



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL.
De gegevens mogen worden gebruikt met
bronvermelding.

Voorschrijven door internisten en cardiologen

**Een verkenning naar oorzaken van verschillen in voorschrijven van
cholesterolverlagers en bloeddrukverlagers voor extramuraal gebruik**

E. Kerpershoek
J. Hermens
M. Kroezen
L. van Dijk

U vindt dit rapport en andere publicaties van het NIVEL in PDF-format op: www.nivel.nl

ISBN 978-94-6122-167-4

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2012 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Voorwoord	5
Samenvatting	9
1 Inleiding	15
1.1 Doelmatig voorschrijven door medisch specialisten	15
1.2 Project Doelmatig voorschrijven	16
1.3 Factoren die voorschrijven beïnvloeden	16
1.4 Onderzoeksvraag	17
2 Methode	19
2.1 Selectie ziekenhuizen	19
2.2 Interviews	19
2.3 Onderzoekdesign	20
3 Resultaten	23
3.1 Over de deelnemers	23
3.2 Geen één-op- één relatie tussen voorschrijven en afleveren	23
3.3 Factoren van invloed op doelmatig voorschrijven van cholesterol- en bloeddruk verlagere	23
3.3.1 Geneesmiddelkarakteristieken	24
3.3.2 Interne invloeden	28
3.3.3 Externe invloeden	31
3.3.4 Patiëntkarakteristieken	34
3.3.5 Reflectie op ziekenhuisscores uit het Vektis-onderzoek	35
3.4 Ziekenhuisapothekers en poliklinisch apothekers	36
3.5 Openbaar apothekers	39
4 Conclusies en aanbevelingen	43
4.1 Voorschrijven op stofnaam versus voorschrijven op merknaam	43
4.2 Factoren die keuze geneesmiddel bepalen	44
4.3 Reflectie op het onderzoek	46
4.4 Conclusies en aanbevelingen	47
Literatuur	51
Bijlage A	53
Bijlage B	63
Bijlage C	69

Voorwoord

Dit rapport bevat de resultaten van een kwalitatief onderzoek naar het voorschrijven van statines en bloeddrukverlagers door internisten en cardiologen. Het onderzoek is geïnitieerd en gesubsidieerd door de Nederlandse Internisten Vereniging in samenwerking met de Nederlandse Vereniging Voor Cardiologie. Het onderzoek is onderdeel van het project Doelmatig voorschrijven dat deze twee wetenschappelijke verenigingen samen uitvoeren.

Voor dit onderzoek is een begeleidingsgroep samengesteld. Voor dit onderzoek is een begeleidingscommissie samengesteld. Hierin hadden de volgende personen zitting: Annemieke van Meelis (NIV), Suzanne Geerlings (NIV), Jeroen Schouten (NIV), Eric Dubois (NVVC), Hans Romkes (NVVC, tot 1 maart 2012) en Moniek Peeters (vanaf 1 maart 2012). Zij hebben een zeer constructieve bijdrage geleverd aan het onderzoek. Hiervoor willen wij hen hartelijk bedanken. Ook bedanken wij Marcel Daniëls (voorzitter van de Raad Kwaliteit van de Orde van Medisch Specialisten) voor zijn waardevolle commentaar op de concept-versie van dit rapport.

Utrecht, oktober 2012

Begrippen en definities gehanteerd in dit project

Statines: De groep meest voorgeschreven cholesterolverlagers.

Antihypertensiva: Een verzameling van geneesmiddelenklassen die als bloeddrukverlagers worden voorgeschreven.

Voorschrijven op stofnaam: Recepten van medisch specialisten of huisartsen waarop de werkzame stof (bijvoorbeeld simvastatine) van het geneesmiddel staat vermeld dat aan de patiënt moet worden afgeleverd.

Voorschrijven op merknaam: Recepten van medisch specialisten of huisartsen waarop de merknaam (bijvoorbeeld Zocor[®]) van het geneesmiddel staat vermeld dat aan de patiënt moet worden afgeleverd.

Generieke substitutie: Hierbij wordt een geneesmiddel vervangen door een geneesmiddel met dezelfde werkzame stof. Generieke substitutie kan gestimuleerd worden door voorschrijven op stofnaam in plaats van merknaam (bijvoorbeeld simvastatine in plaats van Zocor[®]).

Therapeutische substitutie: Hierbij wordt een geneesmiddel vervangen door een geneesmiddel met een gelijksoortig werkingsmechanisme en gelijksoortige indicaties (bijvoorbeeld simvastatine in plaats van rosuvastatine). In het kader van doelmatig voorschrijven betekent dit dat een goedkoper en vaak generiek geneesmiddel uit een zelfde geneesmiddelklasse gekozen kan worden.

Recepten op medische noodzaak: Recepten waarbij de voorschrijver expliciet aangeeft dat - op medische gronden - het merkgeneesmiddel moet worden afgeleverd door de apotheek en substitutie derhalve niet is toegestaan.

Merk- versus generiek geneesmiddel: Een merkgeneesmiddel is door de fabrikant gepatenteerd en heeft naast een stofnaam ook een merknaam. Een generiek geneesmiddel is een patentloos middel.

Single versus multi-source middelen: Een single-source middel is een merkgeneesmiddel dat nog niet uit patent is en waarvan derhalve geen generieke varianten bestaan. Een multi-source middel is een middel waarvan naast het merkgeneesmiddel ook één of meer generieke varianten bestaan.

Recepten omzetten: Hiervan is sprake wanneer de apotheek een ander middel aflevert dan door de medisch specialist is voorgeschreven. Of wanneer de huisarts bij een herhaalrecept besluit een ander middel voor te schrijven dan het door medisch specialist voorgeschreven geneesmiddel.

Combinatiepreparaat: De samenvoeging van twee of meer geneesmiddelen in één inname- of toedieningseenheid.

Therapietrouw: De mate waarin patiënten hun geneesmiddelen innemen zoals afgesproken met de voorschrijver.

Samenvatting

Doelmatig voorschrijven

De zorgkosten, waaronder kosten voor geneesmiddelen, zijn de afgelopen decennia gestegen. De verwachting is dat deze toename door zal zetten. Doelmatig werken wordt steeds belangrijker. Dit geldt ook voor het voorschrijven van geneesmiddelen. In 2011 bracht de Orde van Medisch Specialisten daarom de ‘Leidraad doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen door medisch specialisten’ uit. Het doel van de leidraad is het bevorderen van een doelmatig en veilig geneesmiddelgebruik. De leidraad onderscheidt twee vormen van substitutie:

- 1) Generieke substitutie: Hierbij wordt een geneesmiddel vervangen door een geneesmiddel met dezelfde werkzame stof. Generieke substitutie kan gestimuleerd worden door het voorschrijven op stofnaam in plaats van op merknaam (bijvoorbeeld simvastatine in plaats van Zocor[®]).
- 2) Therapeutische substitutie: Hierbij wordt een geneesmiddel vervangen door een geneesmiddel met een gelijksoortig werkingsmechanisme en gelijksoortige indicaties. In het kader van doelmatig voorschrijven betekent dit dat een goedkoper en vaak generiek geneesmiddel uit een zelfde geneesmiddelklasse gekozen kan worden (bijvoorbeeld simvastatine in plaats van rosuvastatine).

Alle wetenschappelijke verenigingen van de erkende medisch specialisten hebben met de leidraad ingestemd.

Ziekenhuizen verschillen als het gaat om de geneesmiddelen die hun medisch specialisten voorschrijven. Het percentage generiek afgeleverde geneesmiddelen voor extramuraal gebruik voor alle ziekenhuizen is 44% (Vektis, 2011). De range is groot. Bij de bloed-drukverlagers loopt deze range van 52% tot 78% volgens Vektis. Specifiek kijkend naar cholesterolverlagers zijn de verschillen tussen ziekenhuizen nog groter: tussen de 17% en 59% van de voorgeschreven statines wordt generiek afgeleverd.

Onderzoeksvraag

Het Vektis-rapport geeft geen inzicht in de achterliggende redenen voor verschillen in voorschrijven. De Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) en de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC) wilden een verkennend onderzoek naar die redenen. De vraag die als basis dient voor dit onderzoek, luidt als volgt: *Wat zijn mogelijke redenen voor verschillen in het voorschrijven (op stofnaam) van cholesterolverlagers en bloeddrukverlagers voor extramuraal gebruik door internisten en cardiologen?*

Om deze vraag te beantwoorden, is gesproken met cardiologen, internisten en ziekenhuis-apothekers en openbaar apothekers. In totaal zijn er 36 interviews afgenomen in 10 ziekenhuizen en 6 openbare apotheken. Hieronder beschrijven we de resultaten.

Voorschrijven op stofnaam

De geïnterviewde cardiologen en internisten verwachten dat openbare apotheken in principe generiek afleveren indien het geneesmiddel uit patent is en het dus niet uitmaakt of zij op merknaam of op stofnaam voorschrijven. De betrokken openbaar apothekers bevestigen dit. Verschillen in het voorschrijven en in kosten tussen medisch specialisten lijken derhalve niet zozeer toe te schrijven aan de mate waarin wordt voorgeschreven op stofnaam. Waar komen de verschillen dan wel vandaan?

Redenen voor verschillen in voorschrijven

De redenen die het voorschrijven van medisch specialisten beïnvloeden zijn onder te verdelen in de volgende groepen:

1. Arts gerelateerde redenen;
2. Patiënt gerelateerde redenen;
3. Geneesmiddel gerelateerde redenen;
4. Ziekenhuis gerelateerde redenen;
5. Externe redenen.

Arts gerelateerde redenen

De belangrijkste arts gerelateerde redenen die het voorschrijven van statines en bloeddrukverlagers beïnvloeden, zijn:

- De ervaring die een medisch specialist heeft met een geneesmiddel. Deze wordt mede bepaald door de opleiding van de medisch specialist alsook door de ervaring die de medisch specialist intramuraal opdoet. Single-source merkmiddelen kunnen intramuraal beduidend goedkoper zijn dan extramuraal, waardoor de medisch specialist ervaring opdoet met deze middelen;
- Kostenbewustzijn, waarbij geldt dat de meeste medisch specialisten zich bij de keuze voor een middel nog weinig laten leiden door de kosten en ook niet altijd op de hoogte zijn van de prijs van geneesmiddelen in relatie tot de prijs van andere geneesmiddelen in dezelfde therapeutische klasse;
- Kennis van wetenschappelijke studies.

Patiënt gerelateerde redenen

Ook de patiënt heeft invloed op de keuze voor bepaalde statines en bloeddrukverlagers. De volgende redenen komen uit het onderzoek naar voren:

- Vanwege medicatieveiligheid en om de therapietrouw te bevorderen, wil een medisch specialist bij sommige patiënten vermijden dat de patiënt steeds een andere variant van een generiek geneesmiddel afgeleverd krijgt. De medisch specialist kiest dan voor de merkvariant van het betreffende middel en vermeldt “medische noodzaak” op het recept.
- Bij bloeddrukverlagers kiezen medisch specialisten in een aantal gevallen voor een combinatiepreparaat om therapietrouw te bevorderen. Deze combinatiepreparaten zijn vaak nog niet uit patent.
- De patiënt vraagt zelf om een bepaald middel. Dit gebeurt volgens medisch specialisten niet heel vaak. Als de patiënt om een bepaald middel vraagt, gaan de medische specialisten hier meestal in mee. Wanneer een patiënt bijvoorbeeld de merkvariant vraagt van een multi-source geneesmiddel, vermeldt de medisch

specialist “medische noodzaak” op het recept. De apotheker levert in dat geval het merkmiddel af.

Geneesmiddel gerelateerde redenen

Kenmerken van de geneesmiddelen zelf spelen ook een rol in het voorschrijven.

Bij statines komen de volgende factoren uit het onderzoek naar voren:

- De potentie is een reden om voor een single-source merkmiddel te kiezen wanneer streefwaarden niet gehaald worden. Medische specialisten beschouwen atorvastatine (tot april 2012 single-source) en rosuvastatine (single-source) als potentere middelen;
- De bijwerkingen van de middelen. Hierbij geven medisch specialisten bijvoorbeeld aan dat door de grote hoeveelheid beschikbare generieke varianten van multi-source middelen een patiënt van een bepaalde generieke variant een bijwerking kan krijgen. In dat geval kiest de arts ervoor medische noodzaak op het recept te vermelden zodat het merkmiddel wordt afgeleverd. Apothekers signaleren dat artsen verschillen in de mate waarin zij medische noodzaak gebruiken.

Bij bloeddrukverlagers komen de volgende factoren uit het onderzoek naar voren:

- Bijwerkingenprofiel. Internisten en cardiologen schrijven geregeld A2-antagonisten voor vanwege het gunstigere bijwerkingenprofiel. A2-antagonisten zijn in de regel nog onder patent (single-source).
- Afgifteprofiel. Voor een deel van de multi-source bloeddrukverlagers zien medisch specialisten verschillen in afgifteprofiel tussen het merkmiddel en de generieke varianten. Bij die middelen kiest de medisch specialist er soms voor het merkmiddel voor te schrijven;
- Gemak van inname. Om het aantal tabletten te beperken dat een patiënt per dag moet innemen kiest een medisch specialist in voorkomende gevallen voor een combinatiepreparaat. Deze zijn vaak nog onder patent (single-source).

Ziekenhuis gerelateerde redenen

Ook het ziekenhuis waar de medisch specialist werkzaam is, heeft invloed op het voorschrijven. De volgende factoren kwamen naar voren:

- Intramurale afspraken, bijvoorbeeld over omzetting van geneesmiddelen door de ziekenhuisapothek bij opname in verband met het ziekenhuisassortiment en de intramurale prijzen en de terugzetting bij ontslag;
- Transmurale afspraken die het ziekenhuis heeft met zorgverleners in de eerste lijn om de continuïteit in voorschrijven te bevorderen, gewenste omzettingen te bevorderen en onnodige omzettingen te vermijden;
- Projecten die ziekenhuizen gestart zijn in samenwerking met zorgverzekeraars om doelmatig werken te bevorderen.

Externe redenen

- Door grote wisselingen in het aanbod van generieke middelen (zowel bij statines als bloeddrukverlagers) zijn volgens de zorgverleners de therapietrouw en medicatieveiligheid in het geding. Patiënten worden namelijk steeds geconfronteerd met een anders uitziende variant van hetzelfde middel. Door “medische noodzaak” op

het recept te zetten wordt het merkmiddel afgeleverd en worden wisselingen tussen middelen voorkomen;

- De invloed van de farmaceutische industrie wordt genoemd als mogelijke reden voor verschillen tussen medisch specialisten in voorschrijven, al geeft men aan dat de industrie haar activiteiten niet meer sterk richt op statines en bloeddrukverlagers.
- De invloed van zorgverzekeraars. De rol van de zorgverzekeraar komt veelvuldig naar voren in de interviews. Het betreft het preferentiebeleid en de machtigingen die zorgverzekeraars vragen aan voorschrijvers wanneer zij een duurdere statine willen voorschrijven. Door het vragen van machtigingen willen zorgverzekeraars therapeutische substitutie (van een single-source naar een multi-source middel) bevorderen.

Conclusies en aanbevelingen

De conclusies van het onderzoek bekrachtigen de ‘Leidraad doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen door medisch specialisten’. Op basis van de conclusies is een aantal aanbevelingen geformuleerd die de doelmatigheid van voorschrijven door medisch specialisten van geneesmiddelen voor extramuraal gebruik kunnen bevorderen.

Voorschrijven op stofnaam

Conclusie 1: Verschillen in het voorschrijven en in de kosten van voorschrijven van multi-source middelen tussen medisch specialisten zijn niet toe te schrijven aan het voorschrijven op stofnaam omdat apothekers deze middelen veelal generiek afleveren.

Aanbeveling 1: Bevorderen van doelmatig voorschrijven moet zich niet uitsluitend richten op het voorschrijven op stofnaam.

Medisch specialisten: doelmatig voorschrijven

Conclusie 2: De doelmatigheid van voorschrijven door medisch specialisten kan verbeterd worden.

Aanbeveling 2a: Medisch specialisten dienen meer inzicht te verwerven in de prijzen van geneesmiddelen. Dit kan bijvoorbeeld met behulp van de app die onlangs is gelanceerd door de Orde van Medisch Specialisten. Met de app zien medisch specialisten in één oogopslag therapeutisch gelijkwaardige alternatieven voor geneesmiddelen en de bijbehorende prijzen. Het stimuleren van het gebruik van deze app verdient aanbeveling. Bij voorkeur worden in de toekomst de kosten van geneesmiddelen in het Elektronisch Voorschrijf Systeem opgenomen zodat de kosten inzichtelijk zijn op het moment van voorschrijven.

Aanbeveling 2b: Door spiegelinformatie over voorschrijfgedrag te gebruiken kunnen medisch specialisten meer inzicht krijgen in de mogelijkheden om doelmatiger voor te schrijven. Recent is een web applicatie ontwikkeld op verzoek van de Orde van Medisch Specialisten die elk kwartaal per ziekenhuis de aflevering toont van vier geneesmiddelengroepen, ook uitgesplitst naar enkele specialismen zoals de interne geneeskunde en cardiologie.

Aanbeveling 2c: In de opleiding van medisch specialisten kan meer aandacht komen voor de balans tussen kwaliteit en kosten van voorschrijven.

Patiënten: betere voorlichting

Conclusie 3: Patiënten vragen soms zelf om duurdere geneesmiddelen zoals een single-source geneesmiddel. Medisch specialisten gaan hier dan vaak in mee.

Aanbeveling 3: De patiëntvoorlichting over kosten van geneesmiddelen kan beter, bijvoorbeeld door aan te geven dat combinatiepreparaten vaak duurder zijn dan de afzonderlijke middelen. Dit kan zowel door de verschillende zorgverleners als via zorgverzekeraars of publiekscampagnes. Betere voorlichting moet voorkomen dat patiënten vragen om een recept voor een merkmiddel.

Ziekenhuizen: omzetting medicatie

Conclusie 4: De structurele controle van terugzetting van medicatie bij ontslag kan beter.

Aanbeveling 4: Het maken van intramuraal beleid voor omzetting van medicatie bij opname en ontslag en de structurele controle van de ontslagmedicatie op terugzetting verdienen aandacht.

Ziekenhuizen en eerste lijn: communicatie

Conclusie 5: Voor openbaar apothekers en huisartsen is niet altijd duidelijk of medicatie na ontslag uit het ziekenhuis bewust is gewijzigd of terugzetting is vergeten.

Aanbeveling 5: Om de communicatie tussen medisch specialist, huisarts en apotheker te verbeteren verdient het aanbeveling om bewuste veranderingen in de medicatie van de patiënt op het medicatieoverzicht bij ontslag aan te vinken. Op de lange termijn zou het volgen van protocollen bij ontslagmedicatie ertoe moeten leiden dat er geen reden voor twijfel meer is over de vraag of een geneesmiddel bewust is gewijzigd.

Ziekenhuizen en eerste lijn: transmurale afspraken

Conclusie 6: Voorkeuren voor geneesmiddelen zijn niet altijd hetzelfde voor huisartsen en medisch specialisten waardoor (zowel gewenste als ongewenste) substitutie optreedt.

