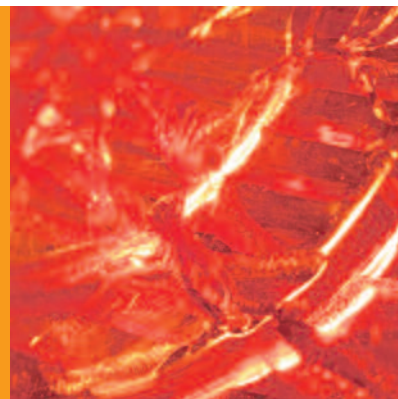


Rapport



Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen 2011



Instituut voor
Verantwoord Medicijngebruik

Colofon

Auteurs

ir. Mariëtta Eimers
drs. Marianne Nijpels

Met medewerking van

Guus de Ruiter, Vektis
Paul Sterkenburg, Vektis
Henriette Giesbers, RIVM

januari 2012

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 2011

4	Samenvatting
5	Engelse samenvatting - Summary
7	1 Inleiding
9	2 Conclusies en aanbevelingen
11	3 Scores op de indicatoren
15	4 Regionale verschillen
19	5 Verschillen tussen zorgverzekeraars
20	6 Verschillen tussen huisartsen
22	7 Clusterindeling en definities van de indicatoren
22	7.1 Clusterindeling
23	7.2 Definities
28	8 Methode
28	8.1 Ontwikkeling en validatie
28	8.2 Gebruikte gegevens
28	8.3 Analyse
	Bijlagen
31	1 Landkaart met de regio-indeling op basis van de 2-cijferige postcode-indeling
32	2 Landkaarten met scores op de afzonderlijke indicatoren
37	3 Overzicht rangorde postcodegebieden op vier clusters

Samenvatting

Dit rapport toont de resultaten van de Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen. De monitor laat zien in welke mate huisartsen in Nederland in 2010 volgens de eigen richtlijnen voorschrijven. De achttien indicatoren in de monitor zijn berekend op declaratiegegevens van openbare apothekers en apotheekhoudende huisartsen zoals verzameld door Vektis. Wij presenteren in het rapport de landelijke gemiddeldes per indicator, de regionale spreiding en de verschillen tussen zorgverzekeraars. Verder besteden we in dit rapport aandacht aan verschillen tussen huisartsen.

De kwaliteit en doelmatigheid van het voorschrijven door huisartsen kan beter. Bij zeven indicatoren zien we namelijk een grote spreiding tussen artsen. Dat betekent dat er nog veel winst te behalen is. Het betreft bijvoorbeeld drie indicatoren rond voorkeursmiddelen RAS-remmers. Bij de overige elf indicatoren is de spreiding minder groot, maar ook daar is zeker nog enige verbetering mogelijk.

De gevonden verschillen tussen huisartsen in het voorschrijfgedrag kunnen deels verklaard worden door de leeftijd en het geslacht van de huisarts. Vrouwelijke huisartsen en jongere huisartsen schrijven vaker volgens de richtlijnen voor dan mannelijke en oudere huisartsen.

Zorgverzekeraar Salland scoort overall het beste op de indicatoren. Dat was in voorgaande jaren ook al zo. Zorg en Zekerheid, Agis en Zilveren Kruis Achmea staan op nummer 2, 3 en 4. Deze laatste drie zorgverzekeraars belonen huisartsen aan de hand van uitkomsten op indicatoren. Onderaan staat Azivo.

Er zijn grote verschillen tussen regio's in de kwaliteit en doelmatigheid van het voorschrijven. De vier laagst scorende regio's liggen alle in Midden- en Zuid-Limburg. Hier wordt met name laag gescoord op indicatoren die het percentage voorkeursmiddelen meten binnen een geneesmiddelengroep. De vier hoogst scorende regio's liggen in Flevoland en het noordelijk deel van Overijssel.

Om de kwaliteit en doelmatigheid van het voorschrijven verder te verbeteren doet het IVM een aantal aanbevelingen in dit rapport voor het ministerie van VWS en voor zorgverzekeraars.

Engelse samenvatting - Summary

This report shows the results of the Monitor Prescribing Behaviour GPs. The monitor reflects the extent to which GPs in the Netherlands in 2010 prescribe according to their own guidelines. The eighteen indicators in the monitor are calculated on reimbursement data of community pharmacists and dispensing doctors collected by 'Vektis', a national datacenter for health care insurers. We present the national averages for each indicator, the regional divergences and the differences between health care insurers. We also pay attention to differences between GPs.

The quality and efficiency of prescribing by GPs could be better. In seven indicators we see a large variation between doctors. A large improvement is possible. For instance, three indicators on RAS inhibitors show a large variation. The remaining eleven indicators have certainly some room for improvement.

The differences between GPs in prescribing behaviour can be partly explained by age and sex of the GP. Female GPs and younger GPs prescribe more according to the guidelines than male and older physicians.

Health care insurer 'Salland' has the best overall scores on the indicators. That was already so in previous years. 'Zorg en Zekerheid', 'Zilveren Kruis Achmea' and 'Agis' are at number 2, 3 and 4. These last three insurers reward physicians on the outcomes of the indicators. 'Azivo' has the lowest overall scores.

There are large differences between regions in the quality and efficiency of prescribing. The four lowest scoring regions are all in Central and South Limburg. The scores are particularly low on indicators that measure the percentage of preferred medicines. The four highest scoring regions are located in the northern part of Flevoland and Overijssel.

To ensure further improvement in the quality and efficiency of prescribing the IVM recommends:

For the Ministry of Health

- The reimbursement policy on statins should be maintained. A reimbursement policy for RAS inhibitors should be introduced.
- Do research on the causes of the observed regional differences to find points for regional policy.
- Do research on the causes of the differences found between younger and older physicians and between female and male GPs to find clues to a specific implementation of guidelines in the various target groups.

For insurers

- ▶ Improving the quality of the pharmacotherapy audit meetings (PTAM) and prescribing by GPs by means of professionalization of s (PTAM). Identify GPs with low quality and efficiency of prescribing. Organize visitation by an independent expert and make contract arrangements with the involved GPs.
- ▶ Identify regions with low quality and efficiency of prescribing. Invest in improved prescribing in low-scoring regions and particularly in those indicators in which these regions perform poorly.



1 Inleiding

Dit rapport van het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM) toont de resultaten van de Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen. De monitor maakt de kwaliteit en doelmatigheid van het voorschrijven van huisartsen zichtbaar. De indicatoren die we daarvoor ontwikkelden zijn gebaseerd op de NHG-standaarden en het Farmacotherapeutisch Kompas. Wij presenteren de landelijke gemiddeldes per indicator, de regionale spreiding en de verschillen tussen zorgverzekeraars. Verder besteden we aandacht aan de verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke huisartsen en aan de verschillen tussen jongere en oudere huisartsen.

Dit rapport is een vervolg op de Benchmark Voorschrijven die het IVM van 2006-2010 jaarlijks publiceerde. We maken dit jaar voor het eerst gebruik van declaratiegegevens van openbare apotheken en apotheekhoudende huisartsen aan zorgverzekeraars die door Vektis verzameld worden in plaats van de aflevergegevens van openbare apotheken die door SFK verzameld worden. De belangrijkste reden voor het gebruik van Vektis-data is dat de uitkomsten op huisartsniveau betrouwbaarder en completer zijn. Daarnaast bevat het Vektis-bestand niet alleen declaratiegegevens van openbare apotheken, maar ook van apotheekhoudende huisartsen. De voorschrijfcijfers hebben betrekking op de laatste twee kwartalen van 2010. De reden hiervoor is dat bij een aantal zorgverzekeraars de uitkomsten over de eerste twee kwartalen van 2010 niet helemaal betrouwbaar waren. Het gevolg is dat de spreiding tussen huisartsen in dit rapport wat groter is dan wanneer de indicatoren over een heel jaar zouden zijn berekend.

Met de overstap van SFK naar Vektis hebben we ook de indicatorenset grondig herzien. De huidige Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen bestaat uit een set van indicatoren die betrekking hebben op veel voorgeschreven geneesmiddelgroepen. De indicatoren omvatten in hun definitie de essentie van de aanbevolen medicamenteuze behandeling uit de NHG-standaarden.

De afgelopen jaren gebruikten diverse zorgverzekeraars de indicatoren Benchmark Voorschrijven voor verschillende doeleinden, zoals het belonen of contracteren van zorgverleners. Het IVM adviseert deze zorgverzekeraars hoe zij de indicatoren hiervoor het beste kunnen inzetten. Voor deze activiteiten werd vaak gebruik gemaakt van de SFK-webrapportage Benchmark Voorschrijven voor apothekers. Eind 2011 hebben het IVM en Vektis een nieuwe webrapportage uitgebracht waartoe ook zorgverzekeraars en individuele huisartsen direct toegang hebben. Met deze webrapportage kunnen zij de eigen scores op de indicatoren spiegelen aan het landelijke cijfers.

In hoofdstuk 2 van dit rapport leest u de conclusies en aanbevelingen. Hoofdstuk 3 bevat de scores op de indicatoren. De regionale verschillen vindt u in hoofdstuk 4. In hoofdstuk 5 worden de uitkomsten uitgesplitst naar de verschillende zorgverzekeraars. Hoofdstuk 6 bevat een analyse van de verschillen tussen huisartsen in relatie tot de leeftijd en het geslacht van de huisarts. Hoofdstuk 7 bevat de definities en de clusterindeling van de indicatoren. De methode is in hoofdstuk 8 beschreven.

2 Conclusies en aanbevelingen

Algemene conclusie

De kwaliteit en doelmatigheid van het voorschrijven door huisartsen kan beter. Bij zeven indicatoren zien we namelijk een grote spreiding tussen arts en arts. Dat betekent dat er nog veel winst te behalen is. Bij de overige elf indicatoren is de spreiding minder groot, maar ook daar is zeker nog enige verbetering mogelijk. Kenmerken van de huisarts hebben grote invloed op de mate van richtlijnadherentie. Jongere en vrouwelijke huisartsen schrijven vaker volgens de richtlijnen voor dan oudere en mannelijke huisartsen. Ook zijn er grote verschillen tussen regio's en tussen zorgverzekeraars.

Het voorschrijven van RAS-remmers kan beter en doelmatiger

Er zijn grote verschillen tussen huisartsen bij de drie indicatoren rond voorkeursmiddelen RAS-remmers. De richtlijnadherentie bij een grote groep huisartsen is hier laag. Dit geldt ook voor een aantal andere indicatoren rond voorkeursmiddelen en voor de twee indicatoren over de dosering van statines.

Jongere en vrouwelijke huisartsen schrijven vaker volgens de richtlijnen voor

Er zijn grote verschillen in voorschrijfgedrag tussen huisartsen. Dit geldt met name voor indicatoren die het percentage voorkeursmiddelen meten. De verschillen kunnen deels verklaard worden door de leeftijd en het geslacht van de huisarts. Vrouwelijke huisartsen en jongere huisartsen schrijven vaker volgens de richtlijnen voor dan mannelijke en oudere huisartsen.

Verzekerden van Salland, Zorg en Zekerheid, Agis en Zilveren Kruis Achmea worden vaker volgens de richtlijn behandeld

Uit de analyse blijkt dat zorgverzekeraar Salland overall het beste scoort op de indicatoren. Dat was in voorgaande jaren ook al zo. Zorg en Zekerheid, Agis en Zilveren Kruis Achmea staan op nummer 2, 3 en 4. Deze laatste drie zorgverzekeraars belonen huisartsen aan de hand van uitkomsten op indicatoren. Onderaan staat Azivo.

Midden- en Zuid-Limburg blijven achter met betrekking tot de kwaliteit en doelmatigheid van het voorschrijven

Er zijn grote verschillen tussen regio's in de kwaliteit en doelmatigheid van het voorschrijven. De vier laagst scorende regio's liggen alle in Midden- en Zuid-Limburg. Hier wordt met name laag gescoord op indicatoren die het percentage voorkeursmiddelen meten binnen een geneesmiddelengroep. De vier hoogst scorende regio's liggen in Flevoland en het noordelijk deel van Overijssel.

