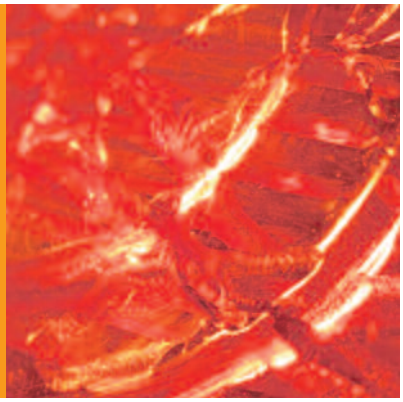
Rapport



Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen 2016

Instituut voor
Verantwoord Medicijngebruik

Colofon

Auteurs
Anke Lambooij, apotheker, Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik
Rob Essink, MPH, apotheker, Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik
dr. Joost de Metz, arts, apotheker, Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik

Met medewerking van
Marianne Nijpels, apotheker, Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik
dr. Marlies Vogel-Schippers, apotheker, Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik
dr. Hanneke Zwikker, Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik
Paul Sterkenburg, Vektis
Henriëtte Giesbers, RIVM

december 2016

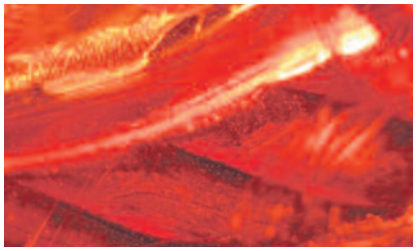
Wij hebben de grootst mogelijke zorg besteed aan deze uitgave. Aan de inhoud hiervan kunnen echter geen rechten worden ontleend. Het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik is niet aansprakelijk voor directe of indirecte schade die het gevolg is van het gebruik van de informatie die door middel van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

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

16-12-2016

Instituut voor
Verantwoord Medicijngebruik

Inhoud



Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen 2016

4 Voorwoord
5 Leeswijzer
6 1. Samenvatting en aanbevelingen
9 2. Inzet van indicatoren om goed voorschrijven te bevorderen
12 3. Antibiotica
19 4. Middelen bij astma en COPD
24 5. Psychofarmaca
34 6. Kwaliteitsindicatoren
41 7. Doelmatig voorschrijven
50 8. Effect van prestatiebekostiging
54 9. Score per zorgverzekeraar
56 10. Indicatordefinities
62 11. Methode

Voorwoord

Met de Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen hebben we in Nederland - en zelfs internationaal - een uniek instrument in handen om inzicht te krijgen in de kwaliteit, de veiligheid en de doelmatigheid van het voorschrijven van geneesmiddelen door huisartsen. En dat inzicht heeft sinds 2005 een aantoonbaar effect gehad op het voorschrijfgedrag. Huisartsen schrijven anno 2016 beter voor dan tien jaar geleden. De scores op de voorschrijfindicatoren kunnen daarnaast worden gebruikt om goed voorschrijven te belonen, en om onafhankelijk artsenbezoek in te zetten om zo het positieve effect op de kwaliteit van voorschrijven nog verder te vergroten. En de monitor laat zien dat er nog steeds flinke ruimte voor verbetering is. Meer kwaliteit tegen minder kosten: op veel terreinen een mooie droom, maar bij en dankzij de monitor is dit realisme gebleken.

Het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM) is niet altijd onverdeeld gelukkig geweest met de wijze waarop verzekeraars huisartsen gingen afrekenen op de scores op de indicatoren, omdat ze niet als afrekeninstrument maar als kwaliteitsinstrument zijn ontwikkeld. De samenhang van de indicatoren geeft een breed beeld van vele aspecten van voorschrijven, terwijl het afrekenen op enkele geselecteerde indicatoren kan leiden tot onvrede. Het IVM snapt daarom de beweging van huisartsen om in overleg met zorgverzekeraars het afrekenen toe te willen passen op formulariumcompliance en het gebruik van het EVS. Kleine verschillen tussen voorschrijfgegevens van de huisarts en aflevergegevens van de apotheek kunnen ook leiden tot grote discussies met individuele huisartsen. Desalniettemin: dit zou nooit mogen leiden tot het overboord zetten van de voorschrijfindicatoren en de Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen. Louter dit instrument is in staat gebleken zowel in kwaliteit als in kosten het voorschrijven van geneesmiddelen in de goede richting te bewegen. Dit inzichtgevende instrument, waarmee elke individuele huisarts zijn scores direct kan inzien en vergelijken met collega's in de buurt, in de regio, en in het hele land, en dat rapportages op elke gewenst niveau kan genereren, dient behouden te blijven. Als basis voor academic detailing is het instrument bovendien onmisbaar.

Nu meer dan tien jaar ervaring is opgedaan in de eerste lijn, wordt het hoog tijd dat een vergelijkbaar instrument ook voor de medisch specialisten wordt ontwikkeld, onderhouden en geïmplementeerd. Dat dit mogelijk is, heeft het IVM in een pilot al aangetoond. De kwaliteits- en doelmatigheidswinst die te verwachten is in de tweede lijn, zal vergelijkbaar zijn met de opbrengsten die in de eerste lijn zijn behaald. Van de overheid en de zorgverzekeraars verwacht het IVM hierin een stimulerende rol. Zo kan Nederland zijn internationale voortrekkersrol op het terrein van doelmatig voorschrijven blijven waarmaken.

Ruud Coolen van Brakel, directeur IVM

Leeswijzer

Het rapport start met een samenvatting van de belangrijkste bevindingen van het rapport. Hierna volgt een beschouwing over tien jaar monitor rapporten en daarin de diverse onderzoeken naar kenmerken van voorschrijvers die de kwaliteit en doelmatigheid van voorschrijven beïnvloeden.

Hoofdstuk 3 tot en met 5 beschrijven de resultaten van het afgelopen jaar uitgevoerde onderzoeken naar voorschrijfgedrag van huisartsen en andere voorschrijvers. Deze onderzoeken geven meer inzicht bij de indicatorscores: welke niet aanbevolen middelen schrijven huisartsen voor en hoe groot is de praktijkvariatie hierin. Ook kunnen deze onderzoeken de basis vormen voor het opstellen en valideren van nieuwe indicatoren voor de Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen. In deze verdiepende onderzoeken is het vaak niet mogelijk te vergelijken met eerdere jaren, wat wel mogelijk is bij indicatoren. De volgende geneesmiddelgroepen worden nader belicht:

- antibiotica (hoofdstuk 3)
- geneesmiddelen bij astma en COPD (hoofdstuk 4)
- psychofarmaca (hoofdstuk 5)

Hoofdstuk 6 (kwaliteitsindicatoren) en 7 (doelmatigheidsindicatoren) geven de scores op de indicatoren van de Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen in 2015 weer. Voor elke indicator zijn spreiding en regionale variatie in kaart gebracht. In hoofdstuk 7 komen ook de zogenaamde generieke indicatoren aan bod.

Hoofdstuk 8 doet verslag van een eerste evaluatie van het effect van het opnemen van indicatoren in de prestatiebekostiging voor de huisarts. Hoofdstuk 9 beschrijft de scores per zorgverzekeraar. Hoofdstuk 10 en 11 beschrijven de in dit rapport gehanteerde methodes.

1. Samenvatting en aanbevelingen

Samenvatting

In dit rapport beschrijven we het voorschrijfgedrag van de Nederlandse huisartsen in 2015 aan de hand van twintig indicatoren van de Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen (MVH), vier generieke indicatoren en een drietal verdiepende onderzoeken. Met de indicatoren geeft het rapport een indruk van de kwaliteit en doelmatigheid van het voorschrijven van geneesmiddelen. Het rapport schetst een landelijk beeld en brengt regionale verschillen in kaart.

Als toevoeging aan de indicatoren is op drie terreinen verdiepend onderzoek gedaan, namelijk op het gebied van antibiotica, van psychofarmaca en van de behandeling van astma en COPD. Het verdiepend onderzoek geven meer inhoudelijke informatie over voorschrijven van deze geneesmiddelen door huisartsen. Het beantwoordt vragen als welk reserve-antibioticum schreven huisartsen voor? Hoe groot is de praktijkvariatie bij het voorschrijven van tweedekeusantibiotica? Welke regionale verschillen treden op bij het voorschrijven van psychofarmaca? En volgen huisartsen het aanbevolen stappenplan uit de NHG-Standaarden voor de behandeling van astma en COPD?

Toename aantal voorschriften antibiotica, praktijkvariatie groot

Nederlandse huisartsen zijn in 2015 vaker antibiotica gaan voorschrijven dan in 2014. Dit is een verandering van de dalende trend in aantal voorschriften sinds 2011. De verschillen tussen huisartsen zijn groot: de meest voorschrijvende huisartsen schrijven aan twee keer zo veel patiënten antibiotica voor als de minst voorschrijvende huisartsen. Ook tussen regio's zijn de verschillen aanzienlijk. Huisartsen hebben in 2015 wel iets minder vaak reserve-antibiotica (amoxicilline met clavulaanzuur, fluorchinolonen, cefalosporines) voorgeschreven dan in 2014. Ook hierbij bestaan grote verschillen tussen huisartsen. Bij het inzoomen op verschillende groepen reserve-antibiotica blijkt het aandeel van de fluorchinolonen te variëren tussen twee en zeven procent. Macroliden hebben volgens de NHG-Standaarden met name een plaats bij luchtweginfecties bij patiënten met een penicilline-allergie. Ze lijken echter veel vaker te worden voorgeschreven, en ook hierbij treedt weer grote praktijkvariatie op.

Huisartsen schrijven vaak direct een combinatiepreparaat voor bij nieuwe astma- of COPD-patiënten

De huisartsen schrijven in 2015 aan patiënten met astma of COPD in 41 procent van de gevallen als eerste middel een combinatiepreparaat van een langwerkend bètamimeticum en een inhalatiecorticosteroïd voor. Dit is niet in lijn met de aanbevelingen uit de NHG-Standaarden die een meer stapsgewijze aanpak, met één stof tegelijk, adviseren. Het direct starten van twee stoffen kan leiden tot overbehandeling en extra kosten. De grote praktijkvariatie (17 tot 74 procent) in het aantal starters met een combinatie-preparaat wijst op ruimte voor verbetering.

Grote regionale verschillen in gebruik van psychofarmaca door jongeren

Het aantal jongeren en jongvolwassenen (tot 25 jaar) dat start met een antidepressivum ligt in sommige regio's drie keer zo hoog als in de regio's waar het minst vaak met antidepressiva gestart wordt. Vooral in delen van Friesland is het aantal nieuwe gebruikers van antidepressiva relatief hoog. Ook bij de middelen bij ADHD bestaat grote variatie tussen regio's. In de regio's met het laagste aantal starters gaan vijf per duizend jongeren en jongvolwassenen een middel voor ADHD gebruiken, in andere regio's het dubbele. Huisartsen zijn bij bijna de helft van de voorschriften voor antidepressiva en een derde van de middelen bij ADHD de initiator.

Regionale variatie in indicatorscores blijft een aandachtspunt

Huisartsen scoren in het algemeen steeds beter op de kwaliteits- en doelmatigheidsindicatoren van de monitor. Er blijft een aanzienlijke variatie bestaan tussen de regio's.

Opname van indicatoren in prestatiebekostiging lijkt effect te hebben bij nieuwe gebruikers

In 2015 gebruiken CZ, Menzis, VGZ, Zilveren Kruis, Zorg en Zekerheid en De Friesland scores op een aantal indicatoren om huisartsen te belonen voor doelmatig voorschrijven. Zorg en Zekerheid en Zilveren Kruis gebruiken de MVH-indicatoren al langer, de andere zorgverzekeraars voor het eerst. Elke zorgverzekeraar kiest zelf op basis van welke indicatoren de prestatie-bekostiging plaatsvindt. Op deze manier ontstaat een natuurlijk experiment om het effect per indicator in kaart te brengen. Er zijn immers regio's waar een indicator wel of juist niet in de prestatiebekostiging is opgenomen. Door de verschuivingen in scores te vergelijken voor de jaren 2014 en 2015 wordt het effect van de opname van indicatoren in de prestatiebekostiging inzichtelijk. De scores op indicatoren rond nieuwe gebruikers stijgen meer in de regio's waar deze indicatoren in de prestatiebekostiging zijn opgenomen. Dit komt met name doordat de laagst scorende huisartsen uit 2014 hoger zijn gaan scoren. Hogere scores wijzen op meer richtlijnconform en doelmatiger voorschrijven. Op indicatoren die het voorschrijfgedrag van huisartsen bij alle gebruikers meten is de verandering minder uitgesproken.

Aanbevelingen

Alle hoofdstukken van deze MVH die betrekking hebben op het voorschrijven door huisartsen, laten zien dat de regionale variatie aanzienlijk is terwijl in het algemeen de scores op de indicatoren wel iets verbeteren. Het IVM beveelt dan ook aan dat er meer gaat worden ingezet op het aanpakken van de regionale variatie. Het gaat hierbij zowel om onderzoek naar de redenen van de regionale variatie als het gericht inzetten van interventies waar het duidelijk is dat deze zinvol zijn. Hier ligt een taak voor zowel de overheid, de zorgverzekeraars en natuurlijk de huisartsen zelf, zowel op koepelniveau (LHV en NHG) als op individueel niveau.

De thematische hoofdstukken laten zien dat op terreinen buiten de indicatoren ruimte is voor verbetering. Het betreft bij astma en COPD het volgen van de stappen van de NHG-Standaarden in plaats van het vroegtijdig inzetten van combinatiepreparaten. Ook bij het inzetten van antidepressiva bij kinderen tot 18 jaar en adolescenten tot 25 jaar geldt dat de aanbevelingen bij de keuze van de middelen beter kan worden opgevolgd.

Naast het inzetten van interventies door bijvoorbeeld zorgverzekeraars (effectief is bijvoorbeeld het inzetten van een onafhankelijk artsenbezoeker) beveelt het IVM aan om in het kader van de Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen de hier genoemde thema's te blijven volgen.

Het hoofdstuk over het opnemen van indicatoren in de prestatiebekostiging laat zien dat het inzetten van dit instrument leidt tot verbetering op de scores en met name op de indicatoren die betrekking hebben op nieuwe gebruikers. Het IVM beveelt aan om het effect van de prestatiebekostiging goed te blijven volgen en door te gaan met het inzetten van de prestatiebekostiging om goed voorschrijven van indicatoren te bevorderen zolang dit leidt tot verbetering van het voorschrijven en gepaster gebruik van geneesmiddelen.

2. Inzet van indicatoren om goed voorschrijven te bevorderen

Tien jaar geleden bracht het Instituut voor Verantwoord Medicijnbeleid (IVM)[1] voor het eerst de landelijke rapportage Benchmark Voorschrijven uit. Reden om stil te staan bij de ontwikkelingen die zich sindsdien hebben voorgedaan, en bij de onderzoeken die het IVM heeft uitgevoerd in het kader van de Benchmark Voorschrijven en zijn opvolger de Monitor Voorschrijf-gedrag Huisartsen.

De aanleiding om de Benchmark Voorschrijven te gaan uitbrengen was de wens van het ministerie van VWS om in het kader van het toen lopende programma 'Een doelmatiger gebruik van geneesmiddelen' de transparantie van de geneesmiddelenvoorziening te stimuleren. Belangrijk doel was en is nog steeds om indicatoren voor handen te hebben die "het beste de essentie van het medicamenteuze advies van de betreffende NHG-Standaard benaderen". Indicatoren worden aangepast aan nieuwe inzichten en ontwikkelingen, worden afgeschaft wanneer ze geen onderscheidend vermogen (meer) hebben, en nieuwe richtlijnen worden vertaald in nieuwe indicatoren.

Alle tot nu toe uitgebrachte rapporten laten zien dat aandacht voor regionale verschillen in voorschrijven nodig blijft. Dit omdat grote verschillen tussen de regio's blijven bestaan ondanks dat de huisartsen steeds beter conform de adviezen in de NHG-standaarden voorschrijven, wat is te zien in verbetering op de indicatoren.

Evenals eerdere rapporten laat ook dit rapport scores op de indicatoren zien als een gemiddelde van de uitkomsten van alle huisartsen. Er worden geen streefwaarden of normen voor de indicatoren toegepast. Om streefwaarden te kunnen toepassen moeten deze eerst bepaald worden. Dit is tot nu toe niet gedaan. De aanname lijkt gerechtvaardigd dat de streefwaarde hoger ligt dan het gemiddelde, omdat het gemiddelde ook de waarden van huisartsen bevat die relatief slecht voorschrijven. In de rapporten van 2007 en 2008 wordt als maat voor de streefwaarde een "gemiddelde winstmarge" gehanteerd, gedefinieerd als referentiewaarde minus gemiddelde, gedeeld door het gemiddelde. De referentiewaarde is de 90e percentielscore. Hierbij wordt aangegeven dat ook bij een lage winstmarge men er oog voor moet hebben dat binnen een of meerdere regio's wel degelijk ruimte is voor verbetering. Het IVM beveelt nog steeds aan dat er streefwaarden voor indicatoren worden bepaald.

[1] Het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik heette toen nog Instituut Doelmatige Geneesmiddelenvoorziening (DGV). Voor de duidelijkheid hanteren we de naam IVM.

Transparantie is geen doel op zich

Transparantie moet ertoe leiden dat het voorschrijven, waar mogelijk, kwalitatief beter en doelmatiger wordt. Belangrijk doel bij de ontwikkeling van de benchmark was en is daarom dat de uitkomsten van de indicatoren ertoe leiden dat huisartsen en apothekers deze gaan gebruiken om de farmacotherapie te verbeteren. Daarvoor is in 2008 een webapplicatie voor FTO-groepen en individuele huisartsen beschikbaar gekomen die ontwikkeld is door het IVM in samenwerking met de SFK. In 2012 is een door het IVM en Vektis ontwikkelde webrapportage geïntroduceerd waarin zowel individuele huisartsen als zorgverzekeraars directe toegang hebben tot de eigen scores en de landelijke scores.

Een aantal zorgverzekeraars heeft de indicatoren van het IVM al vroeg ingezet om goed voorschrijven te bevorderen. De eerste was zorgverzekeraar Achmea (nu Zilveren Kruis), in 2008 gevolgd door Agis (later gefuseerd met Achmea) en Zorg en Zekerheid in 2009. Het IVM heeft zelf in 2008 en 2009 een aantal FTO-groepen begeleid bij het implementeren van voorschrijf-indicatoren in het FTO. Begeleiding en scholing van FTO-groepen of individuele huisartsen bij het implementeren van voorschrijfindicatoren is een methodiek die leidt tot vergroting van de kwaliteit en doelmatigheid.[2]

Factoren van invloed op de regionale variatie in voorschrijfgedrag

Het IVM gebruikt de indicatoren niet alleen om inzicht te bieden in landelijke en regionale verschillen met betrekking tot het voorschrijven, maar ook om inzicht te bieden in bijkomende aspecten die bijvoorbeeld de variatie kunnen verklaren. Bevindingen sinds 2011 zijn onder meer:

- Vrouwelijke huisartsen en jongere huisartsen schrijven vaker volgens de richtlijnen voor dan mannelijke en oudere huisartsen (2011).
- Apotheekhoudende huisartsen scoren op de meeste indicatoren lager dan niet-apotheekhoudende collega's (2012).
- Regio's met goed functionerende FTO's scoren hoger op de indicatoren (2013).
- De sociaal-economische status van de praktijkpopulatie van de huisarts beïnvloedt de scores. Bij een hogere SES worden vaker voorkeursmiddelen voorgeschreven. Bij een lage SES is het volume antibiotica, antidepressiva en maagzuurremmers groter (2014).
- Bij huisartsenpraktijken met veel patiënten ouder dan 80 jaar schrijven de huisartsen minder voorkeurspreparaten voor dan in huisartsenpraktijken met weinig patiënten ouder dan 80 jaar (2014).

In de MVH 2015 wordt de ontwikkeling van de indicatorscores sinds 2010 besproken. Er zijn duidelijk positieve ontwikkelingen in het voorschrijfgedrag sinds 2010. Huisartsen schrijven bij veel geneesmiddelgroepen steeds vaker de voorkeursmiddelen voor uit de Nederlandse richtlijnen en in het bijzonder de NHG-Standaarden. Het voorschrijven van antibiotica en in het bijzonder van 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.

[2] Het IVM heeft in 2015 een project afgerond gefinancierd door het zorginnovatiefonds van Achmea dat de opbrengsten van deze scholing in beeld brengt. De resultaten zijn gepubliceerd in het rapport 'De effectiviteit van de onafhankelijk artsenbezoeker'.

Een verdere bevinding van 10 jaar Benchmark Voorschrijven en Monitor Voorschrijven Huisartsengedrag is dat het stimuleren van doelmatig voorschrijven door zorgverzekeraars effectief is. De huisartsen van zorgverzekeraars die hun huisartsen belonen op basis van scores op de indicatoren, scoren beter. Het betreft met name Zorg en Zekerheid, Zilveren Kruis (Achmea) en Menzis die de plaatsen twee tot en met vier innemen op de ranglijst van zorgverzekeraars in de MVH 2016. Het IVM juicht het dan ook toe dat sinds 2015 de vier grote zorgverzekeraars en Zorg en Zekerheid voorschrijfindicatoren betrekken in hun beloningsbeleid.

Samenvattend

De conclusie uit 10 jaar Benchmark Voorschrijven en Monitor Voorschrijven is dat de scores op de voorschrijfindicatoren duidelijk verbeterd zijn, maar dat er nog steeds grote regionale verschillen en verschillen tussen praktijken bestaan, zoals ook hoofdstuk 3 t/m 7 van dit rapport laat zien. Ook de verschillende onderzoeken die het IVM eerder heeft uitgevoerd tonen dat er meerdere invalshoeken zijn voor de bevordering van goed en zinnig voorschrijven en gepast gebruik van geneesmiddelen, waaraan nog gewerkt kan worden. Ook buiten de terreinen die de huidige indicatoren beslaan is er grote praktijkvariatie, zoals hoofdstuk 4 (middelen bij astma COPD) en 5 (psychofarmaca) laten zien.

Het IVM (in de vorm van zijn voorganger DGV) bestaat sinds 1995. Tot 2005 was het instituut vooral gericht op structuur- en procesverbetering van FTO-groepen, Belangrijk onderdeel daarvan was het stimuleren dat huisartsen en apothekers bij hun farmacotherapeutische afspraken gebruik maakten van voorschrijfcijfers en hun afspraken gingen evalueren met voorschrijfcijfers. Het instituut maakte in de jaarlijkse FTO-peilingen de inspanningen transparant die FTO-groepen inzetten om het niveau van functioneren te verbeteren. Met de komst van de indicatoren werden ook de prestaties van huisartsen in het goed en doelmatig voorschrijven inzichtelijk en kregen de FTO-groepen en sinds 2010 ook de individuele huisartsen een instrument in handen om zelf daaraan te kunnen werken.

Ten slotte

Het opnemen van voorschrijfindicatoren in segment 3 van de beloningsstructuur van huisartsen door zorgverzekeraars heeft de positie van de voorschrijf-indicatoren sterker gemaakt, maar brengt ook risico's voor die positie mee. Er is een beweging van huisartsen ontstaan die het passender vindt om te belonen op deelname aan het proces om zo tot verbeteringen te komen. Hierbij worden onder meer genoemd deelnemen aan farmacotherapieoverleg (FTO) of diagnostisch toetsoverleg (DTO) en het gebruiken van het elektronisch voorschrijfsysteem (EVS) en formularium. Bij het IVM roept dit een gevoel van déjà vu op. Natuurlijk juicht het IVM deelnemen aan FTO en DTO toe, maar met name als dat gebeurt in groepen die functioneren op niveau 4. Ook het consistent gebruiken van EVS en formularium is goed en kan opnieuw impulsen gebruiken. Maar deze stimulering zou niet in plaats van, maar naast het blijvend ontwikkelen van voorschrijfindicatoren moeten plaatsvinden en het op basis daarvan individueel inzicht krijgen in de kwaliteit en de doelmatigheid van het voorschrijfgedrag. Bovendien blijkt het instrument 'onafhankelijk artsenbezoek' op basis van de monitor voorschrijven huisartsen een uitermate effectieve interventie te zijn om kwaliteit en doelmatigheid van het voorschrijven te bevorderen. Dit dient behouden te blijven.

Uiteindelijk gaat het om verbetering van de uitkomsten en om deze te kunnen realiseren en inzichtelijk te maken zijn in de optiek van het IVM indicatoren onmisbaar.

3. Antibiotica

Belangrijkste bevindingen

- **Huisartsen schrijven in 2015 vaker antibiotica voor dan in 2014. Voor het eerst sinds 2011 neemt het aantal antibioticumvoorschriften weer toe.**
- **Mannelijke huisartsen schrijven meer antibiotica voor dan vrouwelijke en apotheekhoudende huisartsen meer dan niet apotheekhoudende.**
- **Huisartsen zijn in het algemeen in 2015 iets zuiniger met het voorschrijven van reserve-antibiotica.**
- **Er is een grote praktijkvariatie in het voorschrijven van amoxicilline met clavulaanzuur, fluorchinolonen en macrolide antibiotica.**

Antibiotica zijn levensreddende geneesmiddelen. Daarvoor is het essentieel dat deze middelen hun effectiviteit blijven behouden. Veelvuldig en onjuist gebruik van antibiotica brengt het gevaar van resistentievorming met zich mee, zodat ze niet meer werken. Het rationeel voorschrijven van antibiotica verdient daarom veel aandacht. Artsen moeten goed afwegen wanneer zij een antibioticum inzetten. Aandachtspunten zijn of een antibioticum daadwerkelijk nodig is en zo ja, welk middel dan de voorkeur heeft. Dit hoofdstuk behandelt de verschillen tussen huisartsen ten aanzien van voorschrijfvolume en therapiekeuze.