Aanbeveling 6: Het maken van transmurale afspraken waarin verschillen tussen de voorkeuren in het voorschrijven in de eerste en tweede lijn worden geadresseerd, kan gewenste therapeutische substitutie bevorderen en ongewenste substitutie voorkomen.

Ziekenhuizen en externe partijen: assortiment en prijzen

Conclusie 7: Ervaring met een geneesmiddel bevordert het voorschrijven ervan. Het assortiment van de ziekenhuisapothek beïnvloedt de

ervaring die de medisch specialist opdoet met een geneesmiddel in het ziekenhuis. Single-source middelen zijn vaak goedkoper voor een ziekenhuis en zijn daarom op voorraad. Hierdoor doen medisch specialisten ervaring met deze middelen op.

Aanbeveling 7:

Het verdient aanbeveling te streven naar een financieringsystematiek die zorgt voor vergelijkbare intramurale en extramurale prijzen. Zo lang dit nog niet gerealiseerd is, kunnen ziekenhuizen intern afspraken maken over voorkeursmiddelen die de ziekenhuisapotheek vervolgens op voorraad heeft.

Externe partijen: minder generieke varianten

Conclusie 8:

Zowel medisch specialisten als apothekers zien grote bezwaren in het grote aantal generiek beschikbare varianten van hetzelfde middel en de daarmee gepaard gaande wisselingen die dit meebrengt voor de medicatie van de patiënt.

Aanbeveling 8:

Meer continuïteit in preferente middelen en daarmee ook een bestendiger aanbod van de generieke preparaten door de openbare apotheken is gewenst.

Tot slot

Doelmatig voorschrijven beperkt zich niet tot het bevorderen van voorschrijven op stofnaam. Uit het onderzoek is gebleken dat vele redenen genoemd kunnen worden voor de verschillen in voorschrijven van cholesterolverlagers en bloeddrukverlagers voor extramuraal gebruik door internisten en cardiologen. Deze verschillen in voorschrijfgedrag zijn niet alleen arts gerelateerd. Voor het bevorderen van doelmatig voorschrijven is de inzet van meerdere partijen van belang.

1 Inleiding

1.1 Doelmatig voorschrijven door medisch specialisten

Doelmatig voorschrijven

Steeds meer mensen in Nederland gebruiken geneesmiddelen (www.gipdatabank.nl), vaak meerdere middelen naast elkaar. Met het groeiend aantal ouderen is de verwachting dat deze toename door zal zetten. Doelmatig voorschrijven wordt daarmee steeds belangrijker. Doelmatigheid heeft zowel een kwaliteitsaspect als een kostenaspect: voorschrijven moet zo goed mogelijk gebeuren, maar de kosten moeten waar mogelijk in de hand gehouden worden. Of zoals het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) het verwoordt: “goedkoop waar het kan, duur waar het moet”. Om dit te bereiken zijn al verschillende maatregelen genomen. De overheid heeft bijvoorbeeld het aantal middelen in het vergoede pakket van de basisverzekering teruggebracht of de vergoeding is beperkt tot de goedkoopste middelen. Zo worden bijvoorbeeld sinds 1 januari 2009 alleen de cholesterolverlagers simvastatine en pravastatine nog automatisch vergoed. Voor andere statines geldt dat zij uitsluitend vergoed worden bij medische noodzaak. Ook voeren veel zorgverzekeraars een preferentiebeleid waarbij alleen de goedkoopste variant van bepaalde geneesmiddelen vergoed wordt. Ook beroepsbeoefenaars laten zich niet onbetuigd. Zo is in de eerste lijn in de jaren 2008-2010 een inspanning gepleegd om de kosten van voorschrijven van statines terug te dringen middels het Programma Doelmatigheid CVRM (Vervloet e.a. 2010).

Voorschrijven door medisch specialisten

In 2011 bracht de Orde van Medisch Specialisten (OMS) de ‘Leidraad doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen’ uit (OMS, 2011). Deze leidraad is erkend door alle wetenschappelijke verenigingen van de erkende medisch specialisten, waaronder interne geneeskunde en cardiologie. Het doel van de leidraad is het bevorderen van een doelmatig en veilig geneesmiddelgebruik. De leidraad vormt bijvoorbeeld een ondersteuning bij het realiseren van de 30 miljoen euro besparingen per jaar op voorschrijfkosten zoals afgesproken tussen de OMS, het ministerie van VWS en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) in december 2010. De leidraad richt zich primair op de keuze binnen een groep geneesmiddelen met dezelfde of een vergelijkbare farmacotherapeutische werking. Het gaat dan om:

- 1) het voorschrijven op stofnaam in plaats van op merknaam (bijvoorbeeld simvastatine in plaats van Zocor[®]);
- 2) het kiezen van de goedkoopste variant binnen een geneesmiddelengroep met een vergelijkbare farmacotherapeutische werking (bijvoorbeeld simvastatine in plaats van rosuvastatine).

Vektis-rapport: verschillen tussen ziekenhuizen

In 2011 publiceerde Vektis op verzoek van het ministerie van VWS een rapport met daarin voor alle ziekenhuizen het aandeel generiek afgeleverde middelen in de extramurale setting (Vektis, 2011). In 2009 bedroeg het gemiddelde aandeel generiek afgeleverde middelen in ziekenhuizen 44%. Bij algemene ziekenhuizen varieerde dit aandeel tussen de 30% en 57%. Vektis concludeerde op basis van deze variatie dat er winst te behalen is bij het voorschrijven van geneesmiddelen voor extramuraal gebruik in ziekenhuizen. Het Vektis-onderzoek is gebaseerd op declaratiegegevens van de geneesmiddelen die door openbaar apothekers zijn afgeleverd. Het aflevergedrag van apothekers is daarmee ook van invloed op de uitkomsten ervan. Een ziekenhuis kan bijvoorbeeld een laag aandeel generiek afgeleverde middelen hebben omdat medisch specialisten geneesmiddelen *op merknaam* voorschrijven. Echter, wanneer een voorgeschreven middel uit patent is (multi-source), zal de apotheek vaak een generiek middel afleveren. Dit vertaalt zich in het Vektis-rapport dan in een hoger aandeel generiek afgeleverde middelen, terwijl de artsen toch op merknaam voorschrijven. Een tweede reden waarom ziekenhuizen een laag aandeel generiek afgeleverde geneesmiddelen hebben, is dat medisch specialisten veel nieuwe(re) middelen voorschrijven, die nog onder patent zijn. In dat geval heeft de openbaar apotheker geen invloed op het aandeel generiek afgeleverde recepten. Immers, wanneer een medisch specialist een single-source middel voorschrijft, is er simpelweg geen generieke variant voorhanden.

1.2 Project Doelmatig voorschrijven

Twee belangrijke geneesmiddelgroepen waarvoor de Vektis-cijfers duidelijke verschillen tussen ziekenhuizen lieten zien, zijn statines en bloeddrukverlagers. In 2009 is 38% van de in ziekenhuizen extramuraal voorgeschreven statines generiek afgeleverd; de range is 17%-63%. Van alle in ziekenhuizen extramuraal voorgeschreven bloeddrukverlagers werd 62% generiek afgeleverd; de range is 53%-78%. Beide groepen geneesmiddelen worden vaak voorgeschreven door medisch specialisten, met name binnen de interne geneeskunde en de cardiologie.

Het Vektis-rapport gaat niet in op mogelijke achtergronden voor de gevonden verschillen tussen ziekenhuizen. De Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) is daarom in 2011 een project Doelmatig Voorschrijven gestart. De Nederlandse Vereniging Voor Cardiologie (NVVC) is hierbij aangesloten. Onderhavig onderzoek is hier onderdeel van en gaat in op mogelijke redenen voor de gevonden verschillen in voorschrijven.

1.3 Factoren die voorschrijven beïnvloeden

In Nederland is weinig bekend over factoren die het voorschrijven van geneesmiddelen in de tweede lijn beïnvloeden. In het buitenland is hier wel onderzoek naar gedaan. Uit een review van 29 studies naar het voorschrijven van uiteenlopende middelen in de tweede lijn komt een range van beïnvloedende factoren naar voren (Chauhan & Mason, 2008).

De auteurs delen deze factoren in drie groepen in: kenmerken van het geneesmiddel (zoals effectiviteit en kosten), omgevingsfactoren (zoals informatie en ondersteuning) en actoren (zoals collega's, farmaceutische industrie en patiënten). Zij stellen dat de invloeden op het voorschrijven in de tweede lijn multifactorieel en complex zijn. Kosten lijken hierbij niet de eerste drijfveer te zijn, maar vooral de klinische kenmerken van het geneesmiddel. Medisch specialisten laten zich bij het voorschrijven ook beïnvloeden door hun collega-specialisten en door vertegenwoordigers van de farmaceutische industrie. Over de invloed die de patiënt uitoefent, is nog maar weinig bekend in de literatuur (Chauhan & Mason 2008).

Het model van Chauhan en Mason (2008) komt deels overeen met de invloeden die eerder onderscheiden werden door Jacoby e.a. (2003) bij het voorschrijven van nieuwe geneesmiddelen in de eerste lijn. Jacoby et al besteden echter meer aandacht aan kenmerken van de voorschrijver zelf. Omdat dit onderzoek zich richt op de voorschrijver degene, is besloten de indeling van Jacoby in dit onderzoek als basis te gebruiken.¹ We komen dan tot de volgende indeling:

- 1) geneesmiddelenkarakteristieken: effectiviteit, veiligheid en bijwerkingen, doserings- en compliance aspecten, (bekendheid met) kosten en farmacologische innovatie, aanwezigheid van een generiek alternatief;
- 2) interne invloeden: vertrouwen, voorschrijvervaring, expertise op klinisch gebied, ervaring met het geneesmiddel, betrokkenheid bij de opleiding van medisch specialisten, prijsbewustheid en kijk op de eigen professionele rol;
- 3) externe invloeden: collega's, literatuur, nascholing, gebruik van richtlijnen, de farmaceutische industrie en gezondheidsautoriteiten, opleiding, de rol van de apotheker (bijvoorbeeld afspraak *spécialité* om te zetten naar generiek), elektronisch voorschrijven en de invloed van (afspraken met) de zorgverzekeraar;
- 4) patiëntkarakteristieken en de invloed van de patiënt.

1.4 Onderzoeksvraag

De bestaande literatuur biedt aanknopingspunten als het gaat om factoren die het voorschrijven van medisch specialisten beïnvloeden. In dit onderzoek richten wij ons op het verkennen van de afwegingen die cardiologen en internisten maken in het voorschrijven van cholesterol- en bloeddrukverlagende middelen voor extramuraal gebruik. Omdat de literatuur niet is toegesneden op de Nederlandse situatie, op het voorschrijven door cardiologen en internisten, of op het voorschrijven van cholesterol- en bloeddrukverlagende middelen, kent dit onderzoek een exploratief karakter. Speciale aandacht besteden we aan het voorschrijven op stofnaam. De centrale onderzoeksvraag luidt: *“Wat zijn mogelijke redenen voor verschillen in het voorschrijven (op stofnaam) van cholesterolverlagers en bloeddrukverlagers voor extramuraal gebruik door internisten en cardiologen?”*

¹ De voorbeelden die gegeven worden zijn niet alleen afkomstig van Jacoby e.a. (2003) zelf. Zij zijn aangevuld met voorbeelden uit andere studies (Greving 2006, Mason 2008, Chauhan & Mason, 2008) en voorbeelden aangedragen door NIV/NVVC.

2 Methode

2.1 Selectie ziekenhuizen

Voor dit onderzoek zijn tien ziekenhuizen geselecteerd. De selectie is gebaseerd op de aard van de ziekenhuizen (twee academische ziekenhuizen en acht algemene ziekenhuizen), de geografische spreiding van de ziekenhuizen, en de cijfers over generiek afleveren zoals gebleken is uit het eerder genoemde Vektis-onderzoek (2011). Gezocht is naar variatie op deze kenmerken. Dit betekent dat in de steekproef zowel ziekenhuizen vertegenwoordigd waren die een relatief hoog aandeel generiek afgeleverde cholesterolverlagers en/of bloeddrukverlagers hadden als ziekenhuizen die een relatief laag aandeel hadden. Drie ziekenhuizen uit de initiële steekproef die aangaven niet te willen meewerken aan het onderzoek of die niet op de verzoeken tot medewerking hebben gereageerd, zijn vervangen door een ziekenhuis met hetzelfde profiel (i.e. aard, geografische ligging en afleverprofiel).

2.2 Interviews

Binnen elk ziekenhuis zijn een internist, een cardioloog en een ziekenhuisapotheker geïnterviewd. Daarnaast was het de bedoeling een beleidsmedewerker met zicht op financiën en inkoop van geneesmiddelen te interviewen. De procedure was als volgt. De hoofden van de vakgroepen interne geneeskunde en cardiologie in de geselecteerde ziekenhuizen zijn aangeschreven door respectievelijk de NIV en de NVVC. De betreffende personen zijn vervolgens telefonisch en/of per mail benaderd met het verzoek om zelf mee te werken aan een interview voor dit onderzoek dan wel om één van hun collega's voor te dragen. De interviewkandidaten zijn ook gevraagd om een suggestie te doen voor een ziekenhuisapotheker en een beleidsmedewerker binnen hun ziekenhuis voor deelname aan het onderzoek. Indien nodig werd deze vraag herhaald tijdens de afname van het interview.

Voorafgaand aan de afname van de interviews met de internisten en cardiologen zijn groepsgesprekken gevoerd met de vertegenwoordigers van de specialisten in opleiding, te weten het bestuur van de JNIV en van de Juniorkamer van de NVVC. Deze gesprekken dienden enerzijds om de onderwerpen in de interviewvragenlijst te verkennen en eventuele omissies vroegtijdig te signaleren. Anderzijds dienden deze gesprekken ook om specifieke aspecten van de opleiding en begeleiding te verkennen die mogelijk van invloed kunnen zijn op het (generiek) voorschrijven van cholesterol- en bloeddrukverlagers.

De interviews met de specialisten besloegen circa 45 – 60 minuten en richtten zich op de overwegingen en factoren die van invloed zijn op keuzes bij het voorschrijven van cholesterol- en bloeddrukverlagers. De opgestelde vragenlijst vormde de leidraad voor deze interviews. Echter, zoals in kwalitatief onderzoek gebruikelijk, is door het

voorleggen van inzichten uit eerdere gesprekken aan de respondenten in de latere interviews de invulling van de gesprekken ook onderhevig geweest aan voortschrijdend inzicht. De interviews met de ziekenhuisapothekers besloegen maximaal 45 minuten en richtten zich met name op de afspraken die binnen het ziekenhuis bestaan tussen apotheek en specialisten over formularia, omzettingsbeleid, de invloed van overige actoren (zoals zorgverzekeraars, patiënt en industrie) en de invloed en betrokkenheid van de apotheken zelf op het voorschrijven van cholesterol- en bloeddrukverlagers.

Gedurende het onderzoek werd duidelijk dat management en beleid van ziekenhuizen geen aanwijsbare factor van invloed vormen voor het vraagstuk van doelmatig voorschrijven. Het afleveren van medicatie door openbaar apothekers in de eerste lijn daarentegen, bleek een factor te zijn die in de initiële opzet van het onderzoek onderbelicht bleef. Om deze reden is in overleg met de NIV en NVVC besloten om de interviews met de beleidsmedewerkers van de ziekenhuizen te vervangen door interviews met openbaar apothekers die gevestigd zijn in de nabije omgeving van de ziekenhuizen uit het onderzoek. Via KNMP-districtsadviseurs hebben wij daarom voor elk van de acht KNMP-districten uit ons onderzoek openbaar apothekers benaderd. Deze interviews besloegen maximaal 60 minuten en richtten zich op onderwerpen als de voorschriften die apothekers zagen uit de tweede lijn, overwegingen in het generiek afleveren van medicatie, het preferentiebeleid van zorgverzekeraars en overige ontwikkelingen op het gebied van doelmatig voorschrijven en afleveren.

2.3 Onderzoeksdesign

In dit onderzoek is gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksmethode. De reden hiervoor is tweeledig. Enerzijds omdat een kwalitatieve methode beter aansluit bij het exploratieve karakter van dit onderzoek. Anderzijds is voor een kwalitatieve onderzoeksmethode gekozen omdat diepte-interviews met de internisten, cardiologen en apothekers ons in staat stellen om de afwegingen die ten grondslag liggen aan de keuzes die worden gemaakt in het voorschrijven en het afleveren in samenhang te analyseren. Immers, het onderzoek van Vektis (2011) heeft al aangetoond dat er verschillen bestaan tussen ziekenhuizen in de mate waarin zij generiek voorschrijven. De opzet van het huidige onderzoek is er op gericht om afwegingen en factoren in kaart te brengen die deze verschillen kunnen verklaren.

De vragenlijsten die als leidraad hebben gediend voor de interviews met de internisten en cardiologen (A), de ziekenhuisapothekers (B) en de openbaar apothekers (C) is als bijlage in het rapport opgenomen. Deze vragenlijsten zijn gebaseerd op onderzoek van Volkers e.a. (2005) en op de literatuur die wij in de inleiding beschrijven. De vragenlijsten zijn vervolgens nader uitgewerkt in overleg met een werkgroep van internisten en cardiologen.

Met toestemming van de respondenten is van elk gesprek een audio-opname gemaakt. Ten behoeve van de analyse zijn deze gesprekken woordelijk uitgewerkt. De analyse vond plaats op basis van deze transcripten. Hierbij zijn de afwegingen en factoren van

invloed op het voorschrijven van cholesterol- en bloeddrukverlagers gecodeerd in vier categorieën: geneesmiddelenkarakteristieken, interne invloeden, externe invloeden en patiëntkarakteristieken (zie ook hoofdstuk 1). De uitwerkingen van de gesprekken met de apothekers werden doorzocht op contextuele factoren en doorwerkingseffecten van de keuzes die de internisten en cardiologen maken in het voorschrijven.

3 Resultaten

3.1 Over de deelnemers

De resultaten zijn gebaseerd op 36 interviews met vertegenwoordigers van tien ziekenhuizen. Van de acht deelnemende algemene ziekenhuizen waren er vier een opleidingsziekenhuis: twee voor zowel cardiologie als interne geneeskunde, één alleen voor cardiologie en één alleen voor interne geneeskunde. De 36 interviews betreffen twaalf gesprekken met internisten (waaronder één duo-interview), negen gesprekken met cardiologen, één gesprek met een beleidsmedewerker van een van de ziekenhuizen, acht gesprekken met apothekers binnen het ziekenhuis (zes ziekenhuisapothekers en twee transmuraal apothekers) en zes openbaar apothekers. Tot slot zijn ook gesprekken gevoerd met de besturen van de JNIV en de Juniorkamer van de NVVC.

