

JAARRAPPORT LINH 1997

Contactfrequenties en verrichtingen in het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH)

D. de Bakker, I. Kulu-Glasgow, H. Abrahamse, H. van den Hoogen, J. Braspenning,
T. van Althuis, R. Rutten

december 1998

 **NIVEL**
bibliotheek
drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
T 030 2 729 614/615
F 030 2 729 729

LINH is een samenwerkingsverband van:

LHV, Landelijke Huisartsen Vereniging
NHG, Nederlands Huisartsen Genootschap
NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
WOK, Werkgroep Onderzoek Kwaliteit (KUN/UM)

Contactadres: NIVEL - Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - Telefoon: 030 22729700 Fax: 030 2729729

ISBN 90-6905-396-9
Omslag: Mieke Cornelius

VOORWOORD

Het is ons een genoegen u het tweede jaarrapport van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg te kunnen aanbieden.

Het rapport is bedoeld voor huisartsen en beleidsmakers. Voor huisartsen verschaft dit rapport referentiegegevens over wat er omgaat in de huisartspraktijk, waaraan het eigen handelen kan worden gespiegeld. Voor beleidsmakers verschaft het een getalsmatig beeld van de bijdrage die de huisarts levert aan de Nederlandse gezondheidszorg.

Doel van LINH is met cijfers onderbouwd te laten zien welke bijdrage de huisarts aan de Nederlandse gezondheidszorg levert. Deze informatie is van belang voor de beroepsgroep zelf, omdat daarmee bijvoorbeeld een toename in werkdruk aangetoond zou kunnen worden. Door zijn positie als 'poortwachter' c.q. 'gids' voor andere gezondheidszorgvoorzieningen is informatie over wat in de huisartspraktijk omgaat van belang voor de gezondheidszorg als geheel.

Informatie over het huisartsgeneeskundig handelen is verder van belang voor de kwaliteitsbevordering. Dit om inzicht te krijgen in de toepassing en haalbaarheid van NHG-standaarden.

In LINH wordt door een landelijk netwerk van geautomatiseerde huisartspraktijken continue, representatieve informatie omtrent de door Nederlandse huisartsen verleende zorg verzameld. Concreet gaat het daarbij om:

- a. Continue gegevens als verwijzingen, contacten, medicijnvoorschriften en aanvragen laboratoriumdiagnostiek;
- b. Informatie rondom specifieke onderwerpen als de NHG-standaarden en preventieve programma's in de huisartspraktijk.

Dit rapport biedt een selectie uit de continu geregistreerde gegevens die zijn verzameld in het kader van LINH. Op aanvraag is het mogelijk meer gedetailleerde uitsplitsingen te maken. Over specifieke onderwerpen rond de NHG-standaarden en het 'Preventie: maatwerk'-programma wordt apart gerapporteerd.

Dank gaat uit naar de deelnemende huisartsen en praktijkassistenten, die gedisciplineerd gegevens hebben geregistreerd. Ook vermeld dient te worden de inzet van het logistieke en automatiseringsteam om de geregistreerde gegevens te controleren en in het centrale databestand onder te brengen.

Namens de Stuurgroep LINH,

Dr. V.C.L. Tielens, voorzitter

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD

LIJST VAN TABELLEN

1	INLEIDING	9
2	LANDELIJK INFORMATIE NETWERK HUISARTSENZORG (LINH)	11
2.1	Inleiding	11
2.2	Geautomatiseerde registratie in de huisartspraktijk	11
2.3	De stand van zaken	13
2.4	Kwaliteit van de gegevens	18
3	PRODUKTIECIJFERS	23
3.1	Inleiding	23
3.2	Contactfrequenties	23
3.3	Voorschrijven van geneesmiddelen	27
3.4	Verwijzen naar de medisch specialist	31
3.5	Verwijzen binnen de eerste lijn	44
4	CONCLUSIES	49
	LITERATUUR	51
	BIJLAGEN:	
1.	Representativiteit LINH	53
2.	Enquête onder deelnemers	57

LIJST VAN TABELLEN

1. Overzicht van in dit jaarrapport gerapporteerde gegevens
2. Contactfrequentie per ingeschreven patiënt per jaar naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm voor LINH 1997 in vergelijking tot 1996
3. Aantal contacten uitgesplitst naar soort en medewerker per ingeschreven ziekenfondspatiënt naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm voor LINH 1997
4. Aantal contacten uitgesplitst naar soort en medewerker per ingeschreven particulier verzekerde naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm voor LINH 1997
5. Aantal geneesmiddelvoorschriften per ingeschreven patiënt naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm voor LINH 1996-1997
6. Aantal geneesmiddelvoorschriften per 1000 patiënten naar ATC-hoofdgroep geslacht en verzekeringsvorm: LINH 1996-1997
7. Top-tien voorgeschreven stoffen: LINH 1996-1997
8. Verwijzingen naar medisch specialisten per 1000 ziekenfondsverzekerden per jaar naar leeftijd, geslacht en kaartsoort: LINH 1997
9. Verwijzingen naar medisch specialisten per 1000 ziekenfondsverzekerden naar leeftijd: LINH 1994-1997
10. Verwijzingen naar medisch specialisten per 1000 particulier verzekerden per jaar naar leeftijd en geslacht: LINH 1994-1997
11. Verwijscijfer per 1000 ziekenfondsverzekerden resp. particulier verzekerden per medisch specialisme: LINH 1994-1997
12. Verwijscijfer per 1000 ziekenfondsverzekerden uitgesplitst naar nieuwe, verlengings- en achterafverwijzingen per medisch specialisme: LINH 1996-1997
13. Verwijzingen per 1000 ziekenfonds- respectievelijk particulier verzekerden naar diagnose (ICPC-hoofdstuk): LINH 1994-1997
14. Top-tien diagnoses bij nieuwe, verlengings- en achterafverwijzingen, 1994-1997
15. Nieuwe verwijzingen naar de medisch-specialist uitgesplitst naar initiatief en doel van de verwijzing en aard van de samenwerking met de specialist: LINH 1994-1997
16. Verwijzingen naar fysiotherapie per 1000 ingeschreven patiënten naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm: LINH 1996-1997
17. Top-tien van diagnoses bij fysiotherapieverwijzingen: LINH 1996-1997
18. Top-vijf van diagnoses van verwijzingen naar oefentherapie Cesar/Mensendieck, logopedie en RIAGG: LINH 1996-1997

1 INLEIDING

De huisarts neemt een centrale plaats in in de Nederlandse gezondheidszorg, een plaats die in diverse beleidsnota's, zoals 'poortwachter in de praktijk' opnieuw bevestigd is (Paritaire Werkgroep Huisartsgeneeskunde, 1995). De huisartspraktijk is het eerste punt waar de patiënt terecht kan met gezondheidsproblemen. In zijn rol als poortwachter beslist de huisarts over de toegang tot andere gezondheidszorgvoorzieningen zoals de specialist en de fysiotherapeut. Bovendien wordt een belangrijk deel van de geneesmiddelen in de huisartspraktijk voorgeschreven.

Dit grote belang van de huisartspraktijk staat in contrast tot de beschikbaarheid van landelijke gegevens op continue basis over wat er in omgaat. Het CBS verschaft jaarlijks gegevens over aantallen contacten als gerapporteerd door de patiënt in een bevolkingsenquête. Het Geneesmiddelen InformatieProject van de Ziekenfondsraad verschaft gegevens over afgeleverde geneesmiddelen voor ziekenfondsverzekerden (hierin zit overigens ook de specialistreceptuur verdisconteerd). Sommige ziekenfondsen verschaffen gegevens over verwijzingen door huisartsen op basis van door specialisten gedeclareerde verwijzingskaarten. Steeds gaat het hierbij om gegevens die niet in de huisartspraktijk zelf zijn verzameld en betreft het slechts onderdelen van de huisartsenzorg (bijvoorbeeld alleen over afgeleverde geneesmiddelen of alleen over ziekenfondsverzekerden). Voor alle verzamelde gegevens geldt verder dat niet bekend is bij welke indicaties zij plaatsvinden. Het is daardoor niet mogelijk om ontwikkelingen in de contactfrequenties, het voorschrijven van geneesmiddelen en verwijzingen naar de specialist en de eerste lijn in onderlinge samenhang door de tijd en diagnosespecifiek te volgen. In het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg wordt in toenemende mate in deze leemte in de informatievoorziening voorzien.

Het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg stelt zich ten doel representatieve, continue, kwantitatieve en kwalitatieve informatie omtrent de door Nederlandse huisartsen geleverde zorg te genereren. Concreet worden in LINH op continue basis 'productiegegevens' verzameld over contacten, geneesmiddelvoorschriften, verwijzingen en (in een pilot-stadium) aanvragen van laboratoriumdiagnostiek. Daarnaast worden gegevens verzameld rondom specifieke onderwerpen op het terrein van het kwaliteitsbeleid. Het gaat daarbij om periodieke gegevens (bijvoorbeeld jaarlijks de griepvaccinatie en de cervixscreening) en ad hoc-registraties (bijvoorbeeld rond lage rugpijn). De onderhavige rapportage richt zich op de continu verzamelde gegevens. Over specifieke onderwerpen wordt apart gerapporteerd (Tacken et al, 1998; Braspenning et al, 1998).

De inhoud van de continue registratie is gebaseerd op een informatiebehoeftepeiling die in 1994/1995 onder de belanghebbende partijen heeft plaatsgehad (Naar een LINH, 1996). Daaruit zijn de vraagstellingen afgeleid waarop in de onderhavige rapportage een antwoord wordt gezocht:

1. Hoeveel contacten, voorschriften van geneesmiddelen, verwijzingen naar de specialist en de eerste lijn vinden plaats in de huisartspraktijk per 1000 ingeschreven patiënten in 1997?
2. Hoe vaak vinden deze plaats uitgesplitst naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm van de patiënt?

3. Hoe vaak vinden deze plaats uitgesplitst naar aard van de verrichting (bijvoorbeeld verwijsspecialisme, soort geneesmiddel)?
4. Hoe vaak vinden deze plaats uitgesplitst naar diagnose waarbij de betreffende contact, voorschrift of verwijzing heeft plaatsgevonden?
5. Hoe hebben bovenstaande cijfers zich in de tijd ontwikkeld?

Sinds 1 januari 1996 is het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) overgegaan van de pilotfase naar de operationele fase. Sinds dat tijdstip worden niet alleen gegevens over verwijzingen naar de specialist, maar ook gegevens over contacten, voorschriften van medicijnen en verwijzingen naar de eerste lijn vastgelegd. Bij deze nieuwe onderwerpen kunnen nog niet alle bovengenoemde uitsplitsingen worden gemaakt en kunnen nog slechts over twee jaar vergelijkingen in de tijd worden gemaakt.

In hoofdstuk 2 wordt ingegaan op doel en opzet van LINH, de stand van zaken voor wat betreft 1997 en de kwaliteit van de gepresenteerde gegevens.

De feitelijke gegevens worden gepresenteerd in hoofdstuk 3. Achtereenvolgens wordt daar ingegaan op de contactfrequentie, het voorschrijven van geneesmiddelen, verwijzingen naar de medisch specialist en verwijzingen naar de eerste lijn. Het rapport wordt besloten met een inhoudelijke conclusie en discussie.

2 LANDELIJK INFORMATIE NETWERK HUISARTSENZORG (LINH)

2.1 Inleiding

Het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) is in 1991 door het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) en de WOK (Werkgroep Onderzoek Kwaliteit huisartsgeneeskunde) in opdracht van het toenmalige ministerie van WVC opgezet. De belangrijkste reden voor het opzetten van een netwerk was dat het ontbrak aan continue informatie over het handelen van de doorsnee huisarts in Nederland. Er was behoefte aan deze informatie ten behoeve van wat toen nog heette het Financieel Overzicht Zorg, tegenwoordig het Jaar Overzicht Zorg.

Nog tijdens de pilotfase van het project traden het Nederlands Huisartsen Genootschap en de Landelijke Huisartsen Vereniging toe als partners in het project. Eind 1995 werd de pilotfase afgerond. Het doel van LINH om, gedragen door relevante partijen, continue kwantitatieve en kwalitatieve informatie omtrent de door huisartsen verleende zorg te verkrijgen is haalbaar gebleken.

Momenteel bevindt LINH zich in de operationele fase, waarin de verzameling van data ten behoeve van het landelijk beleid in het algemeen en ten behoeve van het kwaliteitsbeleid binnen de huisartsgeneeskunde in het bijzonder centraal staan. Waren in de beginjaren van LINH het aantal te registreren onderwerpen beperkt tot verwijzen naar de tweede lijn en (op experimentele basis) laboratoriumaanvragen, momenteel vindt een verdere uitbouw van het aantal te registreren onderwerpen plaats en zal het aantal praktijken toegroeien naar het vereiste aantal van circa 100 praktijken.

De gegevens uit het netwerk leveren een beeld op van het handelen van huisartsen bij een patiëntenpopulatie, die representatief is voor de Nederlandse bevolking. De uit het netwerk voortkomende informatie dient naast onderbouwing van het landelijk beleid van beroepsgroep en overheid geschikt te zijn voor wetenschappelijk onderzoek ten behoeve van het kwaliteitsbeleid van de beroepsgroep huisartsen en vraagstellingen op het gebied van het gezondheidszorgbeleid.

2.2 Geautomatiseerde registratie in de huisartspraktijk

Huisarts Informatie Systemen

De gegevens voor LINH worden vastgelegd door huisartsen en hun praktijkassistenten in de computer met behulp van Huisarts Informatie Systemen (HIS). Een Huisarts Informatie Systeem is een computerprogramma speciaal ontwikkeld voor de huisartspraktijk. Dat wil zeggen: een programma voor het onderhouden van de praktijkgegevens, patiëntgegevens, medische gegevens, financiële gegevens etc. Er bestaan verschillende Huisarts Informatie Systemen, die onderling verschillen in de gehanteerde systematiek. Door de LHV en NHG wordt hard gewerkt aan standaardisering in de Werkgroep Coördinatie Informatisering Automatisering (WCIA). Zo is in 1996 de derde versie van het WCIA-HIS-referentiemodel uitgebracht waarin de functionele eisen waaraan een HIS moet voldoen gedetailleerd zijn omschreven (Overbeeke, Westerhof,

1996). Op den duur zullen alle Huisarts Informatie Systemen daaraan moeten voldoen. Vooralsnog bestaan er echter nog verschillen in systematiek.

Daarnaast bestaan er verschillen in de wijze waarop en de mate waarin huisartsen hun Huisarts Informatie Systeem gebruiken. Sommige huisartsen gebruiken hun HIS alleen nog voor de financiële administratie, declaraties e.d. Steeds meer huisartsen gaan er toe over ook hun medische gegevens, die voorheen op de 'groene kaart' werden vastgelegd, in te voeren in de computer met behulp van de zogenaamde medische module van het HIS ofwel het 'Elektronisch Medisch Dossier' (EMD) in de huisartspraktijk. Maar ook in het gebruik van de medische module bestaan verschillen tussen huisartsen.

Elektronisch Medisch Dossier

In principe is het mogelijk om met de medische module gegevens over het handelen van huisartsen (contacten, voorschriften van geneesmiddelen, verwijzingen et cetera) vast te leggen. Het vastleggen van gegevens gebeurt in het medisch journaal op regels gemarkeerd met een S, O, E of P. Dit staat voor:

S-regel(s)	Subjectief	Redenen voor contact
O-regel(s)	Objectief	Verricht onderzoek
E-regel(s)	Evaluatie	De werkhypothese/diagnose
P-regel(s)	Plan	Handelingen van de huisarts: verwijzing, voorschrift, labaanvraag b.v.

Huisarts Informatie Systemen verplichten echter niet tot het registreren volgens deze systematiek. Een huisarts kan over een bepaald contact met een patiënt bijvoorbeeld alleen een S-regel vastleggen of alleen een P-regel. Een belangrijk punt is verder dat niet wordt vastgelegd of bepaalde S-, O-, E- of P-regels betrekking hebben op één gezondheidsprobleem. Op basis van de datum kan worden nagegaan welke SOEP-noteringen op één dag hebben plaatsgevonden. Die kunnen echter staan voor noteringen die slaan op meerdere contacten op die dag of meerdere gezondheidsproblemen die binnen een bepaald contact aan de orde is geweest. Ook de volgorde geeft geen uitsluitel, omdat het mogelijk is (en in de praktijk ook gebeurt), dat eerst de alle contactredenen (S1, S2 etc), vervolgens alle O-regels etc. worden vastgelegd. Het gevolg hiervan is dat indien een voorschrift op de P-regel wordt gevonden deze niet zonder meer is te verbinden met een op de E-regel gestelde diagnose.

Een derde vrijheid die het EMD de huisarts biedt is in de mate waarin het wordt gebruikt om handelingen gecodeerd vast te leggen. Voor bepaalde handelingen bieden de Huisarts Informatie Systemen faciliteiten. Zo kunnen met die systemen verwijskaarten naar de specialist gegenereerd worden, evenals medicijnvoorschriften en declaraties van contacten met particulier verzekerden. Het is bij deze gegevens voor huisartsen dus handig om het HIS te gebruiken. Aangenomen kan daarom worden dat dit soort handelingen consequenter worden geregistreerd dan handelingen, waarvoor geen administratieve noodzaak bestaat deze vast te leggen (zoals het geven van voorlichting) dan wel daartoe in het HIS geen faciliteit aanwezig is (zoals het doen van laboratoriumaanvragen).

HIS en LINH

De filosofie van LINH is dat de betrouwbaarheid van de verkregen informatie hoger is naarmate minder wordt geïnterfereerd in de praktijkvoering. Daarom participeren in LINH alleen huisartspraktijken die reeds werken met de medische module van een

WCIA goedgekeurd Huisarts Informatie Systeem. HISen waarvan op dit moment praktijken in LINH participeren zijn MicroHIS, Promedico, Elias, Arcos en MacHIS.

