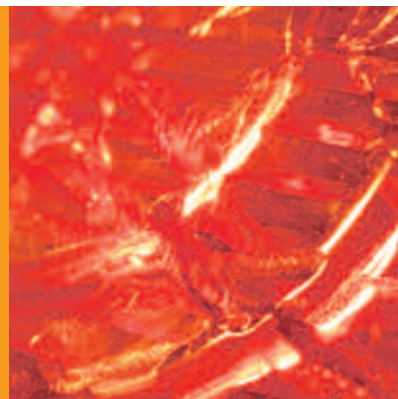


Rapport



# Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen 2014



Instituut voor  
Verantwoord Medicijngebruik



## Colofon

### *Auteurs*

Anke Lambooy, apotheker, IVM  
Rob Essink, apotheker MPH, IVM  
Marianne Nijpels, apotheker, IVM  
dr. Joost de Metz, IVM

### *Met medewerking van*

Henriëtte Giesbers, RIVM  
Paul Sterkenburg, Vektis

november 2014

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](http://www.medicijngebruik.nl)





## Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen 2014

4	<b>Samenvatting</b>
5	<b>Engelse samenvatting - Summary</b>
6	<b>Inleiding</b>
7	<b>1 Conclusies en aanbevelingen</b>
7	1.1 Conclusies
9	1.2 Aanbevelingen
10	<b>2 Scores op de indicatoren</b>
10	2.1 Samenvatting
10	2.2 Scores op de indicatoren in 2013
14	2.3 Vergelijking van de scores op de indicatoren in 2013 met die van 2012
15	2.4 Scores op de volume-indicatoren in 2013
16	<b>3 Invloed van praktijksamenstelling op indicatorscores</b>
16	3.1 Samenvatting
16	3.2 Invloed sociaal-economische status op indicatorscores
19	3.3 Invloed leeftijdsopbouw van de praktijkpopulatie op indicatorscores
22	<b>4 Regionale verschillen</b>
22	4.1 Samenvatting
22	4.2 Interpretatie van de scores op de kwaliteits- en voorkeursindicatoren
23	4.3 Clusterscores van kwaliteits- en voorkeursindicatoren
25	4.4 Volume-indicatoren per regio
28	<b>5 Verschillen tussen zorgverzekeraars</b>
28	5.1 Samenvatting
28	5.2 De scores op de kwaliteits- en voorkeursindicatoren per zorgverzekeraar
29	5.3 De scores op de volume-indicatoren per zorgverzekeraar
31	<b>6 Definities van de indicatoren en clusterindeling</b>
31	6.1 Definities van de indicatoren
39	6.2 Clusterindeling
40	6.3 Ontwikkeling en validatie
40	6.4 Onderhoud van de indicatoren
41	<b>7 Methode</b>
41	7.1 Analyse
	<b>Bijlagen</b>
43	1 Landkaarten met scores op de afzonderlijke indicatoren
49	2 Overzicht rangorde postcodegebieden op drie clusters
52	3 Landkaart met de regio-indeling op basis van de 2-cijferige postcode-indeling
53	4 SES per regio

# Samenvatting

Dit rapport van het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM) toont de resultaten van de Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen. De monitor maakt inzichtelijk in hoeverre huisartsen voorschrijven volgens de richtlijnen, in hoeverre zij kiezen voor de voorkeursmiddelen binnen een geneesmiddelgroep en hoe zij scoren op een aantal volume-indicatoren. De voorschrijfcijfers hebben betrekking op 2013. De 22 kwaliteits- en voorkeursindicatoren en de vier volume-indicatoren in het rapport zijn berekend op declaratiegegevens van openbare en poliklinische apotheken en apotheekhoudende huisartsen, zoals verzameld door Vektis.

Bij 4 van de 22 kwaliteits- en voorkeursindicatoren zijn de verschillen tussen de scores van individuele huisartsen klein. Er is bij deze indicatoren weinig verbetering mogelijk. Bij 8 indicatoren zijn de verschillen groter en bij 10 van de 22 indicatoren zijn deze verschillen zeer groot. Bij deze 10 indicatoren is nog veel (doelmatigheids)winst te behalen. Bij de vier volume-indicatoren is de spreiding groot.

Het IVM heeft dit jaar onderzocht of het feit dat huisartsen veel of weinig patiënten met een hoge sociaal-economische status in hun praktijk hebben, hun voorschrijfgedrag verandert. Ook is nagegaan of het uitmaakt voor het voorschrijven dat huisartsen veel of weinig of hoog bejaarde patiënten in hun praktijk hebben. Zowel de sociaal-economische status als de leeftijdsopbouw blijken een duidelijke invloed op het voorschrijfgedrag van de huisartsen te hebben.

Tussen regio's bestaan grote verschillen in scores op indicatoren. De verschillen zijn het grootst bij indicatoren waarop landelijk gezien veel verbetering mogelijk is. Welke regio's hoog of laag scoren, verschilt per indicator. In vergelijking met 2012 is de regionale spreiding in 2013 ongeveer gelijk gebleven.

Patiënten verzekerd bij ENO, Zorg en Zekerheid en Achmea worden het meest conform de richtlijnen geneesmiddelen voorgeschreven door hun huisarts.

Om de kwaliteit en doelmatigheid van het voorschrijven verder te verbeteren heeft het IVM in dit rapport een aantal aanbevelingen aan het ministerie van VWS, zorgverzekeraars en een beroepsorganisatie van huisartsen opgenomen.



# Engelse samenvatting - Summary

This report of the Institute for Rational Use of Medicines (IVM) shows the results of the Monitor Prescribing Behaviour Practitioners. The monitor reflects guideline adherence, awareness of costs of prescribing of general practitioners (GPs) in 2013 and scores on volume-indicators. The 22 quality of prescribing and drug preference indicators and the four volume indicators of the monitor are calculated on reimbursement data of community pharmacists and dispensing GPs collected by Vektis, a national datacentre for health care insurers.

On 4 out of 22 quality and preference indicators, the differences in scores between GPs are small. With regard to these indicators little improvement is possible. On 8 indicators more room for improvement exists. On 10 out of 22 indicators much room for improvement exists, the differences between GPs are notable. Regarding the four volume indicators, the variation is extensive.

This year the IVM investigated the influence of the number of patients with a higher social-economic status in the GP practice on prescription behaviour of GPs. The IVM also investigated the influence of the number of elderly patients in the GP practice on prescription behaviour of GPs. The results show a clear influence of social-economic status and age on prescription behaviour.

Between regions large differences exist in scores on the indicators. The largest variations are found on indicators on which country-wide much improvement is possible. Which region scores high or low is different for each indicator. In comparison with 2012 the interregional variations remained almost the same.

Patients insured by the insurers 'ENO', 'Zorg en Zekerheid' or 'Achmea' are prescribed drugs by their GPs most in accordance with the guidelines.

To ensure further improvement in the quality and efficiency of prescribing the IVM makes recommendations to the Ministry of Health, health care insurers and a professional organization of GPs.

# Inleiding

Dit rapport van het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM) toont de resultaten van de Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen. De monitor maakt inzichtelijk in hoeverre huisartsen voorschrijven volgens de richtlijnen en in hoeverre zij kiezen voor de meest doelmatige geneesmiddelen binnen een geneesmiddelgroep. Wij presenteren het landelijk gemiddelde en de mediaan van de score per indicator, de regionale spreiding van de scores en de verschillen tussen zorgverzekeraars. De voorschrijfcijfers hebben betrekking op 2013 en zijn gebaseerd op data van Vektis.

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

Het IVM heeft de afgelopen jaren gerapporteerd over de verschillen in voorschrijfgedrag tussen mannelijke en vrouwelijke huisartsen, tussen jonge en oudere huisartsen en tussen apotheekhoudende en niet-apotheekhoudende huisartsen. Ook hebben we gerapporteerd over de invloed van het FTO en het beleid van de zorgverzekeraar op het voorschrijfgedrag. Dit jaar staan we stil bij twee andere factoren die mogelijk het voorschrijfgedrag van huisartsen kunnen beïnvloeden, namelijk de sociaal-economische status (SES) van de patiënten en het percentage ouderen in de huisartspraktijk.

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

De Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen bestaat nu uit 34 indicatoren.



# 1 Conclusies en aanbevelingen

## 1.1 Conclusies

- ▶ Over het algemeen schrijven de Nederlandse huisartsen goed voor volgens de NHG-standaarden. Op veel kwaliteits- en voorkeursindicatoren scoren de huisartsen gemiddeld genomen hoog. Ten opzichte van 2012 is het voorschrijfgedrag van de huisartsen in 2013 weinig veranderd. De scores op 10 indicatoren zijn gestegen, op 7 indicatoren gelijk gebleven en op 3 indicatoren gedaald. De meeste verschillen ten opzichte van 2012 zijn klein: 1 of 2 procentpunt.
- ▶ Bij 10 kwaliteits- en voorkeursindicatoren liggen de scores van de huisartsen relatief ver uiteen. Dit betekent dat er veel ruimte is voor verbetering. Hieronder valt een aantal indicatoren waarbij de NHG-standaarden geen voorkeur uitspreken voor een geneesmiddel binnen een bepaalde geneesmiddelgroep. Voor de huisartsen is het niet duidelijk dat de middelen binnen zo een geneesmiddelgroep onderling in kosten van elkaar kunnen verschillen. Daardoor realiseren ze zich niet dat uit het oogpunt van doelmatigheid er een duidelijke voorkeur bestaat om sommige middelen uit een geneesmiddelgroep wel voor te schrijven en andere niet.
- ▶ De in 2013 geïntroduceerde indicator Terughoudend voorschrijven van nieuwe diabetesmiddelen valt in de categorie veel ruimte voor verbetering. Er zijn huisartsen die regelmatig en huisartsen die nooit of sporadisch kiezen voor een nieuw diabetesmiddel zoals een DPP-4-remmer, GLP-1-agonist of SGLT-2-remmer. Huisartsen die deze middelen regelmatig voorschrijven houden zich niet aan het medicamenteus beleid van de NHG-standaard Diabetes mellitus type 2 (2013). Deze NHG-standaard ziet voor deze middelen een zeer beperkte plaats.
- ▶ Indicatoren met veel ruimte voor verbetering laten een grote regionale spreiding zien. Dat betekent dat de verbetering vooral in een aantal regio's kan worden behaald. Per indicator kan het om andere regio's gaan.
- ▶ De spreiding bij alle volume-indicatoren - indicatoren die de voorschrijfgeneigdheid van huisartsen in kaart brengen bij een aantal geneesmiddelgroepen - is aanzienlijk. Met name de spreiding bij de indicator Volume starters antidepressiva valt op. Er bestaat een factor zes verschil tussen de minst en de meest voorschrijvende huisartsen. Deze grote verschillen in voorschrijfgeneigdheid tussen huisartsen wijzen erop dat er ruimte voor verbetering is.

- ▶ Het blijkt dat de huisartsen met veel patiënten met een hoge sociaal-economische status (SES) in hun praktijk anders voorschrijven dan huisartsen met veel patiënten met een lage SES in hun praktijk. Bij 8 indicatoren scoren de huisartsen met veel patiënten met een hoge SES in hun praktijk duidelijk hoger (3 procent of meer). Vier van deze 8 indicatoren meten het voorschrijven van voorkeursmiddelen. Dit houdt in dat huisartsen met veel patiënten met een hoge SES bij deze 4 indicatoren vaker een voorkeursmiddel kiezen dan huisartsen met veel patiënten met een lage SES.

Op alle 4 volume-indicatoren scoren de huisartsen met veel patiënten met een lage SES in hun praktijk hoger. Bij deze 4 volume-indicatoren is het geneesmiddelgebruik onder patiënten met een lage SES dus hoger dan onder patiënten met een hoge SES.
  
- ▶ Huisartsen met relatief veel patiënten met hoge leeftijd in hun praktijk blijken anders voor te schrijven dan huisartsen met relatief veel patiënten met lage leeftijd in hun praktijk.

Bij 7 indicatoren scoren de huisartsen met weinig patiënten van 80 of ouder 3 procent of meer hoger. Bij deze laatste 7 indicatoren bevinden zich 5 voorkeursindicatoren.

Opvallend is dat bij de 3 indicatoren die worden berekend op patiëntenpopulaties waarin patiënten van 80 jaar en ouder niet worden meegenomen, huisartsen met veel patiënten van 80 jaar en ouder anders scoren dan huisartsen met weinig patiënten van 80 jaar en ouder. Bij 2 van deze indicatoren scoren de huisartsen met veel patiënten van 80 jaar en ouder 2 procent lager en bij 1 indicator scoren deze huisartsen 1 procent hoger. Het gaat om de indicatoren Behandeling astmapatiënten met inhalaticorticosteroïden en Behandeling HVZ-patiënten met statines en Behandeling diabetespatiënten met statines.

Ook bij de volume-indicatoren, die nota bene gestandaardiseerd zijn voor leeftijd, zien we dat, met uitzondering van de indicator Volume starters antidepressiva, het volume hoger is bij huisartsen met veel tachtigers in hun praktijk.
  
- ▶ Het valt op dat de rangorde bij de zorgverzekeraars op de volume-indicatoren sterk verschilt van die op de clusters van kwaliteits- en voorkeursindicatoren. Mogelijke verklaring daarvoor is dat tot op heden zorgverzekeraars geen actief beleid voeren om het voorschrijfvolume van middelen als antibiotica, antidepressiva en protonpompremmers te beïnvloeden. De zorgverzekeraars die actief aandacht besteden aan het voorschrijven op kwaliteits- en voorkeursindicatoren, scoren daarop beter.



## 1.2 Aanbevelingen

### Aanbevelingen aan het ministerie van VWS

Het IVM heeft de afgelopen jaren gerapporteerd over de verschillen in voorschrijfgedrag tussen mannelijke en vrouwelijke huisartsen, tussen jonge en oudere huisartsen en tussen apothekhoudende en niet-apothekhoudende huisartsen, en de invloed van het FTO en het beleid van de zorgverzekeraar op het voorschrijfgedrag. Dit jaar hebben we de invloed onderzocht van de sociaal- economische status (SES) van de patiënten en het percentage ouderen in de huisartspraktijk.

Het blijkt dat alle hiervoor genoemde kenmerken van huisartsen en hun praktijk de huisartsen ertoe brengen anders voor te schrijven. Voor huisartsen die veel patiënten met een lage SES of veel ouderen in hun praktijk hebben, betekent dit dat zij met betrekking tot een aantal indicatoren ook bij hun jongere patiënten en patiënten met een hoge SES anders voorschrijven. Het is onwenselijk, dat kenmerken als SES- en leeftijdsopbouw van de huisartspraktijk invloed hebben op het voorschrijfgedrag van de huisarts. Met name op gebieden waar er geen redenen zijn om anders voor te schrijven zoals bij de voorkeurskeuze van een geneesmiddel binnen een geneesmiddelgroep, behoren er geen verschillen te zijn.

Daarom bevelen we aan om nader onderzoek te doen naar de bijdrage van SES en de leeftijd op het voorschrijfgedrag van huisartsen, waarbij de eerder genoemde factoren geslacht en leeftijd van de huisarts, apothekhoudend of niet apothekhoudend, FTO en beleid van de zorgverzekeraar worden meegenomen. Als de redenen voor de verschillen in het voorschrijfgedrag tussen de huisartsen duidelijk zijn, kan beleid worden gemaakt en interventies worden ontwikkeld om deze ongewenste verschillen terug te dringen.

Ook bevelen we aan dat huisartsen erop worden geattendeerd dat deze verschillen in voorschrijfgedrag bestaan met als doel dat zij er aandacht aan gaan besteden om deze verschillen te verminderen.

### Aanbevelingen aan de zorgverzekeraars

- ▶ Besteed gericht aandacht aan het beheersen van het volume van de laatste jaren geïntroduceerde antidiabetica.
- ▶ Besteed gericht aandacht aan het verbeteren van het voorschrijven in regio's waarin nog veel ruimte voor verbetering op de kwaliteits- en voorkeursindicatoren is.
- ▶ Besteed gericht aandacht aan het terugdringen van de spreiding in het voorschrijfvolume van geneesmiddelen.

### Aanbevelingen voor huisartsenorganisaties: NHG

- ▶ Het verdient aanbeveling om meer aandacht te besteden aan het opnemen van voorkeursmiddelen in de NHG-standaarden.

## 2 Scores op de indicatoren

### 2.1 Samenvatting

In 2013 is de spreiding van de scores van de huisartsen op 10 van de 22 indicatoren uit de Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen meer dan 50 procentpunt. Hieronder zijn veel indicatoren waarbij de voorkeur met name is gebaseerd op de kosten van de middelen. In de eerste lijn is nog veel doelmatigheidswinst te halen rond het voorschrijven van geneesmiddelen.

De kwaliteits- en voorkeursindicatoren waarvan in 2013 de scores het meeste zijn verbeterd, zijn de indicatoren Voorkeursmiddelen ATII-antagonisten (4 procentpunt) en Dosering simvastatine, nieuwe gebruikers (3 procentpunt). De indicator waarvan de score het meest is gedaald, is de indicator Voorkeursmiddelen bisfosfonaten (4 procentpunt).

Met betrekking tot de volume-indicatoren valt op dat de spreiding op de vier volume-indicatoren groot is.

