

HOOFDSTUK 4:

REDENEN VOOR HET AL DAN NIET OPVOLGEN VAN HARM-WRESTLING AANBEVELINGEN

4.1 INLEIDING

Huisartsen volgen aanbevelingen bedoeld om medicatie-gerelateerde schade te voorkomen (HARM-Wrestling aanbevelingen) in verschillende mate op. Ook wordt de ene aanbeveling beter opgevolgd dan de andere. Het achterhalen van oorzaken van het al dan niet volgen van de HARM-Wrestling aanbevelingen kan handvatten bieden voor het aanpakken van medicatie-gerelateerde schade.

Het al dan niet opvolgen van aanbevelingen kan door verschillende factoren beïnvloed worden:

- overdracht van informatie (digitaal en in persoon),
- behandelaar-gerelateerde factoren en
- patiënt-gerelateerde factoren².

Deze factoren zijn in eerder onderzoek aangedragen als mogelijk verklarend voor de verschillen in opvolgen van aanbevelingen². In dit onderzoek bekijken we per groep factoren één of meerdere onderwerpen waarvan bekend is dat zij de patiëntveiligheid kunnen beïnvloeden.

Overdracht van informatie

Niet-optimale gegevensuitwisseling van gegevens tussen zorgverleners: Het goed uitwisselen van medische informatie via elektronische patiëntendossiers kan de patiëntveiligheid ten goede komen⁴⁷. Hierdoor beschikken huisartsen of andere zorgverleners namelijk over alle noodzakelijke informatie om de aanbeveling goed op te kunnen volgen. Wanneer dit niet gebeurt, kan het de patiëntveiligheid juist nadelig beïnvloeden. Een voorbeeld is de professionele samenvatting waarin de belangrijkste gegevens uit het huisartsendossier samengevat worden voor gebruik door huisartsen op de huisartsenpost. De waarnemers op de huisartsenpost sturen over elk contact in de avond, nacht en het weekend een waarneemretourbericht naar de eigen huisarts van de patiënt. Naast het wel of niet kunnen uitwisselen van gegevens, varieert ook de mate van het gebruik ervan sterk. In een steekproef uit 2010 gebruikten huisartsenposten in 30 tot 100% van de waarnemingen de professionele samenvatting⁴⁸.

Niet-optimale kwaliteit van registratie van gegevens in het Huisarts Informatie Systeem (HIS): Door een niet-optimale kwaliteit van de registratie ontbreekt mogelijk relevante informatie om een aanbeveling op te volgen. Wanneer bijvoorbeeld diagnoses niet goed geregistreerd staan, is het niet goed mogelijk te bepalen of een patiënt jonger dan 70 jaar een hoog-risico patiënt is en een maagzuurremmer moet krijgen wanneer hij of zij een NSAID^{xxviii} krijgt voorgeschreven. Dit hangt samen met het uitwisselen van gegevens. Uitwisselen van gegevens kan de patiëntveiligheid bevorderen (zie boven), maar wanneer gegevens niet volledig zijn geregistreerd, op de verkeerde plaats staan, of inhoudelijk niet juist zijn, kan het (onvolledig) uitwisselen van informatie ook risico's met zich meebrengen voor de patiënt.

Behandelaar-gerelateerde factoren

Niet-optimale samenwerking tussen zorgverleners en organisaties: Wanneer binnen de zorg niet goed samengewerkt wordt, weten zorgverleners elkaar niet goed te vinden, bijvoorbeeld in geval men informatie

^{xxviii}Niet-steroïde anti-inflammatoire (ontstekingsremmend) geneesmiddelen, zoals diclofenac en ibuprofen.

nodig heeft. Niet overal is de samenwerking tussen zorgverleners en organisaties optimaal⁴⁹ en ook niet alle zorgverleners en organisaties zijn even goed bereikbaar⁵⁰. Dit kan ertoe leiden dat men bij vragen over een bepaald voorschrift of bepaalde handelwijze minder snel contact met elkaar zal opnemen.

Draagvlak bij huisarts voor een aanbeveling/richtlijn: Wanneer een huisarts een aanbeveling, zoals het gelijktijdig voorschrijven van een maagzuurremmer aan patiënten met een laag gedoseerd aspirine niet kent of er niet (helemaal) achter staat is de verwachting dat de huisarts de aanbeveling minder goed zal opvolgen.

Patiënt-gerelateerde factoren

Draagvlak bij de patiënt voor de behandeling: Behandelingen komen tot stand door overleg tussen patiënt en arts. Een arts informeert de patiënt over behandelmogelijkheden, maar een patiënt heeft in vrijwel alle gevallen het recht af te zien van een behandeling^{xxix}. Dit kan ook gebeuren wanneer het gaat om een aanbeveling uit de HARM-Wrestling. In zo'n geval staat de patiënt niet achter de aanbevelingen en weigert de medicatie of een test.

In dit hoofdstuk rapporteren we in hoeverre verschillen in het opvolgen van HARM-Wrestling aanbevelingen tussen huisartspraktijken verklaard kunnen worden door de bovengenoemde redenen. Hiermee wordt de volgende onderzoeksvraag beantwoord:

Wat zijn redenen voor het al dan niet opvolgen van HARM-Wrestling aanbevelingen om medicatieveiligheid te bevorderen?

NB. HARM-Wrestling aanbevelingen zijn bedoeld voor zowel huisartsen als apothekers. Wij richten ons in deze oorzakenanalyse op huisartsen. Dit omdat de huisarts de voorschrijver is van medicatie en daarmee degene waar het niet opvolgen van de aanbevelingen begint. Wel is de samenwerking tussen huisartsen en apothekers onderdeel van het onderzoek.

^{xxix} https://www.dwangindezorg.nl/rechten/patientenrecht/keuzevrijheid-bij-behandeling/copy_of_behandeling-weigeren

4.2 METHODEN

4.2.1 DATABRON

NIVEL Zorgregistraties eerste lijn (www.nivel.nl/zorgregistraties) is een longitudinale database met gegevens over de eerstelijns gezondheidszorg. Geanonimiseerde routinematig geregistreerde eerstelijns gezondheidszorg gegevens worden verzameld om de gezondheid en het zorggebruik van een representatieve steekproef van de Nederlandse bevolking te monitoren. Deelnemende zorgverleners zijn onder andere huisartsen en huisartsenposten. Deelnemende zorgverleners ontvangen periodieke feedback, die vergelijking van hun praktijk met collega-praktijken mogelijk maakt. Voor dit onderzoek maken we gebruik van gegevens van huisartspraktijken en huisartsenposten over de jaren 2013 en 2014. In 2014 bevatte de database gegevens van 500 huisartspraktijken^{xxx}, met 1,8 miljoen ingeschreven patiënten. NIVEL Zorgregistraties bevat daarnaast gegevens van 28 huisartsenposten (HAPs) met 11 miljoen mensen in hun verzorgingsgebied. NIVEL Zorgregistraties bevat van ongeveer 800.000 mensen zowel gegevens uit de huisartsenpraktijk als van de huisartsenpost. De database bevat informatie over patiëntkenmerken (leeftijd, geslacht), prescripties, consulten, diagnoses, laboratoriumbepalingen (zoals kalium en creatinine) en verwijzingen. Gezondheidsklachten en diagnoses worden door de huisarts gecodeerd en geregistreerd met de *International Classification of Primary Care version 1* (ICPC-1). Prescripties worden gecodeerd aan de hand van de ATC classificatie.

Voor dit onderzoek is toestemming verkregen van de Kamer Huisartsen van NIVEL Zorgregistraties onder nummer NZR-00315.024.

4.2.2 SELECTIE HARM-WRESTLING AANBEVELINGEN

Voor dit deelonderzoek zijn zes HARM-Wrestling aanbevelingen geselecteerd. Voor deze zes aanbevelingen is onderzocht of en waarom huisartsen verschillen in het opvolgen van deze aanbevelingen. Het aantal van zes aanbevelingen is gekozen in verband met de haalbaarheid van het onderzoek. De gekozen aanbevelingen weerspiegelen de drie problemen met medicatieveiligheid, namelijk:

1. Combinatie van medicijnen;
2. Gewenste metingen voor of na het voorschrijven;
3. Vervolgcontact met de huisarts.

Door de indicatoren zo te kiezen dat ze elk van deze drie gebieden representeren, verwachtten we een goed beeld te krijgen van de oorzaken van verschillen in het opvolgen van aanbevelingen tussen huisartsen. Daarnaast was het niet nodig om alle indicatoren te analyseren, omdat er voor sommige indicatoren niet veel verbetering meer mogelijk is, of omdat de verschillen tussen huisartsen klein zijn. Bij de keuze van de zes indicatoren was een aanvullend criterium – althans voor een deel van de geselecteerde aanbevelingen - dat huisartsen de medicatie zowel in de dagpraktijk, als op de huisartsenpost in voldoende mate voorschrijven. Dit om de rol van gegevensuitwisseling tussen huisartspraktijk en de huisartsenpost in het opvolgen van HARM-Wrestling aanbevelingen in het onderzoek te betrekken. Uiteindelijk moesten de zes indicatoren aan de volgende criteria voldoen:

1. De medicatie waarover de indicator gaat wordt **voldoende voorgeschreven**;
2. De indicatoren weerspiegelen **verschillende problemen** met medicatieveiligheid (i.e. combinaties van medicatie, metingen voor of na voorschrijven, vervolg contact met de huisarts);
3. Er moet **verbetering mogelijk** zijn in het voorschrijven van de huisarts (volgens het Rapport Acute ziekenhuisopnames⁶) en er is voldoende variatie tussen huisartsen;

^{xxx}Dit zijn aan NIVEL Zorgregistraties deelnemende praktijken in 2014. Niet van al deze 500 huisartsenpraktijken zijn gegevens beschikbaar voor onderzoek. Ook mogen niet alle 500 huisartsenpraktijken benaderd worden voor aanvullende gegevensverzameling, zoals het invullen van vragenlijsten.

- 4 De medicatie moet voor een deel van de indicatoren ook op **de huisartsenpost** voldoende worden voorgeschreven om mogelijke problemen in de communicatie tussen dagzorg en avond/weekend zorg te kunnen onderzoeken

Dit heeft geleid tot de keuze voor de zes indicatoren in Tabel 29. Een uitgebreide beschrijving van de inhoud van deze indicatoren is te vinden in Appendix 5.

