

JAARRAPPORT LINH 1999

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

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

februari 2001



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, Werkgroep Onderzoek Kwaliteit (KUN/UM)

Contactadres: Nivel - Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - Telefoon: 030 27 29 700 - Fax: 030 27 29 729

ISBN 90-6905-514-7

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het Nivel (Nederland 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.

VOORWOORD

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

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

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

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

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

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

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

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

Namens de Stuurgroep LINH,

dr. V.C.L. Tielens, voorzitter

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD	3
LIJST VAN TABELLEN	7
1 INLEIDING	9
2 LANDELIJK INFORMATIE NETWERK HUISARTSENZORG (LINH)	11
2.1 Inleiding	11
2.2 Geautomatiseerde registratie in de huisartspraktijk	11
2.3 De registratiemodules	14
2.4 Kwaliteit van de gegevens	17
3 PRODUCTIECIJFERS	22
3.1 Inleiding	22
3.2 Contactfrequenties	22
3.3 Voorschrijven van geneesmiddelen	28
3.4 Verwijzen naar de medisch specialist	35
3.4.1 Nieuwe verwijzingen	36
3.4.2 Verlengings- en achterafverwijzingen	47
3.5 Verwijzen binnen de eerste lijn	51
4 CONCLUSIES	55
LITERATUUR	57
BIJLAGE 1 Representativiteit LINH	59
BIJLAGE 2 Enquête onder deelnemers	63
BIJLAGE 3 Nieuwe verwijzingen naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm	68
BIJLAGE 4 Publicatielijst LINH	69

LIJST VAN TABELLEN

1. Overzicht van de in dit jaarrapport gebruikte gegevens uit het HIS
2. Contactfrequentie met de huisartspraktijk per ingeschreven patiënt per jaar naar leeftijd: 1996-1999
3. Contactfrequentie met de huisartspraktijk (huisarts + assistente) per patiënt per jaar naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm: 1996-1999
4. Contactfrequentie per patiënt uitgesplitst naar soort contact, geslacht en verzekeringsvorm: 1999
5. Frequentie consulten en visites van de huisarts per patiënt per jaar naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm: 1999
6. Aantal geneesmiddelvoorschriften in de huisartspraktijk per ingeschreven patiënt per jaar naar leeftijd: 1996-1999
7. Aantal geneesmiddelvoorschriften in de huisartspraktijk per ingeschreven patiënt per jaar naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm: 1996-1999
8. Aantal geneesmiddelvoorschriften in de huisartspraktijk per 1000 ingeschreven patiënten naar ATC-hoofdgroep: 1996-1999
9. Aantal geneesmiddelvoorschriften in de huisartspraktijk per 1000 ingeschreven patiënten naar ATC-hoofdgroep, geslacht en verzekeringsvorm: 1999
10. Top-tien voorgeschreven stoffen: 1996-1999
11. Aantal nieuwe ziekenfonds verwijzingen naar de medisch specialist vanuit de huisartspraktijk per 1000 ingeschreven patiënten per jaar naar leeftijd: 1996-1999
12. Aantal nieuwe particuliere verwijzingen naar de medisch specialist vanuit de huisartspraktijk per 1000 ingeschreven patiënten per jaar naar leeftijd: 1996-1999.
- 13a. Aantal nieuwe verwijzingen naar de medisch specialist per 1000 ingeschreven patiënten in de huisartspraktijk voor ziekenfonds verzekerden: 1996-1999
- 13b. Aantal nieuwe verwijzingen naar de medisch specialist per 1000 ingeschreven patiënten in de huisartspraktijk voor particulier verzekerden: 1996-1999
14. Aantal nieuwe verwijzingen naar de medisch specialist per 1000 ingeschreven patiënten in de huisartspraktijk naar specialisme, geslacht en verzekeringsvorm: 1999
- 15a. Aantal nieuwe verwijzingen naar de medisch specialist per 1000 ingeschreven patiënten in de huisartspraktijk naar ICPC-hoofdstuk voor ziekenfonds verzekerden: 1996-1999
- 15b. Aantal nieuwe verwijzingen naar de medisch specialist per 1000 ingeschreven patiënten in de huisartspraktijk naar ICPC-hoofdstuk voor particulier verzekerden: 1996-1999
16. Top-10 van meest voorkomende verwijsdiagnoses in nieuwe verwijzingen: totaal en per specialisme (% van nieuwe verwijzingen van het betreffende specialisme): 1999
17. Nieuwe verwijzingen naar de medisch specialist uitgesplitst naar initiatief van de verwijzing: 1996-1999
18. Nieuwe verwijzingen naar de medisch specialist uitgesplitst naar doel van de verwijzing: 1996-1999
19. Nieuwe verwijzingen naar de medisch specialist uitgesplitst naar aard van de door de huisarts beoogde samenwerking met de specialist: 1996-1999
20. Aantal verlengings- en achterafverwijzingen vanuit de huisartspraktijk per 1000 ingeschreven ziekenfondsverzekerden naar leeftijd: 1996-1999
21. Aantal verlengings- en achterafverwijzingen naar de medisch specialist per 1000 ingeschreven ziekenfondsverzekerden in de huisartspraktijk naar specialisme: 1996-1999
22. Top-10 van diagnoses in verlengings- en achterafverwijzingen: 1999

23. Aantal nieuwe verwijzingen naar de fysiotherapeut vanuit de huisartspraktijk per 1000 ingeschreven patiënten per jaar naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm: 1996-1999
24. Top-10 van diagnoses in verwijzingen naar fysiotherapie: 1996-1999
25. Top-5 van diagnoses in verwijzingen naar oefentherapie Cesar/Mensendieck, logopedie en de RIAGG: 1999 in vergelijking met 1998, 1997 en 1996

Bijlage

- 1a. Aantal nieuwe verwijzingen naar de medisch specialist vanuit de huisartspraktijk per 1000 ingeschreven patiënten per jaar naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm: 1996-1999

1 INLEIDING

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

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

Het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg stelt zich ten doel representatieve, continue, kwantitatieve en kwalitatieve informatie omtrent de door Nederlandse huisartsen geleverde zorg te genereren. Concreet worden in LINH op continue basis 'productiegegevens' verzameld over contacten, geneesmiddelvoorschriften, verwijzingen en (in een pilot-stadium) aanvragen van laboratoriumdiagnostiek. Daarnaast worden gegevens verzameld rondom specifieke onderwerpen op het terrein van het kwaliteitsbeleid. Het gaat daarbij om periodieke gegevens (bijvoorbeeld jaarlijks de griepvaccinatie en de cervixscreening voor het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker) en ad hoc-registraties (bijvoorbeeld rond lage rugpijn). De onderhavige rapportage richt zich op de continu verzamelde gegevens. Over specifieke onderwerpen wordt apart gerapporteerd (zie bijlage 4 voor een publicatieoverzicht).

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

1. Hoeveel contacten, voorschriften van geneesmiddelen, en verwijzingen naar de specialist en de eerste lijn vinden plaats in de huisartspraktijk per 1000 ingeschreven patiënten in 1999?
2. Hoe vaak vinden deze plaats uitgesplitst naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm van de patiënt?

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

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

In hoofdstuk 2 wordt ingegaan op doel en opzet van LINH, de stand van zaken voor wat betreft 1999 en de kwaliteit van de gepresenteerde gegevens.

De feitelijke gegevens worden gepresenteerd in hoofdstuk 3. Achtereenvolgens wordt daar ingegaan op de contactfrequentie, het voorschrijven van geneesmiddelen, verwijzingen naar de medisch specialist en verwijzingen naar de eerste lijn. Het rapport wordt besloten met een conclusie waarin de belangrijkste veranderingen ten opzichte van voorgaande jaren worden beschreven.

2 LANDELIJK INFORMATIE NETWERK HUISARTSENZORG (LINH)

2.1 Inleiding

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

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

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

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

2.2 Geautomatiseerde registratie in de huisartspraktijk

Huisarts Informatie Systemen

De gegevens voor LINH worden vastgelegd door huisartsen en hun praktijkassistenten in de computer met behulp van Huisarts Informatie Systemen (HIS). Een Huisarts Informatie Systeem is een computerprogramma speciaal ontwikkeld voor de huisartspraktijk. Dat wil zeggen: een programma voor het onderhouden van de praktijkgegevens, patiëntgegevens, medische gegevens, financiële gegevens etc. Er bestaan verschillende Huisarts Informatie Systemen, die onderling verschillen in de gehanteerde systematiek. Door de LHV en NHG wordt is gewerkt aan standaardisering in de Werkgroep Coördinatie Informatisering Automatisering (WCIA). Zo is in 1996 de derde versie van het WCIA-HIS-referentiemodel uitgebracht waarin de functionele eisen waaraan een HIS moet voldoen gedetailleerd zijn omschreven (Overbeeke, Westerhof, 1996). De verwachting was dat eind 1999 de eerste nieuwe HIS-en ter toetsing zouden worden aangeboden die voldoen aan de nieuwe WCIA-

eisen. Eind 2000 ziet het er naar uit dat, om diverse redenen, de implementatie nog enige tijd op zich zal laten wachten. Op den duur zullen alle huisartsen met een aan de nieuwe WCIA-eisen voldoende Huisarts Informatie Systeem moeten werken. Vooral nog bestaan er echter nog verschillen in systematiek.

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

Elektronisch Medisch Dossier

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

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

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

Een andere vrijheid die het EMD de huisarts biedt betreft de wijze waarop zaken op een bepaalde regel worden vastgelegd. Dit kan in de vorm van vrije tekst, wat voor onderzoek moeilijk bruikbaar is, of in de vorm van coderingen. 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 tegelijkertijd dat er een (WCIA-)tabel bestaat met codes voor alle mogelijke specialismes waarnaar kan worden verwezen. Hetzelfde geldt ook voor medicijnvoorschriften (waar gebruik wordt gemaakt van de KNMP-taxe, die zorgt dat de voorschriften met ATC-coderingen worden vastgelegd) en declaraties van contacten met particulier verzekerden. Het is bij deze gegevens voor huisartsen handig om het HIS te gebruiken. Aangenomen kan daarom worden dat dit soort handelingen consequenter worden geregistreerd dan handelingen, waarvoor geen administratieve noodzaak bestaat deze vast

te leggen (zoals het geven van voorlichting) dan wel daartoe in het HIS geen faciliteit aanwezig is (zoals het doen van laboratoriumaanvragen). Bovendien worden gegevens gecodeerd vastgelegd wat voor onderzoek een belangrijke conditie is.

HIS en LINH

De filosofie van LINH is dat de betrouwbaarheid van de verkregen informatie hoger is naarmate minder wordt geïnterfereerd in de praktijkvoering. Daarom participeren in LINH alleen huisartspraktijken die reeds werken met de medische module van een WCIA goedgekeurd Huisarts Informatie Systeem (let wel, de 'oude' WCIA-eisen). HIS-en waarvan op dit moment praktijken in LINH participeren zijn MicroHIS, Promedico, Elias, Arcos en MachIS.

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

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

ICPC-coderen

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

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

De LINH-praktijken worden ondersteund bij het coderen door het aanbieden van cursussen, ondersteunende documentatie en het bieden van een helpdesk. Zo is er een database opgezet met 250 codeerafspraken, die aan de deelnemende huisartsen ter beschikking is gesteld. Uitgangspunt hierbij vormen de landelijke richtlijnen van het Nederlands Huisartsen Genootschap (Boersma et al., 1995). Als deze onvoldoende uitsluitel bieden wordt aangesloten bij codeerafspraken in andere huisartsgeneeskundige registratienetwerken. Alleen als er landelijk geen overeenstemming is over bepaalde coderingen wordt in LINH een keuze gemaakt, om praktijken op een eenduidige manier te kunnen informeren. Daarnaast is een beslisalgoritme ontwikkeld, dat huisartsen met name moet ondersteunen bij vragen als wat dient te worden geregistreerd indien sprake is van een complicatie van

een bestaande aandoening, bij comorbiditeit en dergelijke (Van Eijkelenburg, Geboers, 1999).

2.3 De registratiemodules

In deze paragraaf wordt beschreven hoe op basis van de Huisarts Informatie Systemen gegevens zijn gegenereerd ten behoeve van deze rapportage. Zoals gezegd worden gegevens gepresenteerd over verwijzingen naar de tweede lijn, prescriptie van geneesmiddelen, contacten en verwijzingen binnen de eerste lijn. Een onderscheid dient te worden gemaakt tussen aan de ene kant de registratie van verwijzingen en aan de andere kant de registratie van contacten en prescriptie. Voor verwijzingen naar medisch specialisten werkzaam in de tweede lijn en verwijzingen naar de eerste lijn is gebruik gemaakt van aanvullende programmatuur, waarmee het invullen van de diagnose en enkele extra gegevens werd mogelijk gemaakt. De gegevens over prescriptie en contacten zijn uit de Huisarts Informatie Systemen weggeschreven zonder dat sprake is van enige interferentie van de kant van LINH. Uit een in januari 1996 gehouden enquête onder de deelnemende huisartsen bleek dat vrijwel alle huisartsen contacten en voorschriften voldoende systematisch vastlegden in het HIS. In het algemeen werd echter bij de contacten en voorschriften nog geen diagnose gecodeerd.

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

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

- **contacten**

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

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

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

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

De periode waarover gegevens worden gepresenteerd is 1 januari 1996 tot en met 31 december 1999.

● **prescriptie**

Gegevens over het voorschrijven van geneesmiddelen worden in de meeste participerende huisartspraktijken goed vastgelegd in Huisarts Informatie Systemen, omdat deze in staat zijn recepten te genereren. Daardoor is van vrijwel alle recepten de ATC-code¹ bekend. Diagnosespecifieke informatie is beschikbaar voor een beperkt aantal praktijken. De LINH-gegevens betreffen de periode 1996 tot en met 1999.

