesland en Zeeland waar HVZ- en diabetespatiënten minder vaak een statine gebruiken, schrijven huisartsen ook minder vaak het voorkeursmiddel simvastatine in de aanbevolen dosering 40 mg voor dan in andere gebieden. Ook in Limburg wijken de huisartsen vaker af van de aanbevelingen uit de richtlijn dan in andere delen van Nederland.

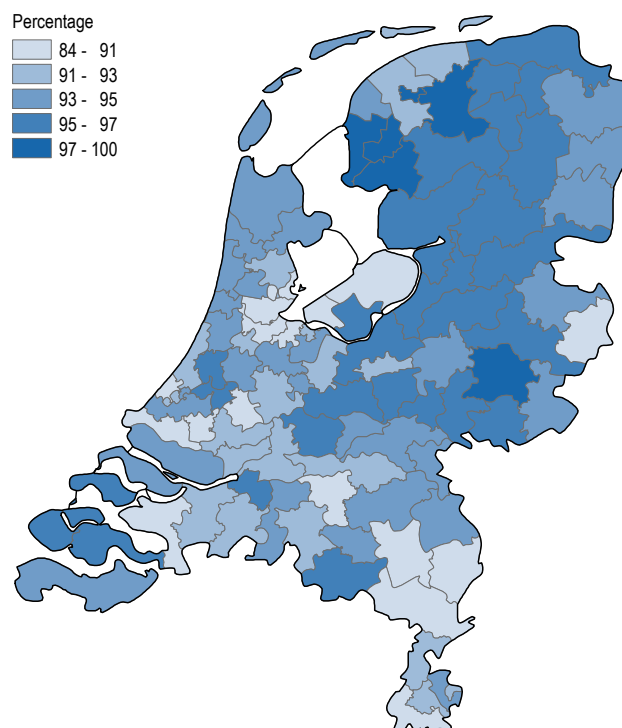
RAS-remmers

In het noordoosten van Nederland kiezen huisartsen vaker voor een ACE-remmer dan in het zuiden. In het zuiden schrijven huisartsen vaker AT₂-antagonisten voor. Hierbij kiezen ze vaker dan hun noordelijke collega's voor de duurdere specialités. Dit zijn met name de combinatiepreparaten van AT₂-antagonisten met een andere groep van bloeddrukverlagers, de calciumantagonisten.

Figuur 4.7. Voorkeursmiddelen RAS-remmers nieuwe gebruikers in 2014



Figuur 4.8. Voorkeursmiddelen AT₂-antagonisten nieuwe gebruikers in 2014



Aanbevelingen voor nader onderzoek en beleid

De medicamenteuze behandeling van een verhoogd cholesterol en een verhoogde bloeddruk bij risicopatiënten is een kosteneffectieve manier om hart- en vaatziekten, zoals beroertes en hartinfarcten te voorkomen. Ziektes met een hoge mortaliteit, met een grote invloed op de kwaliteit van leven van de patiënt en die ook hoge medische kosten met zich meebrengen. Juist patiënten met een verhoogd risico, omdat ze al lijden aan hart- en vaatziekten of aan diabetes mellitus profiteren van deze behandeling. Het opsporen van deze patiëntgroepen en het adequaat behandelen is dan ook van groot belang. Huisartsen, met ondersteuning van apothekers, spelen hierin een belangrijke rol. Zorggroepen kunnen hun leden helpen bij het interpreteren van de scores op de indicatoren en extra informatie - bijvoorbeeld over het bereiken van streefwaardes - toevoegen.

De komende jaren komen nieuwe groepen cholesterolverlagende middelen beschikbaar. In de Verenigde Staten zijn al twee PCSK9-remmers geregistreerd die per jaar per patiënt zo'n 12.000 dollar kosten. De kosten van deze middelen per gebruiker zullen hoog zijn, zeker in vergelijking met de huidige middelen, zoals de statines. Het bevorderen van goed gebruik van de huidige middelen zal zeker bijdragen aan een doelmatige inzet van de nieuwe middelen, namelijk alleen voor die patiënten die met de huidige middelen niet uitkomen. We raden het ministerie aan om nu al de voorbereidingen te treffen om het inzetten van de PCSK9-remmers in goede banen te leiden.

5. Astma

Aanbevelingen uit de NHG-Standaard *Astma bij kinderen* (2014) en *Astma bij volwassenen* (2015) waarop de indicatoren betrekking hebben:

- Patiënten die driemaal of vaker per week een luchtwegverwijder nodig hebben, komen in aanmerking voor een inhalatiecorticosteroïd (ICS).
- Bij goede astmacontrole kan het ICS worden afgebouwd, om bij matige of slechte astmacontrole de dosering weer te verhogen of ICS te herstarten.

Achtergrond

De behandeling van astma is gericht op het voorkomen van benauwdheidsklachten en van achteruitgang van de longen. De belangrijkste medicatie hierbij zijn luchtwegverwijders (kort- en langwerkende β_2 -sympathicomimetica) en ontstekingsremmers (inhalatiecorticosteroïden ofwel ICS). Luchtwegverwijders verminderen vooral de benauwdheid op kort termijn, ICS zorgen voor vermindering van de benauwdheid op middellange en lange termijn en voorkomen achteruitgang van de longfunctie. Patiënten die regelmatig klachten van benauwdheid door astma hebben waarvoor ze luchtwegverwijders gebruiken, komen in aanmerking voor behandeling met een ICS.

Naast astma is COPD een veel voorkomende longziekte. Anders dan bij astma worden bij COPD vooral luchtwegverwijders (β_2 -sympathicomimetica en parasymphatholytica) voorgeschreven. ICS komen slechts in aanmerking bij een selecte groep van COPD-patiënten.

Er is één indicator die betrekking heeft op de behandeling van astma. De indicator *Inhalatiecorticosteroïden bij astma* brengt in kaart in hoeverre patiënten met astma behandeld worden met ICS. Bij de berekening van de indicator zijn alleen frequente gebruikers van luchtwegmedicatie ingesloten. Ook zijn patiënten ouder dan 40 jaar uitgesloten, omdat boven deze leeftijd mogelijk sprake is van COPD in plaats van astma.

Er zijn geen indicatoren gedefinieerd op het gebied van COPD, naast astma de meest voorkomende longziekte. De reden hiervoor is dat we op basis van het geneesmiddelgebruik niet goed onderscheid kunnen maken tussen astma- en COPD-patiënten.

Stand van zaken van 2014

Ongeveer een kwart van de patiënten die regelmatig luchtwegverwijders gebruiken, gebruikt geen ICS. Mogelijk is bij hen sprake van onderbehandeling. Om dit goed te kunnen beoordelen is nader onderzoek gewenst. De kleine spreiding wijst erop dat het hierbij om een landelijk fenomeen gaat: in alle huisartsenpraktijken zijn er frequent gebruikers van luchtwegverwijders die geen ICS gebruiken.

Alle scores zijn weergegeven in tabel 5.1.

Het landelijk gemiddelde is de score berekend over alle patiënten van Nederland. De mediaan geeft de score aan waar de helft van de huisartsen boven en de helft onder scoort. Wanneer de waarde van de mediaan lager is dan het landelijk gemiddelde, scoort minder dan de helft van de huisartsen boven het landelijk gemiddelde.

Tabel 5.1 Landelijke scores op de indicatoren op het gebied van astma in 2014

Indicator ¹	Gemiddelde	Mediaan	Spreiding ²
Inhalatiecorticosteroïden bij astma	74%	75%	62 - 85%

¹ De definities van de indicatoren treft u aan in hoofdstuk 13.

² Afstand tussen scores 10e en 90e percentiel van huisartsen.

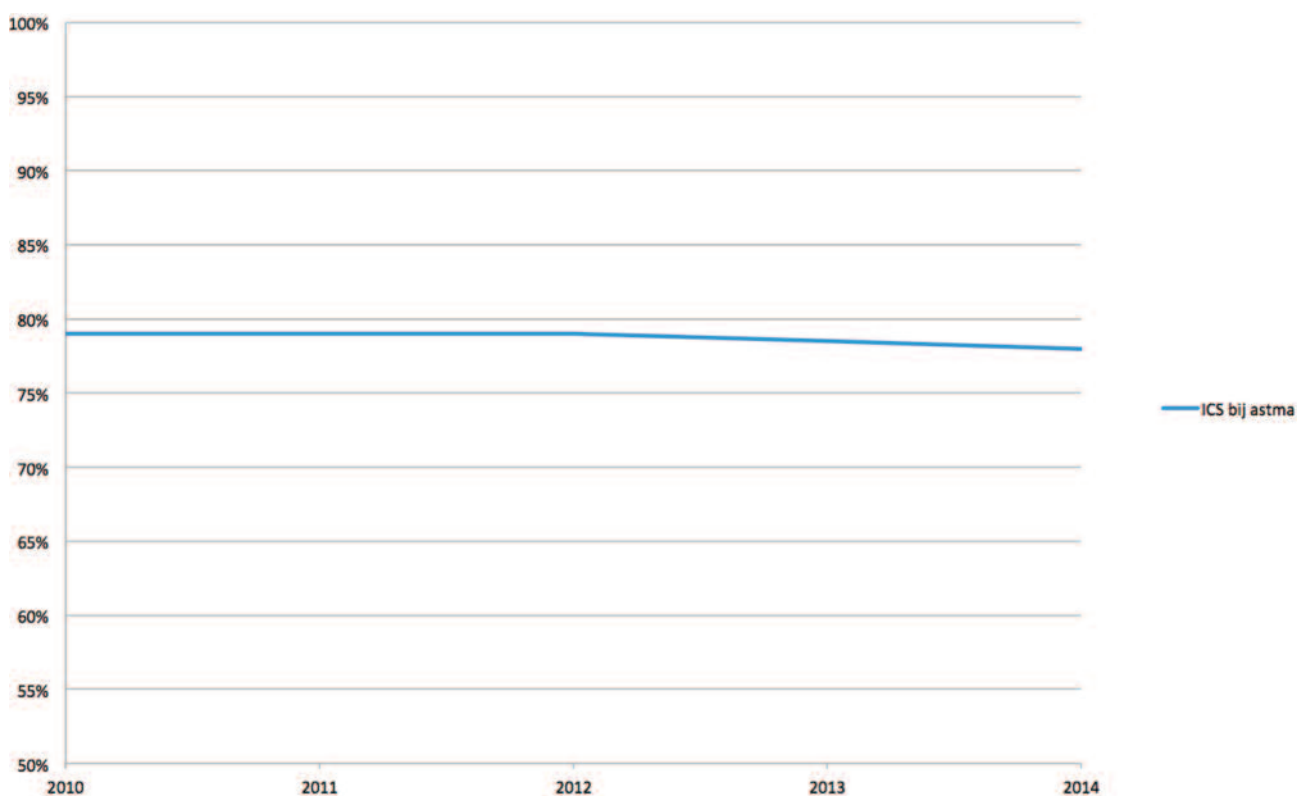
Belangrijkste ontwikkelingen 2010 - 2014

- 2014: verschijnen herziene NHG-Standaard *Astma bij kinderen*

Ontwikkeling door de jaren heen

Figuur 5.1 laat zien dat de score op deze indicator in de afgelopen jaren bijna stabiel is, er is een heel kleine daling. Dit beeld is in lijn met de ontwikkelingen tussen 2005 en 2009, ook in die periode was het aandeel astmapatiënten met een inhalatiecorticosteroïde stabiel¹⁶.

Figuur 5.1 Landelijk gemiddelde scores op de indicatoren op het gebied van astma per jaar



¹⁶ Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik. Benchmark Voorschrijven 2010. Utrecht: IVM, 2010.

Regionale verschillen

Tabel 5.2 geeft de regionale spreiding aan. In figuur 3.2 ziet u de scores per postcodegebied in een landkaartje.

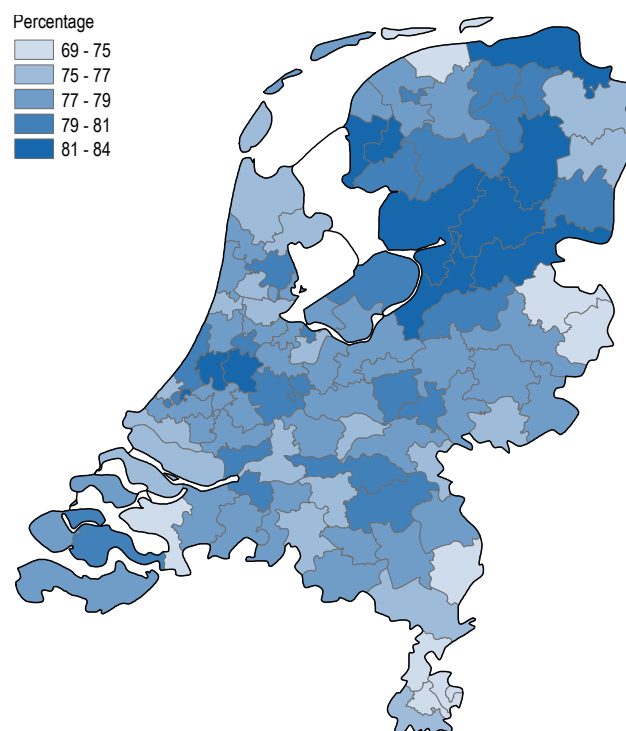
Tabel 5.2 Regionale verschillen op het gebied van astma in 2014			
Indicator ¹	Spreiding ²	Vershil	Gemiddelde
Inhalatiecorticosteroïden bij astma	69 - 88%	19%	78%

¹ De definities van de indicatoren treft u aan in hoofdstuk 13.

² Afstand tussen hoogst en laagst scorende regio.

Huisartsen in de provincie Drenthe en het noorden van Overijssel schrijven vaker dan huisartsen elders ICS voor aan patiënten met astma. In Limburg geldt het omgekeerde: ondanks dat ze regelmatig luchtwegmedicatie nodig hebben, gebruiken relatief weinig patiënten ICS. De verschillen tussen de regio's zijn klein.

Figuur 5.2. Inhalatiecorticosteroïden bij astma in 2014



Aanbevelingen voor nader onderzoek en beleid

De kosten voor de medicamenteuze behandeling van astma en COPD zijn jaarlijks ongeveer 10 procent van de kosten voor extramurale geneesmiddelen. Goede indicatoren om de inzet van astma- en COPD-geneesmiddelen te monitoren zijn gezien de kosten daarom wenselijk. In de praktijk blijkt het ontwikkelen van kwaliteits- en doelmatigheidsindicatoren op dit terrein lastig. Hoewel voor beide aandoeningen dezelfde groepen van geneesmiddelen worden gebruikt, verschilt de plaats van de geneesmiddelen sterk tussen astma en COPD. Zo zijn ICS bij alle astmapatiënten bij wie regelmatig klachten optreden geïndiceerd, terwijl bij COPD dezelfde ICS maar bij een beperkte groep patiënten een plaats hebben. Spiegelinformatie voor de huisarts over het voorschrijven van middelen voor astma en COPD kan helpen het voorschrijfgedrag te optimaliseren. In 2016 zal het IVM nader onderzoek doen naar het ontwikkelen van nieuwe indicatoren voor astma en COPD.

6. Pijn

Aanbevelingen uit de NHG Farmacotherapeutische richtlijn *Pijnbestrijding*¹⁷ waarop de indicatoren betrekking hebben:

- Volg een stapsgewijze aanpak, start met paracetamol en/of NSAID.
- Bij het voorschrijven van een NSAID gaat de voorkeur uit naar ibuprofen, diclofenac of naproxen.
- Combineer bij verhoogd risico op maagschade een NSAID met een protonpompremmer

Aanbevelingen uit de NHG-Standaard *Hoofdpijn* (2014) waarop de indicatoren betrekking hebben:

- Op voorhand is niet te voorspellen welk triptaan bij een patiënt werkt. Kies daarom in eerste instantie voor een middel dat generiek beschikbaar is.
- Bespreek bij een frequentie van 2 of meer aanvallen per maand de mogelijkheid van preventieve behandeling.

Nieuwe gebruikers hebben minstens een jaar lang geen geneesmiddel uit een therapeutische groep (bijvoorbeeld triptanen) gebruikt. Het voorschrijfgedrag bij deze groep gebruikers meet het meest zuiver het voorschrijfgedrag van de huisarts. Er is geen verstoring door voorschriften van medisch specialisten. Er is niet overgeschakeld naar een ander geneesmiddel vanwege onvoldoende effectiviteit of bijwerkingen van een middel.

Achtergrond

De behandeling van pijn verloopt in het algemeen stapsgewijs. Artsen hebben de beschikking over drie belangrijke categorieën pijnstillers: paracetamol, ontstekingsremmende pijnstillers (NSAID's) en opioïden (morfine-achtige middelen). Daarnaast zijn er middelen specifiek voor bepaalde typen pijn, zoals middelen bij migraine. In dit hoofdstuk gaan we in op het voorschrijven van NSAID's en middelen bij migraine door huisartsen. In het volgende hoofdstuk gaan we in op het voorschrijven van opioïden.

Bij het gebruik van NSAID's door bepaalde groepen patiënten wordt het gebruik van maagbeschermende medicatie aanbevolen, om zo complicaties met betrekking tot maag en dunne darm te voorkomen. Meer hierover leest u in het hoofdstuk *Maagmiddelen*.

Een specifieke, regelmatige voorkomende vorm van pijn is migraine. Bij de behandeling van migraine kan de arts - naast paracetamol en NSAID's - ook kiezen voor een specifiek migrainemiddel, een triptaan. Wanneer een patiënt vaak migraine-aanvallen heeft kan de huisarts - eventueel in overleg met een neuroloog - ook preventieve medicatie voorschrijven.

Er zijn twee indicatoren die betrekking hebben op de NSAID's. De indicator *Voorkeursmiddelen NSAID's bij nieuwe gebruikers* laat zien in hoeverre de huisarts kiest voor een voorkeursmiddel bij het starten van een NSAID. De andere indicator *Maagbescherming bij NSAID-gebruikers* brengt in kaart of oudere gebruikers van NSAID's (met een verhoogd risico op maagschade) tegen complicaties aan de maag beschermd worden. Deze indicator wordt besproken in het hoofdstuk 9 *Maagmiddelen*.

Twee indicatoren hebben betrekking op het voorschrijfbeleid bij migraine. De indicator *Voorkeursmiddelen triptanen* toont welk triptaan de huisarts kiest bij een nieuwe gebruiker. De indicator *Overbehandeling triptanen* maakt inzichtelijk welk aandeel triptaangebruikers niet te veel triptanen gebruikt.

Stand van zaken van 2014

Bij de therapiekeuze bij startende gebruikers van NSAID's zien we een vrij hoge gemiddelde score en een nog hogere mediaan. Dit laat zien dat de meeste huisartsen over het algemeen starten met een van de voorkeursmiddelen, maar dat ook een kleine groep huisartsen veel vaker kiest voor een ander middel. Bij de triptanen is een vergelijkbaar beeld zichtbaar, en de spreiding is hier nog groter.

¹⁷ Deze is inmiddels vervangen door de NHG-Standaard *Pijn*. De meeste aanbevelingen komen overeen met de oude richtlijn.

Het landelijk gemiddelde is de score berekend over alle patiënten van Nederland. De mediaan geeft de score aan waar de helft van de huisartsen boven en de helft onder scoort. Wanneer de waarde van de mediaan lager is dan het landelijk gemiddelde, scoort minder dan de helft van de huisartsen boven het landelijk gemiddelde.

Een kwart van de gebruikers van triptanen heeft meer dan twee keer per maand een migraineaanval, als we afgaan op het aantal opgehaalde stuks. Bij deze gebruikers is geen preventieve mediatie ingezet of werkt deze onvoldoende. De verschillen tussen huisartsen bij deze indicator zijn vrij klein.

Alle scores zijn weergegeven in tabel 6.1.

Tabel 6.1 Landelijke scores op de indicatoren op het gebied van pijnmedicatie in 2014

Indicator ¹	Gemiddelde	Mediaan	Spreiding ²
Voorkeursmiddelen NSAID's bij nieuwe gebruikers	88%	93%	72 - 98%
Voorkeursmiddelen triptanen bij nieuwe gebruikers	77%	80%	54 - 100%
Overbehandeling triptanen ³	75%	75%	65 - 86%

¹ De definities van de indicatoren treft u aan in hoofdstuk 13.

² Afstand tussen scores 10e en 90e percentiel van huisartsen.

³ De indicatorscore geeft aan het percentage triptaangebruikers dat NIET te veel triptanen gebruikt.