Enige sturing is echter noodzakelijk gezien de verschillen tussen de Huisarts Informatie Systemen en de verschillen tussen huisartsen in wijze van registreren. Dat gebeurt in LINH door de leveranciers van Huisarts Informatie Systemen aanpassingen te laten maken in hun programmatuur. Deze extra programmatuur zorgt in de eerste plaats voor een consequenter en minder vrijblijvende manier van registreren. Met name wordt erin voorzien dat de correcte diagnose aan een bepaalde verwijzing/voorschrift wordt gekoppeld. Concreet krijgt de huisarts indien hij een verwijzing doet de door hem op de daaraan voorafgaande E-regel op het scherm met de vraag te bevestigen als dit de correcte is, te wijzigen als het een andere is en er alsnog een in te voeren als hij nog geen code op de E-regel had ingevoerd. In de tweede plaats worden een (zo minimaal mogelijk) aantal items toegevoegd. Deze items bieden extra informatie over de vraag waarom een bepaalde handeling plaatsvond, zoals bijvoorbeeld het doel van een verwijzing (diagnose of behandeling) of de initiatiefnemer (huisarts of patiënt).

Tenslotte is extra programmatuur vervaardigd om de voor LINH vereiste gegevens op een eenduidige manier te kunnen wegschrijven op een diskette. Het belangrijkste wat de extra programmatuur aan LINH toevoegt is dat bij elke verrichting een diagnose wordt gevraagd.

ICPC-coderen

Het leveren van diagnosespecifieke informatie is een van de doelstellingen van LINH. Het gaat niet alleen om het aantal verwijzingen, voorschriften etc, maar ook om de vraag waarvoor die betreffende verrichtingen plaatsvinden. Enkel een verwijscijfer zegt weinig als daar geen inhoudelijke duiding aan gegeven kan worden.

De instructie daarbij aan de huisarts is dat aan een gebeurtenis één werkdiagnose wordt toegekend in de vorm van een code uit de International Classification of Primary Care (Lamberts, Wood, 1987). De huisarts wordt ondersteund in het kiezen van een ICPC-code doordat de Huisarts Informatie Systemen een thesaurus bevatten, waarmee de huisarts op trefwoord kan zoeken. Bovendien zijn in de HIS-en diagnostische criteria oproepbaar, die zijn afgeleid van de ICHPPC-2-defined.

De LINH-praktijken worden ondersteund bij het coderen door het aanbieden van cursussen, ondersteunende documentatie en het bieden van een helpdesk. Uitgangspunt hierbij vormen de landelijke richtlijnen van het Nederlands Huisartsen Genootschap (Boersma et al., 1995). Als deze onvoldoende uitsluitsel bieden wordt aangesloten bij codeerafspraken in andere huisartsgeneeskundige registratienetwerken. Alleen als er landelijk geen overeenstemming is over bepaalde coderingen wordt in LINH een keuze gemaakt, om praktijken op een eenduidige manier te kunnen informeren.

2.3 De registratiemodules

In deze paragraaf wordt beschreven hoe op basis van de Huisarts Informatie Systemen gegevens zijn gegenereerd ten behoeve van deze rapportage. Zoals gezegd worden gegevens gepresenteerd over verwijzingen naar de tweede lijn, prescriptie van geneesmiddelen, contacten en verwijzingen binnen de eerste lijn. Een onderscheid dient te worden gemaakt tussen aan de ene kant de registratie van verwijzingen en aan de andere kant de registratie van contacten en prescriptie. Voor verwijzingen naar medisch specialisten werkzaam in de tweede lijn en verwijzingen naar de eerste lijn is gebruik gemaakt van aanvullende programmatuur, waarmee het invullen van de diagnose en enkele extra gegevens werd zeker gesteld. De gegevens over prescriptie

en contacten zijn uit de Huisarts Informatie Systemen weggeschreven zonder dat sprake is van enige interferentie van de kant van LINH. Uit een in januari 1996 gehouden enquête onder de deelnemende huisartsen bleek dat de huisartsen voldoende systematisch registreerde om betrouwbare informatie over contacten en prescriptie te verkrijgen.

Hieronder zal worden aangegeven welke gegevens per registratiemodule (contacten, prescriptie, verwijzingen naar de tweede en naar de eerste lijn) zijn verzameld. Bij alle modules zijn naast de ICPC-code (indien beschikbaar) de datum waarop de betreffende gebeurtenis plaatsvond, de leeftijd, het geslacht en de verzekeringsvorm van de patiënt vastgelegd. Een overzicht van alle opgenomen gegevens is opgenomen in tabel 1 na de beschrijving van de registratiemodules.

Ook voor alle modules geldt dat alleen gegevens zijn opgenomen van de eigen patiënten van de aan LINH deelnemende huisartsen. Daaronder kunnen ook gegevens zijn, die in het HIS zijn ingebracht op basis van de verslaglegging van (niet aan LINH deelnemende) waarnemende huisartsen. Niet opgenomen zijn gegevens over contacten van LINH-huisartsen tijdens de waarneming met patiënten van niet LINH-huisartsen.

• contacten

Op verschillende wijzen is in de Huisarts Informatie Systemen nagegaan hoeveel contacten de huisarts had. Contacten zijn geteld op basis van:

1. Medische verslaglegging in het Elektronisch Medisch Dossier. Het EMD biedt een chronologische weergave van de geregistreerde medische informatie in het zogenoemde journaal; een journaalregel bevat daarbij informatie over één contact of een onderdeel daarvan). In het medisch journaal worden over het algemeen contacten van zowel ziekenfonds-verzekerden als van particulier verzekerden geregistreerd.
2. Declaraties van contacten met particuliere patiënten; de declaratiefaciliteit was een van de onderdelen van het HIS dat het eerst gebruikt werd. Gegevens daarin worden op een betrouwbare wijze vastgelegd voor particuliere patiënten.
3. Registratie van verwijzingen en voorschriften van medicijnen; in verschillende HIS-en is het mogelijk verwijzingen/prescripties te genereren buiten het Elektronisch Medisch Dossier om. Deze faciliteit wordt met name door praktijkassistenten gebruikt om herhaalprescriptie of herhaalverwijzingen te genereren.

Op de aldus verkregen gegevens over journaalregels, declaraties van consulten, verwijzingen en voorschriften heeft een extra check plaatsgevonden. Indien meerdere gebeurtenissen betrekking hadden op één bepaalde dag zijn deze samengenomen om dubbeltellingen te voorkomen. Een contact is dus operationeel gedefinieerd als een dag, waarop óf een aantekening in het journaal, óf een declaratie, óf een verwijzing, óf een geneesmiddelveoorschrift heeft plaatsgevonden.

Deze rekenwijze zou kunnen leiden tot een lichte onderschatting van het aantal contacten omdat maximaal één contact per dag is geteld. Naar verhouding gaat het hier echter om een zeer gering aantal contacten. Bovendien komt het aan de andere kant ook wel eens voor dat (de ouder van) een patiënt pas een dag later een recept komt afhalen bij de assistente voor een tijdens een visite uitgeschreven recept.

Daarnaast zijn de contactsoort (spreekuurconsult, visite, telefonisch consult) en de medewerkerscode uitgeschreven uit de HIS-en. Op basis van de medewerkerscode is vastgesteld of het om een arts- of assistentecontact ging. Daartoe is per praktijk geïnventariseerd welke medewerkerscodes zijn gebruikt en voor wat voor soort medewerker de betreffende codes staan. Onder de artscontacten bevinden zich behalve contacten van de arts zelf ook contacten van waarnemers, HAIO's en arts-assistenten. Regelmatig blijken gegevens over artscontacten tijdens diensten (bijvoorbeeld op basis van de waarneembriefjes) of tijdens visites in het HIS ingevoerd door de praktijkassistent. Deze worden dus geregistreerd onder de medewerkerscode van de praktijkassistent. Omdat gevoeglijk kan worden aangenomen dat praktijkassistenten geen visites of contacten tijdens diensten hebben zijn dit type contacten altijd als artscontacten geregistreerd. De op basis van het verwijs- en prescriptiebestand toegevoegde contacten zijn geclassificeerd als assistentecontacten.

De periode waarover gegevens zijn uitgeschreven is 1 januari 1997 tot en met 31 december 1997.

• prescriptie

Gegevens over het voorschrijven van geneesmiddelen worden in de meeste participerende huisartspraktijken goed vastgelegd in Huisarts Informatie Systemen, omdat deze in staat zijn recepten te genereren. Daardoor is van vrijwel alle recepten de ATC-code¹ bekend.

Diagnosespecifieke informatie is wel beschikbaar voor een beperkt aantal praktijken. De LINH-gegevens betreffen de periode januari tot en met december 1997.

• verwijzingen naar de medisch specialist

Gegevens over verwijzingen naar de medisch specialist worden in LINH sinds maart 1993 verzameld. De gegevens zijn diagnosespecifiek. Aan vrijwel elke verwijzing is een ICPC-code gekoppeld. Daarnaast zijn per verwijzing de volgende gegevens vastgelegd:

- het specialisme waarnaar wordt verwezen;
- de soort ziekenfondsverwijskaart (korte kaart, aanvullende kaart, jaarkaart, particuliere kaart);
- de soort verwijzing (nieuw, verlenging, achteraf);
- het initiatief tot verwijzing (huisarts, huisarts en patiënt, patiënt, specialist, overige);
- doel verwijzing (diagnose, behandeling, diagnose + behandeling, geruststelling);
- aard samenwerking met specialist (eenmalig, overname, gezamenlijke behandeling).

In deze rapportage worden gegevens per jaar gepresenteerd, beginnend in 1994, het eerste jaar waarin een substantieel aantal praktijken (19) registreerde.

• verwijzingen binnen de eerste lijn

Gegevens over verwijzingen binnen de eerste lijn worden sinds 1 april 1996 met aangepaste programmatuur geregistreerd. De systematiek waarmee huisartsen deze verwijzingen vastleggen zal per discipline variëren. Voor verwijzingen naar fysiotherapie is een machtiging noodzakelijk, waardoor een verwijzing altijd noodzakelijk is. Voor andere disciplines, zoals bijvoorbeeld de wijkverpleging en het maatschappelijk werk, is dat niet noodzakelijk omdat deze rechtstreeks toegankelijk zijn. De vraag kan bij deze

¹ De ATC is een internationaal geaccepteerd geneesmiddelenclassificatiesysteem. De naam van de indeling staat voor Anatomical-Therapeutical-Chemical en verwijst naar de achterliggende classificatieprincipes in anatomische hoofdgroep, therapeutische subgroep, therapeutisch-chemische subgroep en chemische substantie (Nordic Council, 1985).

disciplines worden gesteld in hoeverre sprake is van 'echte' verwijzingen in de zin dat zij voor de patiënt noodzakelijk zijn om van de betreffende voorziening gebruik te mogen maken. Omdat hierin aanzienlijke registratieverschillen tussen huisartsen zijn is de registratie beperkt tot die disciplines waarvoor in het algemeen wel een 'echte' verwijzing vereist is. Dat zijn fysiotherapie, logopedie, oefentherapie Cesar en Mensendieck en verwijzingen naar het RIAGG.

De periode waarover gegevens worden gepresenteerd is 1 april 1997 tot en met 31 december 1997.

- **laboratoriumaanvragen**

In de Huisarts Informatie Systemen is standaard geen functionaliteit aanwezig om laboratoriumdiagnostiek aan te vragen. De reden daarvoor is dat elk laboratorium een ander formulier kent vereist. Recentelijk zijn het Nederlands Huisartsengenootschap, de Stichting Artsenlaboratoria Nederland en de Nederlandse Vereniging voor Klinisch Chemici het eens geworden over een landelijk te gebruiken standaard labcodetabel.

Daarnaast is een standaard ontwikkeld voor een probleemgericht aanvraagformulier. In samenwerking met de werkgroep BODE (Beslissings Ondersteunende Diagnostiek in de Eerste Lijn) is een nieuwe aanvraagmodule op basis van het probleemgericht formulier ontwikkeld voor Promedico. In 1997 vond een eerste pilot met deze programmatuur plaats. In het Jaarrapport LINH over 1998 zullen (op beperkte schaal) gegevens over het aanvragen van laboratoriumdiagnostiek worden opgenomen.

Een overzicht van de door LINH in dit rapport opgenomen gegevens is weergegeven in tabel 1.

Tabel 1: Overzicht van de ten behoeve van dit rapport gebruikte gegevens uit het HIS

Patiënt:	geboortedatum
	geslacht
	verzekeringsvorm

Contact 1:

Datum

Medewerkerscode

Soort contact (spreekuur, visite, telefoon)

Deelcontact 1:

S

O

E

P

ICPC-code

verwijzing:

specialisme

kaartsoort (korte, aanvullende of jaarkaart)

*soort verwijzing (nieuw, verlenging, achteraf)**

*initiatief (arts, patiënt, beide, specialist, overig)**

*doel (diagnose, behandeling, beide, geruststelling)**

*beoogde samenwerking (eenmalig, overname, gezamenlijk)**

voorschrift: *ATC-code*

Deelcontact 2: etc.

Declaratie

Contact 2: etc.

Toelichting:

vet: aggregatieniveau waarop gegevens zijn uitgeschreven

cursief: zijn de per aggregatieniveau uitgeschreven gegevens

***** door LINH toegevoegde items (de anderen worden reeds standaard in het HIS vastgelegd)

N.B. steeds worden per aggregatieniveau gegevens van hogere aggregatieniveaus meegenomen, dus bijvoorbeeld per verwijzing wordt ook de ICPC-code (vanuit de E-regel, geverifieerd per verwijzing), datum en medewerker (contactniveau), geboortedatum, geslacht en verzekeringsvorm (patiëntniveau) meegenomen.

2.4 Kwaliteit van de gegevens

Kwaliteitscontrole

De kwaliteit van de verzamelde gegevens is uitgebreid gecontroleerd. In de eerste plaats wordt met een computerprogramma geautomatiseerd op interne inconsistenties gecontroleerd. Een voorbeeld van dergelijke inconsistentie is prostaatklaften bij een vrouw of dementie bij een kind. Deze worden teruggekoppeld naar de registrerend huisarts en zonodig gecorrigeerd. Over het algemeen blijkt dat na een inwerkperiode het percentage fouten bij een arts niet meer dan tienden van procenten bedraagt.

In de tweede plaats vindt controle plaats op de volledigheid van de geregistreerde gegevens. Hierbij zijn verschillende methoden gehanteerd. Nagegaan is in hoeverre verrichtingen in de tijd gelijkmatig zijn geregistreerd; als blijkt dat er in bepaalde weken niet of veel minder is geregistreerd dan wijst dat op onderregistratie. Soms is na een periode waarin niets is geregistreerd een registratiepiek te constateren, waar kennelijk bijvoorbeeld na een vakantie of na computerproblemen een inhaalslag is gemaakt. Waar duidelijk is dat een deel van de periode niet is geregistreerd heeft correctie plaatsgevonden; de gehanteerde correctiefactor is gelijk aan het totaal aantal weken in een jaar gedeeld door het aantal weken dat is geregistreerd.

Daarnaast heeft controle uitgevoerd op uitschieters naar boven en naar beneden. Bij twijfel is navraag gedaan in de betreffende praktijken. Indien twijfel bleef bestaan zijn de betreffende praktijken niet meegenomen in de analyses voor dit jaarrapport.

Figuur 1: Spreiding van LINH-praktijken over Nederland (stand 31 december 1997)



Representativiteit

De praktijken in LINH zijn geworven op basis van vrijwillige aanmelding onder meer met behulp van een advertentie in het blad de Huisarts. Om toch te zorgen dat de deelnemende praktijken een goede afspiegeling van de Nederlandse huisartsenpopulatie is bij het insluiten van praktijken die zich aanmeldden rekening gehouden met urbanisatiegraad van het praktijkadres (volgens de CBS-classificatie in 5 klassen van zeer stedelijk tot en met niet stedelijk en de landsdelen noord, oost, zuid en west).

Per urbanisatiegraad/regio-klasse wordt gestreefd naar een evenredige vertegenwoordiging van LINH-praktijken. Concreet betekent dit dat er in sommige urbanisatiegraad-/regioklassen 'wachtlijsten' bestaan en in andere 'vacatures'. Dit systeem wordt ook gehanteerd als er huisartsen met LINH stoppen. In dat geval wordt een vervanger gezocht op de wachtlijst in die betreffende regio-/urbanisatiegraadklasse. Naast regio en urbanisatiegraad wordt ook gestreefd naar een evenredige vertegenwoordiging van huisartsen naar praktijkvorm en HuisartsInformatieSysteem.

In dit rapport worden gegevens gepresenteerd van 69 huisartspraktijken met 135 huisartsen. Gegevens zijn meegenomen van praktijken die in het betreffende jaar minimaal 20 weken hebben geregistreerd.

Een vergelijking van de LINH-huisartsen met de totale Nederlandse huisartsenpopulatie is opgenomen in bijlage 1. De praktijken zijn goed gespreid over het land (zie ook figuur 1) en vormen ook wat betreft urbanisatiegraad een redelijk goede afspiegeling van de Nederlandse huisartsenpopulatie. Alleen huisartsen in zeer sterk stedelijke gebieden in het westen des lands zijn nog ondervertegenwoordigd. Verder vormt de gezamenlijke praktijkpopulatie van de deelnemende praktijken een goede afspiegeling van de Nederlandse bevolking naar leeftijd en geslacht (zie ook bijlage 1). Een verschil met het landelijk beeld is dat huisartsen in groepspraktijken en gezondheidscentra in LINH oververtegenwoordigd zijn.

Betrouwbaarheid

In LINH is getracht de volledigheid van de gegevens zoveel mogelijk te waarborgen door zo nauw mogelijk aan te sluiten bij de bestaande routines in de huisartspraktijk en door een uitgebreide kwaliteitscontrole. Niettemin kan niet worden uitgesloten dat onderregistratie optreedt. Dat zal (vooral in tijden van drukte) sterker gelden voor verrichtingen, waarbij geen administratieve noodzaak bestaat deze in het HIS vast te leggen, zoals verwijzingen van particuliere patiënten (vanuit het oogpunt een goed bijgewerkt medisch dossier te hebben is dit overigens wel van belang).

