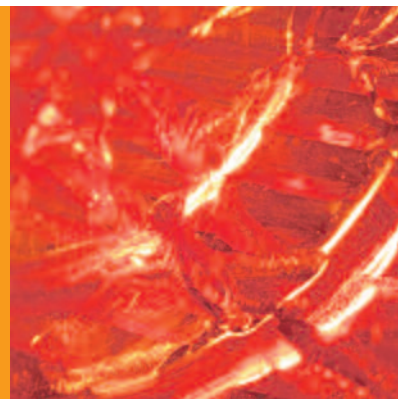


Rapport



Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen 2013



Instituut voor
Verantwoord Medicijngebruik

Colofon

Auteurs

Anke Lambooy, apotheker, IVM
Marianne Nijpels, apotheker, IVM

Met medewerking van

Rob Essink, apotheker MPH, IVM
Henriette Giesbers, RIVM
dr. Joost de Metz, IVM
Paul Sterkenburg, Vektis

november 2013

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

Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik
Postbus 3089, 3502 GB Utrecht
Churchillaan 11, 3527 GV Utrecht
tel 0888 800 400 fax 030 296 29 12
info@medicijngebruik.nl www.medicijngebruik.nl



Instituut voor
Verantwoord Medicijngebruik



Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen 2013

4	Samenvatting
5	Engelse samenvatting - Summary
6	Inleiding
7	1 Conclusies (en aanbevelingen)
10	2 Scores op de indicatoren
14	3 Volume-indicatoren
16	4 Regionale verschillen
24	5 Zorgverzekeraars
27	6 Definities van de indicatoren en clusterindeling
36	7 Methode

Bijlagen

39	1 Landkaarten met scores op de afzonderlijke indicatoren
44	2 Overzicht rangorde postcodegebieden op drie clusters
47	3 Landkaart met de regio-indeling op basis van de 2-cijferige postcode-indeling

Samenvatting

Dit rapport van het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM) toont de resultaten van de Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen. De monitor maakt inzichtelijk in hoeverre huisartsen voorschrijven volgens de richtlijnen en in hoeverre zij kiezen voor de meest doelmatige geneesmiddelen binnen een geneesmiddelgroep. De voorschrijfcijfers hebben betrekking op 2012. De 24 indicatoren in de monitor zijn berekend op declaratiegegevens van openbare en poliklinische apotheken en apotheekhoudende huisartsen, zoals verzameld door Vektis. Wij presenteren in dit rapport het landelijk gemiddelde per indicator, de regionale spreiding en de verschillen tussen zorgverzekeraars.

Bij 5 van de 24 indicatoren zijn de verschillen tussen de scores van individuele huisartsen klein. Er is bij deze indicatoren weinig verbetering mogelijk. Bij de overige indicatoren zijn de verschillen groter, bij 8 van de 24 indicatoren zijn deze verschillen zeer groot. Bij deze indicatoren is nog veel (doelmatigheids) winst te behalen. Evenals voorgaande jaren zijn de verschillen tussen huisartsen het grootst bij de indicatoren rond het voorschrijven van RAS-remmers.

Het aantal patiënten dat per huisarts start met antidepressiva of deze middelen langdurig blijft gebruiken varieert ook sterk tussen huisartsen. In vergelijking met 2010 zijn minder mensen behandeld met antibiotica. Het aantal mensen onder de 60 jaar dat chronisch maagzuurremmers gebruikt, is onveranderd.

Tussen regio's bestaan grote verschillen in scores op indicatoren. Na jaren waarin de verschillen groter werden, zien we dit jaar op veel indicatoren kleinere verschillen tussen regio's. De verschillen zijn het grootst op indicatoren waarop landelijk gezien veel verbetering mogelijk is. Welke regio's hoog of laag scoren, verschilt per indicator. Een factor die een rol speelt in de verschillen tussen regio's is het niveau waarop het farmacotherapie-overleg (FTO) functioneert. Er is een positieve, significante correlatie tussen het percentage FTO-groepen op het hoogste niveau en de score op acht indicatoren.

Huisartsen in de kerngebieden van Zorg en Zekerheid en Achmea schrijven het meest volgens de richtlijnen voor. Beide verzekeraars belonen huisartsen voor hogere scores op voorschrijfindicatoren.

Om de kwaliteit en doelmatigheid van het voorschrijven verder te verbeteren doet het IVM in dit rapport aanbevelingen aan het ministerie van VWS, zorgverzekeraars en beroepsorganisaties van huisartsen en apothekers.



Engelse samenvatting - Summary

This report of the Institute for Rational Use of Medicines (IVM) shows the results of the Monitor Prescribing Behaviour Practitioners. The monitor reflects guideline adherence and awareness of costs of prescription of general practitioners (GPs) in 2012. The 24 indicators of the monitor are calculated on reimbursement data of community pharmacists and dispensing GPs collected by Vektis, a national datacentre for health care insurers. We present the countrywide averages of each indicator, the regional variations and the differences between health care insurers.

On 5 out of 24 indicators, the differences in scores between GPs are small. With regard to these indicators little improvement is possible. On 8 out of 24 indicators much room for improvement exists, the differences between GPs are notable. Like previous years, the largest differences are found on the indicators reflecting the prescribing of RAS inhibitors.

The number of patients starting antidepressant drugs differs widely between GPs. We also find large differences between the number of long-term users of antidepressant drugs per GP. In 2012 less patients were treated with antibiotics in comparison to 2010. The number of patients on long term acid suppressing therapy remained unchanged from 2010 to 2012.

Between regions large differences exist in scores on the indicators. The regional differences decreased in 2012, after years of increasing. The largest differences are found on indicators on which countrywide much improvement is possible. Which region scores high or low is different for each indicator. The quality of pharmacotherapy audit meetings (PTAMs) plays a role in regional differences. The percentage of PTAMs on the highest quality level in a region is significantly correlated to the regional score on eight indicators.

GPs located in regions with 'Zorg en Zekerheid' or 'Achmea' as their dominant health care insurer have the highest scores on the indicators. Both insurers reward physicians on the outcome of the indicators.

To ensure further improvement in the quality and awareness of cost of prescribing the IVM makes recommendations to the Ministry of Health, health care insurers and professional organizations of both GPs and pharmacists.

Inleiding

Dit rapport van het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM) toont de resultaten van de Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen. De monitor maakt inzichtelijk in hoeverre huisartsen voorschrijven volgens de richtlijnen en in hoeverre zij kiezen voor de meest doelmatige geneesmiddelen binnen een geneesmiddelgroep. Wij presenteren het landelijk gemiddelde van de score per indicator, de regionale spreiding van de scores en de verschillen tussen zorgverzekeraars. De voorschrijfcijfers hebben betrekking op 2012 en zijn gebaseerd op de data die Vektis heeft verzameld.

De indicatoren in de monitor gaan over door huisartsen veel voorgeschreven geneesmiddelen. Inhoudelijk zijn de indicatoren gebaseerd op aanbevelingen in NHG-standaarden en door het NHG onderschreven multidisciplinaire richtlijnen. Als aanvullende bron van informatie maken wij gebruik van het Farmacotherapeutisch Kompas. Bij het ontwikkelen en onderhouden van de indicatoren is een werkgroep van inhoudelijke deskundigen betrokken, waarin onder andere het NHG, de KNMP en zorgverzekeraars zitting hebben. Aldus waarborgt het IVM dat de indicatoren van de Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen draagvlak hebben binnen de betrokken beroepsgroepen en bij zorgverzekeraars.

In de afgelopen twee jaar rapporteerden we over de verschillen in voorschrijfgedrag tussen mannen en vrouwen, tussen jonge en oudere huisartsen, en tussen apotheekhoudende en niet-apotheekhoudende huisartsen. Dit jaar staan we stil bij twee andere factoren die het voorschrijfgedrag van huisartsen beïnvloeden, namelijk het FTO-niveau en het gebruiken van prescriptie-indicatoren door zorgverzekeraars.

Begin dit jaar zijn aan een aantal indicatoren wijzigingen doorgevoerd, zodat deze weer goed aansluiten bij gewijzigde richtlijnen en prijsontwikkelingen. Ook zijn vier nieuwe indicatoren toegevoegd. De Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen bestaat nu uit 24 indicatoren. Van acht indicatoren bestaan twee varianten.

Sinds de zomer van 2013 kunnen huisartsen gezamenlijk rapportages uit de webrapportage Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen opvragen, bijvoorbeeld op praktijk- of FTO-groepsniveau. Met deze extra mogelijkheid kunnen huisartsen hun eigen scores op de indicatoren niet alleen spiegelen aan regionale en landelijke cijfers, maar ook aan de cijfers van collega's uit bijvoorbeeld een FTO- of zorggroep. Ook apothekers kunnen via de deelnemende huisartsen toegang tot scores krijgen.

Hoofdstuk 1 van dit rapport bevat de conclusie en aanbevelingen. Hoofdstuk 2 en 3 bevatten de scores op de indicatoren, waarbij hoofdstuk 3 ingaat op de vier volume-indicatoren. De regionale verschillen staan beschreven in hoofdstuk 4. In dit hoofdstuk wordt ook stilgestaan bij de invloed van het FTO-niveau op de indicatorscores. In hoofdstuk 5 worden de uitkomsten uitgesplitst naar de verschillende zorgverzekeraars. Hoofdstuk 6 bevat de definities en de clusterindelingen van de indicatoren. De methode is in hoofdstuk 7 beschreven.

1 Conclusies (en aanbevelingen)

Algemene conclusie

Over het algemeen schrijven de Nederlandse huisartsen goed voor volgens de NHG-standaarden. Op veel indicatoren scoren de huisartsen gemiddeld genomen hoog. Bij 5 van de 24 indicatoren zien we een kleine spreiding. Huisartsen schrijven bij deze indicatoren goed volgens de richtlijnen voor. Er is echter nog steeds ruimte voor verbetering op de andere indicatoren. Bij 8 van de 24 indicatoren zien we zeer grote verschillen tussen de scores per arts. De meeste verbetering is mogelijk bij de drie indicatoren rond het voorschrijven van bloeddrukverlagende middelen (RAS-remmers, ACE-remmers en All-antagonisten). Ook zien we met betrekking tot het voorschrijfvolume van maagzuurremmers en antidepressiva grote verschillen tussen huisartsen. Bij de overige indicatoren zijn de verschillen tussen huisartsen kleiner, maar is bij een deel van de huisartsen nog ruimte voor verbetering. Tussen regio's en zorgverzekeraars zijn grote verschillen. FTO-niveau en beloningsbeleid spelen hierbij een rol.

Steeds vaker een adequate dosering cholesterolverlagers, maar verbetering is nog mogelijk

Huisartsen schrijven bij nieuwe gebruikers van statines (cholesterolverlagers) steeds vaker een dosering volgens de richtlijnen voor, maar de spreiding tussen huisartsen is nog steeds groot. Een adequate dosering statines voorkomt het onnodig inzetten van andere, duurere middelen om cholesterolstreefwaarden te bereiken.

Voorschrijfvolume van antibiotica afgenomen, chronisch gebruik maagzuurremmers ongewijzigd

Huisartsen schrijven in 2012 aan minder patiënten een of meerdere antibioticakuren voor dan in 2010. Het langdurig gebruik van maagzuurremmers door mensen jonger dan 60 jaar is niet afgenomen na het beperken van de vergoeding van deze middelen. Deze groep gebruikt de maagzuurremmers meestal niet als maagbescherming bij langdurig gebruik van NSAID's.

In regio's met meer goed functionerende FTO-groepen wordt hoger gescoord

Er is voor acht indicatoren een significante correlatie gevonden tussen het aandeel groepen dat functioneert op FTO-niveau vier - het hoogste niveau - en de score op de indicator.

Het belonen op basis van voorschrijfgedrag is effectief

Huisartsen in de kerngebieden van Achmea en Zorg en Zekerheid scoren het hoogst op de voorschrijfindicatoren. Beide zorgverzekeraars belonen huisartsen voor goed voorschrijven. Zorg en Zekerheid, die ook beloont voor hoog FTO-niveau, doet het beter dan Achmea.

Aanbevelingen

Het IVM doet op basis van dit rapport de volgende aanbevelingen voor het verbeteren van de kwaliteit en doelmatigheid van voorschrijven:

Aanbevelingen aan het ministerie van VWS

Onderzoek de gevolgen van beleidsmaatregelen

Per januari 2012 is de vergoeding van kortdurend gebruik van maagzuurremmers beperkt. Een neveneffect van de maatregel is het teruglopend gebruik van maagbescherming bij NSAID's bij kwetsbare patiënten, hetgeen kan leiden tot maagschade en dus tot hoge zorgkosten. Evalueer daarom in 2014 de effecten van de maatregel.

Investeer in een uitdagende en actuele set van indicatoren

Op enkele indicatoren scoren de huisartsen vrijwel allemaal hoog met een kleine spreiding. Bij deze indicatoren is weinig ruimte voor verbetering. Ook verouderen de indicatoren door het verschijnen van nieuwe richtlijnen en komen er nieuwe, dure geneesmiddelen op de markt, waarvoor nog geen indicatoren zijn ontwikkeld. Een blijvende investering in het up-to-date houden van de indicatorenset is noodzakelijk.

Onderzoek de oorzaken van verschillen tussen huisartsen

FTO-niveau en belonen op basis van indicatorscores bevorderen goed voorschrijven, maar zijn niet de enige factoren die de kwaliteit van voorschrijven en met name de grote regionale verschillen in kwaliteit van voorschrijven bepalen. In eerdere onderzoeken is ook een verband met huisartsenkenmerken gevonden. Nader onderzoek moet uitwijzen wat de bijdrage van elk van deze factoren is aan het voorschrijfgedrag van huisartsen.

Aanbevelingen aan de zorgverzekeraars

Beloon goed voorschrijven, maar ook goed FTO

- ▶ Maak afspraken met huisartsen over het voorschrijfgedrag en beloon hen bij goede uitkomsten.
- ▶ Maak voor het monitoren van de kwaliteit van voorschrijven (ook) gebruik van de Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen. Door de indicatoren te meten bij de gehele patiëntenpopulatie van een huisarts kan betrouwbaarder worden gemeten dan bij gebruik van de eigen data van de zorgverzekeraar.
- ▶ Investeer ook in de kwaliteit van het FTO. Huisartsen in het kerngebied van Zorg en Zekerheid die zowel beloond worden voor goed voorschrijven als goed FTO, schrijven het beste voor.

Aanbevelingen voor huisartsenorganisaties

Stimuleer het gebruik van de informatie die de Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen biedt

Het in juli 2013 gesloten Zorgakkoord legt opnieuw een verantwoordelijkheid voor doelmatig voorschrijven neer bij de huisarts. De monitor geeft de huisarts inzicht in zijn voorschrijfgedrag en helpt zo dit gedrag - waar nodig - aan te passen.

Stimuleer het gebruik van de Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen binnen FTO- of zorggroep

Binnen de Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen is het nu ook mogelijk groepen van artsen samen te stellen, die elkaars scores kunnen inzien. Bijvoorbeeld een groepspraktijk, gezondheidscentrum, FTO-groep of zorggroep. Huisartsen en apothekers kunnen zo op basis van de scores bespreken welke mogelijkheden tot verbetering van het voorschrijfgedrag uitvoerbaar zijn.

Aanbevelingen voor apothekersorganisaties

Stimuleer het gebruik van de Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen binnen FTO- of zorggroep

Sinds juli 2013 kunnen ook apothekers toegang krijgen tot de scores van de Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen. Bijvoorbeeld binnen een FTO-groep of zorggroep. Huisartsen en apothekers kunnen zo op basis van de scores bespreken welke mogelijkheden tot verbetering van het voorschrijfgedrag uitvoerbaar zijn.

2 Scores op de indicatoren

Samenvatting

In 2012 is de spreiding van de scores van de huisartsen op 8 van de 24 indicatoren uit de Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen meer dan 40 procentpunt. Hieronder zijn veel indicatoren waarbij de voorkeur met name is gebaseerd op de kosten van de middelen. In de eerste lijn is nog veel doelmatigheidswinst te halen rond het voorschrijven van geneesmiddelen. De indicatoren waarvan in 2012 de scores het meeste zijn verbeterd, zijn de indicatoren Dosering simvastatine, nieuwe gebruikers (+6 procentpunt), Dosering rosuvastatine en atorvastatine, nieuwe gebruikers (+4 procentpunt) en Overbehandeling triptanen (+3 procentpunt). De indicatoren waarvan de scores het meest zijn gedaald zijn de indicatoren Behandeling NSAID-gebruikers met maagmiddelen (-10 procentpunt) en Voorkeursmiddelen protonpompremmers (-3 procentpunt).

Interpretatie van de scores

Tabel 2.1 geeft een overzicht van de scores op de indicatoren uit de Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen. De cijfers hebben betrekking op het hele jaar 2012. De definities van de indicatoren staan in hoofdstuk 6. De volume-indicatoren zijn opgenomen in hoofdstuk 3.

De indicatoren zijn positief geformuleerd. Dat betekent dat hoe hoger de score is, des te beter huisartsen zich conformeren aan het voorkeursbeleid. De indicator Reservemiddelen en tweede keus antibiotica vormt hierop een uitzondering. Hoe lager de score op deze indicator des te beter volgen de huisartsen het voorkeursbeleid.