Tabel 29: Keuze van zes indicatoren voor replicatie en oorzakenanalyse.

Nr. HW	Indicator	1*Voldoende voorgeschreven	2*type probleem	3*Verbetering mogelijk**	4*Meetbaar op HAP
14	Adequate maagbescherming bij NSAID gebruikers	ja	Combinaties medicatie	+++	ja
15a	Adequate maagbescherming bij LDASA gebruikers	ja	Combinaties medicatie	+++	nee
24a	Kalium en creatinine spiegel checken voor start kalium verliezend diureticum	ja	Voor meting	+++	nee
24b	Kalium en creatinine spiegel checken na start kalium verliezend diureticum	ja	Na meting	+++	nee
31b	Contact met huisarts binnen 2 weken na starten benzodiazepines	ja	Vervolg contact met huisarts	+++	ja
40a	Bij het starten van een opioïde overwegen een laxans te starten	ja	Combinaties medicatie	+	ja

*Deze nummering correspondeert met bovengenoemde criteria

**De mogelijkheid tot verdere verbetering t.o.v. mate van opvolgen in 2010: + gering; ++ matig; +++ hoog⁶.

Afkortingen: HAP=huisartsenpost; LDASA=laag gedoseerd aspirine; NSAID=niet-steroïde anti-inflammatoir geneesmiddel (ontstekingsremmer)

4.2.3 REPLICATIE VERVOLGONDERZOEK MEDICATIEVEILIGHEID INDICATOREN

Net als de IPCI database beschikt NIVEL Zorgregistraties over gegevens verzameld in huisartsenpraktijken. De geselecteerde indicatoren zijn zo veel mogelijk berekend volgens het algoritme dat IPCI hiervoor gebruikt (zie de specificatie in Appendix 5). Er zijn echter verschillen tussen NIVEL Zorgregistraties en IPCI. Waar IPCI vrije tekstvelden gebruikt om indicatoren te berekenen, bevat NIVEL Zorgregistraties (bijna) uitsluitend gecodeerde data. Dit betekent dat binnen NIVEL Zorgregistraties soms andere oplossingen gezocht moesten worden voor het berekenen van de indicatoren dan binnen IPCI. Een overzicht van de eigenschappen van en verschillen tussen de databases is weergegeven in Appendix 16. Een overzicht van overeenkomsten en verschillen tussen de in IPCI en NIVEL Zorgregistraties gehanteerde diagnose- en medicatiecodes voor het berekenen van de indicatoren is eveneens te vinden in Appendix 16.

De indicatoren adequate maagbescherming bij NSAID (14) en LDASA gebruikers (15a) zijn ook berekend volgens criteria van de richtlijnen van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)⁵¹. Dit omdat huisartsen deze richtlijnen volgen en de definitie van de risicogroep volgens de HARM-Wrestling aanbevelingen voor deze indicatoren niet helemaal overeenkomt met de definitie in de NHG-standaard (zie Appendix 19 voor een vergelijking tussen de HARM-Wrestling aanbeveling en de NHG-standaard).

Alle zes geselecteerde indicatoren zijn berekend voor de huisartsendagpraktijk. Daarnaast zijn de indicatoren 'Adequate maagbescherming bij NSAID gebruikers' (14), 'Evaluatie benzodiazepine gebruik' (31b) en 'Laxans bij opioïde gebruik' (40a) ook berekend voor de huisartsenpost (op niveau van de huisartsendienstenstructuur).

Hiervoor is waar nodig gebruik gemaakt van gegevens uit de huisartsenzorg (bijvoorbeeld om te bepalen of al dan niet maagbescherming gegeven moest worden bij een NSAID (indicator 14)).

Per indicator berekenden we de mediaanscore van de huisartsenpraktijken (in overeenstemming met onderzoek in hoofdstuk 2) en, waar relevant, van de huisartsendienstenstructuren met daarbij als range de score van het 5^e en 95^e percentiel. De mediaan score is de indicatorscore waar de ene helft van de huisartsenpraktijken onder scoort en de andere helft boven. Het 5^e en 95^e percentiel is de range van indicatorscores waarbinnen 90% van de huisartsenpraktijken vallen. Een voorbeeld is te lezen in Appendix 2. De uitkomsten van de huisartsenzorgpraktijk zijn vergeleken met de IPCI uitkomsten over de jaren 2013 en 2014.

Opgemerkt moet worden dat er grote verschillen zijn tussen huisartsinformatiesystemen (HIS-en) in bijvoorbeeld de kwaliteit van registreren en de mate van gegevensuitwisseling met andere zorgverleners zoals de apotheker en de huisartsenpost. Dit is een reden om te kijken naar systematische verschillen tussen HIS-en in de mate van opvolgen van de geselecteerde indicatoren.

De analyses zijn gedaan door één onderzoeker (KH). De juistheid van de analyses werd vervolgens geverifieerd door een tweede onderzoeker (LF).

4.2.4 VRAGENLIJST HUISARTSEN

Om redenen voor het al dan niet opvolgen van HARM-Wrestling aanbevelingen te achterhalen, is in november 2015 een vragenlijst uitgestuurd aan 444 huisartsenpraktijken die deelnemen aan NIVEL Zorgregistraties. Hierin werden algemene vragen gesteld over:

- Gegevensuitwisseling met de huisartsenpost;
- Gebruik van een elektronisch voorschrijfsysteem;
- Deelname aan een Farmaco Therapie Overleg (FTO)^{xxxii};
- Afspraken over afstemming en taakverdeling met apotheken.

Daarnaast werden voor elk van de 6 geselecteerde HARM-Wrestling aanbevelingen een aantal specifieke vragen gesteld over de volgende onderwerpen:

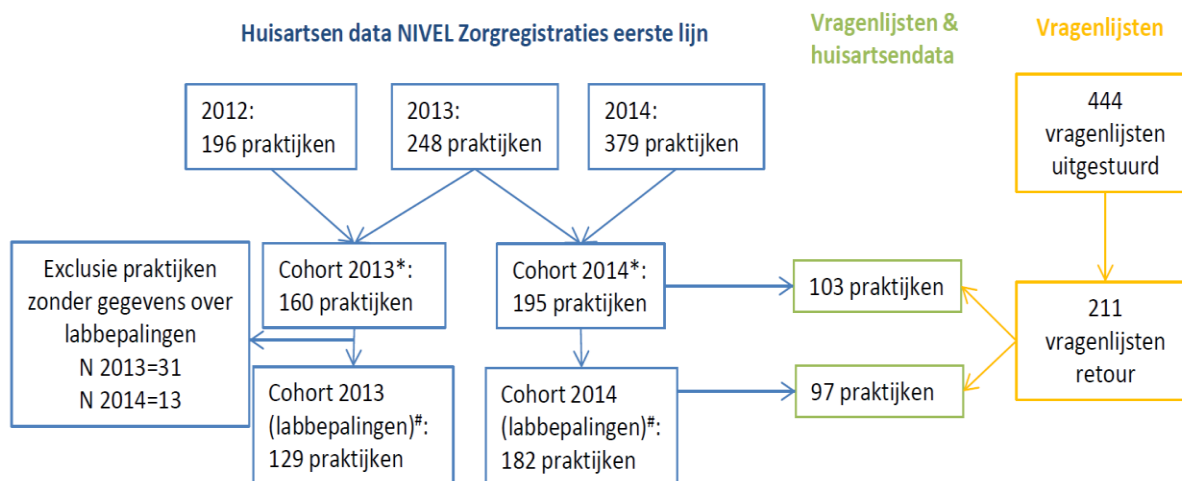
- Bekendheid van de huisarts met de aanbeveling;
- Acceptatie van de aanbeveling door de huisarts;
- Redenen voor het afwijken van de aanbeveling;
- Afspraken met de apotheker/in het FTO.

Huisartsen ontvingen in eerste instantie een digitale versie van de vragenlijst. Bij de eerste herinnering een maand later kregen de huisartsenpraktijken die nog niet gestart waren met het invullen van de digitale versie de vragenlijst op papier toegestuurd. Eén huisarts per praktijk vulde de vragenlijst in.

In dit onderzoek analyseerden we de samenhang van de antwoorden op de vragenlijsten met de uitkomsten op de indicatoren van dezelfde praktijken. In totaal hebben 211 huisartsenpraktijken de vragenlijst volledig ingevuld (164 digitaal en 47 schriftelijk). Dit waren huisartspraktijken die in 2015 deelnamen aan NIVEL Zorgregistraties. Deze namen niet allemaal deel in 2013 of 2014. Hierdoor waren niet voor alle praktijken die vragenlijsten invulden ook bruikbare registratiedata uit 2014 beschikbaar (zie Figuur 12 voor een overzicht van aantallen praktijken).

De huisartsen die de vragenlijst hebben ingevuld verschillen niet van huisartsen die de vragenlijst niet hebben ingevuld in de mate waarin zij de HARM-Wrestling aanbevelingen opvolgen.

^{xxxii} Overlegvorm van huisartsen en apothekers op lokaal niveau, waarin afspraken gemaakt worden over het voorschrijven en afleveren van geneesmiddelen.



Figuur 12: Overzicht van het aantal huisartsenpraktijken waarvoor de 6 indicatoren berekend zijn in NIVEL Zorgregistraties en/of waarvan een ingevulde vragenlijst beschikbaar was

*Voor het berekenen van indicatoren over het jaar 2013 (cohort 2013) waren gegevens benodigd over zowel het jaar 2012 als het jaar 2013. Voor berekeningen over het jaar 2014 (cohort 2014) waren gegevens over het jaar 2013 en 2014 nodig.

Voor de indicatoren bloedbepaling voor en na de start van een kaliumverliezend diureticum is informatie nodig over bloedbepalingen. Deze was niet van alle praktijken beschikbaar. Voor analyses van deze indicatoren is daarom gebruik gemaakt van een kleinere set huisartsenpraktijken waarvan informatie beschikbaar was over bloedbepalingen.

4.2.5 ANALYSE OORZAKENANALYSE (OPERATIONALISATIES)

In de inleiding van dit hoofdstuk gaven we aan dat we vijf factoren bestuderen die verschillen in het opvolgen van aanbevelingen rondom medicatieveiligheid mogelijk kunnen verklaren. Hier beschrijven we hoe deze factoren onderzocht werden.