Belangrijkste ontwikkelingen 2010 - 2014

- 2013: verschijnen NHG-Standaard *Maagklachten*: geeft voorkeur aan klassieke NSAID's met maag-protectie boven COX-2-remmers en diclofenac met misoprostol
- 2014: verschijnen herziene NHG-Standaard *Hoofdpijn*

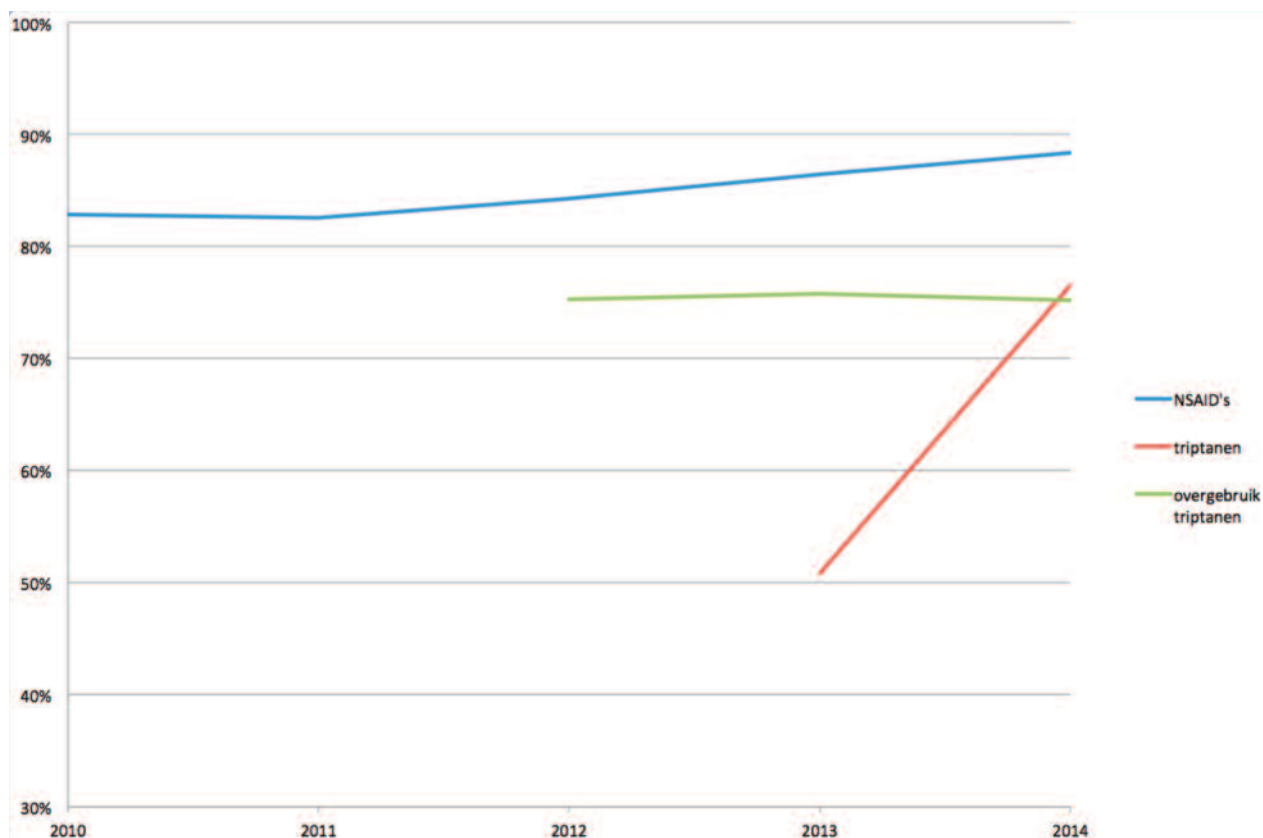
Ontwikkeling door de jaren heen

Figuur 6.1 laat zien dat huisartsen in de afgelopen jaren vaker zijn gaan kiezen voor een voorkeursmiddel bij het voorschrijven van een NSAID. De richtlijnen op dit vlak zijn in die periode niet veranderd. Wel is er regelmatig aandacht geweest voor de lange termijn bijwerkingen van andere NSAID's (de COX-2-remmers). Ook geeft de NHG-Standaard *Maagklachten* (2013) de voorkeur aan het gebruik van een NSAID met een losse maagbeschermer, boven het gebruik van COX-2-remmers of diclofenac met misoprostol. Opvolgen van dit advies zal leiden tot een hogere score op de indicator. Ten slotte maakt deze indicator sinds 2012 deel uit van een beloningsmodule van twee zorgverzekeraars.

De indicatoren met betrekking tot de triptanen zijn in 2013 en 2014 herzien. Slechts de ontwikkelingen van de afgelopen twee a drie jaar zijn inzichtelijk. Huisartsen schrijven in 2014 veel vaker een generiek triptaan voor aan nieuwe gebruikers van deze middelen dan in 2013, een stijging van 26 procent. Dit leidt tot een daling in de uitgaven aan migrainemiddelen. De stijging van de score lijkt vooral samen te hangen met het uit patent gaan medio 2013 van rizatriptan (Maxalt®). Dit middel is qua aantal gebruikers het tweede triptaan in Nederland, na sumatriptan. Gegevens uit de GIP-databank laten geen verschuiving zien in de marktaandelen van de diverse middelen in de periode 2010-2014.

Het aandeel patiënten dat veel triptanen gebruikt is tussen 2012 en 2014 stabiel en ligt rond 25 procent.

Figuur 6.1 Landelijk gemiddelde scores op de indicatoren op het gebied van pijnmedicatie per jaar



Regionale verschillen

Tabel 6.2 geeft de regionale spreiding aan. In de figuren 6.2 t/m 6.4 ziet u de scores per postcodegebied in een landkaartje.

Tabel 6.2 Regionale verschillen op het gebied van pijnmedicatie in 2014

Indicator ¹	Spreiding ²	Verschil	Gemiddelde
Voorkeursmiddelen NSAID's bij nieuwe gebruikers	76 - 96%	20%	88%
Voorkeursmiddelen triptanen bij nieuwe gebruikers	57 - 82%	25%	77%
Overbehandeling triptanen ³	66 - 82%	16%	75%

¹ De definities van de indicatoren treft u aan in hoofdstuk 13.

² Afstand tussen hoogst en laagst scorende regio.

³ De indicatorscore geeft aan het percentage triptaangebruikers dat NIET te veel triptanen gebruikt.

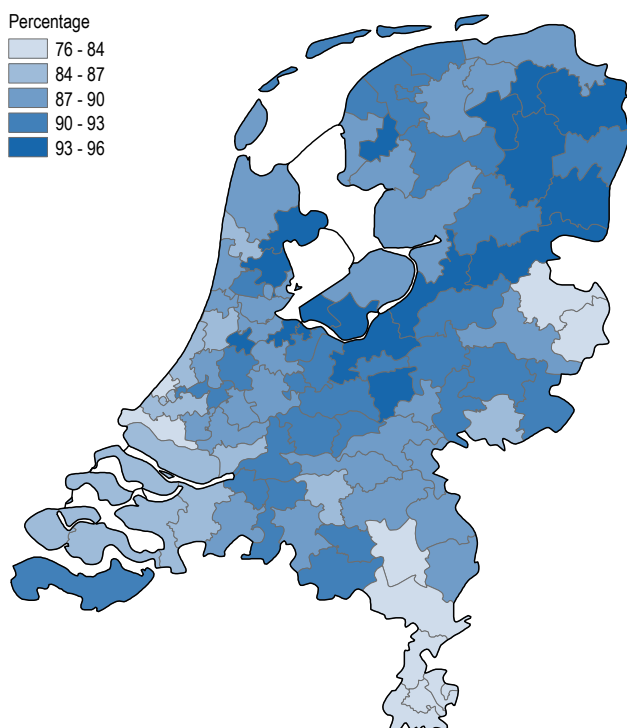
In Zuid-Limburg en Twente kiezen huisartsen minder vaak voor een van de voorkeursmiddelen bij het voorschrijven van NSAID's.

Bij therapeutische gelijkwaardigheid van geneesmiddelen gaat de voorkeur uit naar het middel met een generiek inkoopkanaal. Generieke middelen hebben over het algemeen een lagere prijs dan specialités (middelen waarvan het patent nog niet verlopen is).

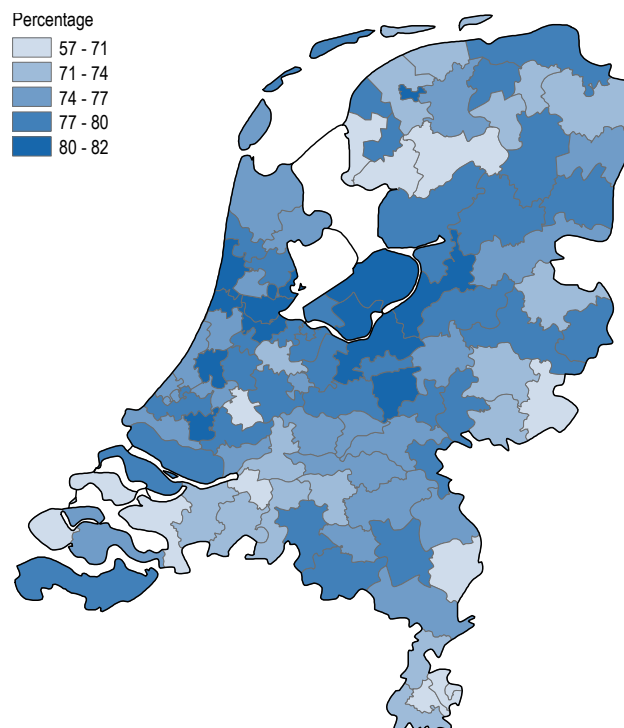
Bij de keuze voor triptanen zien we forse regionale verschillen, waarbij aangrenzende postcodegebieden sterk verschillend kunnen scoren. Regio's waar veel doelmatigheidswinst te behalen is, zijn het zuiden van Friesland en grote delen van Limburg, Noord-Brabant en Zeeland. In deze regio's kiezen de huisartsen relatief vaak voor de duurdere triptanen, waarop nog patent rust.

Voorals in Noord-Nederland gebruiken triptaangebruikers vaker dan twee maal per maand hun triptanen. Dit kan wijzen op ontbrekende of niet voldoende effectieve preventie.

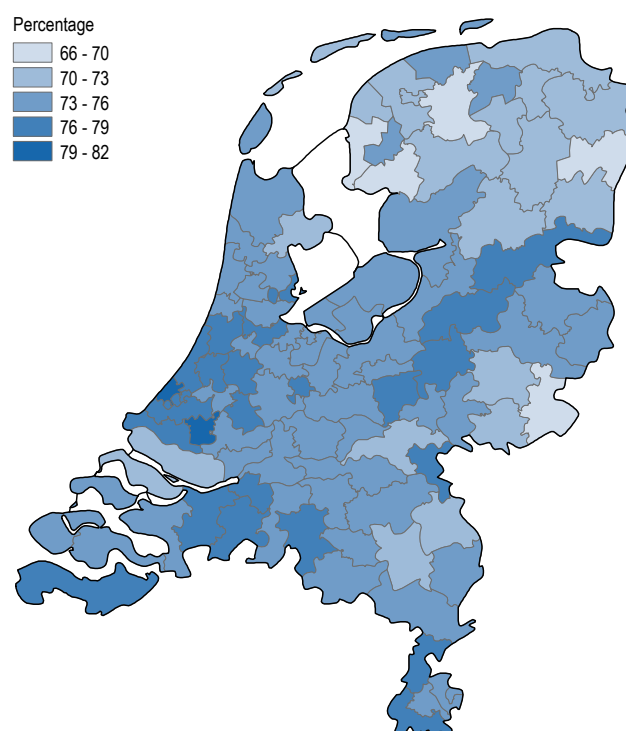
Figuur 6.2 Voorkeursmiddelen NSAID's in 2014



Figuur 6.3 Voorkeursmiddelen triptanen in 2014



Figuur 6.4 Overbehandeling triptanen in 2014



Aanbevelingen voor nader onderzoek en beleid

Op het gebied van de triptanen is, gezien de regionale verschillen, op korte termijn door zorgverzekeraars doelmatigheidswinst te halen, door het voorschrijven van generiek beschikbare triptanen te bevorderen. Dit kan door de verschillen in kosten van de verschillende middelen voor voorschrijvers inzichtelijk te maken. Binnen enkele jaren zal het patent op de laatste triptanen verlopen en daarmee ook de te behalen financiële voordelen. De andere indicatorscores geven geen aanleiding tot aanpassing van het beleid.

7. Opioïde pijnstillers

Aanbevelingen uit de NHG Farmacotherapeutische richtlijn *Pijnbestrijding*¹⁸ waarop de indicatoren betrekking hebben:

- Bij onvoldoende effect van paracetamol en/of NSAID's: voeg een opioïde toe of stap over op een opioïde.
- Bij hevige pijn slaat men de stap van zwakwerkend opioïde over.
- Bij het voorschrijven van een sterk werkzaam opioïde gaat de voorkeur uit naar morfine oraal met gereguleerde afgifte.
- Voorkóm obstipatie door vanaf de start van het opioïde een mild laxans toe te voegen.
- Geef bij doorbraakpijn op langwerkend morfine snelwerkend morfine zonder gereguleerde afgifte.
- Geef bij doorbraakpijn op fentanyl in eerste instantie een vaste oromucosale, sublinguale of buccale dosering.

Achtergrond

De behandeling van pijn verloopt in het algemeen stapsgewijs. Als eerste stap valt de keus op paracetamol. In stap twee hebben artsen de beschikking over ontstekingsremmende pijnstillers (NSAID's). Bij ernstige pijn, of wanneer NSAID's niet geschikt zijn voor de patiënt zal de huisarts opioïde pijnstillers (morfine-achtige middelen) voorschrijven. Deze groep geneesmiddelen is te verdelen in zwak- en sterkwerkende opioïden. Gestart wordt met de zwakwerkende. De huisarts kan bij ernstige pijn ervoor kiezen de stap van het zwakwerkende opioïd over te slaan.

Opioïden zijn te onderscheiden naar toedieningsvorm en werkingsduur. Als basis voor de pijnbestrijding gaat de voorkeur uit naar langwerkende middelen, die voor toediening via de mond (oraal als gereguleerde afgifte) of de huid (als pleister) beschikbaar zijn. Kortwerkende middelen kan de patiënt bij plotselinge toename van de pijn gebruiken. Kortwerkende middelen bevatten dezelfde werkzame stof als de langwerkende toediening. Het verschil tussen kortwerkende en langwerkende opioïden zit namelijk niet in de werkzame stof maar in de presentatievorm. De kortwerkende vormen zijn er voor toediening via de mond (oraal), als zuigtablet of tablet onder de tong (buccaal, sublinguaal) en neusspray (nasaal). Bij onvoldoende effect van opioïden via de mond of de huid kan de huisarts opioïden als injectie of infuus voorschrijven.

Bij het gebruik van opioïden krijgt de patiënt vaak last van obstipatie. Dit kan uiteindelijk leiden tot ziekenhuisopname. Het is dan ook vaak nodig een laxerend middel voor te schrijven, als een patiënt een opioïde gebruikt.

Op het gebied van de opioïde pijnstillers is één indicator beschikbaar. De indicator *Laxans bij opioïdegebruikers* brengt in kaart in hoeverre huisartsen bij opioïdegebruikers een laxans voorschrijven.

Dit hoofdstuk gaat verder in op de keuze die huisartsen maken bij het voorschrijven van opioïden. Welke lang- en kortwerkende middelen schrijven zij voor? Dit is relevant omdat er grote prijsverschillen bestaan tussen de diverse pijnstillers.

¹⁸ Deze is inmiddels vervangen door de NHG-Standaard *Pijn*. De aanbevelingen aangaande de plaats van opioïden zijn hierbij niet gewijzigd.

De indicator *Laxans bij gebruikers van een opioïde*

De helft van de opioïdegebruikers krijgt geen laxans voorgeschreven. Gezien het advies in de richtlijnen lijkt er dus sprake van onderbehandeling. Wel kan de patiënt zijn laxantia¹⁹ ook zelf aanschaffen, waardoor de score op deze indicator een onderschatting zou kunnen zijn van het werkelijke percentage opioïdegebruikers dat een laxans inneemt. Een aantal patiënten zal ondanks het gebruik van opioïden geen obstipatie ontwikkelen, en dus terecht geen laxans gebruiken.

Het gemiddelde, de mediaan en de spreiding zijn weergegeven in tabel 7.1. Figuur 7.1 laat zien dat de score op de indicator Laxans bij opioïdegebruikers over de hele meetperiode vrij stabiel is.

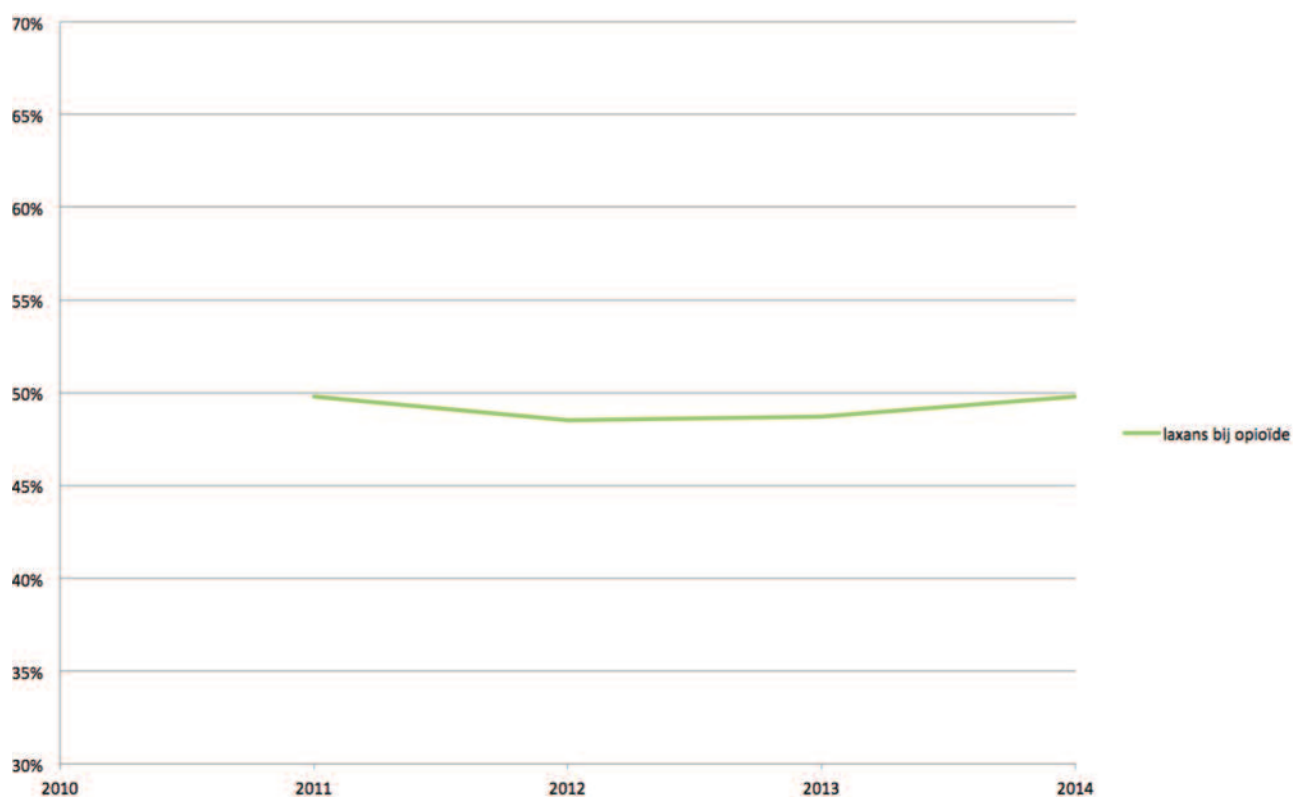
Tabel 7.1 Landelijke scores op de indicatoren op het gebied van laxansgebruik bij opioïden in 2014

Indicator ¹	Gemiddelde	Mediaan	Spreiding ²
Laxans bij opioïdegebruikers	50%	50%	35 - 65%

¹ De definities van de indicatoren treft u aan in hoofdstuk 13.

² Afstand tussen scores 10^e en 90^e percentiel van huisartsen.

Figuur 7.1 Landelijk gemiddelde scores op de indicatoren op het gebied van laxansgebruik bij opioïden per jaar



¹⁹ Veel laxantia zijn verkrijgbaar als zelfzorggeneesmiddel.

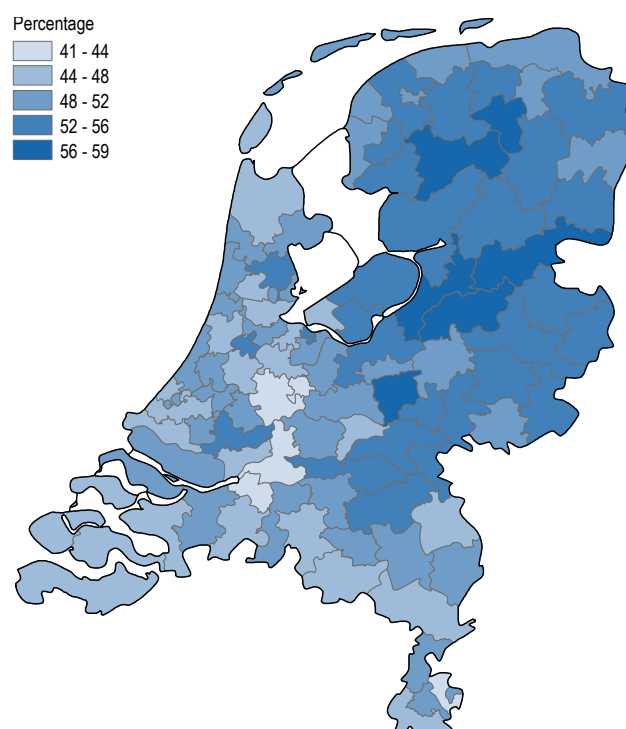
Tabel 7.2 geeft de regionale spreiding aan. In de figuur 7.2 ziet u de score per postcodegebied in een landkaartje. De verschillen tussen de postcodegebieden zijn vrij klein.