Het is moeilijk om vast te stellen in hoeverre onderregistratie is opgetreden. Vergelijking met andere bronnen is in feite de enige optie. Deze andere bronnen hebben echter ook hun beperkingen. LINH is juist opgezet omdat het ontbrak aan betrouwbare productiecijfers in de huisartspraktijk. Niettemin zijn vergelijkingen gemaakt met de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk, het Geneesmiddelen Informatie Project (GIP) van de Ziekenfondsraad en de CBS-gezondheidsenquêtes. Van deze bronnen is de Nationale Studie veruit het best vergelijkbaar voor wat betreft wijze van gegevensverzameling (evenals LINH betreft het registratie in de huisartspraktijk), maar wel het oudste (1987/88). Vergeleken is zowel op de absolute hoogte van gegevens als op aanwezige patronen, zoals de verschillen die bestaan in bijvoorbeeld contactfrequentie tussen leeftijdsgroepen, mannen en vrouwen en ziekenfonds- en particulier verzekerden. Over deze vergelijking is gerapporteerd in het Jaarrapport 1996.

De conclusies waren de volgende:

- de contactfrequentie in LINH is aanmerkelijk hoger dan destijds in de Nationale Studie; het verschil kan waarschijnlijk voor een groot deel worden toegeschreven aan een toename van contacten met de praktijkassistente in verband met het verkrijgen van een herhaalrecept;
- het aantal voorschriften van medicijnen ligt hoger dan ten tijde van de Nationale Studie, maar lager dan in het Geneesmiddeleninformatieproject. Bij het eerste speelt een rol dat na de Nationale Studie de voorschrijfduur beperkt is, waardoor er meer herhaalrecepten zijn; in vergelijking tot het GIP moet worden opgemerkt dat in de GIP-cijfers specialistreceptuur is verwerkt, die de patiënt zonder tussenkomst van de huisarts bij de apotheek afhaalt;
- het aantal ziekenfondsverwijzingen ligt ongeveer gelijk aan dat tijdens de Nationale Studie; het aantal particuliere verwijzingen ligt hoger in de Nationale Studie. Mogelijk speelt hier dat het rechtstreeks specialistbezoek is toegenomen. Een andere mogelijkheid is dat onderregistratie in LINH optreedt omdat bij particulier verzekerden geen administratieve noodzaak is om een verwijzing in de computer vast te leggen.

Met bovenstaande bronnen zijn de uit LINH verkregen totaalcijfers vergeleken. Een vergelijking per huisartspraktijk kan in feite alleen worden gemaakt op basis van ziekenfondsgegevens. Dit is voor de verwijscijfers gebeurd op basis van spiegelinformatie die LINH-huisartsen van hun zorgverzekeraar hebben ontvangen (zie Jaarrapport 1996). Het LINH verwijscijfer blijkt aanmerkelijk (circa 30%) onder het ziekenfondsverwijscijfer te liggen. Voor een belangrijk deel is dit echter te wijten aan niet in de huisartspraktijk gegenereerde verwijzingen (bijvoorbeeld specialist/specialist, tandarts/kaakchirurg, verloskundige/gynaecoloog). Een echt goede indicatie voor onderregistratie geeft dit daarom niet. De verschillen tussen praktijken in afwijking van het ziekenfondsverwijscijfer indiceren echter wel dat onderregistratie bij een aantal praktijken een rol speelt.

Enquête

Om meer inzicht te krijgen in de volledigheid van de gegevens is begin 1999 een schriftelijke enquête onder de deelnemende huisartspraktijken gehouden. De enquête had tot doel de registratieroutines van de deelnemende praktijken in beeld te brengen. Daarbij gaat het om twee typen vragen:

1. Wat wordt wel en niet in het HIS vastgelegd en zo het wordt vastgelegd wat is de volledigheid? Worden bijvoorbeeld telefonische contacten vastgelegd in het HIS of wordt magistrale receptuur vastgelegd?
2. Welke coderingen worden gebruikt? De WCIA schrijft standaardcoderingen voor, maar deze zijn nog niet in alle HIS-en doorgevoerd; bovendien bestaat voor huisartsen de mogelijkheid om zelf coderingen toe te voegen of te veranderen. Zo wordt door huisartsen voor visites tijdens diensten soms DV, maar ook wel VD gebruikt.

De resultaten van de enquête helpen de in dit rapport gepresenteerde gegevens op waarde te schatten. Zij zijn in de tekst vermeld op plaatsen waar dat van belang is. Een weergave van de belangrijkste resultaten van de enquête is opgenomen in bijlage 2. De respons op de enquête was vrijwel volledig. Slechts één praktijk vulde de enquête niet in.

Toelichting op de gepresenteerde cijfers

De in het volgende hoofdstuk gepresenteerde cijfers behoeven op twee punten een nadere toelichting:

1. Doordat na het afsluiten van de gegevensverzameling voor het Jaarrapport soms nog (verbeterde) gegevens van sommige praktijken binnenkomen kunnen de cijfers over de voorgaande jaren soms licht afwijken van die in het voorliggende rapport worden gepresenteerd. Het meest recente rapport geeft altijd de meest actuele stand van zaken.
2. De onder de tabellen vermelde cijfers vormen de 'tellers' en de 'noemers' waarop de cijfers in de tabel zijn gebaseerd; doordat het voor kan komen dat bepaalde praktijken niet het hele jaar hebben geregistreerd (nieuwe praktijken, (tijdelijk) gestopte praktijken) kunnen de cijfers in de tabel niet gereproduceerd worden door teller en noemer op elkaar te delen. Bij praktijken die niet het hele jaar hebben geregistreerd is de 'teller' vermenigvuldigd met het totaal aantal weken in een jaar gedeeld door het aantal weken dat is geregistreerd. Deze correctie is alleen toegepast bij praktijken die minimaal 20 weken hebben geregistreerd.

3 PRODUKTIECIJFERS

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden produktiecijfers beschreven. Achtereenvolgens wordt ingegaan op de totale produktie (w.o. arts-patiëntcontacten), geneesmiddelvoorschriften, verwijzingen naar de medisch specialist en verwijzingen binnen de eerste lijn. Steeds worden (zo mogelijk) uitsplitsingen gemaakt naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm, naar aard van de betreffende verrichting (bijvoorbeeld verwijsspecialisme) en naar diagnose waarbij de verrichting plaatsvond.

Waar mogelijk zijn vergelijkingen in de tijd gemaakt. Voor wat betreft de verwijzingen naar de tweede lijn is dat over de periode 1994 tot en met 1997. Voor wat betreft de contactgegevens, de prescriptiegegevens en de verwijsgegevens naar de eerste lijn wordt een vergelijking gemaakt met 1996.

3.2 Contactfrequenties

Contactfrequenties konden voor 69 huisartspraktijken worden vastgesteld. Bij 4 van deze 69 konden alleen contactfrequenties voor particulier verzekerden worden vastgesteld. Contacten met ziekenfondsverzekerden bleken bij deze drie praktijken slechts onvoldoende betrouwbaar te zijn vastgelegd.

De contactfrequenties zijn gebaseerd op de periode 1 januari tot en met 31 december 1997 en hebben betrekking op de contacten van zowel de huisarts als de praktijkassistente voor zover deze in het Huisarts Informatie Systeem zijn vastgelegd. De schriftelijke enquête geeft informatie over de volledigheid van de contactregistratie (zie bijlage 2). Er kan vanuit worden gegaan dat alle face-to-face-contacten in de praktijk met de huisarts of de praktijkassistente (bijv. voor herhaalrecepten, verlengingsverwijzingen, controles) systematisch worden vastgelegd. Door het overgrote deel van de praktijken worden ook visites, telefonische consulten voor zover resulterend in een verwijzing of een voorschrift en contacten tijdens het spreekuur in het verzorgingshuis systematisch vastgelegd. Telefonische contacten, waarbij geen sprake is van het uitschrijven van een recept of een verwijzing worden niet altijd vastgelegd. Het gaat daarbij met name om telefonische vragen om informatie. Veel huisartsen registreren alleen telefonische vragen om informatie als zij deze van voldoende belang vinden om vast te leggen in het medisch dossier.

Ten aanzien van de waarneemcontacten beperkt LINH zich tot de contacten van 'vaste' patiënten die bij deelnemers aan LINH staan ingeschreven. Contacten van LINH-huisartsen met patiënten van collega's tijdens de waarneming blijven buiten beschouwing. Beide meetellen zou tot een overschatting van de contactfrequentie leiden. De LINH-deelnemers geven in de enquête aan dat contacten van waarnemende collega's met hun eigen patiënten in het algemeen worden vastgelegd. Dat geldt zeker voor visites en consulten en in een iets mindere mate (maar toch nog voor de meerderheid) voor telefonische contacten.

Tabel 2 geeft de berekende overall-contactfrequenties uitgesplitst naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm voor 1997 in vergelijking tot 1996. Het aantal contacten met de huisartspraktijk (dus van huisarts en assistente samen) blijkt in 1997 op 6,0 te liggen, in vergelijking tot 1996 een stijging van 0,3.

Bezien we het patroon naar geslacht en verzekeringsvorm dan blijkt het volgende. Tabel 2 en figuur 1 en 2 laten zien dat de toename zowel bij ziekenfonds- als bij particulier verzekerden optreedt. Bij vrouwen lijkt de toename iets sterker te zijn dan bij mannen en bij ouderen (met name de groep ouder dan 65 jaar lijkt de toename sterker dan bij de jongeren).

Tabel 2 Contactfrequentie per ingeschreven patiënt per jaar naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm voor LINH 1997 in vergelijking tot 1996.

	ziekenfonds				particulier				totaal	
	m		v		m		v		1996	1997
	1996	1997	1996	1997	1996	1997	1996	1997		
0-4	5,5	5,4	5,0	4,8	4,9	4,8	4,1	4,2	4,9	4,8
5-14	2,9	2,9	3,0	3,1	2,3	2,5	2,5	2,6	2,7	2,8
15-24	2,5	2,8	5,8	6,0	1,9	1,9	4,0	4,3	3,7	3,9
25-44	3,5	3,6	6,8	7,1	2,3	2,6	4,9	5,4	4,5	4,8
45-64	6,7	6,9	9,0	9,5	3,9	4,4	6,4	7,0	6,6	7,0
65-74	11,0	11,5	12,7	13,4	7,7	8,4	9,2	9,7	10,8	11,4
75 e.o.	15,2	15,8	16,3	17,7	8,9	9,5	11,7	12,5	14,2	15,3
totaal	5,2	5,3	8,0	8,3	3,4	3,6	5,3	5,6	5,7	6,0

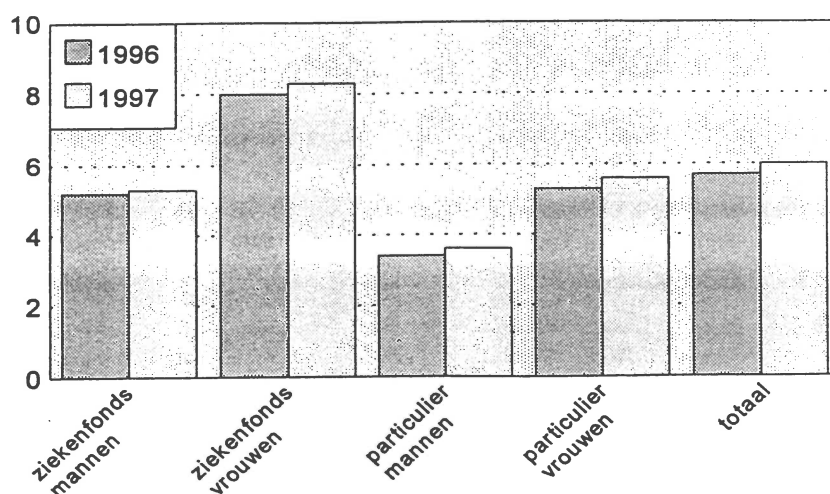
Bron: LINH/NS

Aantal praktijken ziekenfonds: 1996: 32; 1997: 69; particulier: 1996 32; 1997: 65

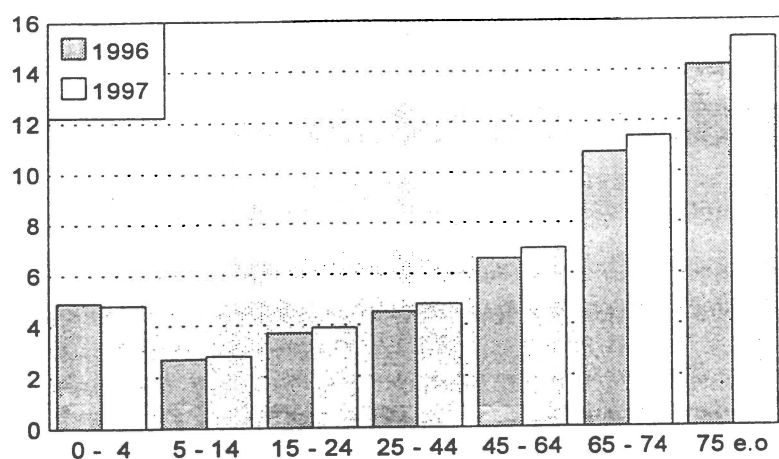
Aantal contacten: 1996: 632.953; 1997: 1.244.039;

Aantal ingeschreven patiënten: 1996: 140.540; 1997: 255.100.

Figuur 2: Contactfrequentie per patiënt per jaar naar geslacht en verzekeringsvorm in 1996 en 1997



Figuur 3: Contactfrequentie per patiënt per jaar naar leeftijd in 1996 en 1997



Tabel 3 Aantal contacten per patiënt per jaar uitgesplitst naar soort en medewerker per ingeschreven ziekenfondspatiënt naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm voor LINH 1997

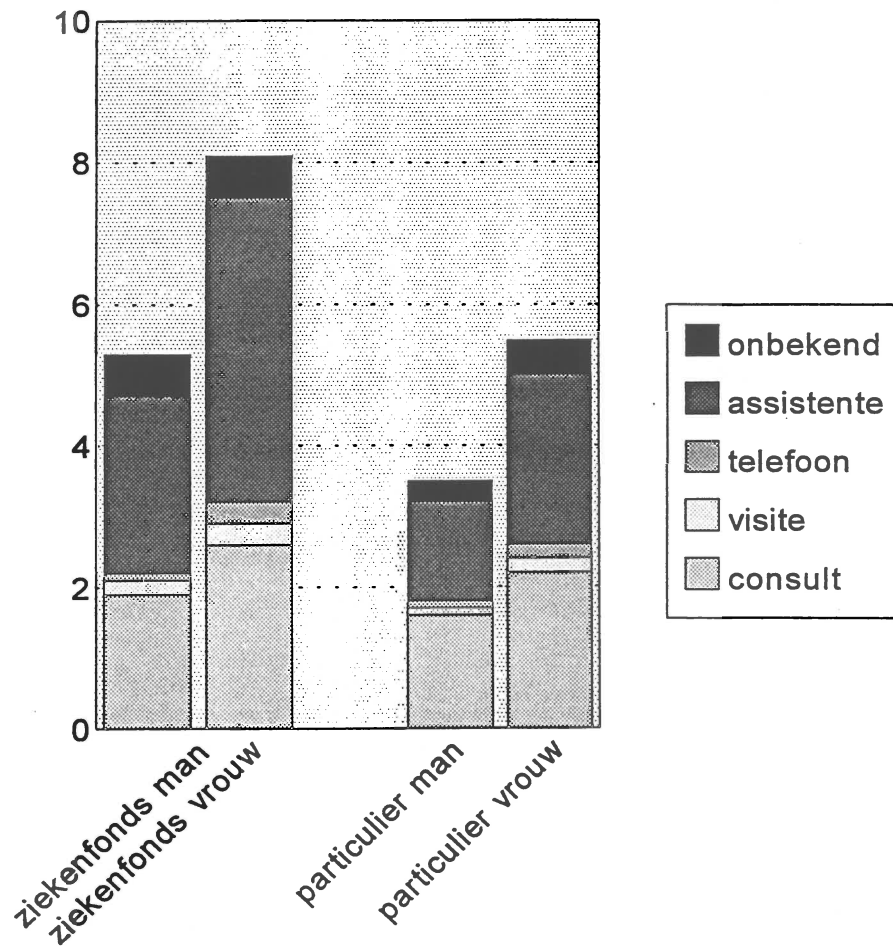
	huisartscontacten						totaal		assistente		onbekend	
	consult		visite		telefoon				m.	v.	m.	v.
	m.	v.	m.	v.	m.	v.	m.	v.	m.	v.	m.	v.
0-4	2,5	2,3	0,2	0,2	0,2	0,2	2,9	2,7	2,0	1,7	0,5	0,5
5-14	1,3	1,5	0,0	0,0	0,1	0,1	1,4	1,6	1,2	1,2	0,3	0,3
15-24	1,3	2,3	0,0	0,1	0,1	0,2	1,4	2,6	1,2	2,9	0,4	0,3
25-44	1,5	2,6	0,1	0,1	0,1	0,2	1,7	2,9	1,5	3,4	0,6	0,5
45-64	2,2	2,9	0,1	0,1	0,2	0,4	2,5	3,4	4,0	5,7	0,3	0,3
65-74	3,0	3,5	0,5	0,6	0,3	0,4	3,8	4,5	6,4	7,5	1,2	1,2
75 e.o.	3,1	2,8	1,9	2,4	0,4	0,5	5,4	5,7	8,9	10,4	1,4	1,4
totaal	1,9	2,6	0,2	0,3	0,1	0,3	2,3	3,2	2,5	4,3	0,6	0,6

Tabel 4 Aantal contacten uitgesplitst naar soort en medewerker per ingeschreven particulier verzekerde naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm voor LINH 1997

	huisartscontacten										assistente		onbekend	
	consult		visite		telefoon		totaal							
	m.	v.	m.	v.	m.	v.	m.	v.	m.	v.	m.	v.		
0-4	2,5	2,2	0,2	0,2	0,2	0,2	2,9	2,6	1,4	1,3	0,5	0,4		
5-14	1,3	1,3	0,0	0,0	0,1	0,1	1,4	1,4	0,9	0,9	0,3	0,1		
15-24	0,9	1,9	0,0	0,1	0,0	0,1	0,9	2,1	0,7	1,8	0,2	0,3		
25-44	1,2	2,3	0,0	0,1	0,1	0,2	1,3	2,6	0,9	2,2	0,3	0,6		
45-64	1,8	2,6	0,1	0,1	0,2	0,4	2,1	3,1	2,1	3,6	0,3	0,4		
65-74	3,0	3,5	0,5	0,5	0,3	0,4	3,8	4,4	3,8	4,5	0,9	0,9		
75 e.o.	2,5	3,0	1,6	2,4	0,3	0,4	4,4	5,8	4,3	5,8	0,8	0,9		
totaal	1,6	2,2	0,1	0,2	0,1	0,2	1,8	2,6	1,4	2,4	0,3	0,5		

Van de totale contactfrequentie van 6 contacten per jaar zijn er 2,5 met de huisarts en 2,9 met de assistente. Bij 0,6 contacten is onbekend of het om contacten van de huisarts of de assistente gaat. Uitsplitsing naar verzekeringsvorm, geslacht en leeftijd vindt plaats in tabel 3, tabel 4 en figuur 4. Het aandeel van de huisartscontacten is bij particulier verzekerden hoger dan bij ziekenfondsverzekerden, bij vrouwen hoger dan bij mannen en bij ouderen hoger dan bij jongeren.

