

LINH jaarrapport 2001

Cijfers uit het Landelijk InformatieNetwerk Huisartsenzorg: contacten, verwijzingen en voorschrijven in de huisartspraktijk

R. Verheij
L. Jabaaij
D. de Bakker
H. Abrahamse
H. van den Hoogen
J. Braspenning
T. van Althuis
R. Rutten



bibliotheek
drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
tel 030 2729 614/615
fax 030 2729729

LINH is een samenwerkingsverband van:

LHV, Landelijke Huisartsen Vereniging
NHG, Nederlands Huisartsen Genootschap
NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
WOK, Centre for Quality of Care Research, UMC St. Radboud

Contactadres:

NIVEL - Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht
Telefoon: 030 27 29 700 - Fax: 030 27 29 729

ISBN 90-6905-576-7

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

Inhoud

Voorwoord

1	Wat is LINH?	1
2	De werkwijze van LINH	5
2.1	De deelnemers aan LINH	5
2.2	Huisarts Informatiesystemen	6
2.3	De registratiemodules van LINH	8
2.4	Van huisartspraktijk naar centrale database	10
2.5	Representativiteit	10
2.6	Kwaliteitsbewaking van de registratiegegevens	11
2.7	Het jaarrapport 2001	12
3	Contact met de huisartspraktijk	13
3.1	Gebruikte gegevens	13
3.2	Huidige situatie	14
3.3	Ontwikkelingen in de tijd	16
4	Voorschrijven van geneesmiddelen	19
4.1	Gebruikte gegevens	19
4.2	Huidige situatie	19
4.3	Ontwikkelingen in de tijd	23
5	Verwijzingen	25
5.1	Gebruikte gegevens	25
5.2	Nieuwe verwijzingen naar de medisch specialist	25
5.2.1	Huidige situatie	25
5.2.2	Ontwikkelingen in de tijd	28
5.3	Nieuwe verwijzingen naar fysiotherapie en oefentherapie	33
5.3.1	Huidige situatie	33
5.3.2	Ontwikkelingen in de tijd	34
5.4	Nieuwe verwijzingen naar logopedie	35
5.5	Verwijzingen naar de geestelijke gezondheidszorg	36
6	Conclusies	39
6.1	Contactfrequenties	39
6.2	Het voorschrijven van geneesmiddelen	39
6.3	Verwijzingen naar de tweede lijn	40
6.4	Verwijzingen naar fysiotherapie en oefentherapie	41
6.5	Verwijzingen naar de geestelijke gezondheidszorg	42
6.6	Betekenis voor de werklust van de huisarts	42
	Literatuur	45
	Bijlage 1: Tabellen	49
	Bijlage 2: Representativiteit LINH	67
	Bijlage 3: Resultaten jaar-enquête 2001	71
	Bijlage 4: Publicaties en lezingen 2001	77

Voorwoord

Voor u ligt het jaarrapport 2001 van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg. In het jaar 2001 is een aantal belangrijke mijlpalen bereikt. Ten eerste hebben de LINH organisatie en de LINH huisartsen een grote en belangrijke prestatie geleverd door zich in te zetten voor de Tweede Nationale Studie. De dataverzameling van de Nationale Studie is in 2001 met succes afgerond. Ten tweede is er een toekomstvisie geformuleerd, waarin onder andere is aangekondigd dat LINH vanaf 2002 diagnosespecifieke informatie zal gaan leveren bij ieder contact met de huisartspraktijk en niet meer alleen bij verwijzingen en voorschriften. Daarmee zal LINH veranderen van een registratie van verrichtingen met bijbehorende morbiditeit, in een registratie van morbiditeit met bijbehorende verrichtingen. Ten derde is belangrijke winst geboekt in het naar buiten brengen van de resultaten van LINH: vanaf het najaar van 2001 verschijnt er maandelijks een rubriek 'LINH cijfers' in het tijdschrift Huisarts en Wetenschap.

In het jaarrapport ligt de nadruk niet op deze mijlpalen, maar op de basiscijfers van LINH: ontwikkelingen in aantallen contacten, verwijzingen en voorschriften en de diagnoses die daar bij horen. Deze basiscijfers bieden voor huisartsen en onderzoekers referentiegegevens over wat er omgaat in de huisartspraktijk. Huisartsen kunnen deze cijfers vergelijken met die uit hun eigen praktijk. Onderzoekers kunnen de uitkomsten van onderzoek in een landelijk representatief perspectief zetten. Voor beleidsmakers verschaft het een getalsmatig beeld van de bijdrage die de huisarts levert aan de gezondheidszorg en van eventuele veranderingen daarin. Voor koepelorganisaties als NHG en LHV biedt het jaarrapport inzicht in mogelijke verschuivingen die in de taakuitoefening of werklust van de huisarts plaats vinden. Kortom, de basiscijfers in het jaarrapport leveren een globaal beeld op van de bijdrage die de huisarts aan de Nederlandse gezondheidszorg levert en hoe die zich ontwikkelt.

Over meer specifieke vraagstellingen wordt apart gerapporteerd. Zo vond in 2001 bijvoorbeeld een evaluatie van de nationale griepcampagne plaats; is vervolgonderzoek uitgevoerd naar het gebruik van het Electronisch VoorschrijfSysteem; en leverde LINH bijdragen aan onderzoek naar de mogelijke effecten op de gezondheid als gevolg van de rampen in Volendam en Enschede.

Dank gaat uit naar de deelnemende huisartsen en praktijkassistentes, die gedisciplineerd gegevens hebben geregistreerd. Ook de inzet van het logistieke en automatiseringsteam om de geregistreerde gegevens te controleren en in het centrale databestand onder te brengen verdient onze waardering.

Namens de stuurgroep LINH,

dr. V.C.L. Tielens, voorzitter



1 Wat is LINH?

Samenvatting: LINH is een netwerk van 120 huisartspraktijken die informatie leveren over het huisartsgeneeskundig handelen. Hieronder valt continue en diagnose-specifieke informatie over aantal en soort contacten, verwijzingen en medicijnvoorschriften. Verder zijn er regelmatig periodieke gegevensverzamelingen rondom specifieke onderwerpen. Met ingang van 2002 worden diagnoses niet alleen bij verwijzingen en voorschriften geregistreerd, maar bij ieder contact. LINH wordt daarmee een permanente morbiditeitsregistratie.

Het doel van LINH

Het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) is een netwerk van 120 (december 2001) geautomatiseerde huisartspraktijken. Het doel is representatieve, continue, kwantitatieve en kwalitatieve informatie omtrent de door Nederlandse huisartsen geleverde zorg te genereren. De informatie uit LINH dient voor

- onderbouwing van het landelijk beleid van beroepsgroep en overheid;
- wetenschappelijk onderzoek ten behoeve van het kwaliteitsbeleid van de beroepsgroep huisartsen;
- het beantwoorden van vraagstellingen op het gebied van het gezondheidszorgbeleid in het algemeen.

Wie betaalt LINH en hoe is LINH georganiseerd?

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport financiert de organisatie en logistiek van het netwerk. De praktische uitvoering vindt plaats in een samenwerkingsverband tussen het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) en het Centre for Quality of Care Research van het Universitair Medisch Centrum St. Radboud in Nijmegen (WOK). De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) zijn partners in het project.

Welke gegevens worden in LINH verzameld?

De LINH-huisartsen verzamelen op continue basis 'productiegegevens' over aantallen contacten, geneesmiddelvoorschriften en verwijzingen. Bij de registratie van voorschriften en verwijzingen wordt de bijbehorende diagnose geregistreerd. Met ingang van 2002 is dat eveneens het geval bij contacten. Naast deze continue registratie worden periodiek gegevens verzameld rondom specifieke onderwerpen op het terrein van het kwaliteitsbeleid. Periodiek vindt bijvoorbeeld de griepvaccinatie geregistreerd en tot voor kort werd ook de opkomst bij het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker onderzocht. Daarnaast worden er ad-hoc registraties uitgevoerd, bijvoorbeeld over het handelen bij lage rugpijnklachten.

De aanleiding voor LINH

LINH is in 1991 door het NIVEL en de WOK in opdracht van het toenmalige ministerie van WVC opgezet. De belangrijkste reden voor het opzetten van het netwerk was het ontbreken van continue informatie over het handelen van de huisarts in Nederland. Dergelijke informatie werd belangrijk geacht voor het Financieel Overzicht Zorg (en in latere jaren voor het Jaaroverzicht Zorg; de Zorgnota en de brancherapporten Curatieve Somatische Zorg). De huisarts neemt immers een centrale plaats in de Nederlandse gezondheidszorg in. 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.

LINH in vergelijking met andere gegevensbronnen

Ook andere registratieprojecten leveren gegevens over zorggebruik, gezondheid, en het handelen van de huisarts (zie ook www.tellenenmeten.nl). Deze verschillen echter in doel en opzet met LINH:

- Het Genees- en hulpmiddelen Informatie Project (GIP) van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ). Het GIP verzamelt gegevens over afgeleverde geneesmiddelen voor ziekenfondsverzekerden. Jaarlijks gaat het om 60 miljoen voorschriften van 12 verzekeraars.
- De SFK registreert de door apothekers afgeleverde middelen (Tinke, Griens, 2001). In de registratie van de SFK zijn gegevens opgenomen van 1.411 van de 1.631 openbare apotheken, met een totale patiëntenpopulatie van 13 miljoen Nederlanders (Tinke en Griens, 2002).
- Sommige universiteiten onderhouden een huisartsen registratienetwerk. Deze zijn zijn opgericht ten behoeve van patiëntgebonden onderzoek, waarbij de nadruk ligt op morbiditeit en klinisch relevante informatie. Landelijke representativiteit is minder relevant. Met twee universitaire netwerken heeft LINH overigens een samenwerkingsverband (het Integrated Primary Care Network, IPCI, en het Registratienetwerk Groningen; zie paragraaf 2.1).
- De Continue Morbiditeitsregistratie-peilstations (CMR) van het NIVEL registreren schriftelijk gegevens over het voorkomen van ziekten en andere gebeurtenissen, waarover wekelijks wordt gerapporteerd en waarvoor bij een deel van de onderwerpen aanvullende gegevens worden verzameld. Het gaat bij de peilstations steeds om geselecteerde onderwerpen. Het omvat 45 huisartspraktijken. Op termijn ligt integratie van LINH met de CMR peilstations overigens voor de hand.
- De Landelijke Medische Registratie (LMR), waarin in 1998 120 algemene en academische ziekenhuizen deelnamen, met 1,5 miljoen klinisch ontslagen patiënten, en 0,7 miljoen dagverplegingen.

LINH vervult een belangrijke rol naast de genoemde registratieprojecten omdat het als enige in staat is een landelijk representatief beeld te schetsen van ontwikkelingen in het aantal contacten, voorschriften en verwijzingen in de huisartspraktijk. Bovendien registreert LINH, als enige landelijk representatieve registratienetwerk, diagnosespecifieke verwijs- en voorschrijfcijfers.

LINH als raamproject

LINH is te beschouwen als een raamproject waarbinnen routinegegevens over het handelen van de huisarts op continue basis worden verzameld, en waaraan meer specifieke projecten kunnen worden gekoppeld. Soms maken deze projecten vooral gebruik van de programmatuur en infrastructuur (logistiek, automatisering) van LINH; soms van de routinematige verzamelde gegevens; en soms worden aanvullende gegevens verzameld. Een aantal voorbeelden (zie ook bijlage 4):

- Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (NS2). De dataverzameling voor de tweede Nationale Studie vond plaats in de huisartspraktijken die aan LINH deelnemen en er werd gebruik gemaakt van software die in het kader van LINH was ontwikkeld (Schellevis et al., 2000, www.nivel.nl/nationalestudie);
- voor het in kaart brengen van de gezondheidsgevolgen van de rampen in Volendam en Enschede wordt gebruik gemaakt van de LINH-infrastructuur (zie www.nivel.nl/onderzoeksthemas/effecten/effecten.shtml). Bovendien levert LINH referentiegegevens;
- onderzoek naar de effecten van de invoering van het elektronisch voorschrijfsysteem (EVS) in de huisartspraktijk (Wolters, 2001);

- onderzoek naar protocollering laboratoriumonderzoek in de eerste lijn;
- onderzoek naar beperking van benzodiazepinegebruik onder ouderen (www.nivel.nl/linh/index.shtml);
- evaluatie Nationaal Programma Grieppreventie;
- evaluatie van de opkomst bij het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker;
- onderzoek naar de zorg rondom diabetes Mellitus type 2 (Tacken et al, 2001);
- het handelen van de huisarts bij klachten met betrekking tot de geestelijke gezondheid.

Verder schrijven leden van het projectteam maandelijks de rubriek 'LINH-cijfers' voor het tijdschrift Huisarts en Wetenschap. In 2001 verschenen er onder ander bijdragen over verwijzingen naar de GGZ en het aantal contacten in de huisartspraktijk. Deze rubriek is in 2002 voortgezet met bijdragen over de honorering van huisartsen, griepvaccinatie en de screening op baarmoederhalskanker.

Permanente diagnoseregistratie in het kader van de Tweede Nationale Studie

In het kader van de Tweede Nationale Studie registreren LINH-huisartsen sinds 2000 niet alleen diagnoses bij verwijzingen en voorschriften, maar bij alle contacten (met de huisarts). In 2001 zijn bijna alle LINH-huisartsen bereid gevonden hiermee op continue basis door te gaan. Daarmee maakt LINH een omslag van een verrichtingenregistratie met aanhangende morbiditeit naar een permanente morbiditeitsregistratie met aanhangende verrichtingen. Daarmee wordt het mogelijk om de gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking permanent te monitoren; een wensdroom van jaren (zie bijvoorbeeld de VTV-rapportages van het RIVM (Ruwaard et al, 1997)). Verder kan LINH in de toekomst referentiecijfers leveren bij belangrijke maatschappelijke gebeurtenissen die invloed kunnen hebben op de volksgezondheid.

Over de resultaten van de permanente diagnoseregistratie over 2000 en 2001 zal in het kader van de Nationale Studie worden gerapporteerd. Vanaf 2002 zullen de resultaten in de LINH-jaarrapporten terug te vinden zijn.

Welke vragen beantwoordt dit rapport?

In het jaarrapport worden de basiscijfers van LINH gepresenteerd: ontwikkelingen in aantallen contacten, verwijzingen en voorschriften en de diagnoses die daar bij horen. De basiscijfers geven een globaal beeld van de bijdrage die de huisarts aan de Nederlandse gezondheidszorg levert en hoe die zich ontwikkelt.

Het jaarrapport geeft antwoord op de volgende vragen:

1. Hoeveel contacten, voorschriften van geneesmiddelen en verwijzingen naar de eerste en tweede lijn vonden plaats in de huisartspraktijk per 1.000 ingeschreven patiënten in het afgelopen jaar?
2. Hoe vaak vinden deze plaats, uitgesplitst naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm van de patiënt?
3. Hoe vaak vinden deze plaats, uitgesplitst naar verwijsspecialisme en soort geneesmiddel?
4. Hoe vaak vinden deze plaats, uitgesplitst naar diagnose?
5. Hoe ontwikkelen zich bovenstaande cijfers in de tijd?

Over meer specifieke vraagstellingen is apart gerapporteerd (zie bijlage 4).

Opbouw van de hoofdstukken

In ieder hoofdstuk wordt eerst de huidige situatie beschreven en vervolgens ontwikkelingen in de tijd. Daarbij wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van diagrammen en figuren. De tabellen die ten grondslag liggen aan de figuren, staan in bijlage 1.

2 De werkwijze van LINH

Samenvatting: De huisartsen die deelnemen aan LINH maken bij hun praktijkvoering gebruik van een zogenaamd Huisartsen Informatiesysteem (HIS). Iedere huisarts registreert gecodeerde gegevens in zijn of haar HIS. Voor de registratie bestaat ondersteunende programmatuur. Om de gegevens vervolgens uit de HISsen te extraheren wordt speciale software gemaakt door het LINH-automatiseringsteam. Het LINH-logistieke team bereikt de gang van zaken met de praktijken en neemt contact op als gegevens onvolledig lijken. Na aanvullende kwaliteitschecks komen de gegevens in een centrale database.

2.1 De deelnemers aan LINH

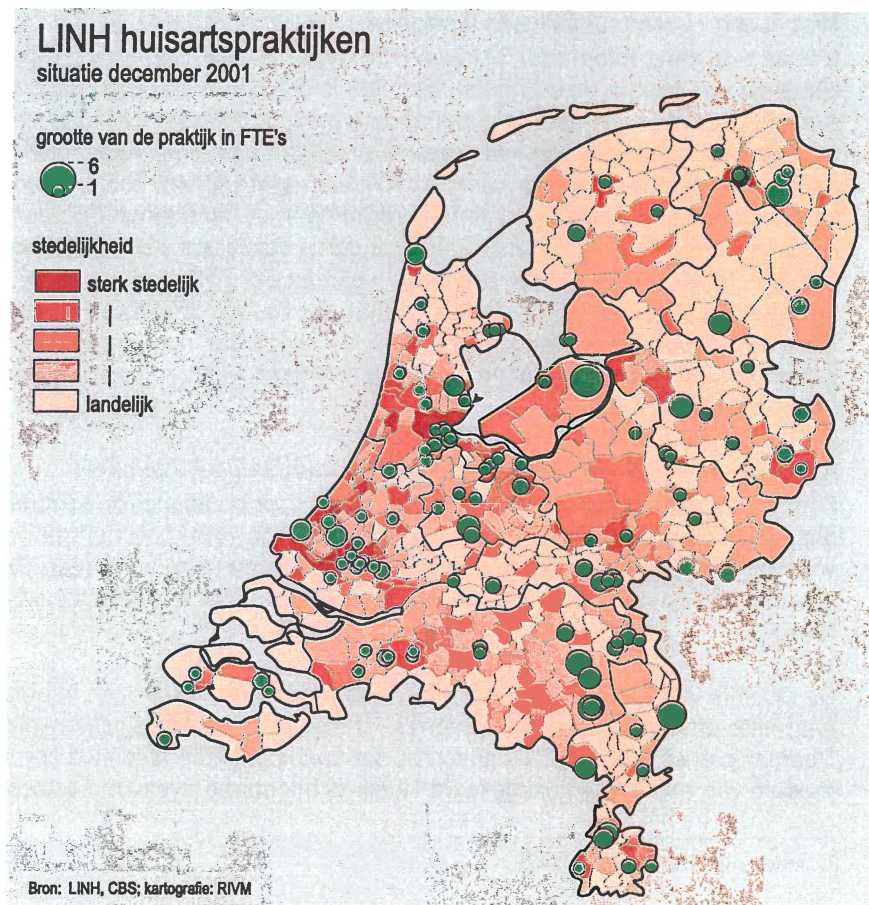
Aantal deelnemers groeit

Het aantal deelnemende praktijken is in de loop der jaren gestaag gestegen: van 58 in 1996 naar 120 in 2001 (tabel 2.1). We streven er naar dat de deelnemende praktijken representatief zijn voor de Nederlandse huisartsenpopulatie, lettend op:

- urbanisatiegraad van het praktijkadres (volgens de CBS-classificatie in 5 klassen)
- landsdeel (noord, oost, zuid en west)
- praktijkvorm
- Huisarts Informatie Systeem.

Figuur 2.1 toont de spreiding van LINH-praktijken over Nederland.

Figuur 2.1 LINH-huisartspraktijken



Tabel 2.1 Aantal deelnemende praktijken en ingeschreven patiënten, 1996-2001 (peildata 31 december)

	1996	1997	1998	1999	2000	2001
aantal praktijken	58	82	88	101	114	120
ingeschreven patiënten	254.992	327.692	336.157	375.040	424.170	457.574

Samenwerking met andere registratienetwerken:

LINH werkt samen met twee andere registratienetwerken:

- *RegistratieNetwerk Groningen (RNG)*. Sinds oktober 2000 maken alle praktijken van het Registratie Netwerk Groningen (RNG) deel uit van LINH. Dit registratienetwerk, bestaande uit 7 MicroHIS-praktijken in het noorden des lands, richt zich op registratie van morbiditeit en medicatie (Van der Werf, et al., 1998). De gegevens worden aan LINH beschikbaar gesteld via de centrale database van het RNG-netwerk.
- *Integrated Primary Care Network (IPCI)*. Acht LINH praktijken (15 huisartsen) maken deel uit van IPCI, dat wordt beheerd door de vakgroep Medische Informatica van de Erasmus Universiteit te Rotterdam (MI-EUR) (zie www.ipci.nl). Het is bedoeld om gegevens te verzamelen over indicatiegebonden prescriptie voor Post Marketing Surveillancedoeleinden. Hiervoor is het van belang dat huisartsen aan elk recept een diagnosecode volgens de ICPC (Internation Classification of Primary Care) (Wood en Lamberts, 1987) code toevoegen. In het HIS (Elias) is een module geïntegreerd die het ICPC-coderen faciliteert.

2.2 Huisarts Informatiesystemen

Wat is een Huisarts Informatie Systeem?

Met een Huisarts Informatie Systeem (HIS) leggen huisartsen en praktijkmedewerkers zorggegevens vast in de computer. Een HIS is een computerprogramma voor de huisartspraktijk voor het beheren van onder andere achtergrondgegevens over de patiënten, medische gegevens en financiële gegevens over de praktijk. Er bestaan verschillende Huisarts Informatie Systemen. Er zijn er zeven die op redelijk grote schaal gebruikt worden. De LHV en NHG werken gezamenlijk 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). De bestaande HISsen voldoen in verschillende mate aan deze nieuwe standaard. Waarschijnlijk zal het nog jaren duren voordat alle HISsen geheel aan de nieuwe standaard voldoen. Overigens voldoen de HISsen wel aan de oude WCIA-standaard uit 1990.

Alleen geautomatiseerde huisartspraktijken nemen deel aan LINH

Sommige huisartsen gebruiken hun HIS alleen voor de financiële administratie, declaraties en dergelijke. Steeds meer huisartsen gaan er echter toe over ook hun medische gegevens, voorheen vastgelegd op de 'groene kaart', in te voeren in de computer. Daarbij maakt men gebruik van de medische module van het HIS ofwel het 'Elektronisch Medisch Dossier' (EMD).

De filosofie van LINH is dat de betrouwbaarheid van de verkregen informatie hoger is naarmate de registratie minder interfereert met de normale dagelijkse praktijkvoering. Daarom participeren in LINH alleen huisartspraktijken die reeds werken met de medische module van een WCIA goedgekeurd Huisarts Informatie Systeem.¹ HISsen waarvan op dit

¹ let wel: de WCIA-eisen uit 1990

moment praktijken in LINH participeren zijn MicroHIS, Promedico, Elias, Arcos en MachIS. Vanaf 2003 zullen ook Medicom-gebruikende praktijken participeren.

Registreren in het Elektronisch Medisch Dossier op S-O-E-P-regels

Met het EMD is het mogelijk gegevens over het handelen van huisartsen (contacten, voorschriften van geneesmiddelen, verwijzingen, et cetera) vast te leggen. Dit 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 voor behandeling, verwijzing, voorschrift, lab-aanvraag

Haken en ogen aan de registratie van de S-, O-, E- en P-regels

Huisarts Informatie Systemen verplichten niet tot het registreren volgens de S-O-E-P-systematiek. Een huisarts kan bijvoorbeeld over een bepaald contact met een patiënt alleen een S-regel vastleggen of alleen een P-regel. Ook is niet altijd op voorhand duidelijk welke S, O- en P-regels betrekking hebben op hetzelfde gezondheidsprobleem en of ze betrekking hebben op één gezondheidsprobleem of meerdere. Op basis van de datum kan men wel nagaan welke S-O-E-P-noteringen op één dag hebben plaatsgevonden. Maar die kunnen staan voor noteringen die slaan op meerdere contacten op die dag of meerdere gezondheidsproblemen die binnen een bepaald contact aan de orde zijn geweest. In de nieuwe WCIA-eisen (Van Overbeke en Westerhof, 1996) is dit probleem ondervangen door het introduceren van het begrip deelcontact als eenheid die verschillende S-O-E-P-regels behorend tot één gezondheidsprobleem met elkaar verbindt.

Een andere vrijheid die het EMD de huisarts biedt, betreft de wijze waarop hij/zij de zaken op een bepaalde regel vastlegt. Dit kan in de vorm van vrije tekst, wat voor onderzoek moeilijk bruikbaar is, of in de vorm van een code. Coderingen worden in het algemeen gebruikt als er in het HIS extra faciliteiten aanwezig zijn om bepaalde handelingen vast te leggen. Zo biedt het HIS faciliteiten om verwijskaarten naar de specialist te genereren. Dit impliceert dat het HIS beschikt over een tabel met codes voor alle mogelijke specialismes. Dit geldt ook voor medicijnvoorschriften en voor declaraties van contacten met particulier verzekerden. Voor het registreren van medicijnvoorschriften beschikt het HIS over de zogenaamde KNMP-taxe, waarin ook de ATC-code kan worden opgezocht.² Bij verwijzingen en voorschriften is het voor de huisarts dus handig om het HIS te gebruiken. Huisartsen zullen daarom bij verwijzingen en voorschriften consequenter registreren dan bij handelingen, waarvoor geen administratieve noodzaak bestaat deze vast te leggen (zoals het geven van voorlichting), of waartoe in het HIS geen faciliteit aanwezig is (zoals het doen van laboratoriumaanvragen).

Aanpassingen in de HIS-en doorgaans via de HIS-leverancier

Ondanks de inspanningen van de WCIA verschillen de HISsen in opzet. Uit het oogpunt van de gegevensverzameling dienen er daarom in diverse HISsen aanpassingen te worden aangebracht. Doorgaans wordt hierbij de HIS-leverancier ingeschakeld. De aanpassingen in de programmatuur zorgen voor een meer consequente en minder vrijblijvende manier van registreren.

Zo'n aanpassing zorgt er bijvoorbeeld voor dat de huisarts bij het invoeren van een verwijzing (op een P-regel) de vraag krijgt voorgelegd of de bijbehorende diagnose reeds is ingevuld bij de voorafgaande E-regel of dat er een andere diagnose moet worden ingevuld bij de

² KNMP-taxe is een overzicht van alle producten die door apotheken worden verkocht, waarbij onder andere de handelsproductcode (HPK-code) en de ATC-code is aangegeven. 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).

betreffende verwijzing. Verder is extra programmatuur gemaakt om de vereiste gegevens op een eenduidige manier te kunnen wegschrijven.

Diagnoses coderen met de ICPC

LINH verzamelt niet alleen informatie over het aantal voorschriften, verwijzingen en contacten, maar ook over de diagnoses die daar bij horen. De diagnoses worden aangegeven in de vorm van een code uit de International Classification of Primary Care (ICPC) (Wood en Lamberts, 1987). Om het ICPC-coderen te vergemakkelijken, zijn verschillende voorzieningen getroffen:

- alle HISsen bevatten een thesaurus waarin de huisarts op trefwoord kan zoeken;
- in de HISsen zijn de diagnostische criteria oproepbaar;
- binnen de organisatie van LINH is een arts beschikbaar met specifieke deskundigheid op het gebied van ICPC coderen;
- deelnemende huisartsen beschikken over schriftelijke documentatie over de ICPC;
- huisartsen kunnen deelnemen aan ICPC-cursussen;
- een beslialgoritme, dat huisartsen ondersteunt bij specifieke registratievragen (Van Eijkelenburg et al., 1999);
- een on-line database met 250 codeerafspraken (afgeleid van de landelijke richtlijnen van de NHG) (Boersma et al., 1994).

In gevallen waarin al deze bronnen van informatie onvoldoende uitsluitel bieden, sluiten we aan bij codeerafspraken in andere huisartsgeneeskundige registratienetwerken. In een enkel geval, als er landelijk geen overeenstemming is over bepaalde coderingen, maakt LINH een eigen keuze.