3.2 Geen één-op- één relatie tussen voorschrijven en afleveren

Voorafgaand aan de inhoudelijke behandeling van de bevindingen van ons onderzoek willen wij eerst de aandacht vestigen op het feit dat voorschrijven en afleveren niet hetzelfde zijn. Deze discussie is belangrijk omdat – als het gaat om kosten van geneesmiddelen – datgene wat afgeleverd wordt, telt. Dat is immers wat gedeclareerd wordt. Voor de kosten is het dus niet alleen van belang wat voorgeschreven wordt, maar ook wat uiteindelijk afgeleverd wordt. Wanneer een medisch specialist bijvoorbeeld een statine voorschrijft die uit patent is (een multi-source middel), zal extramuraal vrijwel altijd een generiek middel worden afgeleverd. Dit is *ongeacht of de specialist op merk- of stofnaam voorschrijft*. Dit betekent dat de vraag of de medisch specialist op merk- of op stofnaam voorschrijft er voor de kosten dan weinig toe doet. Een andere manier om doelmatiger voor te schrijven is het kiezen van de goedkoopste variant binnen een geneesmiddelen-groep met een vergelijkbare farmacotherapeutische werking (bijvoorbeeld simvastatine in plaats van rosuvastatine): de therapeutische substitutie. Rosuvastatine is nog niet uit patent en daarmee duurder dan generiek verkrijgbare middelen.

3.3 Factoren van invloed op doelmatig voorschrijven van cholesterol- en bloeddrukverlagers

In dit onderdeel richten we ons op afwegingen in het voorschrijven van cholesterol- en bloeddrukverlagers door internisten en cardiologen. In onze analyse van afwegingen in het voorschrijven van statines en antihypertensiva onderscheiden wij (A) geneesmiddel-karakteristieken, (B) interne invloeden, (C) externe invloeden en (D) patiëntkarakteristieken.

3.3.1 Geneesmiddelkarakteristieken

Statines

De meeste internisten en cardiologen zien geen bezwaar tegen simvastatine als startmiddel of tegen generiek afleveren voor de middelen die uit patent zijn (multi-source middelen). Onder bepaalde omstandigheden wijken zij hiervan af:

- Voor patiënten met hoge cholesterolwaarden of patiënten die recent een hartinfarct hebben gehad, starten zij de behandeling met een andere, in hun ogen potentere, statine.
- Voor patiënten bij wie bijwerkingen optreden, schrijven zij in voorkomende gevallen “medische noodzaak” op het recept. Dit om wisselingen tussen de generieke preparaten van verschillende fabrikanten in de toekomst te voorkomen.

Het voorschrijven van cholesterolverlagende middelen wordt gedomineerd door een kleine groep middelen, de statines. Het merendeel van de medisch specialisten vindt dat de beschikbare statines vooral onderling verschillen in potentie. Zij noemden pravastatine vaak als de minst krachtige statine, maar ook als het middel met de kleinste kans op bijwerkingen. Atorvastatine en rosuvastatine worden in het algemeen gezien als de meer potente middelen binnen de groep. Juist het gebruik van deze potentere statines resulteerde de afgelopen jaren in hoge kosten aangezien deze middelen nog onder patent vielen. Het patent op atorvastatine verliep onlangs, voor rosuvastatine loopt het patent af in 2016. Een enkele uitzondering daargelaten waren de specialisten van mening dat het voor de werkzaamheid van de voorgeschreven statine *in principe* niet uit zou moeten maken of de patiënt het merkmiddel krijgt of een generiek substituut wanneer dit beschikbaar is.

Keuze van het startmiddel

Conform de landelijke richtlijnen voor de behandeling van hypertensie en lipidemie gaf het merendeel van de internisten en cardiologen aan dat zij de behandeling van hun patiënten starten met simvastatine. Slechts enkele specialisten kiezen standaard voor een ander startmiddel wanneer zij cholesterolverlagers extramuraal voorschrijven [01; 29] Zo liet één van de internisten weten dat hij atorvastatine in de protocollen voor zijn vakgroep als voorkeursmiddel heeft opgenomen omdat dit middel een kleinere kans op interacties met zich meebrengt dan simvastatine en omdat hij liever ziet dat de AIOS worden opgeleid met het beter werkende middel. [01].

Onder bepaalde omstandigheden kiezen verschillende internisten en cardiologen ervoor te starten met een andere statine dan simvastatine. Zo kiezen verschillende internisten ervoor om bij patiënten met een zeer hoog cholesterol niet starten met simvastatine omdat zij op voorhand al verwachten dat de patiënt niet de gewenste streefwaarden gaat bereiken [02;03;11;15;24]. Een van de internisten verwoordt dit als volgt: ‘*Ik weet gewoon dat simvastatine de waarden met maximaal 30-40% kan verlagen. Als ik van tevoren al weet dat ik het met simvastatine niet ga redden, dan begin ik er ook niet mee*’ [09]. Veel van de medisch specialisten geven aan dat dit speelt voor patiënten met

familiaire hypercholesterolemie. Bij patiënten met deze diagnose starten de specialisten de behandeling vaak met rosuvastatine.

Enkele medisch specialisten geven aan dat het voorschrijven van atorvastatine na een hartinfarct hun voorkeur heeft. De reden hiervoor is dat verschillende studies hebben aangetoond dat atorvastatine leidt tot een reductie van cardiovasculaire events [12; 19] : *‘Er is zoveel evidence opgebouwd dat atorvastatine, los van het cholesterolgehalte, de complicaties na een hartinfarct of een acuut coronair syndroom reduceert. Daar doe je het voor, want die streefwaarden zijn uiteindelijk maar een surrogaat eindpunt’* [19]. Echter, één van de cardiologen in opleiding geeft aan dat de keuze voor behandeling met atorvastatine voor deze groep patiënten soms wordt doorkruist door het voorschrijven in de eerste lijn. *‘In het ziekenhuis waar ik nu werk, zie ik dat wij vroeger veel meer atorvastatine voorschreven. Zeker toen de grote studies zijn gedaan waarbij een hoge dosering statine toch wel echt een reductie in events gaf bij patiënten na een hartinfarct. Maar sinds de huisartsen betaald worden om simvastatine voor te schrijven, zien wij eigenlijk dat het geen enkele zin meer heeft om dat te doen.’* [38].

Redenen voor internisten en cardiologen om van simvastatine af te wijken

Alle medisch specialisten geven aan dat het niet bereiken van de streefwaarden of het optreden van bijwerkingen bij de patiënt reden is om te switchen naar een andere statine. Bij het niet behalen van de streefwaarden wordt gekozen voor een potenter middel. Het optreden van bijwerkingen resulteert bij statines vaak in de keuze voor een merkmiddel. In een aantal gevallen wordt overgestapt naar een potentere en gepatenteerde statine die een lagere dosering voor de patiënt toestaat en daarmee het risico op het optreden van bijwerkingen verlaagt. In andere gevallen kiest de voorschrijver de merkvariant van een multi-source middel dat de patiënt al gebruikt, onder vermelding van medische noodzaak op het recept. Echter, het optreden van bijwerkingen werd vaak niet zozeer toegeschreven aan het gebruik van generieke preparaten *an sich*. De meerderheid van de respondenten gaf aan in de behandeling van lipidemie geen specifieke voorkeur te hebben voor gebruik van het merkmiddel of het generieke substituuat.

Veel vaker schrijven medisch specialisten de bijwerkingen toe aan het feit dat er veel verschillende generieke preparaten van een multi-source op de markt zijn en daarmee samenhangend aan de vele wisselingen in het aanbod. Doordat de generieke preparaten onderling kunnen verschillen in de gebruikte hulpstoffen en – tot op zekere hoogte – ook in biologische beschikbaarheid werden deze wisselingen als onwenselijk gezien. Zo geeft één van de cardiologen aan niets te hebben tegen het gebruik van generieke middelen, maar wel tegen de variëteit in het aanbod via wel 60 fabrikanten [23]. Eén van de cardiologen schat dat zo ongeveer 10-20% van de patiënten die hij op de polikliniek ziet, kampt met bijwerkingen als gevolg van deze wisselingen van de generieke middelen [19]. Ook een internist illustreert dit beeld: *“Ik zag gisteren nog een patiënt die plotseling last kreeg van allerlei vreemde bijwerkingen, en er was echt werkelijk niets veranderd aan haar medicatie. Ik heb hierbij sterk het vermoeden dat het een merkprobleem is”* [18]. Alhoewel de bijwerkingen bij een patiënt vaak zijn gerelateerd aan het generieke preparaat van slechts één van de fabrikanten, besluiten medisch specialisten in dergelijke gevallen regelmatig om het merkmiddel voor deze patiënten voor te gaan schrijven. Dit

om er zeker van te zijn dat dit soort wisselingen in de toekomst niet meer voor problemen kunnen zorgen.

Een aantal specialisten geeft aan dat generieke substitutie misschien wel tot een besparing op de kosten voor het geneesmiddelengebruik leidt, maar dat het juist door de vele wisselingen tussen generieke preparaten ook juist andere kosten met zich mee kan brengen. Bijvoorbeeld in de vorm van extra polibezoeken als gevolg van bijwerkingen of verwarring bij patiënten over de vraag of zij wel de juiste medicatie hebben meegekregen van de apotheek [02; 11]. Hiernaast geven verschillende specialisten aan dat uiterlijke verschillen tussen de generieke preparaten van verschillende fabrikanten een belangrijke bron van verwarring vormen en daarmee therapietrouw en goed medicijngebruik negatief kunnen beïnvloeden.

Antihypertensiva

Bij antihypertensiva schrijven medisch specialisten vaak een combinatie van middelen uit verschillende klassen voor. Deze combinatie wordt uitgebreid wanneer de gewenste streefwaarden niet worden bereikt. Belangrijke overwegingen bij de keuze voor bepaalde (combinatie van) antihypertensiva zijn de comorbiditeit of de cardiologische aandoening van de patiënt.

Een aantal voorschrijvers heeft een voorkeur voor triple therapie preparaten en de nieuwere generaties A2-antagonisten die nog onder patent vallen. Redenen hiervoor zijn een gunstiger bijwerkingenprofiel en de verwachting dat de therapietrouw beter zal zijn.

Het voorschrijven van recepten op medische noodzaak voor middelen die wel generiek beschikbaar zijn, speelt vooral bij antihypertensiva met een gereguleerd afgifteprofiel en middelen waarvan het generieke preparaat geen volledige 24-uurs dekking biedt.

Er zijn verschillende groepen middelen die bij de behandeling van hypertensie kunnen worden ingezet. De belangrijkste groepen zijn diuretica, bètablokkers, calcium antagonisten, ACE-remmers en A2-antagonisten. Binnen deze groepen zijn ook weer verschillende middelen beschikbaar, waardoor de specialist een veel ruimere keuze heeft dan bij de statines. Daar waar de statines zich onderling met name onderscheiden in potentie, speelt dit voor de antihypertensiva een minder grote rol: *“Voor bloeddruk maakt het normaal gesproken eigenlijk niet zo veel uit. Je kunt het bijna met elk middel dat de bloeddruk verlaagt goed behandelen.”*[25]. Wanneer de streefwaarden niet gehaald worden, wordt meestal niet gewicht naar een ander middel, maar wordt een middel uit een van de overige groepen aan de behandeling toegevoegd. Zeker omdat patiënten die in het ziekenhuis komen voor de behandeling van hypertensie in de eerste lijn vaak al verschillende antihypertensiva hebben gekregen, betekent dit dat patiënten onder behandeling van een internist of cardioloog vaak een drie of meer bloeddrukverlagende

middelen per dag moeten gebruiken. Bijwerkingen zijn evenals bij de statines een reden om naar een ander antihypertensivum over te stappen.

Onder de bloeddrukverlagers is er geen standaard voorkeursmiddel, ook niet per groep. Verschillende cardiologen gaven hierbij aan dat de Europese en nationale richtlijnen die gelden voor de cardiologie niet benoemen welk middel moet worden voorgeschreven, maar juist eerder de volgorde waarin de verschillende groepen (bijvoorbeeld diuretica, ACE-remmers) moeten worden doorlopen. De keuze van het specifieke middel in een groep speelt hierbij geen rol. Dit kan mogelijk worden verklaard door het feit dat het merendeel van de middelen binnen de verschillende groepen al langere tijd uit patent zijn. Een uitzondering hierop vormen de A2-antagonisten en de triple therapie combinatiepreparaten waarvan de meesten nog onder patent zijn.

Bij antihypertensiva is de keuze van het voor te schrijven middel complexer dan bij statines. Een van de cardiologen verwoordt dit als volgt: *“Het hangt af van wat het structurele probleem is. Heeft de patiënt een ritmeprobleem, boezemfibrilleren, hartfalen, een hypertensie cardiomyopathie of heeft iemand protein-losing? Dan zijn er zoveel andere zaken die je keuze bepalen”* [19]. Een andere cardioloog geeft aan dat in vergelijking met het voorschrijven van statines, de keuzes in het voorschrijven van antihypertensiva veel meer worden bepaald door comorbiditeit. *“Kijk, de meeste mensen hebben een medicament nodig voor een cardiologische kwaal, en dat zijn vaak middelen die ook antihypertensief werken. Dan is het natuurlijk logisch om op basis hiervan het eerste middel te kiezen, als je dan een tweede middel nodig hebt dan kies je iets dat daar het beste bij past”* [16].

Verschillen tussen spécialité en generiek voor middelen met gereguleerde afgifte

Een deel van internisten en cardiologen geeft aan twijfels te hebben over sommige specifieke generieke bloeddrukverlagende preparaten. Er zijn voor de bloeddrukverlagers een aantal *“slechte generieken”* [01]. Middelen die specialisten in dit verband noemen, zijn enalapril, metoprolol en nifedipine. Van de generiek beschikbare ACE-remmer enalapril zegt een aantal specialisten [08; 12; 15] dat deze niet geschikt is omdat deze tweemaal daags moeten worden gedoseerd. Dit is niet altijd direct aanleiding om een middel voor te schrijven dat nog onder patent is. Er is namelijk ook een ander generiek preparaat voorhanden is dat slechts eenmaal daags gedoseerd hoeft te worden: *“Wat het vervelende is aan de hypertensiva behandelingen, is dat je vaak generieke preparaten als enalapril toch twee keer op een dag moet doseren. Maar goed, wij gebruiken hier perindopril en dat kan een keer per dag”* [08]. Het is dan ook niet zozeer een verschil tussen het merkmiddel en het generieke preparaat daarvan, maar eerder dat dit middel achterhaald is door de komst van nieuwe en betere middelen.

Voor nifedipine vindt ongeveer een derde van de specialisten dat het afgifteprofiel van het spécialité beter uitgebalanceerd is dan dat van de generieke preparaten. Zij zijn ervan overtuigd dat de instabiliteit van het afgifteprofiel van nifedipine resulteert in schommelingen in de bloeddruk bij patiënten met klachten en bijwerkingen als gevolg. Voor een deel van hen is dit aanleiding om dit middel op merknaam voor te schrijven; voor anderen is dit reden te kiezen voor een ander middel. Ook bestaat er onder een deel van de

specialisten twijfel over de substitutie van Selokeen ZOC naar een generiek metoprolol preparaat vanwege verschillen in het afgifteprofiel en werkingsduur. Echter, verschillende specialisten geven aan dat substitutie van Selokeen naar een generiek metoprolol preparaat niet te vermijden is. Zij zien namelijk patiënten van de huisarts of de apotheek toch weer terugkomen met metoprolol. [01; 03; 16]. “*We hebben afgesproken dat dat generiek mag worden afgeleverd. Mensen die het gebruiken ga ik niet omzetten, maar ik schrijf metoprolol niet of nooit meer voor. In plaats daarvan hebben we gekozen voor een bètablokker die lang werkt en ook de minste bijwerkingen heeft*” [16]. Al met al bestaan er twijfels onder internisten en cardiologen over de generieke substitutie van middelen met gereguleerde afgifte. Echter, omdat er vaak alternatieve middelen voor handen zijn die generiek beschikbaar zijn en bijvoorbeeld wel de gewenste 24 uren dekking bieden vormen deze twijfels niet altijd reden om een merkmiddel voor te schrijven.

Wanneer medisch specialisten kiezen voor een middel uit de groep A2-antagonisten is dat vaak voor een merkmiddel. Dit omdat de meeste A2-antagonisten gepatenteerd zijn. Een aantal specialisten verkiest de nieuwere generaties A2-antagonisten boven de ACE-remmers vanwege een gunstiger bijwerkingsprofiel en het feit dat deze middelen eenmaal daags gedoseerd kunnen worden.

3.3.2 *Interne invloeden*

Internisten en cardiologen schrijven regelmatig op merknaam voor. Dit gebeurt zowel in de ziekenhuizen waarvan het Vektis-onderzoek stelt dat ze relatief veel generiek voorschrijven als in ziekenhuizen die relatief weinig generiek voorschrijven.

Merksnamen zitten beter in de pen dan generieke namen. Daarnaast hebben voorschrijvers de overtuiging dat recepten op merknaam – daar waar mogelijk – generiek worden afgeleverd.

Voorschrijvers hebben vaak een voorkeurslijstje van middelen die zij voorschrijven. De samenstelling van dit lijstje wordt bepaald door opgedane ervaring met deze middelen, de opleiding, evidence en de inrichting van het EVS binnen het ziekenhuis.

Kostenoverwegingen spelen nauwelijks een rol in het voorschrijven van cholesterol- en bloeddrukverlagers.

Merk zit in de pen

Hoewel sommige specialisten zeggen uitsluitend op stofnaam voor te schrijven, schrijven relatief veel specialisten op merknaam voor. Internisten en cardiologen geven vaak aan dat de merksnamen beter in de pen zitten of gewoonweg korter zijn. Zij zien vaak niet het belang van het voorschrijven op stofnaam. De reden hiervoor is dat bij middelen die uit patent zijn een recept op merknaam in de eerste lijn toch wel resulteert in het afleveren van het generieke middel. Hiernaast geldt voor de ziekenhuizen in het onderzoek waar poliklinisch met een EVS wordt voorschreven dat de stofnaam van het voorgeschreven

middel in ieder geval op het recept staat. De meerderheid van de specialisten geeft aan alleen bij medische noodzaak ervan uit te gaan dat een merkmiddel afgeleverd wordt. Als er sprake is van medische noodzaak, maken zij dit kenbaar door toevoeging van tekens of mededelingen als ‘*niet substitueren op medische gronden*’ [25] op het recept. Het argument van de specialisten is daarom dat voorschrijven op merknaam geen issue is omdat de middelen die uit patent zijn altijd generiek worden afgeleverd en de middelen die nog in patent zijn sowieso uitsluitend als *spécialité* afgeleverd kunnen worden. Dit komt overeen met het beeld dat openbaar apothekers geven (zie paragraaf 3.4)

Een voorkeurslijst van voor te schrijven middelen

Veel specialisten geven aan een voorkeurslijstje aan middelen in hun hoofd te hebben; dit lijstje bepaalt hun voorschrijven sterk. De ervaring die met een middel is opgedaan, leidt er bijvoorbeeld toe dat een medisch specialist een middel prettiger vindt werken: er is meer bekendheid met de effecten en het bijwerkingenprofiel. Ook blijven de middelen waarmee medisch specialisten zijn opgeleid vrij lang in het lijstje van voorkeursmiddelen hangen. Dit kwam ook naar voren uit de gesprekken met de leden van JNIV bestuur en het gesprek met het bestuur van de Juniorkamer: voorkeuren in worden in belangrijke mate overgenomen van de supervisor [37; 38]. Het merendeel van de specialisten geeft aan voornamelijk ervaring te hebben met twee tot drie middelen per groep. Deels worden deze voorkeursmiddelen toegeschreven aan de opleiding: “*De oudere bètablokkers als nebivolol bijvoorbeeld, dat zit bij ons niet meer zo in de pen. Wij zijn meer de carvedilol en metoprolol-mensen. Dat is inherent aan de tijd waarin je wordt opgeleid*” [13].

