

Rapport



De effectiviteit van de onafhankelijk artsbezoeker

Onderzoek naar de effectiviteit van het inzetten van de onafhankelijk artsbezoeker als instrument om de kwaliteit en doelmatigheid van voorschrijven van artsen te bevorderen



Instituut voor
Verantwoord Medicijngebruik

Colofon

Auteurs

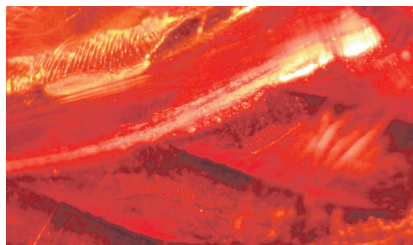
dr. Joost de Metz, Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik
Rob Essink, apotheker MPH, Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik
Anke Lambooy, apotheker, Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik
Marianne Nijpels, apotheker, Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik

januari 2016

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

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





De effectiviteit van de onafhankelijk artsbezoeker

4	1. Samenvatting
5	2. Managementsamenvatting
5	De effectiviteit van het onafhankelijk artsbezoek
7	De kosteneffectiviteit van het inzetten van een onafhankelijk artsbezoeker
8	Kwalitatieve evaluatie
8	Leerpunten van de pilot en aanbevelingen voor vervolg
9	Stroomlijnen van het proces
9	Vergroten van de opbrengst van het huisartsenbezoek
10	3. Achtergrond van het onderzoek
10	Doel van het onderzoek
10	Doelgroep van het project
11	4. Methode
11	Selectie en werving
11	Interventie
11	De effectiviteit van het artsbezoek
12	Weergave van de resultaten
13	Presentatie in tabellen
13	Bepalen kosteneffectiviteit
14	5. Resultaten
14	Resultaten op de focusindicatoren
20	Bespreking van de resultaten op de focusindicatoren
22	6. Resultaten op de overige indicatoren
30	Bespreking van de resultaten op de 16 overige indicatoren
31	7. Effect op het beloningsmandje van Achmea
34	8. Kosteneffectiviteit van het inzetten van een onafhankelijk artsbezoeker
35	De berekening van de opbrengsten van de voorkeursindicatoren
36	De besparingen
38	De berekening van de opbrengsten van de kwaliteitsindicatoren
40	De opbrengst van het project na aftrek van de kosten
41	9. De kwalitatieve evaluatie van het project
41	Redenen waarom de huisartsen de onafhankelijk artsbezoeker willen ontvangen
43	10. De positieve en negatieve ervaringen van huisartsen met de onafhankelijk artsbezoeker
48	11. Leerpunten van de pilot, aanbevelingen voor vervolg
48	Kosten verlagen, stroomlijnen van processen per fase van het onafhankelijk huisartsenbezoek
49	Vergroten van de opbrengst van het huisartsenbezoek

Bijlagen

50	1. Definities van de indicatoren uit de Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen
55	2. De Business case
62	3. Vragenlijst 'Ervaringen met een onafhankelijk artsbezoeker van het IVM'

1. Samenvatting

Dit rapport beschrijft het effect van onafhankelijk artsbezoek op de kwaliteit en doelmatigheid van het voorschrijven door huisartsen. Het bezoek heeft plaatsgevonden bij huisartsen die in de prescriptiemodule van Achmea geen extra beloning voor goed voorschrijven ontvingen. Het bezoek leidt tot een stijging van de score bij het merendeel van de onderzochte voorschrijfindicatoren uit de Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen van het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM). Naast een kwalitatief beter en doelmatiger voorschrijfbeleid is onafhankelijk artsbezoek ook kosteneffectief. De berekening van het kwantitatieve effect op de indicatoren laat een positieve opbrengst zien na aftrek van de kosten voor het artsbezoek. De financiële opbrengst is wel afhankelijk van de berekening waarop de medicijnkosten worden bepaald. Uit de evaluatie blijkt dat de deelnemende huisartsen het inzetten van een onafhankelijk artsbezoeker positief waarderen. Het rapport sluit af met adviezen hoe bij een uitrol van deze pilot de effecten en de efficiëntie van het inzetten van een onafhankelijk artsbezoeker vergroot kunnen worden.



2. Managementsamenvatting

Dit rapport beschrijft de resultaten van het project 'De effectiviteit van de onafhankelijk artsbezoeker', uitgevoerd met financiering van de Stichting Achmea Gezondheidszorg.

Onafhankelijk artsbezoek (academic detailing) is een methodiek om de kwaliteit en doelmatigheid van het voorschrijven door artsen te vergroten. De artsbezoeker bespreekt aan de hand van voorschrijfcijfers of prescriptie-indicatoren facetten van het voorschrijven en de farmacotherapie met een arts. Een onafhankelijk artsbezoeker is een arts of apotheker die geen relaties heeft met de farmaceutische industrie. Hij of zij is op de hoogte van de aanbevelingen in de standaarden en richtlijnen en in staat om prescriptie-indicatoren toe te lichten. Hij bezit gespreksvaardigheden om mogelijke weerstanden en knelpunten met een arts te bespreken en maakt met de arts afspraken voor verbetering van de scores op de voorschrijfindicatoren.

Het project richtte zich op huisartsen in het werkgebied van zorgverzekeraar Achmea. Het onderwerp was het presteren van betrokken huisartsen ten aanzien van de indicatoren van de Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen (MVH). Voor het project werden huisartsen geselecteerd die behoorden tot de groep van de 25 procent laagst scorende huisartsen op de indicatoren van de MVH in het werkgebied van Achmea.

Doel van het project was het meten van de effecten van het inzetten van onafhankelijk artsbezoek. Het onderzoek geeft daarvoor het antwoord op de volgende vragen:

- ▶ Is het inzetten van een onafhankelijk artsbezoeker effectief?
- ▶ Is het inzetten van een onafhankelijk artsbezoeker kosteneffectief?
- ▶ Wat zijn positieve en negatieve ervaringen van huisartsen met de onafhankelijk artsbezoeker?
- ▶ Hoe kan de onafhankelijk artsbezoeker breed worden ingezet waarbij het uitgangspunt is 'zoveel mogelijk effect tegen zo laag mogelijke kosten'?

De effectiviteit van het onafhankelijk artsbezoek

De effectiviteit is nagegaan voor twee groepen indicatoren. Eén groep van zes focusindicatoren en de indicator 'Voorkeursmiddelen bisfosfonaten', en een groep overige indicatoren. De focusindicatoren waren indicatoren die werden gekozen door Achmea vanwege de businesscase. De resultaten van de aan het project deelnemende huisartsen (hierna te noemen projecthuisartsen) worden vergeleken met die van een controlegroep (hierna te noemen controlehuisartsen). Ook de controlegroep behoort tot de groep van de 25 procent laagst scorende huisartsen op de indicatoren van de MVH in het werkgebied van Achmea.

Tabel 2.1 geeft het effect van het onafhankelijk artsbezoek weer. Bij de zes focusindicatoren verbetert de gemiddelde score van de projecthuisartsen.

Bij vier van de zes focusindicatoren is de verbetering van de gemiddelde score van de projecthuisartsen groter dan die van de controlehuisartsen. Bovendien daalt bij twee van deze indicatoren de gemiddelde score van de controlehuisartsen. Extra aandacht voor een focusindicator door een huisarts leidt tot een verdere verbetering van de score. Als de huisarts bij de nulmeting al ruim onder het landelijk gemiddelde scoort (een lage uitgangswaarde heeft), kan deze verbetering groot zijn.

Tabel 2.1 Resultaten onafhankelijk artsbezoeker op de zeven indicatoren uit de businesscase					
Indicator	project HA	controle HA	project HA	controle HA	project HA
	opbrengst	opbrengst	uitgangswaarde	uitgangswaarde	effect extra aandacht
VKM antidepressiva NG	18,9%	10,0%	41,50%	43,45%	++
Beh. HVZ-patiënten met statines	1,6%	1,8%	66,43%	65,75%	=
VKM RAS-middelen NG	13,5%	-0,5%	59,31%	69,56%	++
VKM Statines NG	0,9%	-1,9%	76,69%	78,34%	+
Beh. diabetespatiënten met statines	1,2%	2,8%	66,77%	65,85%	+
VKM PPI AG	4,6%	2,3%	76,10%	80,1%	+
VKM bisfosfonaten	-0,8%	-13,6%	63,19%	67,22%	n.v.t.

VKM = Voorkeursmiddelen, NG = Nieuwe gebruikers, AG = Alle gebruikers

In de volgende tabel worden de effecten op de 16 overige indicatoren weergegeven. Bij de projecthuisartsen is de opbrengst bij 15 indicatoren positief en bij 1 indicator negatief. Bij de controlehuisartsen is de opbrengst bij 9 indicatoren positief en bij 6 negatief.

Tabel 2.2 Resultaten onafhankelijk artsbezoeker op overige 16 indicatoren					
Indicator	project HA	controle HA	project HA	controle HA	project HA
	opbrengst	opbrengst	uitgangswaarde	uitgangswaarde	effect extra aandacht
Res.mid. en 2 ^e keusmid. antibiotica	2,9%	1,3%	18,00%	15,63%	+
Therapietrouw NG antidepressiva	2,1%	-0,1%	66,86%	64,22%	++
Beh. astmapatiënten met ICS	0,1%	-6,4%	75,32%	74,97%	geen
VKM statines AG	0,5%	1,6%	51,60%	53,95%	n.v.t.
Dos. simvastatine en pravastatine AG	4,5%	5,2%	52,76%	54,83%	n.v.t.
Dos. simvastatine NG	14,4%		57,9%		++
Dos. rosuvastatine en atorvastatine AG	1,0%	1,2%	73,77%	74,37%	n.v.t.
VKM ATII-antagonisten AG	14,3%	11,9%	75,21%	74,23%	n.v.t.
VKM ATII-antagonisten NG	6,8%	2,1%	84,80%	80,73%	n.v.t.
Beh. diabetespatiënten met metformine AG	0,5%	-3,2%	87,31%	88,3%	+
Beh. diabetespatiënten met metformine NG	-2,1%	-0,2%	96,08%	90,76%	n.v.t.
Beh. NSAID-gebruikers met maagmiddelen	0,7%	-1,5%	74,93%	79,00%	n.v.t.
VKM NSAID's - alle VKM	4,0%	2,9%	88,45%	86,21%	++
VKM triptanen	4,4%	-16,3%	32,18%	49,19%	n.v.t.
Overbeh. triptanen	0,8%	4,8%	78,36%	76,00%	-
Beh. opiaatgebruikers met laxantia	3,2%	0,2%	48,09%	48,82%	n.v.t.

VKM = Voorkeursmiddelen, NG = Nieuwe gebruikers, AG = Alle gebruikers

In het project zijn 36 huisartsen individueel bezocht en 12 als FTO-groep. Uit de resultaten blijkt dat vooral bij individueel bezochte huisartsen een groter effect wordt gerealiseerd wanneer zij extra aandacht besteden aan een indicator. De individueel bezochte huisartsen nemen met name een indicator tot speerpunt als zij daarop laag scoren. Het effect is dat de extra aandacht leidt tot sterkere stijgingen.

Conclusie

Het inzetten van een onafhankelijk artsbezoeker leidt tot een vergroting van de kwaliteit en doelmatigheid van het voorschrijven en is dus effectief.

De kosteneffectiviteit van het inzetten van een onafhankelijk artsbezoeker

De volgende tabel laat de besparingen zien die gerealiseerd zijn door de projecthuisartsen (36 huisartsenpraktijken) en door de controlegroep huisartsen op vier focus voorkeursindicatoren en de indicatoren Voorkeursmiddelen bisfosfonaten, Voorkeursmiddelen triptanen, Voorkeursmiddelen ATII-antagonisten, alle gebruikers en Voorkeursmiddelen NSAID's. De besparingen zijn aanzienlijk. De projecthuisartsen scoren op alle indicatoren beter dan de controlehuisartsen.

Belangrijke besparingen komen ook tot stand doordat de score van de controlehuisartsen op sommige indicatoren een sterke verslechtering laat zien, terwijl de score van de projecthuisartsen dat niet doet. Het effect van het onafhankelijk artsbezoek kan dus ook inhouden dat de score op een indicator niet verslechtert.

Tabel 2.3 Besparingen project			
Totale besparingen	project HA	controle HA	
Indicator	besparing	besparing	verschil
VKM RAS-remmer NG	€ 9.065	-€ 336	€ 9.401
VKM statines NG	€ 3.162	-€ 6.675	€ 9.837
VKM antidepressiva NG	€ 23.342	€ 12.350	€ 10.992
VKM PPI AG	€ 103.054	€ 51.527	€ 51.527
VKM triptanen NG	€ 17.006	-€ 65.999	€ 83.005
VKM ATII-antagonisten AG	€ 190.426	€ 158.467	€ 31.960
VKM NSAID's	€ 24.971	€ 18.104	€ 6.867
VKM bisfosfonaten NG	-€ 1.411	-€ 23.990	€ 22.578
Totaal	€ 369.614	€ 143.448	€ 226.166

VKM = Voorkeursmiddelen, NG = Nieuwe gebruikers, AG = Alle gebruikers

In de volgende tabel is de besparing op twee focusindicatoren weergegeven. Deze twee focusindicatoren gaan niet over voorkeursmiddelen. Het betreft de behandeling van diabetespatiënten en HVZ-patiënten met statines. Ook hier zijn de besparingen aanzienlijk. Hoewel de scores van de projecthuisartsen een verbetering laten zien, is die van de controlegroep groter.

Tabel 2.4 Besparingen project - 2

Project HA	indicator	opbrengst
Beh. diabetespat. met statines	1,20%	€ 31.118
Beh. HVZ-patiënt met statines	1,60%	€ 72.578
Totaal		€ 103.697
Controle HA	indicator	opbrengst
Beh. diabetespat. met statines	2,80%	€ 72.609
Beh. HVZ-patiënt met statines	1,80%	€ 81.651
Totaal		€ 154.260

De resultaten demonstreren dat niet alleen met doelmatigheidsindicatoren maar ook met kwaliteitsindicatoren grote besparingen te bereiken zijn.

Bij de opbrengsten van onafhankelijk artsbezoek is het volgende nog van invloed; de opbrengsten worden berekend over alle patiënten van een huisarts. Op het niveau van de verzekeraar zijn de opbrengsten afhankelijk van het aantal verzekerden van die verzekeraar bij een huisarts. Ook kunnen de opbrengsten aanzienlijk lager zijn door de wijze van contractering van de farmaceutische zorg door de verzekeraar (bijvoorbeeld preferentiebeleid, laagste-prijs-garantie).

De kosten van het IVM voor de pilot bedroegen € 161.851. Bij een uitrol van het huisartsbezoek kunnen de kosten nog aanzienlijk worden verlaagd (zie hoofdstuk 11).

Kwalitatieve evaluatie

De ervaringen van de huisartsen met de onafhankelijk artsbezoeker zijn duidelijk positief. Al bij de tussenevaluaties bleek dat de huisartsen het bezoek prettig en nuttig vonden. Tijdens de telefonische eindevaluatie werd bevestigd dat het bezoek meerwaarde had voor de huisarts. In een schriftelijke eindenquête gaven 14 van de 16 respondenten aan dat zij door het bezoek van de onafhankelijk artsbezoeker kritischer zijn gaan kijken naar hun voorschrijfgedrag. Veertien van de 16 respondenten gaven aan dat zij ook anders waren gaan voorschrijven. Bij de vraag of de huisartsen in de toekomst opnieuw bezocht willen worden door een onafhankelijk artsbezoeker van het IVM antwoorden negen huisartsen ja. Op de vraag wie de aangewezen persoon is om artsbezoeken te doen, antwoordden 14 van de 16 respondenten dat 'iemand van het IVM' hiervoor de aangewezen persoon is.

Leerpunten van de pilot en aanbevelingen voor vervolg

De (kosten)effectiviteit kan worden vergroot door de kosten van het artsbezoek te verlagen (door processen te stroomlijnen) of door de opbrengsten te verhogen (door de interventie effectiever te maken).

Stroomlijnen van het proces

- ▶ Het werven werd uitgevoerd door de accountmanagers van Achmea. Het werven kan efficiënter door de werving voor een groter deel door het IVM te laten doen. De accountmanagers doen een eerste ronde en geven vervolgens aan welke huisartsen door het IVM kunnen worden benaderd.
- ▶ Voor de efficiëntie en effectiviteit van het artsbezoek (nul- en eindmeting) is het aan te bevelen dat de zorgverzekeraar (en niet de huisartsen) de databestanden levert die nodig zijn voor nulmeting en eindmeting. In de pilot heeft Achmea deze bestanden al verzorgd.
- ▶ Het huisartsbezoek kan efficiënter worden uitgevoerd door meerdere huisartsen op één dag door een onafhankelijk artsbezoeker te laten bezoeken. Als de onafhankelijk artsbezoeker in plaats van een individuele huisarts een FTO-bijeenkomst bezoekt, worden meerdere huisartsen tegelijkertijd benaderd. Nadeel van het bezoeken van een FTO-bijeenkomst is dat de pilot laat zien dat de verbetering op de indicatoren dan kleiner is dan bij het bezoeken van een individuele huisarts.
- ▶ Wanneer het artsbezoek wordt uitgevoerd door middel van een gesprek op afstand (skype) kan de tijd nodig voor het artsbezoek aanzienlijk worden bekort. De effectiviteit van het uitvoeren van een gesprek op afstand moet nog worden onderzocht.
- ▶ Het maken van afspraken met een huisarts kost vaak veel tijd. Door de tijd van tussenevaluatie en eventueel eindevaluatie af te spreken tijdens het eerste bezoek, wordt tijd gewonnen.
- ▶ Voor de pilot is een uitgebreide analyse gedaan als input voor het rapport. Bij een uitrol van de onafhankelijke artsbezoeker kan worden volstaan met een beperkte analyse met de gegevens van de eindmeting als input.

Vergroten van de opbrengst van het huisartsbezoek

- ▶ Ga bij een uitrol uit van huisartsenpraktijken in plaats van huisartsen. Het artsbezoek moet dan in ieder geval worden gevoerd met de huisarts die de senior is in een praktijk.
- ▶ Bespreek niet met alle huisartsen dezelfde indicatoren, maar richt de aandacht per huisarts op die indicatoren, waarmee bij de betrokken huisartsen de meeste winst is te behalen. De opbrengst per indicator blijkt sterk te kunnen stijgen, wanneer een huisarts zich bereid verklaart om een indicator tot speerpunt te nemen. De onafhankelijk artsbezoeker kan dus de efficiëntie van het bezoek vergroten indien hij met de huisartsen afspraken maakt over indicatoren waarop de huisarts lager scoort.

3. Achtergrond van het onderzoek

Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen (MVH)

De MVH is een set van ongeveer 30 prescriptie-indicatoren die meten in hoeverre het voorschrijfgedrag van huisartsen conform de aanbevelingen uit NHG-Standaarden verloopt. De indicatoren zijn een maat voor de kwaliteit en doelmatigheid van het voorschrijven door huisartsen. De set is in te zien voor alle huisartsen in Nederland. Elke huisarts kan inloggen op een website van Zorgprisma en daar zijn of haar scores op de indicatoren bekijken. De definitie van de prescriptie-indicatoren vindt u in bijlage 1.

Achmea stimuleert sinds jaren de doelmatigheid en kwaliteit van het voorschrijfgedrag van de huisartsen. Eerst door het bevorderen van - de kwaliteit van - het FTO (farmacotherapieoverleg) tussen huisartsen en apotheker(s) en later via een beloning gebaseerd op de uitkomsten van prescriptie-indicatoren uit de Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen (tot 1 januari 2012 Benchmark voorschrijven huisartsen geheten). Dit beleid heeft positief uitgedaakt. De landelijke rapportages Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen laten zien dat huisartsen in de kerngebieden van Achmea in vergelijking met die van andere zorgverzekeraars hoog scoren op voorschrijfindicatoren, terwijl dat een aantal jaren geleden veel minder het geval was.