Figuur 4: Bruto-contactfrequentie naar soort contact, verzekeringsvorm en geslacht, 1997



3.3 Voorschrijven van geneesmiddelen

Gegevens over het voorschrijven van geneesmiddelen zijn eveneens verzameld over de periode 1 oktober 1995 tot en met 31 december 1997. In de presentatie van gegevens beperken wij ons tot 1996 en 1997. Voor 1996 zijn gegevens beschikbaar over 43 praktijken en voor 1997 over 63 praktijken.

De registratie geeft een volledig beeld voor wat betreft in de praktijk gegenereerde nieuwe en herhaalvoorschriften door huisarts en praktijkassistente. Deze vormen het overgrote deel van het in de huisartspraktijk gegenereerde voorschrijfvolume. De grote meerderheid legt daarnaast ook herhaalreceptuur van specialisten, tijdens visites uitgeschreven receptuur en magistrale receptuur in het HIS vast. Voorschriften van verbandmiddelen worden door bijna de helft van de praktijken systematisch vastgelegd en nog eens door ruim 40% deels (zie bijlage).

Een kanttekening die verder vooraf moet worden gemaakt is dat alleen gegevens worden gepresenteerd over aantallen voorschriften en niet over de voorschrijfduur en hoeveelheid. Een toename van het aantal voorschriften hoeft nog niet te betekenen dat er meer wordt geslikt. Het kan ook zijn dat de gemiddelde voorschrijfduur is afgenomen. Dit is geen irreële veronderstelling gezien de maatregelen gericht op beperking van de voorschrijfduur die in 1993 hebben plaatsgevonden.

Tabel 5 laat het aantal voorschriften per patiënt per jaar zien. In 1997 bedraagt dit 5,2 een toename van 0,4 per patiënt per jaar in vergelijking tot 1996. Deze toename is over de hele linie waarneembaar, dus zowel bij ziekenfondspatiënten als bij particulier verzekerden, bij mannen als bij vrouwen en zowel bij ouderen als bij jongeren.

Tabel 5 Aantal geneesmiddelvoorschriften per ingeschreven patiënt naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm voor LINH 1996-1997

	ziekenfonds				particulier				totaal	
	m	v	m	v	m	v	m	v	1996	1997
	1996	1997	1996	1997	1996	1997	1996	1997	1996	1997
0-4	3.0	3.4	2.6	2.9	2.4	2.7	2.2	2.5	2.6	2.9
5-14	1.5	1.7	1.6	1.7	1.1	1.2	1.2	1.3	1.3	1.5
15-24	1.5	1.8	4.2	4.5	1.0	1.1	2.7	3.1	2.5	2.8
25-44	2.5	2.7	5.0	5.4	1.3	1.6	3.1	3.6	3.2	3.5
45-64	6.2	6.6	8.5	9.2	2.9	3.4	4.9	5.7	5.8	6.3
65-74	11.6	11.9	13.6	14.4	6.9	7.5	9.1	9.3	11.2	11.8
75 e.o.	16.1	16.9	19.3	21.1	8.0	9.4	11.8	13.0	15.7	17.3
totaal	4.4	4.7	7.2	7.7	2.3	2.6	4.0	4.4	4.8	5.2

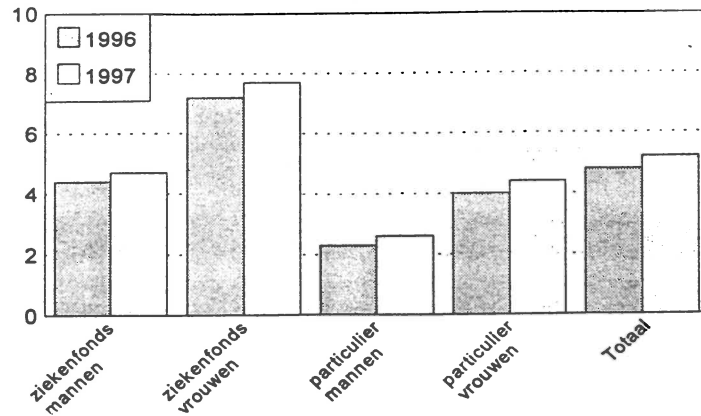
Bron: LINH/NS

Aantal praktijken LINH 1996: 43; 1997: 64

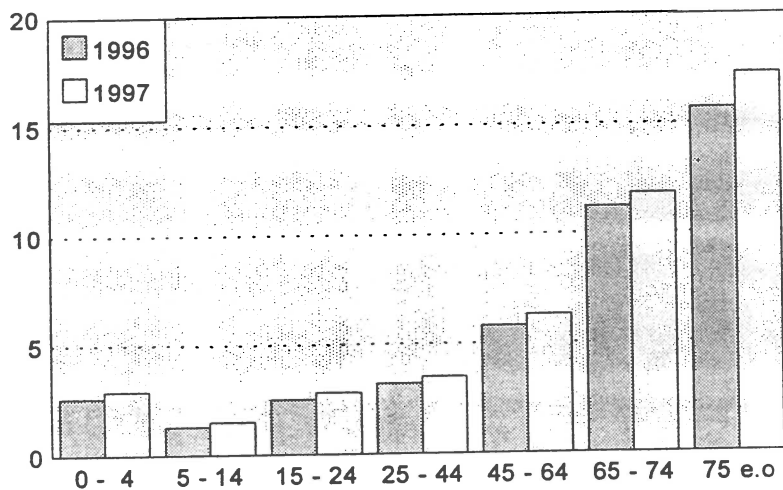
Aantal voorschriften 1996: 810.201; 1997: 1.202.183

Aantal ingeschreven patiënten 1996: 170.394; 1997: 232.358

Figuur 5: Aantal voorschriften per patiënt per jaar naar geslacht en verzekeringsvorm, 1996/1997



Figuur 6: Aantal voorschriften per patiënt per jaar naar leeftijd, 1996/1997



Bij welke ATC-hoofdgroepen de groei zich vooral heeft voorgedaan laat tabel 6 zien. De tabel laat voor elke ATC-hoofdgroep een geringe stijging zien. Een sterke stijging zien we alleen bij de categorie niet ingevuld/classificeerbaar. Deze categorie neemt meer dan de helft van de totale groei voor haar rekening. Tot deze categorie behoren onder meer verbandmiddelen en magistrale receptuur. Een mogelijke oorzaak van de stijging zou daarom kunnen zijn dat huisartsen er meer en meer toe overgaan om voorschriften van verbandmiddelen en magistrale receptuur in het HIS vast te leggen.

Tabel 6 Aantal geneesmiddelvoorschriften per 1000 patiënten naar ATC-hoofdgroep, geslacht en verzekeringsvorm: LINH 1996-1997

	ziekenfonds				particulier				totaal	
	m	v	m	v	m	v	m	v	m	v
	1996	1997	1996	1997	1996	1997	1996	1997	1996	1997
A Maagdamkanaal en metabolisme	455	462	697	721	212	239	352	362	460	479
B Bloed en bloedvormende organen	217	234	235	259	10	116	122	125	181	197
C Hart-vaatstelsel	676	725	939	994	389	424	520	521	668	709
D Dermatologica	373	387	509	520	247	270	327	355	380	398
G Urogenitale stelsel en geslachtshormonen	31	36	770	790	16	22	514	567	353	371
H Syst. hormoonpreparaten excl. gesl. hormonen	67	69	125	137	34	35	65	73	78	84
J Syst. antimicrobiële middelen	337	332	449	442	233	245	324	329	348	348
L Oncolytica en immunosuppressiva	12	12	14	15	3	4	8	9	10	11
M Skeletspierstelsel	282	281	458	482	141	156	236	250	299	313
N Centraal zenuwstelsel	786	781	1464	1495	292	324	669	722	873	901
P Antiparasitaire middelen	15	14	24	24	14	16	19	22	19	19
R Ademhalingsstelsel	614	608	641	649	339	361	410	438	525	536
S Zintuiglijke organen	138	146	196	203	88	97	122	128	143	150
V Diverse middelen	4	5	2	3	2	3	2	3	3	4
X/ Niet ingevuld/	374	594	653	990	203	323	334	535	417	652
Y classificeerbaar										
Totaal	4383	4684	7175	7725	2312	2634	4026	4438	4755	5174

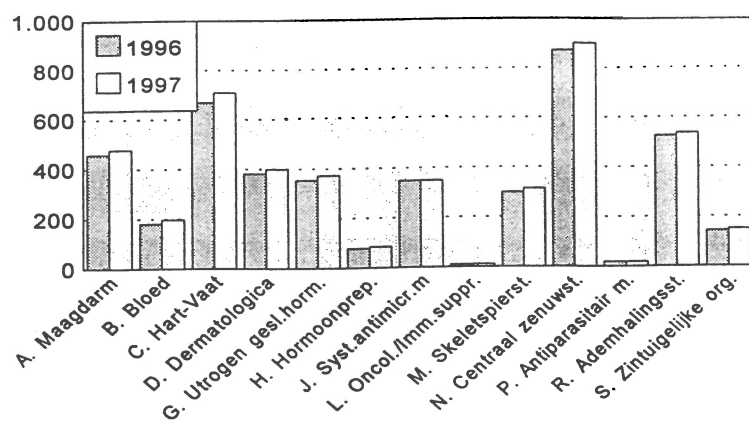
Bron: LINH/NS

Aantal praktijken LINH 1996: 43; 1997: 64

Aantal geregistreerde voorschriften 1996: 810.201; 1997: 1.202.183

Aantal ingeschreven patiënten 1996: 170.394; 1997: 232.358

Figuur 7: Aantal voorschriften per 1000 patiënten per jaar per ATC-hoofdgroep



Tabel 7 biedt een nadere detaillering naar de tien meest voorgeschreven werkzame stoffen. Hierin is in 1997 ten opzichte van 1996 nauwelijks iets gewijzigd.

Tabel 7 Top-tien voorgeschreven stoffen: LINH 1996-1997

LINH 1996				LINH 1997			
ATC-code	Stofnaam	Vs.p.1000		ATC-code	Stofnaam	Vs.p.1000	
1 N02BE01	Paracetamol	137		1 N02BE01	Paracetamol	141	
2 N05BA04	Oxazepam	114		2 N02BA04	Oxazepam	111	
3 M01AB05	Diclofenac	104		3 N01AB05	Diclofenac	99	
4 G03AA07	Oestrogeen met levonorgestrel	98		4 G03AA07	Oestrogeen/levonorgestrel	95	
5 N05CD07	Temazepam	90		5 N05CD07	Temazepam	94	
6 M01AE01	Ibuprofen	81		6 M01AE01	Ibuprofen	87	
7 R03AC02	Salbutamol (tracheaal)	73		7 R03AC02	Salbutamol	77	
8 J01CA04	Amoxicilline	65		8 J01CA04	Amoxicilline	68	
9 J01AA02	Doxycycline	64		9 J01AA02	Doxycycline	63	
10 C03CA01	Furosemide	56		10 C07AB02	Metoprolol	57	

Bron: LINH/NS

Aantal praktijken LINH 1996: 43; 1997: 64

Aantal geregistreerde voorschriften 1996: 810.201; 1997: 1.202.183

Aantal ingeschreven patiënten 1996: 170.394; 1997: 232.358

Belangrijkste conclusie van deze paragraaf is dat het aantal voorschriften ten opzichte van 1996 iets is toegenomen. Voor ruim de helft kan dit worden toegeschreven aan een toename van niet ATC-codeerbare prescriptie. Mogelijk houdt dit verband met het in toenemende mate vastleggen van magistrale receptuur en voorschriften van verbandmiddelen in het HIS.

3.4 Verwijzen naar de medisch specialist

Verwijscijfers naar de medisch specialist worden vanuit LINH voor het vierde jaar geleverd. In vergelijking met de voorgaande jaren is het aantal praktijken waarop de cijfers betrekking hebben aanmerkelijk toegenomen: van 19 in 1994 naar 67 in 1997. De cijfers met betrekking tot particulier verzekerden worden over 65 praktijken gepresenteerd. Gerapporteerd wordt over de kalenderjaren 1994, 1995, 1996 en 1997, waarin het hele jaar is geregistreerd.

De cijfers worden voor ziekenfonds- en particulier verzekerden apart gepresenteerd omdat het verwijssysteem voor beide groepen op essentiële punten verschilt. Voor ziekenfondsverzekerden is voor het bezoeken van een specialist een verwijskaart van de huisarts verplicht. Voor de specialist is de verwijskaart noodzakelijk om te kunnen declareren. Indien een patiënt zich rechtstreeks (bijv. met een acuut probleem) bij de specialist meldt dient achteraf een verwijskaart van de huisarts te worden verkregen. De ziekenfondsverwijskaart heeft een beperkte geldigheidsduur. Er zijn hierbij drie kaartsoorten (Sebregts et al., 1995):

- de korte kaart heeft een geldigheidsduur van één maand voor snijdende en twee maanden voor beschouwende specialismen; deze kaart kan de huisarts uitschrijven als hij advies van de specialist wil, dan wel de patiënt voor korte duur door de specialist wil laten behandelen;
- de aanvullende kaart kan de geldigheidsduur van een korte kaart verlengen tot een jaarkaart: deze kan de huisarts uitschrijven als de specialist de behandeling na het verstrijken van de termijn van de korte kaart wil voortzetten;
- de jaarkaart heeft een geldigheidsduur van 12 maanden en wordt uitgeschreven indien de huisarts een langdurige behandeling waarschijnlijk acht.

Voor particulier verzekerden is een verwijzing van de huisarts voor een bezoek aan de specialist niet altijd verplicht en indien wel verplicht wordt het slechts beperkt gecontroleerd (Kulu-Glasgow et al., 1997). Initiële verwijzingen naar een specialist vinden echter over het algemeen wel door de huisarts plaats. Achteraf- of verlengingsverwijzingen komen bij particulier verzekerden niet of nauwelijks voor. Een particuliere patiënt kan jaren bij een specialist in behandeling blijven op basis van één enkele verwijzing. Het aantal verwijzingen ligt daardoor bij particulier verzekerden veel lager dan bij ziekenfondsverzekerden.

Een recente ontwikkeling hierbij is (de al dan niet experimentele) afschaffing van de verwijskaarten door een aantal ziekenfondsen. Dat betekent echter niet dat de verplichting tot verwijzing vervalt. De verwijskaart wordt namelijk veelal door de verwijsbrief vervangen. Deze verwijsbrief hoeft echter niet als een bewijs van declaratie aan het ziekenfonds verzonden te worden. De specialist dient de verwijsbrief wel te bewaren als verantwoording voor zijn declaratie en wordt hierop steekproefsgewijs gecontroleerd. Verlengings- en achterafverwijzingen van de huisarts zijn niet meer nodig. Wel dient de specialist in het algemeen schriftelijk aan de huisarts te melden dat een patiënt zich rechtstreeks bij de specialist heeft gemeld dan wel wanneer sprake is van een verlengingsverwijzing. De huisarts dient dan binnen 2 weken te reageren indien hij het niet eens is met de gang van zaken. De patiënt wordt dan naar de huisarts terugverwezen. De reden om het verwijskaartensysteem te veranderen is vooral administratieve vereenvoudiging ten behoeve van huisartsen, specialisten en ziekenfondsen (voor ziekenfondsen betekent het zelfs een complete afschaffing van de

verwijskaartenadministratie). De veranderde honoreringssystematiek voor specialisten (waarmee de directe financiële noodzaak voor specialisten voor het aanleveren van de kaart is verdwenen) speelt daarnaast ook een rol.

Wat de gevolgen voor de registratie van verwijzingen door LINH huisartsen zullen zijn is afhankelijk van het aantal ziekenfondsen die dit systeem gaan volgen. Uit de enquête onder LINH-huisartspraktijken blijkt dat 15 huisartspraktijken voor tenminste 5 ziekenfondsen dergelijke veranderingen rapporteren. Op het registreren van nieuwe verwijzingen zal de verandering weinig effect hebben. Bij herhaal- en verlengingsverwijzingen is het de vraag in hoeverre huisartsen inderdaad ook systematisch deze terugmeldingen van de specialist krijgen en indien dat het geval is deze als verwijzing registreren in hun computer. Vanuit LINH is toen ontdekt werd dat dit speelde dat wel gevraagd. Onduidelijk is echter of dat altijd is gebeurd met name als terugmeldingen het karakter hebben van een maandelijks toegezonden lijsten met namen en adressen van door de specialist behandelde patiënten (wat soms ook het geval is). De huisarts dient dan zelf uit te zoeken of het een nieuwe of herhaalverwijzing betreft en het registreren van de diagnose is lastig indien er geen verdere informatie van de specialist is.

In tabel 8 is het aantal verwijzingen naar medisch specialisten naar leeftijd, geslacht en soort verwijskaart per 1000 ziekenfondsverzekerden voor 1997 weergegeven. De tabel laat zien dat het grootste deel van de verwijzingen jaar kaarten betreft (56%) en dat het slechts in 6% van de gevallen om aanvullende kaarten gaat.