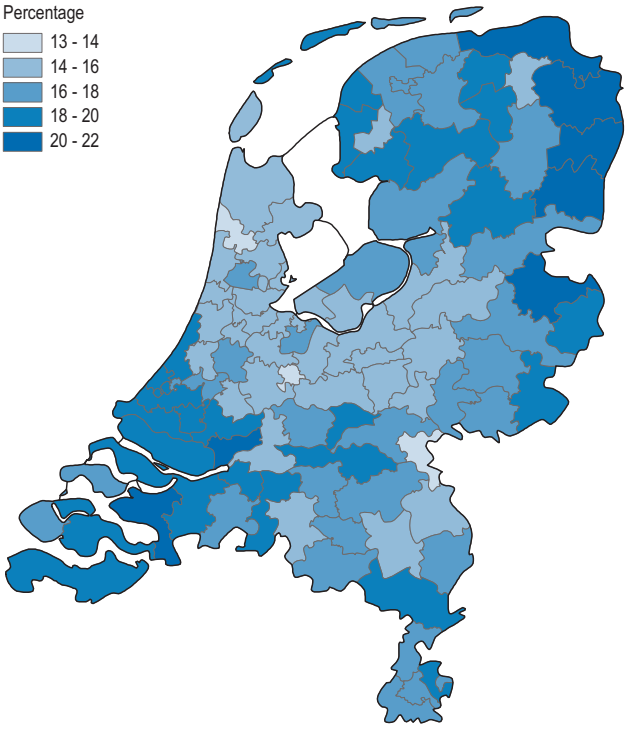
Huisartsen schrijven vaker antibiotica voor in 2015

Huisartsen schrijven in 2015 iets vaker een antibioticum voor dan in 2014. Dit is een wijziging ten opzichte van de dalende trend die sinds 2011 is opgetreden. In 2015 gebruikt 17 procent van de mensen een antibioticum op voorschrift van de huisarts, in 2014 is dat 16 procent. Het aantal antibioticumvoorschriften van de huisarts stijgt van 5,25 miljoen in 2014 naar 5,37 miljoen in 2015.

Tussen huisartsen bestaan grote verschillen in het voorschrijfvolume antibiotica (bepaald als het aantal ingeschreven patiënten dat een antibioticum gebruikt). De spreiding van de score in 2015 (afstand tussen het 10^{e} en 90^{e} percentiel) is 12 tot 23 procent. De meest voorschrijvende huisartsen schrijven dus bijna twee keer zo vaak antibiotica voor als de minst voorschrijvende huisartsen. De spreiding is in vergelijking met 2014 in geringe mate toegenomen. De spreiding is in 2014 12 tot 21 procent. Hierbij is gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht van de patiënten. Mannelijke huisartsen schrijven vaker antibiotica voor dan hun vrouwelijke collega's (17 versus 16 procent). De apotheekhoudende huisartsen schrijven vaker antibiotica voor dan hun niet-apotheekhoudende collega's (18 versus 16 procent).

Naast grote verschillen tussen huisartsen bestaan tussen regio's ook flinke verschillen. In Figuur 3.1 is per regio het aantal inwoners dat een antibioticum gebruikt weergegeven. In Groningen en Drenthe ontvangen relatief de meeste mensen van hun huisarts een voorschrift voor een antibioticum. Ook in Zuid-Holland en Zeeland worden relatief veel antibiotica voorgeschreven door huisartsen.

Figuur 3.1. Indicatorscore Volume antibiotica 2015



Huisartsen schrijven minder vaak reserve-antibiotica voor in 2015

De NHG-Standaarden geven als advies om bij het voorschrijven van antibiotica de middelen met een zo smal mogelijk werkingsspectrum te kiezen, dus de behandeling zoveel mogelijk toe te spitsen op de ziekteverwekkende bacterie. De gedachte hierachter is dat zo minder selectie optreedt van bacteriestammen met een breed resistentiepatroon. Middelen met een breder werkingsspectrum, zoals amoxicilline met clavulaanzuur of fluorchinolonen zijn bedoeld als reservemiddelen. Reservemiddelen worden ingezet bij onvoldoende respons op een eerstekeusmiddel, maar kunnen ook bij bepaalde, moeilijk te behandelen infecties direct worden voorgeschreven. Voorbeelden zijn het inzetten van amoxicilline met clavulaanzuur bij verslikpneumonie of ciprofloxacine bij urineweginfecties met tekenen van weefselinvasie.

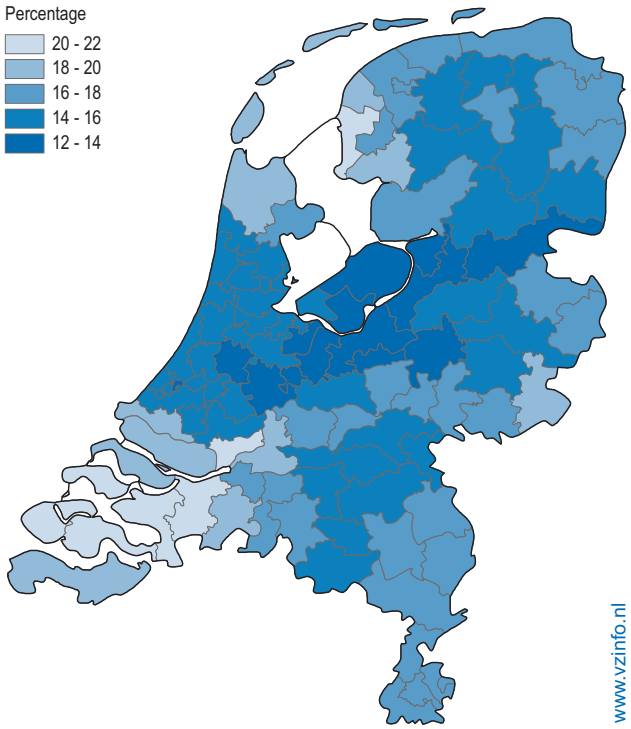
Evenals voorgaande jaren daalt het aandeel reserve-antibiotica dat de huisartsen voorschrijven, ten opzichte van het totale aantal antibioticumvoorschriften met 0,6 procentpunt. Ook het absolute aantal voorschriften voor reserve-antibiotica is in 2015 lager dan in 2014. In 2015 is dit aandeel 15,9 procent, in 2014 16,5 procent. Ter vergelijking: in 2010 (het eerste jaar dat de indicator is bepaald) ligt het aandeel reserve-antibiotica op 18 procent. In deze score zijn voorschriften van reservemiddelen die als vervolg op een eerder antibioticumvoorschrift zijn voorgeschreven uitgesloten.

Tussen huisartsen bestaan grote verschillen in het aantal voorschriften reserve-antibiotica. De spreiding van de score in 2015 (afstand tussen het 10^{e} en 90^{e} percentiel) is 10 tot 23 procent. Deze is iets afgenomen ten opzichte van 2014. De spreiding is in 2014 10 tot 24 procent. In 2011 is de spreiding 11 tot 27 procent. Met name huisartsen die vaak reserve-antibiotica voorschreven in 2011 zijn dit in 2015 minder gaan doen.

Evenals bij het voorschrijfvolume zijn er verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke huisartsen met betrekking tot aantal voorschriften reserve-antibiotica. Patiënten van mannelijke huisartsen gebruiken vaker reserve-antibiotica (16 versus 15 procent), evenals patiënten van apotheekhoudende huisartsen (18 versus 16 procent).

In Figuur 3.2 is per regio het aandeel reserve-antibiotica weergegeven. Vooral in Zeeland ontvangen veel mensen van hun huisarts een voorschrift voor een reserve-antibioticum.

Figuur 3.2. Indicatorscore Reserve- en tweedekeusantibiotica in 2015



Therapiekeuze

In 2015 schrijven de huisartsen samen 5,4 miljoen antibioticumvoorschriften voor. In 2014 zijn dit er 5,3 miljoen. Een mogelijke verklaring is de griepepidemie die tot ver in het voorjaar van 2015 doorliep. Tabel 3.1 laat zien hoe de verhouding tussen reserve- en andere antibiotica in 2014 en 2015 was.

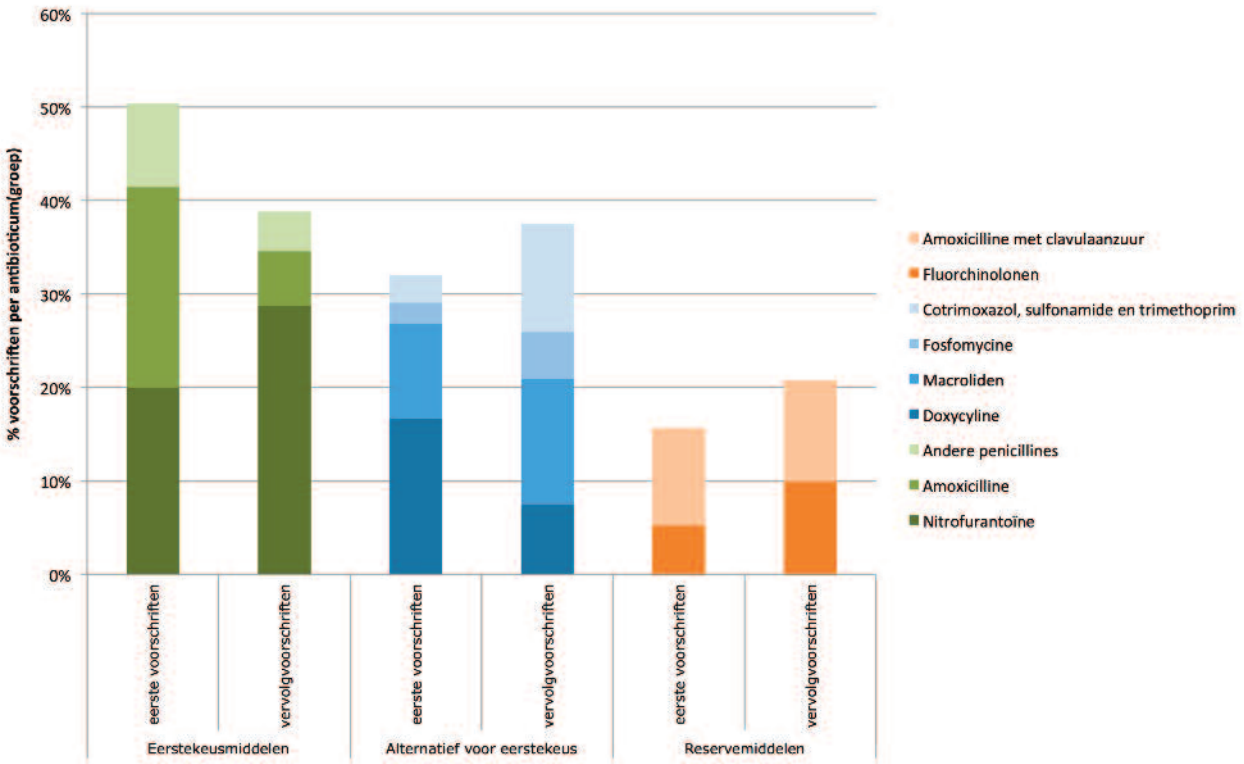
Tabel 3.1. Aantal antibioticumvoorschriften uitgeschreven door huisartsen in 2014 en 2015

	2014	2015
Reserve-antibiotica	921.332 (17,5%)	912.459 (17,0%)
Andere antibiotica	4.330.709 (82,5%)	4.461.296 (83,0%)
Totaal	5. 252.041 (100%)	5.373.755 (100%)

Van de antibioticumvoorschriften in 2015 zijn er 4,1 miljoen eerste voorschriften. De resterende recepten (1,2 miljoen) zijn vervolgrecepten. Een vervolgrecept volgt binnen drie weken op een eerder voorschrift voor hetzelfde of een ander antibioticum. Redenen waarom een huisarts een tweede recept voor een antibioticum uitschrijft na een eerder recept kunnen zijn: het verlengen van een kuur, onvoldoende effect van het eerste middel of het niet verdragen van het eerst voorgeschreven middel. Het aandeel eerste recepten ten opzichte van alle recepten in 2014 is vergelijkbaar met 2015.

Figuur 3.3 geeft aan hoe deze voorschriften verdeeld zijn over de diverse hoofdgroepen van antibiotica. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen eerste recepten per ziektegeval en vervolgrecepten, die binnen drie weken na een eerder antibioticumrecept volgden. De eerstekeusmiddelen zijn de antibiotica die door de NHG-Standaarden bij de meest voorkomende infecties als voorkeursmiddel worden aanbevolen. Deze middelen maken de helft van de eerste antibioticumvoorschriften uit (groen in Figuur 3.3). De NHG-Standaarden geven ook alternatieven voor de eerstekeusmiddelen aan, bijvoorbeeld voor patiënten met allergieën. Deze zijn in Figuur 3.3 in blauw aangegeven. Amoxicilline, andere penicillines en doxycycline zijn vaker een eerste recept binnen een episode, terwijl fluorchinolonen vaker een tweede recept zijn. Nitrofurantoïne en trimethoprim worden vaak als preventieve behandeling ingezet bij vrouwen die vaak een urineweginfectie hebben. Dit verklaart het hoge aantal vervolgrecepten voor deze beide middelen.

Figuur 3.3. Door de huisarts voorgeschreven antibiotica per geneesmiddel(groep), in 2015
Weergegeven zijn zowel het aandeel bij eerste recepten per episode als bij vervolguitgiftes



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 hoger is dan het landelijk gemiddelde, scoort meer dan de helft van de huisartsen boven het landelijk gemiddelde. Wanneer de mediaan duidelijk hoger is dan het gemiddelde, betekent dit dat er aanzienlijke verbetering van het voorschrijven bij een beperkte groep huisartsen te behalen is.

Aanzienlijke praktijkvariatie bij het voorschrijven van antibiotica

Tussen huisartspraktijken bestaan grote verschillen bij het kiezen van een antibioticum. Over heel Nederland gemeten is 10,5 procent van de antibioticumvoorschriften van de huisarts een recept voor amoxicilline met clavulaanzuur (landelijk gemiddelde). Bij de helft van de huisartsen ligt dit percentage onder 9,7 procent (mediaan). De meeste huisartsen schrijven dus minder vaak dan gemiddeld amoxicilline met clavulaanzuur voor. 10 Procent van de huisartsen kiest bij meer dan 16,4 procent van de antibioticum-voorschriften voor amoxicilline met clavulaanzuur en 10 procent van de huisartsen doet dit bij minder dan 5,7 procent van de antibioticum-voorschriften (spreiding, bepaald aan de hand van 10e en 90e percentiel). In Tabel 3.2 staan naast amoxicilline met clavulaanzuur ook andere groepen antibiotica, die bij de meest voorkomende infecties geen eerste keus zijn volgens de NHG-Standaarden.

Tabel 3.2. Aandeel tweedekeusmiddelen per antibioticum(groep) t.o.v. alle antibioticumvoorschriften in 2015, per huisarts

Middel/groep	Landelijk gemiddelde	Mediaan	Spreiding*
Amoxicilline met clavulaanzuur	10,5%	9,7%	5,7 - 16,4%
Fluorchinolonen, incl. ciprofloxacine	6,3%	5,8%	3,2 - 10,0%
Ciprofloxacine	5,1%	4,8%	2,4 - 8,1%
Macroliden	11,0%	9,8%	5,0 - 18,5%

* Afstand tussen scores 10e en 90e percentiel van huisartsen

Zoals hiervoor al beschreven zijn amoxicilline met clavulaanzuur en ciprofloxacine bij sommige infecties het aanbevolen middel volgens de NHG-Standaarden. De andere fluorchinolonen moeten volgens de NHG-Standaarden worden gereserveerd voor gebruik in de tweede lijn. Sommige huisartspraktijken schrijven tot drie keer zo veel recepten fluorchinolonen voor als de praktijken die het meest terughoudend zijn met deze geneesmiddelgroep. De achterliggende oorzaken zijn onduidelijk.

Macroliden zijn het aanbevolen alternatief voor penicillines bij luchtweg-infecties bij patiënten met een penicilline-allergie. Naar schatting ligt het aantal mensen met een penicilline-allergie in de huisartsenpraktijk rond twee procent[3]. Gezien de grote variatie tussen huisartsen en het feit dat vrijwel bij alle huisartsen meer dan 5 procent van de antibioticumvoorschriften een macrolide betreft, spelen ook andere overwegingen dan alleen allergie een rol. Deze overwegingen kunnen liggen op ervaring, zoals kuurlengte en gebruiksgemak. Macroliden worden minder vaak per dag gedoseerd dan penicillines en bij het meest voorgeschreven macrolide azitromycine is de kuurlengte beperkt tot drie dagen. Omdat bij de macroliden tijdens het gebruik gemakkelijk resistentie ontstaat, dient het gebruik zo veel mogelijk te beperkt te worden tot die patiënten die het eerstekeusmiddel - meestal een penicilline - niet kunnen gebruiken.

[3] Salden OAE, et al. Diagnosis of allergy against beta-lactams in primary care: prevalence and diagnostic criteria. Fam Pract. 2015;32:257-62.

Reservemiddelen hebben ook een plaats wanneer een eerstekeusmiddel heeft gefaald. Gemiddeld 24 procent van de reservemiddel voorschriften in 2015 volgt binnen 20 dagen op een eerder voorschrift. Dit aandeel verschilt per antibioticum. Voor amoxicilline met clavulaanzuur volgt 24 procent van de recepten kort op een eerder recept, voor ciprofloxacine ligt dit percentage hoger, namelijk op 36 procent. Deze recepten die kort na een ander antibioticum volgen zijn uitgesloten in de cijfers van Tabel 3.3.

Over heel Nederland gemeten is 5,2 procent van de eerste antibioticum-voorschriften bij een episode uitgeschreven door de huisarts een recept voor fluorchinolonen (landelijk gemiddelde). Bij de helft van de huisartsen ligt dit percentage onder 4,8 procent (mediaan). 10 Procent van de huisartsen kiest bij meer dan 8,3 procent van de eerste antibioticumvoorschriften voor fluorchinolonen en 10 procent van de huisartsen doet dit bij minder dan 2,5 procent van de antibioticumvoorschriften (spreiding, bepaald aan de hand van 10^{e} en 90^{e} percentiel). In Tabel 3.3 staan naast de fluorchinolonen ook andere groepen antibiotica, die bij de meest voorkomende infecties geen eerste keus zijn volgens de NHG-Standaarden.

Tabel 3.3. Aandeel tweedekeusmiddelen per antibioticum(groep) t.o.v. eerste antibioticumvoorschriften per episode in 2015, per huisarts

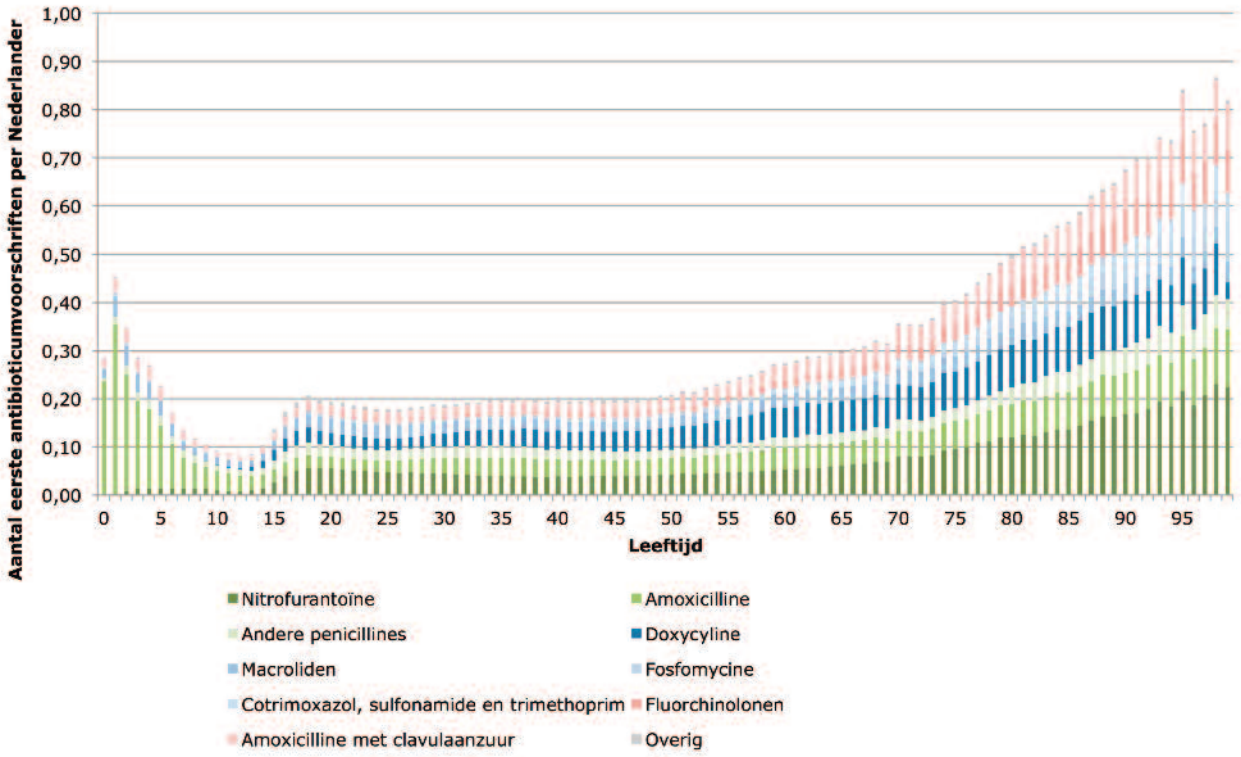
Middel/groep	Landelijk gemiddelde	Mediaan	Spreiding*
Amoxicilline met clavulaanzuur	10,4%	9,4%	5,4 - 16,8%
Fluorchinolonen, incl. ciprofloxacine	5,2%	4,8%	2,5 - 8,3%
Ciprofloxacine	4,3%	4,0%	1,9 - 7,0%
Macroliden	11,0%	9,8%	5,0 - 18,5%

* Afstand tussen scores 10^{e} en 90^{e} percentiel van huisartsen

Voorgeschreven antibiotica in relatie tot de leeftijd van de patiënt

Zowel het voorschrijfvolume (aantal gebruikers) als de keus voor een bepaald antibioticum hangen samen met de leeftijd van de patiënt. Jonge kinderen (0 tot 5 jaar) en personen ouder dan 50 jaar gebruiken vaker antibiotica dan volwassenen tussen 18 en 50 jaar. Vanaf 50 jaar geldt: hoe hoger de leeftijd wordt, hoe vaker antibiotica worden gebruikt. Dit is goed zichtbaar in Figuur 3.4.

Figuur 3.4. Eerst voorgeschreven antibioticum per infectie, behandeld door de huisarts, in 2015, naar leeftijd van de patiënt



Grote drijfveer achter het groter aantal gebruikers van antibiotica bij toenemende leeftijd is het middel nitrofurantoïne. Dit eerstekeusmiddel wordt alleen voor urineweginfecties voorgeschreven. Dit type infecties komt vooral bij oudere vrouwen veel vaker voor dan bij andere leeftijdscategorieën.

Het aandeel reserve-antibiotica (amoxicilline met clavulaanzuur, fluorchinolonen) is wel vergelijkbaar in de verschillende leeftijdscategorieën, met uitzondering van de kinderen. Huisartsen schrijven aan kinderen minder vaak reserve-antibiotica voor.

Beschouwing

Na jaren van daling van het aantal antibioticumvoorschriften stijgt in 2015 het aantal voorschriften door de huisarts. Is dit eenmalig, bijvoorbeeld door een langere griepepidemie, of een nieuwe trend? Het antwoord hierop zal volgend jaar blijken. Het is in ieder geval iets om goed te volgen. Het aandeel reserve-antibiotica blijft wel een dalende trend vertonen. Het absolute aantal voorschriften voor reserve-antibiotica is in 2015 gedaald ten opzichte van het jaar ervoor. Dit is een positieve ontwikkeling. Veel huisartsen zijn terug-houdend bij het voorschrijven van antibiotica, maar niet alle. Want we zien een grote praktijkvariatie, zowel bij de reserve-antibiotica, als bij de eerstekeusmiddelen. Ook de grote variatie in het aandeel macrolide-antibiotica duidt erop dat er ruimte is voor verbetering in het naleven van de aanbevelingen uit de NHG-Standaarden.

4. Middelen bij astma en COPD

Belangrijkste bevindingen

- **Van de nieuwe gebruikers van onderhoudsmedicatie voor astma of COPD in 2015 begint 41 procent met een combinatie-preparaat. Dit is in tegenspraak met de adviezen in de NHG-Standaarden.**
- **Huisartsen schrijven vooral bij volwassenen direct een combinatiepreparaat voor.**
- **Er is een grote praktijkvariatie in het voorschrijven van combinatie-preparaten, 17 tot 74 procent van de nieuwe gebruikers start met een combinatiepreparaat.**

Ongeveer 10 procent van de extramurale uitgaven aan geneesmiddelen betreft de behandeling van astma en COPD. In 2015 gebruiken 1,5 miljoen mensen een of meer van dergelijke middelen[4].

De geneesmiddelen toegepast bij astma en COPD zijn onder te verdelen in drie hoofdgroepen:

- Kortwerkende luchtwegverwijders, deze verlichten klachten van benauwdheid. Ze worden ook incidenteel ingezet bij andere luchtweg-aandoeningen die met benauwdheid gepaard gaan. Voorbeelden zijn salbutamol, ipratropium en terbutaline.
- Langwerkende luchtwegverwijders, deze verlichten klachten van benauwdheid. Voorbeelden zijn formoterol, indacaterol, olodaterol, salmeterol, vilanterol, aclidinium, glycopyrronium, tiotropium, en umeclidinium.
- Inhalatiecorticosteroïden, deze remmen ontstekingsprocessen. Voorbeelden zijn beclometason, budesonide, ciclesonide en fluticason.