Tabel 7.2 Regionale verschillen op het gebied van pijnmedicatie in 2014			
Indicator ¹	Spreiding ²	Vershil	Gemiddelde
Laxans bij opiaatgebruikers	41 -59%	18%	50%

¹ De definities van de indicatoren treft u aan in hoofdstuk 13.

² Afstand tussen hoogst en laagst scorende regio.

Figuur 7.2 Laxans bij opiaatgebruikers in 2014



Nieuwe gebruikers hebben minstens een jaar lang geen geneesmiddel uit een therapeutische groep (bijvoorbeeld opioïde pijnstillers) gebruikt. Het voorschrijfgedrag bij deze groep gebruikers meet het meest zuiver het voorschrijfgedrag van de huisarts. Er is geen verstoring door voorschriften van medisch specialisten. Er is niet overgeschakeld naar een ander geneesmiddel vanwege onvoldoende effectiviteit of bijwerkingen van een middel.

De keuze van de huisarts bij het voorschrijven van opioïden

In 2014 waren er bijna 360 duizend nieuwe gebruikers van opioïden, die hun eerste recept van een huisarts ontvingen. Hiermee nemen de huisartsen 60 procent van alle eerste voorschriften van deze middelen voor hun rekening. Anesthesiologen, chirurgen en orthopeden zijn elk goed voor drie tot vijf procent van de eerste voorschriften voor opioïden die patiënten buiten het ziekenhuis gebruiken. 14 Procent van de eerste voorschriften werd door een niet nader omschreven specialist in het ziekenhuis gestart.

Gemeten over alle nieuwe gebruikers van opioïden kozen huisartsen in 2014 in 77 procent van de gevallen voor een zwakwerkende opioïde. Tabel 7.3 laat zien welk middel de huisarts als eerste opioïde voorschrijft bij nieuwe gebruikers.

Tabel 7.3 Keuze bij nieuwe gebruikers van opioïden in 2014		
Middel	Aantal	Percentage
Zwakwerkende opioïden ¹	277.769	77%
waarvan tramadol	189.086	65%
waarvan vaste combinatie tramadol met paracetamol	103.644	35%
Sterkwerkende opioïden	81.823	23%

¹ Het aantal nieuwe gebruikers van het zwakwerkende opioïde codeïne al dan niet in combinatie met paracetamol is niet in kaart gebracht Dit geneesmiddel wordt niet meer vanuit de basisverzekering vergoed en ontbreekt dan ook in de gegevens van Vektis.

35 Procent van de nieuwe gebruikers van een zwakwerkend opioïde start met de vaste combinatie van tramadol met paracetamol. De NHG-Standaard *Pijn* (2015) ontraadt dit middel, onder meer omdat de dosering bij de vaste combinatie niet kan worden afgestemd op de individuele behoefte van de patiënt.

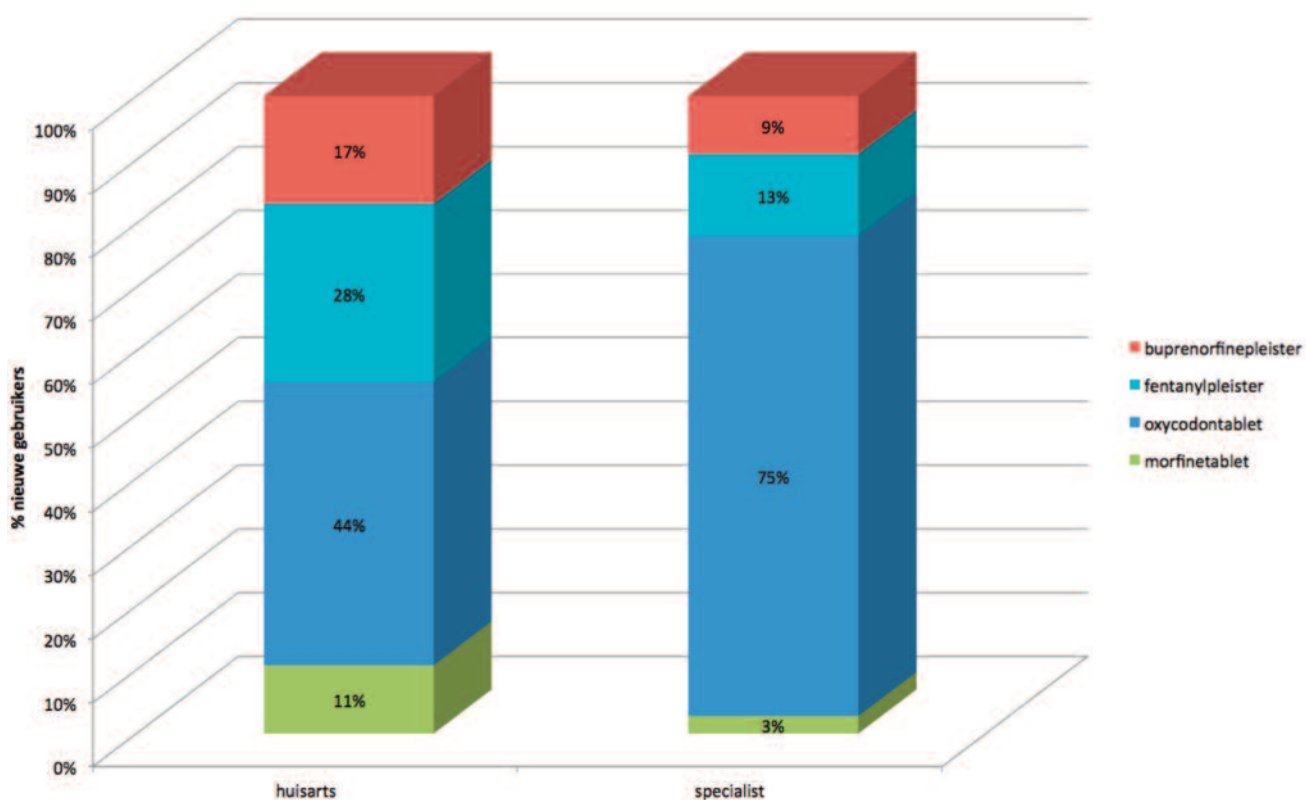
Bij onvoldoende effect of bijwerkingen van zwakwerkende opioïden of bij ernstige pijn kan de huisarts een sterkwerkend opioïde voorschrijven, in een lang- of een kortwerkende vorm. De eerste voorkeur gaat uit naar morfine als tablet met een vertraagde afgifte.

Langwerkende opioïden

In 2014 gingen 181 duizend patiënten voor het eerst een langwerkend opioïde gebruiken. 56 Procent van de patiënt kreeg het eerste recept van de huisarts. De doorsnee huisarts start bij 10 patiënten een langwerkend opioïde (spreiding 2 tot 26 patiënten).

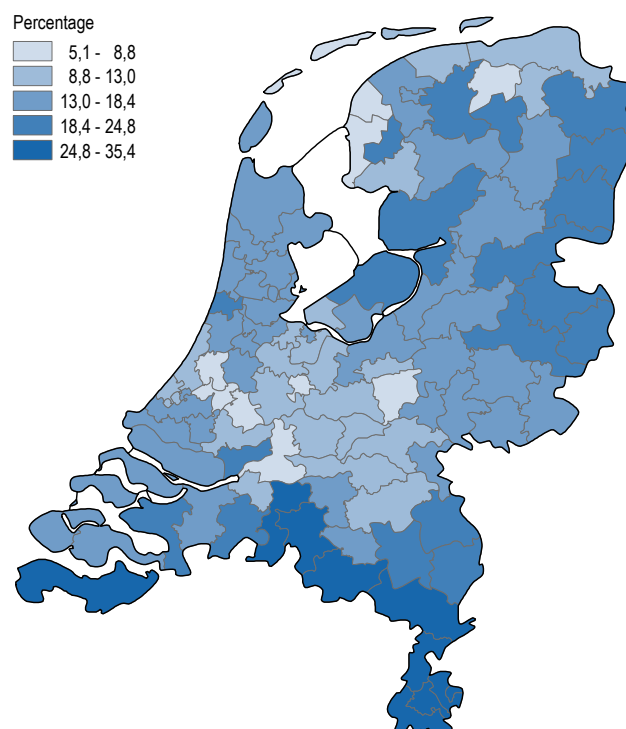
Figuur 7.3 toont de keuze van de huisarts en de medisch specialist bij nieuwe gebruikers van langwerkende opioïden. In slechts 11 procent kiest de huisarts bij nieuwe gebruikers voor het middel van eerste keus, namelijk morfine als tablet of capsule met gereguleerde afgifte. De fentanylpleister, het voorkeursmiddel bij onder andere slikproblemen, kreeg de voorkeur bij 28 procent van de nieuwe gebruikers. Huisartsen kiezen het vaakst voor oxycodon (44 procent). Bij specialisten is de voorkeur voor oxycodon zelfs nog duidelijker. Er zijn aanwijzingen dat bij het gebruik van oxycodon vaker aanvullende medicatie nodig is. Daarom geeft het Farmacotherapeutisch Kompas de voorkeur aan morfine. De (in de NHG-Standaard *Pijn* (2015) afgeraden) buprenorfinepleisters schrijft de huisarts voor aan 17 procent van de startende gebruikers. Dit brengt aanzienlijke kosten met zich mee, zie ook de paragraaf *Kosten opioïden* en in die paragraaf tabel 7.4.

Figuur 7.3 Keuze voor langwerkende opioïde bij nieuwe gebruikers in 2014



Regio's waar huisartsen vaak starten met buprenorfine zijn vooral gelegen in (Zuid-) Limburg en het zuidoosten van Noord-Brabant. Regio's waar relatief zelden met buprenorfine wordt gestart liggen verspreid in het land, onder andere in Zuid-Holland. Huisartsen in Heerlen schrijven zeven keer zo vaak buprenorfinepleisters voor aan nieuwe gebruikers als hun collega's in Gouda (35 procent versus 7 procent).

Figuur 7.4 Aandeel buprenorfine bij nieuwe gebruikers langwerkende opioïden met eerste voorschrift van de huisarts in 2014

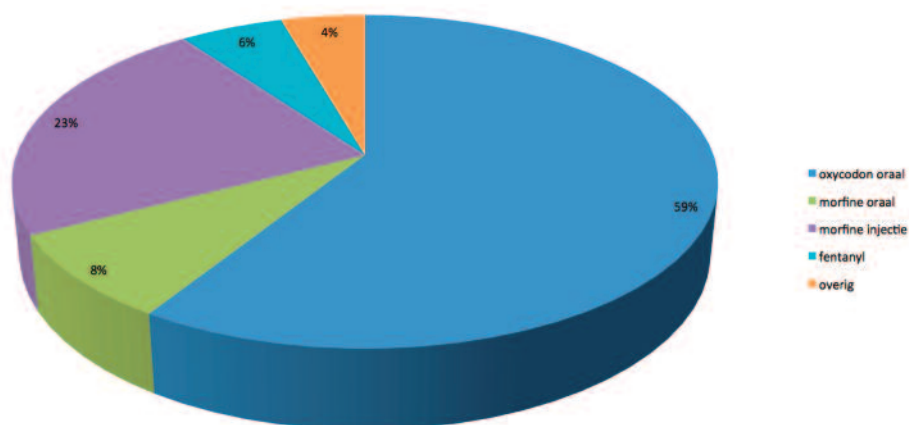


Kortwerkende opioïden

In 2014 gingen 174 duizend patiënten voor het eerst een kortwerkend opioïde gebruiken. De huisarts was de eerste voorschrijver bij 44 procent van de patiënten. De doorsnee huisarts start bij 7 patiënten een kortwerkend opioïde (spreiding 1 tot 19 patiënten).

Evenals bij de langwerkende opioïden kiest de huisarts veelal voor oxycodon²⁰. Figuur 7.5 toont de keuze van de huisarts bij nieuwe gebruikers van kortwerkende opioïden.

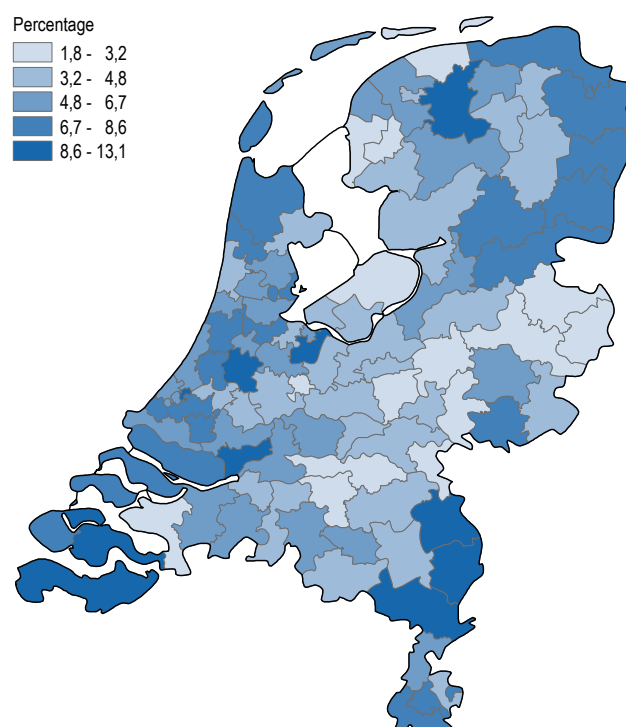
Figuur 7.5 Keuze van de huisarts voor kortwerkende opioïde bij nieuwe gebruikers in 2014



²⁰ Oxycodon en morfine zijn ook als kortwerkend tablet en als drank beschikbaar. Fentanyl is onder andere als tablet voor onder de tong, zuigtablet en neusspray verkrijgbaar.

Bij 6 procent van de patiënten kozen de huisartsen voor een snelwerkende vorm van fentanyl, zoals een neusspray, zuigtablet of een tablet voor onder de tong. Deze vormen hebben als voordeel een snellere werking dan morfine en oxycodon, een eigenschap die vooral bij patiënten met doorbraakpijn bij kanker van belang is. Een belangrijk nadeel zijn de hoge kosten die het gebruik met zich mee brengt. We zien hierbij grote verschillen tussen regio's: in Venlo kiezen huisartsen bij 13 procent van de patiënten voor fentanyl, in Almelo, Emmen en rond Bolsward ligt dit percentage op 2 procent.

Figuur 7.6 Aandeel fentanyl bij nieuwe gebruikers kortwerkende opioïden met eerste voorschrift van de huisarts in 2014



Kosten opioïden

Tussen de meest gebruikte langwerkende opioïden bestaan aanzienlijke prijsverschillen. In 2013 verstrekten de apotheken voor 11,5 miljoen aan buprenorfine pleisters. Het omzetten van alle voorschriften van dit - voor de eerste lijn afgeraden - middel naar fentanylpleisters in vergelijkbare sterkte zou een besparing opleveren van 4,8 miljoen euro. De kosten voor de orale langwerkende opioïden - oxycodon en morfine - ontlopen elkaar niet veel bij vergelijkbare dosering: de kosten per dag bij de lagere, meest gebruikte doseringen liggen onder de euro. Fentanylpleisters zijn het goedkoopst.

De snelwerkende varianten van fentanyl zijn zoals eerder gezegd duur. De prijs per stuk ligt - bij de laagste doseringen op 5 tot 7 euro per stuk. De kosten per tablet kortwerkend morfine of oxycodon ligt tussen 4 en 28 cent.

Tabel 7.4 Vergelijking kosten per dag voor equivalente doseringen langwerkend morfine, oxycodon, fentanyl en buprenorfine¹

	Startdosering	Onderhoudsdosering (vergelijkbaar met maximaal 120 mg morfine per 24 uur)
morfine tablet met vertraagde afgifte	€0,26	€0,26 - €0,77
oxycodon tablet met geregleerde afgifte	€0,08	€0,08 - €2,18
fentanyl pleister	€0,17	€0,17 - €0,23
buprenorfine pleister	€1,04	€1,04 - €2,21

¹ Kosten in oktober 2015 op basis van www.medicijnkosten.nl. De daadwerkelijke kosten variëren met de gekozen sterkte en fabrikant. Dit geldt vooral bij oxycodon.

Aanbevelingen voor verder onderzoek en beleid

Met name tussen de verschillende kortwerkende opioïden bestaan grote prijsverschillen. Een zorgvuldige selectie van patiënten die de kort- en snelwerkende maar dure fentanylpreparaten nodig hebben kan dan ook grote doelmatigheidswinst opleveren. Het tijdig verhogen van de dosering langwerkende opioïden kan het gebruik van de kortwerkende middelen beperken en draagt bij aan een meer adequate pijnbestrijding. Het is aan artsen en apothekers om hierop alert te zijn en actie te ondernemen bij een hoge consumptie van kortwerkende opioïden.

Ook bij de langwerkende opioïden komen grote prijsverschillen voor, met name de buprenorfinepleister is duur. Dit middel wordt inmiddels afgeraden in de NHG-Standaard *Pijn*. De komende jaren zal moeten blijken of huisartsen deze aanbeveling over gaan nemen in hun voorschrijfbeleid. Spiegelinformatie met betrekking tot het voorschrijven van dit middel en de daarmee gemoeide kosten is nodig om huisartsen inzicht te geven in hun eigen voorschrijfgedrag en de consequenties hiervan. Zorgverzekeraars zouden meer aandacht moeten hebben voor prijsverschillen zoals beschreven in dit hoofdstuk.

8. Antidepressiva

Aanbevelingen uit de NHG-Standaarden *Depressie* (2012) en *Angst* (2012) waarop de indicatoren betrekking hebben:

- Behandel angststoornissen en depressies alleen met geneesmiddelen bij ernstig lijden of bij onvoldoende effect van niet-medicamenteuze behandeling.
- Als de huisarts kiest voor medicamenteuze behandeling gaat de voorkeur bij angst gaat uit naar een tricyclische antidepressivum (TCA) of serotonineheropname-remmer (SSRI). Bij depressies is er een lichte voorkeur voor SSRI's
- Na een eerste episode van angst of depressie kan de medicatie zes tot twaalf maanden na remissie (d.w.z. over zijn van de episode) worden afgebouwd.

In de eerste weken van het gebruiken van antidepressiva treden wel bijwerkingen op, maar ervaart de patiënt nog geen positief effect. Voorlichting van arts en apotheker kan de therapietrouw bij (startende) gebruikers bevorderen. Na vier tot zes weken is het mogelijk de gunstige effecten van het antidepressivum te beoordelen.

Achtergrond

Artsen schrijven antidepressiva voor een scala aan aandoeningen voor: van depressie en angstklachten tot neuropathische pijn en preventie van migraine-aanvallen en zelfs als slaapmiddel. In 2010 en 2011 is veel discussie gevoerd over het vaak en langdurig voorschrijven van antidepressiva^{21, 22}. Huisartsen zouden te vaak antidepressiva voorschrijven en gebruikers zouden te lang antidepressiva blijven gebruiken. Andere onderzoeken bestrijden deze conclusies. In 2012 verschenen nieuwe NHG-standaarden voor de behandeling van angst en depressie. Deze adviseren een step-up beleid, waarbij in principe begonnen wordt met voorlichting en cognitieve gedragstherapie en medicatie gereserveerd is voor ernstig lijden en/of disfunctioneren.

Op het gebied van de antidepressiva heeft het IVM vier indicatoren ontwikkeld. Drie richten zich op startende gebruikers van antidepressiva: *Volume starters* (hoeveel starters heeft de huisarts in de praktijk), *Voorkeursmiddelen antidepressiva* (welk middel schrijft de huisarts voor) en *Therapietrouw antidepressiva bij nieuwe gebruikers* (blijven deze patiënten tenminste vier weken een antidepressivum gebruiken). Ten slotte meet de vierde indicator, *Volume langdurig gebruik antidepressiva* het aantal gebruikers dat langer dan 15 maanden antidepressiva gebruikt.

De antidepressiva zijn onder te verdelen in drie groepen: de tricyclische antidepressiva (TCA), de serotonineheropnameremmers (SSRI's) en overige middelen. De TCA worden vooral voor andere klachten dan angst en depressie voorgeschreven, bijvoorbeeld voor pijn. De indicatoren richten zich op het voorschrijven van antidepressiva voor psychische aandoeningen. Daarom is de groep van de TCA uitgesloten van de indicatoren.

²¹ Ketelaar et al. SSRI's in de Nederlandse huisartsenpraktijk. *Huisarts Wet* 2010;53(6):302-5.

²² Piek et al. Most Antidepressant Use in Primary Care Is Justified; Results of the Netherlands Study of Depression and Anxiety. *PLoS ONE* 6(3): e14784.