4.2.5.1 KWALITEIT VAN REGISTRATIE

De eerste factor die we bestudeerden was de kwaliteit van de registratie van gegevens. Het NIVEL heeft de beschikking over de EPD-scan om de kwaliteit van elektronische patiëntendossiers van huisartsenpraktijken zichtbaar te maken⁵².

De EPD-scan bestaat uit een set van 16 kwaliteitsindicatoren (Appendix 17), waarvan er vier potentieel samenhangen met medicatieveiligheid (Tabel 30). Om te kijken of deze vier factoren teruggebracht konden worden tot één maat, is bekeken of de scores op de vier geselecteerde kwaliteitsindicatoren met elkaar samenhangen. Als de samenhang groot is, is het namelijk voldoende om naar één van de vier indicatoren te kijken of een samengestelde maat te gebruiken. Dit bleek niet het geval te zijn. Vervolgens gingen we na of er een verband was tussen:

1. Score op kwaliteit van registratie en de mate van opvolgen van de zes individuele indicatoren;
2. Score op kwaliteit van registratie en de mate van opvolgen van de zes indicatoren samen;
3. Het door de huisarts gebruikte HIS en de mate van opvolgen van de zes individuele indicatoren;
4. Het door de huisarts gebruikte HIS en de mate van opvolgen van alle zes indicatoren samen.

Tabel 30: Kwaliteitsindicatoren voor kwaliteit van registratie door de huisarts.

Nr.	Kwaliteitsindicator
A	<i>Indicatoren voor de volledigheid van de ziektegeschiedenis</i>
A1	Hoeveel actieve episodes heeft een patiënt gemiddeld op zijn/haar episodelijst?
A2	Hoeveel van de episodes die bijna altijd een probleemstatus of 'bijzondere attentiewaarde' zouden moeten hebben, hebben deze ook inderdaad gekregen?
A3	Hoeveel procent van de episodes op de episodelijst heeft een betekenisvolle ICPC-code?
B	<i>Indicator voor gestructureerd werken in het medisch journaal</i>
B1	Hoeveel procent van de deelcontacten in het journaal is gekoppeld aan een episode?

4.2.5.2 UITWISSELING VAN GEGEVENS TUSSEN HUISARTS EN HUISARTSENPOST

Een niet-optimale uitwisseling van gegevens zorgt voor incomplete of incorrecte dossievoering op basis waarvan beslissingen rondom de behandeling worden genomen. Om te bestuderen of een niet-optimale uitwisseling van gegevens leidt tot het niet opvolgen van de HARM-Wrestling aanbevelingen is de uitwisseling van gegevens tussen huisartsendagpraktijk en huisartsenpost bekeken. Dit deden we voor die drie indicatoren waarvoor deze uitwisseling volgens de beroepsgroep van belang is omdat de zorg waarop deze indicator betrekking heeft ook geregeld op de huisartsenpost plaatsvindt. Tabel 31 geeft voor elk van deze drie indicatoren weer welke risico's er kunnen optreden als de patiënt op de huisartsenpost is geweest en er geen goede gegevensuitwisseling tussen huisarts en huisartsenpost is.

Om de gegevensuitwisseling te bestuderen, moesten de gegevens van de huisartsendagpraktijk en de HAP op patiëntniveau gekoppeld worden. Dit is gedaan op basis van een zogeheten pseudoniem dat gebaseerd is op de combinatie van geboortedatum, geslacht en de vier cijfers van de postcode van de patiënt. De koppeling is uitgevoerd voor gegevens over de jaren 2013 en 2014. Of gegevens worden uitgewisseld tussen huisartsenpost en huisartsenpraktijk is gevraagd in de vragenlijst.

Vervolgens gingen we na of er een verband was tussen:

1. De kwaliteit van registratie in de dagpraktijk en het al dan niet opvolgen van HARM-Wrestling aanbevelingen op de huisartsenpost (maagbescherming bij NSAIDs, indicator 14)
2. Het wel of niet elektronisch uitwisselen van gegevens tussen dagpraktijk en huisartsenpost en het al dan niet opvolgen van HARM-Wrestling aanbevelingen op de huisartsenpost (maagbescherming bij NSAIDs en laxans bij opioïden, indicator 14 en 40a) of in de huisartsenpraktijk (evaluatie na start benzodiazepine, indicator 31b)

Tabel 31: Risico's in gegevensuitwisseling tussen huisarts en huisartsenpost (HAP).

Nr. HW	Indicator	Terreinen waarop risico's zich kunnen voordoen
14	Adequate maagbescherming bij NSAID gebruikers	Kwaliteit van registratie in de dagzorg. Uitwisselen professionele samenvatting. Volgen van richtlijnen op de HAP
31b	Contact met huisarts binnen 2 weken na starten benzodiazepines	Waarneembericht ontvangen. Door de huisarts opvolgen van een op de HAP geïnitieerde behandeling
40a	Bij het starten van een opioïde wordt overwogen een laxans te starten	Uitwisselen professionele samenvatting → kreeg de patiënt al een opioïde/ laxans voorgeschreven? Volgen van richtlijnen op de HAP

Afkortingen: NSAID=Niet-steroïde anti-inflammatoir geneesmiddel (ontstekingsremmer); HAP=huisartsenpost

4.2.5.3 SAMENWERKING MET ANDERE ZORGVERLENERS

Een derde factor die van invloed kan zijn op het al dan niet opvolgen van de HARM-Wrestling aanbevelingen, is de samenwerking tussen zorgverleners binnen de farmaceutische zorg voor een patiënt. Uit een rapport van het NIVEL en SIR *Institute of Pharmacy Practice and Policy* blijkt bijvoorbeeld dat er grote lokale verschillen zijn in de samenwerking tussen huisartsen en apothekers⁴⁹. Met behulp van gegevens uit de vragenlijst gingen we na of er een verband is tussen de mate van samenwerking met andere zorgverleners in het werkgebied van de huisarts en het opvolgen van de HARM-Wrestling aanbevelingen. We bekeken of er een verband was tussen de uitkomsten op de indicatoren en de volgende onderwerpen:

- Deelname aan een Farmaco Therapie Overleg (FTO) en het niveau waarop het FTO functioneert;
- Recente afspraken over de indicator tijdens het FTO;
- Afstemming tussen huisarts en apotheker.

4.2.5.4 BEKENDHEID MET AANBEVELINGEN EN MENING OVER AANBEVELINGEN VAN DE HUISARTS

De vierde groep factoren die we bestudeerden, is gerelateerd aan de behandelaar. Om na te gaan of er een verband is tussen deze factoren – welke gemeten werden met de vragenlijst en het opvolgen van de HARM-Wrestling aanbevelingen keken we naar:

- Bekendheid met de aanbevelingen;
- Mening over de aanbevelingen;
- Ondersteuning door gebruik van het elektronisch voorschrijfsysteem;
- Meest voorkomende redenen voor het afwijken van de aanbeveling.

4.2.5.5 BEREIDHEID OPVOLGEN AANBEVELINGEN VAN PATIËNTEN

De laatste groep factoren die we bestudeerden, heeft betrekking op de patiënt. Ook al volgt de huisarts de HARM-Wrestling aanbevelingen op: wanneer de patiënt niet bereid is om bijvoorbeeld extra medicatie te nemen om het risico op bijwerkingen te verkleinen zal een deel van de ziekenhuisopnames potentieel vermijdbaar blijven. Daarom is het belangrijk hier zicht op te krijgen. Omdat we in dit onderzoek geen patiënten ondervraagd hebben, hebben we dit onderzocht via de huisartsen. Om na te gaan in hoeverre het niet opvolgen van de HARM-Wrestling aanbevelingen samenhangt met de bereidheid van de patiënt om medicatie te nemen of testen te laten doen, onderzochten we het volgende:

- Noemen huisartsen patiënt gerelateerde oorzaken voor het niet opvolgen van de aanbevelingen?

4.2.6 MENING EN ERVARING VAN ZORGVERLENERS

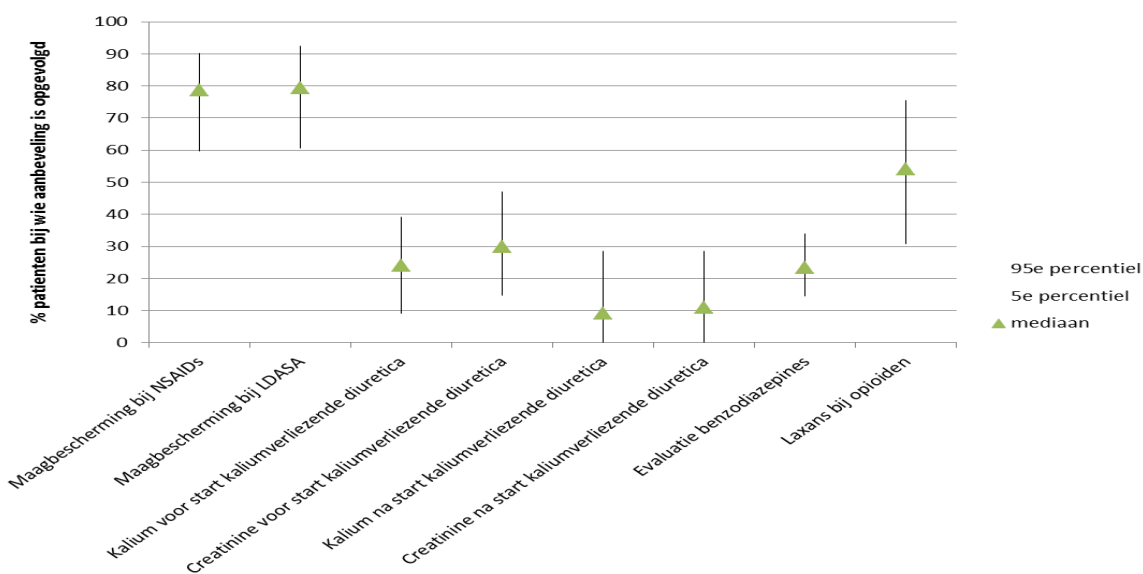
Door de oorzakenanalyse kregen we inzicht in de oorzaken voor verschillen tussen huisartsenpraktijken in de mate van opvolgen van HARM-Wrestling aanbevelingen. Deze oorzaken bieden mogelijk handvatten voor het opstellen van een beknopt actieplan met oplossingsrichtingen voor een betere opvolging van de HARM-Wrestling aanbevelingen om medicatie-gerelateerde schade te voorkomen. Om tot dit actieplan te komen, werden vier verdiepende vragen gesteld aan huisartsen en apothekers om de onderzoeksresultaten beter te kunnen duiden. Centraal hierbij stond de vraag of zij zich herkennen in de resultaten en hoe zij tegen de resultaten aankijken.