Hoewel de doelmatigheid en kwaliteit van voorschrijven door de huisartsen in het werkgebied van Achmea de afgelopen jaren aanzienlijk zijn toegenomen, is een aantal huisartsen achtergebleven. Deze huisartsen schrijven duur en/of niet conform de NHG-standaarden voor. Het is in het belang van Achmea en de verzekerden van Achmea dat deze huisartsen hun voorschrijfgedrag verbeteren.

In het buitenland wordt onafhankelijk artsbezoek (academic detailing) met succes toegepast om de kwaliteit van handelen van artsen te verbeteren. In Nederland staat academic detailing nog in de kinderschoenen. Er is door het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik en de Proeftuin Groningen in projecten enige ervaring mee opgedaan. Beide projecten waren niet specifiek gericht op zwak voorschrijvende huisartsen.

Doel van het onderzoek

Het onderzoek is een pilot naar de effecten van het inzetten van onafhankelijk artsbezoek. Het doel van de pilot is te bevestigen dat de inzet van een onafhankelijk artsbezoeker een effectieve methode is om het voorschrijfgedrag van niet conform richtlijnen voorschrijvende huisartsen doelmatiger te maken.

Het rapport levert antwoord op de volgende vragen:

- ▶ Is het inzetten van een onafhankelijk artsbezoeker effectief?
- ▶ Is het inzetten van een onafhankelijk artsbezoeker kosteneffectief?
- ▶ Wat zijn positieve en negatieve ervaringen van huisartsen met de onafhankelijk artsbezoeker?
- ▶ Hoe kan de onafhankelijk artsbezoeker Achmea breed worden ingezet waarbij het uitgangspunt is 'zoveel mogelijk effect tegen zo laag mogelijke kosten'?

Doelgroep van het project

De doelgroep van dit project zijn huisartsen die behoorden tot de groep van 25 procent laagst scorende huisartsen op de indicatoren van de Monitor Voorschrijfgedrag in het werkgebied van Achmea.

4. Methode

Selectie en werving

De deelnemers aan de pilot zijn geselecteerd op basis van hun indicatorscores. Wanneer hun totaalscore tot het eerste kwartiel behoorde (dat wil zeggen dat de huisartsen behoorden tot de 25 procent laagst scorende huisartsen) en ze behaalden niet meer dan zes punten op de zes focusindicatoren, kwamen ze in aanmerking voor deelname. Alleen praktijken met ten minste 1.000 Achmea-verzekerden konden deelnemen aan de pilot.

Uit de geselecteerde huisartsen zijn door de relatiemanagers van Achmea huisarts(praktijken) geselecteerd en benaderd voor deelname. Gestreefd is naar een deelname door 40 huisartsen. Uiteindelijk namen 48 huisartsen deel aan de pilot. Twaalf van deze huisartsen behoren tot 2 FTO-groepen.

Naast de interventiegroep is een controlegroep geselecteerd. Deze bestond uit een steekproef van huisartsen die niet deelnamen aan de pilot, maar wel aan de inclusiecriteria voldeden.

Een onafhankelijk artsbezoeker is een (huis)arts of apotheker van het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM) die huisartsen bezoekt om over farmacotherapie te praten. Een onafhankelijk artsbezoeker is goed op de hoogte van de aanbevelingen in de NHG-standaarden en in staat om prescriptie-indicatoren toe te lichten. Hij bezit gespreksvaardigheden om mogelijke weerstanden en knelpunten met de huisarts te bespreken en maakt met de huisarts afspraken voor verbetering van de scores op de voorschrijfindicatoren.

Interventie

In het gesprek van de onafhankelijk artsbezoeker werd begonnen met een toelichting op de indicatoren uit het mandje van Achmea. Vervolgens konden de huisartsen aangeven welke indicatoren zij diepgaander wilden bespreken. Dit konden zowel indicatoren uit het mandje als ook andere MVH-indicatoren betreffen. De zes focus-indicatoren werden altijd besproken. Ten slotte gaven de huisartsen aan welke indicatoren zij als speerpunt voor aandacht gedurende de projectperiode kozen. Na ongeveer zes weken volgde een telefonische tussenevaluatie met alle huisartsen uit de pilot. Huisartsen van een FTO-groep kozen tijdens het FTO een gezamenlijk speerpunt en konden tijdens de tussenevaluatie aangeven welke indicatoren zij als speerpunten voor hun eigen praktijk hadden gekozen. Ook het tussenevaluatiegesprek met de huisartsen uit de FTO-groep werd één op één gehouden. In het laatste kwartaal van 2015 werd met de huisartsen telefonisch een eindevaluatie gedaan.

De effectiviteit van het artsbezoek

De effectiviteit van het artsbezoek is gemeten met behulp van de indicatorscores uit de Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen. Deze monitor is door Vektis en het IVM samen ontwikkeld en geeft elke Nederlandse huisarts de mogelijkheid zijn eigen scores in te zien. Achmea heeft de indicatorscores aangeleverd voor de huisartsen uit het project en voor de huisartsen van de controlegroep. De meetperiode voor de voormeting (nulmeting) is 2013, de nameting (eindmeting) loopt van het derde kwartaal 2014 tot en met het tweede kwartaal 2015.

Weergave van de resultaten

De nulmeting (meting over geheel 2013) is vergeleken met de eindmeting (lopend van 1 juli 2014 tot en met 30 juni 2015). Per indicator zijn de scores voor en na het onafhankelijk artsbezoek opgenomen in het rapport. Naast het resultaat over de gehele deelnemersgroep wordt ook een aantal opsplitsingen beschreven.

Bepaald werden de indicatorscores voor:

- ▶ Alle huisartsen: alle huisartsen van de pilot van wie voor een indicator de resultaten konden worden bepaald
- ▶ FTO-HA: alle gedurende een FTO bezochte huisartsen van wie voor een indicator de resultaten konden worden bepaald
- ▶ Niet FTO-HA: alle individueel bezochte huisartsen van wie voor een indicator de resultaten konden worden bepaald
- ▶ Is de indicator al dan niet besproken of als speerpunt benoemd¹: alle huisartsen die een indicator bespraken of tot speerpunt kozen en van wie voor deze indicator de resultaten konden worden bepaald.

De weergegeven percentages in de hoofdstukken over de resultaten zijn bepaald door voor elke (sub-)groep van artsen de tellers en noemers te sommeren en de totalen van de tellers en noemers op elkaar te delen. Een huisarts die bij een indicator meer patiënten heeft, telt zwaarder mee dan een huisarts die minder patiënten heeft bij een indicator.

Met betrekking tot de tellers en noemers het volgende:

- ▶ Bij nieuwe gebruikers indicatoren (NG) geeft de noemer van de score het totale aantal nieuwe gebruikers gedurende een jaar aan, de teller geeft het aantal gebruikers aan dat aan de indicator voldoet.
- ▶ Bij alle gebruikers indicatoren (AG) geeft de noemer het aantal gebruikers aan per kwartaal, gesommeerd gedurende een jaar aan. Het aantal gebruikers per jaar is ongeveer een kwart van de noemer (voorbeeld: de noemer is 1600, dan zijn er ongeveer 400 gebruikers gedurende een jaar), de teller geeft het aantal gebruikers aan dat aan de indicator voldoet.

De volgende afkortingen worden gebruikt:

- ▶ AG: alle gebruikers van een huisarts die vallen onder een indicator
- ▶ NG: de gebruikers die starten met de geneesmiddelen die vallen onder een indicator
- ▶ HA: huisartsen
- ▶ FTO-HA: huisartsen die bezocht zijn bij een FTO-bijeenkomst
- ▶ Niet FTO-HA: huisartsen die individueel zijn bezocht
- ▶ n: aantal

¹ Het betreft een indicator die huisartsen verdiepend bespraken of kozen als een speerpunt (soms komt het voor dat huisartsen een niet verdiepend besproken indicator kiezen als speerpunt).

Presentatie in tabellen

De resultaten worden per indicator in twee tabellen gerepresenteerd. In de eerste tabel worden de resultaten weergegeven voor alle huisartsen in de pilot, voor de huisartsen die de onafhankelijk artsbezoeker ontvingen in een FTO-bijeenkomst, voor de huisartsen die individueel werden bezocht en voor de huisartsen in de controlegroep.

In de tweede tabel wordt ingegaan op het verschil in scores tussen huisartsen die wel of niet een indicator meer diepgaand besproken en/of tot speerpunt hebben genomen. Soms is een indicator niet diepgaand besproken of tot speerpunt genomen. Dan is er geen tweede tabel.

In een derde tabel worden voor de focusindicatoren de kwartielwaarden weergegeven waarop de selectie van de huisartsen is gebaseerd.

Bepalen kosteneffectiviteit

De kosteneffectiviteit is berekend volgens dezelfde methode als gebruikt is in de business case die de basis vormde van de projectaanvraag (zie bijlage 2). In de business case zijn aannames aangaande patiëntaantallen en te bereiken verbeteringen gedaan. In de bepaling van de kosteneffectiviteit zijn deze aannames vervangen door werkelijke aantallen patiënten. Dit geeft een meer reëel beeld van de behaalde besparingen op geneesmiddel- en andere zorgkosten, dus van de opbrengsten van het artsbezoek. Daarnaast is de pilot ook gebruikt om het aantal benodigde uren - en daarmee de kosten - voor de interventie beter te bepalen.

Voor de kosten van de geneesmiddelen wordt uitgegaan van de IDEA vergoeding en de prijzen zoals vermeld op www.medicijnkosten.nl in september 2015.

5. Resultaten

Resultaten op de focusindicatoren

In dit hoofdstuk geven we de resultaten voor in totaal zeven indicatoren die gebruikt zijn voor de business case. Zes van deze zeven indicatoren zijn gebruikt voor de selectie van de huisartsen.

4 Voorkeursmiddelen antidepressiva, nieuwe gebruikers

De gemiddelde score van alle huisartsen in de interventiegroep stijgt 18,9%. De gemiddelde score van de controlehuisartsen stijgt 10% bij een uitgangswaarde die bij de controlehuisartsen 2% hoger ligt. De score in de interventiegroep stijgt 8,9 procentpunt meer dan in de controlegroep.

Huisartsen	n	nulmeting	teller	noemer	eindmeting	teller	noemer	opbrengst
alle huisartsen	43	41,50%	344	829	60,38%	445	737	18,9%
FTO-HA	13	50,82%	93	183	63,07%	111	176	12,2%
niet FTO-HA	30	38,85%	251	646	59,54%	334	561	20,7%
controlegroep HA	46	43,45%	733	1687	53,49%	774	1447	10,0%

Bij de FTO huisartsen die de indicator besproken hebben of als speerpunt hebben genomen, stijgt de score relatief weinig en neemt bij de twee huisartsen die de indicator als speerpunt hebben genomen zelfs af. Bij de individueel bezochte huisartsen neemt de score met 21,9% toe als de indicator besproken is en met 29,5% als de indicator tot speerpunt is genomen.

Huisartsen	n	nulmeting	teller	noemer	eindmeting	teller	noemer	opbrengst
alle huisartsen	43	41,50%	344	829	60,38%	445	737	18,9%
besproken indicator	31	34,72%	225	648	53,60%	298	556	18,9%
speerpunt indicator	13	28,99%	100	345	55,67%	157	282	26,7%
niet besproken of speerpunt	12	65,75%	119	181	81,22%	147	181	15,5%
FTO-HA en besproken of speerpunt	9	44,76%	47	105	48,48%	48	99	3,7%
FTO-HA besproken	9	44,76%	47	105	48,48%	48	99	3,7%
FTO-HA speerpunt	2	47,37%	9	19	42,42%	14	33	-4,9%
niet FTO-HA en besproken of sp	22	32,78%	178	543	54,70%	250	457	21,9%
niet FTO-HA besproken	22	32,78%	178	543	54,70%	250	457	21,9%
niet FTO-HA speerpunt	11	27,91%	91	326	57,43%	143	249	29,5%

De gemiddelde score van alle huisartsen is 60,38%. De gemiddelde score verschuift naar het derde kwartiel.

eerste kwartiel	tweede kwartiel	derde kwartiel	vierde kwartiel
<=37	38-58	59-76	>=77

Tijdens de pilot is een nieuw SSRI (escitalopram) als generiek product beschikbaar gekomen. Hiermee is een stijging van de indicatorscore mogelijk, zonder dat de huisarts zijn voorschrijfgedrag heeft gewijzigd. Dit speelt in zowel de interventie- als de controlegroep.

8 Behandeling HVZ-patiënten met statines

Bij deze indicator is de stijging van de score van alle projecthuisartsen 1,6% en die van de controlehuisartsen 1,8%. Het verschil tussen beide groepen is minimaal.

Tabel 5.3 Behandeling HVZ-patiënten met statines								
Huisartsen	n	nulmeting	teller	noemer	eindmeting	teller	noemer	opbrengst
alle huisartsen	41	66,43 %	12666	19067	68,08 %	13370	19639	1,6 %
FTO-HA	12	66,12 %	2678	4050	66,67 %	3066	4599	0,5 %
niet FTO-HA	29	66,51 %	9988	15017	68,51 %	10304	15040	2,0 %
controlegroep HA	46	65,75 %	19798	30109	67,50 %	20700	30666	1,8 %

De grootste stijging van de score treedt bij deze indicator op bij de projecthuisartsen die de indicator niet besproken hebben of als speerpunt hebben genomen. We zien dat de score van deze huisartsen gemiddeld naar het derde kwartiel gaat.

Tabel 5.4 Behandeling HVZ-patiënten met statines (besproken/speerpunt)								
Huisartsen	n	nulmeting	teller	noemer	eindmeting	teller	noemer	opbrengst
alle huisartsen	41	66,43 %	12666	19067	68,08 %	13370	19639	1,6 %
besproken indicator	26	65,18 %	7808	11980	66,81 %	8335	12476	1,6 %
speerpunt indicator	15	63,87 %	5158	8076	64,82 %	5245	8092	0,9 %
niet besproken of speerpunt	14	69,15 %	4279	6188	71,73 %	4382	6109	2,6 %
FTO-HA en besproken of sp	9	65,21 %	2214	3395	65,92 %	2563	3888	0,7 %
FTO-HA besproken	5	65,21 %	2214	3395	65,92 %	2563	3888	0,7 %
FTO-HA speerpunt	2	62,80 %	981	1562	62,83 %	945	1504	0,0 %
niet FTO-HA en besproken of speerpunt	19	65,09 %	6173	9484	66,64 %	6425	9642	1,5 %
niet FTO-HA besproken	18	65,16 %	5594	8585	67,21 %	5772	8588	2,0 %
niet FTO-HA speerpunt	12	64,12 %	4177	6514	65,27 %	4300	6588	1,1 %

Voor deze indicator geldt dat de score van de projecthuisartsen al gemiddeld in het tweede kwartiel lag. Daar blijft de score gemiddeld ook.

eerste kwartiel	tweede kwartiel	derde kwartiel	vierde kwartiel
<=65	66-69	70-74	>=75

10 Voorkeursmiddelen RAS-remmers, nieuwe gebruikers

De projecthuisartsen scoren gemiddeld 13,5% hoger, de huisartsen uit de controlegroep scoren 0,5% lager. De controlehuisartsen hadden een 10,3% hogere uitgangswaarde. De eindwaarde van de projecthuisartsen ligt 3,8% hoger dan die van de controlegroep. Toch lijkt het verschil in beginwaarde niet bepalend voor het effect op deze indicator, omdat de score van de FTO-HA met een nog aanzienlijk hoger uitgangswaarde dan die van de controlegroep 8,5% stijgt.

Tabel 5.5 Voorkeursmiddelen RAS-remmers, nieuwe gebruikers								
huisartsen	n	nulmeting	teller	noemer	eindmeting	teller	noemer	opbrengst
alle huisartsen	43	59,31%	554	934	72,86%	631	866	13,5%
FTO-HA	12	76,22%	141	185	84,74%	161	190	8,5%
niet FTO-HA	31	55,14%	413	749	69,53%	470	676	14,4%
controlegroep HA	46	69,56%	1113	1600	69,09%	968	1401	-0,5%

Apart bespreken van de indicator met individueel bezochte huisartsen leidt tot een sterke verhoging van de score met 38%. De uitgangswaarde van de gemiddelde score van de projecthuisartsen die de indicator hebben besproken of tot speerpunt genomen lag aanzienlijk lager dan die van de projecthuisartsen die de indicator niet hebben besproken of tot speerpunt genomen.

Tabel 5.6 Voorkeursmiddelen RAS-remmers, nieuwe gebruikers (besproken/speerpunt)								
huisartsen	n	nulmeting	teller	noemer	eindmeting	teller	noemer	opbrengst
alle huisartsen	43	59,31%	554	934	72,86%	631	866	13,5%
besproken indicator	5	39,68%	50	126	69,72%	76	109	30,0%
speerpunt indicator	2	28,17%	20	71	62,82%	49	78	34,7%
niet besproken of speerpunt	38	62,38%	504	808	73,32%	555	757	10,9%
FTO-HA en besproken of speerpunt	1	73,33%	11	15	75,00%	9	12	1,7%
niet FTO-HA en besproken of sp	4	35,19%	38	108	73,27%	74	101	38,1%

De gemiddelde score van de 12 FTO huisartsen gaat van het tweede naar het derde kwartiel.

eerste kwartiel	tweede kwartiel	derde kwartiel	vierde kwartiel
<=48	49-78	79-90	>=91

11B Voorkeursmiddelen statines, nieuwe gebruikers

De gemiddelde score van de projecthuisartsen stijgt met 0,9%. De score van de controlehuisartsen daalt met 1,9%. De uitgangswaarden van de projecthuisartsen en de controlehuisartsen zijn vergelijkbaar.

Tabel 5.7 Voorkeursmiddelen statines, nieuwe gebruikers								
huisartsen	n	nulmeting	teller	noemer	eindmeting	teller	noemer	opbrengst
alle huisartsen	43	76,69%	579	755	77,60%	582	750	0,9%
FTO-HA	13	77,70%	108	139	73,65%	109	148	-4,0%
niet FTO-HA	30	76,46%	471	616	78,57%	473	602	2,1%
controlegroep HA	45	78,34%	1458	1861	76,50%	1341	1753	-1,9%

Bespreking van deze indicator heeft een sterk wisselend effect op de score. Bij de FTO huisartsen treedt toch een afname van de gemiddelde score op van 5,6% op als de indicator besproken is en van 8,5% als de indicator tot speerpunt genomen is. Bij de individueel bezochte huisartsen treedt bij bespreking een stijging van de gemiddelde score op van 6,6 procent en bij nemen tot speerpunt van 13,1%. Wel was de uitgangswaarde van de individueel bezochte huisartsen die de indicator tot speerpunt namen duidelijk lager.

In de gesprekken bleken veel huisartsen zich niet (langer) in de aanbevelingen uit de NHG-Standaard *Cardiovasculair risicomanagement* te kunnen vinden. Door de sterke prijsdaling van atorvastatine zijn zij van mening dat dit ook een voorkeursmiddel zou moeten zijn. Dit verklaart waarschijnlijk de wisselende effecten van het onafhankelijk artsbezoek op deze indicator.

Tabel 5.8 Voorkeursmiddelen statines, nieuwe gebruikers (besproken/speerpunt)								
huisartsen	n	nulmeting	teller	noemer	eindmeting	teller	noemer	opbrengst
huisartsen	n	nulmeting	teller	Noemer	eindmeting	teller	noemer	opbrengst
alle huisartsen	43	76,69%	579	755	77,60%	582	750	0,9%
besproken indicator	13	73,15%	188	257	79,75%	193	242	6,6%
speerpunt indicator	8	65,94%	91	138	73,72%	115	156	7,8%
niet besproken of speerpunt	28	78,59%	378	481	77,54%	366	472	-1,0%
FTO-HA en besproken of speerpunt	4	78,05%	32	41	72,41%	42	58	-5,6%
FTO-HA speerpunt	3	77,42%	24	31	68,89%	31	45	-8,5%
niet FTO-HA en besproken of sp	11	72,53%	169	233	79,09%	174	220	6,6%
niet FTO-HA speerpunt	5	62,62%	67	107	75,68%	84	111	13,1%

Het gemiddelde van score van de 13 huisartsen die de indicator besproken hebben gaat van het eerste naar het tweede kwartiel.

eerste kwartiel	tweede kwartiel	derde kwartiel	vierde kwartiel
<=78	79-86	87-92	>=93

18 Behandeling diabetespatiënten met statines

Bij de indicator behandeling van diabetes met statines treedt een gemiddelde stijging op van 1,2% bij alle projecthuisartsen en bij de controlehuisartsen van 2,8%.