Aanbevelingen

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

Aanbevelingen aan het ministerie van VWS

Vergoedingsbeleid

- ▶ Handhaaf het vergoedingsbeleid rond statines. Voer een vergoedingsbeleid voor RAS-remmers in waarbij net als bij statines een artsverklaring nodig is voor de minder doelmatige middelen. Dit bevordert het doelmatig voorschrijven van statines en RAS-remmers.

Onderzoek naar oorzaken verschillen tussen huisartsen

- ▶ Laat onderzoek doen naar de oorzaken van de gevonden regionale verschillen en verschillen binnen regio's om aanknopingspunten te vinden voor regionaal beleid.
- ▶ Laat onderzoek doen naar de oorzaken van de gevonden verschillen tussen jongere en oudere huisartsen en tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen. Hierdoor worden mogelijk aanknopingspunten gevonden om de implementatie van richtlijnen in de diverse doelgroepen te differentiëren en te verbeteren.

Aanbevelingen aan de zorgverzekeraars

Belonen van goed voorschrijven en goed FTO

- ▶ Investeer in de kwaliteit van het FTO en het voorschrijven door huisartsen. Effectief zijn professionaliseringstrajecten voor het FTO, gevolgd door het monitoren en belonen van goed FTO (FTO-niveau 4) en de kwaliteit en doelmatigheid van het voorschrijven.

Achterblijvers identificeren en aanspreken

- ▶ Identificeer op basis van de Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen de huisartsen die achterblijven in de kwaliteit en doelmatigheid van het voorschrijven. Spreek deze achterblijvers aan op hun voorschrijfgedrag en maak met hen contractuele afspraken over hun voorschrijven.
- ▶ Identificeer op basis van de Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen de regio's die achterblijven in de kwaliteit en doelmatigheid van het voorschrijven. Investeer in beter voorschrijven in laag scorende regio's en met name in die indicatoren waarop deze regio's slecht presteren.

3 Scores op de indicatoren

Tabel 3.1 geeft een overzicht van de scores op indicatoren uit de Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen. De definities van de indicatoren staan in hoofdstuk 7.

In de tabel staan de landelijke gemiddeldes en de spreiding. De spreiding is de bandbreedte tussen de 10-percentielscore en de 90-percentielscore. De 10-percentielscore is de score waar tien procent van de huisartsen onder zit (de slechtst scorende huisartsen) en de 90-percentielscore is de score waar tien procent van de huisartsen boven zit (de best scorende huisartsen).

De cijfers hebben betrekking op de laatste twee kwartalen van 2010. De reden hiervoor is dat bij een aantal zorgverzekeraars de uitkomsten over de eerste twee kwartalen van 2010 niet helemaal betrouwbaar waren. Het gevolg is dat de spreiding tussen huisartsen wat groter is dan wanneer de indicatoren over een heel jaar zouden zijn berekend. Een 90-percentielscore van 100% komt bij een aantal indicatoren voor. De kans dat een huisarts in een half jaar al zijn patiënten volgens de richtlijn behandelt is namelijk groter dan in een heel jaar. Bij geen enkele indicator is het streven 100%, maar een 90-percentielscore van 100% geeft wel aan dat een hoge score van bijvoorbeeld 95% een reëel doel kan zijn.

Zeven indicatoren uit tabel 3.1 hebben in 2010 een score van 75% of hoger (gemiddeld 85%). Ondanks deze hoge score blijkt er op deze indicatoren nog een toename mogelijk te zijn, de 90-percentielscore is namelijk gemiddeld 97%. Er is dus nog enige verbetering mogelijk.

Zes indicatoren hebben een score onder de 75%, maar met een 90-percentielscore van 85% of hoger. Het betreft de indicatoren Voorkeursmiddelen RAS-remmers, Voorkeursmiddelen ACE-remmers, Voorkeursmiddelen antidepressiva, Dosering rosuvastatine en atorvastatine, Dosering simvastatine en pravastatine en Therapietrouw antidepressiva. Deze groep indicatoren scoort gemiddeld 64%, maar de gemiddelde 90-percentielscore is 99%. In deze groep indicatoren is nog een ruime verbetering mogelijk.

Voor de indicatoren Behandeling diabetespatiënten met statines en Behandeling HVZ-patiënten met statines is de optimale score lager dan 85%: niet alle diabetespatiënten en HVZ-patiënten hebben namelijk een statine nodig. De gemiddelde score op deze indicatoren ligt echter ongeveer 10% lager dan de 90-percentielscore. Voor veel huisartsen is hier dus nog een verbetering mogelijk.

De indicator Voorkeursmiddelen All-antagonisten scoort erg laag (27%) en heeft een 90-percentielscore van 83%. Het voorkeursmiddel Losartan is in 2010 generiek beschikbaar gekomen. De verwachting is dat deze indicator in 2011 verder zal stijgen.

Voor de twee volume-indicatoren: antibiotica en protonpompremmers geldt hoe lager hoe beter, uiteraard met een optimum. Gemiddeld 19% van de patiënten krijgt minimaal één keer per jaar een antibioticum. Gezien de spreiding tussen huisartsen is hier nog een daling mogelijk met zo'n zes procentpunten. Gemiddeld 2,6% van de patiënten onder de 60 jaar gebruikt chronisch protonpompremmers. Gezien de spreiding tussen huisartsen zou dit gehalveerd kunnen worden.

Al met al zien we een grotere variatie in het voorschrijfgedrag tussen huisartsen wanneer het om de voorkeursmiddelen gaat dan wanneer het om andere aspecten van het voorschrijven gaat. De voorkeursmiddelen zijn deels gebaseerd op de NHG-standaarden. De NHG-standaarden laten ook doelmatigheid meewegen in de keuze van de voorkeursmiddelen. De overige indicatoren rond voorkeursmiddelen betreffen geneesmiddelengroepen waarbij de NHG-standaard geen voorkeursmiddel aanbeveelt omdat de middelen een vergelijkbare werking hebben. Een doelmatige keuze kan hier op basis van de kosten van geneesmiddelen worden gemaakt. Het lijkt er op dat huisartsen verschillen in de mate waarin ze doelmatigheid mee laten wegen bij hun voorschrijfbeleid. Bij indicatoren die vooral de kwaliteit en de veiligheid van het voorschrijven betreffen, zijn de verschillen tussen huisartsen over het algemeen kleiner.

Tabel 3.1 Overzicht scores indicatoren ¹				
Verbetering	Indicator	Cluster	Gemiddelde 2010	Spreiding ² 2010
Enige verbetering mogelijk, score > 75%	Voorkeursmiddelen PPI	Doelmatige keuze bij nieuwe gebruikers	95%	89-100%
	Voorkeursmiddelen statines	Richtlijn keuze bij nieuwe gebruikers	89%	71-100%
	Voorkeursmiddelen NSAID's	Richtlijn keuze bij nieuwe gebruikers	87%	67-99%
	Behandeling NSAID-gebruikers met maagmiddelen	Overig	84%	71-96%
	Voorkeursmiddelen bisfosfonaten	Richtlijn keuze bij nieuwe gebruikers	81%	33-100%
	Behandeling astma-patiënten met ICS	Overig	79%	68-91%
	Overbehandeling triptanen	Overig	79%	69-90%
Ruime verbetering mogelijk, score <75 %	Voorkeursmiddelen ACE-remmers	Doelmatige keuze bij nieuwe gebruikers	72%	17-100%
	Therapietrouw antidepressiva	Overig	70%	46-100%
	Voorkeursmiddelen RAS-remmers	Richtlijn keuze bij nieuwe gebruikers	67%	17-100%
	Dosering rosuvastatine en atorvastatine	CVRM	61%	13-100%
	Voorkeursmiddelen antidepressiva	Doelmatige keuze bij nieuwe gebruikers	58%	19-95%
	Dosering simvastatine en pravastatine	CVRM	57%	11-100%
	Voorkeursmiddelen All-antagonisten	Doelmatige keuze bij nieuwe gebruikers	27%	0-83%
Enige verbetering mogelijk, score <75%	Behandeling HVZ-patiënten met statines	CVRM	68%	60-76%
	Behandeling diabetespatiënten met statines	CVRM	70%	56-82%
Enige verbetering mogelijk, volume-indicatoren	Volume antibiotica	Volume ³	19%	13-25%
	Volume protonpompremmers	Volume ³	2,6%	1,3-4,0%

¹ Definities van de indicatoren vindt u in hoofdstuk 7.

² De spreiding is de afstand tussen de 10-percentielscore en de 90-percentielscore.

³ Voor volume-indicatoren geldt hoe lager hoe beter (uiteraard met een optimum).

Een aantal indicatoren is naast voor nieuwe gebruikers ook berekend voor alle gebruikers. De resultaten daarvan vindt u in tabel 3.2. Bij bijna al deze indicatoren zien we dat de richtlijnen bij nieuwe gebruikers beter worden gevolgd dan bij alle gebruikers. Dit geldt niet voor Dosering rosuvastatine en atorvastatine, daar worden juist nieuwe gebruikers minder vaak voldoende hoog gedoseerd. Mogelijk heeft dit te maken met het feit dat je volgens de bijsluiter de dosering stapsgewijs moet ophogen (insluipen).

Tabel 3.2 Overzicht scores indicatoren voor nieuwe en alle gebruikers in 2010			
Cluster	Indicator	Nieuwe gebruikers	Alle gebruikers
Richtlijn keuze	Voorkeursmiddelen statines	89%	65%
Doelmatige keuze	Voorkeursmiddelen All-antagonisten	27%	14%
	Voorkeursmiddelen PPI	95%	81%
CVRM	Dosering rosuvastatine en atorvastatine	61%	72%
	Dosering simvastatine en pravastatine	57%	53%

4 Regionale verschillen

In dit hoofdstuk worden regionale verschillen beschreven. Daartoe zijn de scores op de indicatoren per postcodegebied berekend. De score van de laagst en de hoogst scorende regio vindt u in tabel 4.1. Daarnaast zijn voor elk postcodegebied de clusterscores berekend. Deze zijn weergegeven in de landkaarten in dit hoofdstuk. De berekeningen worden uitgelegd in hoofdstuk 8.

Het grootste regionale verschil vinden we bij de indicator Voorkeursmiddelen ACE-remmers. De huisartsen in de hoogst scorende regio halen een percentage van 92. De huisartsen in de laagst scorende regio komen niet hoger dan 28 procent. Tussen deze scores zit een verschil van 64 procentpunt. Grote regionale verschillen van meer dan 40 procentpunt vinden we bij de twee indicatoren rond dosering statines en bij indicatoren uit de cluster rond voorkeursmiddelen (op basis van de richtlijn en op basis van doelmatige keuze). De overige indicatoren hebben kleinere regionale verschillen.

Welke regio's hoog of laag scoren varieert per cluster. De rangorde per cluster is weergegeven in de landkaarten 4.1 tot en met 4.4. In bijlage 1 vindt u een overzicht van de postcodegebieden en bijlage 2 toont de landkaarten voor alle individuele indicatoren. In bijlage 3 staan de rangnummers van de verschillende postcodegebieden voor het totaal van alle indicatoren en de verschillende clusters. Hieruit blijkt dat de vier hoogst scorende postcodegebieden aan elkaar grenzen: het betreft namelijk regio 13 (Almere), 82 (Lelystad), 80 (Zwolle) en 77 (Coevorden, Dalfsen, Hardenberg, Ommen). Ook de vier laagst scorende postcodegebieden liggen dicht bij elkaar: het betreft hier 60 (Weert, Roermond), 62 (Maastricht), 63 (Valkenburg) en 64 (Heerlen).