Nieuwe gebruikers hebben minstens een jaar lang geen geneesmiddel uit een therapeutische groep (bijvoorbeeld antidepressiva) gebruikt. Het voorschrijfgedrag bij deze groep gebruikers meet het meest zuiver het voorschrijfgedrag van de huisarts. Er is geen verstoring door voorschriften van medisch specialisten. Er is niet overgeschakeld naar een ander geneesmiddel vanwege onvoldoende effectiviteit of bijwerkingen van een middel.

Het landelijk gemiddelde is de score berekend over alle patiënten van Nederland. De mediaan geeft de score aan waar de helft van de huisartsen boven en de helft onder scoort. Wanneer de waarde voor de mediaan hoger is dan het landelijk gemiddelde, scoren meer huisartsen boven het landelijk gemiddelde. Een kleinere groep huisartsen scoort dan onder het landelijk gemiddelde.

Stand van zaken van 2014

Wanneer we kijken naar de therapiekeuze bij startende gebruikers dan zien we een lage gemiddelde score van 60%. De grote spreiding duidt erop dat huisartsen consequent zijn in hun keuze voor hetzij een voorkeursmiddel (SSRI), hetzij een ander middel.

De verschillen in de therapietrouw bij nieuwe gebruikers tussen huisartsen zijn kleiner. Dit kan een resultaat zijn van de inspanningen van huisartsen, apothekers en praktijkondersteuners. Ook de sociaaleconomische status speelt hierbij een rol: mensen met een lage sociaaleconomische status zijn minder vaak therapietrouw. Huisartsen met veel patiënten met een lage sociaaleconomische status scoorden 9 procent lager op deze indicator²³.

Het feit dat de mediaan duidelijk lager ligt dan het gemiddelde bij volume starters antidepressiva wijst erop dat een grote groep huisartsen weinig antidepressiva start en een kleine groep juist relatief vaak. Ook is de spreiding bij deze indicator groot. Of er sprake is van over- of onderbehandeling kunnen we op basis van de cijfers niet zeggen. Verschillen in onder andere sociaaleconomische status en toegang tot andere behandelopties zijn ook mogelijke verklaringen. Volgens onderzoek uit 2014 telden huisartspraktijken met veel patiënten met een lage sociaaleconomische status meer startende, maar ook meer langdurige gebruikers van antidepressiva²⁴.

Er zijn ook grote verschillen in spreiding tussen het aantal langdurig gebruikers van antidepressiva. Bij deze indicator ligt de mediaan eveneens duidelijk lager dan het gemiddelde. Een deel van de patiënten zal de behandeling terecht lang voortzetten. Maar de variatie tussen artsen is een aanwijzing dat bij een deel van de langdurig gebruikers wel degelijk sprake is van overbehandeling.

Alle scores zijn weergegeven in tabel 8.1.

Tabel 8.1 Landelijke scores op de indicatoren op het gebied van antidepressiva in 2014

Indicator ¹	Gemiddelde	Mediaan	Spreiding ²
Voorkeursmiddelen antidepressiva bij nieuwe gebruikers	60%	62%	28 - 89%
Therapietrouw antidepressiva bij nieuwe gebruikers	72%	73%	53 - 91%
Volume starters antidepressiva	0,17%	0,14%	0,04 - 0,32%
Volume langdurig gebruik antidepressiva	2,2%	2,0%	1,3 - 3,2%

¹ De definities van de indicatoren treft u aan in hoofdstuk 13.

² Afstand tussen scores 10e en 90e percentiel van huisartsen.

²³ Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik. Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen 2014. Utrecht: IVM, 2014.

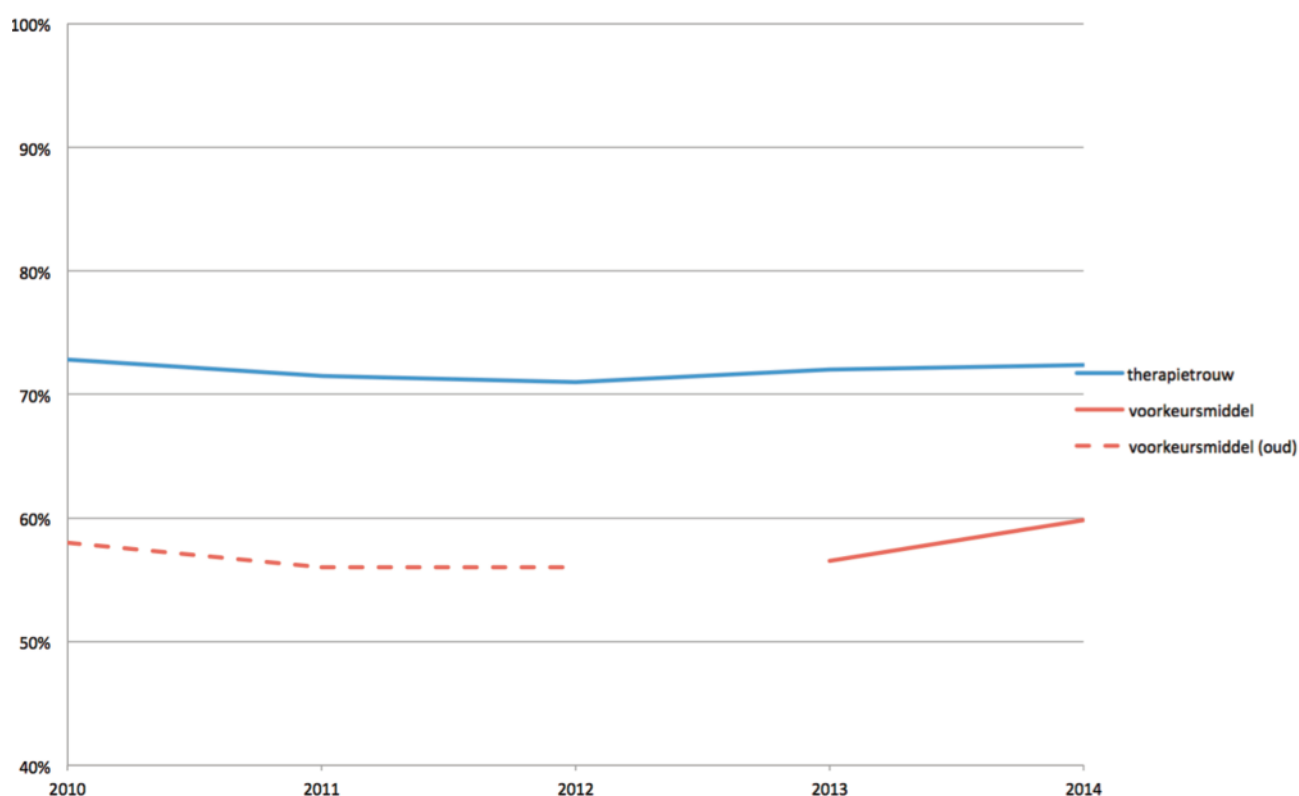
²⁴ Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik. Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen 2014. Utrecht: IVM, 2014.

Bij therapeutische gelijkwaardigheid van geneesmiddelen gaat de voorkeur uit naar generieke middelen, omdat generieke middelen over het algemeen een lagere prijs hebben dan specialités (middelen waarvan het patent nog niet verlopen is).

Ontwikkeling door de jaren heen

Figuur 8.1 laat zien dat huisartsen in 2014 vaker dan in 2013 kiezen voor een generiek SSRI. De belangrijkste oorzaak hiervoor is het verlopen van het patent van escitalopram medio 2014. Cijfers in de GIP-databank laten geen grote verschuivingen zien in de marktaandelen van de diverse antidepressiva.

Figuur 8.1 Landelijk gemiddelde scores op de indicatoren op het gebied van antidepressiva¹



¹ In 2013 is de definitie van de indicator voorkeursmiddelen op detailniveau gewijzigd. Scores tussen 2010 en 2012 zijn daarom niet helemaal vergelijkbaar met de scores van 2013 en 2014.

Belangrijkste ontwikkelingen 2010 - 2014

- 2011: aanspraak op antidepressiva beperkt: alleen bij voorschrijven volgens richtlijn komt behandeling in aanmerking voor vergoeding.
- 2012: verschijnen herziene NHG-Standaarden *Angst en Depressie*
- Het IVM heeft in 2010 en 2011 een landelijk project uitgevoerd om goed gebruik van antidepressiva te stimuleren.

Door de jaren heen zien we weinig veranderen in het aandeel patiënten dat na het starten met een antidepressivum ten minste vier weken een antidepressivum blijft gebruiken. Bij deze indicator treedt ook weinig verandering op in de spreiding.

De absolute waarden van de volume-indicatoren zijn niet goed te vergelijken. Door de jaren heen is de wijze waarop patiënten aan een bepaalde huisarts worden toegewezen veranderd bij de berekening van de volume-indicator. Hierdoor is de praktijkpopulatie niet over alle jaren heen op dezelfde manier bepaald. Deze waarden zijn dan ook niet in een figuur aangegeven.

Wel zien we dat de spreiding bij zowel de indicator volume startende gebruikers als bij de indicator volume langdurig gebruikers gelijk blijft ten opzichte van de gemiddelde score in de periode 2012 - 2014. De verschillen in volume van het gebruik blijven onverminderd groot. Met de beschikbare gegevens is het niet mogelijk het effect van het beperken van de vergoeding van antidepressiva in 2011 op het voorschrijfvolume te bepalen.

Regionale verschillen

Tabel 8.2 geeft de regionale spreiding aan. In de figuren 8.2 t/m 8.5 ziet u de scores voor 2014 per postcodegebied in een landkaartje.

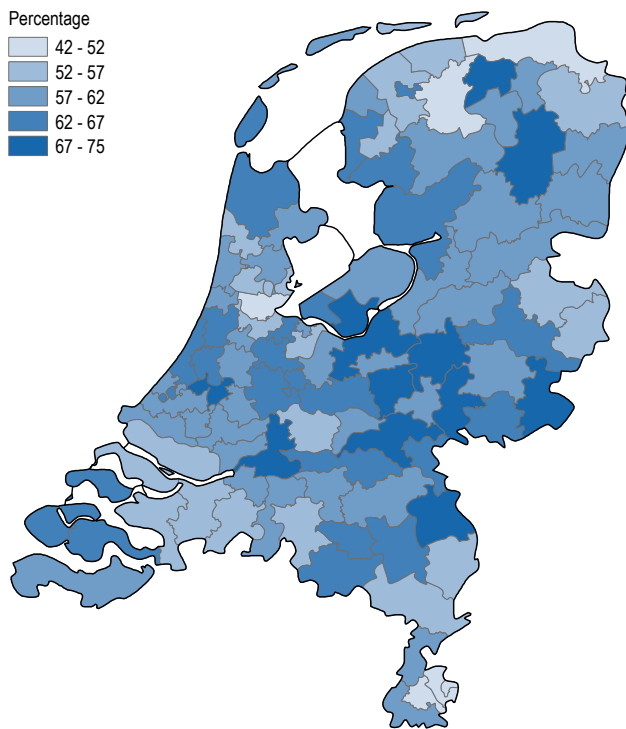
Tabel 8.2 Regionale verschillen op het gebied van antidepressiva in 2014			
Indicator ¹	Spreiding ²	Verschil	Gemiddelde
Voorkeursmiddelen antidepressiva bij nieuwe gebruikers	42 - 75%	33%	60%
Therapietrouw antidepressiva bij nieuwe gebruikers	63 - 82%	19%	72%
Volume starters antidepressiva	0,10 - 0,23 %	0,14%	0,17%
Volume langdurig gebruik antidepressiva	1,6 - 3,3%	1,6%	2,2%

¹ De definities van de indicatoren treft u aan in hoofdstuk 13.

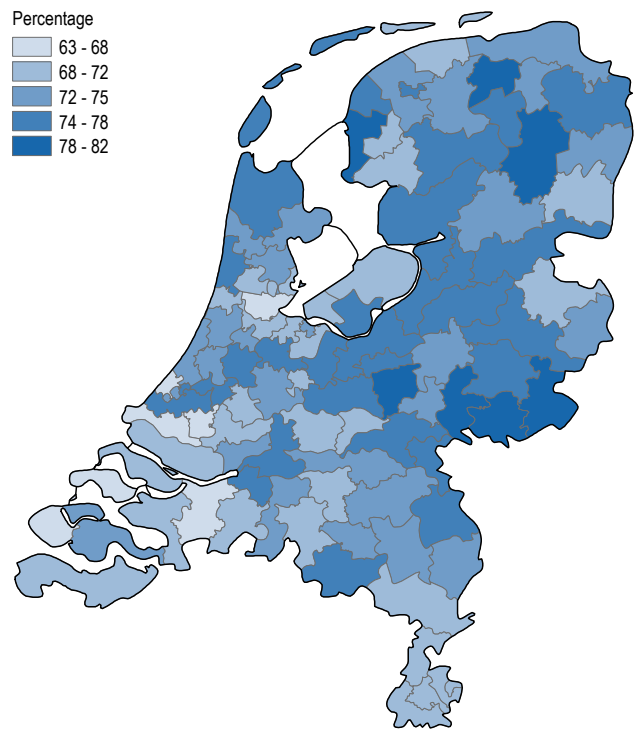
² Afstand tussen hoogst en laagst scorende regio.

De provincies Groningen en Friesland tellen zowel veel startende als veel langdurige gebruikers van antidepressiva. Deze regio's telden ook in voorgaande jaren relatief veel startende en langdurige gebruikers van antidepressiva. In delen van Groningen schrijven huisartsen bovendien minder vaak de antidepressiva van eerste keus voor (generieke SSRI's) dan in andere regio's. In de regio Zeeland en in de steden Amsterdam, Rotterdam en Den Haag stoppen nieuwe gebruikers van antidepressiva vaker dan in andere regio's. Deze gebieden kennen ook relatief veel nieuwe gebruikers van antidepressiva.

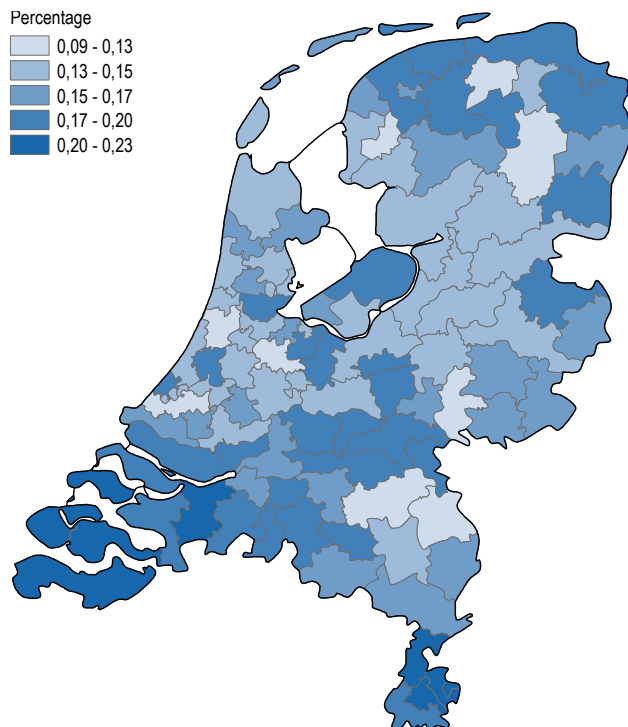
Figuur 8.2 Voorkeursmiddelen antidepressiva in 2014



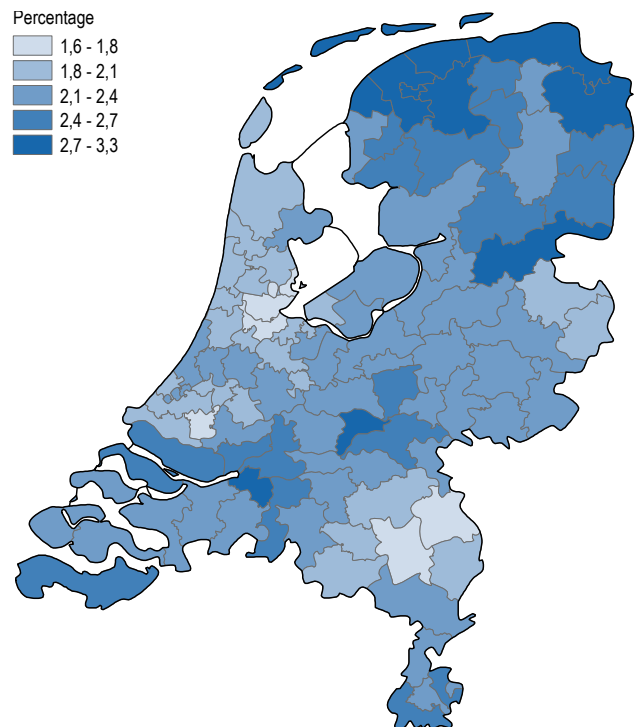
Figuur 8.3 Therapietrouw antidepressiva in 2014



Figuur 8.4 Volume starters antidepressiva in 2014



Figuur 8.5 Volume langdurig gebruik antidepressiva in 2014



Aanbevelingen voor nader onderzoek en beleid

De richtlijnen voor de behandeling van depressieve klachten en voor angststoornissen (de belangrijkste indicaties voor antidepressiva) geven het advies medicamenteuze therapie alleen te starten bij ernstige klachten of onvoldoende effect van niet-medicamenteuze behandeling. Een oordeel over het al dan niet te vaak voorschrijven van antidepressiva kan op basis van alleen prescriptie-indicatoren niet gegeven worden. Hiervoor zijn ook andere gegevens nodig, zoals het aantal verwijzingen naar GGZ-instellingen of psychologen en de beschikbaarheid van praktijkondersteuners GGZ. Koppeling van voorschrijfgegevens en verwijsgegevens naar een POH-GGZ of GGZ-instellingen, eventueel aangevuld met cijfers uit het huisartsensysteem, verrijkt de spiegelinformatie voor de huisarts. Zorgverzekeraars hebben hiertoe al de technische mogelijkheden en de benodigde gegevens. Hiermee kunnen huisartsen of regio's die meer geneesmiddelen voorschrijven en minder niet-medicamenteuze behandelingen toepassen worden geïdentificeerd. Dit biedt aanknopingspunten voor zorgverzekeraars om met deze huisartsen in gesprek te gaan en mogelijke overbehandeling terug te dringen.

9. Maagmiddelen

Aanbevelingen uit de NHG-Standaarden *Maagklachten* (2013) waarop de indicatoren betrekking hebben:

- Behandel maagklachten volgens een step-up beleid, protonpompremmers komen pas als laatste stap in aanmerking voor de behandeling van maagklachten
- Bij gebruik van NSAID's of laaggedoseerde salicylaten door risicopatiënten is maagbescherming met een protonpompremmer aangewezen.
- Bij het voorschrijven van een protonpompremmer gaat de voorkeur uit naar omeprazol of - bij wisselwerking met andere geneesmiddelen - pantoprazol.
- Langdurig gebruik van protonpompremmers bij maagklachten is slechts bij een kleine groep patiënten aangewezen.

Het landelijk gemiddelde is de score berekend over alle patiënten van Nederland. De mediaan geeft de score aan waar de helft van de huisartsen boven en de helft onder scoort. Wanneer de waarde voor de mediaan hoger is dan het landelijk gemiddelde, scoren meer huisartsen boven het landelijk gemiddelde. Een kleinere groep huisartsen scoort dan onder het landelijk gemiddelde.

Achtergrond

Maagmiddelen en meer in het bijzonder de protonpompremmers behoren tot de meest gebruikte geneesmiddelen. Artsen schrijven deze middelen voor bij maagklachten maar ook als preventieve maatregel bij het gebruik van geneesmiddelen die schade aan de maagwand kunnen veroorzaken, zoals de pijnstillers uit de NSAID-groep. Met name ouderen zijn gevoelig voor deze bijwerking.

Bij deze middelen komen zowel over- als onderbehandeling voor. Enerzijds gebruiken veel patiënten die ooit vanwege maagklachten zijn begonnen, de middelen onnodig lang. Anderzijds zijn er patiënten uit risicogroepen die geen maagbescherming gebruiken bij het gebruik van NSAID's. Zij lopen risico op complicaties, zoals een maagzweer of maagbloeding.

In de indicatorenset zijn drie indicatoren opgenomen met betrekking tot maagmiddelen. De indicator *Voorkeursmiddelen protonpompremmer* brengt in kaart in hoeverre huisartsen hun patiënten behandelen met een van de voorkeursmiddelen omeprazol of pantoprazol. Hierbij wordt gekeken naar alle gebruikers van deze middelen, omdat protonpompremmers onderling goed uitwisselbaar zijn. De indicator *Maagbescherming bij NSAID-gebruikers* kijkt in hoeverre gebruikers van NSAID's ouder dan 70 jaar een maagbeschermend middel gebruiken. Ten slotte toont de indicator *Volume langdurig gebruik protonpompremmers* welk deel van de ingeschreven patiënten van de huisarts meer dan een half jaar een protonpompremmer gebruikt. Hierbij zijn alleen patiënten onder de 60 jaar meegenomen, omdat bij hen er meestal geen indicatie voor langdurig gebruik (zoals maagbescherming bij een NSAID) bestaat.

Stand van zaken van 2014

Bij therapiekeuze zien we een score van 84% en een kleine spreiding. Dit wijst erop dat het merendeel van de huisartsen de NHG-standaard bij therapiekeuze volgt. De voorkeursmiddelen omeprazol en pantoprazol worden het meest voorgeschreven en door de apotheek als generiek product afgeleverd.