### 2.2 Scores op de indicatoren in 2013

Tabel 2.1 geeft een overzicht van de scores op de kwaliteits- en voorkeursindicatoren uit de Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen. De volume-indicatoren worden apart in deze paragraaf behandeld (zie tabel 2.3). De cijfers hebben betrekking op het gehele jaar 2013. De definities van de indicatoren staan in hoofdstuk 6. Voor Methode zie hoofdstuk 7.

De indicatoren zijn positief geformuleerd. Dat betekent dat hoe hoger de score, des te beter huisartsen zich conformeren aan het medicamenteus beleid in de NHG-standaard en/of Farmacotherapeutisch Kompas. De indicator Reservemiddelen en tweede keus antibiotica vormt hierop een uitzondering. Hoe lager de score op deze indicator des te beter volgen de huisartsen het voorkeursbeleid.

Voor de meeste indicatoren geldt dat een score van 100 procent (of 0 procent voor Reservemiddelen en tweede keus antibiotica) niet haalbaar en niet wenselijk is. Bij (vrijwel) alle indicatoren bestaan gegronde redenen om soms af te wijken van de richtlijnen. Daarom staan in de tabel alleen de landelijk gemiddelden, de mediaan en de spreiding, en geen streefwaarden. Het gemiddelde is het gewogen gemiddelde van de scores van alle huisartsen. De mediaan<sup>1</sup> is de score waaronder de helft van de huisartsen scoort. De spreiding is de bandbreedte tussen de 10-percentielscore en de 90-percentielscore. De 10-percentielscore is de score waaronder tien procent van de huisartsen zit (de laagst scorende huisartsen) en de 90-percentielscore is de score waarboven tien procent van de huisartsen zit (de hoogst scorende huisartsen). Een grote spreiding betekent dat er grote verschillen zijn tussen huisartsen qua voorschrijfgedrag, een kleine spreiding duidt op kleine verschillen tussen huisartsen.

<sup>1</sup> De mediaan is minder gevoelig voor uitbijters dan het gemiddelde. Als het gemiddelde onder de mediaan ligt, zijn er slecht scorende huisartsen die het gemiddelde omlaag trekken. Als het gemiddelde boven de mediaan ligt zijn er goed scorende artsen die het gemiddelde omhoog trekken.

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

Tabel 1 behandelt het overzicht van de scores op de kwaliteits- en voorkeurs-indicatoren in 2013. De tabel is in drie groepen ingedeeld: Weinig ruimte voor verbetering, Ruimte voor verbetering en Veel ruimte voor verbetering. Op vier indicatoren is de spreiding van de scores en dus ook de ruimte voor verbetering klein. Huisartsen schrijven op min of meer vergelijkbare wijze voor. Het gaat hierbij vooral om indicatoren waarbij de richtlijnen voor huisartsen een duidelijke voorkeur uitspreken voor een bepaald geneesmiddel. Om een voorbeeld te geven: 93 procent van de nieuwe gebruikers van protonpompremmers start met omeprazol of pantoprazol (spreiding 15 procentpunt). De NHG-standaard Maagklachten (2013) spreekt voor een van de indicaties voor deze middelen een duidelijke voorkeur uit voor omeprazol.

Bij acht indicatoren is er ruimte voor verbetering, gezien de spreiding van de scores.

Bij tien indicatoren liggen de scores van de huisartsen relatief ver uiteen en is er veel ruimte voor verbetering. Hieronder komt een aantal indicatoren voor waarbij de NHG-standaarden geen voorkeur uitspreken binnen een bepaalde geneesmiddelgroep. Artsen kunnen dan kiezen voor een meer of minder doelmatig middel. Bij de kosten van een geneesmiddel is vooral het al dan niet beschikbaar zijn van generieke varianten bepalend. Huisartsen blijken in wisselende mate te kiezen voor producten die als generiek product beschikbaar zijn. Voorbeelden van indicatoren die deze keuze inzichtelijk maken zijn: Voorkeursmiddelen ATII-antagonisten (gemiddelde score 85 procent, spreiding 50-100 procent) en Voorkeursmiddelen ACE-remmers (gemiddelde score 77 procent, spreiding 6-69 procent). Uit deze cijfers blijkt dat een deel van de huisartsen altijd kiest voor een middel dat generiek beschikbaar is, terwijl andere huisartsen hiervoor veel minder vaak kiezen.

De in 2013 geïntroduceerde indicator Terughoudend voorschrijven van nieuwe diabetesmiddelen valt ook in de categorie veel ruimte voor verbetering. De NHG-standaard Diabetes mellitus type 2 (2013) ziet voor deze middelen een zeer beperkte plaats. Dit advies komt overeen met eerdere standpunten van het NHG.

Ook de nieuwe indicator Voorkeursmiddel- en -dosering statines valt in de categorie veel ruimte voor verbetering. Dit kan een aanwijzing zijn voor gering draagvlak voor bepaalde aanbevelingen uit de richtlijnen. De NHG-standaard Cardiovasculair Risicomanagement (2012) adviseert wanneer cholesterolverlaging gewenst is, te starten met de cholesterolverlager simvastatine in een dosering van 40 mg. In 2013 startte 56 procent van de nieuwe gebruikers van simvastatine met deze aanbevolen dosering. Tussen de huisartsen waren grote verschillen in spreiding zichtbaar: boven de 90<sup>e</sup> percentiel van de huisartsen startte meer dan 84 procent van de gebruikers met simvastatine 40 mg, beneden de 10<sup>e</sup> percentiel van de huisartsen minder dan 20 procent van de gebruikers.

Tabel 2.1 Overzicht scores kwaliteits- en voorkeursindicatoren 2013\*

Verbetering	Indicator	Gemiddelde	Mediaan	Spreiding**
Weinig ruimte voor verbetering	Reservemiddelen en 2 <sup>e</sup> keus antibiotica***	17%	16%	10-25%
	Voorkeursmiddelen protonpompremmers****	93%	95%	85-100%
	Behandeling HVZ-patiënten met statines	71%	71%	63-79%
	Behandeling diabetespatiënten met metformine****	95%	100%	83-100%
Ruimte voor verbetering	Overbehandeling triptanen	75%	80%	65-86%
	Behandeling astmapatiënten met inhalatiecorticosteroiden	78%	79%	67-89%
	Behandeling diabetespatiënten met statines	73%	74%	62-84%
	Voorkeursmiddelen NSAID's****	88%	93%	70-99%
	Behandeling NSAID-gebruikers met maagmiddelen	77%	78%	62-91%
	Voorkeursmiddelen statines****	81%	83%	64-95%
	Behandeling opiaatgebruikers met laxantia	49%	48%	33-64%
	Therapietrouw antidepressiva	72%	73%	52-91%
Veel ruimte voor verbetering	Voorkeursmiddelen ATII-antagonisten****	85%	94%	50-100%
	Terughoudend voorschrijven nieuwe diabetesmiddelen*****	77%	82%	43-100%
	Voorkeursmiddelen triptanen****	37%	33%	6-69%
	Voorkeursmiddel en -dosering statines***	56%	61%	20-84%
	Voorkeursmiddelen antidepressiva****	57%	59%	22-88%
	Dosering simvastatine****	69%	76%	29-97%
	Voorkeursmiddelen RAS-remmers****	72%	82%	29-100%
	Dosering rosuvastatine en atorvastatine****	66%	70%	27-100%
	Voorkeursmiddelen ACE-remmers****	77%	90%	22-100%
	Voorkeursmiddelen bisfosfonaten****	73%	86%	20-100%

\* Definities van de indicatoren staan in hoofdstuk 6.

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

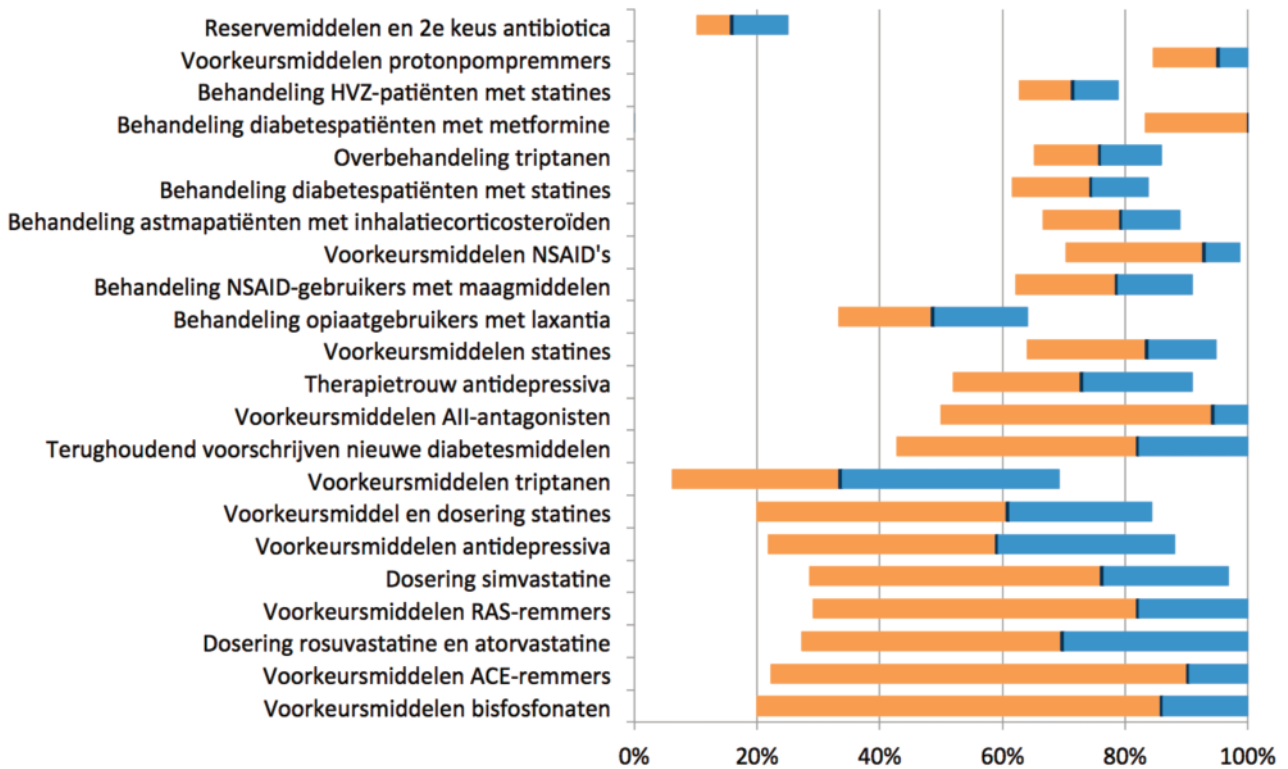
\*\*\* Bij deze indicator geldt: hoe lager de score, hoe minder reservemiddelen en tweede keus antibiotica worden voorgeschreven.

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

\*\*\*\*\* Bij deze indicator geldt: hoe hoger de score, hoe minder nieuwe diabetesmiddelen worden voorgeschreven.

In figuur 2.1 staan de mediaan en spreiding grafisch weergegeven. De volgorde van de indicatoren is dezelfde als in tabel 2.1. Een lange balk duidt op een grote spreiding. De mediaan is weergegeven als streep in de balk. Wanneer de mediaan dicht bij het rechter uiteinde van de balk ligt geeft dit aan dat de spreiding zich met name onder de mediaan bevindt: met andere woorden er zijn huisartsen met zeer lage scores, maar de grote groep scoort redelijk tot hoog. Bij indicatoren die dit beeld laten zien, is het zinvol om gerichte interventies in te zetten op betrokken huisartsen.

**Figuur 2.1 Mediaan en spreiding voor de kwaliteits- en voorkeursindicatoren**



### 2.3 Vergelijking van de scores op de indicatoren in 2013 met die van 2012

Ten opzichte van 2012 zijn de scores op 10 indicatoren gestegen, op 7 indicatoren gelijk gebleven en op 3 indicatoren gedaald. De meeste verschillen ten opzichte van 2012 zijn klein: 1 of 2 procentpunt.

In tabel 2.2 staan de grootste stijgers en dalers weergegeven. Alleen indicatoren met een afwijking van 3 procentpunt of meer zijn weergegeven.

Huisartsen kiezen in 2013 duidelijk vaker voor generiek losartan of valsartan en de combinaties daarvan. De indicator dosering simvastatine stijgt in 2013 opnieuw met 3 procentpunt, na een stijging in 2012 van 6 procentpunt. Deze aanbeveling uit de NHG-standaard Cardiovasculair Risicomanagement (2012) wordt dus steeds vaker nageleefd.

De indicator Voorkeursmiddelen bisfosfonaten is de grootste daler. De score op deze indicator daalt al jaren, van 81 procent in 2010 naar 73 procent in 2013. Huisartsen schrijven bij nieuwe gebruikers steeds minder vaak een van beide voorkeursmiddelen voor. Cijfers van de GIP-databank<sup>2</sup> laten zien dat het aantal gebruikers van met name het combinatiepreparaat alendroninezuur met calcium en vitamine D de laatste jaren sterk toeneemt. De NHG-standaard Fractuurpreventie (2012) zegt echter niets over de plaats van dergelijke combinatiepreparaten.

**Tabel 2.2 Grootste veranderingen ten opzichte van 2012 (verschil gemiddelde scores ten opzichte van scores in het rapport 2012)**

		Score 2012	Score 2013
<b>Stijgers</b>	Voorkeursmiddelen ATII-antagonisten*	60%	64% **
	Dosering simvastatine*	66%	69%
<b>Dalers</b>	Voorkeursmiddelen bisfosfonaten*	77%	73%

\* Van de indicatoren in deze tabel bestaan twee versies. Een versie die kijkt naar nieuwe gebruikers en een versie die kijkt naar alle gebruikers. De gegevens in deze tabel hebben betrekking op de nieuwe gebruikers.

\*\* Van deze indicator is de definitie veranderd. In de tabel is de score volgens de oude definitie weergegeven, zodat de scores over 2012 en 2013 op dezelfde wijze zijn bepaald. De oude definitie ging uit van generiek losartan of valsartan of de combinaties daarvan. De huidige definitie gaat uit van alle generieke versies van ATII-antagonisten.

Inmiddels is in 2013 is de definitie van deze indicator veranderd, omdat in 2012 van een aantal andere ATII-antagonisten generieke varianten op de markt zijn gekomen. De voorkeur gaat nu uit naar alle generieke versies van ATII-antagonisten. In 2013 kozen huisartsen bij 85 procent van de nieuwe gebruikers voor een generiek middel. Aangezien de kosten voor de generieke versies van ATII-antagonisten beduidend lager zijn dan voor specialités (enkele euro's per 3 maanden versus enkele tientjes per 3 maanden<sup>3</sup>), kan het terugdringen van de spreiding (50-100%) op deze indicator leiden tot een kostenbesparing.

<sup>2</sup> Bron: [www.gipdatabank.nl](http://www.gipdatabank.nl), geraadpleegd op 1 augustus 2014.

<sup>3</sup> Bron: [www.medicijnkosten.nl](http://www.medicijnkosten.nl), geraadpleegd op 31 juli 2014.



## 2.4 Scores op de volume-indicatoren in 2013

Tabel 2.2 geeft een overzicht van de scores op de volume-indicatoren uit de Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen. De definities van de indicatoren staan in hoofdstuk 6.

Volume-indicatoren meten het aantal gebruikers van een geneesmiddelgroep ten opzichte van de totale patiëntenpopulatie van de huisartsenpraktijk. Hierbij wordt gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht. Hiernaast kunnen mogelijk andere factoren het voorschrijfvolume van de huisarts beïnvloeden, zoals opleidingsniveau en SES van de populatie. Hiervoor wordt niet gecorrigeerd.

Bij volume-indicatoren geldt nog meer dan bij andere indicatoren dat streefwaarden niet te bepalen zijn. Zeer hoge of zeer lage scores kunnen wijzen op respectievelijk over- en onderbehandeling. Daarom staan alleen gemiddelde, mediaan en spreiding weergegeven.

Tabel 2.3 geeft de scores op de volume-indicatoren in 2013 weer.

<b>Indicator</b>	<b>Gemiddelde</b>	<b>Mediaan</b>	<b>Absolute spreiding**</b>	<b>Relatieve spreiding***</b>
Volume antibiotica	17,5%	16,8%	12,4 - 23,6%	71 - 135%
Volume langdurig gebruik protonpompremmers	2,46%	2,33%	1,28 - 3,78%	52 - 154%
Volume langdurige gebruikers antidepressiva	2,09%	2,00%	1,18 - 3,13%	56 - 150%
Volume starters antidepressiva	0,16%	0,13%	0,04 - 0,31%	25 - 193%

\* Definities van de indicatoren staan in hoofdstuk 6.

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

\*\*\* De relatieve spreiding is de afstand tussen de 10-percentielscore en de 90-percentiele score gerelateerd aan de gemiddelde score.

De spreiding bij alle volume indicatoren is aanzienlijk. Met name de relatieve spreiding bij de indicator Volume starters antidepressiva valt op. Er bestaat een factor zes verschil tussen de minst en de meest voorschrijvende huisartsen. Bij geneesmiddelen die veel worden voorgeschreven is er dus sprake van grote verschillen in voorschrijfgeneigdheid tussen huisartsen.