Kortwerkende luchtwegverwijders worden ingezet bij diverse long-aandoeningen, waaronder astma en COPD. Deze groep middelen hebben vooral een plaats bij de behandeling van aanvallen en als onderhouds-behandeling bij milde vormen van astma of COPD. Het gebruik is vaak op basis van de klachten, dus niet altijd continu. De twee laatste groepen worden ingezet voor de onderhoudsbehandeling van astma en COPD. De langwerkende luchtwegverwijders worden op basis van hun werkings-mechanisme verdeeld in sympaticomimetica en anticholinergica. Naast enkelvoudige middelen zijn er combinatiepreparaten van inhalatie-corticosteroïden en langwerkende luchtwegverwijders en combinatie-preparaten van twee langwerkende luchtwegverwijders.

Astma en COPD worden grotendeels met dezelfde geneesmiddelen behandeld, maar de plaats van de verschillende middelen in het behandelplan verschilt tussen beide aandoeningen. Op basis van de beschikbare gegevens van Vektis is het niet mogelijk om onderscheid te maken tussen beide aandoeningen bij patiënten boven de 40 jaar. Onder deze leeftijd komt COPD zeer weinig voor, dus aangenomen wordt dat gebruikers van deze geneesmiddelen voor het overgrote deel aan astma lijden.

De aanbevelingen voor beide aandoeningen uit de NHG-Standaarden hebben wel gemeen, dat de NHG-Standaarden kiezen voor een stapsgewijze aanpak, waarbij combinatiepreparaten pas worden geadviseerd bij onvoldoende effect van een enkelvoudig middel. In dit hoofdstuk gaan we in op de keuzes die artsen maken bij het starten van onderhoudsmedicatie bij astma of COPD. Het is voor het eerst dat we dit onderzoek zo uitvoeren.

[4] Bron: GIP-databank.

Aanbevelingen uit NHG-Standaarden

De NHG-Standaarden *Astma bij volwassenen* (2015) en *Astma bij kinderen* (2014) adviseren bij het starten van onderhoudsmedicatie bij astma te beginnen met inhalatie-corticosteroïden. Langwerkende luchtwegverwijders komen in aanmerking wanneer de klachten blijven bestaan, ondanks het gebruik van inhalatiecorticosteroïden. De NHG-Standaard *COPD* (2015) adviseert bij het inzetten van onderhoudsmedicatie te starten met een enkelvoudige langwerkende luchtwegverwijder. Wanneer een patiënt vaak exacerbaties (acute verslechteringen) doormaakt, kan een inhalatiecorticosteroïd worden toegevoegd. Het combineren van beide typen langwerkende luchtwegverwijders kan worden overwogen bij onvoldoende effect van een van beide middelen.

Bijna de helft van de patiënten start met combinatietherapie

In 2015 zijn er ruim 327 duizend nieuwe gebruikers van onderhoudsmedicatie. Nieuwe gebruikers zijn gedefinieerd als patiënten die in het jaar voorafgaand aan een eerste voorschrift voor onderhoudsmedicatie geen onderhoudsmedicatie hebben gebruikt. Gebruik van kortwerkende luchtwegverwijders in het jaar voorafgaand aan het eerste recept is wel toegestaan.

De huisarts is de voorschrijver van het eerste voorschrift voor onderhoudsmedicatie bij 84 procent van de patiënten. De gemiddelde huisarts telt 32 nieuwe gebruikers van onderhoudsmedicatie voor astma of COPD in 2015. De spreiding is 2 tot 64.

Een groot deel van de patiënten waarbij de huisarts een onderhoudsbehandeling voorschrijft, start met meerdere werkzame stoffen tegelijk, namelijk 42 procent (zie Tabel 4.1). Meestal is dit een combinatiepreparaat van een langwerkend bètamimeticum en een inhalatiecorticosteroïd. Dit is in tegenspraak met de adviezen uit de NHG-Standaarden. Deze adviseren bij astma pas te starten met langwerkende bètamimetica als ondanks de juiste diagnostiek en een adequaat beleid geen goede astmacontrole met een inhalatiecorticosteroïd wordt bereikt. De huisarts begint bij COPD in het algemeen niet met een onderhoudsbehandeling met een combinatiepreparaat van een inhalatiecorticosteroïd en een langwerkend bètamimeticum, vanwege de beperkte indicatie van inhalatiecorticosteroïden bij COPD. Het direct starten van een combinatiepreparaat kan leiden tot overbehandeling.

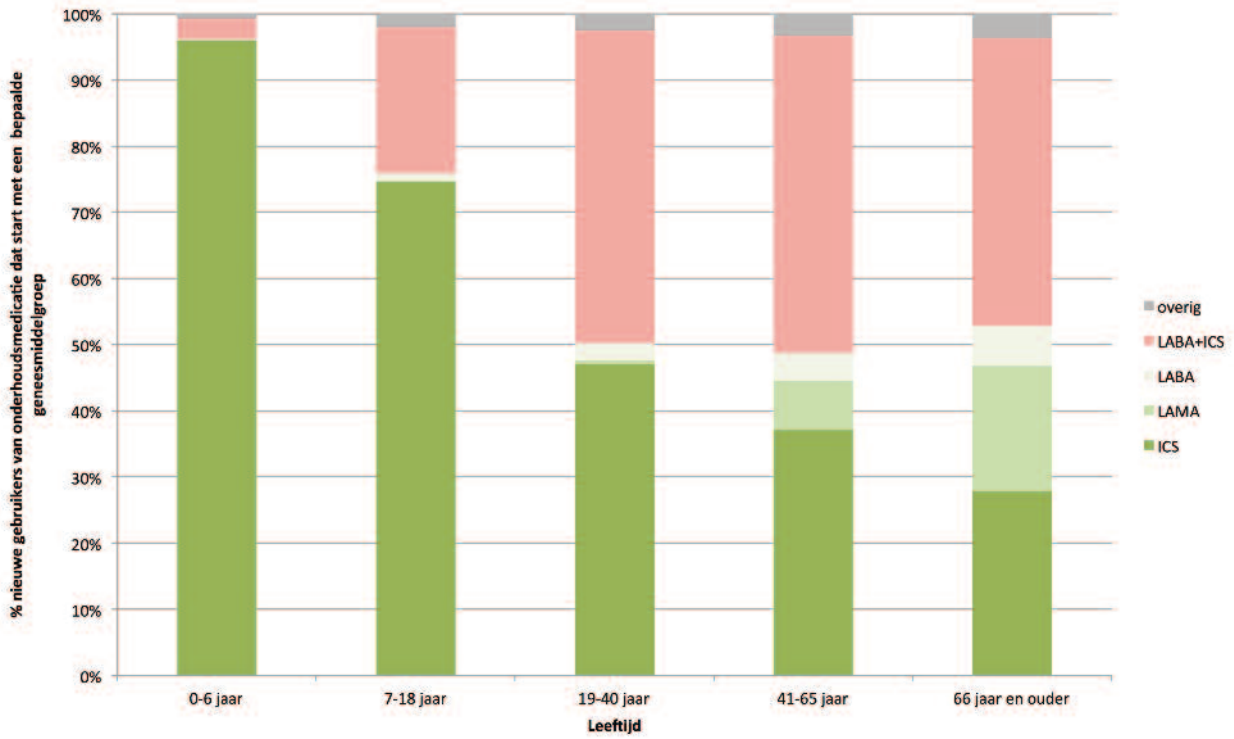
Tabel 4.1. Eerst voorgeschreven geneesmiddel bij het starten van onderhoudsmedicatie voor astma of COPD door de huisarts, longarts of kinderarts in 2015

	Huisarts	Longarts	Kinderarts
Monotherapie langwerkende bètamimetica	3,7%	2,4%	0,5%
Monotherapie langwerkende anticholinergica	7,1%	14,4%	0,2%
Monotherapie inhalatiecorticosteroïden	45,7%	22,5%	86,5%
Monotherapie met systemische middelen*	1,1%	2,3%	3,8%
Combinatiepreparaat langwerkend bètamimeticum met inhalatiecorticosteroïd	41,4%	48,5%	8,0%
Andere combinaties van twee of meer werkzame stoffen	1,0%	9,9%	1,0%

* Dit betreft middelen als montelukast en theofylline

Huisartsen starten bij kinderen (0 tot 6 jaar en in mindere mate ook 7 - 18 jaar) vaker met alleen een corticosteroïd en veel minder vaak met combinatiepreparaten dan bij volwassenen. Dit is te zien in Figuur 4.1. De NHG-Standaard *Astma bij kinderen* (2014) adviseert om inhalatie-corticosteroïden als eerste stap bij de onderhoudsbehandeling in te zetten, wanneer kortwerkende luchtwegverwijders onvoldoende effect hebben. De standaard adviseert langwerkende bètamimetica (in combinatie met inhalatiecorticosteroïden) alleen na consultatie van of verwijzing naar de kinder(long)arts in te zetten. Bij kinderen is niet aangetoond dat een combinatie van een corticosteroïd en een langwerkend bètamimeticum aanvullende waarde heeft boven het gebruik van een corticosteroïd alleen.

Figuur 4.1. Eerste door de huisarts voorgeschreven geneesmiddelgroep bij het starten van onderhoudsmedicatie voor astma of COPD naar leeftijd, in 2015



ICS= inhalatiecorticosteroïd, LABA=langwerkend bètamimeticum, LAMA=langwerkend anticholinergicum

Bij volwassenen lijkt de leeftijd van de patiënt geen invloed te hebben op het aandeel mensen dat start met een combinatiepreparaat van langwerkende bètamimeticum en inhalatiecorticosteroïd. COPD komt in tegenstelling tot astma zeer weinig voor bij patiënten jonger dan 40 jaar. Tussen de 40 en 60 jaar zijn er jaarlijks ongeveer evenveel nieuwe gevallen van astma als van COPD. Boven de 60 jaar wordt de diagnose COPD vaker gesteld dan de diagnose astma[5]. Het voorschrijfbeleid in de leeftijdscategorie tot 40 jaar geeft dus een beeld van het beleid bij volwassen astmapatiënten. Een aanzienlijk deel van deze patiënten (19 tot 40 jaar) start met een combinatie van langwerkend bètamimeticum en inhalatiecorticosteroïd, namelijk 47 procent. Dit is in tegenspraak met het advies uit de NHG-Standaard *Astma bij volwassenen* (2015) die langwerkende bètamimetica reserveert voor die patiënten bij wie de aandoening onvoldoende onder controle komt met het gebruik van inhalatiecorticosteroïden alleen. De reden hiervoor is dat de behandeling gericht is op het bereiken van goede astmacontrole met gebruik van zo weinig mogelijk geneesmiddelen.

De NHG-Standaard *COPD* (2015) adviseert inhalatiecorticosteroïden te reserveren voor patiënten die - bij gebruik van langwerkende luchtweg-verwijders - frequente exacerbaties hebben. 43 Procent van de nieuwe gebruikers van onderhoudsmedicatie boven de 66 jaar start met een inhalatiecorticosteroïd, al dan niet in combinatie met een langwerkend bètamimeticum (figuur 4.1 meest rechtse kolom). Bij een deel van deze patiënten kan sprake zijn van een mengvorm van astma en COPD. Het is ook goed mogelijk dat er sprake is van overbehandeling.

[5] Bron: www.volksgezondheidenzorg.info.

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 hoger is dan het landelijk gemiddelde, scoort meer dan de helft van de huisartsen boven het landelijk gemiddelde. Wanneer de mediaan duidelijk hoger is dan het gemiddelde, betekent dit dat er aanzienlijke verbetering van het voorschrijven bij een beperkte groep huisartsen te behalen is.

Grote praktijkvariatie bij het voorschrijven van combinatiepreparaten

Bij het voorschrijven van combinatiepreparaten bestaan er grote verschillen tussen huisartsen. Over heel Nederland gemeten is 41,4 procent van de eerste voorschriften voor onderhoudsmedicatie voor astma of COPD dat de huisartsen uitschrijft een recept voor combinatie van een langwerkend bètamimeticum en een corticosteroïd (landelijk gemiddelde). Bij de helft van de huisartsen ligt dit percentage onder 40,5 procent (mediaan). 10 Procent van de huisartsen kiest bij meer dan 74,2 procent van de nieuwe gebruikers voor een combinatiepreparaat van een langwerkend bètamimeticum en een corticosteroïd en 10 procent van de huisartsen doet dit bij minder dan 17,0 procent van de nieuwe gebruikers (spreiding, bepaald aan de hand van 10e en 90e percentiel). Dit is weergegeven in Tabel 4.2.

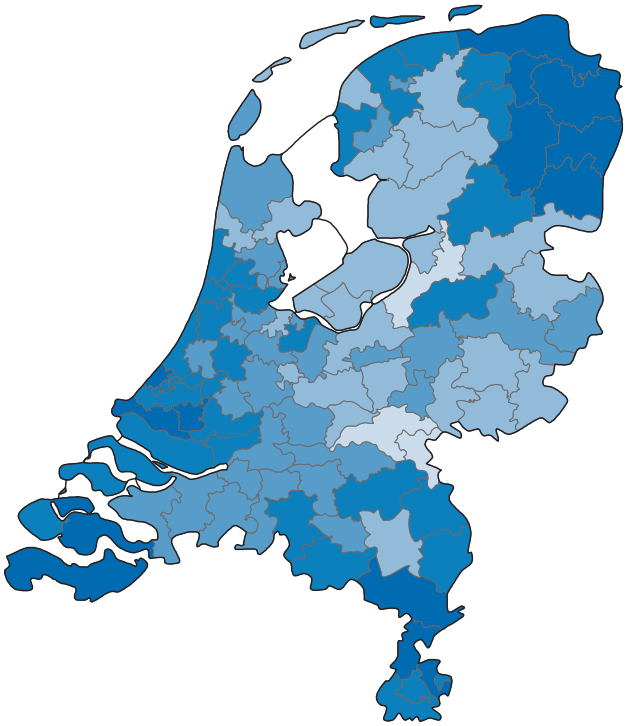
Ook tussen regio's bestaan aanzienlijke verschillen. Huisartsen rond Nijmegen en Zwolle starten het minst vaak met een combinatie van meerdere werkzame stoffen, namelijk bij een kwart van de nieuwe gebruikers van onderhoudsmedicatie. In Zeeuws-Vlaanderen is dat percentage het hoogst, namelijk 58 procent. Verder schrijven de huisartsen in Zeeland, Zuid-Holland, Limburg en Groningen relatief vaak een combinatiepreparaat van een langwerkend bètamimeticum met inhalatiecorticosteroïd voor aan nieuwe gebruikers. Het percentage nieuwe gebruikers van combinatiepreparaten van een langwerkend bètamimeticum met een inhalatiecorticosteroïd ten opzichte van alle nieuwe gebruikers van onderhoudsmedicatie is weergegeven in Figuur 4.2.

Tabel 4.2. Praktijkvariatie bij het eerst voorgeschreven geneesmiddel bij het starten van onderhoudsmedicatie voor astma of COPD door de huisarts, aandeel ten opzichte van alle nieuwe gebruikers van onderhoudsmedicatie in 2015

	Landelijk gemiddelde	Mediaan	Spreiding*
Monotherapie	57,6%	58,3%	31,6 - 82,0%
Meer dan een werkzame stof	42,4%	41,7%	18,0 - 68,4%
Combinatiepreparaten van een langwerkend bètamimeticum met een inhalatiecorticosteroïd	41,4%	40,5%	17,0 - 74,2%
Langwerkend bètamimeticum met inhalatiecorticosteroïd als losse middelen	0,5%	0,0%	0,0 - 2,1%
Combinatiepreparaten van een langwerkend bètamimeticum met een langwerkend anticholinergicum	0,4%	0,0%	0,0 - 1,3%
Langwerkend bètamimeticum met langwerkend anticholinergicum als losse middelen	0,1%	0,0%	0,0 - 0,0%
Drievoudige inhalatietherapie**	0,6%	0,0%	0,0 - 2,2%

*Afstand tussen scores 10e en 90e percentiel van huisartsen
**Patiënten met drievoudige therapie tellen ook mee bij gebruikers van combinatiepreparaten

Figuur 4.2. Percentage nieuwe gebruikers van combinatiepreparaten van een langwerkend bètamimeticum met inhalatiecorticosteroïd ten opzichte van alle nieuwe gebruikers van onderhoudsmedicatie voor astma of COPD, in 2015



Beschouwing

Meer dan 40 procent van de volwassen patiënten met astma of COPD start de onderhoudsbehandeling van hun aandoening met een combinatie (preparaat) van werkzame stoffen. Dit is niet in lijn met de aanbevelingen in de NHG-Standaarden. Deze raden aan om een stapsgewijze behandeling toe te passen, met - afhankelijk van het ziektebeeld - eerst alleen een inhalatie-corticosteroïd (bij astma met name) of alleen een langwerkende luchtweg-verwijder (bij COPD met name). Het direct starten van combinatietherapie kan leiden tot overbehandeling en bijwerkingen als gevolg van het gebruiken van een middel dat niet nodig was: een deel van de patiënten zou met één werkzame stof ook goed zijn uitgekomen. Daarnaast vergroten inhalatie-corticosteroïden bij patiënten met COPD de kans op longontsteking. Zorgvuldige selectie van patiënten met COPD bij wie inhalatiecorticosteroïden een gunstig effect hebben is dan ook van belang. Ten slotte brengt het gebruik van deze combinatiepreparaten extra uitgaven met zich mee, aangezien deze duurder zijn dan behandeling met één werkzame stof. De grote praktijkvariatie wijst op ruimte voor verbetering in het naleven van de aanbevelingen uit de NHG-Standaarden.

5. Psychofarmaca

Belangrijkste bevindingen

- **Huisartsen, maar ook andere voorschrijvers kiezen in 21 procent van de gevallen voor niet aanbevolen antipsychotica bij dementerende patiënten.**
- **Vooral bij ouderen schrijven huisartsen regelmatig mirtazapine voor, een antidepressivum dat volgens de richtlijn geen meerwaarde heeft.**
- **Ook bij jongeren met een depressie bestaat een aanzienlijke variatie in welk antidepressivum huisartsen en andere voorschrijvers als eerste middel voorschrijven. Richtlijnen bij het voorschrijven van antidepressiva aan jongeren worden niet altijd gevolgd.**
- **Het verschijnen van de NHG-Standaard *ADHD bij kinderen* eind 2014 heeft in 2015 nog niet geleid tot een verschuiving in voorschrijfgedrag van ADHD-middelen ten opzichte van 2014.**

De laatste jaren is er veel aandacht van de zijde van de politiek en van de overheid voor het voorschrijven van psychofarmaca. Om enkele voorbeelden te noemen: het voorschrijven van antipsychotica voor probleemgedrag bij bewoners van instellingen, het gebruik van middelen voor ADHD en het te vaak voorschrijven van antidepressiva aan jongeren. In dit hoofdstuk gaan we in op het voorschrijven van diverse klassen psychofarmaca, met de focus op verschillen tussen regio's en tussen voorschrijvers.

Antipsychotica bij dementie

Artsen kunnen antipsychotica voorschrijven bij hallucinaties en wanen, bijvoorbeeld bij een delier of een psychose. Bij mensen met dementie worden ze ook ingezet bij onbegrepen gedrag. Nadeel van deze middelen bij dementie is dat ze daarbij beperkt effectief zijn en veel bijwerkingen geven. De middelen verhogen bijvoorbeeld het risico op een beroerte en overlijden. Diverse richtlijnen (NHG-Standaard *Dementie* (2012), Multidisciplinaire richtlijn *Diagnostiek en behandeling van dementie* (2014)) adviseren dan ook deze middelen alleen kortdurend voor te schrijven, en alleen bij een goede indicatie.

Over het gebruik van antipsychotica in verpleeghuizen is al veel gepubliceerd. In deze paragraaf bekijken we het voorschrijven van antipsychotica door de huisarts aan dementerende ouderen in de thuissituatie. Dementie is geïdentificeerd op basis van het gebruik van middelen voor dementie. Hiermee worden niet alle patiënten met dementie opgespoord, er is een onderschatting van het werkelijk aantal dementerenden.

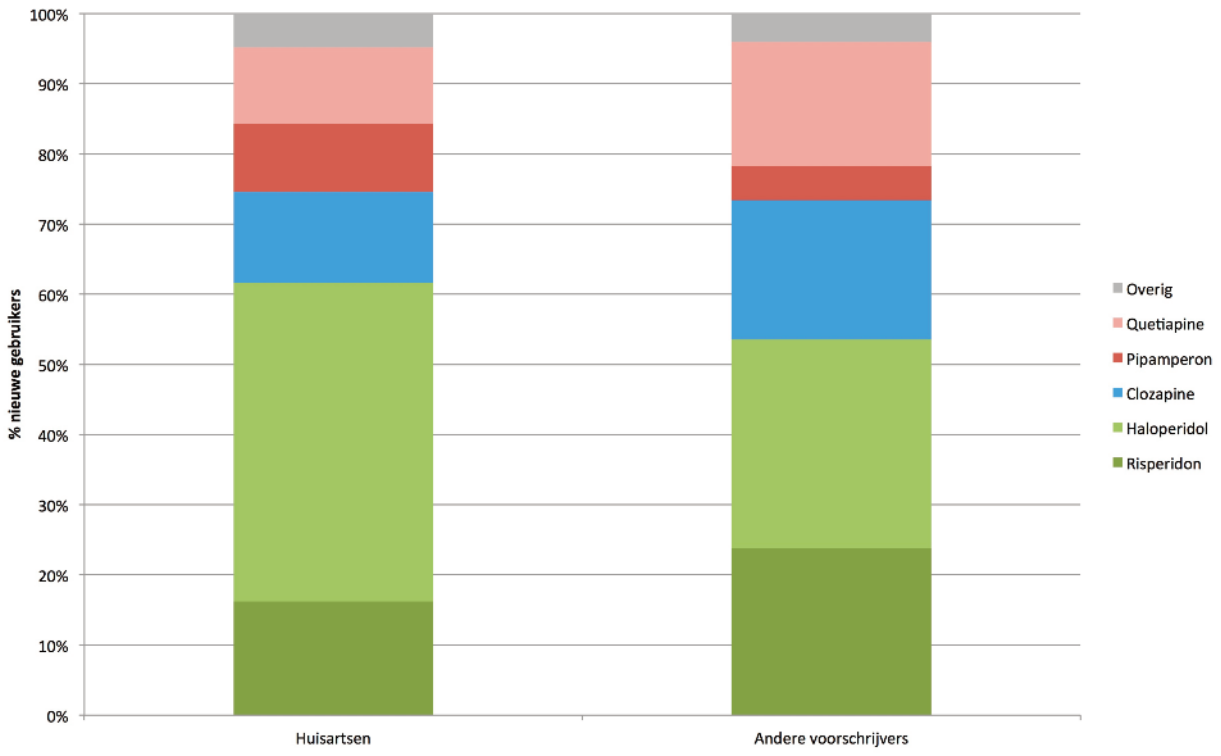
De schattingen van het aantal patiënten met dementie lopen uiteen. Alzheimer Nederland schat dat er buiten de verpleeghuizen zo'n 210.000 patiënten met dementie zijn. Een deel van hen is nog niet bekend in de zorg. Op basis van huisartsregistraties wordt het aantal patiënten op 52.000 geschat[6]. Bijna 44.000 thuiswonende patiënten gebruiken in 2014 en/of 2015 een middel bij dementie, zoals donepezil, galantamine, memantine en rivastigmine, op voorschrift van huisarts of specialist. Deze middelen geven een geringe, tijdelijke stabilisering in cognitie of functioneren bij een kleine subgroep van dementiepatiënten. Aan 18 procent van deze patiënten schrijft een arts een antipsychoticum voor na het starten van het middel bij dementie. 8 Procent van de gebruikers van dementiemiddelen krijgt een antipsychoticum voor de start van het dementiemiddel, de rest (73 procent) gebruikt geen antipsychoticum.

In het onderzoek zijn bewoners van verpleeghuizen buiten beschouwing gelaten.

[6] Bron: www.volksgezondheidenzorg.info.

Bij 66 procent was de huisarts de eerste voorschrijver van het antipsychoticum. Gemiddeld schreef de huisarts 1,6 keer een antipsychoticum voor aan een patiënt die daarvoor een middel bij dementie heeft gebruikt. In 16 procent van de gevallen was dit risperidon, het middel van eerste keus bij probleemgedrag in de NHG-Standaard *Dementie* (2012). In 45 procent van de gevallen was dat haloperidol. Dit middel is het middel van tweede keus in de NHG-Standaard *Dementie* (2012) en eerste keus bij een delier, volgens de NHG-Standaard *Delier* (2014). De voorkeuren zijn gebaseerd op evidence en ervaring, de prijsverschillen tussen de verschillende antipsychotica zijn gering. Medisch specialisten kiezen vaker voor quetiapine en clozapine dan huisartsen. Zie ook Figuur 5.1.

Figuur 5.1. Eerst voorgeschreven antipsychoticum na starten van een middel bij dementie, in 2014 - 2015, naar type voorschrijver



Aanbevelingen in richtlijnen over antipsychotica bij dementie

NHG-Standaard *Dementie* (2014)
Eerste keus risperidon, tweede keus haloperidol, beide middelen niet toepassen bij ziekte van Parkinson.

Multidisciplinaire richtlijn *Diagnostiek en behandeling van dementie* (2014)
Bij psychose en dementie: risperidon, bij agressie bij dementie: haloperidol. Bij een psychose of agressie bij dementie met Lewy bodies of bij de ziekte van Parkinson: rivastigmine of clozapine. Quetiapine is niet effectief bij psychose of agressie bij dementie.

Vanwege de kleine patiëntaantallen per huisarts is onderzoek naar variatie tussen voorschrijvers niet goed mogelijk.