Het verloop van het verwijscijfer in de tijd is in tabel 9 in beeld gebracht. Zagen we in 1996 al een tendens naar daling van het verwijscijfer, in 1997 lijkt deze trend zich duidelijk door te zetten. Splitsen we uit naar kaartsoort dan zijn duidelijke verschillen in de algemene trend te onderkennen. Het aantal korte kaarten is door de jaren constant gebleven. De sterkst dalende tendens zien we bij de aanvullende kaarten. Het aantal aanvullende kaarten is in vier jaar tijd tot meer dan de helft afgenomen. Deze afname wordt tot 1996 gedeeltelijk gecompenseerd door een groei van het aantal jaar kaarten. In 1997 is er echter een sprake van afname (rond 20%) in het aantal jaar kaarten.

Het totaal verwijscijfer is dus over de vier jaren afgenomen. Hoewel het niet mogelijk is van een definitieve trend te spreken gezien de korte periode, lijkt er toch een dalende trend aanwezig te zijn. Op de oorzaken zal later terug worden gekomen.

Tussen de leeftijdsgroepen zijn geen grote verschillen in het bovenbeschreven patroon te onderkennen. In elke leeftijdsgroep ligt het percentage jaar kaarten rond de 55%. De twee extremen zijn de leeftijdsgroepen 15-24 waarbij het aantal jaar kaarten het laagst is (47%) en de 65-74 leeftijdsgroep waarbij het aantal het hoogst is (62%).

Tabel 8 Aantal verwijzingen naar medisch specialisten naar leeftijd, geslacht en
soort verwijskaart per 1000 ziekenfondsverzekerden per jaar: LINH 1997

Leeftijd	Korte kaart		Aanvullende kaart			Jaarkaart			To- taal
	m	v	tot	m	v	tot	m	v	
0-4	122	85	104	22	16	19	161	125	267
5-14	74	66	70	9	9	9	116	101	189
15-24	60	100	79	7	11	9	66	96	172
25-44	78	125	103	10	18	14	100	157	250
45-64	123	167	147	23	26	24	218	244	408
65-74	195	207	202	36	38	37	413	377	637
75 eo	231	226	228	39	38	38	457	380	679
totaal	103	138	122	16	21	19	165	197	326

Aantal praktijken = 67

Aantal verwijzingen = 51.985

Aantal ziekenfondsverzekerden = 159.495

Tabel 9 Aantal verwijzingen naar medisch specialisten naar leeftijd en soort verwijfskaart per 1000 ziekenfondsverzekerden per jaar: LINH 1994-1997

	Korte kaart			Aanvullende kaart			Jaarkaart			Totaal		
	1994	1995	1996	1997	1994	1995	1996	1997	1994	1995	1996	1997
0-4	117	110	104	104	43	26	23	19	19	150	178	143
5-14	84	83	79	70	41	15	13	9	142	152	134	109
15-24	83	81	80	79	30	15	11	11	101	112	103	81
25-44	105	99	104	103	39	22	16	18	151	157	156	130
45-64	148	149	151	147	72	39	30	26	271	298	283	232
65-74	211	213	209	202	126	62	41	38	424	471	470	392
75 eo	217	223	239	228	118	65	44	38	428	466	485	406
totaal	125	125	127	122	57	30	23	21	209	231	224	182
									391	386	374	326

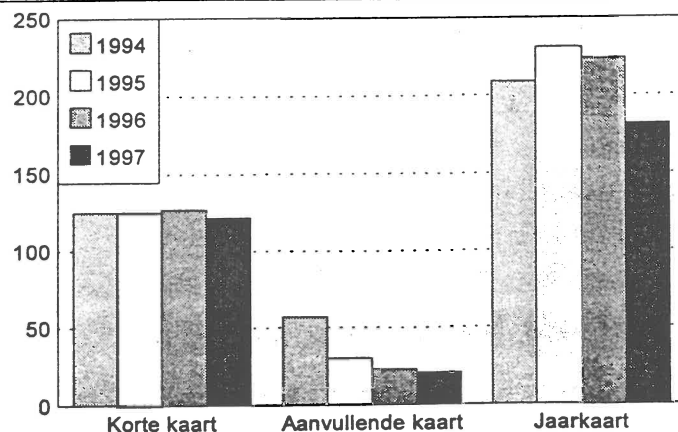
1994: N=19 praktijken, N=54.552 ziekenfondsverzekerden, N=21.349 verwijzingen.

1995: N=47 praktijken, N=132.175 ziekenfondsverzekerden, N=51.009 verwijzingen.

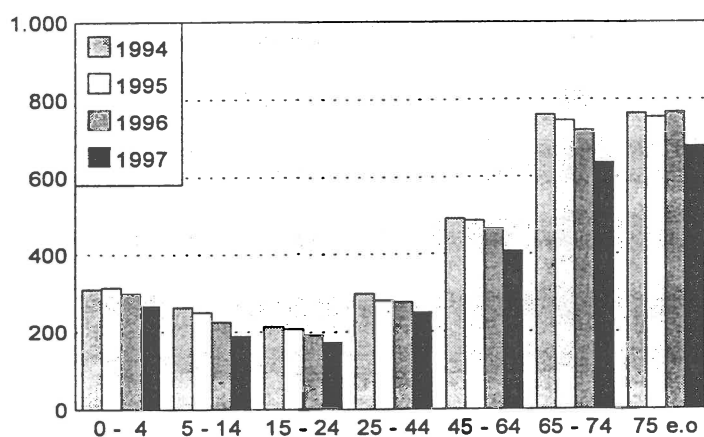
1996: N=44 praktijken, N=111.006 ziekenfondsverzekerden, N=41.469 verwijzingen.

1997: N=67 praktijken, N=159.495 ziekenfondsverzekerden, N=51.985 verwijzingen.

Figuur 8: Aantal verwijzingen naar medisch specialisten per 1.000 ziekenfondsverzekerden per jaar



Figuur 9: Aantal verwijzingen naar medisch specialisten per 1.000 ziekenfondsverzekerden per jaar

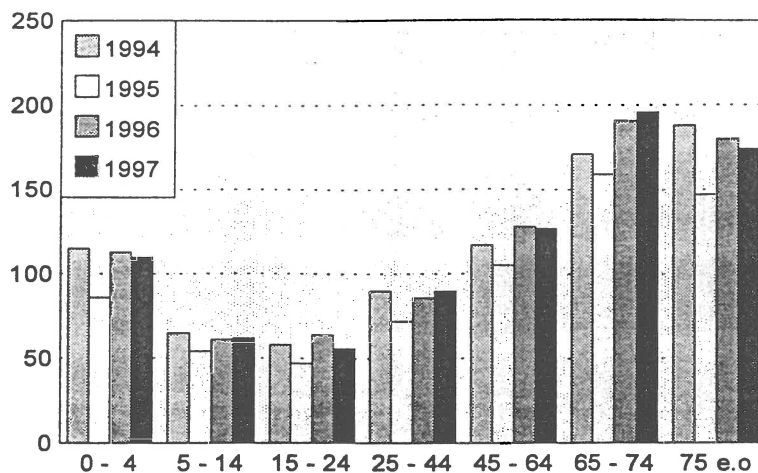


Tabel 10 Aantal verwijzingen naar medisch specialisten per 1000 particulier verzekerden per jaar naar leeftijd en geslacht: LINH 1994-1997

	mannen				vrouwen				totaal			
	1994	1995	1996	1997	1994	1995	1996	1997	1994	1995	1996	1997
0-4	132	97	120	124	97	75	106	95	115	86	113	110
5-14	71	53	61	64	58	54	60	60	65	54	61	62
15-24	42	40	48	40	76	55	80	74	58	47	64	56
25-44	72	55	66	70	113	94	111	116	90	72	86	90
45-64	105	92	111	110	133	124	154	154	117	105	128	127
65-74	188	174	183	197	155	145	199	195	171	159	191	196
75 eo	216	152	177	187	168	144	184	165	188	147	180	174
totaal	92	76	90	90	109	95	119	115	100	85	103	101

1994, N=19 praktijken, N=34.511 particulier verzekerden, N=3.456 verwijzingen.
 1995, N=47 praktijken, N=83.119 particulier verzekerden, N=7.053 verwijzingen.
 1996, N=44 praktijken, N=73.764 particulier verzekerden, N=7.602 verwijzingen.
 1997, N=65 praktijken, N=103.572 particulier verzekerden, N=11.646 verwijzingen.

Figuur 10: Aantal verwijzingen naar medisch specialisten per 1.000 particulier verzekerden per jaar



Het aantal verwijzingen van particulier verzekerden naar medisch specialisten ligt steeds rond de 100 per 1000 verzekerden (tabel 10). Alleen in 1995 lag het cijfer beduidend lager (85 verwijzingen per 1000). In 1997 is het verwijscijfer stabiel op 101 per 1000 verzekerden. Bezien we de cijfers in de tabel per leeftijds-/geslachtscategorie dan zijn geen afwijkingen van het algemene beeld te constateren: het verwijscijfer is betrekkelijk constant met een dip in 1995.

Daarnaast heeft in 1997 een opmerkelijke stijging plaatsgevonden van het aantal ziekenfondsverwijskaarten bij particulier verzekerden (niet in tabel). Het gaat daarbij om een toename van het aantal korte kaarten van 0.3 per 1000 naar 5.9 per 1000 en een toename van het aantal jaar kaarten van 0.1 per 1000 naar 4.2 per 1000 respectievelijk. Navraag bij huisartsen leert dat twee zaken verantwoordelijk zijn voor deze ontwikkeling. In de eerste plaats zijn er particuliere maatschappijen gaan werken met het ziekenfondsverwijskaartensysteem (met name de aan de ziekenfondsen gelieerde particuliere verzekeraars). Ten tweede is er soms sprake van een registratie-effect. Huisartsen hebben sinds de ziekenfondsen niet meer zijn gebonden aan vaste werkgebieden steeds meer 'verre' ziekenfondsverzekerden (verzekerden van maatschappijen buiten de eigen regio). Sommige huisartsen registreren deze in hun computer als particulier verzekerde omdat zij bij deze patiënten geen abonnementstarief krijgen maar net als bij particulier verzekerden consulten worden gedeclareerd.

Tabel 11 Aantal verwijzingen per 1000 ziekenfondsverzekerden resp. particulier verzekerden per medisch specialisme: LINH 1994-1997

	per 1000 ziekenfondsverzekerden				per 1000 particulier verzekerden			
	1994	1995	1996	1997	1994	1995	1996	1997
specialisme:								
cardiologie	26,1	27,0	23,4	18,6	4,1	3,4	4,1	4,2
chirurgie	41,1	41,7	40,1	36,7	15,2	11,4	13,9	14,8
dermatologie/allergologie	30,3	28,6	29,8	27,9	10,3	9,9	11,7	12,9
gynaecologie/verloskunde	23,6	24,8	23,9	22,4	6,8	5,6	6,6	7,7
interne geneeskunde	42,2	39,2	37,1	33,5	7,6	6,7	7,7	8,4
KNO	35,9	36,2	34,8	31,3	13,5	11,6	13,8	15,2
longarts	14,6	14,1	12,9	11,0	1,8	1,9	1,8	1,9
neurologie	24,3	24,4	22,7	20,3	8,2	5,8	7,2	7,7
oogheelkunde	70,8	66,9	64,4	51,8	7,2	6,3	8,7	10,1
orthopaedie	30,1	30,3	29,9	25,1	9,1	8,5	9,5	9,8
pediatrie	9,9	10,5	10,6	10,0	3,7	2,6	3,6	4,7
plastisch chirurg	5,6	5,7	5,8	5,1	1,3	1,6	2,3	2,6
psychiatrie	6,5	6,5	6,6	2,7	2,9	2,2	3,0	1,6
rheumatologie	7,6	7,4	7,4	6,3	1,3	1,0	1,3	1,7
revalidatiegeneeskunde	3,9	3,8	3,6	3,7	0,6	0,4	0,6	0,7
urologie	12,4	13,7	13,3	12,6	5,1	4,8	5,5	6,3
neurochirurgie	0,6	1,0	1,1	0,8	0,2	0,1	0,1	0,1
kaakchirurgie/mondheelkunde	1,6	1,2	1,3	1,0	0,4	0,3	0,4	0,4
maag-, darm- en stofw. ziekten	1,6	1,5	1,9	1,6	0,5	0,4	0,6	0,5
overige specialismen/onbekend	2,7	1,7	3,1	2,0	0,5	0,3	0,7	0,4
totaal	391,4	386,2	373,7	326,4	100,0	85,4	103,1	100,7

1994, N=19 praktijken, N=89.063 patiënten, N=24.805 verwijzingen.

1995, N=47 praktijken, N=215.294 patiënten, N=58.062 verwijzingen.

1996, N=44 praktijken, N=184.770 patiënten, N=49.071 verwijzingen.

1997, N=67 praktijken, N=263.067 patiënten, N=63.631 verwijzingen.

Een uitsplitsing naar verwijsbestemming vinden we in tabel 11. De meest voorkomende verwijsbestemmingen bij ziekenfondsverzekerden zijn oogheelkunde (inclusief refractie-verwijzingen), chirurgie, interne geneeskunde, KNO, dermatologie en orthopaedie. Bij de particulier verzekerden zijn de KNO-arts, de chirurg en de dermatoloog de meest voorkomende verwijsspecialismen. Verwijzingen naar oogheelkunde en interne geneeskunde komen bij particulier verzekerden relatief minder vaak voor. Dat komt doordat in het ziekenfondsverwijscijfer van deze specialismen veel verlengingsverwijzingen zitten en dat de meerderheid van de particulier ziektekostenverzekeraars geen verwijzing eisen voor een bezoek aan de oogarts.

Bezien we het verloop van de cijfers door de tijd dan moeten we een onderscheid maken tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden. Bij de particuliere verzekerden zijn ook per specialismen nauwelijks duidelijke trends. Bij geen enkel specialisme is sprake van een continu, stijgende tendens. In het algemeen is er sprake van fluctuaties met een dip in het jaar 1995.

Bij de ziekenfondsverzekerden zijn er duidelijke verschillen tussen de specialismen in de overall-trend van een dalend verwijscijfer. Bij sommige specialismen, zoals dermatologie, pediatrie en urologie is nauwelijks sprake van een daling. Bij andere specialismen is de daling bijzonder duidelijk. Wij noemen hier cardiologie, oogheelkunde, interne geneeskunde, KNO, longziekten, neurologie, orthopaedie en psychiatrie. Mogelijk hebben deze verschillen tussen de specialismen te maken met verschillen in de aard van de verwijzingen in de zin van nieuwe, verlengings- en achterafverwijzingen. Dat zien we in de volgende tabel.

Tabel 12 Aantal verwijzingen per 1000 ziekenfondsverzekerden uitgesplitst naar nieuwe, verlengings- en achterafverwijzingen per medisch specialisme: LINH 1996-1997

	1996			1997		
	nieuw	verlenging	achteraf	nieuw	verlenging	achteraf
specialisme:						
cardiologie	7,4	13,5	2,3	7,1	10,8	1,9
chirurgie	26,5	8,3	5,0	25,8	7,2	5,9
dermatologie/allergologie	19,0	9,2	1,4	19,9	8,0	1,6
gynaecologie/verloskunde	16,1	6,0	1,5	16,9	5,1	1,7
interne geneeskunde	16,8	16,8	3,3	16,1	15,5	3,5
KNO	20,8	12,1	1,6	21,9	9,5	1,7
longarts	4,1	7,8	0,9	3,9	6,5	1,2
neurologie	14,8	6,5	1,3	14,4	5,5	1,5
oogheelkunde	28,3	31,7	4,0	25,0	25,9	3,9
orthopaedie	18,8	8,8	2,1	17,7	6,9	2,1
pediatrie	5,5	3,9	1,1	5,8	3,6	1,2
plastisch chirurg	4,2	1,3	0,4	4,1	0,9	0,4
psychiatrie	3,7	2,4	0,4	1,5	1,1	0,2
rheumatologie	2,5	4,5	0,4	2,7	3,7	0,4
revalidatiegeneeskunde	1,8	1,5	0,3	1,8	1,6	0,5
urologie	7,8	4,7	0,6	8,3	4,3	0,8
neurochirurgie	0,5	0,4	0,2	0,4	0,4	0,1
kaakchirurgie/mondheekunde	0,9	0,3	0,2	0,9	0,1	0,1
maag-, darm- en stofw. ziekten	1,3	0,5	0,1	1,1	0,5	0,1
overige specialismen	1,7	1,1	0,3	1,1	0,8	0,2
totaal	202,3	141,3	27,0	197,4	118,2	28,8

1996: N=44 praktijken, N=111.006 ziekenfondsverzekerden, N=41.469 verwijzingen.

1997: N=67 praktijken, N=159.495 ziekenfondsverzekerden, N=51.985 verwijzingen.

Tabel 12 laat zien dat de daling in 1997 ten opzichte van 1996 volledig wordt veroorzaakt door een teruglopen van het aantal verlengingsverwijzingen. Het aantal nieuwe verwijzingen en het aantal achterafverwijzingen zijn constant gebleven.

De specialismen waarvoor in tabel 11 werd geconstateerd dat er sprake was van een afname (cardiologie, interne, neurologie, longziekten, oogheelkunde, orthopaedie) zijn allemaal specialismen met een hoog aandeel verlengingsverwijzingen. Er lijkt dus eerder sprake van een generieke trend in het teruglopen van het aantal verlengingsverwijzingen dan dat er sprake is van een specialisme-specifieke ontwikkeling.

De enige specialisme-specifieke trend doet zich voor bij psychiatrie. Bij dit specialisme is ook sprake van een duidelijke afname van het aantal nieuwe verwijzingen.