Voor de meeste indicatoren geldt dat een score van 100 procent (of 0 procent voor Reservemiddelen en tweede keus antibiotica en volume indicatoren) niet haalbaar en niet wenselijk is. Bij (vrijwel) alle indicatoren bestaan gegronde redenen om af te wijken van de richtlijnen. Daarom staan in de tabel alleen de landelijke gemiddelden en de spreiding, en geen streefwaarden. Het gemiddelde is het gewogen gemiddelde van de scores van alle huisartsen. De spreiding is de bandbreedte tussen de 10-percentielscore en de 90-percentielscore. De 10-percentielscore is de score waaronder tien procent van de huisartsen zit (de laagst scorende huisartsen) en de 90-percentielscore is de score waarboven tien procent van de huisartsen zit (de hoogst scorende huisartsen). Een grote spreiding betekent dat er grote verschillen zijn tussen huisartsen qua voorschrijfgedrag, een kleine spreiding duidt op kleine verschillen tussen huisartsen.

De indicatoren zijn ingedeeld op basis van de mate van ruimte voor verbetering. Deze is ingeschat aan de hand van de grootte van de spreiding. Bij een spreiding van minder dan 20 procentpunt, schatten wij in dat er weinig ruimte meer is voor verbetering. Er is dan weinig variatie tussen de huisartsen. De behaalde scores lijken voor de meeste huisartsen het hoogst haalbare in de praktijk. Bij een spreiding van meer dan 40 procentpunt is er veel variatie tussen de huisartsen en schatten wij in dat er veel ruimte is voor verbetering.

Tabel 2.1 Overzicht scores indicatoren 2012*

Verbetering	Indicator	Gemiddelde	Spreiding**
Weinig ruimte voor verbetering	Reservemiddelen en 2e keus antibiotica***	17%	11-25%
	Behandeling HVZ-patiënten met statines	70%	62-78%
	Behandeling diabetespatiënten met metformine****	95%	83-100%
	Voorkeursmiddelen protonpompremmer****	92%	82-100%
	Overbehandeling triptanen	80%	70-89%
Ruimte voor verbetering	Behandeling astmapatiënten met inhalatiecorticosteroïden	79%	67-89%
	Behandeling diabetespatiënten met statines	73%	61-84%
	Behandeling NSAID-gebruikers met maagmiddelen	77%	63-89%
	Voorkeursmiddelen statines****	83%	68-96%
	Voorkeursmiddelen NSAID's****	86%	66-98%
	Behandeling opiaatgebruikers met laxantia	48%	33-65%
	Therapietrouw antidepressiva	71%	52-90%
Veel ruimte voor verbetering	Voorkeursmiddelen triptanen****	35%	5-67%
	Voorkeursmiddelen bisfosfonaten****	77%	33-100%
	Voorkeursmiddelen antidepressiva****	56%	20-89%
	Dosering rosuvastatine en atorvastatine****	64%	29-100%
	Dosering simvastatine****	66%	24-96%
	Voorkeursmiddelen RAS-remmers****	70%	24-97%
	Voorkeursmiddelen ACE-remmers****	77%	23-100%
	Voorkeursmiddelen All-antagonisten****	60%	6-100%

* Definities van de indicatoren staan in hoofdstuk 6.

** De spreiding is de afstand tussen de 10-percentielscore en de 90-percentielscore.

*** Bij deze indicator geldt: hoe lager de score, hoe minder reservemiddelen en tweede keus antibiotica worden voorgeschreven.

**** Bij de keuze- en doseringsindicatoren in deze tabel geldt altijd dat het gaat om het subtype 'nieuwe gebruikers'.

Op acht indicatoren veel ruimte voor verbetering

Op vijf indicatoren is de spreiding van de scores klein. Bij deze indicatoren bestaat weinig ruimte voor verbetering. Het gaat vooral om indicatoren waarbij de richtlijnen een duidelijke voorkeur uitspreken voor een geneesmiddel, zoals Behandeling diabetespatiënten met metformine. Vrijwel alle diabetespatiënten starten met metformine, zoals aangeraden in de NHG-standaard Diabetes mellitus (2006).

Bij acht indicatoren zijn er grote verschillen in de scores tussen de huisartsen. Hieronder zijn veel indicatoren, waarbij de NHG-standaarden geen voorkeur uitspreken voor een bepaald middel uit de groep. Op grond van de kosten van de geneesmiddelen kan de arts wel een keuze maken voor een meer of minder doelmatig middel. Voorbeelden van dit type indicatoren met grote verschillen tussen de huisartsen zijn Voorkeursmiddelen All-antagonisten (gemiddelde score 60 procent, spreiding 6 - 100 procent), Voorkeursmiddelen ACE-remmers (gemiddelde score 77 procent, spreiding 23 - 100 procent), Voorkeursmiddelen bisfosfonaten (gemiddelde score 77 procent, spreiding 33 - 100 procent) en Voorkeursmiddelen antidepressiva (gemiddelde score 56 procent, spreiding 20 - 89 procent).

Ook de nieuwe indicator Voorkeursmiddelen triptanen valt in deze categorie. De NHG-standaard Hoofdpijn (2004) adviseert bij migraine - wanneer paracetamol en NSAID's onvoldoende effect hebben - een triptaan voor te schrijven zonder daarbij een voorkeur voor een bepaald middel aan te geven. Sumatriptan in tabletvorm is het enige triptaan dat in heel 2012 als generiek product beschikbaar was. De prijs van deze tabletten ligt een factor 10 tot 20 lager dan van de niet-generieke triptanen. Toch schrijven veel huisartsen als eerste triptaan een ander middel dan sumatriptan in tabletvorm voor (gemiddelde score 34 procent, spreiding 6 - 67 procent). Hier is dus veel doelmatigheidswinst te halen.

Maar ook bij indicatoren waar de NHG-standaarden wel een duidelijke voorkeur uitspreken voor een bepaald middel, bestaan grote verschillen tussen artsen. Bijvoorbeeld bij de indicator Voorkeursmiddelen RAS-remmers. Hoewel de NHG-standaarden Cardiovasculair Risicomanagement (2012) en Hartfalen (2010) aanraden eerst een ACE-remmer voor te schrijven, schrijft een aanzienlijk deel van de huisartsen niet eerst een ACE-remmer maar direct een AII-antagonist (gemiddelde score 70 procent, spreiding 24 - 97 procent) voor. Het draagvlak voor de voorkeur voor ACE-remmers lijkt onder een deel van de huisartsen niet groot.

Ook op de indicatoren rond de dosering van statines is veel ruimte voor verbetering. De lage scores op de indicatoren Dosering simvastatine (gemiddelde score 66 procent, spreiding 24 - 96 procent) en Dosering atorvastatine en rosuvastatine (gemiddelde score 64 procent, spreiding 29 - 100 procent) wijzen erop dat artsen geneigd zijn met een lage dosering van deze middelen te starten. Dit is in tegenspraak met de NHG-standaard Cardiovasculair risicomanagement (2012) die juist aanraadt te starten met simvastatine 40 mg, en - bij onvoldoende effect - over te stappen op atorvastatine 20 of 40 mg of rosuvastatine 10 of 20 mg.

Vergelijking met eerdere jaren: stijgers en dalers

In tabel 2.2 zijn de grootste veranderingen in scores ten opzichte van 2011 weergegeven.

Tabel 2.2 Grootste veranderingen ten opzichte van 2011 (verschil gemiddelde scores ten opzichte van scores in het rapport 2011)			
		Score 2011	Score 2012
Stijgers	Dosering simvastatine*	60%	66% **
	Dosering rosuvastatine en atorvastatine, nieuwe gebruikers*	60%	64%
	Overbehandeling triptanen	77%	80%
Dalers	Behandeling NSAID-gebruikers met maagmiddelen	87%	77%
	Voorkeursmiddelen protonpompremmers*	95%	92%

* Bij de keuze- en doseringsindicatoren in deze tabel geldt altijd dat het gaat om het subtype 'nieuwe gebruikers'.

** De definitie van deze indicator is gewijzigd. In zowel de vorige als de actuele definitie is de score 66 procent.

De indicator Dosering simvastatine en pravastatine is vervangen door Dosering simvastatine, vanwege het verschijnen van de herziene NHG-standaard Cardiovasculair Risicomanagement (2012) begin 2012. Er is een duidelijke stijging ten opzichte van 2011 van 60 naar 66 procent in beide versies van de indicator. Ook op de - ongewijzigde - indicator Dosering rosuvastatine en atorvastatine is de score in 2012 hoger dan in 2011. De NHG-standaard Cardiovasculair Risicomanagement (2012) geeft een helder stappenplan voor de aanbevolen doseringen van de statines. Dit heeft mogelijk bijgedragen aan deze hogere scores.

Sinds 1 januari 2012 worden protonpompremmers alleen nog bij chronisch gebruik vergoed. De gevolgen van deze maatregel zijn duidelijk terug te zien in de duidelijk lagere score op de indicator Behandeling NSAID-gebruikers met maagmiddelen (77 procent in 2012 versus 87 procent in 2011). Hieruit mag niet worden afgeleid dat tien procent van de NSAID-gebruikers boven de 70 jaar geen maagprotectie meer gebruikt. Patiënten die hun maagmedicatie zelf betalen, worden ten onrechte als onbeschermd gescoord, omdat de scores gebaseerd zijn op geneesmiddeldeclaraties. Op basis van apotheekgegevens blijkt het aandeel NSAID-gebruikers met maagprotectie met 4 procentpunt te zijn gedaald¹.

Mogelijk speelt deze vergoedingsmaatregel ook een rol bij de afgenomen score op de indicator Voorkeursmiddelen protonpompremmers. Door de vergoedingsmaatregel wordt niet meer het allereerste voorschrift van een gebruiker opgenomen in de Vektis-database. De kosten voor dit voorschrift komen immers voor rekening van de patiënt. De indicator wordt berekend op het eerste, gedeclareerde voorschrift van een gebruiker. Een aantal mensen kan voor dit gedeclareerde voorschrift op eigen kosten al een voorkeursmiddel hebben gebruikt en daarmee niet uitkomen. Omdat geneesmiddelen op eigen kosten niet bij Vektis in de database terechtkomen, worden zij dan ten onrechte als nieuwe gebruiker gezien. Een andere mogelijke verklaring is het generiek beschikbaar komen van esomeprazol, waardoor huisartsen ook deze maagzuurremmer vaker zijn gaan voorschrijven.

De score op de indicator Overbehandeling triptanen is in 2012 met 3 procentpunt gestegen, terwijl deze in 2011 juist 2 procentpunt was gedaald.

¹ Meulepas M, Lambooy AC. Maagzuurremmergebruik als protectie bij NSAID en ASA. Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik, Utrecht, 2013.

3 Volume-indicatoren

Samenvatting

Aan de scores in 2012 valt op dat de spreiding op drie volume-indicatoren groot is. Ten opzichte van de gemiddelde score is de spreiding op de indicatoren Volume starters antidepressiva het grootst. Op de indicator Volume antibiotica is de spreiding kleiner. Ten opzichte van 2010 is de score op Volume antibiotica met 4 procentpunt gedaald. De score op de indicator Volume protonpompremmers is nagenoeg onveranderd.

Interpretatie van de scores

Dit jaar zijn 4 volume-indicatoren opgenomen in de Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen. Volume-indicatoren meten het aantal gebruikers van een geneesmiddelgroep ten opzichte van totale patiëntenpopulatie van de huisartsenpraktijk. Hierbij wordt gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht. Daarnaast kunnen andere factoren het voorschrijfvolume van de huisarts beïnvloeden, zoals etniciteit en opleidingsniveau van de populatie. Hiervoor wordt niet gecorrigeerd.

Het gemiddelde is het gewogen gemiddelde van de scores van alle huisartsen. De spreiding is de bandbreedte tussen de 10-percentielscore en de 90-percentielscore. De 10-percentielscore is de score waaronder tien procent van de huisartsen zit (de laagst scorende huisartsen) en de 90-percentielscore is de score waarboven tien procent van de huisartsen zit (de hoogst scorende huisartsen).

Tabel 3.1 Overzicht scores volume indicatoren 2012*

Indicator	Gemiddelde	Spreiding**
Volume antibiotica***	15%	11-20%
Volume langdurige gebruikers antidepressiva***	1,9%	1,0-2,8%
Volume starters antidepressiva***	0,14%	0,03-0,28%
Volume protonpompremmers***	2,5%	1,3-3,8%

* Definities van de indicatoren staan in hoofdstuk 6.

** De spreiding is de afstand tussen de 10-percentielscore en de 90-percentielscore.

*** Voor volume-indicatoren geldt hoe lager hoe beter, uiteraard met een optimum.

De verschillen op de scores tussen huisartsen zijn aanzienlijk. De spreiding bij de indicator Volume protonpompremmers is 2,5 procentpunt, bij een gemiddelde score van 2,5 procent. Bij een normpraktijk² gebruiken gemiddeld 46 patiënten onder de 60 jaar langdurig protonpompremmers, met een spreiding van 24 tot 70 patiënten. Patiënten uit deze leeftijdscategorie hebben over het algemeen geen indicatie voor langdurig gebruik. De NHG-standaard Maagklachten (2013) besteedt uitgebreid aandacht aan het terugdringen van langdurig gebruik van protonpompremmers. Wellicht zal deze indicator op termijn dan ook lager gaan scoren.

² Uitgaand van 2.350 patiënten met een normale leeftijd- en geslachtsverdeling.

De beide indicatoren over het gebruik van antidepressiva laten eveneens een grote spreiding zien. Bij de indicator Volume starters antidepressiva gaat om kleine aantallen patiënten per huisarts (gemiddeld 13 patiënten, spreiding 3 tot 26). Toch zetten sommige huisartsen beduidend vaker antidepressiva in dan andere huisartsen, die wellicht eerder voor niet-medicamenteuze therapie kiezen. Ook bij de indicator Volume langdurig gebruik van antidepressiva zijn grote verschillen tussen de huisartsen te zien. Gemiddeld gebruiken 45 patiënten per normpraktijk antidepressiva langer dan 15 maanden, met een spreiding van 24 tot 66.

Vergelijking met eerdere jaren

De indicatoren Volume antibiotica en Volume protonpompremmers zijn in 2010 ook gemeten. Het aandeel patiënten met één of meer voorschriften voor antibiotica is van 19 procent (spreiding 13 - 25 procent) gedaald naar 15 procent (spreiding 11 - 20 procent). In de afgelopen jaren is zowel in de medische vakbladen als in de media veel aandacht besteed aan antibioticumgebruik en resistentieontwikkeling. Mogelijk heeft dit zijn invloed op het terughoudender voorschrijven van antibiotica.

De score op de indicator Volume protonpompremmers is nagenoeg onveranderd, van 2,6 procent in 2010 naar 2,5 procent in 2012. Deze indicator meet het langdurig gebruik van protonpompremmers. Het stoppen van de vergoeding van protonpompremmers voor kortdurend gebruik per 1 januari 2012 heeft in 2012 geen effect gehad op het aantal mensen onder de 60 jaar dat chronisch protonpompremmers gebruikt.

4 Regionale verschillen

Samenvatting

Tussen regio's bestaan grote verschillen in de scores op de indicatoren. Wel is de spreiding op de meeste indicatoren iets afgenomen. De grootste verschillen bestaan bij de indicatoren uit de categorie 'veel ruimte voor verbetering' (zie hoofdstuk 2). Het niveau van het FTO in de regio is een van de oorzaken voor deze verschillen. Er is een positieve, significante correlatie tussen het percentage FTO-groepen op het hoogste niveau en de score op acht indicatoren.

Regionale verschillen

Om de regionale verschillen in kaart te brengen zijn de scores per indicator per tweecijferig postcodegebied berekend. In tabel 4.1 vindt u de score van de laagst en de hoogst scorende regio's. De indicatoren zijn gerangschikt op de grootte van de regionale verschillen. U vindt de landkaarten met scores voor alle individuele indicatoren in bijlage 1.

Tabel 4.1 Overzicht regionale verschillen indicatoren 2012*			
Indicator	Regionale spreiding**	Verskil laagst en hoogst scorende regio	Gemiddeld
Dosering simvastatine***	25-92%	67%	66%
Voorkeursmiddelen ACE-remmers***	34-96%	62%	77%
Voorkeursmiddelen AII-antagonisten***	23-82%	59%	60%
Voorkeursmiddelen triptanen***	20-61%	41%	35%
Voorkeursmiddelen antidepressiva***	31-71%	40%	56%
Voorkeursmiddelen bisfosfonaten***	59-95%	35%	77%
Dosering rosuvastatine en atorvastatine***	47-75%	28%	64%
Voorkeursmiddelen RAS-remmers***	48-87%	39%	70%
Behandeling NSAID-gebruikers met maagmiddelen	54-86%	32%	77%
Behandeling opiaat gebruikers met laxantia	31-58%	27%	48%
Therapietrouw antidepressiva	57-80%	23%	71%
Behandeling diabetespatiënten met statines	57-79%	22%	73%
Voorkeursmiddelen statines***	70-89%	19%	83%
Voorkeursmiddelen NSAID's***	78-96%	18%	86%
Behandeling HVZ-patiënten met statines	59-75%	17%	70%
Voorkeursmiddelen protonpompremmers***	83-98%	15%	92%
Behandeling astmapatiënten met inhalatiecorticosteroïden	71-85%	14%	79%
Reservemiddelen en 2e keus antibiotica****	13-27%	14%	17%
Overbehandeling triptanen	72-84%	11%	80%
Behandeling diabetespatiënten met metformine***	89-97%	8%	95%

* Definities van de indicatoren staan in hoofdstuk 6.

