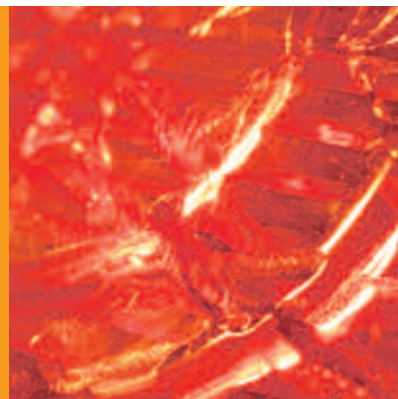


Rapport



Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen 2012



Instituut voor
Verantwoord Medicijngebruik



Colofon

Auteurs

Zamire Damen, huisarts niet praktiserend, IVM
Marianne Nijpels, apotheker, IVM

Met medewerking van

Rob Essink, MPH apotheker, IVM
Henriette Giesbers, RIVM
Michiel ten Hove, Vektis
Anke Lambooy, apotheker, IVM
Paul Sterkenburg, Vektis

november 2012

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

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



Instituut voor
Verantwoord Medicijngebruik



Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen 2012

4	Samenvatting
5	Engelse samenvatting - Summary
7	Inleiding
7	1 Conclusies en aanbevelingen
9	2 Scores op de indicatoren
14	3 Apotheekhoudende huisartsen
16	4 Regionale verschillen
20	5 Verschillen tussen zorgverzekeraars
22	6 Clusterindeling en definities van de indicatoren
29	7 Methode

Bijlagen

32	1 Landkaarten met scores op de afzonderlijke indicatoren
37	2 Overzicht rangorde postcodegebieden op vier clusters
40	3 Landkaart met de regio-indeling op basis van de 2-cijferige postcode-indeling

Samenvatting

Dit rapport van het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM) toont de resultaten van de Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen. Deze monitor maakt de kwaliteit en doelmatigheid van het voorschrijven van huisartsen zichtbaar. De voorschrijfcijfers hebben betrekking op 2011. De achttien indicatoren in de monitor zijn berekend op declaratiegegevens van openbare apothekers en apotheekhoudende huisartsen zoals verzameld door Vektis. Wij presenteren in het rapport landelijke gemiddeldes per indicator, de regionale spreiding en de verschillen tussen zorgverzekeraars. Dit jaar hebben we voor het eerst het voorschrijfgedrag van apotheekhoudende huisartsen vergeleken met dat van niet-apotheekhoudende huisartsen.

Er zijn zeven indicatoren waarop huisartsen al goed scoren en waarop dus weinig verbetering mogelijk is. Dit zijn vooral indicatoren met betrekking tot de kwaliteit, dat wil zeggen indicatoren die een vertaling zijn van een aanbeveling in een richtlijn. Op de overige elf indicatoren is (veel) verbetering mogelijk. Deze indicatoren zijn een combinatie van doelmatigheids- en kwaliteitsindicatoren. Bij doelmatigheidsindicatoren wijst de richtlijn geen voorkeursmiddel aan, maar gaat op basis van onderlinge vergelijkbaarheid van de middelen de voorkeur uit naar de goedkoopste. Net als voorgaande jaren is veel winst te behalen bij het voorschrijven van RAS-remmers. Hoewel de verschillen klein zijn, schrijven apotheekhoudende huisartsen minder doelmatig en minder volgens de richtlijnen voor dan niet-apotheekhoudende huisartsen.

Tussen regio's bestaan grote verschillen in scores op de indicatoren. De interregionale verschillen zijn in vergelijking met vorig jaar toegenomen. Deze trend lijkt al langere tijd te bestaan. De verschillen zijn het grootst bij indicatoren waarop landelijk gezien veel verbetering mogelijk is. Welke regio's hoog of laag scoren, verschilt per indicator.

Zorgverzekeraar Salland scoort net als voorgaande jaren overall het beste op de indicatoren. Zorg en Zekerheid, Agis en Zilveren Kruis Achmea staan op nummer 2, 3 en 4. Deze laatste drie zorgverzekeraars belonen huisartsen aan de hand van uitkomsten op indicatoren. Grootste stijger dit jaar is Menzis, die in 2010 is gestart met het maken van doelmatigheidsafspraken. Onderaan staat net als voorgaande jaren Azivo.

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



Engelse samenvatting - Summary

This report of the Institute for Rational Use of Medicines (IVM) shows the results of the Monitor Prescribing Behaviour Practitioners. This monitor reflects the quality and efficiency of prescribing by general practitioners (GPs) in 2011. The eighteen indicators in the monitor are calculated on reimbursement data of community pharmacists and dispensing GPs collected by Vektis, a national datacenter for health insurers. We present the country-wide averages for each indicator, the regional divergences and the differences between health care insurers. For the first time we compared the prescribing behaviour of dispensing GPs to that of non-dispensing GPs.

With regard to seven indicators little improvement is possible because GPs already score well. These indicators are mainly quality indicators, which reflect recommendations in guidelines. On the other eleven indicators (much) improvement is possible. These indicators are a combination of efficiency and quality. For efficiency indicators, guidelines do not recommend specific medicines. These indicators are based on comparable medicines. The medicine with the lowest price is preferred. Just like previous years, much improvement is possible concerning the prescription of RAS inhibitors. Although the differences are small, dispensing GPs prescribe less effective and less according to the guidelines than non-dispensing GPs.

Between regions large differences exist in scores on the indicators. The interregional variations have increased in comparison with 2010. This trend seems to exist longer. The variations are the greatest in indicators in which country-wide much improvement is possible. Which region scores high or low is different for each indicator.

Like previous years, health care insurer 'Salland' has the best overall score on the indicators. 'Zorg en Zekerheid', 'Agis' and 'Zilveren Kruis Achmea' are at number 2, 3 and 4 position. These three insurers reward physicians on the outcomes of the indicators. 'Menzis' started with prescription agreements in 2010 and made the biggest advance. 'Azivo' is again at the end of the list.

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

Inleiding

Dit rapport van het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM) toont de resultaten van de Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen. Deze monitor maakt de kwaliteit en doelmatigheid van het voorschrijven van huisartsen zichtbaar. Wij presenteren de landelijke gemiddelde scores per indicator, de regionale spreiding van de gemiddelde scores en de verschillen tussen zorgverzekeraars. De voorschrijfcijfers hebben betrekking op 2011.

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 inhoudelijk deskundigen betrokken, waarin onder andere het NHG, de KNMP en zorgverzekeraars zitting hebben. Een stuurgroep spreekt jaarlijks zijn oordeel uit over de indicatoren. Aldus waarborgt het IVM dat de indicatoren van de Monitor Voorschrijfgedrag draagvlak hebben binnen de betrokken beroepsgroepen en bij zorgverzekeraars.

De Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen is een vervolg op de Benchmark Voorschrijven. Dit is het tweede jaar dat het IVM gebruik maakt van gegevens die door Vektis verzameld worden in plaats van de gegevens van SFK. In tegenstelling tot SFK bevat Vektis ook voorschrijfgegevens van apotheehoudende huisartsen. Dit jaar vergelijken we dan ook voor het eerst de scores van apotheehoudende huisartsen met die van niet-apotheehoudende huisartsen.

Begin dit jaar is de door het IVM en Vektis ontwikkelde webrapportage beschikbaar gekomen waartoe zowel zorgverzekeraars als individuele huisartsen direct toegang hebben. Met deze webrapportage kunnen huisartsen de eigen scores op de indicatoren spiegelen aan landelijke cijfers. In de toekomst zal het ook mogelijk zijn om de scores op praktijk- of FTO-groepsniveau te zien.

Aan de Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen zijn ten opzichte van vorig jaar de indicatoren 'Reservemiddelen en 2e keusmiddelen antibiotica' en 'Behandeling diabetespatiënten met metformine' toegevoegd. De Monitor bestaat nu uit achttien indicatoren. Van zes indicatoren bestaat een variant voor nieuwe en een voor alle (nieuwe en chronische) gebruikers.

Hoofdstuk 1 van dit rapport bevat de conclusies en aanbevelingen, en hoofdstuk 2 de scores op de indicatoren. De vergelijking van scores van apotheehoudende versus niet-apotheehoudende huisartsen staat in hoofdstuk 3. De regionale verschillen worden beschreven in hoofdstuk 4. In hoofdstuk 5 worden de uitkomsten uitgesplitst naar de verschillende zorgverzekeraars. Hoofdstuk 6 bevat de definities en de clusterindeling van de indicatoren. De methode is in hoofdstuk 7 beschreven.

1 Conclusies en aanbevelingen

Algemene conclusie

Hoewel huisartsen op zeven indicatoren goed scoren, is de kwaliteit en doelmatigheid van het voorschrijven nog voor verbetering vatbaar. Op de overige elf indicatoren van de monitor is de gemiddelde score namelijk laag en/of de spreiding tussen huisartsen groot. De grootste verbetering is mogelijk bij de drie indicatoren rond het voorschrijven van RAS-remmers, de twee indicatoren rond de dosering van statines en rond antidepressiva (voorkeursmiddelen en therapietrouw). Er zijn grote verschillen tussen regio's en tussen zorgverzekeraars. Indien huisartsen meer doelmatig zouden voorschrijven, dan zijn daarmee kostenbesparingen te behalen.

Apotheekhoudende huisartsen schrijven minder doelmatig voor en minder volgens de richtlijnen

Hoewel de verschillen relatief klein zijn, scoren apothekhoudende huisartsen per saldo lager op de indicatoren dan hun niet-apothekhoudende collega's.

De verschillen tussen regio's zijn toegenomen

Hoewel op enkele indicatoren de verschillen zijn afgenomen, zijn deze per saldo de laatste jaren groter geworden. Vooral op indicatoren uit de categorie 'veel ruimte voor verbetering', zoals de drie indicatoren over RAS-remmers, bestaan grote interregionale verschillen.

Het stimuleren van doelmatig voorschrijven is effectief

Drie van de vier hoogst scorende zorgverzekeraars belonen huisartsen op basis van hun scores op indicatoren. Zorgverzekeraar Menzis is in 2010 gestart met het maken van contractuele afspraken over doelmatig voorschrijven. In 2011 stijgt Menzis van plaats 13 naar 6.

Behandeling alle gebruikers minder volgens richtlijnen en minder doelmatig

Op een na zijn de scores op de acht subindicatoren voor alle gebruikers lager dan voor nieuwe gebruikers. Er zijn diverse legitieme en minder legitieme redenen voor dit verschil. Naar verwachting is er bij het voorschrijven aan alle gebruikers vooral enige doelmatigheidswinst en dus kostenbesparingen te behalen.

Aanbevelingen

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

Aanbevelingen aan het ministerie van VWS

Onderzoek naar oorzaken verschillen tussen huisartsen

- ▶ Laat onderzoek doen naar de oorzaken van de verschillen tussen regio's om aanknopingspunten te vinden voor regionaal beleid.

- ▶ Laat onderzoek doen naar de oorzaken van de gevonden verschillen tussen apotheekhoudende en niet-apotheekhoudende huisartsen. Hierdoor worden mogelijk aanknopingspunten gevonden om de implementatie van richtlijnen te differentiëren en te verbeteren.

Maak kostenbesparingen inzichtelijk

- ▶ Doelmatig voorschrijven levert kostenbesparingen op. Laat onderzoek doen hoe groot deze kostenbesparingen zijn.

Aanbevelingen aan de zorgverzekeraars

Beloon goed voorschrijven en goed FTO

- ▶ Maak afspraken met huisartsen over het voorschrijfgedrag en beloon hen bij goede uitkomsten.
- ▶ Maak voor het monitoren van de kwaliteit van voorschrijven gebruik van de Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen. Dit zijn gevalideerde indicatoren. Ze kunnen worden gemeten bij de gehele patiëntenpopulatie van de huisarts. Hierdoor gaan de uitkomsten over grotere aantallen patiënten dan de metingen van individuele zorgverzekeraars die beperkt zijn tot de bij die zorgverzekeraar verzekerde patiënten. Dat maakt de uitkomsten betrouwbaarder.
- ▶ Investeer ook in de kwaliteit van het FTO, omdat een positief verband is aangetoond tussen de kwaliteit van het FTO en de kwaliteit van voorschrijven.¹
- ▶ Effectief zijn professionaliseringstrajecten voor het FTO, gevolgd door het monitoren en belonen van goed FTO (FTO-niveau 4) en de kwaliteit en doelmatigheid van het voorschrijven.
- ▶ Besteed extra aandacht aan apotheekhoudende huisartsen en stimuleer hen om, individueel en in FTO-verband, gebruik te maken van de spiegelinformatie die de monitor biedt, nu dat voor hen mogelijk is.