Tabel 5.9 Behandeling diabetespatiënten met statines								
huisartsen	n	nulmeting	teller	noemer	eindmeting	teller	noemer	opbrengst
alle huisartsen	40	66,77%	7206	10792	68,00%	7634	11227	1,2%
FTO-HA	11	66,74%	1272	1906	67,30%	1552	2306	0,6%
niet FTO-HA	29	66,78%	5934	8886	68,18%	6082	8921	1,4%
controlegroep HA	46	65,85%	12737	19341	68,68%	13657	19884	2,8%

Bespreking van de indicator of nemen tot speerpunt van de indicator geeft enig extra effect in vergelijking tot niet besproken of nemen tot speerpunt.

Bij deze indicator lag de uitgangswaarde van de gemiddelde score van alle huisartsen in het tweede kwartiel. De score van de FTO-huisartsen die deze indicator hebben besproken verschuift van het eerste naar het tweede kwartiel.

Tabel 5.10 Behandeling diabetespatiënten met statines (besproken/speerpunt)								
huisartsen	n	nulmeting	teller	noemer	eindmeting	teller	noemer	opbrengst
alle huisartsen	40	66,77%	7206	10792	68,00%	7634	11227	1,2%
besproken indicator	20	63,25%	3158	4993	65,54%	3484	5316	2,3%
speerpunt indicator	14	60,93%	2409	3954	62,79%	2503	3986	1,9%
niet besproken of speerpunt	19	70,31%	3707	5272	71,25%	3806	5342	0,9%
FTO-HA en besproken of speerpunt	8	65,02%	1024	1575	67,61%	1292	1911	2,6%
FTO-HA besproken	8	65,02%	1024	1575	67,61%	1292	1911	2,6%
FTO-HA speerpunt	3	63,05%	459	728	66,48%	470	707	3,4%
niet FTO-HA en besproken of speerpunt	12	61,94%	2246	3626	63,19%	2314	3662	1,2%
niet FTO-HA besproken	11	61,47%	1905	3099	63,69%	1970	3093	2,2%
niet FTO-HA speerpunt	12	60,45%	1950	3226	62,00%	2033	3279	1,6%

Bij deze indicator lag de uitgangswaarde van de gemiddelde score van alle huisartsen in het tweede kwartiel. De score van de FTO-huisartsen die deze indicator hebben besproken verschuift van het eerste naar het tweede kwartiel.

eerste kwartiel	tweede kwartiel	derde kwartiel	vierde kwartiel
<=65	66-72	73-77	=>78

20A Voorkeursmiddelen PPI, alle gebruikers

De gemiddelde stijging van de score is bij alle deelnemende huisartsen is 4,6% en bij de controlehuisartsen 2,3%. De uitgangswaarde van de controlehuisartsen ligt 4% hoger.

Tabel 5.11 Voorkeursmiddelen protonpompremmers, alle gebruikers								
huisartsen	n	nulmeting	teller	noemer	eindmeting	teller	noemer	opbrengst
alle huisartsen	47	76,10%	23836	31322	80,72%	27403	33948	4,6%
FTO-HA	14	75,86%	5010	6604	81,59%	6551	8029	5,7%
niet FTO-HA	33	76,16%	18826	24718	80,45%	20852	25919	4,3%
controlegroep HA	46	80,10%	43839	54729	82,45%	50327	61042	2,3%

De stijging van de score is het grootst bij de FTO huisartsen die de indicator besproken hebben of als speerpunt hebben genomen.

De uitgangswaarde van de projecthuisartsen die de indicator niet besproken hebben of tot speerpunt hebben genomen ligt hoger dan bij de projecthuisartsen die de indicator wel besproken hebben of tot speerpunt genomen.

Tabel 5.12 Voorkeursmiddelen protonpompremmers, alle gebruikers (besproken/speerpunt)								
huisartsen	n	nulmeting	teller	noemer	eindmeting	teller	noemer	opbrengst
alle huisartsen	47	76,10%	23836	31322	80,72%	27403	33948	4,6%
besproken indicator	24	72,71%	10580	14551	78,55%	12864	16377	5,8%
speerpunt indicator	6	69,40%	2765	3984	74,58%	3204	4296	5,2%
niet besproken of speerpunt	23	79,04%	13256	16771	82,74%	14539	17571	3,7%
FTO-HA en besproken of speerpunt	12	75,49%	3699	4900	81,71%	5013	6135	6,2%
niet FTO-HA en besproken of sp	12	71,28%	6871	9640	76,65%	7841	10229	5,4%

De gemiddelde score van de projecthuisartsen gaat van het eerste naar het tweede kwartiel.

eerste kwartiel	tweede kwartiel	derde kwartiel	vierde kwartiel
<=77	78-84	85-89	>=90

28A Voorkeursmiddelen bisfosfonaten - Alle voorkeursmiddelen

Indicator 28A behoort niet tot het mandje van Achmea waarop de deelnemende huisartsen aan het project werden geselecteerd en waarop de primaire aandacht was gericht, maar wordt wel behandeld in de business case waarop het project is gebaseerd.

Tabel 5.13 Voorkeursmiddelen bisfosfonaten - alle voorkeursmiddelen								
huisartsen	n	nulmeting	teller	noemer	eindmeting	teller	noemer	opbrengst
alle huisartsen	48	63,19%	91	144	62,41%	83	133	-0,8%
FTO-HA	11	92,86%	26	28	85,71%	24	28	-7,1%
niet FTO-HA	37	56,03%	65	116	56,19%	59	105	0,2%
controlegroep HA	27	67,22%	201	299	53,75%	129	240	-13,6%

Bij deze indicator zien we dat de gemiddelde score van de projecthuisartsen 0,8% afneemt en die van de controlehuisartsen met 13,6%. De score van de FTO huisartsen neemt af met 7,1%, maar van deze groep lag de uitgangswaarde van 92,86% hoog.

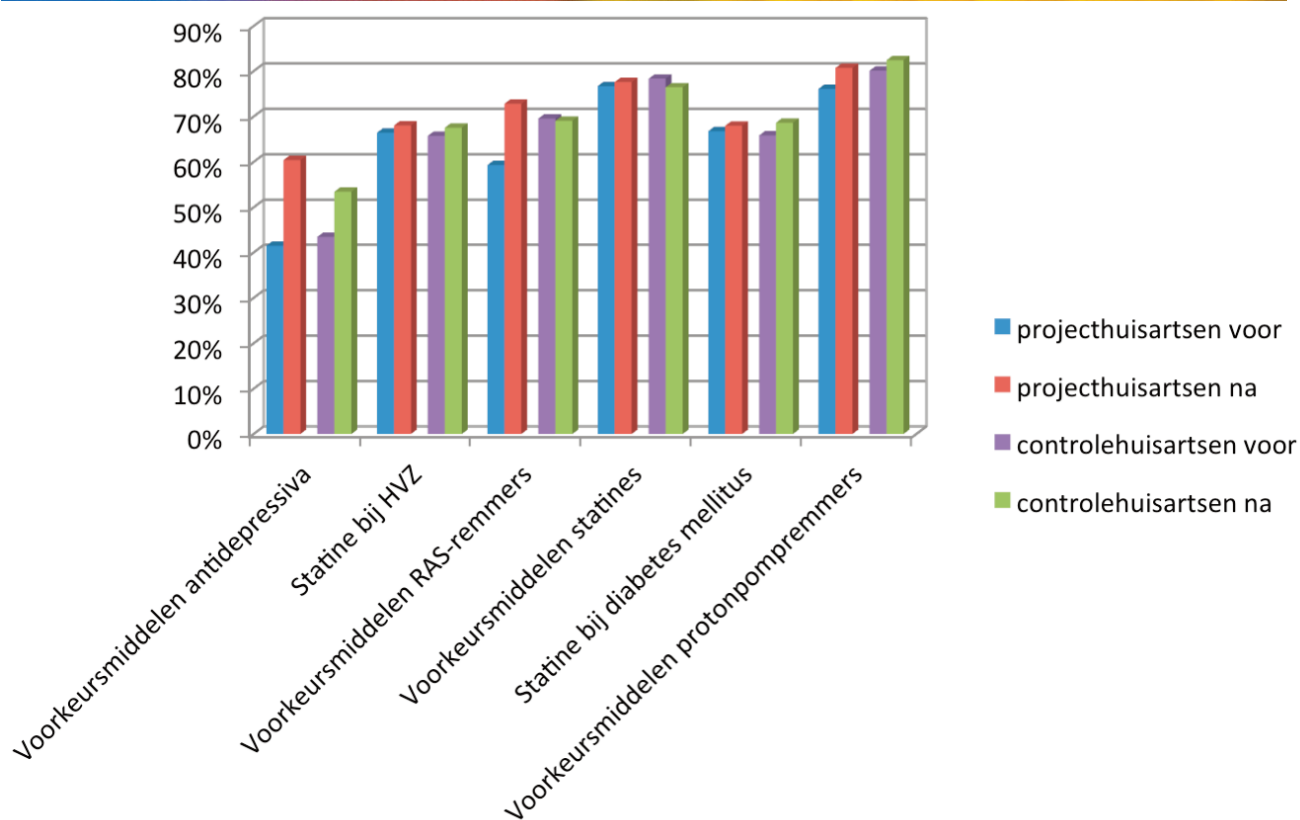
De verklaring tussen het verschil van de projecthuisartsen en de controlehuisartsen ligt mogelijk in het gegeven dat de controlehuisartsen meer combinatiepreparaten van bisfosfonaten, colecalciferol en calcium zijn gaan voorschrijven bij nieuwe gebruikers.

Bespreking van de resultaten op de focusindicatoren

Tabel 5.14 geeft het effect van het onafhankelijk artsbezoek weer. Dit effect is ook weergegeven in de figuur (5.1) hieronder.

Bij de zes focusindicatoren verbetert de gemiddelde score van de projecthuisartsen. Bij vier van de zes indicatoren is de verbetering van de gemiddelde score van de projecthuisartsen groter dan die van de controlehuisartsen. Bovendien daalt bij twee indicatoren de gemiddelde score van de controlehuisartsen. Extra aandacht voor een focusindicator door deze indicator diepgaander te bespreken of door deze als speerpunt te nemen leidt tot een verdere verbetering van de score. Bij met name een lage uitgangswaarde kan deze verbetering groot zijn.

Figuur 5.1 Effect van het onafhankelijk artsbezoek op de zes focusindicatoren



Tabel 5.14 Effect van het onafhankelijk artsbezoek op de zeven indicatoren uit de business case					
Indicator	project HA opbrengst	controle HA opbrengst	project HA uitgangswaarde	controle HA uitgangswaarde	project HA effect bespreken/speerpunt
VKM antidepressiva NG	18,9%	10,0%	41,50%	43,45%	++
Beh. HVZ-patiënten met statines	1,6%	1,8%	66,43%	65,75%	=
VKM RAS-middelen NG	13,5%	-0,5%	59,31%	69,56%	++
VKM Statines NG	0,9%	-1,9%	76,69%	78,34%	+2
Beh. diabetespatiënten met statines	1,2%	2,8%	66,77%	65,85%	+
VKM PPI AG	4,6%	2,3%	76,10%	80,1%	+
VKM bisfosfonaten	-0,8%	-13,6%	63,19%	67,22%	n.v.t.

VKM = Voorkeursmiddelen, NG = Nieuwe gebruikers, AG = Alle gebruikers

Effect individueel of FTO-groep bezoek

In het project zijn 36 huisartsen individueel bezocht en 12 als FTO-groep. Dit maakt het mogelijk antwoord te geven op de vraag wat effectiever is: individuele huisartsen of een FTO-groep bezoeken. Uit de resultaten op de focusindicatoren blijkt dat bij individuele huisartsen een groter effect wordt gerealiseerd bij de focusindicatoren wanneer zij een indicator extra bespreken of tot speerpunt nemen. Ook nemen bij de individueel bezochte huisartsen geregeld die huisartsen een indicator tot speerpunt als zij laag scoren op de indicator. Het effect hiervan is dat de extra aandacht leidt tot sterkere stijgingen.

Bij de indicator Voorkeursmiddelen bisfosfonaten, nieuwe gebruikers die wel in de business case wordt behandeld, maar die niet onderdeel uitmaakt van de focusindicatoren, valt op dat bij de projecthuisartsen een geringe daling optreedt van de gemiddelde score en bij de controlehuisartsen een vrij grote daling.

Conclusie

De conclusie is dat op de focusindicatoren het inzetten van een onafhankelijk artsbezoeker leidt tot een vergroting van de kwaliteit en doelmatigheid van het voorschrijven conform de aanname bij de projectaanvraag.

² Effect van het bespreken van een indicator of het nemen tot speerpunt van een indicator werkt soms negatief bij de FTO-huisartsen en duidelijk positief bij de individueel bezochte huisartsen.

6. Resultaten op de overige indicatoren

1 Reservemiddelen en 2^e keusmiddelen antibiotica

De gemiddelde score van alle projecthuisartsen neemt af met 2,9%, die van de controlehuisartsen met 1,3%. Hierbij is de uitgangswaarde van de projecthuisartsen hoger dan die van de controlehuisartsen, zodat de score van de eindmeting van de controlehuisartsen lager blijft dan die van de projecthuisartsen³.

Tabel 6.1 Reservemiddelen en 2 ^e keus antibiotica								
Huisartsen	n	nulmeting	teller	noemer	eindmeting	teller	noemer	opbrengst
alle huisartsen	47	18,00%	6233	34623	15,06%	4814	31964	2,9%
FTO-HA	14	16,27%	1462	8987	14,34%	1250	8717	1,9%
niet FTO-HA	33	18,61%	4771	25636	15,33%	3564	23247	3,3%
controlegroep HA	46	15,63%	8329	53291	14,33%	7570	52825	1,3%

Bij de huisartsen die de indicator besproken hebben neemt de score op de indicator sterker af dan bij de huisartsen die dat niet hebben gedaan. Bij de huisartsen die de indicator als speerpunt hebben genomen daalt de score het sterkst.

De gemiddelde uitgangswaarde van de score lag bij de tien huisartsen die de indicator als speerpunt namen duidelijk hoger.

Tabel 6.2 Reservemiddelen en 2 ^e keus antibiotica (besproken/speerpunt)								
Huisartsen	n	nulmeting	teller	noemer	eindmeting	teller	noemer	opbrengst
alle huisartsen	47	18,00%	6233	34623	15,06%	4814	31964	2,9%
besproken indicator	33	19,32%	4530	23442	15,34%	3219	20990	4,0%
speerpunt indicator	21	20,77%	2709	13042	15,83%	1827	11539	4,9%
niet besproken en niet speerpunt	14	16,28%	3123	19184	14,69%	2719	18506	1,6%
FTO-HA en besproken of speerpunt	11	17,45%	1014	5812	14,78%	854	5779	2,7%
FTO-HA besproken	11	17,45%	1014	5812	14,78%	854	5779	2,7%
FTO-HA speerpunt	11	17,45%	1014	5812	14,78%	854	5779	2,7%
niet FTO-HA en besproken of sp	22	19,94%	3516	17630	15,55%	2365	15211	4,4%
niet FTO-HA besproken	22	19,94%	3516	17630	15,55%	2365	15211	4,4%
niet FTO-HA speerpunt	10	23,44%	1695	7230	16,89%	973	5760	6,6%

³ Deze indicator is de enige indicator in dit rapport waarbij een afname van de score betekent dat de arts beter voorschrijft. Het is wenselijk om zo weinig mogelijk reserve en 2e keuze antibiotica voor te schrijven.

3 Therapietrouw nieuwe gebruikers antidepressiva

De score van de projecthuisartsen stijgt met 2,1% en die van de controlehuisartsen daalt met 0,2% bij een 2,6% hogere uitgangswaarde van de projecthuisartsen. Bij de FTO-huisartsen met een uitgangswaarde van 72,61% (8,4% hoger dan die van de controlehuisartsen) stijgt de score met 6,0%.

Tabel 6.3 Therapietrouw nieuwe gebruikers antidepressiva								
Huisartsen	n	nulmeting	teller	noemer	eindmeting	teller	noemer	opbrengst
alle huisartsen	43	66,86%	460	688	68,93%	466	676	2,1%
FTO-HA	13	72,61%	114	157	78,57%	121	154	6,0%
niet FTO-HA	30	65,16%	346	531	66,09%	345	522	0,9%
controlegroep HA	45	64,22%	874	1361	64,03%	769	1201	-0,2%

De score van de individuele huisartsen die de indicator bespreken stijgt met 11,5%. Deze groep heeft een lage uitgangswaarde van 47,4%.

Tabel 6.4 Therapietrouw nieuwe gebruikers antidepressiva (besproken/speerpunt)								
Huisartsen	n	nulmeting	teller	noemer	eindmeting	teller	noemer	opbrengst
alle huisartsen	43	66,86%	460	688	68,93%	466	676	2,1%
besproken indicator	6	47,40%	73	154	58,94%	89	151	11,5%
speerpunt indicator	3	55,71%	39	70	57,78%	52	90	2,1%
niet besproken of speerpunt	36	72,71%	381	524	72,69%	370	509	0,0%
FTO-HA en besproken of speerpunt	0							
niet FTO-HA en besproken of sp	7	48,17%	79	164	57,49%	96	167	9,3%

7 Behandeling astmapatiënten met ICS

Bij deze indicator treedt bij de projecthuisartsen gemiddeld nauwelijks verandering op. Bij de controlehuisartsen treedt een daling op van 6,4% De uitgangswaarde voor deze indicator was vergelijkbaar voor de projecthuisartsen en de controlehuisartsen.

Tabel 6.5 Behandeling astmapatiënten met inhalatie corticosteroïden								
Huisartsen	n	nulmeting	teller	noemer	eindmeting	teller	noemer	opbrengst
alle huisartsen	40	75,32%	2387	3169	75,39%	2343	3108	0,1%
FTO-HA	11	78,58%	796	1013	78,33%	770	983	-0,2%
niet FTO-HA	29	73,79%	1591	2156	74,02%	1573	2125	0,2%
controlegroep HA	46	74,97%	3333	4446	68,61%	3193	4654	-6,4%

Het bespreken van de indicator geeft een daling van 1,9% van de score en het nemen tot speerpunt van de indicator een stijging van 1,1%.

Tabel 6.6 Behandeling astmapatiënten met inhalatie corticosteroïden (besproken/speerpunt)								
Huisartsen	n	nulmeting	teller	noemer	eindmeting	teller	noemer	opbrengst
alle huisartsen	40	75,32%	2387	3169	75,39%	2343	3108	0,1%
besproken indicator	6	74,12%	381	514	72,27%	357	494	-1,9%
speerpunt indicator	6	70,52%	323	458	71,59%	310	433	1,1%
niet besproken of speerpunt	31	76,31%	1917	2512	76,69%	1879	2450	0,4%
FTO-HA en besproken of speerpunt	0							

11A Voorkeursmiddelen statines, alle gebruikers

Bij deze indicator veranderde er weinig. Dit is overeenkomstig het beeld bij de indicator Voorkeursmiddelen statines, nieuwe gebruikers.

Tabel 6.7 Voorkeursmiddelen statines, alle gebruikers								
Huisartsen	n	nulmeting	teller	noemer	eindmeting	teller	noemer	opbrengst
alle huisartsen	45	51,60%	17325	33574	52,12%	17471	33520	0,5%
FTO-HA	12	50,66%	3324	6562	52,27%	3785	7241	1,6%
niet FTO-HA	33	51,83%	14001	27012	52,08%	13686	26279	0,2%
controlegroep HA	46	53,95%	33610	62297	55,53%	35951	64747	1,6%

Geen van de projecthuisartsen besprak de indicator of nam deze tot speerpunt.