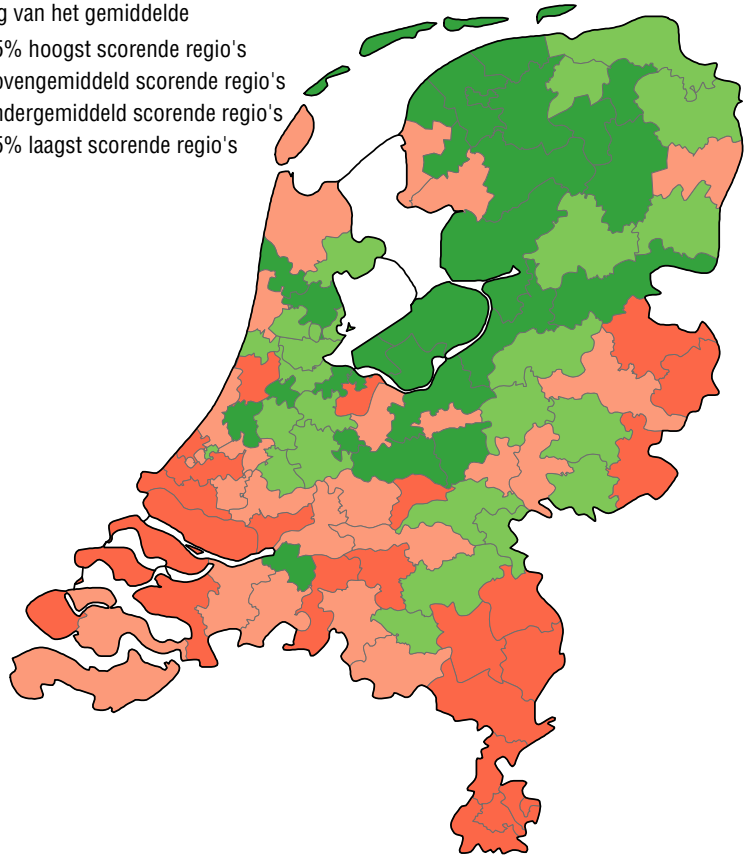
De grote regionale verschillen kunnen verschillende oorzaken hebben. Hierbij denken we aan: bevolkingskenmerken, huisartskenmerken, regionale kwaliteitsprojecten, beleid zorgverzekeraars, kwaliteit FTO, transmurale afspraken en de marketingactiviteiten van de farmaceutische industrie. Van al deze afzonderlijke factoren heeft onderzoek¹ laten zien dat zij invloed hebben op het voorschrijfgedrag van huisarts. We kunnen echter geen uitspraak doen welke van deze factoren een doorslaggevende rol heeft voor het verklaren van de regionale verschillen. Het zou bovendien goed kunnen dat bij iedere indicator weer een andere factor of combinatie van factoren deze verschillen verklaren. Inzicht in de verklarende factoren biedt aanknopingspunten voor regionaal beleid en gerichte interventie. Een probleemanalyse om verklaringen te vinden voor laag scorende regio's is wenselijk.

¹ Haaijer-Ruskamp, F.M. Denig, P. Invloeden bij het kiezen van geneesmiddelen. Geneesmiddelenbull 2001, 35(4):37-42.

Landkaart 4.1 Regionale rangorde cluster Richtlijn keuze bij nieuwe gebruikers

Afwijking van het gemiddelde

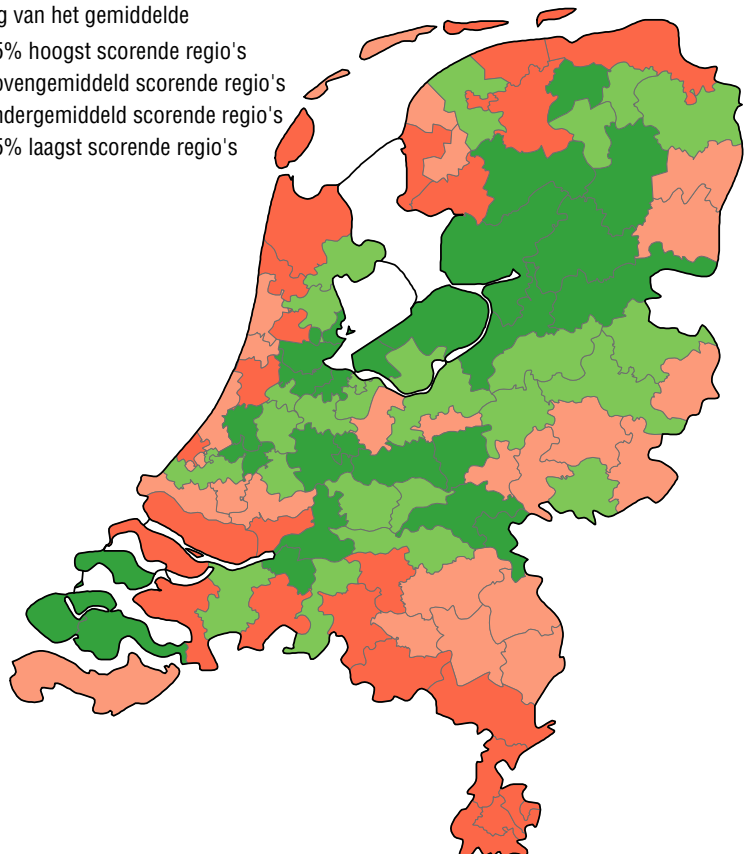
- 25% hoogst scorende regio's
- bovengemiddeld scorende regio's
- ondergemiddeld scorende regio's
- 25% laagst scorende regio's



Landkaart 4.2 Regionale rangorde cluster Doelmatige keuze bij nieuwe gebruikers

Afwijking van het gemiddelde

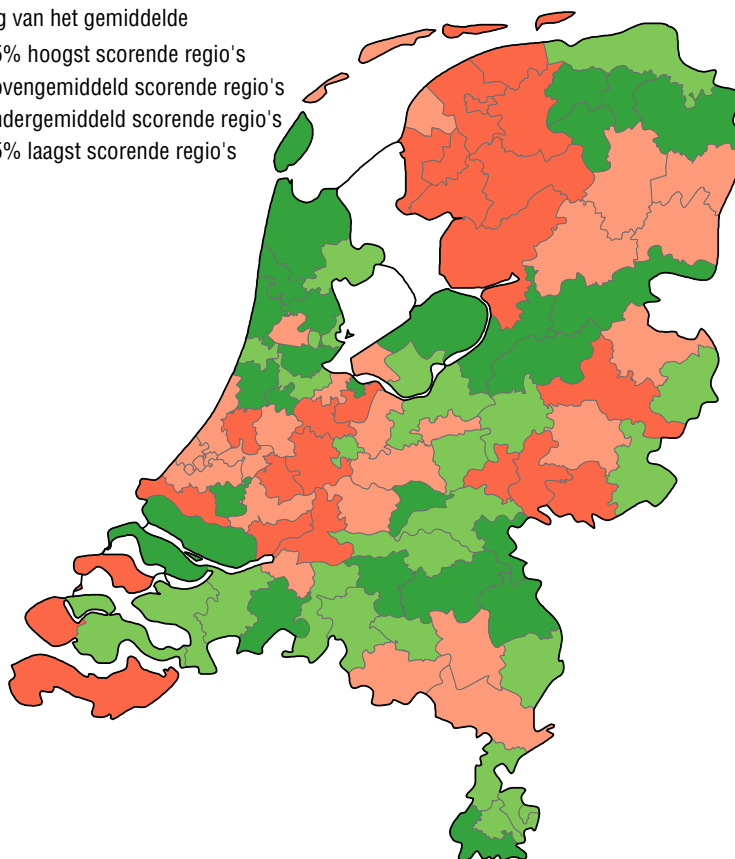
- 25% hoogst scorende regio's
- bovengemiddeld scorende regio's
- ondergemiddeld scorende regio's
- 25% laagst scorende regio's



Landkaart 4.3 Regionale rangorde cluster CVRM

Afwijking van het gemiddelde

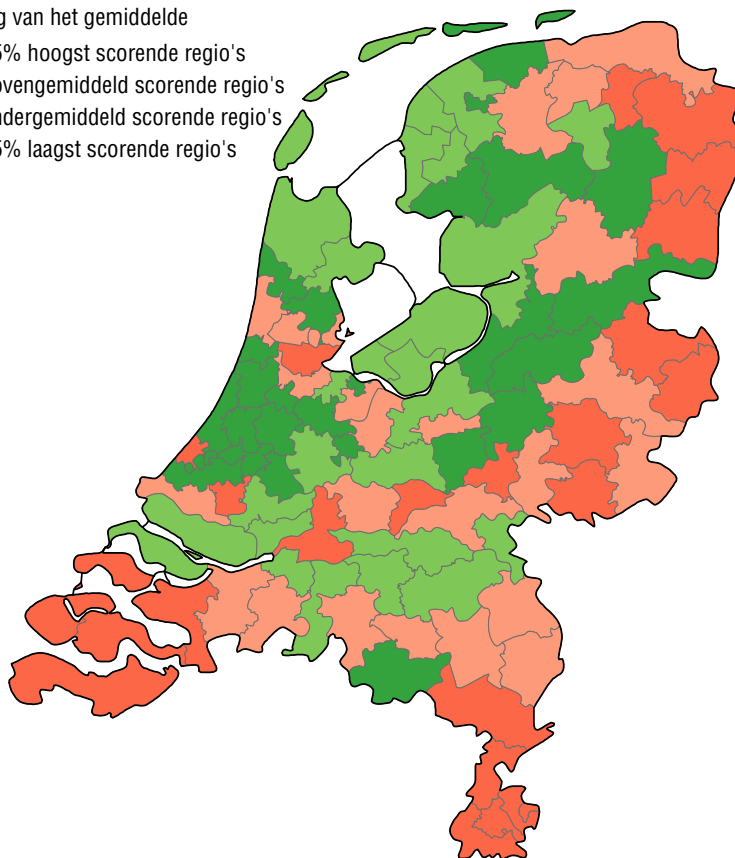
- 25% hoogst scorende regio's
- bovengemiddeld scorende regio's
- ondergemiddeld scorende regio's
- 25% laagst scorende regio's



Landkaart 4.4 Regionale rangorde cluster Overig

Afwijking van het gemiddelde

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



Tabel 4.1 Overzicht regionale verschillen indicatoren				
Cluster	Indicator	Regionale spreiding	Verskil laagst en hoogst scorende regio	Gemiddeld
Doelmatige keuze bij nieuwe gebruikers	Voorkeursmiddelen ACE-remmers	28-92%	64%	72%
CVRM	Dosering simvastatine en pravastatine	29-81%	52%	57%
Richtlijn keuze bij nieuwe gebruikers	Voorkeursmiddelen RAS-remmers	38-88%	50%	67%
Doelmatige keuze bij nieuwe gebruikers	Voorkeursmiddelen antidepressiva	35-81%	46%	58%
CVRM	Dosering rosuvastatine en atorvastatine	36-80%	44%	61%
Doelmatige keuze bij nieuwe gebruikers	Voorkeursmiddelen AII-antagonisten	9-53%	44%	27%
Richtlijn keuze bij nieuwe gebruikers	Voorkeursmiddelen bisfosfonaten	59-100%	41%	81%
Overig	Therapietrouw antidepressiva	60-83%	23%	70%
CVRM	Behandeling diabetespatiënten met statines	56-77%	21%	70%
Richtlijn keuze bij nieuwe gebruikers	Voorkeursmiddelen statines	74-95%	21%	89%
Overig	Behandeling NSAID-gebruikers met maagmiddelen	73-92%	19%	84%
Doelmatige keuze bij nieuwe gebruikers	Voorkeursmiddelen PPI	81-99%	18%	95%
CVRM	Behandeling HVZ-patiënten met statines	57-75%	18%	68%
Richtlijn keuze bij nieuwe gebruikers	Voorkeursmiddelen NSAID's	80-97%	17%	87%
Overig	Behandeling astma-patiënten met ICS	72-86%	14%	79%
Overig	Overbehandeling triptanen	70-84%	14%	79%
Volume	Volume antibiotica	14-24%	10%	81%
Volume	Volume protonpompremmers	1,9-3,9%	2,0%	2,6%

5 Verschillen tussen zorgverzekeraars

In dit hoofdstuk beschrijven we de rangordes op de clusters van indicatoren per zorgverzekeraar in vergelijking met vorig jaar.