Bij de indicator rond de maagbescherming zien we grotere verschillen tussen de huisartsen. De oorzaken voor het al dan niet gebruiken van een maagbeschermer bij het gebruik van een NSAID kunnen bij de huisarts liggen, maar ook bij de patiënt. Bij kortdurend gebruik vallen de protonpompremmers niet meer in de basisverzekering. Dit kan leiden tot het niet gebruiken van een protonpompremmer om financiële redenen. Huisartsen met veel patiënten die het gebruik van een protonpompremmer niet kunnen of willen betalen, zullen hierdoor een lagere score behalen op deze indicator. Een deel van de voorgeschreven protonpompremmers betaalt de patiënt zelf, en is dus niet zichtbaar in de indicatorscores. Echter, onze bevinding dat 21 procent van de NSAID-gebruikers ouder dan 70 jaar geen maagbescherming gebruikt, wordt bevestigd door cijfers van SFK.

Ten slotte zijn er grote verschillen tussen het aantal langdurig gebruikers van protonpompremmers. Een deel van de patiënten zal de behandeling terecht lang voortzetten. Maar de spreiding van 2,6 procentpunt is een aanwijzing dat bij een deel van de langdurig gebruikers wel degelijk sprake is van overbehandeling.

Alle scores zijn weergegeven in tabel 9.1.

Tabel 9.1 Indicatorscores op het gebied van protonpompremmers in 2014			
Indicator ¹	Gemiddelde	Mediaan	Spreiding ²
Voorkeursmiddelen protonpompremmer bij alle gebruikers	84%	86%	74 - 93%
Maagbescherming bij chronisch gebruik van NSAID's ³	79%	80%	64 - 92%
Volume langdurig gebruik protonpompremmers ⁴	2,6%	2,4%	1,3 - 3,9%

¹ De definities van de indicatoren treft u aan in hoofdstuk 13.

² Afstand tussen scores 10e en 90e percentiel van huisartsen.

³ Door patiënten van 70 jaar of ouder, zij komen altijd in aanmerking voor maagbescherming bij NSAID-gebruik.

⁴ Door patiënten onder de 60 jaar, zij hebben zelden een indicatie voor langdurig gebruik.

Belangrijkste ontwikkelingen 2010 - 2014

- 2012: per 1 januari 2012 aanspraak op protonpompremmers beperkt: alleen bij chronisch gebruik komt behandeling met protonpompremmers in aanmerking voor vergoeding.
- 2013: verschijnen herziene NHG-Standaard *Maagklachten*

Ontwikkeling door de jaren heen

Figuur 9.1 laat zien dat het aandeel van de voorkeursmiddelen omeprazol en pantoprazol redelijk constant is door de jaren heen.

Het aanpassen van de vergoeding van maagzuurremmers in 2012 heeft geleid tot een scherpe daling van het percentage risicopatiënten dat bij het gebruik van een NSAID ook maagbescherming gebruikt. In mei 2012 rapporteerde de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) al dat het aantal patiënten met maagbescherming afnam²⁵. Nivel constateerde dat het gebruik van protonpompremmers door gebruikers van NSAID's in heel 2012 onder het niveau van 2011 lag, maar in 2013 weer boven het niveau van 2011 uitstijgt²⁷. In de indicatorscores is dat niet zichtbaar. Een verklaring kan zijn dat Nivel heeft gewerkt met gegevens van een steekproef vanuit het huisartsensysteem, terwijl SFK en de indicatoren van de Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen werken met in de apotheek opgehaalde receptuur.

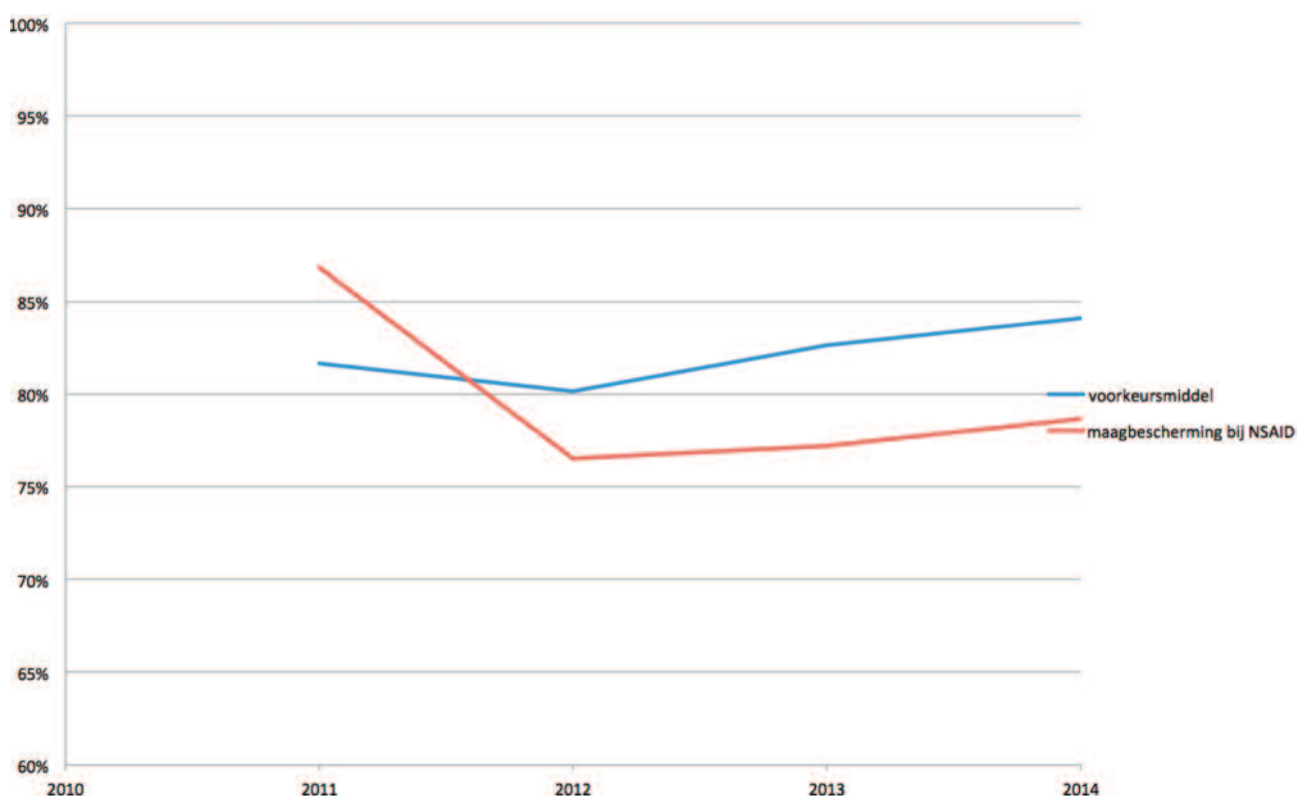
²⁵ Janssen J, Kroon JD. Welke oudere NSAID- en TAR-gebruikers krijgen geen (goede) maagbescherming? MFM 5(3): 49-50.

²⁶ SFK. Minder maagbescherming bij gebruik NSAID. Pharm Weekbl 147(19).

²⁷ Flinterman, L., Hek, K., Korevaar, J., Dijk, L. van. Maagzuurremmers Gevolgen van de veranderingen in de vergoeding. Utrecht: Nivel, 2014.

De gegevens van SFK staan het dichtst bij het werkelijk gebruik door de patiënt. Een deel van de patiënten haalt voorgeschreven medicatie namelijk niet op in de apotheek. Overigens stijgt de score op de indicator wel in 2013 en 2014, er is minder sprake van onderbehandeling. Hierbij kunnen twee zaken een rol spelen: het verschijnen van de herziene NHG-Standaard *Maagklachten* begin 2013 en het uitvoeren van medicatiebeoordelingen. Het adviseren van maagbescherming bij patiënten met een verhoogd risico is al jaren een speerpunt van apothekers, dat ook bij medicatiebeoordelingen terugkomt.

Figuur 9.1 Landelijk gemiddelde scores op de indicatoren op het gebied van maagmiddelen per jaar



Door de jaren heen is de wijze waarop patiënten aan een bepaalde huisarts worden toegewezen veranderd bij de berekening van de volume-indicator. De absolute waarden van de volume-indicator zijn niet goed te vergelijken. Deze waarden zijn dan ook niet in een figuur aangegeven. Wel zien we dat de spreiding onverminderd groot blijft ten opzichte van de gemiddelde score in de periode 2012 - 2014.

Regionale verschillen

Tabel 9.2 geeft de regionale spreiding aan. Opvallend is de grote spreiding bij het volume langdurig gebruik. In de figuren 9.2 t/m 9.4 ziet u de scores per postcodegebied in een landkaartje.

Tabel 9.2 Regionale verschillen op het gebied van protonpompremmers in 2014

Indicator ¹	Spreiding ²	Vershil	Gemiddelde
Voorkeursmiddelen protonpompremmer bij alle gebruikers	73 - 94%	21%	84%
Maagbescherming bij chronisch gebruik van NSAID's ³	69 - 88%	19%	79%
Volume langdurig gebruik protonpompremmers ⁴	1,9 - 4,4%	2,5%	2,6%

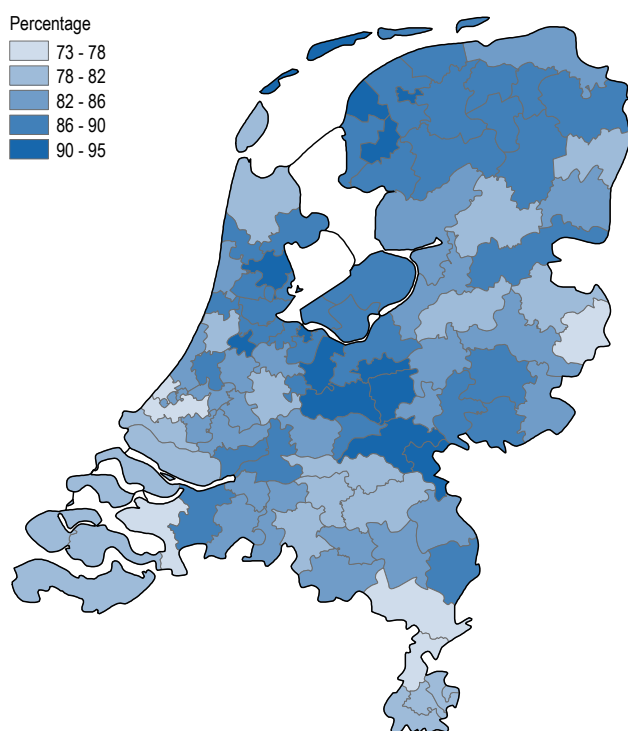
¹ De definities van de indicatoren treft u aan in hoofdstuk 13.

² Afstand tussen hoogst en laagst scorende regio.

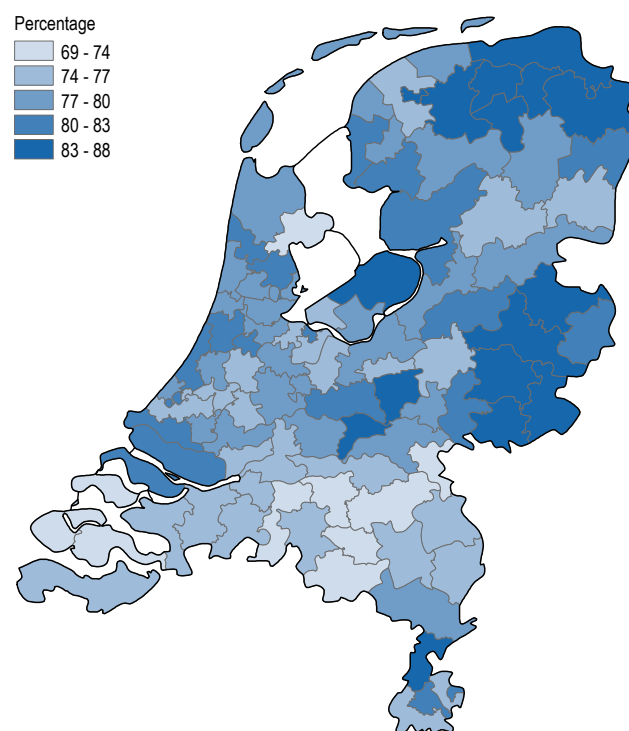
³ Door patiënten van 70 jaar of ouder, zij komen altijd in aanmerking voor maagbescherming bij NSAID-gebruik.

⁴ Door patiënten onder de 60 jaar, zij hebben zelden een indicatie voor langdurig gebruik.

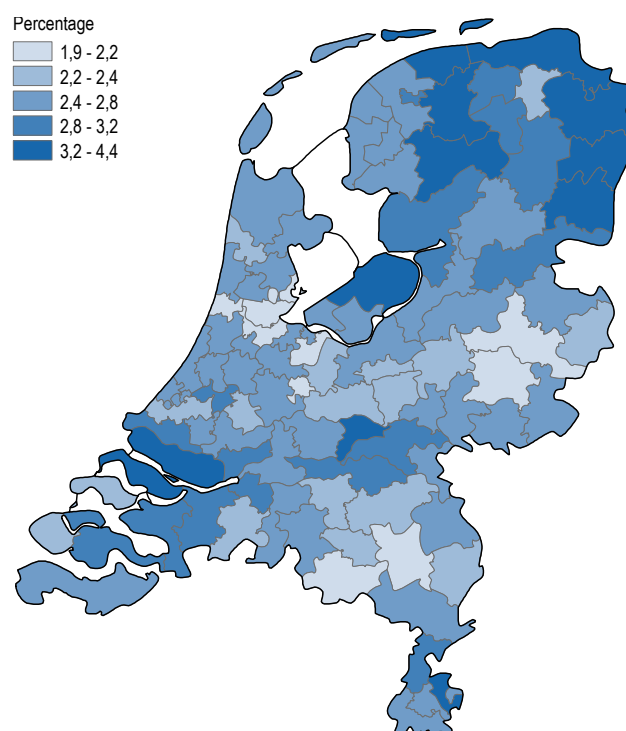
Figuur 9.2 Voorkeursmiddelen protonpompremmers in 2014



Figuur 9.3 Maagbescherming bij NSAID-gebruikers in 2014



Figuur 9.4 Volume langdurig gebruik protonpompremmers in 2014



De provincies Groningen en Overijssel scoren hoog op het aantal NSAID-gebruikers dat maagbescherming gebruikt. Dit kan te maken hebben met het beleid van de dominante verzekeraar Menzis, die protonpompremmers als maagbescherming wel is blijven vergoeden, ook bij kortdurend gebruik.

In de regio's Amsterdam en Overijssel zijn er weinig langdurige gebruikers van protonpompremmers. Huisartsen in deze regio's zijn dus in het algemeen terughoudend met het langdurig voorschrijven van deze middelen.

Aanbevelingen voor nader onderzoek en beleid

In 2014 gebruikte één op de vijf ouderen geen maagprotectie bij het gebruik van NSAID's. Na het beperken van de vergoeding van protonpompremmers is het aantal mensen zonder bescherming flink gestegen. Volgens onderzoek van Nivel heeft dit niet geleid tot extra ziekenhuisopnames voor maagbloedingen. Echter, in de leeftijdscategorie van ouderen, de categorie waarvoor maagprotectie wordt aanbevolen, is het aantal opnames voor maagbloedingen in 2012 (dus na invoering van de pakketmaatregel) wel hoger dan in 2011²⁸. Het navolgen van het beleid van Menzis om alle recepten voor protonpompremmers te vergoeden, mits toegepast als maagbescherming bij kwetsbare patiënten, kan helpen het aantal complicaties bij het gebruik van NSAID's te verkleinen.

²⁸ Flinterman, L., Hek, K., Korevaar, J., Dijk, L. van. Maagzuurremmers: gevolgen van de veranderingen in de vergoeding. Utrecht: NIVEL, 2014.

10. Osteoporose

Aanbevelingen uit de NHG-Standaard *Fractuurpreventie* (2012) waarop de indicatoren betrekking hebben:

- Eerste-keusmiddelen bij patiënten met een hoog fractuurrisico zijn alendroninezuur en risedroninezuur.

Achtergrond

Osteoporose of botontkalking komt regelmatig voor bij ouderen. De aandoening op zich geeft geen klachten, maar vergroot de kans op bijvoorbeeld heup- en wervelfracturen. De gevolgen van een fractuur voor de patiënt zijn vaak groot en brengen hoge kosten met zich mee: (langdurige) pijn, ziekenhuisopnames, langdurige revalidatie en verlies van zelfstandigheid. Voor het behandelen van osteoporose kan de huisarts bisfosfonaten voorschrijven. Deze middelen verhogen de botdichtheid. Daarnaast is inname van voldoende calcium en vitamine D wenselijk. Het voorschrijven van andere middelen dan bisfosfonaten, calcium en vitamine D om de botdichtheid te vergroten vindt over het algemeen in de tweede lijn plaats.

Er is een indicator die betrekking heeft op osteoporose. De indicator *Voorkeursmiddelen bisfosfonaten* brengt in kaart in hoeverre huisartsen kiezen voor een van de aanbevolen bisfosfonaten. Omdat de kosten voor combinatiepreparaten van bisfosfonaten met calcium en/of vitamine D veelal hoger zijn dan voor de losse componenten worden deze combinatiepreparaten niet beschouwd als voorkeursmiddel. Bovendien is met name het gebruiken van calcium niet bij alle patiënten met osteoporose wenselijk.

Het landelijk gemiddelde is de score berekend over alle patiënten van Nederland. De mediaan geeft de score aan waar de helft van de huisartsen boven en de helft onder scoort. Wanneer de waarde van de mediaan lager is dan het landelijk gemiddelde, scoort minder dan de helft van de huisartsen boven het landelijk gemiddelde.

Stand van zaken van 2014

Huisartsen kiezen in veel gevallen voor een van de voorkeursmiddelen. De mediaan is veel hoger dan het landelijk gemiddelde. Dit laat zien dat de meeste huisartsen over het algemeen starten met een van de voorkeursmiddelen, maar dat ook een kleine groep huisartsen veel vaker kiest voor een ander middel. Het aantal nieuwe gebruikers per huisarts is over het algemeen klein. Dit draagt bij aan de grote spreiding.

De scores op het gemiddelde, de mediaan en de spreiding zijn weergegeven in tabel 10.1.

Tabel 10.1 Landelijke scores op de indicatoren op het gebied van osteoporose in 2014

Indicator ¹	Gemiddelde	Mediaan	Spreiding ²
Voorkeursmiddelen bisfosfonaten bij nieuwe gebruikers	72%	80%	25 - 100%

¹ De definities van de indicatoren treft u aan in hoofdstuk 13.

² Afstand tussen scores 10e en 90e percentiel van huisartsen.

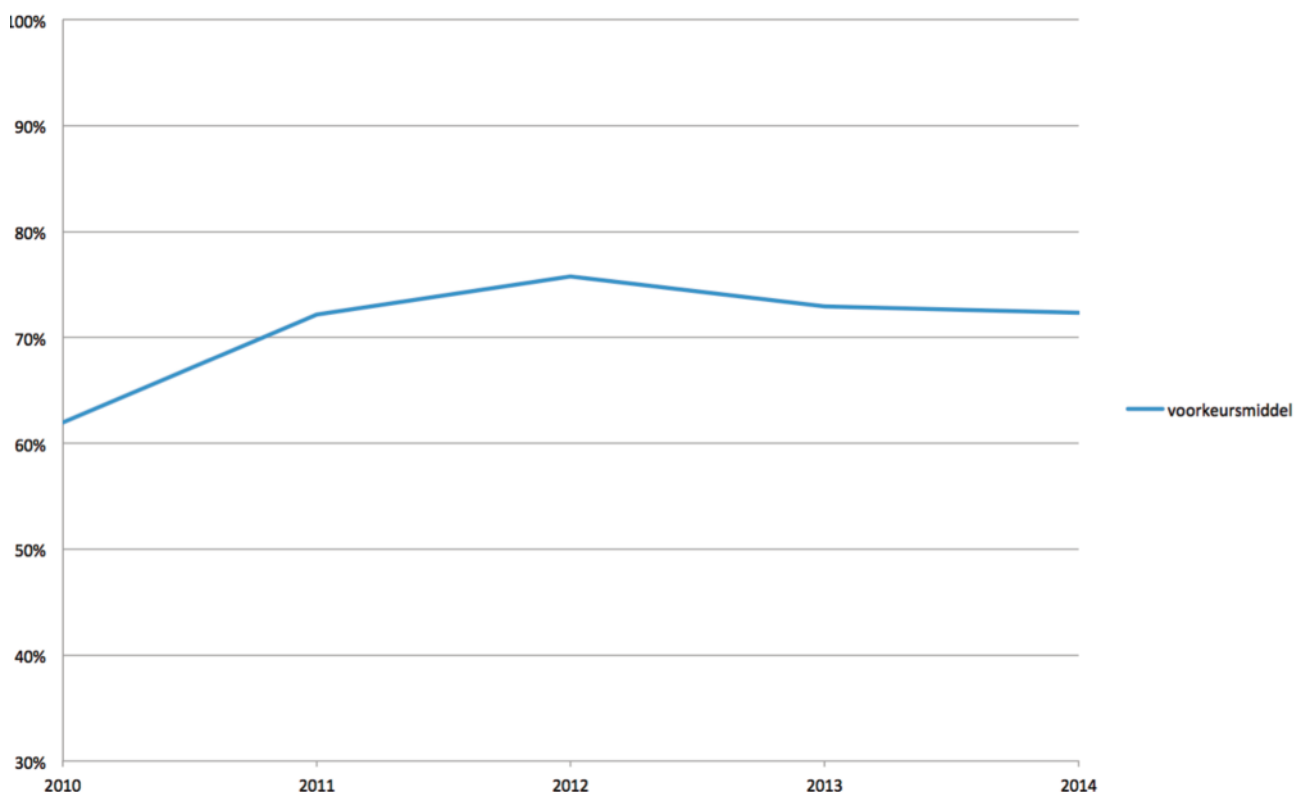
Belangrijkste ontwikkelingen 2010 - 2014

- 2012: verschijnen NHG-Standaard *Fractuurpreventie*
- 2012: beschikbaar komen goedkoper combinatiepreparaat

Ontwikkeling door de jaren heen

Figuur 10.1 laat zien dat de score op deze indicator na enkele jaren van stijging sinds 2013 weer daalt. Huisartsen zijn minder vaak de voorkeursmiddelen gaan voorschrijven. Gegevens van de GIP-databank laten een groeiend marktaandeel van het combinatiepreparaat alendroninezuur met calcium en vitamine D zien, ten koste van de andere middelen uit deze groep. Deze cijfers zijn echter gebaseerd op voorschrijfgegevens van huisartsen en medisch specialisten aan alle gebruikers van deze geneesmiddelen. Het is goed denkbaar dat ook de huisartsen bijdragen aan deze verschuiving. Op zich is dit geen slechte ontwikkeling: anders dan de meeste combinatiepreparaten is dit middel goedkoper dan de losse componenten²⁹ en kan dus bijdragen aan een doelmatiger behandeling met bisfosfonaten. Zorgvuldige controle of de dosering calcium geschikt is voor de patiënt is wel gewenst.