● **verwijzingen naar de medisch specialist**

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

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

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

In deze rapportage worden gegevens per jaar gepresenteerd vanaf 1996, het jaar waarin LINH overging van de pilotfase naar de operationele fase. Geïnteresseerden in verwijscijfers de daaraan voorafgaande jaren kunnen terecht in het LINH-jaarrapport 1997 (De Bakker et al., 1998).

- **verwijzingen binnen de eerste lijn**

Gegevens over verwijzingen binnen de eerste lijn worden sinds 1 april 1996 met aangepaste programmatuur geregistreerd. De systematiek waarmee huisartsen deze verwijzingen vastleggen varieert per discipline. Voor verwijzingen naar fysiotherapie is een machtiging noodzakelijk, waardoor een verwijzing altijd noodzakelijk is. Voor andere disciplines, zoals bijvoorbeeld de wijkverpleging en het maatschappelijk werk, is dat niet noodzakelijk omdat deze rechtstreeks toegankelijk zijn. De vraag kan bij deze disciplines worden gesteld in hoeverre sprake is van 'echte' verwijzingen in de zin dat zij voor de patiënt noodzakelijk zijn om van de betreffende voorziening gebruik te mogen maken. Omdat hierin aanzienlijke registratieverschillen tussen huisartsen zijn is de registratie beperkt tot die disciplines waarvoor in het algemeen wel een 'echte' verwijzing vereist is. Dat zijn fysiotherapie, logopedie, oefentherapie Cesar en Mensendieck en verwijzingen naar de RIAGG.

De periode waarover gegevens worden gepresenteerd is 1 april 1996 tot en met 31 december 1999.

- **laboratoriumaanvragen**

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

Daarnaast is een standaard ontwikkeld voor een probleemgericht aanvraagformulier. In samenwerking met de werkgroep BODE (Beslissings Ondersteunende Diagnostiek in de Eerste Lijn) is een nieuwe aanvraagmodule op basis van het probleemgericht formulier ontwikkeld voor Promedico. In 1997 en 1998 vond een eerste pilot met deze programmatuur plaats, waarover apart zal worden gerapporteerd.

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

Tabel 1: Overzicht van de in dit jaarrapport gebruikte gegevens uit het HIS

Patiënt: <i>geboortedatum</i> <i>geslacht</i> <i>verzekeringsvorm</i>

Contact 1:

Datum
Medewerkerscode
Soort contact (spreekuur, visite, telefoon)

Deelcontact 1:

S
O
E *ICPC-code*
P **verwijzing:** *specialisme*
kaartsoort (korte, aanvullende of jaarkaart)
*soort verwijzing (nieuw, verlenging, achteraf)**
*initiatief (arts, patiënt, beide, specialist, overig)**
*doel (diagnose, behandeling, beide, geruststelling)**
*beoogde samenwerking (eenmalig, overname, gezamenlijk)**
voorschrift: *ATC-code*

Deelcontact 2: etc.

Declaratie

Contact 2: etc.

Toelichting:

vet: aggregatieniveau waarop gegevens zijn uitgeschreven
cursief: zijn de per aggregatieniveau uitgeschreven gegevens
* door LINH toegevoegde items (de anderen worden reeds standaard in het HIS vastgelegd)

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

2.4 Kwaliteit van de gegevens

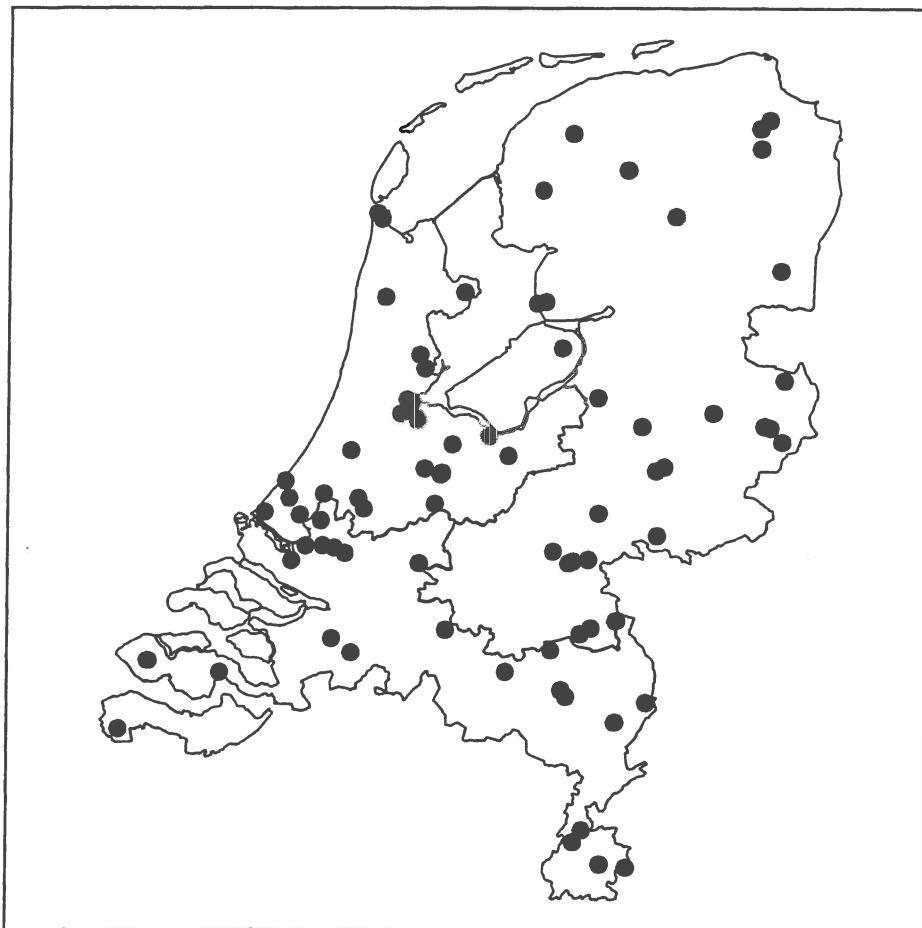
Kwaliteitscontrole

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

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

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

Figuur 1: Spreiding van LINH-praktijken over Nederland (stand 1 januari 1999)



Representativiteit

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

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

In dit rapport worden voor wat betreft 1999 gegevens gepresenteerd van 84 huisartspraktijken met 168 huisartsen. Gegevens zijn meegenomen van praktijken die in het betreffende jaar minimaal 20 weken hebben geregistreerd.

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

Recent heeft aanvullend onderzoek plaatsgehad naar de representativiteit van onderzoeksresultaten afkomstig van geautomatiseerde huisartsen in het algemeen en van LINH-deelnemers in het bijzonder (Hoonhout et al., 1999). Daarbij zijn drie vergelijkingen gemaakt:

- verwijs- en voorschrijfcijfers van de zorgverzekeraars van LINH-praktijken zijn vergeleken met hun regiogemiddeldes; de uitkomst was dat het totale verwijs- en voorschrijfcijfer van de LINH-huisartsen niet verschilde van het regiogemiddelde; bij enkele specifieke geneesmiddelgroepen waren er wel verschillen, zo schrijven LINH-huisartsen minder antibiotica en middelen voor het skeletspierstelsel en meer middelen voor het ademhalingsstelsel voor;
- op basis van de Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations (een registratie die nog handmatig plaatsvindt) zijn meer en minder geautomatiseerde huisartspraktijken met elkaar vergeleken; er bleken geen verschillen te zijn in het verrichten van cervixuitstrijkjes (eerste keer en wegens klachten), het aanvragen van mammografieën en het voorschrijven van oestrogenen;
- de uitkomsten van het Visitatie Instrument Praktijkvoering, dat bij alle LINH-huisartsen werd afgenomen, zijn vergeleken met het algemeen gemiddelde. Er bleken geen statistisch significante verschillen; LINH-huisartsen verschilden niet van het algemeen gemiddelde op aspecten als delegatie en samenwerking, praktijkuitrusting, kwaliteit en werkbelasting.

De algemene conclusie is dat er slechts weinig verschillen zijn gevonden tussen geautomatiseerde en minder geautomatiseerde praktijken. Onderzoek op basis van geautomatiseerde huisartspraktijken (zoals in LINH) kan dus in redelijke mate representatief worden geacht voor de Nederlandse huisartsenpraktijk.

Betrouwbaarheid

In LINH is getracht de volledigheid van de gegevens zoveel mogelijk te waarborgen door zo nauw mogelijk aan te sluiten bij de bestaande routines in de huisartspraktijk en door een

uitgebreide kwaliteitscontrole. Niettemin kan niet worden uitgesloten dat onderregistratie optreedt. Dat zal (vooral in tijden van drukte) sterker gelden voor verrichtingen, waarbij geen administratieve noodzaak bestaat deze in het HIS vast te leggen, zoals verwijzingen van particuliere patiënten (vanuit het oogpunt een goed bijgewerkt medisch dossier te hebben is dit overigens wel van belang).

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

De conclusies waren de volgende:

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

Met bovenstaande bronnen zijn de uit LINH verkregen totaalcijfers vergeleken. Een vergelijking per huisartspraktijk kan in feite alleen worden gemaakt op basis van ziekenfondsgegevens. Dit is voor de verwijscijfers gebeurd op basis van spiegelinformatie die LINH-huisartsen van hun zorgverzekeraar hebben ontvangen (zie Jaarrapport 1996). Het LINH verwijscijfer blijkt aanmerkelijk (circa 30%) onder het ziekenfondsverwijscijfer te liggen. Voor een belangrijk deel is dit echter te wijten aan niet in de huisartspraktijk gegenereerde verwijzingen (bijvoorbeeld specialist/specialist, tandarts/kaakchirurg, verloskundige/gynaecoloog). Een echt goede indicatie voor onderregistratie geeft dit daarom niet. De verschillen tussen praktijken in afwijking van het ziekenfondsverwijscijfer indiceren echter wel dat onderregistratie bij een aantal praktijken een rol speelt. Deze onderregistratie manifesteert zich met name bij 'administratieve' verwijzingen zoals verlengingsverwijzingen en achterafverwijzingen van ziekenfondsverzekerden. Bij nieuwe, actieve verwijzingen van de huisarts is volledigheid meer gegarandeerd. Bij de presentatie van de verwijscijfers zal dan ook eerst over de nieuwe en vervolgens apart over herhaal- en achterafverwijzingen worden gerapporteerd.

Enquête

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

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

De resultaten van de enquête helpen de in dit rapport gepresenteerde gegevens op waarde te schatten. Zij zijn in de tekst vermeld op plaatsen waar dat van belang is. Een weergave van de belangrijkste resultaten van de enquête is opgenomen in bijlage 2.

Gemiddelde jaarlijkse groei

Binnen LINH zijn van een substantieel aantal huisartspraktijken over vier achtereenvolgende jaren gegevens verzameld. Dit maakt het mogelijk om na te gaan of er sprake is van een trend in de cijfers. Daar waar relevant zijn aan de tabellen 3 kolommen toegevoegd waarin is weergegeven (1) het absolute verschil tussen 1998 en 1999; (2) het absolute verschil tussen 1996 en 1999; en (3) de gemiddelde jaarlijkse procentuele groei van 1996 tot 1999. Voor dit laatste cijfer wordt de procentuele groei (of afname) ten opzichte van het voorgaande jaar berekend voor de jaren 1997, 1998 en 1999. Hiervan wordt vervolgens het gemiddelde berekend¹. Het voordeel van deze methode is dat de jaarlijkse fluctuaties worden meegenomen, het nadeel is dat bij lage getallen of bij een eenmalige grote stijging/daling de 'gemiddelde jaarlijkse procentuele groei' wat hoog kan uitpakken.

Verschillen met vorige jaarrapport

De jaarrapporten van LINH worden vervaardigd 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 naderhand nog correcties worden uitgevoerd kunnen later wijzigingen optreden. Deze worden verwerkt in de cijfers in het jaarrapport van een jaar later. Het onderhavige jaarrapport presenteert daardoor op sommige punten iets andere cijfers over 1998 en eerder dan de voorgaande jaarrapporten. Het meest actuele rapport moet steeds worden gezien als de meest betrouwbare bron van gegevens.

¹ Berekening: $\frac{((1997-1996)/1996)+((1998-1997)/1997)+((1999-1998)/1998)}{3} \times 100\%$

3 PRODUCTIECIJFERS

3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft productiecijfers. Achtereenvolgens gaan we in op de patiënt contacten, geneesmiddelvoorschriften, verwijzingen naar de medisch specialist en tenslotte verwijzingen binnen de eerste lijn. Steeds worden (zo mogelijk) uitsplitsingen gemaakt naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm, naar aard van de betreffende verrichting (bijvoorbeeld verwijsspecialisme) en naar diagnose waarvoor de verrichting plaatsvond. Dit is het vierde jaar waarover LINH gegevens publiceert. Daarmee is het mogelijk om een tijdreeks te maken. Waar mogelijk en relevant maken we vergelijkingen in de tijd over de periode 1996 tot en met 1999.

3.2 Contactfrequenties

De contactfrequenties zijn gebaseerd op de periode 1 januari tot en met 31 december van elk jaar en hebben betrekking op de contacten van zowel de huisarts als de praktijkassistente voor zover deze in het Huisarts Informatie Systeem zijn vastgelegd. In 1999 konden voor 62 huisartspraktijken contactfrequenties worden berekend.

Schema 1 Overzicht gebruikte contactgegevens

	aantal praktijken	aantal ingeschreven patiënten	aantal contacten
1996	32	140.540	810.201
1997	69	255.100	1.202.183
1998	67	256.699	1.550.638
1999	62	247.679	1.495.139

De in april 2000 afgenomen schriftelijke enquête geeft informatie over de volledigheid van de contactregistratie (zie bijlage 2). 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.

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.