2.3 De registratiemodules van LINH

Er zijn drie zogenaamde modules, aan de hand waarvan gegevens in de HISsen worden geregistreerd. Modules zijn deelprogramma's binnen de HISsen, waarmee de huisarts een deel van zijn werk registreert. LINH gebruikt modules voor de registratie van patiënten, prescriptie, en verwijzingen. In de prescriptie- en verwijsmodules legt de huisarts naast de ICPC-code, de datum waarop de betreffende gebeurtenis plaatsvond, leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm van de patiënt vast. Deze gegevens kunnen ook afkomstig zijn van (niet aan LINH deelnemende) waarnemende huisartsen. Voor het registreren van contacten bestaat geen aparte module. Contacten worden geteld op basis van een aantal parameters die standaard in ieder HIS aanwezig zijn. Gegevens over contacten van LINH-huisartsen tijdens de waarneming met patiënten van huisartsen die niet aan LINH deelnemen worden niet gebruikt. Hier onder gaan we daar dieper in op de verschillende modules.

De patiëntenmodule

De patiëntenmodule bevat van iedere patiënt in de betreffende praktijk de volgende gegevens: patiëntnummer, geboortedatum, geslacht, datum inschrijving praktijk, eventueel datum vertrek uit de praktijk en reden voor het vertrek, categorie patiënt (vast, waarneem, passant, et cetera), verzekeringsvorm, artscode, type woonverband en het numerieke deel van de postcode.

Registratie van contacten

Contacten zijn geteld op basis van:

- 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). Huisartsen registreren in het medisch journaal contacten van zowel ziekenfondsverzekerden als van particulier verzekerden.
- Declaraties van contacten met particuliere patiënten.

- Registratie van verwijzingen en voorschriften van medicijnen; in verschillende HISsen is het mogelijk verwijzingen/prescripties te genereren buiten het Elektronisch Medisch Dossier om. Met name praktijkassistenten gebruiken deze faciliteit om herhaalprescripties of herhaalverwijzingen te genereren.

Meerdere gebeurtenissen die betrekking hebben op één bepaalde dag, zijn samengenomen, teneinde dubbeltellingen te voorkomen. Een contact is dus operationeel gedefinieerd als een dag, waarop van een patiënt óf een aantekening in het journaal, óf een declaratie, óf een verwijzing, óf een geneesmiddelvoorschrift 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.

Met ingang van 2000 is er in het kader van de Tweede Nationale Studie een contactmodule geïntroduceerd. In deze module worden op het niveau van deelcontacten ook ICPC-codes geregistreerd. Rapportage over de uitkomsten van deze module vindt in eerste instantie plaats in het kader van de Tweede Nationale Studie en pas in 2002 in de LINH jaarrapportages.

De prescriptiemodule

LINH-huisartsen leggen gegevens over het voorschrijven van geneesmiddelen systematisch vast in het HIS. De mogelijkheid om met het HIS recepten te genereren is daarbij een extra stimulans. Daardoor is van vrijwel alle recepten de ATC-code bekend.

Vóór 2000 was diagnosespecifieke informatie beschikbaar voor slechts een beperkt aantal praktijken. In de loop van 2000 is LINH-programmatuur in de HISsen aangebracht die praktijken stimuleert tot ICPC-coderen. Daardoor is het percentage recepten dat voorzien is van een diagnose sterk toegenomen.

De verwijsmodule

Sinds 1993 verzamelt LINH diagnosespecifieke gegevens over verwijzingen naar de medisch specialist. Per verwijzing legt de huisarts de volgende gegevens vast:

- het specialisme waarnaar hij verwijst;
- de diagnose;
- de soort ziekenfondsverwijskaart (korte kaart, aanvullende kaart, jaarkaart, particuliere kaart);
- tot januari 2000: soort verwijzing (nieuw, verlenging, achteraf). Sinds januari 2000 is alleen de registratie van nieuwe verwijzingen verplicht.

Sinds april 1996 registreren huisartsen binnen LINH verwijzingen binnen de eerste lijn. De systematiek waarmee zij deze verwijzingen vastleggen varieert per verwijsdiscipline. Voor een fysiotherapeutische behandeling is een machtiging (verwijzing) van de huisarts noodzakelijk. Voor andere disciplines, zoals bijvoorbeeld de wijkverpleging en het maatschappelijk werk, is dat niet vereist omdat deze rechtstreeks toegankelijk zijn voor de patiënt. Hierdoor is er geen sprake van een 'echte' verwijzing. Omdat er aanzienlijke registratieverschillen tussen huisartsen zijn, is de registratie beperkt tot die disciplines waarvoor in het algemeen wel een 'echte' verwijzing vereist is. Dat zijn de paramedische disciplines fysiotherapie, logopedie, oefentherapie Caesar en Mensendieck en verwijzingen naar de RIAGG. Per 1 januari 2000 is voor LINH-huisartsen ook de registratie van verwijzingen naar de eerstelijnspsycholoog verplicht.

2.4 Van huisartspraktijk naar centrale database

Met behulp van diverse modules slaat de huisarts dus gecodeerde informatie op in zijn of haar HIS. Eén keer per kwartaal worden de gegevens ge-extraheerd. Om de gegevens uit de HISsen te extraheren wordt speciale software gemaakt door het LINH-automatiseringsteam. Het LINH-logistieke team bereikt de gang van zaken met de praktijken en neemt contact op als gegevens onvolledig lijken. Vervolgens stuurt het logistieke team de gegevens door naar de centrale database, alwaar wederom enkele kwaliteitschecks plaatsvinden (zie par. 2.6).

2.5 Representativiteit

De representativiteit van LINH is onderzocht door vergelijking van de LINH-huisartsen en hun praktijken met de Nederlandse huisartsenpopulatie; door een vergelijking tussen geautomatiseerde en niet-geautomatiseerde praktijken; en door vergelijking met gegevens van zorgverzekeraars.

Vergelijking LINH-deelnemers met de Nederlandse huisartsenpopulatie

Een vergelijking van de LINH-huisartsen met de totale Nederlandse huisartsenpopulatie is opgenomen in bijlage 2. De huisartsen zijn goed gespreid over het land (zie ook figuur 2.1), maar het westen van het land, met name de provincie Zuid-Holland is iets ondervertegenwoordigd, terwijl praktijken in weinig stedelijke gebieden enigszins zijn oververtegenwoordigd. Voor wat betreft verdeling over achterstandswijken en het percentage apotheekhoudenden vormen zij wel een goede afspiegeling van de Nederlandse huisartsenpopulatie. LINH huisartsen werken iets vaker in een groepspraktijk of gezondheidscentrum en werken minder vaak parttime. De patiëntenpopulatie van de deelnemende praktijken is een goede afspiegeling van de Nederlandse bevolking naar leeftijd, geslacht en zorgverzekering.

Vergelijking geautomatiseerde huisartsen met niet-geautomatiseerde huisartsen

In 1999 is het handelen van geautomatiseerde huisartspraktijken in het algemeen en van LINH-huisartsen in het bijzonder, vergeleken met het handelen van andere huisartsen (Westert et al., 2002). Bij deze vergelijking kwam naar voren dat het totale verwijs- en voorschrijfcijfer van een LINH-huisarts niet verschilt van het gemiddelde in de regio waar hij of zij gevestigd is. Wel schrijven LINH-huisartsen minder antibiotica en middelen voor het skeletspierstelsel voor, en meer middelen voor het ademhalingsstelsel. Verder verschillen LINH-huisartsen niet van het algemeen gemiddelde op aspecten als delegatie en samenwerking, praktijkuitrusting, kwaliteit en werkbelasting. Een vergelijking met de Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations (zie bijvoorbeeld Bartelds e.a., 2001), liet zien dat meer en minder geautomatiseerde huisartspraktijken niet verschillen in het verrichten van cervix-uitstrijkjes, het aanvragen van mammografieën en het voorschrijven van oestrogenen.

Vergelijking met gegevens van zorgverzekeraars

De LINH-verwijscijfers zijn vergeleken met gegevens van zorgverzekeraars (zie Jaarrapport LINH 1996). Het LINH-verwijscijfer blijkt aanmerkelijk (circa 30%) onder het verwijscijfer van het ziekenfonds te liggen. De belangrijkste oorzaak is waarschijnlijk dat het verwijscijfer van het ziekenfonds ook verwijzingen bevat die niet in de huisartspraktijk zijn gegenereerd (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 doen echter wel vermoeden dat onderregistratie bij een aantal praktijken een rol speelt. Deze onderregistratie manifesteert zich met name bij 'administratieve' verwijzingen zoals verlengings- en achterafverwijzingen van ziekenfondsverzekerden. Met ingang van januari 2000 worden deze verwijzingen daarom niet meer in LINH geregistreerd en beperken we ons tot de nieuwe actieve verwijzingen.

2.6 Kwaliteitsbewaking van de registratiegegevens

Vóórdat gegevens uit de HISsen opgenomen worden in de database, vindt er een uitgebreide kwaliteitscontrole plaats. Daarbij wordt gelet op de volledigheid en interne consistentie. Verder is er een jaarlijkse enquête over de volledigheid van de registratie onder de LINH huisartsen. Tenslotte wordt op verschillende manieren feedback gegeven aan de huisarts over de uitkomsten van zijn of haar registratie-activiteiten.

Volledigheid van de registratie

In tijden van drukte in de huisartspraktijk bestaat de kans dat de huisarts verrichtingen vergeet te registreren. Dat geldt vooral voor verrichtingen waar geen administratieve noodzaak voor bestaat om ze in het HIS vast te leggen (bij verwijzingen van particuliere patiënten is bij sommige verzekeringsmaatschappijen geen verwijsbrief nodig). Op drie manieren wordt nagegaan of er van onderregistratie sprake is en wat daar aan te doen valt:

- Controleren of een praktijk sterk afwijkt van de rest. De gegevens van een sterk afwijkende praktijk worden vergeleken met het gemiddelde over alle praktijken die hetzelfde HIS gebruiken, en (indien beschikbaar) met de cijfers van het voorgaande jaar van de betreffende praktijk. Bij twijfel doen we navraag in de betreffende praktijken. Indien twijfel blijft bestaan, nemen we de betreffende gegevens niet mee in de analyses voor het jaarrapport.
- Nagaan of verrichtingen min of meer gelijkmatig over de loop van het jaar zijn gespreid. Als blijkt dat er in bepaalde weken niet of veel minder is geregistreerd, dan wijst dat op onderregistratie. Als duidelijk is dat een deel van de periode niet is geregistreerd, vindt correctie plaats voorafgaand aan de berekening van jaarcijfers. De gehanteerde correctiefactor is gelijk aan het totaal aantal weken in een jaar gedeeld door het aantal weken dat is geregistreerd, waarbij rekening wordt gehouden met vakantieweken. Praktijken die minder dan 22 weken geregistreerd hebben, worden niet in de jaarcijfers betrokken.
- Nagaan in hoeverre de records volledig zijn gevuld. Voor wat betreft de prescriptiemodule is aanvulling achteraf mogelijk voor een aantal variabelen. Afhankelijk van het registratiegedrag van de arts en het gebruikte HIS zijn de variabelen met gegevens over HPK- en ATC-code (zie noot bij paragraaf 2.2) meer of minder gevuld. Door middel van de KNMP-taxe (idem) kunnen eventueel ontbrekende ATC-codes worden ingevuld in gevallen waarin een HPK-code bekend is.

Interne inconsistentie

Alvorens de gegevens in de centrale database worden opgenomen, controleert een computerprogramma de interne inconsistentie. Bij de codering van het geslacht van de patiënt zijn bijvoorbeeld alleen de waarden 1 en 2 toegestaan. Verder wordt gecontroleerd op onmogelijke combinaties van gegevens, zoals prostaatklachten bij een vrouw of dementie bij een kind. Over het algemeen blijkt dat na een inwerkperiode het percentage fouten bij een arts minder dan 1% bedraagt.

Jaarlijkse enquête onder deelnemende huisartsen

Om meer inzicht te krijgen in de volledigheid van de gegevens is vanaf 1998 jaarlijks in het voorjaar een schriftelijke enquête onder de deelnemende huisartspraktijken gehouden. Doel van de enquête is steeds de registratieroutines van de deelnemende praktijken in beeld te brengen, waardoor de gepresenteerde gegevens op waarde zijn te schatten. De belangrijkste resultaten van de enquête staan in bijlage 3.

Terugkoppeling registratiegegevens naar huisartsen

Iedere keer dat gegevens uit de praktijken worden uitgespoeld, krijgt de huisarts, indien nodig, feedback over de kwaliteit van de aangeleverde gegevens. Dit is een belangrijke taak van het logistieke team van LINH. Het logistieke team vormt in belangrijke mate ook het

'gezicht' van LINH naar de huisartsen toe en vervult een belangrijke rol in het motiveren van huisartsen om goed te registreren.

Een tweede manier om de gegevens van LINH terug te koppelen naar de huisartsen is door de organisatie van een jaarlijkse LINH-dag. Op deze dag worden onderzoeksresultaten van LINH gepresenteerd aan de deelnemende huisartsen. Zij ontvangen dan ook een meer uitgebreid feedback-rapport, waarin het reilen en zeilen van de praktijk wordt afgezet tegen dat van andere LINH-praktijken.

2.7 Het jaarrapport 2001

Criteria voor verwerking van registratiegegevens in het jaarrapport

Alleen gegevens van praktijken die aan een aantal criteria voldoen zijn verwerkt in dit rapport:

- Praktijken moeten minimaal 22 weken hebben geregistreerd.
- Voor de prescriptiegegevens geldt dat het prescriptiecijfer van een praktijk minimaal 3 recepten per jaar per patiënt moet bedragen. Een lager cijfer achten we ongeloofwaardig, gegeven het landelijk gemiddelde van 5,7 per 1000 ingeschreven patiënten.
- Voor wat betreft verwijzingen moeten er minimaal 100 ziekenfondsverwijzingen en 30 particuliere verwijzingen hebben plaatsgevonden per 1000 patiënten. Voor fysiotherapie gaan we uit van minimaal 30 verwijzingen per 1000 patiënten. Bovendien moeten praktijken in de jaarlijkse enquête hebben aangegeven dat zij fysiotherapieverwijzingen in minimaal 80% van alle verwijzingen hebben geregistreerd voor LINH in het HIS.

Met de toepassing van deze criteria worden praktijken waarin tijdelijk niet goed is geregistreerd buiten beschouwing gelaten. Dit komt in dit jaarrapport tot uitdrukking in het feit dat er een wisselend aantal praktijken is betrokken in de rapportages over contacten, verwijzingen en prescriptie.

Trends in de tijd zichtbaar maken

De gegevens in dit rapport bestrijken de periode tussen 1 januari 1997 en 31 december 2001. Om mogelijke trends in de tijd zichtbaar te maken, bevatten tabellen waar mogelijk de volgende gegevens:

- de gegevens van ieder jaar sinds 1997;
- het verschil tussen 2000 en 2001;
- de gemiddelde jaarlijkse procentuele groei tussen 1997 en 2001. Voordeel van deze maat is dat in één cijfer een algemene trend duidelijk wordt. Het nadeel is dat bij lage getallen of bij een eenmalige grote stijging/daling de gemiddelde jaarlijkse procentuele groei wat hoog kan uitvallen.

Verschillen met in vorige jaarrapporten gepresenteerde cijfers

De jaarrapporten van LINH worden gemaakt op basis van gegevens over het voorbije jaar voor zover die in juni beschikbaar zijn. Doordat van sommige praktijken gegevens pas later binnenkomen of doordat we naderhand nog correcties uitvoeren, kunnen later wijzigingen optreden. Deze verwerken we in de cijfers in het jaarrapport van een jaar later. Het onderhavige jaarrapport presenteert daardoor op sommige punten iets andere cijfers dan de voorgaande jaarrapporten. Het meest actuele rapport bevat steeds de meest volledige bron van gegevens.

3 Contact met de huisartspraktijk

Kernboodschap: In 2001 had de gemiddelde patiënt 6,3 keer contact met de huisartspraktijk. De over-all contactfrequentie was daarmee nagenoeg gelijk aan die in 2000. Er is wel een sterke stijging van de contactfrequentie in de leeftijdsgroep 75+.

3.1 Gebruikte gegevens

De contactfrequenties zijn gebaseerd op de periode 1 januari tot en met 31 december van elk jaar en hebben betrekking op de contacten van de patiënt met zowel de huisarts als de praktijkassistente voor zover deze in het Huisarts Informatie Systeem zijn vastgelegd.

Aantal praktijken in de analyses

Voor 72 praktijken konden contactfrequenties berekend worden. Bij de overige praktijken waren de contacten niet geloofwaardig (minder dan 3 contacten per ingeschreven patiënt per jaar) (tabel 3.1). Bij 34 van deze 72 praktijken was ook de contactsoort goed geregistreerd (selectiecriteria: minder dan 40% van de contacten als 'onbekend' geregistreerd; minder dan 15% visites).

Tabel 3.1 Overzicht van gebruikte gegevens

	aantal praktijken	aantal ingeschreven patiënten	aantal contacten
contacten geregistreerd	72	288.909	1.832.713
soort contact geregistreerd	34	126.596	694.578

Volledigheid van de gegevens

Door middel van een schriftelijke enquête (in april 2000) onder de LINH huisartsen is de volledigheid van de contactregistratie nagegaan. In het algemeen worden face-to-face-contacten in de praktijk met de huisarts of de praktijkassistente (bijvoorbeeld voor herhaalrecepten, verlengingsverwijzingen, controles) systematisch vastgelegd. Het overgrote deel van de praktijken registreert ook visites, telefonische consulten voor zover resulterend in een verwijzing of een voorschrift en contacten tijdens het spreekuur in het verzorgingshuis. 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.

Waarneemcontacten

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. Wel meegenomen worden contacten van collega's met 'vaste' patiënten van LINH-huisartsen tijdens de waarneming. Beide meetellen zou tot een overschatting van de contactfrequentie leiden. De LINH-deelnemers geven in de enquête aan dat zij contacten van waarnemende collega's met hun eigen patiënten in het algemeen wel vastleggen. Dat geldt zeker voor visites en consulten en in een iets mindere mate (maar toch nog voor de meerderheid) voor telefonische contacten.

3.2 Huidige situatie

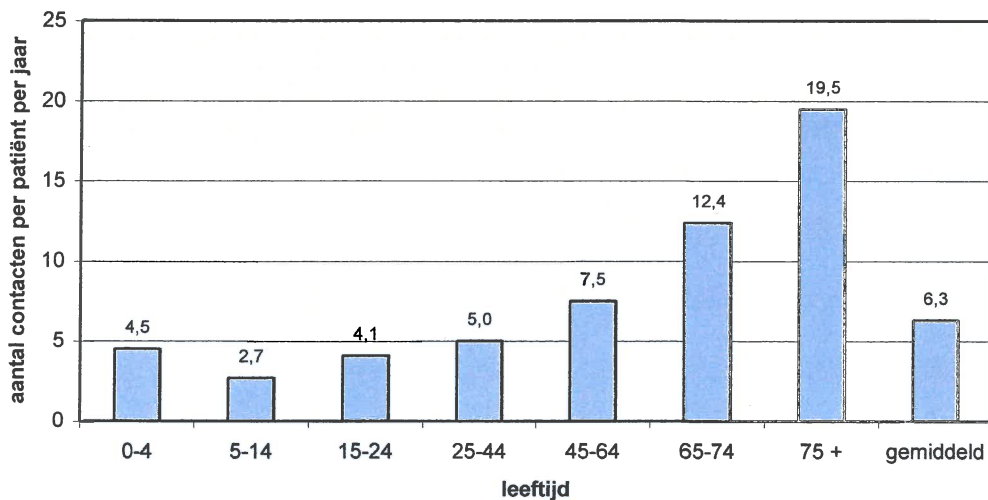
Aantal contacten

De gemiddelde patiënt had in 2001 6,3 keer contact met de huisarts. Dat aantal liep uiteen van 2,7 voor 5-14 jarigen tot 19,5 voor 75-plussers (figuur 3.1). In de meeste gevallen gaat het om consulten op het spreekuur. De gemiddelde patiënt verschijnt 3,7 keer per jaar op het spreekuur, terwijl hij of zij slechts 0,3 keer de huisarts zelf op bezoek krijgt (fig. 3.2). Er zijn grote verschillen tussen de leeftijdscategorieën. Visites vinden vooral plaats bij ouderen van 75 jaar en ouder (figuur 3.3).

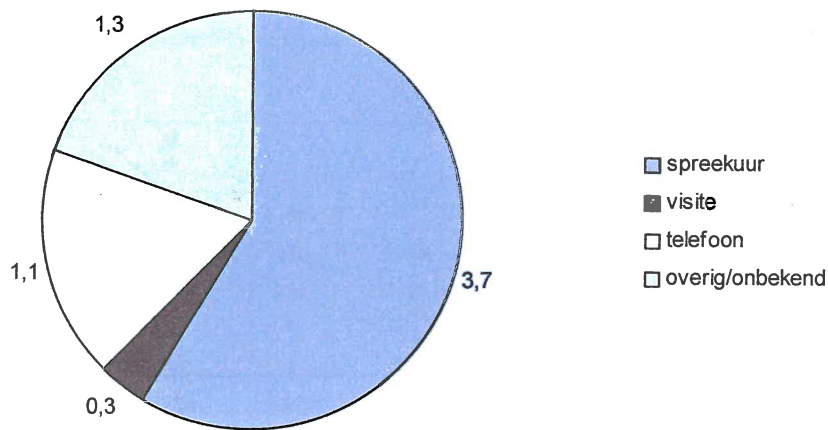
Verschillen naar geslacht en verzekeringsvorm

Vrouwen bezoeken vaker de huisarts dan mannen; ziekenfondsverzekerden vaker dan particulier verzekerden (figuur 3.4). De verschillen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden nemen toe met de leeftijd vanaf 15 jaar, en nemen iets af boven de 65 jaar.

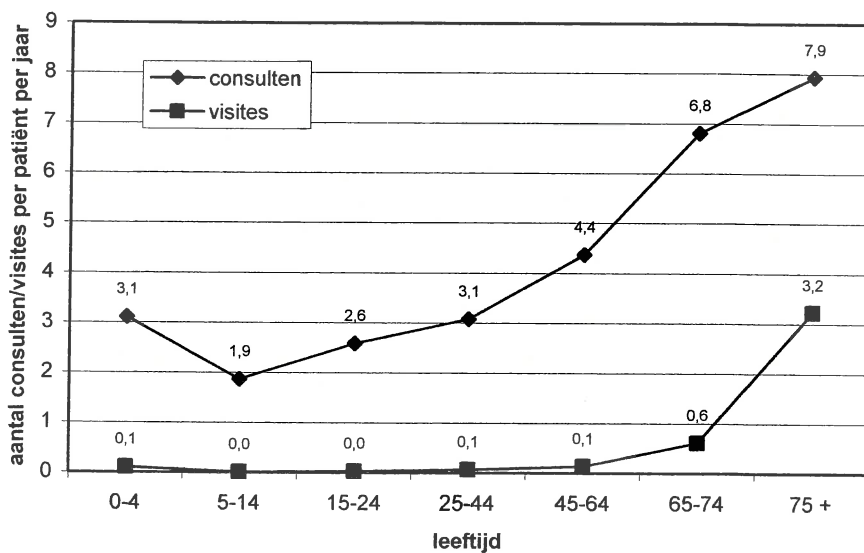
Figuur 3.1 Aantal contacten met de huisartspraktijk per ingeschreven patiënt per jaar, 2001



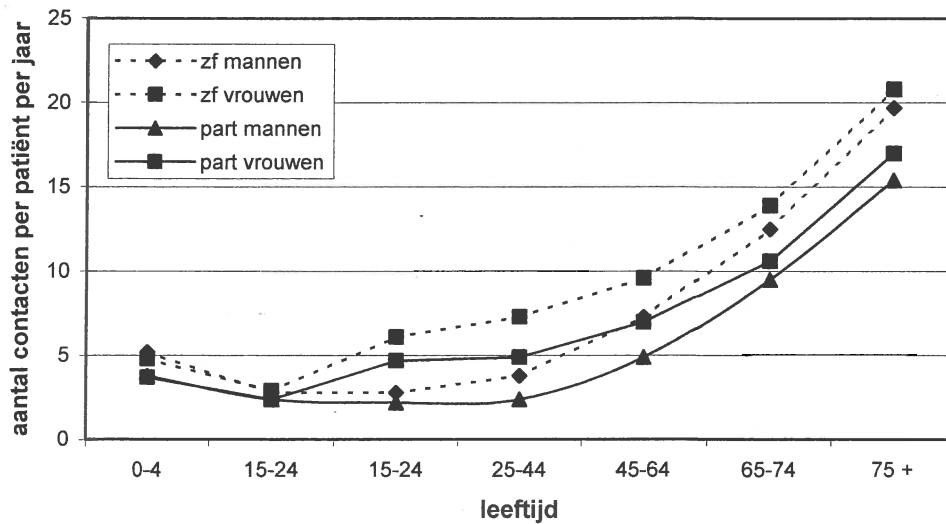
Figuur 3.2 Gemiddeld aantal contacten met de huisartspraktijk per patiënt per jaar, uitgesplitst naar contactsoort, 2001



Figuur 3.3 Aantal visites en consulten van de huisarts met de patiënt per jaar, naar leeftijd, 2001



Figuur 3.4 Gemiddeld aantal contacten met de huisartspraktijk per jaar per patiënt, naar verzekeringsvorm, geslacht en leeftijd, 2001



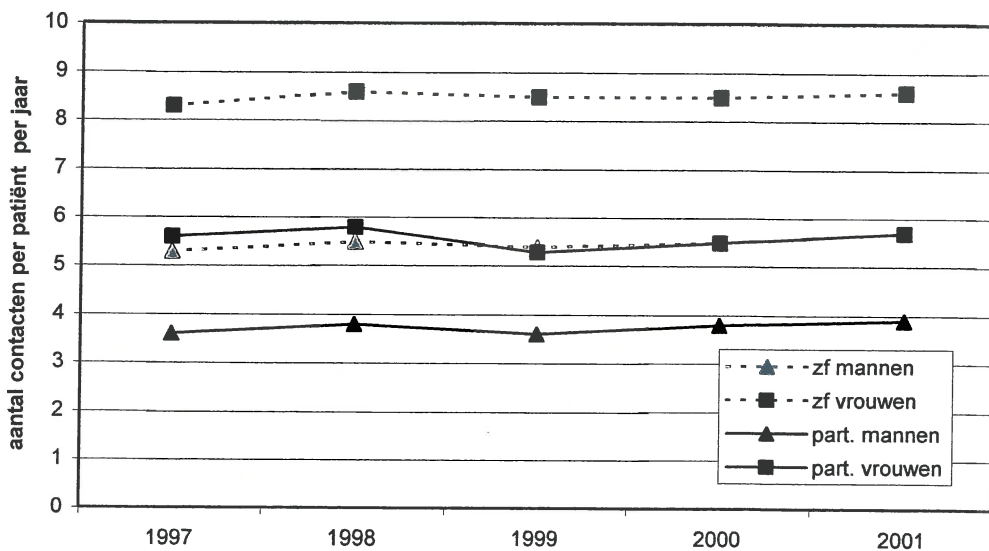
3.3 Ontwikkelingen in de tijd

Ontwikkelingen in het aantal contacten

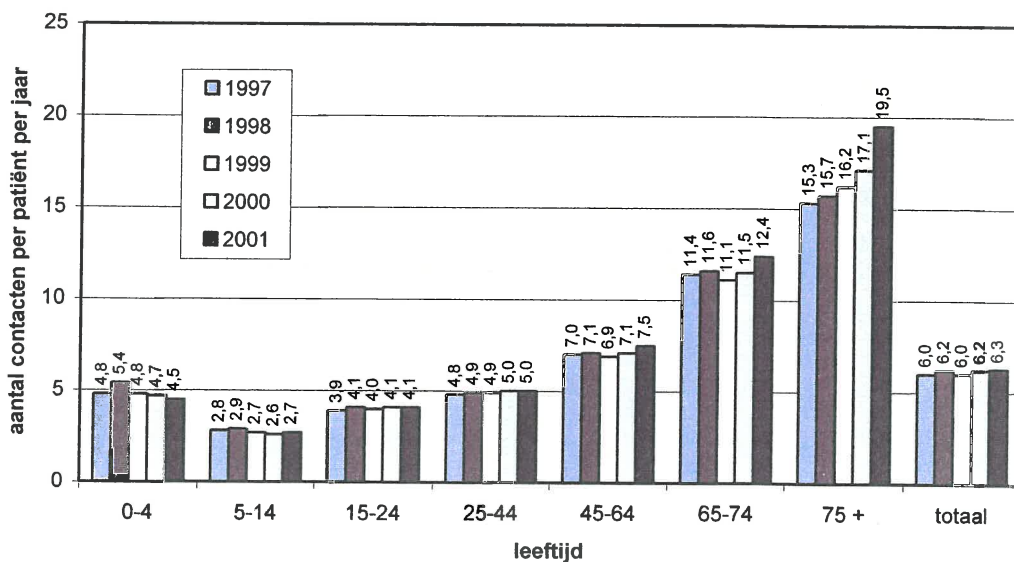
Het aantal contacten met de huisartspraktijk is nagenoeg constant tussen 1997 en 2001. Dat geldt voor zowel ziekenfonds- als particuliere patiënten en voor zowel mannen als vrouwen (figuur 3.5).