Wel kan gekeken worden naar regionale verschillen. Het aandeel patiënten dat start met antipsychotica na het gebruik van een middel bij dementie varieert van 10 tot 31 procent. Hierbij is geen onderscheid gemaakt tussen voorschriften van huisartsen of van andere voorschrijvers. In de regio's Den Haag, Appingedam, Emmen en Almere ligt het percentage gebruikers van antipsychotica het laagst, in Goes, Sneek en Roden het hoogst. Wanneer alleen de voorschriften van de huisarts worden meegenomen varieert het percentage gebruikers van middelen bij dementie dat start met een antipsychoticum tussen 14 en 27 procent.

Ook zijn er duidelijke verschillen in de keuze voor een bepaald middel tussen regio's, zoals te zien is in Tabel 5.1. Hierin zijn de vijf meest voorgeschreven antipsychotica bij dementie opgenomen. Haloperidol is het meest voorgeschreven antipsychoticum bij dementie, namelijk bij 41 procent van de nieuwe gebruikers. In Groningen schrijven artsen (alle typen samen) aan 11% van de nieuwe gebruikers haloperidol voor, in Zevenaar aan 68%. Maat voor de spreiding is het verschil tussen de hoogst en laagst scorende regio.

Tabel 5.1. Eerst voorgeschreven antipsychoticum volgend op een middel bij dementie: regionale verschillen, gesplitst naar eerste voorschrijver, periode 2014 - 2015

Middel	Huisartsen		Alle voorschrijvers	
	Landelijk gemiddelde	Spreiding*	Landelijk gemiddelde	Spreiding*
Risperidon	16%	0 - 43%	19%	0 - 40%
Haloperidol	45%	11 - 68%	41%	8 - 76%
Clozapine	13%	1 - 59%	15%	0 - 58%
Pipamperon	10%	0 - 26%	8%	0 - 33%
Quetiapine	11%	1 - 32%	13%	0 - 26%
Overige middelen	5%	0 - 15%	4%	0 - 20%

*Weergegeven zijn de laagste en hoogste percentages in postcodegebieden per middel

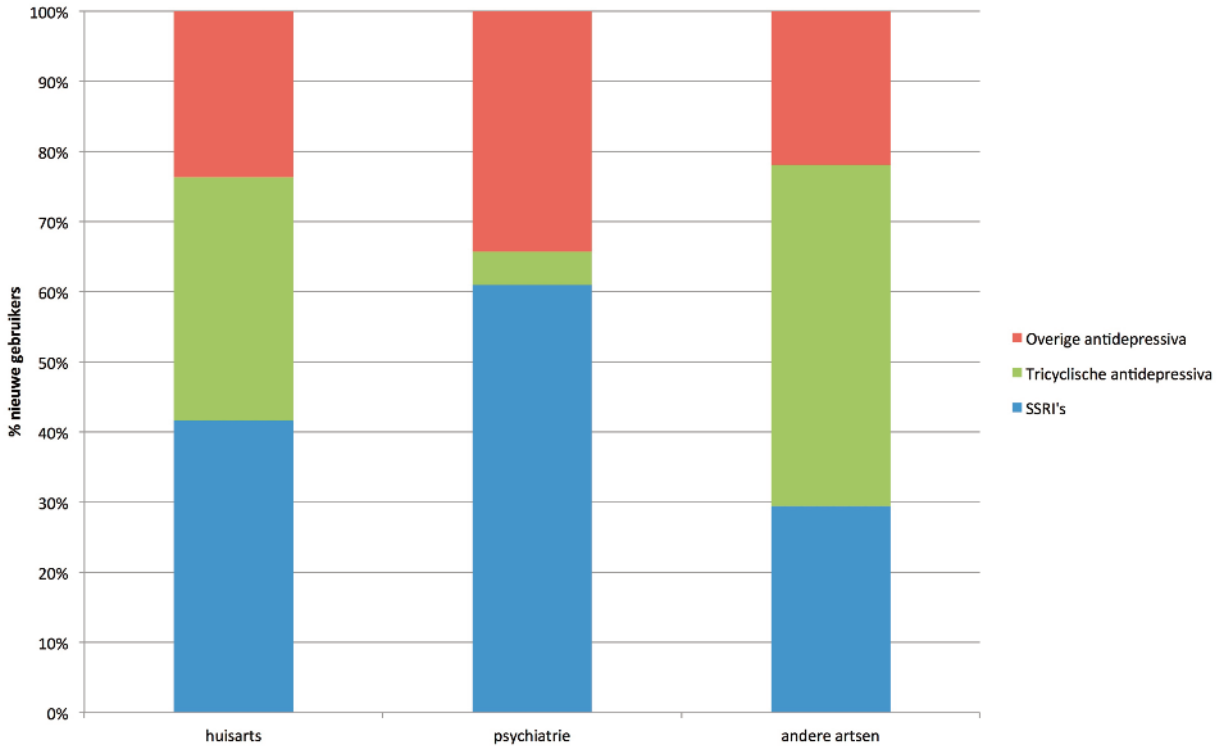
Antidepressiva

In Nederland gebruiken in 2015 ruim 1.000.000 mensen antidepressiva[7]. In 2015 zijn er 254.202 nieuwe gebruikers van antidepressiva. In Figuur 5.2 zijn de verschillende groepen antidepressiva weergegeven, die door de verschillende typen voorschrijvers zijn gestart. De voorschrijvers zijn onderverdeeld in huisartsen, psychiaters en overige voorschrijvers. Dit zijn andere medisch specialisten, zoals anesthesiologen en neurologen. Ook is een deel van de voorschriften niet toe te wijzen aan een bepaald specialisme.

93.355 Mensen starten met tricyclische antidepressiva. Deze middelen worden niet alleen voor psychische klachten gebruikt, maar ook voor neuropathische pijn en voor bedplassen bij kinderen. Op basis van ons onderzoek kunnen we niet zeggen welk deel van de tricyclische antidepressiva voor welke indicatie zijn voorgeschreven. Psychiaters schrijven op het eerste recept aan 5 procent van de nieuwe gebruikers een tricyclisch antidepressivum voor, bij neurologen (niet apart weergegeven in figuur) ligt dit percentage op 91 procent. Bij huisartsen is dit 35 procent.

[7] Bron: GIP-databank.

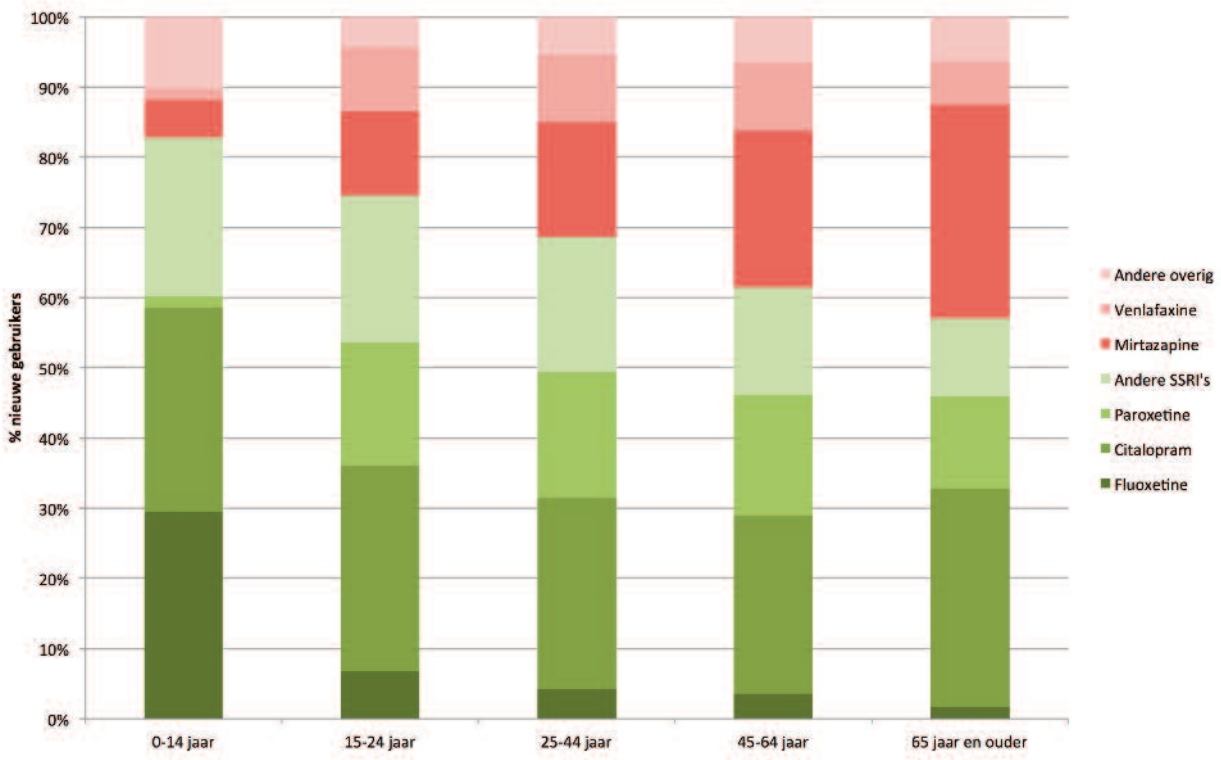
Figuur 5.2. Eerst voorgeschreven geneesmiddelgroep bij nieuwe gebruikers van antidepressiva, in 2015, naar type voorschrijver



Huisartsen zijn bij tweederde van de patiënten de eerste voorschrijver van het antidepressivum. Gemiddeld start een huisarts bij 20 patiënten in 2015 een antidepressivum, de spreiding voor het aantal starters is 3 tot 41 patiënten. Dit is inclusief de tricyclische antidepressiva. Zonder deze geneesmiddelgroep start een huisarts in 2015 gemiddeld 14 keer een antidepressivum, met een spreiding van 2 tot 27 patiënten. Vergelijking met eerdere jaren is niet mogelijk. In het vervolg van dit hoofdstuk laten we de tricyclische antidepressiva buiten beschouwing, vanwege de onzekerheid in welke mate deze middelen voor psychische aandoeningen worden voorgeschreven.

Tussen leeftijdsgroepen bestaan verschillen in de keuze van antidepressiva. Huisartsen schrijven bij ouderen (65 jaar en ouder) minder vaak voorkeurs-middelen (generieke SSRI's) voor dan bij volwassenen tussen 25 en 64 jaar. Vooral het aandeel mirtazapine is hoger bij ouderen. Mogelijk hangt dit samen met off-label-gebruik als slaapmiddel. Gebruik van mirtazapine als slaapmiddel is niet in lijn met aanbevelingen uit richtlijnen. Ook geven de NHG-Standaarden geen verschillende voorkeursmiddelen aan voor verschillende leeftijdscategorieën. In Figuur 5.3 is het voorschrijven van de diverse typen antidepressiva bij de verschillende leeftijdsklassen weergegeven.

Figuur 5.3. Eerste door de huisarts voorgeschreven geneesmiddel bij nieuwe gebruikers van antidepressiva, in 2015
Gebruikers van tricyclische antidepressiva blijven buiten beschouwing



Indicatoren over het gebruik van antidepressiva

In de indicatorenset van de MVH zijn drie indicatoren opgenomen over nieuwe gebruikers van antidepressiva. Nieuwe gebruikers zijn gedefinieerd als mensen die minimaal een jaar lang geen enkel antidepressivum hebben gebruikt en dan starten met een antidepressivum. Bij de indicatoren zijn antidepressiva die vaak voor andere indicaties gebruikt worden uitgesloten. Dat betreft de tricyclische antidepressiva (vanwege gebruik voor andere, niet psychische aandoeningen) en duloxetine (vanwege gebruik bij neuropathische pijn).

Tabel 5.2 toont indicatorscores voor deze drie indicatoren. Gemiddeld schrijven huisartsen aan 63 procent van de nieuwe gebruikers van antidepressiva een generiek SSRI (voorkeursmiddel) voor, weergegeven als het landelijk gemiddelde. Bij de helft van de huisartsen ligt de score onder 65 procent (mediaan). De meeste huisartsen schrijven dus vaker dan gemiddeld een voorkeursmiddel voor. 10 Procent van de huisartsen kiest bij minder dan 31 procent van de nieuwe gebruikers voor een voorkeursmiddel, terwijl 10 procent van de huisartsen dit doet bij meer dan 90 procent van de antibioticumvoorschriften (spreiding, bepaald aan de hand van 10e en 90e percentiel).

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 hoger is dan het landelijk gemiddelde, scoort meer dan de helft van de huisartsen boven het landelijk gemiddelde. Wanneer de mediaan duidelijk hoger is dan het gemiddelde, betekent dit dat er aanzienlijke verbetering van het voorschrijven bij een beperkte groep huisartsen te behalen is.

Tabel 5.2. Landelijke indicatorscores op het gebied van antidepressiva in 2015

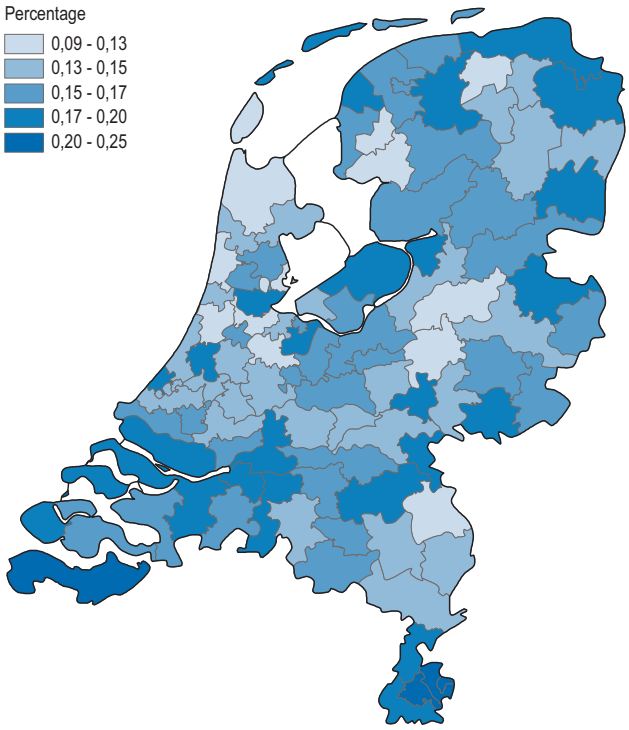
Indicator*	Gemiddelde	Mediaan	Spreiding**	Verandering t.o.v. 2014
Volume nieuwe gebruikers antidepressiva	0,2%	0,2%	0,0 - 0,3%	0,0%
Voorkeursmiddelen antidepressiva - nieuwe gebruikers	63%	65%	31 - 90%	+2,7%
Therapietrouw antidepressiva - nieuwe gebruikers	73%	74%	53 - 91%	+0,4%

** De definities van de indicatoren treft u aan in hoofdstuk 10
** Afstand tussen scores 10e en 90e percentiel van huisartsen

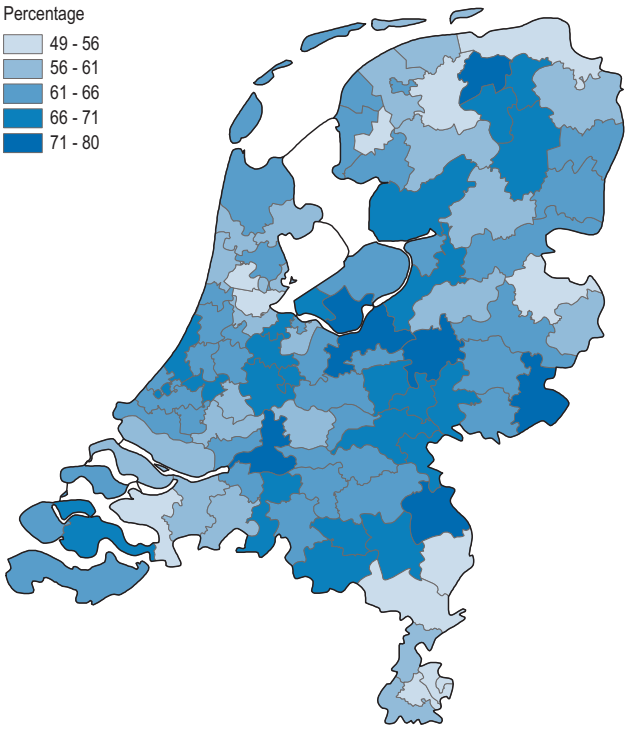
Tussen huisartsen bestaan dus aanzienlijke verschillen in voorschrijfvolume en keuze bij nieuwe gebruikers. Ook zijn er grote verschillen in het aantal nieuwe gebruikers dat minimaal drie recepten ophaalt na het starten van de behandeling (therapietrouw). Dit is van belang omdat het effect van antidepressiva pas na vier tot zes weken merkbaar wordt en geadviseerd om bij depressie het antidepressivum minimaal een half jaar te gebruiken.

Ook tussen postcodegebieden bestaan flinke verschillen. In Figuur 5.4 t/m Figuur 5.6 zijn deze inzichtelijk gemaakt. Het aantal nieuwe gebruikers van antidepressiva is het grootst in Zeeland, Zuid-Limburg en Groningen. Deze regio's telden ook in 2014 de meeste nieuwe gebruikers.

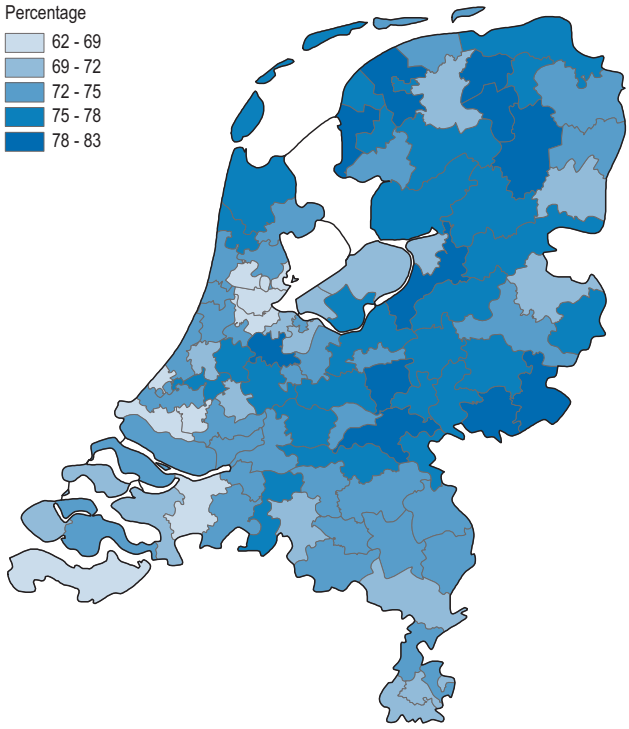
Figuur 5.4. Indicatorscore Volume nieuwe gebruikers antidepressiva 2015



Figuur 5.5. Indicatorscore Voorkeursmiddelen antidepressiva - nieuwe gebruikers 2015



Figuur 5.6. Indicatorscore Therapietrouw antidepressiva - nieuwe gebruikers 2015



Antidepressiva bij jongeren

In 2016 is er veel media-aandacht voor het gebruik van antidepressiva bij jongeren. Artsen zouden zich niet aan de eigen richtlijnen houden, antidepressiva zouden niet goed werken bij jongeren en veel bijwerkingen kennen.

In 2015 starten 4.123 jongeren onder de 18 jaar en 16.476 jongvolwassenen (18 tot 25 jaar) met een antidepressivum. Nieuwe gebruikers van tricyclische antidepressiva zijn in deze getallen niet meegenomen. Bij de jongeren tot 18 jaar is de voorschrijver van het eerste voorschrift meestal een specialist (bij 56 procent van de patiënten), huisartsen zijn dat veel minder vaak (bij 28 procent van de patiënten). De andere voorschriften zijn uitgeschreven door overige artsen, die niet als medisch specialist of huisarts staan ingeschreven. Ook is in een aantal gevallen het type voorschrijver niet te herleiden, door gebruik van algemene declaratiecodes. Bij patiënten tussen de 18 en 25 jaar zijn huisartsen juist vaker de eerste voorschrijver, namelijk bij 55 procent van de patiënten. Bij patiënten ouder dan 25 jaar is de huisarts in 73 procent de initiator van de behandeling met antidepressiva.

Het meest gestarte middel bij jongeren tot 18 jaar is fluoxetine, namelijk bij 39 procent. Dit is het middel dat in de multidisciplinaire richtlijn *Depressie bij jeugdigen* (2009) wordt aanbevolen. De NHG-Standaard *Depressie* (2012) en *Angst* (2012) bevatten aanbevelingen voor de behandeling van patiënten vanaf 18 jaar en doen geen uitspraken over een voorkeursmiddel bij patiënten tot 18 jaar. Ook citalopram en sertraline worden - met name door huisartsen - relatief vaak gestart.

Jongvolwassenen (tussen 18 en 25 jaar) starten op voorschrift van de huisarts het vaakst met citalopram en paroxetine (respectievelijk 29 en 18 procent van de nieuwe gebruikers). Medisch specialisten kiezen bij deze leeftijdsgroep daarnaast relatief vaak voor escitalopram. Het aandeel van de SSRI's bij nieuwe gebruikers ligt bij huisartsen op 74% en bij medisch specialisten op 68%.

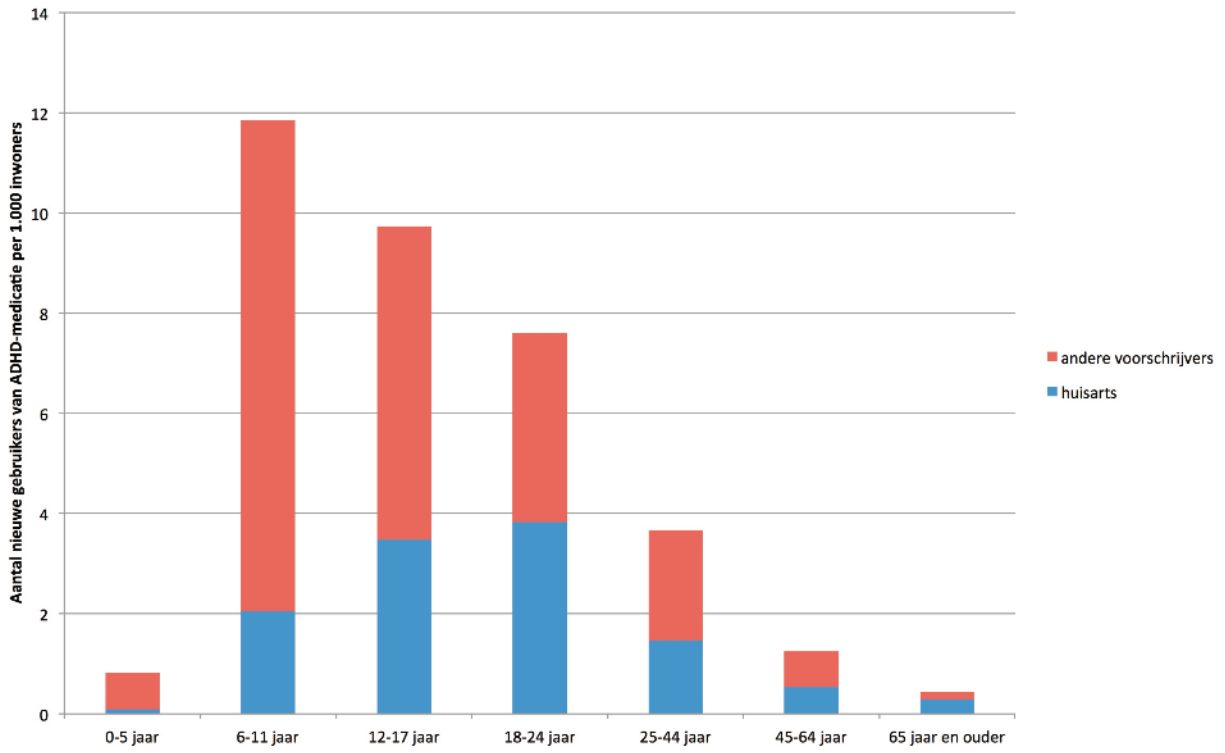
Kijkend naar regionale verschillen zien we dat in bepaalde postcodegebieden meer jongeren en jongvolwassenen starten met antidepressiva. Gemiddeld over heel Nederland starten in 2015 4,2 per 1000 patiënten tot 25 jaar met een antidepressivum. De helft van de behandelingen wordt door de huisarts gestart. Regio's met meer dan 6 nieuwe gebruikers van antidepressiva per 1000 inwoners (ongeacht de initiërend voorschrijver) tot 25 jaar zijn Kerkrade, Leeuwarden, Dokkum, Drachten en Groningen. Regio's waar huisartsen een relatief groot aandeel van de startrecepten voor antidepressiva bij jongeren voor hun rekening nemen zijn Tiel, Gorinchem, Zeeuws-Vlaanderen en Almelo. In deze laatstgenoemde regio's is het aantal nieuwe gebruikers van antidepressiva in totaal laag.

ADHD

In november 2014 is de NHG-Standaard *ADHD bij kinderen* verschenen. Dit is de eerste richtlijn voor de behandeling van ADHD specifiek bestemd voor de huisarts. In deze paragraaf onderzoeken we of het verschijnen van deze standaard effect heeft gehad op het voorschrijfgedrag van huisartsen.

Het aandeel nieuwe gebruikers van geneesmiddelen voor ADHD - ongeacht leeftijd - ligt in 2015 iets lager dan in 2014, namelijk 60.202 versus 61.984, op basis van de declaratiegegevens van Vektis. Huisartsen zijn in 2015 vaker de voorschrijver van het eerste voorschrift dan in 2014. In 2014 krijgt 34 procent van de nieuwe gebruikers hun eerste voorschrift van de huisarts, in 2015 is dat 36 procent. Het merendeel van de behandelingen met ADHD-middelen wordt nog steeds door andere voorschrijvers, zoals psychiaters en kinderartsen, gestart. In Figuur 5.7 is het aantal startende gebruikers per leeftijdscategorie te zien, verdeeld naar het type voorschrijver.