Bij het naast elkaar leggen van de prescriptie- en contact-bestanden bleek dat het voorkwam dat er op een dag een prescriptie was vermeld zonder dat er een contact was geregistreerd. Voor een belangrijk deel zal het hier gaan om bijvoorbeeld telefonische vragen om herhaalrecepten of verlengings- en achterafverwijzingen. Omdat het hier wel om een contact met de huisartspraktijk gaat, zijn deze contacten toegevoegd alvorens de contactfrequentie te berekenen. In de tabellen zijn deze terug te vinden als 'toegevoegde' contacten. Onder de in de tabellen genoemde 'overige en/of onbekende' contacten vallen bijvoorbeeld het noteren van lab-uitslagen in de status van de patiënt of het documenteren van specialist-brieven.

De tabellen 2 en 3 geven een overzicht van de overall contactfrequenties, waarbij de verschillende contactvormen bij elkaar zijn opgeteld. In de tabellen 4 en 5 is een onderverdeling gemaakt naar het soort contact.

Tabel 2 geeft de berekende overall-contactfrequenties uitgesplitst naar leeftijd. Figuur 2 geeft deze nog eens in grafiekvorm. Het gemiddeld aantal contacten met de huisartspraktijk (dus van huisarts en assistente samen) ligt in 1999 op 6,0, in vergelijking tot 1998 een daling van 0,2. De stijgende tendens die we de afgelopen jaren zagen lijkt daarmee tot staan gebracht. De daling geldt voor alle leeftijdscategorieën behalve voor de 75-plussers.

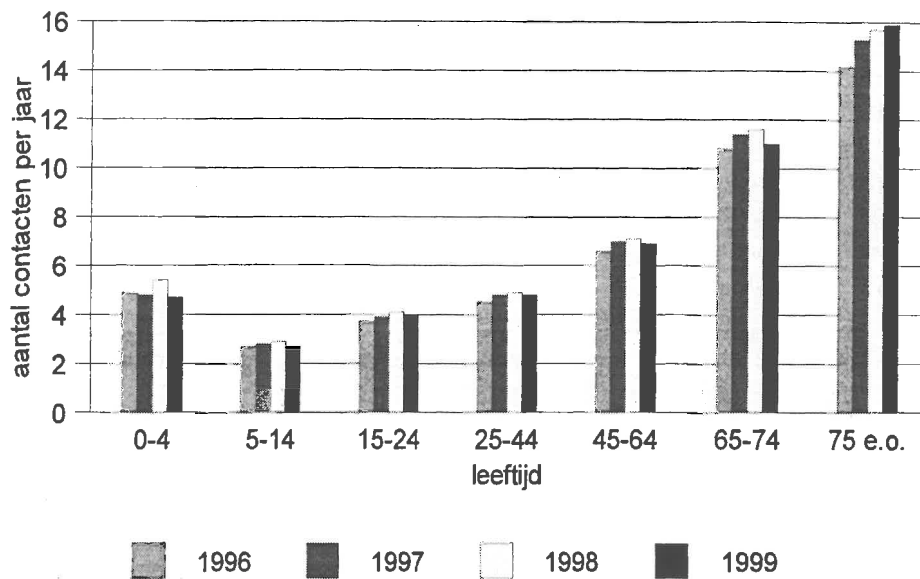
Sinds 1996 is er jaarlijks sprake van een gemiddelde groei van 1,8%. Het aantal contacten met 75-plussers is gemiddeld het hardst gestegen: 4,5%.

Tabel 2 Contactfrequentie met de huisartspraktijk (huisarts + assistente) per ingeschreven patiënt per jaar naar leeftijd: 1996-1999

	totale contactfrequentie				verschil '98-'99	verschil '96-'99	gem. jrl. % groei '96-'99 ¹
	1996	1997	1998	1999			
0-4	4,9	4,8	5,4	4,8	-0,6	-0,1	-0,2%
5-14	2,7	2,8	2,9	2,7	-0,2	0,0	0,1%
15-24	3,7	3,9	4,1	4,0	-0,1	0,3	2,7%
25-44	4,5	4,8	4,9	4,9	0,0	0,4	2,9%
45-64	6,6	7,0	7,1	6,9	-0,2	0,3	1,6%
65-74	10,8	11,4	11,6	11,1	-0,5	0,3	1,0%
75 +	14,2	15,3	15,7	16,2	0,5	2,0	4,5%
<i>totaal</i>	<i>5,7</i>	<i>6,0</i>	<i>6,2</i>	<i>6,0</i>	<i>-0,2</i>	<i>0,3</i>	<i>1,8%</i>

¹ Berekening: (((1997-1996)/1996)+((1998-1997)/1997)+((1999-1998)/1998))/3 x 100%

Figuur 2 Contactfrequentie met de huisartspraktijk per patiënt per jaar naar leeftijd: 1996-1999



Tabel 3 geeft een overzicht van de contactfrequenties ingedeeld naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm. De afname in het aantal contacten in 1999 ten opzichte van 1998 is bij particulier verzekerden iets sterker dan bij ziekenfondsverzekerden. Hoewel het aantal contacten in 1999 iets daalde, is deze ten opzichte van 1996 gegroeid. De gemiddelde jaarlijkse procentuele groei sinds 1996 is het grootst bij particulier verzekerde mannen en ziekenfondsverzekerde vrouwen. De toename is te zien in praktisch alle leeftijdsgroepen.

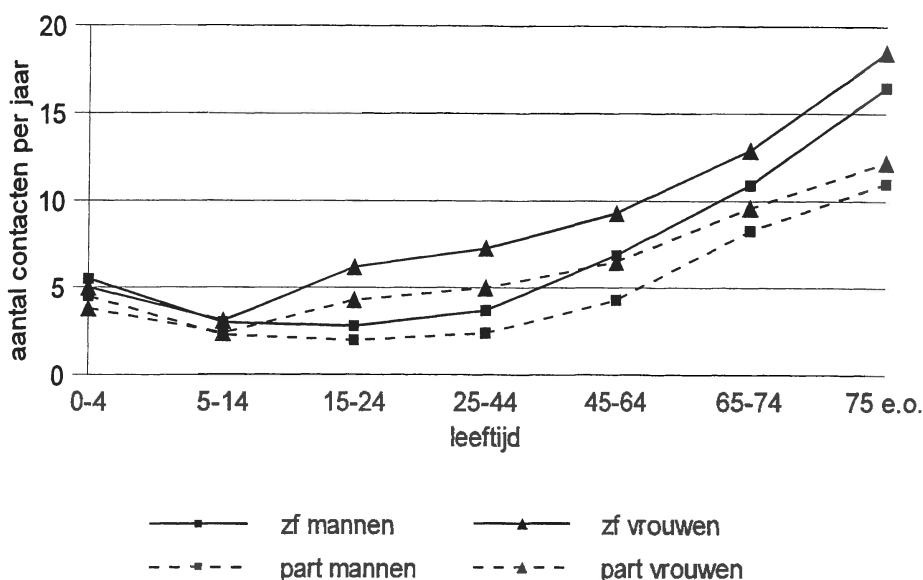
Tabel 3 Contactfrequentie met de huisartspraktijk (huisarts + assistente) per patiënt per jaar naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm: 1996-1999

	1996	1997	1998	1999	verschil '98-'99	verschil '96-'99	gem. jrl. % groei '96-'99 ¹
ziekenfonds: mannen							
0-4	5,5	5,4	6,2	5,5	-0,7	0,0	0,6%
5-14	2,9	2,9	3,1	3,0	-0,1	0,1	1,2%
15-24	2,5	2,8	2,8	2,8	0,0	0,3	4,0%
25-44	3,5	3,6	3,7	3,7	0,0	0,2	1,9%
45-64	6,7	6,9	6,9	6,9	0,0	0,2	1,0%
65-74	11,0	11,5	11,1	10,9	-0,2	-0,1	-0,2%
75 +	15,2	15,8	15,7	16,5	0,8	1,3	2,8%
<i>totaal</i>	<i>5,2</i>	<i>5,3</i>	<i>5,5</i>	<i>5,4</i>	<i>-0,1</i>	<i>0,2</i>	<i>1,3%</i>
ziekenfonds: vrouwen							
0-4	5,0	4,8	5,5	5,0	-0,5	0,0	0,5%
5-14	3,0	3,1	3,2	3,1	-0,1	0,1	1,1%
15-24	5,8	6,0	6,3	6,2	-0,1	0,4	2,3%
25-44	6,8	7,1	7,2	7,3	0,1	0,5	2,4%
45-64	9,0	9,5	9,6	9,3	-0,3	0,3	1,2%
65-74	12,7	13,4	13,4	12,9	-0,5	0,2	0,6%
75 +	16,3	17,7	17,9	18,5	0,6	2,2	4,4%
<i>totaal</i>	<i>8,0</i>	<i>8,3</i>	<i>8,6</i>	<i>8,5</i>	<i>-0,1</i>	<i>0,5</i>	<i>2,1%</i>
particulier: mannen							
0-4	4,9	4,8	5,1	4,5	-0,6	-0,4	-2,5%
5-14	2,3	2,5	2,5	2,3	-0,2	0,0	0,2%
15-24	1,9	1,9	2,1	2,0	-0,1	0,1	1,9%
25-44	2,3	2,6	2,6	2,4	-0,2	0,1	1,8%
45-64	3,9	4,4	4,5	4,3	-0,2	0,4	3,6%
65-74	7,7	8,4	9,0	8,3	-0,7	0,6	2,8%
75 +	8,9	9,5	10,7	11,0	0,3	2,1	7,4%
<i>totaal</i>	<i>3,4</i>	<i>3,6</i>	<i>3,8</i>	<i>3,6</i>	<i>-0,2</i>	<i>0,2</i>	<i>2,1%</i>
particulier: vrouwen							
0-4	4,1	4,2	4,6	3,8	-0,8	-0,3	-1,8%
5-14	2,5	2,6	2,7	2,4	-0,3	-0,1	-1,1%
15-24	4,0	4,3	4,5	4,3	-0,2	0,3	2,6%
25-44	4,9	5,4	5,2	5,0	-0,2	0,1	0,9%
45-64	6,4	7,0	6,8	6,5	-0,3	0,1	0,7%
65-74	9,2	9,7	10,6	9,6	-1,0	0,4	1,8%
75 +	11,7	12,5	12,8	12,2	-0,6	0,5	1,5%
<i>totaal</i>	<i>5,3</i>	<i>5,6</i>	<i>5,8</i>	<i>5,3</i>	<i>-0,5</i>	<i>0,0</i>	<i>0,2%</i>

¹ Berekening: $\frac{((1997-1996)/1996)+((1998-1997)/1997)+((1999-1998)/1998)}{3} \times 100\%$

Figuur 3 geeft een grafische weergave van de contactfrequenties in 1999 onderverdeeld naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm. De figuur laat duidelijk de verschillen tussen mannen en vrouwen zien. Zowel voor ziekenfonds- als particulier verzekerden geldt dat de verschillen in contactfrequentie het grootst zijn voor de cohorten 15-24, 25-44 en 45-64 jaar. De verschillen in contactfrequentie zijn klein voor de leeftijdscategorieën 0-4 en 5-14 jaar en nemen weer af boven de 65 jaar.

Figuur 3 Contactfrequentie per patiënt per jaar naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm in 1999



Tabel 4 en figuur 4¹ laten de verdeling zien van de contactfrequentie over de verschillende contactvormen. Van de totale contactfrequentie van 6,0 contacten per patiënt in 1999 zijn er gemiddeld 3,2 als consult geregistreerd, in de regel met de huisarts. Van de 1,0 telefonische contacten per patiënt zal een deel hebben plaatsgevonden met de assistente. Het aantal visites bedraagt maar een gering percentage van het aantal contacten. Telefonische contacten worden niet altijd in het HIS van de huisarts geregistreerd (zie bijlage 2). Dat geldt met name voor contacten waarin alleen een telefonische vraag om informatie wordt beantwoord. Ook een deel van de toegevoegde contacten zullen in feite telefonische contacten zijn (voor een toelichting op deze contacten zie het begin van deze paragraaf).

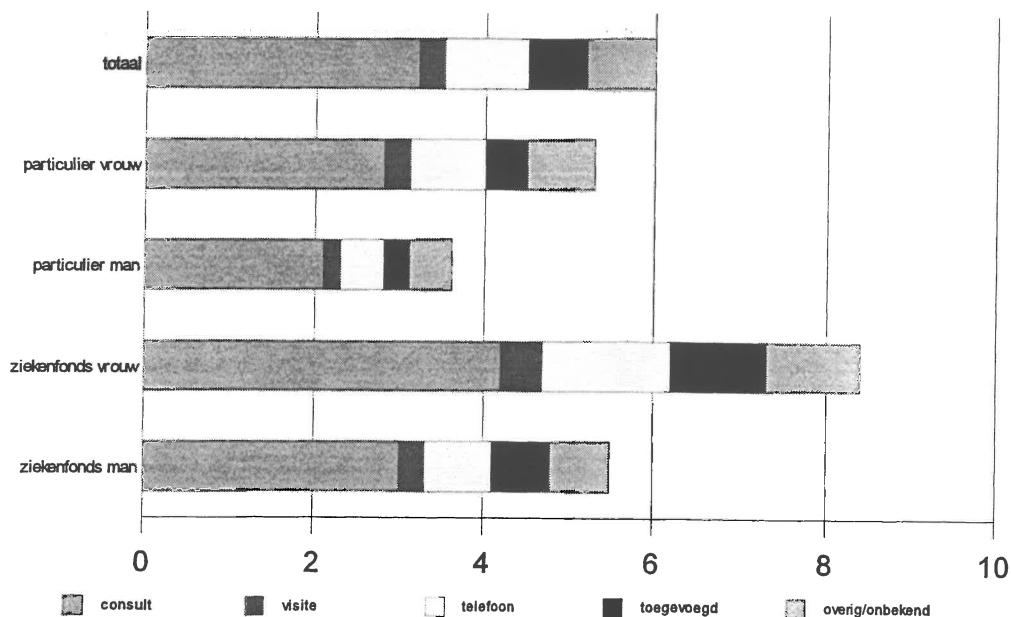
¹ In tegenstelling tot voorgaande jaren is nu geen onderverdeling gemaakt naar arts en assistente.