** De spreiding is de afstand tussen de laagst en de hoogst scorende regio.

*** Bij de keuze indicatoren in deze tabel geldt altijd dat het gaat om het subtype 'nieuwe gebruikers'.

**** Bij deze indicator geldt: hoe lager de score, hoe minder reservemiddelen en tweede keus antibiotica worden voorgeschreven.

De grootste regionale verschillen vinden we bij de indicatoren Dosering simvastatine (67 procentpunt verschil tussen de hoogst en de laagst scorende regio), Voorkeursmiddelen ACE-remmers (62 procentpunt verschil tussen de hoogst en de laagst scorende regio) en Voorkeursmiddelen All-antagonisten (59 procentpunt verschil). Vooral de indicatoren met veel ruimte voor verbetering laten een grote regionale spreiding zien. Dat impliceert dat de verbetering vooral in een aantal regio's kan worden behaald. Per indicator kan het andere regio's betreffen.

In vergelijking met vorig jaar is de regionale spreiding op de meeste indicatoren afgenomen. De grootste afname van de regionale spreiding is bij de indicatoren Voorkeursmiddelen bisfosfonaten (van 44 naar 35 procentpunt) en bij Dosering rosu- en atorvastatine (van 37 naar 28 procentpunt). Dit is een duidelijke trendbreuk met voorgaande jaren. In de afgelopen jaren zagen we de regionale verschillen duidelijk toenemen.

Clusterscores

Naast het berekenen van scores op individuele indicatoren zijn voor elk postcodegebied de clusterscores berekend. De scores per cluster (ten opzichte van de gemiddelde score) zijn weergegeven in de landkaarten in dit hoofdstuk. De clusterindeling staat toegelicht in hoofdstuk 6. De berekeningen worden toegelicht in hoofdstuk 7. In bijlage 2 staan de rangnummers van de verschillende postcodegebieden voor de verschillende postcodegebieden voor het totaal van de indicatoren en de verschillende clusters. Bijlage 3 bevat een overzicht van de postcodegebieden.

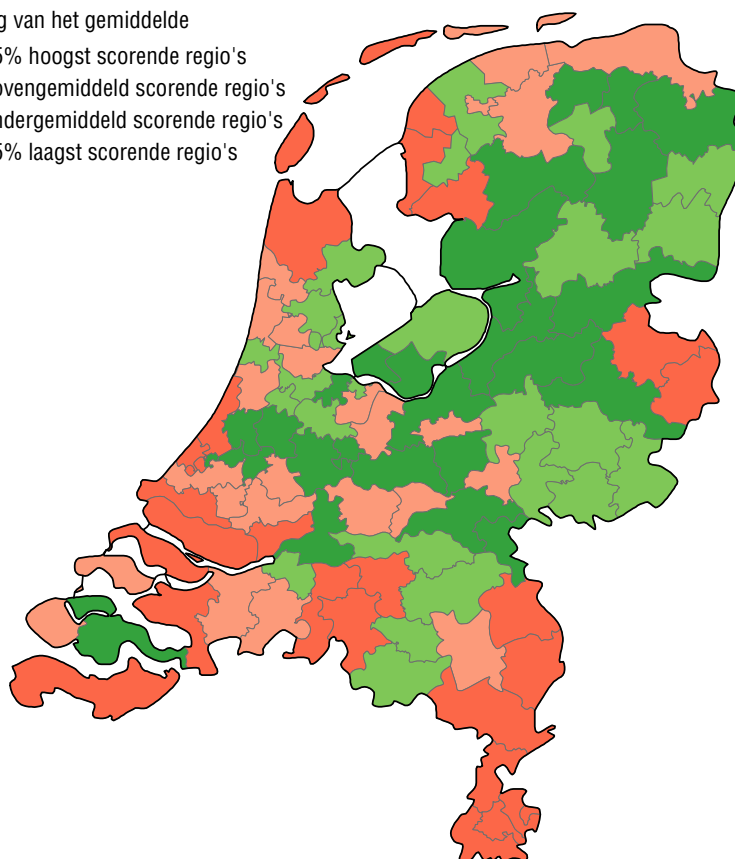
De volgende postcodegebieden scoren, gemeten over alle indicatoren met uitzondering van de volume-indicatoren³, in 2012 het hoogst: 80 (Zwolle), 98 (Aduard), 81 (Raalte, Epe), 66 (Wijchen, Elst) en 23 (Leiden). De regio Zwolle scoorde ook vorig jaar zeer hoog. Regio Leiden is snel gestegen. Vorig jaar stonden de Leidse huisartsen nog op de 21e plaats. De laagst scorende gebieden zijn 64 (Brunssum, Kerkrade), 63 (Heerlen), 25 ('s Gravenhage), 62 (Maastricht) en 60 (Weert, Roermond). Regio 60, 62, 63 en 64 behoorden ook in 2011 tot de vijf laagst scorende regio's. Regio 's Gravenhage was zesde van onderen in 2011.

³ De wijze van berekenen van de volume-indicatoren verschilt sterk van de andere indicatoren. Daarom worden de volume-indicatoren niet meegenomen in de clusters.

Landkaart 4.1 Therapiekeuze

Afwijking van het gemiddelde

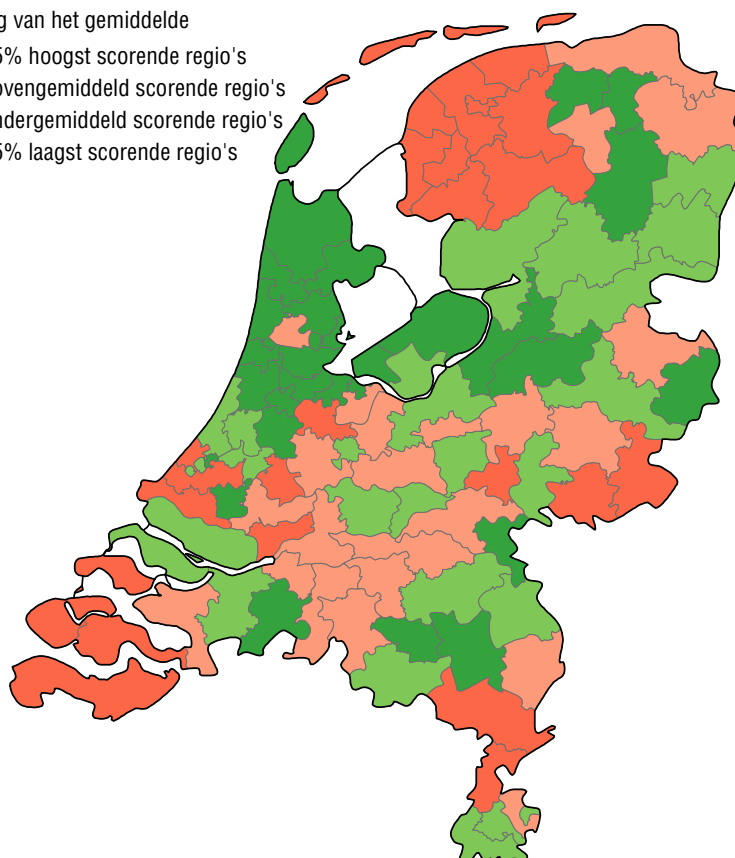
- 25% hoogst scorende regio's
- bovengemiddeld scorende regio's
- ondergemiddeld scorende regio's
- 25% laagst scorende regio's



Landkaart 4.2 Cardiovasculair risicomanagement en diabetes mellitus

Afwijking van het gemiddelde

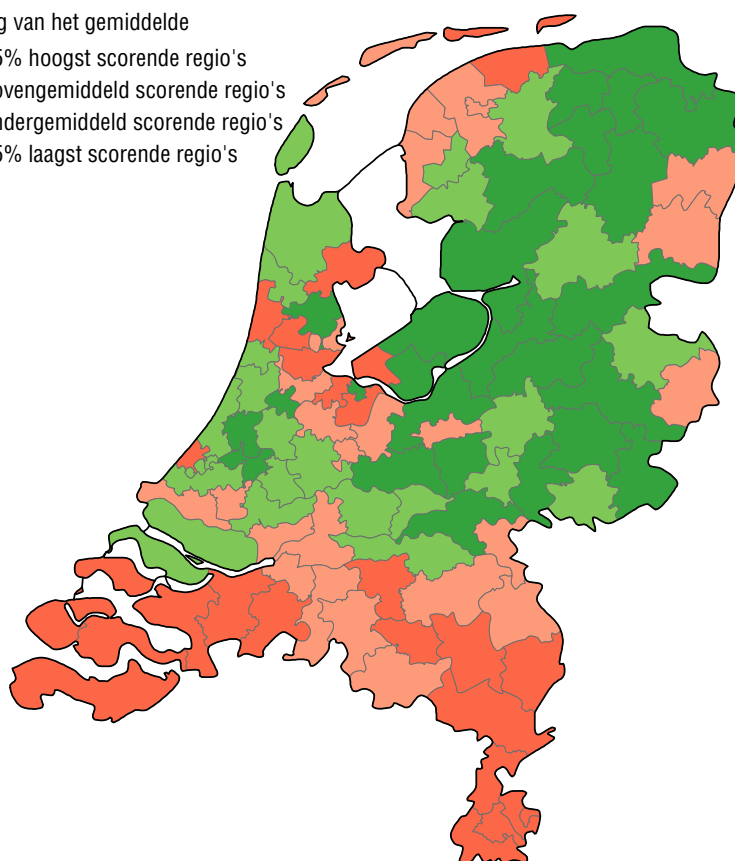
- 25% hoogst scorende regio's
- bovengemiddeld scorende regio's
- ondergemiddeld scorende regio's
- 25% laagst scorende regio's



Landkaart 4.3 Patiëntenzorg

Afwijking van het gemiddelde

- 25% hoogst scorende regio's
- bovengemiddeld scorende regio's
- ondergemiddeld scorende regio's
- 25% laagst scorende regio's



Volume-indicatoren per regio

In tabel 4.2 vindt u de score van de laagst en de hoogst scorende regio's op de volume-indicatoren. Deze indicatoren vertonen geen sterke correlatie en zijn daarom niet samengevoegd tot een cluster.

Tabel 4.2 Overzicht regionale verschillen volume-indicatoren 2012*

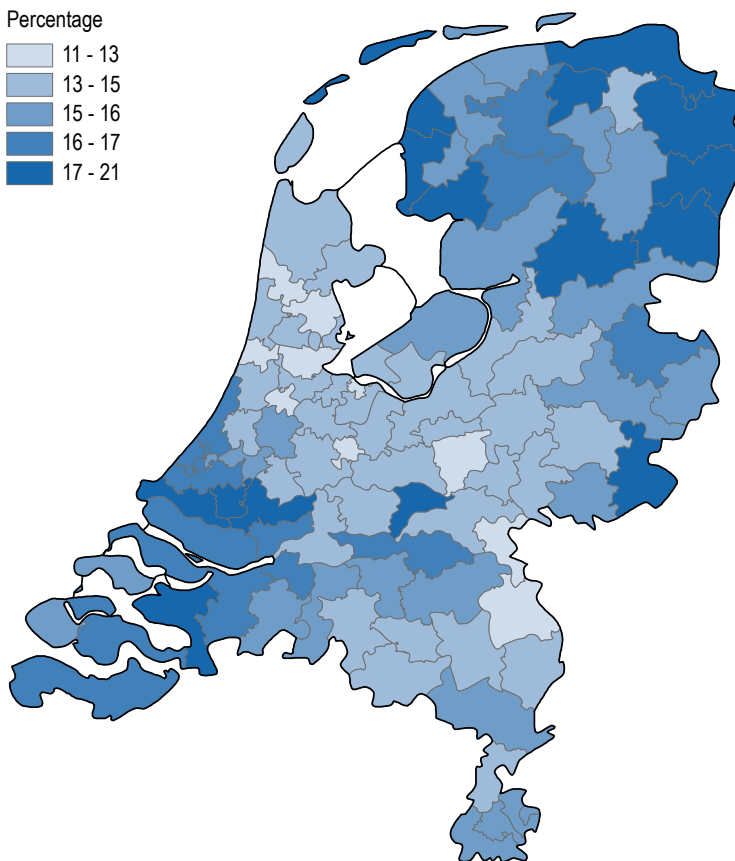
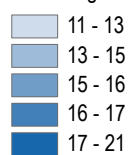
Indicator	Regionale spreiding	Vershil laagst en hoogst scorende regio	Gemiddeld
Volume antibiotica	11 - 20%	9%	15%
Volume protonpompremmers	1,8 - 4,2%	2,4%	2,5%
Volume langdurige gebruikers antidepressiva	1,3 - 3,0%	1,7%	2,0%
Volume starters antidepressiva	0,08 - 0,31%	0,24%	0,14%

* Definities van de indicatoren staan in hoofdstuk 6.

Opvallend is dat in de provincie Groningen relatief veel patiënten jonger dan 60 jaar langdurig protonpompremmers gebruiken. In Groningen en Friesland zijn relatief veel patiënten die langdurig (langer dan 18 maanden) een antidepressivum gebruiken. Daarentegen starten in (een deel van) Friesland weer relatief weinig mensen met een antidepressivum.

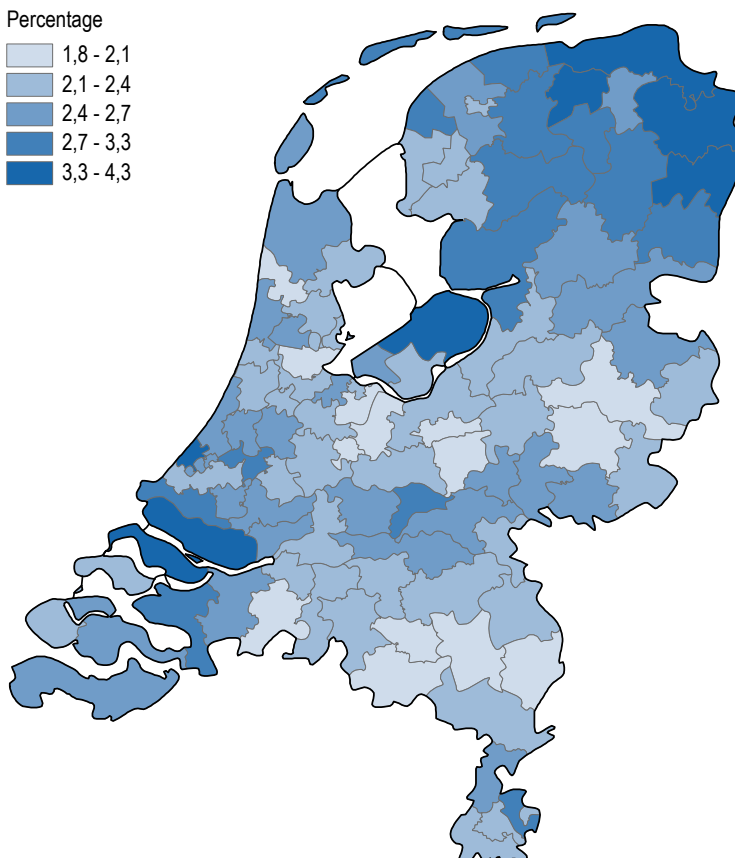
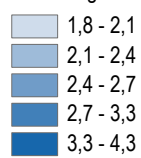
Landkaart 4.4 Volume antibiotica

Percentage

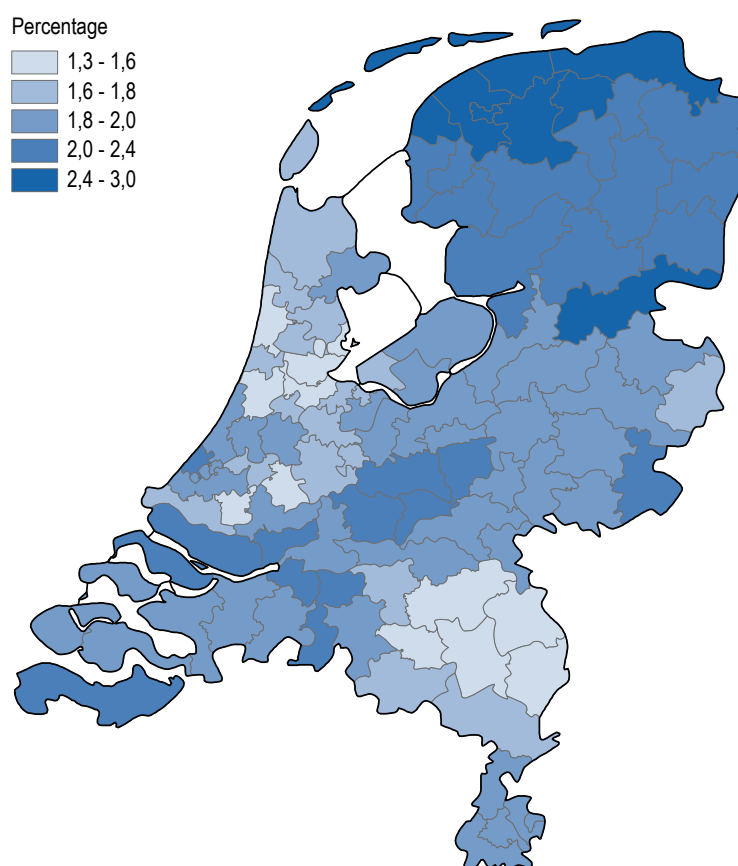


Landkaart 4.5 Volume protonpompremmers (chronisch gebruik)