In tabel 5.1 staat een overzicht van de rangorde van zorgverzekeraars. De tabel bevat de rangorde van vier clusters van indicatoren en de overall rangorde op basis van alle indicatoren in de vier clusters en de twee volume-indicatoren. Al jaren staat Salland bovenaan in de ranglijst: verzekerden van Salland worden door huisartsen het meest volgens de richtlijnen behandeld. Daarna volgen Zorg en Zekerheid, Agis (Achmea) en Zilveren Kruis (Achmea). Deze zorgverzekeraars gebruiken de afgelopen jaren voorschrijfindicatoren voor het belonen van huisartsen. Onderaan staat al jaren Azivo: verzekerden van Azivo worden door huisartsen het minst volgens de richtlijnen behandeld.

Tabel 5.1 Overzicht rangorde zorgverzekeraars op vier clusters					
Rangorde totaal 2010	Zorgverzekeraar (concern)	Richtlijn keuze 2010	Doelmatige keuze 2010	CVRM 2010	Overig 2010
1	Salland	1	1	14	4
2	Zorg en Zekerheid	6	2	5	1
3	Agis (Achmea)	4	3	4	16
4	Zilveren Kruis (Achmea)	5	4	3	9
5	Unive (UVIT)	3	12	1	5
6	overig (UVIT)	8	5	8	2
7	overig (Achmea)	7	6	10	6
8	de Friesland	2	16	18	7
9	Delta Lloyd/OHRA (CZ)	12	10	9	10
10	Stad Holland	14	7	13	2
11	VGZ (UVIT)	17	13	2	14
12	ASR ziektekostenverzekering	11	9	11	8
13	Menzis/Anderzorg (Menzis)	9	8	7	18
14	ONVZ	13	14	15	12
15	CZ (CZ)	16	17	6	15
16	Trias (UVIT)	10	15	17	11
17	DSW	18	11	12	13
18	Azivo (Menzis)	15	18	16	17

6 Verschillen tussen huisartsen

In dit hoofdstuk beschrijven we de verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke huisartsen en de verschillen tussen leeftijdscategorieën.

In tabel 6.1 staat de verdeling naar leeftijd en geslacht van de huisartsen. Twee derde van de huisartsen is man, vrouwelijke huisartsen zijn gemiddeld jonger dan mannelijke huisartsen.

Tabel 6.1 Verdeling huisartsen naar leeftijd en geslacht, N (%)			
	Mannen	Vrouwen	Totaal
<= 35 jaar	126 (1,4%)	244 (2,7%)	370 (4%)
36-45 jaar	956 (10%)	1253 (14%)	2209 (24%)
46-55 jaar	1933 (21%)	1065 (12%)	2998 (33%)
56 jaar en ouder	2980 (33%)	550 (6%)	3530 (39%)
Totaal	5995 (66%)	3112 (34%)	9107 (100%)

In tabel 6.2 staan de gemiddelde scores op de indicatoren voor mannelijke en vrouwelijke huisartsen en verder opgesplitst naar leeftijd. Vrouwelijke huisartsen schrijven gemiddeld vaker volgens de richtlijnen voor dan mannelijke huisartsen. Het verschil is gemiddeld 3%. De verschillen zijn het grootst in het cluster richtlijn keuze en in het cluster doelmatige keuze. Daar zijn de verschillen gemiddeld 4-6%, maar lopen op tot 11% voor de indicator Voorkeursmiddelen All-antagonisten. Zowel bij mannelijke als bij vrouwelijke huisartsen zien we ook een leeftijdseffect.

Jongere huisartsen schrijven gemiddeld vaker volgens de richtlijnen voor dan oudere huisartsen. Het verschil tussen de oudste en jongste leeftijdsgroep is gemiddeld 2-3%. De verschillen zijn het grootst in het cluster richtlijn keuze en in het cluster doelmatige keuze. Daar zijn de verschillen gemiddeld 3-5%. Bij mannen zien we grotere verschillen tussen leeftijdsgroepen dan bij vrouwen. De grootste verschillen zien we bij bijna alle indicatoren tussen jonge vrouwelijke huisartsen en oudere mannelijke huisartsen. Het verschil tussen deze twee groepen is gemiddeld 5,5%, maar in het cluster richtlijn keuze en doelmatige keuze gemiddeld 8-11%.

De gevonden verschillen kunnen verschillende oorzaken hebben. Hierbij denken we bijvoorbeeld aan: kennis en attitude over de NHG-standaarden, maar ook de gevoeligheid voor marketingactiviteiten van de farmaceutische industrie. We kunnen geen uitspraak doen welke factoren een doorslaggevende rol heeft voor het verklaren van de verschillen. Inzicht in de verklarende factoren biedt echter wel aanknopingspunten voor een verbeterde en gedifferentieerde aanpak bij de implementatie van richtlijnen in de diverse groepen huisartsen. Een analyse naar verklaringen voor de gevonden verschillen is daarom wenselijk.

Tabel 6.2 Overzicht uitkomsten naar leeftijd en geslacht huisarts											
Cluster	Indicator	Mannen	Vrouwen	Man < 35 jaar	Man 36-45 jaar	Man 46-55 jaar	Man 56 jaar en ouder	Vrouw < 35 jaar jaar	Vrouw 36-45 jaar	Vrouw 46-55 jaar	Vrouw 56 jaar en ouder
Richtlijn keuze bij nieuwe gebruikers	Voorkeursmiddelen bisfosfonaten	80%	84%	84%	83%	79%	79%	88%	87%	83%	80%
	Voorkeursmiddelen NSAID's	86%	90%	88%	88%	87%	84%	91%	90%	89%	90%
	Voorkeursmiddelen RAS-remmers	65%	73%	72%	67%	66%	63%	77%	73%	72%	74%
	Voorkeursmiddelen statines	88%	90%	88%	89%	88%	88%	93%	90%	90%	91%
Doelmatige keuze bij nieuwe gebruikers	Voorkeursmiddelen All-antagonisten	25%	36%	33%	28%	25%	24%	47%	37%	33%	35%
	Voorkeursmiddelen ACE-remmers	70%	78%	79%	71%	69%	69%	78%	79%	78%	78%
	Voorkeursmiddelen antidepressiva	57%	61%	58%	57%	57%	57%	65%	63%	59%	61%
	Voorkeursmiddelen PPI	94%	96%	95%	94%	94%	94%	96%	96%	95%	96%
CVRM	Behandeling diabetespatiënten met statines	70%	70%	69%	71%	70%	69%	70%	71%	70%	70%
	Behandeling HVZ-patiënten met statines	68%	68%	69%	69%	68%	67%	68%	68%	68%	69%
	Dosering rosuvastatine en atorvastatine	61%	61%	63%	63%	60%	61%	66%	61%	60%	63%
	Dosering simvastatine en pravastatine	57%	58%	64%	60%	59%	54%	60%	58%	59%	55%
Overig	Behandeling astma-patiënten met ICS	79%	80%	79%	80%	80%	79%	81%	80%	80%	79%
	Behandeling NSAID-gebruikers met maagmiddelen	84%	85%	83%	84%	84%	84%	82%	86%	85%	84%
	Overbehandeling triptanen	79%	80%	79%	79%	79%	79%	81%	80%	80%	80%
	Therapietrouw antidepressiva	70%	72%	74%	70%	70%	69%	75%	72%	72%	70%
Volume	Volume antibiotica	19%	18%	19%	18%	19%	19%	18%	18%	18%	17%
	Volume protonpompremmers	2,6%	2,6%	2,7%	2,7%	2,6%	2,6%	2,8%	2,7%	2,6%	2,5%
Gemiddelde		72,9%	75,8%	75,3%	74,0%	73,0%	72,1%	77,6%	76,1%	75,1%	75,3%

7 Clusterindeling en definities van de indicatoren

In dit hoofdstuk staan de definities en de clusterindeling van de 18 indicatoren in dit rapport.

7.1 Clusterindeling

De indicatoren zijn ingedeeld in vijf clusters. Tabel 7.1 laat zien hoe de indicatoren zijn geclusterd. Het cluster Richtlijn keuze bij nieuwe gebruikers bevat geneesmiddelengroepen waarbij de NHG-standaard één of meer voorkeursmiddelen aanbeveelt. Het cluster Doelmatige keuze bij nieuwe gebruikers bevat geneesmiddelengroepen waarbij de NHG-standaard geen voorkeursmiddel aanbeveelt omdat de middelen een vergelijkbare werking hebben. Een doelmatige keuze kan hier op basis van de kosten van geneesmiddelen worden gemaakt. Voor volume-indicatoren geldt hoe lager hoe beter (uiteraard met een optimum). Voor de eerste vier clusters worden clusterscores berekend door de scores van de vier indicatoren op te tellen. Voor het cluster volume is dat niet gedaan. De uitkomsten en spreiding van de twee indicatoren verschillen dermate dat een somscore geen recht doet aan beide indicatoren.

Tabel 7.1 Indicatoren per cluster

Cluster	Indicator
Richtlijn keuze bij nieuwe gebruikers	Voorkeursmiddelen bisfosfonaten
	Voorkeursmiddelen NSAID's
	Voorkeursmiddelen RAS-remmers
	Voorkeursmiddelen statines
Doelmatige keuze bij nieuwe gebruikers	Voorkeursmiddelen All-antagonisten
	Voorkeursmiddelen ACE-remmers
	Voorkeursmiddelen antidepressiva
	Voorkeursmiddelen PPI
CVRM	Behandeling diabetespatiënten met statines
	Behandeling HVZ-patiënten met statines
	Dosering rosuvastatine en atorvastatine
	Dosering simvastatine en pravastatine
Overig	Behandeling astma-patiënten met ICS
	Behandeling NSAID-gebruikers met maagmiddelen
	Overbehandeling triptanen
	Therapietrouw antidepressiva
Volume	Volume antibiotica
	Volume protonpompremmers

7.2 Definities

De definities van de verschillende indicatoren staan hieronder weergegeven. De indicatoren staan in dezelfde volgorde als tabel 7.1.

Voorkeursmiddelen bisfosfonaten

In de NHG-standaard Osteoporose (2005) staat dat bij patiënten die in aanmerking komen voor preventieve behandeling de voorkeur uitgaat naar de bisfosfonaten alendronaat of risedronaat. Het Farmacotherapeutisch Kompas (2010) vult het volgende aan: Effectiviteit ten aanzien van de reductie van heupfracturen bij postmenopauzale vrouwen met osteoporose is alleen voor alendroninezuur en risedroninezuur aangetoond; voor ibandroninezuur ontbreken deze gegevens.

Definitie

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

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.

Definitie

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

Voorkeursmiddelen RAS-remmers

Wanneer wordt gekozen voor een RAS-remmer gaat volgens de NHG-standaard hartfalen (2010), de NHG-standaard Cardiovasculair risicomanagement (2006) en het Farmacotherapeutisch Kompas (2010), de voorkeur uit naar een ACE-remmer. Bij het niet goed verdragen van ACE-remmers kan uitgeweken worden naar een angiotensine-II-receptor-antagonist.

Definitie

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

Voorkeursmiddelen statines

Wanneer wordt gekozen voor een statine gaat volgens de NHG-standaard Cardiovasculair risicomanagement (2006) de voorkeur uit naar simvastatine of pravastatine.

Definitie

Aantal nieuwe gebruikers van simvastatine of pravastatine
Aantal nieuwe gebruikers van statines

Voorkeursmiddelen All-antagonisten

Uit het Farmacotherapeutisch Kompas (2010) blijkt niet dat er binnen de groep Angiotensine II-antagonisten (All-antagonisten) middelen superieur zijn aan anderen. Uit doelmatigheidsoverwegingen is het daarom aan te bevelen om bij indicatie voor een All-antagonist te kiezen voor losartan, de All-antagonist die generiek beschikbaar is. Losartan heeft een breed indicatiegebied.

Definitie

Aantal nieuwe gebruikers generiek losartan
Aantal nieuwe gebruikers All-antagonisten (inclusief combinaties)

Voorkeursmiddelen ACE-remmers

Uit het Farmacotherapeutisch Kompas (2010) 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 middel uit deze groep een ACE-remmer te kiezen die ook generiek beschikbaar is. Captopril, enalapril, fosinopril, lisinopril, perindopril (terbutylamine), quinapril en ramipril zijn generiek beschikbaar.