Bij afzonderlijke leeftijdscategorieën zien we echter wel degelijk een trend in de tijd. Bij de 75-plussers vond een opvallende stijging plaats, terwijl het aantal contacten in de jongere leeftijdsgroepen juist licht daalde (figuur 3.6). De stijging bij de ouderen (75+) deed zich vooral voor bij particulier verzekerde mannen. In vergelijking met vrouwen en ziekenfondsverzekerden in dezelfde leeftijdscategorie heeft deze groep echter nog steeds de laagste contactfrequentie (zie bijlage 1, tabel 1).

Figuur 3.5 Aantal contacten met de huisartspraktijk per patiënt per jaar, naar verzekeringsvorm en geslacht, 1997-2001



Figuur 3.6 Ontwikkeling in het aantal contacten per patiënt per jaar met de huisartspraktijk, naar leeftijd, 1997-2001



4 Voorschrijven van geneesmiddelen

Kernboodschap: Het aantal voorschriften van geneesmiddelen dat een LINH-huisarts per patiënt uitschreef, steeg van 5,4 in 2000 naar 5,7 in 2001, een stijging van bijna 6% ten opzichte van 2000. Diclofenac, een pijnstillert, was in 2001 het meest voorgeschreven middel, evenals in 2000.

4.1 Gebruikte gegevens

Het gaat in dit hoofdstuk om in de praktijk gegenereerde nieuwe en herhaalvoorschriften door huisarts en praktijkassistente. Het betreft voorgeschreven middelen, niet de door de apotheek afgeleverde middelen.

De grote meerderheid van de praktijken legt ook herhaalreceptuur van specialisten, tijdens visites uitgeschreven receptuur en magistrale receptuur in het HIS vast. Meer dan 60% van de de praktijken registreert ook (alle) voorschriften van bijvoorbeeld verbandmiddelen systematisch en nog eens ruim 24% doet dit gedeeltelijk (zie bijlage 3).

De gegevens voor dit hoofdstuk zijn ontleend aan 101 praktijken, waarin totaal 377.642 patiënten stonden ingeschreven. In die praktijken werd 2.154.061 keer een geneesmiddel voorgeschreven.

In de loop van 1999 en 2000 is voor de verschillende HISsen software geïntroduceerd die het ICPC-coderen van prescripties vergemakkelijkt. Het aantal ICPC-gecodeerde prescripties bedroeg in 2000 37%. In 2001 is dat opgelopen tot 64%.

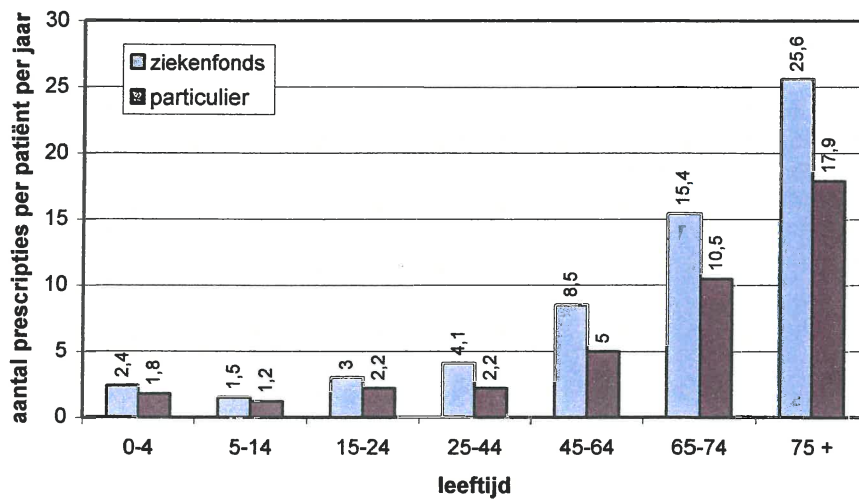
4.2 Huidige situatie

Aantal voorschriften

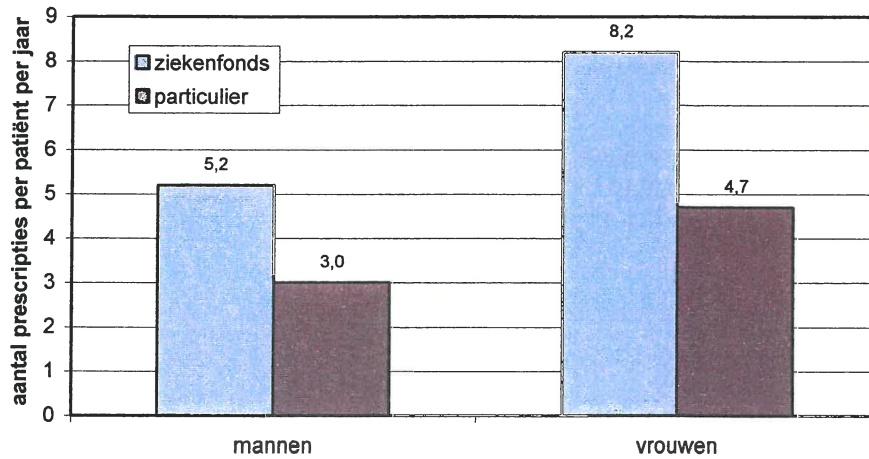
Het aantal voorschriften bedraagt in 2001 5,7 per patiënt per jaar. Er zijn grote verschillen naar geslacht, verzekeringsvorm en tussen leeftijdsgroepen (figuur 4.1 en 4.2). Vrouwen krijgen meer voorgeschreven dan mannen, ziekenfonds meer dan particulier verzekerde patiënten, en ouderen krijgen meer voorgeschreven dan jongeren. De verschillen naar leeftijd en geslacht gelden voor zowel particulier- als ziekenfondsverzekerde patiënten.

De meest frequent voorgeschreven middelen behoren tot de hoofdgroep 'centraal zenuwstelsel', gevolgd door middelen uit de hoofdgroepen 'hart-vaatstelsel' en 'ademhalingsstelsel' (figuur 4.3). Alle groepen middelen worden vaker voorgeschreven aan vrouwen dan aan mannen, behalve die voor bloed en bloedvormende organen. Alle groepen middelen worden vaker voorgeschreven aan ziekenfonds- dan aan particuliere patiënten.

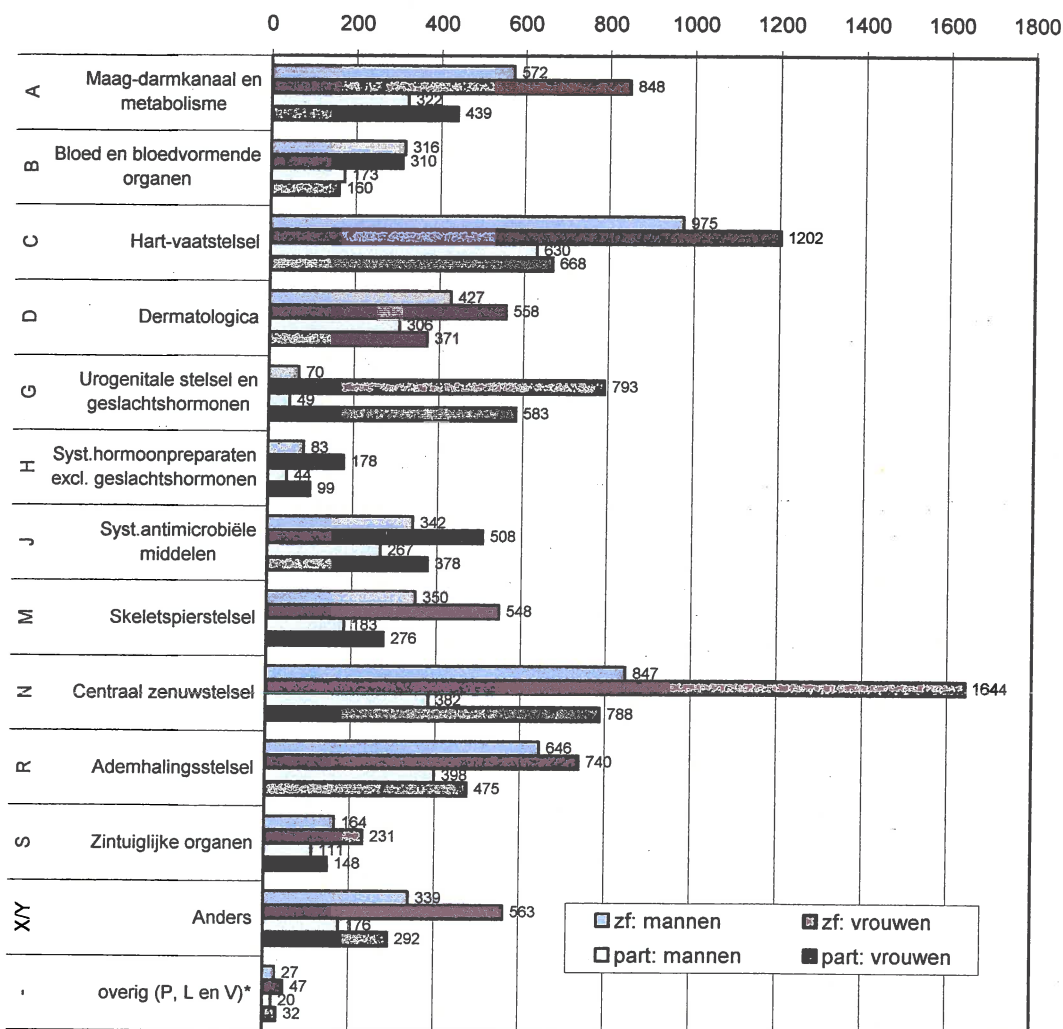
Figuur 4.1 Aantal geneesmiddelvoorschriften in de huisartspraktijk per patiënt per jaar naar leeftijd, 2001



Figuur 4.2 Aantal geneesmiddelvoorschriften in de huisartspraktijk per patiënt per jaar naar geslacht en verzekeringsvorm, 2001



Figuur 4.3 Aantal geneesmiddelenvoorschriften in de huisartsenpraktijk per 1.000 ingeschreven patiënten naar ATC hoofdgroep, geslacht en verzekeringsvorm, 2001



* overig: P = antiparasitaire middelen, L = oncolytica en immunosuppressiva en V = diverse middelen

Tabel 4.1 Top-10 van meest voorgeschreven middelen: aantal voorschriften per 1.000 ingeschreven patiënten, 2001

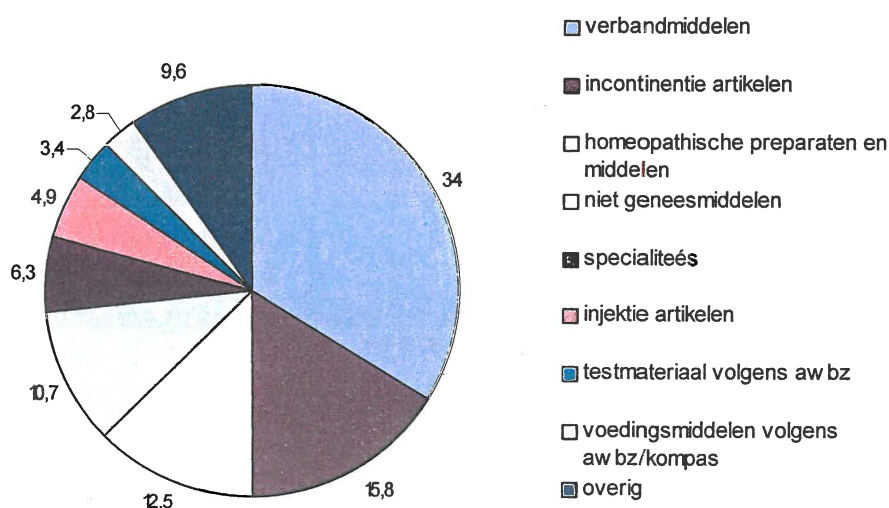
rang-nummer	ATC-code	naam	%
1	M01AB05	Diclofenac	126
2	G03AA07	Oestrogeen/lev.org.	121
3	N05BA04	Oxazepam	117
4	N05CD07	Temazepam	103
5	N02BE01	Paracetamol	90
6	R03AC02	Salbutamol	88
7	C07AB02	Metoprolol	86
8	A02BC01	Omeprazol	85
9	B01AC06	Acetylsalicylzuur	80
10	N06AB05	Paroxetine	78

Voorgescreven middelen

Diclofenac was in 2001 het meest voorgeschreven middel, gevolgd door de 'pil' en oxazepam (tabel 4.1).

Van een deel van de recepten (6,5%) is geen classificatie in een ATC-hoofdstuk mogelijk, maar is wel een productgroepcode bekend. Het gaat in 34% van de voorschriften om verbandmiddelen. Andere veel voorgeschreven producten betreffen verbandmiddelen en homeopathische producten (figuur 4.4). De meeste van deze producten zijn voorgeschreven voor ziekenfondsverzekerde patiënten, met name vrouwen (ruim de helft van alle producten).

Figuur 4.4 Voorschriften in de huisartspraktijk zonder ATC code, naar productgroep in % van totaal aantal voorschriften zonder ATC code, 2001



Top-10 van diagnoses

Bij het overgrote deel van de voorschriften hebben de huisartsen een diagnose geregistreerd. De meest voorkomende diagnose is hypertensie zonder orgaanbeschadiging (tabel 4.2). In bijna 6% van de gevallen was dit de reden om voor te schrijven. Diabetes mellitus volgt met enige afstand.

Tabel 4.2 Top-10 van diagnoses waarbij een geneesmiddel in de huisartspraktijk wordt voorgeschreven, 2001

rang-nummer	ICPC	Omschrijving	Aantal	%
1	K86.0	Hypertensie zonder orgaanbeschadig.	89654	5,9%
2	T90.0	Diabetes mellitus	40590	2,7%
3	W11.0	Anticonceptie: orale anticonceptie	34289	2,2%
4	P06.0	Slapeloosheid/andere slaapstoornis	32705	2,1%
5	P76.0	Depressie	25855	1,7%
6	R05.0	Hoesten	24698	1,6%
7	R96.0	Astma	22873	1,5%
8	R97.0	Hooikoorts/allergische rhinitis	20061	1,3%
9	S88.0	Contact eczeem/ander eczeem	19058	1,2%
10	P01.0	Angstig/nervuus/gespannen gevoel	17956	1,2%

4.3 Ontwikkelingen in de tijd

Dalende trend bij jongeren, stijging bij ouderen

Tussen 1997 en 2001 is er sprake van een gemiddelde jaarlijkse groei van 2,5% als we het totale volume aan uitgeschreven recepten in ogenschouw nemen. Maar er is een groot verschil naar leeftijd (figuur 4.5). Bij de leeftijdsgroepen boven 45 jaar is er sprake van een jaarlijkse groei, terwijl het volume aan recepten voor de leeftijdsgroepen onder de 45 jaar stabiel blijft of afneemt. Uitschieters zijn de leeftijdsgroep 75-plus met een jaarlijkse procentuele groei van gemiddeld 8,2% en de leeftijdsgroep van 0-4 jarigen met een jaarlijkse procentuele daling van gemiddeld 6,1%. De daling in het volume bij de jongere leeftijdsgroepen deed zich vooral voor tussen 1999 en 2000.

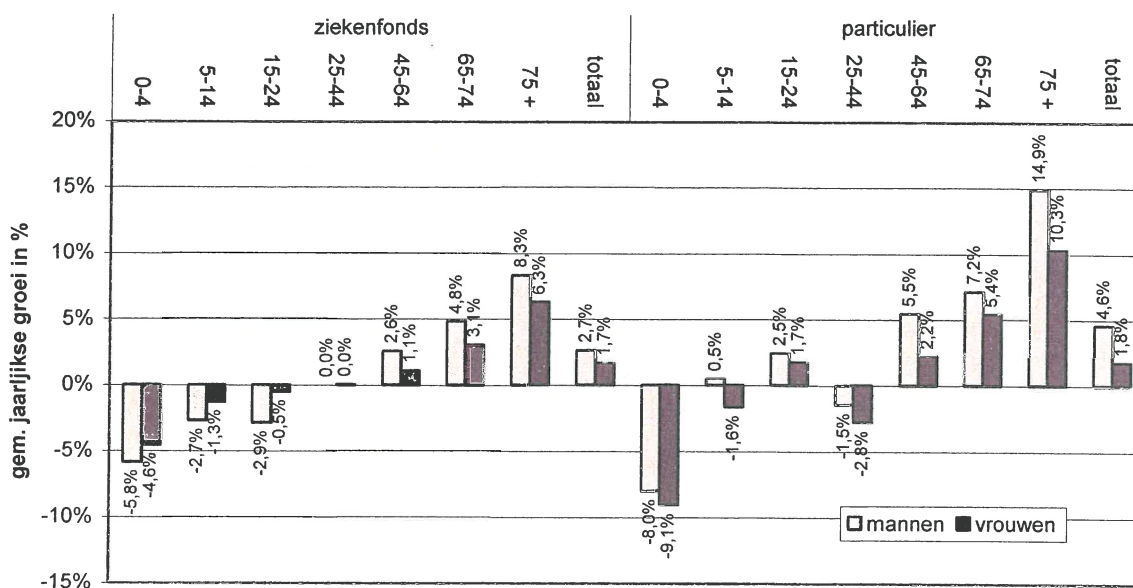
Voorgescreven middelen naar ATC-hoofdgroep

Het aantal voorgescreven middelen uit het hoofdstuk 'oncolytica en immunosuppressiva' zijn sinds 1997 jaarlijks gemiddeld met 8,2% gestegen (figuur 4.6). Hiermee zijn zij de sterkste stijgers. De invloed hiervan op het totale aantal prescripties is niet groot, omdat het om een relatief gering aantal recepten gaat. De gesignaleerde stijgingen van middelen uit de hoofdgroep 'hart-vaatstelsel', 'maag-darm-kanaal en metabolisme', en 'bloed en bloedvormende organen' hebben een groter effect vanwege het grotere volume.

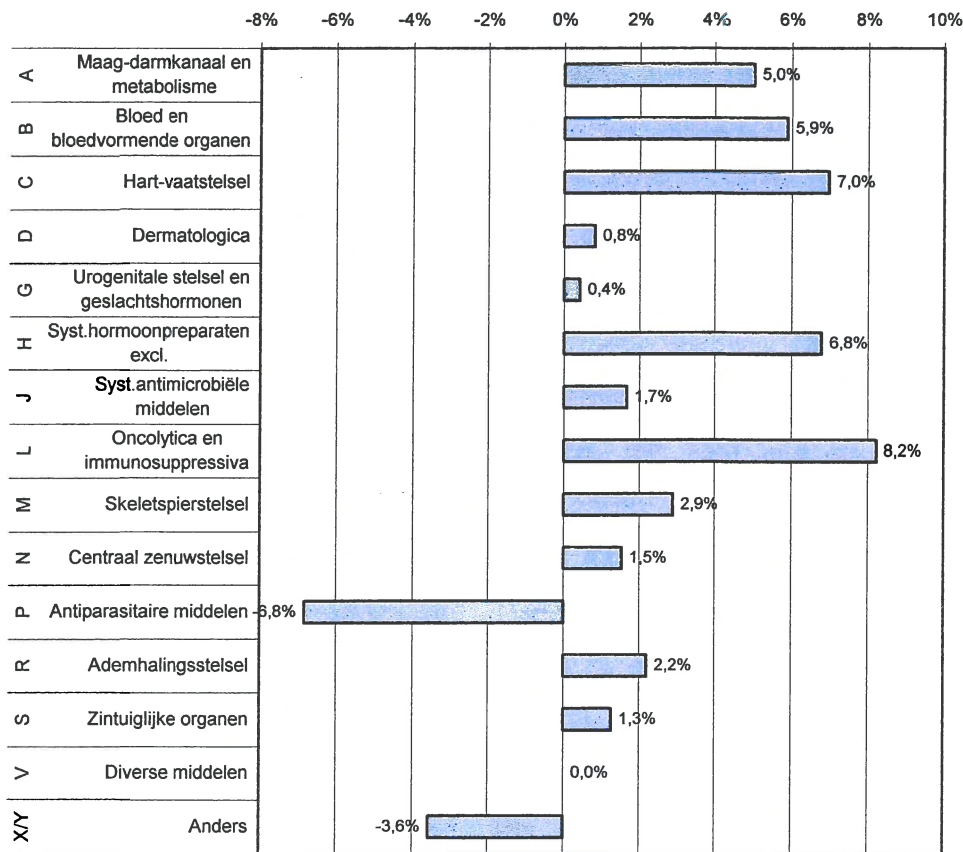
Top-10

Diclofenac was in 2001 het meest voorgescreven middel (figuur 4.7), gevolgd door de 'pil' en oxazepam. Zes van de tien middelen komen al 5 jaar in de top-10 voor. In vergelijking met 2000 zijn er weinig grote veranderingen. Ibuprofen zakt langzaam buiten de top-10 (niet in figuur). Paroxetine heeft in de loop der jaren een opvallende stijging doorgemaakt. In 1996 stond het middel nog op plaats 44 in de rangorde, in 2000 verscheen het op plaats 10 en daar staat het ook in 2001. Een minder spectaculaire stijging is te zien voor omeprazol. Tussen 1996 en 2000 stond dit middel achtereenvolgens op plaats 18, 15, 9, 8 en 6. In 2001 staat het op plaats 8. Dit jaar nieuw in de top-10 is acetylsalicylzuur. Bewegingen in omgekeerde richting maakten amoxicilline en doxycycline (niet in figuur).

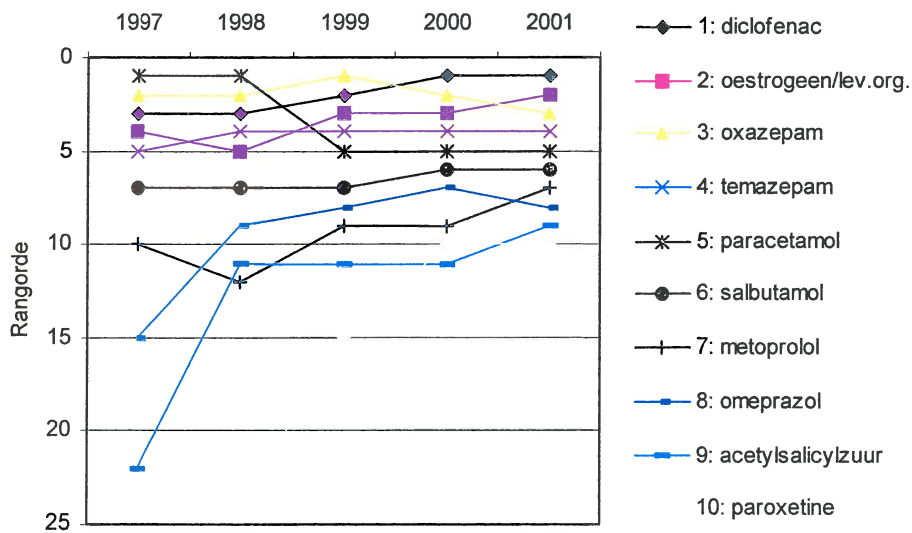
Figuur 4.5 Gemiddelde jaarlijkse procentuele groei in het aantal geneesmiddelenvoorschriften, naar leeftijd en verzekeringsvorm, 1997-2001



Figuur 4.6 Gemiddelde jaarlijkse procentuele verandering in het aantal geneesmiddelenvoorschriften in de huisartspraktijk per 1000 ingeschreven patiënten, naar ATC hoofdgroep, 1997-2001



Figuur 4.7 Rangorde in 1997-2000 van de top 10 van voorgeschreven middelen in 2001



5 Verwijzingen

Kernboodschap: Per 1.000 ingeschreven patiënten verwijst een huisarts gemiddeld 177 keer per jaar naar een medisch specialist. Tussen 1997 en 2000 zagen we bij ziekenfondspatiënten een daling van het aantal verwijzingen, terwijl het aantal verwijzingen bij particuliere patiënten gelijk bleef. Tussen 2000 en 2001 zien we daarentegen een stijging bij zowel ziekenfonds als particuliere patiënten van 5 à 6%. Het aantal verwijzingen naar paramedici verandert nauwelijks. Veranderingen in het aantal verwijzingen naar de GGZ konden nog niet worden nagegaan aangezien dit gegeven dit jaar voor het eerst wordt gerapporteerd.

5.1 Gebruikte gegevens

Voor wat betreft de verwijzingen naar de tweedelij zijn de uitkomsten gebaseerd op gegevens uit 87 praktijken, waar in totaal 327.537 mensen stonden ingeschreven en waar 51.100 keer een verwijzing plaats vond. Voor wat betreft de verwijzingen naar fysiotherapie gaat het om gegevens van 78 praktijken. Voor wat betreft de verwijzingen naar de GGZ 87 praktijken.

Rond 80% van de LINH-huisartsen registreert (volgens eigen zeggen) zo goed als alle nieuwe verwijzingen naar de medisch specialist. 66% van de LINH huisartsen registreert (volgens eigen zeggen) 90-100% van de verwijzingen naar fysiotherapie en oefentherapie (zie bijlage 3). Ongeveer 45% van de huisartsen registreert bijna alle verwijzingen naar RIAGG en eerstelijnspsycholoog; ongeveer driekwart doet dat in meer dan 50% van de gevallen.