Identificeer achterblijvers en spreek hen aan

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

Aanbevelingen voor huisartsen

Maak gebruik van de spiegelinformatie die de Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen biedt. De monitor biedt inzicht in het voorschrijfgedrag en helpt daarmee het voorschrijfgedrag verbeteren. De monitor is voor iedere huisarts te raadplegen via mvh.zorgprisma.nl. Een functionaliteit voor gebruik door FTO-groepen wordt nog toegevoegd.

¹ Relatie tussen FTO-niveau en scores op voorschrijfindicatoren. DGV, Nederlands Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik, Utrecht, 2008.

2 Scores op de indicatoren

Samenvatting

Aan de scores in 2011 valt op dat de zeven indicatoren waarop huisartsen al goed scoren, vooral kwaliteitsindicatoren zijn. De elf indicatoren waarop (veel) verbetering mogelijk is, zijn een combinatie van doelmatigheids- en kwaliteitsindicatoren. De grootste stijgers (+ 3 procentpunten) zijn Dosering simvastatine en pravastatine en Behandeling NSAID-gebruikers met maagmiddelen. De grootste daler (-3 procentpunten) is Voorkeursmiddelen bisfosfonaten. De score op vrijwel alle indicatoren voor alle gebruikers is lager dan de score op indicatoren voor nieuwe gebruikers.

Interpretatie scores

Tabel 2.1 geeft een overzicht van de scores op indicatoren uit de Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen. De cijfers hebben betrekking op het hele jaar 2011. De definities van de indicatoren staan in hoofdstuk 6.

Aangezien de streefwaarden voor de indicatoren niet bekend zijn, staan in de tabel alleen de landelijke gemiddeldes en de spreiding. De spreiding is de bandbreedte tussen de 10-percentielscore en de 90-percentielscore. De 10-percentielscore is de score waar tien procent van de huisartsen onder zit (de laagst scorende huisartsen) en de 90-percentielscore is de score waar tien procent van de huisartsen boven zit (de hoogst scorende huisartsen). Een grote spreiding betekent dat er grote verschillen zijn tussen huisartsen, een kleine spreiding duidt op kleine verschillen.

De indicatoren zijn positief gedefinieerd. Dat betekent dat hoe hoger de score, hoe meer de huisartsen zich conformeren aan het voorkeursbeleid. De indicator Reservemiddelen en 2e keus antibiotica vormt hierop een uitzondering. Hoe lager de score op deze indicator, hoe minder reserve-middelen en 2e keus antibiotica de huisarts voorschrijft. Voor de meeste indicatoren geldt dat een score van 100% (Reservemiddelen en 2e keus antibiotica: 0%) niet wenselijk is. Er zijn namelijk vrijwel altijd legitieme redenen voor uitzonderingen op richtlijnen.

Wij hebben de indicatoren ingedeeld op basis van de mate van ruimte voor verbetering. Deze is ingeschat aan de hand van de gemiddelde score en de grootte van de spreiding. Bij een gemiddelde score van 75% of hoger, in combinatie met een verschil tussen de 90-percentielscore en 10-percentiel-score van 25% of lager, schatten wij in dat niet veel verbetering mogelijk is op een indicator. Een groot deel van de huisartsen heeft dan immers een score van 75% of hoger. Bij lagere gemiddelde score en/of grotere spreiding schatten wij in dat wel verbetering mogelijk is. In tabel 2.2 staan de criteria die wij hebben gehanteerd bij deze indeling.

Tabel 2.1 Overzicht scores indicatoren 2011*

Verbetering	Indicator	Gemiddelde	Spreiding**
Weinig ruimte voor verbetering	Voorkeursmiddelen protonpompremmers	95%	90-99%
	Behandeling diabetespatiënten met metformine	94%	83-100%
	Voorkeursmiddelen statines	88%	75-100%
	Behandeling NSAID-gebruikers met maagmiddelen	87%	75-96%
	Reservemiddelen en 2e keus antibiotica***	18%	11-26%
	Behandeling astmapatiënten met inhalatiecorticosteroïden	79%	68-90%
	Overbehandeling triptanen	77%	66-88%
Ruimte voor verbetering	Voorkeursmiddelen NSAID's	86%	65-98%
	Voorkeursmiddelen bisfosfonaten	78%	33-100%
	Behandeling diabetespatiënten met statines	71%	58-83%
	Behandeling HVZ-patiënten met statines	69%	61-77%
Veel ruimte voor verbetering	Voorkeursmiddelen ACE-remmers	74%	20-100%
	Therapietrouw antidepressiva	72%	53-90%
	Voorkeursmiddelen RAS-remmers	68%	21-96%
	Dosering simvastatine en pravastatine	60%	17-93%
	Dosering rosuvastatine en atorvastatine	60%	25-96%
	Voorkeursmiddelen antidepressiva	56%	21-88%
	Voorkeursmiddelen All-antagonisten	29%	0-81%

* Definities van de indicatoren vindt u 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.

Tabel 2.2 Indeling ruimte voor verbetering

Categorie	Gemiddelde score	Grootte van de spreiding
Weinig ruimte voor verbetering	$\geq 75\%$	$\leq 25\%$
Ruimte voor verbetering	$\geq 75\%$	$> 25\%$
	$< 75\%$	$\leq 25\%$
Veel ruimte voor verbetering	$< 75\%$	$> 25\%$

* Reservemiddelen en 2e keus antibiotica: afkappunt gemiddelde score 25%.

Op elf indicatoren (veel) ruimte voor verbetering

Op zeven indicatoren scoren huisartsen goed en bestaat weinig ruimte voor verbetering. Ook de dit jaar nieuw toegevoegde indicatoren Behandeling diabetespatiënten met metformine en Reservemiddelen en 2e keus antibiotica vallen in deze categorie. De indicator Voorkeursmiddelen bisfosfonaten scoort gemiddeld hoger dan 75%, maar belandt vanwege de grote spreiding in de categorie Ruimte voor verbetering. Opvallend is dat de indicatoren in de categorie Weinig ruimte voor verbetering grotendeels kwaliteitsindicatoren zijn, dat wil zeggen indicatoren die een vertaling zijn van een aanbeveling in een richtlijn.

Bij elf indicatoren bestaat (veel) ruimte voor verbetering. Dit zijn zowel indicatoren die zich primair op doelmatigheid richten als indicatoren die zich op kwaliteit van het voorschrijven richten. Bij doelmatigheidsindicatoren wijst de richtlijn geen voorkeursmiddel aan, maar gaat op basis van onderlinge vergelijkbaarheid van de middelen de voorkeur uit naar de goedkoopste middelen. Veel winst is bijvoorbeeld te behalen bij de indicatoren over RAS-remmers. De in 2011 geldende NHG-standaarden Cardiovasculair risicomanagement (2006) en Hartfalen (2010) adviseren om bij indicatie voor een RAS-remmer in eerste instantie te kiezen voor een ACE-remmer. Van All-antagonisten staat nog niet vast dat zij op harde eindpunten even effectief zijn als ACE-remmers.² Wel zijn zij fors duurder. Toch schrijven veel huisartsen meteen een All-antagonist voor (gemiddelde score indicator Voorkeursmiddelen RAS-remmers 68%, spreiding 21-96%). Veel huisartsen geven de voorkeur aan andere All-antagonisten dan voorkeursmiddel losartan (gemiddelde score indicator Voorkeursmiddelen All-antagonisten 29%, spreiding 0-81%). Losartan is de All-antagonist waarmee de meeste ervaring bestaat en de enige All-antagonist die heel 2011 uit patent was (en dus het goedkoopst). Complicerend bij deze indicator is dat de NHG-standaard Hartfalen (2010) bij indicatie voor All-antagonisten bij hartfalen expliciet candesartan en valsartan adviseert. Uit de validatie is echter gebleken dat huisartsen All-antagonisten in de overgrote meerderheid voorschrijven voor de indicatie hypertensie. Ook op de indicator Voorkeursmiddelen ACE-remmers is bij een deel van de huisartsen (doelmatigheids)winst te behalen (gemiddelde score 74%, spreiding 20-100%).

Uit de scores op de indicatoren Dosering simvastatine en pravastatine (gemiddeld 60%, spreiding 17-93%) en Dosering atorvastatine en rosuvastatine (gemiddeld 60%, spreiding 25-96%) blijkt dat veel huisartsen statines niet in de juiste dosering voorschrijven. Te hoge of te lage doseringen statines geven respectievelijk te veel bijwerkingen of niet het gewenste effect.

Ook op de twee indicatoren op het gebied van depressie is veel winst te behalen. Meer aandacht is nodig voor de implementatie van voorkeursmiddelen antidepressiva (gemiddelde score op Voorkeursmiddelen antidepressiva 56%, spreiding 21-88%). Daarnaast mag een deel van de huisartsen meer aandacht besteden aan de therapietrouw bij antidepressiva (gemiddelde score Therapietrouw antidepressiva 72%, spreiding 53-89%). Hierbij moet worden opgemerkt dat het bevorderen van therapietrouw waarschijnlijk in het algemeen meer aandacht verdient en niet alleen voor antidepressiva.

² Farmacotherapeutisch Kompas 2011.

Grootste stijgers en dalers

In vergelijking met vorig jaar zijn er bij een aantal indicatoren kleine verschillen in scores. Deze verschillen variëren van -3% tot +3%. In tabel 2.3 staan de indicatoren waarvan de gemiddelde score in vergelijking met vorig jaar met 3% is toegenomen of afgenomen. Deze verschillen zijn gezien de grote aantallen huisartsen statistisch significant, en gezien de grote aantallen patiënten, ook klinisch relevant.

Tabel 2.3 Grootste stijgers en dalers (verschil gemiddelde scores ten opzichte van scores in het rapport 2010)

Stijgers (+3%)	Daler (-3%)
› Dosering simvastatine en pravastatine	› Voorkeursmiddelen bisfosfonaten
› Behandeling NSAID-gebruikers met maagmiddelen	

De afgelopen jaren is veel aandacht besteed aan de implementatie van de NHG-standaard Cardiovasculair risicomanagement (2006). De score op Dosering simvastatine en pravastatine was afgelopen jaren al fors gestegen (van 45% in 2008 naar 57% in 2010), en stijgt nu door naar gemiddeld 60%. Aan de grote spreiding te zien, is verdere verbetering nog mogelijk. Daarnaast zijn huisartsen (en apothekers) zich steeds meer bewust van het belang om preventief maagbescherming te geven bij NSAID-gebruikers ouder dan 70 jaar. Het is de vraag of deze trend ook doorzet in 2012, nu protonpompremmers alleen bij chronisch gebruik vergoed worden.

De daling van de score op de indicator Voorkeursmiddelen bisfosfonaten kan te verklaren zijn door een toename in voorschrijven van niet-voorkeursmiddelen of van combinatiepreparaten van een voorkeursbisfosfonaat met calcium en vitamine D. De begin 2011 verschenen multidisciplinaire richtlijn Osteoporose en fractuurpreventie adviseert bij behandeling met bisfosfonaten standaard suppletie van vitamine D en (in mindere mate) calcium. Het is mogelijk dat huisartsen daardoor vaker een combinatiepreparaat kiezen. Combinatiepreparaten zijn echter veel duurder dan afzonderlijk een bisfosfonaat en vitamine D/calcium.

Alle gebruikers: lagere scores

Van een aantal indicatoren bestaan twee varianten. Zo is een aantal indicatoren ook berekend voor alle gebruikers. Alle gebruikers zijn chronische en nieuwe gebruikers waarvan het laatste voorschrift over een meetperiode door de huisarts is voorgeschreven. Van deze indicatoren vindt u de resultaten in tabel 2.4.

Tabel 2.4 Overzicht scores indicatoren voor nieuwe en alle gebruikers in 2011

Indicator	Nieuwe gebruikers		Alle gebruikers	
	Score	Spreiding	Score	Spreiding
Voorkeursmiddelen statines	88%	75-100%	66%	50-80%
Behandeling diabetespatiënten met metformine	94%	83-100%	87%	80-93%
Voorkeursmiddelen AII-antagonisten	29%	0-81%	20%	5-41%
Voorkeursmiddelen protonpompremmers	95%	90-99%	82%	70-92%
Dosering simvastatine en pravastatine	60%	17-93%	55%	36-73%
Dosering rosuvastatine en atorvastatine	60%	25-96%	72%	58-85%

Bij bijna alle indicatoren wordt het voorkeursbeleid beter gevolgd bij nieuwe gebruikers dan bij alle gebruikers. Alleen de indicator Dosering atorvastatine en rosuvastatine scoort bij alle gebruikers hoger dan bij nieuwe gebruikers.