Figuur 10.1 Landelijk gemiddelde scores op de indicatoren op het gebied van osteoporose per jaar



²⁹ Gebaseerd op www.medicijnkosten.nl, geraadpleegd oktober 2015.

Regionale verschillen

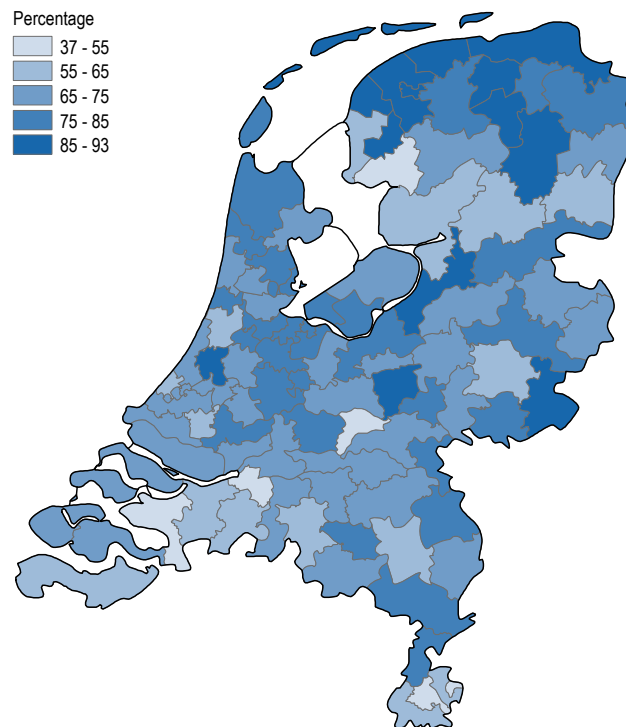
Tabel 10.2 geeft de regionale spreiding aan. In figuur 6.2 ziet u de scores per postcodegebied in een landkaartje.

Tabel 10.2 Regionale verschillen op het gebied van osteoporose in 2014			
Indicator ¹	Spreiding ²	Vershil	Gemiddelde
Voorkeursmiddelen bisfosfonaten bij nieuwe gebruikers	37 - 93%	56%	72%

¹ De definities van de indicatoren treft u aan in hoofdstuk 13.

² Afstand tussen hoogst en laagst scorende regio.

Figuur 10.2 Voorkeursmiddelen bisfosfonaten in 2014



Huisartsen in de provincies Groningen en Friesland starten vaker dan huisartsen elders met de voorkeursmiddelen. In West-Brabant kiezen huisartsen juist vaker voor andere middelen.

Aanbevelingen voor nader onderzoek en beleid

Op het terrein van osteoporose is de laatste jaren geen separaat beleid gevoerd. De uitkomsten in dit hoofdstuk geven ook geen aanleiding hierop beleid te ontwikkelen. Vanwege het geringe aantal nieuwe gebruikers per huisarts zal deze indicator komend jaar niet meer in de actieve indicatorenset worden opgenomen.

11. Doelmatig voorschrijven in het algemeen

Achtergrond

Zowel de arts als de apotheker spelen een belangrijke rol in het realiseren van kostenbesparingen. De apotheker kan - met instemming van arts en patiënt - de meest doelmatige vorm van een bepaalde werkzame stof afleveren. We noemen dit generieke substitutie. Onder druk van onder meer het preferentiebeleid zijn de afgelopen jaren reeds grote besparingen behaald. In 2014 leverden de apotheken bij 97,1 % van de voorschriften voor een geneesmiddel dat generiek beschikbaar is, ook daadwerkelijk het generieke middel af³⁰. Dit percentage ligt dicht bij het hoogst haalbare.

Generieke substitutie is alleen mogelijk wanneer de arts kiest voor een werkzame stof die generiek beschikbaar is. Van geneesmiddelen waarvan het patent nog niet is verlopen, is substitutie door de apotheker niet mogelijk. De arts kan de doelmatigheid van het geneesmiddelengebruik dus vergroten, door zoveel mogelijk te kiezen voor geneesmiddelen die generiek beschikbaar zijn, waarvan de effectiviteit en veiligheid van generieke middelen niet onderdoet voor het specialité waarvan geen generieke variant beschikbaar is. Deze vorm van substitutie komt neer op farmacotherapeutische substitutie.

Om het doelmatig voorschrijven door huisartsen verder te bevorderen zijn in 2014 op initiatief van Zorgverzekeraars Nederland vier generieke indicatoren geformuleerd. Deze indicatoren kijken - in tegenstelling tot de andere indicatoren uit de Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen - niet naar een bepaalde groep van geneesmiddelen, maar bestrijken het complete scala aan voorgeschreven middelen van een huisarts. Binnen elke farmacotherapeutische groep die een of meer generieke middelen bevat, tellen de generiek afgeleverde producten positief mee voor de score. Het voorschrijven van me-too-specialités (geneesmiddelen waarvoor een generiek middel met vergelijkbare werking beschikbaar is) verlaagt de score van de huisarts. De vier generieke indicatoren kijken dus zowel naar generieke als naar farmacotherapeutische substitutie. Deze vier generieke indicatoren kijken niet of een geneesmiddel wel of geen voorkeursmiddel is in de NHG-Standaarden.

³⁰ SFK. Aandeel generiek stijgt boven de 70%. Pharm Weekbl 150(19): 11.

Nieuwe geneesmiddelen

De voorschriften waar de apotheker een prestatie eerste uitgifte bij heeft gedeclareerd.

Herhaalreceptuur

De voorschriften waar de apotheker een prestatie vervolgitgifte bij heeft gedeclareerd.

Weekaflevering

Hierbij levert en declareert de apotheker wekelijks een kleine hoeveelheid geneesmiddelen. Ook deze levering is te herkennen aan een aparte prestatie in de declaratie van de apotheek.

Het landelijk gemiddelde is de score berekend over alle patiënten van Nederland. De mediaan geeft de score aan waar de helft van de huisartsen boven en de helft onder scoort. Wanneer de waarde van de mediaan lager is dan het landelijk gemiddelde, scoort minder dan de helft van de huisartsen boven het landelijk gemiddelde.

De indicatoren beschrijven in hoeverre de huisarts kiest voor een middel waarbij generieke substitutie mogelijk is en in hoeverre de apotheker deze substitutie ook heeft uitgevoerd. Hierbij wordt gekeken naar de voorschriften bij een eerste uitgifte en bij een vervolgitgifte (herhaalrecepten). Het totaalbeeld wordt in twee indicatoren inzichtelijk gemaakt: op basis van het aantal voorschriften van de huisartsen en op basis van de totale hoeveelheid verstrekte DDD's (defined daily doses, een maat voor het aantal standaarddagdoseringen).

Stand van zaken van 2014

Tabel 11.1 laat de scores op de vier indicatoren zien. Het beeld van het totaal aantal voorschriften wordt grotendeels bepaald door de score bij de herhaalreceptuur. De meeste langdurig gebruikte geneesmiddelen, zoals middelen voor een verhoogd cholesterol of verhoogde bloeddruk, zijn inmiddels generiek beschikbaar. In de indicator op basis van het aantal voorschriften tellen de weekafleveringen relatief zwaar mee, namelijk 52 keer per jaar, in plaats van 4 keer per jaar. Bij de indicator op basis van de DDD tellen weekafleveringen en de gangbare driemaandelijke afleveringen mee op basis van de verstrekte hoeveelheid, zodat ze op jaarbasis even zwaar meewegen. De top 10 van meest verstrekte geneesmiddelen via weekafleveringen is als generiek middel beschikbaar³¹.

Wanneer een patiënt start met een voor hem nieuw geneesmiddel kiezen huisartsen minder vaak voor een te substitueren stof dan bij herhaalvoorschriften. Er is een continue verschuiving naar het gebruik van nieuwe, meestal duurdere geneesmiddelen, met als gevolg stijgende uitgaven aan geneesmiddelen. De vraag is welke (groepen van) geneesmiddelen deze lage score veroorzaken en wat de (financiële) consequenties hier van zijn. Oplossing van deze vraag is belangrijk voor het verhogen van het percentage generieke voorschriften en daarmee mogelijk doelmatigheidswinst.

Tabel 11.1 Landelijke scores op de indicatoren op het gebied van generiek voorschrijven in 2014

Indicator ¹	Gemiddelde	Mediaan	Spreiding ²
Doelmatig voorschrijven totaal voorschriften	84%	84%	80 - 87%
Doelmatig voorschrijven totaal DDD	81%	81%	77 - 85%
Doelmatig voorschrijven bij nieuwe geneesmiddelen ³	77%	78%	73 - 82%
Doelmatig voorschrijven bij herhaalreceptuur ³	84%	84%	80 - 88%

¹ De definities van de indicatoren treft u aan in hoofdstuk 13.

² Afstand tussen scores 10e en 90e percentiel van huisartsen.

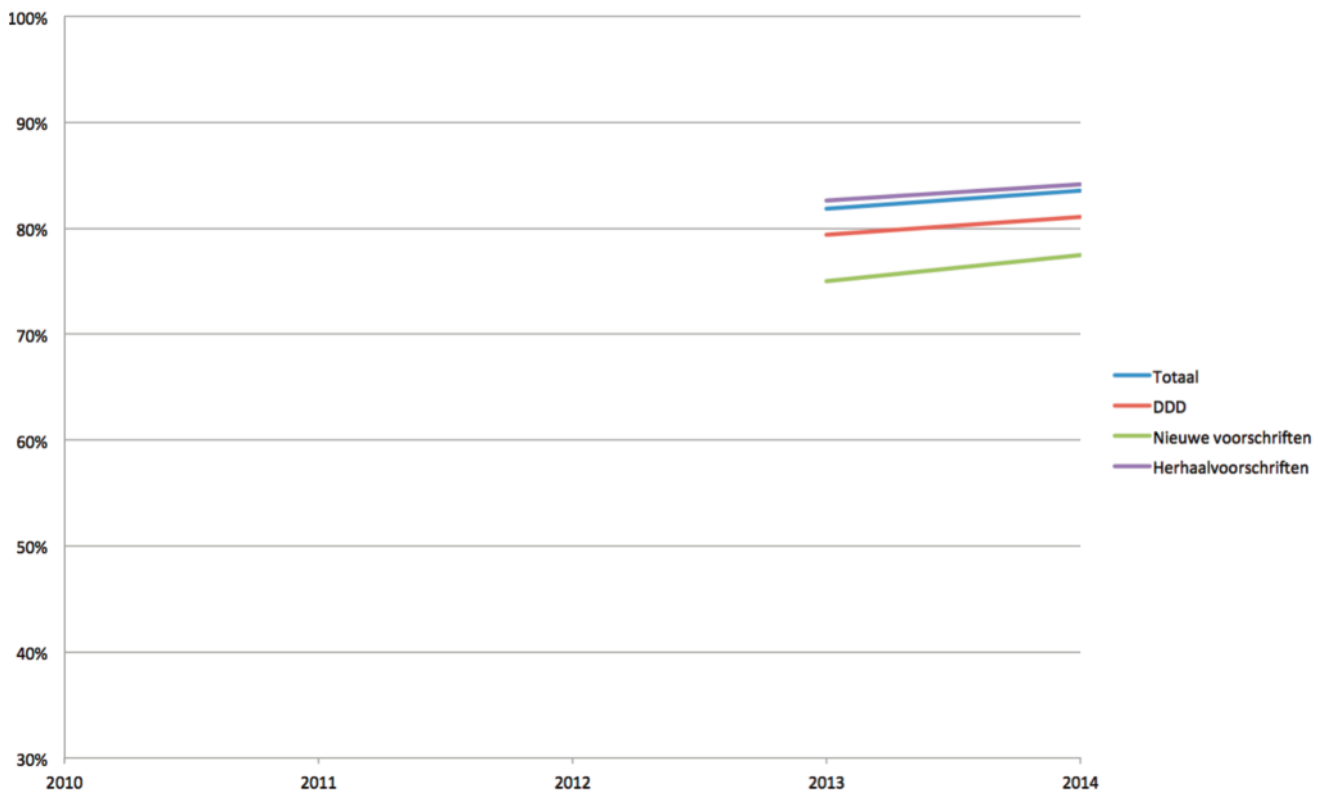
³ Gemeten als aantal voorschriften.

³¹ SFK. Keek op de week. Pharm Weekbl 146(51/52).

Ontwikkeling 2014 ten opzichte van 2013

Figuur 11.1 laat zien dat de score op alle vier de indicatoren in 2014 hoger liggen dan in 2013. Het is de vraag of huisartsen bewust vaker generiek beschikbare geneesmiddelen zijn gaan voorschrijven dan voorheen³². Van enkele veel voorgeschreven geneesmiddelen is eind 2013 en begin 2014 het patent verlopen. Voorbeelden zijn telmisartan (een bloeddrukverlager), irbesartan met hydrochloorthiazide (ook een bloeddrukverlager) en escitalopram (een antidepressivum). Ook vond onder druk van het preferentiebeleid vaker generieke substitutie plaats van macrogol met elektrolyten (een laxans) en fluticason met salmeterol (middel voor astma en COPD). Het is aanneembaar dat huisartsen dezelfde geneesmiddelen zijn blijven voorschrijven, maar dat de apotheker in 2014 deze wel kon substitueren en voor het jaar 2014 niet. Gegevens uit de GIP-databank laten geen verschuiving zien in de marktaandelen van de genoemde middelen op stofniveau in de periode 2013-2014.

Figuur 11.1 Landelijk gemiddelde scores op de indicatoren op het gebied van generiek voorschrijven per jaar



³² Vanaf 1 januari 2015 zijn de generieke indicatoren opgenomen in het huisartsenbeloningsbeleid. Daarvoor voerden de zorgverzekeraars geen beleid op het niveau van huisartsen om het algemene generieke voorschrijven te bevorderen.

Regionale verschillen

Tabel 11.2 geeft de regionale spreiding aan. In de figuren 11.2 en 11.3 ziet u de scores per postcodegebied in een landkaartje. De verschillen tussen de regio's zijn relatief klein.

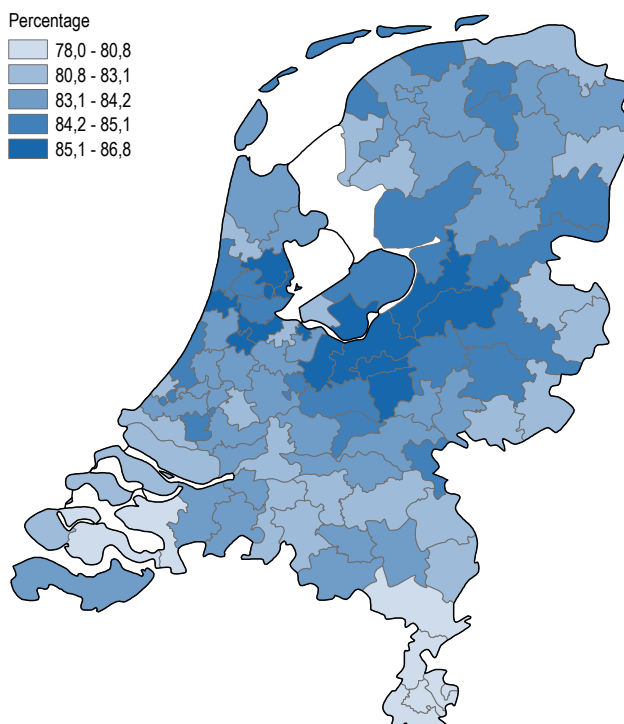
Tabel 11.2 Regionale verschillen in generiek voorschrijven in 2014			
Indicator ¹	Spreiding ²	Vershil	Gemiddelde
Doelmatig voorschrijven totaal voorschriften	78 - 87%	9%	84%
Doelmatig voorschrijven totaal DDD	75 - 85%	10%	81%
Doelmatig voorschrijven bij nieuwe geneesmiddelen	69 - 83%	14%	77%
Doelmatig voorschrijven bij herhaalreceptuur	79 - 87%	8%	84%

¹ De definities van de indicatoren treft u aan in hoofdstuk 13.

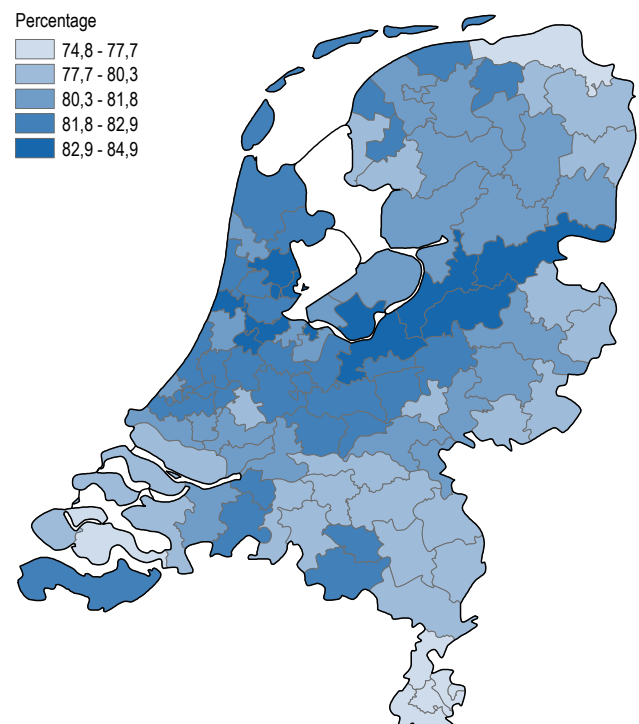
² Afstand tussen hoogst en laagst scorende regio.

De regio's waar huisartsen het hoogst scoren op deze indicatoren zijn de regio's Haarlem, Zwolle en Raalte. In deze 3 gebieden is Zilveren Kruis de representatieve zorgverzekeraar. De laagst scorende regio's bevinden zich in Limburg. Zie ook de landkaartjes in figuur 11.3 t/m 11.6.