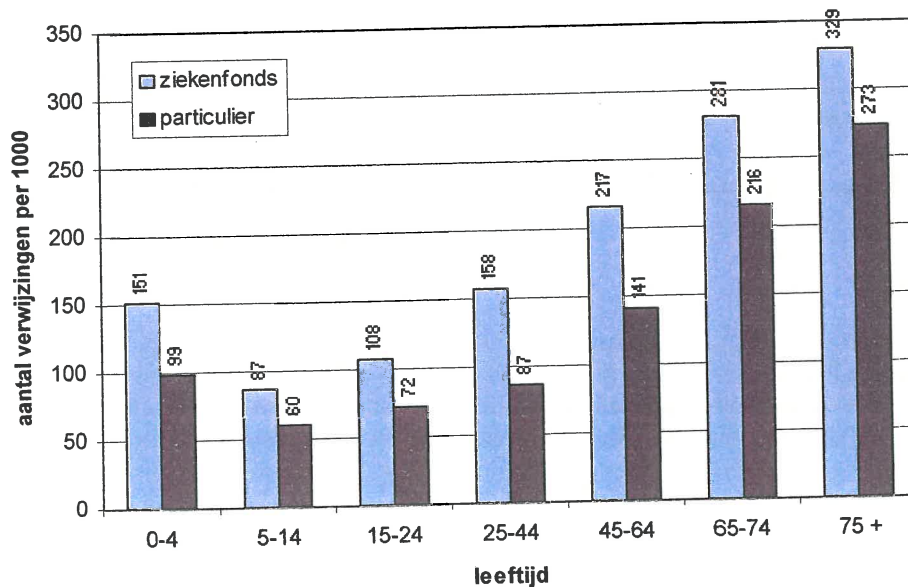
5.2 Nieuwe verwijzingen naar de medisch specialist

5.2.1 Huidige situatie

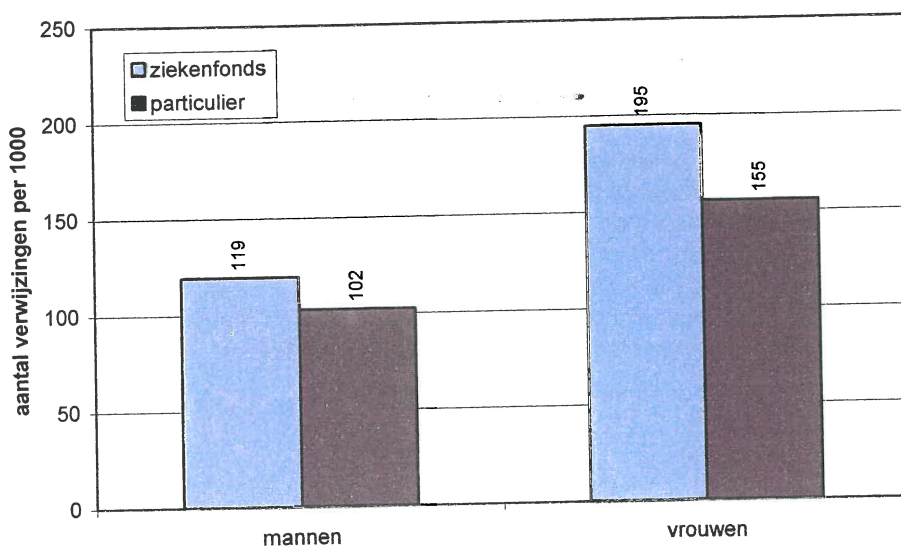
Aantal verwijzingen

Per 1.000 ingeschreven patiënten verwees de huisarts in 2001 177 keer naar een medisch specialist. Oudere patiënten worden vaker doorverwezen dan jongere. Dat geldt voor particuliere zowel als ziekenfondspatiënten. Onder ziekenfondsverzekerde 75-plussers bedraagt het aantal verwijzingen bijvoorbeeld 329 per 1.000 ingeschreven patiënten, terwijl dat voor 5-14 jarigen slechts 87 is (figuur 5.1). Mannen worden minder vaak verwezen dan vrouwen. Ook dat geldt voor zowel ziekenfonds als particuliere patiënten (figuur 5.2). Ziekenfondspatiënten worden vaker doorverwezen dan particuliere patiënten.

Figuur 5.1 Aantal nieuwe verwijzingen naar de medisch specialist vanuit de huisartspraktijk per 1.000 ingeschreven patiënten per jaar naar leeftijd en verzekeringsvorm, 2001



Figuur 5.2 Aantal nieuwe verwijzingen naar de medisch specialist vanuit de huisartspraktijk, per 1.000 ingeschreven patiënten per jaar naar geslacht en verzekeringsvorm, 2001

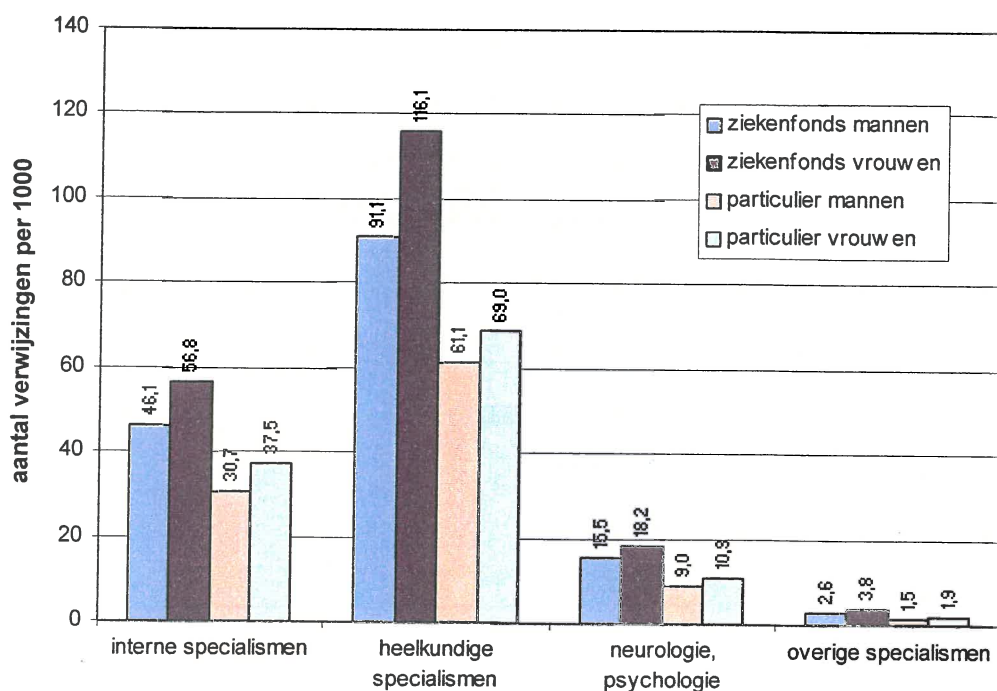


Uitgesplitst naar specialisme

De verschillen tussen mannen en vrouwen en ziekenfonds- en particuliere patiënten doen zich in alle groepen van specialismen voor (figuur 5.3). In absolute zin is het verschil tussen ziekenfonds- en particuliere patiënten het grootst bij de heelkundige specialismen; in procentuele zin bij de interne specialismen. Het verschil tussen mannen en vrouwen doet zich in ongeveer gelijke mate voor bij alle specialismegroepen.¹

Op het meer gedetailleerde niveau van individuele specialismen is het beeld genuanceerder. Zo verwijst de huisarts vanzelfsprekend meer vrouwen naar gynaecologie, maar hetzelfde patroon is ook te zien voor reumatologie, dermatologie/allergologie, orthopedie, inwendige geneeskunde, plastische chirurgie, oogheelkunde en neurologie. Urologie is het enige specialisme waar mannen duidelijk domineren. Bij cardiologie, chirurgie, KNO en psychiatrie houdt het aantal verwezen mannen en vrouwen elkaar ongeveer in evenwicht (bijlage 1, tabel 15).

Figuur 5.3 Aantal nieuwe verwijzingen naar de medisch specialist per 1.000 ingeschreven patiënten in de huisartspraktijk, naar geslacht en verzekeringsvorm, 2001



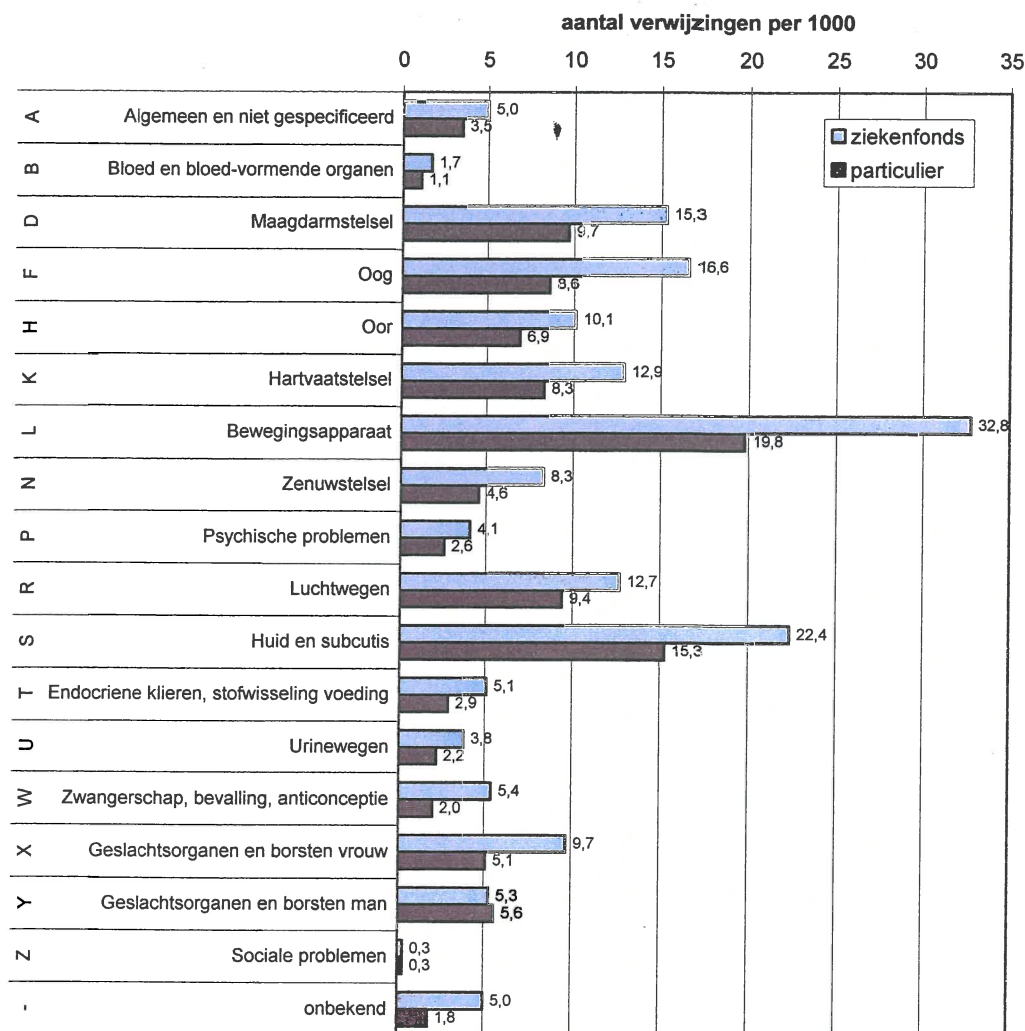
Uitgesplitst naar diagnose

De meest gestelde diagnose bij een nieuwe verwijzing naar een medisch specialist heeft betrekking op het bewegingsapparaat, zowel bij particuliere als bij ziekenfondspatiënten. Met enige afstand volgen huidaandoeningen en oogaandoeningen.

Op een meer gedetailleerd niveau, namelijk dat van ICPC-codes in plaats van ICPC-hoofdstukken, blijken symptomen en klachten van de visus de meest voorkomende reden van verwijzen, gevolgd door diabetes mellitus, en symptomen en klachten van de knie. De Top-10 van meest voorkomende verwijzdiagnoses per specialisme staan in bijlage 1, tabel 18.

¹ De specialismen zijn gerubriceerd volgens de indeling gehanteerd door het NZI (Spaan, Vocking, 1998).

Figuur 5.4 Aantal nieuwe verwijzingen naar medisch specialisten per 1.000 patiënten, naar diagnose (ICPC hoofdstuk) en verzekeringsvorm



5.2.2 Ontwikkelingen in de tijd

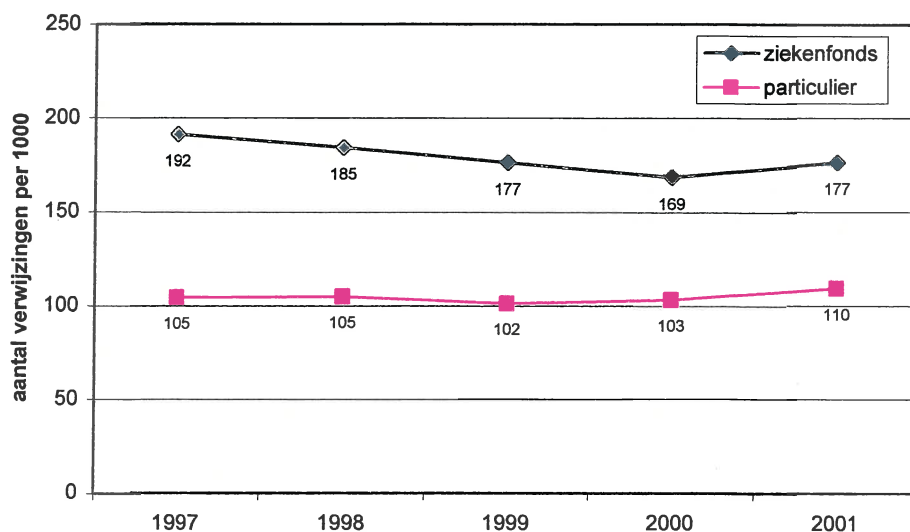
Aantal verwijzingen

Het aantal verwijzingen naar de medisch specialist bij ziekenfondsverzekerden daalde tussen 1997 en 2000 licht. Tussen 2000 en 2001 is echter een stijging te zien. Bij ziekenfondsverzekerden steeg het aantal verwijzingen met 5%, bij particuliere patiënten met 6% (figuur 5.5).

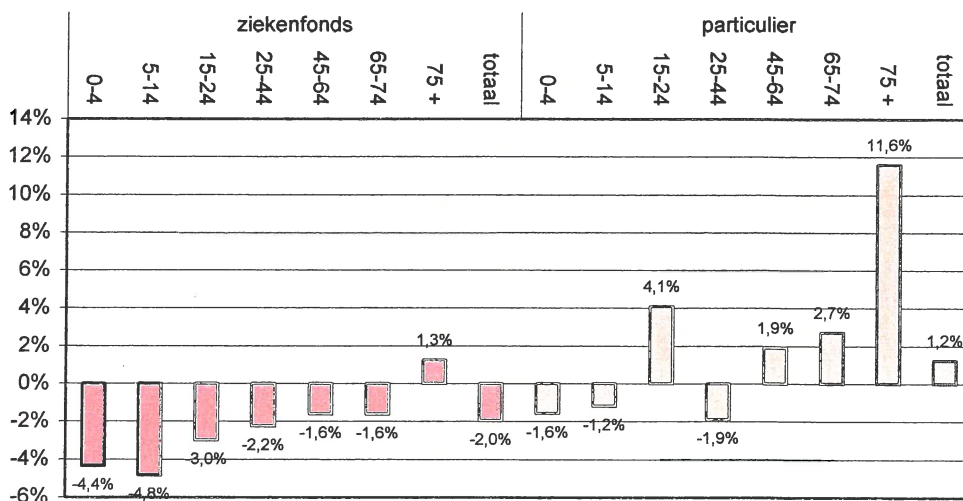
Bekijken we de hele periode 1997-2001, dan daalde bij ziekenfondsverzekerden het verwijzingscijfer met gemiddeld 2% per jaar. De daling bij de ziekenfondspatiënten doet zich zowel bij mannen als bij vrouwen voor, en bij vrijwel alle leeftijdscategorieën (figuur 5.6). Behoudens de eerder genoemde stijging in het afgelopen jaar was het totaal aantal verwijzingen bij particuliere patiënten van 1997 tot 2001 nagenoeg constant (figuur 5.5). Daaronder gaan echter wel naar leeftijd verschillende trends schuil. Bij particuliere patiënten

is het aantal verwijzingen onder ouderen licht gestegen, terwijl het bij jongeren iets daalde (figuur 5.6).

Figuur 5.5 Aantal nieuwe verwijzingen naar de medisch specialist per 1.000 ingeschreven patiënten per jaar, naar verzekeringsvorm, 1997-2001



Figuur 5.6 Jaarlijkse procentuele stijging/daling in het aantal nieuwe verwijzingen naar de medisch specialist vanuit de huisartspraktijk, naar leeftijd, 1997-2001



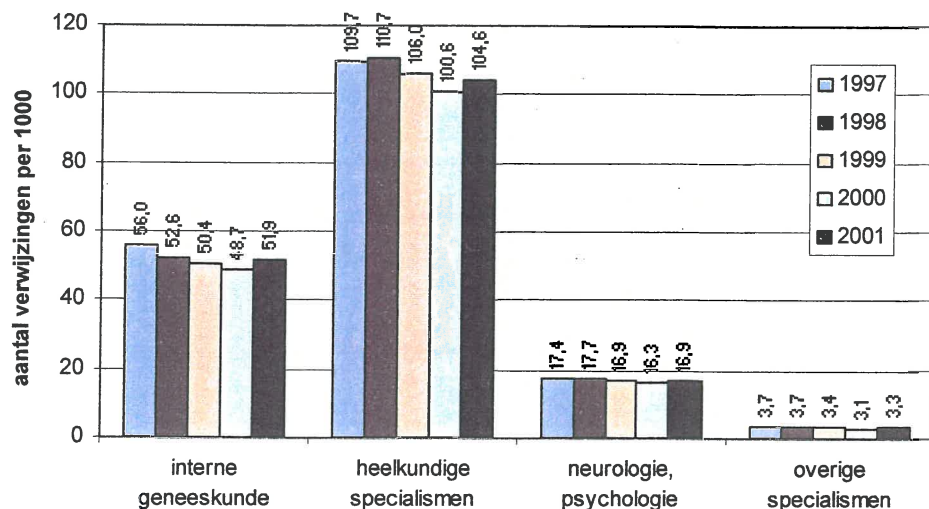
Uitgesplitst naar specialisme

De lichte daling in het aantal verwijzingen van ziekenfondspatiënten tussen 1997 en 2000, en de lichte stijging in het afgelopen jaar, vond plaats bij alle groepen specialismen (figuur 5.7). Bij de particuliere patiënten is er nauwelijks een ontwikkeling in de tijd te zien, ook niet als we naar aparte specialismegroepen kijken (figuur 5.8).

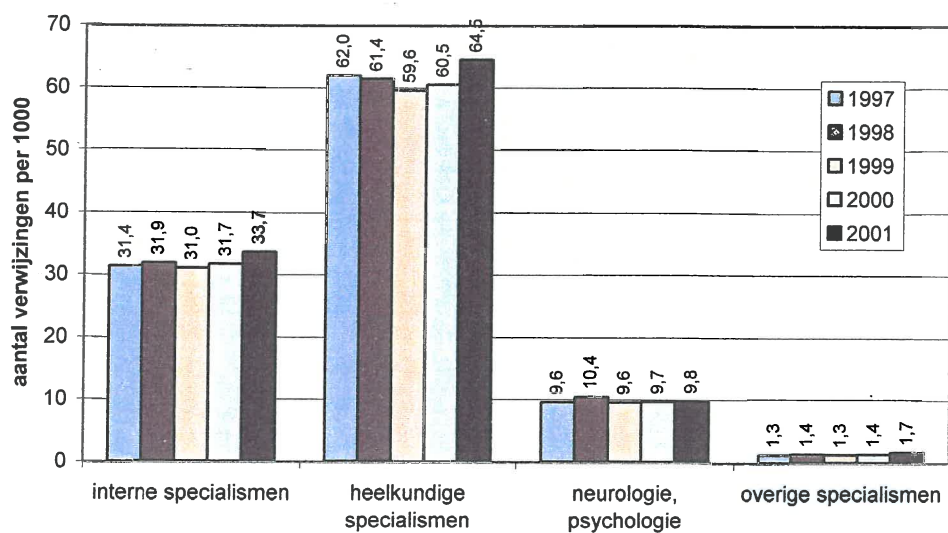
Als we de groepen specialismen verder uitsplitsen blijken er wel duidelijke stijgers en dalers te zijn. Het is daarbij opmerkelijk dat veranderingen bij ziekenfondspatiënten soms tegengesteld zijn aan die bij particuliere patiënten. Zo steeg bij particuliere patiënten het

aantal verwijzingen voor oogheelkunde gemiddeld met 2,6%, terwijl het bij ziekenfondspatiënten daalde met 4,1% (figuur 5.9).

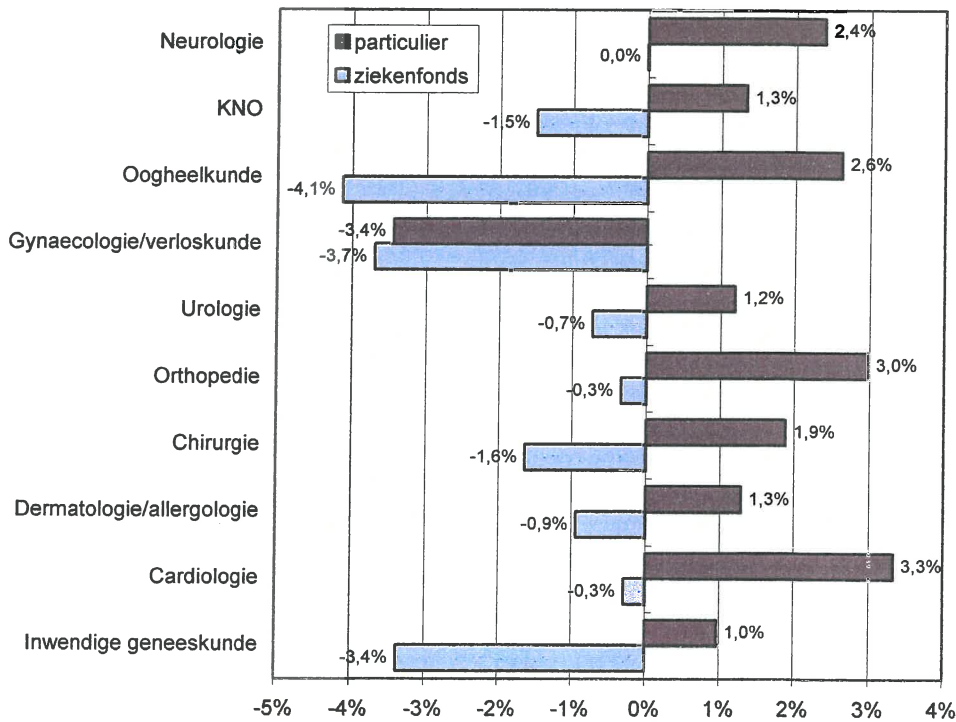
Figuur 5.7 Ziekenfondspatiënten: ontwikkeling van het aantal verwijzingen per 1.000 ingeschreven patiënten naar specialismengroep, 1997-2001



Figuur 5.8 Particuliere patiënten: ontwikkeling van het aantal verwijzingen per 1.000 ingeschreven patiënten naar specialismengroep, 1997-2001



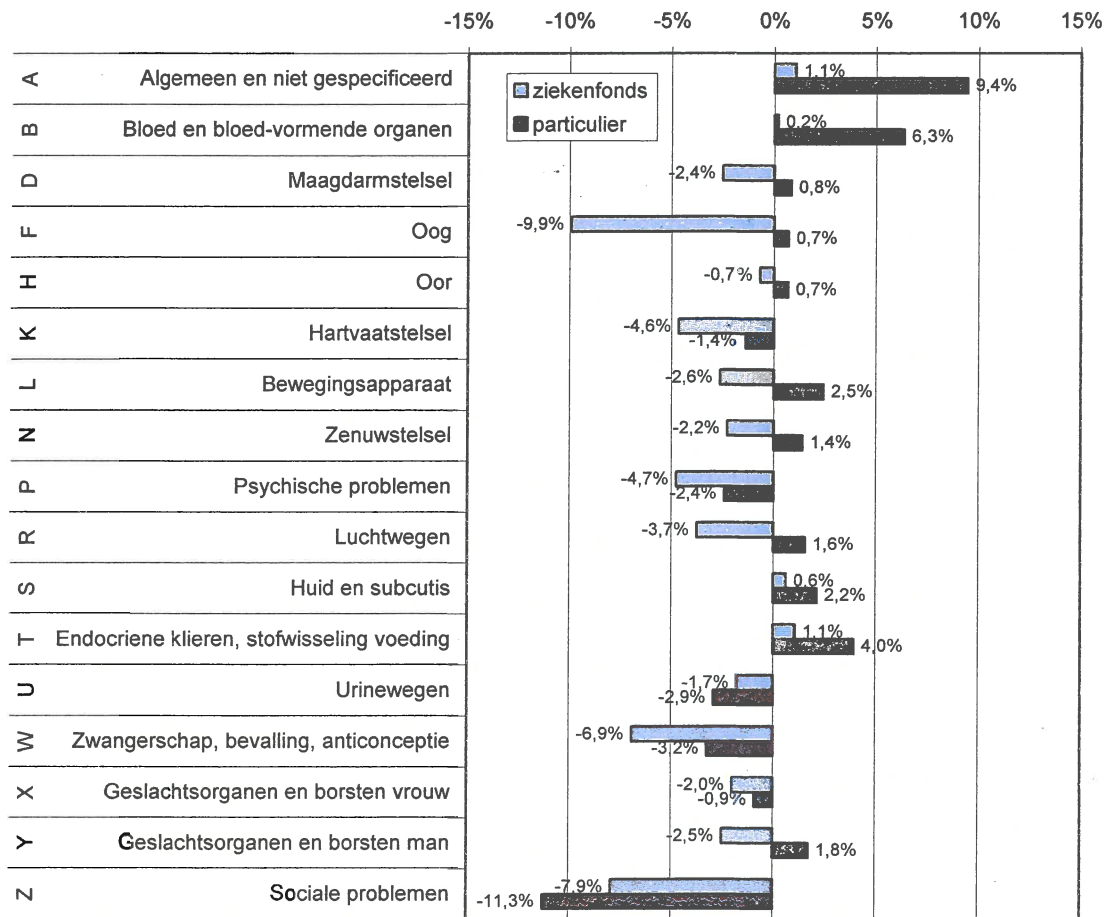
Figuur 5.9 Gemiddelde jaarlijkse procentuele groei van het aantal verwijzingen per 1.000 ingeschreven patiënten, 1997-2001, naar specialisme en verzekeringsvorm (alleen de specialismen met meer dan 5 verwijzingen per 1.000 patiënten per jaar zijn weergegeven)



Uitgesplitst naar diagnose

Bij ziekenfondspatiënten zijn de afgelopen vier jaar verwijzingen vanwege de ogen en voor sociale problemen het sterkst afgenomen: gemiddeld bijna 10% per jaar (figuur 5.10). Eerder zagen we al de afname van het aantal verwijzingen naar oogheelkunde. De enige uitschieter bij de particuliere patiënten is die bij sociale problemen. Niet in de figuur weergegeven is de sterke toename van het aantal verwijzingen zonder geregistreerde diagnose (zie Bijlage I, tabel 16 en 17).