12A Dosering simvastatine, alle gebruikers

Bij deze indicator zien we bij de projecthuisartsen en de controlegroep een vergelijkbare verbetering op de score.

Tabel 6.8 Dosering simvastatine, alle gebruikers								
Huisartsen	n	nulmeting	teller	noemer	eindmeting	teller	noemer	opbrengst
alle huisartsen	45	52,76%	9203	17443	57,27%	10063	17570	4,5%
FTO-HA	12	52,29%	1750	3347	54,70%	2083	3808	2,4%
niet FTO-HA	33	52,87%	7453	14096	57,99%	7980	13762	5,1%
controlegroep HA	46	54,83%	18651	34016	60,02%	21711	36172	5,2%

Twee projecthuisartsen namen deze indicator als speerpunt, maar hun resultaat bleef ondanks de lage beginwaarde duidelijk achter.

Tabel 6.9 Dosering simvastatine, alle gebruikers (besproken/speerpunt)								
Huisartsen	n	nulmeting	teller	noemer	eindmeting	teller	noemer	opbrengst
alle huisartsen	45	52,76%	9203	17443	57,27%	10063	17570	4,5%
besproken indicator	2	36,33%	319	878	37,98%	316	832	1,6%
speerpunt indicator	0							
niet besproken of speerpunt	43	53,63%	8884	16565	58,23%	9747	16738	4,6%

12B Dosering simvastatine, nieuwe gebruikers⁴

De gemiddelde score van de project huisartsen stijgt met 14,4%.

Tabel 6.10 Dosering simvastatine, nieuwe gebruikers								
Huisartsen	n	nulmeting	teller	noemer	eindmeting	teller	noemer	opbrengst
alle huisartsen	42	57,90%	337	582	72,34%	421	582	14,4%
FTO-HA	12	43,12%	47	109	56,48%	61	108	13,4%
niet FTO-HA	30	61,31%	290	473	75,95%	360	474	14,6%

Bij zowel de FTO-huisartsen als de individueel bezocht huisartsen treedt een sterkere stijging van de score op als de indicator besproken is of als tot speerpunt is genomen.

Bij de zes individueel bezochte huisartsen die de indicator als speerpunt hebben genomen treedt een stijging van 35,4% op en wordt de hoge eindwaarde van 86,84% bereikt.

Tabel 6.11 Dosering simvastatine, nieuwe gebruikers (besproken/speerpunt)								
Huisartsen	n	nulmeting	teller	noemer	eindmeting	teller	noemer	opbrengst
alle huisartsen	42	57,90%	337	582	72,34%	421	582	14,4%
besproken indicator	20	48,62%	123	253	65,67%	176	268	17,1%
speerpunt indicator	12	42,11%	56	133	70,45%	93	132	28,3%
niet besproken of speerpunt	21	64,58%	206	319	77,48%	234	302	12,9%
FTO-HA en besproken of speerpunt	9	41,03%	32	78	56,10%	46	82	15,1%
FTO-HA speerpunt	6	31,75%	20	63	48,21%	27	56	16,5%
niet FTO-HA en besproken of sp	7	53,51%	99	185	71,21%	141	198	17,7%
niet FTO-HA speerpunt	6	51,43%	36	70	86,84%	66	76	35,4%

14A Dosering rosuvastatine en atorvastatine, alle gebruikers

Bij deze indicator treedt een vergelijkbare stijging van de score op bij de projecthuisartsen en de controlehuisartsen bij een uitgangswaarde die in dezelfde orde van grootte ligt.

Tabel 6.12 Dosering rosuvastatine en atorvastatine, alle gebruikers								
Huisartsen	n	nulmeting	teller	noemer	eindmeting	teller	noemer	opbrengst
alle huisartsen	44	73,77%	8653	11730	74,72%	8838	11828	1,0%
FTO-HA	12	72,41%	1701	2349	70,77%	1787	2525	-1,6%
niet FTO-HA	42	74,11%	6952	9381	75,79%	7051	9303	1,7%
controlegroep HA	46	74,37%	12765	17165	75,55%	14659	19403	1,2%

Geen van de projecthuisartsen besprak de indicator of nam deze tot speerpunt.

⁴ Voor deze indicator zijn geen gegevens van de controlehuisartsen beschikbaar.

16A Voorkeursmiddelen ATII-antagonisten, alle gebruikers

Bij deze alle gebruikers indicator treedt bij de projecthuisartsen een gemiddelde stijging van de score op van 14,3% en bij de controlehuisartsen van 11,9% bij een vergelijkbare uitgangswaarde.

Bij de FTO-huisartsen met een lage uitgangswaarde van de score van 50,74% treedt een stijging van de score van 39,7% op.

Tabel 6.13 Voorkeursmiddelen ATII-antagonisten, alle gebruikers								
Huisartsen	n	nulmeting	teller	noemer	eindmeting	teller	noemer	opbrengst
alle huisartsen	47	75,21%	16164	21492	89,53%	18116	20235	14,3%
FTO-HA	13	50,74%	2021	3983	90,42%	3673	4062	39,7%
niet FTO-HA	34	80,78%	14143	17509	89,30%	14443	16173	8,5%
controlegroep HA	46	74,23%	25152	33886	86,06%	29017	33717	11,9%

Er zijn bij deze indicator geneesmiddelen uit patent gegaan in 2014. Dat kan de grote stijging verklaren.

Geen van de projecthuisartsen besprak de indicator of nam deze tot speerpunt.

16B Voorkeursmiddelen ATII-antagonisten, nieuwe gebruikers

Bij de nieuwe gebruikers indicator ATII-antagonisten treedt bij de projecthuisartsen een gemiddelde stijging van de score van 6,8% op en bij de controlehuisartsen een van 2,1%. De uitgangswaarde van de score van de controlehuisartsen ligt 4% lager dan die van de projecthuisartsen.

Bij deze indicator wordt de stijging van de projecthuisartsen gerealiseerd door de FTO-huisartsen waarvan de score steeg met 43,8%. De uitgangswaarde van de score van de FTO-huisartsen was met 48,75% laag. Die van de individueel bezochte huisartsen was hoog met 91,45%.

Tabel 6.14 Voorkeursmiddelen ATII-antagonisten, nieuwe gebruikers								
Huisartsen	n	nulmeting	teller	noemer	eindmeting	teller	noemer	opbrengst
alle huisartsen	39	84,80%	435	513	91,64%	351	383	6,8%
FTO-HA	11	48,75%	39	80	92,54%	62	67	43,8%
niet FTO-HA	28	91,45%	396	433	91,46%	289	316	0,0%
controlegroep HA	38	80,73%	599	742	82,80%	520	628	2,1%

Geen van de projecthuisartsen besprak de indicator of nam deze tot speerpunt.

17A Behandeling diabetespatiënten met metformine, alle gebruikers

Bij deze alle gebruikers indicator treedt bij de projecthuisartsen een kleine stijging op van 0,5% van de score. Bij de controlehuisartsen treedt een daling op van 3,2%. De uitgangswaarde van de score van beide groepen is vergelijkbaar.

Tabel 6.15 Behandeling diabetespatiënten met metformine, alle gebruikers								
Huisartsen	n	nulmeting	teller	noemer	eindmeting	teller	noemer	opbrengst
alle huisartsen	46	87,31 %	12674	14516	87,78 %	12603	14358	0,5 %
FTO-HA	14	88,93 %	2442	2746	89,97 %	2798	3110	1,0 %
niet FTO-HA	32	86,93 %	10232	11770	87,17 %	9805	11248	0,2 %
controlegroep HA	46	88,30 %	23695	26834	85,07 %	23455	27573	-3,2 %

Met één FTO-huisarts met een relatief lage uitgangswaarde van de score van 77,72 % is de indicator besproken en treedt een stijging op van 6,9 %.

Tabel 6.16 Behandeling diabetespatiënten met metformine, alle gebruikers (besproken/speerpunt)								
Huisartsen	n	nulmeting	teller	noemer	eindmeting	teller	noemer	opbrengst
alle huisartsen	46	87,31 %	12674	14516	87,78 %	12603	14358	0,5 %
besproken indicator	1	77,72 %	150	193	84,66 %	160	189	6,9 %
speerpunt indicator	0							
FTO-HA en besproken of speerpunt	1	77,72 %	150	193	84,66 %	160	189	6,9 %
niet besproken of speerpunt	45	87,44 %	12524	14323	87,82 %	12443	14169	0,4 %

17B Behandeling diabetespatiënten met metformine, nieuwe gebruikers

Bij de nieuwe gebruikers indicator Behandeling diabetespatiënten met metformine treedt een daling van de score van 2,1 % van de projecthuisartsen op. Bij de controlehuisartsen is die 0,2 %. De uitgangswaarde van de score van de controlehuisartsen is 5,8 % lager dan die van de projecthuisartsen.

Tabel 6.17 Behandeling diabetespatiënten met metformine, nieuwe gebruikers								
Huisartsen	n	nulmeting	teller	noemer	eindmeting	teller	noemer	opbrengst
alle huisartsen	41	96,08 %	368	383	94,02 %	346	368	-2,1 %
FTO-HA	11	98,81 %	83	84	94,32 %	83	88	-4,5 %
niet FTO-HA	30	95,32 %	285	299	93,93 %	263	280	-1,4 %
controlegroep HA	40	90,76 %	619	682	90,58 %	500	552	-0,2 %

Tabel 6.18 Behandeling diabetespatiënten met metformine, nieuwe gebruikers (besproken/speerpunt)								
Huisartsen	n	nulmeting	teller	noemer	eindmeting	teller	noemer	opbrengst
alle huisartsen	41	96,08 %	368	383	94,02 %	346	368	-2,1 %
besproken indicator	1	100,00 %	4	4	100,00 %	4	4	0,0 %
speerpunt indicator	1	100,00 %	4	4	100,00 %	4	4	0,0 %
FTO-HA en besproken of speerpunt	1	100,00 %	4	4	100,00 %	4	4	0,0 %
niet besproken of speerpunt	40	96,04 %	364	379	93,96 %	342	364	-2,1 %

22 Behandeling NSAID-gebruikers met maagmiddelen

Bij de indicator Behandeling NSAID-gebruikers met maagmiddelen treedt een geringe stijging op van de score bij de projecthuisartsen en een daling van 1,5 % bij de controlegroep huisartsen.

Tabel 6.19 Behandeling NSAID-gebruikers met maagmiddelen								
Huisartsen	n	nulmeting	teller	noemer	eindmeting	teller	noemer	opbrengst
alle huisartsen	40	74,93%	2014	2688	75,63%	1812	2396	0,7%
FTO-HA	11	69,86%	350	501	68,91%	368	534	-0,9%
niet FTO-HA	29	76,09%	1664	2187	77,55%	1444	1862	1,5%
controlegroep HA	46	79,00%	3059	3872	77,56%	2882	3716	-1,5%

Geen van de projecthuisartsen besprak de indicator of nam deze tot speerpunt.

24A Voorkeursmiddelen NSAID's - Alle voorkeursmiddelen

Bij deze indicator treedt een stijging op van de score van 4% bij de projecthuisartsen en 2,9% bij de controlehuisartsen van wie de score van de uitgangswaarde gemiddeld 2,2% lager is. Bij de FTO-huisartsen met een hoge uitgangswaarde van 96,63% is de stijging van de score toch nog 1,1%.

Tabel 6.20 Voorkeursmiddelen NSAID's - alle voorkeursmiddelen								
Huisartsen	n	nulmeting	teller	noemer	eindmeting	teller	noemer	opbrengst
alle huisartsen	47	88,45%	7758	8771	92,49%	7157	7738	4,0%
FTO-HA	14	96,63%	2324	2405	97,71%	2046	2094	1,1%
niet FTO-HA	33	85,36%	5434	6366	90,56%	5111	5644	5,2%
controlegroep HA	46	86,21%	11900	13803	89,06%	11492	12903	2,9%

Vier individueel bezochte huisartsen met een lage score hebben de indicator besproken. De score van deze huisartsen stijgt met 19,5%, waardoor de eindwaarde van deze groep 6,2% hoger uitkomt dan die van de controlehuisartsen.

Tabel 6.21 Voorkeursmiddelen NSAID's - alle voorkeursmiddelen (besproken/speerpunt)								
Huisartsen	n	nulmeting	teller	noemer	eindmeting	teller	noemer	opbrengst
alle huisartsen	47	88,45%	7758	8771	92,49%	7157	7738	4,0%
besproken indicator	4	75,73%	599	791	95,21%	576	605	19,5%
speerpunt indicator	0							
niet besproken of speerpunt	43	89,71%	7159	7980	92,26%	6581	7133	2,5%
FTO-HA en besproken of speerpunt	0							

25 Voorkeursmiddelen triptanen

De score van de projecthuisartsen stijgt met 4,4%. Die van de controlehuisartsen daalt met 16,3%. De gemiddelde uitgangswaarde van de score van de projecthuisartsen was met 32,18% aanzienlijk lager dan die van de controlehuisartsen met 49,19%. De score van de FTO-huisartsen neemt met 14,1% toe tot 43,75%.

Tabel 6.22 Voorkeursmiddelen triptanen								
Huisartsen	n	nulmeting	teller	noemer	eindmeting	teller	noemer	opbrengst
alle huisartsen	44	32,18%	158	491	36,58%	169	462	4,4%
FTO-HA	13	29,63%	32	108	43,75%	49	112	14,1%
niet FTO-HA	31	32,90%	126	383	34,29%	120	350	1,4%
controlegroep HA	41	49,19%	395	803	32,92%	241	732	-16,3%

Geen van de projecthuisartsen besprak de indicator of nam deze tot speerpunt.

26 Overbehandeling triptanen

De score van de projecthuisartsen stijgt met 0,8% en die van de controlehuisartsen met 4,8%. De score van de FTO-huisartsen stijgt met 3,8%. Bij deze indicator bestaat een verschil van 7,9% in de uitgangswaarde tussen de FTO-huisartsen en de individueel bezochte huisartsen.

Tabel 6.23 Overbehandeling triptanen								
Huisartsen	n	nulmeting	teller	noemer	eindmeting	teller	noemer	opbrengst
alle huisartsen	40	78,36%	4302	5490	79,15%	4342	5486	0,8%
FTO-HA	11	72,54%	1049	1446	76,33%	1219	1597	3,8%
niet FTO-HA	29	80,44%	3253	4044	80,30%	3123	3889	-0,1%
controlegroep HA	46	76,00%	6362	8371	80,78%	6703	8298	4,8%

Bespreking van de indicator of nemen tot speerpunt van de indicator had een gering negatief effect.

Tabel 6.24 Overbehandeling triptanen (besproken/speerpunt)								
Huisartsen	n	nulmeting	teller	noemer	eindmeting	teller	noemer	opbrengst
alle huisartsen	40	78,36%	4302	5490	79,15%	4342	5486	0,8%
besproken indicator	11	76,94%	784	1019	75,54%	809	1071	-1,4%
speerpunt indicator	7	78,02%	433	555	77,50%	465	600	-0,5%
niet besproken of speerpunt	26	78,86%	3257	4130	80,23%	3279	4087	1,4%
FTO-HA en besproken of speerpunt	7	78,39%	439	560	77,78%	455	585	-0,6%
niet FTO-HA en besproken of sp	7	75,75%	606	800	74,69%	608	814	-1,1%

27 Behandeling opiaatgebruikers met laxantia

De score bij deze indicator stijgt bij de projecthuisartsen met 3,2% en bij de controlehuisartsen met 0,2% bij een vergelijkbare uitgangswaarde.

Tabel 6.25 Behandeling opiaatgebruikers met laxantia								
Huisartsen	n	nulmeting	teller	noemer	eindmeting	teller	noemer	opbrengst
alle huisartsen	40	48,09%	1272	2645	51,31%	1643	3202	3,2%
FTO-HA	11	52,68%	314	596	57,04%	454	796	4,4%
niet FTO-HA	29	46,75%	958	2049	49,42%	1189	2406	2,7%
controlegroep HA	46	48,82%	2069	4238	49,06%	2478	5051	0,2%

Met 1 huisarts is de indicator besproken. De score neemt desondanks aanzienlijk af.

Tabel 6.26 Behandeling opiaatgebruikers met laxantia (besproken/speerpunt)								
Huisartsen	n	nulmeting	teller	noemer	eindmeting	teller	noemer	opbrengst
alle huisartsen	40	48,09%	1272	2645	51,31%	1643	3202	3,2%
besproken indicator	1	53,57%	30	56	43,96%	40	91	-9,6%
speerpunt indicator	0							
niet besproken of speerpunt	39	47,97%	1242	2589	51,53%	1603	3111	3,6%
FTO-HA en besproken of speerpunt	0							

Bespreking van de resultaten op de 16 overige indicatoren

In de hierna volgende tabel worden de effecten van het deelnemen aan het project op de 16 overige indicatoren weergegeven. Het project was niet primair gericht op deze indicatoren. Zes van deze indicatoren zijn door deelnemende artsen besproken of gekozen tot speerpunt. Bij drie van deze indicatoren leidt dit tot een sterke verbetering, bij twee tot een verbetering en bij een tot een vermindering. Bij de projecthuisartsen is de opbrengst bij 15 indicatoren positief en bij 1 indicator negatief. Bij de controlehuisartsen is de opbrengst bij 9 indicatoren positief en bij 6 negatief. Bij de vergelijking van de opbrengst moet men wel rekening houden met de uitgangswaarde. Een hogere uitgangswaarde leidt meestal tot een geringere opbrengst.

Tabel 6.27 Effect van het onafhankelijk artsbezoek op de overige 16 indicatoren						
Indicator	Achmea mandje ⁵	project HA	controle HA	project HA	controle HA	project HA
		opbrengst	opbrengst	uitgangs- waarde	uitgangs- waarde	effect bespreken/ speerpunt
Res.mid. en 2 ^e keusmid. antibiotica	ja	2,9%	1,3%	18,00%	15,63%	+
Therapietrouw NG antidepressiva	ja	2,1%	-0,1%	66,86%	64,22%	++
Beh. astmapatiënten met ICS	ja	0,1%	-6,4%	75,32%	74,97%	geen
VKM statines G		0,5%	1,6%	51,60%	53,95%	n.v.t.
Dos. simvastatine en pravastatine AG	ja	4,5%	5,2%	52,76%	54,83%	n.v.t.
Dos. simvastatine NG		14,4%		57,9%		++
Dos. rosuvastatine en atorvastatine AG		1,0%	1,2%	73,77%	74,37%	n.v.t.
VKM ATII-antagonisten AG		14,3%	11,9%	75,21%	74,23%	n.v.t.
VKM ATII-antagonisten NG		6,8%	2,1%	84,80%	80,73%	n.v.t.
Beh. diabetespatiënten met metformine AG	ja	0,5%	-3,2%	87,31%	88,3%	+
Beh. diabetespatiënten met metformine NG		-2,1%	-0,2%	96,08%	90,76%	n.v.t.
Beh. NSAID-gebruikers met maagmiddelen		0,7%	-1,5%	74,93%	79,00%	n.v.t.
VKM NSAID's - alle VKM	ja ⁶	4,0%	2,9%	88,45%	86,21%	++
VKM triptanen		4,4%	-16,3%	32,18%	49,19%	n.v.t.
Overbeh. triptanen	ja	0,8%	4,8%	78,36%	76,00%	-
Beh opiaatgebruikers met laxantia		3,2%	0,2%	48,09%	48,82%	n.v.t.

VKM = Voorkeursmiddelen, NG = Nieuwe gebruikers, AG = Alle gebruikers

Bij de vraag wat effectiever is: individuele huisartsen of een FTO bezoeken, blijkt net zoals bij de focusindicatoren dat bij individuele huisartsen een groter effect wordt gerealiseerd wanneer zij een indicator extra bespreken of tot speerpunt nemen. Ook nemen bij de individueel bezocht huisartsen geregeld die huisartsen een indicator tot speerpunt als zij laag scoren op de indicator. Deze extra aandacht leidt tot sterkere stijgingen.