Er zijn diverse algemene verklaringen mogelijk voor de lagere scores bij alle gebruikers. Wij bespreken hier een aantal:

Veranderd adviesbeleid

Het adviesbeleid kan door het verschijnen van nieuwe richtlijnen veranderd zijn. Huisartsen zullen de medicatie van reeds bestaande patiënten niet altijd actief aanpassen, tenzij daar zwaarwegende redenen voor zijn, bijvoorbeeld dat een geneesmiddel serieus in opspraak is geraakt.

Nieuw voorkeursmiddel door vervallen patent

Een geneesmiddel uit een bepaalde groep kan door het vervallen van het patent, en daar op volgende prijsdaling, 'opeens' uit doelmatigheids-overwegingen voorkeursmiddel worden. Veel huisartsen zullen dan niet meteen geneigd zijn de medicatie van huidige gebruikers van geneesmiddelen uit de betreffende groep aan te passen. Daarbij moet wel opgemerkt worden dat met het geneesmiddel waarvan het patent vervalt, meestal ook meer ervaring is op gedaan dan met de overige geneesmiddelen uit die groep. Ook uit kwaliteitsoverwegingen kan dat geneesmiddel dus een voorkeursmiddel zijn (uitgaande van gelijkwaardigheid van de geneesmiddelen uit die groep onderling). Een voorbeeld hiervan is All-antagonist losartan, waarvan het patent als eerste van de groep in 2010 verlopen is.

Voorkeursmedicatie in tweede instantie omgezet

Alle gebruikers bestaan voor een deel uit patiënten die als nieuwe gebruiker wel degelijk het voorkeursmiddel of voorkeursbeleid hebben gekregen, maar daarmee hun behandeldoelen niet behaalden. Dit is bijvoorbeeld een plausibele verklaring voor het verschil in score bij Voorkeursmiddelen statines. De NHG-standaard Cardiovasculair risicomanagement adviseert namelijk bij het niet behalen van de streefwaarde van het LDL-cholesterol een overstap te overwegen naar atorvastatine of rosuvastatine.

Door specialisten geïnitieerde voorschriften

Bij alle gebruikers zitten ook voorschriften die ooit door een medisch specialist zijn geïnitieerd en nu door de huisarts worden herhaald. De huisarts is medeverantwoordelijk voor deze herhalingsrecepten. Als het voorschrijfbeleid van medisch specialisten niet in overeenstemming is met dat van de huisarts, verdient het voorkeur om hierover regionaal afspraken tussen de eerste en tweede lijn te maken.³ Dit draagt bij aan een beperking van het aantal nieuwe patiënten met niet-voorkeursmedicatie vanuit de tweede lijn. Bij bepaalde patiënten(groepen) is het in overleg wellicht zelfs mogelijk om huidige niet-voorkeursmedicatie om te zetten in voorkeursmedicatie.

³ Zie het NHG-standpunt 'Farmacotherapiebeleid in de huisartsenzorg' (2006).

3 Apotheekhoudende huisartsen

Samenvatting

Apotheekhoudende huisartsen schrijven op 2 indicatoren minstens 3 procentpunten beter en op 4 indicatoren minstens 3 procentpunten slechter voor dan hun niet-apotheekhoudende collega's. Op de overige indicatoren zijn de verschillen kleiner, maar over het algemeen scoren niet-apotheekhoudende huisartsen hoger.

Scores apotheekhoudende huisartsen

Dit jaar hebben we voor het eerst de scores van niet-apotheekhoudende huisartsen (n=7925) vergeleken met die van apotheekhoudende huisartsen (n=578). Apotheekhoudende huisartsen zitten vooral in Friesland en Zeeland. In tabel 3.1 staan per indicator de gemiddelde scores en spreiding voor apotheekhoudende en niet-apotheekhoudende huisartsen weergegeven. De indicatoren staan op volgorde van de grootte van het verschil in score.

Indicator	Apotheekhoudenden		Niet-apotheekhoudenden		Verskil
	Gemiddelde	Spreiding**	Gemiddelde	Spreiding	
Voorkeursmiddelen RAS-remmers	71,6%	28,6 - 96,4%	67,6%	20,0 - 96,2%	4,0%
Voorkeursmiddelen NSAID's	88,9%	71,9 - 99,1%	85,8%	64,9 - 98,3%	3,1%
Voorkeursmiddelen antibiotica	20,2%	12,4 - 29,0%	17,3%	10,4 - 25,1%	-2,9% ***
Therapietrouw antidepressiva	74,2%	56,0 - 91,7%	71,6%	52,8 - 89,2%	2,7%
Voorkeursmiddelen bisfosfonaten	80,0%	33,3 - 100%	77,9%	33,3 - 100%	2,2%
Voorkeursmiddelen ACE-remmers	75,3%	27,8 - 100%	73,3%	19,4 - 100%	2,0%
Voorkeursmiddelen antidepressiva	57,4%	20,0 - 91,7%	56,2%	20,7 - 88,2%	1,3%
Voorkeursmiddelen bisfosfonaten	73,6%	25,0 - 100%	73,4%	28,6 - 100%	0,2%
Dosering rosuvastatine en atorvastatine	59,6%	25,0 - 93,8%	60,4%	25,0 - 96,7%	-0,7%
Behandeling astma-patiënten met inhalatiecorticosteroiden	78,4%	67,4 - 90,4%	79,3%	68,0 - 89,7%	-0,8%
Behandeling diabetespatiënten met metformine	93,2%	80,0 - 100%	94,1%	83,1 - 100%	-0,9%
Behandeling diabetespatiënten met statines	69,5%	56,5 - 81,1%	71,1%	58,1 - 82,6%	-1,6%
Overbehandeling triptanen	75,4%	62,8 - 86,8%	77,2%	66,2 - 87,7%	-1,7%
Voorkeursmiddelen statines	86,1%	71,8 - 100%	88,5%	75,0 - 100%	-2,4%
Behandeling HVZ-patiënten met statines	66,7%	56,7 - 75,5%	69,5%	61,3 - 77,5%	-2,8%
Voorkeursmiddelen All-antagonisten	25,2%	0,0 - 76,9%	29,5%	0,0 - 81,3%	-4,3%
Dosering simvastatine en pravastatine	54,7%	15,4 - 90,5%	60,3%	18,0 - 93,2%	-5,6%
Behandeling NSAID-gebruikers met maagmiddelen	80,9%	67,7 - 92,3%	87,0%	76,2 - 96,6%	-6,1%
Voorkeursmiddelen protonpompremmers	85,5%	43,3 - 99,7%	95,3%	90,8 - 99,4%	-9,8%

* Definities van de indicatoren vindt u in hoofdstuk 6.

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

*** Het negatieve verschil bij deze indicator betekent dat apotheekhoudende huisartsen minder reservemiddelen en 2 keus antibiotica voorschrijven (dus 'beter' scoren).

Het grootste negatieve verschil in score tussen apotheekhoudende en niet-apotheekhoudende huisartsen bestaat bij de indicator Voorkeursmiddelen protonpompremmers (gemiddelde score 85,5% versus 95,3%). Opvallend is dat de spreiding in scores bij apotheekhoudende huisartsen veel groter is dan bij hun niet-apotheekhoudende collega's. Een op de vijf apotheekhoudende huisartsen scoort (ruim) onder de 85%, terwijl dit bij niet-apotheekhoudende huisartsen nauwelijks voorkomt. Deze laag scorende huisartsen hebben een forse negatieve invloed op de gemiddelde score van de hele groep. Bij de overige indicatoren bestond niet een dergelijke grote spreiding in scores.

Ook aanzienlijke negatieve verschillen bestaan bij de indicatoren Voorkeursmiddelen All-antagonisten (25,2% versus 29,5%), Dosering simvastatine en pravastatine (54,7% versus 60,3%) en Behandeling NSAID-gebruikers met maagmiddelen (80,9% versus 87,0%).

Er zijn ook indicatoren waar de apotheekhoudende huisartsen hoger op scoren. De positieve verschillen zijn echter bescheidener van omvang. Het grootste positieve verschil in score (4%) bestaat bij de indicator Voorkeursmiddelen RAS-remmers (71,6% versus 67,6%). Ook op de indicator Voorkeursmiddelen NSAID's (88,9% versus 85,8%) scoren apotheekhoudende huisartsen iets beter dan niet-apotheekhoudenden.

Over het geheel genomen scoren apotheekhoudende huisartsen minder hoog op de indicatoren dan niet-apotheekhoudende huisartsen. Een van de mogelijke verklaringen kan zijn dat apotheekhoudende huisartsen tot voor kort minder makkelijk toegang hadden tot spiegelinformatie. De cijfers van SFK (op basis van aflevergegevens van apotheken) bevatten vanzelfsprekend geen voorschrijfgegevens van apotheekhoudende huisartsen. Apotheekhoudende huisartsen hebben daardoor mogelijk minder inzicht in hun eigen voorschrijfgedrag en de verbeterpunten daarin. Met het in gebruik nemen van de webrapportage op basis van gegevens van Vektis kan daar nu verbetering in komen. Een andere mogelijke verklaring voor de verschillen in scores is het ontbreken van een apotheker. Bij niet-apotheekhoudende huisartsen draagt bijvoorbeeld de apotheker voor een deel bij aan de hoge score op de indicator Behandeling NSAID-gebruikers met maagmiddelen. Een apotheekhoudende huisarts staat er wat dat betreft 'alleen voor'. Aan de andere kant scoren apotheekhoudende huisartsen ongeveer even hoog op de indicator Behandeling astmapatiënten met inhalatiecorticosteroiden. Dit is ook een indicator waaraan in de niet-apotheekhoudende praktijk de apotheker behoorlijk bijdraagt.

4 Regionale verschillen

Samenvatting

Tussen regio's bestaan grote verschillen in scores op de indicatoren. De interregionale verschillen zijn in vergelijking met vorig jaar toegenomen. Grote verschillen bestaan vooral bij de indicatoren uit de categorie 'Veel ruimte voor verbetering' (score < 75% en spreiding > 25%, zie hoofdstuk 2). De bestaande grote verschillen impliceren dat het noodzakelijk is om implementatie-activiteiten af te stemmen op regionale lacunes in het voorschrijfbeleid.

Regionale verschillen scores op indicatoren

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

Indicator	Regionale spreiding**	Vershil laagst en hoogst scorende regio	Gemiddeld
Voorkeursmiddelen ACE-remmers	27-94%	67%	74%
Dosering simvastatine en pravastatine	32-85%	53%	60%
Voorkeursmiddelen All-antagonisten	8-58%	50%	29%
Voorkeursmiddelen RAS-remmers	41-88%	47%	68%
Voorkeursmiddelen bisfosfonaten	56-100%	44%	78%
Voorkeursmiddelen antidepressiva	36-77%	41%	56%
Dosering rosuvastatine en atorvastatine	37-74%	37%	60%
Behandeling NSAID-gebruikers met maagmiddelen	64-92%	28%	87%
Behandeling diabetespatiënten met statines	56-78%	22%	71%
Therapietrouw antidepressiva	61-82%	21%	72%
Behandeling astmapatiënten met inhalatiecorticosteroïden	70-91%	21%	79%
Voorkeursmiddelen NSAID's	77-97%	20%	86%
Voorkeursmiddelen statines	77-95%	18%	88%
Voorkeursmiddelen protonpompremmers	81-99%	18%	95%
Behandeling HVZ-patiënten met statines	59-75%	16%	69%
Overbehandeling triptanen	67-82%	15%	77%
Reservemiddelen en 2e keus antibiotica***	14-29%	15%	18%
Behandeling diabetespatiënten met metformine	87-100%	13%	94%

* Definities van de indicatoren vindt u in hoofdstuk 6.

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

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

De grootste interregionale verschillen vinden we bij de indicatoren Voorkeursmiddelen ACE-remmers (67 procentpunten verschil tussen de hoogst en de laagst scorende regio), Dosering simvastatine en pravastatine (53 procentpunten verschil) en Voorkeursmiddelen AII-antagonisten (50 procentpunten verschil). Vooral bij indicatoren uit de categorie 'veel ruimte voor verbetering' bestaan grote interregionale verschillen tussen de gemiddelde scores van huisartsen. Dat impliceert dat de verbetering vooral in een aantal regio's behaald kan worden, terwijl in andere regio's al goed gescoord wordt. Per indicator kan het hierbij om andere regio's gaan.