Figuur 5.10 Gemiddelde jaarlijkse procentuele groei van het aantal nieuwe verwijzingen naar de medisch specialist per 1.000 ingeschreven patiënten, naar ICPC hoofdstuk, 1997-2001



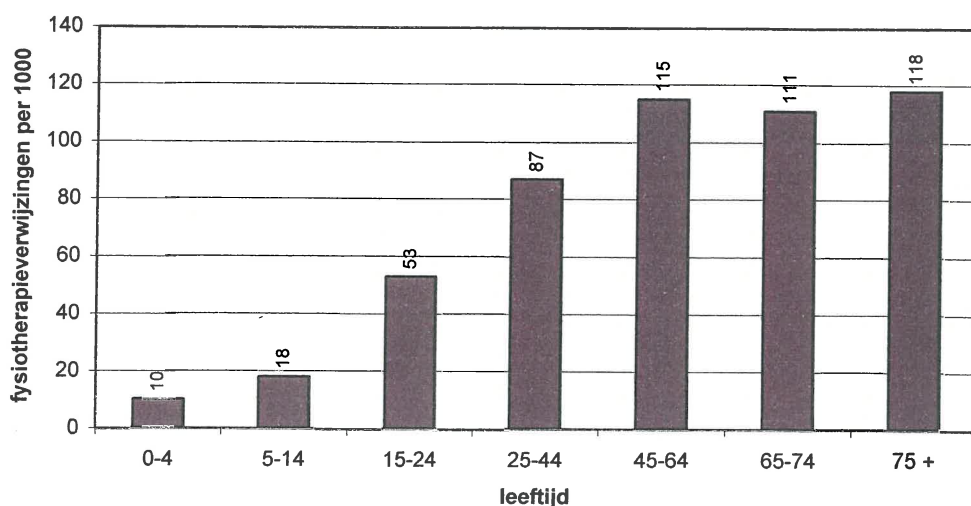
5.3 Nieuwe verwijzingen naar fysiotherapie en oefentherapie

5.3.1 Huidige situatie

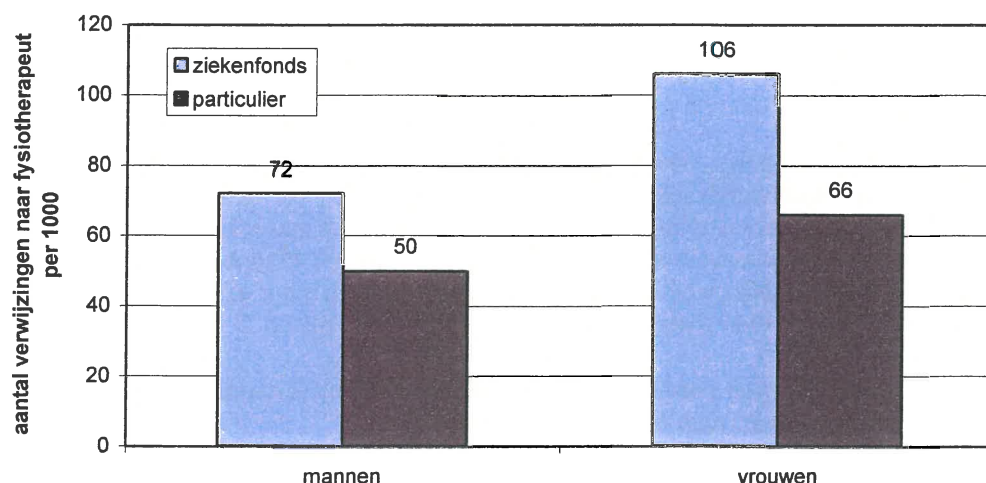
Aantal verwijzingen

Per 1.000 ingeschreven patiënten verwees de huisarts gemiddeld 78 patiënten naar fysiotherapie, en 20 naar oefentherapie (Cesar of Mensendieck). Voor de verwijzingen naar fysiotherapie konden de gegevens uitgesplitst worden naar leeftijd en geslacht. Het zijn met name patiënten boven de 45 jaar die worden verwezen (figuur 5.11). Kinderen en jongvolwassenen worden betrekkelijk weinig verwezen. Vrouwen worden meer verwezen dan mannen; ziekenfondsverzekerden meer dan particulier verzekerden (figuur 5.12).

Figuur 5.11 Aantal verwijzingen naar de fysiotherapeut vanuit de huisartspraktijk per 1.000 ingeschreven patiënten per jaar, naar leeftijd, 2001



Figuur 5.12 Aantal verwijzingen naar de fysiotherapeut vanuit de huisartspraktijk per 1.000 ingeschreven patiënten per jaar, naar geslacht en verzekeringsvorm



Uitgesplitst naar diagnose

De meest voorkomende verwijfsdiagnose voor fysiotherapie is 'lage rugpijn zonder uitstraling', gevolgd door 'symptomen/klachten nek' (tabel 5.2). Op de derde plaats staan symptomen en klachten van de rug. De top-10 bestrijkt bijna tweederde van de verwijfsdiagnoses voor fysiotherapie. Er is een grote overeenkomst tussen de verwijfsdiagnoses bij fysiotherapie en bij oefentherapie. Wel valt op dat de top-10 verwijfsdiagnoses bij fysiotherapie uitsluitend bestaat uit symptomen en klachten van het bewegingsapparaat, terwijl bij oefentherapie ook hyperventilatie en spanningshoofdpijn tot de top-10 behoort.

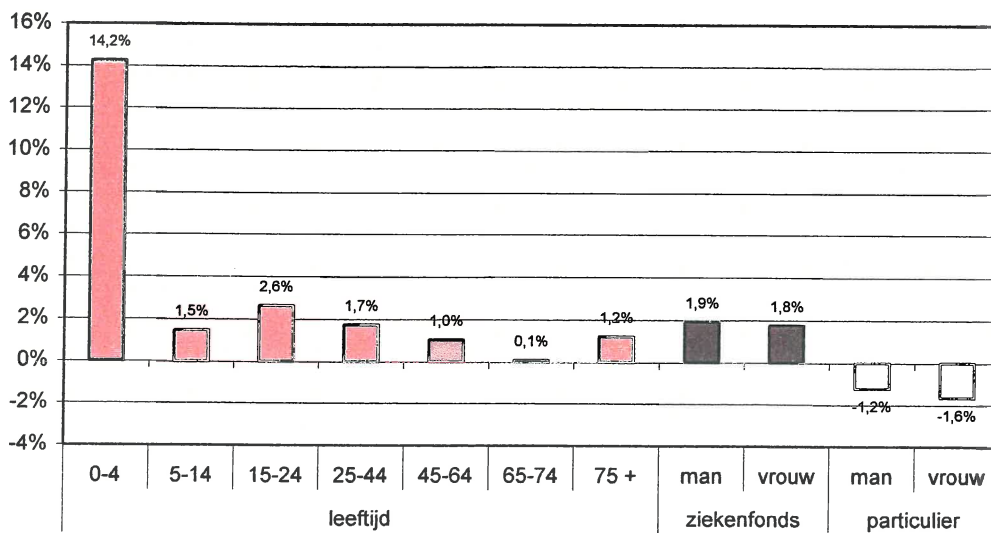
Tabel 5.1 Top-10 van diagnoses in verwijzingen naar fysiotherapie en oefentherapie, 2001

fysiotherapie		%	oefentherapie		%
1	L03 Lage rugpijn zonder uitstraling	12,9	1	L03 Lage rugpijn zonder uitstraling	22,6
2	L01 Nek symptomen/klachten	11,9	2	L02 Rug symptomen/klachten	14,4
3	L02 Rug symptomen/klachten	7,1	3	L01 Nek symptomen/klachten	11,0
4	L86 Lage rugpijn met uitstraling	6,1	4	L86 Lage rugpijn met uitstraling	5,5
5	L92 Schouder syndromen/phs	5,7	5	L85 Verworven afwijkingen wervelkolom	3,8
6	L08 Schouder symptomen/klachten	5,5	6	L08 Schouder symptomen/klachten	3,4
7	L83 Syndromen cervicale wervelkolom	4,0	7	R98 Hyperventilatie	3,4
8	L15 Knie symptomen/klachten	3,8	8	N02 Spanningshoofdpijn	2,9
9	L18 Spierpijn	3,1	9	L83 Syndromen cervicale wervelkolom	2,7
10	L99 Andere ziekten bewegingsapparaat	2,8	10	L18 Spierpijn	2,4
	Overig	37,1		Overig	28,0

5.3.2 Ontwikkelingen in de tijd in het aantal verwijzingen naar fysiotherapie en oefentherapie

Het verwijfscijfer fysiotherapie is over de laatste vier jaar weinig veranderd. Ook de cijfers per leeftijdsgroep zijn tamelijk constant (figuur 5.13). Wel is er procentueel gezien een sterke stijging in het aantal verwijzingen bij 0-4-jarigen. Deze wordt vooral veroorzaakt door een laag geregistreerd aantal verwijzingen in 1997; vanaf 1998 is ook het aantal verwijzingen in die leeftijdsklasse nagenoeg constant (zie ook bijlage 1, tabel 19).

Figuur 5.13 Gemiddelde jaarlijkse procentuele groei van het aantal verwijzingen naar fysiotherapie vanuit de huisartsenpraktijk per 1.000 ingeschreven patiënten, naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm, 2001



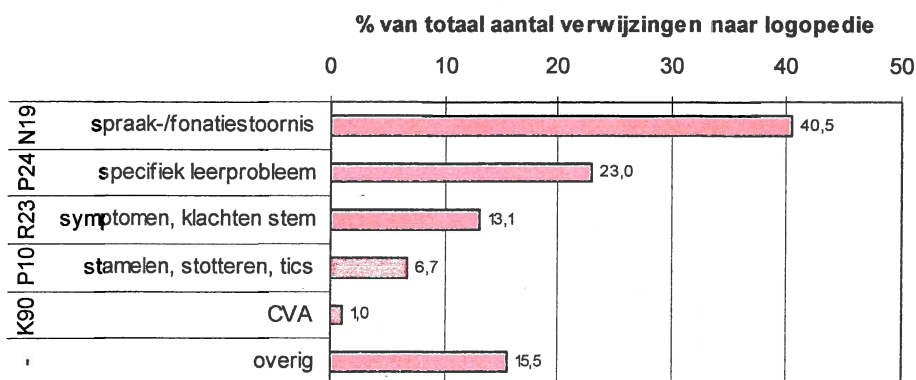
Er is weinig verandering in het patroon van diagnoses (niet in figuur): alle diagnoses in de top-10 van 2001 stonden ook in de vier voorgaande jaren in de top-10. Alleen de volgorde verandert af en toe. De verwijfsdiagnose bij fysiotherapie 'afwijkingen van de cervicale wervelkolom' is bijvoorbeeld gezakt van plaats 3 in 1996 en 1997 naar plaats 5 en 6 in 1998 en 1999 en 7 in 2000. 'Schouder syndromen/PHS', dat bezig leek aan een gestage opmars in de top-10 (van plaats 7 in 1996 naar 5 in 1997 en 3 in 1998 en 1999) is nu gezakt naar plaats 6. Het gaat verder om geringe verschuivingen.

Het aantal geregistreerde verwijzingen naar oefen therapie stijgt. In 1996 was de verhouding in verwijfscijfers voor oefen therapie en fysiotherapie nog 1 op 22. In 2000 is dat 1 op 11, en in 2001 1 op 4.

5.4 Nieuwe verwijzingen naar logopedie

Per 1.000 ingeschreven patiënten verwijft de huisarts gemiddeld 7 patiënten per jaar naar een logopedist. Dit is zeer waarschijnlijk een onderschatting van het aantal verwijzingen dat werkelijk plaatsvindt. Evenals in voorgaande jaren is bij logopedie de meest voorkomende verwijfsdiagnose 'spraak/ fonatiestoornis', gevolgd door 'specifiek leerprobleem' (figuur 5.14). Onder deze laatste diagnose valt onder andere dyslexie. In de volgorde van de diagnoses is de afgelopen jaren geen verandering opgetreden.

Figuur 5.14 Top-5 van verwijzingen naar logopedie (als percentage van het totaal aantal verwijzingen naar logopedie), 2001



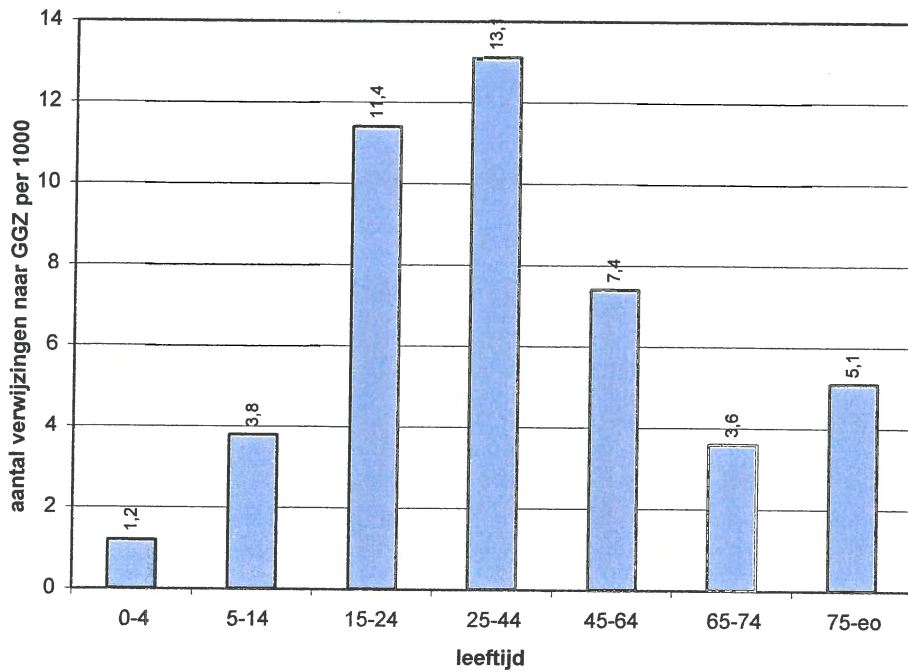
5.5 Verwijzingen naar de geestelijke gezondheidszorg

Huidige situatie

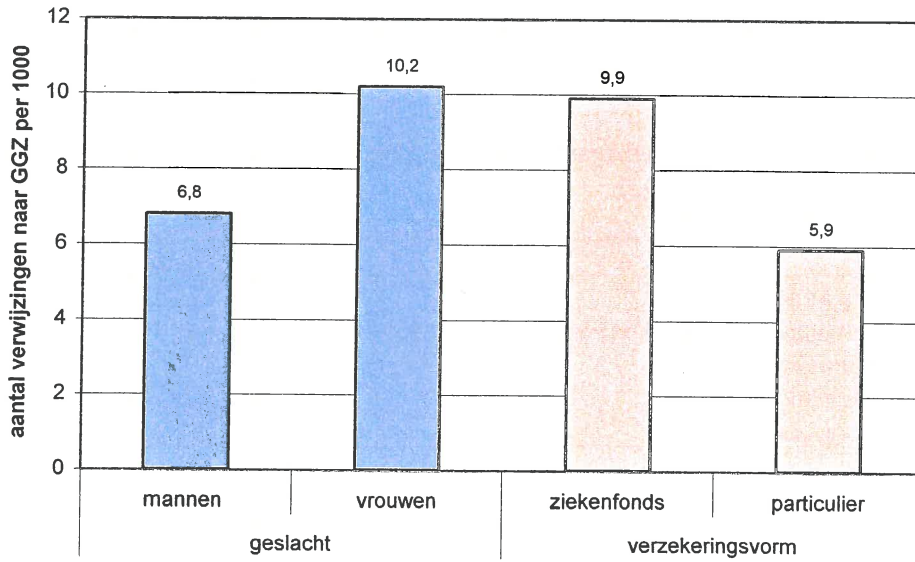
Bij de registratie van verwijzingen naar de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) gaat het om psychiatrie, RIAGG, psycholoog, eerstelijnspsycholoog, psychotherapie en het maatschappelijk werk. Daarvan was alleen de registratie van verwijzingen naar de psychiatrie (tweede lijn), RIAGG en eerstelijnspsychologen verplicht binnen LINH. Gemiddeld verwees de huisarts 6,4 patiënten per 1.000 naar één van deze drie disciplines. Indien we ook de geregistreerde verwijzingen naar psycholoog en maatschappelijk werk meetellen (waarvan de registratie binnen LINH niet verplicht is), dan komt het verwijscijfer op 7,6 per 1.000 ingeschreven patiënten.

Verwijzingen naar de GGZ vinden verhoudingsgewijs vaker plaats onder vrouwen, ziekenfondsverzekerden en in de leeftijdsklasse 25-44 jaar (figuur 5.15, figuur 5.16).

Figuur 5.15 Aantal GGZ verwijzingen door de huisarts per 1.000 ingeschreven patiënten, naar leeftijd, 2001



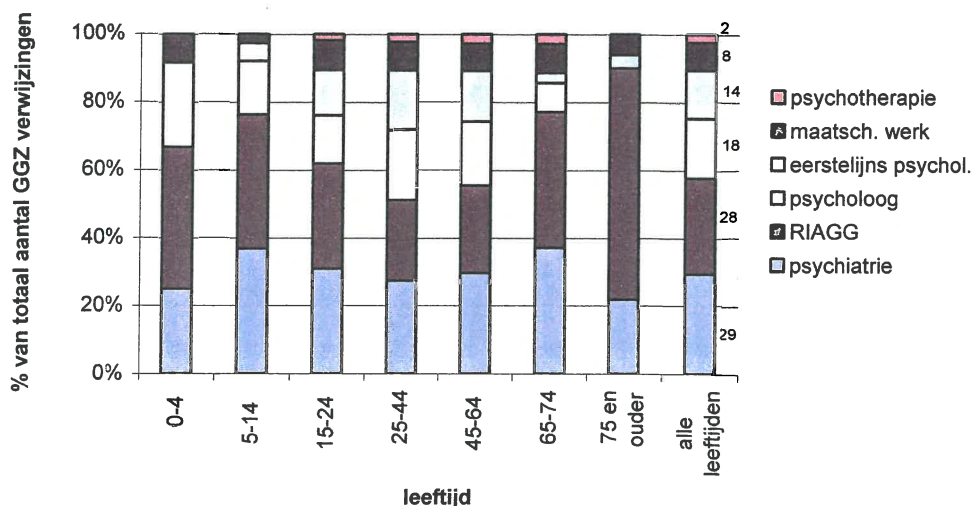
Figuur 5.16 Aantal GGZ-verwijzingen door de huisarts per 1.000 ingeschreven patiënten, naar geslacht en verzekeringsvorm, 2001



GGZ disciplines

Van alle (door de huisartsen geregistreerde) verwijzingen gaat het in 28% van de gevallen om een verwijzing naar de RIAGG, in 29% van de gevallen om een verwijzing naar een psychiater (figuur 5.17). Ouderen worden relatief vaak doorverwezen naar de RIAGG. In mindere mate geldt dat ook voor kinderen. De leeftijdscategorie 25-64 jaar wordt relatief vaak doorverwezen naar een (eerstelijns) psycholoog (figuur 5.17).

Figuur 5.17 Verdeling van het totaal aantal GGZ verwijzingen per leeftijd, naar discipline, 2001



Diagnoses

Bijna een kwart van de GGZ verwijzingen heeft betrekking op depressie of depressieve gevoelens (P03/P76). Angst en angststoornissen staan op de tweede plaats, met 13% (tabel 5.2).

Tabel 5.2 De vier meest voorkomende diagnoses bij verwijzingen naar de GGZ (percentage van totaal aantal verwijzingen naar GGZ).

ICPC-code	omschrijving	percentage
P03/P76	down, depressief gevoel, depressie	24,0
P01/P74	angstig, nerveus gespannen gevoel/ angststoornis, angsttoestand	13,2
Z12	relatieproblemen met partner	6,4
P78	neurasthenie/surmenage	6,2
P02	Crisis, voorbijgaande stress reactie	5,8

De GGZ disciplines vertonen grote overeenkomsten in verwijsdiagnose. Bij alle disciplines staan de diagnoses 'P03/P76: depressie / down, depressief gevoel' en 'P01/P74: angstig, nerveus, gespannen gevoel / angststoornis, angsttoestand' in de top-5. De diagnoses 'P02: crisis, voorbijgaande stress-reactie' en 'Z12: relatieproblemen met de partner' komen eveneens bij alle disciplines voor, zij het in verschillende mate. Voor het maatschappelijk werk en de eerstelijnspsycholoog maken deze diagnoses rond een kwart uit van het totaal, bij de overige rond de 10%. De vijfde diagnose die bij alle disciplines behalve de psychiatrie in de top-5 staat, is 'P78: neurasthenie, surmenage' (zie bijlage 1, tabel 22).

6 Conclusies

6.1 Contactfrequenties

In 2001 hadden mensen gemiddeld 6,3 keer contact met de huisartspraktijk. Bij ziekenfondsverzekerden is dat hoger dan bij particulier verzekerden. De algemene contactfrequentie is nagenoeg constant sinds 1997. In dat opzicht is nauwelijks verschil tussen ziekenfonds- en particuliere patiënten. Onder 75-plussers steeg het aantal contacten tussen 1997 en 2001; bij patiënten onder de 15 jaar was er juist een lichte daling.

Bij 3,7 van de 6,3 contacten die men gemiddeld met de huisartspraktijk heeft, gaat het om een consult. Het aantal consulten per patiënt stijgt met de leeftijd, om bij 75-plussers weer te dalen. In deze leeftijdscategorie is het aantal visites relatief hoog.

LINH-contactfrequenties vergeleken

Ook het CBS rapporteert een gelijkblijvende contactfrequentie sinds 1997 (www.cbs.nl 2002), te weten 4,1. Dit cijfer is lager dan de door ons gevonden contactfrequentie, aangezien alleen de contacten met de huisarts zelf zijn opgenomen, niet die met de assistente. Harmsen, et al. (2001) vonden op basis van gegevens van 9 huisartsen in 1997 juist een hoger contactcijfer dan dat van LINH: 6,9, waarvan 5,1 met de huisarts zelf. Het verschil met de LINH-cijfers heeft mogelijk te maken met het feit dat dit onderzoek onder een beperkt aantal praktijken in één grootstedelijke regio is uitgevoerd.

6.2 Het voorschrijven van geneesmiddelen

Het aantal voorschriften per ingeschreven patiënten was 5,4 in 1998, 1999 en 2000. In 2001 was het 5,7; een stijging met bijna 6% in het afgelopen jaar. Deze stijging vonden we zowel voor particuliere als voor ziekenfondspatiënten en voor mannen zowel als voor vrouwen. Wel zijn er verschillen tussen leeftijdscategorieën. De stijging vond vooral plaats bij ouderen, met name bij 75-plussers.

Dalende trend bij jongeren, stijging bij ouderen

De gemiddelde jaarlijkse stijging (1997-2001) van het aantal prescripties bij 75-plussers bedroeg 8,2%. Bij patiënten jonger dan 25 jaar is er juist een daling. De daling in de jongere leeftijdscategorieën vond vooral plaats tussen 1999 en 2000. Mogelijk speelt hier uitsluiting van bepaalde zelfzorggeneesmiddelen uit het ziekenfondspakket per 1 september 1999 een rol. Bij deze maatregel verdween een aantal zelfzorggeneesmiddelen uit het ziekenfondspakket, waarbij een uitzondering werd gemaakt voor zelfzorggeneesmiddelen die werden voorgeschreven bij mensen met bepaalde chronische aandoeningen. Dat laatste zou kunnen verklaren dat de daling zich niet voordeed bij ouderen. Nader onderzoek op de LINH-gegevens zou dit moeten kunnen uitwijzen. Voor wat betreft de 75-plussers is de stijging al zichtbaar sinds het begin van de LINH registratie. Wellicht speelt hier de toename van het aantal hoogbejaarden (80+) een rol. Om hier goede uitspraken over te kunnen doen is eveneens nader onderzoek nodig.

De meest voorgeschreven geneesmiddelen

De top-10 van door de huisarts voorgeschreven geneesmiddelen verschilt niet veel met die van 2000. Evenals in 2000 stond diclofenac op de eerste plaats, met 126 recepten per 1.000 ingeschreven patiënten. Paracetamol, jaren op nummer 1, staat net als in 1999 en

2000 op de vijfde plaats. De terugval van paracetamol is te wijten aan de eerder genoemde 1-september maatregel. Al in het laatste kwartaal van 1999 zagen we een afname van dit en andere zelfzorgmiddelen (Biermans, et al., 2000). Dat paracetamol niet geheel is weggevallen komt doordat de uitsluiting van dit middel niet geldt voor chronisch zieken en chronische gebruikers. Het antidepressivum paroxetine, nieuwkomer in 2000, blijft op nummer 10 staan, hoewel het aantal recepten steeg van 70 naar 78 per 1.000.

Voorschrijffrequentie in ander onderzoek

Zoals gezegd steeg het aantal prescripties in LINH met 6% tussen 2000 en 2001. De SFK signaleerde voor die zelfde periode een stijging van 3,6% (SFK, 2002). Aangezien het SFK-bestand ook specialist receptuur bevat, komen de cijfers van beide bestanden nooit geheel met elkaar overeen. Dit verklaart ook de (geringe) verschillen in beider top-10's. De SFK meldt dat oxazepam in 2001 het meest voorgeschreven middel was, gevolgd door paracetamol en diclofenac. De 'pil' staat in de SFK top-10 op plaats 7. De hogere plaats in de LINH top-10 (nummer 2) is te verklaren uit het feit dat het vooral huisartsen zijn die dit middel voorschrijven. Salbutamol komt in de SFK top-10 niet voor, terwijl ibuprofen (op nummer 8 bij de SFK) in de LINH-rangorde op nummer 11 staat. De stijging van het gebruik van antidepressiva wordt in de SFK-gegevens bevestigd. Ook de SFK rapporteerde een opmerkelijke stijging in het gebruik van antidepressiva (SFK, 2001c), waaronder paroxetine valt.

6.3 Verwijzingen naar de tweede lijn

Tot 2000 was er een dalende trend in het aantal nieuwe verwijzingen naar de medisch specialist bij ziekenfondsverzekerden. Deze trend is in 2001 niet voortgezet. Er is zelfs sprake van een stijging met 4,5% ten opzichte van 2000. Het verwijscijfer is nu 177 per 1.000 ziekenfondsverzekerde patiënten. Bij particulier verzekerden bleef het verwijscijfer jarenlang nagenoeg gelijk. Net als bij de ziekenfondsverzekerden zien we in 2001 echter een stijging (6% ten opzichte van 2000). Bij particuliere patiënten is het verwijscijfer nu 110 per 1.000 ingeschreven patiënten. De stijging tussen 2000 en 2001 in het aantal verwijzingen bij ziekenfonds- zowel als bij particuliere patiënten deed zich vooral voor bij 75-plussers. Het verschil in verwijscijfer tussen ziekenfonds en particuliere patiënten, dat jarenlang steeds kleiner werd, is dit jaar gelijk gebleven.

Stijging bij de meeste specialismen en diagnoses

De stijging van het algemene verwijscijfer tussen 2000 en 2001 vond vooral plaats bij reumatologie, cardiologie, chirurgie, pediatrie (alleen bij ziekenfondsverzekerden), en de categorie 'overige' (alleen bij particuliere patiënten). Kijken we naar de diagnoses, dan blijkt de stijging bij ziekenfondsverzekerden zich vooral voor te doen bij diagnoses die samenhangen met het maagdarmsstelsel, de huid en het bewegingsapparaat. Bij particulier verzekerden voltrok de stijging zich bij vrijwel alle diagnoses, maar vooral bij diagnoses die samenhangen met bloed en bloedvormende organen, stofwisseling en de mannelijke geslachtsorganen.

Afname van het verschil tussen ziekenfonds en particuliere patiënten

Tot 2000 nam het verschil tussen het verwijscijfer voor ziekenfonds- en dat voor particuliere patiënten langzaam af. De oorzaak hiervoor was niet helemaal duidelijk: mogelijk ging het om een werkelijke afname in het aantal verwezen ziekenfondspatiënten of om een registratie-artefact (registratie-moeheid). Ook de status van de verwijskaart leek aan verandering onderhevig. Een aantal ziekenfondsen had de verplichte verwijskaart afgeschaft. Andere waren wellicht minder strikt geworden in het hanteren van de verwijskaart als een voorwaarde voor het uitbetalen van specialistenhonoraria. Bij sommige particuliere maatschappijen bestaat een tegenovergestelde tendens: in toenemende mate introduceren zij

regels met betrekking tot verwijzingen. Dat geldt vooral voor de bovenbouwmaatschappijen van ziekenfondsen (aanbieders van zogenaamde aanvullende verzekeringen). Het lijkt er dus op dat de regels van ziekenfondsen en particuliere verzekeringen met betrekking tot verwijzen steeds meer op elkaar zijn gaan lijken. We kunnen niet uitsluiten dat dit ook van invloed is op de geneigdheid van de huisarts een 'verwijzing' in het medisch dossier te vermelden. Hoe het ook zij, het verschil tussen ziekenfonds- en particuliere patiënten is tussen 2000 en 2001 niet kleiner of groter geworden. Nader onderzoek bij de zorgverzekeraars zou meer licht kunnen werpen op de mechanismen die hier spelen.