Studies die met de middelen zijn uitgevoerd, hebben ook invloed op het voorschrijven. Zo geven veel cardiologen aan dat de voorkeur voor atorvastine is gerelateerd aan de grote hoeveelheid studies die hiermee zijn uitgevoerd bij patiënten met hartfalen en coronair lijden. Een van de internisten geeft aan dat onder de A2-antagonisten irbesartan en/of losartan vaak de voorkeur heeft binnen zijn beroepsgroep vanwege de studies die hiermee zijn uitgevoerd naar nierinsufficiëntie bij patiënten met diabetes, terwijl valsartan juist populairder is onder de cardiologen vanwege de studies op het gebied van hartfalen [25]. Hiernaast geeft deze internist aan dat zijn persoonlijke voorkeur voor irbesartan mede wordt ingegeven door de handige combinaties die in de markt zijn gezet met hydrochloorthiazide, waardoor je vaak toch met één pil kunt uitkomen. Tot slot bepaalt de samenstelling van het assortiment in de ziekenhuisapothek de keuzes in het voorschrijven. Voor intramuraal gebruik worden de voorschriften van de internisten en cardiologen voor het overgrote deel omgezet naar de statines en antihypertensiva die de ziekenhuisapothek heeft opgenomen in het assortiment. Het veelvuldig intramuraal gebruik van deze middelen bepaalt daarmee ook met welke middelen de specialisten veel ervaring opdoen.

Terughoudend met switchen

Naast de gebruiken in het voorschrijven op stofnaam of merknaam gaf het merendeel van de internisten en cardiologen te kennen dat zij liever niet te vaak switchen van medicatie. Wanneer een patiënt goed is ingesteld, de streefwaarden worden behaald en er geen bijwerkingen optreden, willen de meeste specialisten niet aan de medicatie van de patiënt morrelen. Zij zijn daarom geneigd de medicatie die de huisarts of een andere specialist

heeft ingezet te continueren. Dit betekent dat de medicatie van patiënten die goed zijn ingesteld op simvastatine niet wordt gewijzigd, maar ook dat patiënten die goed zijn ingesteld op gepatenteerde als rosuvastine niet wordt omgezet naar een middel dat uit patent is.

Beperkt kostenbewustzijn

Verschillende internisten en cardiologen geven te kennen dat zij zich maar in beperkte mate bewust zijn van de kosten van geneesmiddelengebruik en dat dit aspect ook geen prioriteit heeft in hun afwegingen bij het voorschrijven. Ook de internisten en cardiologen in opleiding geven aan dat de afweging tussen het voorschrijven van spécialité of generieke preparaten en de kosten van medicijngebruik tot op heden geen rol van betekenis spelen in de opleiding of in de interactie met de supervisors [37; 38]. Echter, zij zijn wel van mening dat de aandacht hiervoor in de opleiding groeit. Zo wijst één van de internisten in opleiding op een recent besluit van de algemene ledenvergadering van de NIV om in de communicatie en het voorschrijven in de opleiding en op de werkvloer uitsluitend nog stofnamen te gebruiken.

Dat een groter bewustzijn van de prijzen van medicatie van invloed kan zijn op het voorschrijven blijkt uit een voorbeeld dat werd gegeven door een cardioloog die naar eigen zeggen vaak voorschreef op merknaam. *“Sinds ik weet dat Plavix bijna zes keer duurder is dan clopidogrel schrijf ik deze specifiek op stofnaam voor. Ik weet dat mensen dat voor langere tijd gaan gebruiken en aan het eindpunt maakt het niets uit. Dan moet je ook gewoon de keuze maken voor het middel waarvan je weet dat het goedkoper is”* [13]. Ook een internist van wie de regionale zorgverzekeraar al enige jaren actief aanstuurt op meer generiek voorschrijven bleek bewuster te zijn van de prijzen van statines en deze informatie ook expliciet mee te nemen in haar afwegingen in het voorschrijven [07]. Verschillende internisten en cardiologen laten weten dat zij wel geïnteresseerd zijn in informatie over de kosten van de geneesmiddelen die zij voorschrijven, maar dat deze informatie ook niet op de logische plaatsen voorhanden is. Zo geven enkelen van hen aan het jammer te vinden dat kosteninformatie niet wordt weergegeven in het EVS en ook niet meer is opgenomen in het Farmaceutisch Kompas.

De verschillen in keuze voor bepaalde geneesmiddelen lijken niet samen te hangen met demografische kenmerken van de medisch specialisten zoals leeftijd, geslacht en plaats van vestiging. Hierbij moet wel opgemerkt worden dat de aantallen artsen in dit onderzoek klein zijn om dergelijke samenhangen aan te tonen.

3.3.3 Externe invloeden

Medisch specialisten hebben er geen moeite mee als huisartsen en apothekers middelen die generiek voorhanden zijn, generiek voorschrijven of afleveren. Zij hebben meer moeite met het omzetten van gepatenteerde middelen naar een middel dat wel generiek beschikbaar is. Cardiologen en in mindere mate internisten uiten onvrede over de 'huisartsenrichtlijnen'.

Medisch specialisten hebben moeite met de invloed van de zorgverzekeraars op voorschrijven en afleveren in de eerste lijn. Zorgverzekeraars oefenen ook direct invloed uit op het voorschrijven door medisch specialisten door het voorschrijven van gepatenteerde statines en antihypertensiva te verbinden aan een machtigingssysteem.

De meeste specialisten zijn van mening dat de farmaceutische industrie van invloed is op het voorschrijven middels de evidence die wordt opgebouwd met de studies die zij financieren. Alhoewel sommige ziekenhuisapothekers wel invloed merken van artsenbezoekers op het voorschrijven geven de medisch specialisten aan dat hun invloed beperkt is voor statines en antihypertensiva.

Naast interne afwegingen van specialisten, spelen ook verschillende externe invloeden een rol in keuze voor cholesterol- en bloeddrukverlagers.

Omzetten in de 1^e lijn

Veel specialisten zien dat huisartsen en apothekers de recepten van patiënten uit het ziekenhuis omzetten naar generieke middelen. De meeste hebben hier geen problemen mee. Dit geldt zowel voor de statines als de antihypertensiva. Wanneer specialisten twijfels hebben over de geschiktheid van een generiek preparaat kiezen zij er bewust voor het merkmiddel voor te schrijven of kiezen zij voor een ander generiek middel binnen dezelfde groep.

Therapeutische substitutie doordat huisarts patiënten omzetten op een ander middel roept meer weerstand op onder de specialisten. Dit betekent dat er wordt omgezet naar een andere werkzame stof. Eén van de internisten ziet hierdoor meer patiënten op de polikliniek met bijwerkingen of die hun streefwaarden niet halen [02]. Eén van de cardiologen in opleiding geeft aan dat ook het EVS binnen het ziekenhuis in sommige gevallen kan leiden tot ongewenste vormen van therapeutische substitutie. Het advies in het EVS leidt er dan toe dat de patiënt een ander middel op zijn ontslagrecept heeft staan dan de medisch specialist feitelijk heeft voorgeschreven [38].

Een aantal cardiologen geeft te kennen dat de richtlijnen die de huisartsen volgen in het voorschrijven van cholesterol en bloeddrukverlagers (e.g. de NHG-standaard CVRM) afwijken van de richtlijnen die vanuit de beroepsvereniging gelden voor de cardiologie [08;12; 23; 29]. Vaak vinden cardiologen het ook niet goed dat patiënten die zij hebben ingesteld op atorvastine door de huisarts worden omgezet op simvastatine. Zij zijn van mening dat het voorschrijven van generieke middelen door de huisartsen te ver is

doorgeschooten door de financiële prikkels van de zorgverzekeraars. Sommige andere specialisten geven juist aan zich aan de NHG-richtlijnen te conformeren om de continuïteit tussen eerste en tweedelijnszorg te bevorderen [07; 16]. Zo geeft een van de cardiologen aan vaker generieke middelen voor zijn patiënten voor te schrijven om geswitch in de eerste lijn te voorkomen [08]. Een ander merkt op: *“op verzoek van de huisartsen hebben wij nu simvastatine als standaardmiddel in ons protocol opgenomen, waar dit voorheen atorvastatine was”* [12]. Ook geeft een van de cardiologen aan dat zij zich conformeren aan de CVRM-richtlijnen omwille van de transmurale samenwerking *“Het is natuurlijk onzinnig als ik de behandeling begin en de huisarts neemt de patiënt over en wordt vervolgens geconfronteerd met iets wat hij nooit voorschrijft. Ik denk dat dat niet handig is”* [16].

Enkele specialisten geven aan dat huisartsen soms ook patiënten terugsturen naar de medisch specialist wanneer zij een recept voor een merkmiddel nodig hebben [17; 25, 29] *“Het komt wel voor dat patiënten bij ons op de poli lopen, maar ook bij de huisarts, maar dat de huisartsen vervolgens weigeren om een recept rosuvastatine uit te schrijven. Dus dan sturen ze hen naar ons terwijl de huisarts nota bene zelf degene is die met rosuvastatine was gestart. Wij hebben dat dan alleen maar gecontinueerd.”* [25]. De terughoudendheid van huisartsen om op merknaam voor te schrijven spitst zich voornamelijk toe op het voorschrijven van de statines. Alhoewel een aantal van de specialisten hier melding van maakt, betwijfelen de ziekenhuisapothekers of dit geldt voor een grote groep huisartsen.

Zorgverzekeraars proberen het voorschrijven van in patent middelen bureaucratisch te smoren

Een veel besproken onderwerp in de interviews betreft de introductie van de machtingingen die door zorgverzekeraars voor een aantal single source middelen zijn ingevoerd. Zonder deze verklaring kunnen openbaar apothekers het middel niet vergoed krijgen van de zorgverzekeraar en loopt de patiënt het risico het middel zelf te moeten betalen. Veel van de internisten en cardiologen leggen de verplichting voor het tekenen van deze verklaringen uit als een poging van de zorgverzekeraars om het voorschrijven van de gepatenteerde middelen bureaucratisch te smoren. Alhoewel het merendeel van de specialisten zegt zich hierdoor niet te laten beïnvloeden, geeft een aantal toch aan nu minder gepatenteerde middelen voor te schrijven [17; 24; 25] Eén van de internisten licht dit toe: *“Als ik heel eerlijk ben schreef ik ook vaker atorvastatine voor dan simvastatine. Maar toen we voor atorvastatine een apart formuliertje moesten gaan invullen, hebben we besloten om er dan toch maar standaard simvastatine van te maken”* [25]. Eén van de cardiologen is van mening dat deze aanpak voor doelmatiger voorschrijven zeker wat heeft opgeleverd in het voorschrijven van statines en maagzuurremmers. Echter, het is hem een doorn in het oog dat hij voor bewezen effectieve therapieën allerlei verklaringen moet afleggen. *“Plavix na een PTCA-procedure, daar zou je geen verklaring voor moeten hoeven af te geven. We weten allemaal dat dat nodig is.”* [23]

Er zijn verschillende regionale initiatieven om doelmatig voorschrijven te bevorderen. Specialisten bij vier verschillende ziekenhuizen zijn samen met de regionale zorgverzekeraar projecten gestart of hebben afspraken gemaakt om het voorschrijven van

generieke middelen te stimuleren. In deze projecten werd het behalen van targets in generiek voorschrijven beloond door de verzekeraar.

Farmaceutische industrie

Vrijwel alle internisten en cardiologen ontvangen af en toe artsenbezoekers maar zeggen ook dat de frequentie van deze bezoeken de afgelopen jaren is teruggelopen. De frequentie hiervan varieert nu van zelden of eens per twee maanden tot één a twee keer per week. Binnen één ziekenhuis hebben zowel de internist als de cardioloog besloten niet langer artsenbezoekers te ontvangen. De reden die zij hiervoor opgeven, is dat deze bezoeken naar hun idee geen nieuwe informatie opleveren en meer tijd in beslag nemen dan vroeger het geval was. De redenen voor medisch specialisten om wel artsenbezoekers te ontvangen zijn divers: deze bezoeken houden hen scherp, informeren over nieuwe beschikbare combinatiemiddelen, bieden de mogelijkheid om hun eigen lijstje van voorkeursmiddelen weer eens tegen het licht te houden en het is een vorm van netwerken onder andere om in de loop te blijven voor nieuw op te zetten onderzoeken. De specialisten die artsenbezoekers ontvangen, geven aan dat deze bezoeken geen directe aanleiding vormen om een nieuw middel te gaan voorschrijven. Hooguit kan het aanleiding vormen om de opname van een nieuw middel ter overweging te nemen binnen de maatschap. Dit gebeurt alleen wanneer de meerwaarde van dit nieuwe middel is aangetoond in toonaangevende studies. Toch merkt een van ziekenhuisapothekers wel degelijk een effect van de inspanningen van de farmaceuten. *“Wij merken wel dat als een farmaceut stopt met de marketing van een bepaald middel, wij de specialisten die ons pushten om dit onmisbare middel op te nemen in het formularium ook niet meer horen.”*[31]. Overigens geven de meeste respondenten aan dat statines en antihypertensiva geen aandachtsgebied vormen voor de farmaceutische industrie met uitzondering van de marketing van een aantal combinatiepreparaten. Veel meer aandacht gaat momenteel uit naar recentelijk geïntroduceerde antistollingsmiddelen en nieuwe middelen in de behandeling van diabetes.

3.3.4 *Patiëntkarakteristieken*

Patiënten die statines of antihypertensiva krijgen voorgeschreven door de medisch specialist hebben meestal een voortraject doorlopen in de eerste lijn. Huisartsen hebben deze patiënten vaak al verschillende generieke middelen voorgeschreven, zonder het gewenste effect. Daarom hebben deze patiënten vaker gepatenteerde middelen of een recept op medische noodzaak nodig.

Patiënten vragen vanwege bijwerkingen of vanwege ervaringen uit hun omgeving soms om een specifiek middel. Aangezien dit slechts een kleine groep patiënten betreft, willigen de meeste medisch specialisten – waar mogelijk – deze verzoeken in. Dit om onnodige discussies te voorkomen, het vertrouwen van de patiënt in de gekozen behandeling niet te schaden en de therapietrouw niet in gevaar te brengen.

De therapietrouw van de patiënt vormt een belangrijke afweging in het voorschrijven. Medisch specialisten geven aan dat het aantal tabletten dat de patiënt dagelijks moet innemen hierop van invloed is, waardoor zij in voorkomende gevallen kiezen voor combinatiepreparaten. Ook het veelvuldig wisselen tussen generieke preparaten en de variatie in namen en uiterlijk van de geneesmiddelen doet afbreuk aan de therapietrouw en juist medicijngebruik.

Patiënten zijn complexer dan in de eerste lijn

Verschillende internisten en cardiologen zijn van mening dat het tot op zekere hoogte onvermijdelijk is dat zij vaker cholesterol- en bloeddrukverlagende merkmiddelen voorschrijven dan huisartsen. Vrijwel alle patiënten die zij voor cholesterol of hoge bloeddruk behandelen, hebben al een voortraject in de eerste lijn waar al het een en ander is geprobeerd en voorgeschreven: *“Kijk als iemand vanuit de eerste lijn naar ons wordt doorverwezen vanwege hoge bloeddruk, dan hebben ze alle generieke pillen al gehad want anders worden ze niet doorgestuurd. Dan kom je in een groep waar je gekke pillen voor moet doen. Ze hebben bijwerkingen of vermeende bijwerkingen op preparaten, dan moet je ze toch iets anders gaan geven waardoor ze accepteren dat die bloeddruk wordt behandeld. En dan kom je vaker in de spécialités terecht.”* [08].

Wensen van de patiënten

Vrijwel alle internisten en cardiologen hebben soms patiënten die vragen om een specifieke statine, maar dit betreft slechts een klein deel van hun patiënten. Wanneer de situatie zich voordoet, zijn medisch specialisten wel geneigd om met het verzoek in te stemmen. Dit vooral vanwege mogelijke gevolgen voor de therapietrouw van patiënten. Volgens enkele specialisten ervaren deze patiënten vaak bijwerkingen als gevolg van wisselingen tussen generieke preparaten. Dergelijke klachten vormen volgens de artsen een belangrijk afbreukrisico voor de therapietrouw. Hiernaast willen sommige specialisten ook niet onnodig tijd op de polikliniek besteden aan patiënten met vragen en vooral twijfels over hun medicatie. Voor wat betreft het voorschrijven van antihypertensiva vragen patiënten nauwelijks om specifieke middelen.

Therapietrouw en juist medicijngebruik

Een probleem dat eveneens is gerelateerd aan terapietrouw is de variëteit aan generieke middelen die ertoe leidt dat de verpakking, het uiterlijk, de vorm en grootte van de generieke middelen vaak wisselen. Vrijwel alle internisten en cardiologen zijn van mening dat dit met name oudere patiënten in verwarring brengt en een serieuze bedreiging vormt voor correct medicijngebruik. De specialisten zien veel patiënten met vragen over hun medicatie op de polikliniek. Ook blijken patiënten die met bijwerkingen komen soms ongemerkt dubbele doseringen in te nemen omdat zij de medicatie van de vorige producent en die van de nieuwe producent naast elkaar gebruiken. Deze risico's worden overigens niet uitsluitend toegeschreven aan de generieke preparaten. Ook de parallelimport van merkmiddelen uit landen als Spanje en Italië wordt in dit verband genoemd.

Daar waar terapietrouw bij de statines vrijwel uitsluitend in verband werd gebracht met het optreden van bijwerkingen, speelt bij de antihypertensiva met name het grote aantal middelen dat een patiënt op dagelijkse basis moet innemen. Vrijwel zonder uitzondering zijn de internisten en cardiologen van mening dat dit een belangrijke bedreiging vormt voor adequate behandeling: *“Het belangrijkste is dat mensen hun pillen innemen. Op het moment dat ze dat niet doen neemt het risico op een probleem weer met 30% toe.”* [8]. Of: *“Dit speelt voor 40% van de patiënten die worden behandeld voor coronaire hartziekte. De non-compliance is daar heel groot. [...] Daar moeten we echt rekening mee houden, ook met het generiek voorschrijven.”* [15]. Omwille van de terapietrouw en het beperken van het aantal tabletten dat moet worden ingenomen, hebben internisten en cardiologen een sterke voorkeur voor antihypertensiva die maar eenmaal daags hoeven te worden ingenomen. Ongeveer de helft van de cardiologen en internisten vindt het voorschrijven van met name triple therapy combinatiepreparaten aan goed ingestelde patiënten een goede ontwikkeling. Echter, enkele anderen zien de introductie van deze gepatenteerde combinatiepreparaten ook als een handig trucje van de farmaceutische industrie [29].