4.3 RESULTATEN

4.3.1 MATE VAN OPVOLGEN VAN HARM-WRESTLING AANBEVELINGEN

4.3.1.1 MATE VAN OPVOLGEN IN DE HUISARTSENDAGPRAKTIJK

Huisartsen verschillen in mate van opvolgen van de HARM-Wrestling aanbevelingen (Figuur 13). De resultaten van IPCI en NIVEL Zorgregistraties op de hier onderzochte zes indicatoren komen daarbij overeen (zie Appendix 18 voor een gedetailleerde vergelijking). Opvallend is dat huisartsen die de ene aanbeveling goed volgen, dat niet automatisch ook doen voor de andere aanbeveling. Dit wil zeggen dat er geen verband is tussen de mate waarin huisartsen de verschillende aanbevelingen opvolgen. Uitzondering hierop vormen de twee indicatoren voor het laten bepalen van bloedspiegels: als huisartsen een kaliumbepaling laten doen, doen ze in de meeste gevallen ook een creatinine bepaling.



Figuur 13: Mate van opvolgen van HARM-Wrestling aanbevelingen in huisartsenpraktijken, 2014

Afkortingen: NSAID=Niet-steroïde anti-inflammatoir geneesmiddel (ontstekingsremmer); LDASA=laag gedoseerd aspirine.

Maagbescherming bij NSAID en LDASA

Van de zes geselecteerde HARM-Wrestling aanbevelingen werden de aanbevelingen maagbescherming bij NSAID en bij LDASA gebruik het vaakst opgevolgd. Slechts één op de 20 praktijken doet dit bij minder dan 60% van de patiënten.

Laboratoriumbepalingen voor en na de start van een kaliumverliezend diureticum

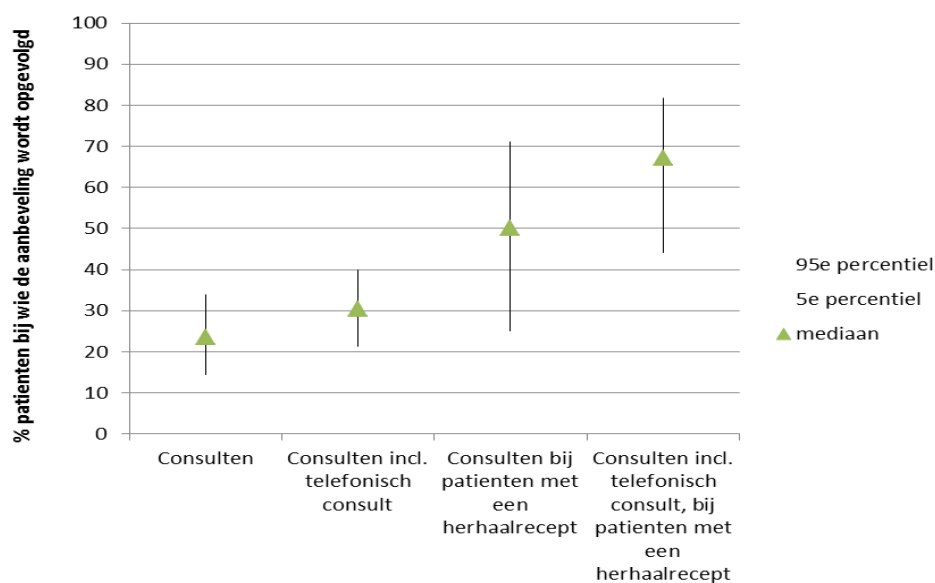
Kalium- en creatininebepalingen voor en na de start met een kalium-verliezend diureticum bij patiënten met een verhoogd risico op hypokalaëmie worden maar beperkt uitgevoerd. Eén op de 20 praktijken voert de kaliumbepaling uit bij meer dan 40% in de 3 maanden voor de start van de behandeling conform de Harm-Wrestling aanbeveling. Voor creatinine is het zo dat één op de twintig praktijken dit bij meer dan 47% doet. Metingen gedaan in het laboratorium worden soms pas later in het huisartsinformatiesysteem opgenomen. Daarom is nagegaan hoe vaak een kalium- en creatininebepaling wordt uitgevoerd in de drie maanden voor de patiënt start met het gebruik van een kaliumverliezend diureticum tot en met drie dagen na deze start. Dit leverde geen significante verschillen op.

Na de start worden beide bepalingen in één op de 20 praktijken uitgevoerd bij meer dan 30% van de patiënten bij wie dit gedaan zou moeten worden volgens de Harm-Wrestling aanbeveling.

Evaluatie na de start van een benzodiazepine

Zoals in Figuur 14 te zien, is het percentage patiënten dat binnen twee weken na de start van een benzodiazepine persoonlijk contact met de huisarts heeft (consult of visite), laag. Slechts één op de twintig praktijken heeft bij meer dan 35% van de startende patiënten contact via een consult of visite. Wanneer we ook telefonische consulten meerekenen ligt dit percentage iets hoger, namelijk op 40% van de patiënten (Figuur 14).

De relatief lage mate van opvolging van de aanbeveling moet echter gezien worden in het licht van de inhoud van de NHG-standaard Slaapproblemen en Slaapmiddelen. Hierin staat het volgende over voorschrijven van benzodiazepines: *“Laat verzoeken tot herhalingsrecepten van slaapmedicatie niet via de praktijkassistente afhandelen, maar laat de patiënt terugkomen op het spreekuur.”* Hier wordt dus gesproken over een consult ter evaluatie in geval van een vervolgrecept. Daarom hebben we de analyse ook uitgevoerd voor patiënten die binnen 30 dagen daadwerkelijk een herhaalrecept kregen (Figuur 14). Dan blijkt dat maar 15% van de patiënten die starten met een benzodiazepine binnen een maand een herhaalrecept krijgt. Alleen bij deze patiënten is een vervolgcontact nodig. De mate van opvolgen van de indicator stijgt dan ook sterk als alleen patiënten met een herhaalrecept in ogenschouw genomen worden (Figuur 14).



Figuur 14: Uitvoer van evaluatie na de start van een benzodiazepine in huisartsenpraktijken, 2014

De uitkomsten zijn te zien voor twee groepen patiënten: namelijk alle patiënten die startten met een benzodiazepine in 2014 (linker 2 balkjes) en patiënten die startten met een benzodiazepine en binnen 30 dagen een herhaalrecept kregen (rechter 2 balkjes). Daarnaast zijn de indicatoren op twee manieren berekend: alleen consulten en visites zijn meegerekend als evaluatie, of consulten visites en telefonische consulten zijn meegerekend.

Laxans bij opioïde gebruik

De helft van de praktijken schrijft aan minder dan 54% van de patiënten die starten met een opioïde een laxans voor. Hierbij is niet alleen gekeken naar voorschriften voor laxans die tegelijk met de opioïde voorgeschreven werden, maar ook naar laxantia die werden voorgeschreven in de drie maanden voor en in de twee weken na voorschrijven van de opioïde. De patiënt heeft namelijk vaak nog laxantia van een eerder voorschrift in huis of de patiënt start in afstemming met de huisarts pas later tijdens de opioïde behandeling.

4.3.1.2 MATE VAN OPVOLGEN OP DE HUISARTSENPOST

Voor drie HARM-Wrestling aanbevelingen zijn we nagegaan hoe vaak deze werden opgevolgd op de huisartsenpost of in de huisartsenpraktijk na contact met de huisartsenpost.

Maagbescherming bij NSAIDs op de huisartsenpost

In 2013 kreeg 62% van de patiënten die op de huisartsenpost een NSAID kreeg voorgeschreven en een verhoogd risico had op een maagbloeding een maagzuurremmer. In 2014 was dat iets lager (58%).

Laxans bij opioïde op de huisartsenpost

In 2013 kreeg een kwart van de patiënten die een opioïde kreeg voorgeschreven op de huisartsenpost ook een laxans. In 2014 was dit 40 procent^{xxxii}.

Evaluatie na voorschrijven benzodiazepine op de huisartsenpost

Iets meer dan een kwart van de patiënten die in 2013 of 2014 een benzodiazepine kregen voorgeschreven op de huisartsenpost, had kort na het huisartsenpost bezoek ook een consult in de huisartsenpraktijk. Wanneer we ook telefonische consulten meerekenen, is dit 35 procent. Als we alleen kijken naar patiënten die binnen een maand een vervolgrecept benzodiazepine krijgen (in de huisartsenpraktijk), dan werd in 2013 48 procent van de patiënten gezien door de huisarts, in 2014 59 procent (Tabel 32).

Tabel 32: Percentage patiënten waarbij op de huisartsenpost voorgeschreven benzodiazepine gebruik wordt geëvalueerd in de huisartsenpraktijk

Evaluatie in de huisartsenpraktijk	2013 (%)	2014 (%)
Consulten	27.5%	25.8%
Consulten inclusief telefonisch consult	34.6%	36.5%
Consulten bij patiënten met een herhaalrecept	48.1%	59.3%

4.3.2 MOGELIJKE VERKLARENDE FACTOREN VOOR MATE VAN OPVOLGEN AANBEVELINGEN

In deze paragraaf beschrijven we vijf factoren die mogelijk verschillen in het opvolgen van aanbevelingen tussen huisartsen kunnen verklaren.

Kwaliteit van registreren

De kwaliteit van registreren in huisartsenpraktijken is over de gehele linie goed. De variatie op kwaliteit van registratie is hierdoor beperkt (Tabel 33). Zo gaf de helft van de huisartsenpraktijken bij 99% van de ziekte-episodes die een probleemstatus zouden moeten hebben, dit ook aan in het elektronisch dossier (kwaliteitsindicator A2). En de helft van de huisartsenpraktijken voorzag 97% van de ziekte-episodes in hun elektronisch dossier van een betekenisvolle diagnosecode (kwaliteitsindicator A3).