Vergelijking van het verwijscijfer met gegevens van ziekenfondsen

Voor wat betreft de ziekenfondspatiënten konden we de waargenomen stijgende trend toetsen aan gegevens van een drietal ziektekostenverzekeraars: CZ zorgverzekeraars, Zilveren Kruis en Zorgverzekeraar DSW. Deze leverden het aantal verwijzingen van alle patiënten die bij LINH-huisartsen stonden ingeschreven. Een algemeen beeld is hier niet uit af te leiden. Bij twee van de verzekeraars is sprake van een dalende trend in het aantal verwijzingen; bij één is er een stijgende trend in het aantal verwijzingen. De verzekeraars verschillen onderling overigens ook sterk in het aantal verwijzingen per 1.000 patiënten.

6.4 Verwijzingen naar fysiotherapie en oefentherapie

In 2001 verwees de huisarts –per 1.000 ingeschreven patiënten gemiddeld 78 keer naar een fysiotherapeut. In 2000 was dat nog 72 keer, en in 1999 75 keer. Er lijkt sprake van een licht stijgende tendens over de jaren sinds 1997. Ziekenfondsverzekerden worden vaker naar fysiotherapie of oefentherapie verwezen dan particuliere patiënten. Opmerkelijk is de stijging in het aantal verwijzingen naar fysiotherapie van kinderen tussen de 0 en 4 jaar. In 2001 verwees de huisarts 20 keer naar een oefentherapeut. Lage rugpijn is de meest voorkomende verwijsdiagnose bij zowel fysiotherapie als oefentherapie.

Een verklaring voor de stijging van verwijzingen bij kinderen?

De stijging in het aantal fysiotherapieverwijzingen van kinderen tussen de 0 en 4 jaar is niet goed te verklaren. Een veel voorkomende reden om te verwijzen vormen ontwikkelingsstoornissen. Het lijkt niet aannemelijk dat de prevalentie hiervan in zo'n korte periode zo sterk is gestegen. Mogelijk is de bereid-/geneigdheid om te verwijzen toegenomen. Een verklaring zou ook kunnen liggen in de toename van het aantal kinderfysiotherapeuten. Nader onderzoek naar de oorzaken van deze stijging lijkt interessant.

Oefentherapie en fysiotherapie vergeleken

De top-10 van verwijsdiagnoses bij fysiotherapie en oefentherapie is voor een groot deel gelijk. Voor het vijfde achtereenvolgende jaar staan lage rugpijn zonder uitstraling en symptomen en klachten van de nek op nummer 1 en 2 bij zowel fysiotherapie als oefentherapie. Een belangrijk verschil tussen de verwijsdiagnoses bij fysiotherapie en oefentherapie is dat de top-10 bij fysiotherapie uitsluitend bestaat uit klachten en symptomen met betrekking tot het bewegingsapparaat, terwijl bij oefentherapie ook hyperventilatie en spanningshoofdpijn tot de top-10 behoren.

Oefentherapie en fysiotherapie 'vissen in dezelfde vijver', althans voor een deel van de patiënten. De NHG-standaard 'lage-rugpijn' (Faas et al., 1996), de meest voorkomende verwijsdiagnose, geeft ook geen directe voorkeur aan een van de disciplines: 'de huisarts verwijst naar een hem bekende therapeut (...)'. Halfschepel (Halfschepel et al., 2000) verrichtte onderzoek naar de motivatie van huisartsen om te kiezen voor een bepaalde discipline bij het doorverwijzen voor klachten aan het houding- en bewegingsapparaat. De bekendheid van de huisarts met de therapeut blijkt de belangrijkste reden te zijn om naar fysiotherapie of oefentherapie te verwijzen. De inhoud van de behandeling lijkt van minder

belang. Dat de bekendheid van de huisarts met oefentherapie toeneemt, blijkt uit de veranderde verhouding tussen de verwijscijfers voor oefentherapie en fysiotherapie: in 2001 was die verhouding 1:4. In 1996 was die verhouding nog 1:22.

6.5 Verwijzingen naar de geestelijke gezondheidszorg

Gemiddeld verwees de huisarts 6,4 patiënten per 1.000 naar een RIAGG, eerstelijnspsycholoog of psychiater.¹ Als we het algemeen maatschappelijk werk en de psycholoog meetellen komt het verwijscijfer op 7,6.² Bijna de helft van alle patiënten die naar de GGZ worden verwezen bestaat uit 25-44-jarigen. Jongeren onder de 15 jaar komen relatief vaak bij de RIAGG of psychiatrie terecht, ouderen boven de 75 jaar krijgen vaak een verwijzing naar de RIAGG. De specialisatie binnen de RIAGG in kinder- en jeugdpsychologie en geriatrie zal hiervoor de oorzaak zijn. Verder zijn er grote overeenkomsten in verwijstdiagnoses tussen de verschillende GGZ-disciplines.

Dit jaar is voor het eerst een tabel opgenomen met daarin vergelijkingen tussen de verschillende GGZ-disciplines in termen van verwijzingen per 1.000 ingeschreven patiënten. Een vergelijking in de tijd is daarom niet mogelijk.

Grote overeenkomst tussen GGZ-disciplines in verwijstdiagnose

Depressie en angststoornissen staan bij alle GGZ-disciplines in de top-5. De GGZ-disciplines verschillen dus weinig in de aard van de problematiek die door de huisarts wordt verwezen. In dit verband zijn de bevindingen van Hutschemaekers en Neijmeijer (1998) interessant. Zij signaleerden dat er geen één-op-één-relatie (meer) is tussen beroeps- en doelgroep. Het streven van beroepsgroepen naar verdieping en profilering leidt tot een verbreding van het beroepsdomein. Hierdoor gaan beroepsgroepen uiteindelijk steeds meer op elkaar lijken. Voor de huisarts zal de keuze voor een verwijzing naar een bepaalde discipline daardoor waarschijnlijk meer afhangen van persoonlijke contacten met bepaalde zorgverleners dan van de specifieke kundigheden.

6.6 Betekenis voor de werklast van de huisarts

In het bovenstaande hebben we steeds apart gekeken naar ontwikkelingen in het aantal contacten, verwijzingen en voorschriften. Hoe hangen deze ontwikkelingen nu met elkaar samen en kunnen we er iets uit afleiden over ontwikkelingen in de werklast van de huisarts?

Een eerste belangrijke parameter voor de werklast van huisartsen is het aantal contacten. Het aantal contacten per 1.000 ingeschreven patiënten blijkt tamelijk constant in de tijd. Dat wil echter nog niet zeggen dat ook de werklast is gelijkgebleven. Ook de aard en duur van het consult spelen een rol voor de werklast, alsmede de omvang van de niet-patiënt gebonden werktijd en zaken als intercollegiale toetsing en na- en bijscholing. Er zijn aanwijzingen dat de consultduur in de afgelopen 10 jaar sterk is toegenomen (vergelijk Groenewegen et al. (1992) met Van den Brink-Muinen et al. (1999)). Ook de toenemende moeite die het kost om bijvoorbeeld een opname te regelen en de toegenomen niet-patiëntgebonden werktijd kunnen hier een rol in spelen. Tegelijkertijd is de praktijkomvang de afgelopen jaren nagenoeg gelijk gebleven. Daardoor is de eventuele ruimte voor een stijging van de contactfrequentie natuurlijk gering. Mogelijk is voor de huisarts zelf een soort natuurlijk maximum bereikt. De 'extra' werklast die zich nu nog aandient wordt wellicht in toenemende

¹ Dit zijn de GGZ-disciplines die 'verplicht' worden geregistreerd binnen LINH.

² Registratie van verwijzingen naar deze discipline is in LINH niet 'verplicht'. Er is daarom mogelijk sprake van onderregistratie.

mate opgevangen door assistenten of praktijkverpleegkundigen. De LINH-registratie is echter op dit moment niet geschikt om uitspraken te doen over aantal en aard van de contacten in de praktijk, die worden opgevangen door anderen dan de huisarts. Verder is het mogelijk dat de huisarts meer energie is gaan steken in het 'opvoeden' van patiënten om niet voor onschuldige klachten de huisarts te willen spreken. En tenslotte heeft de verwijdering van zelfzorgmiddelen uit het ziekenfondspakket mogelijk bijgedragen dat patiënten minder voor onschuldige klachten bij de huisarts komen. Ook over deze mechanismen is op basis van het huidige materiaal geen uitspraak te doen. Meer zicht op de werklast van de huisarts en de factoren die deze beïnvloeden, krijgen we pas met de resultaten van de Tweede Nationale Studie (Schellevis et al., 2000). In het werkprogramma daarvan is onder andere een werktijdmeting opgenomen.

Het huidige materiaal laat echter wel zien dat het aantal verwijzingen en het aantal prescripties in het afgelopen jaar licht is toegenomen. De verwijsfrequentie is een indicator voor de mate waarin de huisarts zelf in staat is de problematiek van zijn populatie te behandelen. Natuurlijk kan het zo zijn dat de problematiek ernstiger is geworden en dat de huisarts daardoor meer verwijst. Het kan echter ook zo zijn dat de huisarts voor veel problemen geen tijd meer heeft en daarom geen andere weg meer ziet dan te verwijzen. Een zelfde mechanisme speelt mogelijk een rol bij de stijging van het aantal voorschriften. Hutten (1998) liet in dit verband zien dat huisartsen met een grotere werkdruk vaker voorschrijven. Dit zijn echter speculatieve verbanden: we weten niet of de waargenomen stijging structureel is of dat er sprake is van een toevalsfluctuatie. In de rapportage over 2002 kunnen we hier meer over zeggen.

Literatuur

- Biermans, M.C.J., S.G.M. Adam, D.H. de Bakker, Zelfzorgmiddelen uit het ziekenfondspakket: Beleidsevaluatie maatregel uitsluiting buiten-WTG-middelen. Utrecht: Nivel, 2000
- Boersma, J., ICPC: International classification of primary care: short titles en Nederlandse subtitels, 2e druk, Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1994
- Brink-Muinen, A. van den, P.F.M. Verhaak, J.M. Bensing, O. Bahrs, M. Deveugele, L. Gask, N. Mead, F. Leiva-Fernandez, V. Messerli-Rohrbach, L. Oppizzi, M. Peltenburg, A. Perez, The Eurocommunication Study. An international comparative study in six European countries on doctor-patient communication in general practice.. Utrecht: Nivel, 1999
- Brouwer, N.M., E.S. Mot, B.M.S. van Praag, L. van Dijk, J.B.F. Hutten, D.H. de Bakker, Vervolgstudie evaluatieonderzoek proeftuinen farmaceutische zorg. Amsterdam: SEO, 1999
- Eijkelenburg-Waterreus, J.J.H., H.J.A.M. Geboers, D.H. de Bakker, F. Schellevis, Het classificeren van deelcontacten met de ICPC: problemen bij het afgrenzen en herdefiniëren van episoden, Huisarts en Wetenschap, 1999, 42, 609-612
- Faas, A., A.W. Chavannes, B.W. Koes, J.M.M. van den Hoogen, J.M.A. Mens, L.J.M. Smeele, A.C.M. Romeijnders eb J.R. van der Laan, NHG-Standaard Lage-rugpijn. In: S. Thomas, R.M.M. Geijer, J.R. van der Laan, Tj. Wiersma, *NHG-Standaarden voor de huisarts II*. Utrecht: Bunge, 1996
- GIPeilingen 1999, Kengetallen Farmaceutische Hulp. Genees- en hulpmiddelen Informatie Project (GIP) / College voor zorgverzekeringen. Amstelveen, februari 2001
- Groenewegen, P.P., D.H. de Bakker, J. van der Velden, Een Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: basisrapport: verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 1992
- Halfschepel, J.H., B. Schipper, H.J.M. Beijer, Verwijsbeleid van huisartsen bij patiënten met klachten aan het houding- en bewegingsapparaat. Een onderzoek naar de motiveredenen voor doorverwijzing vanuit de huisartsenpraktijk naar fysiotherapie, ergotherapie, oefentherapie Cesar en Mensendieck in Noord-Nederland. Tijdschrift voor oefentherapie-Mensendieck, 2000 (2), 2
- Harmsen, J.A.M., R.M.D. Bernsen, M.A. Bruijnzeels, A.M. Bohnen, Werkbelasting van huisartsen: objectieve toename in 9 praktijken in Rotterdam en omgeving, 1992 - 1997 en een extrapolatie naar 2005. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 2001, 1114 - 1118
- Hutschemaekers, G., L. Neijmeijer, Beroepen in beweging, Professionalisering en grenzen van een multidisciplinaire GGZ. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1998
- Hutten, J.B.F., Workload and provision of care in general practice. Proefschrift Universiteit Utrecht, 1998
- Kulu-Glasgow, I., D. Delnoij, I. Hermans, Ziektekostenverzekeraars en de poortwachtersfunctie van huisartsen. Medisch Contact, 52, 1997, 4, 127-129
- Overbeeke, J.J. van, H.P. Westerhof (red.), WCIA-HIS-Referentiemodel 1995. Deel A: Functionele eisen. Utrecht: NHG/LHV, 1996
- Ruwaard, D., P.G.N. Kramers (red.), Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. Amsterdam: Elsevier / De Tijdstroom, 1997.
- Schellevis, F.G., G.P. Westert, D.H. de Bakker, P.P. Groenewegen, Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Projectplan. Utrecht: Nivel, 2000
- SFK, Farmacie in cijfers: Top-10 van 2000, Pharmaceutisch Weekblad, 136, 2001a, 415
- SFK, Farmacie in cijfers: De kostenstijgers van 2000, Pharmaceutisch Weekblad, 136, 2001b, 475
- SFK, Farmacie in cijfers: Sterke stijging gebruik antidepressiva, Pharmaceutisch Weekblad, 136, 2001c, 125
- Spaan, J.M., S. Vocking, De intramurale gezondheidszorg in cijfers per 1 januari 1998. Utrecht: NZI, 1998

- Tacken, M., R. Dijkstra, R. Drijver, H. van den Hoogen, D. de Bakker, J. Braspenning, De zorg rondom Diabetes Mellitus, type 2, patiënten in de huisartspraktijk. Utrecht: LINH, 2001.
- Tinke, J.L., A.M.G.F. Griens, Data en Feiten 2002, Den Haag: Stichting Farmaceutische Kengetallen, 2002
- Werf, G.Th. van der, R.J.A. Smith, R.E. Stewart, B. Meyboom-de Jong, Spiegel op de huisarts; over registratie van ziekte, medicatie en verwijzingen in de geautomatiseerde huisartspraktijk. Groningen, RUG, Disciplinarygroep Huisartsgeneeskunde, 1998.
- Westert G.P., L.H.F. Hoonhout, D.H. de Bakker, H.J.M. van den Hoogen, F.G. Schellevis, Huisartsen met en zonder elektronisch medisch dossier: weinig verschil in medisch handelen. Huisarts Wet 2002;45:58-62.
- Wolters, I., H. van den Hoogen, D. de Bakker, Evaluatie invoering Electronisch Voorschrijf Systeem. Monitoringfase: de situatie in 2000. Utrecht: Nivel, 2001
- Wood, M., H. Lamberts, International Classification of Primary Care: prepared for the World Organisation of national colleges, academies and academic organisations of general practitioners/family physicians (WONCA) by the ICPC Working Party. Oxford: Oxford University Press, 1987

www.cbs.nl

www.ipci.nl

www.nivel.nl/nationalestudie

BIJLAGEN

Bijlage 1: Tabellen

Tabellen bij hoofdstuk 3: contacten

Tabel 1 Aantal contacten per jaar per ingeschreven patiënt (huisarts + assistente) naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm, 1997-2001

	1997	1998	1999	2000	2001	verschil 2000-2001	gem. jaarlijkse % groei 1997- 2001 ¹	
ziekenfonds: mannen	0-4	5,4	6,2	5,5	5,2	5,2	0,0	-0,5%
	5-14	2,9	3,1	3,0	2,9	2,8	-0,1	-0,8%
	15-24	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	0,0	0,0%
	25-44	3,6	3,7	3,7	3,8	3,8	0,0	1,4%
	45-64	6,9	6,9	6,9	7,0	7,3	0,3	1,4%
	65-74	11,5	11,1	10,9	11,4	12,5	1,1	2,2%
	75 +	15,8	15,7	16,5	16,9	19,7	2,8	5,9%
	totaal	5,3	5,5	5,4	5,5	5,7	0,2	1,9%
ziekenfonds: vrouwen	0-4	4,8	5,5	5,0	4,7	4,8	0,1	0,4%
	5-14	3,1	3,2	3,1	2,9	2,9	0,0	-1,6%
	15-24	6,0	6,3	6,2	6,3	6,1	-0,2	0,5%
	25-44	7,1	7,2	7,3	7,2	7,3	0,1	0,7%
	45-64	9,5	9,6	9,3	9,3	9,6	0,3	0,3%
	65-74	13,4	13,4	12,9	13,3	13,9	0,6	1,0%
	75 +	17,7	17,9	18,5	18,7	20,8	2,1	4,2%
	totaal	8,3	8,6	8,5	8,5	8,6	0,1	0,9%
particulier: mannen	0-4	4,8	5,1	4,5	4,4	3,8	-0,6	-5,3%
	5-14	2,5	2,5	2,3	2,3	2,4	0,1	-0,9%
	15-24	1,9	2,1	2,0	2,0	2,2	0,2	3,9%
	25-44	2,6	2,6	2,4	2,6	2,4	-0,2	-1,8%
	45-64	4,4	4,5	4,3	4,6	4,9	0,3	2,8%
	65-74	8,4	9,0	8,3	8,6	9,5	0,9	3,4%
	75 +	9,5	10,7	11,0	13,6	15,4	1,8	13,1%
	totaal	3,6	3,8	3,6	3,8	3,9	0,1	2,1%
particulier: vrouwen	0-4	4,2	4,6	3,8	3,9	3,7	-0,2	-2,6%
	5-14	2,6	2,7	2,4	2,4	2,4	0,0	-1,8%
	15-24	4,3	4,5	4,3	4,4	4,7	0,3	2,3%
	25-44	5,4	5,2	5,0	5,0	4,9	-0,1	-2,4%
	45-64	7,0	6,8	6,5	6,6	7,0	0,4	0,1%
	65-74	9,7	10,6	9,6	9,6	10,6	1,0	2,6%
	75 +	12,5	12,8	12,2	13,9	17,0	3,1	8,5%
	totaal	5,6	5,8	5,3	5,5	5,7	0,2	0,6%

¹ Berekening: $\frac{((1998-1997)/1997)+((1999-1998)/1998)+((2000-1999)/1999)+((2001-2000)/2000)}{4} \times 100\%$

Bijlage 1: tabellen

Tabel 2 Aantal contacten per ingeschreven patiënt per jaar met de huisartspraktijk (huisarts + assistente), naar leeftijd, 1997-2001

	1997	1998	1999	2000	2001	verschil 2000-2001	gem. jaarlijkse % groei 1997-2001 ¹
0-4	4,8	5,4	4,8	4,7	4,5	-0,2	-1,24%
5-14	2,8	2,9	2,7	2,6	2,7	0,1	-0,80%
15-24	3,9	4,1	4,0	4,1	4,1	0	1,30%
25-44	4,8	4,9	4,9	5,0	5,0	0	1,03%
45-64	7,0	7,1	6,9	7,1	7,5	0,4	1,79%
65-74	11,4	11,6	11,1	11,5	12,4	0,9	2,22%
75 +	15,3	15,7	16,2	17,1	19,5	2,4	6,35%
totaal	6,0	6,2	6,0	6,2	6,3	0,1	1,26%

¹ Berekening: $\frac{((1998-1997)/1997)+((1999-1998)/1998)+((2000-1999)/1999)+((2001-2000)/2000)}{4} \times 100\%$

Tabel 3 Aantal contacten, per ingeschreven patiënt per jaar, naar contactsoort, 2001

	ziekenfonds		particulier		totaal
	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen	
consult	3,5	4,8	2,4	3,2	3,7
visite	0,2	0,4	0,1	0,3	0,3
telefoon	0,9	1,6	0,6	1,0	1,1
overig/onbekend	1,1	1,8	0,7	1,1	1,3
totaal	5,7	8,6	3,9	5,7	6,3

Tabel 4 Aantal consulten en visites per ingeschreven patiënt per jaar naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm, 2001

	ziekenfonds		particulier		totaal
	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen	
Consultfrequentie					
0-4	3,6	3,3	2,6	2,5	3,1
5-14	2,0	2,1	1,6	1,6	1,9
15-24	1,9	3,7	1,5	2,7	2,6
25-44	2,6	4,4	1,6	2,9	3,1
45-64	4,5	5,5	2,9	4,0	4,4
65-74	6,9	7,4	5,6	6,1	6,8
75 +	8,3	8,1	7,5	6,8	7,9
totaal	3,5	4,8	2,4	3,2	3,7
Visite frequentie					
0-4	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
5-14	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
15-24	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
25-44	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1
45-64	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1
65-74	0,6	0,7	0,5	0,5	0,6
75 +	2,9	3,5	2,3	3,6	3,2
totaal	0,2	0,4	0,1	0,3	0,3

Tabellen bij hoofdstuk 4: voorschriften

Tabel 5 Aantal geneesmiddelvoorschriften in de huisartspraktijk per ingeschreven patiënt per jaar naar leeftijd, 1997 - 2001

	1997	1998	1999	2000	2001	verschil '00-'01	gem. jrl. % groei '97-'01 ¹
0-4	2,9	3,1	2,7	2,2	2,2	0,0	-6,1%
5-14	1,5	1,5	1,5	1,4	1,4	0,0	-1,7%
15-24	2,8	2,8	2,8	2,6	2,7	0,1	-0,8%
25-44	3,5	3,6	3,6	3,4	3,5	0,1	0,1%
45-64	6,3	6,5	6,6	6,6	7,2	0,6	3,5%
65-74	11,8	12,4	12,4	12,5	14,0	1,5	4,5%
75 +	17,3	18,0	19,3	20,8	23,7	2,9	8,2%
totaal	5,2	5,4	5,4	5,4	5,7	0,3	2,5%

¹ Berekening: (((1998-1997)/1997)+((1999-1998)/1998)+((2000-1999)/1999)+((2001-2000)/2000))/4 x 100%

Tabel 6 Aantal geneesmiddelvoorschriften in de huisartspraktijk per ingeschreven patiënt per jaar naar leeftijd, geslacht en ziektekostenverzekering: 1997-2001

	1997	1998	1999	2000	2001	verschil '00-'01	gem. jrl. % groei '00-'01 ¹
Ziekenfonds: mannen							
0-4	3,4	3,6	3,1	2,5	2,6	0,1	-5,8%
5-14	1,7	1,7	1,8	1,5	1,5	0,0	-2,7%
15-24	1,8	1,7	1,7	1,6	1,6	0,0	-2,9%
25-44	2,7	2,7	2,7	2,7	2,7	0,0	0,0%
45-64	6,6	6,8	6,8	6,8	7,3	0,5	2,6%
65-74	11,9	12,0	12,0	12,6	14,3	1,7	4,8%
75 +	16,9	17,5	19,0	20,1	23,2	3,1	8,3%
totaal	4,7	5,0	4,9	4,8	5,2	0,4	2,7%
Ziekenfonds: vrouwen							
0-4	2,9	3,3	2,8	2,2	2,3	0,1	-4,6%
5-14	1,7	1,7	1,7	1,5	1,6	0,1	-1,3%
15-24	4,5	4,6	4,7	4,4	4,4	0,0	-0,5%
25-44	5,4	5,5	5,6	5,3	5,4	0,1	0,0%
45-64	9,2	9,1	9,3	9,1	9,6	0,5	1,1%
65-74	14,4	14,8	15,0	14,8	16,2	1,4	3,1%
75 +	21,1	21,8	23,1	24,1	26,9	2,8	6,3%
totaal	7,7	8,1	8,1	7,8	8,2	0,4	1,7%
Particulier: mannen							
0-4	2,7	2,8	2,5	2,0	1,9	-0,1	-8,0%
5-14	1,2	1,3	1,3	1,1	1,2	0,1	0,5%
15-24	1,1	1,2	1,2	1,1	1,2	0,1	2,5%
25-44	1,6	1,5	1,6	1,5	1,5	0,0	-1,5%
45-64	3,4	3,5	3,7	3,8	4,2	0,4	5,5%
65-74	7,5	8,6	8,6	8,6	9,8	1,2	7,2%
75 +	9,4	9,9	11,5	13,9	16,3	2,4	14,9%
totaal	2,6	2,8	2,8	2,8	3,1	0,3	4,6%

¹ Berekening: (((1998-1997)/1997)+((1999-1998)/1998)+((2000-1999)/1999)+((2001-2000)/2000))/4 x 100%

Bijlage 1: tabellen

Vervolg tabel 6

	1997	1998	1999	2000	2001	verschil '00-'01	gem. jrl. % groei '00-'01 ¹
Particulier: vrouwen							
0-4	2,5	2,4	2,1	1,8	1,7	-0,1	-9,1%
5-14	1,3	1,4	1,4	1,2	1,2	0,0	-1,6%
15-24	3,1	3,2	3,2	3,0	3,3	0,3	1,7%
25-44	3,6	3,6	3,6	3,2	3,2	0,0	-2,8%
45-64	5,7	5,6	5,6	5,6	6,2	0,6	2,2%
65-74	9,3	10,4	10,1	9,6	11,3	1,7	5,4%
75 +	13,0	13,1	13,6	15,4	19,0	3,6	10,3%
totaal	4,4	4,5	4,4	4,3	4,7	0,4	1,8%

¹ Berekening: (((1998-1997)/1997)+((1999-1998)/1998)+((2000-1999)/1999)+((2001-2000)/2000))/4 x 100%

Tabel 7 Aantal geneesmiddelvoorschriften in de huisartspraktijk per 1000 ingeschreven patiënten naar ATC-hoofdgroep, geslacht en verzekeringsvorm: 2001

		ziekenfonds		particulier		allen
		mannen	vrouwen	mannen	vrouwen	
A	Maag-darmkanaal en metabolisme	572	848	322	439	596
B	Bloed en bloedvormende organen	316	310	173	160	261
C	Hart-vaatstelsel	975	1202	630	668	936
D	Dermatologica	427	558	306	371	439
G	Urogenitale stelsel en geslachtshormonen	70	793	49	583	395
H	Syst.hormoonpreparaten excl. geslachtshormonen	83	178	44	99	110
J	Syst.antimicrobiële middelen	342	508	267	378	390
L	Oncolytica en immunosuppressiva	14	23	7	13	16
M	Skeletspierstelsel	350	548	183	276	373
N	Centraal zenuwstelsel	847	1644	382	788	1019
P	Antiparasitaire middelen	10	21	11	17	15
R	Ademhalingsstelsel	646	740	398	475	601
S	Zintuiglijke organen	164	231	111	148	174
V	Diverse middelen	3	3	2	2	3
XY	Anders	339	563	176	292	376
<i>Totaal</i>		5158	8170	3061	4709	5704

Tabel 8 Voorschriften in de huisartspraktijk zonder ATC-code, verdeling over de productgroepen in percentage van totaal voorschriften zonder ATC code(%), 2001

	ziekenfonds		particulier		allen
	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen	
verbandmiddelen	40,7	32,1	34,9	27,0	34,0
incontinentie artikelen	8,5	22,0	6,3	12,9	15,8
homeopathische preparaten en middelen	9,0	12,6	12,9	19,2	12,5
niet geneesmiddelen	9,9	9,4	14,6	14,5	10,7
specialitées	5,5	5,7	8,9	8,8	6,3
injectie artikelen	5,7	4,8	4,6	3,6	4,9
testmateriaal volgens awbz	4,2	3,2	3,1	2,4	3,4
voedingsmiddelen volgens awbz/kompas	3,9	2,1	3,6	2,9	2,8
overig	12,6	8,1	11,1	8,7	9,6
aantal (= 100%)	33.553	66.310	12.004	16.045	127.912