# 3 Invloed van praktijksamenstelling op indicatorscores

## 3.1 Samenvatting

Het blijkt dat bij 6 kwaliteits- en voorkeursindicatoren de scores voor de huisartsen met veel lage SES patiënten in hun praktijk hoger zijn (1 tot 2 procent). Voor 5 indicatoren zijn de scores ongeveer gelijk. Bij 3 indicatoren scoren de huisartsen met veel patiënten met een hoge SES in hun praktijk licht hoger (1 tot 2 procent). Bij 8 indicatoren scoren de huisartsen met veel patiënten met een hoge SES in hun praktijk duidelijk hoger (3 procent of meer). Vier van de 8 indicatoren betreffen indicatoren die het voorschrijven van voorkeursmiddelen meten. Op alle 4 volume indicatoren scoren de huisartsen met veel lage SES patiënten in hun praktijk hoger.

Bij 7 indicatoren scoren de huisartsen met veel patiënten van 80 jaar of ouder in hun praktijk beter dan de huisartsen met weinig patiënten van 80 jaar of ouder (waarbij 2 indicatoren meer dan 3 procent), bij 2 indicatoren scoren beide typen huisartsen gelijk, bij 6 indicatoren scoren de huisartsen met weinig patiënten in hun praktijk 1 tot 2 procent hoger en bij 7 indicatoren scoren de huisartsen met weinig patiënten van 80 of ouder 3 procent of meer hoger. Bij deze laatste 7 indicatoren bevinden zich 5 voorkeursindicatoren. Van de 3 indicatoren waarin bij de berekening van de scores patiënten van 80 jaar en ouder niet worden meegenomen, scoren huisartsen met veel patiënten van 80 jaar en ouder in hun praktijk op 2 indicatoren 2 procent lager en op 1 indicator 1 procent hoger.

Voor de volume-indicatoren, met uitzondering van Volume starters antidepressiva, geldt dat, terwijl nota bene is gestandaardiseerd voor leeftijd, het volume hoger is bij huisartsen met veel tachtigers in hun praktijk.

## 3.2 Invloed sociaal-economische status op indicatorscores

Opmerkingen uit de praktijk die ons geregeld bereiken zijn dat patiënten met een hoge sociaal-economische status eerder een specialité willen krijgen voorgeschreven. Patiënten met een lagere economische status zouden moeilijker te motiveren zijn om preventieve middelen te gebruiken, minder therapietrouw zijn en meer maagmiddelen gebruiken. Reden voor ons om dit jaar te onderzoeken in hoeverre de sociaal-economische status (SES) van de patiënten van de huisarts van invloed is op de scores per indicator van de huisarts. Om dit na te gaan zijn huisartsen met meer dan 75 procent patiënten met een lage SES in hun praktijk vergeleken met huisartsen met meer dan 75 procent patiënten met een hoge SES. De indicatoren zijn berekend op de gehele patiëntenpopulatie van betrokken artsen.

In tabel 3.1 staan de gemiddelde scores en verschillen per indicator weergegeven voor beide groepen. De indicatoren zijn gerangschikt naar grootte van de verschillen tussen beide groepen huisartsen. Bovenaan staan de indicatoren waarbij de scores bij huisartsen met veel patiënten met een lage SES hoger scoren dan huisartsen met veel patiënten met een hoge SES.

Het blijkt dat bij 6 indicatoren de scores voor de huisartsen met veel patiënten met een lage SES in hun praktijk hoger zijn (1 tot 2 procent). Voor 5 indicatoren zijn de scores ongeveer gelijk. Bij 3 indicatoren scoren de huisartsen met veel patiënten met een hoge SES in hun praktijk licht hoger (1 tot 2 procent). Bij 8 indicatoren scoren de huisartsen met veel patiënten met een hoge SES in hun praktijk duidelijk hoger (3 procent of meer). Vier van de 8 indicatoren betreffen indicatoren die het voorschrijven van voorkeursmiddelen meten.

Tabel 3.1 Overzicht gemiddelde scores indicatoren 2013 naar SES van patiëntenpopulatie*			
Indicator	Hoge SES	Lage SES	Vershil
Behandeling NSAID-gebruikers met maagmiddelen	76%	78%	2%
Behandeling HVZ-patiënten met statines	71%	72%	2%
Voorkeursmiddelen statines**	81%	82%	1%
Overbehandeling triptanen	76%	76%	1%
Behandeling opiaatgebruikers met laxantia	48%	49%	1%
Voorkeursmiddelen triptanen**	37%	38%	1%
Behandeling diabetespatiënten met statines	73%	73%	0%
Behandeling diabetespatiënten met metformine**	95%	95%	0%
Voorkeursmiddelen protonpompremmers**	93%	93%	0%
Dosering rosuvastatine en atorvastatine**	67%	67%	0%
Reservemiddelen en 2 <sup>e</sup> keus antibiotica***	16%	17%	0%
Voorkeursmiddel en -dosering statines**	59%	57%	2%
Voorkeursmiddelen RAS-remmers**	74%	72%	2%
Voorkeursmiddelen ACE-remmers**	79%	77%	2%
Behandeling astmapatiënten met inhalatiecorticosteroiden	79%	76%	3%
Dosering simvastatine**	72%	69%	3%
Voorkeursmiddelen NSAID's**	90%	86%	3%
Terughoudend voorschrijven nieuwe diabetesmiddelen****	77%	74%	3%
Voorkeursmiddelen ATII-antagonisten**	86%	83%	3%
Voorkeursmiddelen bisfosfonaten**	75%	69%	6%
Voorkeursmiddelen antidepressiva**	59%	52%	7%
Therapietrouw antidepressiva	75%	66%	9%

\* Definities van de indicatoren staan in hoofdstuk 6.

\*\* Bij deze tabel betreft het altijd 'nieuwe gebruikers'.

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

\*\*\*\* Bij deze indicator geldt: hoe hoger de score, hoe minder nieuwe diabetesmiddelen worden voorgeschreven.

Met betrekking tot de redenen waarom we dit jaar naar het effect van SES hebben gekeken blijkt het volgende.

Huisartsen met veel patiënten met een hoge SES blijken juist meer voorkeursmiddelen voor te schrijven. Patiënten met een lage SES blijken wel degelijk te motiveren zijn om preventieve medicatie te gebruiken, zoals statines bij hart- en vaatziekten en diabetes mellitus of maagbescherming bij NSAID-gebruik. Althans de huisartsen met veel patiënten met een lage SES scoren in vergelijking met huisartsen met veel patiënten met een hoge SES niet wezenlijk anders (2 procent verschil of minder) op de indicatoren die deze aspecten van het voorschrijven in beeld brengen. Alleen bij de indicator Behandeling astmapatiënten met inhalatiecorticosteroiden is er een groter verschil. Huisartsen met veel patiënten met een lagere SES scoren op deze indicator 3 procentpunt lager. Patiënten van huisartsen met veel patiënten met een lagere SES in hun praktijk zijn inderdaad minder therapietrouw bij antidepressiva.

In tabel 3.2 zijn de scores voor de volume-indicatoren opgenomen voor beide groepen huisartsen. Voor alle volume-indicatoren geldt dat het volume hoger is bij huisartsen met veel patiënten met een lage SES in hun praktijk. Het is bekend dat huisartsen met veel patiënten met een lage SES gemiddeld genomen vaker antibiotica voorschrijven.<sup>4</sup> Ook starten patiënten van deze huisartsen vaker met antidepressiva en zijn er meer langdurige gebruikers van antidepressiva. Het is bekend dat depressieve klachten vaker voorkomen bij mensen met een laag inkomen dan bij mensen met een hoog inkomen.<sup>5</sup>

Tabel 3.2 Overzicht gemiddelde scores indicatoren 2013 naar SES van patiëntenpopulatie*			
Indicator	Hoge SES	Lage SES	Vershil
Volume antibiotica	17,00%	19,00%	2,00%
Volume langdurig gebruik protonpompremmers	2,20%	2,90%	0,70%
Volume langdurige gebruikers antidepressiva	2,00%	2,10%	0,10%
Volume starters antidepressiva	0,15%	0,19%	0,04%

\* Definities van de indicatoren staan in hoofdstuk 6.

<sup>4</sup> Kozyrskyj AL, Dahl ME, Chateau DG, Mazowita GB, Klassen TP, Law BJ. Evidence-based prescribing of antibiotics for children: role of socioeconomic status and physician characteristics. CMAJ. 2004 jul 20;171(2):139-45.

<sup>5</sup> Thrane N, Olesen C, Schönheyder HC, Sørensen HT. Socioeconomic factors and prescription of antibiotics in 0- to 2-year-old Danish children. J Antimicrob Chemother. 2003 mrt;51(3):683-9.

### 3.3 Invloed leeftijdsopbouw van de praktijkpopulatie op indicatorscores

Naast de invloed van SES is ook onderzocht in hoeverre de leeftijdsopbouw van de ingeschreven patiënten van invloed is op de score per indicator. De reden dat we dit onderzocht hebben is dat huisartsen met veel ouderen in hun praktijk hebben aangegeven lager te scoren op de indicator Dosering simvastatine. De reden daarvoor is dat ze aan ouderen vanwege de grotere kans op bijwerkingen een lagere dosering simvastatine voorschrijven dan de in de NHG-standaard Cardiovasculair risicomangement (2012) geadviseerde dosering van 40 mg.

Huisartsen met meer dan 7 procent patiënten van 80 jaar of ouder zijn vergeleken met huisartsen met minder dan 1 procent patiënten van 80 jaar of ouder. De data zijn berekend op de gehele patiëntenpopulatie van betrokken artsen.

In tabel 3.3 staan de gemiddelde scores per indicator weergegeven voor de groepen huisartsen met veel of weinig patiënten van 80 jaar of ouder, evenals het verschil tussen beide groepen. De indicatoren zijn gerangschikt naar grootte van de verschillen tussen beide groepen huisartsen. Bovenaan staan de indicatoren waarbij de scores bij huisartsen met veel oudere patiënten hoger scoren dan huisartsen met weinig ouderen.

Bij 7 indicatoren scoren de huisartsen met veel patiënten van 80 jaar of ouder in hun praktijk beter dan de huisartsen met weinig patiënten van 80 jaar of ouder (waarbij 2 indicatoren meer dan 3 procent), bij 2 indicatoren scoren beide typen huisartsen gelijk, bij 6 indicatoren scoren de huisartsen met weinig patiënten in hun praktijk 1 tot 2 procent hoger en bij 7 indicatoren scoren de huisartsen met weinig patiënten van 80 of ouder 3 procent of meer hoger. Bij deze laatste 7 indicatoren bevinden zich 5 voorkeursindicatoren.

Opvallend is dat bij de 3 indicatoren, die berekend worden op patiëntenpopulaties waarin patiënten van 80 jaar en ouder niet worden meegenomen, huisartsen met veel patiënten van 80 jaar en ouder anders scoren dan huisartsen met weinig patiënten van 80 jaar en ouder. Bij 2 van deze indicatoren scoren de huisartsen met veel patiënten van 80 jaar en ouder 2 procent lager en bij 1 indicator scoren deze huisartsen 1 procent hoger. Het betreft de indicatoren Behandeling astmapatiënten met inhalatiecorticosteroiden en Behandeling HVZ-patiënten met statines en Behandeling diabetespatiënten met statines.

**Tabel 3.3** Overzicht gemiddelde scores indicatoren 2013 naar aandeel patiënten van 80 jaar of ouder\*

Indicator	Veel 80+	Weinig 80+	Vershil
Behandeling opiaatgebruikers met laxantia	51%	44%	6%
Voorkeursmiddelen ATII-antagonisten**	86%	81%	5%
Therapietrouw antidepressiva	71%	69%	1%
Voorkeursmiddelen protonpompremmers**	93%	92%	1%
Behandeling diabetespatiënten met statines	73%	72%	1%
Behandeling NSAID-gebruikers met maagmiddelen	77%	76%	1%
Voorkeursmiddelen bisfosfonaten**	76%	75%	1%
Terughoudend voorschrijven nieuwe diabetesmiddelen****	75%	75%	0%
Dosering simvastatine**	68%	68%	0%
Behandeling diabetespatiënten met metformine**	94%	95%	1%
Voorkeursmiddel en -dosering statines**	55%	56%	1%
Behandeling astmapatiënten met inhalatiecorticosteroïden	77%	79%	1%
Voorkeursmiddelen statines**	80%	82%	2%
Behandeling HVZ-patiënten met statines	71%	73%	2%
Overbehandeling triptanen	75%	77%	2%
Reservemiddelen en 2 <sup>e</sup> keus antibiotica***	18%	16%	3%
Voorkeursmiddelen NSAID's**	87%	89%	3%
Voorkeursmiddelen antidepressiva**	56%	59%	4%
Voorkeursmiddelen triptanen**	35%	39%	4%
Voorkeursmiddelen RAS-remmers**	70%	76%	6%
Dosering rosuvastatine en atorvastatine**	63%	70%	7%
Voorkeursmiddelen ACE-remmers**	74%	83%	9%

\* Definities van de indicatoren staan in hoofdstuk 6.

\*\* Bij de indicatoren in deze tabel betreft het altijd 'nieuwe gebruikers'.

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

\*\*\*\* Bij deze indicator geldt: hoe hoger de score, hoe minder nieuwe diabetesmiddelen worden voorgeschreven.



Met betrekking tot de reden waarom we dit jaar gekeken hebben naar patiënten van 80 jaar en ouder het volgende.

Het blijkt dat huisartsen met veel oudere patiënten in de praktijk niet minder vaak starten met simvastatine in een dosering van 40 mg. Wel starten ze vaker met lage doseringen atorvastatine en rosuvastatine. De lage doseringen atorvastatine en rosuvastatine zijn niet rationeel, omdat hun effect op de verlaging van het LDL-cholesterol niet beter is dan dat van het voorkeursmiddel simvastatine in een dosering van 40 mg.

In tabel 3.4 zijn de scores voor de volume-indicatoren opgenomen voor beide groepen huisartsen. Voor de volume-indicatoren, met uitzondering van Volume starters antidepressiva, geldt dat, terwijl de volume-indicatoren nota bene gestandaardiseerd zijn voor leeftijd, het volume hoger is bij huisartsen met veel tachtigers in hun praktijk.

<b>Indicator</b>	<b>Veel 80+</b>	<b>Weinig 80+</b>	<b>Vershil</b>
Volume antibiotica	18,00%	16,00%	2,00%
Volume langdurig gebruik protonpompremmers	2,50%	2,30%	0,10%
Volume langdurige gebruikers antidepressiva	2,10%	1,80%	0,30%
Volume starters antidepressiva	0,17%	0,18%	0,01%

\* Definities van de indicatoren staan in hoofdstuk 6.

## 4 Regionale verschillen

### 4.1 Samenvatting

Tussen regio's bestaan grote verschillen in de scores op de kwaliteits- en voorkeursindicatoren. Indicatoren uit de categorie 'veel ruimte voor verbetering' (zie hoofdstuk 2) laten een grote regionale spreiding zien. Ook tussen de scores op de volume-indicatoren bestaan grote verschillen.

### 4.2 Interpretatie van de scores op de kwaliteits- en voorkeursindicatoren

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

Indicator	Regionale spreiding**	Verskil laagst en hoogst scorende regio	Gemiddeld
Voorkeursmiddelen ACE-remmers***	27 - 96%	69%	77%
Voorkeursmiddelen bisfosfonaten***	37 - 100%	63%	73%
Dosering simvastatine***	36 - 87%	51%	69%
Voorkeursmiddel en dosering statines***	23 - 73%	50%	56%
Voorkeursmiddelen antidepressiva***	34 - 74%	40%	57%
Dosering rosuvastatine en atorvastatine***	46 - 83%	38%	66%
Voorkeursmiddelen RAS-remmers***	49 - 86%	37%	72%
Voorkeursmiddelen triptanen***	19 - 55%	36%	37%
Terughoudend voorschrijven nieuwe diabetesmiddelen****	60 - 95%	35%	77%
Behandeling NSAID-gebruikers met maagmiddelen	54 - 87%	33%	77%
Behandeling opiaat gebruikers met laxantia	31 - 58%	27%	49%
Voorkeursmiddelen ATII-antagonisten***	70 - 95%	25%	85%
Behandeling diabetespatiënten met statines	55 - 80%	24%	73%
Voorkeursmiddelen statines***	64 - 88%	24%	81%
Therapietrouw antidepressiva	62 - 84%	22%	72%
Voorkeursmiddelen NSAID's***	79 - 97%	19%	88%
Behandeling HVZ-patiënten met statines	60 - 76%	16%	71%
Behandeling astmapatiënten met inhalatiecorticosteroiden	70 - 84%	14%	78%
Reservemiddelen en 2 <sup>e</sup> keus antibiotica*****	13 - 26%	14%	17%
Voorkeursmiddelen protonpompremmers***	85 - 98%	14%	93%
Behandeling diabetespatiënten met metformine***	85 - 98%	13%	95%
Overbehandeling triptanen	69 - 81%	12%	75%

\* Definities van de indicatoren staan in hoofdstuk 6.