Tabel 4 Contactfrequentie per patiënt uitgesplitst naar soort contact, geslacht en verzekeringsvorm: 1999

	ziekenfonds		particulier		totaal
	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen	
- consulten	3,0	4,2	2,1	2,8	3,2
- visites	0,3	0,5	0,2	0,3	0,3
- telefoon	0,8	1,5	0,5	0,9	1,0
- overig/onbekend	0,7	1,1	0,5	0,8	0,8
- toegevoegd ¹	0,7	1,1	0,3	0,5	0,7
<i>totaal</i>	<i>5,4</i>	<i>8,5</i>	<i>3,6</i>	<i>5,3</i>	<i>6,0</i>

1 'toegevoegd' op basis van gegevens uit de prescriptie- en verwijsbestanden

Figuur 4 Contactfrequentie (cumulatief) per patiënt per jaar naar soort contact, verzekeringsvorm en geslacht: 1999



Tabel 5 geeft een uitsplitsing naar consulten en visites enerzijds en verzekeringsvorm, geslacht en leeftijd anderzijds. We zien dat de consult frequentie met de huisarts oploopt met de leeftijd. Bij vrouwen, zowel ziekenfonds- als particulier verzekerd, daalt deze voor 75 jarigen en ouder. Dit geldt niet voor mannen: de consultfrequentie is bij deze leeftijdsgroep gelijk aan die voor 65-74 jarigen.

Visites worden vooral afgelegd bij kinderen tot 4 jaar en ouderen boven de 65 jaar, met name bij patiënten in de leeftijdsgroep 75 jaar en ouder.

De gegevens suggereren dat voor vrouwen boven de 75 jaar de consulten bij de huisarts voor een deel worden vervangen door visites. Bij mannen stijgt het aantal consulten niet in deze leeftijdscategorie ten opzichte van de groep 65-74 jaar, maar neemt het aantal visites wel toe.

Tabel 5 Frequentie consulten en visites van de huisarts per patiënt per jaar naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm: 1999

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

3.3 Voorschrijven van geneesmiddelen

Gegevens over het voorschrijven van geneesmiddelen zijn verzameld over de periode 1 oktober 1995 tot en met 31 december 1999. In de presentatie van gegevens beperken wij ons tot de jaren 1996 tot en met 1999. In onderstaand overzicht wordt aangegeven op hoeveel praktijken, ingeschreven patiënten en geneesmiddelvoorschriften de gegevens betrekking hebben.

Schema 2 Overzicht gebruikte prescriptiegegevens

	aantal praktijken	aantal ingeschreven patiënten	aantal voorschriften geneesmiddelen
1996	43	170.394	810.201
1997	64	232.358	1.202.183
1998	74	295.888	1.406.083
1999	76	297.169	1.607.891

Het aantal praktijken waarop de gegevens betrekking heeft, is toegenomen van 43 in 1996 tot 76 in 1999. Bij deze praktijken stonden in 1999 bijna 300.000 patiënten ingeschreven patiënten, waarbij 1,6 miljoen geneesmiddelvoorschriften werden geregistreerd.

De registratie geeft een volledig beeld voor wat betreft in de praktijk gegenereerde nieuwe en herhaalvoorschriften door huisarts en praktijkassistente. Deze vormen het overgrote deel van het in de huisartspraktijk gegenereerde voorschrijfvolume. De grote meerderheid legt daarnaast ook herhaalreceptuur van specialisten, tijdens visites uitgeschreven receptuur en magistrale receptuur in het HIS vast. Bijna de helft van de praktijken legt voorschriften van verbandmiddelen systematisch vast en nog eens ruim 40% doet dit gedeeltelijk (zie bijlage 2).

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

Tabel 6 (en figuur 5) laat het aantal voorschriften per patiënt per jaar zien. Het aantal voorschriften bedraagt in 1999 5,4 per patiënt per jaar, een gelijk aantal als in 1998. De toename van de afgelopen jaren is dus tot staan gebracht. Alleen in de leeftijdscategorie ouder dan 75 jaar is nog een toename te bespeuren. Verder is in de categorie 0-4 jaar een lichte afname te zien. Het aantal recepten in de overige leeftijdsklassen is stabiel.

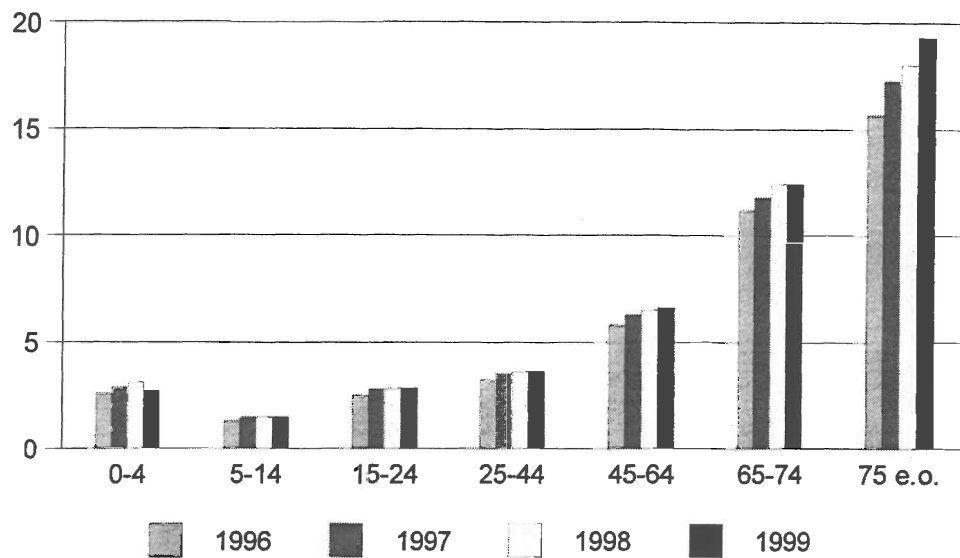
De gemiddelde jaarlijkse procentuele groei sinds 1996 bedraagt ruim 4% met uitschieters naar boven (ruim 7%) voor patiënten ouder dan 75 jaar en naar beneden (bijna 2%) voor kinderen tussen 0 en 4 jaar.

Tabel 6 Aantal geneesmiddelvoorschriften in de huisartspraktijk per ingeschreven patiënt per jaar naar leeftijd: 1996-1999

	totale voorschrijffrequentie				verschil '98-'99	verschil '96-'99	gem. jrl. % groei '96-'99 ¹
	1996	1997	1998	1999			
0-4	2,6	2,9	3,1	2,7	-0,4	0,1	1,8%
5-14	1,3	1,5	1,5	1,5	0,0	0,2	5,1%
15-24	2,5	2,8	2,8	2,8	0,0	0,3	4,0%
25-44	3,2	3,5	3,6	3,6	0,0	0,4	4,1%
45-64	5,8	6,3	6,5	6,6	0,1	0,8	4,4%
65-74	11,2	11,8	12,4	12,4	0,0	1,2	3,5%
75 +	15,7	17,3	18,0	19,3	1,3	3,6	7,2%
<i>totaal</i>	<i>4,8</i>	<i>5,2</i>	<i>5,4</i>	<i>5,4</i>	<i>0,0</i>	<i>0,7</i>	<i>4,5%</i>

¹ Berekening: (((1997-1996)/1996)+((1998-1997)/1997)+((1999-1998)/1998))/3 x 100%

Figuur 5 Aantal geneesmiddelvoorschriften in de huisartspraktijk per patiënt per jaar naar leeftijd: 1996-1998



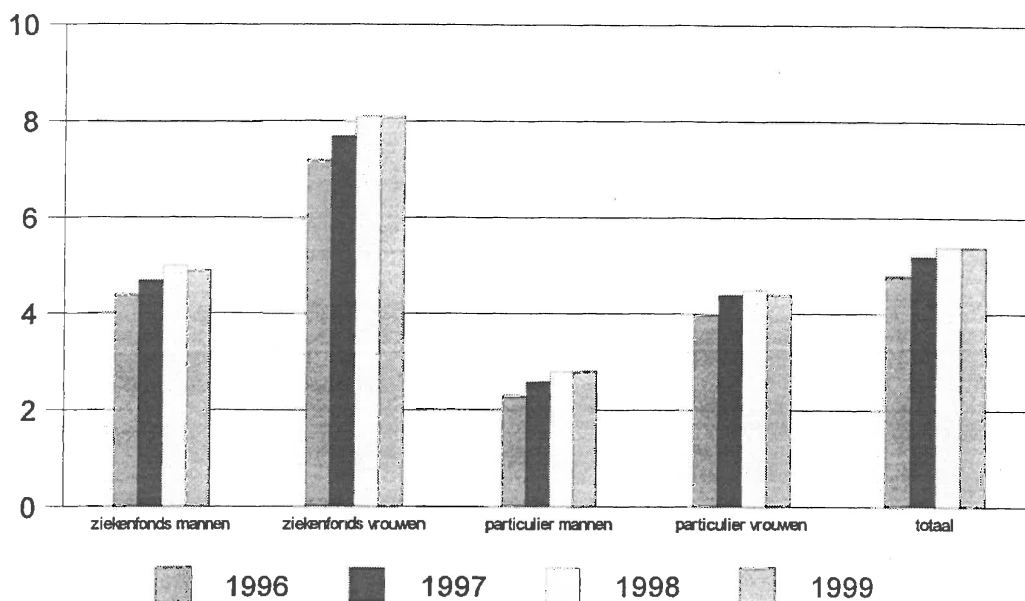
In tabel 7 (en figuur 6) zijn de cijfers verder uitgesplitst naar verzekeringsvorm en geslacht. Particulier verzekerde mannen krijgen het laagste aantal voorschriften per jaar, terwijl voor ziekenfonds verzekerde vrouwen het hoogste aantal voorschriften wordt voorgeschreven: bijna 3 keer zoveel. Opvallend is wel dat de gemiddelde jaarlijkse procentuele groei in het aantal voorschriften sinds 1996 bij particuliere mannen het hoogst is: bijna 7%.

Tabel 7 Aantal geneesmiddelvoorschriften in de huisartspraktijk per ingeschreven patiënt per jaar naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm: 1996-1999

	1996	1997	1998	1999	verschil '98-'99	verschil '96-'99	gem. jrl. % groei '96-'99 ¹
ziekenfonds: mannen							
0-4	3,0	3,4	3,6	3,1	-0,5	0,1	1,8%
5-14	1,5	1,7	1,7	1,8	0,1	0,3	6,4%
15-24	1,5	1,8	1,7	1,7	0,0	0,2	4,8%
25-44	2,5	2,7	2,7	2,7	0,0	0,2	2,7%
45-64	6,2	6,6	6,8	6,8	0,0	0,6	3,2%
65-74	11,6	11,9	12,0	12,0	0,0	0,4	1,1%
75 +	16,1	16,9	17,5	19,0	1,5	2,9	5,7%
<i>totaal</i>	<i>4,4</i>	<i>4,7</i>	<i>5,0</i>	<i>4,9</i>	<i>-0,1</i>	<i>0,5</i>	<i>3,7%</i>
ziekenfonds: vrouwen							
0-4	2,6	2,9	3,3	2,8	-0,5	0,2	3,4%
5-14	1,6	1,7	1,7	1,7	0,0	0,1	2,1%
15-24	4,2	4,5	4,6	4,7	0,1	0,5	3,8%
25-44	5,0	5,4	5,5	5,6	0,1	0,6	3,9%
45-64	8,5	9,2	9,1	9,3	0,2	0,8	3,1%
65-74	13,6	14,4	14,8	15,0	0,2	1,4	3,3%
75 +	19,3	21,1	21,8	23,1	1,3	3,8	6,2%
<i>totaal</i>	<i>7,2</i>	<i>7,7</i>	<i>8,1</i>	<i>8,1</i>	<i>0,0</i>	<i>0,9</i>	<i>4,0%</i>
particulier: mannen							
0-4	2,4	2,7	2,8	2,5	-0,3	0,1	1,8%
5-14	2,1	1,2	1,3	1,3	0,0	-0,8	-11,5%
15-24	1,0	1,1	1,2	1,2	0,0	0,2	6,4%
25-44	1,3	1,6	1,5	1,6	0,1	0,3	7,8%
45-64	2,9	3,4	3,5	3,7	0,2	0,8	8,6%
65-74	6,9	7,5	8,6	8,6	0,0	1,7	7,8%
75 +	8,0	9,4	9,9	11,5	1,6	3,5	13,0%
<i>totaal</i>	<i>2,3</i>	<i>2,6</i>	<i>2,8</i>	<i>2,8</i>	<i>0,0</i>	<i>0,5</i>	<i>6,9%</i>
particulier: vrouwen							
0-4	2,2	2,5	2,4	2,1	-0,3	-0,1	-1,0%
5-14	1,2	1,3	1,4	1,4	0,0	0,2	5,3%
15-24	2,7	3,1	3,2	3,2	0,0	0,5	6,0%
25-44	3,1	3,6	3,6	3,6	0,0	0,5	5,4%
45-64	4,9	5,7	5,6	5,6	0,0	0,7	4,9%
65-74	9,1	9,3	10,4	10,1	-0,3	1,0	3,7%
75 +	11,8	13,0	13,1	13,6	0,5	1,8	4,9%
<i>totaal</i>	<i>4,0</i>	<i>4,4</i>	<i>4,5</i>	<i>4,4</i>	<i>-0,1</i>	<i>0,4</i>	<i>3,4%</i>

¹ Berekening: (((1997-1996)/1996)+((1998-1997)/1997)+((1999-1998)/1998))/3)x 100%

Figuur 6 Aantal geneesmiddelvoorschriften in de huisartspraktijk per patiënt per jaar naar geslacht en verzekeringsvorm: 1996-1998



Tabel 8 geeft een overzicht van de ontwikkeling sinds 1996 van het aantal voorschriften per ATC-hoofdgroep. Middelen uit de hoofdgroep 'centraal zenuwstelsel' zijn in 1999 het meeste voorgeschreven, gevolgd door 'hart-vaatstelsel' en 'ademhalingsstelsel'.