Tabel 9 Aantal geneesmiddelvoorschriften in de huisartspraktijk per 1000 ingeschreven patiënten naar ATC-hoofdgroep: 1997-2001

	1997	1998	1999	2000	2001	verschil '00-'01	gem. jrl. % groei '97-'01 ¹	
A	Maag-darmkanaal en metabolisme	491	527	539	552	596	44	5,0%
B	Bloed en bloedvormende organen	209	213	215	225	261	36	5,9%
C	Hart-vaatstelsel	717	790	808	835	936	101	7,0%
D	Dermatologica	427	426	426	404	439	35	0,8%
G	Urogenitale stelsel en geslachtshormonen	389	401	408	395	395	0	0,4%
H	Syst.hormoonpreparaten excl. geslachtshormonen	85	89	91	95	110	15	6,8%
J	Systemische antimicrobiële middelen	367	384	365	360	390	30	1,7%
L	Oncolytica en immunosuppressiva	12	11	11	13	16	3	8,2%
M	Skeletspierstelsel	333	350	361	361	373	12	2,9%
N	Centraal zenuwstelsel	962	1011	983	959	1019	60	1,5%
P	Antiparasitaire middelen	20	19	17	17	15	-2	-6,8%
R	Ademhalingsstelsel	555	594	592	553	601	48	2,2%
S	Zintuiglijke organen	166	158	159	168	174	6	1,3%
V	Diverse middelen	3	3	3	3	3	0	0,0%
XY	Anders	440	450	433	444	376	-68	-3,6%
totaal		5174	5428	5411	5385	5704	319	2,5%

¹ Berekening: (((((1998-1997)/1997)+((1999-1998)/1998)+((2000-1999)/1999)+((2001-2000)/2000))/4) x 100%

Bijlage 1: tabellen

Tabel 10 Top-tien voorgeschreven stoffen, 1996-2001 (in aantal recepten per 1000 patiënten)

1996				1997			
			%				%
1	N02BE01	Paracetamol	137	1	N02BE01	Paracetamol	141
2	N05BA04	Oxazepam	114	2	N05BA04	Oxazepam	111
3	M01AB05	Diclofenac	104	3	M01AB05	Diclofenac	99
4	G03AA07	Oestrogeen/lev.org.	98	4	G03AA07	Oestrogeen/lev.org.	95
5	N05CD07	Temazepam	90	5	N05CD07	Temazepam	94
6	M01AE01	Ibuprofen	81	6	M01AE01	Ibuprofen	87
7	R03AC02	Salbutamol (trach.)	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
1998				1999			
			%				%
1	N02BE01	Paracetamol	114	1	N05BA04	Oxazepam	109
2	N05BA04	Oxazepam	114	2	M01AB05	Diclofenac	103
3	M01AB05	Diclofenac	103	3	G03AA07	Oestrogeen/lev.org.	98
4	N05CD07	Temazepam	96	4	N05CD07	Temazepam	96
5	G03AA07	Oestrogeen/lev.org.	95	5	N02BE01	Paracetamol	92
6	M01AE01	Ibuprofen	90	6	M01AE01	Ibuprofen	83
7	R03AC02	Salbutamol	80	7	R03AC02	Salbutamol	77
8	J01CA04	Amoxicilline	69	8	A02BC01	Omeprazol	70
9	A02BC01	Omeprazol	64	9	C07AB02	Metoprolol	61
10	J01AA02	Doxycycline	63	10	J01CA04	Amoxicilline	58
2000				2001			
			%				%
1	M01AB05	Diclofenac	121	1	M01AB05	Diclofenac	126
2	N05BA04	Oxazepam	118	2	G03AA07	Oestrogeen/lev.org.	121
3	G03AA07	Oestrogeen/lev.org.	107	3	N05BA04	Oxazepam	117
4	N05CD07	Temazepam	97	4	N05CD07	Temazepam	103
5	N02BE01	Paracetamol	86	5	N02BE01	Paracetamol	90
6	R03AC02	Salbutamol	81	6	R03AC02	Salbutamol	88
7	A02BC01	Omeprazol	76	7	C07AB02	Metoprolol	86
8	M01AE01	Ibuprofen	75	8	A02BC01	Omeprazol	85
9	C07AB02	Metoprolol	73	9	B01AC06	Acetylsalicylzuur	80
10	N06AB05	Paroxetine	70	10	N06AB05	Paroxetine	78

Tabellen bij hoofdstuk 5: verwijzingen

Tabel 11 Ziekenfonds verzekerden: aantal nieuwe verwijzingen naar de medisch specialist, naar leeftijd en geslacht, 1997-2001

	1997	1998	1999	2000	2001	verschil 2000-2001	gem. jaarlijkse % groei 1997-2001 ¹
leeftijd							
0-4	183	173	157	138	151	13,0	-4,4%
5-14	107	101	91	81	87	5,8	-4,8%
15-24	122	115	107	109	108	-1,3	-3,0%
25-44	173	167	161	152	158	5,6	-2,2%
45-64	232	225	215	207	217	9,8	-1,6%
65-74	302	285	274	299	281	-18,3	-1,6%
75 +	316	291	292	293	329	35,9	1,3%
sekse							
man	165	159	152	146	155	9,4	-1,4%
vrouw	216	207	198	189	195	5,9	-2,5%
totaal	192	185	177	169	177	7,7	-2,0%

¹ Berekening: $\frac{((1998-1997)/1997)+((1999-1998)/1998)+((2000-1999)/1999)+((2001-2000)/2000)}{4} \times 100\%$

Tabel 12 Particulier verzekerden: aantal nieuwe verwijzingen naar de medisch specialist, naar leeftijd en geslacht, 1997-2001

	1997	1998	1999	2000	2001	verschil 2000-2001	gem. jaarlijkse % groei 1997-2001 ¹
leeftijd							
0-4	106	113	101	104	99	-5,4	-1,6%
5-14	63	57	57	56	60	3,7	-1,2%
15-24	62	60	63	63	72	9,2	4,1%
25-44	94	95	88	89	87	-2,1	-1,9%
45-64	131	132	130	130	141	10,8	1,9%
65-74	195	198	193	202	216	14,4	2,7%
75 +	180	184	189	207	273	66,0	11,6%
sekse							
man	93	96	92	95	102	7,2	2,5%
vrouw	119	116	114	114	119	5,2	0,1%
totaal	105	105	102	103	110	6,3	1,2%

¹ Berekening: $\frac{((1998-1997)/1997)+((1999-1998)/1998)+((2000-1999)/1999)+((2001-2000)/2000)}{4} \times 100\%$

Bijlage 1: tabellen

Tabel 13 Ziekenfonds verzekerden: aantal nieuwe verwijzingen naar de medisch specialist per 1000 ingeschreven patiënten, 1997-2001

	1997	1998	1999	2000	2001	verschil 2000-2001	gem. jaarlijkse % groei 1997-2001 ¹
Interne specialismen	56,0	52,6	50,4	48,7	51,9	3,15	-1,8%
Inwendige geneeskunde	16,0	14,3	14,0	13,4	13,9	0,47	-3,4%
Longziekten	4,0	3,7	3,9	3,3	3,4	0,10	-3,6%
Cardiologie	6,9	6,8	6,5	6,3	6,8	0,49	-0,3%
Reumatologie	2,7	2,8	2,8	2,7	3,1	0,41	3,8%
Gastro-enterologie	1,0	0,8	0,7	0,9	0,9	-0,05	-2,4%
Pediatrie	5,7	5,4	4,8	4,5	5,0	0,46	-3,1%
Dermatologie/allergologie	19,7	18,8	17,7	17,6	18,9	1,27	-0,9%
Heelkundige specialismen	109,7	110,7	106	100,6	104,6	3,96	-1,1%
Chirurgie	25,0	23,4	22,5	20,8	23,1	2,34	-1,6%
Orthopedie	17,3	17,4	16,7	17,0	17,1	0,05	-0,3%
Urologie	8,1	8,2	7,4	7,5	7,8	0,32	-0,7%
Plastische chirurgie	3,8	3,8	3,4	3,3	3,4	0,13	-2,4%
Neurochirurgie	0,4	0,2	0,2	0,1	0,2	0,09	-2,5%
Gynaecologie/verloskunde	15,8	14,7	14,4	14,0	13,6	-0,42	-3,7%
Oogheelkunde	23,4	22,4	21,9	19,4	19,7	0,27	-4,1%
KNO	21,0	20,6	19,5	18,5	19,7	1,18	-1,5%
Zenuw- en zielsziekten	17,4	17,7	16,9	16,3	16,9	0,64	-0,6%
Neurologie	14,2	14,7	13,5	13,3	14,1	0,81	0,0%
Psychiatrie	3,2	3,0	3,4	3,0	2,8	-0,16	-2,5%
Overige specialismen	3,7	3,7	3,4	3,1	3,3	0,19	-2,7%
Revalidatiegeneeskunde	1,8	1,7	1,5	1,4	1,4	-0,03	-6,5%
Kaakchirurgie/mondheelkunde	0,9	0,8	0,8	0,8	0,8	0,02	-2,2%
Overige ²	1,0	1,2	1,1	0,9	1,1	0,20	3,9%
Totaal	191,7	184,7	176,7	168,9	176,6	7,74	-2,0%

¹ Berekening: $((1998-1997)/1997)+((1999-1998)/1998)+((2000-1999)/1999)+((2001-2000)/2000)) / 4 \times 100\%$

² Hieronder vallen radiotherapie, anesthesie, pijnbestrijding, het klinisch genetisch centrum en tropische, nucleaire en sociale geneeskunde

Tabel 14 Particulier verzekerden: aantal nieuwe verwijzingen naar de medisch specialist per 1000 ingeschreven patiënten, 1997-2001

	1997	1998	1999	2000	2001	verschil 2000-2001	gem. jaarlijkse % groei 1997-2002 ¹
Interne specialismen	31,4	31,9	31	31,7	33,7	2,0	1,8%
Inwendige geneeskunde	7,6	7,7	7,8	7,6	7,9	0,3	1,0%
Longziekten	1,7	1,7	1,9	1,8	1,9	0,1	3,4%
Cardiologie	4,2	4,2	4	4,2	4,8	0,6	3,3%
Reumatologie	1,5	1,4	1,1	1,3	1,5	0,2	2,1%
Gastro-enterologie	0,5	0,6	0,4	0,7	0,6	-0,1	12,9%
Pediatrie	3,9	4,3	4,1	4,1	4,3	0,2	2,6%
Dermatologie/allergologie	12,0	12,0	11,7	12,0	12,6	0,6	1,3%
Heelkundige specialismen	62	61,4	59,6	60,5	64,5	4,0	1,1%
Chirurgie	14	14,2	12,7	13	14,9	1,9	1,9%
Orthopedie	9,6	9,7	9,9	10	10,8	0,8	3,0%
Urologie	6,2	6,3	5,8	6,2	6,5	0,3	1,2%
Plastische chirurgie	2,3	2	1,9	2,4	1,9	-0,5	-3,6%
Neurochirurgie	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0%
Gynaecologie/verloskunde	6,9	6,9	6,7	6,4	6,0	-0,4	-3,4%
Ogheelkunde	9	8,2	8,8	9	9,9	0,9	2,6%
KNO	13,9	14	13,7	13,5	14,6	1,1	1,3%
Zenuw- en zielsziekten	9,6	10,4	9,6	9,7	9,8	0,1	0,7%
Neurologie	7,4	8,4	7,7	7,6	8,0	0,4	2,4%
Psychiatrie	2,2	2,0	2,0	2,1	1,8	-0,3	-5,0%
Overige specialismen	1,3	1,4	1,3	1,4	1,7	0,3	7,1%
Revalidatiegeneeskunde	0,6	0,6	0,5	0,6	0,6	0,0	0,4%
Kaakchirurgie/mondheelkunde	0,4	0,4	0,4	0,5	0,6	0,1	12,3%
Overige ²	0,3	0,4	0,4	0,3	0,5	0,2	16,3%
Totaal	104,6	105	101,5	103,3	109,6	6,3	1,2%

¹ Berekening: $\frac{((1998-1997)/1997) + ((1999-1998)/1998) + ((2000-1999)/1999) + ((2001-2000)/2000)}{4} \times 100\%$

² Hieronder vallen radiotherapie, anesthesie, pijnbestrijding, het klinisch genetisch centrum en tropische, nucleaire en sociale geneeskunde

Bijlage 1: tabellen

Tabel 15 Aantal nieuwe verwijzingen naar de medisch specialist per 1000 ingeschreven patiënten in de huisartspraktijk, naar specialisme, geslacht en verzekeringsvorm, 2001

	ziekenfonds		particulier	
	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen
Interne specialismen	46,1	56,8	30,7	37,5
Inwendige geneeskunde	11,4	16,0	6,8	9,3
Longziekten	3,8	3,1	2,1	1,7
Cardiologie	7,4	6,3	5,0	4,5
Reumatologie	1,5	4,5	1,0	2,3
Gastro-enterologie	0,8	0,9	0,7	0,6
Pediatrie	5,8	4,2	4,6	3,9
Dermatologie/allergologie	15,4	21,8	10,6	15,2
Heelkundige specialismen	91,1	116,1	61,1	69,0
Chirurgie	22,4	23,8	15,0	14,7
Orthopedie	15,8	18,1	9,8	12,0
Urologie	13,5	2,9	10,0	1,9
Plastische chirurgie	1,9	4,8	1,5	2,4
Neurochirurgie	0,2	0,2	0,0	0,1
Gynaecologie/verloskunde	0,5	24,9	0,4	13,3
Oogheelkunde	16,4	22,5	9,5	10,3
KNO	20,4	19,0	14,8	14,3
Zenuw- en zielsziekten	15,5	18,2	9,0	10,9
Neurologie	12,9	15,1	7,3	9,0
Psychiatrie	2,6	3,0	1,7	1,9
Overige specialismen	2,6	3,8	1,5	1,9
Revalidatiegeneeskunde	1,0	1,7	0,6	0,6
Kaakchirurgie/mondheelkunde	0,7	0,9	0,6	0,7
Overige ¹	0,9	1,3	0,3	0,7
Totaal	155,4	194,9	102,2	119,2

¹ Hieronder vallen radiotherapie, anesthesie, pijnbestrijding, het klinisch genetisch centrum en tropische, nucleaire en sociale geneeskunde

Tabel 16 Ziekenfondsverzekerden: aantal nieuwe verwijzingen naar de medisch specialist per 1.000 ingeschreven patiënten, naar ICPC-hoofdstuk: 1997-2001

	1997	1998	1999	2000	2001	2000-2001 verschil	gem. jaarlijkse % groei 1997-2001 ¹
A Algemeen en niet gespecificeerd	4,8	5,0	4,9	5,1	5,0	-0,1	1,1%
B Bloed en bloed-vormende organen	1,7	1,8	1,7	1,6	1,7	0,1	0,2%
D Maagdarmstelsel	17,0	16,5	15,8	14,4	15,3	0,9	-2,4%
F Oog	25,3	21,5	20,0	19,0	16,6	-2,4	-9,9%
H Oor	10,4	10,7	10,7	10,2	10,1	-0,1	-0,7%
K Hartvaatstelsel	15,6	14,9	14,0	13,3	12,9	-0,4	-4,6%
L Bewegingsapparaat	36,5	35,5	34,6	32,1	32,8	0,7	-2,6%
N Zenuwstelsel	9,1	9,4	8,9	8,7	8,3	-0,4	-2,2%
P Psychische problemen	5,0	4,7	4,4	4,5	4,1	-0,4	-4,7%
R Luchtwegen	14,8	14,9	14,0	13,2	12,7	-0,5	-3,7%
S Huid en subcutis	22,0	23,3	22,2	20,9	22,4	1,5	0,6%
T Endocriene klieren, stofwisseling voeding	4,9	5,1	5,2	5,4	5,1	-0,3	1,1%
U Urinewegen	4,1	4,4	4,2	3,9	3,8	-0,1	-1,7%
W Zwangerschap, bevalling, anticonceptie	7,2	6,5	6,1	5,9	5,4	-0,5	-6,9%
X Geslachtsorganen en borsten vrouw	10,5	10,5	10,1	9,9	9,7	-0,2	-2,0%
Y Geslachtsorganen en borsten man	5,9	6,0	5,7	5,1	5,3	0,2	-2,5%
Z Sociale problemen	0,5	0,3	0,4	0,3	0,3	0,0	-7,9%
onbekend	0,3	1,1	2,0	2,9	5,0	2,1	116,5%
Totaal	195,6	191,7	184,7	168,9	176,6	7,7	-2,4%

¹ Berekening: $\frac{((1998-1997)/1997)+((1999-1998)/1998)+((2000-1999)/1999)+((2001-2000)/2000)}{4} \times 100\%$

Bijlage 1: tabellen

Tabel 17 Particulier verzekerden: aantal nieuwe verwijzingen naar de medisch specialist per 1.000 ingeschreven patiënten, naar ICPC-hoofdstuk, 1997-2001

	1997	1998	1999	2000	2001	verschil 2000-2001	gem. jaarlijkse % groei 1997-2001 ¹
A Algemeen en niet gespecificeerd	2,5	3,0	2,7	3,1	3,5	0,4	9,4%
B Bloed en bloed-vormende organen	0,9	1,1	1,0	0,9	1,1	0,2	6,3%
D Maagdarmsstelsel	9,4	9,6	9,2	9,3	9,7	0,4	0,8%
F Oog	8,4	7,8	8,1	8,1	8,6	0,5	0,7%
H Oor	6,8	7,3	7,3	6,4	6,9	0,5	0,7%
K Hartvaatstelsel	8,9	8,1	7,7	7,4	8,3	0,9	-1,4%
L Bewegingsapparaat	18,0	18,0	17,9	18,4	19,8	1,4	2,5%
N Zenuwstelsel	4,4	4,9	4,4	4,4	4,6	0,2	1,4%
P Psychische problemen	2,9	2,6	2,8	2,9	2,6	-0,3	-2,4%
R Luchtwegen	8,9	9,0	8,3	9,1	9,4	0,3	1,6%
S Huid en subcutis	14,1	14,4	13,8	14,2	15,3	1,1	2,2%
T Endocriene klieren, stofwisseling voeding	2,5	2,7	2,7	2,6	2,9	0,3	4,0%
U Urinewegen	2,5	2,6	2,3	2,4	2,2	-0,2	-2,9%
W Zwangerschap, bevalling, anticonceptie	2,3	2,4	2,4	2,3	2,0	-0,3	-3,2%
X Geslachtsorganen en borsten vrouw	5,3	5,3	5,3	5,0	5,1	0,1	-0,9%
Y Geslachtsorganen en borsten man	5,3	5,2	4,7	4,9	5,6	0,7	1,8%
Z Sociale problemen	0,5	0,4	0,3	0,3	0,3	0,0	-11,3%
onbekend	0,9	0,8	0,7	1,4	1,8	0,4	26,2%
Totaal	104,6	105,1	101,5	103,3	109,6	6,3	1,2%

¹ Berekening: $\frac{((1998-1997)/1997)+((1999-1998)/1998)+((2000-1999)/1999)+((2001-2000)/2000)}{4} \times 100\%$

Tabel 18 Top-10 van meest voorkomende verwijzdiagnoses in nieuwe verwijzingen: totaal en per specialisme, 2001

totaal (n = 54268)		%	cardiologie (N = 2068)		%
1	F05 andere visus sympt/klacht (ex. F94)	2,4	1	K74 angina pectoris	24,0
2	L15 knie symptomen/klachten	1,7	2	K78 boezemfibrilleren/-fladderen	7,5
3	L86 lage rugpijn met uitstraling	1,6	3	K01 pijn toegeschreven aan hart	6,7
4	T90 diabetes mellitus	1,5	4	K77 decompensatio cordis	5,2
5	D06 andere gelokaliseerde buikpijn	1,5	5	K02 druk/beklemming toegeschr. aan hart	4,6
6	K95 varices benen (ex. ulc. crur. S97)	1,3	6	K04 hartkloppingen/bewust van hartslag	4,4
7	L99 andere ziekten bewegingsapparaat	1,3	7	K81 hartgeruis nao	4,4
8	S88 contact eczeem/ander eczeem	1,3	8	L04 borstkas symptomen/klachten	4,0
9	L17 voet/teen symptomen/klachten	1,1	9	K05 and. afw./irregulaire hartslag	3,2
10	S82 naevus/moedervlek	1,1	10	A06 flauwvallen/syncope	2,9
	overig	85,0		overig	33,2
chirurgie (n = 6824)		%	dermatologie (N = 5657)		%
1	D89 hernia inguinalis	8,0	1	S88 contact eczeem/ander eczeem	11,8
2	X19 knobbel/zwelling borsten (vrouw)	5,5	2	S82 naevus/moedervlek	7,3
3	K95 varices benen (ex. ulc. crur. S97)	4,3	3	K95 varices benen (ex. ulc. crur. S97)	7,3
4	S93 atheroom kyste/epitheel kyste	4,3	4	S77 maligne neoplasma huid/subc.	5,6
5	L87 ganglion gewricht/pees	3,3	5	S99 andere ziekten huid/subc.weefsel	5,4
6	S78 lipoom	3,2	6	S03 wratten	4,5
7	L99 andere ziekten bewegingsapparaat	3,1	7	S04 lok. zwelling/papel/knobb. huid/subc	4,4
8	K92 andere ziekten perifere arterien	3,0	8	S79 andere benigne neopl. huid/subc.	4,1
9	D98 cholecystitis/cholelithiasis	2,8	9	S87 constitutioneel eczeem	3,8
10	K96 hemorrhoiden	2,6	10	S06 lokale roodheid/erytheem huid	3,5
	overig	59,8		overig	42,4
gynaecologie (N = 3672)		%	inw. geneeskunde (N = 3913)		%
1	W78 zwangerschap: bevestigd	10	1	A04 moeheid/zwakte	7,3
2	W15 sub-/infertiliteit klacht (vrouw)	8,0	2	D06 andere gelokaliseerde buikpijn	6,5
3	X12 postmenopauzaal bloedverlies	6,0	3	T90 diabetes mellitus	4,5
4	X87 prolaps vagina/uterus	5,4	4	D16 rectaal bloedverlies	3,8
5	D06 andere gelokaliseerde buikpijn	5,2	5	D01 gegen. buikpijn/buikkrampen	3,5
6	W13 sterilisatie (vrouw)	5,1	6	K86 hypertensie zond. orgaanbeschadig.	2,6
7	X06 menorrhagie	5,1	7	D11 diarree	2,5
8	X78 benigne neopl. uterus/cervix uteri	3,9	8	D02 maagpijn	2,5
9	X86 afwijkende cervix uitstrijk	2,8	9	T85 hyperthyreoidie/thyreotoxicose	2,5
10	X07 onregelmatige/frequente menstr.	2,6	10	D87 stoornissen maagfunctie	2,5
	overig	46,0		overig	61,8
KNO (N = 6112)		%	neurologie (N = 4016)		%
1	h02 gehoor klachten (ex. H84-86)	8,8	1	I86 lage rugpijn met uitstraling	15,4
2	H84 presbycusis	7,1	2	N93 carpaal tunnel syndroom	8,1
3	H72 otitis media sereuze/glue ear	7,0	3	N01 hoofdpijn (ex. N02,N89,R09)	6,4
4	R90 hypertrofie/chron. inf. tons./adenoid	6,3	4	K90 cerebrovasc. accid. (cva)	4,5
5	H86 doofheid alle graden neg	6,0	5	N17 vertigo/duizeligheid (ex. H82)	4,3
6	R21 symptomen/klachten keel	4,7	6	N94 andere perif. neuritis/neuropathie	4,0
7	R23 symptomen/klachten stem	4,6	7	N06 and. sensibiliteitsst./onwill.bew.	3,7
8	R75 acute/chronische sinusitis	4,1	8	K89 passagere cerebrale ischemie	3,7
9	H71 otitis media acute/myringitis	3,5	9	L83 syndromen cervicale wervelkolom	3,0
10	R76 acute tonsillitis	3,0	10	N88 epilepsie alle vormen	2,7
	overig	45,0		overig	44,1

Bijlage 1: tabellen

vervolg tabel 18

oogheelkunde (N = 5320)		%	orthopedie (N = 5086)		%
1	F05 andere visus sympt/klacht (ex. F94)	24,0	1	L15 knie symptomen/klachten	14,9
2	T90 diabetes mellitus	12,0	2	L92 schoudersyndromen/phs	7,0
3	F91 refractie afwijkingen	8,7	3	L97 chronisch inwendig trauma knie	6,9
4	F92 cataract	8,1	4	L17 voet/teen symptomen/klachten	6,8
5	F99 andere ziekten oog	4,3	5	L96 acute traumata meniscus/kniebanden	6,6
6	F72 blepharitis/hordeolum/chalazion	3,1	6	L89 coxarthrosis	5,2
7	F93 glaucoom	2,9	7	L90 gonarthrosis	5,2
8	F13 afwijkend gevoel aan oog	2,7	8	L98 verworven afwijkingen extremiteiten	4,4
9	F95 strabismus	2,6	9	L99 andere ziekten bewegingsapparaat	4,0
10	F04 mouches volantes	2,5	10	L08 schouder symptomen/klachten	3,9
	overig	30,0		overig	35,0
pediatrie (N = 1592)		%	urologie (N = 2487)		%
1	R96 astma	5,9	1	Y13 sterilisatie (man)	20,1
2	K81 hartgeruis nao	5,2	2	U06 hematurie	9,2
3	U71 cystitis/urinewegsinfecties	4,6	3	Y06 symptomen/klachten prostaat	6,9
4	T10 achterbl. verwachte fysiol. ontwikk.	4,2	4	U71 cystitis/urinewegsinfecties	6,6
5	R05 hoesten	3,0	5	Y81 phimosis/slurf preputium	5,2
6	A04 moeheid/zwakte	3,0	6	Y85 benigne prostaat hypertrofie	4,1
7	D01 tegen. buikpijn/buikkrampen	3,0	7	U05 andere mictie problemen	3,7
8	A03 koorts	2,8	8	U04 urine incontinentie (ex. P12)	3,7
9	D12 obstipatie	2,4	9	U95 urolithiasis (alle vormen/lok.)	3,4
10	D11 diarree	2,1	10	Y05 symptomen/klachten scrotum/testes	2,7
	overig	64,0		overig	34,2

nao = niet anders omschreven

Tabel 19 Aantal verwijzingen naar de fysiotherapeut vanuit de huisartsenpraktijk per 1.000 ingeschreven patiënten per jaar naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm, 1997-2001

	1997	1998	1999	2000	2001	verschil 2000-2001	gem. jaarlijkse % groei 1997-2002 ¹
leeftijd							
0-4	6	8	9	10	10	0	14,2%
5-14	17	18	18	18	18	0	1,5%
15-24	48	49	47	48	53	5	2,6%
25-44	82	87	81	90	87	-3	1,7%
45-64	111	105	111	107	115	8	1,0%
65-74	111	111	109	104	111	7	0,1%
75 +	114	104	110	105	118	13	1,2%
ziekenfonds							
man	67	71	68	72	72	0	1,9%
vrouw	99	103	105	102	106	4	1,8%
particulier						0	
man	53	48	46	50	50	0	-1,2%
vrouw	71	65	61	64	66	2	-1,6%
totaal	75	76	75	72	78	6	1,1%

¹ Berekening: $\frac{((1998-1997)/1997) + ((1999-1998)/1998) + ((2000-1999)/1999) + ((2001-2000)/2000)}{4} \times 100\%$

Tabel 20 Aantal verwijzingen per 1.000 ingeschreven patiënten uit de huisartspraktijk naar verschillende GGZ-disciplines, 2001

	maatschappelijk werk	psychiatrie*	RIAGG*	psycholoog	eerstelijns- psycholoog*	psycho- therapie	totaal
leeftijd							
0-4	0,1	0,3	0,5	0,3	0,0	0,0	1,2
5-14	0,1	1,4	1,5	0,6	0,2	0,0	3,8
15-24	1,0	3,5	3,5	1,6	1,5	0,2	11,4
25-44	1,1	3,6	3,1	2,7	2,3	0,3	13,1
45-64	0,6	2,2	1,9	1,4	1,1	0,2	7,4
65-74	0,3	1,3	1,4	0,3	0,1	0,1	3,6
75-eo	0,3	1,1	3,4	0,0	0,2	0,0	5,1
totaal	0,7	2,5	2,4	1,5	1,2	0,2	7,5

* verwijzingen naar RIAGG, psychiatrie en eerstelijnspsycholoog worden verplicht geregistreerd in LINH.