^{xxxii} Hierbij is rekening gehouden met laxansvoorschriften in de huisartsenpraktijk in de 3 maanden voor het contact met de huisartsenpost.

Tabel 33: Variatie tussen huisartsenpraktijken in kwaliteit van registratie

Nr.	Kwaliteitsindicator	Mediaan (10-90%)
A	<i>Indicatoren voor de volledigheid van de ziektegeschiedenis</i>	
A1	Hoeveel actieve episodes heeft een patiënt gemiddeld op zijn/haar episodelijst?	6.6 (4.5-10.9)
A2	Hoeveel van de episodes die bijna altijd een probleemstatus of 'bijzondere attentiewaarde' zouden moeten hebben, hebben deze ook inderdaad gekregen?	99.1% (94.2%-100%)
A3	Hoeveel procent van de episodes op de episodelijst heeft een betekenisvolle ICPC-code?	96.9% (69.8-99.9%)
B	<i>Indicator voor gestructureerd werken in het medisch journaal</i>	
B1	Hoeveel procent van de deelcontacten in het journaal is gekoppeld aan een betekenisvolle episode?	96.5% (78.3-99.3%)

Afkortingen: ICPC-code=diagnosecode gebruikt door huisartsen in Nederland

Gegevensuitwisseling tussen huisarts en huisartsenpost

Van 55% van de huisartsenpraktijken was in 2013 een samenvatting van het dossier op de huisartsenpost in te zien. In 2014 was dit 60% en in 2015 in 70% van de praktijken. Echter, niet voor alle patiënten is dat het geval. Zij moeten namelijk toestemming geven voor het inzien van het dossier. Het percentage patiënten dat toestemming heeft gegeven voor uitwisseling van gegevens verschilt echter duidelijk tussen praktijken. Bij 58 % van de praktijken heeft meer dan de helft van de patiënten toestemming gegeven, bij 42% van de praktijken gaf de helft of minder dan de helft van de patiënten tot nu toe toestemming. Dit betekent dat de huisarts niet van alle patiënten gegevens beschikbaar heeft, bijvoorbeeld over wanneer de huisartsenpost bezocht is.

Samenwerking

- Farmacotherapieoverleg

Vrijwel alle ondervraagde huisartsen (97%) nemen deel aan een Farmaco Therapeutisch Overleg (FTO). FTOs functioneren op bepaalde niveaus afhankelijk van of er afspraken worden gemaakt en of deze op naleving getoetst worden. Van de ondervraagde huisartsen neemt 21% deel aan overleg zonder concrete afspraken, 35% aan een FTO waar wel afspraken worden gemaakt maar geen toetsing plaatsvindt en 43% aan een FTO op het hoogste niveau, met toetsing van gemaakte afspraken. Per indicator is daarnaast gevraagd of hierover afspraken zijn gemaakt in het FTO.

De onderwerpen maagbescherming bij NSAIDs en/of LDASA en laxans bij opioïden zijn door 80% of meer van de huisartsenpraktijken besproken in een FTO. De aanbevelingen omtrent laboratoriumbepalingen bij start van een kaliumverliezend diureticum zijn door 30 tot 40% van de huisartsenpraktijken besproken in een FTO en evaluatie van benzodiazepinegebruik door de helft van de huisartsenpraktijken.

- Afstemming met de apotheker

Voor een tiental taken waarbij zowel huisartsen als apothekers betrokken kunnen zijn, is gevraagd of huisartsen en apothekers daar afspraken over hebben. Voorbeelden zijn het maken van afspraken over te volgen procedures bij aanpassing van recepten, wat te doen bij twijfel over therapietrouw en hoe te werken bij medicatie-overdracht (volledige lijst: zie Appendix 20, vraag 9). Eén op de vijf huisartsen (18%) heeft over vijf of minder onderwerpen afspraken met de apotheker, 46% heeft dat voor 6 tot 8 onderwerpen en 36% voor 9 of 10 onderwerpen.

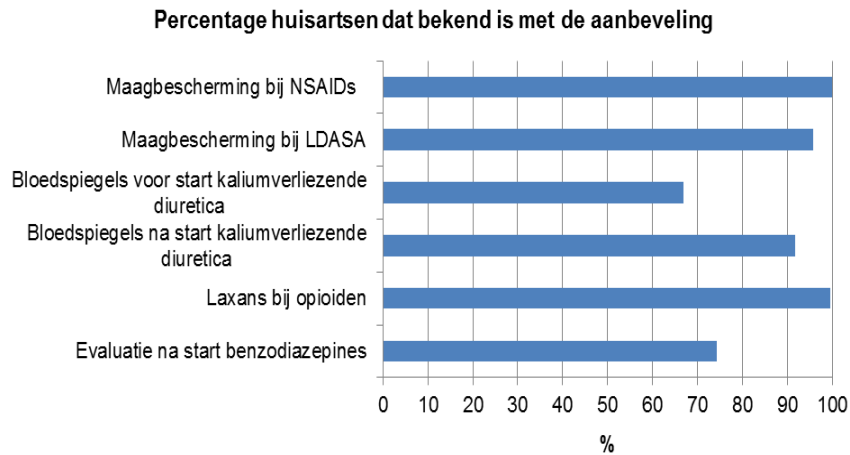
- Afspraken over maagbescherming bij NSAID/LDASA

De meeste huisartsen (89%) hebben afspraken gemaakt met de apotheker over het toevoegen van maagbescherming bij het voorschrijven van NSAIDs en LDASA. Nog eens 5% heeft afspraken over ofwel NSAID (4.5%) of LDASA (0.5%). Slecht 5.5% van de huisartsen geeft aan geen afspraken te hebben.

Draagvlak voor aanbevelingen bij huisartsen

- Bekendheid met de aanbevelingen

Huisartsen zijn over het algemeen goed bekend met de zes onderzochte HARM-Wrestling aanbevelingen (Figuur 15). Het minst bekend is de aanbeveling om bloedspiegels te bepalen voor de start met het gebruik van een kaliumverliezend diureticum (67% van de huisartsen is hiermee bekend). Opvallend is dat hoewel meer huisartsen aangeven bekend te zijn met de aanbeveling om kalium- en creatininemetingen uit te voeren na de start dan met de aanbevelingen dit voor de start te doen, de aanbeveling om een bepaling te doen na de start veel minder goed wordt opgevolgd. Er is geen relatie tussen de bekendheid met de aanbevelingen en het opvolgen daarvan.

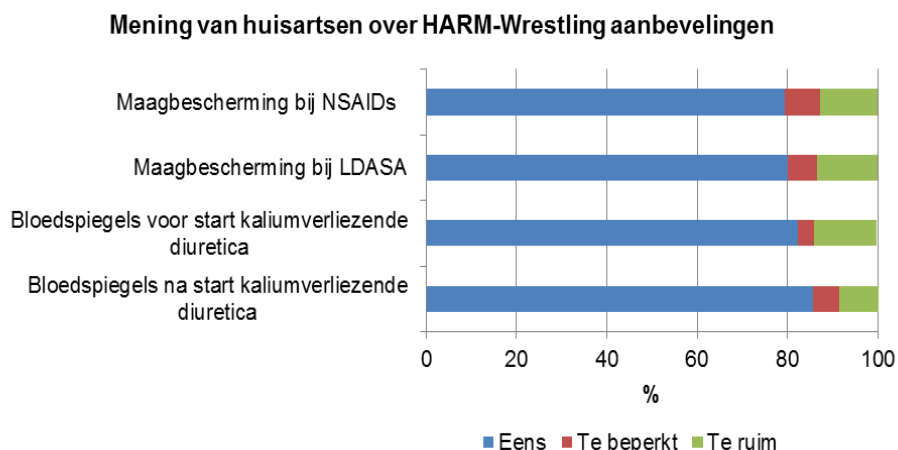


Figuur 15: Percentage huisartsen dat bekend is met de HARM-Wrestling aanbeveling.

Afkortingen: NSAID=Niet-steroïde anti-inflammatoir geneesmiddel (ontstekingsremmer); LDASA=laag gedoseerd aspirine.

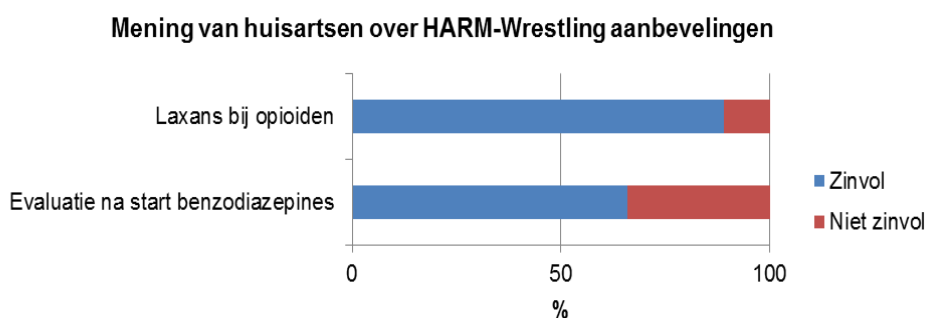
- Mening over de aanbeveling

Een andere factor die bepalend kan zijn voor het wel of niet opvolgen van een aanbeveling is of de huisarts de aanbeveling ondersteunt. Voor een aantal indicatoren geldt dat een risicopopulatie is gedefinieerd waarvoor de indicator geldt. Huisartsen zijn het over het algemeen eens met de definitie van deze risicogroep (Figuur 16). Bij aanbevelingen waar geen sprake was van een risicogroep hebben we gevraagd of de huisarts de aanbeveling zinvol acht. Laxans toevoegen bij het starten van een opioïde werd door 89% van de huisartsen zinvol geacht (Figuur 17).



Figuur 16 : Mening van huisartsen over de definitie van de risicogroep in de betreffende HARM-Wrestling aanbeveling

Afkortingen: NSAID=Niet-steroïde anti-inflammatoir geneesmiddel (ontstekingsremmer); LDASA=laag gedoseerd aspirine.