De hoogste gemiddelde jaarlijkse procentuele groei sinds 1996 betreft middelen uit het hoofdstuk 'oncolytica en immunosuppressiva', gevolgd door 'systemische hormoonpreparaten, exclusief geslachtshormonen' en 'hart-vaatstelsel'. Opvallend is de sterke toename van middelen in het hoofdstuk 'niet ingevuld/classificeerbaar'. Tot deze categorie behoren onder meer verbandmiddelen, incontinentiemateriaal, homeopathische middelen en magistrale receptuur. Een mogelijke oorzaak van de stijging zou kunnen zijn dat huisartsen er meer en meer toe overgaan om deze in het HIS vast te leggen.

Tabel 8 Aantal geneesmiddelvoorschriften in de huisartspraktijk per 1000 ingeschreven patiënten naar ATC-hoofdgroep: 1996-1999

		voorschriften per 1000 pat/ jaar				verschil '98-'99	verschil '96-'99	gem. jrl. % groei '96-'99 ¹
		1996	1997	1998	1999			
N	Centraal zenuwstelsel	873	901	904	884	-20	11	0,4%
C	Hart-vaatstelsel	668	709	719	743	24	75	3,6%
R	Ademhalingsstelsel	525	536	554	534	-20	9	0,6%
A	Maag-darmkanaal en metabolisme	460	479	485	486	1	26	1,9%
D	Dermatologica	380	398	394	384	-10	4	0,4%
G	Urogenitale stelsel en geslachtshormonen	353	371	369	373	4	20	1,9%
J	Systemische antimicrobiële middelen	348	348	357	319	-38	-29	-2,7%
M	Skeletspierstelsel	299	313	320	317	-3	18	2,0%
B	Bloed en bloedvormende organen	181	197	190	195	5	14	2,6%
S	Zintuiglijke organen	143	150	150	153	3	10	2,3%
H	Syst.hormoonpreparaten excl. geslachtshormonen	78	84	84	87	3	9	3,8%
P	Antiparasitaire middelen	19	19	18	15	-3	-4	-7,3%
L	Oncolytica en immunosuppressiva	10	11	13	12	-1	2	6,8%
V	Diverse middelen	3	4	4	3	-1	0	2,8%
X/Y	Niet ingevuld, classificeerbaar	417	652	855	906	51	489	31,2%
	<i>Totaal</i>	<i>4755</i>	<i>5174</i>	<i>5428</i>	<i>5411</i>	<i>-17</i>	<i>656</i>	<i>4,5%</i>

¹ Berekening: (((((1997-1996)/1996)+((1998-1997)/1997)+((1999-1998)/1998))/3)x 100%

Tabel 9 geeft een overzicht van de voorgeschreven geneesmiddelen ingedeeld naar ATC-hoofdstuk en geslacht en verzekeringsvorm. Alle middelen worden vaker voorgeschreven aan vrouwen dan aan mannen en vaker aan ziekenfonds dan aan particulier verzekerden.

Tabel 9 Aantal geneesmiddelvoorschriften in de huisartspraktijk per 1000 ingeschreven patiënten naar ATC-hoofdgroep, geslacht en verzekeringsvorm: 1999

		ziekenfonds		particulier	
		m	v	m	v
N	Centraal zenuwstelsel	756	1477	315	653
C	Hart-vaatstelsel	764	1030	458	505
R	Ademhalingsstelsel	590	656	357	425
A	Maag-darmkanaal en metabolisme	461	727	250	353
D	Dermatologica	371	502	267	324
G	Urogenitale stelsel en geslachtshormonen	49	777	34	548
J	Syst. antimicrobiële middelen	303	408	222	296
M	Skeletspierstelsel	294	477	162	240
B	Bloed en bloedvormende organen	232	255	117	114
S	Zintuiglijke organen	142	209	96	133
H	Syst. hormoonpreparaten excl. geslachtshormonen	66	142	36	80
P	Antiparasitaire middelen	12	20	11	18
L	Oncolytica en immunosuppressiva	11	18	4	10
V	Diverse middelen	4	3	3	2
X/Y	Niet ingevuld/classificeerbaar	827	1355	461	718
	Totaal	4982	8057	2792	4534

Tabel 10 biedt een nadere detaillering naar de tien meest voorgeschreven werkzame stoffen. Vergelijken we 1999 met 1998 dan zien we dat 9 van de 10 middelen in beide top-10's voorkomen. De afname van het aantal paracetamol- en ibuprofen-voorschriften was te verwachten aangezien deze met de invoering van de 1-september-maatregel buiten de vergoeding vallen. De intrede van het influenzavaccin in de top-10 in 1998 was vorig jaar opvallend, aangezien deze niet volgens het gebruikelijke circuit (recept-apotheek-patiënt) wordt verstrekt. Dat deze nu weer uit de top-10 is verdwenen, heeft waarschijnlijk te maken met veranderingen in de LINH-griepmodule, waardoor er niet meer automatisch een code voor het influenza-vaccin wordt gegenereerd in de LINH-prescriptie-module (Tacken et al., 1998).

Tabel 10 Top-tien voorgeschreven stoffen: 1996-1999

1996				1997			
			%				%
1	N02BE01	Paracetamol	137	1	N02BE01	Paracetamol	141
2	N05BA04	Oxazepam	114	2	N02BA04	Oxazepam	111
3	M01AB05	Diclofenac	104	3	N01AB05	Diclofenac	99
4	G03AA07	Oestrogeen/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	M01BA05	Diclofenac	103
3	M01BA05	Diclofenac	103	3	G03AA07	Oestrogeen/lev.org.	98
4	J07BB02	Influenza antigeen	103	4	N05CD07	Temazepam	96
5	N05CD07	Temazepam	96	5	N02BE01	Paracetamol	92
6	G03AA07	Oestrogeen/lev.org.	95	6	M01AE01	Ibuprofen	83
7	M01AE01	Ibuprofen	90	7	R03AC02	Salbutamol	77
8	R03AC02	Salbutamol	80	8	A02BC01	Omeprazol	70
9	J01CA04	Amoxicilline	69	9	C07AB02	Metoprolol	61
10	A02BC01	Omeprazol	64	10	J01CA04	Amoxicilline	58

Belangrijkste conclusie van deze paragraaf is dat het aantal voorschriften ten opzichte van 1998 is gestabiliseerd. Dat is een opvallende conclusie gezien de altoos toenemende kosten van geneesmiddelen. In hoeverre beleidsmatige ontwikkelingen als de 1-septembermaatregel (waarbij zelfzorgmiddelen van vergoeding werden uitgesloten, behalve voor chronisch zieken/chronisch gebruikers) of de introductie van het Elektronisch Voorschrijf Systeem hiermee te maken hebben, valt op basis van deze globale cijfers niet te zeggen. Het feit dat er alleen nog een toename is van het aantal voorschriften bij 75-plussers houdt mogelijk verband met het feit dat chronisch gebruikers/chronisch zieken van de 1-september maatregel zijn uitgesloten. De effecten van de 1 september maatregel en van de introductie van het Elektronisch Voorschrijf Systeem zijn elders beschreven (Biermans, Adam, de Bakker, 2000).

3.4 Verwijzen naar de medisch specialist

Deze paragraaf presenteert gegevens over verwijzingen naar de medisch specialist over de kalenderjaren 1996 tot en met 1999. Daarbij wordt een onderscheid gemaakt tussen nieuwe verwijzingen in paragraaf 3.4.1 en verlengings- en achterafverwijzingen in paragraaf 3.4.2.

Gegevens over verwijzingen zijn vanaf 1994 verzameld binnen LINH. Voor een vergelijking met eerdere jaren uit de pilot-fase van LINH wordt verwezen naar de Bakker et al., 1998. Schema 3 geeft het aantal praktijken dat gegevens leverde voor de verwijsmodule, het aantal bij deze praktijken ingeschreven patiënten en hun verwijzingen. Voor 1999 gaat het om 80 praktijken, ruim 300.000 patiënten en ruim 60.000 verwijzingen.

Schema 3 Overzicht gebruikte verwijzingsgegevens

	aantal praktijken	aantal ingeschreven patiënten	aantal verwijzingen medisch specialist ¹
1996	46	180.063	47.153
1997	72	276.360	65.924
1998	75	292.352	64.018
1999	80	302.044	62.820

1 het gaat hier om zowel nieuwe, verlengings- en achterafverwijzingen

3.4.1 Nieuwe verwijzingen

Deze paragraaf presenteert gegevens over nieuwe verwijzingen. Deze worden ook wel aangeduid als 'actieve' verwijzingen omdat aan de beslissing tot verwijzen in de regel een actieve beslissing van de huisarts ten grondslag ligt (Gloerich en Van der Zee, 1991). Dit in tegenstelling tot 'passieve' verwijzingen als verlengingsverwijzingen en achterafverwijzingen die meer uit administratieve noodzaak plaatsvinden (deze komen in paragraaf 3.4.2 aan de orde).

Nieuwe, actieve verwijzingen vinden in de regel plaats uit medisch-inhoudelijke overwegingen. De huisarts kan de diagnose niet stellen en roept daarom de hulp van de specialist in, of hij weet de diagnose wel, maar de behandeling valt buiten zijn competentie. Daarnaast kan de wens van de patiënt om te worden gerustgesteld een rol spelen, ook al is de medisch-inhoudelijke noodzaak niet aanwezig. Nieuwe verwijzingen vinden in de regel plaats in het directe arts-patiënt-contact. Het aantal nieuwe verwijzingen per 1.000 ingeschreven patiënten geeft daarom het beste weer in hoeverre de huisarts in staat is de hem aangeboden hulpvraag af te handelen (Stokx et al., 1992).

De registratie van nieuwe verwijzingen is zowel voor ziekenfonds- als particulier verzekerden van betekenis. In het algemeen is voor ziekenfondsverzekerden de noodzaak om een verwijskaart te hebben groter dan voor particulier verzekerden (de verwijskaart is immers de basis van de declaratie van de specialist). We zien echter dat een aantal ziekenfondsen de verwijskaart heeft afgeschaft en dat de controle vaak slechts steekproefsgewijs is (Kulu-Glasgow et al., 1997). Tegelijkertijd hebben veel particuliere verzekeraars een verwijzing door de huisarts in de polisvoorwaarden opgenomen. In de praktijk doet rechtstreeks specialistbezoek zich dan ook zowel bij ziekenfonds- als bij particulier verzekerden voor.

In tabel 11 en 12 is het aantal nieuwe verwijzingen naar medisch specialisten per leeftijdsgroep weergegeven voor de jaren 1996 tot en met 1999 voor respectievelijk ziekenfonds en particuliere patiënten. Figuur 8 geeft een grafische weergave. Voor een overzicht naar leeftijd, sekse en verzekeringsvorm, zie bijlage 3. De daling in het aantal nieuwe verwijzingen voor ziekenfondspatiënten die zich sinds 1997 manifesteert, zet in 1999 verder door (tabel 11). Het aantal verwijzingen per 1000 ziekenfondsverzekerden komt in 1999 op 177 te liggen. De afname vindt plaats bij zowel mannen als vrouwen en alle leeftijdsgroepen. Alleen bij ouderen boven 75 jaar is er sprake van een stabilisatie van het verwijscijfer in vergelijking met 1998. Sinds 1996, het begin van de registratie voor LINH, is het aantal verwijzingen jaarlijks met gemiddeld 3,3% gedaald.

Tabel 11 Aantal nieuwe ziekenfonds verwijzingen naar de medisch specialist vanuit de huisartspraktijk per 1000 ingeschreven patiënten per jaar naar leeftijd: 1996-1999

	aantal ziekenfondsverwijzingen per 1000				verschil '98-'99	verschil '96-'99	gem. jrl. % groei '96-'99 ¹
	1996	1997	1998	1999			
Leeftijd							
0-4	182	183	173	157	-16	-25	-4,7%
5-14	106	107	101	91	-10	-15	-4,9%
15-24	126	122	115	107	-8	-19	-5,3%
25-44	175	173	167	161	-6	-14	-2,7%
45-64	235	232	225	215	-10	-20	-2,9%
65-74	302	302	285	274	-11	-28	-3,2%
75 +	321	316	291	292	1	-29	-3,0%
Sekse							
man	167	165	159	152	-7	-15	-3,1%
vrouw	221	216	207	198	-9	-23	-3,6%
<i>totaal</i>	<i>195,6</i>	<i>191,7</i>	<i>184,7</i>	<i>176,7</i>	<i>-8,0</i>	<i>-18,9</i>	<i>-3,3%</i>

¹ Berekening: $\frac{((1997-1996)/1996)+((1998-1997)/1997)+((1999-1998)/1998)}{3} \times 100\%$

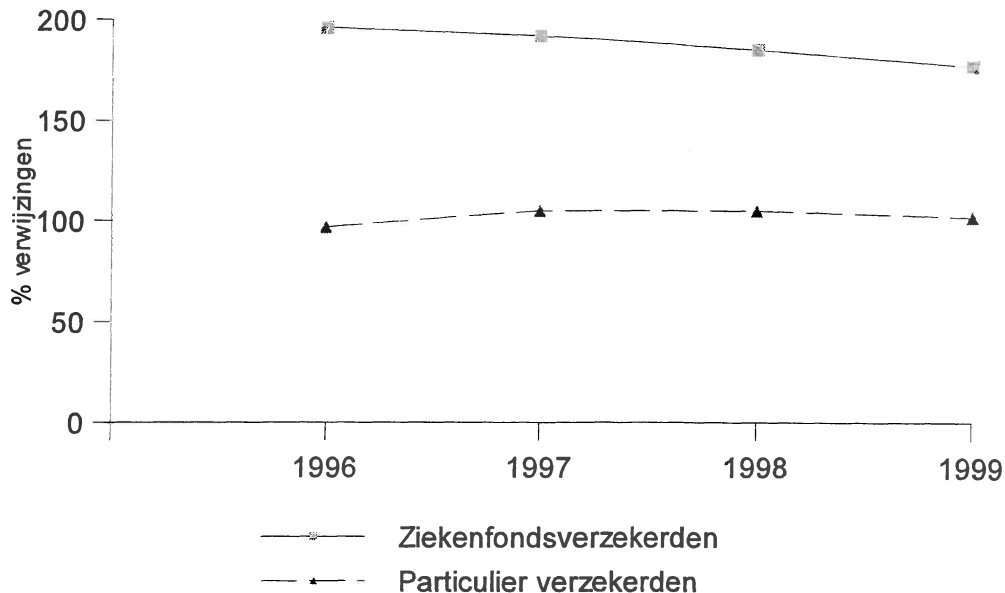
Het aantal particuliere verwijzingen daalt licht en ligt nu tussen het niveau van 1996 en 1997 (tabel 12). De daling geldt voor zowel mannen als vrouwen, maar verschilt voor de diverse leeftijdscategorieën. Bij de 15-24 jarigen en de ouderen boven 75 jaar is er zelfs sprake van een lichte stijging vergeleken met 1998. Bij deze laatste groep is er vanaf 1996, het begin van LINH, sprake van een voortdurende stijging: jaarlijks gemiddeld 6,8%. Overall is het verwijscijfer voor particuliere patiënten sinds 1996 jaarlijks gemiddeld met 1,8% gestegen. De enige leeftijdsgroep met een jaarlijks gemiddelde daling sinds 1996 is de groep 0-4 jarigen.