Conclusie

De conclusie is dat het project ook een positief effect heeft op de overige indicatoren, hoewel deze niet primair tot het project behoorden.

⁵ Zie hierna onder Effect op het beloningsmandje van Achmea.

⁶ In het mandje van Achmea is in plaats van 24A opgenomen 24B Voorkeursmiddelen NSAID's - generiek. 24A en 24B lijken sterk op elkaar.

7. Effect op het beloningsmandje van Achmea

Zorgverzekeraar Achmea stimuleert het kwalitatief en doelmatig voorschrijven van de huisartsen in zijn verzorgingsgebied. Daarvoor werd in 2014 gekeken naar de score op een mandje van 12 indicatoren. Met uitzondering van de indicator Behandeling diabetespatiënten met statines maken ook de zes focusindicatoren deel uit van het mandje. Gekeken is hoe de score op dit mandje is veranderd in de projectperiode bij de projecthuisartsen. In de hierna volgende tabel wordt de beloning weergegeven die de huisarts kan realiseren.

Tabel 7.1 Beloning die de huisarts kan realiseren met betrekking tot het Achmea mandje	
Somscore 2014 Achmea mandje	beloning per verzekerde
0-17 punten	geen
18-22 punten	€ 1,00
23-26 punten	€ 2,00
27-42 punten	€ 3,00

In de volgende tabel wordt de score weergegeven van de 36 huisartspraktijken die zijn geanalyseerd. De tabel laat zien dat huisartsen die behoren tot het onderste kwartiel van de zes indicatoren niet betekent dat een huisarts op de 12 indicatoren van het mandje ook tot de laag scorende huisartsen behoort. Er treedt een toename van de gemiddelde score op van 4,5 punten. Bij 11 huisartsenpraktijken treedt een stijging op van 9 punten of meer. De grootste daling bedraagt 6 punten.

Effect op beloningsmandje van Achmea

Tabel 7.2 Effect op beloningsmandje van Achmea			
Praktijk	2013	2014/2015	toename
1	11	15	4
2	8	14	6
3	17	27	10
4	14	8	-6
5	9	18	9
6	11	19	8
7	9	23	14
8	15	16	1
9	12	27	15
10	9	17	8
11	19	17	-2
12	16	16	0
13	19	22	3
14	18	19	1
15	12	13	1
16	11	7	-4
17	22	17	-5
18	12	21	9
19	10	19	9
20	13	14	1
21	16	17	1
22	28	31	3
23	15	17	2
24	26	29	3
25	19	20	1
26	19	20	1
27	10	16	6
28	8	19	11
29	22	25	3
30	16	26	10
31	10	19	9
32	19	21	2
33	11	23	12
34	19	26	7
35	6	16	10
36	18	17	-1

De gemiddelde toename per praktijk is 4,5 punt.

Tabel 7.3 Toename somscore beloningsmandje Achmea		
	2013	2014/2015
totaal somscore	529	691
gemiddelde/praktijk	14,7	19,2
% toename	30,62%	
toename	4,5	
praktijken		
punten toename	30	
aantal afname	5	
aantal gelijk	1	
totaal	36	

Effect op de beloningsmodule van Achmea

Het effect van het project is dat er 8 huisartspraktijken zijn bijgekomen die een vergoeding per verzekerde ontvangen, omdat zij zijn gaan voldoen aan de somscore voor beloning.

Tabel 7.4 Effect op beloningsmodule Achmea		
Beloningsmodule	voor project	na project
27 punten of meer	1	4
23-26 punten	1	5
18-22 punten	10	11

8. Kosteneffectiviteit van het inzetten van een onafhankelijk artsbezoeker

Een bijkomend doel van het project was het nagaan of het inzetten van een onafhankelijk artsbezoeker kosteneffectief is. De kosteneffectiviteit is berekend met dezelfde methode als in de business case bij de projectaanvraag (zie bijlage 2). Het verschil met de business case is dat nu wordt gerekend met het daadwerkelijke aantal geneesmiddelgebruikers, terwijl in de business case een schatting werd gemaakt van het aantal patiënten. De opbrengsten worden berekend zowel met de IDEA vergoeding voor de apotheker als de prijzen zoals vermeld op www.medicijnkosten.nl in september 2015. Gerekend is met de opbrengst per indicator. De berekening van de kosteneffectiviteit is uitgevoerd op de zes focusindicatoren en de indicatoren Voorkeursmiddelen bisfosfonaten, Voorkeursmiddelen triptanen, Voorkeursmiddelen ATII-antagonisten, alle gebruikers en Voorkeursmiddelen NSAID's - Alle voorkeursmiddelen.

De hierna volgende resultaten geven weer in hoeverre de verwachtingen uitgesproken in de business case zijn gerealiseerd voor de betrokken indicatoren. Het blijkt dat grosso modo de indicatoren Voorkeursmiddelen antidepressiva, nieuwe gebruikers, RAS-remmers, nieuwe gebruikers en PPI, alle gebruikers een opbrengst hebben laten zien overeenkomend met die in de business case. De indicatoren Voorkeursmiddelen statines en bisfosfonaten scoren duidelijk lager dan verwacht. Bij statines is de waarschijnlijke verklaring dat het uit patent gaan van atorvastatine ertoe geleid heeft dat de huisartsen hebben gedacht dat er geen verschil meer was in voorkeur tussen het voorkeursmiddel simvastatine en atorvastatine.

De indicatoren Behandeling HVZ-patiënten met statines en Behandeling diabetespatiënten met statines hebben een positieve opbrengst, maar scoren lager dan aangenomen in de business case.

Tabel 8.1 Kosteneffectiviteit focusindicatoren		
	opbrengst project	'opbrengst' business case
4 Voorkeursmiddelen antidepressiva, nieuwe gebruikers	18,9%	15%
10 Voorkeursmiddelen RAS-remmers, nieuwe gebruikers	13,5%	15%
11B Voorkeursmiddelen statines, nieuwe gebruikers	0,9%	15%
20A Voorkeursmiddelen PPI, alle gebruikers	4,6%	5%
8 Behandeling HVZ-patiënten met statines	1,6%	3%
18 Behandeling diabetespatiënten met statines	1,2%	3%
28A Voorkeursmiddelen bisfosfonaten	-0,8%	15%

De indicatoren Voorkeursmiddelen triptanen, Voorkeursmiddelen ATII-antagonisten, alle gebruikers en Voorkeursmiddelen NSAID's - Alle voorkeursmiddelen zijn niet berekend in de business case. In de business case wordt aangegeven dat ook op deze indicatoren besparingen zijn te verwachten. Dit bleek inderdaad het geval te zijn zoals in het vervolg wordt aangetoond.

De berekening van de opbrengsten van de voorkeursindicatoren

Er wordt gerekend met de gemiddelde opbrengsten voor 'alle huisartsen'. Bij het in kaart brengen van deze opbrengsten is uitgegaan van de volgende aannames:

- Bij de berekening van de besparingen is uitgegaan van de aantallen gebruikers gemeten in de pilot.
- Nieuwe gebruikers melden zich niet allemaal gelijk na het artsbezoek. Dit geldt ook voor het omzetten van alle gebruikers naar bijvoorbeeld een goedkopere protonpompremmer in plaats van een duurdere. Zij worden pas omgezet als ze een herhaalrecept aanvragen. De besparingen die starten in het eerste jaar, zijn na 1,5 jaar gerealiseerd. Net zoals in de business case worden de opbrengsten voor 3,5 jaar berekend.
- Op basis van gegevens van SFK (Farmacie in cijfers Pharmaceutisch Weekblad 2014 nr 13) naar marktaandeel van Achmea in de regio's waar Achmea de preferente zorgverzekeraar is, is per bezochte huisarts bepaald welk percentage van de patiënten naar verwachting verzekerd is bij Achmea. Vervolgens is de gemiddelde score per bezochte huisarts bepaald. Hierbij is niet gecorrigeerd voor verschillen in huisartsgrootte. Het gemiddelde percentage Achmea verzekerden per bezochte huisarts is met deze wijze van berekenen 58%.
- Als uitgangspunt voor de verschuivingen in de keuze van geneesmiddelen binnen een farmacotherapeutische groep is uitgegaan van de verbruikscijfers 2013 van de GIPdatabank (voorschriften, DDDs per voorschriften, aantallen gebruikers). Bij geneesmiddelen die uit patent gingen tijdens de projectperiode corrigeren we voor de opbrengst door voor 90 procent van de voorschriften van deze geneesmiddelen te rekenen met de prijs van het goedkoopste generieke middel.
- Als uitgangspunten voor de besparingen is aangenomen dat de apotheekhoudende huisartsen een IDEA-contract hebben. Bij de berekening is uitgegaan van de Multisourcelijst van maart 2013 (zie www.achmeazorg.nl is). Hierbij is aangenomen dat geneesmiddelen die sinds maart 2013 uit patent zijn gegaan ook onder IDEA vallen. Er is gerekend met de IDEA vergoeding van € 0,06899 incl. BTW/DDD. Voor de geneesmiddelen die niet vallen onder IDEA is uitgegaan van de geneesmiddelprijzen op www.medicijnkosten.nl (september 2015). De besparingen zijn ook berekend op basis van de geneesmiddelprijzen op www.medicijnkosten.nl (september 2015) voor die apotheekhoudenden die geen IDEA-contract hebben.
- Het aantal voorschriften per jaar wordt bepaald voor nieuwe gebruikers met gegevens van Vektis en de GIPdatabank. Voor alle gebruikers indicatoren kan het aantal voorschriften per jaar worden berekend met gegevens uit de GIPdatabank.

- Er wordt per indicator een gewogen prijs berekend voor de geneesmiddelen die zijn opgenomen in de teller van de indicator en een gewogen prijs berekend voor de geneesmiddelen van een indicator die niet zijn opgenomen in de teller. De besparing per voorschrift wordt verkregen door (Gewogen prijs voor geneesmiddelen niet in de teller) minus (gewogen prijs voor geneesmiddelen opgenomen in de teller), als een voorkeursgeneesmiddel een niet voorkeursgeneesmiddel vervangt.
- Na 1 jaar gebruikt bij RAS-remmers, statines en bisfosfonaten nog 60 procent van de nieuwe gebruikers dezelfde medicatie, na 2 jaar 50 procent ¹.
- Na 1 jaar gebruikt bij antidepressiva nog 25 procent van de nieuwe gebruikers dezelfde medicatie, na 2 jaar 15 procent².
- Bij triptanen gebruikt na 1 jaar nog 80 procent van de nieuwe gebruikers dezelfde medicatie, na 2 jaar 70 procent.
- Bij de protonpompremmers wordt ervan uitgegaan dat er een toename van het aantal gebruikers is van 11,3 procent per jaar (bron GIP-databank).
- De besparingen worden voor de antidepressiva, statines en de RAS-remmers berekend voor nieuwe gebruikers. Het is waarschijnlijk dat ook bestaande gebruikers soms worden omgezet naar voorkeursmiddelen zoals de indicator ATII-antagonisten, alle gebruikers laat zien. Deze besparingen worden niet berekend. Hiermee is er een onderschatting van de werkelijke opbrengsten van het artsbezoek.
- Er is een besparing die we nu niet kunnen berekenen maar die op termijn optreedt. Door het beter scoren op de voorkeursmiddelenindicatoren gaat de IDEA (=pakjes)prijs - als die wordt bijgesteld - omlaag. Dit komt omdat de indicatoren stimuleren dat ook in geneesmiddelgroepen waar alle respectievelijk de meeste geneesmiddelen onder IDEA vallen, de goedkoopste varianten worden voorgeschreven.

De besparingen

De besparingen worden weergegeven in drie tabellen. In de tabellen worden zowel de besparingen die door de projecthuisartsen zijn gerealiseerd als door de controlehuisartsen getoond, evenals het verschil in besparingen tussen beide groepen. De eerste tabel laat de totale besparingen zien uitgaande van de geneesmiddelprijzen van medicijnkosten.nl. De tweede tabel toont de besparingen voor Achmea verzekerden uitgaande van de geneesmiddelprijzen van medicijnkosten.nl. De derde tabel laat de besparingen zien voor Achmea verzekerden voor het IDEA model.

De resultaten laten zien dat er aanzienlijke besparingen zijn te realiseren. Bij de voorkeursindicatoren scoren de projecthuisartsen op alle indicatoren beter dan de controlegroep huisartsen. Het blijkt dat beter scoren niet altijd inhoudt dat de projecthuisartsen een grote verbetering op een indicator realiseren. Belangrijk blijkt ook te zijn dat de controlehuisartsen op indicatoren een sterke verslechtering laten zien terwijl de projecthuisartsen dat niet doen. Het effect van het onafhankelijk artsbezoek kan dus naast een hogere score op een indicator ook inhouden dat de score op een indicator niet verslechtert. De indicatoren Voorkeursmiddelen triptanen, nieuwe gebruikers en Voorkeursmiddelen bisfosfonaten, nieuwe gebruikers laten dit fenomeen zien.

Op het niveau van alle patiënten van de huisartsen is er sprake van een grote besparing die de kosten van het project aanzienlijk te boven gaat, terwijl nog niet is ingegaan op de opbrengst van de verbetering op de andere twee focusindicatoren. Ook het verschil met de controlegroep is aanzienlijk.

Tabel 8.2 Totale besparingen uitgaande van de geneesmiddelenprijzen van medicijnkosten.nl			
Totale besparingen	project HA	controle HA	
Indicator	besparing	besparing	verschil
VKM RAS-remmer, nieuwe gebruikers	€ 9.065	-€ 336	€ 9.401
VKM statines, nieuwe gebruikers	€ 3.162	-€ 6.675	€ 9.837
VKM antidepressiva, nieuwe gebruikers	€ 23.342	€ 12.350	€ 10.992
VKM PPI, alle gebruikers	€ 103.054	€ 51.527	€ 51.527
VKM triptanen, nieuwe gebruikers	€ 17.006	-€ 65.999	€ 83.005
VKM ATII-antagonisten, alle gebruikers	€ 190.426	€ 158.467	€ 31.960
VKM NSAID's	€ 24.971	€ 18.104	€ 6.867
VKM bisfosfonaten, nieuwe gebruikers	-€ 1.411	-€ 23.990	€ 22.578
Totaal	€ 369.614	€ 143.448	€ 226.166

VKM = Voorkeursmiddelen

Ook op het niveau van de Achmea verzekerden is de opbrengst meer dan kostendekkend wanneer de opbrengst wordt berekend voor de voorkeursindicatoren met de prijzen van medicijnkosten.nl

Tabel 8.3 Besparingen voor Achmea verzekerden uitgaande van de geneesmiddelenprijzen van medicijnkosten.nl			
Besparing voor Achmea	project HA	controle HA	
Indicator	besparing	besparing	verschil
VKM RAS-remmer, nieuwe gebruikers	€ 5.258	-€ 195	€ 5.452
VKM statines, nieuwe gebruikers	€ 1.834	-€ 3.872	€ 5.706
VKM antidepressiva, nieuwe gebruikers	€ 13.538	€ 7.163	€ 6.375
VKM PPI, alle gebruikers	€ 59.771	€ 29.886	€ 29.886
VKM triptanen, nieuwe gebruikers	€ 9.863	-€ 38.279	€ 48.143
VKM ATII-antagonisten, alle gebruikers	€ 110.447	€ 91.911	€ 18.537
VKM NSAID's	€ 14.483	€ 10.500	€ 3.983
VKM bisfosfonaten, nieuwe gebruikers	-€ 818	-€ 13.914	€ 13.095
Totaal	€ 214.376	€ 83.200	€ 131.177

VKM = Voorkeursmiddelen

Bij de berekening volgens het Achmea model zijn de opbrengsten aanzienlijk lager, net zoals in business case.

Tabel 8.4 Besparingen voor Achmea verzekerden uitgaande voor het IDEA model			
IDEA	project HA	controle HA	
Indicator	besparing	besparing	verschil
VKM RAS-remmer, nieuwe gebruikers	€ 3.508	-€ 130	€ 3.638
VKM statines, nieuwe gebruikers	€ 1.784	-€ 3.765	€ 5.549
VKM antidepressiva, nieuwe gebruikers	€ 6.464	€ 3.420	€ 3.044
VKM PPI, alle gebruikers	€ 2.139	€ 1.069	€ 1.069
VKM triptanen, nieuwe gebruikers	€ 8.266	-€ 32.078	€ 40.344
VKM ATII-antagonisten, alle gebruikers	€ 47.980	€ 39.928	€ 8.053
VKM NSAID's	€ 14.397	€ 10.438	€ 3.959
VKM bisfosfonaten, nieuwe gebruikers	-€ 507	-€ 8.620	€ 8.112
Totaal	€ 84.031	€ 10.262	€ 73.768

VKM = Voorkeursmiddelen

De berekening van de opbrengsten van de kwaliteitsindicatoren

De indicator Behandeling HVZ-patiënten met statines en de indicator Behandeling diabetespatiënten met statines zijn kwaliteitsindicatoren. Kwaliteitsindicatoren zijn gericht op het bevorderen van de kwaliteit van de behandeling. Bij de hier besproken kwaliteitsindicatoren wordt door het behandelen van patiënten met statines aandoeningen voorkomen of de ernst daarvan verminderd. De opbrengst van deze indicatoren bestaat uit lagere zorgkosten en voor de patiënt tot een betere kwaliteit van leven.

Bij de berekeningen hebben we de volgende aannames gemaakt:

- ▶ Number needed to treat (NNT) om een cardiovasculair event (onder andere beroerte, hartinfarct) te voorkomen bij hoog risicopatiënten is 12 na 5 jaar⁷. De verdeling naar type event (hartinfarct al dan niet fataal, beroerte al dan niet fataal en dotterbehandeling nodig) komt uit deze studie. Als 3,75 patiënten 5 jaar worden behandeld met een statine leidt dat tot 0,13 minder dotterbehandelingen, 0,01 minder fatale beroertes, 0,05 minder niet fatale beroertes, 0,08 fatale hartinfarcten en 0,05 niet fatale hartinfarcten.
- ▶ Diabetespatiënten en HVZ-patiënten hebben evenveel baat van de behandeling met statines met betrekking tot het cardiovasculaire effect.
- ▶ Kosten behandeling hartinfarct en beroerte zijn afkomstig uit Multidisciplinaire richtlijn CVRM, 2011. Kosten dotterbehandeling van website MST (oktober 2012).
- ▶ De voorgeschreven statine is simvastatine 40 mg. De kosten hiervan zijn die van Medicijnkosten, september 2015. Bij de berekening van de kosten zijn de kosten voor het afleveren - de receptregelvergoeding - meegenomen.

In de hierna volgende tabel staat de gemiddelde vermindering van de zorgkosten per patiënt, behandeld met een statine.

⁷ Heart Protection Study Collaborative Group. MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol lowering with simvastatin in 20.356 high-risk individuals: a randomised placebo-controlled trial. The Lancet 2002;

Tabel 8.5 Gemiddelde vermindering van de zorgkosten per patiënt, bij behandelen met een statine		
Zorgkosten 3,5 jaar	1 patiënt	1 patiënt
		IDEA
minderkosten dotterbehandeling	€ 348	€ 348
minderkosten fatale beroerte	€ 10	€ 10
minderkosten niet fatale beroerte	€ 468	€ 468
minderkosten fataal hartinfarct	€ 58	€ 58
minderkosten niet fataal hartinfarct	€ 180	€ 180
meerkosten statines	-€ 139	-€ 199
Opbrengst	€ 924	€ 864

In de hierna volgende tabellen is de besparing als gevolg van de behandeling van diabetespatiënten en HVZ-patiënten met statines weergegeven. De tabellen geven respectievelijk de besparing weer voor alle patiënten en voor Achmea verzekerden. De besparingen voor Achmea verzekerden zijn zowel uitgerekend met medicijnkosten.nl prijzen als met het IDEA model. De controlehuisartsen scoren op beide indicators beter dan de projecthuisartsen.