Figuur 5.7. Aantal nieuwe gebruikers van middelen voor ADHD per 1.000 inwoners, in 2015, naar type voorschrijver van het eerste recept



In 2015 zijn er meer huisartsen die minimaal een keer ADHD-medicatie starten dan in 2014 (6.370 versus 6.155). Het aantal nieuwe gebruikers per huisarts blijft echter laag, namelijk 3,4, met een spreiding van 1 tot 7. Het aandeel patiënten dat start met het voorkeursmiddel methylfenidaat zonder vertraagde afgifte loopt per huisarts uiteen van 33 tot 100 procent, met gemiddeld 72 procent in 2015. Dat is iets hoger dan in 2014, toen lag de score op 69 procent.

Tussen regio's bestaan aanzienlijke verschillen in het aantal kinderen en jongeren (tot 25 jaar) dat met middelen voor ADHD begint. Gemiddeld starten 7,8 per 1000 jongeren in 2015 met een geneesmiddel voor ADHD. Regio's met 10 of meer nieuwe gebruikers per 1000 jongeren zijn Leiden, Zeist, Amersfoort, 's-Hertogenbosch en Leeuwarden. Huisartsen spelen hierbij een bescheiden rol, gemiddeld nemen zij een derde van alle startrecepten voor kinderen en jongeren voor hun rekening. Regio's waar huisartsen een relatief groot aandeel hebben bij het starten van deze middelen zijn de regio 's-Hertogenbosch, Zaltbommel/Oss, Veghel, Nijmegen en Elst. In Noord-Holland en het noorden van Limburg nemen andere voorschrijvers juist het grootste deel van de startrecepten voor hun rekening.

Beschouwing

Op het terrein van het voorschrijven van psychofarmaca bestaan aanzienlijke verschillen in voorschrijfvolume en therapiekeuze. Middelen die in richtlijnen niet worden aanbevolen of zelfs afgeraden, worden toch vaak als eerste middel bij een nieuwe gebruiker ingezet. Voorbeelden zijn quetiapine en pipamperon als antipsychotica bij patiënten met dementie. Quetiapine is volgens de Multidisciplinaire richtlijn *Diagnostiek en behandeling van dementie* (2014) niet effectief voor psychose en agressie bij dementie, toch starten huisartsen het middel bij 11 procent van de patiënten met dementie, die een antipsychoticum krijgen.

Een ander voorbeeld zijn de antidepressiva mirtazapine en venlafaxine. Ruim 20 procent van de eerste recepten die de huisarts uitschrijft voor antidepressiva is voor mirtazapine en venlafaxine, waarvan de NHG-Standaarden aangeven dat het middelen zonder meerwaarde zijn. De conclusies uit eerdere publicaties dat richtlijnen bij het voorschrijven van antidepressiva aan jongeren niet worden opgevolgd, worden in deze rapportage bevestigd.

Bij antidepressiva, maar zeker ook bij ADHD spelen andere voorschrijvers dan de huisarts een belangrijke rol. Ook moet het starten van medicamenteuze behandeling worden afgezet tegen het gebruik van andere therapieën. Een meer integrale aanpak om de behandeling van depressie, ADHD en andere psychische aandoeningen, waarbij alle voorschrijvers van deze middelen worden betrokken, in kaart te brengen wordt daarom aanbevolen.

6. Kwaliteitsindicatoren

Belangrijkste bevindingen

- **Huisartsen scoren steeds beter op de meeste indicatoren. De regionale variatie laat zien dat er ruimte voor verbetering blijft bestaan.**
- **Steeds meer gebruikers van simvastatine doen dat in de aanbevolen dosering van 40 mg.**
- **Huisartsen leven de aanbevelingen uit de NHG-Standaard *Diabetes mellitus type 2* (2013) zeer goed na bij stap 1 (metformine) en 2 (sulfonylureumderivaten) van de behandeling, met gemiddelde scores van 94 en 95 procent.**
- **In Friesland en Zeeland gebruiken relatief weinig patiënten met hart- en vaatziekten of diabetes mellitus type 2 een statine.**

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 hoger is dan het landelijk gemiddelde, scoort meer dan de helft van de huisartsen boven het landelijk gemiddelde. Wanneer de mediaan duidelijk hoger is dan het gemiddelde, betekent dit dat er aanzienlijke verbetering van het voorschrijven te behalen is bij een beperkte groep huisartsen.

Binnen de indicatorenset van de MVH zijn drie typen indicatoren te onderscheiden. De indicatoren rond voorkeursmiddelen geven aan in hoeverre huisartsen aanbevelingen uit de NHG-Standaarden volgen bij het voorschrijven van geneesmiddelen binnen een therapeutische groep (zie hoofdstuk 7). Daarnaast zijn er volume-indicatoren, waarvan de resultaten zijn beschreven in hoofdstuk 3 en 5. In dit hoofdstuk gaan we in op de kwaliteitsindicatoren.

De indicatoren in dit hoofdstuk hebben onder andere betrekking op het voorschrijven van preventieve geneesmiddelen om gezondheidsschade in een later stadium te voorkomen. Het betreft de behandeling van chronische aandoeningen, zoals hart- en vaatziekten en diabetes mellitus type 2. Goed voorschrijven van preventieve geneesmiddelen levert op de langere termijn betere kwaliteit van leven en besparingen op, bijvoorbeeld door het voorkomen van hart- en vaatziekten.

De gemiddelde score op de indicator *Behandeling HVZ-patiënten met statines* is 73 procent. Dus 73 procent van gebruikers van nitraten en/of trombocytenaggregatieremmers[8] gebruikt een statine. De helft van de huisartsen scoort op deze indicator 73 procent (mediaan). 10 Procent van de huisartsen haalt een score boven de 80 procent en nog eens tien procent onder 65 procent (spreiding bepaald aan de hand van 10^{e} en 90^{e} percentiel). In Tabel 6.1 staan de scores voor alle kwaliteitsindicatoren.

Ten opzichte van 2014 zijn de verschillen in gemiddelde, mediaan en spreiding klein. De grootste stijging betreft het aantal gebruikers van simvastatine dat de aanbevolen dosering van 40 mg gebruikt. Het gemiddelde stijgt met 1,8 procentpunt. Met name de laag scorende huisartsen zijn hoger gaan scoren in 2015. De ondergrens van de spreiding stijgt met 2,3 procentpunt, de bovengrens met 1,3 procentpunt. Vooral huisartsen die in 2014 laag scoren op deze indicator zijn in 2015 meer conform de richtlijn gaan voorschrijven.

[8] Tussen 40 en 80 jaar.

Tabel 6.1. Landelijke scores op de kwaliteitsindicatoren in 2015

Indicator*	Gemiddelde	Mediaan	Spreiding**	Verandering gemiddelde score t.o.v. 2014
Behandeling diabetespatiënten met metformine - nieuwe gebruikers	94%	100%	81 - 100%	0,0%
Terughoudend voorschrijven nieuwe diabetesmiddelen - nieuwe gebruikers***	95%	100%	83 - 100%	+1,1%
Behandeling diabetespatiënten met statines - alle gebruikers	73%	74%	63 - 83%	+ 0,2%
Behandeling HVZ-patiënten met statines - alle gebruikers	73%	73%	65 - 80%	+ 0,8%
Dosering ator- en rosuvastatine - alle gebruikers	74%	75%	62 - 85%	+0,4%
Dosering simvastatine - alle gebruikers	63%	65%	45 - 80%	+1,8%
Voorkeursmiddel en -dosering statines - nieuwe gebruikers	57%	61%	25 - 83%	+0,4%
Behandeling astmapatiënten met ICS	78%	79%	67 - 89%	0,0%
Overgebruik van triptanen****	74%	74%	63 - 85%	-1,1%
Therapietrouw antidepressiva - nieuwe gebruikers	73%	74%	53 - 91%	+0,4%

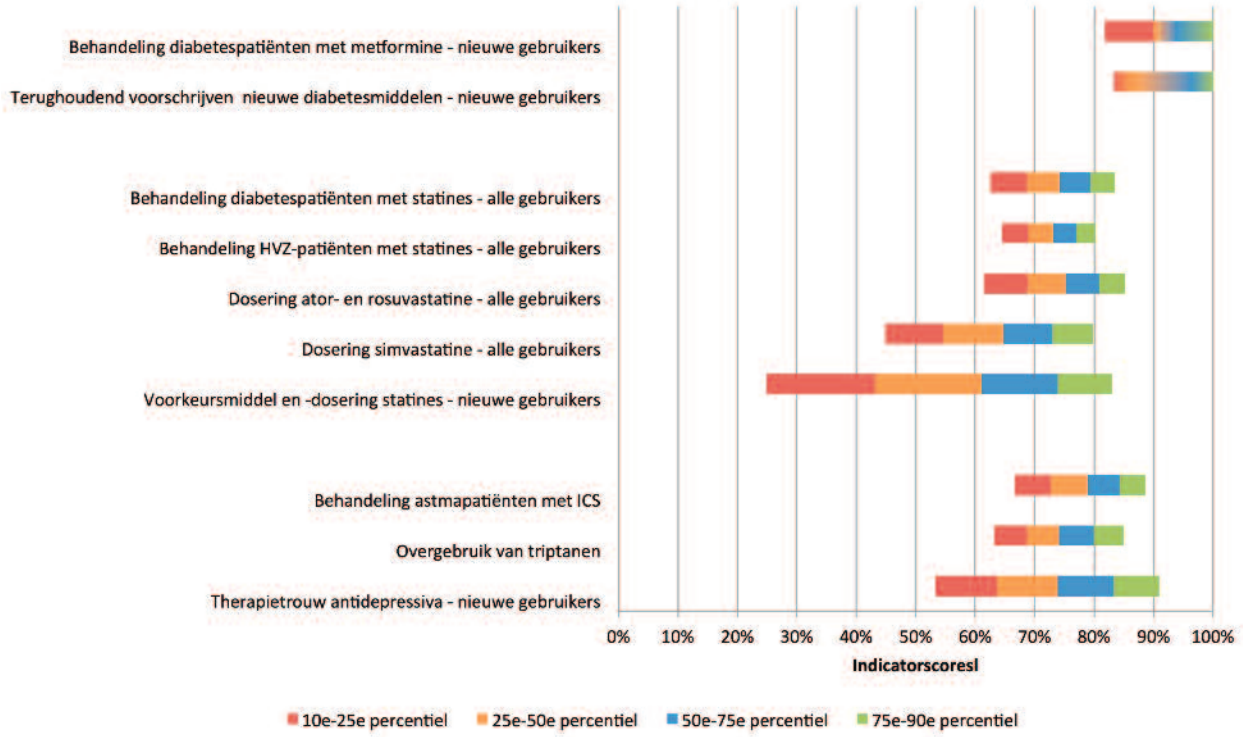
* De definities van de indicatoren treft u aan in hoofdstuk 10
** Afstand tussen scores 10e en 90e percentiel van huisartsen
*** Een hogere score geeft aan dat huisartsen minder vaak één van de nieuwere middelen voorschrijven, en vaker kiezen voor een sulfonylureumderivaat
**** De indicatorscore geeft het percentage triptaangebruikers dat NIET te veel triptanen gebruik, aan

Om de praktijkvariatie verder in kaart te brengen is in Figuur 6.1 naast het 10e en 90e percentiel, ook het 25e en 75e percentiel en de mediaan in kaart gebracht. Bij veel indicatoren scoort een minderheid van de huisartsen duidelijk lager dan een grote groep van redelijk tot goed scorende huisartsen. Het meest uitgesproken voorbeeld hiervan is de indicator *Voorkeursmiddelen en -dosering statines - nieuwe gebruikers*. De scores van de huisartsen zijn als volgt te verdelen:

- 10 procent van de huisartsen scoort lager dan 25 procent
- 15 procent van de huisartsen scoort tussen 25 procent en 43 procent (rode deel)
- 25 procent van de huisartsen scoort tussen 43 en 61 procent (oranje deel)
- 25 procent van de huisartsen scoort tussen 61 en 74 procent (blauwe deel)
- 15 procent van de huisartsen scoort tussen 74 procent en 83 procent (groene deel)
- 10 procent van de huisartsen scoort hoger dan 83 procent

Hoe langer de balk in de figuur, hoe groter de variatie in scores.

Figuur 6.1. Landelijke cijfers: spreiding bij indicatoren op het gebied van kwaliteit*



* De definities van de indicatoren treft u aan in hoofdstuk 10

Verlaging bloedglucose bij diabetes mellitus volgens de NHG-Standaard

Huisartsen volgen in het overgrote deel van de gevallen de NHG-Standaard *Diabetes mellitus type 2* (2013) bij het voorschrijven van bloedglucose-verlagende middelen. Vrijwel elke nieuwe behandeling van diabetes mellitus begint met metformine, de aanbevolen eerste stap uit de NHG-Standaard.

Als tweede stap - bij het intensiveren van de therapie na metformine - kiezen huisartsen in 95 procent van de gevallen voor de aanbevolen groep van sulfonylureumderivaten. De nieuwe - en duurdere - bloedglucoseverlagende middelen worden niet of pas in een later stadium van de behandeling door huisartsen voorgeschreven. In 2015 kiezen huisartsen minder vaak voor deze middelen dan in 2014, hetgeen zich vertaalt in een hogere score (+1 procent). Het terughoudend voorschrijven van de nieuwe bloedglucose-verlagende middelen leidt tot een aanzienlijke besparing op de geneesmiddelkosten[9].

Regionale verschillen

Tussen de diverse regio's bestaan soms aanzienlijke verschillen ten aanzien van de indicatorscores. Zo is de regionale score op de indicator *Terughoudend voorschrijven nieuwe diabetesmiddelen - nieuwe gebruikers* in de laagst scorende regio - Bergen op Zoom - 87 procent en in de hoogst scorende regio's - Wageningen en Sneek - 100 procent.

[9] Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik. Besparing 335 miljoen door terughoudend voorschrijven nieuwe diabetesmiddelen. www.medicijnbalans.nl augustus 2016.

Tabel 6.2. Regionale verschillen op de kwaliteitsindicatoren in 2015

Indicator*	Gemiddelde	Laagst scorende regio	Hoogst scorende regio	Verschil tussen hoogst en laagst scorende regio
Behandeling diabetespatiënten met metformine - nieuwe gebruikers	94%	89%	96%	8%
Terughoudend voorschrijven nieuwe diabetesmiddelen - nieuwe gebruikers**	95%	87%	100%	13%
Behandeling diabetespatiënten met statines - alle gebruikers	73%	61%	80%	19%
Behandeling HVZ-patiënten met statines - alle gebruikers	73%	61%	79%	18%
Dosering ator- en rosuvastatine - alle gebruikers	74%	61%	81%	20%
Dosering simvastatine - alle gebruikers	63%	38%	80%	42%
Voorkeursmiddel en -dosering statines - nieuwe gebruikers	57%	28%	72%	44%
Behandeling astmapatiënten met ICS	78%	69%	84%	15%
Overgebruik van triptanen***	74%	66%	82%	16%
Therapietrouw antidepressiva - nieuwe gebruikers	73%	62%	83%	21%

* De definities van de indicatoren treft u aan in hoofdstuk 10
** Een hogere score geeft aan dat huisartsen minder vaak één van de nieuwere middelen voorschrijven, en vaker kiezen voor een sulfonylureumderivaat
*** De indicatorscore geeft het percentage triptaangebruikers dat NIET te veel triptanen gebruikt, aan

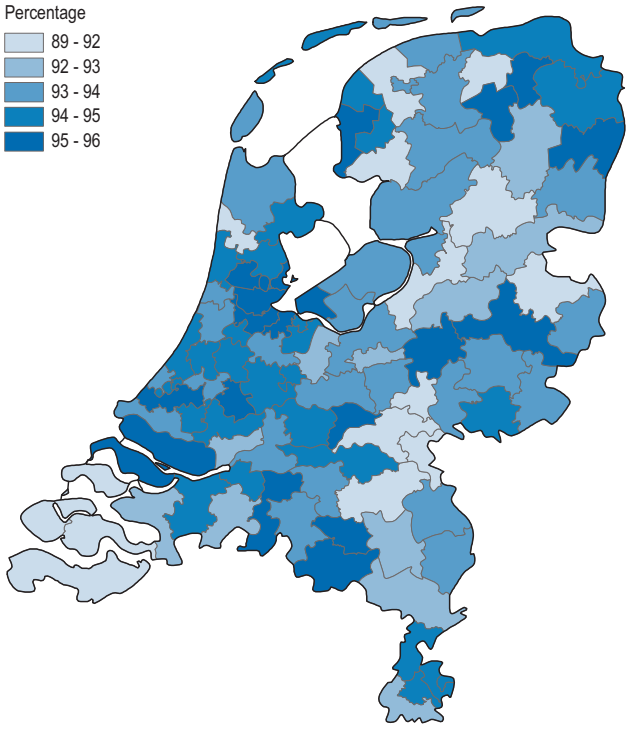
Figuur 6.2 t/m Figuur 6.11 laten zien in welke postcodegebieden huisartsen hoog of juist minder hoog scoren op deze indicatoren.

Patiënten met diabetes mellitus komen vaak in aanmerking voor behandeling met cholesterolverlagende middelen. Deze patiënten lopen een aanzienlijk risico op het krijgen van een hartinfarct of beroerte. Statines verlagen dit risico[10]. De NHG-Standaard *Cardiovasculair risicomanagement* (2012) adviseert patiënten met een 10-jaarsrisico van 20 procent of meer op ziekte of sterfte door hart- en vaatziekten te behandelen met cholesterolverlagende middelen tot de streefwaarde van 2,5 mmol/l. Mannen tussen de 50 en 79 jaar en vrouwen tussen 55 en 79 jaar met diabetes mellitus hebben vrijwel allemaal een 10-jaarsrisico dat 20 procent of meer bedraagt. De indicator laat zien dat niet alle patiënten in deze leeftijdscategorie daadwerkelijk een cholesterolverlager gebruikt. InEen beschrijft in haar jaarlijkse *Transparante ketenzorg rapportage* dat gemiddeld 61,3 procent van de patiënten met diabetes mellitus, die onder behandeling staan van de huisarts, de streefwaarde voor het LDL-cholesterol bereikt, met of zonder cholesterolverlagende geneesmiddelen. De scores van de deelnemende zorggroepen loopt uiteen van 38 tot 77 procent.

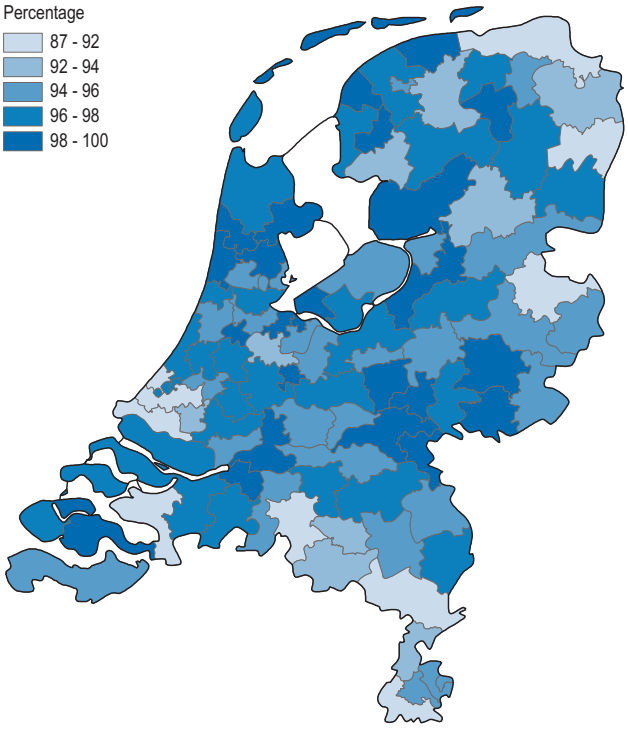
In Friesland en Zeeland gebruiken relatief weinig patiënten met hart- en vaatziekten of diabetes mellitus type 2 een statine. In deze regio's schrijven huisartsen ook vaker lage doseringen van statines voor. Zo gebruikt minder dan de helft van de simvastatinegebruikers in Zeeland en Friesland de aanbevolen dosering uit de NHG-Standaard *Cardiovasculair risicomanagement* (2012). Het is zeer de vraag of met deze lage dosering de streefwaardes en optimale bescherming tegen hart- en vaatziekten worden gehaald.

[10] NHG-Standaard *Cardiovasculair risicomanagement* (2012).

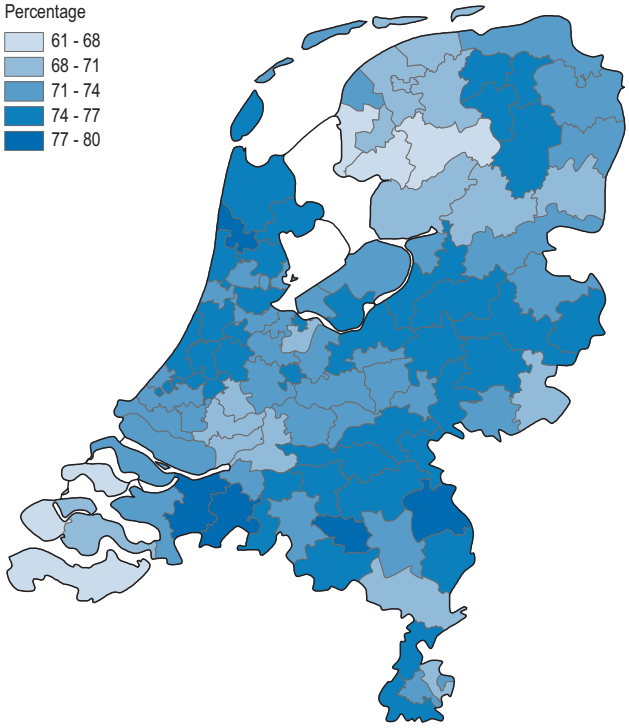
Figuur 6.2. Indicatorscore Behandeling diabetespatiënten met metformine - nieuwe gebruikers 2015



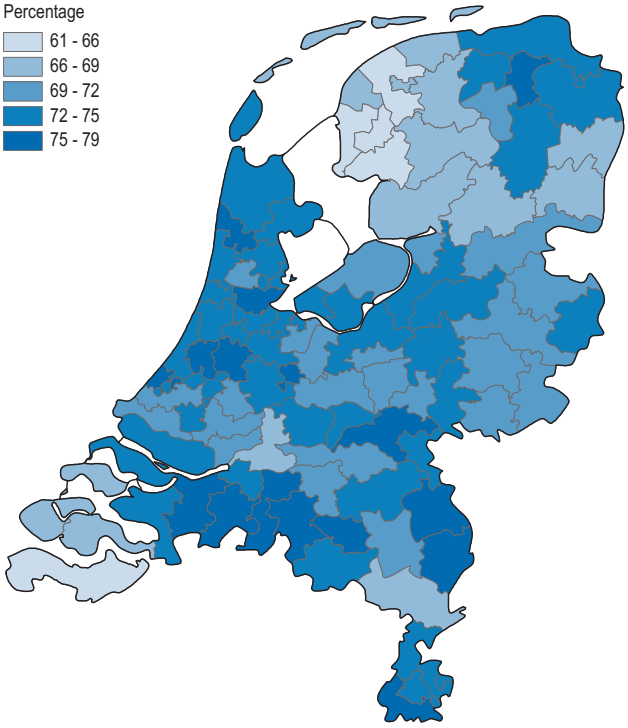
Figuur 6.3. Indicatorscore Terughoudend voorschrijven nieuwe diabetesmiddelen - nieuwe gebruikers 2015



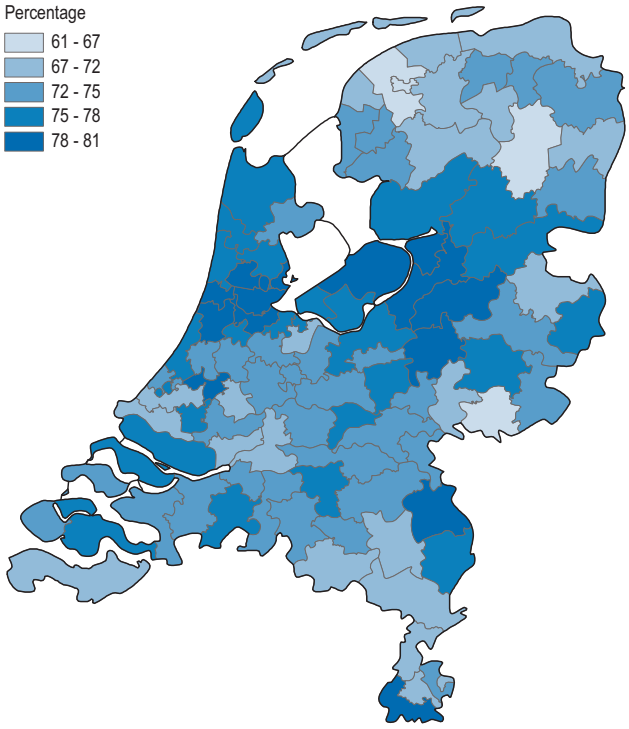
Figuur 6.4. Indicatorscore Behandeling diabetespatiënten met statines - alle gebruikers 2015