Hoewel voor sommige indicatoren de interregionale verschillen zijn afgenomen, zijn deze per saldo in vergelijking met vorig jaar toegenomen. De verschillen zijn het meest toegenomen bij de indicatoren Behandeling NSAID-gebruikers met maagmiddelen (28 procentpunten verschil in 2011 versus 19 in 2010), Behandeling astmapatiënten met inhalatiecorticosteroiden (21 versus 14) en Voorkeursmiddelen AII-antagonisten (50 versus 44). Hoewel niet volledig een-op-een te vergelijken, constateren we aan de hand van de SFK-gegevens uit onze eerdere rapportages dat de trend naar grotere interregionale verschillen al langer gaande is.

Clusterscores

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

De volgende vier postcodegebieden scoren in 2011 het hoogst: regio 80 (Zwolle), 67 (Ede, Wageningen), 77 (Coevorden, Dalfsen, Hardenberg, Ommen) en 13 (Almere). Regio 67 is nieuw in de top 4. Regio 82 (Lelystad) stond vorig jaar op de tweede plaats, maar is nu gezakt naar plaats 11. De vier laagst scorende postcodegebieden zijn 63 (Valkenburg), 60 (Weert, Roermond), 64 (Heerlen) en 87 (Bolsward). Regio 62 (Maastricht) stond vorig jaar op de vier na laatste plaats, maar heeft van plaats gewisseld met 87 (Bolsward) en staat dus nu op de vijf na laatste plaats.

Mogelijke oorzaken regionale verschillen

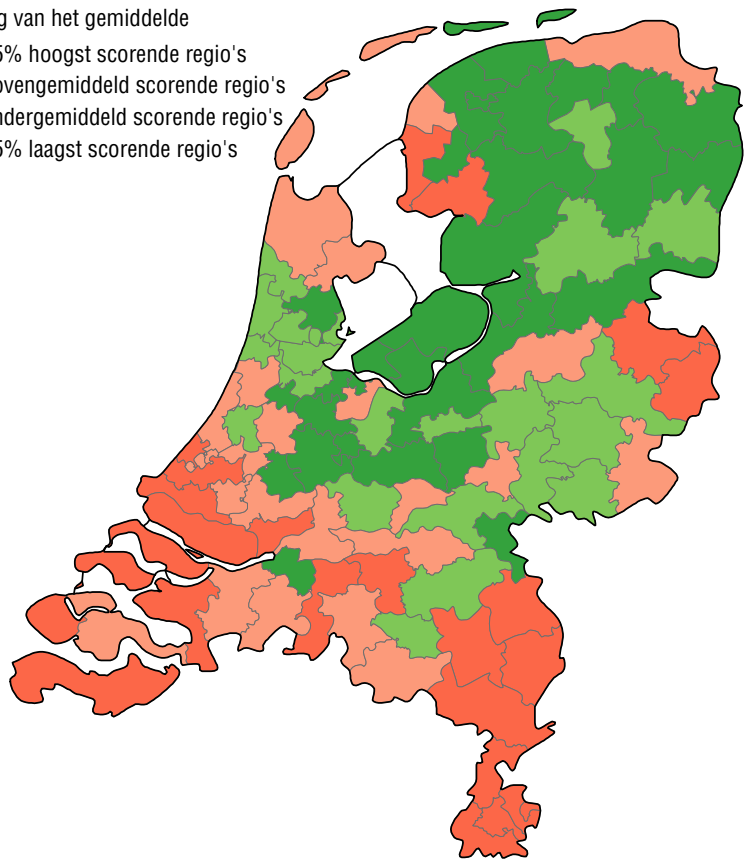
De grote regionale verschillen kunnen verschillende oorzaken hebben. Denk bijvoorbeeld aan: bevolkingskenmerken, huisartskenmerken, regionale kwaliteitsprojecten, beleid zorgverzekeraars, kwaliteit FTO, transmurale afspraken en de marketingactiviteiten van de farmaceutische industrie. Van al deze afzonderlijke factoren heeft onderzoek⁴ laten zien dat zij invloed hebben op het voorschrijfgedrag van huisarts. We kunnen echter geen uitspraak doen welke van deze factoren een doorslaggevende rol heeft voor het verklaren van de regionale verschillen. Het zou bovendien goed kunnen dat bij iedere indicator weer een andere factor of combinatie van factoren deze verschillen verklaren. Inzicht in de verklarende factoren biedt aanknopingspunten voor regionaal beleid en gerichte interventie. Een probleemanalyse om verklaringen te vinden voor laag scorende regio's is wenselijk. Dat maakt het mogelijk om gerichte interventies uit te voeren in de laag scorende regio's.

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

Landkaart 4.1 Richtlijn nieuwe gebruikers

Afwijking van het gemiddelde

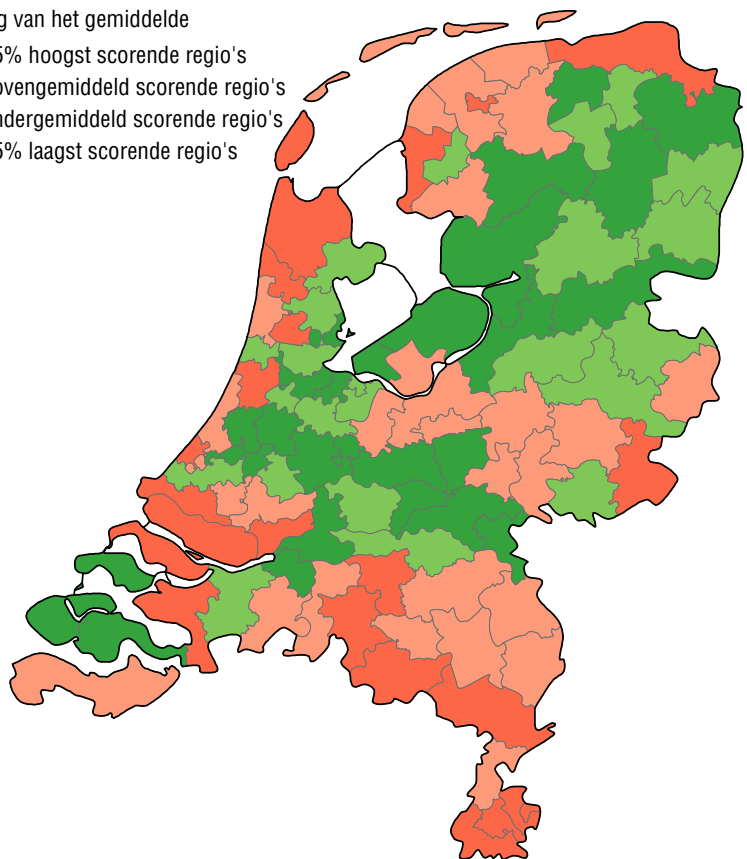
- 25% hoogst scorende regio's
- bovengemiddeld scorende regio's
- ondergemiddeld scorende regio's
- 25% laagst scorende regio's



Landkaart 4.2 Doelmatigheid nieuwe gebruikers

Afwijking van het gemiddelde

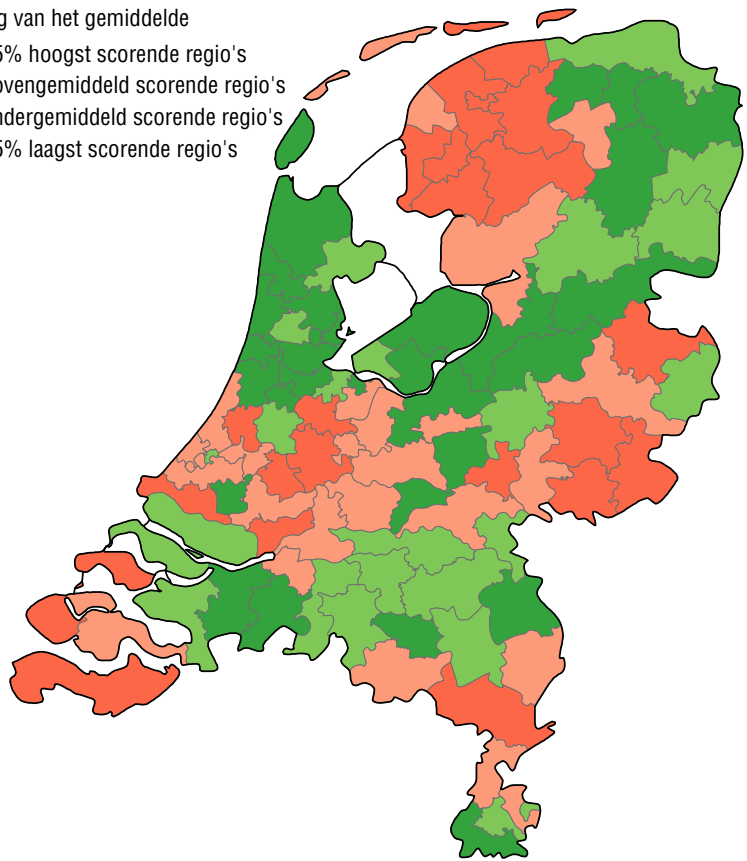
- 25% hoogst scorende regio's
- bovengemiddeld scorende regio's
- ondergemiddeld scorende regio's
- 25% laagst scorende regio's



Landkaart 4.3 Cardiovasculair risicomanagement

Afwijking van het gemiddelde

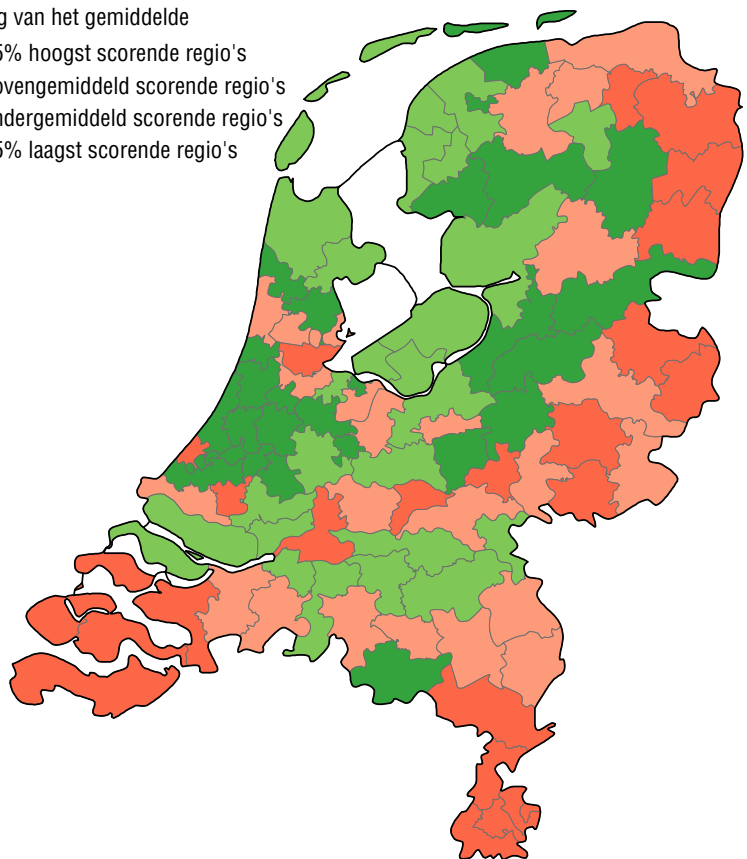
- 25% hoogst scorende regio's
- bovengemiddeld scorende regio's
- ondergemiddeld scorende regio's
- 25% laagst scorende regio's



Landkaart 4.4 Overig

Afwijking van het gemiddelde

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



5 Verschillen tussen zorgverzekeraars

Samenvatting

In de top vier van zorgverzekeraars staan vrijwel alleen zorgverzekeraars die voorschrijfindicatoren gebruiken voor het belonen van huisartsen. De grootste stijger van dit jaar, Menzis, is in 2010 gestart met het maken van doelmatigheidsafspraken met huisartsen. Onderaan staat al jaren Azivo.

Verschillen

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

In tabel 5.1 staat een overzicht van de rangorde van zorgverzekeraars. De tabel bevat de rangorde van vier clusters van indicatoren en de overall rangorde op basis van alle indicatoren in de vier clusters. Al jaren staat Salland bovenaan in de ranglijst: verzekerden van Salland worden door huisartsen het meest volgens de richtlijnen en doelmatig behandeld. Daarna volgen Zorg en Zekerheid, Agis (Achmea) en Zilveren Kruis (Achmea). Deze zorgverzekeraars gebruikten de afgelopen jaren voorschrijfindicatoren voor het belonen van huisartsen. Grote stijger in 2011 is Menzis. Deze zorgverzekeraar is gestegen van plaats 13 naar plaats 6. Deze zorgverzekeraar maakt sinds kort doelmatigheidsafspraken met huisartsen. Dit beleid werpt zijn vruchten af. Onderaan staat al jaren Azivo: verzekerden van Azivo worden door huisartsen het minst volgens de richtlijnen en doelmatig behandeld. Azivo is gefuseerd met Menzis, maar kennelijk volgt Azivo nog niet het Menzisbeleid.