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

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

\*\*\*\* Bij deze indicator geldt: hoe hoger de score, hoe minder nieuwe diabetesmiddelen worden voorgeschreven.

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

De grootste regionale verschillen vinden we bij de indicatoren Voorkeursmiddelen ACE-remmers (69 procentpunt verschil tussen de hoogst en de laagst scorende regio) en Voorkeursmiddelen bisfosfonaten (63 procentpunt verschil).

Indicatoren met veel ruimte voor verbetering laten een grote regionale spreiding zien. Dat betekent dat de verbetering vooral in een aantal regio's kan worden behaald. Per indicator kan het andere regio's betreffen.

In vergelijking met vorig jaar is de regionale spreiding ongeveer gelijk gebleven. De grootste toename van de regionale spreiding is bij de indicator Voorkeursmiddelen bisfosfonaten (van 35 naar 63 procentpunt).

#### **4.3 Clusterscores van kwaliteits- en voorkeursindicatoren**

Naast het berekenen van scores op individuele indicatoren zijn voor elk postcodegebied de clusterscores berekend. De scores per cluster (ten opzichte van de gemiddelde score) zijn weergegeven in de landkaarten in dit hoofdstuk. De clusterindeling staat toegelicht in hoofdstuk 6.2. In bijlage 2 staan de rangnummers voor de verschillende postcodegebieden voor het totaal van de indicatoren en de verschillende clusters. Bijlage 3 bevat een overzicht van de postcodegebieden.

De volgende postcodegebieden scoren, gemeten over alle indicatoren met uitzondering van de volume-indicatoren<sup>6</sup>, in 2013 het hoogst: 98 (Aduard<sup>7</sup>), 80 (Zwolle), 67 (Wageningen), 35 (Utrecht) en 81 (Raalte, Epe). Aduard lost de regio Zwolle af als best scorende regio. Nieuw in de top vijf zijn Wageningen en Utrecht. De laagst scorende gebieden zijn 63 (Heerlen), 62 (Maastricht), 45 (Zeeuws-Vlaanderen), 25 ('s Gravenhage) en 46 (Bergen op Zoom). Regio 25, 62 en 63 behoorden ook in 2012 tot de vijf laagst scorende regio's. Nader onderzoek naar de oorzaken van de lage scores in deze gebieden en/of beleid gericht op deze regio's is aangewezen.

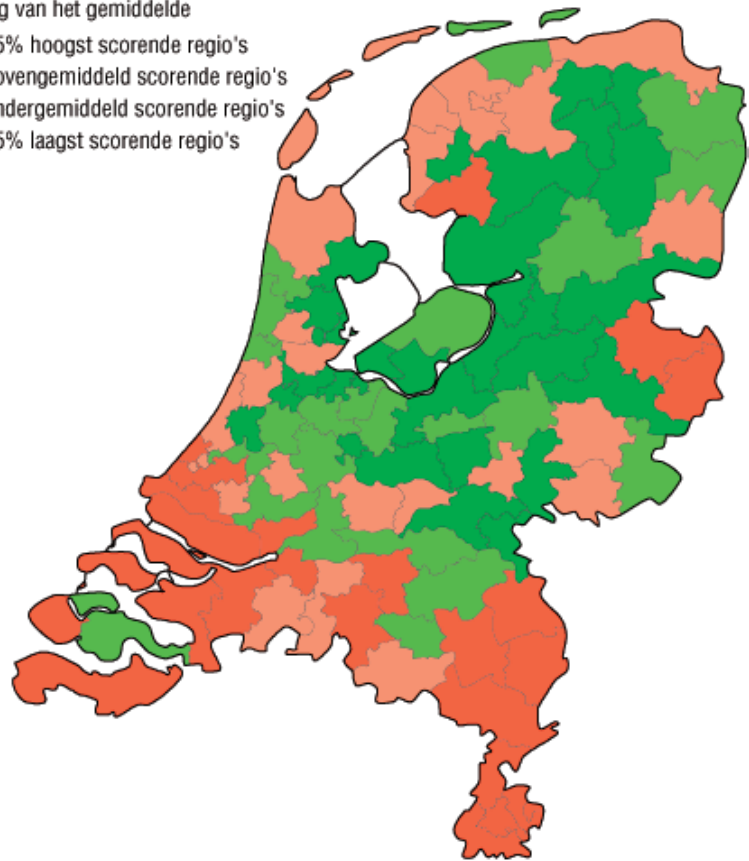
<sup>6</sup> De wijze van berekenen van de volume-indicatoren verschilt sterk van de andere indicatoren. Daarom worden de volume-indicatoren niet meegenomen in de clusters.

<sup>7</sup> In Groningen.

Afbeelding 4.1 Cluster therapiekeuze

Afwijking van het gemiddelde

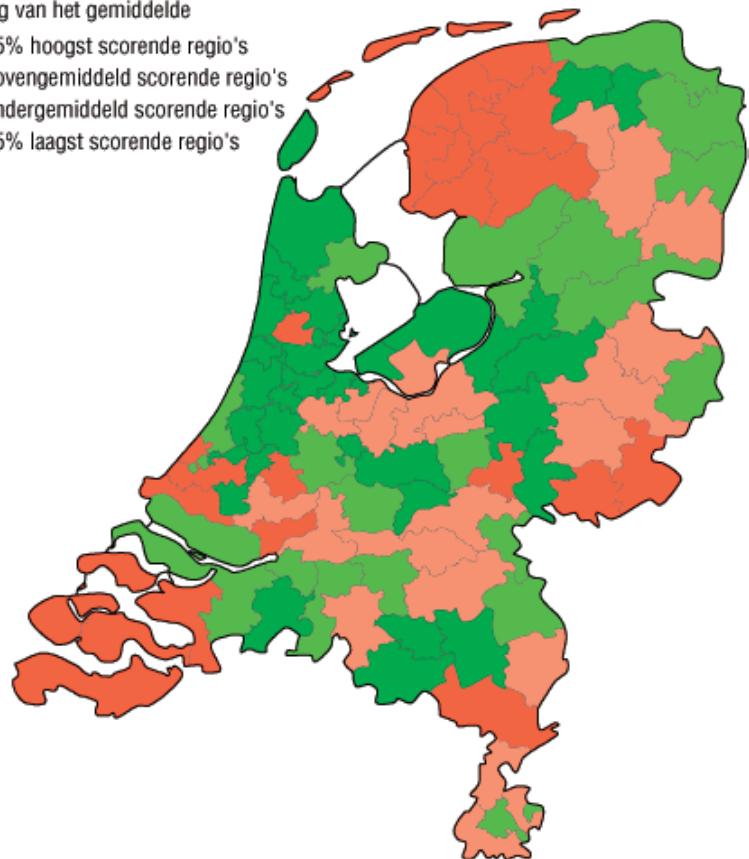
- 25% hoogst scorende regio's
- bovengemiddeld scorende regio's
- ondergemiddeld scorende regio's
- 25% laagst scorende regio's



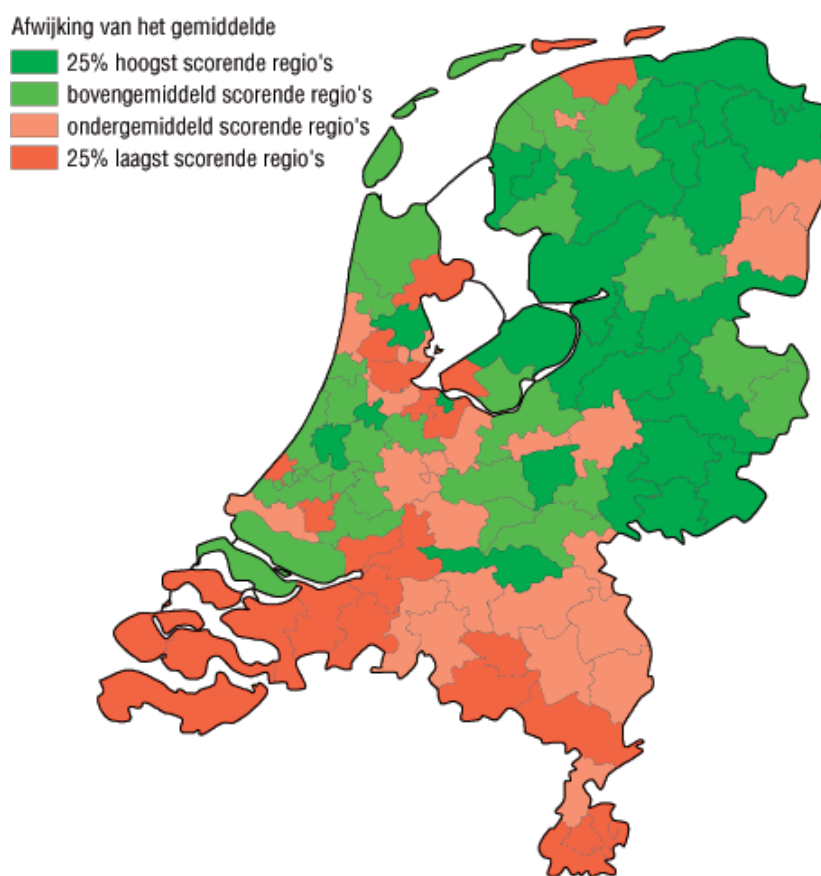
Afbeelding 4.2 Cluster CVRM en diabetes mellitus

Afwijking van het gemiddelde

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



### Afbeelding 4.3 Cluster patiëntenzorg



#### 4.4 Volume-indicatoren per regio

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

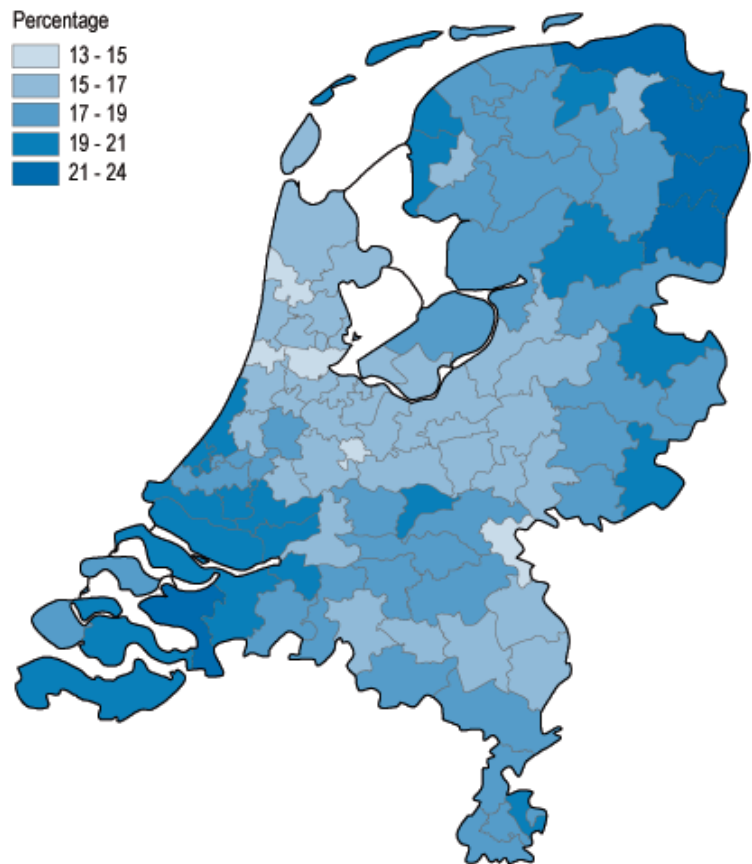
Tabel 4.2 Overzicht regionale verschillen volume-indicatoren 2013\*

Indicator	Regionale spreiding	Vershil laagst en hoogst scorende regio	Gemiddeld
Volume antibiotica	13,00 - 23,00%	10,00%	18,00%
Volume langdurig gebruik protonpompremmers	1,80 - 4,00%	2,20%	2,50%
Volume langdurige gebruikers antidepressiva	1,50 - 3,30%	1,80%	2,10%
Volume starters antidepressiva	0,07 - 0,25%	0,18%	0,16%

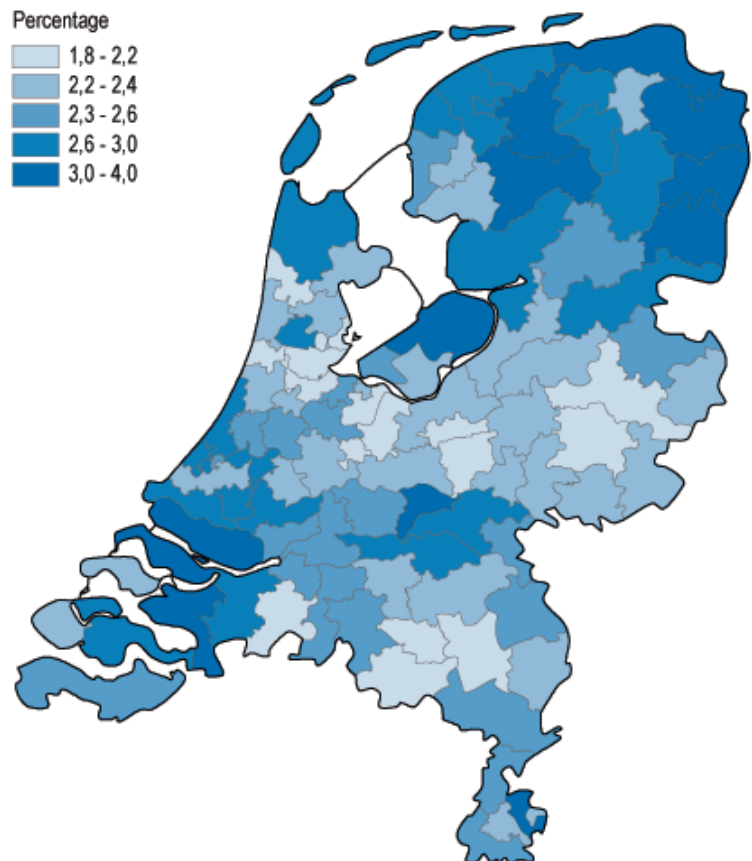
\* Definities van de indicatoren staan in hoofdstuk 6.

Afbeelding 4.4 tot en met 4.7 geven de scores op de volume-indicatoren per postcodegebied weer.

Afbeelding 4.4 Volume antibiotica

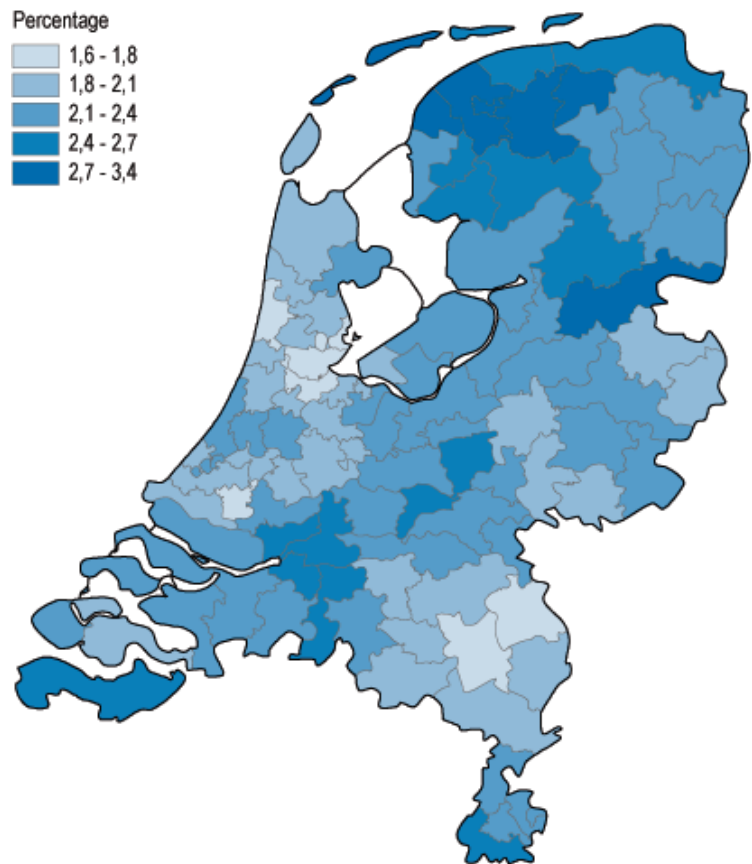


Afbeelding 4.5 Volume langdurig gebruik protonpompremmers

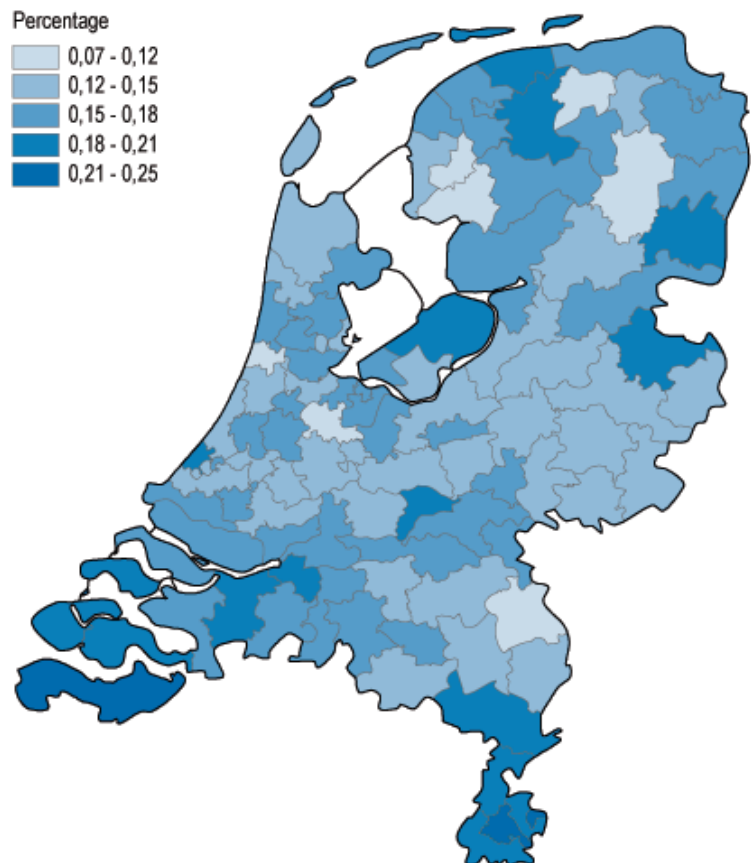




Afbeelding 4.6 Volume langdurig gebruik antidepressiva



Afbeelding 4.7 Volume starters antidepressiva



# 5 Verschillen tussen zorgverzekeraars

## 5.1 Samenvatting

De rangorde per zorgverzekeraar op de kwaliteits- en voorkeursindicatoren per zorgverzekeraar komt op grote lijnen overeen met vorige jaren met ENO op positie 1, Zorg en Zekerheid op positie 2 en Achmea op positie 3 en CZ en DSW op de laatste posities.