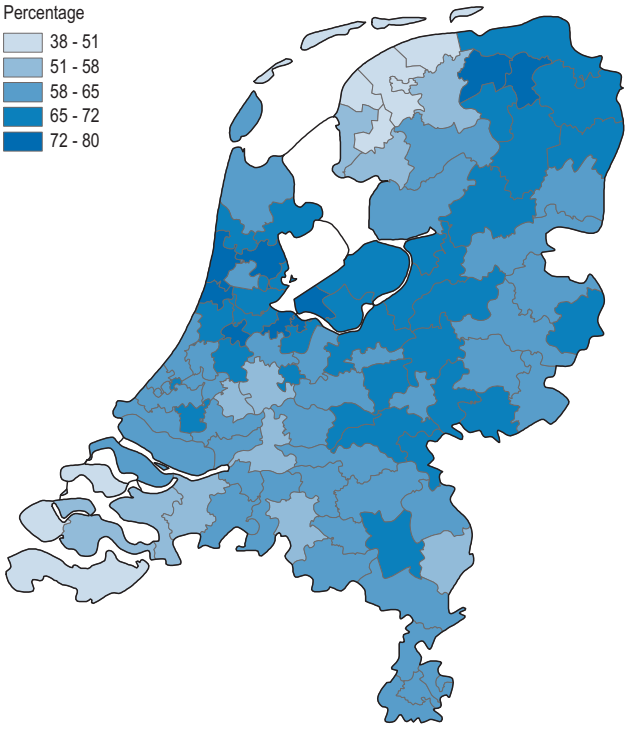
Figuur 6.5. Indicatorscore Behandeling HVZ-patiënten met statines - alle gebruikers 2015



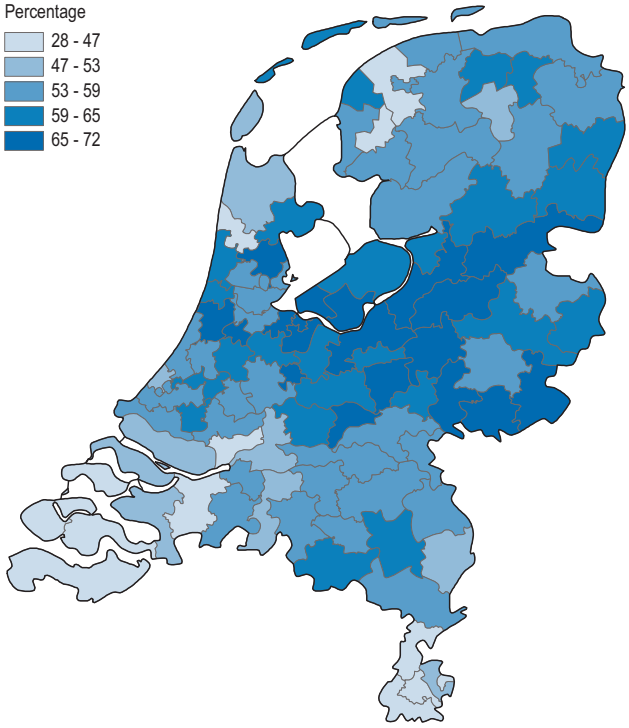
Figuur 6.6. Indicatorscore Dosering ator- en rosuvastatine - alle gebruikers 2015



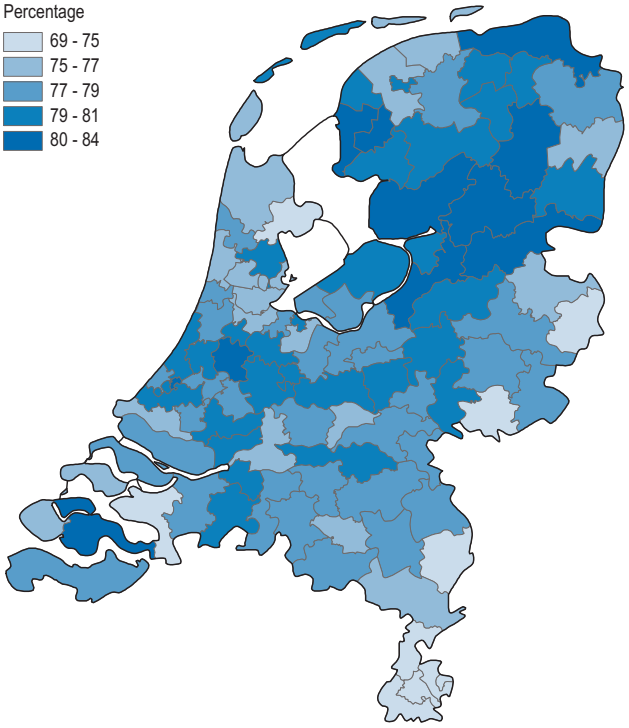
Figuur 6.7. Indicatorscore Dosering simvastatine - alle gebruikers 2015



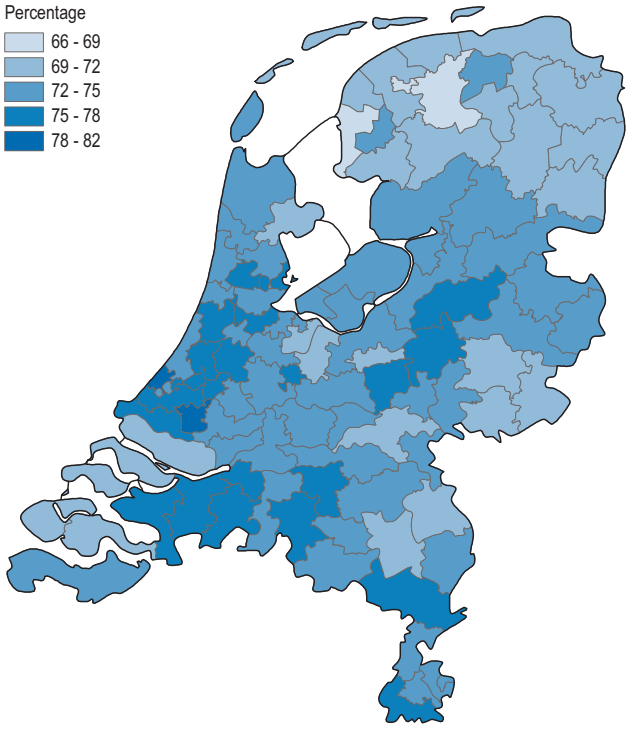
Figuur 6.8. Indicatorscore Voorkeursmiddel en -dosering statines - nieuwe gebruikers 2015



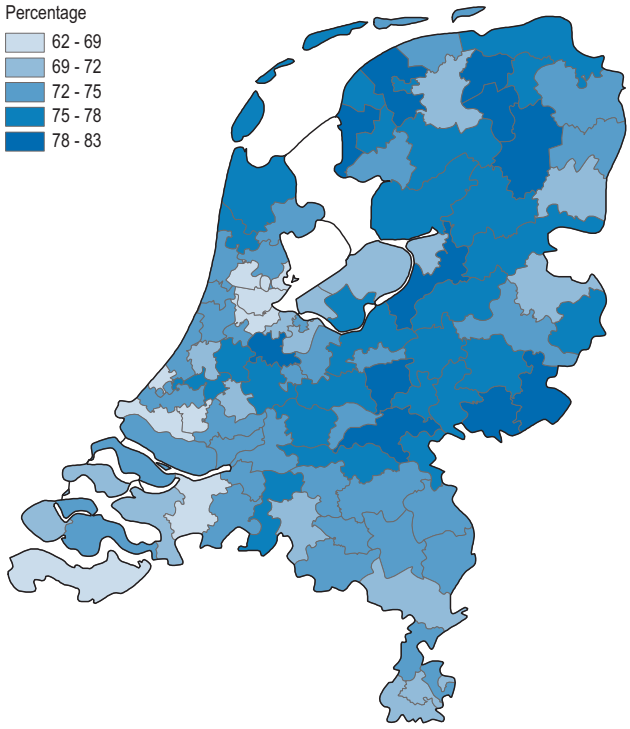
Figuur 6.9. Indicatorscore Behandeling astmapatiënten met ICS 2015



Figuur 6.10. Indicatorscore Overgebruik van triptanen 2015



Figuur 6.11. Indicatorscore Therapietrouw antidepressiva - nieuwe gebruikers 2015



Beschouwing

De scores op veel kwaliteitsindicatoren hebben zich gestabiliseerd, zo zagen we vorig jaar in het MVH-rapport. Deze lijn zet zich ook in 2015 voort. Gezien de variatie tussen regio's lijken de nu behaalde scores niet het maximaal haalbare en kunnen gerichte, regionale interventies het voorschrijven volgens de richtlijnen verder verbeteren. In hoofdstuk 2 gaan we in op factoren die het voorschrijfgedrag beïnvloeden en mogelijke interventies om voorschrijfgedrag te verbeteren.

7. Doelmatig voorschrijven

Belangrijkste bevindingen

- **Huisartsen scoren in 2015 hoger op veel MVH-indicatoren dan in 2014, maar vooral bij groepen waarin patentverloop bestaat.**
- **Op de generieke indicatoren opgesteld door Vektis en ZN zijn de scores in 2015 iets lager dan in 2014.**
- **De regionale verschillen blijven aanzienlijk.**
- **In Limburg wijken huisartsen het vaakst af van de aanbevelingen uit de NHG-Standaarden, voor zover gemeten met indicatoren.**

Geneesmiddelen binnen therapeutische groepen met vergelijkbare effectiviteit en veiligheid hebben soms sterk uiteenlopende kosten per dag per patiënt. Geneesmiddelen waarvan het patent nog niet verlopen is - de specialités - zijn vaak aanzienlijk duurder dan de middelen die als generiek beschikbaar zijn. Ook binnen de generieke geneesmiddelen kunnen er grote prijs-verschillen voorkomen tussen geneesmiddelen.

In de indicatorenset zijn negen indicatoren opgenomen die de mate weergeven waarin huisartsen de aanbevelingen uit de NHG-Standaarden volgen bij het voorschrijven van geneesmiddelen (zie tabel 7.1). Bij het bepalen van voorkeursmiddelen volgen de indicatoren de keuzes in de NHG-Standaarden. De NHG-Standaarden wijzen voorkeursmiddelen aan op basis van effectiviteit en veiligheid. Bij gelijke effectiviteit en veiligheid gaat de voorkeur uit naar de goedkoopste, meestal generieke middelen.

Alle in de indicatoren opgenomen voorkeursmiddelen zijn als generiek middel beschikbaar. Niet alle generieke middelen zijn echter een voorkeursmiddel. Zo worden bepaalde antidepressiva, zoals venlafaxine en mirtazapine niet geadviseerd als eerste keus bij de behandeling van depressie en angst. Deze middelen zijn wel als generiek middel verkrijgbaar, maar er is geen therapeutische meerwaarde aangetoond. Wanneer de NHG-Standaarden geen voorkeur uitspreken, vallen alle middelen met generiek inkoopkanaal onder de voorkeursmiddelen.

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 hoger is dan het landelijk gemiddelde, scoort meer dan de helft van de huisartsen boven het landelijk gemiddelde. Wanneer de mediaan duidelijk hoger is dan het gemiddelde, betekent dit dat er aanzienlijke verbetering van het voorschrijven bij een beperkte groep huisartsen te behalen is.

De gemiddelde score op de indicator *Voorkeursmiddelen protonpomp-remmers - alle gebruikers* is 85 procent. Dus 85 procent van alle gebruikers van protonpompremmers gebruikt een van de voorkeursmiddelen omeprazol of pantoprazol met generiek inkoopkanaal. De helft van de huisartsen scoort op deze indicator boven 87 procent (mediaan). De meeste huisartsen scoren dus boven het landelijk gemiddelde. 10 Procent van de huisartsen haalt een score boven de 93 procent en nog eens tien procent onder 76 procent (spreiding bepaald aan de hand van 10^{e} en 90^{e} percentiel). In Tabel 7.1 staan de scores voor alle voorkeursmiddelenindicatoren.

Tabel 7.1. Landelijke scores op de voorkeursmiddelenindicatoren in 2015

Indicator*	Gemiddelde	Mediaan	Spreiding**	Verandering t.o.v. 2014
Voorkeursmiddelen antidepressiva - nieuwe gebruikers	63%	65%	31 - 90%	+ 2,7%
Voorkeursmiddelen bisfosfonaten - nieuwe gebruikers	73%	80%	25 - 100%	+ 0,4%
Voorkeursmiddelen cholesterolverlagers - nieuwe gebruikers	77%	80%	60 - 92%	- 1,3%
Voorkeursmiddelen NSAID's - nieuwe gebruikers	90%	94%	77 - 99%	+ 1,9%
Voorkeursmiddelen RAS-remmers - nieuwe gebruikers	74%	82%	35 - 97%	+ 0,6%
Voorkeursmiddelen triptanen - nieuwe gebruikers	79%	81%	58 - 100%	+ 2,1%
Voorkeursmiddelen AT_2-antagonisten - alle gebruikers	90%	92%	82 - 97%	+ 3,0%
Voorkeursmiddelen cholesterolverlagers - alle gebruikers	75%	76%	66 - 83%	+0,5%
Voorkeursmiddelen protonpompremmers - alle gebruikers	85%	87%	76 - 93%	+ 1,3%

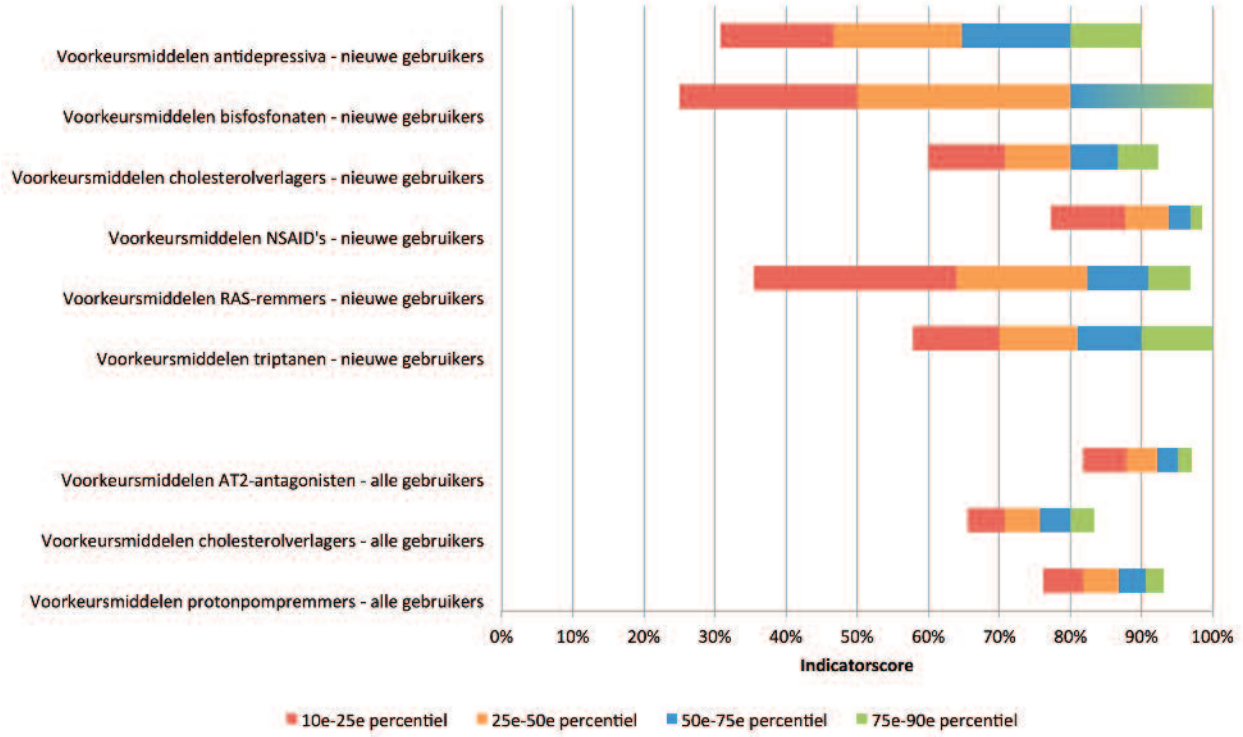
* * De definities van de indicatoren treft u aan in hoofdstuk 10
** Afstand tussen scores 10e en 90e percentiel van huisartsen

Om de praktijkvariatie verder in kaart te brengen is in Figuur 7.1 naast het 10e en 90e percentiel, ook het 25e en 75e percentiel en de mediaan in kaart gebracht. Bij veel indicatoren scoort een minderheid van de huisartsen duidelijk lager dan een grote groep van redelijk tot goed scorende huisartsen. Bijvoorbeeld bij de indicator *Voorkeursmiddelen NSAID's - nieuwe gebruikers*. De scores van de huisartsen zijn als volgt te verdelen:

- 10 procent van de huisartsen scoort lager dan 77 procent
- 15 procent van de huisartsen scoort tussen 77 procent en 88 procent (rode deel)
- 25 procent van de huisartsen scoort tussen 88 en 94 procent (oranje deel)
- 25 procent van de huisartsen scoort tussen 94 en 97 procent (blauwe deel)
- 15 procent van de huisartsen scoort tussen 97 procent en 99 procent (groene deel)
- 10 procent van de huisartsen scoort hoger dan 99 procent

Hoe langer de balk in de figuur, hoe groter de variatie in scores.

Figuur 7.1. Landelijke cijfers 2015: spreiding bij indicatoren over voorkeursmiddelen*



* De definities van de indicatoren treft u aan in hoofdstuk 10

Schatting van de besparing door meer doelmatig voorschrijven protonpompremmers.
De gemiddelde prijs van de voorkeursmiddelen omeprazol en pantoprazol ligt op 17 euro per gebruiker per jaar, voor de niet-voorkeursmiddelen op 42 euro per jaar. Zo'n 1,4 miljoen patiënten gebruiken protonpompremmers op voorschrift van de huisarts. De stijging op de indicatorscore van 1,3 procent leidt ruwweg tot een besparing van 400.000 euro per jaar.

Schatting op basis van geneesmiddelprijzen september 2016

Patentverloop draagt bij aan hogere scores

Bij de angiotensine-2-antagonisten (AT_2-antagonisten worden bij (preventie van) hart- en vaatziekten gebruikt), triptanen (middelen bij migraine) en antidepressiva schreven huisartsen bij nieuwe gebruikers in 2015 vaker een generiek middel voor dan in 2014. De scores op deze indicatoren zijn met twee tot drie procent gestegen. Dit komt waarschijnlijk niet door een gewijzigd voorschrijfbeleid, maar door patentverloop. In elk van de genoemde groepen is in de loop van 2014 of 2015 het patent op één of meer middelen verlopen. In 2015 zijn meer middelen als generiek middel beschikbaar en valt de score dus hoger uit. De middelen waar het om gaat zijn telmisartan, telmisartan met hydrochloorthiazide, almotriptan en escitalopram. De verhoudingen tussen het aantal gebruikers van de diverse werkzame stoffen is niet veranderd tussen 2014 en 2015 (bron: GIP-databank). Daarom is een hogere score als gevolg van veranderd voorschrijfgedrag niet waarschijnlijk.

Binnen de generiek beschikbare middelen bestaan soms grote prijsverschillen. Bij de protonpompremmers zijn esomeprazol, lansoprazol en rabeprazol in generieke versie twee- tot driemaal zo duur als de voorkeursmiddelen omeprazol en pantoprazol. De stijging van de score op *Voorkeursmiddelen protonpompremmers bij alle gebruikers* leidt dan ook - mede vanwege het groot aantal gebruikers - tot een aanzienlijke kostenbesparing.

Generieke indicatoren

Naast de hiervoor behandelde indicatoren, die betrekking hebben op geneesmiddelgroepen, zijn sinds 2014 nog vier indicatoren op het gebied van doelmatigheid beschikbaar. Deze indicatoren kijken - in tegenstelling tot de andere indicatoren uit de Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen - niet naar een bepaalde groep van geneesmiddelen. Binnen elke farmacotherapeutische groep die een of meer generieke middelen bevat, tellen de generiek afgeleverde producten positief mee voor de score op deze indicatoren. Het voorschrijven van een specialité uit een cluster met generieke middelen met vergelijkbare werking verlaagt de score van de huisarts. De vier generieke indicatoren kijken dus zowel naar generieke als naar farmacotherapeutische substitutie.

De indicatoren beschrijven in hoeverre de huisarts kiest voor een middel waarbij generieke of farmacotherapeutische substitutie mogelijk is en in welke mate de apotheker deze substitutie heeft uitgevoerd. Hierbij wordt gekeken naar de voorschriften bij een eerste uitgifte en bij een vervolguitgifte (herhaalrecepten). Daarnaast beschrijven twee indicatoren het totale voorschrijfgedrag van de huisarts. De ene op basis van het aantal voorschriften van de huisartsen, de andere op basis van de totale hoeveelheid verstrekte DDD's (defined daily doses, een maat voor het aantal standaard-dagdoseringen).

Van alle voorschriften van huisartsen die meewegen in de generieke indicatoren is 84 procent voor generiek geneesmiddel (landelijk gemiddelde). Bij de helft van de huisartsen ligt de score op de indicator *Doelmatig voorschrijven - totaal voorschriften* onder 84 procent (mediaan). Bij 10 procent van de huisartsen ligt de score boven 87 procent, terwijl de score bij 10 procent van de huisartsen onder 80 procent ligt (spreiding, bepaald aan de hand van 10^{e} en 90^{e} percentiel). Tabel 7.2 geeft de sores voor deze en de andere generieke indicatoren.

Ook bij deze indicatoren geldt dat het verloop van patenten in de loop van 2014 of 2015 de stijging van de score ten opzichte van 2014 beïnvloedt.

Tabel 7.2. Landelijke scores op de generieke indicatoren in 2015

Indicator*	Gemiddelde	Mediaan	Spreiding	Verandering gemiddelde t.o.v. 2014
Doelmatig voorschrijven - totaal voorschriften	84%	84%	80 - 87%	-0,1%
Doelmatig voorschrijven - totaal DDD (Defined Daily Dose)	81%	81%	77 - 85%	0,1%
Doelmatig voorschrijven - nieuwe geneesmiddelen	78%	78%	74 - 82%	0,7%
Doelmatig voorschrijven - herhaalreceptuur	84%	84%	81 - 87%	-0,1%

* De definities van de indicatoren treft u aan in hoofdstuk 10
**Afstand tussen scores 10e en 90e percentiel van huisartsen

Regionale verschillen

Tussen de diverse regio's bestaan aanzienlijke verschillen ten aanzien van de indicatorscores. Zo is de regionale score op de indicator *Voorkeursmiddelen cholesterolverlagers - nieuwe gebruikers* in de laagst scorende regio - Alkmaar - 58 procent en in de hoogst scorende regio - Leerdam - 85 procent. In Leerdam beginnen dus veel meer nieuwe gebruikers met het voorkeursmiddel simvastatine in plaats van een ander cholesterolverlagend middel. Het grootste verschil tussen regio's treedt op bij de indicator *Voorkeursmiddelen bisfosfonaten - nieuwe gebruikers*. De score loopt uiteen van 45 procent in Oosterhout tot 96 procent in Sneek. In Tabel 7.3 en Tabel 7.4 is te zien hoe groot de verschillen tussen de diverse regio's zijn op deze en andere voorkeursmiddelenindicatoren en op de generieke indicatoren.

Tabel 7.3. Regionale scores voorkeursmiddelenindicatoren en de generieke indicatoren in 2015

Indicator*	Gemiddelde	Laagst scorende regio	Hoogst scorende regio	Verschil hoogst en laagst scorende regio
Voorkeursmiddelen antidepressiva - nieuwe gebruikers	63%	49%	82%	33%
Voorkeursmiddelen bisfosfonaten - nieuwe gebruikers	73%	45%	96%	50%
Voorkeursmiddelen cholesterolverlagers - nieuwe gebruikers	77%	58%	85%	27%
Voorkeursmiddelen NSAID's - nieuwe gebruikers	90%	79%	97%	18%
Voorkeursmiddelen RAS-remmers - nieuwe gebruikers	74%	54%	88%	34%
Voorkeursmiddelen triptanen - nieuwe gebruikers	79%	61%	86%	25%
Voorkeursmiddelen AT_2-antagonisten - alle gebruikers	90%	81%	97%	16%
Voorkeursmiddelen cholesterolverlagers - alle gebruikers	75%	65%	81%	16%
Voorkeursmiddelen protonpompremmers - alle gebruikers	85%	75%	95%	19%

* De definities van de indicatoren treft u aan in hoofdstuk 10

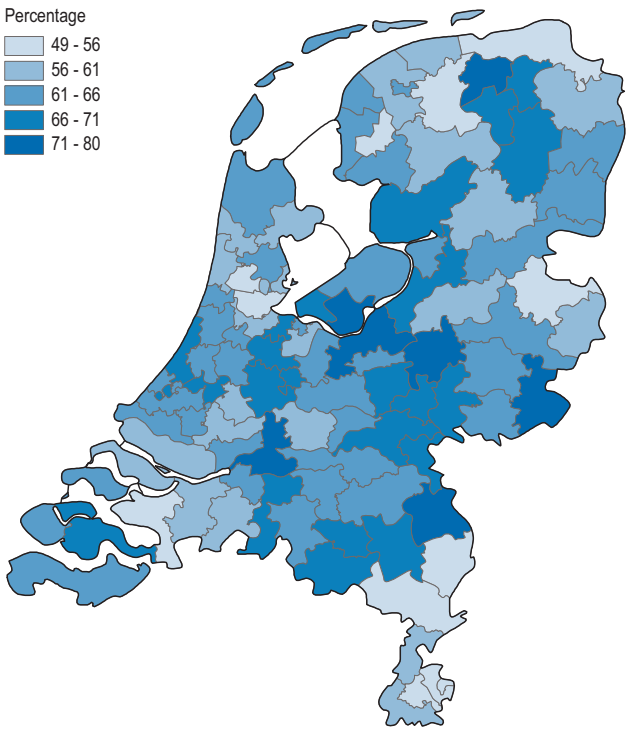
Tabel 7.4. Regionale scores generieke indicatoren in 2015

Indicator*	Gemiddelde	Laagst scorende regio	Hoogst scorende regio	Verschil hoogst en laagst scorende regio
Doelmatig voorschrijven - totaal voorschriften	84%	79%	87%	8%
Doelmatig voorschrijven - totaal DDD (Defined Daily Dose)	81%	76%	85%	9%
Doelmatig voorschrijven - nieuwe geneesmiddelen	78%	72%	83%	11%
Doelmatig voorschrijven - herhaalreceptuur	84%	79%	87%	8%

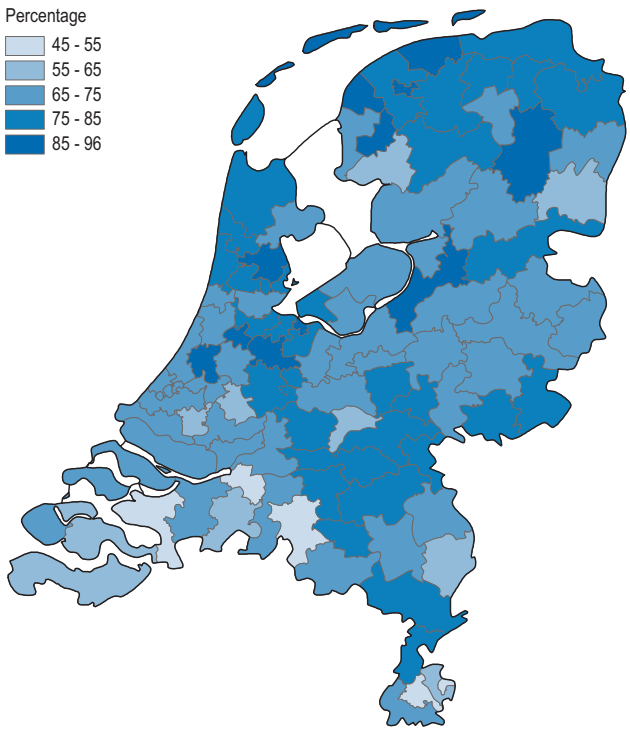
* De definities van de indicatoren treft u aan in hoofdstuk 10

Figuur 7.2 t/m Figuur 7.14 laten zien in welke postcodegebieden huisartsen vaak of juist minder vaak de meest doelmatige middelen voorschrijven. Vooral in Limburg schrijven huisartsen vaker dan elders in Nederland niet de middelen van eerste keus uit de NHG-Standaarden voor, of kiezen ze voor middelen die niet generiek beschikbaar zijn. Dit blijkt uit de scores op zowel de indicatoren van de Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen, als op de scores van de generieke indicatoren .