Tabel 12 Aantal nieuwe particuliere verwijzingen naar de medisch specialist vanuit de huisartspraktijk per 1000 ingeschreven patiënten per jaar naar leeftijd: 1996-1999

	aantal particuliere verwijzingen per 1000				verschil '98-'99	verschil '96-'99	gem. jrl. % groei '96-'99 ¹
	1996	1997	1998	1999			
Leeftijd							
0-4	113	106	113	101	-12	-12	-3,4%
5-14	56	63	57	57	0	1	1,0%
15-24	61	62	60	63	3	2	1,1%
25-44	81	94	95	88	-7	7	3,2%
45-64	122	131	132	130	-2	8	2,2%
65-74	181	195	198	193	-5	12	2,2%
75 +	156	180	184	189	5	33	6,8%
Sekse							
man	85	93	96	92	-4	7	2,8%
vrouw	112	119	116	114	-2	2	0,7%
<i>totaal</i>	<i>97,2</i>	<i>104,6</i>	<i>105,1</i>	<i>101,5</i>	<i>-3,6</i>	<i>4,3</i>	<i>1,6%</i>

1 Berekening: $\frac{((1997-1996)/1996)+((1998-1997)/1997)+((1999-1998)/1998)}{3} \times 100\%$

Figuur 8 Aantal nieuwe verwijzingen naar de medisch specialist per 1000 ingeschreven patiënten per jaar voor ziekenfonds- en particulier verzekerden, 1996-1999



Tabel 13a en 13b geven een overzicht van de ontwikkeling van het aantal nieuwe verwijzingen per specialisme voor respectievelijk ziekenfonds en particulier verzekerde patiënten, gerubriceerd volgens de indeling gehanteerd door het NZi (Spaan, Vocking, 1998).

Tabel 13a Aantal nieuwe verwijzingen naar de medisch specialist per 1000 ingeschreven patiënten in de huisartspraktijk voor ziekenfonds verzekerden: 1996-1999

	verwijzingen per 1000 per jaar				verschil '98-'99	verschil '96-'99	gem. jrl. % groei '96-'99 ¹
	1996	1997	1998	1999			
Interne specialismen							
Inwendige geneeskunde	16,4	16,0	14,3	14,0	-0,3	-2,4	-5,1%
Longziekten	3,9	4,0	3,7	3,9	0,2	0,0	0,2%
Cardiologie	7,1	6,9	6,8	6,5	-0,3	-0,6	-2,9%
Reumatologie	2,5	2,7	2,8	2,8	0,0	0,3	3,9%
Gastro-enterologie	1,3	1,0	0,8	0,7	-0,1	-0,6	-18,5%
Pediatrie	5,3	5,7	5,4	4,8	-0,6	-0,5	-2,9%
Dermatologie/allergologie	18,2	19,7	18,8	17,7	-1,1	-0,5	-0,7%
<i>totaal interne specialismen</i>	<i>54,7</i>	<i>56,0</i>	<i>52,6</i>	<i>50,4</i>	<i>-2,2</i>	<i>-4,3</i>	<i>-2,6%</i>
Heelkundige specialismen							
Chirurgie	25,8	25,0	23,4	22,5	-0,9	-3,3	-4,4%
Orthopedie	18,3	17,3	17,4	16,7	-0,7	-1,6	-3,0%
Urologie	7,6	8,1	8,2	7,4	-0,8	-0,2	-0,6%
Plastische chirurgie	4,1	3,8	3,8	3,4	-0,4	-0,7	-5,9%
Neurochirurgie	0,5	0,4	0,2	0,2	0,0	-0,3	-23,3%
Gynaecologie/verloskunde	15,8	15,8	14,7	14,4	-0,3	-1,4	-3,0%
Oogheelkunde	27,0	23,4	22,4	21,9	-0,5	-5,1	-6,6%
KNO	20,2	21,0	20,6	19,5	-1,1	-0,7	-1,1%
<i>tot. heelkundige specialismen</i>	<i>119,3</i>	<i>109,7</i>	<i>110,7</i>	<i>106,0</i>	<i>-4,7</i>	<i>-13,3</i>	<i>-3,8%</i>
Zenuw- en zielsziekten							
Neurologie	14,1	14,2	14,7	13,5	-1,2	-0,6	-1,3%
Psychiatrie	3,8	3,2	3,0	3,4	0,4	-0,4	-2,9%
<i>totaal zenuw- en zielsziekten</i>	<i>17,9</i>	<i>17,4</i>	<i>17,7</i>	<i>16,8</i>	<i>-0,9</i>	<i>-1,1</i>	<i>-2,1%</i>
Overige specialismen							
Revalidatiegeneeskunde	1,7	1,8	1,7	1,5	-0,2	-0,2	-3,8%
Kaakchirurgie/mondheelkunde	0,9	0,9	0,8	0,8	0,0	-0,1	-3,7%
Overige ²	1,1	1,0	1,2	1,1	-0,1	0,0	0,9%
Totaal	195,6	191,7	184,7	176,7	-8,0	-18,9	-3,3%

1 Berekening: (((((1997-1996)/1996)+((1998-1997)/1997)+((1999-1998)/1998))/3)x 100%

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

Tabel 13b Aantal nieuwe verwijzingen naar de medisch specialist per 1000 ingeschreven patiënten in de huisartspraktijk voor particulier verzekerden: 1996-1999

	verwijzingen per 1000 per jaar				verschil '98-'99	verschil '96-'99	gem. jrl. % groei '96-'99 ¹
	1996	1997	1998	1999			
Interne specialismen							
Inwendige geneeskunde	7,4	7,6	7,7	7,8	0,1	0,4	1,8%
Longziekten	1,6	1,7	1,7	1,9	0,2	0,3	6,0%
Cardiologie	3,9	4,2	4,2	4,0	-0,2	0,1	1,0%
Reumatologie	1,2	1,5	1,4	1,1	-0,3	-0,1	-1,0%
Gastro-enterologie	0,5	0,5	0,6	0,4	-0,2	-0,1	-4,4%
Pediatrie	3,7	3,9	4,3	4,1	-0,2	0,4	3,7%
Dermatologie/allergologie	11,2	12,0	12,0	11,7	-0,3	0,5	1,5%
<i>totaal interne specialismen</i>	<i>29,5</i>	<i>31,4</i>	<i>31,9</i>	<i>31,0</i>	<i>-0,9</i>	<i>1,5</i>	<i>1,7%</i>
Heelkundige specialismen							
Chirurgie	13,3	14,0	14,2	12,7	-1,5	-0,6	-1,3%
Orthopedie	9,2	9,6	9,7	9,9	0,2	0,7	2,5%
Urologie	5,4	6,2	6,3	5,8	-0,5	0,4	2,8%
Plastische chirurgie	2,3	2,3	2,0	1,9	-0,1	-0,4	-6,0%
Neurochirurgie	0,1	0,1	0,1	0,1	0	0	0,0%
Gynaecologie/verloskunde	6,3	6,9	6,9	6,7	-0,2	0,4	2,2%
Oogheelkunde	8,0	9,0	8,2	8,8	0,6	0,8	3,6%
KNO	13,0	13,9	14,0	13,7	-0,3	0,7	1,8%
<i>tot. heelkundige specialismen</i>	<i>57,6</i>	<i>62,0</i>	<i>61,4</i>	<i>59,6</i>	<i>-1,8</i>	<i>2,0</i>	<i>1,2%</i>
Zenuw- en zielsziekten							
Neurologie	6,9	7,4	8,4	7,7	-0,7	0,8	4,1%
Psychiatrie	2,0	2,2	2,0	2,0	0	0	0,3%
<i>totaal zenuw- en zielsziekten</i>	<i>8,9</i>	<i>9,6</i>	<i>10,4</i>	<i>9,6</i>	<i>-0,8</i>	<i>0,7</i>	<i>2,8%</i>
Overige specialismen							
Revalidatiegeneeskunde	0,5	0,6	0,6	0,5	-0,1	0	1,1%
Kaakchirurgie/mondheelkunde	0,4	0,4	0,4	0,4	0	0	0,0%
Overige ²	0,4	0,3	0,4	0,4	0	0	2,8%
Totaal	97,2	104,6	105,1	101,5	-3,6	4,3	1,6%

1 Berekening: $\frac{((1997-1996)/1996) + ((1998-1997)/1997) + ((1999-1998)/1998)}{3} \times 100\%$

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

Het aantal verwijzingen is bij ziekenfondspatiënten sinds 1996 jaarlijks gemiddeld het meest gedaald voor de heekundige specialismen (bijna 4%) en voor zenuw- en zielsziekten het minst (ruim 2%). Bij particuliere patiënten doet de geringste jaarlijkse stijging vanaf 1996 zich voor bij de heekundige specialismen en de hoogste bij zenuw- en zielsziekten.

Een uitsplitsing in het aantal verwijzingen in 1999 naar specialisme en geslacht is weergegeven in tabel 14. In het algemene patroon dat meer mannen dan vrouwen worden verwezen zijn duidelijke verschillen per specialisme. Naar gynaecologie worden vanzelfsprekend meer vrouwen verwezen. Maar ook naar reumatologie, dermatologie/allergologie, orthopedie, inwendige geneeskunde, plastische chirurgie, oogheelkunde en neurologie worden meer vrouwen dan mannen verwezen. Urologie en in iets mindere mate pediatrie zijn de enige specialismen waar de verwijzingen van mannen duidelijk domineren. Was het voorheen dat er meer mannen dan vrouwen naar de longarts werden verwezen, in 1999 is dit verschil minimaal. Bij cardiologie, chirurgie, KNO en psychiatrie houdt het aantal verwezen mannen en vrouwen elkaar ongeveer in evenwicht.

Tabel 14 Aantal nieuwe verwijzingen naar de medisch specialist per 1000 ingeschreven patiënten in de huisartspraktijk naar specialisme, geslacht en verzekeringsvorm: 1999

	aantal verwijzingen per 1000 per jaar			
	ziekenfonds		particulier	
	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen
Interne specialismen				
Inwendige geneeskunde	11,3	16,4	6,8	9,2
Longziekten	4,3	3,5	1,9	2,0
Cardiologie	6,4	6,6	4,3	3,6
Reumatologie	1,7	3,6	0,6	1,8
Gastro-enterologie	0,7	0,8	0,3	0,4
Pediatrie	5,8	4,0	4,4	3,7
Dermatologie/allergologie	13,8	21,0	9,8	14,1
<i>totaal interne specialismen</i>	<i>44</i>	<i>55,9</i>	<i>28,1</i>	<i>34,8</i>
Heelkundige specialismen				
Chirurgie	22,5	22,5	12,5	13,1
Orthopedie	15,3	18,0	8,9	11,2
Urologie	12,4	3,1	9,0	1,7
Plastische chirurgie	1,7	4,8	1,4	2,5
Neurochirurgie	0,1	0,3	0,1	0,1
Gynaecologie/verloskunde	0,4	26,5	0,1	14,8
Oogheelkunde	18,7	24,6	7,7	10,2
KNO	19,6	19,3	13,7	13,6
<i>totaal heelkundige specialismen</i>	<i>90,7</i>	<i>119,1</i>	<i>53,4</i>	<i>67,2</i>
Zenuw- en zielsziekten				
Neurologie	11,9	14,9	7,2	8,3
Psychiatrie	2,9	3,8	2,1	2,0
<i>totaal zenuw- en zielsziekten</i>	<i>14,8</i>	<i>18,7</i>	<i>9,3</i>	<i>10,3</i>
Overige specialismen				
Revalidatiegeneeskunde	1,1	1,9	0,4	0,7
Kaakchirurgie/mondheelkunde	0,6	0,9	0,3	0,4
Overige ¹	0,9	1,4	0,3	0,5
Totaal	152,3	197,8	91,8	113,8

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

De tabellen 15a en 15b verstrekken informatie over de ontwikkeling van verwijzdiagnoses naar verzekeringsvorm gerubriceerd in ICPC-hoofdstukken.

Bij ziekenfondspatiënten zijn de afgelopen vier jaar verwijzingen in het hoofdstuk 'oog' het sterkste afgenomen: gemiddeld 9% per jaar. De relatie met de afname van het aantal verwijzingen naar oogheelkunde ligt hier voor de hand. Bij particuliere patiënten zijn geen opvallende uitschieters te signaleren.