Definitie

Aantal nieuwe gebruikers van generieke enalapril, captopril, lisinopril, ramipril
Aantal nieuwe gebruikers ACE-remmers (inclusief combinaties)

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. 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. De richtlijn geeft geen voorkeursmiddel. Vanuit doelmatigheidsoogpunt is het daarom belangrijk een generiek middel te kiezen.

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.

Voorkeursmiddelen PPI

Volgens het Farmacotherapeutisch Kompas (2010) behoort bij de keuze van een protonpompremmer, gezien de geringe onderlinge verschillen, de prijs een belangrijke rol te spelen. Omeprazol en pantoprazol zijn in 2010 de goedkoopste middelen.

Definitie

Aantal nieuwe gebruikers van generiek omeprazol en pantoprazol
Aantal nieuwe gebruikers van protonpompremmers

Behandeling diabetespatiënten met statines

De NHG-standaard Cardiovasculair risicomanagement (2006) adviseert aan vrijwel alle patiënten met diabetes mellitus type 2 een statine voor te schrijven. Uitzondering op de regel: 'Bij patiënten met een LDL-cholesterol < 2,5 mmol/l'. De indicatie diabetes mellitus type 2 leiden we af uit herhaald gebruik van orale diabetesmiddelen.

Definitie

Aantal gebruikers (40-79 jaar) van orale bloedglucoseverlagende middelen in combinatie met een statine

Aantal gebruikers (40-79 jaar) van orale bloedglucoseverlagende middelen

Behandeling HVZ-patiënten met statines

Volgens de NHG-standaard cardiovasculair risicomanagement (2006) horen alle patiënten met HVZ 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

Dosering rosuvastatine en atorvastatine

De NHG-standaard cardiovasculair risicomanagement (2006) adviseert om, indien de streefwaarde van het LDL niet gehaald worden, bij patiënten met HVZ of DM2 met een sterk verhoogd risico op manifestaties van HVZ atorvastatine of rosuvastatine voor te schrijven. Indien een huisarts op goede indicatie een van deze middelen voorschrijft, zou hij/zij dat wel moeten doen in adequate doseringen die daadwerkelijk sterker effect op het LDL hebben dan simvastatine 40 mg.

Definitie

Aantal nieuwe gebruikers atorvastatine van minimaal 20 mg en rosuvastatine van minimaal 10 mg

Aantal nieuwe gebruikers atorvastatine en rosuvastatine

Dosering simvastatine en pravastatine

De NHG-standaard Cardiovasculair risicomanagement (2006) adviseert om simvastatine en pravastatine voor te schrijven in een dosering van 40 mg.

Definitie

Aantal nieuwe gebruikers van simvastatine en pravastatine van 40 mg

Aantal nieuwe gebruikers van simvastatine en pravastatine

Behandeling astma-patiënten met ICS

De NHG-standaard Astma bij volwassenen (2007) en de NHG-standaard Astma bij kinderen (2006) adviseert 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 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.

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).

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 triptanen

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 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

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), Acuut hoesten (2003) en Rhinosinusitis (2005) noemen antibiotica niet als mogelijke therapiekeuze of bevelen terughoudendheid aan. Bij volume-indicatoren is, in tegenstelling tot de andere indicatoren, de referentiewaarde lager dan het landelijk gemiddelde. Dit betekent hoe lager men op deze indicatoren scoort, hoe beter men voorschrijfts (uiteraard met een optimum).

Definitie

Aantal gebruikers van antibiotica

Totaal aantal patiënten in de populatie

Volume protonpompremmers

Volgens de NHG-standaard Maagklachten (2003) is de indicatie voor chronisch gebruik van protonpompremmers bij maagklachten zeer beperkt. In de praktijk komt chronisch gebruik van protonpompremmers vaak voor. De indicator beperkt zich tot de leeftijdsgroep tot en met 59 jaar, omdat ouderen protonpompremmers vaak krijgen als maagprotectie bij bijvoorbeeld NSAID's. Voor de volume-indicatoren geldt hoe lager men op deze indicatoren scoort, hoe beter men voorschrijft (uiteraard met een optimum).

Definitie

$$\frac{\text{Aantal chronische gebruikers (t/m 59 jaar) van protonpompremmers}}{\text{Totale aantal patiënten in de populatie (t/m 59 jaar)}}$$

8 Methode

In dit hoofdstuk leest u over de ontwikkeling en validatie van de indicatoren die het IVM heeft gebruikt in de Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen. Vervolgens leest u welke gegevens gebruikt zijn voor de analyse en hoe de analyse is uitgevoerd.

8.1 Ontwikkeling en validatie

De Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen van 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.

8.2 Gebruikte gegevens

De scores in dit rapport hebben betrekking op het jaar 2010 en zijn gebaseerd op Vektis-gegevens. Omdat bij een aantal zorgverzekeraars de gegevens over de eerste twee kwartalen van 2010 niet helemaal betrouwbaar waren, hebben we de indicatoren berekend op de laatste twee kwartalen. In het bestand zitten 9.264 verschillende huisartsen. Uit cijfers van het NIVEL² blijkt dat er 2010 7.833 zelfstandig gevestigde huisartsen, 1.088 HIDHA's en naar schatting 1.479 waarnemers werkzaam waren.

8.3 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. Een vergelijking met uitkomsten in de eerdere rapporten van de Benchmark Voorschrijven Huisartsen is om verschillende redenen niet mogelijk. De definities van een groot aantal indicatoren zijn aangescherpt en geactualiseerd. Daardoor zijn de indicatoren niet vergelijkbaar. Het gegevensbestand van SFK verschilt in een aantal opzichten met dat van Vektis. Zo bevat SFK aflevergegevens en Vektis declaratiegegevens.

² L. Hingstman en R.J. Kenens. Cijfers uit de registratie van huisartsen, Peiling 2010. NIVEL, 2010.

Het Vektisbestand heeft een betere landelijke dekking, zo ontbreken bij SFK bijvoorbeeld de apotheekhoudende huisartsen. In het Vektisbestand kan een patiënt beter in de tijd gevolgd worden, wat bij SFK niet mogelijk is als de patiënt van apotheek wisselt. Ten slotte is de berekening van dit rapport gebaseerd op uitkomsten per huisarts terwijl dat in voorgaande jaren op basis van uitkomsten per apotheek gebeurde.

Regionale verschillen

De regio-indeling (hoofdstuk 4) is gebaseerd op de eerste twee cijfers van de postcode van de huisarts. Voor een overzicht van de postcodegebieden zie bijlage 1. De regionale verschillen tonen de laagste en de hoogste score van de regio's en laat daarmee de verschillen in Nederland zien per indicator.

Voor elke regio is per cluster 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 4.4). 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, waarbij de volume-indicatoren omgerekend worden, zodat een laag volume een hoge score geeft.

Verschillen tussen zorgverzekeraars

In hoofdstuk 5 worden de verschillen tussen zorgverzekeraars in kaart gebracht. In Nederland zijn 26 zorgverzekeraars. Er bestaan vier concerns (Achmea, Menzis, UVIT en CZ-groep) waarin in totaal 19 zorgverzekeraars zijn ondergebracht. Voor de analyse hebben we bij de concerns de kleinere zorgverzekeraars samengevoegd. In tabel 8.1 staat vermeld hoe we de zorgverzekeraars hebben ingedeeld.

Tabel 8.1 Indeling zorgverzekeraars voor analyse		
Groep	Risicodrager	Indeling in dit rapport
Achmea	Zilverenkruis Achmea	Zilveren Kruis (Achmea)
	Agis	Agis (Achmea)
	Avéro Achmea	Overig (Achmea)
	FBTO	Overig (Achmea)
	Interpolis	Overig (Achmea)
	OZF Achmea	Overig (Achmea)
CZ Delta Lloyd Ohra	CZ Groep	CZ (CZ)
	Delta Lloyd	Delta Lloyd/OHRA (CZ)
	OHRA	Delta Lloyd/OHRA (CZ)
Menzis	Anderzorg	Menzis/Anderzorg (Menzis)
	Menzis	Menzis/Anderzorg (Menzis)
	AZIVO	AZIVO (Menzis)
UVIT	Unive	Unive (UVIT)
	VGZ	VGZ (UVIT)
	Trias	Trias (UVIT)
	IZA	Overig (UVIT)
	IZZ	Overig (UVIT)
	Gouda	Overig (UVIT)
	UMC	Overig (UVIT)
ASR	ASR	ASR
De Friesland	De Friesland	De Friesland
DSW	DSW	DSW
ONVZ	ONVZ	ONVZ
Salland ¹	Salland	Salland
Stad Holland	Stad Holland	Stad Holland
Zorg en Zekerheid	Zorg en Zekerheid	Zorg en Zekerheid

¹ Vanaf 2011 is de naam gewijzigd in ENO

Voor elke zorgverzekeraar is per cluster een somscore berekend en vervolgens de rangorde bepaald. De rangorde voor de overallscore is bepaald door de scores van de verschillende indicatoren bij elkaar op te tellen, waarbij de volume-indicatoren omgerekend worden, zodat een laag volume een hoge score geeft. Een score van 1 geeft aan dat de desbetreffende zorgverzekeraar overall of binnen een specifiek cluster het beste scoort. Hoe hoger de score, hoe meer ruimte er voor verbetering bestaat.

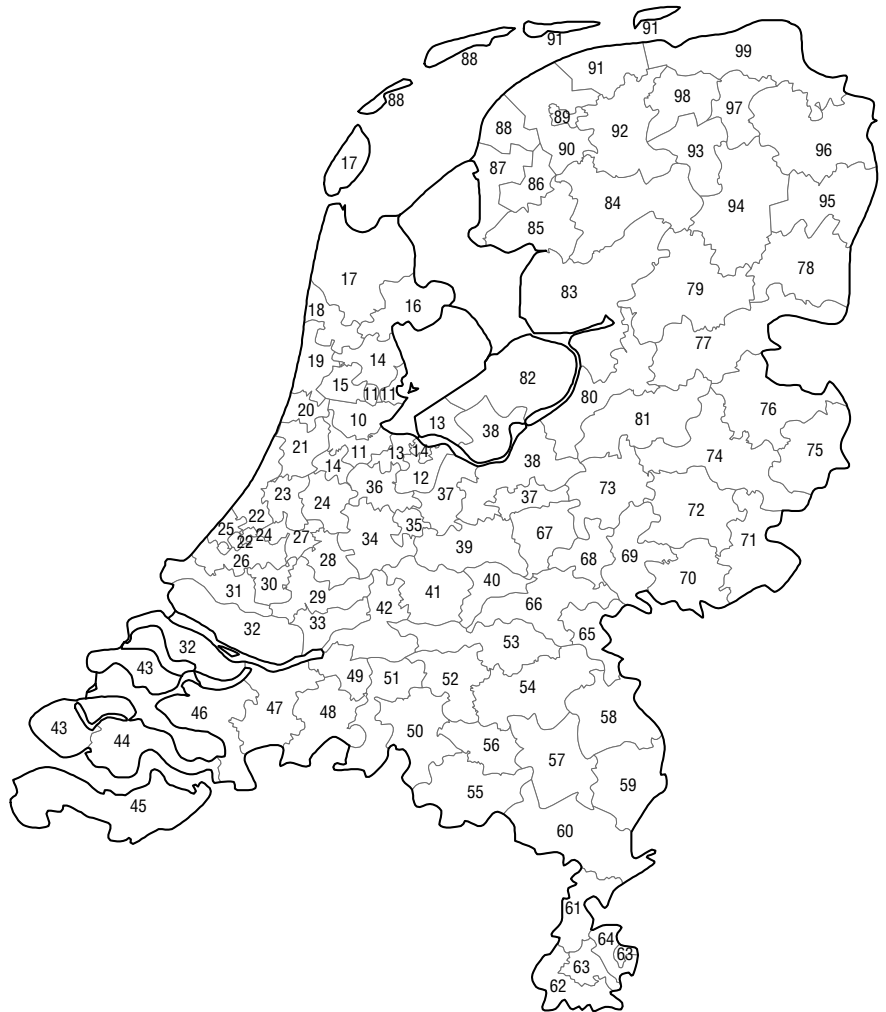
Verschillen tussen huisartsen

In hoofdstuk 6 worden verschillen tussen huisartsen verder onderzocht. De uitkomsten van de indicatoren zijn opgesplitst naar geslacht en naar leeftijdsgroep van de huisarts. We hanteren de volgende leeftijdsgroepen: ≤35 jaar, 36-45 jaar, 46-55 jaar en 56 jaar en ouder.