Tabel 8.6 Totale besparingen			
Project			
	gebruikers	indicator	opbrengst
Behandeling diabetespatiënt met statines	2807	1,20%	€ 31.118
Behandeling HVZ-patiënt met statines	4910	1,60%	€ 72.578
Totaal			€ 103.697
Controle HA			
	gebruikers	indicator	opbrengst
Behandeling diabetespatiënt met statines		2,80%	€ 72.609
Behandeling HVZ-patiënt met statines		1,80%	€ 81.651
Totaal			€ 154.260

Tabel 8.7 Besparingen voor Achmea verzekerden				
Project				
Achmea verzekerden	Gebruikers	Indicator	Opbrengst	Opbrengst IDEA
Behandeling diabetespat. met statines	2807	1,20%	€ 18.048	€ 16.885
Behandeling HVZ-patiënt met statines	4910	1,60%	€ 42.095	€ 39.383
Totaal			€ 60.144	€ 56.268
Controle HA				
Achmea verzekerden	Gebruikers	Indicator	Opbrengst	Opbrengst IDEA
Behandeling diabetespat. met statines		2,80%	€ 42.113	€ 39.399
Behandeling HVZ-patiënt met statines		1,80%	€ 47.357	€ 44.305
Totaal			€ 89.471	€ 83.705

Conclusie

Huisartsen hebben in hun patiëntenbestand relatief veel patiënten met diabetes en hart- en vaatziekten. Dit betekent dat een relatief kleine stijging van de indicator toch veel besparingen kan opleveren. De resultaten demonstreren verder dat niet alleen met doelmatigheidsindicatoren maar ook met kwaliteitsindicatoren aanzienlijke grote besparingen te bereiken zijn.

De opbrengst van het project na aftrek van de kosten

De opbrengst van het project wordt hier weergegeven door de besparingen voor Achmea verzekerden te vergelijken met de kosten van het inzetten van het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik.

Tabel 8.8 Opbrengst van het project na aftrek van de kosten		
	niet IDEA	IDEA
Opbrengst VKM indicatoren	€ 214.376	€ 84.031
Opbrengst zorgindicatoren	€ 60.144	€ 56.268
Totaal opbrengst	€ 274.520	€ 140.299
Kosten IVM - Pilot	€ 161.851	€ 161.851
Saldo	€ 112.669	-€ 21.552
Uitrol kosten volgens business case	€ 112.000	€ 112.000
Saldo uitrol	€ 162.000	€ 28.299

Bij deze tabel valt op te merken dat de bezochte huisartsen deel uitmaakten van 36 huisartsenpraktijken en dat een 37^e wel bezochte huisartsenpraktijk niet kon worden meegenomen in de business case. Onder 'Leerpunten van de pilot' gaan we in op de vraag hoe de efficiëntie van de inzet van de onafhankelijk artsbezoeker verder kan worden vergroot.

9. De kwalitatieve evaluatie van het project

In dit onderdeel wordt besproken hoe de deelnemende huisartsen het onafhankelijk artsbezoek hebben ervaren. Dit is op twee manieren onderzocht, namelijk in het eindevaluatiegesprek dat de onafhankelijk artsbezoeker met de deelnemende huisartsen voerde en via een online enquête (zie bijlage 3).

Redenen waarom de huisartsen de onafhankelijk artsbezoeker willen ontvangen

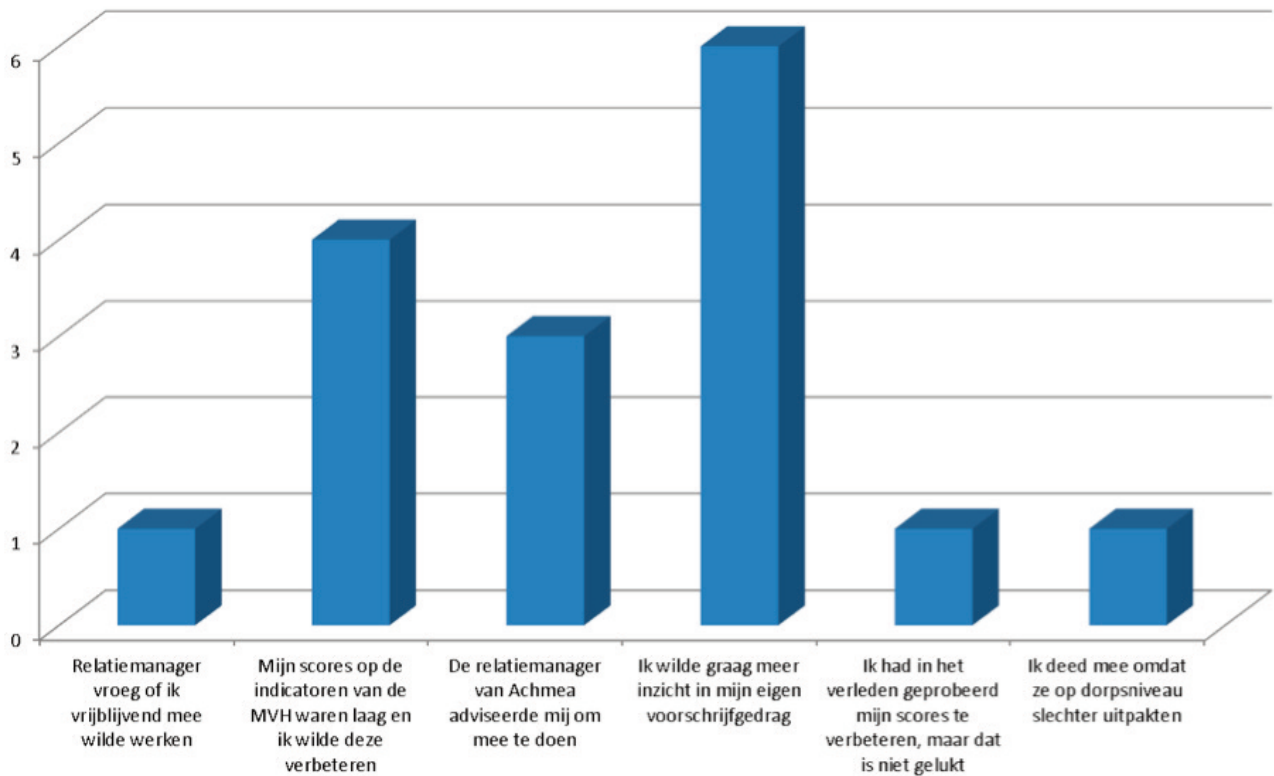
Het benaderen van huisartsen moet op een zorgvuldige wijze gebeuren. De ervaring van adviseurs van het IVM leert dat huisartsen snel in de weerstand gaan als het gaat over voorschrijfgedrag en beloningen. Ze vinden dat ze afgerekend worden terwijl ze goede argumenten hebben om af te wijken van NHG-standaarden. Bij het benaderen van de huisartsen is daarom gekozen voor een persoonlijke aanpak. De relatiemanagers van Achmea hebben uit de selectielijst een keus gemaakt en individueel met de desbetreffende huisartsen gesproken over de vraag of ze wel of niet mee wilden doen. Als huisartsen niet mee wilden doen, was dat bijvoorbeeld omdat ze al een verbeterplan hadden met hun eigen apotheek of geen behoefte hadden aan extra sturing. Ook maakten relatiemanagers vaak al een voorselectie waarbij huisartsen niet werden uitgenodigd om mee te doen, omdat bijvoorbeeld bekend was dat ze in lastige situatie zaten wat betreft hun praktijkvoering. Sommige huisartsen vielen af omdat ze tegen de pensioenleeftijd aan zaten en aan het einde van het project niet meer aanwezig zouden zijn. Als huisartsen wel mee wilden doen werd daarover vaak niet veel extra's gemeld, behalve dat artsen gemotiveerd en enthousiast waren en dat ze hun (lage) scores niet goed begrepen en hierover graag in gesprek wilden.

Omdat de relatiemanagers de redenen om mee te doen niet heel duidelijk beschreven, hebben we er ook in de enquête naar gevraagd. In onderstaande tabel staan de redenen die de huisartsen noemden om mee te doen. Bij deze vraag konden huisartsen alle voor hen geldende redenen invullen.

Tabel 9.1 Redenen van huisartsen om mee te doen aan het project	
Reden	Aantal keer genoemd door de 16 respondenten
Mijn scores op de indicatoren van de Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen waren laag en ik wilde deze verbeteren.	6
Mijn scores op de indicatoren van de Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen waren laag, waardoor ik extra inkomsten mis.	3
Ik heb in het verleden geprobeerd mijn scores op de indicatoren te verbeteren, maar dat is mij niet gelukt.	5
Ik kende de indicatoren van de Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen niet of nauwelijks en wilde er meer over weten.	1
Ik wilde meer inzicht in mijn eigen voorschrijfgedrag.	12
Ik nodig graag artsbezoekers uit. Ik vind het ontvangen van artsbezoekers een efficiënte manier van nascholing.	niet genoemd
De relatiemanager van Achmea adviseerde mij om mee te doen.	8

We vroegen vervolgens wat van al deze redenen de belangrijkste reden was om mee te doen. De huisartsen konden hier slechts één reden opgeven. Welke reden de huisartsen kozen als belangrijkste reden, is zichtbaar in onderstaande grafiek.

Figuur 9.1 Belangrijkste reden om mee te doen



Blijkbaar is het krijgen van inzicht in het eigen voorschrijfgedrag belangrijk voor huisartsen. Huisartsen worden zich meer bewust van hun voorschrijfgedrag door het zien van de scores en passen, als zij daartoe aanleiding zien, hun voorschrijfgedrag aan.

10. De positieve en negatieve ervaringen van huisartsen met de onafhankelijk artsbezoeker

Over het algemeen zijn de ervaringen van de huisartsen met de onafhankelijk artsbezoeker positief. Al bij de tussenevaluaties rond mei 2014 blijkt dat de huisartsen het bezoek prettig en nuttig vonden. De artsbezoekers legden dit in hun verslagen vast als bijvoorbeeld:

- 'verhelderend'
- 'nuttig om te reflecteren op het eigen handelen'
- 'heeft het gesprek positief ervaren en is er op allerlei manieren mee aan de slag gegaan'
- 'geeft aan terug te kijken op een positief gesprek, was blij met onze onafhankelijkheid'
- 'inhoud was duidelijk en bezoek was goede handreiking om 'cijfers op orde te krijgen''
- 'is blij dat ik bel. Goed om er weer aan herinnerd te worden!'.

Het blijkt dat de huisartsen het prettig vinden om gewoon even te weten 'hoe het zit'.

Kennis onafhankelijk artsbezoeker

In de enquête hebben we de huisartsen over een aantal vaardigheden van de onafhankelijk artsbezoeker bevraagd. Wat vinden ze bijvoorbeeld van de kennis van de onafhankelijk artsbezoeker? Van de 16 respondenten vinden 15 de kennis 'goed'. Bij de (niet verplichte) toelichting op deze vraag wordt onder andere twee keer gezegd dat de artsbezoeker deskundig was en twee keer dat de artsbezoeker de knelpunten begrijpt. Eén arts vindt de kennis van de onafhankelijk artsbezoeker 'voldoende'.

Meerwaarde van het meedoen aan het onafhankelijk artsbezoek

Tijdens de telefonische eindevaluatie vroegen de onafhankelijk artsbezoekers of het gesprek meerwaarde had gehad voor de huisarts. In de tabel hieronder staan de antwoorden die de onafhankelijk artsbezoeker op deze vraag heeft gekregen.

Tabel 10.1 Antwoorden van huisartsen op de vraag of er een meerwaarde was van het gesprek

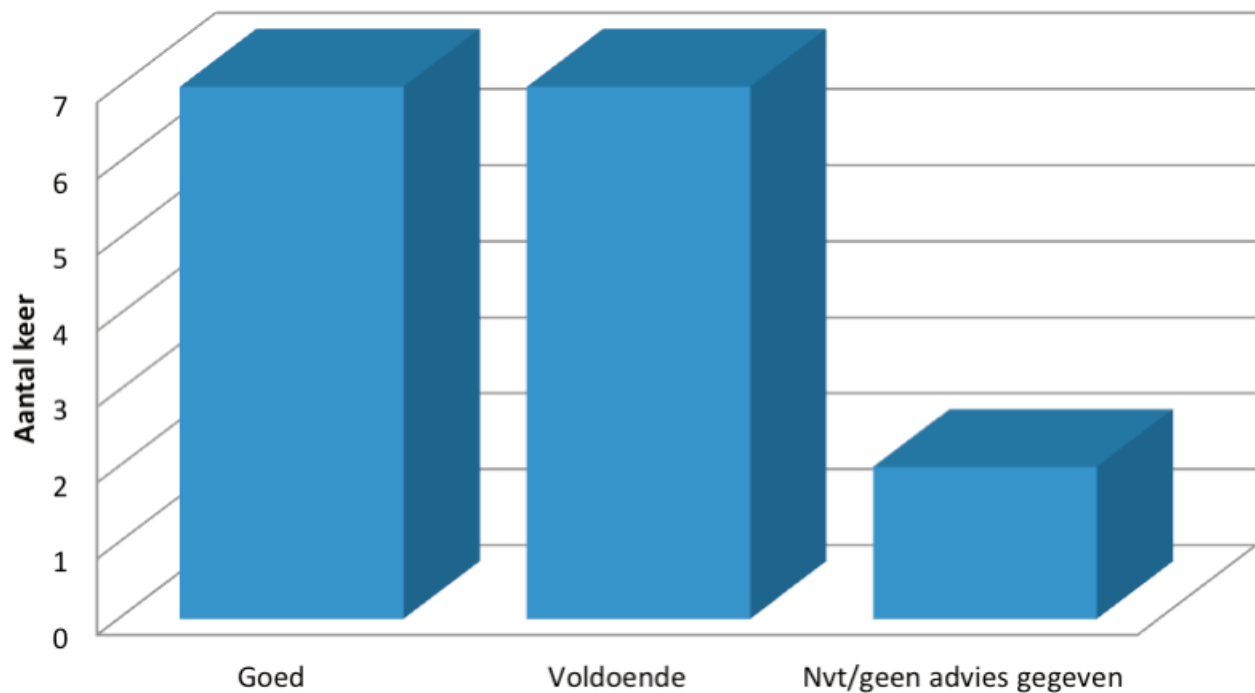
Was er een meerwaarde van meedoen? Reacties van artsen

- ▶ Prettig gesprek. Is blij dat inspanningen zichtbaar zijn in cijfers.
- ▶ Was prettig gesprek, maar arts is niet bewust aan de slag gegaan (verbeteringen komen uit FTO).
- ▶ Heel zinvol, doorbreken vastgeroeste keuzes.
- ▶ Spiegelinformatie altijd leuk en nuttig. Uitleg is handig, motiveert om er naar te kijken. Bij het alleen sturen van spiegelinformatie, verdwijnen stukken al snel onderaan in de mailbox.
- ▶ Vond het project nuttig en leuk, heeft wat opgeleverd. Verbeteringen zijn volgens arts aan onafhankelijk artsbezoeker te danken.
- ▶ Huisarts vindt indicatoren nuttig, financiële prikkel werkt en het is goed om eigen beleid inzichtelijk te maken, zodat je ook zelf een plan kan ontwikkelen om bij te sturen.
- ▶ Vond het gesprek zinvol en nuttig en het heeft resultaat gehad.
- ▶ Vond gesprek prima, prettige manier. Niet zoveel 'schokkende' dingen naar boven gehaald, wat dat betreft jammer dat er niet een 'trucje' was om de scores op te vijzelen. Veel lag zoals besproken aan kleine praktijkgrootte.
- ▶ Vond het gesprek wel gezellig. Is niet bovenmatig geïnteresseerd in indicatoren en beleid zorgverzekeraar.
- ▶ Ja, vond het nuttig. Maar jammer dat het uiteindelijk weinig opgeleverd heeft.
- ▶ s over het algemeen tevreden, leuk om aan meegewerkt te hebben, nuttig dat het inzicht geeft zonder dat het direct 'over de centen gaat'.
- ▶ Vond meewerken aan het project "wel prima". Goed om terugkoppeling te krijgen en dat het via verschillende routes gaat (ons en zorggroep) is alleen maar prima.
- ▶ In zijn algemeenheid vindt hij een gesprek met zijn relatiemanager van Achmea beter. Dan kunnen namelijk ook andere (doelmatigheids)parameters zoals kosten laboratoriumonderzoek en doorverwijzingen meegenomen worden. Vond de gesprekken in kader van dit project niet vervelend.
- ▶ Kennelijk wel, gezien verbeteringen. Hebben niet het idee dat ze heel bewust zijn gaan veranderen.
- ▶ Mogelijk is er invloed van het meer gebruiken van het EVS en de daarin ingebouwde adviezen die sturen richting de NHG-standaarden.
- ▶ Ja zeker. De getallen zorgen dat je je gaat afvragen hoe komt dat nou. Dat gebeurt in andere situaties niet.
- ▶ Ze vinden het werken met spiegelinformatie zeker van meerwaarde. Ze merken ook op dat een gesprek met een 'buitenstaander' van meerwaarde is. Alleen het presenteren van spiegelinformatie is onvoldoende. Dan gaat het verloren in de drukke werkzaamheden van alle dag.
- ▶ Meerwaarde zit hem met name in dat er meer gevoel is gekomen voor de interpretatie. Kunnen nu duidelijk zelf beter vooruit met de MVH als middel om de procesinrichting in de huisartsenpraktijk te sturen.
- ▶ Ja, maakt meer bewust van mechanismen dat voorschrijven 'onbewust' loopt. Extra informatie erg prettig.
- ▶ Ja, na het gesprek had hij bij het voorschrijven van geneesmiddelen het gesprek in zijn achterhoofd.
- ▶ Hij denkt dat dit invloed heeft gehad, maar realiseert zich ook dat het voorschrijfgedrag zich moeilijk laat veranderen.
- ▶ Jazeker. Hier heeft hij veel meer aan dan wat de apotheker op het FTO doet.
- ▶ Ja, vond het nuttig. Maar jammer dat het uiteindelijk weinig opgeleverd heeft.
- ▶ Dat je weer even denkt o ja, even weer onder de aandacht.
- ▶ Prettig.
- ▶ Ja.
- ▶ Op FTO hebben we het toch goed besproken. Het hielp hem heel erg dat ik er was en dingen vertelde. Doordat wij het op deze manier doen, staan ze open voor de terugkoppeling.
- ▶ Ja, toch fijn om eenmaal per jaar even op deze manier naar scores te kijken.
- ▶ Jazeker. Helpt, geeft inzicht.
- ▶ Ja, goed om inzicht te krijgen. Gesprek heeft meerwaarde boven alleen toesturen data.
- ▶ Als je wilt als zorgverzekeraar dat huisartsen van gedrag veranderen, moet je meer doen dan alles op papier.

Adviezen onafhankelijk artsbezoeker

Tijdens het bezoek gaf de onafhankelijk artsbezoeker ook adviezen. De antwoorden op de vraag: 'Wat vindt u van de door de onafhankelijk artsbezoeker gegeven praktische adviezen om de scores te verbeteren?' vindt u in onderstaande grafiek.

Figuur 10.1 Antwoorden op de vraag 'wat vindt u van de gegeven praktische adviezen'



Vier artsen gaven een toelichting op de score 'voldoende':

- voegde niet echt veel toe
- wiens brood men eet.....
- weinig concrete aanknopingspunten
- soms minder toepasbaar in de praktijk

Kritischer en anders voorschrijven

We vroegen de artsen ook of ze door het bezoek van de onafhankelijk artsbezoeker kritischer zijn gaan kijken naar hun voorschrijfgedrag. Maar liefst 14 van de 16 respondenten antwoordden 'ja' op deze vraag. De twee artsen die 'nee' antwoordden, lichtten toe dat ze reeds erg kritisch waren op hun voorschrijfgedrag. Op de vraag of artsen anders zijn gaan voorschrijven door het bezoek van de onafhankelijk artsbezoeker, antwoordde ook 14 van de 16 respondenten dat dat inderdaad zo was.