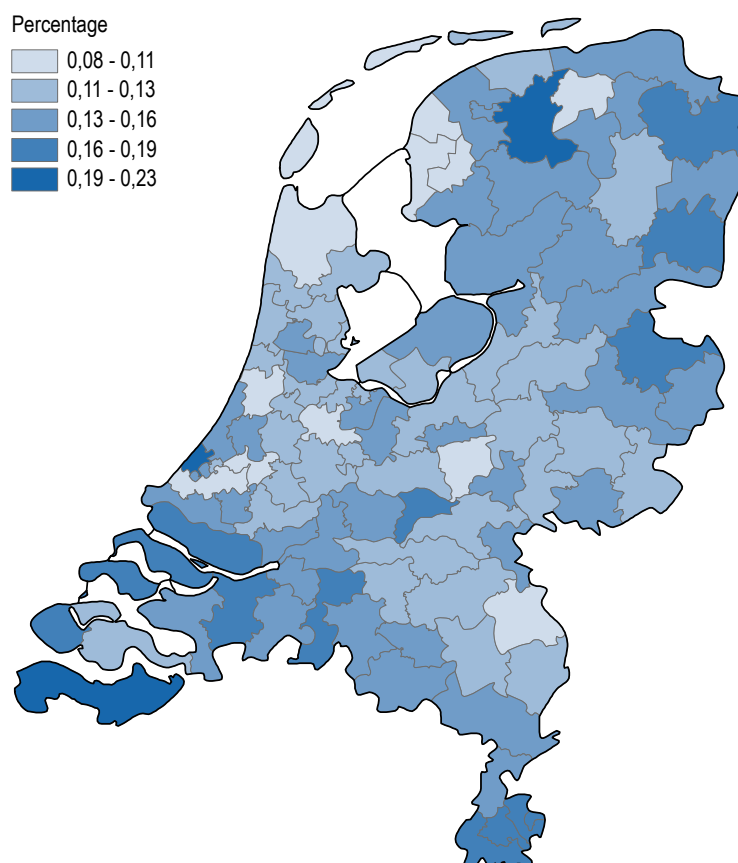
Percentage



Landkaart 4.6 Volume langdurige gebruikers antidepressiva



Landkaart 4.7 Volume starters antidepressiva



FTO-niveau als verklaring voor regionale verschillen

De grote regionale verschillen kunnen verschillende oorzaken hebben. Dit hoofdstuk beschrijft de invloed van de kwaliteit van het FTO op de scores. In hoofdstuk 5 staan we stil bij de invloed van het beleid van zorgverzekeraars op de scores. Andere factoren die bijdragen aan regionale verschillen zijn bevolkingsopbouw, huisartskenmerken, regionale kwaliteitsprojecten, transmurale afspraken en marketingactiviteiten van de farmaceutische industrie. Van al deze factoren heeft onderzoek⁴ laten zien dat zij invloed hebben op het voorschrijfgedrag van huisartsen.

Een mogelijke verklaring voor de regionale verschillen is het niveau waarop de FTO-groepen in de regio functioneren. De verwachting is dat huisartsen die deelnemen aan een goed functionerend FTO meer conform de NHG-standaarden voorschrijven en daarmee hoger scoren op de indicatoren. Om deze hypothese te toetsen is de correlatie tussen het percentage groepen dat functioneert op niveau vier binnen een twee-cijferig postcodegebied en de scores op de indicatoren binnen regio's onderzocht. Hiervoor zijn de gegevens gebruikt uit de FTO-peiling 2011⁵. Het niveau van het FTO wordt bepaald aan de hand van een aantal criteria, waaronder het gebruiken van prescriptiecijfers en resultaatdoelstellingen binnen het FTO.

Tabel 4.3 geeft de correlatie aan tussen het percentage groepen dat functioneert op niveau vier - het hoogste niveau - binnen een postcodegebied en de scores op de indicatoren.

Hoewel de correlaties laag zijn, maximaal 0,39, vinden we bij acht indicatoren een significante correlatie tussen percentage FTO-groepen dat in een regio op niveau vier functioneert, en de indicatorscores. Alle significante correlaties zijn positief. In regio's met een hoger percentage groepen op niveau vier kiezen huisartsen vaker voor de voorkeursmiddelen uit de groepen bisfosfonaten, protonpompremmers, RAS-remmers en triptanen. Bij patiënten met diabetes mellitus schrijven ze vaker metformine voor als eerste middel. Relatief meer patiënten met astma worden in deze regio's behandeld met inhalatiecorticosteroiden. Er zijn minder langdurige gebruikers van antidepressiva. Ten slotte gebruiken gebruikers van NSAID's ouder dan 70 jaar vaker een maagbeschermer in de regio's met een hoger percentage FTO-groepen op niveau vier.

Deze bevindingen komen overeen met eerder onderzoek naar het verband tussen FTO-niveau en uitkomsten op prescriptie-indicatoren.^{6,7} Deze onderzoeken lieten verschillende significante correlaties zien tussen FTO-niveau en uitkomsten op prescriptie-indicatoren. Voor een deel zijn dit dezelfde indicatoren waarbij we nu ook een significante correlatie vinden, namelijk Voorkeursmiddelen RAS-remmers en Behandeling astmapatiënten met inhalatiecorticosteroiden. Overigens zijn niet alle indicatoren in de eerdere onderzoeken meegenomen.

⁴ Haaijer-Ruskamp FM, Denig P. Invloeden bij het kiezen van geneesmiddelen. Geneesmiddelenbulletin 2001, 35 (4): 37-42.

⁵ Cambach W, Essink RTGM. FTO-peiling 2011. Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik, Utrecht, 2013.

⁶ Meulepas M. Relatie tussen FTO-niveau en scores op voorschrijfindicatoren. DGV, Nederlands Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik, Utrecht, 2008.

⁷ Eimers M, Van der Aalst A, Pelzer B, et al. Leidt een goed FTO tot beter voorschrijven? Huisarts Wet 2008;51:340-5.

Tabel 4.3 Correlatie tussen FTO-niveau en scores indicatoren 2012*

Cluster	Indicator	Pearson Correlation	Significantie (one-tailed)
Therapiekeuze	Reservemiddelen en 2e keus antibiotica**	-0,05	0,36
	Voorkeursmiddelen All-antagonisten**	0,02	0,48
	Voorkeursmiddelen ACE-remmers**	-0,20	0,06
	Voorkeursmiddelen antidepressiva**	0,02	0,36
	Voorkeursmiddelen bisfosfonaten**	0,24	0,03***
	Voorkeursmiddelen NSAID's**	0,20	0,06
	Voorkeursmiddelen protonpompremmers**	0,39	0,001***
	Voorkeursmiddelen RAS-remmers**	0,27	0,02***
	Voorkeursmiddelen statines**	-0,07	0,28
	Voorkeursmiddelen triptanen**	0,38	0,001***
CVRM en diabetes	Behandeling diabetespatiënten met metformine	0,25	0,02***
	Behandeling diabetespatiënten met statines	0,09	0,24
	Behandeling HVZ-patiënten met statines	-0,04	0,38
	Dosering rosuvastatine en atorvastatine**	0,15	0,12
	Dosering simvastatine**	0,10	0,22
Patiëntenzorg	Behandeling astmapatiënten met inhalatiecorticosteroïden	0,27	0,02***
	Behandeling NSAID-gebruikers met maagmiddelen	0,32	0,01***
	Behandeling opiaatgebruikers met laxantia	0,11	0,19
	Overbehandeling triptanen	-0,03	0,41
	Therapietrouw antidepressiva	0,12	0,18
Volume	Volume antibiotica	-0,06	0,31
	Volume langdurige gebruikers antidepressiva	0,22	0,04***
	Volume starters antidepressiva	-0,02	0,45
	Volume protonpompremmers	0,20	0,06

* Definities van de indicatoren staan in hoofdstuk 6.

** Bij de keuze indicatoren in deze tabel geldt altijd dat het gaat om het subtype 'nieuwe gebruikers'.

*** Deze correlatie is significant, $p < 0,05$.

Een beperking van dit onderzoek is dat we geen directe vergelijking van het niveau van de FTO-groep met de indicatorscores hebben kunnen maken. Er is gekeken naar de correlatie tussen het percentage FTO-groepen dat op een hoog niveau functioneert en de indicatorscores binnen een tweecijferig postcodegebied. Deze indirecte vergelijking verzwakt vrijwel zeker het positieve verband tussen het niveau van functioneren van de FTO-groep en het effect op het voorschrijfbeleid. Ook is niet bekend of de FTO-groepen de onderwerpen van de indicatoren recent hebben besproken.

5 Zorgverzekeraars

Samenvatting

Huisartsen in de kerngebieden van Zorg en Zekerheid en Achmea schrijven het meest volgens de richtlijnen voor. Beide verzekeraars belonen huisartsen voor hogere scores op voorschrijfindicatoren. Zorg en Zekerheid scoort hoger dan Achmea. Deze verzekeraar beloont ook voor een hoger FTO-niveau.

Verschillen tussen zorgverzekeraars

In dit hoofdstuk beschrijven we de rangordes op de clusters van indicatoren per zorgverzekeraar. Anders dan in vorige jaren zijn de scores per zorgverzekeraar dit jaar berekend op basis van de postcodegebieden waar een zorgverzekeraar dominant is. Ook zijn de verschillende zorgverzekeraars anders weergegeven, namelijk op concernniveau. Deze wijze van berekenen leidt tot het wegvallen van enkele (kleinere) verzekeraars ten opzichte van vorig jaar. Hieronder is ook de zorgverzekeraar die de afgelopen jaren het best scoorde: ENO (voorheen Salland).

In tabel 5.1 staat een overzicht van de rangorde van de zorgverzekeraars. De tabel bevat de rangorde op de drie clusters van indicatoren en de overall rangorde op basis van alle indicatoren, uitgezonderd de volume-indicatoren⁸. Om ondanks de veranderde berekeningswijze toch een uitspraak te kunnen doen over eventuele veranderingen in de rangorde van de verzekeraars is ook voor 2011 opnieuw de rangorde berekend.

Tabel 5.1 Overzicht rangorde zorgverzekeraars in totaal en op drie clusters*				
Rangorde totaal 2012 (2011)	Zorgverzekeraar	Therapiekeuze	CVRM en diabetes	Patiëntenzorg
1 (2)	Zorg en Zekerheid	1	1	1
2 (1)	Achmea	2	2	4
3 (3)	Menzis	3	4	2
4 (4)	UVIT	5	3	6
5 (5)	De Friesland	4	7	3
6 (7)	DSW	6	6	5
7 (6)	CZ	7	5	7

* De indeling van de clusters staat in hoofdstuk 6.

⁸ De wijze van berekenen van de volume-indicatoren verschilt sterk van de andere indicatoren. Daarom worden de volume-indicatoren niet meegenomen in de clusters.

Ten opzichte van 2011 zijn in 2012 twee verschuivingen zichtbaar: Zorg en Zekerheid lost Achmea af als nummer een: de huisartsen in het kerngebied van Zorg en Zekerheid schrijven het meest volgens de richtlijnen voor. Achmea staat dit jaar tweede. Onderaan staan evenals vorig jaar CZ en DSW. Opvallend is verder dat huisartsen in het kerngebied van De Friesland redelijk hoog scoren op de indicatoren uit de clusters therapiekeuze en patiëntenzorg, maar als laatste eindigen op het cluster cardiovasculair risicomanagement en diabetes.

Effectiviteit van beloning

Twee zorgverzekeraars maken gebruik van voorschrijfindicatoren uit de Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen om huisartsen te belonen. Dit zijn Achmea en Zorg en Zekerheid. Achmea beloont alleen op basis van de indicatorscores. Zorg en Zekerheid stimuleert daarnaast ook FTO-groep niveau vier.

Tabel 5.2 laat zien hoe de rangorde van zorgverzekeraars is bij de door Achmea geselecteerde indicatorenset en bij de niet geselecteerde indicatoren. Deze set komt grotendeels overeen met de door Zorg en Zekerheid geselecteerde indicatoren.

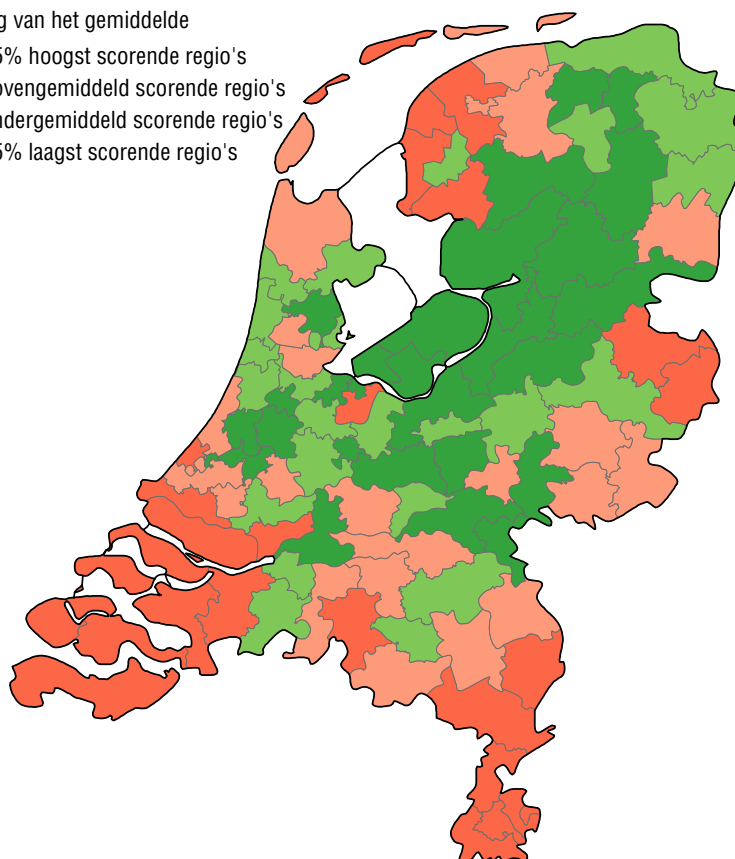
Tabel 5.2 Overzicht rangorde zorgverzekeraars op indicatoren binnen en buiten de beloningsmodules van Achmea en Zorg en Zekerheid		
Zorgverzekeraar	Indicatorenset Achmea	Indicatoren buiten set Achmea
Zorg en Zekerheid	1	1
Achmea	2	3
Menzis	3	2
UVIT	5	4
De Friesland	4	6
DSW	7	5
CZ	6	6

Huisartsen in de kerngebieden van Achmea en Zorg en Zekerheid scoren hoog op indicatoren binnen de beloningsmodules, waarbij Zorg en Zekerheid het in alle categorieën beter doet dan Achmea. Een mogelijke verklaring van dit verschil is dat Zorg en Zekerheid aanvullende eisen stelt aan het niveau van het FTO. Opvallend is dat De Friesland die wel beloont voor niveau van FTO maar niet op indicatorscores, relatief achterblijft. Op de indicatoren buiten de module scoren huisartsen uit de kerngebieden van Menzis beter dan de huisartsen in de kerngebieden van Achmea.

Landkaart 5.1 Scores op indicatorenset Achmea

Afwijking van het gemiddelde

- 25% hoogst scorende regio's
- bovengemiddeld scorende regio's
- ondergemiddeld scorende regio's
- 25% laagst scorende regio's



Het belonen op de uitkomsten van prescriptie-indicatoren beïnvloedt het voorschrijfgedrag van huisartsen op alle indicatoren. Een combinatie van belonen op prescriptie-indicatoren en op FTO-niveau sorteert hierbij meer effect. Opvallend genoeg blijft het positieve effect van het belonen niet beperkt tot de indicatoren waarop beloond wordt.

6 Definities van de indicatoren en clusterindeling

Definities van de indicatoren

De definities van de indicatoren staan hieronder weergegeven. Deze zijn gebaseerd op de NHG-standaarden en aanvullende bronnen die in het hele jaar 2012 geldig waren. De NHG-standaarden die in 2012 zijn verschenen, zoals Depressie en Fractuurpreventie zijn nog niet in de definities verwerkt. De indicatoren staan in dezelfde volgorde als in tabel 2.1.