Tabel 13 Aantal verwijzingen per 1000 ziekenfonds- respectievelijk particulier verzekerden naar diagnose (ICPC-hoofdstuk): LINH 1994-1997

	per 1000 ziekenfondsverzekerden				per 1000 particulier verzekerden			
	1994	1995	1996	1997	1994	1995	1996	1997
Algemeen	9,8	8,7	8,0	7,4	2,6	1,9	2,5	2,8
Bloed	4,6	3,7	3,9	3,4	1,2	0,8	1,0	0,9
Maag-darm kanaal	23,4	25,8	25,1	21,8	8,9	7,7	9,0	9,8
Oog	64,0	60,6	58,4	43,7	6,6	6,2	8,4	9,4
Oor	21,2	21,8	21,0	16,9	6,5	6,3	6,9	7,8
Hart-vaatstelsel	46,5	45,2	41,0	31,2	8,3	6,8	9,0	9,0
Bewegingsapparaat	64,4	63,6	62,6	50,3	18,2	14,8	17,6	19,0
Zenuwstelsel	18,4	18,2	16,6	13,9	5,7	3,9	4,6	4,7
Psyche	8,1	8,4	8,5	5,1	3,2	2,4	3,4	2,4
Ademhalingsorganen	31,7	30,5	28,7	23,7	9,5	7,8	9,2	9,6
Huid	33,5	32,5	33,7	29,9	12,1	11,6	14,0	14,9
Endocrien/metabolisme	18,9	18,1	17,7	15,6	2,0	1,8	2,4	3,0
Urinewegen	8,6	8,6	8,1	7,5	2,1	2,2	2,3	2,6
Zwangerschap	10,4	10,8	10,4	8,5	2,9	2,0	2,1	2,7
Vrouwelijke geslachtsorganen	18,1	18,9	18,1	15,2	5,2	4,4	5,1	5,7
Mannelijke geslachtsorganen	8,4	8,7	8,7	7,3	4,6	3,7	4,6	5,4
Sociale problemen	0,8	0,6	0,8	0,4	0,4	0,3	0,4	0,4
Onbekend	0,6	1,3	2,4	3,4	0,1	0,3	0,6	1,3
totaal	391,4	386,2	373,7	326,4	100,0	85,4	103,1	100,7

* voor deze berekening is alleen uitgegaan van morbiditeit op korte kaarten en jaar kaarten. Dit om dubbeltellingen te voorkomen bij het uitschrijven van aanvullende kaarten.

1994, N=19 praktijken, N=89.063 patiënten, N=24.805 verwijzingen.

1995, N=47 praktijken, N=215.294 patiënten, N=58.062 verwijzingen.

1996, N=44 praktijken, N=184.770 patiënten, N=49.071 verwijzingen.

1997, N=67 praktijken, N=263.067 patiënten, N=63.631 verwijzingen.

In tabel 13 zijn de verwijzingen uitgesplitst per diagnosegroep (ICPC-hoofdstuk). Verwijzingen in verband met klachten aan het bewegingsapparaat komen zowel bij ziekenfondsverzekerden als bij particulier verzekerden het vaakst voor. Bij de ziekenfondsverzekerden worden deze gevolgd door verwijzingen met een diagnose in de hoofdstukken 'oog' en 'hart/vaatstelsel', beide hoofdstukken waar veel verlengingsverwijzingen voorkomen. Verwijzingen in verband met huidproblemen komen weer zowel bij ziekenfonds- als particulier verzekerden vaak voor.

In de tijd zijn de opvallende afnames die we al bij de verwijsbestemmingen zagen ook hier terug te vinden: deze zien we bij ziekenfondsverzekerden vooral in de hoofdstukken 'oog', 'hart-vaatstelsel', 'bewegingsapparaat', 'ademhalingsorganen', 'psyche' en 'algemeen'. Ook dit heeft te maken met een teruglopen van het aantal verlengingsverwijzingen. Het betreft hier namelijk hoofdstukken waarin het aandeel van verlengingsverwijzingen aanzienlijk is.

Meer detail bieden top-tien's van de meest voorkomende diagnoses bij nieuwe verwijzingen (ziekenfonds en particulier samen), verlengingsverwijzingen en achterafverwijzingen (zie tabel 14). Omdat de patronen per jaar zeer vergelijkbaar zijn, zijn de gegevens van 1994 tot en met 1997 samengenomen. Onder de nieuwe verwijzingen zien we na diagnoses uit het hoofdstuk 'oog' (waaronder de 'administratieve' refractie-verwijzingen) lage rugpijn met uitstraling en spataderen als meest voorkomende diagnoses. Bij de verlengingsverwijzingen treffen we, zoals te verwachten viel, vrijwel uitsluitend chronische aandoeningen als diabetes, cataract, enzovoorts.

Tabel 14 Top-tien diagnoses bij nieuwe verwijzingen (ziekenfonds en particulier), respectievelijk verlengingsverwijzingen (ziekenfonds) en achterafverwijzingen (ziekenfonds) naar de medisch specialist, 1994-1997

Nieuwe verwijzingen (n=114.087)		Verlengingsverw. ziekenfonds (n=58.693)	
diagnose	% van verw.	diagnose	% van verw.
1 F05 andere visus sympt./kla.	2,4	1 T90 diabetes mellitus	5,1
2 F91 refractieafwijkingen	2,1	2 F92 cataract	3,5
3 L86 lage rugpijn met uitstraling	1,6	3 F05 andere visus sympt./kla.	2,8
4 K95 varices benen (excl.ulcus cruris)	1,6	4 F91 refractieafwijkingen	2,6
5 L99 andere ziekten bew.app.	1,3	5 K74 angina pectoris	2,4
6 S88 contacteczeem/ander eczeem	1,2	6 R96 astma	2,1
7 L15 sympt./kla. knie	1,2	7 L88 reumatoïde arthritis	2,1
8 T90 diabetes mellitus	1,2	8 R95 emfyseem/COPD	2,0
9 K74 angina pectoris	1,1	9 K76 andere chron.isch.hartziekten	1,9
10 Y13 sterilisatie (man)	1,1	10 F93 glaucoom	1,8

Achterafverwijzingen ziekenfonds (n=11.316)	
diagnose	% van verw.
1 L74 fractuur hand/voet	2,6
2 F05 andere visus sympt./kla.	2,5
3 F91 refractieafwijkingen	2,1
4 F92 cataract	2,1
5 L72 fractuur radius/ulna	2,1
6 T90 diabetes mellitus	2,1
7 L76 andere fracturen	2,0
8 K74 angina pectoris	1,6
9 K75 acuut myocardinfarct	1,5
10 L77 verstuingen/distorsies enkel	1,5

Meer acute problemen als fracturen en hartinfarct zien we bij de achterafverwijzingen. Ook dit is volgens verwachting. Het kan hierbij gaan om gevallen waarbij de patiënt op eigen initiatief rechtstreeks naar de spoedeisende hulp van het ziekenhuis gaat. Het kan ook gaan om situaties die dermate acuut zijn dat de huisarts zelf direct verwijst (bijvoorbeeld in het geval van een hartinfarct), maar de administratieve afhandeling daarvan in de vorm van een verwijskaart later verzorgt.

Daarnaast treffen we bij de achterafverwijzingen ook chronische aandoeningen als diabetes en cataract. In 1997 blijken achterafverwijzingen vanwege angina pectoris vaker voor te komen in vergelijking met eerdere jaren. Aangenomen kan worden dat het in dit soort gevallen waar de patiënt de verwijskaart vergeten is en de specialist aan de patiënt vraagt deze alsnog te halen. Het kan ook buiten de patiënt om gaan als bijvoorbeeld de assistente van de specialist aan de huisartsassistente vraagt een kaart te regelen (vanzelfsprekend na parafering door de huisarts).

Tabel 15 biedt meer informatie over de aard van de verwijzingen. We richten ons hierbij op de nieuwe verwijzingen, omdat de huisarts daarop het meest direct invloed kan uitoefenen.

Het initiatief tot een verwijzing gaat bij 40% van de nieuwe verwijzingen uit van de huisarts. Minder dan een vijfde van de verwijzingen vindt plaats op initiatief van de patiënt. Zagen we in dit laatste percentage een dalende tendens in de periode 1994-1996 (van 19,7% in 1994 tot 16,7% in 1996), in 1997 is er weer een geringe toename. Het aantal verwijzingen op initiatief van zowel huisarts als patiënt, dat toenam tussen

1994 en 1996, is weer iets afgenomen in 1997. Duidelijke trends zijn dus over de gehele beschouwde periode niet te onderkennen.

In het algemeen is er geen verschil tussen de (nieuwe) verwijzingen van ziekenfonds-verzekerden en particulier verzekerden die op initiatief van de patiënt plaatsvinden. Alleen bij vrouwelijke ziekenfondspatiënten vinden vaker verwijzingen op initiatief van de patiënt plaats.

Het meest worden patiënten verwezen ter diagnose en behandeling door de specialist. Dit percentage is de afgelopen jaren iets toegenomen ten koste van verwijzingen alleen ter behandeling. Het percentage verwijzingen alleen ter diagnose ligt tamelijk stabiel rond de 20%. Verwijzingen alleen ter geruststelling van de patiënt komen vrij weinig voor. De verschillen tussen mannen en vrouwen en ziekenfonds- en particulier verzekerden zijn klein.

Tabel 15 Nieuwe verwijzingen naar de medisch-specialist uitgesplitst naar initiatief van de verwijzing, doel van de verwijzing en aard van de samenwerking met de specialist, 1994-1997

kol. %	ziekenfonds 1997		particulier 1997		1994	totaal		
	man	vrouw	man	vrouw		1995	1996	1997
initiatief tot verwijzing								
huisarts	45,0	41,2	44,2	41,3	43,9	41,3	41,3	42,8
huisarts en patiënt	30,7	31,7	35,1	36,9	28,2	32,0	34,4	32,5
patiënt	15,8	19,0	16,3	17,1	19,7	17,8	16,8	17,4
specialist	5,8	5,4	1,6	2,1	5,4	6,1	4,8	4,6
overige	2,7	2,7	2,8	2,6	2,7	2,8	2,7	2,7
n	11.021	16.468	4.831	4.957	15.093	30.004	29.361	37.617
initiatief onbekend		1.535		328	11	56	59	1.886
doel van de verwijzing								
diagnose	20,2	22,0	20,9	21,8	21,6	20,0	19,9	21,3
behandeling	31,5	30,3	31,0	28,8	33,8	32,7	31,9	30,5
diagnose en behandeling	46,0	44,5	44,5	45,0	41,3	44,4	45,3	45,0
geruststelling	2,3	3,2	3,6	4,4	3,4	2,9	3,0	3,2
n	10.967	16.394	4.810	4.949	15.079	29.901	29.297	37.460
doel onbekend		1.663		357	25	159	123	2.043
aard van de samenwerking met specialist								
eenmalig	35,0	36,9	35,7	35,9	33,9	31,7	34,3	36,2
overname	58,1	56,0	56,9	56,8	58,2	60,7	57,5	56,7
gezamenlijke behandeling	6,9	7,1	7,4	7,3	8,0	7,6	8,2	7,1
n	10.865	16.196	4.789	4.922	14.779	29.422	29.068	37.111
aard onbekend		1.963		405	325	638	352	2.392

Bij ruim de helft van de nieuwe verwijzingen beoogt de huisarts overname van de behandeling door de specialist. Meer dan een derde van de verwezen patiënten behoeft, naar het oordeel van de huisarts, een eenmalige behandeling door de specialist. Er is een geringe toename te zien in dit percentage over de jaren. Verwijzingen waarbij de huisarts gezamenlijke behandeling nastreeft maken meer dan 10% van het totaal aantal verwijzingen uit. Dit percentage is stabiel in de periode 1994-1997.

Overigens zijn in dit percentage aanzienlijke verschillen tussen diagnoses. Bij patiënten met diagnoses als depressie en emfyseem/COPD wordt in meer dan 20% van de gevallen gezamenlijke behandeling beoogd (Rikken, de Bakker, 1998).

Aanvullende analyses

De belangrijkste trend die in het voorafgaande is geconstateerd is het teruglopen van het ziekenfondsverwijscijfer. Dit teruglopen kan in zijn geheel worden toegeschreven aan het teruglopen van het aantal verlengingsverwijzingen. Er zijn enkele aanvullende analyses verricht om mogelijke oorzaken te verifiëren.

1. Voor de hand liggend is de daling toe te schrijven aan de afschaffing van de verwijskaart door een aantal ziekenfondsen. Een analyse op praktijkniveau leert dat inderdaad afnames te vinden zijn onder praktijken die rapporteren met dergelijke ziekenfondsen van doen hebben. Dat is echter niet het enige want ook bij andere praktijken is sprake van een dalende tendens, die statistisch significant niet verschilt van die bij praktijken waarbij het ziekenfonds geen verwijskaart meer vereist ($p > .05$).
2. Mogelijk speelt een zekere registratiemoetheid bij praktijken die reeds lang aan LINH deelnemen. Het invoeren van verlengingsverwijzingen in de computer en het daarbij zoeken van de juiste diagnose (zo men die al weet) is voor veel van de registrerende huisartsen iets dat men wellicht niet zou doen als men niet aan LINH meedoet. Voor de eigen praktijkvoering vinden veel huisartsen het vastleggen van verlengingsverwijzingen geen noodzaak, omdat het medisch gezien geen extra informatie oplevert behalve de wetenschap dat de desbetreffende patiënt kennelijk nog onder behandeling van de specialist is. De medisch inhoudelijk relevante informatie haalt men uit de specialistenbrieven. Sommige huisartsen gebruiken de herhaalverwijskaarten om te checken of er een specialistenbrief is en bellen er achter aan om deze alsnog te krijgen indien deze ontbreekt.
Indien sprake zou zijn van registratiemoetheid zouden de praktijken die al langer aan LINH deelnemen een lager verwijscijfer moeten hebben. Dat blijkt niet het geval te zijn. De 'oudere' praktijken registreren zelfs statistisch significant meer verlengingsverwijzingen dan de nieuwe praktijken ($p < .05$).
3. Uit het voorgaande zou kunnen worden geconcludeerd dat de daling veroorzaakt is door de in 1997 tot LINH toetgetreden praktijken; het gaat hierbij om ruim 20 nieuwe praktijken. Ook dit blijkt niet de oorzaak te zijn, want bij een analyse op alleen de oude praktijken blijkt sprake te zijn van een statistisch significante afname van het aantal verlengingsverwijzingen ($p < .05$).

Als deze 'registratietechnische' redenen niet verantwoordelijk zijn voor de daling dan wordt het waarschijnlijker dat er inderdaad sprake is van een trend. Een mogelijke inhoudelijke verklaring zou kunnen zijn dat het aantal verlengingsverwijzingen terugloopt doordat specialisten minder geneigd zijn patiënten vast te houden, nu de honoreringssystematiek is veranderd in de zin dat productieprikkels zijn weggenomen. Navraag bij een aantal huisartsen leert dat men deze ontwikkeling inderdaad waarneemt. Gezocht is naar verificatie van de ontwikkeling buiten LINH door gegevens op te vragen bij een grote zorgverzekeraar en te vergelijken met gegevens verzameld in het kader van de evaluatie van de eigen bijdrageregeling voor ziekenfondsverzekerden (Hutten et al., 1998).

Van een grote zorgverzekeraar zijn gegevens verkregen over de jaren 1995, 1996 en 1997 met betrekking tot de aantallen verwijzingen per 1000 verzekerden uitgesplitst naar kaartsoort en specialisme. Daarin blijken zich geen duidelijke trends af te tekenen ook niet bij specialismen waar het aandeel van verlengingsverwijzingen traditioneel hoog is (b.v. cardiologie, longziekten).

Uit de gegevens verzameld in het kader van de evaluatie van de eigen bijdrageregeling bleek dat zowel de kosten specialistische hulp in 1997 waren gedaald als dat het specialistbezoek was afgenomen. Dit bevestigt de in LINH geconstateerde trend.

Hoewel er een aantal aanwijzingen zijn voor het bestaan van een trend is het te vroeg om definitieve conclusies te trekken. Afgewacht moet worden of de trend zich komende jaren voortzet.

3.5 Verwijzen binnen de eerste lijn

Verwijzingen binnen de eerste lijn worden sinds april 1996 in het LINH-project geregistreerd. De cijfers voor 1996 hebben betrekking op de maanden april tot en met december 1996, maar zijn omgerekend naar jaarcijfers.

Wij richten ons hier op verwijzingen naar fysiotherapie, oefentherapie Cesar en Mensendieck, logopedie en het RIAGG. Behalve het RIAGG betreft het hier verwijsbestemmingen waarbij een administratieve noodzaak voor een verwijzing is. Bij het RIAGG is dat formeel niet zo, maar veel RIAGG's nemen alleen patiënten aan als deze eerst door de huisarts zijn gezien.

De enquête onder huisartsen gaf aan dat een deel van de huisartsen verwijzingen naar de eerste lijn onvolledig registreerde (zie bijlage 2). Dat gold in sterkere mate voor verwijzingen naar RIAGG, logopedie en oefentherapie dan voor verwijzingen naar fysiotherapie. Verwijscijfers per 1000 inschreven patiënten zijn daarom alleen gepresenteerd voor fysiotherapie en wel voor de 48 huisartspraktijken die aangaven wel volledig te hebben geregistreerd. Bij de verwijzingen naar oefentherapie, logopedie en de RIAGG worden geen cijfers per 1000 verzekerden gepresenteerd, maar alleen de verdeling van het aantal verwijzingen over deze disciplines. Er zijn daarnaast top-vijf's van de meest voorkomende verwijsdiagnoses naar deze disciplines opgenomen.

We zien in tabel 16 dat het verwijscijfer fysiotherapie licht is afgenomen in vergelijking met 1996 (75 versus 80 per 1000). Deze afname manifesteert zich vooral bij de ziekenfondspatiënten. Voor particulier verzekerden is geen verandering te constateren.

Zowel in 1997 als in 1996 had 85% van de diagnoses betrekking op een aandoening van het bewegingsapparaat (niet in tabel). Van de andere hoofdstukken zijn aandoeningen aan het zenuwstelsel, algemene, niet gespecificeerde problemen en psychische problemen het belangrijkste (niet in tabel). Tabel 17 laat zien dat de meest voorkomende verwijsdiagnose in 1997 (evenals in 1996) lage rugpijn zonder uitstraling is, gevolgd door symptomen/klachten nek en afwijking cervicale wervelkolom. Er is weinig verandering in de andere diagnosen in vergelijking met 1996. In 1997 is spierpijn in de top-tien van diagnosen gekomen in plaats van epicondylitis lateralis die in 1996 op de negende plaats stond. Het gaat hier echter om geringe verschuivingen.