Bij de volume-indicatoren staat ONVZ op positie 1 en ook daar bekleedt DSW de laatste positie.

De rangorde op de volume indicatoren verschilt sterk van die op de clusters van kwaliteits- en voorkeursindicatoren.

## 5.2 De scores op de kwaliteits- en voorkeursindicatoren per zorgverzekeraar

Om de verschillen tussen zorgverzekeraars in kaart te brengen hebben we naast de scores per huisarts ook een score per zorgverzekeraar per indicator bepaald. Deze scores geven aan in hoeverre de verzekerden van een zorgverzekeraar volgens de richtlijnen worden behandeld. De cijfers hebben betrekking op het gehele jaar 2013. De definities van de indicatoren staan in hoofdstuk 6.

Op basis van deze scores is een rangorde van zorgverzekeraars bepaald. Daarvoor is voor elke zorgverzekeraar de clusterscores berekend. De clusterindeling staat toegelicht in hoofdstuk 6.2. Tabel 5.1 toont de resultaten. Achter elke verzekeraar staan de scores per indicatorcluster. Uit de scores blijkt dat verzekerden van ENO het meest door hun huisartsen volgens de richtlijnen worden behandeld.

De rangorde komt in grote mate overeen met de resultaten van eerdere jaren. Bovenaan staan met name zorgverzekeraars die huisartsen belonen op basis van de resultaten op voorschrijfindicatoren. Dat zijn Zorg en Zekerheid, Achmea en Menzis. ENO is een uitzondering, omdat deze verzekeraar daarop niet beloont. Onderaan in de rangorde staan evenals voorgaande jaren CZ en DSW.

**Tabel 5.1 Rangorde zorgverzekeraars 2013\***

Rangorde totaal	Zorgverzekeraar	Keuze	CVRM	Zorg
1	ENO	1	3	4
2	Zorg en Zekerheid	2	1	1
3	Achmea	3	4	5
4	Menzis	6	7	2
5	ASR ziektekostenverzekering	5	6	8
6	de Friesland	4	11	3
7	VGZ	7	5	6
8	Stad Holland	8	2	11
9	ONVZ	9	9	7
10	CZ	10	8	10
11	DSW	11	10	9

\* Uitleg over de samenstelling van de clusters staat in hoofdstuk 6.

### 5.3 De scores op de volume-indicatoren per zorgverzekeraar

In tabel 5.2 zijn de indicatorscores per zorgverzekeraar voor de volume-indicatoren weergegeven. De cijfers hebben betrekking op het gehele jaar 2013. De definities van de indicatoren staan in hoofdstuk 6. De totaalrangorde is gebaseerd op de som van de rangorde per indicator.

Volume-indicatoren meten het aantal gebruikers van een geneesmiddelgroep ten opzichte van totale patiëntenpopulatie van de zorgverzekeraar. Hierbij wordt gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht. Daarnaast kunnen andere factoren het voorschrijfvolume beïnvloeden, zoals SES en opleidingsniveau van de verzekerden. Hiervoor wordt niet gecorrigeerd. In hoofdstuk 3 wordt het verband tussen praktijksamenstelling en indicatorscores beschreven.

**Tabel 5.2 Rangorde zorgverzekeraars 2013 voor volume-indicatoren**

Rangorde totaal	Zorgverzekeraar	Antibiotica	Langdurig gebruik antidepressiva	Start antidepressiva	Langdurig gebruik protonpompremmers
1	ONVZ	2	1	1	1
2	ASR	3	2	8	3
3	CZ	7	5	3	4
4	de Friesland	1	9	5	5
5	Coöperatie VGZ	4	6	2	8
6	Achmea	8	3	4	6
7	Menzis	6	7	7	7
8	Zorg en Zekerheid	9	4	6	9
9	ENO	5	11	11	2
10	Stad Holland	10	8	9	10
11	DSW	11	10	10	11

Verzekerden van ONVZ gebruiken het minst vaak geneesmiddelen uit de bestudeerde groepen. Hieraan liggen naar alle waarschijnlijkheid sociaal-economische factoren ten grondslag. ONVZ heeft relatief veel hoger opgeleide verzekerden dan veel andere zorgverzekeraars. Mogelijk geldt dit ook voor ASR verzekerden. Verzekerden van DSW gebruiken het vaakst antibiotica ten opzichte van andere verzekeraars. Ook gebruiken zij relatief vaak langdurig protonpompremmers en antidepressiva.

Het valt op dat de rangorde op de volume indicatoren sterk verschilt van die op de clusters van kwaliteits- en voorkeursindicatoren. Mogelijke verklaring daarvoor is dat tot op heden zorgverzekeraars geen actief beleid voeren om het voorschrijfvolume van middelen als antibiotica, antidepressiva en protonpompremmers te beïnvloeden.

In het verleden zijn wel (regionale) projecten uitgevoerd om bijvoorbeeld het langdurig gebruik van protonpompremmers of het starten van antidepressiva terug te dringen. Ook zou medicatiebeoordeling een rol kunnen spelen in het terugdringen van met name het langdurig gebruik van antidepressiva.

# 6 Definities van de indicatoren en clusterindeling

## 6.1 Definities van de indicatoren

De definities van de indicatoren staan hieronder weergegeven. Deze zijn gebaseerd op de NHG-standaarden en aanvullende bronnen die in het hele jaar 2013 geldig waren. De NHG-standaarden die in 2013 zijn verschenen, zoals Diabetes mellitus type 2 en Maagklachten zijn nog niet in de definities verwerkt. De indicatoren staan in dezelfde volgorde als in tabel 2.1 en 2.3.

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

### Reservemiddelen en 2<sup>e</sup> keus antibiotica

Chinolonen, cefalosporinen en amoxicilline/clavulaanzuur zijn volgens de NHG-standaarden Urineweginfecties (2013), Otitis media acuta bij kinderen (2013), Acute keelpijn (2007), Acute hoesten (2013), Rhinosinusitis (2005), COPD (2007) en het Farmacotherapeutisch Kompas (2013) in de meeste situaties geen eerste keuze middelen. Chinolonen en cefalosporinen zijn zogenaamde 'reserve' antibiotica.

#### Definitie

Aantal voorschriften voor chinolonen, cefalosporines en amoxicilline/clavulaanzuur  
Aantal voorschriften voor antibiotica

### Voorkeursmiddelen protonpompremmers

De NHG-standaard Maagklachten (2013) geeft aan dat er geen belangrijke verschillen in effectiviteit zijn tussen de protonpompremmers. Omeprazol is de goedkoopste protonpompremmer. Wanneer een patiënt met een indicatie voor maagbescherming ook clopidogrel gebruikt, kan pantoprazol worden gekozen.

#### Definitie

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

### Behandeling HVZ-patiënten met statines

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

#### Definitie

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

### Behandeling diabetespatiënten met metformine

Volgens de NHG-standaard Diabetes mellitus type 2 (2013) is in geval van medicamenteuze behandeling metformine het orale bloedglucoseverlagende middel van eerste keuze. Als daarmee de streefwaarde niet wordt bereikt, is het advies om een ander oraal bloedglucoseverlagend middel toe te voegen aan metformine.

#### Definitie

Aantal nieuwe gebruikers van metformine

Aantal nieuwe gebruikers van bloedglucoseverlagende middelen uitgezonderd insuline

### Overbehandeling triptanen

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

NB deze indicator is ten opzichte van 2012 gewijzigd: gebruikers van bètablokkers zijn niet meer standaard opgenomen in de teller zoals voorheen.

#### Definitie

Aantal gebruikers met minder dan 72 tabletten sumatriptan of 48 tabletten overige triptanen

Aantal gebruikers van triptanen

### Behandeling astmapatiënten met inhalatiecorticosteroiden

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

#### Definitie

Aantal gebruikers (6-39 jaar) van inhalatiecorticosteroiden

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

### Behandeling diabetespatiënten met statines

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

#### Definitie

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

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

### Voorkeursmiddelen NSAID's

Gezien de relatief lage kans op bijwerkingen gaat volgens de Farmacotherapeutische richtlijn Pijnbestrijding (2007) binnen de NSAID's de voorkeur uit naar ibuprofen, diclofenac en naproxen.

#### Definitie

Aantal nieuwe gebruikers van ibuprofen, naproxen of diclofenac

Aantal nieuwe gebruikers van NSAID's

### Behandeling NSAID-gebruikers met maagmiddelen

Volgens NHG-standaard Maagklachten (2013) zijn bij NSAID-gebruikers ouder dan 70 jaar preventieve maatregelen noodzakelijk ter preventie van maagcomplicaties. De voorkeur gaat uit naar maagbescherming met een protonpompremmer. Andere preventieve maatregelen zijn het voorschrijven van misoprostol of een COX-2 selectieve remmer.

#### Definitie

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

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

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

### Voorkeursmiddelen cholesterolverlagende middelen

Bij indicatie voor cholesterolverlaging gaat volgens de NHG-standaard Cardiovasculair risicomangement (2012) de voorkeur uit naar simvastatine 40 mg.

NB deze indicator is ten opzichte van 2012 gewijzigd: alle cholesterolverlagende middelen zijn in de noemer opgenomen, in plaats van alleen de statines.

#### Definitie

Aantal nieuwe gebruikers van simvastatine

Aantal nieuwe gebruikers van cholesterolverlagers

### Behandeling opiaatgebruikers met laxantia

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

#### Definitie

Aantal gebruikers van sterkwerkende opiaten in combinatie met laxantia

Aantal gebruikers van opiaten (sterkwerkend)



### Therapietrouw antidepressiva

De NHG-standaard Depressie (2012) vermeldt dat het ongeveer drie tot vier weken kan duren voordat een aantal symptomen van de depressie verdwijnt. De standaard raadt aan om bij onvoldoende verbetering na vier tot zes weken over te stappen naar een andere SSRI of TCA. Ook de standaard Angst (2012) raadt aan om bij onvoldoende effect na zes weken over te stappen naar een ander middel. De standaard Depressie adviseert bij een goede respons de behandeling bij voorkeur zes maanden voort te zetten. De NHG-standaard Angst (2012) raadt aan de behandeling met antidepressiva na remissie zes tot twaalf maanden voort te zetten. Het is dan ook belangrijk niet te vroeg te stoppen met antidepressiva.

Vanwege het veelvuldig voorschrijven van tricyclische antidepressiva en duloxetine (bij diabetespatiënten) voor neuropathische pijn en andere indicaties, worden nieuwe gebruikers die hiermee starten, uitgesloten van deze indicator. Vanwege de indicatie van Zyban, stoppen met roken, wordt dit middel ook uitgesloten van deze indicator.

#### Definitie

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

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

### Voorkeursmiddelen All-antagonisten

Uit het Farmacotherapeutisch Kompas (2013) blijkt niet dat er binnen de groep Angiotensine II-antagonisten (ATII-antagonisten) middelen superieur zijn aan andere. Uit doelmatigheidsoverwegingen kan het best worden gekozen voor een middel dat generiek beschikbaar is.

NB deze indicator is ten opzichte van 2012 gewijzigd: alle ATII-antagonisten met generiek inkoopkanaal zijn in de noemer opgenomen, in plaats van alleen losartan en valsartan.

#### Definitie

Aantal nieuwe gebruikers ATII-antagonisten en combinaties van ATII-antagonisten met diuretica  
Aantal gebruikers van AT-II-antagonisten (inclusief combinaties)

### Terughoudend voorschrijven nieuwe bloedglucoseverlagende middelen

De NHG-standaard Diabetes mellitus type 2 (2013) raadt aan te starten met metformine. Bij het niet halen van het behandeldoel wordt hier een sulfonylureumderivaat aan toegevoegd. De volgende stap is het toevoegen van een insuline. De nieuwe diabetesmiddelen (DPP-4-remmers, GLP-1-agonisten en SGLT-2-remmers) worden niet aangeraden of mogen alleen bij dwingende redenen worden voorgeschreven.

Thema: Diabetes

Type: Keuze

#### Definitie

100 - (Aantal eerste voorschriften van DPP4-remmers of GLP-1 agonisten\*100  
Aantal eerste voorschriften van antidiabetica anders dan metformine)

### Voorkeursmiddelen triptanen

De NHG-standaard Hoofdpijn (2004) spreekt geen voorkeur uit voor een triptaan. De triptanen laten nuances zien in werkings- en bijwerkingenpatroon. De standaard adviseert de huisarts om op basis van ervaring, effectiviteit en bijwerkingenprofiel een keuze maken. Volgens het Farmacotherapeutisch Kompas (2013) is sumatriptan het meest uitgebreid onderzocht, heeft het de meeste toedieningsvormen en is met dit middel de meeste ervaring opgedaan. Daarbij komt dat sumatriptan in orale toedieningsvorm veruit het goedkoopste triptaan is. Uit veiligheids- en doelmatigheidsoverwegingen zijn generieke sumatriptan tabletten daarom een logische eerste keuze triptaan.

#### Definitie

Aantal nieuwe gebruikers van generieke sumatriptan tabletten

Aantal nieuwe gebruikers van triptanen

### Voorkeursmiddel en -dosering statines

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

#### Definitie

Aantal nieuwe gebruikers van simvastatine van 40 mg

Aantal nieuwe gebruikers van statines

### Voorkeursmiddelen antidepressiva

De NHG-standaard Depressie (2012) geeft aan in de eerste lijn bij ambulante behandelde patiënten met een depressieve stoornis te kiezen uit een SSRI of een TCA. Deze standaard geeft aan voor SSRIs te kiezen uit citalopram, fluoxetine, paroxetine en sertraline. De NHG-standaard Angst (2012) spreekt een lichte voorkeur uit voor een SSRI boven een TCA en binnen de groep SSRIs wordt geen voorkeursmiddel genoemd. Vanuit oogpunt van doelmatigheid is het belangrijk om een generiek middel te kiezen. Venlafaxine wordt in deze richtlijnen gezien als een SNRI en heeft geen meerwaarde. Vanwege het veelvuldig voorschrijven van tricyclische antidepressiva en duloxetine (bij diabetespatiënten) voor neuropathische pijn en andere indicaties, worden nieuwe gebruikers die hiermee starten, uitgesloten van deze indicator. Vanwege de indicatie van Zyban, stoppen met roken, wordt dit middel ook uitgesloten van deze indicator.

#### Definitie

Aantal nieuwe gebruikers van generieke SSRIs\*

Aantal nieuwe gebruikers van antidepressiva\*

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

### Dosering simvastatine

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

#### Definitie

Aantal nieuwe gebruikers van simvastatine van 40 mg

Aantal nieuwe gebruikers van simvastatine

### Voorkeursmiddelen RAS-remmers

Wanneer wordt gekozen voor een RAS-remmer gaat volgens de NHG-standaard hartfalen (2010), de NHG-standaard Cardiovasculair risicomanagement (2012) en het Farmacotherapeutisch Kompas (2013) de voorkeur uit naar een ACE-remmer. Bij het niet goed verdragen van ACE-remmers kan uitgeweken worden naar een angiotensine-II-receptorantagonist.

#### Definitie

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

Aantal nieuwe gebruikers van RAS-remmers

### Dosering rosuvastatine en atorvastatine

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

#### Definitie

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

Aantal nieuwe gebruikers van atorvastatine en rosuvastatine

### Voorkeursmiddelen ACE-remmers

Uit het Farmacotherapeutisch Kompas (2013) blijkt niet dat er binnen de groep ACE-remmers middelen superieur zijn aan andere. Uit doelmatigheidsoverwegingen is het daarom aan te bevelen om voor een ACE-remmer te kiezen die ook generiek beschikbaar is. In 2011 zijn vier ACE-remmers vanwege hun lage prijs geselecteerd voor deze indicator.