Voor alle definities geldt: nieuwe gebruikers zijn gebruikers met een eerste voorschrift van de huisarts, die de twaalf maanden voor het eerste voorschrift geen voorschrift hebben gehad voor een middel uit de betreffende geneesmiddelgroep. Alle gebruikers zijn nieuwe en chronische gebruikers, voor wie het laatste voorschrift van de meetperiode door de huisarts is voorgeschreven.

Reservemiddelen en 2e keus antibiotica

Chinolonen, cefalosporinen en amoxicilline/clavulaanzuur zijn volgens de NHG-standaarden Urineweginfecties (2005), Otitis media acuta bij kinderen (2006), Acute keelpijn (2007), Acut hoesten (2011), Rhinosinusitis (2005), COPD (2007), Bacteriële huidinfecties (2007) en het Farmacotherapeutisch Kompas (2012) in de meeste situaties geen eerste keuze middelen. Om de mogelijke ontwikkeling van resistentie te voorkomen dienen deze middelen terughoudend te worden voorgeschreven.

Definitie

Aantal voorschriften voor chinolonen, cefalosporines en amoxicilline/clavulaanzuur

Aantal voorschriften voor antibiotica

Behandeling HVZ-patiënten met statines

Volgens de herziene NHG-standaard 'Cardiovasculair risicomanagement' (2012) horen alle patiënten met doorgemaakte hart- en vaatziekten met een LDL > 2,5 mmol/l een cholesterolsyntheseremmer te krijgen.

Definitie

Aantal gebruikers (40-79 jaar) van nitraten of trombocytenaggregatieremmers in combinatie met een statine

Aantal gebruikers van (40-79 jaar) van nitraten of trombocytenaggregatieremmers

Behandeling diabetespatiënten met metformine

Volgens de NHG-standaard Diabetes mellitus type 2 (2006) is bij onvoldoende resultaat van leefstijladviezen metformine het orale bloedglucoseverlagende middel van eerste keuze. Als daarmee de streefwaarde niet wordt bereikt, is het advies om een ander oraal bloedglucoseverlagend middel toe te voegen aan de metformine.

Definitie

Aantal nieuwe gebruikers van metformine

Aantal nieuwe gebruikers van bloedglucoseverlagende middelen uitgezonderd insuline

Voorkeursmiddelen protonpompremmers

Volgens het Farmacotherapeutisch Kompas (2012) behoort bij de keuze van een protonpompremer, gezien de geringe onderlinge verschillen, de prijs een belangrijke rol te spelen. Omeprazol en pantoprazol zijn de goedkoopste middelen.

Definitie

Aantal nieuwe gebruikers van generiek omeprazol en pantoprazol

Aantal nieuwe gebruikers van protonpompremmers

Overbehandeling triptanen

Het gebruik van triptanen per aanval is gemaximeerd. Gestart wordt met een gift die zonodig binnen 24 uur een keer (en in geval van sumatriptan tabletten twee keer) herhaald mag worden. Bij twee of meer migraine-aanvallen per maand moet volgens de NHG-standaard Hoofdpijn (2004) een preventieve behandeling worden overwogen.

Definitie

Aantal gebruikers met minder dan 72 tabletten sumatriptan of 48 tabletten overige triptanen en aantal gebruikers van triptanen in combinatie met preventieve behandeling met betablokkers

Aantal gebruikers van triptanen

Behandeling astmapatiënten met inhalatiecorticosteroiden

De NHG-standaarden Astma bij volwassenen (2007) en de NHG-standaard Astma bij kinderen (2006) adviseren bij persisterend astma altijd het gebruik van inhalatiecorticosteroiden. De indicatie persisterend astma is af te leiden uit herhaald gebruik van astmamiddelen.

Definitie

Aantal gebruikers (6-39 jaar) van inhalatiecorticosteroiden

Aantal patiënten (6-39 jaar) met >2 voorschriften voor astmamiddelen

Behandeling diabetespatiënten met statines

De NHG-standaard 'Cardiovasculair risicomanagement' (2012) adviseert om bij patiënten met diabetes mellitus type 2 het risico op hart- en vaatziekten in te schatten door 15 jaar bij hun leeftijd op te tellen en vervolgens hun risico af te lezen uit de risicotabel. Dit betekent dat vrouwen met diabetes boven de 55 jaar en mannen boven de 50 jaar vrijwel standaard in aanmerking komen voor statines.

Definitie

Aantal gebruikers (mannen 50 t/m 79 jaar, vrouwen 55 t/m 79 jaar) van orale bloedglucoseverlagende middelen in combinatie met een statine

Aantal gebruikers (mannen 50 t/m 79 jaar, vrouwen 55 t/m 79 jaar) van orale bloedglucoseverlagende middelen

NB: Deze indicator is gewijzigd. In de oude definitie werden gebruikers van orale bloedglucoseverlagende middelen vanaf 40 jaar geïnccludeerd.

Behandeling NSAID-gebruikers met maagmiddelen

Volgens de NHG Farmacotherapeutische richtlijn Pijnbestrijding (2007) zijn bij NSAID-gebruikers ouder dan 70 jaar preventieve maatregelen noodzakelijk ter preventie van maagcomplicaties. Preventieve maatregelen zijn het voorschrijven van een protonpompremmer, misoprostol of een COX-2 selectieve remmer.

Definitie

Aantal gebruikers (>70 jaar) van NSAID's of salicylaten* met maagprotectie

Aantal gebruikers (>70 jaar) van NSAID's of salicylaten

* Het gaat hier alleen om de salicylaten in hoge dosering (300 en 600 mg).

Voorkeursmiddelen statines

Bij indicatie voor een statine gaat volgens de NHG-standaard 'Cardiovasculair risicomanagement' (2012) de voorkeur uit naar simvastatine 40 mg.

Definitie

Aantal nieuwe gebruikers van simvastatine

Aantal nieuwe gebruikers van statines

NB: Deze indicator is gewijzigd. In de oude definitie waren nieuwe gebruikers van pravastatine ook opgenomen in de teller.

Voorkeursmiddelen NSAID's

Gezien de relatief lage kans op bijwerkingen gaat volgens de Farmacotherapeutische richtlijn Pijnbestrijding (2007) binnen de NSAID's de voorkeur uit naar ibuprofen, diclofenac en naproxen. Combinatiepreparaten van een NSAID met een maagbeschermer behoren niet tot de voorkeursmiddelen. Uit kostenoverwegingen verdient dan echter het apart voorschrijven van een generieke protonpompremmer zoals omeprazol of pantoprazol de voorkeur.

Definitie

Aantal nieuwe gebruikers van ibuprofen, naproxen of diclofenac
Aantal nieuwe gebruikers van NSAID's

Behandeling opiaatgebruikers met laxantia

De Farmacotherapeutische richtlijn Pijnbestrijding (2007) van het NHG vermeldt het volgende: Voorkóm obstipatie door vanaf de start van het opioïd een mild laxans toe te voegen zoals lactulosestroop of macrogol/elektrolyten.

Definitie

Aantal gebruikers van sterkwerkende opiaten in combinatie met laxantia
Aantal gebruikers van opiaten (sterkwerkend)

Therapietrouw antidepressiva

Volgens de Multidisciplinaire richtlijn Depressie (2009) en Angststoornissen (2009) is het met het oog op effectiviteit en doelmatigheid van belang te voorkomen dat nieuwe gebruikers vroegtijdig stoppen met het slikken van antidepressiva. Vanwege het veelvuldig voorschrijven van tricyclische antidepressiva en duloxetine (bij diabetespatiënten) voor neuropathische pijn en andere indicaties, worden nieuwe gebruikers die hiermee starten uitgesloten van deze indicator. Vanwege de indicatie van Zyban, stoppen met roken, wordt dit middel ook uitgesloten van deze indicator.

Definitie

Aantal nieuwe gebruikers van antidepressiva dat niet na 1 of 2 voorschriften de medicatie stopt
Aantal nieuwe gebruikers van antidepressiva*

*met uitzondering van nieuwe gebruikers die starten met een TCA, Zyban en diabetespatiënten die duloxetine gebruiken

Voorkeursmiddelen triptanen

De NHG-standaard Hoofdpijn (2004) spreekt geen voorkeur uit voor een triptaan. De triptanen laten nuances zien in werkings- en bijwerkingenpatroon. De standaard adviseert de huisarts om op basis van ervaring, effectiviteit en bijwerkingenprofiel een keuze maken. Volgens het Farmacotherapeutisch Kompas (2012) is sumatriptan het meest uitgebreid onderzocht, heeft het de meeste toedieningsvormen en is met dit middel de meeste ervaring opgedaan. Daarbij komt dat sumatriptan in orale toedieningsvorm veruit het goedkoopste triptaan is. Uit veiligheids- en doelmatigheidsoverwegingen zijn generieke sumatriptan tabletten daarom een logische eerste keuze triptaan.

Definitie

Aantal nieuwe gebruikers van generieke sumatriptan tabletten
Aantal nieuwe gebruikers van triptanen

Voorkeursmiddelen bisfosfonaten

Volgens de NHG-standaard Osteoporose (2005) en multidisciplinaire richtlijn 'Osteoporose en fractuurpreventie' (2011) zijn bij een indicatie voor preventieve behandeling in verband met osteoporose de bisfosfonaten alendronaat of risedronaat eerste keus.

Definitie

Aantal nieuwe gebruikers van alendronaat en risedronaat
Aantal nieuwe gebruikers van bisfosfonaten

Voorkeursmiddelen antidepressiva

De multidisciplinaire richtlijn depressie (2009) geeft aan in de eerste lijn bij ambulant behandelde patiënten met een depressieve stoornis te kiezen uit een SSRI of een TCA. Bij angststoornissen in de eerste lijn zijn SSRI's eerste keus volgens de multidisciplinaire richtlijn 'Angststoornissen' (2009). De richtlijnen benoemen binnen deze groepen geen voorkeursmiddelen. Vanuit oogpunt van doelmatigheid is het daarom belangrijk om een generiek middel te kiezen.

Venlafaxine wordt in deze richtlijnen gezien als een SNRI en is dus geen voorkeursmiddel. Daarbij is venlafaxine een stuk duurder dan generieke SSRI's.

Diabetespatiënten die duloxetine gebruiken worden uitgesloten omdat zij dit middel voor neuropatische pijn gebruiken. Ook tricyclische antidepressiva worden veel neuropatische pijn gebruikt en worden daarom ondanks dat ze eerste keus zijn bij depressie bij deze indicator uitgesloten. Vanwege de indicatie van Zyban, stoppen met roken, wordt dit middel ook uitgesloten van deze indicator.

Definitie

Aantal nieuwe gebruikers van generieke SSRI's*
Aantal nieuwe gebruikers van antidepressiva*

*met uitzondering van nieuwe gebruikers van TCA's, Zyban en diabetespatiënten die duloxetine gebruiken

Dosering rosuvastatine en atorvastatine

Volgens de NHG-standaard 'Cardiovasculair risicomanagement' (2012) is het kosteneffectief om de therapie met statines te intensiveren bij niet halen van de streefwaarden met simvastatine 40 mg. Het advies is om in dit geval atorvastatine 20 of 40 mg of rosuvastatine 10 of 20 mg voor te schrijven. Lagere doseringen hebben geen voordeel boven simvastatine 40 mg.

Definitie

Aantal nieuwe gebruikers van atorvastatine van minimaal

20 mg en rosuvastatine van minimaal 10 mg

Aantal nieuwe gebruikers van atorvastatine en rosuvastatine

Dosering simvastatine

Bij indicatie voor een statine gaat volgens de NHG-standaard 'Cardiovasculair risicomanagement' (2012) de voorkeur uit naar simvastatine 40 mg. Alleen bij zeer geringe verhoging van het LDL is een lagere dosering een optie. Verhogen van de dosering naar 80 mg wordt niet geadviseerd, vanwege de bijwerkingen.

Definitie

Aantal nieuwe gebruikers van simvastatine van 40 mg

Aantal nieuwe gebruikers van simvastatine

NB: Deze indicator is gewijzigd. In de oude definitie waren nieuwe gebruikers van pravastatine ook opgenomen in de noemer en gebruikers van pravastatine van 40 mg ook in de teller.

Voorkeursmiddelen RAS-remmers

Wanneer wordt gekozen voor een RAS-remmer gaat volgens de NHG-standaard hartfalen (2010), de NHG-standaard Cardiovasculair risicomanagement (2012) en het Farmacotherapeutisch Kompas (2012), de voorkeur uit naar een ACE-remmer. Bij het niet goed verdragen van ACE-remmers kan uitgeweken worden naar een angiotensine-II-receptorantagonist.

Definitie

Aantal nieuwe gebruikers van RAS-remmers bij wie gekozen is voor een ACE-remmer

Aantal nieuwe gebruikers van RAS-remmers

Voorkeursmiddelen ACE-remmers

Uit het Farmacotherapeutisch Kompas (2012) blijkt niet dat er binnen de groep ACE-remmers middelen superieur zijn aan anderen. Uit doelmatigheidsoverwegingen is het daarom aan te bevelen om bij indicatie voor een ACE-remmer te kiezen die ook generiek beschikbaar is. In 2011 zijn vier ACE-remmers vanwege hun lage prijs geselecteerd voor deze indicator. In 2012 is ervoor gekozen, geen wijzigingen aan te brengen om verwarring te voorkomen. De vier ACE-remmers in de teller hebben een breed indicatiegebied. Van deze ACE-remmers zijn ook combinaties met diuretica generiek beschikbaar.

Definitie

Aantal nieuwe gebruikers van generieke enalapril, captopril, lisinopril, ramipril en combinaties van deze middelen met diuretica
Aantal nieuwe gebruikers ACE-remmers (inclusief combinaties)

NB: Deze indicator is gewijzigd. In de oude definitie waren de gebruikers van combinatiepreparaten met diuretica niet opgenomen in de teller.

Voorkeursmiddelen All-antagonisten

Uit het Farmacotherapeutisch Kompas (2012) blijkt niet dat er binnen de groep Angiotensine II-antagonisten (All-antagonisten) middelen superieur zijn aan anderen. De NHG-standaard 'Hartfalen' (2010) adviseert valsartan of candesartan, wanneer een All-antagonist wordt voorgeschreven. Uit doelmatigheidsoverwegingen kan het beste worden gekozen voor een middel dat generiek beschikbaar is. Begin 2012 waren losartan en valsartan de enige All-antagonisten generiek beschikbaar. Valsartan en losartan hebben een breed indicatiegebied, waaronder hypertensie en hartfalen.

Definitie

Aantal gebruikers generiek losartan, valsartan en combinaties van deze middelen met diuretica
Aantal gebruikers van All-antagonisten (inclusief combinaties)

NB: Deze indicator is gewijzigd. In de oude definitie waren nieuwe gebruikers van valsartan en van combinaties met losartan of valsartan niet opgenomen in de teller.

Volume antibiotica

De NHG-standaarden Astma bij kinderen (2006), Kinderen met koorts (2008), Otitis media acuta bij kinderen (2006), Otitis media met effusie bij kinderen (2005), Otitis externa (2005), COPD (2007), Acute keelpijn (2007), Acut hoesten (2011) en Rhinosinusitis (2005) noemen antibiotica niet als mogelijke therapiekeuze of bevelen terughoudendheid aan.

Definitie

Aantal gebruikers van antibiotica
Totaal aantal patiënten in de populatie

Gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht van de patiënten van de huisarts.

Volume protonpompremmers

Volgens de NHG-standaard 'Maagklachten' (2003) bestaat alleen bij ernstige oesofagitis (graad C of D) een indicatie voor chronisch gebruik van protonpompremmers. In overige gevallen moet worden gestreefd naar een klachtgestuurde behandeling (intermitterend of naar behoefte). Bij patiënten ouder dan 60 jaar is langdurig gebruik van protonpompremmers vaak geïndiceerd vanwege comedicaatie, eventueel in combinatie met comorbiditeit. Daarom wordt de indicator gemeten bij patiënten onder de 60 jaar.

Definitie

Aantal chronische gebruikers van protonpompremmers

Totale aantal patiënten in de populatie

Gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht van de patiënten van de huisarts.

Volume langdurige gebruikers antidepressiva

De multidisciplinaire richtlijn 'Depressie' (2009) adviseert behandeling met antidepressiva minimaal zes maanden na herstel voort te zetten. De multidisciplinaire richtlijn 'Angststoornissen' (2009) adviseert de behandeling met antidepressiva minimaal een jaar na herstel voort te zetten. In bepaalde situaties, zoals bij recidieven of bij ouderen, kan langere behandeling geïndiceerd zijn volgens beide richtlijnen. Gezien de nadelen die langdurig gebruik van antidepressiva met zich meebrengen, zoals interacties met andere geneesmiddelen en bijwerkingen, verdient het aanbeveling om terughoudend te zijn in het langdurig voorschrijven van antidepressiva. Niet-medicamenteuze behandelingen kunnen net zo effectief zijn.