Tabel 16 Verwijzingen naar fysiotherapie per 1000 ingeschreven patiënten per jaar naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm, LINH 1996-1997

	1996	1997
0 - 4	3	6,1
5 - 14	15	17,2
15 - 24	54	48,4
25 - 44	91	82,2
45 - 64	116	110,7
65 - 74	125	110,5
75 e.o.	107	113,5
ziekenfonds mannen	76	67
vrouwen	110	99
particulier mannen	51	53
vrouwen	67	71
totaal	80	75

1996: N=30 huisartspraktijken; N=134.647 patiënten; N=5.152 verwijzingen
registratieperiode 1/4/96 - 31/12/96, omgerekend naar jaarcijfers

1997: N=48 huisartspraktijken; N=194.475 patiënten; N=10.781 verwijzingen

Tabel 17 Top-tien van diagnoses bij een verwijzing naar fysiotherapie. LINH 1996-1997

LINH 1996 diagnose	% van verw.	LINH 1997 diagnose	% van verw.
1 L03 lage rugpijn zonder uitstraling	13,4	1 L03 lage rugpijn zonder uitstraling	13,4
2 L01 sympt./klachten nek	9,5	2 L01 sympt./klachten nek	10,2
3 L83 afw. cervicale wervelkolom	7,7	3 L83 afw. cervicale wervelkolom	6,8
4 L86 rugpijn met uitstraling	6,2	4 L86 rugpijn met uitstraling	5,8
5 L02 sympt./klachten rug	5,2	5 L92 schoudersyndromen/PHS	5,5
6 L08 sympt./klachten schouder	5,1	6 L02 sympt./klachten rug	5,0
7 L92 schoudersyndrome/PHS	4,9	7 L08 sympt./klachten schouder	4,8
8 L15 sympt./klachten knie	3,2	8 L15 sympt./klachten knie	3,3
9 L93 epicondylitis lateralis	3,1	9 L99 andere ziekten bewegingsapparaat	3,2
10 L99 andere ziekten bewegingsapparaat	2,8	10 L18 spierpijn	3,1

N=30 huisartspraktijken; N=5.152 verwijzingen

N=48 huisartspraktijken; N=10.781
verwijzingen

Het verwijscijfer naar fysiotherapie is dus het afgelopen jaar licht afgenomen. Of hier sprake is van een trend moet het komende jaar blijken.

Tabel 18 Top-5 van diagnoses van verwijzingen naar oefentherapie Cesar/Mensendieck, logopedie en de RIAGG, 1996-1997

1996			1997		
Oefentherapie (n=237)			Oefentherapie (n=737)		
diagnose	% van verw.		diagnose	% van verw.	
1 L03 lage rugpijn zonder uitstraling	30,8		1 L03 lage rugpijn zonder uitstraling	24,0	
2 L02 symptomen/klachten rug	10,1		2 L02 symptomen/klachten rug	12,5	
3 L01 symptomen/klachten nek	8,9		3 L01 symptomen/klachten nek	8,8	
4 L86 lage rugpijn met uitstraling	5,5		4 L86 lage rugpijn met uitstraling	6,3	
5 L85 verworven afwijkingen wervelkolom	5,1		5 L86 verworven afwijking wervelkolom	5,8	
Logopedie (n=185)			Logopedie (n=457)		
diagnose	% van verw.		diagnose	% van verw.	
1 N19 spraak/fonatie stoornis	37,3		1 N19 spraak/fonatie stoornis	38,5	
2 P24 specifiek leerprobleem	23,2		2 P24 specifiek leerprobleem	25,4	
3 R23 symptomen/klachten stem	14,1		3 R23 symptomen/klachten stem	12,9	
4 P10 stamelen/stotteren/tics	7,0		4 P10 stamelen/stotteren/tics	9,6	
5 R98 sympt/kl. mond/tong/lippen	2,2		5 R98 hyperventilatie	2,0	
RIAGG (n=200)			RIAGG (n=369)		
diagnose	% van verw.		diagnose	% van verw.	
1 P76 depressie	24,5		1 P76 depressie	16,8	
2 Z12 relatieproblemen met partner	9,0		2 Z12 relatieproblemen met partner	5,7	
3 P74 angststoornis/angsttoestand	6,0		3 P02 crisis/voorbijgaande stress-reactie	5,4	
4 P01 angstig/nerveus/gespannen	5,5		4 P99 andere psychische stoornissen	5,4	
5 P22 andere gedrags/emotionele st.kind	5,5		5 P74 angststoornis/angsttoestand	5,1	

De resultaten met betrekking tot oefentherapie, logopedie en het RIAGG zijn opgenomen in tabel 18. Verwijzingen naar Cesar en Mensendieck zijn samengenomen vanwege de kleine aantallen en de sterke onderlinge gelijkenis van het patroon van diagnoses. Naar de drie disciplines samen zijn in 1997 1563 verwijzingen geregistreerd tegen 622 in 1996. Aan deze toename op zich kunnen geen conclusies worden verbonden omdat in 1996 een geringer aantal praktijken registreerde en bovendien de registratie in april van dat jaar is gestart. Wel kan worden geconstateerd dat het aandeel van de verwijzingen naar oefentherapie in het totaal is toegenomen van 38,1 naar 47,2%. Het aantal verwijzingen naar oefentherapie is ook toegenomen in verhouding tot het aantal verwijzingen naar fysiotherapie (1 op 22 in 1996 tegen 1 op 15 in 1997).

Vier van de vijf meest voorkomende verwijsdiagnoses naar oefentherapie betreffen rugproblemen. Zij maken de helft van het totaal aantal verwijzingen naar oefentherapie uit. Dit werd ook gevonden in ander onderzoek (Rijken et al., 1996). Het aandeel van de (symptoom-)diagnose lage rugpijn zonder uitstraling is in 1996 iets afgenomen. Gedeeltelijk is dit gecompenseerd door een toename van andere rugproblemen.

Bij logopedie is spraak-/fonatiestoornis de meest voorkomende verwijs(symptoom)diagnose, gevolgd door 'specifiek leerprobleem'. De top vijf van diagnosen waarmee patiënten naar logopedie zijn verwezen is gelijk gebleven aan die van 1996, behalve dat hyperventilatie in 1997 op de vijfde plaats is gekomen (in plaats van symptomen/klachten mond/tong/lippen in 1996).

Bij verwijzingen naar het RIAGG is 'depressie' veruit de meest voorkomende diagnose. Ongeveer een op de zes van de naar het RIAGG verwezen patiënten kreeg deze diagnose mee. Ten opzichte van 1996 is het aandeel van met de diagnose depressie verwezen patiënten duidelijk afgenomen (van 24,5% naar 16,8%). Ook het aandeel van de op een na meest voorkomende verwijfsdiagnose naar het RIAGG (relatieproblemen met partner) is afgenomen (van 9% naar 5,7%). Tegenover deze afnames staan geen duidelijke toenames van andere diagnoses. Er lijkt dus een diversifiëring van verwijfsdiagnoses naar het RIAGG op te treden.

4 CONCLUSIES

In het onderstaande worden de voornaamste conclusies op een rij gezet en van commentaar voorzien:

Conclusies ten aanzien van contactfrequenties

Het aantal contacten met de huisartspraktijk bedraagt in 1997 gemiddeld 6 per patiënt. Ten opzichte van 1996 is dat een lichte stijging (0,3%). De stijging tekent zich in sterkere mate af bij ziekenfondsverzekerden, vrouwen en ouderen in vergelijking tot respectievelijk particulier verzekerden, mannen en jongeren.

Een belangrijk deel van de contactfrequentie met de huisartspraktijk komt voor rekening van de praktijkassistente. Bijna de helft betreft face-to-face-contacten met de huisarts. Daarvan betreft bijna 10% visites.

Commentaar: Of de toename een trend aangeeft zal in de komende jaren moeten blijken. Op basis van gegevens over twee jaren kunnen daaraan geen definitieve conclusies worden verbonden.

Conclusies ten aanzien van het voorschrijven van geneesmiddelen

Het aantal voorschriften van medicijnen is in 1997 in vergelijking tot 1996 iets toegenomen van 4,8 naar 5,2 per patiënt op jaarbasis. De toename is over de gehele linie zichtbaar, onafhankelijk van geslacht, verzekeringsvorm en leeftijd. Voor iets meer dan de helft kan de toename worden toegeschreven aan een groei van het aantal niet ATC-codeerbare voorschriften.

Commentaar: Mogelijk heeft de toename te maken met een toename in de mate waarin huisartsen magistrale receptuur en verbandmiddelen in het HIS vastleggen.

De groei van het aantal voorschriften zal voor een deel zich ook vertalen in extra productie in de vorm van contacten. Vaak zal het daarbij gaan om contacten met de assistente in de vorm van herhaalreceptuur. De groei van het aantal contacten zal daarom ook deels te wijten zijn aan de groei van het aantal voorschriften.

Conclusies ten aanzien van het verwijzen naar de tweede lijn

Het aantal verwijzingen van ziekenfondsverzekerden naar de specialist is in 1997 gedaald ten opzichte van 1996 van 374 per 1000 ziekenfondsverzekerden naar 326 per 1000 ziekenfondsverzekerden. De afname tekent zich vooral af in het aantal aanvullende en jaar kaarten. Nadere analyse leert dat het met name de verlengingsverwijzingen zijn die in aantal zijn afgenomen. De afname concentreert zich dan ook vooral bij specialismen met een hoog percentage verlengingsverwijzingen zoals cardiologie, oogheelkunde, interne geneeskunde, KNO, longziekten, neurologie, orthopaedie en psychiatrie.

In het aantal en het patroon van verwijzingen van particulier verzekerden is de afgelopen jaren weinig veranderd. Het ligt steeds op rond de 100 per 1000 verzekerden (in 1997 101).

Over het algemeen is geen duidelijke trend te onderkennen in de invloed van de patiënt op het totstandkomen van een verwijzing, althans naar het oordeel van de huisarts.

Commentaar: De belangrijkste trend is de afname van het aantal verlengingsverwijzingen. Een rol speelt hier het afschaffen van het verwijskaartensysteem in enkele regio's. Aanvullende analyses laten zien dat ook afnames te constateren zijn in regio's waar

het verwijskaartensysteem niet is afgeschaft. Ook registratiemoetheid lijkt niet verantwoordelijk voor de tendens want de afname speelt zowel bij ervaren als bij recent toegetreden LINH-praktijken. Een derde mogelijke oorzaak is dat het aantal verleningsverwijzingen werkelijk is teruggelopen doordat specialisten minder geneigd zijn patiënten vast te houden. Dit zou het gevolg kunnen zijn van de veranderde specialist-honorering, waardoor de prikkel tot produktie bij de specialist is verminderd.

De afname wordt bevestigd door gegevens verzameld in het kader van de evaluatie van de eigen bijdrageregeling voor ziekenfondsverzekerden, maar niet door gegevens van een grote zorgverzekeraar. Al met al kan worden gesteld dat het waarschijnlijk is dat sprake is van een reële afname, maar dat al te definitieve conclusies nog niet kunnen worden getrokken.

Conclusies ten aanzien van het verwijzen naar de eerste lijn

Het afgelopen jaar is het verwijscijfer naar fysiotherapie licht gedaald (van 80 naar 75 per 100 patiënten). De daling tekent zich met name af bij de ziekenfondsverzekerden. In het diagnosepatroon zijn weinig veranderingen opgetreden.

Daarnaast zien we een relatieve toename van het aantal verwijzingen naar de oefentherapeut. Bij deze discipline lijkt een verschuiving op te treden van verwijzingen in verband met lage rugpijn zonder uitstraling naar andere symptomen/diagnoses betreffende de rug.

Commentaar: Of sprake is van een trend in de afname van het aantal verwijzingen van ziekenfondsverzekerden naar de fysiotherapeut zal de komende jaren moeten blijken. De beperkende maatregel fysiotherapie was reeds in 1996 van kracht en kan daardoor nauwelijks de oorzaak zijn. Aan de NHG-standaard lage rugpijn (die een terughoudend beleid in het verwijzen naar van patiënten met lage rugpijn naar fysiotherapie voorschrijft) zal het ook niet liggen omdat in dat geval ook het aantal verwijzingen van particulier verzekerden zou moeten zijn afgenomen. De invoering van de eigen bijdrage voor ziekenfondsverzekerden per 1 januari 1997 zou mogelijk een rol kunnen spelen. Gegevens uit het Consumentenpanel die in het kader van de evaluatie van de eigen bijdrageregeling zijn geanalyseerd schetsen een grillig verloop van het gebruik van fysiotherapie door de jaren heen en bevestigen de afname in 1997 echter niet (Hutten et al., 1998).

LITERATUUR

- BAAL, M. VAN. Trendcijfers gezondheidsenquête; medische consumptie, 1991-1995. Maandbericht Gezondheidsstatistiek CBS 1996/5, 4-25.
- BAKKER, D.H. DE, P.P. GROENEWEGEN. Kostencijfer huisartsenzorg. Verslag van een onderzoek op verzoek van de Paritaire Werkgroep Huisartsenzorg. Utrecht: NIVEL, 1995.
- DELOITTE & TOUCHE. Onderzoek ten behoeve van het FOZ-cijfer huisartsenzorg over de jaren 1993 en 1994. Den Haag, 1994.
- Financieel Overzicht Zorg, 1995.
- Financieel Overzicht Zorg, 1996.
- GIP, GIPrescripties 1991/GIPrescripties 1992. Ziekenfondsraad.
- GIP, Kengetallen Farmaceutische Hulp 89-95. In GIPeiliningen juni 1995, 5.
- GIP, Kengetallen Farmaceutische Hulp 1994. In GIPeiliningen december 1995, 6.
- GROENEWEGEN, P.P., D.H. DE BAKKER, J. VAN DER VELDEN. Verrichtingen in de huisartspraktijk; Basisrapport Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 1992.
- HUTTEN, J.B.F., C.C. ROS, D.M.J. DELNOIJ. Evaluatie Algemene Eigen-Bijdrageregeling voor ziekenfonds verzekerden. Eindrapport: Effecten van de Algemene Eigen-Bijdrageregeling. Utrecht: NIVEL, 1998.
- KULU-GLASGOW, I., D. DELNOIJ, I. HERMANS. Ziektekostenverzekeraars en de poortwachtersfunctie van huisartsen. Medisch Contact, 52, 1997, 4, 127-129.
- LINH: naar een Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg. Utrecht: LHV/NHG/NIVEL/WOK, 1996.
- OVERBEEKE, J.J. VAN, H.P. WESTERHOF (red.). WCIA-HIS-Referentiemodel 1995. Deel A: Functionele eisen. Utrecht: NHG/LHV, 1996.
- PARITAIRE WERKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE. Poortwachter in de praktijk. Utrecht: LHV, 1995.
- PETERS, E.TH.J., G.J. WIJERING, G.TH. VAN DER WERF, F.M. HAAIJER RUSKAMP. Naar een indicatiegebonden medicatiebestand in de eerste lijn. Groningen, 1996.
- REGISTRATIE NETWERK GRONINGEN. Jaarverslag 1994. Groningen: Vakgroep Huisartsgeneeskunde, 1994.
- RIJKEN, P.M., C.M. VAN HEUGTEN, J. DEKKER. Brancherapport paramedische zorg. Utrecht, NIVEL, 1996.
- SEBREGTS, E., L. STOKX, H. VAN DEN HOOGEN. Het verwijkskaartensysteem onder de loep. Medisch Contact 50, 1995, 23, 735-739.
- STOKX, L.J., J. VAN DER VELDEN, R.P.T.M. GROL, B.J.J.M. BERDEN. De noodzaak van goede informatievoorziening in de gezondheidszorg. De plaats van de huisartsgeneeskunde. Medisch Contact 1994 (49); 18: 611-13.
- STOKX, L.J., M. FOETS, D.H. DE BAKKER, H. FLIERMAN. Het voorschrijven van geneesmiddelen in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 1992.
- TERLUIN, B., D.H. DE BAKKER, P. VERHAAK. Het gebruik van de diagnoses surmenage en depressie in de huisartspraktijk. H&W 1993; 36 (10), p. 314-321.

UUNK, W., J. DEKKER, P. GROENEWEGEN. Verwijzingen van huisartsen naar fysiotherapeuten: morbiditeitspecifieke verwijspersentages. Utrecht: NIVEL, 1991.

VELDEN, J. VAN DER, D.H. DE BAKKER, A.A.M.C. CLAESSENS, F.G. SCHELLEVIS. Morbiditeit in de huisartspraktijk; Basisrapport Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 1991.

BIJLAGE 1 Representativiteit LINH

De representativiteit van de deelnemers aan LINH is nagegaan op kenmerken van de huisartsen en de praktijken, op kenmerken van de vestigingsplaats en op kenmerken van de praktijkpopulaties. De gegevens zijn ontleend aan de Huisartsenregistratie van het NIVEL, tenzij anders vermeld.

Tabel 1: Huisarts- en praktijkkenmerken: LINH vs alle Nederlandse huisartsen

kol. %	geen LINH	wel LINH	totaal Nederland
sexe			
man	78,3	77,8	78,3
vrouw	21,7	22,2	21,7
leeftijd			
< 35 jr.	6,7	4,4	6,7
35-39	16,5	16,3	16,5
40-44	26,4	29,6	26,5
45-49	25,5	32,6	25,6
50-54	15,5	12,6	15,4
55+	9,5	*4,4	9,4
vestigingsduur			
tot 5 jaar	19,6	14,8	19,5
6-10 jaar	16,5	17,0	16,5
11-15 jaar	19,5	20,0	19,5
16-20 jaar	21,4	28,9	21,5
21-25 jaar	15,1	15,6	15,1
26 jaar en meer	8,0	*3,7	7,9
praktijkvorm			
solo	48,3	*32,6	48,0
duo	31,4	25,2	31,2
groeps	11,9	*20,7	12,1
gezondheidscentrum	8,4	*21,5	8,6
dagdelen werkzaam			
0-4	5,2	2,9	5,1
5-6	13,4	12,6	13,3
7-8	10,3	16,3	10,3
9-10	67,4	67,9	67,3
onbekend	3,8	0	3,8
apotheekhoudend			
ja	8,9	5,9	8,9
nee	86,6	92,6	86,7
n.v.t. (arts-assistent)	4,5	1,5	4,4
totaal	100,0	100,0	100,0
n	7198	135	7333

* wijkt statistisch significant af van Nederlands totaal ($p < .05$)

ad 1 Analyse op artsniveau

De kenmerken van de huisartsen in LINH zijn vergeleken met die van de rest van de Nederlandse huisartsen en de totale Nederlandse huisartsenpopulatie. De vergelijking is uitgevoerd in november 1997 toen LINH 135 deelnemende huisartsen omvatte werkzaam in 69 praktijken (zie tabel 1). Getoetst is of het Nederlands totaal buiten de 95%-betrouwbaarheidsmarges voor LINH huisartsen vallen. In die gevallen is sprake van een statistisch significant afwijking van LINH van het Nederlands totaal.