#### Definitie

Aantal nieuwe gebruikers van generieke enalapril, captopril, lisinopril, ramipril en combinaties van deze middelen met diuretica

Aantal nieuwe gebruikers ACE-remmers (inclusief combinaties)

### Voorkeursmiddelen bisfosfonaten

Volgens de NHG-standaard Fractuurpreventie (2012) zijn bij een indicatie voor preventieve behandeling in verband met osteoporose de bisfosfonaten alendronaat of risedronaat eerste keus.

#### Definitie

Aantal nieuwe gebruikers van alendronaat en risedronaat

Aantal nieuwe gebruikers van bisfosfonaten

### Volume antibiotica

De NHG-standaarden Astma bij kinderen (2006), Kinderen met koorts (2008), Otitis media acuta bij kinderen (2013), Otitis media met effusie bij kinderen (2005), Otitis externa (2005), COPD (2007), Acute keelpijn (2007), Acut hoesten (2013) en Rhinosinusitis (2005) noemen antibiotica niet als mogelijke therapiekeuze of bevelen terughoudendheid aan. Ook de NHG-standaard Urineweginfecties (2013) geeft aan dat antibiotica niet altijd geïndiceerd zijn.

#### Definitie

Aantal gebruikers van antibiotica

Totaal aantal patiënten in de populatie

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

### Volume langdurige gebruikers antidepressiva

De NHG-standaard Depressie (2012) adviseert de behandeling met antidepressiva minimaal zes maanden na herstel voort te zetten. De NHG-standaard Angst (2012) adviseert de behandeling met antidepressiva minimaal zes tot twaalf maanden na herstel voort te zetten. In bepaalde situaties, zoals bij recidieven of bij ouderen, kan langere behandeling geïndiceerd zijn volgens beide richtlijnen. Gezien de nadelen die langdurig gebruik van antidepressiva met zich meebrengen, zoals interacties met andere geneesmiddelen en bijwerkingen, verdient het aanbeveling om terughoudend te zijn in het langdurig voorschrijven van antidepressiva. Niet-medicamenteuze behandelingen kunnen net zo effectief zijn.

#### Definitie

Aantal langdurige gebruikers van antidepressiva\*

Totaal aantal patiënten in de populatie

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

### Volume starters antidepressiva

De NHG-standaarden Angst (2012) en Depressie (2012) adviseren terughoudend te zijn met het voorschrijven van antidepressiva. Bij lichte klachten gaat de voorkeur bij zowel depressie als angstklachten uit naar niet-medicamenteuze behandelmethoden. Alleen bij ernstige klachten of onvoldoende effect van niet-medicamenteuze behandelingen komen antidepressiva in aanmerking.

#### Definitie

Aantal nieuwe gebruikers van antidepressiva\*

Totaal aantal patiënten in de populatie

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

### Volume langdurig gebruik protonpompremmers

Volgens de NHG-standaard Maagklachten (2013) is langdurig gebruik van protonpompremmers alleen geïndiceerd bij ernstige oesofagitis (graad C of D), het Zollinger-Ellisonsyndroom, een Barrettoesofagus en bij langdurig gebruik van NSAID's of laaggedoseerde salicylaten bij patiënten met een verhoogd risico op complicaties. In overige gevallen moet worden gestreefd naar een klachtgestuurde behandeling (intermitterend of naar behoefte) en heeft een antacidum of H<sub>2</sub>-antagonist de voorkeur bij noodzakelijk chronisch gebruik. De standaard definieert chronisch gebruik als 'meer dan 180 dagen de standaarddosering in het voorafgaande jaar'.

Bij patiënten ouder dan 60 jaar is langdurig gebruik van protonpompremmers vaak geïndiceerd vanwege comediatie, eventueel in combinatie met comorbiditeit. Daarom wordt de indicator gemeten bij patiënten onder de 60 jaar.

#### Definitie

Aantal chronische gebruikers van protonpompremmers

Totale aantal patiënten in de populatie

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

## 6.2 Clusterindeling

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

Tabel 6.1 geeft een overzicht van de indicatoren per cluster.

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

### 6.3 Ontwikkeling en validatie

De Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen van het IVM bestaat uit circa 30 indicatoren. Deze indicatoren hebben betrekking op veel voorgeschreven geneesmiddelgroepen en zijn zo gedefinieerd dat ze de essentie van het advies voor medicamenteuze behandeling uit de NHG-standaarden en het Farmacotherapeutisch Kompas bevatten. Na het ontwikkelen van een indicator wordt deze gevalideerd. Een inhoudsvalidatie bepaalt of de indicator de essentie van de richtlijn beschrijft en of de definitie een goede vertaling is van de aanbevelingen in de richtlijn. Hierna volgt een constructvalidatie. Deze bepaalt of de indicator ook daadwerkelijk meet wat er gemeten moet worden.

### 6.4 Onderhoud aan de indicatoren

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



# 7 Methode

De scores in dit rapport hebben betrekking op het jaar 2013 en zijn gebaseerd op Vektisgegevens. In het bestand zitten de voorschrijfgegevens van 10.450 huisartsen. De Vektisgegevens bevatten niet de gegevens van alle huisartsen, omdat vooral de waarnemers, maar ook een deel van de HIDHA's hun voorschriften mogelijk op naam van de praktijkhoudende huisarts uitschrijven.

## 7.1 Analyse

### Scores op de indicatoren

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

### Invloed praktijksamenstelling op indicatorscores

De praktijksamenstelling is in kaart gebracht aan de hand van de patiënten die op naam zijn ingeschreven bij de huisarts. Er is gekeken naar leeftijd van de patiënten en sociaal-economische status (SES).

De SES gegevens zijn beschikbaar gesteld via het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP). De SES van de patiënt is afgeleid uit de postcode van de patiënt. Deze is onderverdeeld in lage, middelmatige of hoge SES.

Voor het in kaart brengen van de invloed van de SES van de patiëntenpopulatie op de indicatorscores zijn twee groepen vergeleken: huisartsen met > 75 procent patiënten uit gebieden met een lage SES versus huisartsen met > 75 procent patiënten uit gebieden met een hoge SES. Voor beide groepen zijn gewogen gemiddelde, mediaan en 10e en 90e percentiel bepaald.

Voor het in kaart brengen van de invloed van de leeftijd van de patiëntenpopulatie op de indicatorscores zijn huisartsen met  $\geq 7$  procent patiënten ouder dan 80 jaar vergeleken met huisartsen  $\leq 1$  procent patiënten ouder dan 80 jaar. Deze percentages zijn gekozen op geleide van het Nationaal Kompas Volksgezondheid. In 2012 was 4 procent van de Nederlandse bevolking ouder dan 80 jaar.

De aantallen huisartsen per subgroep zijn aangegeven in tabel 7.1.

Vergelijking	Groep 1	Aantal huisartsen	Groep 2	Aantal huisartsen
SES	> 75% hoge SES	1469	> 75% lage SES	891
aandeel patiënten 80 jaar of ouder	≥ 7% patiënten ouder dan 80 jaar	778	≤ 1% patiënten ouder dan 80 jaar	916

### Regionale verschillen

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

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

### Verschillen tussen zorgverzekeraars

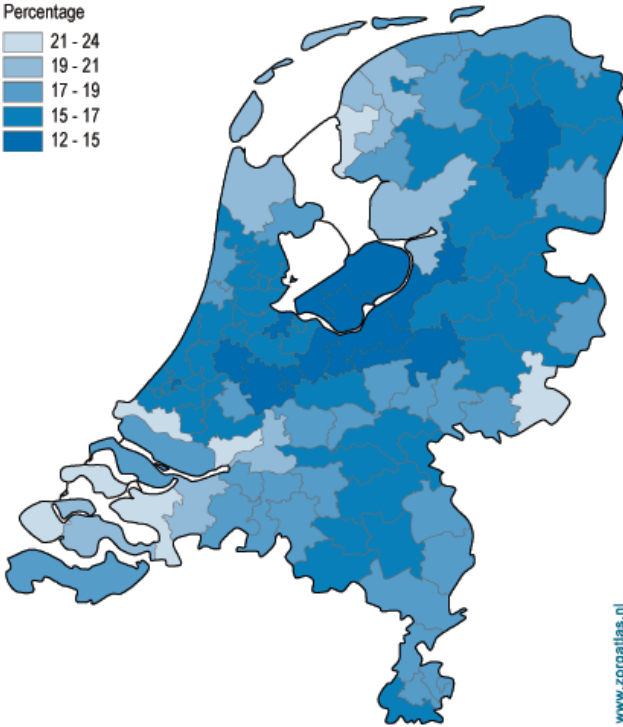
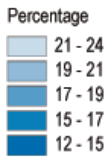
Er zijn in Nederland 26 risicodragers. Deze zijn verdeeld over 4 grote concerns (Achmea, Menzis, Coöperatie VGZ en CZ), waarin in totaal 19 risicodragers zijn ondergebracht. Daarnaast is er een aantal kleinere, deels regionaal georiënteerde zorgverzekeraars. De verdeling van zorgverzekeraars naar concerns is gebaseerd op het UZOVI-register van Vektis. Binnen de concerns is geen onderscheid gemaakt naar de verschillende risicodragers.

De score per zorgverzekeraar per indicator is bepaald op basis van alle bij de zorgverzekeraar verzekerde cliënten. De overallscore en de clusterscore per zorgverzekeraar zijn bepaald door de scores per indicator per zorgverzekeraar bij elkaar op te tellen. Voor zowel de overallscore als de score per cluster is een rangorde bepaald. Een score van 1 geeft aan dat de huisartsen in de postcodegebieden die vallen onder de desbetreffende zorgverzekeraar het beste scoren.

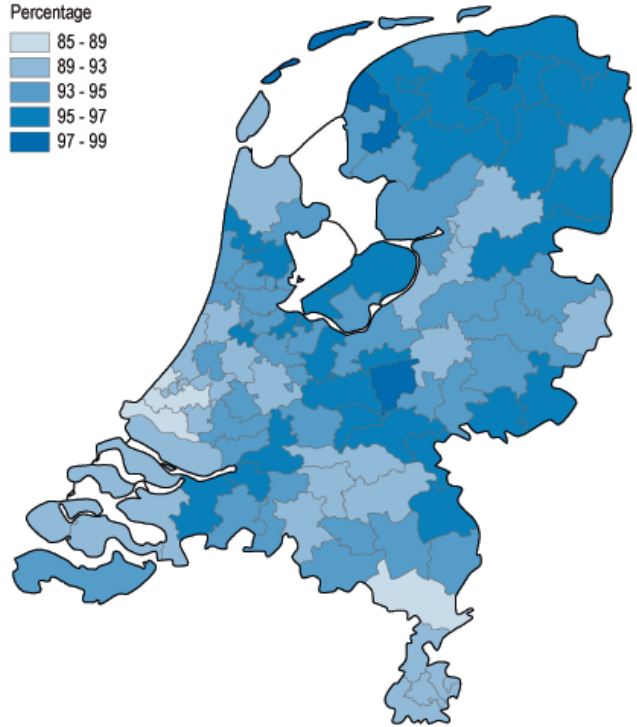
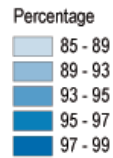


# Landkaarten met scores op de afzonderlijke indicatoren

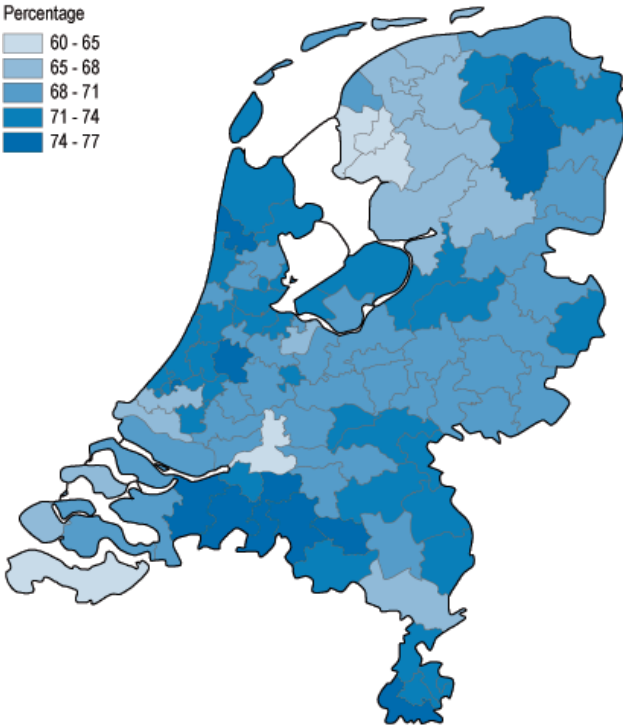
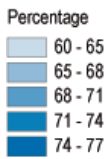
Reservemiddelen en 2<sup>e</sup> keus antibiotica



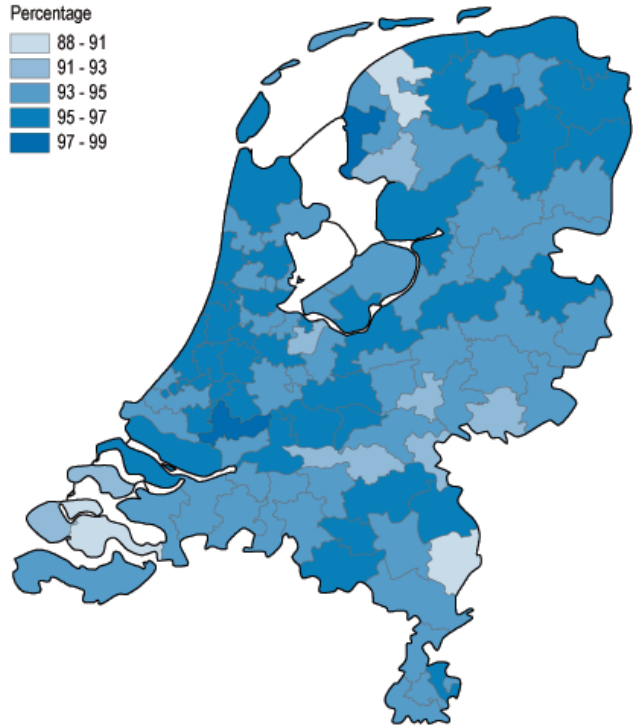
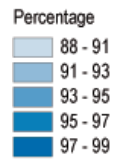
Voorkeursmiddelen protonpompremmers



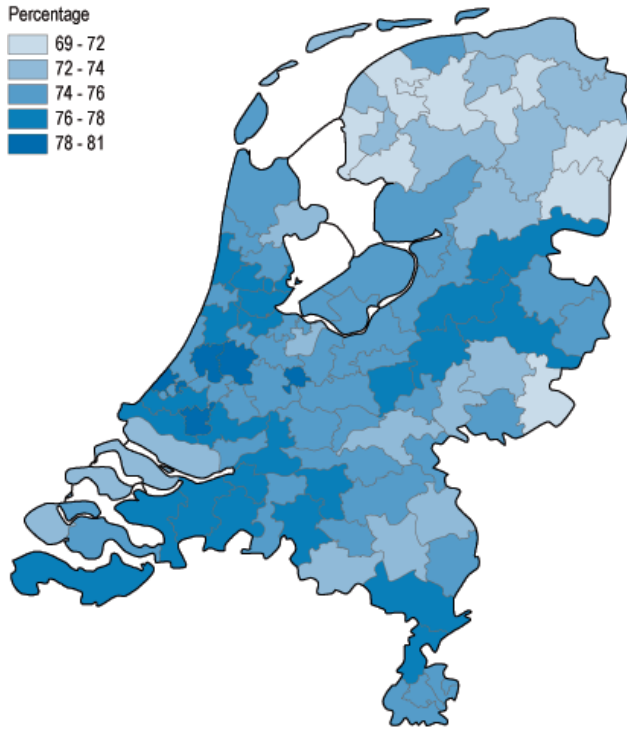
Behandeling HVZ-patiënten met statines



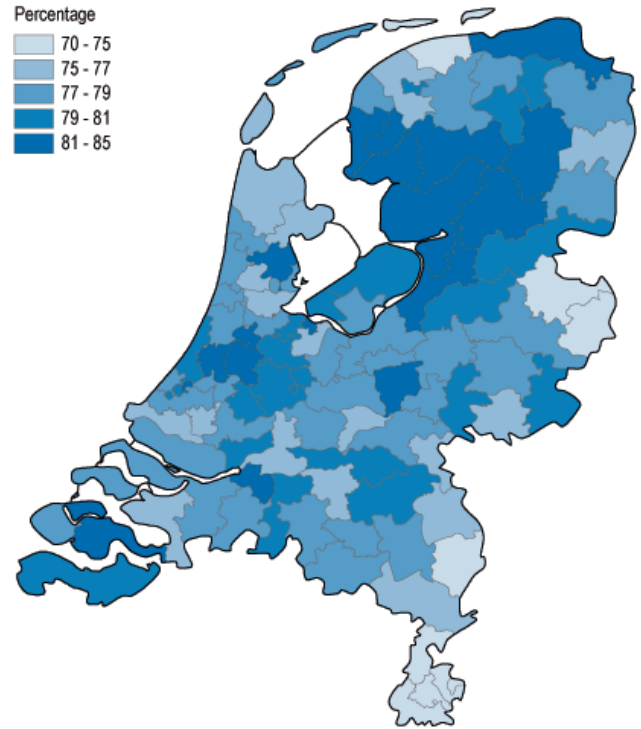
Behandeling diabetespatiënten met metformine