Bijlage 1

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.



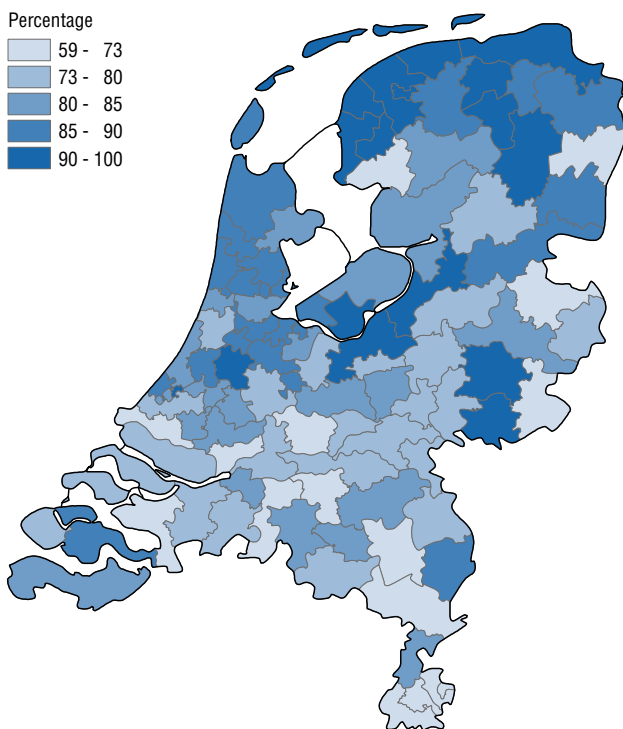


Landkaarten met scores op de afzonderlijke indicatoren

Voorkeursmiddelen bisfosfonaten

Percentage

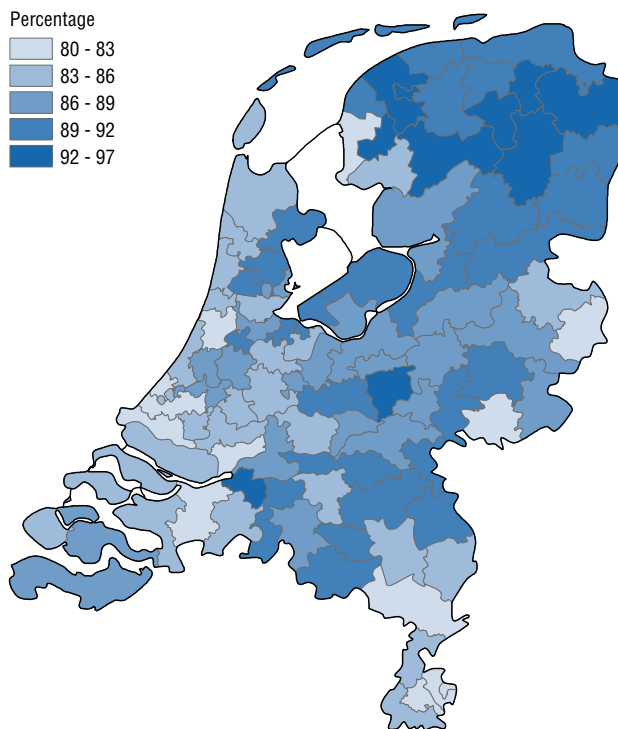
59 - 73
73 - 80
80 - 85
85 - 90
90 - 100