3.3.5 Reflectie op ziekenhuisscores uit het Vektis-onderzoek

De ziekenhuizen in het onderzoek zijn gekozen omdat zij ofwel bovengemiddeld ofwel benedengemiddeld generiek voorschreven in het Vektis-onderzoek. Aan de medisch specialisten is gevraagd te reflecteren op de cijfers voor hun ziekenhuis uit het Vektis-onderzoek. Het merendeel van de geïnterviewden heeft geen verklaring voor de cijfers. Wanneer deze specialisten vervolgens speculeren over redenen, noemen zij verschillende punten. Zo geven sommigen aan dat regionale verschillen van invloed kunnen zijn. Eén van de cardiologen is van mening dat medisch specialisten in het noorden van het land minder geneigd zijn om nieuwe geneesmiddelen voor te schrijven dan medisch specialisten uit het zuiden [16]. Aan de andere kant noemen medisch specialisten en een ziekenhuisapotheker uit Limburg de relatief ongezonde populatie van bepaalde regio's in Limburg als een mogelijke verklaring voor het feit dat daar meer merkmiddelen worden voorgeschreven [10; 13; 15]. Ook verschillen tussen vakgroepen binnen hetzelfde ziekenhuis worden als mogelijke oorzaak genoemd. Zo hebben verschillende internisten het gevoel dat cardiologen toch iets makkelijker merkmiddelen voorschrijven dan zichzelf [02; 15 18].

De ziekenhuisapothekers lijken zich meer bewust te zijn van de mate waarin generiek wordt voorgeschreven binnen hun ziekenhuis dan veel van de specialisten. Wel plaatsen enkelen van hen een aantal kanttekeningen bij de uitkomsten van dat onderzoek. Zo gaf één van de apothekers aan dat het onderzoek van Vektis is gebaseerd op gegevens uit 2009 en dat er sinds die tijd door de komst van het preferentiebeleid al veel is veranderd [22]. Een apotheker uit een ziekenhuis waar volgens het Vektis-onderzoek relatief veel generieke middelen worden voorgeschreven, geeft aan weinig vertrouwen te hebben in de cijfers. *“Volgens mij klopte dat hele onderzoek niet. Ik weet dat ons ziekenhuis daar ook in stond en die cijfers herkende ik echt totaal niet. (...) Onze generieke percentages moeten veel hoger zijn dan wat daar in stond.”* [30]. Deze apotheker had daardoor het gevoel dat het Vektis-onderzoek vooral diende om de zorgverzekeraars te voorzien van een stok om mee te slaan.

3.4 Ziekenhuisapothekers en poliklinisch apothekers

Ziekenhuis- en poliklinisch apothekers plaatsen minder kanttekeningen bij generieke substitutie dan internisten en cardiologen doen voor antihypertensiva en statines. Voor antihypertensiva met een gereguleerd afgifte profiel is generieke substitutie lastiger maar dit heeft volgens de apothekers maar voor een klein deel van de patiënten meerwaarde.

Nu atorvastatine generiek beschikbaar is, is bij statines therapeutische substitutie van de enige overgebleven gepatenteerde statine voor het overgrote deel van de patiënten mogelijk. Voor enkele ziekenhuizen is dit voor intramuraal gebruik al vastgelegd in de formulariumafspraken en het omzettingsbeleid.

Een aantal apothekers geeft aan de wensen vanuit de eerste lijn meer en meer worden meegewogen in het intramurale beleid om onnodige wisselingen van medicatie voor patiënten te voorkomen.

Generieke substitutie

Zonder uitzondering zijn de ziekenhuisapothekers van mening dat er niet of nauwelijks noemenswaardige bezwaren zijn tegen generieke substitutie van statines en antihypertensiva. Verschillende apothekers geven aan wel hun bedenkingen te hebben bij generieke substitutie van middelen met een smalle therapeutische breedte zoals bij lithium of anti-epileptica [20; 22; 30; 31]. Ook blijkt de discussie over de vergelijkbaarheid van merkmiddelen en de generieke preparaten voor hen een gepasseerd station. Zo geeft één van de apothekers aan dat het haar - waar mogelijk - vrijstond om los van de formulariumafspraken alle recepten op merknaam om te zetten naar generiek [20]. Zij geeft hierbij wel aan dat er belangrijke uitzonderingen zijn zoals biologicals en de eerdergenoemde middelen met een smalle therapeutische breedte. Deze middelen worden niet omgezet of alleen in overleg met de voorschrijver.

Ook de reactie van een andere apotheker was veelzeggend. Wanneer hem enkele bedenkingen bij generieke substitutie uit de interviews met de internisten en cardiologen

worden voorgelegd, reageert hij als volgt: *“U praat helemaal in het straatje van hoe een fabrikant probeert zijn merkmiddelen voor het voetlicht te krijgen”* [30]. In reflectie op de vergelijkbaarheid van merkmiddel en generiek preparaat voor statines en antihypertensiva merkt een deel van de ziekenhuisapothekers op dat inter-patiëntvariatie een zwaarwegender factor is dan afwijkingen in biologische beschikbaarheid tussen merkmiddel en generiek substituuut.

Wel kunnen enkele ziekenhuisapothekers begrip opbrengen voor de bedenkingen die sommige internisten en cardiologen hebben bij de generieke substitutie van antihypertensiva met een gereguleerd afgifte profiel. Eén van de apothekers geeft aan dat een recht-toe-recht-aan verlengde werking die de generieke retard preparaten bieden, niet altijd hetgene is waar je in de behandeling van een patiënt naar zoekt. *“Bij sommige patiënten mik je op een heel specifiek afgifteprofiel wat een gewoon retard preparaat niet heeft. Selokeen ZOC heeft bij bijvoorbeeld een heel bijzonder afgifteprofiel met een korte en een lange afgiftefase. Voor sommige patiënten, maar lang niet voor iedereen, is dat bifasische verloop prettig.”* [21]. Een andere apotheker sluit hierbij aan: *“Het oros-afgifteprincipe of retard, dat is wel een ander afgifteprincipe. Maar daarbij geldt wel, je kunt het misschien niet substitueren, maar je kunt het wel voorschrijven. Je kunt wel zeggen: dan stel ik de patiënt in op het andere middel, totdat hij weer stabiel is. Dat is bij de meeste middelen weer niet kritisch.”* [31]. Het punt van deze apotheker is helder: generieke substitutie voor deze middelen is moeilijk, maar is in beginsel niet nodig wanneer patiënten vanaf het begin van de behandeling worden ingesteld op het generieke preparaat. Eén van de apothekers maakt kenbaar dat dit in de praktijk niet altijd gebeurt: medisch specialisten starten geregeld met een merkmiddel. Dit maakt zij op uit maandelijks overleg met openbaar apothekers: *“Je ziet geregeld dat specialisten gewoon medische noodzaak schrijven bij de eerste afgifte.”* [20]. Zij voegt hieraan toe dat bij een eerste afgifte van een merkmiddel medische noodzaak onderbouwd moet worden, maar dat dit vaak niet gebeurt. Een andere apotheker geeft aan dat er in het verleden overleg is geweest tussen het ziekenhuis en de zorgverzekeraar over het starten van de behandeling met een merkmiddel. *“Wat voor de statines bijvoorbeeld wel heeft gespeeld, is hoe je nou zou kunnen realiseren dat niet altijd de niet-generieke middelen initieel gestart worden. Of die gesprekken ook echt tot projecten en initiatieven heeft geleid, dat is mij niet bekend.”* [22].

In het algemeen verschillen ziekenhuisapothekers en medisch specialisten van mening wat betreft de belemmeringen die zij zien voor generieke substitutie. De ziekenhuisapothekers zijn ervan overtuigd dat de toets op bio-equivalentie tussen merk- en generiek middel volstaat en aantoont dat de middelen inwisselbaar zijn. De medisch specialisten wijzen vaker op een toename in het optreden van bijwerking door de toegestane afwijking tussen merkmiddel en generiek preparaat, maar met name door verschillen tussen de generieke preparaten van verschillende fabrikanten.

Omzettingsbeleid

De ziekenhuisapothekers geven aan dat voor intramuraal medicijngebruik van geneesmiddelen afspraken zijn gemaakt tussen de ziekenhuisapotheek en de medisch specialisten over therapeutische substitutie van middelen die specialisten voorschrijven

naar de middelen die de ziekenhuisapothek op de plank heeft liggen. Zo hebben verschillende apothekers geen rosuvastatine op de plank liggen en is de afspraak dat patiënten die dit gebruiken worden omgezet naar atorvastatine gedurende hun verblijf in het ziekenhuis [31].

In relatie tot deze afspraken, kwam ook het inkoopbeleid van de ziekenhuisapotheken ter sprake. Verschillende apothekers geven aan dat de farmaceutische industrie nog altijd probeert om in de pen van de specialist te belanden door ziekenhuizen hoge kortingen te geven op de inkoop van merkmiddelen [20; 21; 22; 30]. Echter, zij zijn wel van mening dat dit afneemt naarmate er meer generieke preparaten op de markt komen. *“Bij mijn weten krijgen we op Crestor nog zo 'n 10-20% korting, maar zeker geen dramatische percentages”* [10]. Toch vindt een van apothekers dat de intramuraal gebruikte medicijnen wel hun weerslag kunnen hebben op de ontslagmedicatie van patiënten. *“Het kan zo zijn dat de patiënt naar huis gaat met een ontslagrecept dat is gebaseerd op de klinische medicatie. Daar staan dan dus de namen op van de middelen die ik hier op de plank heb staan. En dat kan merk zijn, maar het aantal generiek neemt alleen maar toe.”* [21].

Ondanks de toename in het gebruik van generieke preparaten in intramurale setting kunnen de (gepatenteerde) merkmiddelen die zijn opgenomen in omzettingsbeleid binnen het ziekenhuis leiden tot effecten in de eerste lijn. Immers, de binnen het ziekenhuis gebruikte middelen kunnen ook poliklinisch in de pen van de specialist komen of kunnen doorwerken in de ontslagmedicatie van een patiënt. Twee ziekenhuisapothekers [22; 31] geven aan dat er stappen zijn gezet om de consequenties voor de eerste lijn bewuster mee te wegen door de poliklinische- of transmurale apotheek te betrekken bij de vaststelling van het intramuraal omzettingsbeleid. Zo geeft een van hen aan dat in poliklinische apotheek een aantal openbare apothekers werken. *“Die twee of drie apothekers zijn ook lid van de farmacotherapiecommissie. Want het is natuurlijk altijd wel belangrijk om voor beleid dat je maakt te toetsen of dat in de eerste lijn tot veel negatieve aspecten zou leiden”* [22]. Deze apotheker voegt hieraan toe dat het niet wenselijk is als een behandeling die in het ziekenhuis wordt geïnitieerd in de eerste lijn tot veel hogere kosten zou leiden. Hier wordt steeds meer rekening mee gehouden.

Preferentiebeleid van de zorgverzekeraars

De ziekenhuisapothekers zijn van mening dat het preferentiebeleid van de zorgverzekeraars niet altijd in het belang van de patiënt is [10; 21; 22; 30]. Alhoewel de meeste aangeven dat het besparen op de kosten van medicijngebruik een goede ontwikkeling is, vinden zij de grote hoeveelheid fabrikanten van de generieke preparaten en met name het gegeven dat elke openbare apotheek voor elke verzekeraar een middel van een andere leverancier op voorraad moet houden geen goede zaak. Ook de vele wisselingen in het aanbod van de openbare apotheken als gevolg van het preferentiebeleid vinden zij negatief. Echter, twee ziekenhuisapothekers vinden dat de beroepsgroepen dit zichzelf kunnen aanrekenen. *“We hebben dat laten liggen..... Dat is in de Losec-periode ontstaan. Toen werd er per apotheek tonnen verdiend aan Losec door generiek af te leveren in plaats van spécialité. Tot afgrijzen van de zorgverzekeraars. Dat heeft maatschappelijk zoveel weerstand opgeleverd dat we daar nu op worden afgerekend”*

[31]. Ook een andere apotheker geeft aan dat het een gemiste kans is dat de beroeps-
groepen zelf geen stappen hebben gezet om doelmatiger voor te schrijven omdat er met
het huidige preferentiebeleid nauwelijks meer ruimte is voor nuance. *“Je kunt nu niet
meer beslissen: deze patiënt kan deze wijzigingen niet hebben, dus die laat ik gewoon op
het merkproduct staan. Als je dat nu doet, dan krijg je je geld gewoon niet. Dus dat wordt
rücksichtslos omgezet. Er is helemaal geen zorg op maat meer mogelijk.”* [30].

3.5 Openbaar apothekers

De openbaar apothekers vinden dat er weinig kostenreductie te realiseren valt door het
voorschrijven op stofnaam van middelen die uit patent zijn. Zij leveren deze middelen in beginsel
generiek af.

Zij zien meer mogelijkheden in therapeutische substitutie: waar mogelijk geneesmiddelen die nog
onder patent zijn vervangen door middelen die uit patent zijn. Vergroting van het prijsbewustzijn
en een betere benutting van het EVS zijn volgens openbaar apothekers mogelijkheden om
therapeutische substitutie te bevorderen.

Beïnvloeding door de farmaceutische industrie is een aandachtspunt volgens openbaar
apothekers.

Patiënten moeten prijsbewuster worden, waardoor zij beter gaan inzien waarom een arts soms een
goedkoper middel voorschrijft of de apotheker een ander merk aflevert.

Openbaar apothekers leveren meestal de recepten af die medisch specialisten poliklinisch
uitschrijven. Zij zijn daarmee – als het gaat om het geneesmiddel – de schakel tussen de
medisch specialist en de patiënt. In de interviews met de apothekers is ingegaan op de
voorschriften die zij zagen uit de tweede lijn, overwegingen bij het generiek afleveren
van medicatie en het preferentiebeleid van de zorgverzekeraars.

Voorschrijven op stofnaam

Medisch specialisten schrijven volgens de openbaar apothekers minder vaak op stofnaam
voor dan huisartsen. Dit heeft ermee te maken dat de voorschrijfsystemen van de huis-
artsen automatisch de stofnaam op het recept zetten. Bij medisch specialisten is dat laatste
volgens de apothekers nog niet altijd het geval. Medisch specialisten schrijven vaak nog
met de hand recepten uit. De verwachting bij de apothekers is dat wanneer het
elektronisch voorschrijven verder zijn weg vindt in de ziekenhuizen dit een positief effect
zal hebben op het voorschrijven op stofnaam. Het voorschrijven op merknaam gebeurt
volgens de meeste apothekers namelijk vaak uit gemaksoverwegingen: de merknaam is
gemakkelijker te onthouden dan de stofnaam.

Generieke substitutie

Dat medisch specialisten regelmatig op merknaam voorschrijven, wil niet zeggen dat apothekers ook het merkgeneesmiddel afleveren. Integendeel: in beginsel leveren de openbaar apothekers bij middelen die uit patent zijn een generiek middel. In een aantal gevallen wordt afgeweken van deze regel. In de eerste plaats geldt dat bij middelen voor specifieke patiëntgroepen zoals epilepsiepatiënten en transplantatiepatiënten. Hierbij moet vanwege de smalle therapeutische breedte van de geneesmiddelen voorzichtig worden omgegaan met substitutie. De KNMP heeft hiervoor een Handleiding Substitutie opgesteld. In de tweede plaats geven apothekers aan niet generiek af te leveren als op het recept staat dat het merkmiddel afgeleverd moet worden in verband met medische noodzaak. De apothekers zijn wisselend in hun antwoord over hoe vaak dit voorkomt. Sommigen zien het niet vaak, zeker niet bij internisten en cardiologen. Andere apothekers komen het vaker tegen, bijvoorbeeld bij cardiologen: *“Het komt blijkbaar zo vaak voor dat je het niet meer op kunt schrijven en een stempel nodig hebt, dat is wel een signaal.”* [34]. Een aantal apothekers signaleert in de loop van de tijd wel een afname in het aantal recepten met medische noodzaak.² In de derde plaats kan van het leveren van een generiek middel afgezien worden als de patiënt zelf een merkmiddel wil. Dit komt geregeld voor volgens de meeste apothekers, al laten veel patiënten zich wel uitleggen dat een merkloos middel dezelfde werkzame stof bevat. Soms krijgt een patiënt na discussie toch een merkmiddel mee of gaat deze terug naar de medisch specialist om een verklaring voor medische noodzaak te vragen. Een apotheker geeft aan dat in dit verband voorschrijven op stofnaam kan helpen: *“Het speelt in ieder geval wel veel vaker dan nodig is. Want als er ook een merkloos geneesmiddel op het recept zou staan, zou je die discussie (met de patiënt – OZ) veel minder vaak hebben”* [27]. Een aantal apothekers pleit daarom voor betere voorlichting door de voorschrijver aan de patiënt. Eén apotheker geeft aan dat met huisartsen is afgesproken niet meer in te gaan op wensen van de patiënt om het merkmiddel afgeleverd te krijgen; met medisch specialisten is zo’n afspraak minder goed te maken.

Apothekers zien in het algemeen geen bezwaren in generieke substitutie. De middelen zijn in hun ogen vergelijkbaar³. Een apotheker verwoordt dit als volgt: *“Generieke middelen zijn getest op bio-equivalentie. Je kunt dus echt niet zeggen dat het maar ergens vandaan komt en niet goed is onderzocht. Er word wel degelijk goed onderzoek naar gedaan, voordat je mag zeggen dat het een uitwisselbaar medicijn is”* [26]. Net als de ziekenhuisapothekers, plaatsen ook de openbaar apothekers minder kanttekeningen bij generieke substitutie dan de medisch specialisten.

Een belangrijke reden voor het generiek afleveren van geneesmiddelen is het door de zorgverzekeraars gevoerde preferentiebeleid. Apothekers krijgen van de meeste zorgverzekeraars alleen de prijs vergoed van preferente geneesmiddelen. Er zijn hierin wel verschillen tussen zorgverzekeraars. Zo kan er ook een vaste prijs per pakje worden vergoed voor een bepaald geneesmiddel, ongeacht welk merk is afgeleverd. Hoewel

² Eén apotheker geeft aan dat er momenteel een tijdelijke opleving te zien is nu atorvastatine uit patent is gegaan.

³ Er worden door apothekers wel uitzonderingen genoemd maar deze hebben betrekking op andere medicatie dan de medicatie in onderhavig onderzoek.

apothekers niet veel bezwaren zien in generieke substitutie op zich hebben de meeste geïnterviewden wel een probleem met de manier waarop het preferentiebeleid gevoerd wordt en met de communicatie hierover. In de periode dat dit onderzoek liep, is bijvoorbeeld atorvastatine uit patent gegaan en apothekers gaven aan te kort de tijd te krijgen hun merkgeneesmiddelen “uit te verkopen”.

De apothekers geven aan dat er mede door het preferentiebeleid niet veel winst meer te behalen als het gaat om het voorschrijven op stofnaam: generieke substitutie is als het ware ingebed in de dagelijkse praktijk van de apotheek. Of een medisch specialist voorschrijft op stofnaam of merknaam doet er in de meeste gevallen niet toe.