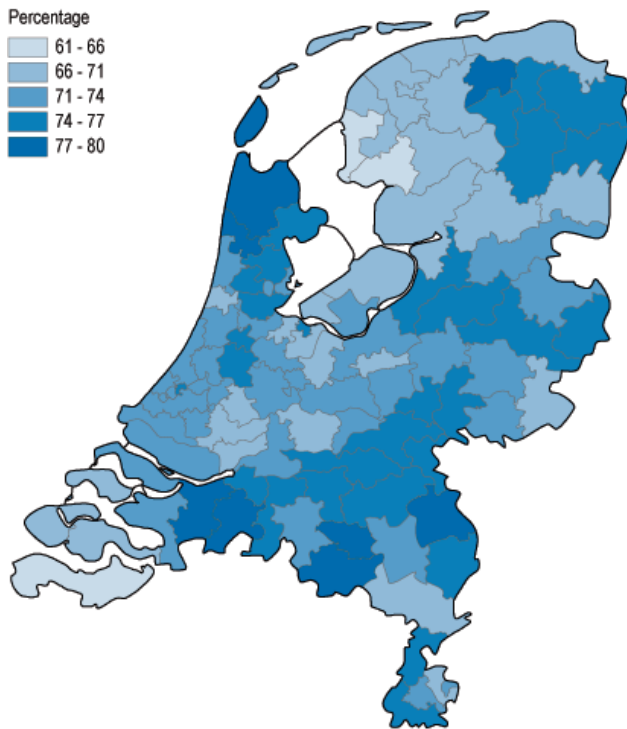
### Overbehandeling triptanen



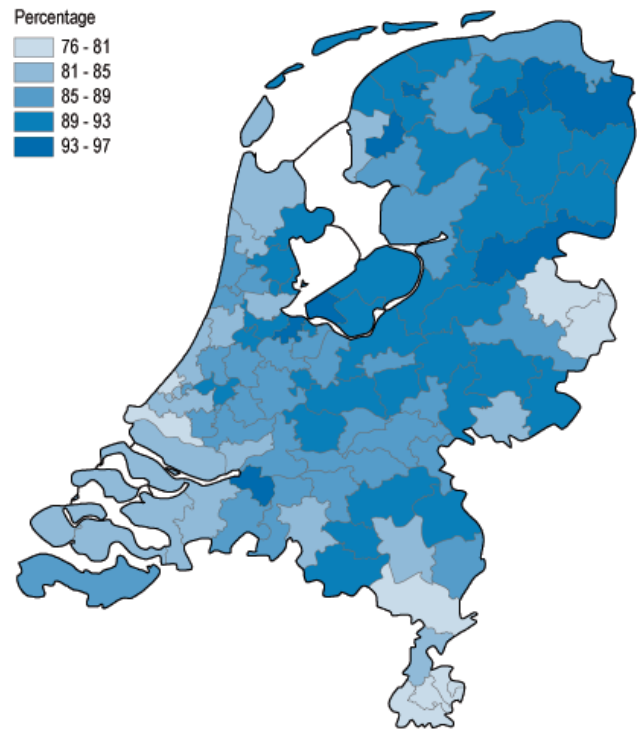
### Behandeling astmapatiënten met inhalatiecorticosteroiden



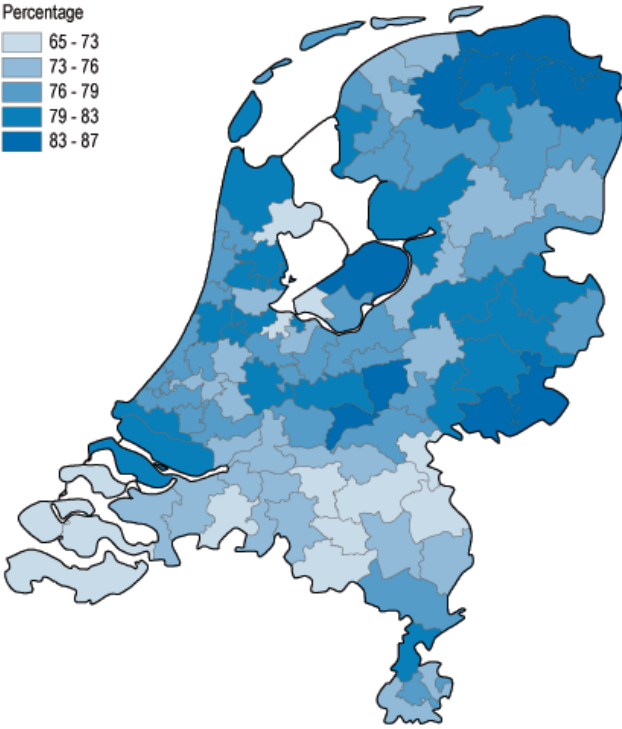
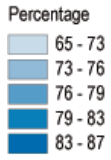
### Behandeling diabetespatiënten met statines



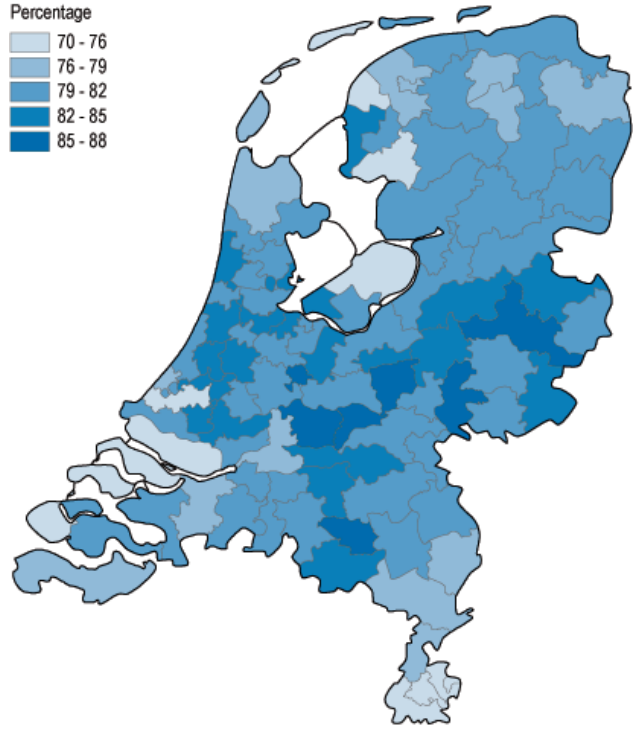
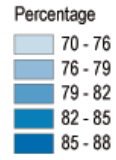
### Voorkeursmiddelen NSAID's



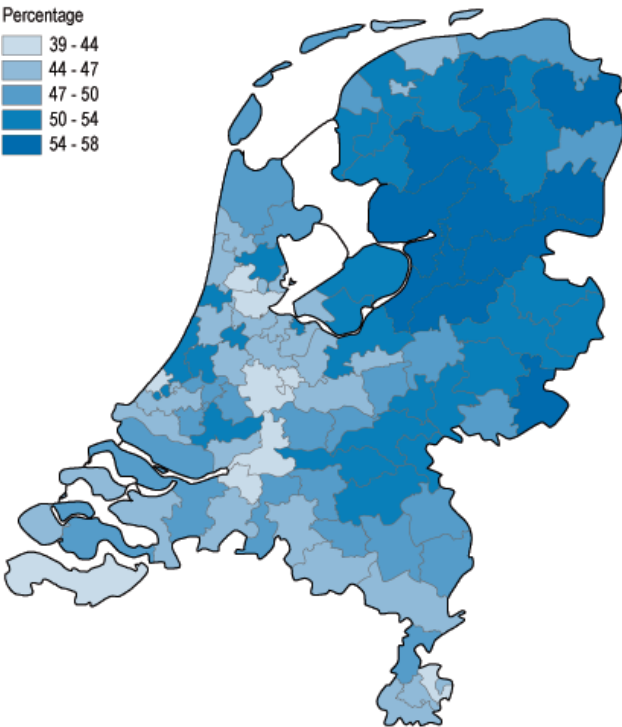
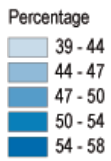
### Behandeling NSAID-gebruikers met maagmiddelen



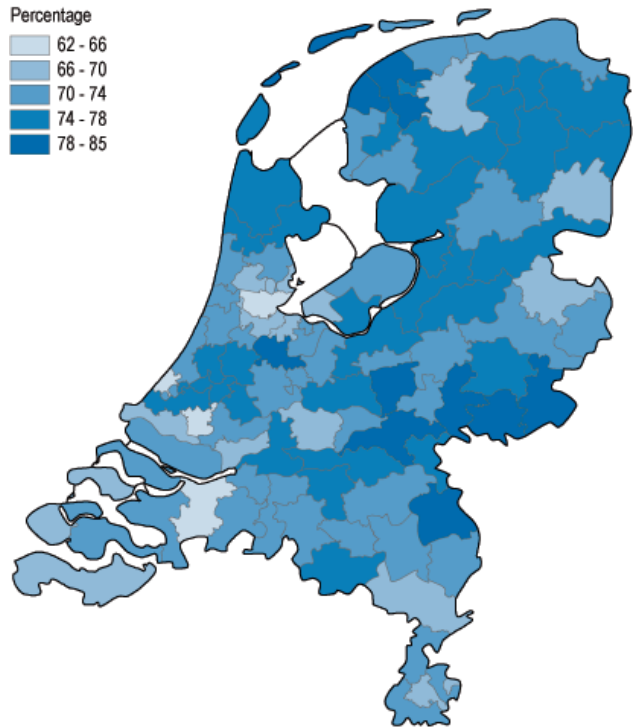
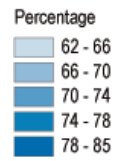
### Voorkeursmiddelen statines



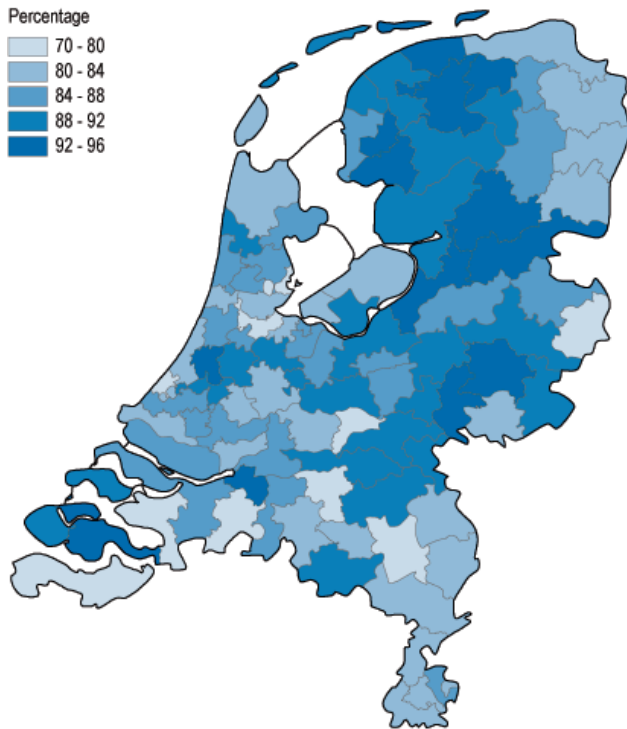
### Behandeling opiaatgebruiker met laxantia



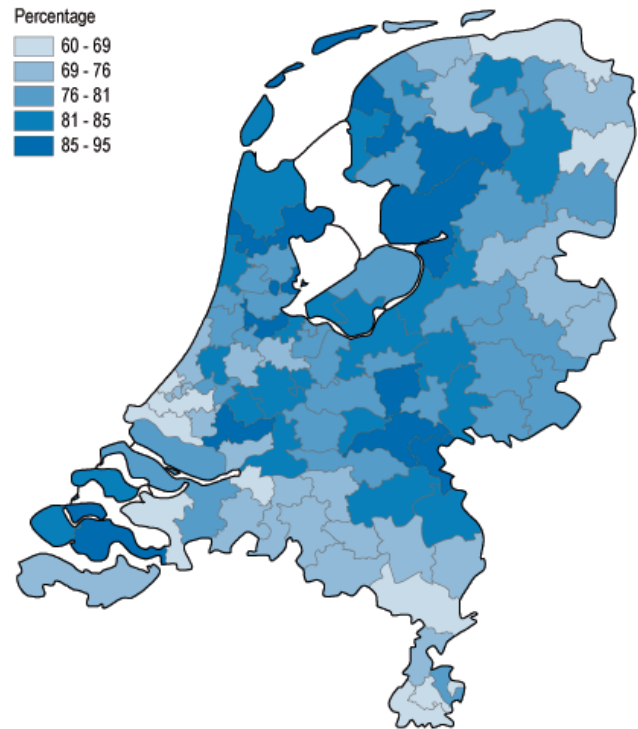
### Therapietrouw antidepressiva



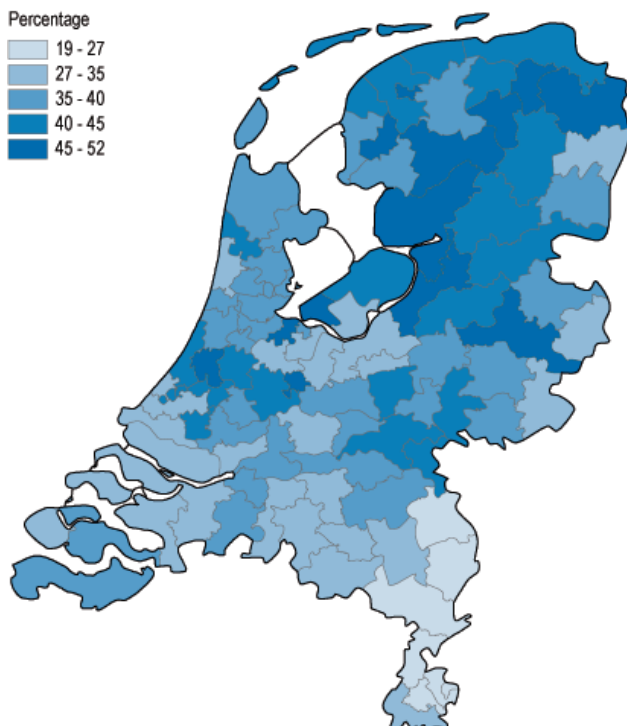
Voorkeursmiddelen ATII-antagonisten



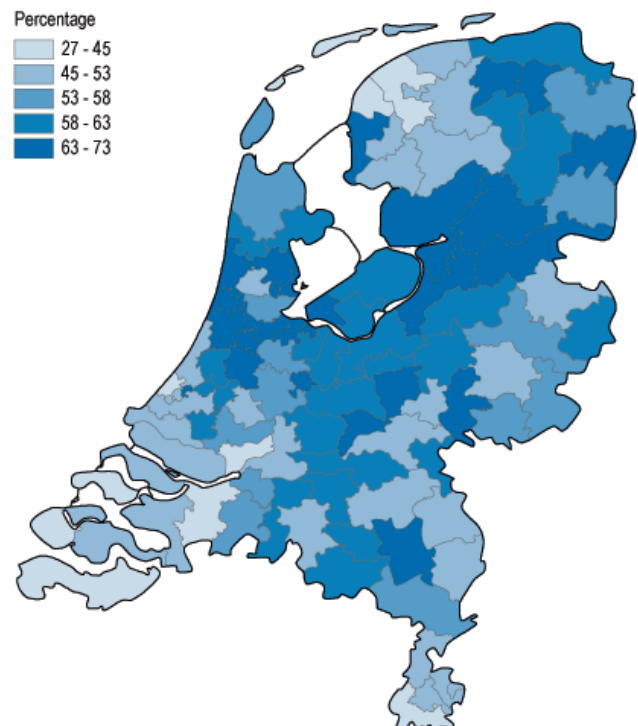
Terughoudend voorschrijven nieuwe diabetesmiddelen



Voorkeursmiddelen triptanen



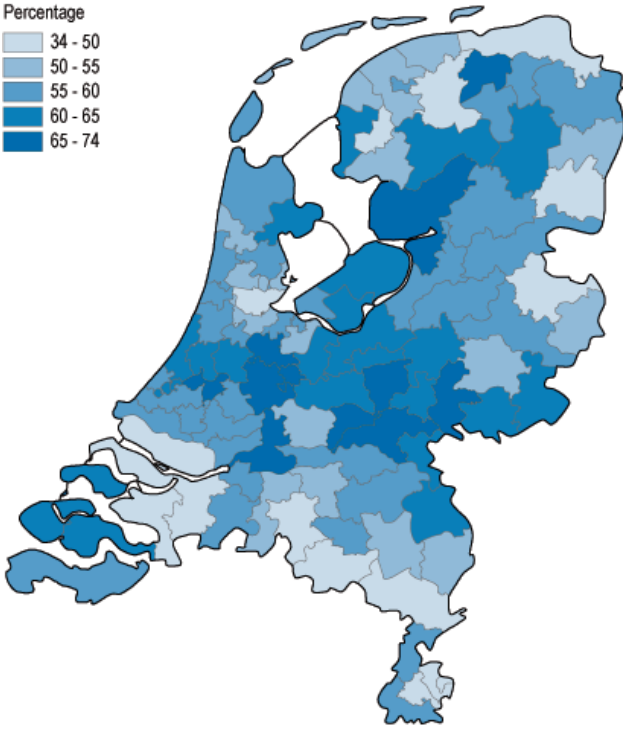
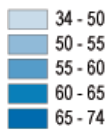
Voorkeursmiddel en -dosering statines