Tabel 5.1 Overzicht rangorde zorgverzekeraars op vier clusters

Rangorde totaal 2011	Zorgverzekeraar (concern)	Richtlijn keuze 2011	Doelmatige keuze 2011	CVRM 2011	Overig 2011
1	Salland	1	1	7	1
2	Zorg en Zekerheid	7	2	1	2
3	Agis (Achmea)	3	3	3	15
4	Zilveren Kruis (Achmea)	5	5	2	8
5	Univé (UVIT)	5	9	4	5
6	Menzis/Anderzorg (Menzis)	4	4	8	13
7	overig (Achmea)	9	6	8	4
8	overig (UVIT)	10	6	12	3
9	Stad Holland	8	10	15	8
10	ASR ziektekostenverzekering	11	8	14	5
11	De Friesland	2	11	18	8
12	VGZ (UVIT)	13	14	5	13
13	ONVZ	12	13	10	12
14	Delta Lloyd/OHRA (CZ)	15	11	13	11
15	CZ (CZ)	15	16	6	17
16	Trias (UVIT)	14	15	17	7
17	DSW	17	17	16	15
18	Azivo (Menzis)	18	18	10	18

6 Clusterindeling en definities van de indicatoren

Clusterindeling

De indicatoren zijn ingedeeld in vier clusters. Tabel 6.1 laat zien hoe de indicatoren zijn geclusterd. Het cluster Richtlijn keuze bij nieuwe gebruikers bevat geneesmiddelengroepen waarbij de NHG-standaard één of meer voorkeursmiddelen aanbeveelt. Het cluster Doelmatige keuze bij nieuwe gebruikers bevat geneesmiddelengroepen waarbij de NHG-standaard geen voorkeursmiddel aanbeveelt, omdat de middelen een vergelijkbare werking hebben. Een doelmatige keuze kan hier op basis van de kosten van geneesmiddelen worden gemaakt. De clusterscores worden berekend door de scores van de indicatoren per cluster op te tellen.

Tabel 6.1 Indicatoren per cluster	
Cluster	Indicator
Richtlijn keuze bij nieuwe gebruikers	Behandeling diabetespatiënten met metformine
	Reservemiddelen en 2e keus antibiotica
	Voorkeursmiddelen bisfosfonaten
	Voorkeursmiddelen NSAID's
	Voorkeursmiddelen RAS-remmers
Doelmatige keuze bij nieuwe gebruikers	Voorkeursmiddelen statines
	Voorkeursmiddelen AII-antagonisten
	Voorkeursmiddelen ACE-remmers
	Voorkeursmiddelen antidepressiva
CVRM	Voorkeursmiddelen protonpompremmers
	Behandeling diabetespatiënten met statines
	Behandeling HVZ-patiënten met statines
	Dosering rosuvastatine en atorvastatine
Overig	Dosering simvastatine en pravastatine
	Behandeling astmapatiënten met inhalatiecorticosteroiden
	Behandeling NSAID-gebruikers met maagmiddelen
	Overbehandeling triptanen
	Therapietrouw antidepressiva

Definities indicatoren

De definities van de verschillende indicatoren staan hieronder weergegeven. Deze zijn gebaseerd op de NHG-standaarden en aanvullende bronnen die in het hele jaar 2011 geldig waren. De indicatoren op het gebied van cardiovasculair risicomanagement zijn bijvoorbeeld nog gebaseerd op de NHG-standaard Cardiovasculair risicomanagement (2006). De indicatoren staan in dezelfde volgorde als tabel 2.1.

Voor alle definities geldt: nieuwe gebruikers zijn gebruikers met een eerste voorschrift (van de huisarts), die afgelopen 12 maanden geen voorschrift hebben gehad voor een middel uit de betreffende geneesmiddelgroep. Alle gebruikers zijn nieuwe en chronische gebruikers waarvan het laatste voorschrift van een meetperiode door de huisarts is voorgeschreven.

Voorkeursmiddelen protonpompremmers

Volgens het Farmacotherapeutisch Kompas (2010) behoort bij de keuze van een protonpompremmer, gezien de geringe onderlinge verschillen, de prijs een belangrijke rol te spelen. Omeprazol en pantoprazol zijn in 2011 de goedkoopste middelen.

Definitie *versie nieuwe gebruikers*

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

Definitie *versie alle gebruikers*

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

Behandeling diabetespatiënten met metformine

Volgens de NHG-standaard 'Diabetes mellitus type 2' (2006) 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 de metformine.

Definitie *versie nieuwe gebruikers*

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

Definitie *versie alle gebruikers*

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

Voorkeursmiddelen statines

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

Definitie *versie nieuwe gebruikers*

$$\frac{\text{Aantal nieuwe gebruikers van simvastatine of pravastatine}}{\text{Aantal nieuwe gebruikers van statines}}$$

Definitie *versie alle gebruikers*

$$\frac{\text{Aantal gebruikers van simvastatine of pravastatine}}{\text{Aantal gebruikers van statines}}$$

Behandeling NSAID-gebruikers met maagmiddelen

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

Definitie

$$\frac{\text{Aantal gebruikers (>70 jaar) van NSAID's of salicylaten* met maagprotectie}}{\text{Aantal gebruikers (>70 jaar) van NSAID's of salicylaten}}$$

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

Reservemiddelen en 2e keusmiddelen antibiotica

Chinolonen, cefalosporinen en amoxicilline/clavulaanzuur zijn volgens de NHG-standaarden 'Urineweginfecties' (2005), 'Otitis media acuta bij kinderen' (2006), 'Acute keelpijn' (2007), 'Acuut hoesten' (2011), 'Rhinosinusitis' (2005), 'COPD' (2007) en het Farmacotherapeutisch Kompas (2010) in de meeste situaties geen eerste keuze middelen. Om de mogelijke ontwikkeling van resistentie te voorkomen dienen deze middelen terughoudend te worden voorgeschreven.

Definitie

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

Behandeling astmapatiënten met inhalatiecorticosteroiden

De NHG-standaarden Astma bij volwassenen (2007) en de 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

$$\frac{\text{Aantal gebruikers (6-39 jaar) van inhalatiecorticosteroiden}}{\text{Aantal patiënten (6-39) jaar met >2 voorschriften voor astmamiddelen}}$$

Overbehandeling triptanen

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

Definitie

$$\frac{\text{Aantal gebruikers met minder dan 72 tabletten sumatriptan of 48 tabletten overige triptanen en aantal gebruikers van triptanen in combinatie met preventieve behandeling met betablokkers}}{\text{Aantal gebruikers triptanen}}$$

Voorkeursmiddelen NSAID's

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

Definitie versie voorkeursmiddelen nieuwe gebruikers

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

Definitie versie generieke voorkeursmiddelen nieuwe gebruikers

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

Voorkeursmiddelen bisfosfonaten

In de NHG-standaard Osteoporose (2005) staat dat bij patiënten die in aanmerking komen voor preventieve behandeling de voorkeur uitgaat naar de bisfosfonaten alendronaat of risedronaat.

Definitie versie voorkeursmiddelen nieuwe gebruikers

$$\frac{\text{Aantal nieuwe gebruikers van alendronaat en risedronaat}}{\text{Aantal nieuwe gebruikers van bisfosfonaten}}$$

Definitie versie generieke voorkeursmiddelen nieuwe gebruikers

$$\frac{\text{Aantal nieuwe gebruikers van generiek alendronaat en risedronaat}}{\text{Aantal nieuwe gebruikers van bisfosfonaten}}$$

Behandeling diabetespatiënten met statines

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

Definitie

$$\frac{\text{Aantal gebruikers (40-79 jaar) van orale bloedglucoseverlagende middelen in combinatie met een statine}}{\text{Aantal gebruikers (40-79 jaar) van orale bloedglucoseverlagende middelen}}$$

Behandeling HVZ-patiënten met statines

Volgens de NHG-standaard cardiovasculair risicomangement (2006) horen alle patiënten met HVZ met een LDL > 2,5 mmol/l een cholesterolsyntheseremmer te krijgen.

Definitie

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

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

Voorkeursmiddelen ACE-remmers

Uit het Farmacotherapeutisch Kompas (2010) blijkt niet dat er binnen de groep ACE-remmers middelen superieur zijn aan anderen. Uit doelmatigheidsoverwegingen is het daarom aan te bevelen om bij indicatie voor een middel uit deze groep een ACE-remmer te kiezen die ook generiek beschikbaar is. Captopril, enalapril, fosinopril, lisinopril, perindopril (terbutylamine), quinapril en ramipril zijn generiek beschikbaar.

Definitie

Aantal nieuwe gebruikers van generieke enalapril, captopril, lisinopril, ramipril

Aantal nieuwe gebruikers ACE-remmers (inclusief combinaties)

Therapietrouw antidepressiva

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

Definitie

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

Aantal nieuwe gebruikers van antidepressiva*

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

Voorkeursmiddelen RAS-remmers

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

Definitie

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

Aantal nieuwe gebruikers van RAS-remmers

Dosering simvastatine en pravastatine

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

Definitie versie nieuwe gebruikers

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

Definitie versie alle gebruikers

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

Dosering rosuvastatine en atorvastatine

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

Definitie versie nieuwe gebruikers

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

Definitie versie alle gebruikers

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

Voorkeursmiddelen antidepressiva

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

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

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

Definitie

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

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

Voorkeursmiddelen All-antagonisten

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

Definitie *versie nieuwe gebruikers*

$$\frac{\text{Aantal nieuwe gebruikers generiek losartan}}{\text{Aantal nieuwe gebruikers All-antagonisten (inclusief combinaties)}}$$

Definitie *versie alle gebruikers*

$$\frac{\text{Aantal gebruikers generiek losartan}}{\text{Aantal gebruikers All-antagonisten (inclusief combinaties)}}$$

7 Methode

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

Ontwikkeling en validatie

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

Onderhoud aan de indicatoren

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

Gebruikte gegevens

De scores in dit rapport hebben betrekking op het jaar 2011 en zijn gebaseerd op Vektisgegevens. In het bestand zitten de voorschrijfgegevens van 8503 huisartsen, waarvan 578 apotheekhoudende huisartsen.

Analyse

Scores op de indicatoren

Voor het berekenen van het landelijk gemiddelde is het gewogen gemiddelde van de indicatorscores genomen van alle huisartsen. Bij iedere indicator is gewogen op de grootte van de noemer; huisartsen met relatief weinig patiënten tellen daarom minder zwaar mee. De spreiding van de indicator is het verschil tussen de gewogen 90-percentielscore en de 10-percentielscore. Een vergelijking met uitkomsten in de eerdere rapporten van de Benchmark Voorschrijven Huisartsen is om verschillende redenen niet mogelijk. De definities van een groot aantal indicatoren zijn aangescherpt en geactualiseerd. Daardoor zijn de indicatoren niet vergelijkbaar. Het gegevensbestand van SFK verschilt in een aantal opzichten met dat van Vektis. Zo bevat SFK aflevergegevens en Vektis declaratiegegevens.

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

Verschillen tussen apotheekhoudende en niet-apotheekhoudende huisartsen

Vektis maakt in zijn gegevens onderscheid tussen apotheekhoudende huisartsen en niet-apotheekhoudende huisartsen. De scores per indicator zijn voor beide groepen vergeleken. Per indicator zijn een gemiddelde score en een spreiding (10^e en 90^e percentiel) bepaald voor elk van deze groepen. Daarnaast is bepaald of de scores normaal verdeeld waren binnen de groepen. Voor veel indicatoren was dit niet het geval. Daarom is de Mann-Whitney-toets gebruikt om vast te stellen of scores significant verschillen. Uit de uitkomsten kunnen we concluderen dat de mediane score van de beide groepen bij veel indicatoren significant verschilt, ook bij kleine verschillen. Dit wordt veroorzaakt door het grote aantal scores waarop de uitkomsten zijn gebaseerd. In het rapport kijken we met name naar klinisch relevante verschillen.