De tabel laat zien dat er geen sprake is van statistisch significante afwijking qua percentage vrouwelijke huisartsen, percentage part-timers en percentage apotheekhoudenden. Op de kenmerken leeftijd en vestigingsduur is er alleen een statistisch significant verschil in de hoogste categorie. LINH heeft relatief minder huisartsen die tegen de pensioengerechtigde leeftijd aanzitten. Het belangrijkste verschil is er in praktijkvorm. In LINH zitten minder huisartsen in solopraktijken dan landelijk, maar meer huisartsen in groepspraktijken en gezondheidscentra.

ad 2 Geografische spreiding

Tabel 2 Vestigingsplaatskenmerken: LINH-huisartsen ivm andere Nederlandse huisartsen

kol.%	geen LINH	wel LINH	Nederland totaal
provincie			
Groningen	3,5	5,2	3,5
Friesland	4,0	4,4	4,0
Drenthe	3,1	1,5	3,0
Overijssel	6,4	3,7	6,4
Flevoland	2,1	5,9	2,2
Gelderland	12,1	9,6	12,0
Utrecht	7,5	*3,7	7,5
Noord-Holland	16,9	12,6	16,8
Zuid-Holland	21,3	17,8	21,3
Zeeland	2,3	3,0	2,3
Noord-Brabant	13,9	19,3	14,0
Limburg	7,0	*13,3	7,1
landsdeel			
noord (gr fr dr)	10,6	11,1	10,6
oost (ov gld fl)	20,6	19,2	20,6
west (ut nh zh)	45,7	*34,1	45,5
zuid (zee nb lim)	23,2	*35,6	23,4
stedelijkheid			
zeer sterk stedelijk	19,0	13,3	18,9
sterk stedelijk	23,7	26,7	23,7
matig stedelijk	20,3	14,8	20,2
weinig stedelijk	20,2	28,9	20,4
niet stedelijk	16,7	16,3	16,7
totaal	100,0	100,0	100,0
n	7198	135	7333

* wijkt statistisch significant af van Nederlands totaal ($p < .05$)

Tabel 2 laat zien hoe de geografische spreiding van de LINH-huisartsen zich verhoudt tot die van alle Nederlandse huisartsen samen. In negen van de elf provincies wijkt het percentage LINH-praktijken niet statistisch significant af van het Nederlandse percentage. In de provincie Utrecht is sprake van ondervertegenwoordiging en in de provincie Limburg van oververtegenwoordiging. Op het niveau van de landsdelen zien we dit terug in een oververtegenwoordiging van praktijken in het zuiden des lands en een ondervertegenwoordiging van praktijken in het westen.

Er is ook nagegaan hoeveel huisartsen een praktijkadres in stedelijke achterstandsgebieden hebben zoals die worden onderscheiden door de LHV. Huisartsen krijgen voor ziekenfondsverzekerden uit deze wijken een hoger abonnementstarief omdat zij een hogere werklast met zich meebrengen. Er blijkt slechts één praktijk (0,7%) te zijn gevestigd in een achterstandsgebied, terwijl landelijk ruim 400 huisartsen (6,2%) een praktijkadres in achterstandsgebieden hebben. Dat verschil is overigens niet statistisch significant. Dat wil overigens niet zeggen dat er niet meer huisartsen zijn met patiënten in achterstandswijken. Verschillende LINH-huisartsen hebben hun praktijkadres in postcodegebieden die grenzen aan achterstandsgebieden.

ad 3 Praktijkpopulaties

De gemiddelde praktijkomvang per huisarts blijkt volgens in november 1997 in LINH 2211 te zijn. Per zelfstandig gevestigde huisarts waren er op 1 januari 1998 in Nederland 2249 patiënten. Dit stemt dus goed overeen.

Wat betreft de samenstelling van de praktijkpopulatie kon een vergelijking worden gemaakt naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm. Dit is gedaan voor het hele bestand (op dat moment 297.125 patiënten). Vergeleken is met gegevens van de Ziekenfondsraad en KLOZ/KPZ. Deze gegevens hebben betrekking op alle ziekenfondsverzekerden respectievelijk alle particulier verzekerden in Nederland.

De resultaten van deze exercitie staan in tabel 2. Het is opmerkelijk hoe goed LINH het landelijk beeld volgt. Zeker als wordt bedacht dat werving hier op samenstelling van de praktijkpopulatie nauwelijks mogelijk is. Werving is mogelijk op regio, praktijkvorm, type HIS e.d. en dan moet maar worden afgewacht welke praktijksamenstelling daar vervolgens uitkomt. Hoogstens kan worden opgedat het percentage ziekenfondsverzekerden in LINH iets lager ligt dan in Nederland als geheel, maar het verschil is klein.

Tabel 3: De praktijkpopulatie van de LINH-praktijken vergeleken met Nederland naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm

	mannen LINH	mannen Nederland	vrouwen LINH	vrouwen Nederland
ziekenfonds				
0-4	1,8	1,9	1,6	1,8
5-14	3,2	3,3	3,1	3,2
15-24	4,0	4,3	4,1	4,3
25-44	9,9	10,6	11,2	11,5
45-64	5,7	6,1	7,1	7,4
65-74	2,1	2,2	2,8	3,0
75 eo	1,4	1,4	2,6	2,9
totaal	28,2	29,7	32,7	34,0
particulier				
0-4	1,3	1,3	1,3	1,3
5-14	3,1	2,9	2,9	2,7
15-24	2,4	2,2	2,3	2,0
25-44	6,8	5,7	5,0	4,5
45-64	6,1	5,5	4,1	4,1
65-74	1,1	1,2	1,1	1,2
75 eo	0,7	0,6	0,9	0,9
totaal	21,5	19,4	17,6	16,8
overall-totaal	49,7	49,1	50,3	50,8

Conclusie

De conclusie is dat de aan LINH deelnemende praktijken een redelijk goede afspiegeling vormen van de Nederlandse huisartsenpopulatie. Dat geldt in sterke mate als het gaat om de gemiddelde praktijkomvang en de samenstelling van de praktijkpopulatie. Ook geldt het voor het percentage vrouwelijke artsen, part-timers en apotheekhoudenden. Ondervertegenwoordigd zijn huisartsen ouder dan 55 jaar en met name solopraktijken in het westen des lands. In principe zijn dit kenmerken waarop geworven kan worden. Bij de verdere uitbreiding van het netwerk naar 100 praktijken zal daarom specifiek worden gezocht naar solopraktijken in het westen des lands en met name ook in achterstandsgebieden in grote steden.

BIJLAGE 2: Belangrijkste resultaten enquête

Inleiding

In het voorjaar van 1998 werd de eerste jaarlijkse enquête onder de huisartsen uitgevoerd. Het doel van de enquête was ten eerste inzicht verkrijgen in de volledigheid van de verstrekte gegevens door te vragen wat wel en wat niet door huisartsen in het HIS wordt vastgelegd. Het tweede doel was inzicht verkrijgen in de gebruikte coderingen op plaatsen waar variatie tussen huisartsen werd vermoed. De uitkomsten van de enquête vormt een ondersteuning voor de onderzoekers bij de interpretatie van de uit de Huisarts Informatie Systemen geëxtraheerde gegevens. De enquête werd aan de contact personen van 78 praktijken toegestuurd met een verzoek om de enquête namens de hele praktijk in te vullen. In de enquête werden vragen over de registratie van contacten, verwijzingen binnen de eerste lijn, prescriptie, het uitspoelen van gegevens en algemene vragen rondom LINH opgenomen. Verder werden de contactpersonen gevraagd om de gegevens van hun praktijk-medewerkers te actualiseren.

De respons op de enquête was uitstekend. Van op één na alle praktijken werd een ingevulde vragenlijst terugontvangen.

In het onderstaande worden de belangrijkste conclusies samengevat. Voor details wordt verwezen naar de daarna opgenomen tabellen.

Contacten

Contacten die plaatsvinden in de huisartspraktijk met de huisarts en de assistente worden systematisch vastgelegd. Er is enige variatie in het vastleggen van contactgegevens op de volgende punten:

- telefonische contacten; in het algemeen worden consulten tijdens het telefonisch spreekuur en telefonische contacten met de vraag om een recept of een verwijzing systematisch vastgelegd; telefonische vragen om informatie worden door ruim de helft van de huisartsen en een minderheid van de assistentes vastgelegd.
- visites; door 85% van de deelnemers worden visites systematisch in de computer vastgelegd; de overigen leggen ze alleen vast bij particuliere patiënten en/of indien een verwijzing of een prescriptie plaatsvindt.
- spreekuur in verzorgingshuizen: Ruim een kwart van de LINH-huisartsen houdt spreekuur in verzorgingshuizen. In enkele praktijken worden contacten tijdens dit spreekuur nooit (2 praktijken) of soms (2 praktijken) in de computer vastgelegd.

Prescriptie

Op basis van de onder huisartsen gehouden enquête kon worden achterhaald wat de voorschrijfcijfers omvatten (tabel 8). Nieuwe voorschriften en herhaalrecepten worden door vrijwel alle huisartsen altijd in het HIS vastgelegd. Dit is het overgrote deel van de receptuur.

Variatie is er op de volgende punten:

- nieuwe specialistreceptuur wordt (voor zover door de specialist gerapporteerd) door ruim een kwart van de huisartsen systematisch vastgelegd en nog eens een kwart deels; de helft legt nieuwe specialistreceptuur niet vast;
- herhaalreceptuur van specialisten wordt door 64% systematisch vastgelegd, door 14% niet en door 18% deels;
- receptuur tijdens visites wordt door 73% systematisch vastgelegd, door 3% niet en door 22% deels en 3% niet;
- magistrale receptuur wordt door 71% vastgelegd, door 18% deels en door 10% niet;
- voorschriften van verbandmiddelen wordt door 45% vastgelegd, door 41% deels en 12% niet.

Tabel 1 Het vastleggen van de contactsoort (telefonisch, consult, visite)

	aantal praktijken	% praktijken
altijd	56	72,7
alleen bij contacten met particuliere patiënten	13	16,9
anders	7	9,1
niet bekend	1	1,3
totaal	77	100

Tabel 2 Het vastleggen van 'administratieve' contacten*

	wordt wel vastgelegd:		wordt niet vastgelegd:		onbekend		totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%
inschrijven specialistbrieven	25	32,5	49	63,6	3	3,9	77	100
invoeren laboratoriumuitslagen	21	27,3	50	64,9	6	7,8	77	100
intercollegiaal overleg	24	31,2	48	62,3	5	6,5	77	100

* contacten die geen betrekking hebben op een direct face-to-face of telefonisch contact met de patiënt

Tabel 3 Het vastleggen van informatie in het HIS uit telefonische contacten door.... (%) (n=73)

	altijd	vaak	regel- matig	soms	nooit	onbekend	totaal
assistente(s):							
- telefonische vraag om informatie	9,1	16,9	5,2	33,8	24,7	10,4	100
- telefonische vraag om recept	75,3	10,4	1,3	2,6	7,8	2,6	100
- telefonische vraag om verwijzing	39,0	18,2	2,6	15,6	18,2	6,5	100
de huisarts(en):							
- consult tijdens telefonisch spreekuur	53,2	22,1	9,1	14,3	1,3	-	100
- telefonische vraag om informatie	26,0	29,9	10,4	23,4	6,5	3,9	100
- telefonische vraag om recept	83,1	10,4	2,6	3,9	-	-	100
- telefonische vraag om verwijzing	66,2	16,9	1,3	10,4	5,2	-	100
- andere telefnische contacten	23,4	31,2	13,0	22,1	9,1	1,3	100

Tabel 4 Het vastleggen van visites in het HIS

	n	%
altijd	63	81,8
deels, alleen bij particuliere patiënten (t.b.v. declaratie)	10	13,0
deels, indien prescriptie plaatsvindt	1	1,3
deels, indien een verwijzing plaatsvindt	2	2,6
nooit	-	-
anders	6	7,8
totaal*	82	106,5

* totaal aantal praktijken is groter dan 73 en totaal percentage hoger dan 100, omdat het mogelijk was meer dan één antwoordcategorie in te vullen

Tabel 5 Het vastleggen van de contacten in het HIS van de waarnemende collega's met de praktijkpatiënten tijdens de diensten (%)

	altijd	vaak	regel- matig	soms	nooit	onbekend	totaal
visites	85,7	9,1	1,3	1,3	1,3	1,3	100
consulten tijdens het spreekuur	79,2	13,0	2,6	1,3	2,6	1,3	100
telefonische consulten	33,8	31,2	7,8	20,8	3,9	2,6	100
verwijzingen	62,3	16,9	5,2	6,5	6,5	2,6	100
prescriptie	50,6	18,2	5,2	20,8	2,6	2,6	100
anders	2,6	-	1,3	-	1,3		

Tabel 6a Het houden van een spreekuur in verzorgingshuizen

	n	%
ja	22	28,6
nee	55	71,4
totaal	77	100

Tabel 6b Het vastleggen van de informatie in het HIS uit de contacten in het verzorgingshuis (n=22)

	altijd	vaak	regel- matig	soms	nooit	onbekend
contacten	11	3	-	4	3	1
verwijzingen	12	5	-	1	3	1
prescriptie	12	2	2	2	3	1

Tabel 7 Het registreren van de verwijzingen binnen de eerstelijns (% praktijken)
(n=77)

schatting % geregistreerde verwijzingen	fysiother.	RIAGG	logopedie	Caesarther.	Mensendieckther.
minder dan 25%	6,5	14,3	10,4	16,4	13,0
25% tot 50%	1,3	2,6	5,2	-	-
50% tot 75%	10,4	10,4	19,5	7,8	7,8
75% tot 100%	75,3	61,0	57,1	67,5	68,8
onbekend	6,5	11,7	7,8	9,1	10,4
totaal	100	100	100	100	100

Tabel 8 Het registreren van bepaalde soorten voorschriften in het HIS (% praktijken)

	wel geregistreerd	niet geregistreerd	deels	onbekend	totaal														
nieuwe voorschriften	97,4	-	2,6	-	100														
herhaalrecepten	94,8	-	5,5	1,4	100														
specialistreceptuur (nieuw)	26,0	48,1	24,7	1,3	100														
			↓																
	<table><tr><td>schatting % geregi- streerde verwijzingen</td><td>n</td></tr><tr><td>minder dan 25%</td><td>3</td></tr><tr><td>25% tot 50%</td><td>1</td></tr><tr><td>50% tot 75%</td><td>8</td></tr><tr><td>75% tot 100%</td><td>3</td></tr><tr><td>onbekend</td><td>4</td></tr><tr><td>totaal</td><td>19</td></tr></table>				schatting % geregi- streerde verwijzingen	n	minder dan 25%	3	25% tot 50%	1	50% tot 75%	8	75% tot 100%	3	onbekend	4	totaal	19	
schatting % geregi- streerde verwijzingen	n																		
minder dan 25%	3																		
25% tot 50%	1																		
50% tot 75%	8																		
75% tot 100%	3																		
onbekend	4																		
totaal	19																		
specialistreceptuur (herhaal)	63,6	14,3	18,2	3,9	100														
			↓																
	<table><tr><td>minder dan 25%</td><td>1</td></tr><tr><td>25-50%</td><td>1</td></tr><tr><td>50% tot 75%</td><td>6</td></tr><tr><td>75% tot 100%</td><td>4</td></tr><tr><td>onbekend</td><td>2</td></tr><tr><td>totaal</td><td>13</td></tr></table>				minder dan 25%	1	25-50%	1	50% tot 75%	6	75% tot 100%	4	onbekend	2	totaal	13			
minder dan 25%	1																		
25-50%	1																		
50% tot 75%	6																		
75% tot 100%	4																		
onbekend	2																		
totaal	13																		
receptuur tijdens visites	74,0	2,6	22,1	1,3	100														
			↓																
	<table><tr><td>minder dan 35%</td><td>1</td></tr><tr><td>25% tot 50%</td><td>2</td></tr><tr><td>50% tot 75%</td><td>5</td></tr><tr><td>75% tot 100%</td><td>6</td></tr><tr><td>onbekend</td><td>3</td></tr><tr><td>totaal</td><td>17</td></tr></table>				minder dan 35%	1	25% tot 50%	2	50% tot 75%	5	75% tot 100%	6	onbekend	3	totaal	17			
minder dan 35%	1																		
25% tot 50%	2																		
50% tot 75%	5																		
75% tot 100%	6																		
onbekend	3																		
totaal	17																		
magistrale receptuur	72,7	10,4	16,9	-	100														
			↓																
	<table><tr><td>minder dan 25%</td><td>2</td></tr><tr><td>50% tot 75%</td><td>3</td></tr><tr><td>75% tot 100%</td><td>6</td></tr><tr><td>onbekend</td><td>2</td></tr><tr><td>totaal</td><td>13</td></tr></table>				minder dan 25%	2	50% tot 75%	3	75% tot 100%	6	onbekend	2	totaal	13					
minder dan 25%	2																		
50% tot 75%	3																		
75% tot 100%	6																		
onbekend	2																		
totaal	13																		
verbandmiddelen e.d.	44,2	13,0	42,9	-	100														
			↓																
	<table><tr><td>minder dan 25%</td><td>1</td></tr><tr><td>25% tot 50%</td><td>4</td></tr><tr><td>50% tot 75%</td><td>14</td></tr><tr><td>75% tot 100%</td><td>9</td></tr><tr><td>onbekend</td><td>5</td></tr><tr><td>totaal</td><td>33</td></tr></table>				minder dan 25%	1	25% tot 50%	4	50% tot 75%	14	75% tot 100%	9	onbekend	5	totaal	33			
minder dan 25%	1																		
25% tot 50%	4																		
50% tot 75%	14																		
75% tot 100%	9																		
onbekend	5																		
totaal	33																		