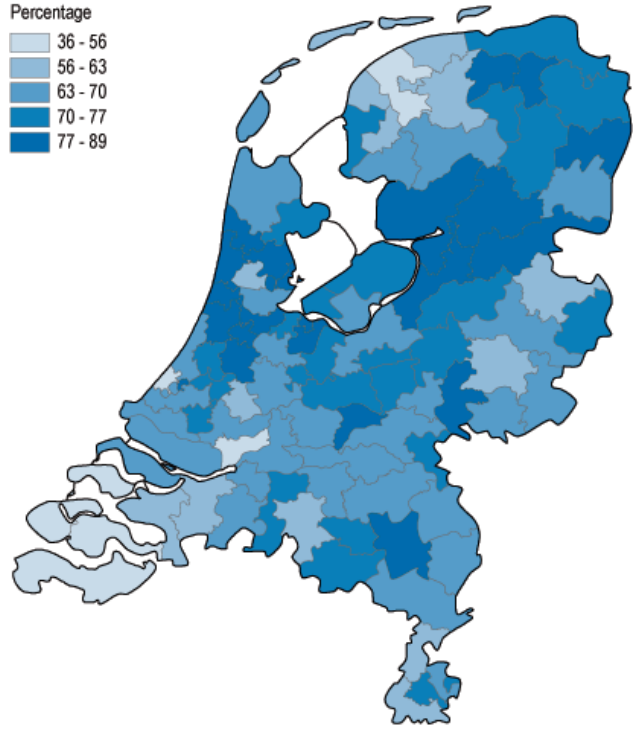
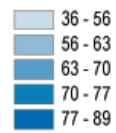
### Voorkeursmiddelen antidepressiva

Percentage



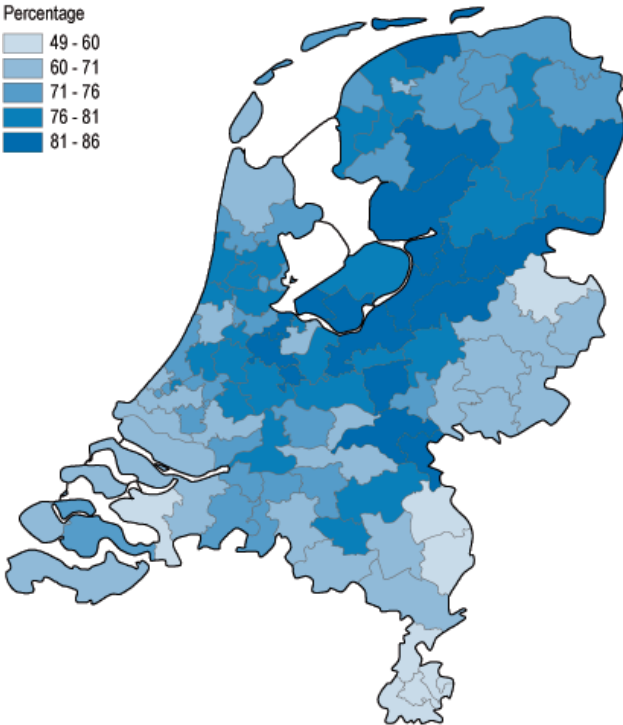
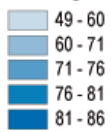
### Dosering simvastatine

Percentage



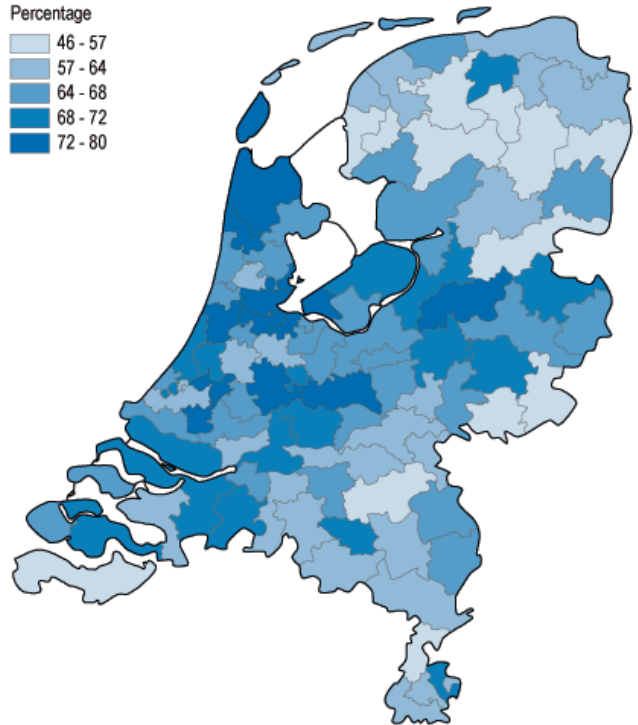
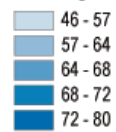
### Voorkeursmiddelen RAS-remmers

Percentage



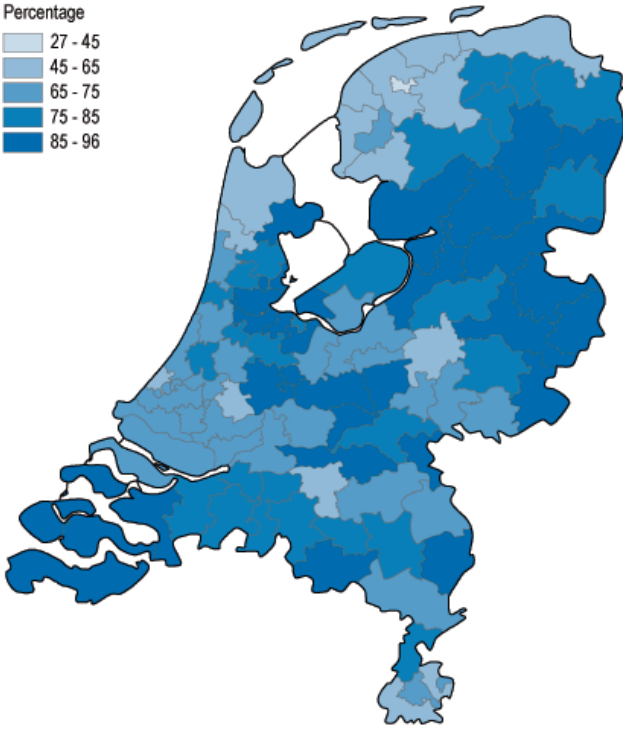
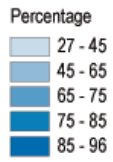
### Dosering rosuvastatine en atorvastatine

Percentage

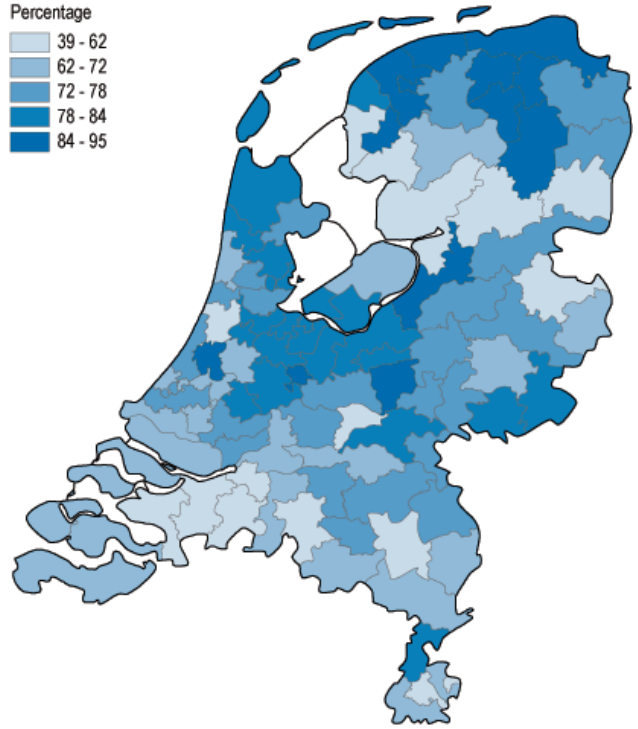
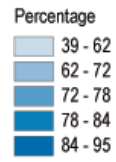




### Voorkeursmiddelen ACE-remmers



### Voorkeursmiddelen bisfosfonaten



## Bijlage 2

# Overzicht rangorde postcodegebieden op drie clusters

Overzicht rangorde postcodegebieden op drie clusters				
Rang Totaal	Postcodegebied	Therapiekeuze	Cardiovasculair risicomanagement en diabetes mellitus	Patiëntenzorg
1	98	4	1	4
2	80	2	6	17
3	67	3	32	2
4	35	1	11	55
5	81	15	3	3
6	14	24	4	10
7	97	9	20	10
8	77	13	36	4
9	23	9	23	10
10	94	4	49	17
11	83	12	44	6
12	69	25	15	6
13	66	6	49	24
14	13	8	17	84
15	39	16	17	29
16	65	11	36	55
17	11	26	9	55
18	74	19	49	17
19	27	26	15	39
20	38	17	48	26
21	93	19	61	10
22	96	28	33	6
23	82	35	23	10
24	16	21	29	77
25	20	34	20	43
26	34	17	33	52
27	18	48	2	45
28	19	53	6	48
29	36	23	61	29
30	79	31	36	36
31	86	7	87	10
32	24	44	23	26
33	73	31	17	55
34	56	39	9	68
35	53	35	54	21
36	84	13	86	10
37	95	41	33	62
38	40	62	20	29
39	71	38	81	1

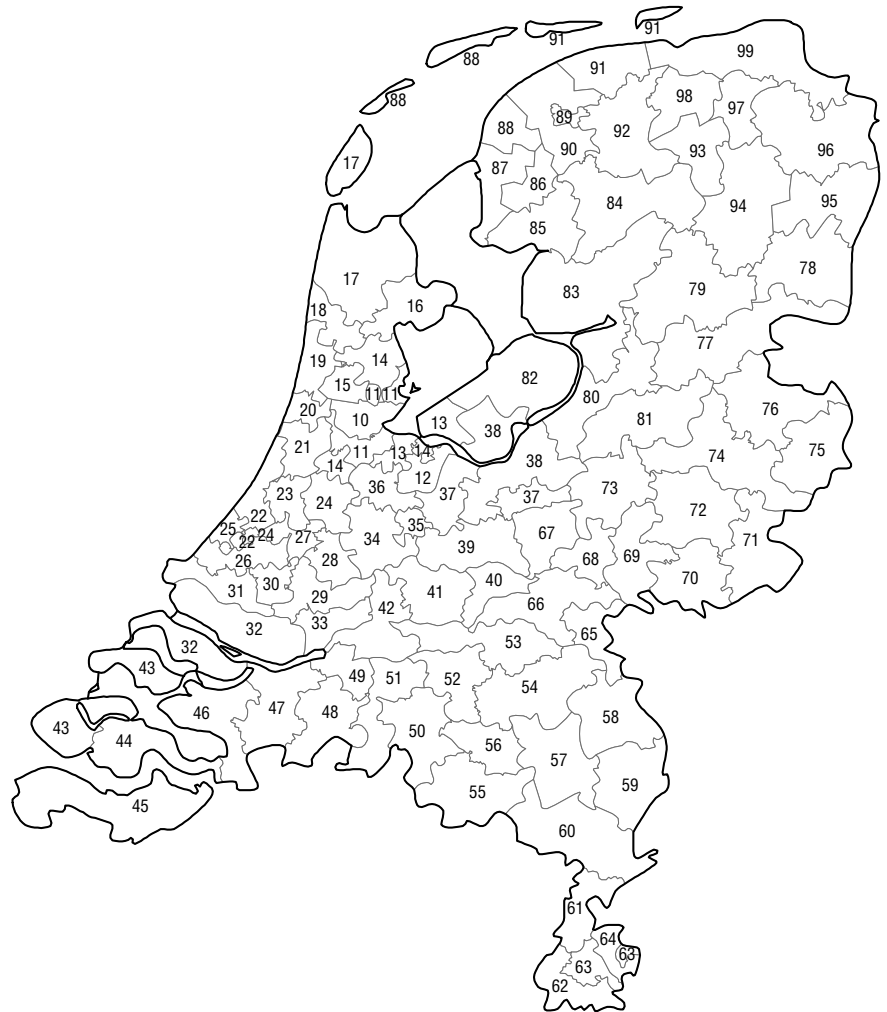
Rang Totaal	Postcodegebied	Therapiekeuze	Cardiovasculair risicomanagement en diabetes mellitus	Patiëntenzorg
40	12	35	49	77
41	30	55	11	68
42	29	41	58	26
43	37	39	58	55
44	42	30	56	72
45	21	72	5	36
46	99	63	44	9
47	17	66	8	34
48	54	31	66	52
49	41	57	36	52
50	55	50	23	85
51	10	47	11	88
52	44	21	80	72
53	70	50	68	21
54	68	41	73	29
55	51	59	30	55
56	72	55	58	17
57	22	63	44	24
58	78	54	61	55
59	91	28	76	80
60	28	48	68	45
61	48	69	11	72
62	15	46	72	72
63	88	50	76	34
64	87	65	84	21
65	49	68	36	68
66	58	70	36	48
67	32	75	28	39
68	75	78	30	45
69	57	83	23	62
70	52	80	36	62
71	76	72	61	39
72	92	59	83	43
73	90	45	88	29
74	89	59	85	48
75	26	74	73	39
76	59	77	54	62
77	47	76	36	72
78	61	78	66	48

Rang Totaal	Postcodegebied	Therapiekeuze	Cardiovasculair risicomanagement en diabetes mellitus	Patiëntenzorg
79	50	82	56	62
80	85	81	79	38
81	31	84	68	62
82	33	71	82	68
83	43	57	89	90
84	60	88	68	77
85	64	86	49	89
86	46	85	78	80
87	25	87	73	80
88	45	67	90	85
89	62	89	65	80
90	63	90	44	87

# Bijlage 3

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

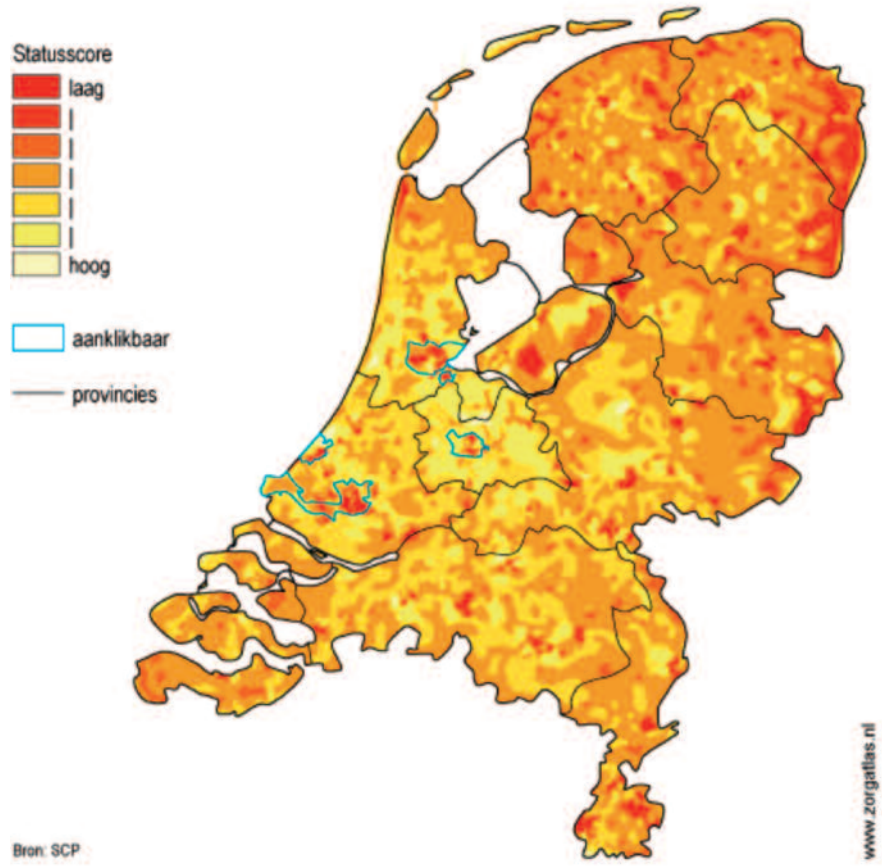
De regio-indeling in dit rapport is gebaseerd op de eerste twee cijfers van de postcode van de huisarts.





# SES per regio

## Sociaaleconomische status 2010











Instituut voor  
Verantwoord Medicijngebruik