Tabel 21 Aantal verwijzingen per 1.000 ingeschreven patiënten uit de huisartspraktijk naar verschillende GGZ-disciplines, naar leeftijd en geslacht, 2001

	geslacht		verzekeringsvorm	
	mannen	vrouwen	ziekenfonds	particulier
maatschappelijk werk	0,3	1,0	0,9	0,2
psychiatrie*	2,2	2,7	2,8	1,8
RIAGG*	2,0	2,8	3,0	1,4
psycholoog	1,2	1,9	1,7	1,3
eerstelijnspsycholoog*	0,9	1,6	1,3	1,1
psychotherapie	0,2	0,2	0,2	0,2
totaal	6,8	10,2	9,9	5,9

* verwijzingen naar RIAGG, psychiatrie en eerstelijnspsycholoog worden verplicht geregistreerd in LINH.

Tabel 22 Top-5 van diagnoses bij verwijzingen naar 6 GGZ-disciplines.

maatsch. werk (n=255)				psycholoog (n=572)			
1	Z12	Relatieproblemen met partner	13,7	1	P03/P76	down, depressief gevoel / depressie	21,1
2	P03/P76	down, depressief gevoel / depressie	12,2	2	P78	Neurasthenie/surmenage	12,1
3	P78	Neurasthenie/surmenage	10,2	3	P01/P74	Angstig, nerveus, gespannen / angststoornis, angsttoestand	11,3
4	P02	Crisis/voorbijg.stress reactie	9,8	4	Z12	Relatieproblemen met partner	8,7
5	P01/P74	Angstig, nerveus, gespannen / angststoornis, angsttoestand	7,1	5	P02	Crisis/voorbijg.stress reactie	7,2
		Overig	46,9			Overig	39,5
Psychiatrie* (n=1080)				eerstelijnspsycholoog* (n=499)			
1	P03/P76	down, depressief gevoel / depressie	29,7	1	P01/P74	Angstig, nerveus, gespannen / angststoornis, angsttoestand	20,4
2	P01/P74	Angstig, nerveus, gespannen / angststoornis, angsttoestand	13,7	2	P03/P76	down, depressief gevoel / depressie	16,6
3	P99	Andere psychische stoornissen	4,2	3	P78	Neurasthenie/surmenage	9,2
4	P02	Crisis/voorbijg.stress reactie	4,1	4	Z12	Relatieproblemen met partner	9,0
5	Z12	Relatieproblemen met partner	3,9	5	P02	Crisis/voorbijg.stress reactie	5,4
		Overig	44,3			Overig	39,3
RIAGG* (n = 960)				psychotherapie (n=62)			
1	P03/P76	down, depressief gevoel / depressie	25,7	1	P03/P76	down, depressief gevoel / depressie	27,6
2	P01/P74	Angstig, nerveus, gespannen / angststoornis, angsttoestand	11,9	2	P78	Neurasthenie/surmenage	14,5
3	P02	Crisis/voorbijg.stress reactie	5,7	3	P02	Crisis/voorbijg.stress reactie	11,3
4	Z12	Relatieproblemen met partner	4,3	4	Z12	Relatieproblemen met partner	11,3
5	P22	Andere zorgen gedrag kind	3,2	5	P01/P74	Angstig, nerveus, gespannen / angststoornis, angsttoestand	11,3
11		Overig	49,1			Overig	24,1

* verwijzingen naar RIAGG, psychiatrie en eerstelijnspsycholoog worden verplicht geregistreerd in LINH.

Bijlage 2 Representativiteit LINH

De representativiteit van de deelnemers aan LINH is nagegaan voor drie onderwerpen: de samenstelling van de huisartsenpopulatie; type en locatie van de praktijk; en de samenstelling van de patiëntenpopulatie. De gegevens zijn, tenzij anders vermeld, ontleend aan de Huisartsenregistratie van het NIVEL en hebben betrekking op de situatie op 31-12-2001.

Analyse op artsniveau

De kenmerken van de aan LINH deelnemende huisartsen zijn vergeleken met de totale Nederlandse huisartsenpopulatie. De vergelijking is uitgevoerd op gegevens van 31 december 2001 toen er 7912 huisartsen in Nederland werkzaam waren, waarvan er 221 huisartsen aan LINH deelnamen (zie tabel 1). Tussen de groep LINH huisartsen en de Nederlandse huisartsen populatie zijn er geen statistisch significante verschillen voor wat betreft geslacht, leeftijd, vestigingsduur en het aantal artsen werkzaam in een apotheekhoudende praktijk. Wel werken er meer LINH artsen in een gezondheids-centrum of groepspraktijk en minder in een solopraktijk dan men van een representatieve steekproef zou verwachten. LINH-huisartsen maken gemiddeld iets langere werkweken.

Tabel 1 Huisarts- en praktijkkenmerken: LINH versus alle Nederlandse huisartsen op 31-12-2001 (kolompercentages)

		LINH	Nederland ²
sexe	man	74,5	72,0
	vrouw	25,5	28,0
leeftijd	< 35 jaar	2,3	4,7
	35-39	11,4	13,7
	40-44	15,9	17,9
	45-49	27,3	24,0
	50-54	29,0	22,6
	55+	14,1	17,1
vestigingsduur	tot 5 jaar	16,4	24,4
	6-10 jaar	19,0	16,0
	11-15 jaar	11,4	13,4
	16-20 jaar	20,9	17,0
	21-25 jaar	20,9	16,4
	26 jaar en meer	11,4	12,8
praktijkvorm ¹	solopraktijk	30,9	41,6
	duopraktijk	27,7	32,2
	groepspraktijk en gezondheidscentrum	41,4	26,2
dagdelen werkzaam ¹	0-4	5,5	11,4
	5-6	16,4	17,8
	7-8	19,5	13,4
	9-10	58,6	57,4
apotheekhoudend	apotheekhoudend	5,9	7,7
	bij apotheekhouder	2,3	2,1
	geen apotheek	91,8	90,2
n		220	7912

¹ p < 0,01

² inclusief LINH-artsen

Geografische spreiding

Tabel 2 laat zien hoe de geografische spreiding van de LINH-huisartsen zich verhoudt tot die van alle Nederlandse huisartsen samen. Huisartsen in het westen van het land zijn iets ondervertegenwoordigd, met name in de provincie Zuid-Holland. Het percentage LINH-huisartsen in achterstandswijken komt overeen met het landelijke beeld. De mate van stedelijkheid van de vestigingsplaats van de LINH-artsen is iets anders verdeeld. Artsen gevestigd in weinig stedelijke gebieden zijn wat oververtegenwoordigd in de LINH-populatie.

Tabel 2 Vestigingsplaatskenmerken: LINH-huisartsen versus alle Nederlandse huisartsen op 31-12-2001(kolompercentages)

		LINH	Nederland ²
provincie¹	Groningen	8,6	3,4
	Friesland	1,8	4,0
	Drenthe	3,6	3,1
	Overijssel	5,5	6,4
	Flevoland	4,5	2,2
	Gelderland	12,7	12,1
	Utrecht	5,9	7,7
	Noord-Holland	13,6	16,8
	Zuid-Holland	13,2	21,0
	Zeeland	3,2	2,2
	Noord-Brabant	16,4	13,9
	Limburg	10,9	7,1
landsdeel¹	noord (gr fr dr)	14,1	10,5
	oost (ov gid fl)	22,7	20,8
	west (ut nh zh)	32,7	45,5
	zuid (zee nb lim)	30,5	23,2
stedelijkheid¹	zeer sterk stedelijk	15,5	18,5
	sterk stedelijk	25,9	25,0
	matig stedelijk	16,8	20,1
	weinig stedelijk	30,0	20,8
	niet stedelijk	11,8	15,6
achterstandswijk³	ja	8,2	5,7
n		220	7912

¹ p<0,01

² inclusief LINH-artsen

³ volgens indeling LHV

Praktijkpopulaties

Het gemiddelde aantal patiënten per LINH-huisarts is in 2001 2124. Per zelfstandig gevestigde huisarts waren er op 31 december 2001 in Nederland 2031 patiënten. Dit stemt dus goed overeen.

Voor wat betreft de samenstelling van de praktijkpopulatie kon een vergelijking worden gemaakt naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm met gegevens van SEA / College Voor Zorgverzekeringen voor de ziekenfondsverzekerden en Vektis / SUO / KPZ voor KLOZ/KPZ ofwel particulier verzekerde patiënten in Nederland.

De resultaten van deze exercitie staan in tabel 3. Het is opmerkelijk hoe goed LINH het landelijk beeld volgt. Zeker als men bedenkt dat werving op samenstelling van de praktijkpopulatie niet mogelijk is. Het percentage ziekenfondsverzekerden ligt in LINH iets lager 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 (% van totaal): 2001

	mannen LINH	mannen Nederland ¹	vrouwen LINH	vrouwen Nederland ¹
ziekenfonds				
0-4	2,0	1,9	1,8	1,8
5-14	3,5	3,5	3,4	3,3
15-24	3,8	4,0	3,9	3,9
25-44	10,5	10,1	11,8	11,7
45-64	6,5	6,7	7,9	8,6
65-74	2,2	2,4	2,8	3,0
75 eo	1,4	1,5	2,7	3,1
<i>totaal</i>	29,9	30,0	34,4	35,4
particulier				
0-4	1,2	1,2	1,1	1,4
5-14	2,8	2,7	2,7	2,8
15-24	2,2	1,8	2,3	1,9
25-44	6,1	5,3	4,3	3,9
45-64	5,7	5,8	3,7	3,7
65-74	1,1	1,3	1,0	1,0
75 eo	0,6	0,8	0,8	0,8
<i>totaal</i>	19,7	19,0	16,0	15,6
over-all totaal	49,6	49,0	50,4	51,0

¹ Bron: College voor Zorgverzekeringen. Gemiddelden over 2001.

Conclusie

LINH-huisartsen verschillen niet voor wat betreft sekseverdeling, leeftijd en vestigingsduur van andere Nederlandse huisartsen. Ook zijn er geen verschillen voor wat betreft het percentage apotheekhoudenden en verdeling over achterstandswijken. Huisartsen werkzaam in groepspraktijken en gezondheidscentra zijn oververtegenwoordigd in LINH, terwijl parttime werkende huisartsen wat ondervertegenwoordigd zijn, met name huisartsen die minder dan 4 dagdelen per week werken. Relatief weinig LINH-huisartsen zijn werkzaam in het westen van het land en iets meer LINH-huisartsen dan verwacht zijn gevestigd in weinig stedelijke gebieden.

De de patiëntenpopulatie van de aan LINH deelnemende praktijken is een goede afspiegeling van de Nederlandse bevolking voor wat betreft leeftijdsverdeling en zorgverzekering.

Bijlage 3 Resultaten jaar-enquête 2001

Inleiding

In het voorjaar van 2002 is de jaarlijkse LINH-enquête verstuurd. Het doel van de enquête is om inzicht te verkrijgen in de volledigheid en kwaliteit van de geregistreerde gegevens. Ook kunnen vragen worden opgenomen over actuele onderwerpen of lopende projecten. De uitkomsten van de enquête vormen een ondersteuning voor de onderzoekers bij de interpretatie van de uit de Huisarts Informatie Systemen geëxtraheerde gegevens. De contactpersonen van alle deelnemende praktijken ontvangen de enquête, met een verzoek om deze namens de hele praktijk in te vullen. Ruim 85% van de praktijken stuurde de enquête ingevuld terug (tabel 1).

Tabel 1 Respons op jaar enquêtes

	1997	1998	1999	2001
aantal aangeschreven praktijken	78	84	84	117
aantal ontvangen lijsten	77	74	67	101
respons	98,7%	88,1%	79,8%	86,3%

In dit rapport doen we verslag van de vragen over de volledigheid van de registratie van verwijzingen en prescripties, waaronder de registratie van specialist receptuur en elektronisch contact met de apotheek.

Verwijzen

In de enquête zijn vragen gesteld over de volledigheid van de verwijsregistratie door de huisartsen te laten schatten hoeveel procent van de verschillende soorten verwijzingen worden vastgelegd. Voor veel praktijken blijkt dit een lastig te beantwoorden vraag. Zo'n 15 praktijken gaven op deze vragen geen antwoord. Berekeningen zijn uitgevoerd met die praktijken die de vraag wel beantwoordden (tabel 2).

Tabel 2 Het registreren van nieuwe verwijzingen in % (n=86)¹

	schatting van het percentage geregistreerde verwijzingen				
	0%	1-49%	50-74%	75-89%	90-100%
tweede lijn					
ziekenfondsverzekerden	1	7	1	7	84
particulier	1	8	7	6	78
eerste lijn					
fysiotherapie	1	10	12	11	66
oefentherapie ²	2	11	14	7	66
RIAGG	5	17	18	16	44
1 ^e -lijns psycholoog	8	22	22	6	42
logopedie	8	20	19	15	38

¹ 15 praktijken beantwoordden deze vragen niet. Deze praktijken zijn hier buiten beschouwing gelaten.

² oefentherapie Cesar en Mensendieck

Nieuwe ziekenfondsverwijzingen en verwijzingen van particulier verzekerden worden het meest volledig vastgelegd; 84% respectievelijk 78% van de praktijken geeft aan deze voor meer dan 90% vast te leggen. Verwijzingen naar de fysiotherapie en de oefentherapie wordt door tweederde van de huisartspraktijken bij meer dan 90% van de verwijzingen vastgelegd.

De registratie van GGZ-verwijzingen naar de RIAGG en de eerstelijns psycholoog laten nog wel te wensen over: iets minder dan de helft van de praktijken registreert deze verwijzingen voor meer dan 90%. Logopedie verwijzingen zijn het minst compleet.

Prescripties

Nieuwe voorschriften en herhaalrecepten worden door vrijwel alle huisartsen altijd in het HIS vastgelegd (tabel 3). Dit is het overgrote deel van de receptuur. Meer variatie is er voor receptuur tijdens visites, magistrale receptuur en voorschriften van verbandmiddelen. Toch geldt ook hier dat deze voor zo'n tweederde worden vastgelegd in het HIS.

Tabel 3 Het registreren van bepaalde soorten voorschriften in het HIS in % (n=101)

	wel geregistreerd	deels ¹	niet geregistreerd	onbekend
nieuwe voorschriften	97	1	-	2
herhaalrecepten	89	6	2	3
receptuur tijdens visites	66	27	5	2
magistrale receptuur	68	19	11	2
verbandmiddelen e.d.	62	24	12	2
anders	11	1	2	86

¹ zie tabel 4

Tabel 4 Schatting van het percentage geregistreerde receptuur door die praktijken die aangeven bepaalde soorten voorschriften deels te registreren

	< 25 %	25-49%	50-74%	75-89%	90-99%	n
nieuwe voorschriften				1		1
herhaalrecepten			1	1	4	6
receptuur tijdens visites	4	-	10	7	6	27
magistrale receptuur	2	3	6	3	3	17
verbandmiddelen e.d.	1	6	8	5	3	23

1-september-maatregel

Per 1 september 1999 komen kortdurend gebruikte buiten-WTG-geneesmiddelen (de zogenaamde zelfzorgmiddelen) niet meer voor vergoeding in aanmerking. Alleen bij chronisch gebruik bij een chronische aandoening is vergoeding nog mogelijk. Het gaat hier in een aantal gevallen om veel gebruikte en veel voorgeschreven middelen. Voorbeelden zijn paracetamol, ranitidine en verschillende anti-allergica. Het is niet duidelijk hoe vaak een huisarts een 'zelfzorgmiddel' adviseert en hoe vaak dit advies in het elektronisch medisch dossier terecht komt. Met andere woorden: bevatten de LINH-prescriptiebestanden ook middelen die 'vrij verkrijgbaar' zijn en waarvoor het uitschrijven van een recept strikt genomen niet nodig was? Uit tabel 5 blijkt dat ruim eenderde van de huisartsen een dergelijk advies standaard in het EMD registreert. Bijna de helft doet dit regelmatig.

Tabel 5 Het registreren van niet-vergoede zelfzorgmiddelen ('1-september-maatregel') in het HIS (n=101)

	%
ja	39
soms wel, soms niet	44
nee	7
ik noteer het 'ergens' maar niet in het prescriptiescherm	6
anders	3
onbekend	1

On-line verbinding met de apotheek

Een deel van de huisartspraktijken heeft een on-line verbinding met de apotheek. Niet alleen het recept gaat via elektronische weg naar de apotheek, maar de apotheek is ook in staat recept-gegevens in het HIS te modifieren. Tabel 6 en 7 geven een overzicht voor hoeveel van de praktijken deze situatie actueel is.

Tabel 6 Apotheek kan via on-line verbinding informatie in het elektronisch medisch dossier modifieren (n=100)

	MicroHis	Promedico	Elias	Arcos	MacHis	n
ja	4	8	1	10	-	23
nee	20	17	22	2	15	76
zou het niet weten		1				1
anders					1	1
totaal	24	26	23	12	16	101

Tabel 7 Via on-line verbinding met apotheek komen recepten die de specialist uitschrijft in het elektronisch medisch dossier (n=23)

	MicroHis	Promedico	Elias	Arcos	MacHis	n
ja	3	7	1	10	-	21
nee		1				1
anders	1					1
totaal	4	8	1	10	-	23

Invoeren van specialist-receptuur

Bij een deel van de praktijken komt specialist-receptuur in het elektronisch medisch dossier via de on-line verbinding met de apotheek. Een ander deel van de praktijken voert specialist-receptuur handmatig in (tabel 8).

Tabel 8 Invoeren van specialist-receptuur in het elektronisch medisch dossier (n=101)

	%
via elektronische verbinding met de apotheek	22
nooit ingevoerd	20
bij praktijk bekende specialist-receptuur altijd handmatig ingevoerd	25
bij praktijk bekende specialist-receptuur deels ingevoerd:	33
waarvan: onbekend	8%
1-49%	21%
50%	35%
51-79%	21%
>80%	15%

Tachtig praktijken gaven aan dat specialistreceptuur in min of meerdere mate wordt ingevoerd. Bij bijna een kwart van hen (n=18) kan dit op meerdere plaatsen in het elektronisch medisch dossier gebeuren. Zie tabel 9.

Tabel 9 Waar wordt nieuwe specialist-receptuur ingevoerd? (n=80)

	%
in het prescriptiescherm	78
als tekst op journaalregel	30
in de probleemlijst	1
anders	16

Recepten die in het elektronisch medisch dossier worden ingevoerd in het prescriptiescherm worden ook uitgespoeld voor LINH. Dit geldt niet voor de recepten ingevoerd als tekst op een journaalregel of de probleemlijst. Van de praktijken die recepten in het prescriptiescherm invoeren (n=63) doet ruim eenderde (36%) dit onder de code van degene die invoert. Specialist-receptuur is dan dus niet als zodanig herkenbaar.

Huisartsen herhalen door de specialist geïnitieerde receptuur. Het merendeel van de artsen voert dit in in het HIS (tabel 10). Bij ruim 90% van de praktijken gebeurt dit in het prescriptiescherm.

Tabel 10 Invoeren van door de specialist geïnitieerde en door de huisarts herhaald receptuur in het elektronisch medisch dossier (n=100)

	%
continueren geen door de specialist geïnitieerde receptuur	2
nooit ingevoerd in het HIS	0
altijd (100%) ingevoerd	94
deels ingevoerd	4

Apotheekhoudende huisartsen

Acht praktijken gaven aan apotheekhoudend te zijn en geneesmiddelen te leveren die zijn voorgeschreven door een specialist. Alle gaven aan dit onder een specialist-specifieke code weg te schrijven in het HIS. De helft van hen levert ook medicamenten aan patiënten uit andere huisartspraktijken. Deze worden in het HIS vermeld maar zijn door middel van een code te onderscheiden van eigen patiënten.

Conclusies

Nieuwe ziekenfonds- en particuliere verwijzingen worden het meest volledig vastgelegd. De registratie van verwijzingen naar de RIAGG en de eerstlijns psycholoog laten nog wel wat te wensen over. De registratie van nieuwe en herhaalvoorschriften zijn vrijwel compleet. Hoewel sinds de '1-september-maatregel' het uitschrijven van een recept in veel gevallen niet meer noodzakelijk is, registreert een behoorlijk aantal artsen een dergelijk middel toch in het prescriptiescherm. Dit betekent dat de LINH-prescriptiefiles ook niet-vergoede zelfzorgmiddelen bevat.

Ruim een vijfde van de praktijken heeft een on-line verbinding met de apotheek waarlangs ook informatie over door de specialist uitgeschreven receptuur in het elektronisch medisch dossier terecht komt. Daarnaast voert ruim de helft van de praktijken altijd of deels de bij hen bekende maar door de specialist uitgeschreven receptuur handmatig in, meestal in het prescriptiescherm. Bij een vijfde van de LINH-praktijken die een vragenlijst retourneerden, is de in het prescriptiescherm geregistreerde specialistreceptuur niet als zodanig herkenbaar. Omdat het hier niet gaat om in de huisartspraktijk gegenereerde voorschriften, is verder onderzoek nodig om na te gaan wat het volume is van de 'vervuiling' door specialistreceptuur.

Bijlage 4 Publicaties en lezingen 2001

Rapporten

Braspenning J., R. Drijver A.M. Schiere. Kwaliteits- en doelmatigheidsindicatoren voor het handelen in de huisartspraktijk. Nijmegen/Utrecht: Werkgroep Onderzoek Kwaliteit (WOK), Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), 2001.

Tacken M., H. van den Hoogen, P. Spreeuwenberg, D. de Bakker, J. Braspenning. Determinanten van influenzagraad in 1999; een aanvullend LINH onderzoek. Nijmegen/Utrecht: WOK/NIVEL, maart 2001.

De Bakker D., L. Jabaaij, H. Abrahamse, H. van den Hoogen, J. Braspenning, T. van Althuis, R. Rutten. Jaarrapport LINH 1999. Contactfrequenties en verrichtingen in het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH). Utrecht/Nijmegen: NIVEL/WOK, 2001.

De Bakker D., L. Jabaaij, H. Abrahamse, H. van den Hoogen, J. Braspenning, T. van Althuis, R. Rutten. Jaarrapport LINH 2000. Contactfrequenties, verrichtingen en monitoring griepvaccinatie en cervixscreening in het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH). Utrecht/Nijmegen: NIVEL/WOK, 2001.

Tacken M., R. Dijkstra, R. Drijver, H. van den Hoogen, D. de Bakker, J. Braspenning. De zorg rondom Diabetes Mellitus, type 2, patiënten in de huisartspraktijk. Nijmegen/Utrecht: Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH), 2001.

De Bakker D., J. Braspenning. LINH: de volgende vijf jaar. Utrecht / Nijmegen: NIVEL / WOK, 2001

Artikelen

Westert G.P., M.A.J.B. Tacken R. Gijsen, F.G. Schellevis, J.C.C. Braspenning, D. de Bakker. De prevalentie van chronische ziekten in de huisartspraktijk: een nadere analyse van validiteit en betrouwbaarheid. TSG 2001, 79(5): 288-292.

Van Eijkelenburg-Waterreus Y., F. Schellevis, D. de Bakker, W. Tiersma, G. Westert. Gegevens in het elektronisch medisch dossier: bruikbaar voor het optimaliseren van de probleemlijst? Huisarts Wet 2001; 44: 377-380.

Braspenning J., M. Tacken, A. Penders, H. van den Hoogen, D. de Bakker. Opkomst bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker, 1997-1999. TSG 2001; 79(6): 341-345.

Jabaaij L., L.J. Stokx, D.H. de Bakker. Indicaties voor het gebruik van rofecoxib. Meer "off-label" dan "on-label" gebruikt. Pharmaceutisch Weekblad 2001; 136: 1538-41.

Bijlage 4: publicaties en lezingen 2001

Jabaaij L., L.J. Stokx, D.H. de Bakker. Artrosemiddel in de lift. Huisartsen schrijven rofecoxib breder voor dan geïndiceerd is. Medisch contact 2001; 56:1493-96.

Jabaaij L. LINH-cijfers. Verwijzingen naar de geestelijke gezondheidszorg in 2000. Huisarts Wet 2001; 44: 529.

Jabaaij L. LINH-cijfers. Contacten met de huisartspraktijk in 2000. Huisarts Wet 2001; 44: 589.

Gebruik van LINH data

Jabaaij L., D. de Bakker, Het voorschrijven van farmaca bij alcoholafhankelijkheid. Analyses ten behoeve van: T. Versteegen, W.J. de Vries, Farmacologische behandeling bij alcoholafhankelijkheid. In opdracht van College voor Zorgverzekeringen, 2001

Dossier Medisch-specialistische zorg in de toekomst, RVZ, Zoetermeer, 2001

Meulepas M. (red.), Werken met cijfers in het FTO. Stichting DGV, 2001

Bakker D.H. de, L. van Dijk, I. Wolters. Doorgaan met het EVS; gebruikers oordelen positief. Medisch Contact 56, 2001, 21, 833-836.

Wolters I., H. van den Hoogen, D.H. de Bakker. Evaluatie invoering elektronisch voorschrijf systeem. Utrecht, NIVEL/WOK, 2001.

Westert G.P., M.A.J.B. Tacken, R. Gijzen, F.G. Schellevis, J.C.C. Braspenning, D.H. de Bakker. Prevalentie van chronische ziekten in de huisartspraktijk: een nadere analyse van validiteit en betrouwbaarheid. TSG, 79, 2001, 5, 288-292.

Dijk L. van, D. Coffie, H. van den Hoogen, D. de Bakker. Interventie 'reductie benzodiazepinegebruik ouderen'. Evaluatie van een pilotstudie. Utrecht, NIVEL, 2001.

Lezingen

Braspenning J., J. Burgers, T. Spies. Workshop: Indicatorenontwikkeling voor kwaliteit van zorg. Amsterdam, 21 juni 2001, NHG-wetenschapsdag.

Braspenning J., T. Casparie, J. Mintjes. Workshop: Indicatoren voor kwaliteit van zorgprocessen. Veldhoven, 1 en 2 november 2001, Kennis beter delen. Eerste nationale congres over implementatie in de gezondheidszorg.

Braspenning J. Quality indicators for general practice. Keulen, 10 en 11 oktober 2001, Workshop AOK –Anforderungen an die Qualität in Arztnetzen.

Tacken M., J. Braspenning, H. van den Hoogen, D. de Bakker, R. Grol. Quality of Care in general practice: the LINH-PROJECT"; a national computerised information network. Nijmegen, 25 september 2001, Dag van de wetenschap.

Jabaaij L. Herhaalde prescriptie van benzodiazepines: is chronisch gebruik te voorspellen? LINH-dag, 6 november 2001, Utrecht.

Stokx L.J., L. Jabaaij. Indicaties voor het gebruik van rofecoxib. LINH-dag, 6 november 2001, Utrecht.

Tacken M. Cijfers ten aanzien van het handelen rondom diabetespatiënten, de griepvaccinatie en het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. LINH-dag, 6 november 2001, Utrecht.