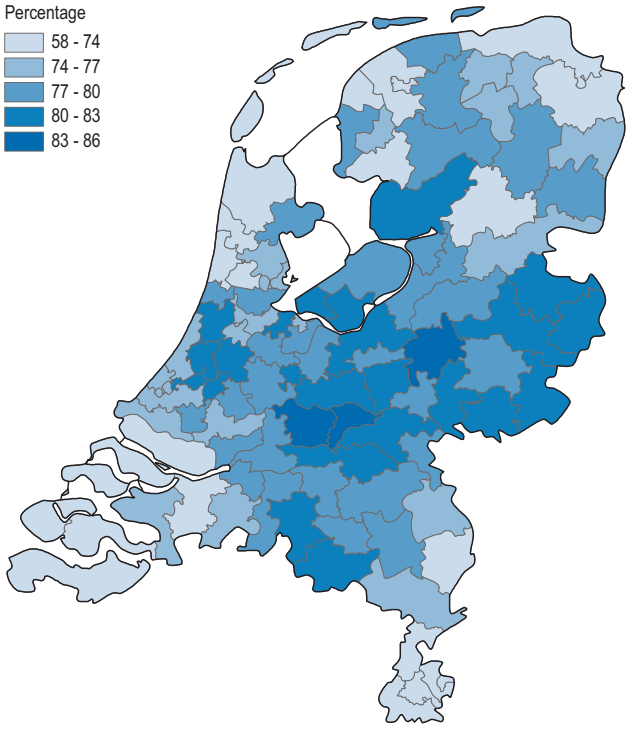
Figuur 7.2. Indicatorscore Voorkeursmiddelen antidepressiva - nieuwe gebruikers 2015



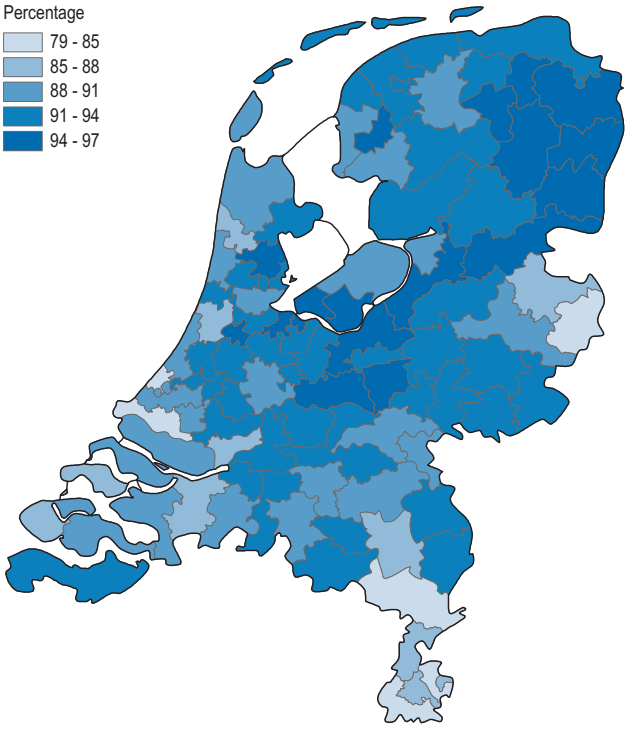
Figuur 7.3. Indicatorscore Voorkeursmiddelen bisfosfonaten - nieuwe gebruikers 2015



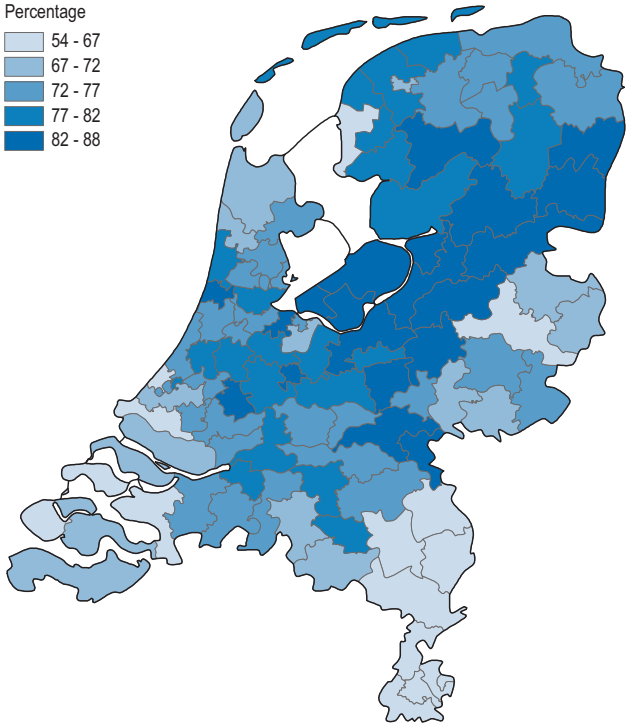
Figuur 7.4. Indicatorscore Voorkeursmiddelen cholesterolverlagers - nieuwe gebruikers 2015



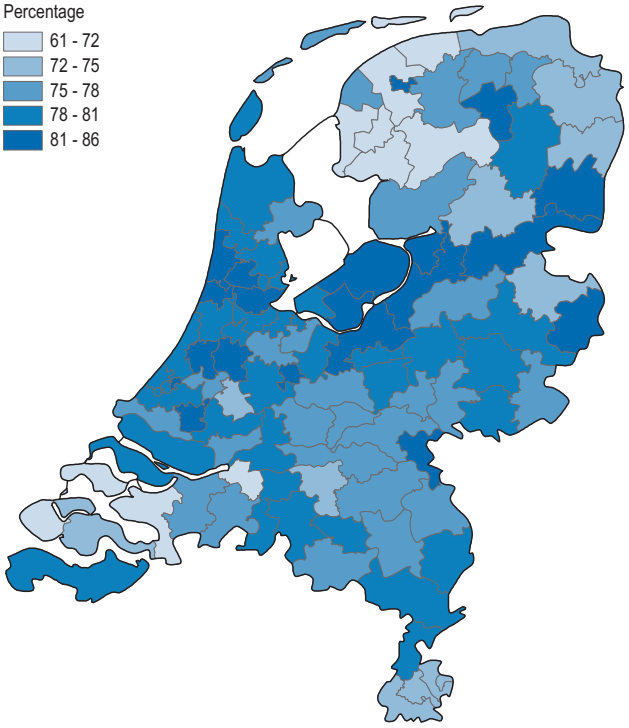
Figuur 7.5. Indicatorscore Voorkeursmiddelen NSAID's - nieuwe gebruikers 2015



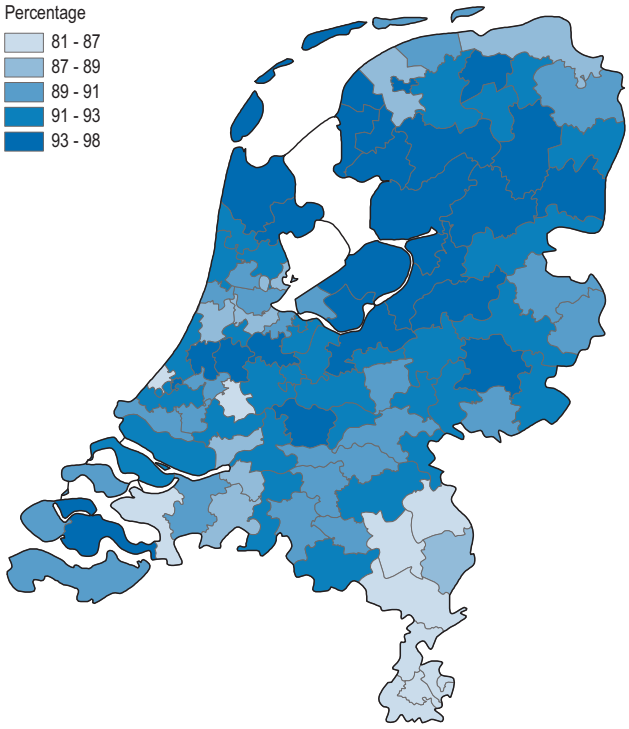
Figuur 7.6. Indicatorscore Voorkeursmiddelen RAS-remmers - nieuwe gebruikers 2015



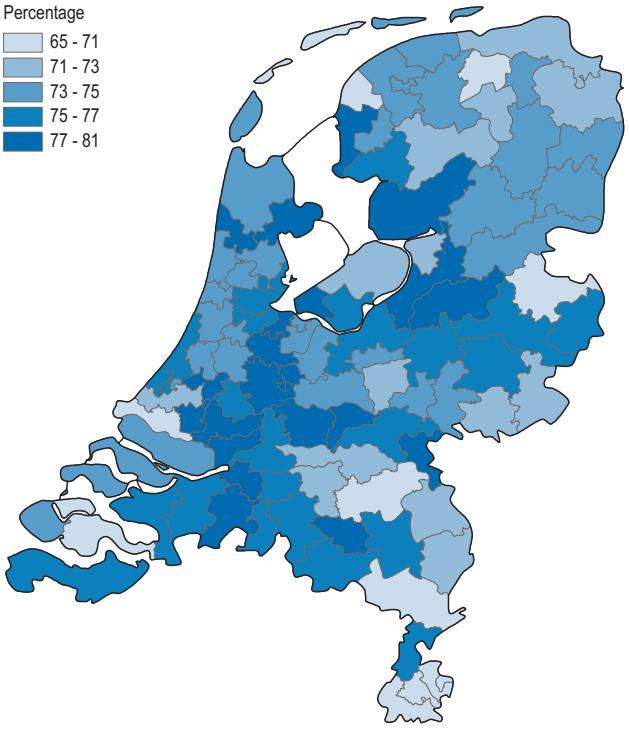
Figuur 7.7. Indicatorscore Voorkeursmiddelen triptanen - nieuwe gebruikers 2015



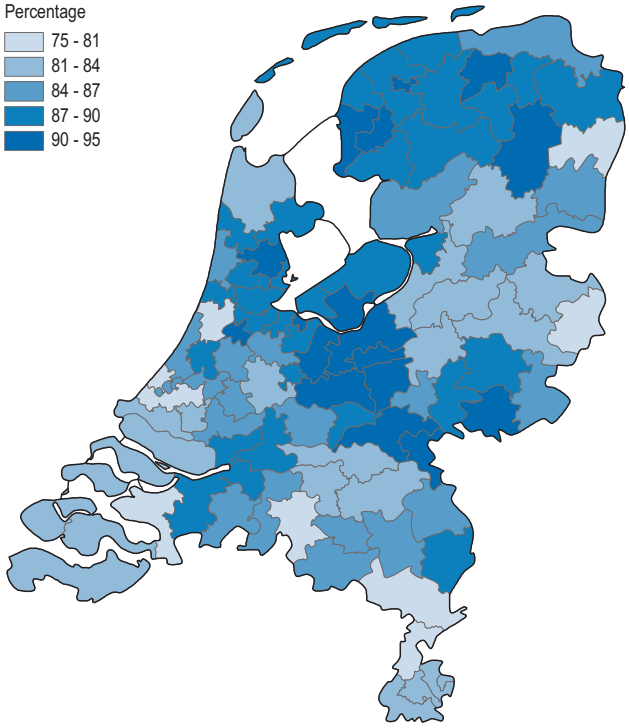
Figuur 7.8. Indicatorscore Voorkeursmiddelen AT_2-antagonisten - alle gebruikers 2015



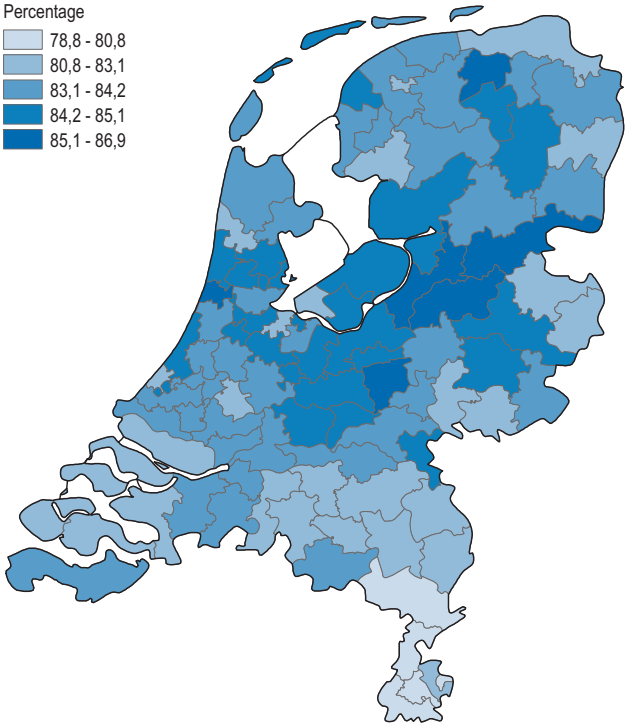
Figuur 7.9. Indicatorscore Voorkeursmiddelen cholesterolverlagers - alle gebruikers 2015



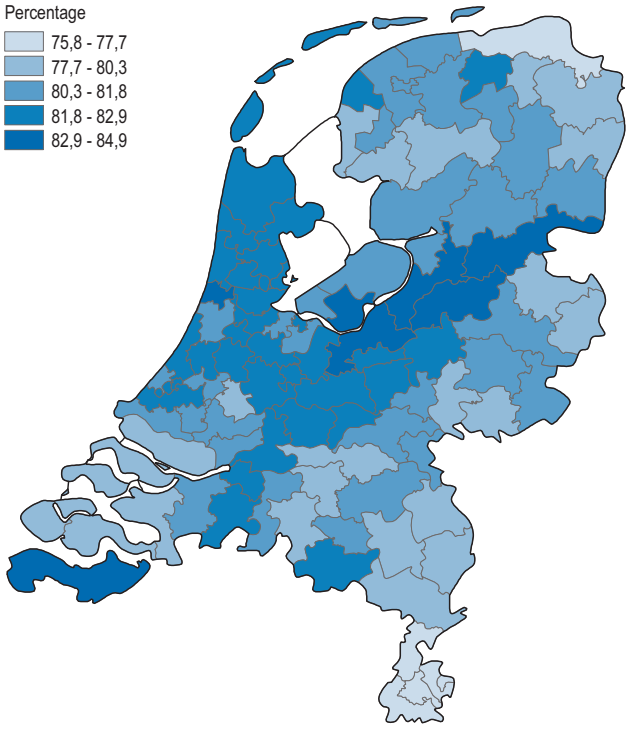
Figuur 7.10. Indicatorscore Voorkeursmiddelen protonpompremmers - alle gebruikers 2015



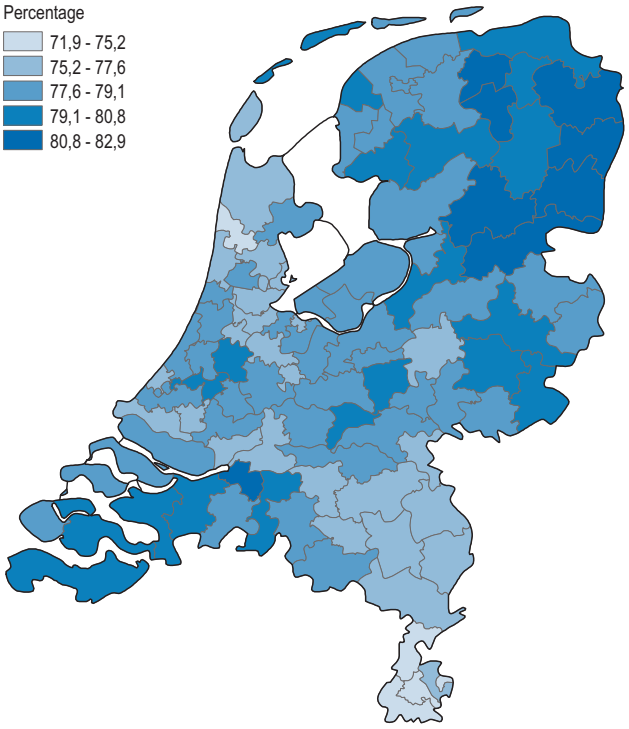
Figuur 7.11. Indicatorscore Doelmatig voorschrijven - totaal voorschriften 2015



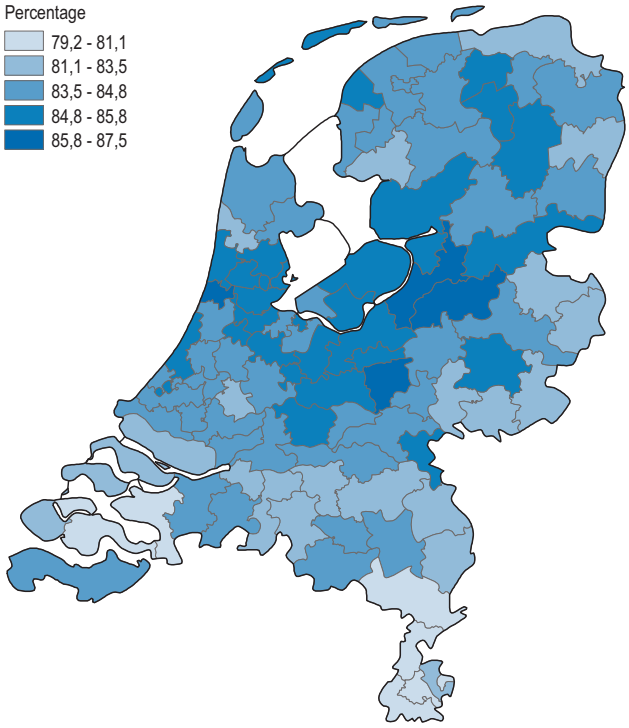
Figuur 7.12. Indicatorscore Doelmatig voorschrijven - totaal DDD (Defined Daily Dose) 2015



Figuur 7.13. Indicatorscore Doelmatig voorschrijven - nieuwe geneesmiddelen 2015



Figuur 7.14. Indicatorscore Doelmatig voorschrijven - herhaalreceptuur 2015



Beschouwing

De grootste veranderingen in indicatorscores zijn opgetreden bij geneesmiddelgroepen waarbij het patent van middelen is verlopen. De indicatoren illustreren duidelijk in welke mate aanbevelingen qua voorkeursmiddelen worden geaccepteerd en toegepast door de huisartsen. Het draagvlak voor simvastatine als eerste keus cholesterolverlager lijkt terug te lopen, zoals blijkt uit de dalende indicatorscore.

8. Effect van prestatiebekostiging

Belangrijkste bevindingen

- **In regio's waar indicatoren rond nieuwe gebruikers zijn in 2015 nieuw opgenomen in de prestatiebekostiging, stijgen de scores meer dan in regio's waar dat niet is gedaan.**
- **Vooral bij de laagst scorende huisartsen in deze regio's stijgen de scores.**
- **Bij de score op indicatoren rond alle gebruikers treedt geen verschil op tussen regio's met en zonder deze indicator in de prestatie-bekostiging.**

Zorgverzekeraars stimuleren het doelmatig voorschrijven door huisartsen. In 2015 gebruikten CZ, Menzis, VGZ, Zilveren Kruis, Zorg en Zekerheid en De Friesland daarom scores op een aantal indicatoren om huisartsen te belonen voor doelmatig voorschrijven. Zorg en Zekerheid en Zilveren Kruis gebruikten de indicatoren al langer, de andere zorgverzekeraars niet.

Elke verzekeraar heeft zijn eigen indicatoren gekozen uit de set van MVH-indicatoren en generieke indicatoren om op te nemen in het beloningssysteem, zie ook hoofdstuk 11. In dit hoofdstuk bespreken we het effect van dit beleid op de scores per indicator. Hiervoor is in kaart gebracht hoe de scores veranderen in postcodegebieden waar de dominante zorgverzekeraar een indicator in 2015 heeft toegevoegd aan de prestatie doelmatig voorschrijven, in vergelijking tot 2014. De hypothese is dat met name laag scorende huisartsen door het beloningssysteem hun voorschrijfgedrag zal aanpassen. Dit komt tot uitdrukking in een afname van de spreiding. Met name de ondergrens van de spreiding zal omhoog verschuiven, wanneer de maatregel wordt ingevoerd. Om te corrigeren voor externe factoren, zoals patentverloop en aanpassing in richtlijnen is een controlegroep gevormd van alle postcodegebieden waar de indicator niet nieuw is opgenomen. Dit zijn alle gebieden waar de dominante zorgverzekeraar de indicator niet heeft gekozen, of de indicator al langer gebruikt in het beloningsbeleid.

Hoewel het beleid om bepaalde indicatoren te gebruiken bij de prestatie-bekostiging per 1 januari 2015 is ingegaan, is het goed denkbaar dat het effect aan het einde van 2015 nog niet volledig zichtbaar is. In de zomer van 2016 hebben de huisartsen in veel gebieden voor de eerste keer de beschikking van de zorgverzekeraar ontvangen, met daarin informatie over de extra vergoeding die zij op basis van hun indicatorscores mogen declareren. Ondanks de mogelijkheden die de huisarts heeft om zijn scores zelf in te zien, zal een deel van de huisartsen pas op dat moment geconfronteerd zijn met de indicator-scores en dus met hun voorschrijfgedrag. Het volledige effect van de prestatie-bekostiging is dus pas op basis van cijfers over 2016 en 2017 goed te beoordelen.

De generieke indicatoren blijven in dit hoofdstuk buiten beschouwing, omdat deze voor het eerst in 2015 zijn toegepast door zorgverzekeraars en een ander karakter hebben dan de indicatoren, gebaseerd op geneesmiddelgroep of aandoening.

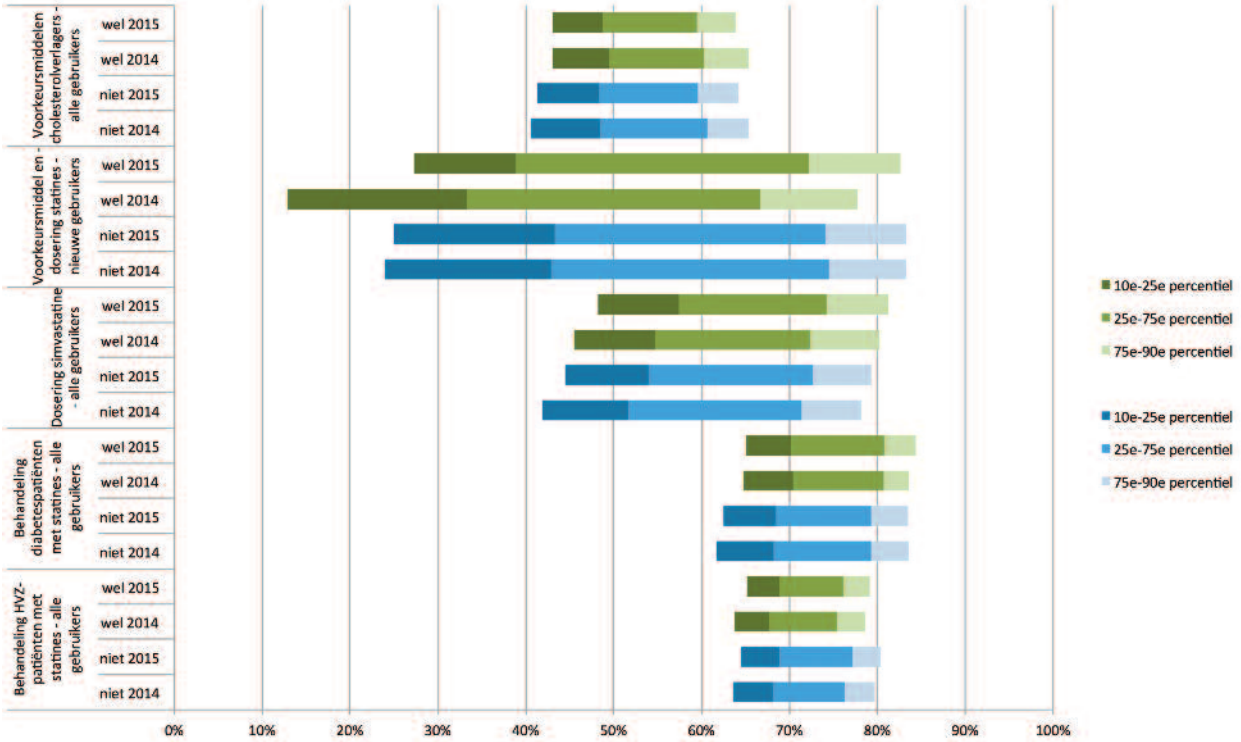
Bij de indicator *Voorkeursmiddelen cholesterolverlagers - alle gebruikers* zien we dat de spreiding ligt tussen 43 en 65 procent: met andere woorden, 80 procent van de huisartsen scoort tussen 43 en 65 procent. Hierbij zijn de verschillen tussen 2014 en 2015 klein, zowel in gebieden waar de indicator nieuw is toegevoegd aan de het beloningsbeleid voor huisartsen, als gebieden waar dat niet het geval was. In Tabel 8.1 is de spreiding voor de tien onderzochte indicatoren weergegeven.