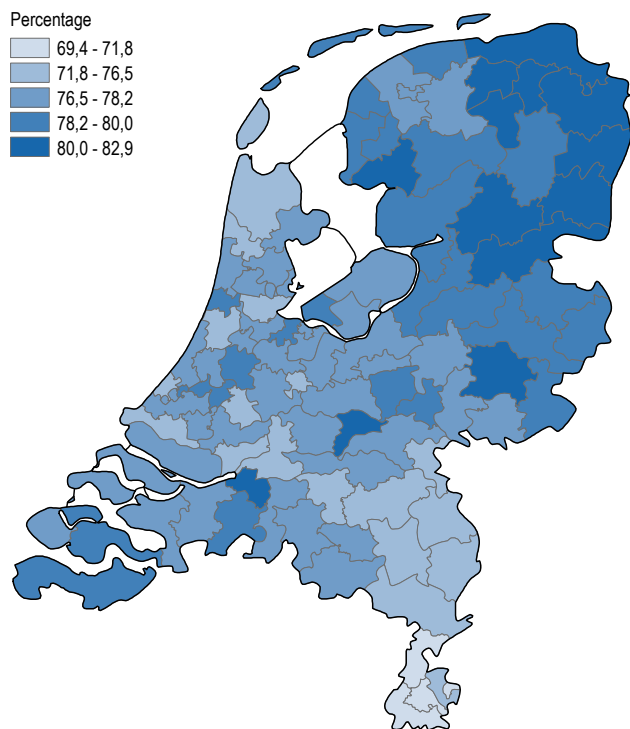
Figuur 11.2 Doelmatig voorschrijven totaal voorschriften in 2014



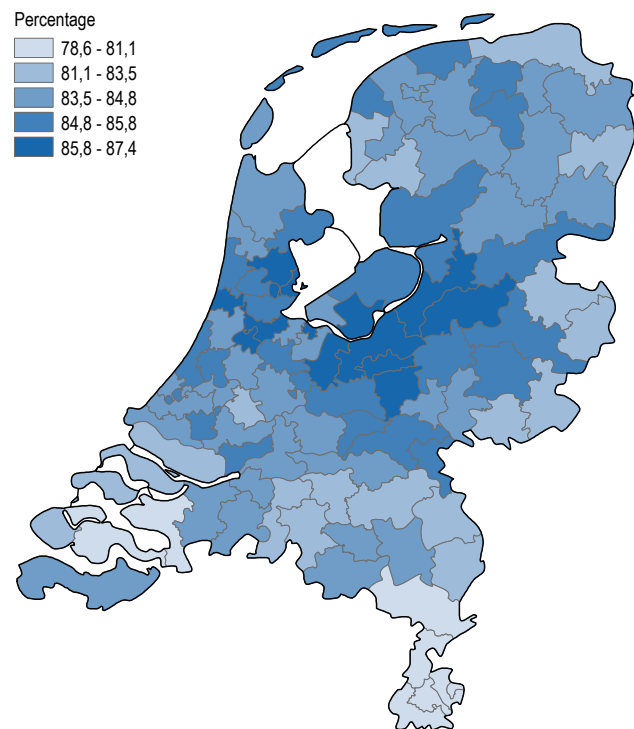
Figuur 11.3 Doelmatig voorschrijven totaal DDD in 2014



Figuur 11.4 Doelmatig voorschrijven bij nieuwe geneesmiddelen in 2014



Figuur 11.5 Doelmatig voorschrijven bij herhaalreceptuur in 2014



Opvallend is nog dat sommige regio's ruim boven het landelijk gemiddelde scoren bij herhaalreceptuur en ruim onder het landelijk gemiddelde bij nieuwe receptuur en andersom. De regio's Goes, Enschede, Appingedam, Almelo en Stadskanaal scoren laag als het gaat om herhaalreceptuur, maar juist relatief hoog bij nieuwe receptuur. Op termijn zal in deze regio's de scores op de andere indicatoren gaan stijgen. Delen van Noord-Holland scoren goed bij de herhaalreceptuur, maar flink onder het landelijk gemiddelde bij nieuwe recepten. In dergelijke regio's is het zaak na te gaan welke geneesmiddelgroepen verantwoordelijk zijn voor deze lage score bij nieuwe voorschriften. Als het geneesmiddelen zijn voor chronisch gebruik, zal de score op herhaalreceptuur gaan dalen.

Aanknopingspunten voor beleid

De scores laten zien dat huisartsen vaker een substitueerbaar middel voorschrijven en dat apothekers waar mogelijk generieke substitutie toepassen. Dit is gunstig, aangezien de prijzen van generieke geneesmiddelen veelal lager liggen dan van andere middelen. De vraag is wel of de stijgende scores het gevolg zijn van een veranderd voorschrijfbeleid van de huisarts. Patentverloop en preferentiebeleid zullen zeker hebben bijgedragen aan de stijging van de scores.

In 2015 hebben veel zorgverzekeraars een of meer van deze indicatoren opgenomen in segment drie van de huisartsenbesteding. De in dit hoofdstuk opgenomen scores zijn dan ook met name als een nulmeting te zien, in 2016 en 2017 zullen de effecten van het sturen op deze indicatoren duidelijk worden.

De indicatoren beogen het voorschrijven van generiek beschikbare middelen te bevorderen, om zo de uitgaven aan geneesmiddelen te verlagen. De generieke indicatoren meten - anders dan de MVH-indicatoren - niet in welke mate huisartsen conform NHG-Standaarden voorschrijven. Echter, binnen een aantal geneesmiddelgroepen zijn de prijsverschillen tussen generiek en specialité klein, of is het specialité zelfs goedkoper. Deze geneesmiddelgroepen zouden bij voorkeur moeten worden uitgesloten van de indicatoren. Ook blijven enkele interessante geneesmiddelgroepen buiten beschouwing, omdat er nog geen enkel product als generiek middel beschikbaar is en omdat farmacotherapeutische substitutie niet goed mogelijk is. Voorbeelden hiervan zijn sommige middelen bij COPD en de nieuwe bloedglucose-verlagende middelen. Juist met deze geneesmiddelgroepen zijn grote uitgaven gemoeid.

De brede 'scope' van de generieke indicatoren maakt het lastig de cijfers te interpreteren. Onduidelijk is bij welke geneesmiddelgroepen individuele of groepen huisartsen (bijvoorbeeld een FTO-groep, LHV-Kring) vaak voor middelen kiezen die niet generiek beschikbaar zijn. Indicatoren uit de Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen die zich richten op doelmatig voorschrijven kunnen huisartsen en apothekers helpen dergelijke geneesmiddelgroepen in beeld te krijgen. Zorgverzekeraars kunnen voorschrijvers en apothekers ondersteunen bij identificeren van geneesmiddelgroepen waarin nog weinig substitutie plaatsvindt. Hierbij kan speciaal aandacht uitgaan naar regio's waar huisartsen laag scoren bij nieuwe voorschriften. Over het algemeen ligt het veranderen van reeds ingestelde medicatie gevoelig bij artsen en patiënten. De angst bestaat bij de artsen en patiënten zelf dat een goed ingestelde patiënt niet even goed reageert op een andere werkzame stof. Ook kost het de patiënt en/of zorgverzekeraar geld. De apotheek mag de zorgprestatie Begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel declareren. En er kunnen extra bezoeken bij de huisarts noodzakelijk zijn. Een doelmatige keuze bij het starten van de therapie levert pas op langere termijn een kostenbesparing op, maar is eenvoudiger te realiseren.

12. Zorgverzekeraars

Het beleid van de zorgverzekeraars heeft zijn weerslag op het voorschrijfbeleid van de huisarts. Zo heeft het preferentiebeleid geleid tot het vaker toepassen van generieke substitutie en het minder vaak afleveren van - meestal duurdere - specialités. Verschillende zorgverzekeraars hebben voorschrijfindicatoren gebruikt om huisartsen met een financiële prikkel te verleiden tot doelmatiger voorschrijfgedrag. Zorg en Zekerheid en Zilveren Kruis passen sinds 2012 indicatoren uit de Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen daarvoor toe. Daarvoor gebruikten ze al soortgelijke indicatoren op basis van andere databronnen. Ook CZ en Menzis hebben enige jaren tussen 2005 en 2012 via beloning van huisartsen, apothekers of FTO-groepen geprobeerd voorschrijfgedrag te beïnvloeden.

Sinds 2015 passen vrijwel alle zorgverzekeraars een selectie van indicatoren toe in het betalingsmodel voor de huisartsen. Huisartsen met hogere scores ontvangen een aanvullend tarief bovenop het inschrijftarief per patiënt. De komende jaren zullen uitwijzen wat het effect hiervan is op de scores per indicator.

De scores in dit hoofdstuk zijn gebaseerd op de patiënten die daadwerkelijk bij een zorgverzekeraar zijn verzekerd, en niet op de dominante verzekeraar in een bepaald gebied. Voor het bepalen van de rangorde zijn de scores per zorgverzekeraar op de indicatoren bij elkaar opgeteld. De verzekeraar met de hoogste score krijgt rangnummer een. Dezelfde stappen zijn voor de clusters doorlopen.

Stand van zaken 2014

De zorgverzekeraar met de hoogste scores op alle indicatoren is ENO. Verzekerden van ENO worden door de huisarts het meest conform de richtlijnen behandeld. Zorg en Zekerheid en Zilveren Kruis zijn tweede en derde. Beide zorgverzekeraars belonen huisartsen al jaren bij het behalen van hogere scores op geselecteerde indicatoren. ENO voert geen apart beloningsbeleid. Onderaan staan ONVZ, DSW/Stad Holland en CZ. Ook de score per cluster is gebaseerd op de som van de scores van de indicatoren binnen dat cluster. Het complete overzicht staat in tabel 12.1.

Tabel 12.1 Rangorde zorgverzekeraars in 2014 ¹				
Totaal	Concern	Therapiekeuze	CVRM en diabetes	Patiëntenzorg
1	ENO	1	1	1
2	Zorg en Zekerheid	2	2	4
3	Zilveren Kruis	4	3	5
4	Menzis	5	4	2
5	De Friesland	3	10	3
6	Coöperatie VGZ	6	5	7
7	ASR	7	6	9
8	CZ	8	7	10
9	DSW/Stad Holland	9	9	8
10	ONVZ	10	8	6

¹ De clusterindeling vindt u terug in hoofdstuk 13.

Hoewel De Friesland op de domeinen therapiekeuze en farmaceutische patiëntenzorg als derde scoort, is de score op het domein CVRM en diabetes de laagste van alle zorgverzekeraars. In Friesland is het gebruik van statines bij patiënten met hart- en vaatziekten of diabetes mellitus type 2 relatief laag ten opzichte van de rest van Nederland.

Menzis scoort hoog op het domein Patiëntenzorg, waarin onder andere de indicator Maagbescherming bij NSAID-gebruik valt. Menzis scoort op deze indicator het hoogst van alle verzekeraars. Anders dan alle andere zorgverzekeraars vergoedt Menzis het eerste voorschrift van een protonpompremmer bij NSAID-gebruik door patiënten met een hoog risico op maagschade wel.

Ontwikkelingen door de jaren heen

Tabel 12.2 geeft de rangorde van de zorgverzekeraars door de jaren heen weer. In de top van hoogst scorende verzekeraars is geen verandering opgetreden. Wel zien we dat Menzis en De Friesland stuivertje wisselen in de loop der jaren. Menzis is de Coöperatie VGZ gepasseerd. Hekkensluiter dit jaar is ONVZ. Aangetekend moet worden dat ONVZ - evenals ASR - zelf geen overeenkomsten met huisartsen sluit, maar afspraken tussen de regionaal dominante verzekeraar en de huisarts volgt. Beide verzekeraars hebben dus minder instrumenten om het voorschrijfgedrag van huisartsen te beïnvloeden dan zorgverzekeraars die in een of meer regio's de dominante verzekeraar zijn.

Tabel 12.2 TRangorde zorgverzekeraars van 2010 tot en met 2014				
Concern	Plaats 2011	Plaats 2012	Plaats 2013	Plaats 2014
ENO	1	1	1	1
Zorg en Zekerheid	2	2	2	2
Zilveren Kruis	3	3	3	3
Menzis	6	4	5	4
De Friesland	4	5	4	5
Coöperatie VGZ	5	6	7	6
ASR	7	7	6	7
CZ	9	9	8	8
DSW/Stad Holland	10	10	10	9
ONVZ	8	8	9	10

Voorschrijfvolume en zorgverzekeraar

In tabel 12.3 is de rangorde van de zorgverzekeraars met betrekking tot de volume-indicatoren opgenomen. Een lagere plaats komt overeen met een lager voorschrijfvolume. Omdat de volume-indicatoren met name gericht zijn op terreinen waar veel overbehandeling plaatsvindt, is een lagere score gewenst.

Tabel 12.3 Rangorde zorgverzekeraars op het gebied van volume-indicatoren in 2014 ¹					
Concern	Antibiotica	Langdurig gebruik antidepressiva	Starters antidepressiva	Langdurig gebruik protonpompremmer ²	Totaal
ONVZ	3	1	1	1	1
ASR	2	4	2	5	2
De Friesland	1	2	5	6	3
Coöperatie VGZ	4	5	3	2	3
CZ	6	6	6	3	5
Menzis	5	7	7	4	6
ENO	7	3	10	9	7
Zorg en Zekerheid	9	9	4	8	8
Zilveren Kruis	8	8	8	7	9
DSW + Stad Holland	10	10	9	10	10

¹ Definities van de indicatoren vindt u in hoofdstuk 13.

² Bij patiënten onder de 60 jaar.

Gemeten over de vier domeinen scoren ONVZ en ASR het beste. Bij DSW + Stad Holland, Zilveren Kruis en Zorg en Zekerheid geven de scores aanleiding nader te kijken naar overbehandeling. Dit is opvallend, omdat Zilveren Kruis en Zorg en Zekerheid bij de kwaliteits- en doelmatigheidsindicatoren tot de top drie behoren. Zilveren Kruis en Zorg en Zekerheid hebben kwaliteits- en doelmatigheidsindicatoren opgenomen in hun beloningsbeleid van huisartsen in de afgelopen jaren, terwijl volume-indicatoren geen deel uit van dit beleid.

Verzekerden van De Friesland krijgen het minst vaak een antibioticum voorgeschreven van de huisarts. Verzekerden van ONVZ gebruiken het minst vaak langdurig antidepressiva, ook starten zij minder vaak dan andere patiënten met antidepressiva. Waarschijnlijk hangt dit samen met de relatief hoge sociaaleconomische status (SES) van ONVZ-verzekerden. Patiënten met een hoge SES starten minder vaak met antidepressiva en zijn minder vaak een langdurige gebruiker van deze middelen³³.

Verzekerden van DSW gebruiken het vaakst antibiotica, en langdurig antidepressiva en protonpompremmers. Zorg en Zekerheid telt relatief veel langdurige gebruikers van antidepressiva, maar een relatief klein volume aan starters.

Aanknopingspunten voor beleid

Kwaliteit- en doelmatigheidsindicatoren

Al jaren zien we de zorgverzekeraars Zilveren Kruis en Zorg en Zekerheid, die huisartsen met hogere indicatorscores belonen, hoger scoren dan de andere zorgverzekeraars. Uitzondering hierop is ENO. Een interessante ontwikkeling is het opnemen van een aantal indicatoren in de huisartsenbesteding door vrijwel alle zorgverzekeraars. In 2016 en 2017 zullen de resultaten hiervan zichtbaar worden. Dan kunnen we evalueren wat het effect is van belonen op de indicator scores.

Volume-indicatoren

Geen van de zorgverzekeraars voert beleid op de voorschrijfvolume-indicatoren. Overbehandeling brengt niet alleen hogere materiële kosten met zich mee, maar ook bijwerkingen en in het geval van antibiotica resistentie-ontwikkeling. Het ontbreken van een optimale score (geen over- maar ook geen onderbehandeling) bemoeilijkt het voeren van beleid. Maar zeer hoog of zeer laag scorende artsen zouden bijvoorbeeld via academic detailing kunnen worden benaderd om in kaart te brengen welke oorzaken achter de afwijkende score zitten. Kortom een integraal en samenhangend beleid op kwaliteit, doelmatigheid en volume is gewenst.

Ook geldt voor bijvoorbeeld de indicatoren rond het gebruik van antidepressiva dat de medicamenteuze behandeling maar een onderdeel is van het totaalplaatje van de behandeling van de patiënt. Zorgverzekeraars zouden er goed aan doen de volume-indicatoren te koppelen aan spiegelinformatie met betrekking tot het gebruik van psychologische ondersteuning. Dit geeft een beter beeld van de kwaliteit en doelmatigheid van de behandeling. Dergelijke spiegelinformatie kan de basis vormen voor een gesprek met de huisarts, om zo vast te stellen of er sprake is van overbehandeling met geneesmiddelen en de huisarts te motiveren zijn beleid aan te passen.

³³ Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik. Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen 2014. Utrecht: IVM, 2014.

13. De indicatoren: definities en clusterindeling

De Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen bestaat uit circa 30 indicatoren. Deze indicatoren hebben betrekking op veel voorgeschreven geneesmiddelgroepen in de huisartsenpraktijk en zijn zo geformuleerd dat ze de essentie van de adviezen voor medicamenteuze behandeling uit de NHG-Standaarden bevatten. Ook worden in dit rapport de vier, zogenaamde generieke indicatoren behandeld die zijn ontwikkeld door KPMG in opdracht van ZN. Alle indicatoren worden berekend op de declaratiegegevens van alle apotheken en huisartsen van Nederland. Deze berekeningen worden uitgevoerd door Vektis.

Het ontwikkelen of reviseren van NHG-Standaarden, maar ook wijzigingen in geneesmiddelcoderingen en geneesmiddelvergoedingen maken het noodzakelijk de bestaande indicatorenset jaarlijks te actualiseren. Het IVM is verantwoordelijk voor dit onderhoud. Daarnaast ontwikkelt het IVM nieuwe indicatoren en worden de bestaande indicatoren jaarlijks gescreend op relevantie. Het IVM werkt hierbij samen met een groep van deskundigen, met afgevaardigden vanuit NHG en LHV, universiteiten en onderzoekscentra en zorgverzekeraars.

De indicatoren zijn primair ontwikkeld voor het genereren van spiegelinformatie ten behoeve van de huisarts. Deze informatie kan bijvoorbeeld in FTO-verband worden ingezet, waarbij huisartsen hun eigen scores onderling en met landelijke benchmarkgegevens kunnen vergelijken. Een aantal indicatoren is geschikt voor toepassing bij zorginkoop.

Over het algemeen geldt: een hogere score betekent dat de huisarts zich beter houdt aan de NHG-Standaard. Hierbij geldt echter wel dat een score van 100 procent niet altijd haalbaar en wenselijk is. Daarom zijn in het rapport geen streef- of normwaarden opgenomen.

Definities

In de definities van de indicatoren worden de volgende begrippen gehanteerd:

- ▶ Alle gebruikers: patiënten aan wie het laatste voorschrift in de meetperiode door de huisarts is voorgeschreven
- ▶ Nieuwe gebruikers: patiënten met een eerste voorschrift van de huisarts, die de voorgaande twaalf maanden geen geneesmiddel uit de betreffende groep hebben gebruikt.
- ▶ Chronische gebruikers: patiënten die van een geneesmiddel ten minste twee voorschriften in de voorgaande twaalf maanden hebben ontvangen.