Regionale verschillen

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

Voor elke regio is per cluster een somscore berekend. Per cluster wordt in een landkaart weergegeven hoe de verschillende postcodegebieden ten opzichte van elkaar scores. Hierin zijn de 25 procent slechtst scorende regio's rood gekleurd, de regio's tussen het 25^e en 50^e percentiel oranje, de regio's tussen het 50^e en 75^e 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 zorgverzekeraars. De score van een zorgverzekeraar wordt bepaald door het voorschrijfgedrag bij patiënten die bij de verzekeraar aangesloten zijn. Er bestaan vier concerns (Achmea, Menzis, UVIT en CZ-groep) waarin in totaal 19 zorgverzekeraars zijn ondergebracht. Voor de analyse hebben we bij de concerns de kleinere zorgverzekeraars samengevoegd. In tabel 7.1 staat vermeld hoe we de zorgverzekeraars hebben ingedeeld.

Voor elke zorgverzekeraar is per cluster een somscore berekend en vervolgens de rangorde bepaald. De rangorde voor de overallscore is bepaald door de scores van de verschillende indicatoren bij elkaar op te tellen. Een score van 1 geeft aan dat de huisartsen die vallen onder de desbetreffende zorgverzekeraar overall of binnen een specifiek cluster het beste scoren.

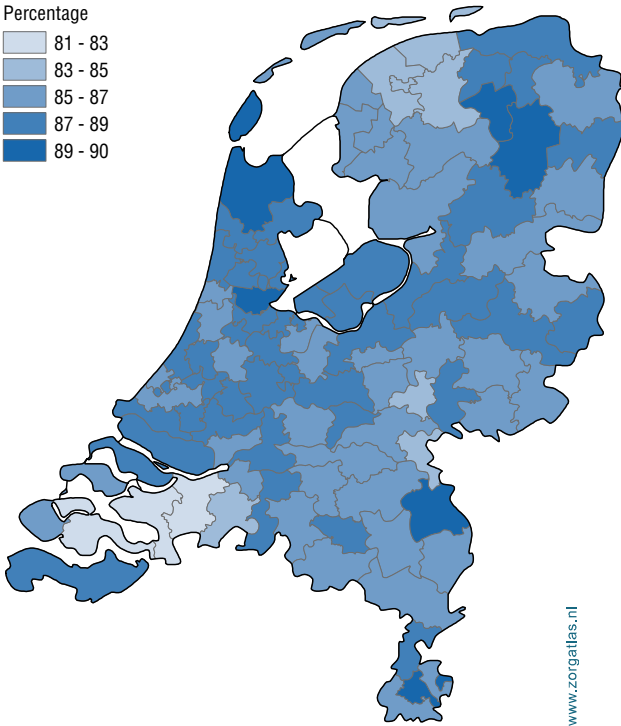
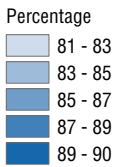
Tabel 7.1 Indeling zorgverzekeraars voor analyse		
Groep	Risicodrager	Indeling in dit rapport
Achmea	Zilverenkruis Achmea	Zilveren Kruis (Achmea)
	Agis	Agis (Achmea)
	Avéro Achmea	Overig (Achmea)
	FBTO	Overig (Achmea)
	Interpolis	Overig (Achmea)
	OZF Achmea	Overig (Achmea)
CZ Delta Lloyd Ohra	CZ Groep	CZ (CZ)
	Delta Lloyd	Delta Lloyd/OHRA (CZ)
	OHRA	Delta Lloyd/OHRA (CZ)
Menzis	Anderzorg	Menzis/Anderzorg (Menzis)
	Menzis	Menzis/Anderzorg (Menzis)
	Azivo	Azivo (Menzis)
UVIT	Univé	Univé (UVIT)
	VGZ	VGZ (UVIT)
	Trias	Trias (UVIT)
	IZA	Overig (UVIT)
	IZZ	Overig (UVIT)
	Gouda	Overig (UVIT)
	UMC	Overig (UVIT)
ASR	ASR	ASR
De Friesland	De Friesland	De Friesland
DSW	DSW	DSW
ONVZ	ONVZ	ONVZ
Salland*	Salland	Salland
Stad Holland	Stad Holland	Stad Holland
Zorg en Zekerheid	Zorg en Zekerheid	Zorg en Zekerheid

* Vanaf 2011 is de naam gewijzigd in ENO.

Bijlage 1

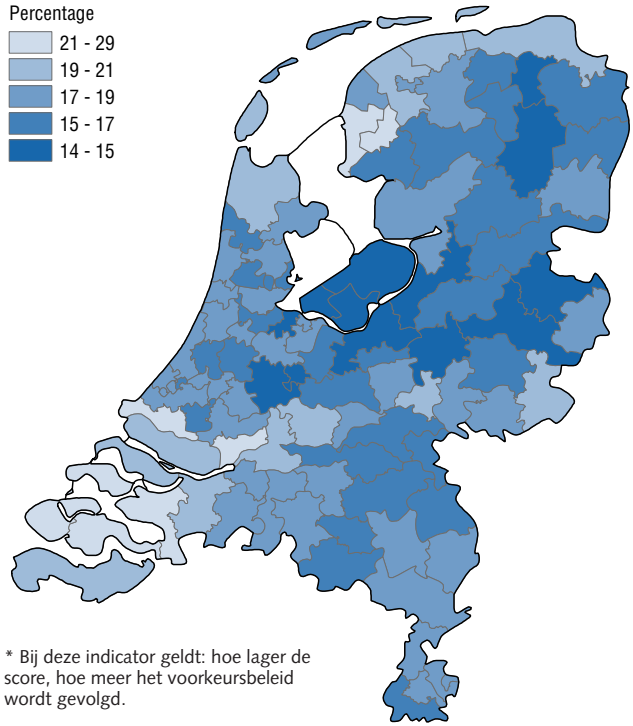
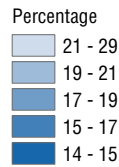
Landkaarten met scores op de afzonderlijke indicatoren

Behandeling diabetespatiënten met metformine



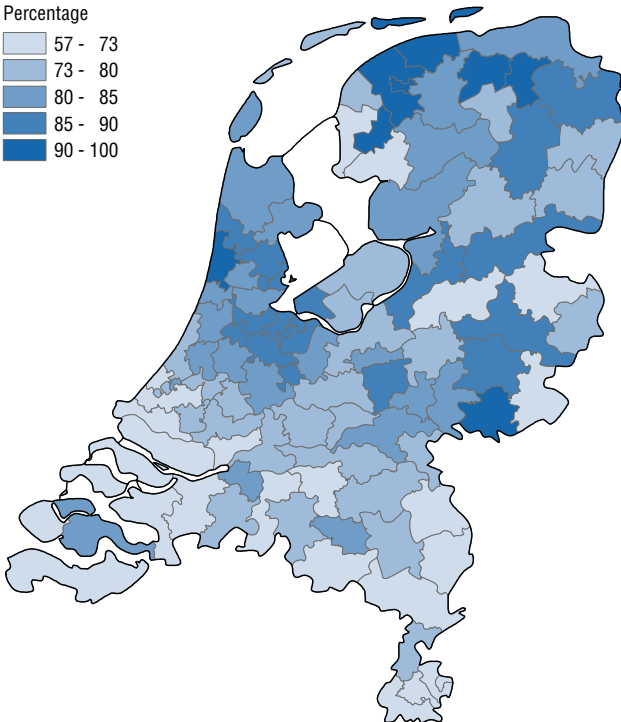
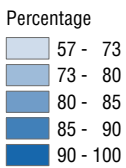
www.zorgatlas.nl

Reservemiddelen en 2e keus antibiotica*

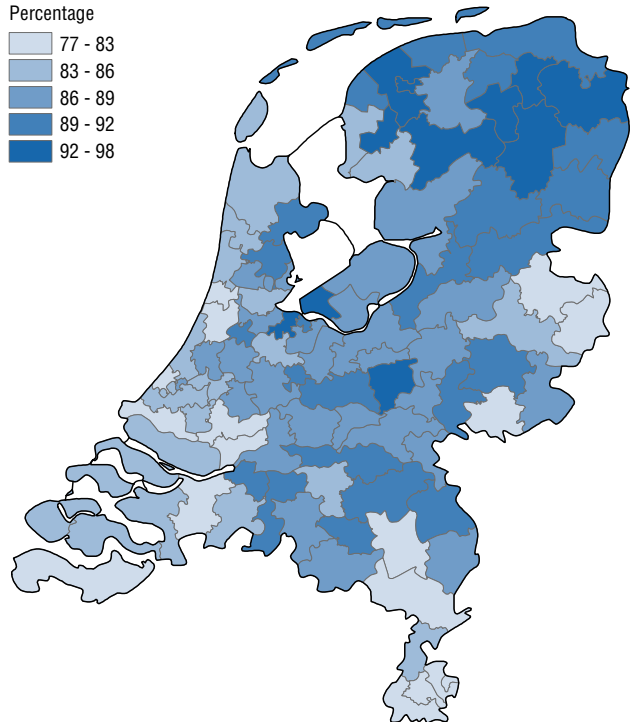
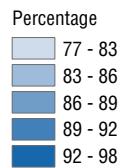


* Bij deze indicator geldt: hoe lager de score, hoe meer het voorkeursbeleid wordt gevolgd.

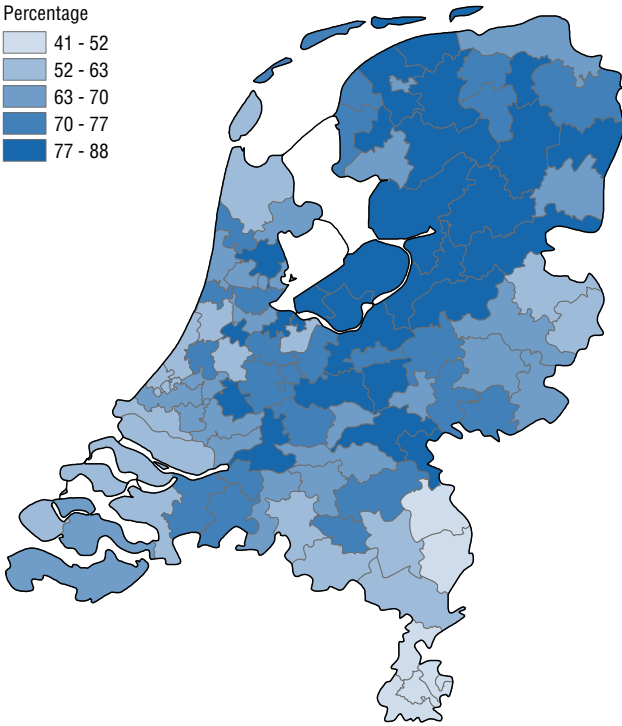
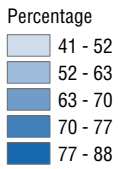
Voorkeursmiddelen bisfosfonaten



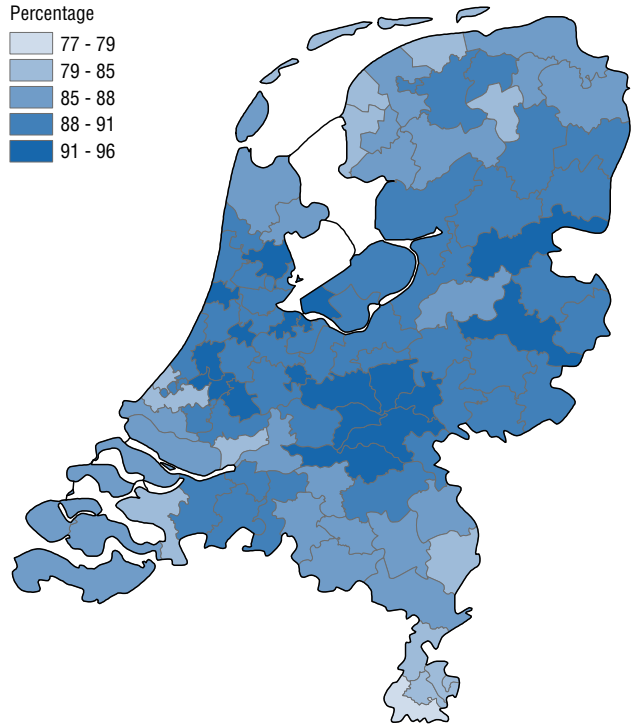
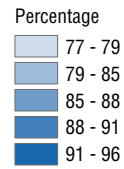
Voorkeursmiddelen NSAID's