Tabel 15a Aantal nieuwe verwijzingen naar de medisch specialist per 1000 ingeschreven patiënten in de huisartspraktijk naar ICPC-hoofdstuk voor ziekenfonds verzekerden: 1996-1999

	verwijzingen per 1000 per jaar				verschil '98-'99	verschil '96-'99	gem. jrl. % groei '96-'99 ¹
	1996	1997	1998	1999			
A. Algemeen en niet gespecificeerd	4,8	5,0	4,9	5,1	0,2	0,3	2,1%
B. Bloed en bloed-vormende organen	1,7	1,8	1,7	1,6	-0,1	-0,1	-1,9%
D. Tractus digestivus	17,0	16,5	15,8	14,4	-1,4	-2,6	-5,3%
F. Oog	25,3	21,5	20,0	19,0	-1,0	-6,3	-9,0%
H. Oor	10,4	10,7	10,7	10,2	-0,5	-0,2	-0,6%
K. Tractus circulatorius	15,6	14,9	14,0	13,3	-0,7	-2,3	-5,2%
L. Bewegingsapparaat	36,5	35,5	34,6	32,1	-2,5	-4,4	-4,2%
N. Zenuwstelsel	9,1	9,4	8,9	8,7	-0,2	-0,4	-1,4%
P. Psychische problemen	5,0	4,7	4,4	4,5	0,1	-0,5	-3,4%
R. Tractus respiratorius	14,8	14,9	14,0	13,2	-0,8	-1,6	-3,7%
S. Huid en subcutis	22,0	23,3	22,2	20,9	-1,3	-1,1	-1,6%
T. Endocriene klieren, metabolisme, voeding	4,9	5,1	5,2	5,4	0,2	0,5	3,3%
U. Urinewegen	4,1	4,4	4,2	3,9	-0,3	-0,2	-1,5%
W. Zwangerschap, bevalling, anticonceptie	7,2	6,5	6,1	5,9	-0,2	-1,3	-6,4%
X. Geslachtsorganen en borsten vrouw	10,5	10,5	10,1	9,9	-0,2	-0,6	-1,9%
Y. Geslachtsorganen en borsten man	5,9	6,0	5,7	5,1	-0,6	-0,8	-4,6%
Z. Sociale problemen	0,5	0,3	0,4	0,3	-0,1	-0,2	-10,6%
Onbekend	0,3	1,1	2,0	2,9	0,9	2,6	131,2%
Totaal	195,6	191,7	184,7	176,7	-8,0	-18,9	-3,3%

¹ Berekening: $\frac{((1997-1996)/1996)+((1998-1997)/1997)+((1999-1998)/1998)}{3} \times 100\%$

Tabel 15b Aantal nieuwe verwijzingen naar de medisch specialist per 1000 ingeschreven patiënten in de huisartspraktijk naar ICPC-hoofdstuk voor particulier verzekerden: 1996-1999

	verwijzingen per 1000 per jaar				verschil '98-'99	verschil '96-'99	gem. jrl. % groei '96-'99 ¹
	1996	1997	1998	1999			
A. Algemeen en niet gespecificeerd	2,4	2,5	3,0	2,7	-0,3	0,3	4,7%
B. Bloed en bloed-vormende organen	1,0	0,9	1,1	1,0	-0,1	0,0	1,0%
D. Tractus digestivus	8,6	9,4	9,6	9,2	-0,4	0,6	2,4%
F. Oog	7,9	8,4	7,8	8,1	0,3	0,2	1,0%
H. Oor	6,4	6,8	7,3	7,3	0,0	0,9	4,5%
K. Tractus circulatorius	8,5	8,9	8,1	7,7	-0,4	-0,8	-3,1%
L. Bewegingsapparaat	16,6	18,0	18,0	17,9	-0,1	1,3	2,6%
N. Zenuwstelsel	4,5	4,4	4,9	4,4	-0,5	-0,1	-0,4%
P. Psychische problemen	2,3	2,9	2,6	2,8	0,2	0,5	7,8%
R. Tractus respiratorius	8,7	8,9	9,0	8,3	-0,7	-0,4	-1,5%
S. Huid en subcutis	13,8	14,1	14,4	13,8	-0,6	0,0	0,0%
T. Endocriene klieren, metabolisme, voeding	2,3	2,5	2,7	2,7	0,0	0,4	5,6%
U. Urinewegen	2,3	2,5	2,6	2,3	-0,3	0,0	0,4%
W. Zwangerschap, bevalling, anticonceptie	2,0	2,3	2,4	2,4	0,0	0,4	6,4%
X. Geslachtsorganen en borsten vrouw	5,0	5,3	5,3	5,3	0,0	0,3	2,0%
Y. Geslachtsorganen en borsten man	4,5	5,3	5,2	4,7	-0,5	0,2	2,1%
Z. Sociale problemen	0,4	0,5	0,4	0,3	-0,1	-0,1	-6,7%
Onbekend	0,2	0,9	0,8	0,7	-0,1	0,5	108,8%
Totaal	97,2	104,6	105,1	101,5	-3,6	4,3	1,6%

1 Berekening: $\frac{((1997-1996)/1996)+((1998-1997)/1997)+((1999-1998)/1998)}{3} \times 100\%$

Meer diagnosespecifieke informatie geeft tabel 16. Hierin zijn de tien meest voorkomende diagnoses bij verwijzingen voor de kwantitatief belangrijkste specialismes weergegeven. Deze cijfers geven een beeld van de instroom van nieuwe patiënten bij de diverse specialismen. Nemen we alle verwijzingen samen dan zijn 'andere visus symptomen/klachten', lage rugpijn met uitstraling' en 'diabetes mellitus' de meest voorkomende diagnoses. Dit was ook in 1998 het geval.

De hier gepresenteerde top-10 dekt nog geen 15% van alle verwijzingen. Diversiteit zien we ook in de verwijzingen naar chirurgie, inwendige geneeskunde en pediatrie met ruim een derde van de verwijsdiagnoses in de top-10. Bij de andere onderscheiden specialismes omvat de top-10 meer dan 50% van de verwijzingen.

Tabel 16 Top-10 van meest voorkomende verwijzdiagnoses in nieuwe verwijzingen: totaal en per specialisme (% van nieuwe verwijzingen van het betreffende specialisme):1999

totaal				cardiologie			
1	F05	andere visus sympt-/klacht	2,5	1	K74	angina pectoris	25,8
2	L86	lage rugpijn met uitstraling	1,7	2	K78	boezemfibrilleren	8,0
3	T90	diabetes mellitus	1,6	3	K01	pijn toegeschr. aan hart	6,4
4	L15	knie sympt-/klachten	1,5	4	K04	hartkloppingen	4,9
5	K95	varices benen	1,4	5	K77	decompensatio cordis	4,7
6	F91	refractieafwijkingen	1,3	6	K02	druk/beklemming hart	4,4
7	D06	andere gelocalis. buikpijn	1,3	7	K05	and.afwijking/irreg. hartslag	4,3
8	L99	and. ziekten bewegingsapp.	1,2	8	K75	acuut myocard infarct	4,3
9	S88	contact/ander eczeem	1,1	9	K81	hartgeruis nao	3,8
10	Y13	sterilisatie man	1,1	10	K84	andere hartziekten	3,4
overig				overig			
85,3				30,0			
chirurgie				dermatologie			
1	D89	hernia inguinalis	7,8	1	S88	contact-/ander eczeem	11,5
2	X19	knobbel/zwelling borst (vr.)	4,1	2	K95	varices benen	9,0
3	K95	varices benen	3,9	3	S82	naevus/moedervlek	7,6
4	S93	atheroom-/epitheel kyste	3,8	4	S77	maligne neoplasma huid	6,1
5	K92	and.ziekten perifere arteriën	3,5	5	S99	and.ziekten huid/subcutis	6,0
6	L99	and.ziekten bewegingsapp.	3,1	6	S04	lok.zwelling/papel/knobbel	4,4
7	L87	ganglion gewricht/pees	3,0	7	S87	constitutioneel eczeem	4,1
8	D98	cholecystitis/cholelithiasis	3,0	8	S03	wratten	3,4
9	S78	lipoom	2,9	9	S91	psoriasis	3,4
10	S04	lok.zwelling/papel/knobbel	2,6	10	S06	lok. roodheid/erytheem huid	3,1
overig				overig			
62,3				41,4			
gynaecologie				inwendige geneeskunde			
1	W78	zwangerschap: bevestigd	9,1	1	A04	moeheid/zwakte	7,8
2	W15	sub-/infertiliteit klacht (vr.)	8,2	2	D06	and.gelocaliseerde buikpijn	6,8
3	X87	prolaps vagina/uterus	5,7	3	T90	diabetes mellitus	5,2
4	W13	sterilisatie (vrouw)	5,4	4	D16	rectaal bloedverlies	3,1
5	X06	menorragie	4,7	5	D01	gegeneral.buikpijn/-krampen	3,0
6	D06	and.gelocaliseerde buikpijn	4,6	6	D87	stoornissen maagfunctie	2,9
7	X12	postmenopauzaal bloedverls	4,5	7	T85	hyperthyreoïdie/thyreotoxic	2,8
8	X78	ben.neopl.uterus/cervix uteri	4,5	8	K86	hypertensie z. org.besch.	2,7
9	X86	afwijkende cervix uitstrijk	3,7	9	D02	maagpijn	2,6
10	W84	zw.schap verhoogd risico	3,2	10	D11	diarree	2,5
overig				overig			
46,5				60,6			
KNO				neurologie			
1	H02	gehoor klachten	8,0	1	L86	lage rugpijn met uitstraling	16,8
2	H72	otitis media met effusie	7,8	2	N93	carpaal tunnel syndroom	8,5
3	H84	presbycusis	7,8	3	N01	hoofdpijn (ex N02,N89,R09)	6,7
4	R90	hypertrofie/chr.infectie tonsil	7,7	4	N94	and.per.neuritis/neuropath.	4,6
5	H86	doofheid/slechthorendheid	6,8	5	L83	syndr.cervicale wervelkol.	4,4
6	R23	symptomen/klachten stem	5,5	6	N17	vertigo/duizeligheid ex H82	4,4
7	R75	acute/chronische sinusitis	4,4	7	K90	cerebrovasc.accident (cva)	4,1
8	R21	symptomen/klachten keel	4,3	8	N06	and.sensib.st./onwill.bew.	4,1
9	H71	otitis media acuta/myringitis	3,3	9	K89	passagère cerebr. ischemie	3,1
10	R07	nies/neusverstopt/loopneus	3,2	10	N29	andere sympt/kl zenuwst	2,2
overig				overig			
41,1				41,2			

neg = niet elders geclassificeerd

nao = niet anders omschreven

- tabel 16: vervolg -

oogheelkunde				orthopedie			
			%				%
1	F05	andere visusympt/klachten	22,3	1	L15	knie symptomen/klachten	13,3
2	F91	refractieafwijkingen	12,3	2	L97	chron.inwendig trauma knie	7,0
3	T90	diabetes mellitus	10,5	3	L96	acuut tr. meniscus/kniebnd	6,5
4	F92	cataract	7,0	4	L92	schoudersyndroom/PHS	6,1
5	F99	andere ziekten oog	5,0	5	L89	coxarthrosis	6,0
6	F93	glaucoom	3,4	6	L17	voet/teen sympt/klachten	5,6
7	F72	blepharitis/hordeolum/chalaz	3,0	7	L98	verw.afwijk. extremiteiten	4,7
8	F95	strabismus	2,9	8	L13	heup symptomen/klachten	4,5
9	F13	afwijkend gevoel aan oog	2,4	9	L08	schouder sympt/klachten	4,2
10	F94	blindheid (elke graad/vorm)	2,3	10	L90	gonarthrosis	4,2
		overig	29,0			overig	38,0
pediatrie				urologie			
			%				%
1	R96	astma	6,1	1	Y13	sterilisatie (man)	20,5
2	K81	hartgeruis nao	4,8	2	U06	hematurie	9,6
3	D01	gegeneralis.buikpijn/-kramp	4,2	3	U71	cystitis/urinegewinfectie	7,6
4	T10	achterbl.fysiol.ontwikkeling	4,0	4	Y06	sympt/klachten prostaat	6,6
5	U71	cystitis/urinegewinfecties	3,8	5	Y81	phimosis/slurf-preputium	4,9
6	P21	overactief kind	3,4	6	U95	uroloolithiasis	4,3
7	A04	moeheid/zwakte	3,2	7	Y85	ben.prostaat hypertrofie	4,2
8	R05	hoesten	3,1	8	U05	andere mictie problemen	4,1
9	D12	obstipatie	2,7	9	U04	urine incontinentie (ex P12)	4,0
10	D10	braken	2,5	10	Y05	sympt/kl. scrotum/testes	3,2
		overig	62,1			overig	30,9

neg = niet elders geclassificeerd

nao = niet anders omschreven

De verwijsregistratie van LINH verstrekt aanvullende informatie over de aard van de verwijzing. Het initiatief tot een verwijzing gaat bij ruim 40% van de nieuwe verwijzingen voor zowel ziekenfonds- als particulier verzekerde patiënten uit van de huisarts (tabel 17). Ziekenfondsverwijzingen vinden relatief iets vaker plaats op initiatief van de specialist. De hardere administratieve noodzaak zal hierbij een rol spelen. Het afnemen van die harde noodzaak zien we in het teruglopen van het aandeel verwijzingen op initiatief van de specialist in de periode 1996-1999. Voor de rest zijn er geen trends te onderkennen in het initiatief tot verwijzen in de beschouwde periode.