Inrichting van het project

We vroegen de artsen ook wat zij vonden van de aanpak van het project in verband met het aantal uren dat de huisartsen kwijt waren en de contactmomenten. Eén huisarts gaf een voldoende met de opmerking dat hij de tussenliggende tijd zo lang vond. Alle andere artsen waren tevreden over de aanpak en gaven een 'goed'.

Zorgprisma

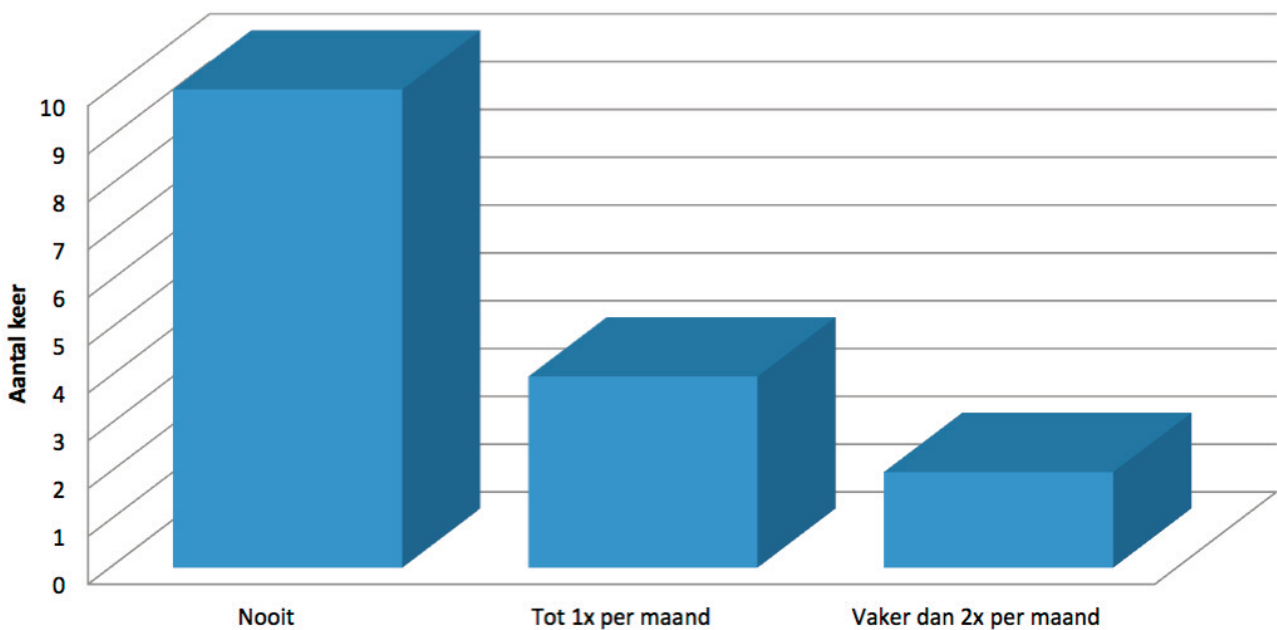
Huisartsen konden zelf tijdens het project hun scores volgen in de MVH. Zij hadden daarvoor een instructie op papier gekregen en soms vroegen zij tijdens de tussenevaluatie nogmaals om de instructie. Met een aantal artsen kon de onafhankelijk artsbezoeker op het moment van het bezoek meteen inloggen om de scores op dat moment te bekijken. Dat lukte niet altijd omdat er geen tijd meer was na het gesprek of omdat de huisarts nog niet de stappen had ondernomen die nodig zijn om in te kunnen loggen in de MVH.

We vroegen de huisartsen in de enquête in hoeverre zij voor het eerste bezoek al eens hadden ingelogd in de MVH. Van de 16 huisartsen hadden 11 dit nog nooit gedaan. De andere 5 hadden binnen een half jaar voor het bezoek al eens ingelogd. De 11 huisartsen die nog nooit hadden ingelogd, deden dit ook niet tijdens het project. Twee huisartsen logden na het bezoek één keer in. Twee huisartsen deden dat twee keer.

Artsenbezoekers van de farmaceutische industrie

Op de vraag in de enquête of de huisartsen vaker artsbezoekers ontvingen, antwoordden zij als volgt:

Figuur 10.2 Ontvangt u in uw praktijk vaker artsbezoekers?



Nogmaals een onafhankelijke artsbezoeker van het IVM?

Tot slot stelden we in de enquête de huisartsen een aantal vragen over de onafhankelijk artsbezoeker. We vroegen ze of ze in de toekomst (opnieuw) bezocht wilden worden door een onafhankelijk artsbezoeker van het IVM. Drie huisartsen willen dit niet. Vijf huisartsen weten het (nog) niet. Acht huisartsen willen wel nogmaals bezocht worden door een onafhankelijk artsbezoeker van IVM. Deze acht huisartsen zouden dat bezoek ook aanbevelen aan collega's. Ook een van de huisartsen die zelf geen onafhankelijk artsbezoeker meer zou willen ontvangen, beveelt dit wel zijn collega's aan. Drie huisartsen weten niet of ze het zouden aanbevelen. Op de vraag wie de aangewezen persoon is om deze gesprekken te doen, antwoordt het overgrote merendeel (14 van de 16 respondenten) dat 'iemand van het IVM' hiervoor de aangewezen persoon is. Twee huisartsen vinden hun eigen apotheker hiervoor het meest geschikt. Niemand kiest voor de antwoordoptie 'Accountmanager van de zorgverzekeraar'.

Conclusie

De uitkomsten van de kwalitatieve evaluatie laten zien dat grosso modo de projecthuisartsen onafhankelijk artsbezoek zien als een goed instrument om de kwaliteit en doelmatigheid van hun voorschrijven te begroten. Het grote merendeel van de huisartsen geeft aan dat zij hun eigen voorschrijven kritischer zijn gaan bekijken.

11. Leerpunten van de pilot, aanbevelingen voor vervolg

In dit hoofdstuk geven we aanbevelingen voor het verbeteren van de kosteneffectiviteit van het onafhankelijk artsbezoek. Dit kan door de kosten van het artsbezoek te verlagen (door processen te stroomlijnen) of door de opbrengsten te verhogen (door de interventie effectiever te maken). Op beide aspecten gaan we hieronder in.

Kosten verlagen, stroomlijnen van processen per fase van het onafhankelijk huisartsbezoek

1 Benaderen en werven huisartsen

Het werven door de accountmanagers van Achmea kostte relatief veel contacttijd. Er waren grote verschillen tussen accountmanagers. Het werven kan met name efficiënter door de werving voor een groter deel door IVM-adviseurs te laten doen. De accountmanagers doen dan alleen een eerste ronde en geven vervolgens aan welke huisartsen door het IVM kunnen worden benaderd.

2 Nulmeting

Voor de efficiëntie van het artsbezoek is het belangrijk dat Achmea alle databestanden levert die nodig zijn voor nul- en eindmeting. Hierdoor wordt voorkomen dat huisartsen zelf bestanden moeten aanleveren of dat een IVM-adviseur bestanden moet gaan uitdraaien bij een huisarts. In de pilot heeft Achmea deze bestanden al verzorgd. Voor de nulmeting is gaandeweg het project een sjabloon ontwikkeld waarmee de huisarts een goed beeld krijgt van zijn scores op indicatoren.

3 Bezoek huisarts door onafhankelijk huisartsenbezoeker

Ter voorbereiding van het artsbezoek is een handleiding ontwikkeld en zijn de onafhankelijk artsbezoekers geschoold. Voor het vervolg kan worden volstaan met het bijhouden van de handleiding en intercollegiale toetsing van de onafhankelijk artsbezoeker.

Het huisartsbezoek kan efficiënter worden uitgevoerd door meerdere huisartsen op één dag door een onafhankelijk artsbezoeker te laten bezoeken. In de pilot werd over het algemeen één huisarts op een dag bezocht. Als de onafhankelijk artsbezoeker in plaats van een individuele huisarts een FTO-bijeenkomst bezoekt, worden meerdere huisartsen tegelijk benaderd. Nadeel van het bezoeken van een FTO-bijeenkomst is dat de pilot laat zien dat de verbetering op de indicatoren kleiner is dan bij het bezoeken van een individuele huisarts.

Wanneer het artsbezoek wordt uitgevoerd door middel van een gesprek op afstand (skype) kan de tijd nodig voor het artsbezoek aanzienlijk worden bekort. Het IVM heeft nog niet getest of deze aanpak effectief is en ziet ook een meerwaarde bij live contact. Bij een uitrol zou het de moeite waard zijn om een beperkt aantal gesprekken via skype te voeren om de effectiviteit van deze aanpak te bekijken.

4 Tussenevaluatie met de huisartsen

Het maken van afspraken met een huisarts kost vaak veel tijd. Door de tijd van tussenevaluatie al af te spreken tijdens het eerste bezoek wordt tijd gewonnen.

5a Eindmeting

Zie onder nulmeting voor de verkrijging van en bewerking van gegevens.

5b Eindevaluatie met de huisartsen

Tijdens de pilot werd een deel van de gesprekstijd benut als input voor het rapport. De gesprekstijd kan korter als dit niet nodig is.

6 Analyse en rapport

Voor de pilot is een uitgebreide analyse gedaan als input voor het rapport. Bij een uitrol van de onafhankelijke artsbezoeker kan worden volstaan met een beperkte analyse met de gegevens van de eindmeting als input.

Met de hier genoemde aanpassingen kost het onafhankelijk huisartsbezoek per huisarts 16,5 uur in plaats van de 22 uur in de pilot.

Vergroten van de opbrengst van het huisartsbezoek

In de pilot is als doel gesteld om 40 huisartsen te bezoeken. Bij een uitrol kan beter worden uit gegaan van huisartsenpraktijken in plaats van huisartsen. Het artsbezoek moet dan in ieder geval worden gevoerd met de huisarts die de senior is in een praktijk.

In plaats van met alle huisartsen dezelfde indicatoren te bespreken, kan beter de aandacht per huisarts op die indicatoren gericht worden waarmee bij de betrokken huisartsen de meeste winst is te behalen. De opbrengst per indicator blijkt sterk te kunnen stijgen, wanneer een huisarts zich bereid verklaart om een indicator tot speerpunt te nemen. De onafhankelijk artsbezoeker kan dus de efficiëntie van het bezoek vergroten indien hij met de huisartsen afspraken maakt over indicatoren waarop de huisarts slecht scoort. Het maken van afspraken over indicatoren waarop de huisartsen al goed scoort, levert weinig op.

Het kan de moeite waard zijn om ook artsen te bezoeken die behoren tot een groep van huisartsen die al een beloning van Achmea krijgen voor hun scores op de voorschrijfindicatoren. Ook deze huisartsen scoren soms slecht op indicatoren waarop een grote winst te behalen is.



Begrippenlijst

Reserve- en tweedekeusantibiotica

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

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

Volume antibiotica

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

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

Voorkeursmiddelen antidepressiva bij nieuwe gebruikers

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

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

Therapietrouw antidepressiva bij nieuwe gebruikers

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

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

Volume starters antidepressiva

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

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

Volume langdurig gebruik antidepressiva

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

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

Behandeling astmapatiënten met inhalatiecorticosteroïden

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

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

Statines bij hart- en vaatziekten

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

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

Statines bij diabetes mellitus

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

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

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

Voorkeursmiddelen cholesterolverlagers nieuwe gebruikers

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

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

Dosering simvastatine bij nieuwe gebruikers

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

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

Voorkeursmiddelen RAS-remmers nieuwe gebruikers

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

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

Voorkeursmiddelen AT₂-antagonisten nieuwe gebruikers

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

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

Gebruik metformine bij nieuwe gebruikers

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

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

Terughoudend voorschrijven nieuwe diabetesmiddelen

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

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

*bij patiënten die al metformine gebruiken of hebben gebruikt.

Voorkeursmiddelen bisfosfonaten bij nieuwe gebruikers

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

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

Voorkeursmiddelen protonpompremier bij alle gebruikers

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

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

Maagbescherming bij NSAID-gebruikers

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

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

Volume langdurig gebruik protonpompremmer

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

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

Voorkeursmiddelen NSAID's bij nieuwe gebruikers

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

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

Voorkeursmiddelen triptanen bij nieuwe gebruikers

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

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

Overbehandeling triptanen

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

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

Laxans bij opioïdegebruikers

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

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

Doelmatig voorschrijven totaal voorschriften

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

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

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

Doelmatig voorschrijven totaal DDD

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

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

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

Doelmatig voorschrijven bij nieuwe geneesmiddelen

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

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

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

Doelmatig voorschrijven bij herhaalreceptuur

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

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

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



De Business case

De opbrengsten versus de kosten van het project (Business case)

In deze paragraaf wordt ingegaan op:

- a. Het probleem dat opgelost wordt
- b. De opbrengst van de interventie
- c. De kosten van de interventie
- d. De opbrengsten versus de kosten: de conclusie

Onderdeel a. Het probleem dat opgelost wordt

Het probleem dat in dit project wordt aangepakt, is het feit dat een deel van de huisartsen in het Achmea weinig conform de richtlijnen en ook weinig doelmatig voorschrijft. Dit leidt tot een slechter behandelresultaat bij de patiënten van deze huisartsen en tot hogere zorgkosten. Het is aannemelijk dat door het inzetten van de onafhankelijk artsbezoeker deze huisartsen hun voorschrijfgedrag sterk gaan verbeteren.

Onderdeel b. De opbrengst van de interventie

De opbrengst is onder te verdelen in:

1. Lagere geneesmiddelkosten door meer doelmatige keuze
2. Minder zorgkosten door betere inzet van geneesmiddelen
3. Overige opbrengsten

Ad 1. Lagere geneesmiddelkosten door meer doelmatige keuze

De set prescriptie-indicatoren uit de Monitor voorschrijfgedrag huisartsen bevat een aantal doelmatigheidsindicatoren en/of indicatoren met een doelmatigheidscomponent. Het betreft indicatoren die in kaart brengen of huisartsen binnen een groep middelen met een vergelijkbare therapeutische waarde kiezen voor doelmatige varianten.

In de volgende tabel worden de besparingen voor Achmea gerealiseerd door onafhankelijk artsbezoek weergegeven, waarbij uitgegaan is dat de apotheek een IDEA contract heeft. Tussen haakjes zijn de besparingen weergegeven als de apotheek geen IDEA contract heeft. Het effect van de interventie is voor drie en half jaar berekend, maar houdt langer aan.

Tabel 1 Besparingen								
Indicator	besparing 0-1,5 jaar		besparing 1,5-2,5 jaar		besparing 2,5-3,5 jaar		totale besparing in 3,5 jaar	
voorkeursmiddelen RAS-remmers (nieuwe gebruikers)	€68	(€72)	€110	(€115)	€144	(€151)	€322	(€ 338)
voorkeursmiddelen statines (nieuwegebruikers)	€182	(€191)	€291	(€305)	€382	(€400)	€855	(€896)
voorkeursmiddelen antidepressiva (nieuwe gebruikers)	€44	(€69)	€55	(€86)	€61	(€97)	€160	(€252)
voorkeursmiddelen protonpompremmers (alle gebruikers)	€0	(€558)	€0	(€631)	€0	(€713)	€0	(€1.901)
voorkeursmiddelen bisfosfonaten (nieuwe gebruikers)	€84	(€90)	€134	(€144)	€176	(€190)	€395	(€424)
Totale besparing	€378	(€980)	€590	(€1.281)	€764	(€1.550)	€1.732	(€3.811)

De besparing is gebaseerd op een beperkt aantal indicatoren. Ook op een aantal indicatoren die niet in bovengenoemd overzicht zijn opgenomen zijn besparingen te verwachten, onder andere op de indicatoren voorkeursmiddelen ATII-antagonisten, voorkeursmiddelen NSAID's en de begin 2013 in de Monitor voorschrijfgedrag opgenomen indicator voorkeursmiddelen triptanen.

Algemene aannames

Bij het in kaart brengen van deze opbrengsten is uitgegaan van de volgende gegevens:

- Nieuwe gebruikers melden zich niet allemaal gelijk na het artsbezoek. Dit geldt ook voor het omzetten van alle gebruikers van een dure naar een goedkopere protonpompremmers. Zij worden pas omgezet als ze een herhaalrecept aanvragen. Bij de besparingen die theoretisch in het eerste jaar te behalen zijn, is er daarom van uitgegaan dat hiervoor 1,5 jaar nodig is.
- 60 procent van de patiënten van de huisartsen is verzekerd bij Achmea. Een van de selectiecriteria om als huisarts geselecteerd te worden, is dat de huisarts minimaal 1000 verzekerden heeft bij Achmea. Uitgaande van een normpraktijk van 2322 patiënten houdt dat in dat minimaal 43 procent van de patiënten verzekerd is bij Achmea. In de kerngebieden van Achmea is het percentage Achmeaverzekerden veel hoger. Het varieert tussen de 55 en 72 procent⁸.
- Als uitgangspunt voor de verschuivingen in de keuze van geneesmiddelen binnen een farmacotherapeutische groep is uitgegaan van de verbruikscijfers 2011 van de GIPdatabank. Hierbij is gecorrigeerd voor het onlangs uit patent gaan van Lipitor, Atacand, Atacand Plus, Diovan, Co-Diovan, Aprovel, Bonviva, Actonel en Pariet. Er is vanuit gegaan dat 90 procent van deze geneesmiddelen generiek wordt gesubstitueerd.
- Als uitgangspunten voor de besparingen is uitgegaan dat de apothekhoudenden een IDEA-contract hebben. Bij de berekening is uitgegaan van de Multisourcelijst van maart 2013 (zie www.achmeazorg.nl is). Ook bij het IDEA-contract vallen soms niet alle geneesmiddelen uit eenzelfde groep onder IDEA. Voor de geneesmiddelen niet vallend onder IDEA is uitgegaan van de geneesmiddelprijzen op www.medicijnkosten.nl (maart 2013). De besparingen zijn ook berekend op basis van de geneesmiddelprijzen op www.medicijnkosten.nl (maart 2013) voor die apothekhoudenden die geen IDEA-contract hebben.

⁸ SFK Farmacie in Cijfers. Verzekeraars nog steeds stevig in regio. Pharm Weekbl 2011; 46/47:9.

- Er is een besparing die we nu niet kunnen berekenen maar die op termijn optreedt. Door het beter scoren op de voorkeursmiddelenindicatoren gaat de IDEA (=pakjes)prijs - als die wordt bijgesteld - omlaag. Dit komt omdat de indicatoren stimuleren dat ook in geneesmiddelgroepen waar alle respectievelijk de meeste geneesmiddelen onder IDEA vallen, de goedkoopste varianten worden voorgeschreven. Dus binnen de protonpompremmers omeprazol en pantoprazol in plaats van het relatief dure esomeprazol (ook in IDEA) en binnen de statines simvastatine in plaats van het relatief dure atorvastatine (ook in IDEA). De besparingen zullen hierdoor op de langere termijn dus hoger zijn dan als de besparingen worden berekend op basis van IDEA en zullen waarschijnlijk in de buurt komen van de opbrengst als uitgegaan wordt van de prijzen genoemd op www.medicijnkosten.nl.

Specifieke aannames per indicator

RAS-remmers

- Populatie-omvang: patiënten waarop de interventie een direct effect heeft: 20 nieuwe gebruikers RAS-remmers per gemiddelde huisartspraktijk (Databestanden Monitor voorschrijfgedrag huisartsen 2012).
- Er wordt gerekend met een 15 procentpunt verschuiving op de score. Het is aannemelijk dat deze verschuiving groter zal zijn, omdat deze 15 procentpunt verschuiving gevonden is bij huisartsen die onder het landelijk gemiddelde scoren (IVM niet gepubliceerd onderzoek, 2009). Deze pilot wordt uitgevoerd bij 25 procent laagst scorenden.
- Na 1 jaar gebruikt nog 60 procent van de nieuwe gebruikers dezelfde medicatie, na 2 jaar 50 procent⁹.
- Het aantal 'bestaande' gebruikers dat omgezet wordt van voorkeursmiddel naar niet-voorkeursmiddel is gelijk aan het aantal gebruikers dat omgezet wordt van niet-voorkeursmiddel naar voorkeursmiddel.