Definitie

Aantal langdurige gebruikers van antidepressiva*

Totaal aantal patiënten in de populatie

* Met uitzondering van gebruikers van TCA's, Zyban en diabetespatiënten die duloxetine gebruiken. Gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht van de patiënten van de huisarts.

Volume starters antidepressiva

De multidisciplinaire richtlijnen 'Depressie' (2009) en 'Angststoornissen' (2009) adviseren terughoudend te zijn met het voorschrijven van antidepressiva. Bij lichte klachten gaat de voorkeur bij zowel depressie als angstklachten uit naar niet-medicamenteuze behandelmethode. Alleen bij ernstige klachten of onvoldoende effect van niet-medicamenteuze behandelingen komen antidepressiva in aanmerking.

Definitie

Aantal nieuwe gebruikers van antidepressiva*

Totaal aantal patiënten in de populatie

* Met uitzondering van gebruikers van TCA's, Zyban en diabetespatiënten die duloxetine gebruiken. Gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht van de patiënten van de huisarts.

Clusterindeling

De indicatoren zijn onderverdeeld in vier clusters. De volume-indicatoren vormen, vanwege de afwijkende noemer, een apart cluster. De overige clusters zijn gevormd op basis van factoranalyse. Dit is een statistische techniek die wordt gebruikt voor data-reductie en om inzicht te krijgen in de structuur van de dataset. De onderlinge correlatie van de indicatoren bleek terug te voeren naar drie clusters: therapiekeuze, cardiovasculair risicomanagement en diabetes en patiëntenzorg. Tabel 6.1 geeft een overzicht van de indicatoren per cluster.

Tabel 6.1 Indicatoren per cluster	
Cluster	Indicator
Therapiekeuze	Reservemiddelen en 2e keus antibiotica
	Voorkeursmiddelen AII-antagonisten
	Voorkeursmiddelen ACE-remmers
	Voorkeursmiddelen antidepressiva
	Voorkeursmiddelen bisfosfonaten
	Voorkeursmiddelen NSAID's
	Voorkeursmiddelen protonpompremmers
	Voorkeursmiddelen RAS-remmers
	Voorkeursmiddelen statines
	Voorkeursmiddelen triptanen
CVRM en diabetes	Behandeling diabetespatiënten met metformine
	Behandeling diabetespatiënten met statines
	Behandeling HVZ-patiënten met statines
	Dosering rosuvastatine en atorvastatine
	Dosering simvastatine
Patiëntenzorg	Behandeling astmapatiënten met inhalatiecorticosteroïden
	Behandeling NSAID-gebruikers met maagmiddelen
	Behandeling opiaatgebruikers met laxantia
	Overbehandeling triptanen
	Therapietrouw antidepressiva
Volume	Volume antibiotica
	Volume protonpompremmers
	Volume langdurige gebruikers antidepressiva
	Volume starters antidepressiva

7 Methode

Ontwikkeling en validatie

De Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen van het IVM bestaat uit verschillende indicatoren. Deze indicatoren hebben betrekking op veel voorgeschreven geneesmiddelgroepen en zijn zo gedefinieerd dat ze de essentie van het advies voor medicamenteuze behandeling uit de NHG-standaarden en het Farmacotherapeutisch Kompas bevatten. Na het ontwikkelen van een indicator wordt deze gevalideerd. Een inhoudsvalidatie bepaalt of de indicator de essentie van de richtlijn beschrijft en of de definitie een goede vertaling is van de aanbevelingen in de richtlijn. Hierna volgt een constructvalidatie. Deze bepaalt of de indicator ook daadwerkelijk meet wat er gemeten moet worden.

Onderhoud aan de indicatoren

Door herzieningen van NHG-standaarden, wijzigingen in ATC-codes van geneesmiddelen (nieuwe, verwijderde, gewijzigde), ontwikkelingen in de vergoedingssystematiek en andere ontwikkelingen is het noodzakelijk de indicatorenset periodiek te actualiseren. Het IVM is verantwoordelijk voor het onderhoud van de indicatorenset. Het IVM raadpleegt structureel externe partijen en deskundigen om input leveren. Het werkt daarin samen met Vektis. De stuurgroep Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen accordeert de uiteindelijke wijzigingen in de indicatorenset.

Gebruikte gegevens

De scores in dit rapport hebben betrekking op het jaar 2012 en zijn gebaseerd op Vektisgegevens. In het bestand zitten de voorschrijfgegevens van 9.668 huisartsen. De Vektisgegevens bevatten niet de gegevens van alle huisartsen, omdat vooral de waarnemers, maar ook een deel van de HIDHA's hun voorschriften mogelijk op naam van de praktijkhoudende huisarts uitschrijven.

Analyse

Scores op de indicatoren

Voor het berekenen van het landelijk gemiddelde is het gewogen gemiddelde van de indicatorscores genomen van alle huisartsen. Bij iedere indicator is gewogen op de grootte van de noemer. Huisartsen met relatief weinig patiënten tellen daarom minder zwaar mee. De spreiding van de indicator is het verschil tussen de gewogen 90-percentielscore en de 10-percentielscore.

Regionale verschillen

De regio-indeling (hoofdstuk 4) is gebaseerd op de eerste twee cijfers van de postcode van de huisarts. Zie voor een overzicht van de postcodegebieden bijlage 3. De regionale verschillen tonen de laagste en de hoogste score van de regio's en laten daarmee de verschillen in Nederland zien per indicator.

Voor elke regio is voor de clusters therapiekeuze, CVRM en diabetes, en patiëntenzorg een somscore berekend. Per cluster wordt in een landkaart weergegeven hoe de verschillende postcodegebieden ten opzichte van elkaar scoren (figuur 4.1 tot en met 4.3). Hierin zijn de 25 procent slechtst scorende regio's rood gekleurd, de regio's tussen het 25e en 50e percentiel oranje, de regio's tussen het 50e en 75e percentiel lichtgroen en regio's behorend tot de beste 25 procent donkergroen. De rangorde voor de overallscore is bepaald door de scores van de verschillende indicatoren bij elkaar op te tellen.

Correlatie tussen FTO-niveau en indicatorscore

De gegevens zijn ontleend aan de FTO-peiling 2011. Aan dit onderzoek namen 497 FTO-groepen deel. Het niveau van een FTO-groep wordt bepaald aan de hand van een aantal criteria, waaronder het gebruiken van prescriptiecijfers en resultaatdoelstellingen binnen het FTO. Per tweecijferig postcodegebied is het percentage groepen dat functioneert op niveau vier berekend. Postcodegebieden met minder dan 4 groepen die deelnamen aan de FTO-peiling, zijn uitgesloten van verdere analyse. Dit leverde 63 postcodegebieden op die gebruikt zijn voor de verdere analyse. Binnen deze regio's functioneerde gemiddeld 42 procent op niveau vier, met een spreiding van 0 tot 100 procent.

Vervolgens is de Pearson correlation berekend tussen het percentage groepen dat functioneert op niveau vier en de score op de 24 voorschrijfindicatoren. Op basis van eerdere onderzoeken bestaat de hypothese dat het FTO-niveau positief correleert met indicatorscores. De correlatie is daarom eenzijdig getoetst en significant bevonden bij een p-waarde van 0,05.

Verschillen tussen zorgverzekeraars

Er zijn in Nederland vier grote concerns van zorgverzekeraars. Daarnaast is er een aantal kleinere, deels regionaal georiënteerde zorgverzekeraars. Voorgaande jaren werd de score per zorgverzekeraar berekend op de voorschriften voor patiënten die bij die zorgverzekeraar waren verzekerd. Dit jaar is de score per zorgverzekeraar bepaald aan de hand van de postcodegebieden waar de zorgverzekeraar dominant is. Elk postcodegebied is toegewezen aan een zorgverzekeraar op basis van drie onafhankelijke databronnen: SFK-gegevens, gegevens uit de FTO-peiling 2011 en de indeling in zorgkantoorregio's voor de uitvoering van de AWBZ.

In totaal zijn 83 postcodegebieden toegewezen aan een zorgverzekeraar, voor 7 gebieden was dit niet mogelijk. In tabel 7.1 is aangegeven hoeveel postcodegebieden per zorgverzekeraar zijn toegekend. Daarnaast staat globaal aangegeven in welke gebieden de postcodes per zorgverzekeraar zich bevinden.

Tabel 7.1 Indeling zorgverzekeraars

Zorgverzekeraar	Aantal postcodes	In de gebieden*
Achmea	23	Noord-Holland-Midden Noord-Holland-Noord Amsterdam & Almere Rotterdam Midden-Nederland Zwolle-Flevoland Drenthe
CZ	16	Haaglanden Zeeland West-Brabant Zuidoost Brabant Limburg
DSW	2	Westland, Schieland & Delfland
De Friesland	9	Friesland
Menzis	13	Gelderse Rivieren Gelre-IJssel Twente Groningen
UVIT	17	Noord-Holland-Noord Midden-Brabant Noord-Brabant Noord-oost Limburg Nijmegen e.o.
Zorg en Zekerheid	3	Rijnland & Midden-Holland

* Gebaseerd op de LHV-kringen

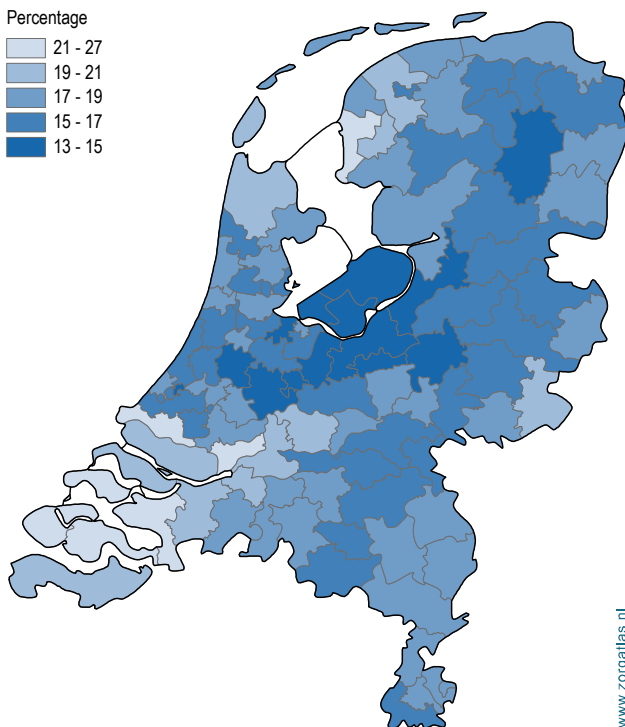
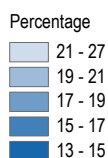
De aangepaste indeling leidt tot het vervallen van een aantal kleine verzekeraars. Bijvoorbeeld Salland, Stad Holland en ASR konden niet aan een of meer postcodegebieden worden gekoppeld. Ook zijn diverse labels binnen de verzekeringsconcerns samengevoegd. De labels voeren over het algemeen hetzelfde beleid. Om een vergelijking met 2011 te kunnen maken is dezelfde berekeningsmethode ook op de scores van 2011 toegepast.

De overallscore en de clusterscore per zorgverzekeraar zijn bepaald door de scores per indicator per zorgverzekeraar bij elkaar op te tellen. Voor zowel de overallscore als de score per cluster is een rangorde bepaald. Een score van 1 geeft aan dat de huisartsen in de postcodegebieden die vallen onder de desbetreffende zorgverzekeraar het beste scoren. Om de effecten van de beloningsmodellen te bepalen is ook een somscore bepaald voor de indicatoren binnen of juist buiten de door de zorgverzekeraar geselecteerde indicatorenset.

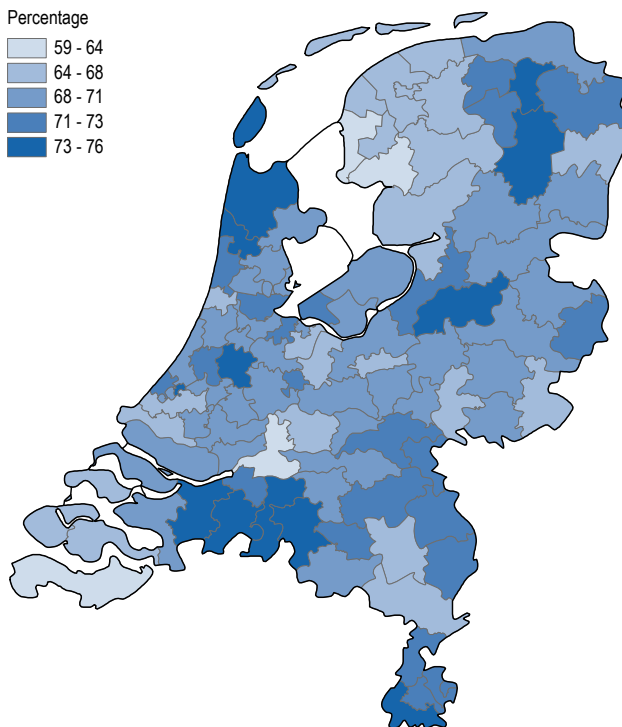
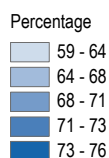


Landkaarten met scores op de afzonderlijke indicatoren

Reservemiddelen en 2e keus antibiotica

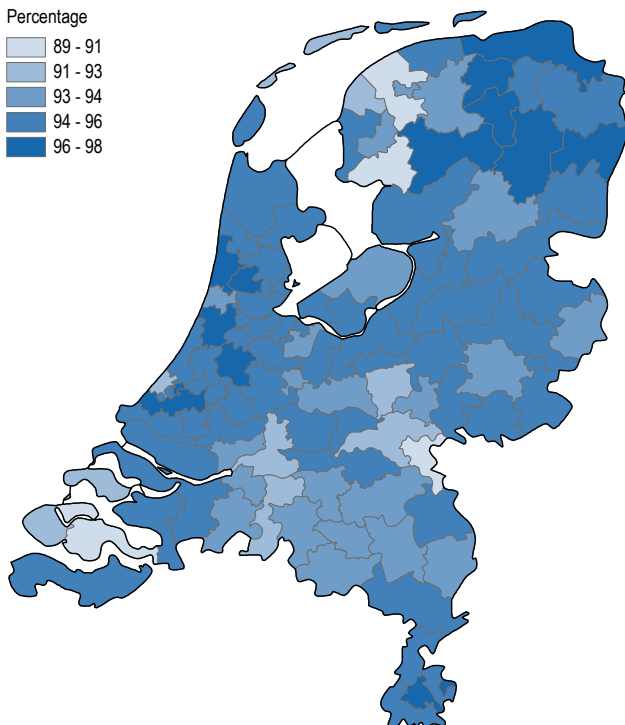
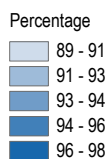


Behandeling HVZ-patiënten met statines

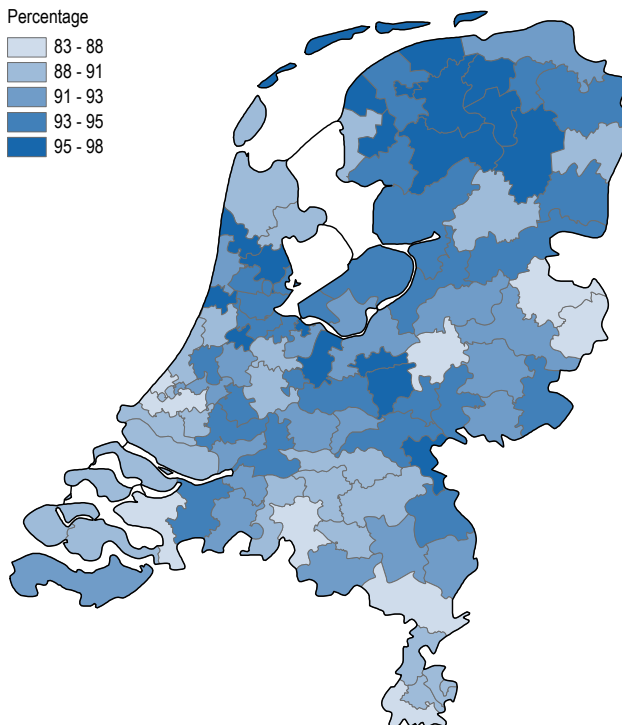
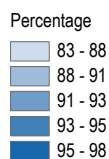


www.zorgatlas.nl

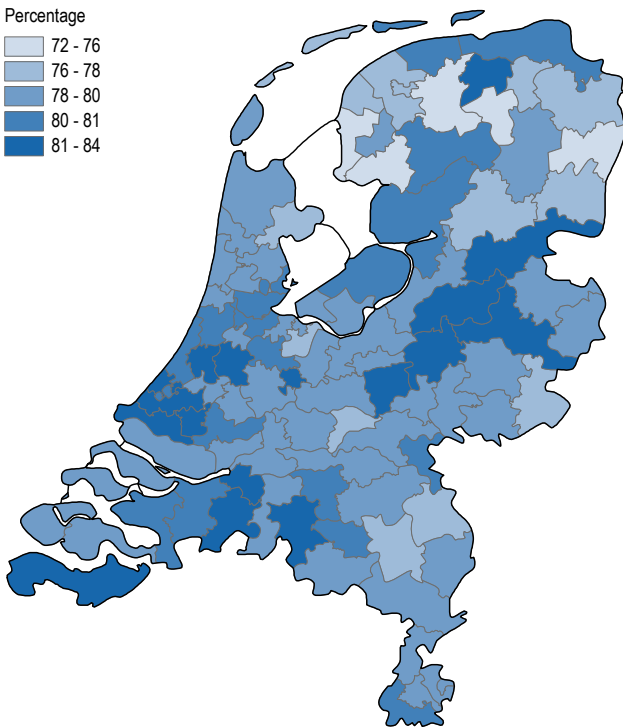
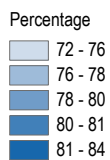
Behandeling diabetespatiënten met metformine