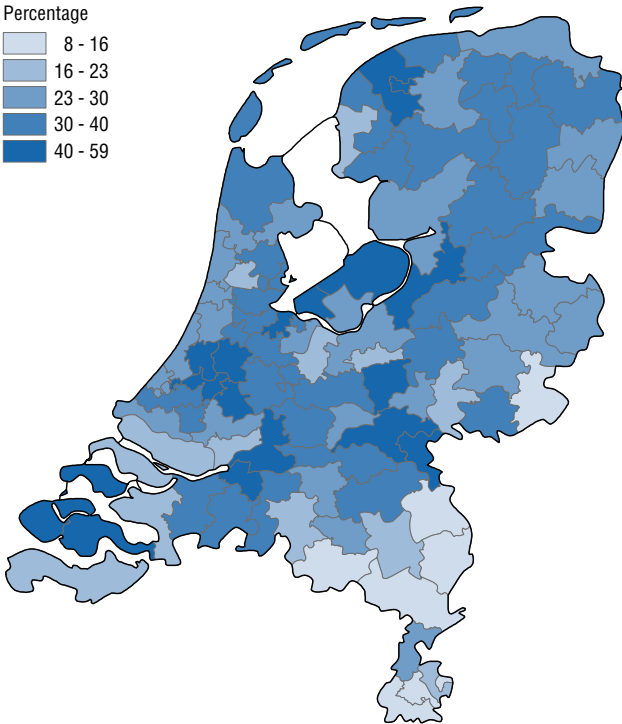
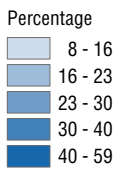
Voorkeursmiddelen RAS-remmers



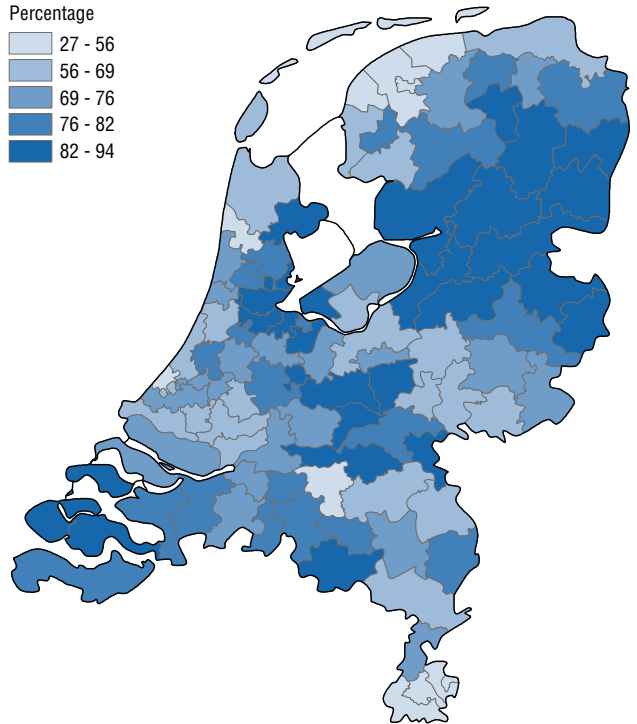
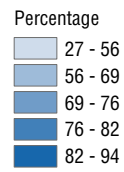
Voorkeursmiddelen statines



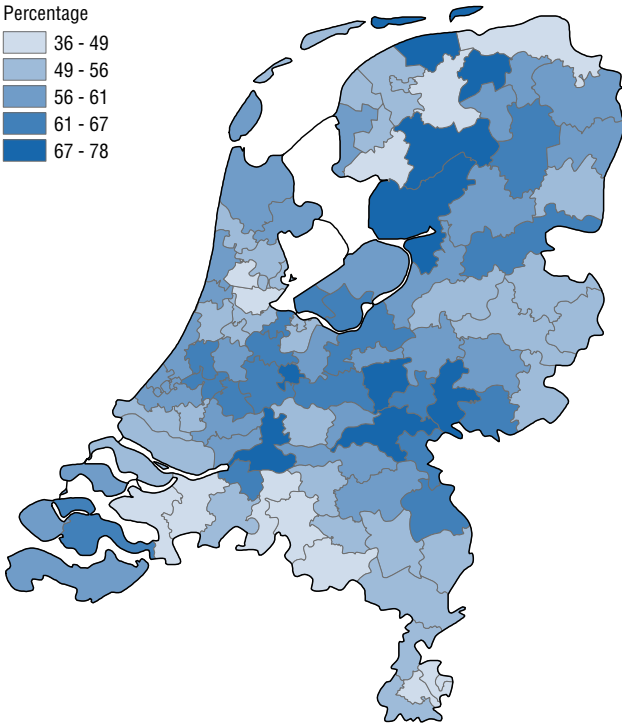
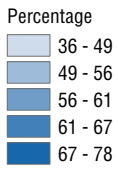
Voorkeursmiddelen All-antagonisten



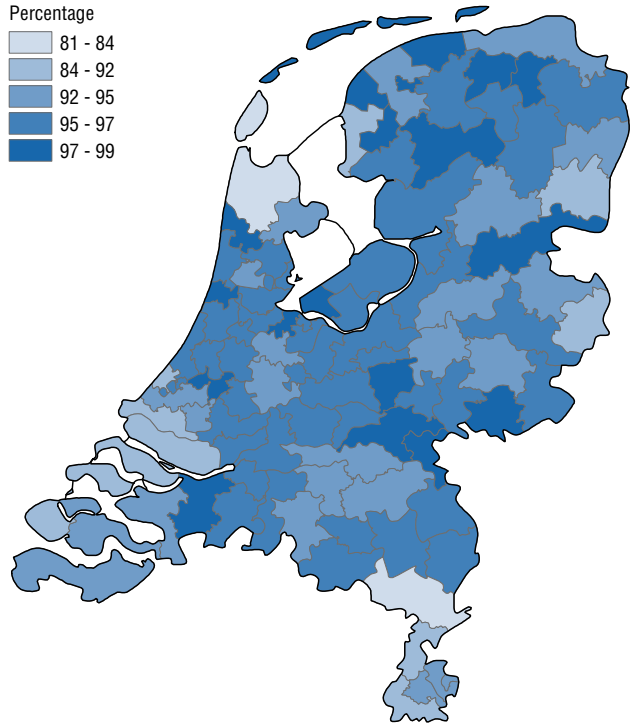
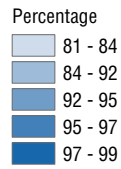
Voorkeursmiddelen ACE-remmers



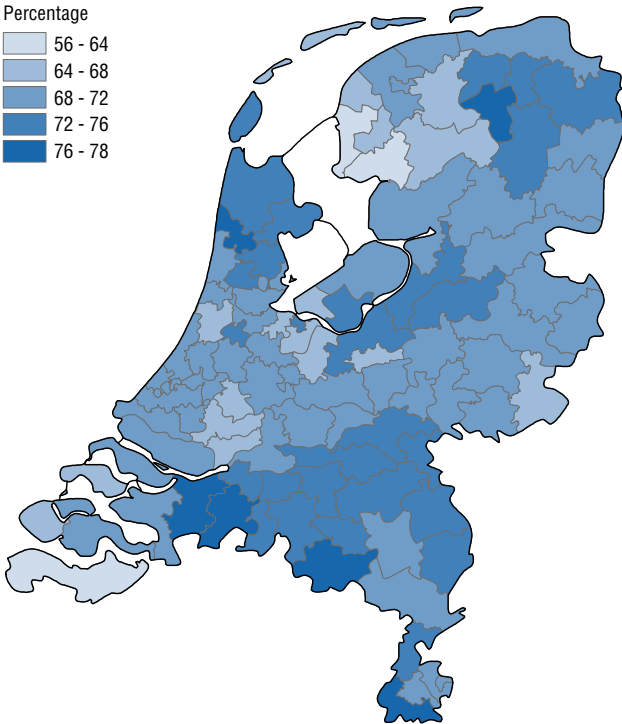
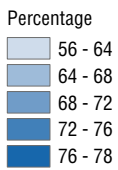
Voorkeursmiddelen antidepressiva



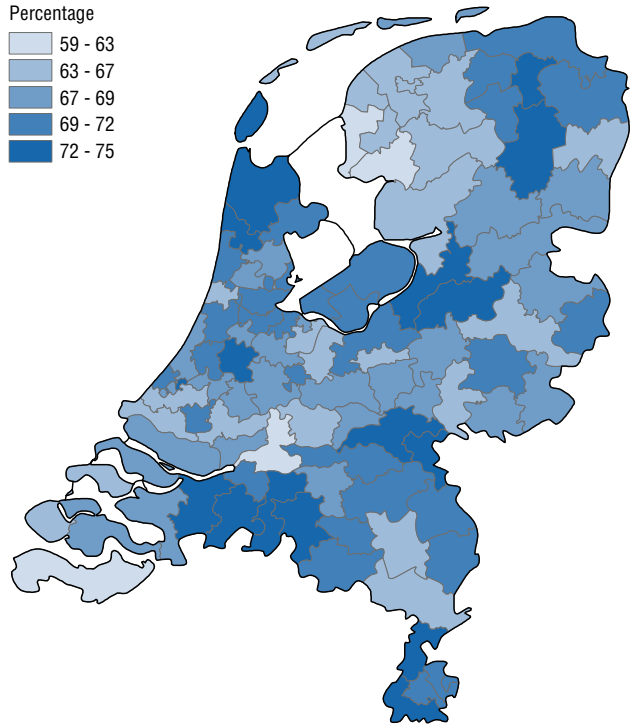
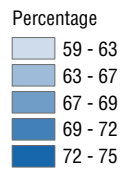
Voorkeursmiddelen protonpompremmers



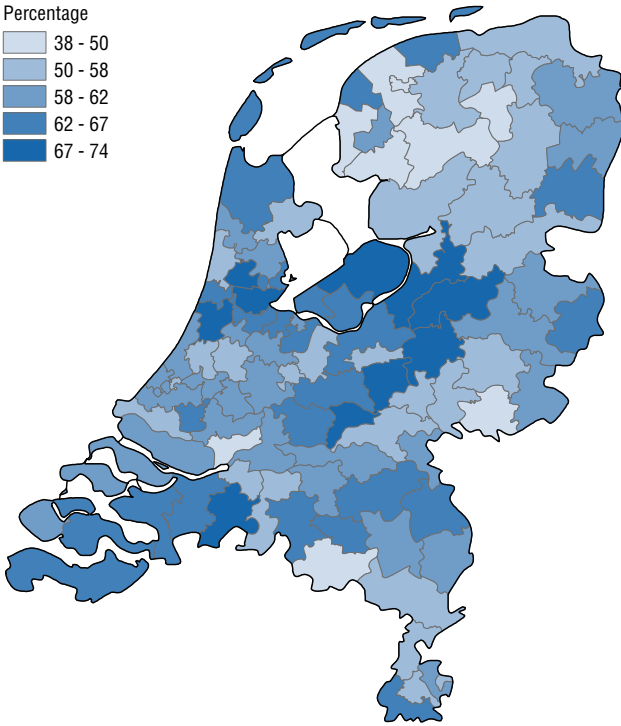
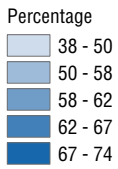
Behandeling diabetespatiënten met statines



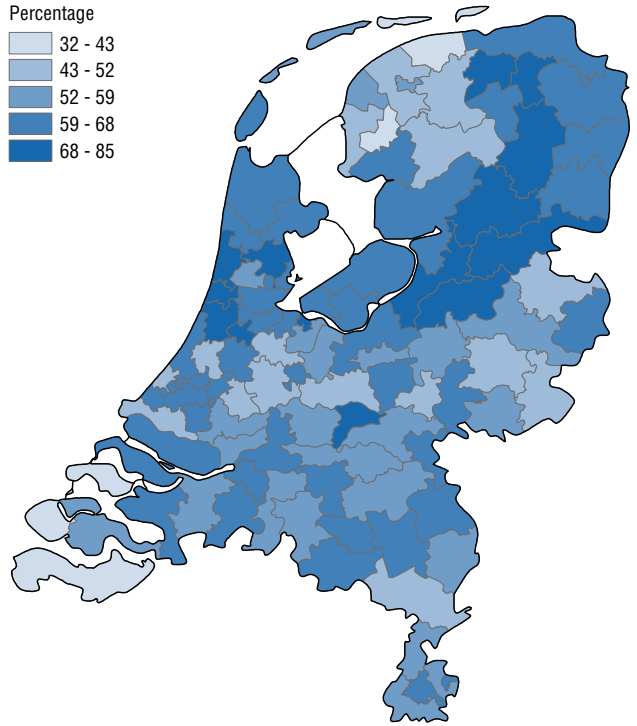
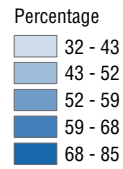
Behandeling HVZ-patiënten met statines