Statines

- Populatie-omvang: patiënten waarop de interventie een direct effect heeft: 20 nieuwe gebruikers per gemiddelde huisartspraktijk (Databestanden Monitor voorschrijfgedrag huisartsen 2012).
- Er wordt gerekend met een 15 procentpunt verschuiving op de score. Het is aannemelijk dat deze verschuiving groter zal zijn, omdat deze 15 procentpunt verschuiving gevonden is bij huisartsen die onder het landelijk gemiddelde scoren (IVM niet gepubliceerd onderzoek, 2009). Deze pilot wordt uitgevoerd bij 25 procent laagst scorenden.
- Na 1 jaar gebruikt nog 60 procent van de nieuwe gebruikers dezelfde medicatie, na 2 jaar 50 procent¹⁰.
- Het aantal 'bestaande' gebruikers dat omgezet wordt van voorkeursmiddel naar niet-voorkeursmiddel is gelijk aan het aantal gebruikers dat omgezet wordt van niet-voorkeursmiddel naar voorkeursmiddel.

⁹ Wijk BLG van, Klungel OH, Heerdink ER, Boer A den. Apotheker zou therapietrouw moeten bevorderen. Pharm Weekbl 2005; 48: 1543-5 en Erkens JA, Bij S van der Herings RMC. Geslacht en type geneesmiddel beïnvloeden persistentie bij antihypertensiva. Pharm Weekbl 2005; 50:1600-1.

¹⁰ Wijk BLG van, Klungel OH, Heerdink ER, Boer A den. Apotheker zou therapietrouw moeten bevorderen. Pharm Weekbl 2005; 48: 1543-5 en Erkens JA, Bij S van der Herings RMC. Geslacht en type geneesmiddel beïnvloeden persistentie bij antihypertensiva. Pharm Weekbl 2005; 50:1600-1.

Antidepressiva

- Populatie-omvang: patiënten waarop de interventie een direct effect heeft: 10 nieuwe gebruikers per gemiddelde huisartspraktijk (Databestanden Monitor voorschrijfgedrag huisartsen 2012).
- Er wordt gerekend met een 15 procentpunt verschuiving op de score. Het is aannemelijk dat deze verschuiving groter zal zijn, omdat deze 15 procentpunt verschuiving gevonden is bij huisartsen die onder het landelijk gemiddelde scoren (IVM niet gepubliceerd onderzoek, 2009). Deze pilot wordt uitgevoerd bij 25 procent laagst scorenden.
- Na 1 jaar gebruikt nog 25 procent van de nieuwe gebruikers dezelfde medicatie, na 2 jaar 15 procent¹¹.
- Het aantal 'bestaande' gebruikers dat omgezet wordt van voorkeursmiddel naar niet-voorkeursmiddel is gelijk aan het aantal gebruikers dat omgezet wordt van niet-voorkeursmiddel naar voorkeursmiddel.

Protonpompremmers

- Populatie-omvang: alle patiënten die chronisch protonpompremmers gebruiken en deze voorgeschreven krijgen door de huisarts. Dit zijn ongeveer 1500 voorschriften per huisarts met een toename van 13 procent per jaar (bron GIP-databank). Dit aantal voorschriften is inclusief de correctie voor het feit dat protonpompremmers alleen nog voor chronisch gebruik vergoed worden; het aantal voorschriften protonpompremmers uit de GIP-databank is daarom met 15 procent verlaagd¹².
- Er wordt gerekend met een 5 procentpunt verschuiving op de score. Het is aannemelijk dat deze verschuiving groter zal zijn, omdat deze 5 procentpunt verschuiving gevonden is bij huisartsen die onder het landelijk gemiddelde scoren (IVM niet gepubliceerd onderzoek, 2009). Deze pilot wordt uitgevoerd bij 25 procent laagst scorenden.

Bisfosfonaten

- Populatie-omvang: patiënten waarop de interventie een direct effect heeft: 5 nieuwe gebruikers per gemiddelde huisartspraktijk (Databestanden Monitor voorschrijfgedrag huisartsen 2012).
- Er wordt gerekend met een 15 procentpunt verschuiving op de score. Het is aannemelijk dat deze verschuiving groter zal zijn, omdat deze 15 procentpunt verschuiving gevonden is bij huisartsen die onder het landelijk gemiddelde scoren (IVM niet gepubliceerd onderzoek, 2009). Deze pilot wordt uitgevoerd bij 25 procent laagst scorenden.
- Na 1 jaar gebruikt nog 60 procent van de nieuwe gebruikers dezelfde medicatie, na 2 jaar 50 procent¹³.
- Het aantal 'bestaande' gebruikers dat omgezet wordt van voorkeursmiddel naar niet-voorkeursmiddel is gelijk aan het aantal gebruikers dat omgezet wordt van niet-voorkeursmiddel naar voorkeursmiddel.

¹¹ Herings RMC, Leufkens HGM, Heerdink ER, et al. Chronische Farmacotherapie Voortgezet. PHARMO Instituut. Report. 2002.

¹² SFK Farmacie in Cijfers Pharmaceutisch Weekblad 2011 nr 27/28.

¹³ Pharmaceutisch Weekblad Wetenschappelijk Platform. 2010;4(7/8):128-135.

Ad 2. Minder zorgkosten door betere inzet van geneesmiddelen

Een aantal prescriptie-indicatoren heeft een duidelijk kwaliteitsaspect. Het betreft indicatoren die kijken of een middel wordt voorgeschreven ter preventie van events in de toekomst. Als de huisartsen hoger scoren schrijven ze meer volgens de richtlijnen voor. Dit leidt tot betere kwaliteit van leven bij de patiënt en door voorkoming van de event ook tot minder directe zorgkosten. Prescriptie-indicatoren uit deze categorie zijn de indicatoren 'behandeling hartvaatziektenpatiënten met statines' en 'behandeling diabetespatiënten met statines'.

Een verbetering van de scores op deze twee indicatoren als gevolg van onafhankelijk artsbezoek levert Achmea per bezochte huisarts een besparing op, zie onderstaande tabel. Bij de meerkosten statine is uitgegaan van de IDEA-prijs. Tussen haakjes staat de prijs respectievelijk besparing als uitgegaan wordt van de prijs op www.medicijnkosten.nl (maart 2013).

Tabel 2 Besparingen per huisarts	
Type zorgkosten	Besparing in 5 jaar
minder kosten dotterbehandeling	€1.117
minder kosten beroerte fataal	€31
minder kosten beroerte niet fataal	€1.503
minder kosten hartinfarct fataal	€188
minder kosten hartinfarct niet fataal	€578
meer kosten statine	€810 (€338)
Totale besparing	€2.606 (€ 3.079)

De besparing is berekend op de twee bovengenoemde indicatoren. Ook op een aantal andere indicatoren zijn besparingen op zorgkosten te verwachten. Een goed voorbeeld is de indicator 'NSAID-gebruik en maagprotectie'. Het geven van maagprotectie aan oudere NSAID-gebruikers voorkomt maagschade. Is de maagschade ernstig, zoals bij een maagperforatie dan is een operatie en dus een dure ziekenhuisopname noodzakelijk.

Bij het in kaart brengen van deze opbrengsten is uitgegaan van de volgende gegevens respectievelijk aannames:

- 60 procent van de patiënten van de huisartsen is verzekerd bij Achmea.
- Het totaal aan diabetespatiënten type 2 en/of hartvaatziektenpatiënten per huisarts is 125 (Databestanden Monitor voorschrijfgedrag huisartsen 2012).
- De verschuiving op de indicatoren 'behandeling hartvaatziektenpatiënten met statines' en 'behandeling diabetespatiënten met statines' is bij zwak voorschrijvende huisartsen 3 procentpunt (IVM niet gepubliceerd onderzoek 2009). Dit zijn 3,75 patiënten per gemiddelde huisartspraktijk.
- Er is vanuit gegaan dat de huisarts de niet met statines behandelde hartvaatziektenpatiënten en diabetespatiënten binnen drie maanden na het artsbezoek opspoort en zonodig behandelt.

- Number needed to treat (NNT) om een cardiovasculair event (o.a. beroerte, hartinfarct) te voorkomen bij hoog risicopatiënten is 12 na 5 jaar¹⁴. De verdeling naar type event (hartinfarct al dan niet fataal, beroerte al dan niet fataal en dotterbehandeling nodig) komt uit deze studie. Als deze 3,75 patiënten 5 jaar worden behandeld met een statine leidt dat tot 0,13 minder dotterbehandelingen, 0,01 minder fatale beroertes, 0,05 minder niet fatale beroertes, 0,08 fatale hartinfarcten en 0,05 niet fatale hartinfarcten.
- Kosten behandeling hartinfarct en beroerte zijn afkomstig uit Multidisciplinaire richtlijn CVRM, 2011. Kosten dotterbehandeling van website MST (oktober 2012).
- De voorgeschreven statine is simvastatine 40 mg. Bij de berekening van de kosten zijn de kosten voor het afleveren - de receptregelvergoeding - meegenomen.

Naast de lagere zorgkosten zal een verbetering op deze beide indicatoren ook leiden tot een betere kwaliteit van leven; cardiovasculaire incidenten kunnen zeer invaliderend zijn en leiden tot minder participeren in de maatschappij, bijvoorbeeld tot het niet meer kunnen deelnemen aan het arbeidsproces, het niet meer voor zichzelf kunnen zorgen et cetera. Er is dus een opbrengst die te meten valt met behulp van de DALY- respectievelijk QALY-systematiek. De DALY-wegingsfactor voor de kwaliteit van leven van iemand met een beroerte is 0.61. Dit houdt in dat door de beroerte 61 procent van de kwaliteit van leven van een persoon verloren gaat. (De DALY-wegingsfactor voor beroerte is hoog en ligt tussen die voor dementie (0.71) en reumatoïde artritis (0.53) in, zie www.nationaalkompas.nl.)

Ad 3. Overige opbrengsten

De huisarts leert werken met de Monitor voorschrijfgedrag huisartsen. En weet daardoor hoe zijn voorschrijfgedrag te spiegelen aan dat van collega's. Hierdoor weet hij op welke aspecten van het voorschrijfgedrag hij ondermaats presteert en aan welke aspecten hij nader aandacht moet geven. Dit is met name interessant omdat de Monitor zal in de toekomst worden uitgebreid met onderwerpen waarop kwaliteits- en doelmatigheidswinst te behalen is.

Onderdeel c. De kosten van de interventie

De kosten van dit project per huisarts voor het IVM bedragen ongeveer 4.050 euro incl. BTW per huisarts. Dit is inclusief 1.250 euro per huisarts die niet direct betrekking hebben op het artsbezoek zelf, zoals de kosten voor analyse en rapportage, kosten handleiding en kosten van de projectleiding direct gerelateerd aan het onderzoek. Dus als Achmea in de toekomst de onafhankelijk artsbezoeker breed wil inzetten dan moet Achmea uitgaan van een bedrag van ongeveer 2.800 euro per huisarts.

¹⁴ Heart Protection Study Collaborative Group. MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol lowering with simvastatin in 20.356 high-risk individuals: a randomised placebo-controlled trial. The Lancet 2002; 360; july 6:7-22.

Onderdeel d. De opbrengsten versus de kosten: de eindconclusie

In de volgende tabel staan de opbrengsten die per huisarts op financieel gebied te verwachten zijn in 3,5 jaar. Zoals in ad 1. als in ad 2. is vermeld zijn de uiteindelijk te verwachten besparingen groter. Er is nl. bij het bepalen van de besparingen niet gekeken naar alle indicatoren. Ook houden de effecten langer aan. De interventie levert in de daaropvolgende 1,5 jaar nog een zekere opbrengst op van € 782 vanwege het vaker behandelen met statines van patiënten met hartenvaatziekten en/of diabetes mellitus type 2. Naast deze besparingen is er nog een aantal opbrengsten te verwachten die niet in euro's uit te drukken zijn. Met name het beter voorschrijven volgens de richtlijnen leidt tot een betere kwaliteit van leven van de patiënt en tot minder overlijdens.

Tabel 3 Besparingen per huisarts in 3,5 jaar		
Type besparing	besparing in 3,5 jaar	
	IDEA	niet-IDEA
Lagere geneesmiddelenkosten als gevolg meer doelmatige keuze (ad.1)	€1.732	€3.811
Minder zorgkosten als gevolg van kwalitatief beter voorschrijven (ad 2.)	€1.824	€2.155
Totaal	€3.556	€5.966

Tegenover deze besparing staan ook kosten. De kosten van het onafhankelijk artsbezoek. Deze kosten liggen per huisarts voor het IVM-deel in de pilot op 4.050 euro incl. BTW en bij de eventuele uitrol op 2.800 euro.

Zoals uit bovenstaand blijkt zijn de te bereiken directe besparingen op de zorgkosten hoger dan de kosten van het onafhankelijk artsbezoek.



Vragenlijst 'Ervaringen met een onafhankelijk artsbezoeker van het IVM'

Inleiding

U heeft meegedaan met het project waarin een arts of een apotheker van het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM) als onafhankelijk artsbezoeker met u uw scores op de voorschrijfindicatoren van de monitor voorschrijfgedrag heeft doorgenomen en met u heeft gekeken waar verbetering van de scores mogelijk is. Het project bestond uit een afspraak met de artsbezoeker (in de eerste helft van 2014) en telefonische evaluaties ongeveer 2 en 18 maanden na het gesprek.

Onlangs heeft u het laatste (telefonische) gesprek met de onafhankelijk artsbezoeker gehad. Daarmee is het project afgerond. Het IVM is op dit moment bezig de effecten van dit project in kaart te brengen. Wij zijn daarom ook erg benieuwd hoe u de gesprekken met de onafhankelijk artsbezoeker heeft ervaren en wat uw eventuele tips voor verbetering zijn. Om deze redenen vragen wij u deze korte vragenlijst in te vullen. Het invullen duurt naar schatting 5 tot 10 minuten. Wij zullen uiteraard uw antwoorden vertrouwelijk behandelen.

1. Naam:
2. Geslacht:
 - ☐ Mannelijk
 - ☐ Vrouwelijk
3. Hoe lang bent u huisarts?
 - ☐ 1 - 10 jaar
 - ☐ 11 - 20 jaar
 - ☐ Meer dan 20 jaar
4. In wat voor type huisartsenpraktijk werkt u?
 - ☐ Solopraktijk
 - ☐ Groepspraktijk
 - ☐ Anders, nl.
5. Wat waren de redenen dat u bezocht wilde worden door een onafhankelijk artsbezoeker van het IVM? *(meerdere antwoorden mogelijk)*
 - ☐ Mijn scores op de indicatoren van de Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen waren laag en ik wilde deze daarom verbeteren.
 - ☐ Mijn scores op de indicatoren van de Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen waren laag, waardoor ik extra inkomsten misliep.
 - ☐ Ik had in het verleden geprobeerd mijn scores op de indicatoren te verbeteren, maar dat is mij niet gelukt.
 - ☐ Ik kende de indicatoren van de Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen niet of nauwelijks en wilde er meer over weten.
 - ☐ Ik wilde graag meer inzicht in mijn eigen voorschrijfgedrag.

- ☐ Ik nodig graag artsenbezoekers uit. Ik vind het ontvangen van artsenbezoekers een efficiënte manier van nascholing.
 - ☐ De relatiemanager van Achmea adviseerde mij om mee te doen.
 - ☐ Anders, namelijk.
6. Wat was de belangrijkste reden dat u bezocht wilde worden door een onafhankelijk artsenbezoeker van het IVM? *(een antwoord mogelijk)*
- ☐ Mijn scores op de indicatoren van de Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen waren laag en ik wilde deze daarom verbeteren.
 - ☐ Mijn scores op de indicatoren van de Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen waren laag, waardoor ik extra inkomsten misliep.
 - ☐ Ik had in het verleden geprobeerd mijn scores op de indicatoren te verbeteren, maar dat is mij niet gelukt.
 - ☐ Ik kende de indicatoren van de Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen niet of nauwelijks en wilde er meer over weten.
 - ☐ Ik wilde graag meer inzicht in mijn eigen voorschrijfgedrag.
 - ☐ Ik nodig graag artsenbezoekers uit. Ik vind het ontvangen van artsenbezoekers een efficiënte manier van nascholing.
 - ☐ De relatiemanager van Achmea adviseerde mij om mee te doen.
 - ☐ Anders, namelijk.
7. Wat is uw algemeen oordeel over het gesprek met de onafhankelijk artsenbezoeker?
- ☐ Goed
 - ☐ Voldoende
 - ☐ Onvoldoende
 - ☐ Slecht
- Ruimte voor een toelichting:
8. Wat vindt u van de inhoudelijke, farmacotherapeutische kennis van de onafhankelijk artsenbezoeker?
- ☐ Goed
 - ☐ Voldoende
 - ☐ Onvoldoende
 - ☐ Slecht
- Ruimte voor een toelichting:
9. Wat vindt u van de door de onafhankelijk artsenbezoeker gegeven praktische adviezen om de scores te verbeteren?
- ☐ Goed
 - ☐ Voldoende
 - ☐ Onvoldoende
 - ☐ Slecht
 - ☐ N.v.t., geen adviezen gegeven
- Ruimte voor een toelichting:
10. U bent anderhalf jaar geleden bezocht en na ongeveer 2 en 18 maanden gebeld door de onafhankelijk artsenbezoeker. Wat vond u van deze aanpak?
- ☐ Goed
 - ☐ Kan beter. Geef aan wat u graag anders had gezien.
 - ☐ Slecht. Geef aan wat u graag anders had gezien.

11. Bent u door het contact met de onafhankelijk artsbezoeker kritischer gaan kijken naar uw voorschrijfgedrag?
- ☐ Ja
 - ☐ Nee
 - ☐ Weet niet
- Ruimte voor een toelichting:
12. Bent u door het contact met de onafhankelijk artsbezoeker anders gaan voorschrijven?
- ☐ Ja
 - ☐ Nee
 - ☐ Weet niet
- Ruimte voor een toelichting:
13. Heeft u voorafgaand aan het eerste bezoek van de onafhankelijk artsbezoeker de Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen (mvh.zorgprisma) geraadpleegd?
- ☐ Ja, minder dan een half jaar voor het eerste bezoek
 - ☐ Ja, langer dan een half jaar voor het eerste bezoek
 - ☐ Nee
14. Hoe vaak heeft u de laatste 12 maanden de Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen (mvh.zorgprisma.nl) geraadpleegd?
- ☐ 4 keer of meer
 - ☐ 3 keer
 - ☐ 2 keer
 - ☐ 1 keer
 - ☐ nooit
15. Ontvangt u in uw praktijk vaker artsbezoekers?
- ☐ Nooit
 - ☐ Tot 1 x per maand
 - ☐ 1-2 x per maand
 - ☐ Vaker dan 2x per maand
16. Zou u in de toekomst bezocht willen worden door een onafhankelijk artsbezoeker van het IVM om uw voorschrijfgedrag te bespreken?
- ☐ Ja
 - ☐ Nee
 - ☐ Weet niet
17. Zou u een collega adviseren om een onafhankelijk artsbezoeker van het IVM te ontvangen om het voorschrijfgedrag te bespreken?
- ☐ Ja
 - ☐ Nee
 - ☐ Weet niet
18. Wie is de aangewezen persoon om deze gesprekken te doen?
- ☐ Iemand van het IVM
 - ☐ Mijn eigen apotheker
 - ☐ Accountmanager van de zorgverzekeraar
 - ☐ Anders, nl.

19. Heeft u nog overige opmerkingen of tips voor ons?

☐ Ja, nl.

☐ Nee

Als u graag een exemplaar van het evaluatierapport van het project onafhankelijk artsbezoeker wilt ontvangen, vragen wij u hier uw mailadres in te vullen:

Hartelijk bedankt voor het invullen van de vragenlijst.



Instituut voor
Verantwoord Medicijngebruik