Figuur 17: Mening van huisartsen over de betreffende HARM-Wrestling aanbevelingen

- Gebruik elektronisch voorschrijfsysteem

Een elektronisch voorschrijfsysteem (EVS) kan huisartsen in het voorschrijven ondersteunen. Er is veel variatie in gebruik van het elektronisch voorschrijfsysteem. Eén op de vijf huisartsen (21%) maakt altijd gebruik van het EVS bij het voorschrijven van geneesmiddelen, 19% doet dit bij meer dan de helft van de voorschriften. Ruim een kwart (27%) gebruikt het EVS bij minder dan de helft van de voorschriften en een derde (33%) gebruikt het EVS nooit.

Draagvlak aanbeveling onder patiënten (volgens de huisarts)

Huisartsen in NIVEL Zorgregistraties eerste lijn zijn gevraagd naar redenen voor het niet opvolgen van aanbevelingen. Eén van de mogelijke redenen was "Patiënt wil niet". Deze werd het vaakst genoemd als reden voor het niet opvolgen van de aanbeveling bij het toevoegen van adequate maagbescherming bij NSAIDs en LDASA en toevoegen van een laxans bij opioïden. Bij deze aanbevelingen lijkt het draagvlak onder patiënten daarmee lager dan voor andere aanbevelingen.

4.3.3 RELATIE VERKLARENDE FACTOREN EN VOLGEN AANBEVELINGEN

De vijf verklarende factoren vertonen geen enkele relatie met de aanbevelingen. Oftewel: verschillen tussen huisartsen in het opvolgen van (elk van de) zes HARM-wrestling aanbevelingen kunnen niet verklaard worden uit verschillen tussen huisartsen in:

- Kwaliteit van hun registratie in het elektronisch medisch dossier;
- Gegevensuitwisseling met de huisartsenpost;
- Samenwerking met de apotheek:
 - o Deelname aan een FTO en afspraken in het FTO over de indicatoren;
 - o Afstemming met de apotheker;
- Draagvlak bij de huisarts:
 - o Bekendheid van de huisarts met de aanbeveling;
 - o Mening van de huisarts over de aanbeveling;
 - o Gebruik van het EVS.

Appendix 18 bevat een overzicht van de effectgrootte van de relatie tussen het opvolgen van de aanbevelingen en de bovenstaande factoren.

4.3.3 REDENEN VOOR AFWIJKEN VAN DE AANBEVELINGEN

De door ons onderzochte factoren blijken geen relatie te hebben met het al dan niet opvolgen van de aanbevelingen. In een vragenlijst hebben wij huisartsen gevraagd naar de meest voorkomende redenen waarom zij de aanbevelingen niet opvolgen. Deze redenen worden hieronder per aanbeveling beschreven.

Maagbescherming bij NSAIDs of LDASA

Eerder werd duidelijk dat huisartsen de aanbevelingen om maagbescherming toe te voegen aan gebruikers van NSAIDs of LDASA met een verhoogd risico op gastro-intestinale complicaties over het algemeen goed opvolgen. Wanneer zij dat niet doen, dan is de meest genoemde reden hiervoor dat de patiënt de maagbeschermer weigert (Tabel 34). Huisartsen gaven vaak aan dat dit te maken heeft met de kosten voor de maagbeschermer bij incidenteel gebruik en bij eerste uitgifte (maatregel ingevoerd in 2012). Het ontbreken van medische noodzaak wordt daarnaast genoemd door een kwart van de huisartsen en bijwerkingen van de maagzuurremmer door 20% van de huisartsen.

Tabel 34: Redenen voor afwijken van de aanbeveling maagbescherming bij NSAID of LDASA. (percentage huisartsen dat de reden in de top-3 meest voorkomende redenen opgaf)

Redenen voor afwijken van de aanbeveling	Maagbescherming bij NSAIDs	Maagbescherming bij LDASA
Patiënt weigert	83.4%	85.3%
Er is volgens de huisarts geen medische noodzaak	23.7%	17.1%
Bijwerkingen	20.9%	24.6%
Allergie	9.5%	10.0%
Patiënt gebruikt al veel medicatie	3.3%	9.0%
Huisarts vergeet het/denk er niet aan/signaleert het niet	4.7%	7.1%
Kortdurend medicatie gebruik	5.2%	-

Afkortingen: NSAID=Niet-steroïde anti-inflammatoir geneesmiddel (ontstekingsremmer); LDASA=laag gedoseerd aspirine.

Laxans bij opioïden

Huisartsen geven verschillende redenen om geen opioïden bij laxans voor te schrijven. De meest genoemde reden is dat de patiënt nog laxans heeft (Tabel 35). Andere veel genoemde redenen zijn dat de patiënt geen laxans wil, het laxans niet kan innemen, of dat er een contra-indicatie is.

Tabel 35: Redenen voor afwijken van de aanbeveling laxans bij opioïden. (percentage huisartsen dat de reden in de top-3 meest voorkomende redenen opgaf)

Redenen voor afwijken van de aanbeveling	Laxans bij opioïden
Patiënt heeft nog laxans	58.8%
Patiënt wil geen laxans	44.6%
Contra-indicatie voor laxansgebruik	39.8%
Patiënt kan laxans niet innemen (bijv. laatste levensfase)	33.7%
Bij kortdurend of zo nodig opioïde gebruik	28.0%
Bij acuut toedienen opioïde (bijv. voor vervoer naar SEH)	22.3%
Huisarts schrijft laxans zo nodig later tijdens de behandeling voor	17.5%
Patiënt gaat zelfzorgmiddelen gebruiken om obstipatie te voorkomen	12.3%
Bij hele lage dosis opioïden	9.5%
Bijwerkingen van laxans	7.6%

Afkortingen: SEH=spoedeisende hulp

Omdat er voor de aanbeveling om een laxans toe te voegen bij een opioïde nog veel winst te behalen lijkt, hebben we voor deze aanbeveling nog een aantal verdiepende vragen gesteld aan huisartsen (13 reacties), apothekers (10 reacties) en apotheehoudende huisartsen (2 reacties). We hebben gevraagd of de zorgverleners de resultaten uit de enquête herkenden, of zij het zinvol zouden vinden om het opvolgen van deze aanbeveling verder te verbeteren en we hebben gevraagd naar mogelijkheden om het opvolgen te verbeteren. De reacties worden hieronder kort beschreven. Wanneer we het hieronder hebben over huisartsen en apothekers bedoelen we de huisartsen (zowel apotheehoudend als niet-apotheehoudend) en apothekers die deelnamen aan de verdiepende analyse.

In de verdere verdieping van deze aanbeveling bleek dat de meeste huisartsen de belangrijkste redenen voor het niet opvolgen van de aanbeveling laxans bij een opioïde bij de patiënt leggen, namelijk dat de patiënt niet wil of dat de patiënt nog laxans heeft. Maar de werkwijze in deze verschilt per huisarts. Sommige huisartsen geven aan standaard een laxans bij een opioïde voor te schrijven ongeacht of de patiënt dit wil of niet. Anderen geven aan dat de keuze bij de patiënt ligt, maar dat de noodzaak en risico's besproken worden. Daarnaast geeft een aantal huisartsen aan ook een recept mee te geven als iemand niet wil, zodat de patiënt dit zo nodig direct kan gaan halen. De keuze ligt dan uiteindelijk wel bij de patiënt. Huisartsen geven aan dat de apotheker signaleert als er geen laxans is voorgeschreven, en dan contact opneemt met de huisarts of (na afspraak met de huisarts) zelf een laxans toevoegt.

Ook apothekers herkennen dat patiënten soms geen laxans willen of nog laxans hebben. Mocht de huisarts gebruik van laxans niet besproken hebben, dan voegt de apotheker een laxans toe, als de patiënt dit wil, na afspraak met de huisarts.

De meeste huisartsen en apothekers denken dat er wat betreft deze aanbeveling niet veel meer te verbeteren valt. Toch geven zij een aantal aanbevelingen:

- Samenwerking huisarts en apotheker is belangrijk, er kan bijvoorbeeld afgesproken worden dat de apotheker altijd de laxans toevoegt, tenzij de arts expliciet op het recept vermeldt dit niet te doen.
- Een standaard informatiebrief over obstipatie voor de patiënt ontwikkelen en in het HIS/AIS plaatsen, anders dan de bijsluiter bij opioïden waar dit onderwerp ook aan de orde komt. Om de patiënt beter te informeren over de noodzaak en risico's van opioïde gebruik zonder laxans.

- Ondersteuning vanuit het HIS bij het eerste voorschrift van een opioïde. Door de huisarts er op te wijzen ook een laxans voor te schrijven.

Bloedspiegels voor en na start kaliumverliezende diuretica

Bijna drie kwart van de huisartsen geeft als reden voor het niet altijd opvolgen van de aanbeveling aan de bloedspiegelbepaling tegelijk met of na het starten van de behandeling te doen (Tabel 36). Daarnaast gebruikt een groot gedeelte van de huisartsen resultaten van eerdere bloedbepalingen of een bepaling die door de specialist is gedaan. Ook voor de bloedspiegelbepaling binnen één tot twee weken na starten van diuretica geeft de helft van de huisartsen aan deze aanbeveling soms niet op te volgen vanwege controle en bloedspiegelbepaling door de medisch specialist. Daarnaast geeft 45% van de huisartsen aan deze bepaling eerder of later te doen dan aanbevolen. Een kwart van de huisartsen geeft aan de aanbeveling niet altijd op te volgen omdat de patiënt geen bepaling wil laten doen.

Tabel 36: Redenen voor afwijken van aanbeveling op bloedbepaling voor en na start kaliumverliezende diuretica. (percentage huisartsen dat de reden in de top-3 meest voorkomende redenen opgaf)

Redenen voor afwijken van de aanbeveling	Bloedspiegels voor start	Redenen voor afwijken van de aanbeveling	Bloedspiegels na start
Tegelijk met of na het starten van de behandeling	73.0%	Patiënt gaat binnenkort op controle bij medisch specialist, waar bepaling gedaan wordt	47.6%
Gebruik de resultaten van eerdere bepalingen	44.6%	Eerder of later dan aanbevolen	44.7%
Bepaling is recent door specialist gedaan	42.2%	Patiënt wil geen labbepaling laten doen	27.1%
Praktisch niet uitvoerbaar	18.5%	Lukt niet om een afspraak te maken met de patiënt binnen de aanbevolen tijd	14.8%
Patiënt wil geen labbepaling laten doen	10.9%	Praktisch niet uitvoerbaar	13.3%
Geen medische noodzaak volgens de huisarts	6.2%	Geen medische noodzaak volgens de huisarts	6.2%

Ook in het opvolgen van deze aanbevelingen lijkt nog veel winst te behalen. Daarom zijn ook over deze aanbevelingen verdiepende vragen gesteld aan huisartsen en apothekers. Hierin geven de huisartsen aan dat laboratoriummetingen over het algemeen een dag na bepaling vanuit het laboratorium automatisch in het huisartseninformatiesysteem komen. Dit zou betekenen dat wij over het algemeen geen metingen die via de huisartspraktijk worden aangevraagd, missen.