Therapeutische substitutie

Therapeutische substitutie (het omzetten van een patiënt op een ander geneesmiddel in dezelfde geneesmiddelengroep: bijvoorbeeld van rosuvastatine naar simvastatine) wordt door apothekers nooit gedaan. Zij hebben daar de bevoegdheid niet toe. Wel kunnen zij contact opnemen met voorschrijvers om te vragen of een ander – goedkoper – middel ook niet toereikend kan zijn. De apothekers geven aan dit zelden tot nooit te doen. Een belangrijke belemmering voor de apothekers is dat zij onvoldoende medische informatie hebben over de patiënt om te beoordelen of een dergelijke omzetting gerechtvaardigd is. Voor apothekers zijn redenen voor wijzigingen in de medicatie (bijvoorbeeld een omzetting van een generiek middel naar een middel dat alleen als *spécialité* te gebruiken is) niet altijd duidelijk. Eén apotheker wijst op de mogelijkheid om bij patiënten met veel medicatie tijdens een medicatiereview te kijken of een patiënt veel merkgeneesmiddelen heeft en te bespreken of dat altijd wel nodig is. Zo’n medicatiereview is een goed evaluatiemoment daarvoor omdat dan de totale medicatie van de patiënt “doorgelicht” wordt. De apothekers geven aan geen aanwijzingen te hebben dat zorgverzekeraars sturen op therapeutische substitutie.

De geïnterviewde apothekers denken wel dat er winst gehaald kan worden uit therapeutische substitutie en wel door medisch specialisten te stimuleren vaker voor een goedkoper middel te kiezen: *“Waar bijvoorbeeld veel geld te bezuinigen is, is door patiënten eerst in te stellen op atorvastatine en als dat onvoldoende effect heeft dan pas over te gaan op het veel duurdere crestor als alle cardiologen en internisten in Nederland dat zouden doen zou dat al gauw enkele tientallen miljoenen besparen”* [26]. De meeste geïnterviewden geven echter aan dat medisch specialisten over het algemeen niet prijsbewust zijn. Dit in tegenstelling tot de huisartsen: *“Het wordt er eigenlijk heel erg ingeramd bij huisartsen. Op het moment dat je hier ergens een nieuwe huisarts hebt, die in opleiding is, die schrijft met name voor vanuit die geneesmiddelenkosten-staatjes die in het Farmacotherapeutisch Kompas staan”* [32]. Overigens geeft een enkele apotheker aan dat het goed zou zijn wanneer patiënten prijsbewuster worden: patiënten worden te weinig geconfronteerd met het kostenplaatje voor hun zorg. Ook wordt aangegeven dat de farmaceutische industrie invloed heeft op het voorschrijven van nieuwe, duurdere geneesmiddelen. Onderzoek wordt soms bekostigd door de industrie en: *“een specialist vindt het dan moeilijk om een ander middel van een andere fabrikant voor te schrijven, die voelt zich moreel verplicht. Geen afspraken op papier dus, wel sociale druk”* [34]. Een aantal apothekers noemt het EVS als mogelijkheid om te bevorderen dat

medisch specialisten goedkopere middelen gaan voorschrijven; deze laatste middelen zouden als advies naar boven kunnen komen. Het gezamenlijk opstellen van richtlijnen of een formularium (bijvoorbeeld in de regio) is een andere manier om te zorgen dat waar mogelijk goedkopere geneesmiddelen worden voorgeschreven: deze zouden waar mogelijk in de richtlijn moeten worden opgenomen. Het gezamenlijk opstellen van een richtlijn kan het commitment aan de richtlijn bevorderen.

Combinatiepreparaten

Uit de interviews met de medische specialisten kwam naar voren dat zij regelmatig combinatiepreparaten voorschrijven als het om bloeddrukverlagers gaat. Een aantal medisch specialisten gaf aan het idee te hebben dat apothekers in zo'n geval soms losse middelen afleveren wanneer het combinatiepreparaat een merkmiddel is en de losse onderdelen generiek verkrijgbaar zijn. De geïnterviewde apothekers herkennen zichzelf en hun collega's niet in dit beeld: zij leveren in zo'n geval het voorgeschreven combinatiepreparaat af.

4 Conclusies en aanbevelingen

4.1 Voorschrijven op stofnaam versus voorschrijven op merknaam

De centrale vraag van dit onderzoek was “*Wat zijn mogelijke redenen voor verschillen in het voorschrijven (op stofnaam) van cholesterolverlagers en bloeddrukverlagers voor extramuraal gebruik door internisten en cardiologen?*” Er was nadrukkelijk aandacht voor het voorschrijven op stofnaam versus het voorschrijven op merknaam. Het onderzoek laat zien dat merknamen bij veel specialisten beter in de pen te zitten door goed gekozen namen of door bekendheid van de namen door de studies die met het middel zijn uitgevoerd. Het gebruik van een Elektronisch Voorschrijf Systeem kan leiden tot meer recepten op stofnaam. In sommige van de ziekenhuizen waar werd gewerkt met een poliklinisch EVS, werd de stofnaam van het voorgeschreven middel namelijk automatisch aan het recept toegevoegd.

Echter, de belangrijkste conclusie die wij bij de beantwoording van deze vraag trekken is dat voorschrijven op merknaam of stofnaam *an sich* geen direct verband meer lijkt te hebben met doelmatigheid. Middelen die uit patent zijn (multi-source middelen), worden in beginsel generiek afgeleverd door de openbaar apotheker. Bij middelen die nog wel in patent zijn (single-source middelen), kan uiteraard uitsluitend een merkmiddel geleverd worden. Dit is ongeacht de vraag of de medisch specialist het middel op stofnaam of op merknaam voorschrijft. De conclusie dat voorschrijven op merknaam of op stofnaam geen direct verband heeft met doelmatigheid van het voorschrijven verklaart mogelijk ook waarom de verschillen tussen de ziekenhuizen in die zijn aangetoond in het Vektis-onderzoek (2011) niet herkend worden door de internisten en cardiologen in ons onderzoek.

Gezien het bovenstaande is de aandacht in het onderzoek meer uitgegaan naar de vraag waarom medisch specialisten bepaalde middelen voorschrijven en hoe de apotheek met de voorschriften omgaat. Het onderzoek toont aan dat de volgende facetten van belang zijn:

1. Artsgerelateerde redenen;
2. Patiëntgerelateerde redenen;
3. Geneesmiddelgerelateerde redenen;
4. Ziekenhuisgerelateerde redenen;
5. Externe redenen.

4.2 Factoren die keuze geneesmiddel bepalen

De redenen die het voorschrijven van medisch specialisten beïnvloeden zijn onder te verdelen in de volgende groepen:

6. Arts gerelateerde redenen;
7. Patiënt gerelateerde redenen;
8. Geneesmiddel gerelateerde redenen;
9. Ziekenhuis gerelateerde redenen;
10. Externe redenen.

Arts gerelateerde redenen

De belangrijkste arts gerelateerde redenen die het voorschrijven van statines en bloeddrukverlagers beïnvloeden, zijn:

- De ervaring die een medisch specialist heeft met een geneesmiddel. Deze wordt mede bepaald door de opleiding van de medisch specialist alsook door de ervaring die de medisch specialist intramuraal opdoet. Single-source merkmiddelen kunnen intramuraal beduidend goedkoper zijn dan extramuraal, waardoor de medisch specialist ervaring opdoet met deze middelen;
- Kostenbewustzijn, waarbij geldt dat de meeste medisch specialisten zich bij de keuze voor een middel nog weinig laten leiden door de kosten en ook niet altijd op de hoogte zijn van de prijs van geneesmiddelen in relatie tot de prijs van andere geneesmiddelen in dezelfde therapeutische klasse;
- Kennis van wetenschappelijke studies.

Patiënt gerelateerde redenen

Ook de patiënt heeft invloed op de keuze voor bepaalde statines en bloeddrukverlagers.

De volgende redenen komen uit het onderzoek naar voren:

- Vanwege medicatieveiligheid en om de therapietrouw te bevorderen, wil een medisch specialist bij sommige patiënten vermijden dat de patiënt steeds een andere variant van een generiek geneesmiddel afgeleverd krijgt. De medisch specialist kiest dan voor de merkvariant van het betreffende middel en vermeldt “medische noodzaak” op het recept.
- Bij bloeddrukverlagers kiezen medisch specialisten in een aantal gevallen voor een combinatiepreparaat om therapietrouw te bevorderen. Deze combinatiepreparaten zijn vaak nog niet uit patent.
- De patiënt vraagt zelf om een bepaald middel. Dit gebeurt volgens medisch specialisten niet heel vaak. Als de patiënt om een bepaald middel vraagt, gaan de medische specialisten hier meestal in mee. Wanneer een patiënt bijvoorbeeld de merkvariant vraagt van een multi-source geneesmiddel, vermeldt de medisch specialist “medische noodzaak” op het recept. De apotheker levert in dat geval het merkmiddel af.

Geneesmiddel gerelateerde redenen

Kenmerken van de geneesmiddelen zelf spelen ook een rol in het voorschrijven.

Bij statines komen de volgende factoren uit het onderzoek naar voren:

- De potentie is een reden om voor een single-source merkmiddel te kiezen wanneer streefwaarden niet gehaald worden. Medische specialisten beschouwen atorvastatine (tot april 2012 single-source) en rosuvastatine (single-source) als potentere middelen;
- De bijwerkingen van de middelen. Hierbij geven medisch specialisten bijvoorbeeld aan dat door de grote hoeveelheid beschikbare generieke varianten van multi-source middelen een patiënt van een bepaalde generieke variant een bijwerking kan krijgen. In dat geval kiest de arts ervoor medische noodzaak op het recept te vermelden zodat het merkmiddel wordt afgeleverd. Apothekers signaleren dat artsen verschillen in de mate waarin zij medische noodzaak gebruiken.

Bij bloeddrukverlagers komen de volgende factoren uit het onderzoek naar voren:

- Bijwerkingenprofiel. Internisten en cardiologen schrijven geregeld A2-antagonisten voor vanwege het gunstigere bijwerkingenprofiel. A2-antagonisten zijn in de regel nog onder patent (single-source).
- Afgifteprofiel. Voor een deel van de multi-source bloeddrukverlagers zien medisch specialisten verschillen in afgifteprofiel tussen het merkmiddel en de generieke varianten. Bij die middelen kiest de medisch specialist er soms voor het merkmiddel voor te schrijven;
- Gemak van inname. Om het aantal tabletten te beperken dat een patiënt per dag moet innemen kiest een medisch specialist in voorkomende gevallen voor een combinatiepreparaat. Deze zijn vaak nog onder patent (single-source).

Ziekenhuis gerelateerde redenen

Ook het ziekenhuis waar de medisch specialist werkzaam is, heeft invloed op het voorschrijven. De volgende factoren kwamen naar voren:

- Intramurale afspraken, bijvoorbeeld over omzetting van geneesmiddelen door de ziekenhuisapotheek bij opname in verband met het ziekenhuisassortiment en de intramurale prijzen en de terugzetting bij ontslag;
- Transmurale afspraken die het ziekenhuis heeft met zorgverleners in de eerste lijn om de continuïteit in voorschrijven te bevorderen, gewenste omzettingen te bevorderen en onnodige omzettingen te vermijden;
- Projecten die ziekenhuizen gestart zijn in samenwerking met zorgverzekeraars om doelmatig werken te bevorderen.

Externe redenen

- Door grote wisselingen in het aanbod van generieke middelen (zowel bij statines als bloeddrukverlagers) zijn volgens de zorgverleners de therapietrouw en medicatieveiligheid in het geding. Patiënten worden namelijk steeds geconfronteerd met een anders uitziende variant van hetzelfde middel. Door “medische noodzaak” op het recept te zetten wordt het merkmiddel afgeleverd en worden wisselingen tussen middelen voorkomen;
- De invloed van de farmaceutische industrie wordt genoemd als mogelijke reden voor verschillen tussen medisch specialisten in voorschrijven, al geeft men aan dat de industrie haar activiteiten niet meer sterk richt op statines en bloeddrukverlagers.
- De invloed van zorgverzekeraars. De rol van de zorgverzekeraar komt veelvuldig naar voren in de interviews. Het betreft het preferentiebeleid en de machtigingen die

zorgverzekeraars vragen aan voorschrijvers wanneer zij een duurder statine willen voorschrijven. Door het vragen van machtigingen willen zorgverzekeraars therapeutische substitutie (van een single-source naar een multi-source middel) bevorderen.

4.3 Reflectie op het onderzoek

De keuzes die in het huidige onderzoek zijn gemaakt met betrekking tot de inclusie van ziekenhuizen, specialismen en geneesmiddelen zijn van invloed op de generaliseerbaarheid van de resultaten uit deze studie. De selectie van de ziekenhuizen is tot stand gekomen op basis van maximale spreiding in de mate van generiek voorschrijven door de ziekenhuizen, zoals gebleken uit het onderzoek van Vektis (2011). Echter, aangezien dit Vektis-onderzoek zich baseert op cijfers van geneesmiddelen declaraties kunnen er kanttekeningen worden geplaatst bij dit selectie criterium. Immers, het Vektis-onderzoek zegt ook iets over keuzes die de openbare apotheken maken in het afleveren van geneesmiddelen en niet alleen over de keuzes die medisch specialisten maken in het voorschrijven. Een ander aspect dat hierin meespeelt is dat het Vektis-rapport zich baseert op data van 2007 tot 2009. Vooral door de dynamiek die is ontstaan door ontwikkelingen op het gebied van preferentiebeleid van de zorgverzekeraars sindsdien, zijn de inzichten uit dat onderzoek waarschijnlijk gedateerd. Tot slot speelt mogelijk ook een rol dat zorgverzekeraars ook specifiek projecten en samenwerking zijn gestart met ziekenhuizen die in de periode 2007 tot 2009 relatief weinig generieke middelen voorschreven. Anno 2012 is dus mogelijk dat door deze gerichte aandacht, een deel van de ‘achterblijvers van toen’ nu bewuster bezig is met doelmatig voorschrijven dan de ‘voorlopers van toen’.

Dit onderzoek richt zich op cholesterol- en bloeddrukverlagers. De keuze voor deze middelen is in de eerste plaats ingegeven door hun voorschrijfvolume. Een tweede reden is dat voor een belangrijk deel van deze geneesmiddelen het patent al enige tijd is verlopen, waardoor generieke preparaten ruim voorhanden zijn. Echter, doordat generieke middelen ruim voorhanden zijn en de ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen beperkt is, vormen cholesterol- en bloeddrukverlagers niet meer de grootste kostenposten in geneesmiddelengebruik. Zeker nu in 2012 ook het patent op atorvastatine is verlopen, lijkt het er op dat de meeste doelmatigheidswinst in voorschrijven en afleveren van deze geneesmiddelen al wel geboekt is. Stijging van de kosten van geneesmiddelengebruik is vooral te verwachten in de gebieden waar veel ontwikkelingen gaande zijn als de ontwikkeling van nieuwe typen anti-epileptica, antistollingsmiddelen en middelen in de behandeling van diabetes.

Met de gekozen kwalitatieve onderzoeksmethode kunnen de verschillende afwegingen die van invloed zijn op het voorschrijven in kaart worden gebracht. Echter, een beperking is dat deze onderzoeksopzet zich niet leent voor uitspraken over omvang, prevalentie en het gewicht van deze afwegingen in het voorschrijven van deze middelen. Zo suggereren de interviews met openbare apothekers bijvoorbeeld dat er regionale verschillen bestaan in de mate waarin medisch specialisten recepten op medische noodzaak uitschrijven. Daar

waar dit onderzoek het bestaan van deze regionale verschillen signaleert, is kwantitatief onderzoek nodig om uitspraken te kunnen doen over regionale verschillen in het voorschrijven op medische noodzaak of het voorschrijven van gepatenteerde middelen.

Een laatste punt van reflectie betreft de betekenis van recente ontwikkelingen. Een van deze ontwikkelingen is het verlopen van het patent op atorvastatine in 2012. Atorvastatine vertegenwoordigde een aanzienlijk deel van de voorschriften voor gepatenteerde middelen in het Vektis-onderzoek. Echter, het zal nu vaak generiek afgeleverd worden. Voor de statines geldt daarom dat door natuurlijk verloop (van patenten) de doelmatigheid van het voorschrijven op korte termijn zal toenemen, maar dat de rek er verder wel uit is: er wordt al veel generiek voorgeschreven en afgeleverd omdat vrijwel alle statines nu uit patent zijn. Echter, voor andere geneesmiddelenklassen geldt juist dat recentelijk nieuwe en gepatenteerde middelen op de markt zijn gekomen, waardoor doelmatig voorschrijven een uitdaging voor de toekomst vormt. Een andere ontwikkeling betreft het akkoord dat minister Schippers onlangs met de huisartsen sloot⁴ om in 2013 50 miljoen euro te besparen op medicijngebruik door doelmatiger voorschrijven in de eerste lijn. Mogelijk kan een grotere nadruk op het voorschrijven van generieke middelen in de eerste lijn, de mogelijkheden daarvoor in de tweede lijn juist beperken. De patiënten die een generiek middel niet verdragen of ermee niet de gewenste effecten bereiken, worden mogelijk vaker doorverwezen naar de medisch specialist.

4.4 Conclusies en aanbevelingen

Op basis van het onderzoek onder internisten, cardiologen, ziekenhuisapothekers en openbaar apothekers komen wij tot de onderstaande aanbevelingen voor verdere acties om doelmatig voorschrijven te bevorderen.

De conclusies van het onderzoek bekrachtigen de ‘Leidraad doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen door medisch specialisten’. Op basis van de conclusies is een aantal aanbevelingen geformuleerd die de doelmatigheid van voorschrijven door medisch specialisten van geneesmiddelen voor extramuraal gebruik kunnen bevorderen.

Voorschrijven op stofnaam

Conclusie 1: Verschillen in het voorschrijven en in de kosten van voorschrijven van multi-source middelen tussen medisch specialisten zijn niet toe te schrijven aan het voorschrijven op stofnaam omdat apothekers deze middelen veelal generiek afleveren.

Aanbeveling 1: Bevorderen van doelmatig voorschrijven moet zich niet uitsluitend richten op het voorschrijven op stofnaam.

Medisch specialisten: doelmatig voorschrijven

Conclusie 2: De doelmatigheid van voorschrijven door medisch specialisten kan verbeterd worden.

⁴ <http://www.zorgvisie.nl/Kwaliteit/14221/Schippers-sluit-akkoord-met-huisartsen.htm>

- Aanbeveling 2a:** Medisch specialisten dienen meer inzicht te verwerven in de prijzen van geneesmiddelen. Dit kan bijvoorbeeld met behulp van de app die onlangs is gelanceerd door de Orde van Medisch Specialisten. Met de app zien medisch specialisten in één oogopslag therapeutisch gelijkwaardige alternatieven voor geneesmiddelen en de bijbehorende prijzen. Het stimuleren van het gebruik van deze app verdient aanbeveling. Bij voorkeur worden in de toekomst de kosten van geneesmiddelen in het Elektronisch Voorschrift Systeem opgenomen zodat de kosten inzichtelijk zijn op het moment van voorschrijven.
- Aanbeveling 2b:** Door spiegelinformatie over voorschrijfgedrag te gebruiken kunnen medisch specialisten meer inzicht krijgen in de mogelijkheden om doelmatiger voor te schrijven. Recent is een web applicatie ontwikkeld op verzoek van de Orde van Medisch Specialisten die elk kwartaal per ziekenhuis de aflevering toont van vier geneesmiddelengroepen, ook uitgesplitst naar enkele specialismen zoals de interne geneeskunde en cardiologie.
- Aanbeveling 2c:** In de opleiding van medisch specialisten kan meer aandacht komen voor de balans tussen kwaliteit en kosten van voorschrijven.