Voorkeursmiddelen NSAID's

Percentage

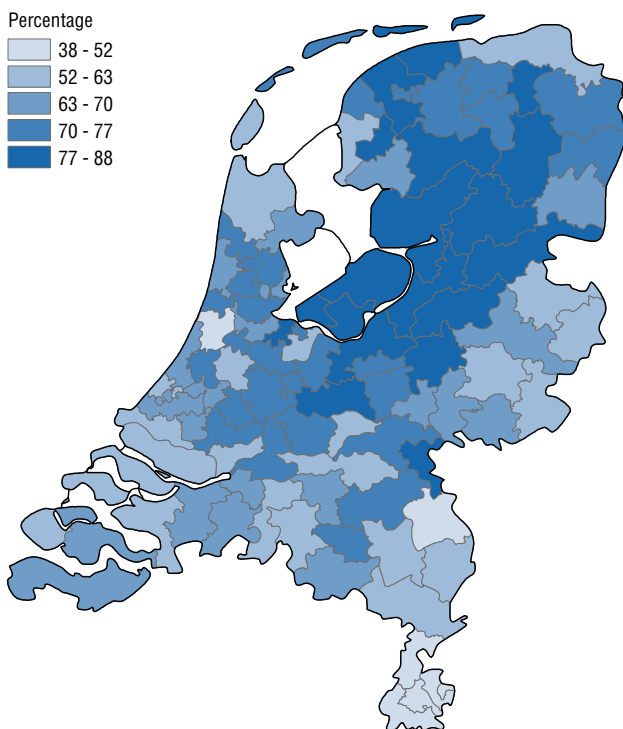
80 - 83
83 - 86
86 - 89
89 - 92
92 - 97



Voorkeursmiddelen RAS-remmers

Percentage

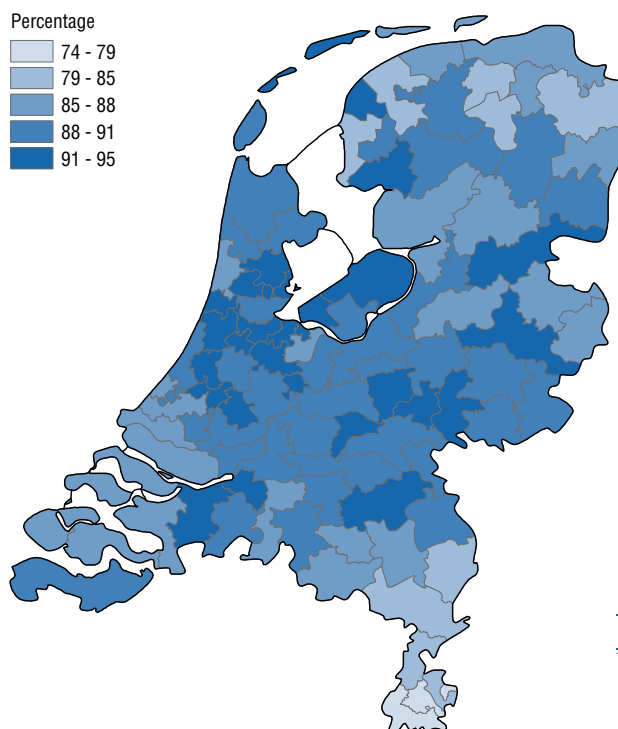
38 - 52
52 - 63
63 - 70
70 - 77
77 - 88



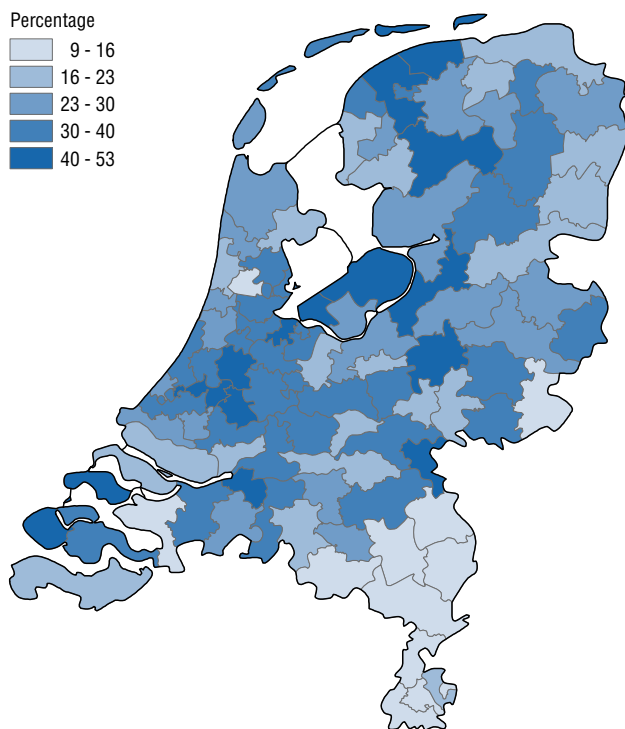
Voorkeursmiddelen statines

Percentage

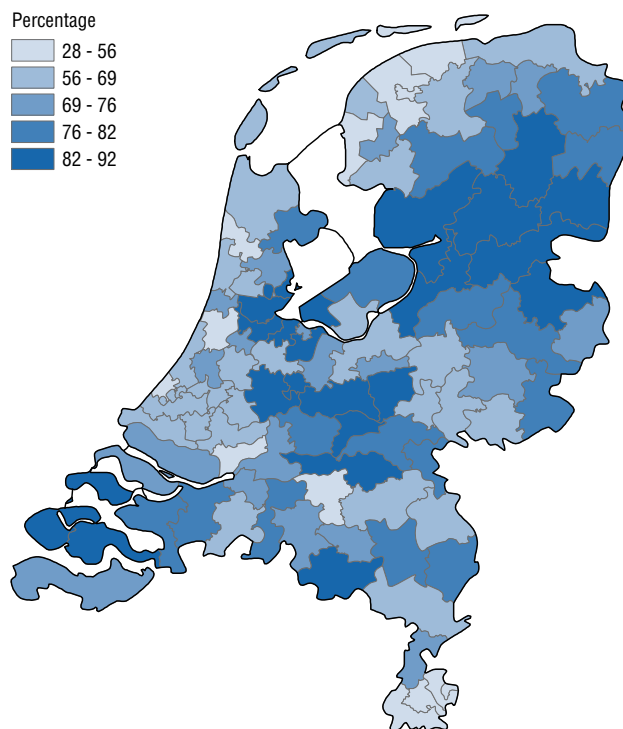
74 - 79
79 - 85
85 - 88
88 - 91
91 - 95



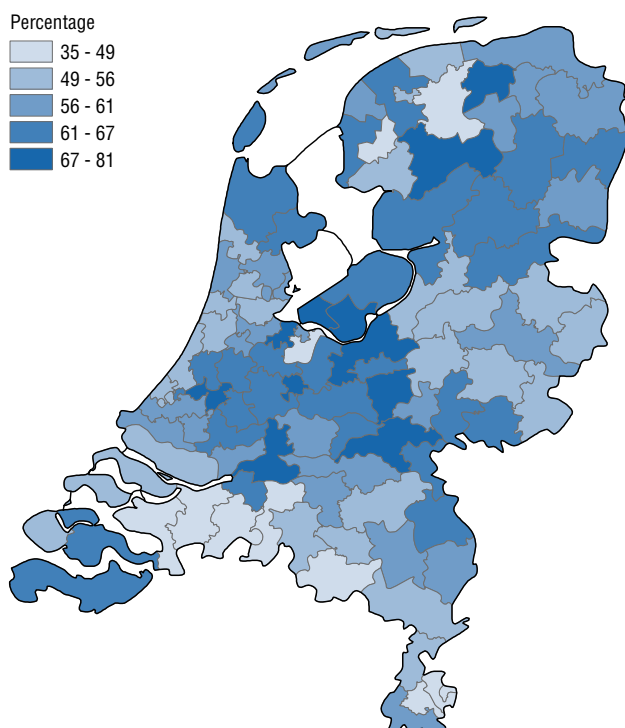
Voorkeursmiddelen All-antagonisten



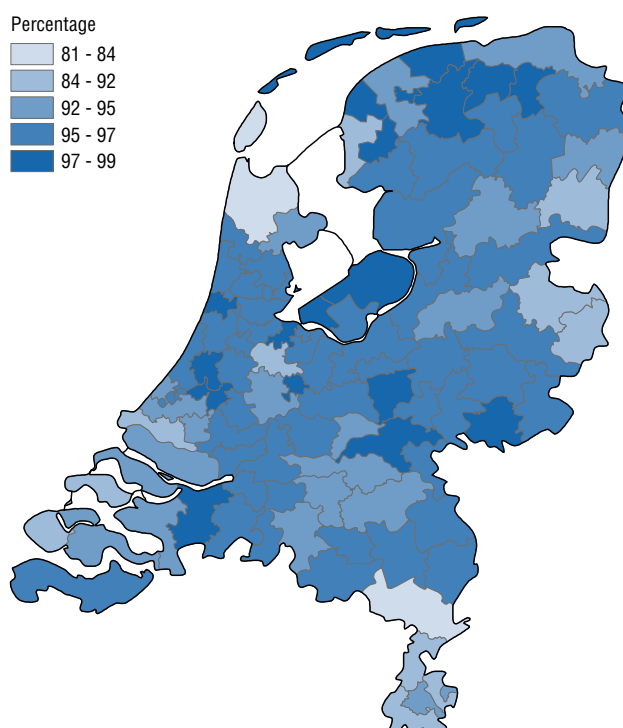
Voorkeursmiddelen ACE-remmers



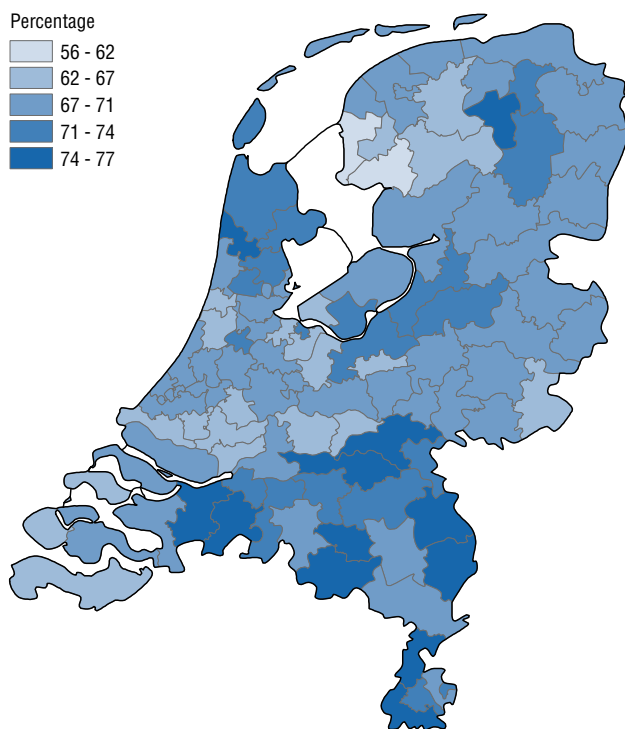
Voorkeursmiddelen antidepressiva



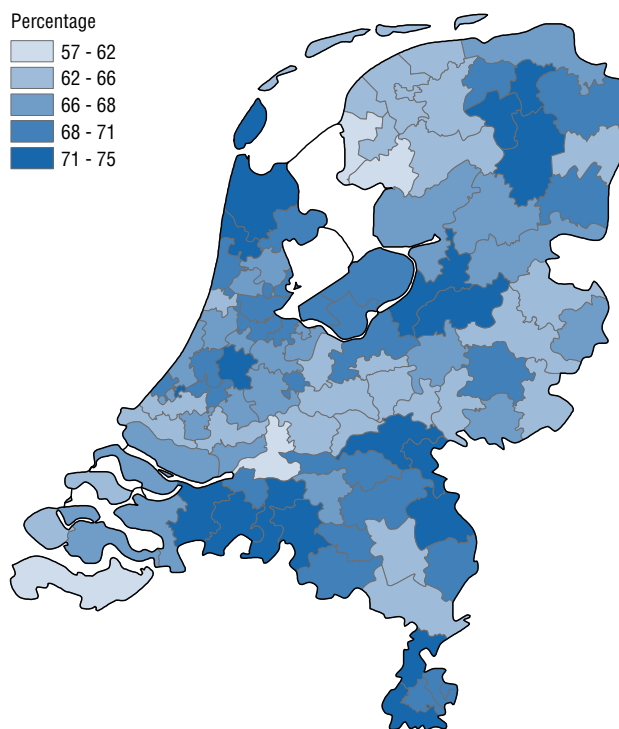
Voorkeursmiddelen PPI



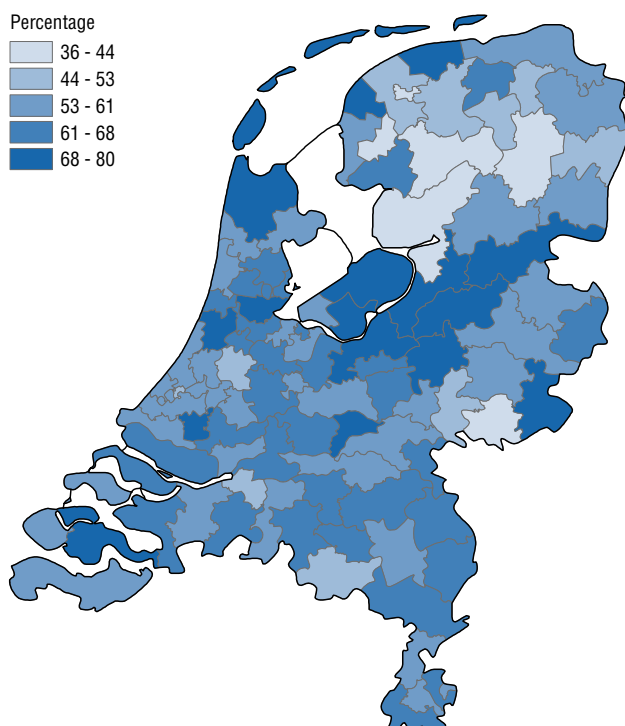
Behandeling diabetespatiënten met statines



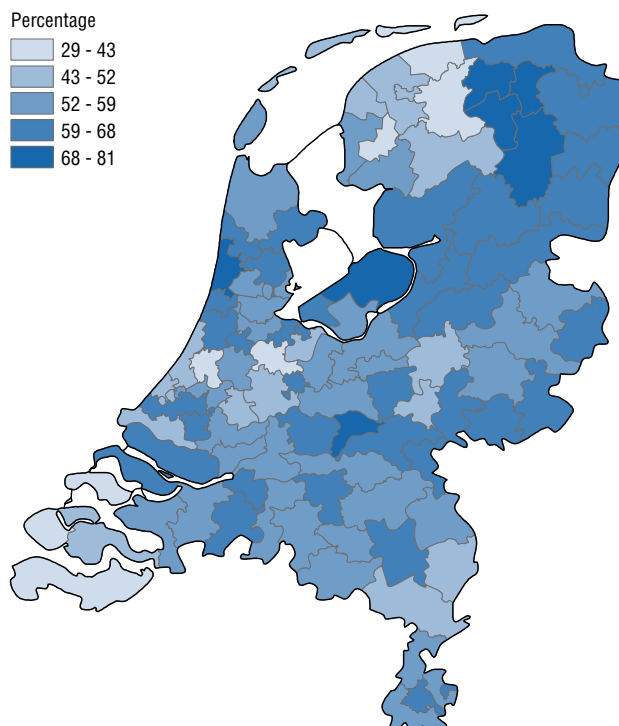
Behandeling HVZ-patiënten met statines



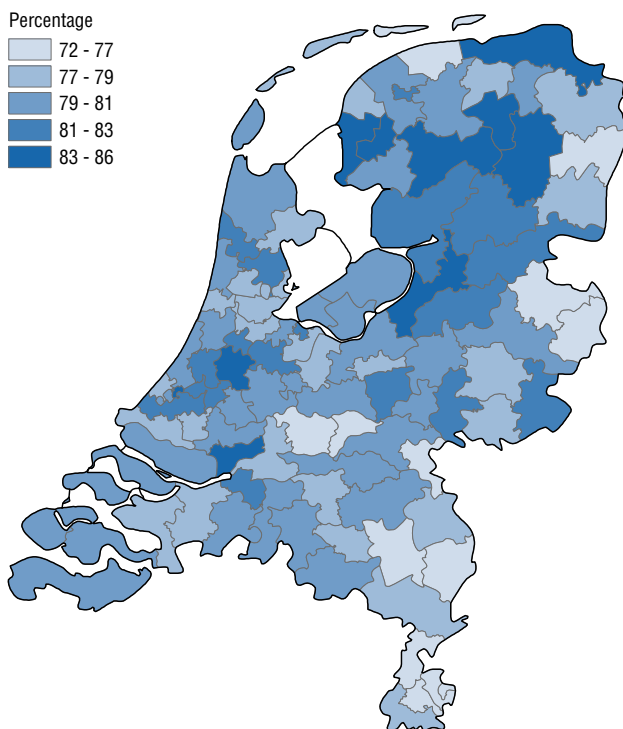
Dosering rosuvastatine en atorvastatine



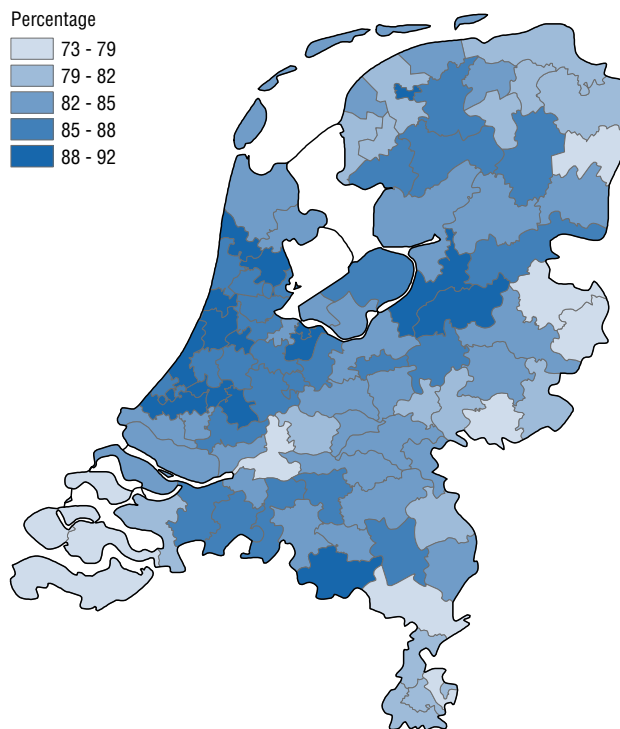
Dosering simvastatine en pravastatine



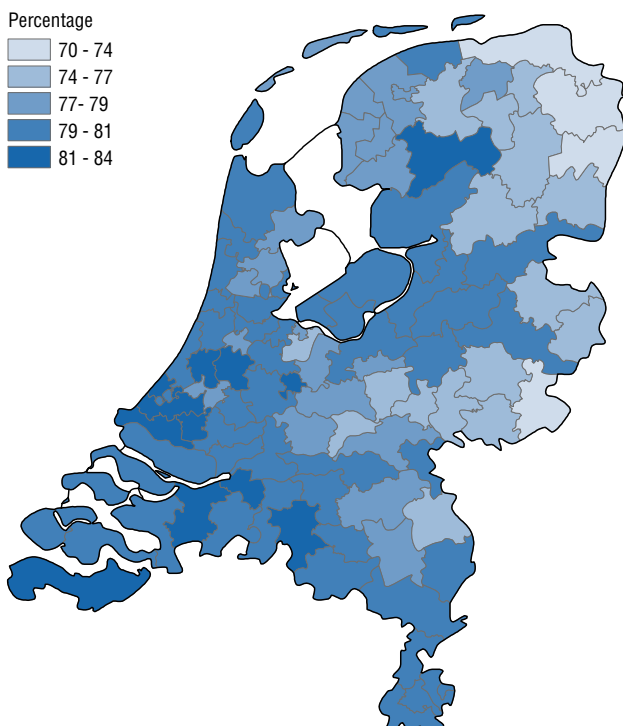
Behandeling astma-patiënten met ICS



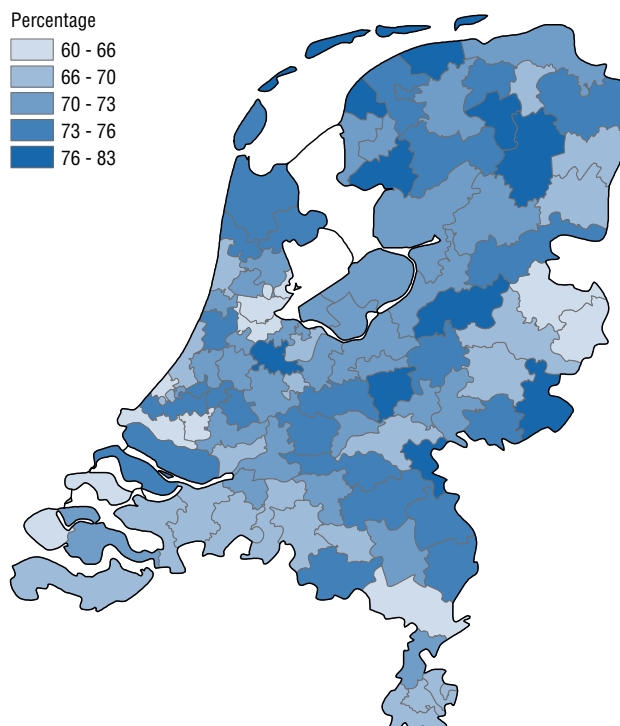
Behandeling NSAID-gebruikers met maagmiddelen