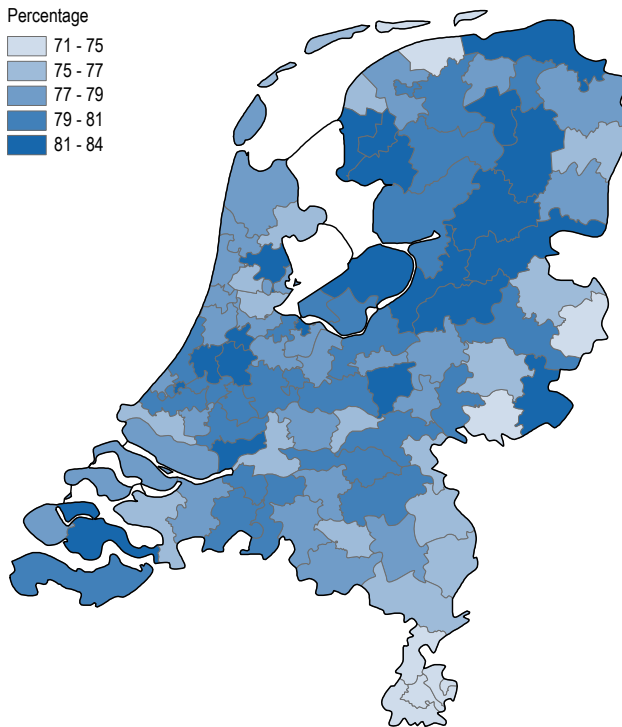
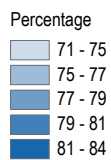
Voorkeursmiddelen protonpompremmers



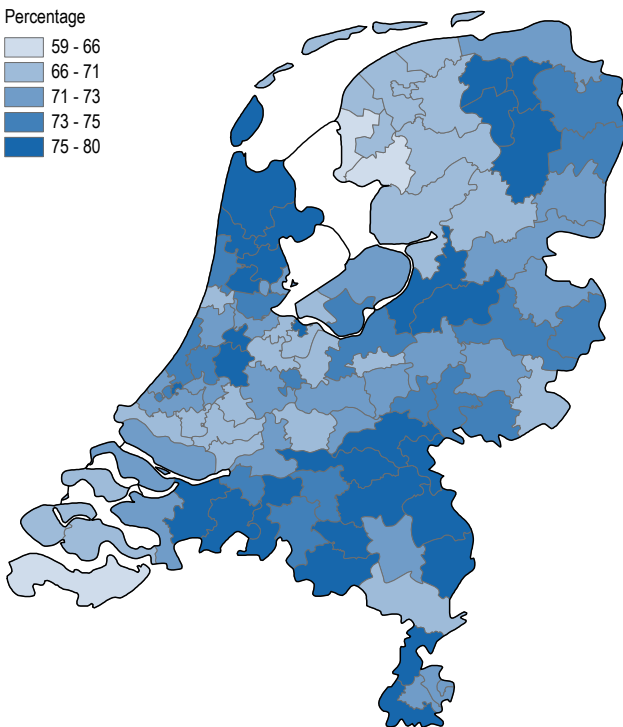
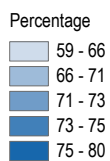
Overbehandeling triptanen



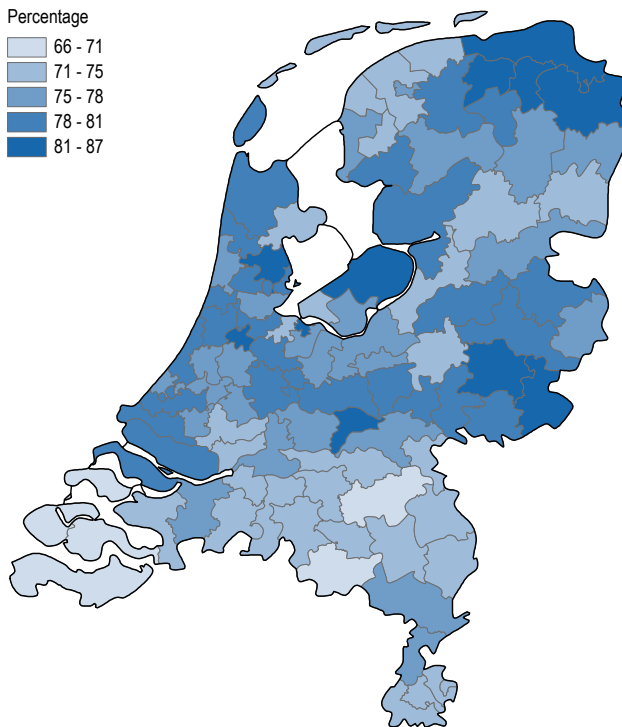
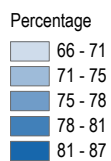
Behandeling astmapatiënten met inhalatiecorticosteroïden



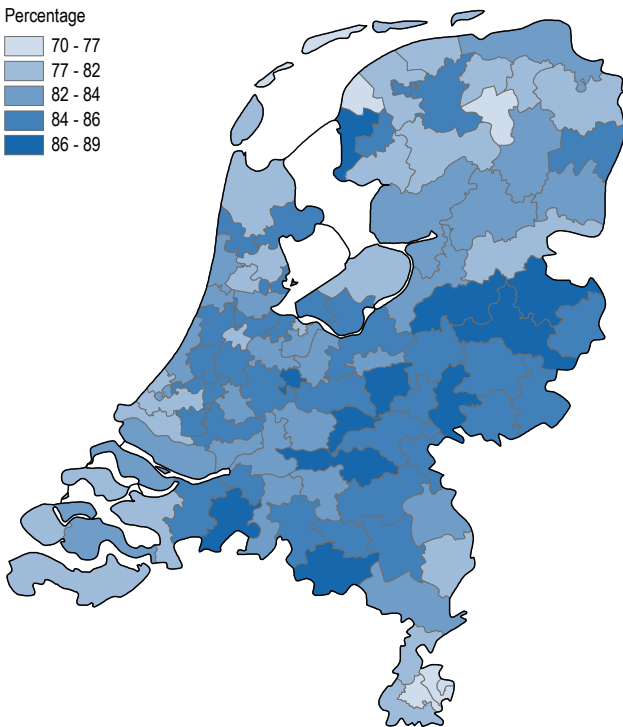
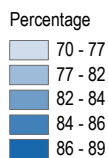
Behandeling diabetespatiënten met statines



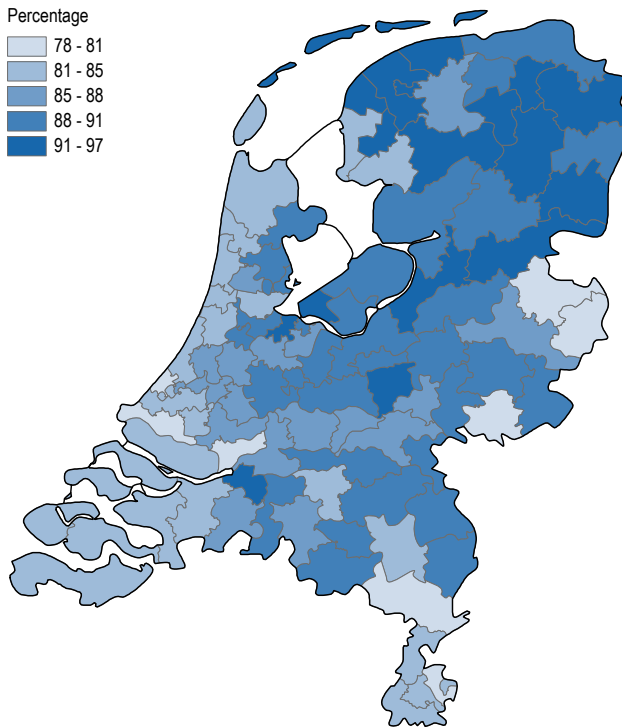
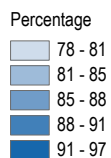
Behandeling NSAID-gebruikers met maagmiddelen



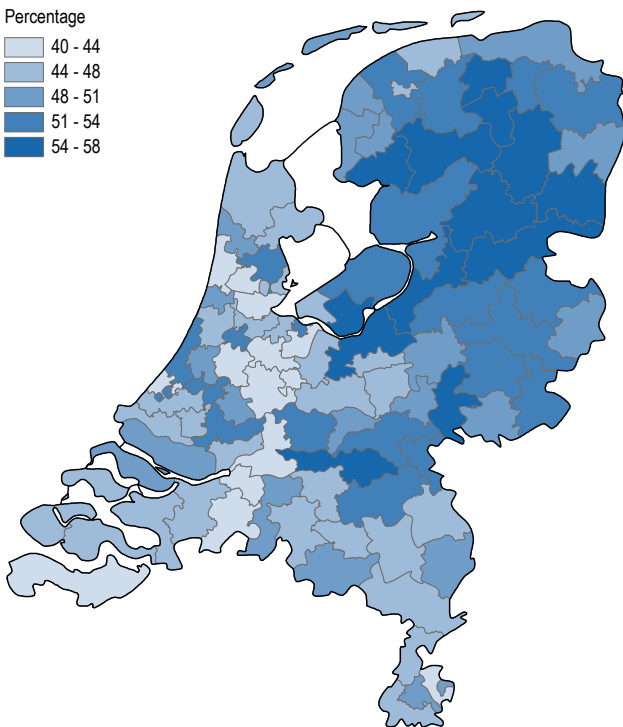
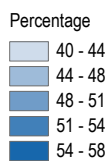
Voorkeursmiddelen statines



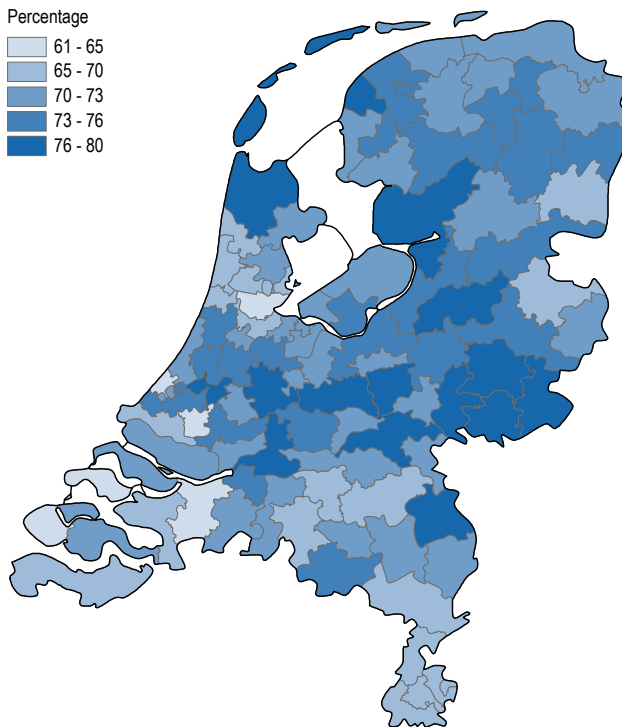
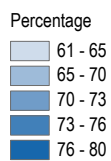
Voorkeursmiddelen NSAID's



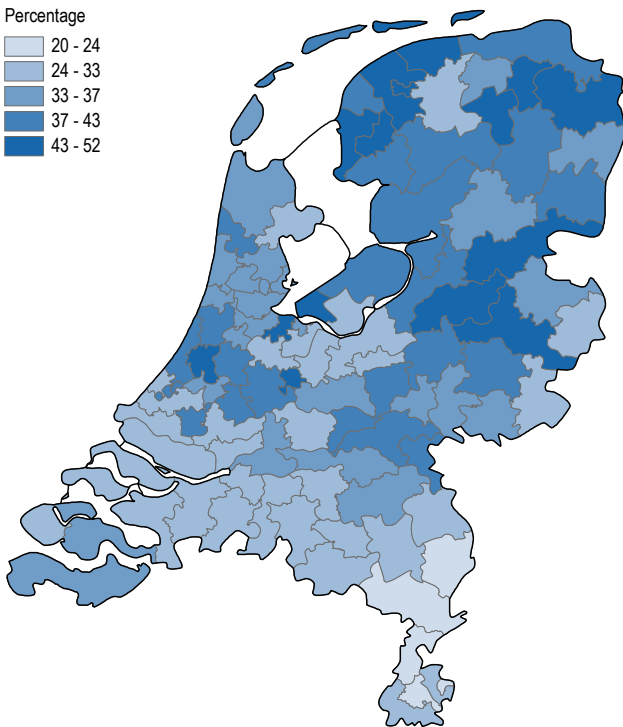
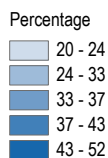
Behandeling opiaatgebruikers met laxantia



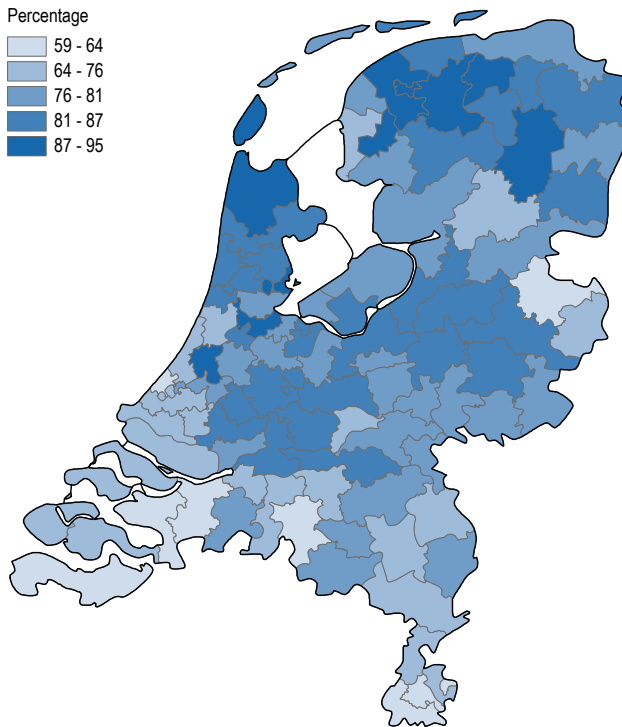
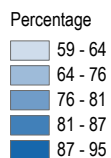
Therapietrouw antidepressiva



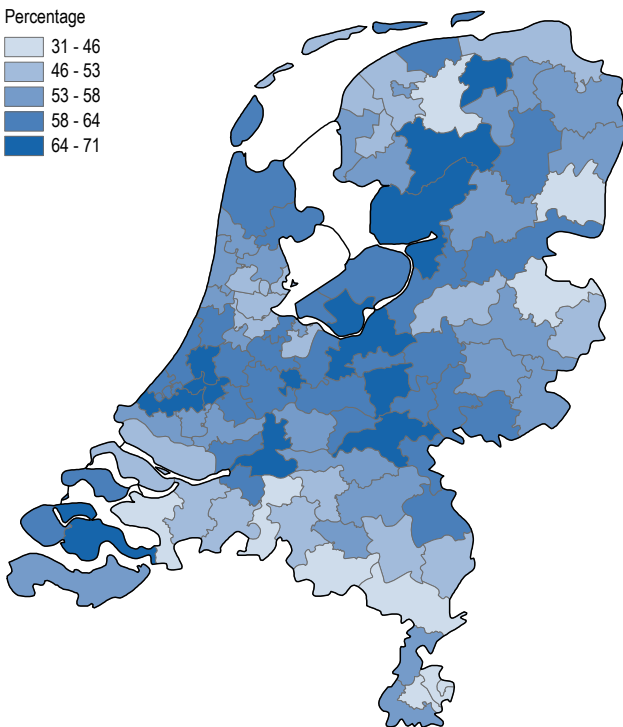
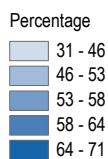
Voorkeursmiddelen triptanen