Patiënten: betere voorlichting

- Conclusie 3:** Patiënten vragen soms zelf om duurdere geneesmiddelen zoals een single-source geneesmiddel. Medisch specialisten gaan hier dan vaak in mee.
- Aanbeveling 3:** De patiëntvoorlichting over kosten van geneesmiddelen kan beter, bijvoorbeeld door aan te geven dat combinatiepreparaten vaak duurder zijn dan de afzonderlijke middelen. Dit kan zowel door de verschillende zorgverleners als via zorgverzekeraars of publiekscampagnes. Betere voorlichting moet voorkomen dat patiënten vragen om een recept voor een merkmiddel.

Ziekenhuizen: omzetting medicatie

- Conclusie 4:** De structurele controle van terugzetting van medicatie bij ontslag kan beter.
- Aanbeveling 4:** Het maken van intramuraal beleid voor omzetting van medicatie bij opname en ontslag en de structurele controle van de ontslagmedicatie op terugzetting verdienen aandacht.

Ziekenhuizen en eerste lijn: communicatie

- Conclusie 5:** Voor openbaar apothekers en huisartsen is niet altijd duidelijk of medicatie na ontslag uit het ziekenhuis bewust is gewijzigd of terugzetting is vergeten.
- Aanbeveling 5:** Om de communicatie tussen medisch specialist, huisarts en apotheker te verbeteren verdient het aanbeveling om bewuste veranderingen in de medicatie van de patiënt op het

medicatieoverzicht bij ontslag aan te vinken. Op de lange termijn zou het volgen van protocollen bij ontslagmedicatie ertoe moeten leiden dat er geen reden voor twijfel meer is over de vraag of een geneesmiddel bewust is gewijzigd.

Ziekenhuizen en eerste lijn: transmurale afspraken

Conclusie 6: Voorkeuren voor geneesmiddelen zijn niet altijd hetzelfde voor huisartsen en medisch specialisten waardoor (zowel gewenste als ongewenste) substitutie optreedt.

Aanbeveling 6: Het maken van transmurale afspraken waarin verschillen tussen de voorkeuren in het voorschrijven in de eerste en tweede lijn worden geadresseerd, kan gewenste therapeutische substitutie bevorderen en ongewenste substitutie voorkomen.

Ziekenhuizen en externe partijen: assortiment en prijzen

Conclusie 7: Ervaring met een geneesmiddel bevordert het voorschrijven ervan. Het assortiment van de ziekenhuisapothek beïnvloedt de ervaring die de medisch specialist opdoet met een geneesmiddel in het ziekenhuis. Single-source middelen zijn vaak goedkoper voor een ziekenhuis en zijn daarom op voorraad. Hierdoor doen medisch specialisten ervaring met deze middelen op.

Aanbeveling 7: Het verdient aanbeveling te streven naar een financieringsystematiek die zorgt voor vergelijkbare intramurale en extramurale prijzen. Zo lang dit nog niet gerealiseerd is, kunnen ziekenhuizen intern afspraken maken over voorkeursmiddelen die de ziekenhuisapothek vervolgens op voorraad heeft.

Externe partijen: minder generieke varianten

Conclusie 8: Zowel medisch specialisten als apothekers zien grote bezwaren in het grote aantal generiek beschikbare varianten van hetzelfde middel en de daarmee gepaard gaande wisselingen die dit meebrengt voor de medicatie van de patiënt.

Aanbeveling 8: Meer continuïteit in preferente middelen en daarmee ook een bestendiger aanbod van de generieke preparaten door de openbare apotheken is gewenst.

Tot slot

Doelmatig voorschrijven beperkt zich niet tot het bevorderen van voorschrijven op stofnaam. Uit het onderzoek is gebleken dat vele redenen genoemd kunnen worden voor de verschillen in voorschrijven van cholesterolverlagers en bloeddrukverlagers voor extramuraal gebruik door internisten en cardiologen. Deze verschillen in voorschrijfgedrag zijn niet alleen arts gerelateerd. Voor het bevorderen van doelmatig voorschrijven is de inzet van meerdere partijen van belang.

Literatuur

Chauhan D, Mason A, Factors affecting the uptake of new medicines in secondary care – a literature review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 2008, 33, 339–348.

Greving JP, Denig P, van der Veen WJ, Beltman FW, Sturkenboom MC, Haaijer-Ruskamp FM. Determinants for the adoption of angiotensin II receptor blockers by general practitioners. *Soc Sci Med*. 2006 Dec;63(11):2890-8.

Jacoby A, Smith M, Eccles M. A qualitative study to explore influences on general practitioners' decisions to prescribe new drugs. *Br J Gen Pract*. 2003, 53(487), 120-125.

Mason A. New medicines in primary care: a review of influences on general practitioner prescribing. *J Clin Pharm Ther*. 2008 Feb;33(1):1-10.

Orde Medisch Specialisten (OMS). Leidraad doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen door medisch specialisten. OMS, Utrecht, 2011.

Vektis. Ranglijst ziekenhuizen: Inventarisatie voorschrijfgedrag van geneesmiddelen door medisch specialisten voor extramuraal gebruik. Vektis, Zeist, 2011.

Vervloet M, Brabers AEM, Pisters MF, Van Dijk L. Evaluatie Programma Doelmatigheid CVRM. NIVEL, Utrecht, 2010.

Vervloet M, Brabers AEM, Pisters MF, Van Dijk L. Evaluatie Programma Doelmatigheid CVRM. NIVEL, Utrecht, 2010.

Volkers A, De Jong A, De Bakker D, Van Dijk L. Doelmatig voorschrijven van antidepressiva. Utrecht, NIVEL, 2005.

Bijlage A

Vragenlijst

Voorschrijven door internisten en cardiologen

Voorjaar 2012

Datum interview:
Tijdstip: van __:__ uur tot __:__ uur
Interviewer:
Nummer internist/cardioloog:
Ziekenhuis:



NIVEL
Nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg

Postbus 1568
3500 BN Utrecht
Telefoon 030 2 729 700

Leidraad voor de interviewer

1. Voorstellen: naam, NIVEL (Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg), doet onderzoek in de gezondheidszorg, eerst in de eerste lijn, maar sinds 1995 gezondheidszorgbreed (geef eventueel voorbeelden van onderzoek)
2. Onderzoek wordt gedaan op verzoek van Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) en de Nederlandse Vereniging Voor Cardiologie (NVVC).
3. Achtergrond van onderzoek vertellen: De Orde van Medisch Specialisten (OMS) sloot in 2011 een convenant met het ministerie van VWS en Zorgverzekeraars Nederland om 30 miljoen euro per jaar te besparen op de kosten voor geneesmiddelen in de tweede lijn. Ter ondersteuning hiervan bracht de OMS in 2011 de ‘Leidraad doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen’ uit (OMS, 2011). Uit een recent onderzoek van Vektis blijkt dat er grote verschillen zijn tussen ziekenhuizen in de mate van generiek voorschrijven. Het Vektis-rapport gaat niet in op de achtergronden van deze verschillen. De Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) en de Nederlandse Vereniging Voor Cardiologie (NVVC) zijn juist hierin geïnteresseerd en wil onderzoek laten doen naar het voorschrijven door de twee groepen medisch specialisten die zij vertegenwoordigen: de internisten en de cardiologen. Deze interviews vormen de start van dit traject.
4. Het doel van dit interview is helder te krijgen welke keuzes en afwegingen internisten/cardiologen maakt bij het voorschrijven van cholesterolverlagende middelen en bloeddrukverlagende middelen. Graag willen we van u weten welke afwegingen u maakt bij het voorschrijven van deze middelen. Het is uitdrukkelijk **geen beoordeling** van het voorschrijven.
5. Van het interview wordt een opname gemaakt (NB: toestemming vragen!) . De gegevens worden geanonimiseerd en een verslag van het gesprek wordt ter autorisatie/goedkeuring toegestuurd. De opname wordt na afloop van het onderzoek gewist.
6. Ik zal eerst een aantal algemene vragen stellen over het voorschrijven van cholesterolverlagers, en vervolgens een aantal algemene vragen over het voorschrijven van bloeddrukverlagers. Daarna zou ik graag de recente behandeling van twee patiënten uit uw praktijk bespreken, waarover wij u in de brief al informeerden.
7. Heeft u de twee patiënten uit uw eigen praktijk geselecteerd of kunt u straks 2 patiënten in gedachten nemen?
8. Heeft u voorafgaand aan het interview nog vragen?

A Achtergrondkenmerken

Interviewer: geef aan dat de eerste groep vragen betrekking hebben op een aantal achtergrondkenmerken

1. Naam ziekenhuis:

2. Geslacht internist/cardioloog (aankruisen wat van toepassing is):
 - Man
 - Vrouw

3. Wat is uw geboortedatum?
__-__-19__

4. Vanaf welk jaar bent u werkzaam in dit ziekenhuis?

Vanaf:

5. Hoeveel internisten/cardiologen (inclusief uzelf) werken in uw maatschap en/of zijn in loondienst?

.....

6. Is uw ziekenhuis een opleidingsziekenhuis?
 - Ja, voor specialisme cardiologie
 - Ja, voor specialisme interne geneeskunde
 - Ja, voor specialismen cardiologie en interne geneeskunde
 - Nee

7. Wordt binnen uw ziekenhuis met een EVS (Elektronisch Voorschrijf Systeem) gewerkt op de polikliniek?
 - Ja
 - Nee -> naar vraag 11

8. Maakt u zelf gebruik van dit EVS bij het poliklinisch voorschrijven?
 - Ja, altijd
 - Soms
 - Nee

9. Wie mag voorschriften autoriseren in het EVS?
- Alleen voorschrijvend arts
 - Andere, namelijk
10. Is er een koppeling van uw systeem met die van openbare apotheken?
- Ja
 - Nee
 - Weet ik niet
11. Hoeveel wetenschappelijke congressen bezoekt u gemiddeld op jaarbasis?
-
12. Heeft u zitting in een richtlijn- en/of formulariumcommissie? Zo ja, welke?
13. In hoeverre werkt u samen met de farmaceutische industrie? En in welke vorm?
(Interviewer: doorvragen wanneer een aantal van de onderstaande redenen niet genoemd worden)

Vormen van samenwerking waarop doorgenvraagd wordt:

- gesponsorde nascholing
- geneesmiddelenonderzoek
- post-marketingonderzoeken
- zitting hebben in een adviesraad
- ondersteuning krijgen op de poli
- ondersteuning krijgen bij het organiseren van congres: onderscheid nationaal/internationaal
- ondersteuning krijgen voor het bijwonen van congres: onderscheid nationaal/internationaal

14. Ontvangt u wel eens artsenbezoekers?

Zo ja, wanneer ontving u voor de laatste keer een artsenbezoeker? Welk middel is toen besproken?

B. Vragen over voorschrijven van cholesterolverlagers

Interviewer: introduceer de vragen en zeg dat verschillende aspecten van voorschrijven aan de orde komen: de keuze al dan niet voor te schrijven, keuze voor een type middel en de keuze merk/generiek

1. Wanneer u besloten heeft een statine voor te schrijven, hoe bepaalt u dan welke statine u voor gaat schrijven? (Interviewer: doorvragen wanneer een aantal van de onderstaande redenen niet genoemd worden)

Aan eind vragen: Is dit anders bij ontslagmedicatie? Zo ja, waarom?

Factoren die mogelijk een rol spelen:

- 'gewoonte'/voorkeursmiddel
- diagnose/ gezondheid van de patiënt
- effectiviteit van de behandeling
- bijwerkingen
- beroepsrichtlijnen en protocollen / advies uit EVS (welk: vraag naar landelijk en lokaal)
- formularium (welk)
- prijs geneesmiddel
- vergoeding geneesmiddel
- druk farmaceutische industrie
- druk verzekeraars
- vraag patiënt
- adviezen FTO/FTTO

2. Zijn er statines die u niet of nauwelijks voorschrijft?

Zo ja, welke? Waarom schrijft u deze statines niet of nauwelijks voor? (Interviewer: doorvragen wanneer een aantal redenen niet genoemd worden)

Aan eind vragen: Is dit anders bij ontslagmedicatie? Zo ja, waarom?

Factoren die mogelijk een rol spelen:

- diagnose/gezondheid van de patiënt
- effectiviteit van de behandeling
- bijwerkingen
- beroepsrichtlijnen en protocollen / advies uit EVS (welk: vraag naar landelijk en lokaal)
- prijs geneesmiddel
- vergoeding geneesmiddel
- druk farmaceutische industrie
- druk verzekeraars
- invloed patiënt
- adviezen FTO/FTTO
- waarschuwingen / dear doctor letters

3. Bestaan er binnen uw maatschap gebruiken en/of afspraken over het voorschrijven van statines?

Zo ja, welke gebruiken en/of afspraken zijn dit? Zijn deze formeel vastgelegd bijvoorbeeld vastgelegd in een lokale richtlijn? Zijn zij bindend? Of houdt iedereen zich aan een regionale of landelijke richtlijn (en zo ja, welke)? Hoe vaak worden de richtlijnen geëvalueerd en herzien?

Is er formulariumcommissie?

4. In hoeverre wordt los van protocollen en afspraken met elkaar gesproken over farmacotherapeutisch beleid of over speciale patiëntgroepen?
Waaruit bestaan dergelijke besprekingen?
5. Vragen uw patiënten wel eens zelf om een bepaalde statine?
Zo ja, wordt hier dan vaak om één specifieke statine gevraagd? (*bijvoorbeeld of statine die ze reeds lang slikken*). Wat is dan doorgaans uw reactie hierop? (*gaat de arts hier in mee, gaat de arts de discussie met de patiënt aan, of blijft de arts, zonder discussie, vasthouden aan zijn/haar eigen eerste keus?*)
6. Wanneer u een statine voorschrijft, schrijft u dan op merknaam voor of op stofnaam?
Kiest u bijvoorbeeld voor simvastatine of zocor, crestor of rosuvastatine?
- Merknaam
 Stofnaam
 Beide
 De ene keer op stofnaam, de andere keer op merknaam (*waar hangt dit vanaf?*)
 Anders, nl.....
7. Kunt u toelichten waarom u kiest voor voorschrijven op merknaam/stofnaam op de polikliniek?
(*Vraag hier goed door!! Ga eerst in op het antwoord op de vorige vraag (dus als respondent aangeeft: stofnaam, vraag waarom. Vraag dan naar waarom niet op merknaam wordt voorgeschreven. Indien arts beide doet: vraag wanneer gekozen wordt voor het een en wanneer voor het ander)*)

Aan eind vragen: Is dit anders bij ontslagmedicatie? Zo ja, waarom?

Factoren die mogelijk een rol spelen:

Interne invloeden

- 'routine'/'gewoonte' (altijd eerste keus)
- routine vanuit opleiding/werkzaamheden in vorig ziekenhuis
- slechte ervaringen met bepaalde middelen

Externe invloeden

- druk farmaceutische industrie
- druk verzekeraars
- beroepsrichtlijnen en protocollen (lokaal vs. nationaal)
- adviezen FTO
- vraag huisarts
- informele/formele gebruiken en/of afspraken internisten/cardiologen onderling
- afspraken apotheek/ziekenhuis
- gebruik EVS (geeft het systeem bijv. keuzemogelijkheden bij intypen merk- of stofnaam?)

Geneesmiddelenkarakteristieken

- effectiviteit van de behandeling
- bijwerkingen

- patiëntveiligheid (geen wisselingen van middel zoals bij generiek kan, denk aan preferentiebeleid)
- (meer) vertrouwen in 'merknaam'/marktleider
- prijs geneesmiddel
- vergoeding geneesmiddel
- merknaam makkelijker te onthouden dan generieke naam
- alleen bekend met merknaam/ onbekend met generieke naam
- onwetend welke merknaam bij welke generieke naam hoort

Patiëntkarakteristieken/invloed van de patiënt

- wens patiënt
- diagnose patiënt-
- overige kenmerken patiënt (leeftijd, geslacht e.d)

8. U gaf net aan bij voorkeur op merknaam/stofnaam voor te schrijven. Kunt u aangeven onder welke omstandigheden u besluit hiervan af te wijken? Kunt u hier misschien enkele praktijkvoorbeelden van geven?
9. Bestaan er binnen uw maatschap gebruiken en/of afspraken over het voorschrijven op stof- en merknaam van statines?
Zo ja, welke gebruiken en/of afspraken zijn dit? Zijn deze formeel vastgelegd bijvoorbeeld vastgelegd in een locale richtlijn of formularium? Zijn zij bindend?
10. Zijn er met apotheken gebruiken en/of afspraken over het voorschrijven op stof- en merknaam van statines?
Zo ja, welke gebruiken en/of afspraken zijn dit? Zijn deze formeel vastgelegd bijvoorbeeld vastgelegd in een locale richtlijn of formularium? Zijn zij bindend?
11. Uit een onderzoek van Vektis blijkt dat in uw ziekenhuis statines relatief veel/weinig generiek worden voorgeschreven (ten opzichte van het landelijk gemiddelde) [specifieke cijfers eigen ziekenhuis en landelijk gemiddelde worden getoond]. Heeft u hier een verklaring voor?
(Vraag hier goed door op de factoren die eerder genoemd zijn)

C. Vragen over voorschrijven van bloeddrukverlagers

Interviewer: Geef aan dat je nu dezelfde vragen gaat stellen over het voorschrijven van bloeddrukverlagers, maar dat je om herhaling te vermijden vooral geïnteresseerd bent in hoeverre de afwegingen en factoren hier verschillen van de afwegingen en factoren die van invloed zijn op het voorschrijven van statines

12. Wanneer u besloten heeft een bloeddrukverlager voor te schrijven, hoe bepaalt u dan welke bloeddrukverlager u voor gaat schrijven?
Interviewer: vraag of de keuze verschilt voor verschillende diagnoses: hartfalen, ischemie (na infarct), hypertensie en vraag door op onderstaande factoren

Factoren die mogelijk een rol spelen:

- 'gewoonte'/voorkeursmiddel
- diagnose/ gezondheid van de patiënt
- effectiviteit van de behandeling
- bijwerkingen
- beroepsrichtlijnen en protocollen / advies uit EVS (welk: vraag naar landelijk en lokaal)
- formularium (welk)
- prijs geneesmiddel
- vergoeding geneesmiddel
- druk farmaceutische industrie
- druk verzekeraars
- vraag patiënt
- adviezen FTO/FTTO

13. Zijn er bloeddrukverlagers die u niet of nauwelijks voorschrijft?

Zo ja, welke? Waarom schrijft u deze bloeddrukverlagers niet of nauwelijks voor?
(heeft dit bijvoorbeeld te maken met (gepercipieerde) effecten en/of bijwerkingen?)