De huisartsen zijn niet altijd overtuigd van het nut van een bloedbepaling voor de start van kalium-verliezende diuretica. Zo geeft een aantal huisartsen aan vrijwel nooit ernstige kaliumafwijkingen te zien. Ook meldt de NHG-standaard Hartfalen en de NHG-standaard Cardiovasculair Management niet dat het kalium vóór de start gemeten moet worden, maar bij de start. Ook laten patiënten de bepaling niet altijd uitvoeren ook al zijn deze wel aangevraagd. Eén huisarts geeft aan dat patiënten over het algemeen goed gemonitord worden omdat ze regelmatig langskomen; prikken is dan wellicht niet altijd nodig.

Apothekers geven aan niet altijd een creatinine (of kalium) bepaling te ontvangen. Een dergelijke terugkoppeling is gemakkelijker wanneer het huisarts- en apotheekinformatiesysteem (respectievelijk HIS en AIS) gekoppeld zijn. In andere gevallen moet de uitslag van een bloedbepaling meestal opgevraagd worden door de apothekers. Als er geen bepaling gedaan is en de apotheker is hiervan op de hoogte, dan adviseren zij de bepaling alsnog uit te laten voeren. De verantwoordelijkheid ligt nu echter bij de huisarts, zo geven alle apothekers aan. Sommige apothekers geven wel aan een grotere rol voor de apotheek te zien, maar dan zouden zij structureel inzicht moeten krijgen in de uitslagen van laboratoriumbepalingen en zouden zij de bevoegdheid moeten krijgen om bepalingen aan te vragen. Eén apotheker gaf aan dat praktijkondersteuners in de huisartsenpraktijk (POH'ers) mogelijk ook een rol kunnen spelen in het aanvragen van testen.

Aanbevelingen gedaan door deelnemers:

- Ondersteunen van de huisarts in het uitvoeren van de bepaling, bijvoorbeeld door een kant-en-klare adviesbrief en een laboratoriumformulier voor de patiënt beschikbaar te maken en te koppelen aan een startrecept. Zodat bij het voorschrijven van een eerste recept kaliumverliezend diureticum de adviesbrief en het laboratoriumformulier automatisch klaargezet worden voor de huisarts.
- De HARM-Wrestling aanbeveling en de aanbeveling in de NHG-Standaard synchroniseren. De adviezen zijn nu net iets anders wat voor verwarring kan zorgen. Het betreft dan met name het moment van meten bij aanvang van een therapie met een kaliumverliezend diureticum.
- Doorontwikkelen van de koppeling tussen HISen en AISen zodat resultaten van laboratoriumbepalingen beter uitgewisseld kunnen worden tussen huisartsen en apothekers.

Evaluatie na start benzodiazepines

Driekwart van de huisartsen geeft aan de aanbeveling om benzodiazepine gebruik na de start ervan binnen twee weken te evalueren niet op te volgen, omdat ze benzodiazepines maar kortdurend voorschrijven (Tabel 37).

Een derde van de huisartsen geeft aan benzodiazepinegebruik te evalueren in een telefonisch consult, of de aanbeveling niet op te volgen omdat patiënt eerder benzodiazepines gebruikten. Ook worden patiënten soms gezien door andere zorgverleners, zoals de specialist of de POH-GGZ.

Tabel 37: Redenen voor afwijken van de aanbeveling evaluatie na start benzodiazepines.

Redenen voor afwijken van de aanbeveling	Evaluatie na start benzodiazepines
Kortdurend benzodiazepine voorschrijven (<2 weken)	73.5%
Telefonisch consult	36.0%
Patiënt gebruikte eerder benzodiazepines	30.8%
Patiënt wordt gezien door specialist, of in de GGZ	20.8%
Patiënt wordt gezien door de POH-GGZ	20.4%
Lukt niet om binnen aanbevolen tijd een afspraak te maken met de patiënt	13.3%
Praktisch niet uitvoerbaar	11.4%
Medisch niet noodzakelijk volgens huisarts	4.3%

Afkortingen: GGZ: geestelijke gezondheidszorg; POH-GGZ: praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg

4.4 DISCUSSIE EN CONCLUSIES

We concludeerden dat er variatie is tussen huisartsenpraktijken in de mate van opvolgen van de zes onderzochte HARM-Wrestling aanbevelingen:

- maagbescherming bij het voorschrijven van een NSAID;
- maagbescherming bij het voorschrijven van een LDASA;
- het doen van een bloedbepaling voor de start van een kaliumverliezend diureticum;
- het doen van een bloedbepaling na de start van een kaliumverliezend diureticum;
- het voorschrijven van een laxans bij het starten met een behandeling met opioïden;
- evaluatie van de behandeling na start van een benzodiazepine.

Er is geen samenhang tussen opvolgen van de verschillende aanbevelingen: een arts die de ene aanbeveling goed opvolgt doet dan niet noodzakelijker wijze ook bij een andere aanbeveling.

Er was geen verband tussen mate van opvolgen en kwaliteit van registratie, gebruik van het elektronisch voorschrijfsysteem, samenwerking met de apotheker en bekendheid van de huisarts met de aanbeveling.

Wel gaven huisartsen duidelijke redenen waarom zij weleens afwijken van de aanbeveling. Hieronder bespreken we eerst de bevindingen per aanbeveling, gevolgd door een algemene discussie.

Maagbescherming bij NSAIDs en LDASA

De HARM-Wrestling aanbevelingen om maagbescherming voor te schrijven aan patiënten die NSAIDs en/of LDASA gebruiken, worden goed opgevolgd door huisartsen. De afgelopen jaren is het gebruik van maagzuurremmers bij patiënten met NSAID en/of LDASA met een verhoogd risico op maagbloedingen vaak onder de aandacht geweest van voorschrijvers. Zo was er eerst de publicatie van de HARM-Wrestling aanbevelingen, vervolgens de aankondiging van de pakketmaatregel voor het niet vergoeden van incidenteel gebruik van maagzuurremmers in 2011 en in 2013 de herziene NHG-standaard voor maagbescherming. Het netto effect van alle ontwikkelingen rond maagbescherming bij NSAIDs en LDASA is dat het gebruik van maagzuurremmers door hoog risico patiënten is toegenomen, zo bleek al uit eerder onderzoek⁵³. Herhaalde aandacht voor een aanbeveling lijkt het opvolgen daarvan dus goed te doen. Ook hebben veel huisartsenpraktijken over deze aanbevelingen afspraken met de apotheker. Op deze manier is er een gedeelde verantwoordelijkheid in het toevoegen van adequate maagbescherming. Dit komt de mate van opvolging waarschijnlijk ten goede.

Evaluatie na start benzodiazepines

De aanbeveling om het gebruik van benzodiazepines te evalueren in een consult wordt bij een relatief laag percentage patiënten opgevolgd. De HARM-Wrestling indicator gaat echter uit van alle patiënten die starten met een benzodiazepine. Echter, een consult ter evaluatie is volgens de NHG-Standaard Slaapproblemen en Slaapmiddelen alleen nodig als iemand een herhaalrecept benzodiazepine krijgt voorgeschreven. Patiënten die geen herhaalrecept krijgen voorgeschreven (zo'n 85% van de mensen die starten met een benzodiazepine) hebben geen indicatie voor een evaluatieconsult. Derhalve is de indicator slechts voor een minderheid van de patiënten die een benzodiazepine krijgen voorgeschreven, relevant. Binnen de groep patiënten die een herhaalrecept voorgeschreven kreeg, zagen we dat de aanbeveling veel beter werd opgevolgd. *Hieruit blijkt dat het bij het berekenen van indicatoren belangrijk is om deze aan te laten sluiten op de in de praktijk gehanteerde standaarden.*

Laxans bij opioïden

Hoewel de aanbeveling om laxans toe te voegen aan opioïden bij vrijwel alle huisartsen bekend is en ook ondersteund wordt, wordt deze aanbeveling bij een groot aantal van de patiënten niet opgevolgd. Veel huisartsen gaven hiervoor als reden dat de patiënt geen laxans wil. Echter, het niet gebruiken van laxans bij opioïden brengt risico's met zich mee voor de patiënt. Patiënten moeten hier goed over geïnformeerd worden. Het is niet duidelijk of dit gebeurt. Een andere veelgenoemde reden om geen laxans toe te voegen bij een opioïde is dat de patiënt de laxans niet kan innemen. Dit zal veelal spelen in de laatste levensfase van een patiënt. Juist deze patiënten hebben vaak baat bij een laxans⁵⁴. *Bijscholing van huisartsen over het belang en de mogelijkheden van toevoegen van laxans bij opioïden voor terminale patiënten kan uitkomst bieden.*

Bloedbepaling voor of na start kaliumverliezend diureticum

Er lijkt met name veel winst te behalen bij de aanbeveling om bloedbepalingen uit te voeren zowel voor als na de start van een kaliumverliezend diureticum. Echter, het is niet altijd mogelijk een meting te doen voordat zij een kaliumverliezend diureticum voorschrijven omdat het direct noodzakelijk is medicatie voor te schrijven. Dit is bijvoorbeeld het geval bij hartfalen. Er is dan geen tijd om de uitslag van een test af te wachten. Een point of care test voor creatinine zou in deze situaties wellicht uitkomst kunnen bieden. Een eerste verkenning met een point of care creatinimeter liet zien dat de meerwaarde hiervan juist vooral ligt in het kunnen inschatten van de algemene klinische conditie van de patiënt en van de medicatieveiligheid die daarmee samenhangt⁵⁵. Point of care tests voor kalium zijn helaas nog niet betrouwbaar. Hoewel point of care tests een snelle oplossing zouden bieden wordt daarmee weer informatie versnipperd, het is niet duidelijk of deze in het dossier zal worden opgenomen. Daarnaast is het belangrijk voor zorgverleners en patiënten om overtuigd te zijn van het nut van een bloedbepaling voor én na de start. *Goede voorlichting aan huisarts en patiënt is hier van belang. Ook kan het huisartseninformatiesysteem de huisarts ondersteunen door de huisarts te helpen herinneren aan uitvoeren van laboratoriumbepalingen op de juiste momenten. Een rol voor de apotheker in het aanvragen van laboratoriumbepalingen is een andere mogelijkheid.*

Niet opvolgen van aanbevelingen

Eén van de bevindingen in dit hoofdstuk is dat opvolgen van de verschillende aanbevelingen geen samenhang vertoont. Oftewel: een arts die de ene aanbeveling goed opvolgt, doet dat niet noodzakelijkerwijze bij een andere aanbeveling. Dit past in de lijn van eerder onderzoek naar opvolgen van richtlijnen^{17, 18}.