Reserve- en tweedekeusantibiotica

Deze indicator laat het voorschrijven van reserve- en tweedekeusantibiotica (chinolonen, cefalosporines en amoxicilline+clavulaanzuur) zien. Een lagere score betekent in dit geval het minder vaak voorschrijven van reserve- en tweedekeusantibiotica en daarmee een betere richtlijnadherentie.

$$\frac{\text{Aantal voorschriften voor chinolonen, cefalosporines en amoxicilline+clavulaanzuur}}{\text{Aantal voorschriften voor antibiotica}}$$

Volume antibiotica

Deze indicator laat zien welk deel van de ingeschreven patiënten van de huisarts antibiotica heeft gebruikt. Bij de berekening is gecorrigeerd voor de leeftijds- en geslachtsverdeling binnen de huisartspraktijk.

$$\frac{\text{Aantal gebruikers van antibiotica}}{\text{Totaal aantal patiënten van de huisarts}}$$

Voorkeursmiddelen antidepressiva bij nieuwe gebruikers

Deze indicator laat zien of de huisarts kiest voor een aanbevolen middel bij het starten van een antidepressivum. Vanwege het veelvuldig gebruik voor andere indicaties dan depressie en angst zijn de volgende geneesmiddel (-groepen) uitgesloten: tricyclische antidepressiva en Zyban®.

$$\frac{\text{Aantal nieuwe gebruikers van generieke SSRI's}}{\text{Aantal nieuwe gebruikers van antidepressiva}}$$

Therapietrouw antidepressiva bij nieuwe gebruikers

Deze indicator laat zien in hoeverre startende gebruikers van antidepressiva hun geneesmiddel ten minste driemaal ophalen. Bij dit aantal recepten is het aannemelijk dat zij het middel ten minste vier tot zes weken gebruiken. Dit is de periode tot het merkbaar worden van gunstige effecten. Vanwege het veelvuldig gebruik voor andere indicaties dan depressie en angst zijn de volgende geneesmiddel(-groepen) uitgesloten: tricyclische antidepressiva, duloxetine bij patiënten met diabetes en Zyban®.

$$\frac{\text{Aantal nieuwe gebruikers van antidepressiva dat ten minste drie voorschriften ophaalt}}{\text{Aantal nieuwe gebruikers van antidepressiva}}$$

Volume starters antidepressiva

Deze indicator laat zien welk deel van de ingeschreven patiënten van de huisarts in het afgelopen jaar is gestart met antidepressiva. Vanwege het veelvuldig gebruik voor andere indicaties dan depressie en angst zijn de volgende geneesmiddel(-groepen) uitgesloten: tricyclische antidepressiva, duloxetine bij patiënten met diabetes en Zyban®. Bij de berekening is gecorrigeerd voor de leeftijds- en geslachtsverdeling binnen de huisartspraktijk.

$$\frac{\text{Aantal nieuwe gebruikers van antidepressiva}}{\text{Totaal aantal patiënten van de huisarts}}$$

Volume langdurig gebruik antidepressiva

Deze indicator laat zien welk deel van de ingeschreven patiënten van de huisarts langer dan 15 maanden antidepressiva gebruikt. Vanwege het veelvuldig gebruik voor andere indicaties dan depressie en angst zijn de volgende geneesmiddel(-groepen) uitgesloten: tricyclische antidepressiva, duloxetine bij patiënten met diabetes en Zyban®. Bij de berekening is gecorrigeerd voor de leeftijds- en geslachtsverdeling binnen de huisartspraktijk.

$$\frac{\text{Aantal langdurige gebruikers van antidepressiva (langer dan 15 maanden)}}{\text{Totaal aantal patiënten van de huisarts}}$$

Behandeling astmapatiënten met inhalatiecorticosteroïden

Deze indicator laat zien in hoeverre de gebruikers van medicatie voor astma en COPD ook met inhalatiecorticosteroïden (ICS, ontstekingsremmers) worden behandeld. Omdat ICS niet bij alle COPD-patiënten geïndiceerd zijn, zijn deze uitgesloten van de indicator door middel van een leeftijdscriterium. Om alleen patiënten met persisterend astma te includeren is een minimum aan het aantal voorschriften voor astmamiddelen opgenomen.

$$\frac{\text{Aantal gebruikers (6 - 39 jaar) van inhalatiecorticosteroïden}}{\text{Aantal gebruikers (6 - 39 jaar) van meer dan 2 voorschriften voor astmamiddelen}}$$

Statines bij hart- en vaatziekten

Deze indicator laat zien in hoeverre gebruikers van nitraten en/of trombocytaggregatieremmers ook met een statine (cholesterolverlagend middel) worden behandeld. Het gebruik van nitraten en/of trombocytaggregatieremmers wijst op het doormaken van hart- en vaatziekten. Alleen patiënten tussen 40 en 80 jaar zijn in de berekening meegenomen.

$$\frac{\text{Aantal chronische gebruikers (40 - 79 jaar) van nitraten en/of trombocytaggregatieremmers met een statine}}{\text{Aantal chronische gebruikers van nitraten en/of trombocytaggregatieremmers (40 - 79 jaar)}}$$

Statines bij diabetes mellitus

Deze indicator laat zien in hoeverre gebruikers van bloedglucoseverlagende middelen ook met een statine (cholesterolverlagend middel) worden behandeld. Alleen mannen tussen 50 en 80 jaar en vrouwen tussen 55 en 80 jaar zijn in de berekening meegenomen. Bij deze patiëntgroepen is de aanbeveling om een statine voor te schrijven niet afhankelijk van andere cardiovasculaire risicofactoren, zoals hoge bloeddruk en roken.

$$\frac{\text{Aantal chronische gebruikers van bloedglucoseverlagende middelen met een statine}}{\text{Aantal chronische gebruikers van bloedglucoseverlagende middelen*}}$$

*mannen tussen 50 en 79 jaar, vrouwen tussen 55 en 79 jaar

Voorkeursmiddelen cholesterolverlagers nieuwe gebruikers

Deze indicator laat zien of de huisarts kiest voor het aanbevolen middel simvastatine bij het starten van een cholesterolverlager.

$$\frac{\text{Aantal nieuwe gebruikers van simvastatine}}{\text{Aantal nieuwe gebruikers van cholesterolverlagers}}$$

Dosering simvastatine bij nieuwe gebruikers

Deze indicator laat zien of de huisarts kiest voor de aanbevolen dosering van 40 mg bij het starten van simvastatine.

$$\frac{\text{Aantal nieuwe gebruikers van simvastatine 40 mg}}{\text{Aantal nieuwe gebruikers van simvastatine}}$$

Voorkeursmiddelen RAS-remmers nieuwe gebruikers

Deze indicator laat zien of de huisarts kiest voor de aanbevolen groep ACE-remmers bij het starten van RAS-remmers.

$$\frac{\text{Aantal nieuwe gebruikers van ACE-remmers}}{\text{Aantal nieuwe gebruikers van RAS-remmers}}$$

Voorkeursmiddelen AT₂-antagonisten nieuwe gebruikers

Deze indicator laat zien of de huisarts kiest voor een generiek middel bij het starten van AT₂-antagonisten.

$$\frac{\text{Aantal nieuwe gebruikers van generiek middel}}{\text{Aantal nieuwe gebruikers van AT}_2\text{-antagonisten}}$$

Gebruik metformine bij nieuwe gebruikers

Deze indicator laat zien of de huisarts kiest voor het voorkeursmiddel metformine bij het starten van bloedglucoseverlagende middelen.

$$\frac{\text{Aantal nieuwe gebruikers van metformine}}{\text{Aantal nieuwe gebruikers van bloedglucoseverlagende middelen}}$$

Terughoudend voorschrijven nieuwe diabetesmiddelen

Deze indicator laat zien of de huisarts kiest voor een voorkeursmiddel (sulfonylureumderivaat) in plaats van een van de nieuwe, duurdere middelen bij patiënten die al metformine hebben gebruikt of gebruiken.

$$\frac{\text{Aantal nieuwe gebruikers van sulfonylureumderivaten}}{\text{Aantal nieuwe gebruikers van bloedglucoseverlagende middelen}^*}$$

*bij patiënten die al metformine gebruiken of hebben gebruikt.

Voorkeursmiddelen bisfosfonaten bij nieuwe gebruikers

Deze indicator laat zien of de huisarts kiest voor een van de voorkeursmiddelen alendroninezuur of risedroninezuur bij het starten van osteoporose middelen.

$$\frac{\text{Aantal nieuwe gebruikers van alendroninezuur of risedroninezuur}}{\text{Aantal nieuwe gebruikers van botstructuurbeïnvloedende middelen}}$$

Voorkeursmiddelen protonpompremier bij alle gebruikers

Deze indicator laat zien of de huisarts een van de voorkeursmiddelen omeprazol of pantoprazol voorschrijft bij alle gebruikers van protonpompremmers.

$$\frac{\text{Aantal gebruikers van omeprazol of pantoprazol}}{\text{Aantal gebruikers van protonpompremmers}}$$

Maagbescherming bij NSAID-gebruikers

Deze indicator laat zien in hoeverre gebruikers van NSAID's ook maagbescherming gebruiken. Alleen patiënten ouder dan 70 jaar zijn in de berekening meegenomen, omdat zij ongeacht andere factoren altijd in aanmerking komen voor maagbescherming.

$$\frac{\text{Aantal gebruikers van NSAID's (ouder dan 70 jaar) met maagprotectie}}{\text{Aantal gebruikers van NSAID's (ouder dan 70 jaar)}}$$

Volume langdurig gebruik protonpompremmer

Deze indicator laat zien welk deel van de ingeschreven patiënten van de huisarts langer dan 6 maanden een protonpompremmer gebruikt. Alleen patiënten jonger dan 60 jaar zijn in de berekening meegenomen: bij deze leeftijdsgroep bestaat over het algemeen geen indicatie voor maagprotectie, een van de weinige indicaties voor langdurig gebruik van protonpompremmers. Bij de berekening is gecorrigeerd voor de leeftijds- en geslachtsverdeling binnen de huisartspraktijk.

$$\frac{\text{Aantal langdurige gebruikers van protonpompremmers}}{\text{Totaal aantal patiënten van de huisarts}}$$

Voorkeursmiddelen NSAID's bij nieuwe gebruikers

Deze indicator laat zien of de huisarts een van de voorkeursmiddelen diclofenac, ibuprofen of naproxen voorschrijft bij nieuwe gebruikers van NSAID's.

$$\frac{\text{Aantal nieuwe gebruikers van generiek diclofenac, ibuprofen of naproxen}}{\text{Aantal nieuwe gebruikers van NSAID's}}$$

Voorkeursmiddelen triptanen bij nieuwe gebruikers

Deze indicator laat zien of de huisarts kiest voor een generiek middel bij het starten van triptanen.

$$\frac{\text{Aantal nieuwe gebruikers van generiek middel}}{\text{Aantal nieuwe gebruikers van triptanen}}$$

Overbehandeling triptanen

Deze indicatoren laten zien welk deel van de gebruikers van triptanen onder behandeling van de huisarts gemiddeld minder dan vier tot zes doseringen van hun triptaan nodig heeft. Een hogere score wijst op minder overbehandeling.

$$\frac{\text{Aantal gebruikers met minder dan 72 tabletten sumatriptan of 48 tabletten van andere triptanen}}{\text{Aantal gebruikers van triptanen}}$$

Laxans bij opioïdegebruikers

Deze indicator laat zien in hoeverre gebruikers van opioïden ook een laxans gebruiken.

$$\frac{\text{Aantal gebruikers van sterkwerkende opioïden met een laxans}}{\text{Aantal gebruikers van sterkwerkende opioïden}}$$

Doelmatig voorschrijven totaal voorschriften

Deze indicator laat zien in hoeverre de huisarts generieke middelen voorschrijft binnen geneesmiddelgroepen waar generieke middelen en me-toopreparaten beschikbaar zijn. De indicator wordt berekend over alle voorschriften van de huisarts.

$$\frac{\text{Aantal voorschriften van de huisarts met inkoopkanaal 2 en 4*}}{\text{Aantal voorschriften van de huisarts*}}$$

*alle voorschriften van geneesmiddelen die vallen onder geneesmiddelsegment Multisource en Me-too

Doelmatig voorschrijven totaal DDD

Deze indicator laat zien in hoeverre de huisarts generieke middelen voorschrijft binnen geneesmiddelgroepen waar generieke middelen en me-toopreparaten beschikbaar zijn. De indicator wordt berekend over het aantal DDD's van de huisarts.

$$\frac{\text{Aantal DDD van alle voorschriften van de huisarts met inkoopkanaal 2 en 4*}}{\text{Aantal DDD van alle voorschriften van de huisarts*}}$$

*alle voorschriften van geneesmiddelen die vallen onder geneesmiddelsegment Multisource en Me-too

Doelmatig voorschrijven bij nieuwe geneesmiddelen

Deze indicator laat zien in hoeverre de huisarts generieke middelen voorschrijft binnen geneesmiddelgroepen waar generieke middelen en me-toopreparaten beschikbaar zijn. De indicator wordt berekend over de nieuwe voorschriften van de huisarts. Dit zijn alle voorschriften waar de apotheek een eerste-uitgiftetarief in rekening brengt.

$$\frac{\text{Alle nieuwe voorschriften van de huisarts met inkoopkanaal 2 en 4*}}{\text{Alle nieuwe voorschriften van de huisarts*}}$$

*alle voorschriften van geneesmiddelen die vallen onder geneesmiddelsegment Multisource en Me-too

Doelmatig voorschrijven bij herhaalreceptuur

Deze indicator laat zien in hoeverre de huisarts generieke middelen voorschrijft binnen geneesmiddelgroepen waar generieke middelen en me-toopreparaten beschikbaar zijn. De indicator wordt berekend over alle herhaalvoorschriften van de huisarts. Dit zijn alle voorschriften waar de apotheek geen eerste-uitgiftetarief in rekening brengt.

$$\frac{\text{Alle herhaalvoorschriften van de huisarts met inkoopkanaal 2 en 4*}}{\text{Alle herhaalvoorschriften van de huisarts*}}$$

*alle voorschriften van geneesmiddelen die vallen onder geneesmiddelsegment Multisource en Me-too

Clusterindeling

De indicatoren zijn onderverdeeld in vier clusters. De volume-indicatoren vormen vanwege de afwijkende noemer een aparte cluster. De overige clusters zijn gevormd op basis van factoranalyse. Dit is een statistische techniek, die wordt gebruikt voor datareductie en om inzicht te krijgen in de structuur van de dataset. Bij de factoranalyse werden drie clusters gevonden. De indeling is opgenomen in tabel 13.1.

Tabel 13.1 Indicatoren per cluster	
Cluster	Indicator
Therapiekeuze	Reserve- en tweedekusantibiotica
	Voorkeursmiddelen antidepressiva bij nieuwe gebruikers
	Voorkeursmiddelen cholesterolverlagers bij nieuwe gebruikers
	Voorkeursmiddelen RAS-remmers bij nieuwe gebruikers
	Voorkeursmiddelen AT ₂ -antagonisten bij nieuwe gebruikers
	Terughoudend voorschrijven nieuwe diabetesmiddelen
	Voorkeursmiddelen bisfosfonaten bij nieuwe gebruikers
	Voorkeursmiddelen protonpompremmers bij alle gebruikers
	Voorkeursmiddelen NSAID's bij nieuwe gebruikers
	Voorkeursmiddelen triptanen bij nieuwe gebruikers
Cardiovasculair risicomanagement	Statines bij patiënten met hart- en vaatziekten
	Statines bij patiënten met diabetes mellitus type 2
	Dosering simvastatine bij nieuwe gebruikers
	Dosering ator- en rosuvastatine bij alle gebruikers ¹
	Gebruik metformine bij alle diabetespatiënten ¹
Patiëntenzorg	Therapietrouw antidepressiva bij nieuwe gebruikers
	Behandeling astmapatiënten met inhalatiecorticosteroïden
	Maagbescherming bij NSAID-gebruikers
	Overbehandeling triptanen
	Laxans bij opioïdegebruikers
Volume	Volume antibiotica
	Volume starters antidepressiva
	Volume langdurig gebruik antidepressiva
	Volume langdurig gebruik protonpompremmers

¹ Deze indicatoren zijn niet apart beschreven in het rapport.

12. Methodologie

De scores in dit rapport hebben betrekking op de periode 2010 tot en met 2014. Het bestand bevat de scores per indicator voor 16.954 unieke AGB-codes. Dit zijn huisartsen en gezondheidscentra. Niet alle huisartsen en niet alle indicatoren hebben scores voor alle jaren. Sommige indicatoren zijn later dan 2010 beschikbaar gekomen, of sinds die tijd gewijzigd. Ook hebben niet alle huisartsen over alle jaren en indicatoren een score, bijvoorbeeld vanwege een wijziging van de praktijkvoering.

Daarnaast ontbreken de gegevens van waarnemers en (een deel van) de HIDHA's (huisartsen in dienst van een huisarts), omdat zij geen eigen AGB-code hebben. Hun voorschriften worden veelal meegenomen in de gegevens van de praktijkhoudende huisarts.

Stand van zaken 2014

Voor de stand van zaken 2014 worden het landelijk gemiddelde, de mediaan en de spreiding bepaald. De landelijk gemiddelde score is berekend door de teller en de noemer per indicator voor alle huisartsen bij elkaar op te tellen en vervolgens hieruit de score te berekenen. Deze score geeft het totaalbeeld van het voorschrijfgedrag van de Nederlandse huisartsen.

Voor het bepalen van de mediaan is gewogen op de noemergrootte.

Huisartsen met weinig patiënten tellen hierbij minder zwaar mee dan huisartsen met veel patiënten. De mediaan is de score waar de helft van de huisartsen boven en de helft onder scoort. Bij een groot verschil tussen het gemiddelde en de mediaan zal over het algemeen sprake zijn van een scheve verdeling. De spreiding is het verschil tussen de gewogen 90-percentielscore en de 10-percentielscore. 90 procent van de huisartsen scoort lager dan de 90e percentielscore. Een grote spreiding wijst op een grotere praktijkvariatie tussen de huisartsen.

Ontwikkeling door de jaren heen

Om de ontwikkeling op de indicatorscores door de jaren heen in kaart te brengen zijn de gemiddelde scores per jaar bepaald, op dezelfde wijze als voor 2014 is gedaan. Hierbij is steeds gewogen op de noemergrootte van het betreffende jaar. Tenzij anders vermeld zijn alleen scores weergegeven van indicatoren met dezelfde definitie.

Regionale verschillen

Voor het in kaart brengen van regionale verschillen is per tweecijferig postcodegebied een gewogen gemiddelde van de huisartsenscores in het postcodegebied bepaald. Ook hier is gewogen op noemergrootte. De scores per postcodegebied zijn in landkaartjes uitgezet. Ook is de spreiding bepaald: het verschil tussen de score in het laagst en het hoogst scorende postcodegebied.

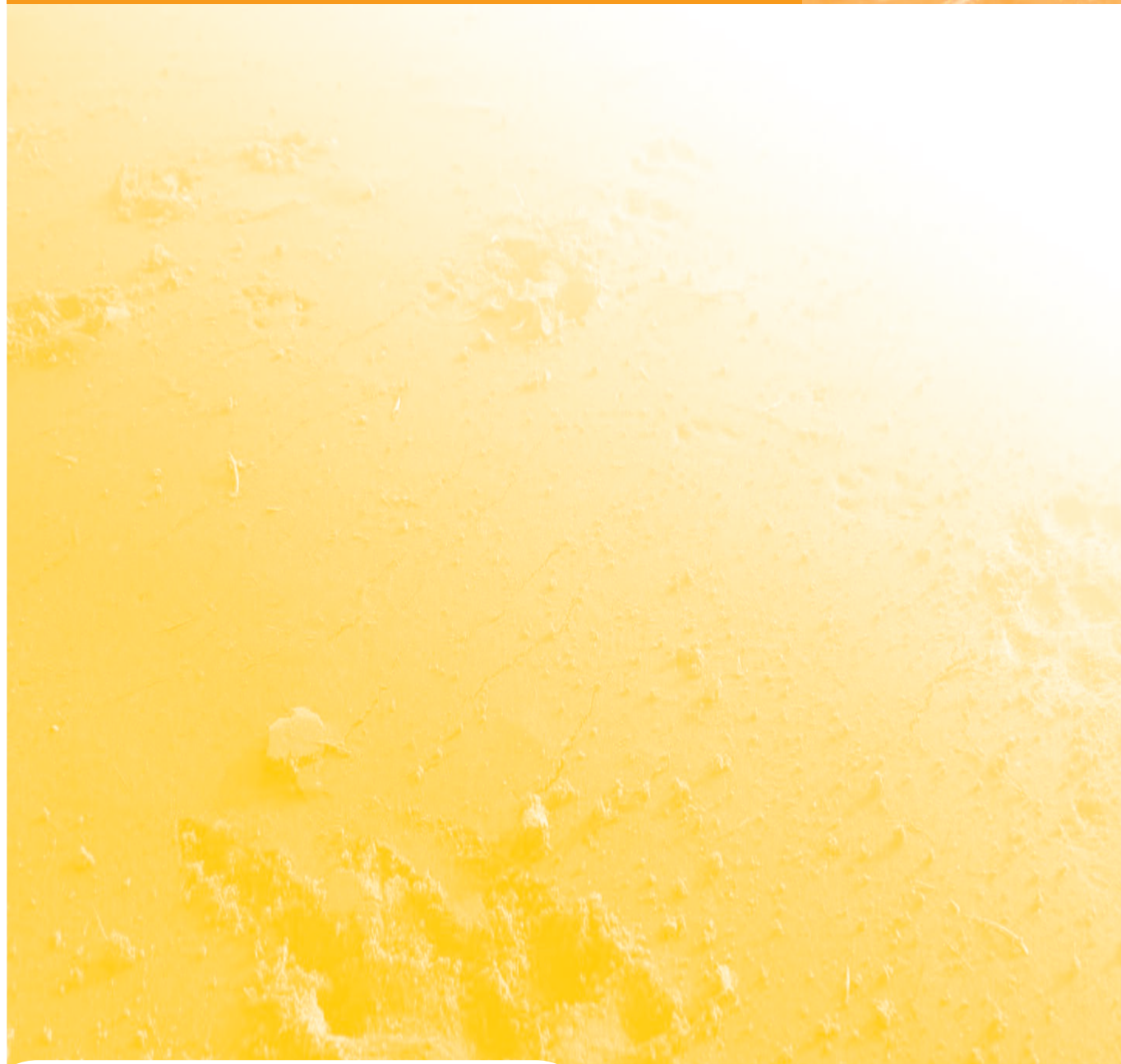
Verschillen tussen zorgverzekeraars

In Nederland zijn er 26 risicodragers. Deze zijn verdeeld over vier grote concerns (Zilveren Kruis, CZ, Menzis en Coöperatie VGZ) en een aantal kleinere zorgverzekeraars. De verdeling in dit rapport is gebaseerd op het UZOVI-register van Vektis. Binnen de concerns is geen onderscheid gemaakt naar de afzonderlijke risicodragers.

Naast de scores per huisarts heeft Vektis ook indicatorscores per risicodrager bepaald. Deze score is gebaseerd op de wijze waarop alle bij de risicodrager verzekerde patiënten door de huisarts behandeld worden. Er wordt dus geen rekening gehouden met (het beleid van) de dominante zorgverzekeraar van de huisarts waar de patiënt onder behandeling is.

Via een gewogen gemiddelde (weging op noemergrootte) wordt een gemiddelde score per indicator per concern bepaald. Om de rangorde van de zorgverzekeraars te bepalen worden zowel de scores per cluster als in totaal bij elkaar opgeteld. Op basis van deze somscores wordt de rangorde bepaald, per cluster en in totaal. Een score van 1 geeft aan dat verzekerden van die zorgverzekeraar het meest conform de NHG-Standaarden worden behandeld door hun huisarts.

Om de ontwikkeling over de jaren heen te volgen zijn bovengenoemde stappen ook voor de jaren 2011 tot en met 2013 uitgevoerd.



Instituut voor
Verantwoord Medicijngebruik