Tabel 8.1. Spreiding van indicatorscores in 2014 en 2015 naar het al dan niet nieuw opgenomen zijn van een indicator in het beloningsbeleid in 2015. Huisartsen zijn onderverdeeld naar het beleid van de dominante zorgverzekeraar in hun postcodegebied

Indicator	Indicator wel nieuw in beloningsbeleid		Indicator niet nieuw in beloningsbeleid	
	Spreiding 2014	Spreiding 2015	Spreiding 2014	Spreiding 2015
Voorkeursmiddelen cholesterolverlagers - alle gebruikers	43 - 65%	43 - 64%	41 - 65%	41 - 64%
Voorkeursmiddel en -dosering statines - nieuwe gebruikers	13 - 78%	27 - 83%	24 - 83%	25 - 83%
Dosering simvastatine - alle gebruikers	46 - 80%	48 - 81%	42 - 78%	45 - 79%
Behandeling diabetespatiënten met statines - alle gebruikers	65 - 84%	65 - 84%	62 - 84%	63 - 84%
Behandeling HVZ-patiënten met statines - alle gebruikers	64 - 79%	65 - 79%	64 - 80%	65 - 80%
Voorkeursmiddelen AT_2-antagonisten - alle gebruikers	73 - 95%	80 - 97%	80 - 96%	85 - 98%
Voorkeursmiddelen NSAID's - nieuwe gebruikers	69 - 98%	75 - 99%	75 - 98%	79 - 99%
Voorkeursmiddelen protonpompremmers - alle gebruikers	74 - 93%	76 - 93%	74 - 93%	76 - 93%
Overgebruik van triptanen	65 - 86%	63 - 85%	65 - 86%	64 - 85%
Behandeling diabetespatiënten met metformine - alle gebruikers	84 - 95%	85 - 95%	85 - 95%	85 - 95%

Bij de indicator *Voorkeursmiddel en -dosering statines* lijkt prestatie-bekostiging een gunstig effect te hebben gehad op de scores. Zie Figuur 8.1. De scores en spreiding in gebieden waar de indicator niet in een prestatie-bekostiging was opgenomen bleef nagenoeg gelijk (de blauwe balken bij deze indicator zijn even lang voor 2014 en 2015). In gebieden waar de indicator wel was opgenomen, stegen alle scores (weergegeven in de groene balken): zowel de bovengrens van de spreiding, als de ondergrens. Deze ondergrens (de score waaronder 10 procent van de huisartsen scoorde) schoof het meest op.

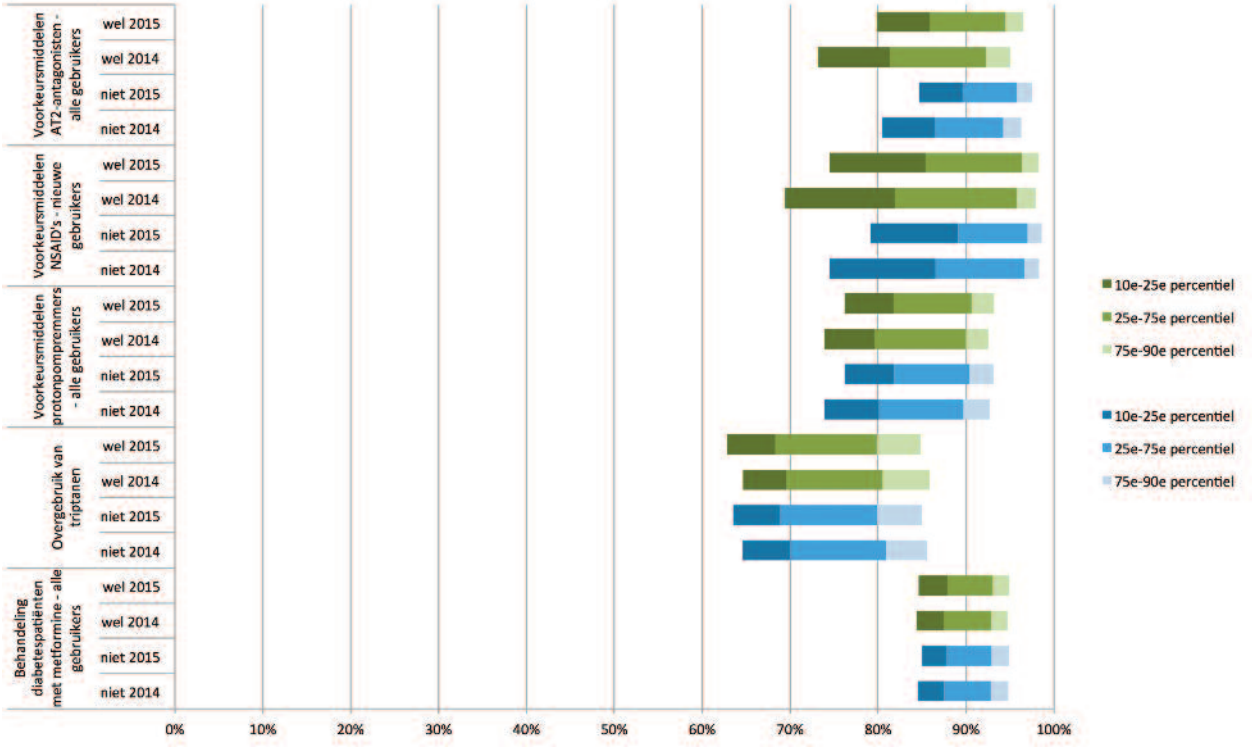
Figuur 8.1. Spreiding per indicator* met betrekking tot cholesterolverlagers in 2014 en 2015, verdeeld naar gebieden waar de indicator wel of niet in de prestatiebekostiging was opgenomen door de dominante verzekeraar



* De definities van de indicatoren treft u aan in hoofdstuk 10

Ditzelfde patroon is zichtbaar bij de indicator *Voorkeursmiddelen NSAID's - nieuwe gebruikers*. Zie Figuur 8.2. De scores op deze indicator stegen in alle gebieden, maar sterker in die gebieden waar de indicator wel in een prestatiebekostiging was opgenomen.

Figuur 8.2. Spreiding per indicator* in 2014 en 2015, verdeeld naar gebieden waar de indicator wel of niet in de prestatiebekostiging was opgenomen door de dominante verzekeraar



* De definities van de indicatoren treft u aan in hoofdstuk 10

Beide hierboven genoemde indicatoren brengen het voorschrijfgedrag van de huisarts in kaart bij nieuwe gebruikers. Met name de huisartsen die in 2014 lager scoorden dan hun collega's zijn vaker conform de adviezen uit de NHG-Standaarden gaan voorschrijven. Indicatoren die het voorschrijfgedrag van huisartsen in kaart brengen bij nieuwe gebruikers zijn goed geschikt om gedragsveranderingen in kaart te brengen. Bij een ander voorschrijfpatroon van de huisarts is dit direct zichtbaar in de scores. Bij de andere indicatoren is het effect minder uitgesproken zoals de uitkomsten bij de acht andere indicatoren laten zien. Bij enkele indicatoren, zoals *Voorkeursmiddelen AT_2-antagonisten alle gebruikers* en *Voorkeursmiddelen protonpompremmers alle gebruikers* neemt de spreiding in regio's met en zonder prestatiebekostiging op deze indicator even veel af. Zie figuur Figuur 8.2. Hier speelt waarschijnlijk een andere oorzaak, waardoor huisartsen meer conform de NHG-Standaarden zijn gaan voorschrijven.

Beschouwing

De verandering in scores op de meeste indicatoren is klein. De indicatoren die het meest sensitief zijn voor veranderingen in het voorschrijfpatroon, namelijk de indicatoren rond nieuwe gebruikers, laten het verwachte effect zien, namelijk een stijging van scores en een kleiner wordende spreiding. Met name huisartsen met een score onder het gemiddelde scoren na opname van een indicator in de prestatie doelmatig voorschrijven hoger. Bij de andere indicatoren is het effect veel minder groot. Om te komen tot een hogere score is het veelal nodig ingestelde therapie te wijzigen. Huisartsen kunnen dit als drempel ervaren. Het volledige effect van het opnemen van indicatoren in prestatiebekostiging is pas later goed te evalueren.

9. Score per zorgverzekeraar

Belangrijkste bevindingen

- **Evenals vorige jaren worden verzekerden van ENO, Zorg en Zekerheid en Zilveren Kruis het meest volgens de NHG-Standaarden behandeld.**

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.

De zorgverzekeraar met de hoogste scores 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. Verzekerden van ENO zijn met name ingeschreven bij een relatief kleine groep huisartsen, die al jaren als regio goed scoren op de indicatoren. Onderaan staan ONVZ, DSW/Stad Holland en CZ. Er zijn geen verschuivingen in de rangorde van de zorgverzekeraars.

De indicatoren zijn onder te verdelen in drie clusters, op basis van het doel: doelmatigheid, kwaliteit van voorschrijven en voorschrijfvolume. De score voor de clusters doelmatigheid en kwaliteit van voorschrijven is gebaseerd op de som van de scores van de indicatoren binnen dat cluster. Verzekerden van ENO, Zorg en Zekerheid, en De Friesland krijgen het vaakst de meest doelmatige middelen voorgeschreven. Zij scoren 1,2 en 3 in de kolom doelmatigheid in Tabel 9.1.

Op de kwaliteitsindicatoren scoort De Friesland juist lager dan veel andere verzekeraars. Dit komt met name door het minder vaak gebruiken van statines bij patiënten met hart- en vaatziekten of diabetes mellitus type 2 in Friesland ten opzichte van de rest van Nederland.

Ook bij de volume-indicatoren zijn er verschillen tussen de zorgverzekeraars. Zo is de score van de zorgverzekeraar met de minste antibioticumgebruikers - De Friesland - 16 procent en voor DSW/Stad Holland - 18 procent. Verzekerden van ENO startten in 2015 het vaakst met antidepressiva, verzekerden van VGZ het minst vaak.

Het complete overzicht staat in Tabel 9.1.

Tabel 9.1 Rangorde van zorgverzekeraars 2015, totaalscore en per cluster*

Totaal**	Zorgverzekeraar	Doelmatigheid (8 indicatoren)**	Kwaliteit (8 indicatoren)**	Volume antibiotica***	Volume start antidepressiva***
1	ENO	1	1	8	10
2	Zorg en Zekerheid	2	2	9	9
3	Zilveren Kruis	4	4	6	2
4	Menzis	5	5	3	5
5	De Friesland	3	9	1	6
6	Coöperatie VGZ	6	3	5	1
7	ASR	7	7	4	7
8	CZ	8	6	7	4
9	DSW/Stad Holland	9	8	10	8
10	ONVZ	10	10	2	3

* De clusterindeling vindt u terug in hoofdstuk 11
** De zorgverzekeraar met rangorde 1 scoort het hoogst op de indicatoren
***De zorgverzekeraar met rangorde 1 scoort het laagst op de volume-indicatoren, m.a.w. de verzekerden gebruiken het minst vaak de genoemde geneesmiddelgroep

10. Indicatordefinities

De Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen bestaat uit 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 spiegel-informatie 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. Bijvoorbeeld vanwege andere geneesmiddelen die een patiënt al gebruikt, of vanwege andere aandoeningen. Daarom zijn in het rapport geen streef- of normwaarden opgenomen.

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.

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

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. Voorschriften binnen 20 dagen na een ander antibioticumvoorschrift zijn uitgesloten van de indicator.

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

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 tricyclische antidepressiva, duloxetine bij patiënten met diabetes en Zyban® uitgesloten. Bij de berekening is gecorrigeerd voor de leeftijds- en geslachtsverdeling binnen de huisartspraktijk.

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

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 tricyclische antidepressiva, duloxetine bij patiënten met diabetes en bupropion (in de vorm van Zyban®) uitgesloten.

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

Voorkeursmiddelen antidepressiva - 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 tricyclische antidepressiva en bupropion (in de vorm van Zyban®) uitgesloten.

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

Behandeling diabetespatiënten met metformine - 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 - nieuwe gebruikers
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. Een hogere score wil zeggen dat de huisarts vaker kiest voor een sulfonylureumderivaat, en dus terughoudend is bij het voorschrijven van nieuwe bloedglucose-verlagende middelen.

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

* bij patiënten die al metformine gebruiken of hebben gebruikt.

Behandeling diabetespatiënten met statines - alle gebruikers
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

Behandeling HVZ-patiënten met statines - alle gebruikers
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.

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

Dosering ator- en rosuvastatine bij alle gebruikers
Deze indicator laat zien of welk percentage van de gebruikers doseringen van atorvastatine van 20 mg of hoger en rosuvastatine van 10 mg of hoger gebruikt. Bij onvoldoende effect van simvastatine 40 mg is het advies om atorvastatine 20 of 40 mg of rosuvastatine 10 of 20 mg voor te schrijven. Lagere doseringen hebben geen voordeel boven simvastatine 40 mg.

$$\frac{\text{Aantal gebruikers atorvastatine van minimaal 20mg en rosuvastatine van minimaal 10 mg}}{\text{Aantal gebruikers atorvastatine en rosuvastatine}}$$

Dosering simvastatine bij alle gebruikers
Deze indicator laat zien welk aandeel gebruikers van simvastatine de aanbevolen dosering van 40 mg gebruikt.

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

Voorkeursmiddel en -dosering statines - nieuwe gebruikers
Deze indicator laat zien of de huisarts kiest voor het aanbevolen middel en de aanbevolen dosering (simvastatine 40 mg) bij het starten van statines.

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

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.

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

Overbehandeling triptanen
Deze indicator laat zien welk deel van de gebruikers van triptanen onder behandeling van de huisarts per maand gemiddeld minder dan vier tot zes doseringen van hun triptaan nodig heeft. Een hogere score wijst op minder patiënten die veel triptanen gebruiken.

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

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

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

Voorkeursmiddelen cholesterolverlagers - nieuwe gebruikers
Deze indicator laat zien of de huisarts kiest voor het aanbevolen middel simvastatine bij het starten van een cholesterolverlager.

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

Voorkeursmiddelen NSAID's - 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 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 triptanen - nieuwe gebruikers
Deze indicator laat zien of de huisarts kiest voor een generiek middel bij het starten van triptanen.

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

Voorkeursmiddelen AT_2-antagonisten -alle gebruikers
Deze indicator laat zien of de huisarts een generiek middel voorschrijft aan gebruikers van AT_2-antagonisten.

$$\frac{\text{Aantal nieuwe gebruikers van generiek middel}}{\text{Aantal nieuwe gebruikers van } AT_2\text{-antagonisten}}$$

Voorkeursmiddelen cholesterolverlagers - alle gebruikers
Deze indicator laat zien of de huisarts kiest voor het aanbevolen middel simvastatine of het meest doelmatige middel uit stap 2 (atorvastatine) bij het voorschrijven van een cholesterolverlager.

$$\frac{\text{Aantal gebruikers van simvastatine of atorvastatine}}{\text{Aantal gebruikers van cholesterolverlagers}}$$

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

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

Doelmatig voorschrijven totaal voorschriften
Deze indicator laat zien in hoeverre de huisarts generieke middelen voorschrijft binnen geneesmiddelgroepen waar generieke middelen en me-too preparaten beschikbaar zijn. De indicator wordt berekend over alle voorschriften van de huisarts. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de inkoopkanalen uit de Z-index, waarbij 2 en 4 staan voor generiek.

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

* 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-too preparaten beschikbaar zijn. De indicator wordt berekend over het aantal DDD's van de huisarts. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de inkoopkanalen uit de Z-index, waarbij 2 en 4 staan voor generiek.

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

* 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-too preparaten 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. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de inkoopkanalen uit de Z-index, waarbij 2 en 4 staan voor generiek.

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

* 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-too preparaten 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. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de inkoopkanalen uit de Z-index, waarbij 2 en 4 staan voor generiek.

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

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

11. Methode

Methode scores per zorgverzekeraar

In Nederland zijn er 26 risicodragers of labels. Deze zijn verdeeld over vier grote zorgverzekeraars (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 zorgverzekeraars 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.

Er wordt een gemiddelde score per indicator per zorgverzekeraar bepaald. Vervolgens zijn deze scores per zorgverzekeraar bij elkaar opgeteld. Verzekerden van het zorgverzekeraars met de hoogste totaalscore worden het meest volgens de richtlijnen behandeld. Daarnaast zijn de scores uitgesplitst naar doelmatigheids- en kwaliteitsindicatoren volgens de indeling in Tabel 11.1.

Tabel 11.1 Indeling indicatoren naar type

Doelmatigheid	Voorkeursmiddelen antidepressiva bij nieuwe gebruikers
	Voorkeursmiddelen RAS-remmers bij nieuwe gebruikers
	Voorkeursmiddelen cholesterolverlagers bij nieuwe gebruikers
	Voorkeursmiddelen AT_2-antagonisten bij alle gebruikers
	Voorkeursmiddelen protonpompremmers bij alle gebruikers
	Voorkeursmiddelen NSAID's bij nieuwe gebruikers
	Voorkeursmiddelen bisfosfonaten bij nieuwe gebruikers
	Voorkeursmiddelen triptanen bij nieuwe gebruikers
Kwaliteit	Reserve- en tweedekeusantibiotica
	Therapietrouw antidepressiva bij nieuwe gebruikers
	Behandeling astmapatiënten met inhalatiecorticosteroïden
	Statines bij patiënten met hart- en vaatziekten
	Gebruik metformine bij nieuwe diabetespatiënten
	Statines bij patiënten met diabetes mellitus type 2
	Overbehandeling triptanen
	Terughoudend voorschrijven nieuwe diabetesmiddelen

Methode effect van prestatiebekostiging

Allereerst is in kaart gebracht welke indicatoren nieuw zijn toegevoegd aan de prestatiebekostiging in 2015 en door welke zorgverzekeraar. Elk postcodegebied is toegewezen aan een zorgverzekeraar op basis van SFK-gegevens. Op basis van de postcode van de huisarts is elke huisarts toegewezen aan een (dominante) zorgverzekeraar. Voor de indicatoren die nieuw zijn opgenomen in prestatiebekostiging zijn het 10e, 25e, 75e en 90e percentiel van de indicatorscore bepaald als maat voor de spreiding. Deze bepaling is apart gedaan voor gebieden waar de indicator wel of juist niet was opgenomen. Vervolgens is bepaald of de spreiding groter of juist kleiner is geworden ten opzichte van het jaar ervoor.

Overzicht indicatoren nieuw in prestatiebekostiging van diverse zorgverzekeraars	
	In 2015 nieuw toegevoegde indicatoren
CZ	Behandeling diabetespatienten met metformine - alle gebruikers
	Overbehandeling triptanen
	Voorkeursmiddelen angiotenine-II-antagonisten - alle gebruikers
	Voorkeursmiddelen NSAID's - generieke voorkeursmiddelen
De Friesland	Voorkeursmiddel en -dosering statines - nieuwe gebruikers
	Voorkeursmiddelen angiotenine-II-antagonisten - alle gebruikers
Menzis	Behandeling HVZ-patiënten met statines
	Dosering simvastatine - alle gebruikers
	Overbehandeling triptanen
	Voorkeursmiddelen cholesterolverlagende middelen - alle gebruikers
	Voorkeursmiddelen NSAID's - generieke voorkeursmiddelen
VGZ	Voorkeursmiddelen angiotenine-II-antagonisten - alle gebruikers
	Voorkeursmiddelen cholesterolverlagende middelen - alle gebruikers
	Voorkeursmiddelen protonpompremmers - alle gebruikers
Zilveren Kruis	geen wijzigingen
Zorg en Zekerheid	Behandeling diabetespatiënten met statines
	Voorkeursmiddelen cholesterolverlagende middelen - alle gebruikers
	Voorkeursmiddelen protonpompremmers - alle gebruikers

NB Zorg en Zekerheid en Zilveren Kruis gebruikten ook in 2014 en eerder al MVH-indicatoren, in de tabel zijn alleen de nieuw toegevoegde indicatoren opgenomen. Ook indicatoren die zorgverzekeraars eerder gebruikten - op basis van andere databronnen dan de MVH - zijn niet in dit overzicht opgenomen.

Methode verdiepende onderzoeken

Voor de verdiepende hoofdstukken 3 (Antibiotica), 4 (Middelen bij astma en COPD) en 5 (Psychofarmaca) is gebruik gemaakt van gegevens van Vektis. Gewerkt is met gepseudonimiseerde gegevens van geneesmiddeldeclaraties van alle apotheken en huisartsen van Nederland op het gebied van antibiotica (ATC-code J01), geneesmiddelen bij astma en COPD (R03) en psychofarmaca (N05 en N06).

Om het voorschrijfvolume in kaart te brengen is gewerkt met het aantal inwoners (van een bepaalde leeftijd) op basis van CBS-gegevens.

Antibiotica

Voor verdiepende analyses zijn de geneesmiddelen onderverdeeld in groepen, aan de hand van ATC-codes. In Tabel 11.2 is de gehanteerde indeling weergegeven.

Tabel 11.2 Indeling antibiotica naar ATC-code

Geneesmiddel(groep)	ATC-code
Nitrofurantoïne	J01XE01
Amoxicilline	J01CA04
Andere penicillines	J01CE01, J01CE02, J01CE05, J01CE08, J01CF05
Doxycyline	J01AA02
Macroliden	J01FA01, J01FA06, J01FA09, J01FA10
Fosfomycine	J01XX01
Sulfonamide en trimethoprim	J01EA01, J01EC02, J01EE01, J01EE03
Fluorchinolonen	J01MA01, J01MA02, J01MA06, J01MA12, J01MA14
Amoxicilline met clavulaanzuur	J01CE02
Overig	Alle andere codes binnen de groep J01

Alle voorschriften: alle antibioticumvoorschriften (ATC-code J01)
Eerste voorschriften: voorschriften voor antibiotica (ATC-code J01), waarbij in de 20 dagen voorafgaand aan het voorschrift geen antibioticumvoorschrift (ATC-code J01) is verstrekt
Vervolgvoorschriften: voorschriften voor antibiotica (ATC-code J01) die binnen 20 dagen na een ander antibioticumvoorschrift (ATC-code J01) zijn verstrekt.

Astma en COPD

Voor verdiepende analyses zijn de geneesmiddelen onderverdeeld in groepen, aan de hand van ATC-codes. In Tabel 11.3 is de gehanteerde indeling weergegeven.

Tabel 11.3 Indeling geneesmiddelen bij astma en COPD naar ATC-code.

Geneesmiddelgroep	ATC-code
Langwerkende bètamimetica	R03AC12, R03AC13, R03AC18, R03AC19
Langwerkende anticholinergica	R03BB04, R03BB05, R03BB06, R03BB07
Inhalatiecorticosteroïden	R03BA01, R03BA02, R03BA05, R03BA08
Systemische middelen	R03DA04, R03DC03, R03BC03, R03BC01, R03BX, R03CC02
Combinatiepreparaat langwerkend bètamimeticum met inhalatiecorticosteroïd	R03AK06, R03AK07, R03AK08, R03AK10, R03AK11
Combinatiepreparaat langwerkend bètamimeticum met langwerkend anticholinergicum	R03AL03, R03AL04, R03AL05, R03AL06

Onderhoudsmedicatie: geneesmiddelen per inhalatie toegediend, voor langdurige behandeling van astma en COPD. Onder te verdelen in inhalatiecorticosteroïden en langwerkende luchtwegverwijders. Voor ATC-codes zie Tabel 11.3.

Psychofarmaca

Voor verdiepende analyses zijn de geneesmiddelen onderverdeeld in groepen, aan de hand van ATC-codes. In Tabel 11.4 is de gehanteerde indeling weergegeven.

Tabel 11.4 Indeling onderzochte geneesmiddelen naar ATC-code

Geneesmiddel(groep)	ATC-code
Middelen bij dementie	N06D
Antipsychotica	N05A
Haloperidol	N05AD01
Clozapine	N05AH02
Quetiapine	N05AH04
Risperidon	N05AX08
Antidepressiva	N06A
Tricyclische antidepressiva	N06AA
Amitriptyline	N06AA09
Andere tricyclische antidepressiva	Overige codes met N06AA
SSRI	N06AB
Fluoxetine	N06AB03
Citalopram	N06AB04
Paroxetine	N06AB05
Andere SSRI's	Overige codes met N06AB
Overige antidepressiva	N06AF, N06AG, N06AX
Mirtazapine	N06AX11
Venlafaxine	N06AX16
Andere overige antidepressiva	N06AF, N06AG, overige codes met N06AX
Middelen bij ADHD	N06B
Methylfenidaat	N06BA04

Nieuwe gebruikers: patiënten met een eerste voorschrift voor een geneesmiddel, die de voorgaande twaalf maanden geen geneesmiddel uit de betreffende groep hebben gebruikt.

Instituut voor
Verantwoord Medicijngebruik