Daarnaast blijkt dat factoren als kwaliteit van registratie, samenwerking met de apotheker en gebruik van een voorschrijfsysteem niet bepalend lijken voor de mate van opvolgen van de aanbevelingen. Voor kwaliteit van de registratie speelt hier mee dat huisartsen vrijwel allemaal goed registreren door maatregelen zoals de ADEPD richtlijn van het NHG en variabiliseringsgelden. De hier beschreven uitkomsten betekenen echter niet dat kwaliteit van registratie er niet toe doet als het gaat om opvolgen van de aanbevelingen. Wanneer de kwaliteit van registratie achteruit zou gaan, zou dat ook negatieve gevolgen kunnen hebben voor het opvolgen van de aanbevelingen. Dit omdat dan bijvoorbeeld op de huisartsenpost beslissingen worden genomen op basis van een onvolledig dossier.

Naast genoemde factoren hebben we de huisartsen ook gevraagd naar redenen waarom zij bepaalde aanbevelingen (wel eens) niet opvolgen. Hieruit komt een grote verscheidenheid aan redenen naar voren. Dit maakt het opstellen van een algemeen actieplan voor het verbeteren van het opvolgen van de aanbevelingen niet haalbaar.

Behandeling op maat speelt volgens de huisartsen een duidelijke rol. Bij voorschrijven van maagbescherming bij NSAIDs bij 70-plussers geven huisartsen bijvoorbeeld soms aan geen medische noodzaak hiervoor te zien als iemand net 70 jaar is geworden, maar verder gezond is. Patiëntkenmerken en de wil van de patiënt worden door huisartsen als belangrijke redenen gegeven bij het volgen van voorschrijfaanbevelingen. Uit eerder onderzoek naar het volgen van richtlijnen bleek dan ook dat een groot deel van variatie tussen huisartsen te verklaren is door verschillen tussen patiënten¹⁸. Huisartsen bepalen met de patiënt wat de beste behandeling is. Dit past binnen de Wet op de Geneeskundige Behandeloovereenkomst (WGBo) en binnen de huidige trends van het leveren van zorg op maat aan patiënten, zoals ook opgenomen in de toekomstvisies huisartsenzorg en

farmaceutische zorg^{19, 20}. Zorg op maat kan dus betekenen dat weloverwogen door een patiënt afgezien wordt van een behandeling die conform de richtlijn/aanbeveling is. Echter, voor een goede beslissing moet de patiënt goed geïnformeerd worden over de voor- en nadelen van een behandeling. De arts moet op zijn beurt weer voldoende van de patiënt weten om de juiste informatie aan de patiënt te kunnen verstrekken. Dit maakt zorg op maat afhankelijk van een goede communicatie tussen arts en patiënt. Het niet opvolgen van een aanbeveling omdat de patiënt niet wil, kan derhalve het gevolg zijn van een niet-optimale communicatie.

Ondersteunende tools voor huisartsen en patiënten, zoals keuzehulpen komen wellicht de implementatie van aanbevelingen ten goede.

Een andere reden waarom patiënten volgens sommige huisartsen niet altijd medicatie of labonderzoek willen, is vanwege de kosten die hieraan verbonden zijn. Dit onderzoek geeft geen zicht op hoe vaak kosten een rol spelen. Uit eerder onderzoek van het NIVEL bleek dat zo'n drie procent van de mensen wel eens afziet van een doktersconsult vanwege financiële redenen²¹.

Wat ook een rol speelt bij het niet opvolgen van de aanbevelingen is onduidelijkheid over de verantwoordelijkheid voor het uitvoeren van bepaalde taken. Dit geldt bijvoorbeeld voor het laten doen van een laboratoriumbepaling. Dit gebeurt ook in de tweede lijn. Een daar uitgevoerde laboratoriumbepaling komt niet altijd automatisch in het huisartseninformatiesysteem te staan. Hierdoor heeft de huisarts mogelijk niet volledig inzicht in de labwaarden van de patiënt en kan ook de indicator lager uitvallen.

In het geval van het toevoegen van adequate maagbescherming bij NSAIDs/LDASA is er juist al sprake van gedeelde verantwoordelijkheid. Over deze aanbeveling zijn er namelijk vaak afspraken tussen huisarts en apotheker. Apothekers zouden ook een rol kunnen spelen in de medicatiebewaking rondom andere medicatie zoals de kaliumverliezende diuretica. Echter, apothekers hebben niet altijd de beschikking over de uitslagen van laboratoriumtesten waardoor de medicatiebewaking lastig is.

Tot slot is de aansluiting van de HARM-Wrestling aanbevelingen en indicatoren op de dagelijkse praktijk een mogelijke reden voor het niet opvolgen van aanbevelingen. Huisartsen maken vooral gebruik van de NHG-standaarden. Niet alle HARM-Wrestling aanbevelingen komen hierin terug altijd in (exact) dezelfde vorm. Een aanbeveling die wel in de NHG-standaard terugkomt, is adequate maagbescherming bij NSAIDs en/of LDASA. Deze aanbeveling wordt goed opgevolgd. De HARM-Wrestling adviezen over het doen van laboratoriumtesten bij de start van een kaliumverliezend diureticum komen niet helemaal overeen met de aanbevelingen in de NHG-Standaarden. Zo adviseren de HARM-Wrestling aanbevelingen vóór de start een laboratoriumbepaling uit te voeren, terwijl de NHG-standaard aangeeft bij de start. In praktijk blijkt het niet altijd mogelijk om vóór de start een laboratoriumbepaling te laten doen. Het is dus ook van belang om te kijken in hoe verre HARM-Wrestling aanbevelingen aansluiten op de praktijk.

4.4.1 BEPERKINGEN VAN HET ONDERZOEK

1. Zowel de gegevens uit de registratie als de vragenlijstgegevens zijn geanalyseerd op praktijkniveau. De vragenlijsten zijn voorgelegd aan één huisarts per praktijk, terwijl 88% van de praktijken uit twee of meer huisartsen bestaat. Het is mogelijk relevanter om op niveau van de individuele huisarts na te gaan hoe deze de aanbevelingen opvolgt en wat de beïnvloedende factoren zijn.
2. De respons op de vragenlijsten was 50%. Het is dan mogelijk dat een bepaalde selectie van huisartsen heeft gereageerd. Daarom is gekeken of huisartspraktijken waarvan we geen vragenlijst gekregen hebben, verschillen in de mate van opvolgen van de aanbevelingen van praktijken die wel een vragenlijst instuurden. Dit bleek niet het geval te zijn en er lijkt dus geen sprake te zijn van selectiebias.
3. De analyses zijn uitgevoerd met gegevens van huisartsenpraktijken die deelnemen aan NIVEL Zorgregistraties eerste lijn. Eerder onderzoek liet zien dat dit praktijken zijn die zich iets beter aan de richtlijnen houden dan niet deelnemende praktijken⁵⁶. NIVEL Zorgregistraties is sinds dit onderzoek meer dan vervijfvoudigd en de kwaliteit van registreren (wat ook een oorzaak voor de destijds gevonden verschillen kon zijn) is over de gehele linie beter geworden. We verwachten daarom dat de verschillen tussen deelnemende en niet-deelnemende praktijken kleiner zijn geworden.

4.4.2 AANBEVELINGEN

Aanbeveling VM-16

Bij zorgverleners dient herhaaldelijk aandacht gevraagd te worden voor een select aantal aanbevelingen waar verbetering mogelijk is.

Aanbeveling VM-17

Sommige HARM-Wrestling aanbevelingen beter laten aansluiten op de praktijk (bijv. een laboratoriumtest niet zozeer voor de start van een therapie laten bepalen maar op de dag waarop het eerste recept wordt voorgeschreven)

Aanbeveling VM-18

Ondersteunende tools dienen ontwikkeld te worden om de communicatie tussen huisarts en patiënten te verbeteren, zoals patiënteninformatie over obstipatie bij opioïde gebruik.

Aanbeveling VM-19

Het is aan te bevelen om huisartsen bij te scholen op aanbevelingen die niet goed bekend zijn of niet goed worden nageleefd (zoals laxans bij opioïden).

Aanbeveling VM-20

Waar mogelijk dient ondersteuning vanuit het huisartsinformatiesysteem gerealiseerd te worden, bijvoorbeeld voor het voorschrijven van een laxans bij de start van een opioïde maar ook voor het aanvragen van laboratoriumtesten bij risicopatiënten.

Aanbeveling VM-21

De uitwisseling van uitslagen van laboratoriumtesten tussen huisarts en apotheker dient te worden bevorderd, door verbetering van de koppeling tussen huisarts- en apotheekinformatiesystemen.

Aanbeveling VM-22

Openbare apothekers die goed met de naburige huisartsen samenwerken en al een goede onderlinge uitwisseling van resultaten van laboratoriebepalingen hebben, moeten de mogelijkheid krijgen om laboratoriebepalingen aan te vragen (die door de zorgverzekeraars worden vergoed).

Aanbeveling VM-23

Waar mogelijk goede afspraken tussen apothekers en artsen te maken, met name voor aanbevelingen waar een tweede medicijn moet worden toegevoegd (zoals maagbescherming bij NSAIDs en laxans bij opioïden).