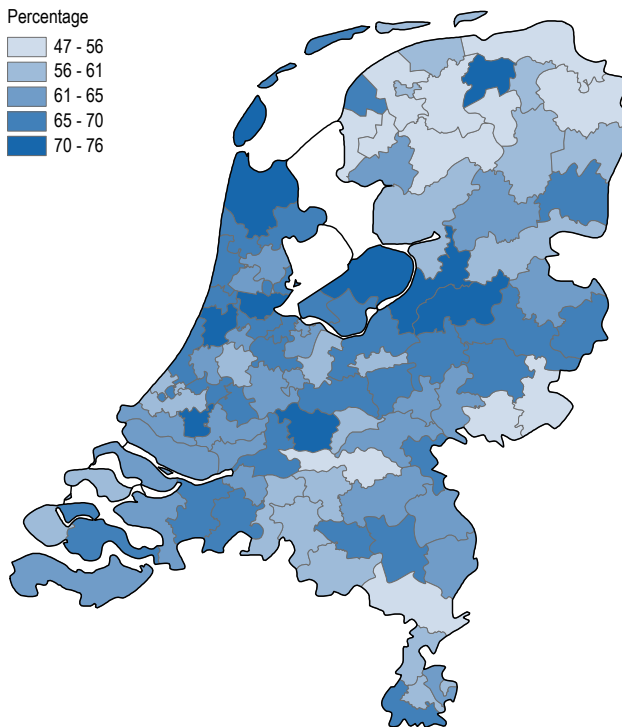
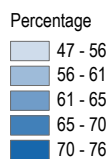
Voorkeursmiddelen bisfosfonaten



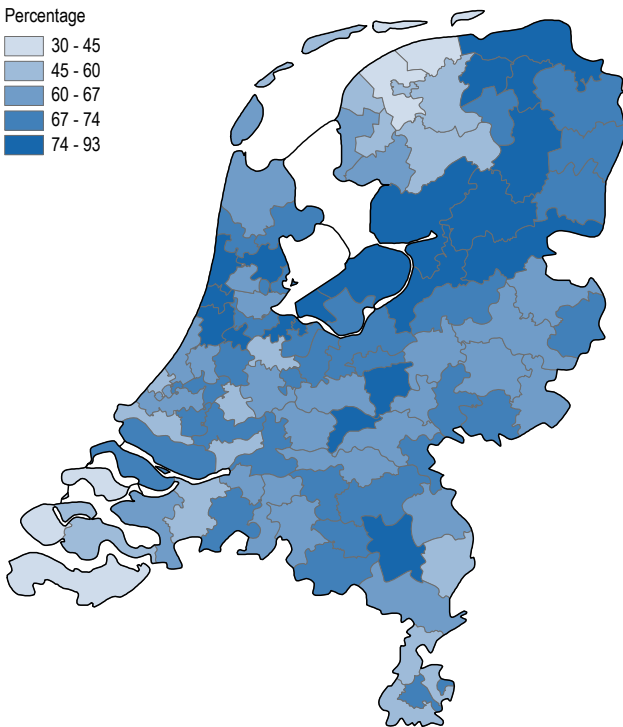
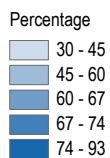
Voorkeursmiddelen antidepressiva



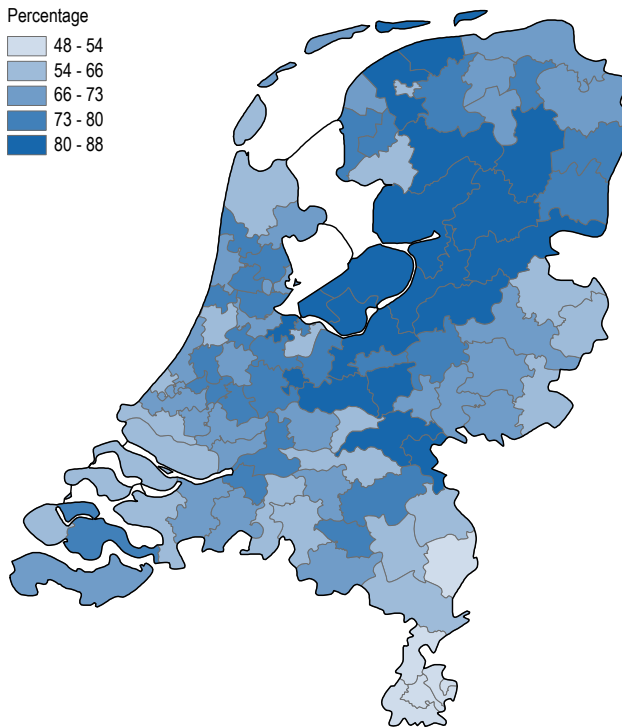
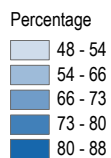
Dosering rosuvastatine en atorvastatine



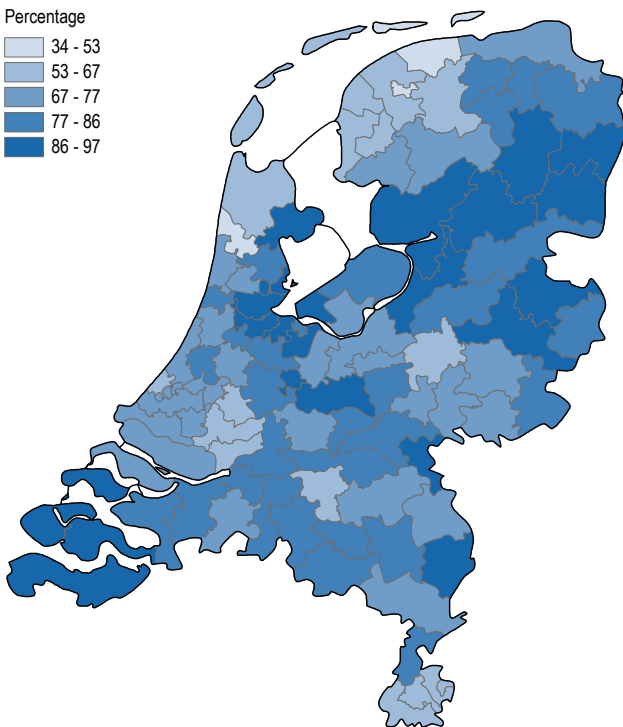
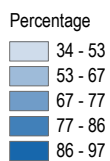
Dosering simvastatine



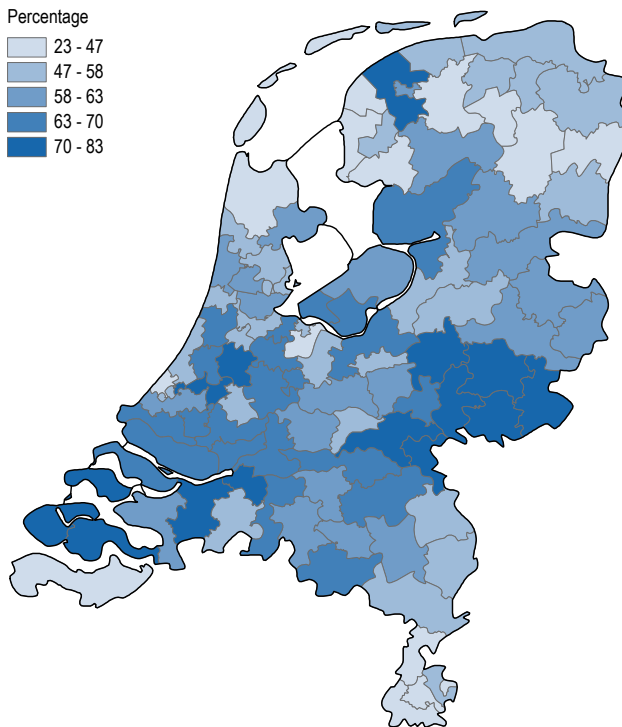
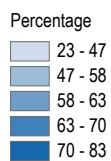
Voorkeursmiddelen RAS-remmers



Voorkeursmiddelen ACE-remmers



Voorkeursmiddelen AII-antagonisten



Bijlage 2

Overzicht rangorde postcodegebieden op drie clusters

Overzicht rangorde postcodegebieden op drie clusters				
Rang Totaal	Postcodegebied	Therapiekeuze	Cardiovasculair risicomanagement en diabetes mellitus	Patiëntenzorg
1	80	6	2	15
2	98	20	1	8
3	81	21	3	2
4	66	2	53	19
5	23	5	40	13
6	94	9	19	14
7	67	8	25	6
8	65	4	22	60
9	13	3	15	71
10	35	1	34	56
11	83	7	41	7
12	77	11	36	1
13	97	17	14	18
14	82	26	8	5
15	27	14	35	20
16	24	18	17	27
17	38	16	30	21
18	74	19	29	16
19	39	13	53	23
20	69	27	33	4
21	14	36	9	17
22	34	12	62	36
23	11	24	16	52
24	84	10	83	9
25	79	29	27	26
26	96	22	52	22
27	72	34	50	10
28	16	33	13	69
29	53	28	60	34
30	20	39	18	45
31	73	31	50	43
32	93	44	58	12
33	49	30	48	57
34	42	23	57	67
35	56	40	10	84
36	21	63	4	30
37	78	38	42	50
38	71	37	78	3
39	36	35	70	46

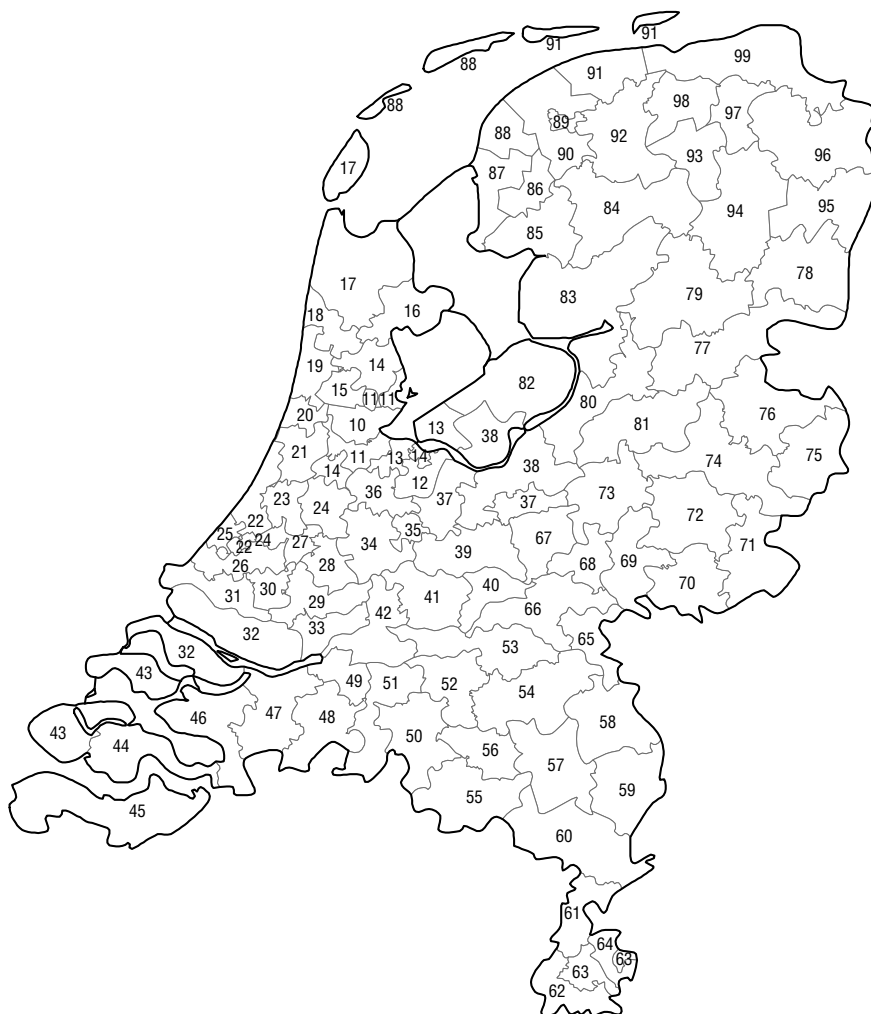
Rang Totaal	Postcodegebied	Therapiekeuze	Cardiovasculair risicomanagement en diabetes mellitus	Patiëntenzorg
40	44	15	80	70
41	54	41	39	61
42	19	56	5	86
43	55	45	38	63
44	95	42	44	62
45	30	50	21	66
46	18	64	6	44
47	10	48	12	88
48	70	43	71	33
49	48	57	7	68
50	29	53	59	28
51	37	46	63	49
52	40	60	37	25
53	41	58	43	29
54	28	51	72	41
55	86	32	86	32
56	99	67	47	11
57	68	55	68	35
58	15	52	56	75
59	22	69	31	24
60	57	62	23	72
61	47	59	32	74
62	32	71	28	38
63	17	79	11	40
64	58	68	26	64
65	90	25	89	53
66	51	70	55	51
67	12	61	66	78
68	26	65	73	37
69	89	54	81	58
70	75	77	20	59
71	76	73	61	39
72	91	49	85	82
73	52	74	46	73
74	92	66	82	42
75	50	76	49	65
76	33	72	76	48
77	59	75	64	76
78	31	77	74	55

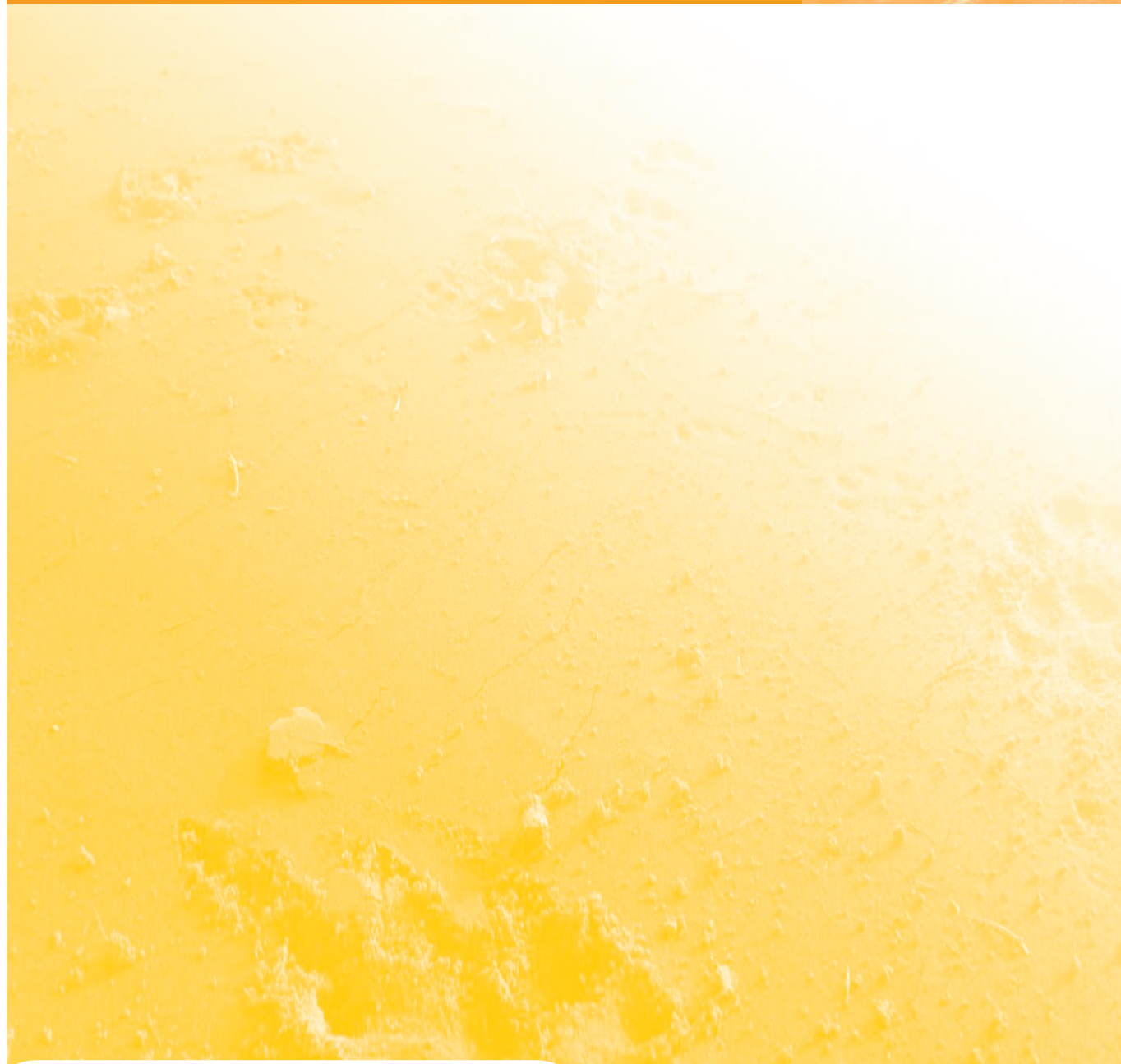
Rang Totaal	Postcodegebied	Therapiekeuze	Cardiovasculair risicomanagement en diabetes mellitus	Patiëntenzorg
79	43	47	88	90
80	85	81	84	31
81	88	82	79	47
82	46	83	65	87
83	61	85	69	79
84	87	84	87	54
85	45	80	90	81
86	60	86	77	80
87	62	88	45	83
88	25	87	75	85
89	63	90	24	77
90	64	89	67	89

Bijlage 3

Landkaart met de regio-indeling op basis van de 2-cijferige postcode-indeling

De regio-indeling in dit rapport is gebaseerd op de eerste twee cijfers van de postcode van de huisarts.





Instituut voor
Verantwoord Medicijngebruik