Factoren die mogelijk een rol spelen:

- diagnose/gezondheid van de patiënt
- effectiviteit van de behandeling
- bijwerkingen
- beroepsrichtlijnen en protocollen / advies uit EVS (welk: vraag naar landelijk en lokaal)
- prijs geneesmiddel
- vergoeding geneesmiddel
- druk farmaceutische industrie
- druk verzekeraars
- invloed patiënt
- adviezen FTO/FTTO
- waarschuwingen / dear doctor letters

14. Bestaan er binnen uw maatschap gebruiken en/of afspraken over het voorschrijven van bloeddrukverlagers?

Zo ja, welke gebruiken en/of afspraken zijn dit? Zijn deze formeel vastgelegd bijvoorbeeld vastgelegd in een lokale richtlijn? Zijn zij bindend? Of houdt iedereen zich aan een regionale of landelijke richtlijn (en zo ja, welke)? Hoe vaak worden de richtlijnen geëvalueerd en herzien?

Is er formulariumcommissie?

15. Vragen uw patiënten wel eens zelf om een bepaalde bloeddrukverlager?

Zo ja, wordt hier dan vaak om één specifieke bloeddrukverlager gevraagd?
(bijvoorbeeld specifieke merknaam/stofnaam of bloeddrukverlager die ze reeds lang slikken)

16. Wanneer een patiënt om een bepaalde bloeddrukverlager vraagt, wat is dan doorgaans uw reactie hierop? (gaat de arts hier in mee, gaat de arts de discussie met de patiënt aan, of blijft de arts, zonder discussie, vasthouden aan zijn/haar eigen eerste keus?)

17. Wanneer u een bloeddrukverlager voorschrijft, schrijft u dan op merknaam voor of op stofnaam? Bijvoorbeeld kiest u captopril of Capoten / metoprolol en Selokeen?

- Merknaam
- Stofnaam
- Beide
- De ene keer op stofnaam, de andere keer op merknaam (waar hangt dit vanaf?)
- Anders, nl.....

18. Kunt u toelichten waarom u kiest voor voorschrijven op merknaam/stofnaam op de polikliniek?

(Vraag hier goed door!! Ga eerst in op het antwoord op de vorige vraag (dus als respondent aangeeft: stofnaam, vraag waarom. Vraag dan naar waarom niet op merknaam wordt voorgeschreven. Indien arts beide doet: vraag wanneer gekozen wordt voor het een en wanneer voor het ander)

Aan eind vragen: Is dit anders bij ontslagmedicatie? Zo ja, waarom?

Factoren die mogelijk een rol spelen:

Interne invloeden

- 'routine'/'gewoonte' (altijd eerste keus)
- routine vanuit opleiding/werkzaamheden in vorig ziekenhuis
- slechte ervaringen met bepaalde middelen

Externe invloeden

- druk farmaceutische industrie
- druk verzekeraars
- beroepsrichtlijnen en protocollen (lokaal vs. nationaal)
- adviezen FTO
- vraag huisarts
- informele/formele gebruiken en/of afspraken internisten/cardiologen onderling
- afspraken apotheek/ziekenhuis
- gebruik EVS (geeft het systeem bijv. keuzemogelijkheden bij intypen merk- of stofnaam?)

Geneesmiddelenkarakteristieken

- effectiviteit van de behandeling
- bijwerkingen
- patiëntveiligheid (geen wisselingen van middel zoals bij generiek kan, denk aan

preferentiebeleid

- *(meer) vertrouwen in 'merknaam'/marktleider*
- *prijs geneesmiddel*
- *vergoeding geneesmiddel*
- *merknaam makkelijker te onthouden dan generieke naam*
- *alleen bekend met merknaam/ onbekend met generieke naam*
- *onwetend welke merknaam bij welke generieke naam hoort*

Patiëntkarakteristieken/invloed van de patiënt

- *wens patiënt*
- *diagnose patiënt-*
- *overige kenmerken patiënt (leeftijd, geslacht e.d)*

19. U gaf net aan bij voorkeur op merknaam/stofnaam voor te schrijven. Kunt u aangeven onder welke omstandigheden u besluit hiervan af te wijken? Kunt u hier misschien enkele praktijkvoorbeelden van geven?
20. Bestaan er binnen uw maatschap gebruiken en/of afspraken over het voorschrijven op stof- en merknaam van bloeddrukverlagers?
- Zo ja, welke gebruiken en/of afspraken zijn dit? Zijn deze formeel vastgelegd bijvoorbeeld vastgelegd in een locale richtlijn of formularium? Zijn zij bindend?
21. Zijn er met apotheken afspraken over het voorschrijven op stof- en merknaam van bloeddrukverlagers?
- Zo ja, welke gebruiken en/of afspraken zijn dit? Zijn deze formeel vastgelegd bijvoorbeeld vastgelegd in een locale richtlijn of formularium? Zijn zij bindend?
22. Uit een onderzoek van Vektis blijkt dat in uw ziekenhuis bloeddrukverlagers relatief veel/weinig generiek worden voorgeschreven (ten opzichte van het landelijk gemiddelde). Heeft u hier een verklaring voor? (Vraag hier goed door op de factoren die eerder genoemd zijn)

* *Heeft u nog aanvullende opmerkingen of heeft u iets gemist in dit interview?*

Einde interview

Bijlage B

Vragenlijst voor ziekenhuisapothekers

i.h.k.v. onderzoek

Voorschrijven door internisten en cardiologen

Voorjaar 2012

Datum interview:
Tijdstip: van __:__ uur tot __:__ uur
Interviewer:
Nummer:
Ziekenhuis:


NIVEL Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
Postbus 1568 3500 BN Utrecht Telefoon 030 2 729 700

Leidraad voor de interviewer

9. Voorstellen: naam, NIVEL (Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg), doet onderzoek in de gezondheidszorg, eerst in de eerste lijn, maar sinds 1995 gezondheidszorgbreed (geef eventueel voorbeelden van onderzoek)
10. Onderzoek wordt gedaan op verzoek van Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) en de Nederlandse Vereniging Voor Cardiologie (NVVC).
11. Achtergrond van onderzoek vertellen: De Orde van Medisch Specialisten (OMS) sloot in 2011 een convenant met het ministerie van VWS en Zorgverzekeraars Nederland om 30 miljoen euro per jaar te besparen op de kosten voor geneesmiddelen in de tweede lijn. Ter ondersteuning hiervan bracht de OMS in 2011 de ‘Leidraad doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen’ uit (OMS, 2011). Uit een recent onderzoek van Vektis blijkt dat er grote verschillen zijn tussen ziekenhuizen in de mate van generiek voorschrijven. Het Vektis-rapport gaat niet in op de achtergronden van deze verschillen. De Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) en de Nederlandse Vereniging Voor Cardiologie (NVVC) zijn juist hierin geïnteresseerd en wil onderzoek laten doen naar het voorschrijven door de twee groepen medisch specialisten die zij vertegenwoordigen: de internisten en de cardiologen. Deze interviews vormen de start van dit traject.
12. Het doel van dit interview is helder te krijgen hoe apothekers / beleidsmedewerkers aankijken tegen het voorschrijven door deze groepen specialisten.
13. Van het interview wordt een opname gemaakt (NB: toestemming vragen!) . De gegevens worden geanonimiseerd en een verslag van het gesprek wordt ter autorisatie/goedkeuring toegestuurd. De opname wordt na afloop van het onderzoek gewist.
14. Heeft u voorafgaand aan het interview nog vragen?

APOTHEKERS

Algemeen

15. Naam ziekenhuis:

16. Geslacht apotheker (aankruisen wat van toepassing is):

- Man
- Vrouw

17. Wat is uw geboortedatum?

__ - __ - 19 __

18. Vanaf welk jaar bent u werkzaam in dit ziekenhuis?

Vanaf:

5. Wordt binnen uw ziekenhuis met een EVS (Elektronisch Voorschrift Systeem) gewerkt op de polikliniek?

- Ja
- Nee -> naar vraag 11

Zo ja, met welk systeem?

.....

6. Wie heeft het EVS ingericht?

Wie vult het?

Mag alleen generiek worden voorgeschreven in het EVS?

7. Wie mag voorschriften autoriseren in het EVS?

- Alleen voorschrijvend arts
- Andere, namelijk

8. Is er een koppeling van uw systeem met die van openbare apotheken?

- Ja
- Nee
- Weet ik niet

Voorschrijven

1) Apothekers

- Denkt u dat er door de cardiologen en internisten in uw ziekenhuis relatief veel of juist relatief weinig op merknaam wordt voorgeschreven vergeleken met andere ziekenhuizen?
- Welke factoren zijn wat u betreft van invloed op de keuze tussen merk of generieke substitutie in het poliklinisch of bij ontslag voorschrijven van statines en bloeddrukverlagers?

Factoren die mogelijk een rol spelen:
<ul style="list-style-type: none">- 'gewoonte'/voorkeursmiddel- diagnose/ gezondheid van de patiënt- effectiviteit van de behandeling- bijwerkingen- beroepsrichtlijnen en protocollen / advies uit EVS (welk: vraag naar landelijk en lokaal)- formularium (welk)- prijs geneesmiddel- vergoeding geneesmiddel- druk farmaceutische industrie- druk verzekeraars- vraag patiënt- adviezen FTO/FTTO

- Wat zijn hierin de belangrijkste verschillen tussen statines en bloeddrukverlagers?
- Zijn afspraken gemaakt binnen het ziekenhuis over voorschrijven op stof-/merknaam. Staat dit in het formularium? Staat in het EVS? Speelt de inrichting van het EVS een rol. Zo ja, welke? Wie waren erbij betrokken (welke zorgverleners)?
- Vragen voorschrijvers wel eens om advies over wat voor te schrijven en dan of over generiek voorschrijven. Hoeveel contact is er tussen de apotheek en de specialisten, of er bijvoorbeeld bijeenkomsten zijn waar farmacotherapiebeleid besproken wordt / terugkoppeling
- Uit eerdere interviews begreep ik van internisten en cardiologen... in hoeverre herkent u dit?:
 1. voorschrijven op stofnaam, maar apotheek kan besluiten om toch merk te geven ipv generiek // 3-1 middelen toch los te geven?

2. Er ook gesproken werd over ‘slechte’ generieke middelen. Ook werking verschil (afwijking van 10% in werkzame stof toegestaan) + risico op bijwerkingen door over/onderdosering groter.
 3. potentere middelen in lagere dosering hebben minder bijwerkingen dan zwakkere middelen in hogere dosering
 4. Wisseling van fabrikant van de generiek middelen kan therapietrouw negatief beïnvloeden
 5. te veel sturen op generiek in beleid van apotheek, wordt gezien als kostengestuurd en laat te weinig ruimte aan afweging arts in keuze middel?
- Zijn er (daarnaast) regionale afspraken gemaakt over voorschrijven op stof-/merknaam? Zo ja, welke? Wie waren erbij betrokken?
 - Bestaan er afspraken met de farmaceutische industrie?
 - Hoe is het preferentiebeleid of afspraken met zorgverzekeraars van invloed? Spreken de zorgverzekeraars hier u wel eens op aan? Sturen zorgverzekeraars actief? Is er terugkoppeling op generiek voorschrijven?
 - Is de voorkeur van de patiënt in de voorgeschreven medicatie van invloed?
 - Omzetten- Wie let op terugzetten bij ontslag? Is er bijvoorbeeld een Apotheek Service Punt of een transmuraal apotheker die zich hiermee bezig houdt? Let deze dan ook op generiek versus merk? // vaak gezegd zijn ook kosten aan verbonden: nieuwe balans zoeken, bijwerkingen meer polibezoeken e.d.

Einde interview

Bijlage C

Vragenlijst voor Openbaar apothekers

i.h.k.v. onderzoek “Voorschrijven door internisten en cardiologen”

Voorjaar 2012

Datum interview:

Tijdstip: van __ : __ uur tot __ : __ uur

Interviewer:

Nummer apotheker 1^e lijn:

KNMP-district/ Stad:



NIVEL
Nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg

Postbus 1568
3500 BN Utrecht
Telefoon 030 2 729 700

Leidraad voor de interviewer

15. Voorstellen: naam, NIVEL (Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg), doet onderzoek in de gezondheidszorg, eerst in de eerste lijn, maar sinds 1995 gezondheidszorgbreed (geef eventueel voorbeelden van onderzoek)
16. Onderzoek wordt gedaan op verzoek van Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) en de Nederlandse Vereniging Voor Cardiologie (NVVC).
17. Achtergrond van onderzoek vertellen: De Orde van Medisch Specialisten (OMS) sloot in 2011 een convenant met het ministerie van VWS en Zorgverzekeraars Nederland om 30 miljoen euro per jaar te besparen op de kosten voor geneesmiddelen in de tweede lijn. Ter ondersteuning hiervan bracht de OMS in 2011 de ‘Leidraad doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen’ uit (OMS, 2011). Uit een recent onderzoek van Vektis blijkt dat er grote verschillen zijn tussen ziekenhuizen in de mate van generiek voorschrijven. Het Vektis-rapport gaat niet in op de achtergronden van deze verschillen. De Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) en de Nederlandse Vereniging Voor Cardiologie (NVVC) zijn juist hierin geïnteresseerd en wil onderzoek laten doen naar het voorschrijven door de twee groepen medisch specialisten die zij vertegenwoordigen: de internisten en de cardiologen. Deze interviews vormen de start van dit traject.
18. Het doel van dit interview is helder te krijgen hoe openbaar apothekers aankijken tegen het voorschrijven door deze groepen specialisten en met name om de relatie voorschrijven - afleveren.
19. Van het interview wordt een opname gemaakt (NB: toestemming vragen!) . De gegevens worden geanonimiseerd en verwijzingen naar het interview in de rapportage worden ter goedkeuring voorgelegd. De opname wordt na afloop van het onderzoek gewist.
20. Heeft u voorafgaand aan het interview nog vragen?

APOTHEKERS

Algemeen

19. Naam apotheek:

20. Geslacht apotheker (aankruisen wat van toepassing is):

- Man
- Vrouw

21. Wat is uw geboortedatum?

__ - __ - 19 __

22. Vanaf welk jaar bent u werkzaam in deze apotheek?

Vanaf:

5. Is er een koppeling tussen uw ICT-systeem en de systemen van ziekenhuizen in de regio?

- Ja
- Nee
- Weet ik niet

Voorschrijven

1) Afleveren in de 1^e lijn

- Wanneer een medisch specialist op merknaam voorschrijft, levert u dan altijd een spécialité af? Indien niet: wanneer levert u geen spécialité af? Waarom is dat?
 - Wanneer een medisch specialist op stofnaam voorschrijft, hoe beslist u dan welk generiek middel u aflevert?
 - En onder welke omstandigheden wordt bij een recept op stofnaam → spécialité afgeleverd? (goede contracten afgesloten) (invloed van preferentiebeleid + vb bloeddruk verlagers, combinatiemiddelen die los worden afgeleverd)
 - Speelt de voorkeur van de patiënt een rol in de medicatie die wordt afgeleverd? Moeten zij bijbetalen voor bepaalde middelen?
6. Een deel van de medisch specialisten die wij tot nu toe spraken waren van mening dat de apotheek relatief veel discretionaire vrijheid in het bepalen van het middel dat uiteindelijk wordt meegegeven aan de patiënt. In hoeverre kunt u zich in dit beeld vinden?
7. In ons onderzoek kwamen 2 vormen van generieke substitutie in de 1^e lijn ter sprake, namelijk: Directe generieke substitutie: Respectievelijk: Zocor → simvastatine

In hoeverre spelen deze vormen wat u betreft een rol? Kunt u dit toelichten met een aantal voorbeelden

Transmurale afspraken en samenwerking

- In hoeverre zijn er transmurale overleggen of afspraken met de 2^e lijn over substitutie?
 - o Welke partijen zijn hierbij betrokken?
 - o Waar zijn afspraken over gemaakt? (omzetten van merk naar generiek, standaardmiddel opnemen in richtlijnen van het ziekenhuis, terugzetten op oude medicatie na ontslag, medicatiebewaking)
 - o Wat voor invloed hebben deze afspraken op het voorschrijven? In hoeverre worden ze gevolgd?
 - In hoeverre wordt er samengewerkt tussen openbare apotheken en ziekenhuizen? Op welke onderwerpen?
 - Welke knelpunten bestaan er – wat u betreft - op het gebied van doelmatig voorschrijven en afleveren in de keten?
8. Ook over gesproken: Afgeleide (farmacotherapeutische) generieke substitutie lipitor → simvastatine – speelt dit wat u betreft een rol?

2) Voorschrijven in de 2^e lijn:

- Kunt u een inschatting geven van de ratio tussen merknaam-stofnaam voorschriften bij medisch specialisten die u ziet in uw apotheek? (met name van internisten en cardiologen?)
- In hoeverre herkent u hierin patronen? Bijvoorbeeld bepaalde typen of groepen middelen die vaker op merknaam worden voorgeschreven; ontwikkelingen over tijd
- In hoeverre ziet u verschillen tussen voorschriften vanuit de verschillende medisch specialisten? / verschillende ziekenhuizen
- Welke factoren zijn volgens u mogelijk van invloed op deze keuze (bij het voorschrijven van cholesterol- en bloeddrukverlagers in de 2^e lijn)?

- Sommige ziekenhuizen hadden simvastatine als standaardmiddel, andere ziekenhuizen atorvastatine. In hoeverre heeft u begrip voor de keuze van atorvastatine als standaardmiddel in plaats van het in de NHG/CBO richtlijn aanbevolen simvastatine? (ook: niet altijd starten met simva – specifieke patiënten groepen / onvoldoende potentie / meer bijwerkingen)

- Bij het voorschrijven van sommige middelen (single-source bloeddruk- en cholesterolverlagers waar nog een patent op rust) moeten de medisch specialisten een machtigingsformulier/verklaring invullen voor vergoeding door de zorgverzekeraar? Welke effecten heeft dit volgens meegebracht en voor wie? (bijv. openbare apotheek, patiënt, specialist)

Invloed van zorgverzekeraars op het afleveren in de 1^e lijn

- In hoeverre bent u het eens met de stelling dat de invloed van verzekeraars groter is in de 1^e lijn dan in de 2^e lijn. Kunt u dit toelichten?
- Invloed verschilt per zorgverzekeraar. Wie is de dominante zorgverzekeraar hier in de regio en hoe zijn uw ervaringen met deze verzekeraar?
- Kunt u toelichten op welke wijzen de zorgverzekeraars invloed uitoefenen op het afleveren door de openbare apotheek?
- In hoeverre verschilt dit naar uw idee van de invloed die de zorgverzekeraars uitoefenen op huisartsen voor wat aangaat doelmatig voorschrijven?
- Vele wisselingen in fabrikanten van de generieke middelen werd vaak genoemd als problematisch aspect van het preferentie beleid van de individuele zorgverzekeraars (m.b.t. therapietrouw, goed geneesmiddelen gebruik, maar ook twijfels of kwaliteit of werkzaamheid van generieke middelen van verschillende/buitenlandse fabrikanten) In hoeverre onderschrijft u dit?

Farmaceutische industrie

- Ziekenhuis apotheek kan vaak goedkoop spécialité inkopen. Kan een openbare apotheek ook goede contracten sluiten voor bepaalde spécialité middelen? (werd gesuggereerd door een aantal specialisten)? Speelt dit in uw regio?
- Spelen artsenbezoekers een rol? / geneesmiddelenonderzoek?

Tot slot:

- Wat zijn volgens u belangrijke ontwikkelingen op het gebied van doelmatig voorschrijven? Hoe staat u daar tegenover? (ook positieve / negatieve effecten?)