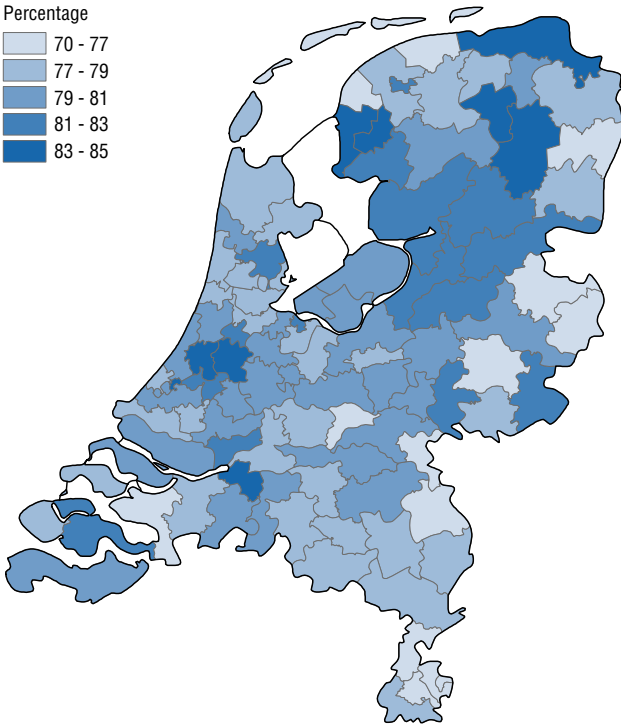
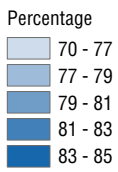
Dosering rosuvastatine en atorvastatine



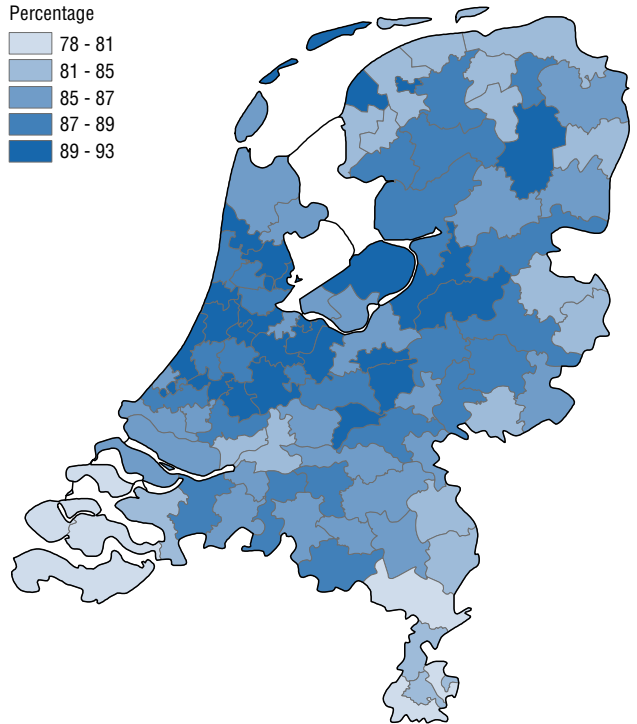
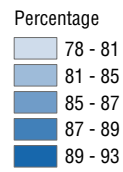
Dosering simvastatine en pravastatine



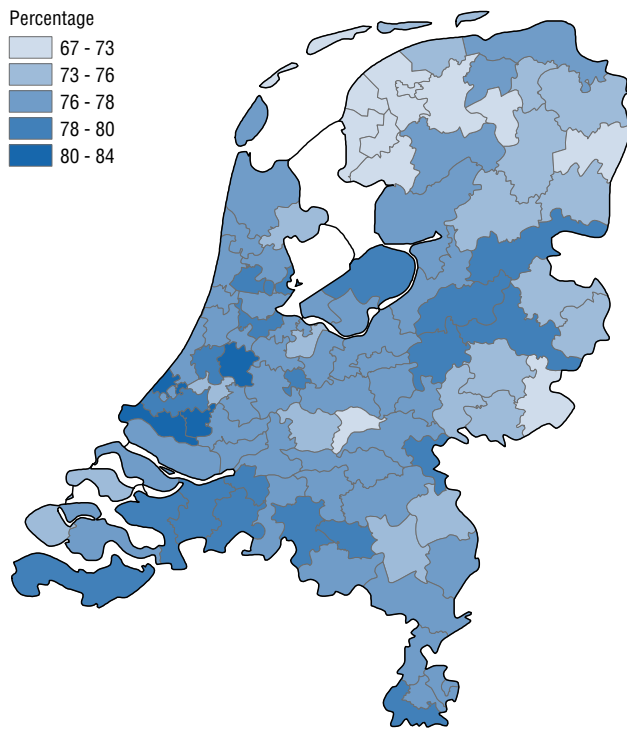
Behandeling astmapatiënten met inhalatiecorticosteroiden



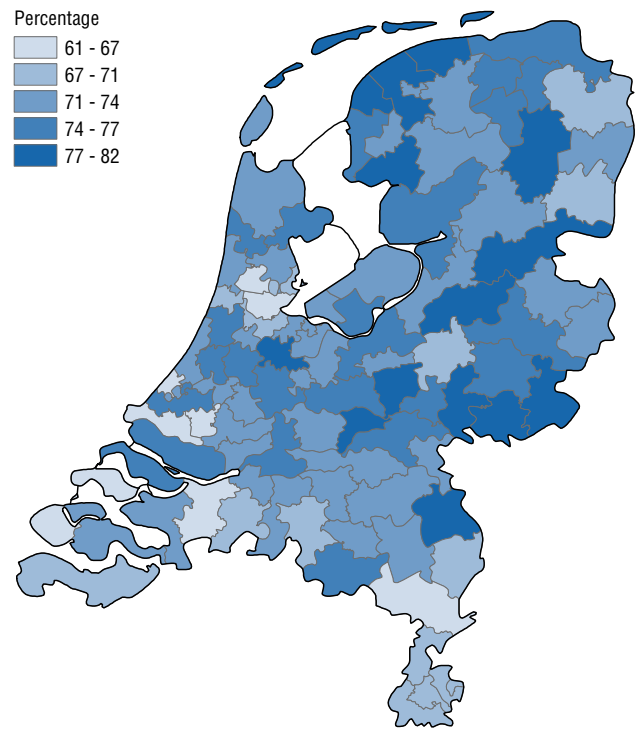
Behandeling NSAID-gebruikers met maagmiddelen



Overbehandeling triptanen



Therapietrouw antidepressiva



Bijlage 2

Overzicht rangorde postcodegebieden op vier clusters

Overzicht rangorde postcodegebieden op vier clusters					
Rang Totaal	Postcodegebied	Richtlijn keuze bij nieuwe gebruikers	Doelmatige keuze bij nieuwe gebruikers	Cardiovasculair risicomanagement	Overig
1	80	2	6	1	11
2	67	4	4	14	4
3	77	2	10	12	2
4	13	7	1	31	51
5	94	9	17	15	5
6	98	14	13	4	33
7	14	10	30	5	7
8	97	1	28	10	33
9	66	27	2	49	18
10	65	23	2	31	63
11	82	23	19	9	22
12	35	12	10	46	18
13	83	20	14	54	11
14	24	55	10	34	2
15	49	20	19	49	22
16	96	11	23	22	73
17	81	60	39	2	1
18	11	35	19	22	56
19	40	52	23	5	42
20	39	15	17	66	18
21	23	31	14	71	5
22	79	27	25	38	47
23	42	47	8	61	56
24	27	58	14	46	29
25	84	13	9	84	29
26	38	19	47	22	26
27	20	35	39	19	51
28	34	23	22	77	11
29	36	15	31	71	7
30	10	41	28	17	78
30	19	27	57	11	51
32	48	49	51	3	56
32	93	40	25	54	42
34	44	61	5	56	69
35	53	52	27	38	33
36	74	31	36	64	17
37	95	15	31	38	87
38	56	35	51	19	51
39	78	43	39	26	73

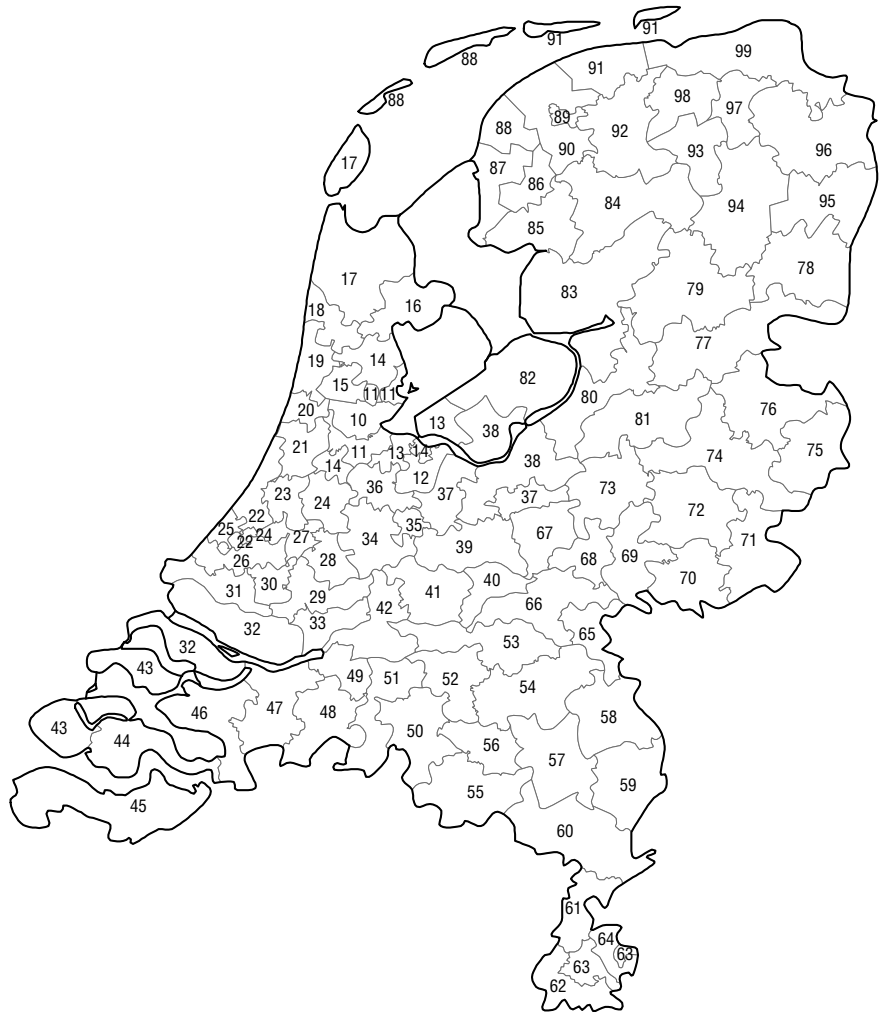
Rang Totaal	Postcodegebied	Richtlijn keuze bij nieuwe gebruikers	Doelmatige keuze bij nieuwe gebruikers	Cardiovasculair risicomanagement	Overig
39	73	35	51	34	33
41	28	23	31	75	22
42	16	49	35	43	56
43	18	39	83	8	11
44	86	4	31	85	56
45	54	45	47	26	47
46	41	43	36	57	63
47	12	52	36	57	42
48	69	31	62	66	11
48	15	27	73	31	69
50	21	64	77	7	7
50	70	41	43	75	42
52	91	4	66	81	56
52	30	58	59	22	73
54	47	65	44	19	73
55	37	34	63	66	33
56	90	7	51	86	63
57	68	49	47	71	33
58	88	55	63	59	26
58	22	67	51	51	18
58	29	57	59	64	29
58	51	75	46	38	26
62	26	78	42	51	11
63	72	45	47	69	67
63	99	47	81	43	22
65	17	62	80	12	51
65	50	63	71	26	63
67	75	73	57	26	84
68	92	20	66	83	73
68	57	70	61	38	67
70	32	80	72	26	42
71	71	65	74	71	7
72	76	70	44	69	78
73	89	15	86	82	29
73	55	67	74	62	33
75	43	79	6	86	89
76	58	87	66	15	56
77	52	70	85	34	33
78	46	77	74	43	69

Rang Totaal	Postcodegebied	Richtlijn keuze bij nieuwe gebruikers	Doelmatige keuze bij nieuwe gebruikers	Cardiovasculair risicomanagement	Overig
79	59	84	66	51	82
80	85	69	63	88	47
81	61	84	66	59	85
82	33	82	77	80	33
82	31	81	79	77	69
84	45	74	51	89	78
85	25	83	83	62	78
86	62	89	87	17	82
87	87	76	81	90	47
88	64	90	88	46	90
89	60	84	89	77	87
90	63	88	90	37	86

Bijlage 3

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

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





Instituut voor
Verantwoord Medicijngebruik