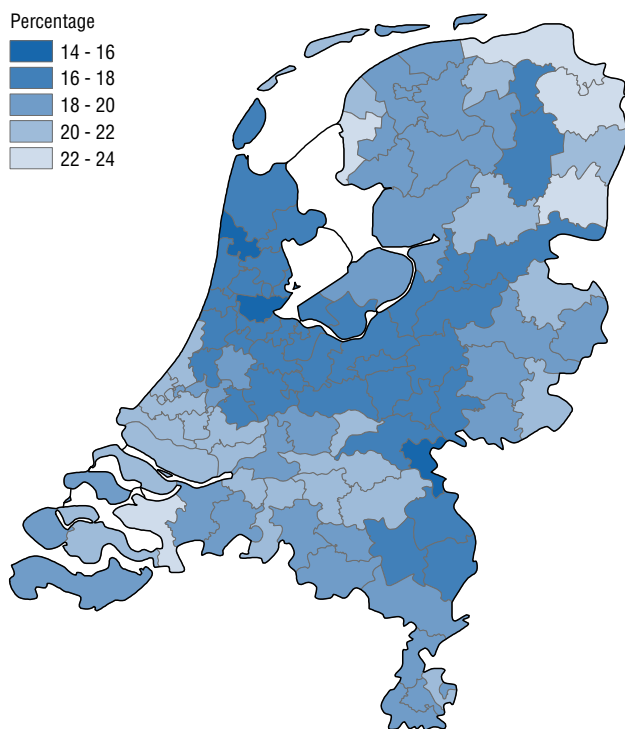
Overbehandeling triptanen



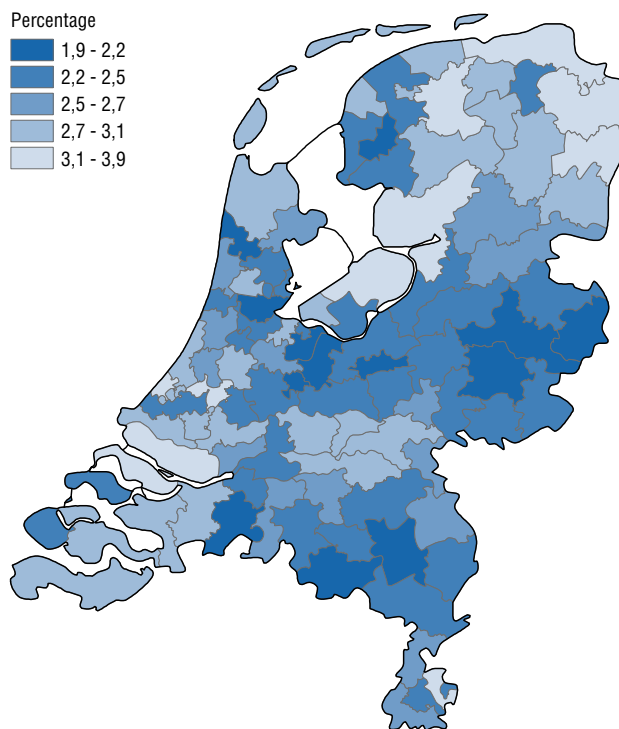
Therapietrouw antidepressiva



Volume antibiotica



Volume protonpompremmers



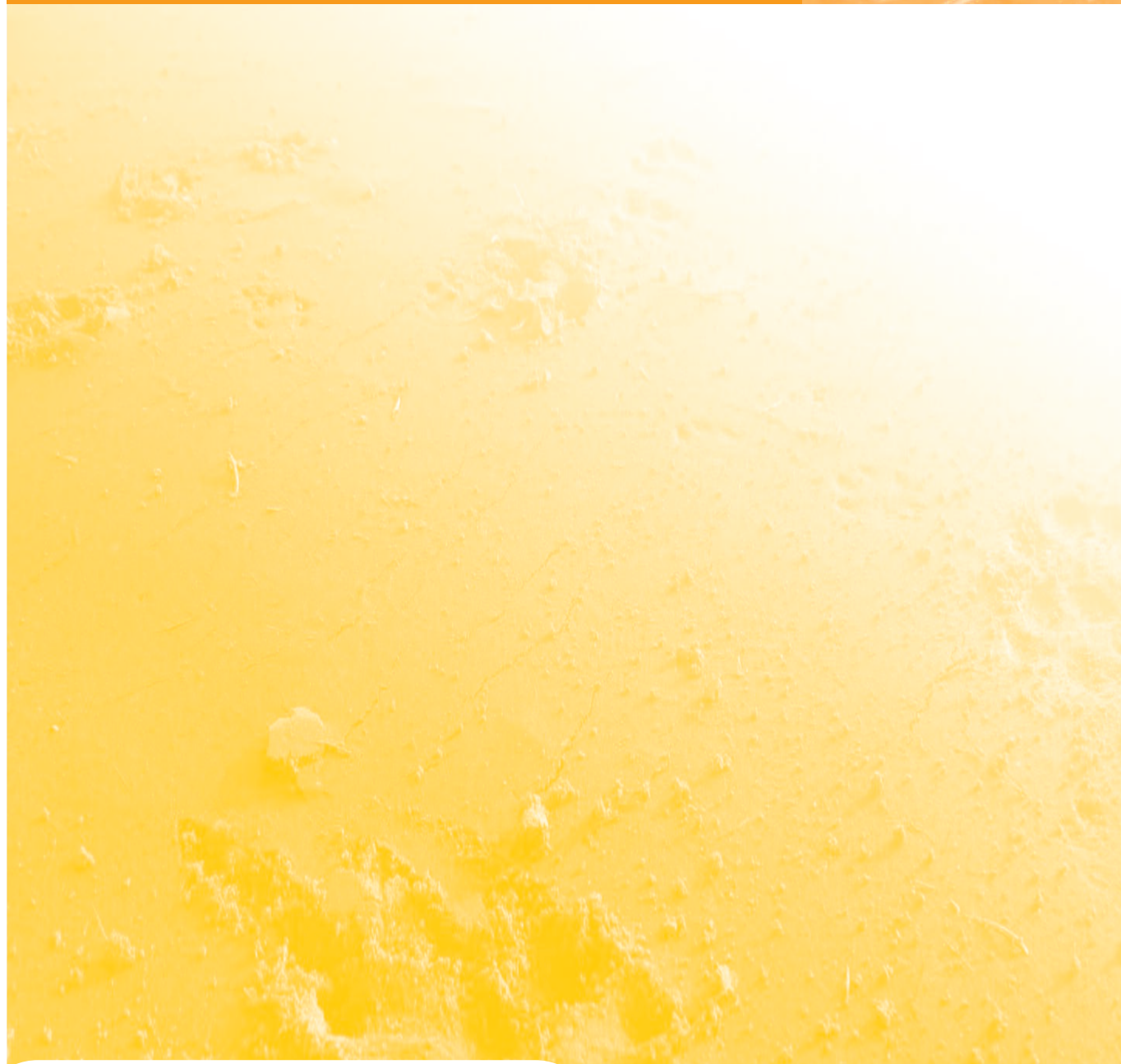
Bijlage 3

Overzicht rangorde postcodegebieden op vier clusters

Overzicht rangorde postcodegebieden op vier clusters					
Rang Totaal	Postcode	Rang Richtlijn keuze bij nieuwe gebruikers	Rang Doelmatige keuze bij nieuwe gebruikers	Rang Cardiovasculair risicomanagement	Rang Overig
1	80	3	3	1	14
2	82	13	3	3	28
3	77	2	21	6	12
4	13	6	1	57	37
5	65	27	2	20	45
6	67	11	6	39	19
7	94	4	17	50	7
8	35	18	8	45	21
9	98	25	23	2	59
10	14	15	29	10	17
11	81	39	31	4	2
12	97	10	26	12	83
13	93	16	35	8	40
14	39	19	10	66	29
15	27	46	7	56	15
16	66	41	9	28	58
17	84	12	5	85	9
18	49	21	13	59	36
19	38	14	37	26	42
20	11	36	20	34	64
21	79	31	14	54	51
22	10	42	22	23	70
23	24	37	25	63	1
24	83	23	15	74	25
25	23	22	19	80	13
26	34	45	12	68	32
27	96	24	33	18	79
28	16	33	40	38	41
29	54	28	56	22	27
30	44	52	16	27	80
30	20	38	53	30	22
32	73	43	45	43	18
32	28	29	28	81	6
34	56	40	46	24	53
35	42	48	10	70	69
36	18	20	83	16	11
37	36	30	43	73	5
38	88	9	63	61	26
39	19	47	61	14	62

Rang Totaal	Postcode	Rang Richtlijn keuze bij nieuwe gebruikers	Rang Doelmatige keuze bij nieuwe gebruikers	Rang Cardiovasculair risicomanagement	Rang Overig
39	41	65	24	46	65
41	53	61	39	32	33
42	47	63	30	33	56
43	90	7	36	84	43
44	40	72	38	5	82
45	29	50	47	53	38
46	91	8	74	71	20
47	37	51	55	52	50
48	30	57	54	15	75
48	78	34	49	51	71
50	15	26	73	49	47
50	86	1	48	90	31
52	26	75	42	55	8
52	48	58	71	13	46
54	72	35	51	60	81
55	17	60	81	9	34
56	55	59	69	47	16
57	74	55	34	75	63
58	51	81	41	31	30
58	59	68	58	42	55
58	70	44	32	82	77
58	71	71	57	35	48
62	58	74	64	19	67
63	99	32	78	44	61
63	12	73	27	76	54
65	22	64	59	64	23
65	32	78	68	17	24
67	21	83	82	7	4
68	50	67	72	29	60
68	69	49	67	72	52
70	52	69	85	11	39
71	95	54	52	58	88
72	92	17	70	86	49
73	57	82	62	48	57
73	89	5	86	89	10
75	85	62	80	79	3
76	68	53	66	78	77
77	61	80	77	37	73
78	45	56	50	87	76

Rang Totaal	Postcode	Rang Richtlijn keuze bij nieuwe gebruikers	Rang Doelmatige keuze bij nieuwe gebruikers	Rang Cardiovasculair risicomanagement	Rang Overig
79	75	84	60	25	89
80	43	76	18	88	85
81	33	77	76	69	35
82	25	70	79	67	68
82	31	79	65	77	66
84	46	86	75	40	72
85	76	85	44	62	90
86	87	66	84	83	44
87	62	89	88	21	74
88	60	87	87	65	86
89	64	88	89	41	87
90	63	90	90	36	84



Instituut voor
Verantwoord Medicijngebruik