Eveneens weinig trends zijn te onderkennen als wij het doel van de verwijzing in ogenschouw nemen (tabel 18). Het aandeel verwijzingen alleen ter diagnose is iets toegenomen ten koste van het aandeel ter diagnose en behandeling. Ruim 50% van de verwijzingen vindt plaats om door de specialist de diagnose te laten vaststellen en ongeveer 80% van de verwijzingen is ter behandeling. Het aandeel van verwijzingen zonder directe medische noodzaak ter geruststelling van de patiënt blijft in de vermelde jaren beneden de 3%. De verschillen tussen mannen en vrouwen en ziekenfonds- en particulier verzekerden zijn klein.

Bij bijna tweederde van de nieuwe verwijzingen beoogt de huisarts overname van de behandeling door de specialist (tabel 19). Dit percentage stijgt langzaam in de loop der jaren, terwijl het percentage patiënten voor wie een eenmalige behandeling door de specialist wordt gevraagd langzaam daalt. In 1999 bedraagt dit bijna een kwart van de patiënten. Verwijzingen waarbij de huisarts gezamenlijke behandeling nastreeft maken bijna 10% van het totaal aantal verwijzingen uit. Dit percentage is stabiel in de periode 1996-1999. Overigens zijn in dit percentage aanzienlijke verschillen tussen diagnoses. Bij patiënten met diagnoses als depressie en emfyseem/COPD wordt in meer dan 20% van de

gevallen gezamenlijke behandeling beoogd (Rikken, de Bakker, 1998).

Tabel 17 Nieuwe verwijzingen naar de medisch-specialist uitgesplitst naar initiatief van de verwijzing: 1996-1999*

	ziekenfonds 1999		particulier 1999		totaal			
	man	vrouw	man	vrouw	1996	1997	1998	1999
huisarts	41,0	38,3	42,3	41,0	42,5	42,8	43,5	40,0
huisarts en patiënt	37,9	39,2	38,7	40,0	34,2	33,4	33,7	38,9
patiënt	14,4	16,8	14,9	15,1	16,2	17,1	17,0	15,6
specialist	3,8	3,3	1,5	1,7	4,3	3,8	3,2	3,0
overige	2,9	2,3	2,5	2,3	2,8	2,9	2,6	2,5
<i>totaal</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>

* excl. initiatief onbekend

Tabel 18 Nieuwe verwijzingen naar de medisch-specialist uitgesplitst naar doel van de verwijzing: 1996-1999*

	ziekenfonds 1999		particulier 1999		totaal			
	man	vrouw	man	vrouw	1996	1997	1998	1999
diagnose	16,6	17,3	17,0	17,2	18,0	17,5	16,3	17,0
behandeling	42,8	43,7	43,6	44,0	40,0	42,7	43,6	43,5
beide	38,6	36,4	36,5	35,9	39,5	37,3	37,3	36,9
geruststelling	2,0	2,6	2,9	3,0	2,5	2,6	2,7	2,5
<i>totaal</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>

* excl. doel onbekend

Tabel 19 Nieuwe verwijzingen naar de medisch-specialist uitgesplitst naar aard van de door de huisarts beoogde samenwerking met de specialist: 1996-1999*

	ziekenfonds 1999		particulier 1999		totaal			
	man	vrouw	man	vrouw	1996	1997	1998	1999
eenmalig	29,1	30,4	28,7	28,5	34,9	33,9	30,0	29,5
overname	61,3	59,4	61,4	61,0	55,9	56,6	59,2	60,4
gez. behandeling	9,6	10,2	10,0	10,5	9,2	9,4	10,8	10,0
<i>totaal</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>

* excl. aard samenwerking onbekend

3.4.2 Verlengings- en achterafverwijzingen

In deze paragraaf worden de gegevens met betrekking tot verlengings- en achterafverwijzingen beschreven. Deze verwijzingen worden ook wel aangeduid als 'passieve' verwijzingen omdat er geen actieve beslissing van de huisarts aan te pas komt. Dit geldt in sterke mate voor de achterafverwijzing. In deze gevallen is de patiënt al bij de specialist geweest en komt hij achteraf bij de huisarts voor een verwijskaart omdat het voor de specialist anders niet mogelijk is om te declareren. Bij verlengingsverwijzingen gaat het om continuering van de behandeling door de medisch specialist, die vanwege de eisen van de verzekeraar gesanctioneerd dienen te worden door de huisarts. Vaak worden verlengings- en achterafverwijzingen gegenereerd door de assistente van de huisarts op verzoek van de assistente van de specialist en daarna van een handtekening voorzien door de huisarts.

Verlengings- en achterafverwijzingen komen in de regel alleen bij ziekenfondsverzekerden voor. Door ziekenfondsen wordt een systeem van verwijfskaarten gehanteerd. De ziekenfondsverwijskaart heeft een beperkte geldigheidsduur. Er zijn hierbij drie kaartsoorten (Sebregts et al., 1995):

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

Een aantal ziekenfondsen heeft de afgelopen jaren dit systeem afgeschaft. Daarmee is echter de verplichting tot verwijzing niet vervallen. De verwijfskaart wordt namelijk veelal door de verwijfsbrief vervangen. Deze verwijfsbrief hoeft echter niet als een bewijs van declaratie aan het ziekenfonds verzonden te worden. De specialist dient de verwijfsbrief wel te bewaren als verantwoording voor zijn declaratie en wordt hierop steekproefsgewijs gecontroleerd. Verlengings- en achterafverwijzingen van de huisarts zijn niet meer nodig. Wél dient de specialist in het algemeen schriftelijk aan de huisarts te melden dat een patiënt zich rechtstreeks bij de specialist heeft gemeld dan wel wanneer sprake is van een verlengingsverwijzing. De huisarts dient dan binnen 2 weken te reageren indien hij het niet eens is met de gang van zaken. De patiënt wordt dan naar de huisarts terugverwezen. De reden om het verwijfskaartensysteem te veranderen is vooral administratieve vereenvoudiging ten behoeve van huisartsen, specialisten en ziekenfondsen (voor ziekenfondsen betekent het zelfs een complete afschaffing van de verwijfskaartenadministratie).

Deze ontwikkeling heeft gevolgen voor de registratie van verwijzingen door de huisarts. De terugmeldingen worden in het algemeen niet in het medisch dossier van de huisarts als verwijzing geregistreerd, waardoor te verwachten is dat het aantal verlengings- en achterafverwijzingen terugloopt. We zien dit in tabel 20. Het aantal verlengingsverwijzingen is de afgelopen twee jaar met bijna de helft afgenomen. Bij de achterafverwijzingen is deze trend in 1998 ingezet, maar deze lijkt zich in 1999 te stabiliseren. Het aantal achterafverwijzingen bedraagt in 1999 ruim eenderde minder dan in 1996. De afnames over deze periode vinden we in alle leeftijdsgroepen en zowel bij mannen als bij vrouwen.

Tabel 20 Aantal verlengings- en achteraf verwijzingen vanuit de huisartspraktijk per 1000 ingeschreven ziekenfondsverzekerden naar leeftijd: 1996-1999

	mannen					vrouwen				
	1996	1997	1998	1999	%verschil '96-'99	1996	1997	1998	1999	%verschil '96-'99
verlengingsverwijzingen										
0-4	88	70	55	37	-58%	71	50	38	31	-56%
5-14	93	65	52	39	-58%	89	62	50	41	-54%
15-24	34	24	22	21	-38%	52	36	34	29	-44%
25-44	52	41	36	31	-40%	90	71	58	51	-43%
45-64	162	130	107	94	-42%	198	149	119	103	-48%
65-74	367	277	225	190	-48%	341	264	203	187	-45%
75 +	381	314	267	230	-40%	357	285	231	201	-44%
totaal	120	92	78	66	-45%	153	115	94	83	-46%
achterafverwijzingen										
0-4	31	27	19	14	-55%	22	24	13	14	-36,4%
5-14	22	21	14	12	-45%	19	14	10	12	-36,8%
15-24	17	17	13	10	-41%	20	17	9	12	-40,0%
25-44	17	17	13	12	-29%	21	24	13	16	-23,8%
45-64	26	24	17	20	-23%	32	30	19	19	-40,6%
65-74	49	45	25	25	-49%	49	44	29	33	-32,7%
75 +	60	64	42	39	-35%	60	57	46	35	-41,7%
totaal	25	24	17	16	-36%	29	28	18	19	-34,5%

Een uitsplitsing naar verwijsbestemming vinden we in tabel 21. De meest voorkomende verwijsbestemmingen bij verlengingsverwijzingen zijn oogheelkunde, inwendige geneeskunde en cardiologie. De teruggang in aantal verlengingsverwijzingen van rond de 50% over de afgelopen vier jaar zien we terug bij vrijwel alle verwijsbestemmingen. Bij chirurgie en orthopedie is het aantal verlengingsverwijzingen in het afgelopen jaar licht toegenomen.

Het zijn met name de specialisten inwendige geneeskunde en chirurgie die vragen om een achteraf-verwijzing. Ruim eenderde van alle achteraf-verwijzingen wordt voor hen uitgeschreven.

Tabel 21 Aantal verlengings- en achterafverwijzingen naar de medisch specialist per 1000 ingeschreven ziekenfondsverzekerden in de huisartspraktijk naar specialisme: 1996-1999

	aantal verwijzingen per 1000 per jaar							
	verlengingsverwijzingen				achterafverwijzingen			
	1996	1997	1998	1999	1996	1997	1998	1999
Interne specialismen								
Inwendige geneeskunde	16,3	13,5	10,7	9,4	3,2	3,0	1,9	2,0
Longziekten	7,8	5,7	4,8	4,0	0,9	1,0	0,6	0,8
Cardiologie	13,3	9,5	7,8	7,0	2,3	1,6	1,2	1,4
Reumatologie	4,3	3,1	2,7	2,3	0,3	0,3	0,2	0,3
Gastro-enterologie	0,5	0,5	0,4	0,4	0,1	0,1	0,0	0,1
Pediatrie	3,8	3,1	2,4	1,7	1,1	1,0	0,7	0,7
Dermatologie/allergologie	8,9	7,0	6,1	5,0	1,4	1,4	0,9	0,8
<i>totaal interne specialismen</i>	<i>54,9</i>	<i>42,4</i>	<i>34,9</i>	<i>29,8</i>	<i>9,3</i>	<i>8,4</i>	<i>5,5</i>	<i>6,1</i>
Heelkundige specialismen								
Chirurgie	8,2	6,5	5,5	5,9	4,9	5,2	4,5	4,4
Orthopedie	8,4	6,0	3,4	4,5	2,0	1,8	0,9	1,2
Urologie	4,5	3,7	3,3	2,6	0,6	0,7	0,4	0,4
Plastische chirurgie	1,2	0,8	0,8	0,7	0,4	0,4	0,2	0,3
Neurochirurgie	0,4	0,4	0,3	0,3	0,2	0,1	0,1	0,1
Gynaecologie/verloskunde	5,8	4,6	3,3	2,9	1,4	1,4	1,0	1,1
Oogheelkunde	31,3	22,4	19,3	16,1	3,8	3,4	2,4	1,7
KNO	11,9	8,3	6,9	5,8	1,6	1,5	1,3	0,9
<i>tot. heelkundige specialismen</i>	<i>71,7</i>	<i>52,7</i>	<i>42,8</i>	<i>38,8</i>	<i>14,9</i>	<i>14,5</i>	<i>10,8</i>	<i>10,1</i>
Zenuw- en zielsziekten								
Neurologie	6,1	5,0	4,0	3,1	1,2	1,3	1,0	0,8
Psychiatrie	2,3	1,8	1,7	1,3	0,4	0,3	0,2	0,2
<i>totaal zenuw- en zielsziekten</i>	<i>8,4</i>	<i>6,8</i>	<i>5,7</i>	<i>4,4</i>	<i>1,6</i>	<i>1,6</i>	<i>1,2</i>	<i>1,0</i>
Overige specialismen								
Revalidatiegeneeskunde	1,4	1,4	1,2	1,2	0,3	0,4	0,2	0,2
Kaakchirurgie/mondheelkunde	0,3	0,1	0,1	0,1	0,2	0,0	0,0	0,1
Overige ¹	0,7	0,8	0,6	0,6	0,2	0,2	0,1	0,1
<i>totaal</i>	<i>137,4</i>	<i>104,0</i>	<i>86,4</i>	<i>75,1</i>	<i>26,5</i>	<i>25,0</i>	<i>17,8</i>	<i>17,4</i>

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

Meer detail bieden top-tien's van de meest voorkomende diagnoses bij verlengings- en achterafverwijzingen (zie tabel 22). Bij de verlengingsverwijzingen treffen we, zoals te verwachten viel, vrijwel uitsluitend chronische aandoeningen als diabetes, cataract, enzovoorts. Vier van de diagnoses komen uit het hoofdstuk 'oog', hetgeen samenhangt met

het feit dat oogheelkunde de grootste bijdrage levert aan het aantal verlengingsverwijzingen. Een kwart van alle achterafverwijzingen wordt uitgeschreven voor het specialisme chirurgie. Dit weerspiegelt zich in de top-10 van diagnoses. Bij 6 van de 10 diagnoses gaat het om fracturen en andere traumata. Het ligt in de lijn der verwachting dat een patiënt in deze gevallen rechtstreeks naar de spoedeisende hulp van het ziekenhuis gaat of wordt gebracht.

Daarnaast treffen we bij de achterafverwijzingen ook aandoeningen als diabetes en 'andere visus symptomen en klachten'. Aangenomen kan worden dat het hierbij gaat om gevallen waar de patiënt de verwijfskaart vergeten is en de specialist aan de patiënt vraagt deze alsnog te halen.

Tabel 22 Top-10 van diagnoses in verlengings- en achterafverwijzingen: 1999

verlengingsverwijzingen			achterafverwijzingen				
		%			%		
1	T90	diabetes mellitus	6,6	1	S18	scheurwond/snijwond	2,6
2	F05	andere visus sympt/klacht	3,8	2	L72	fractuur radius/ULNA	2,6
3	F92	cataract	3,5	3	A97	geen ziekte	2,5
4	F91	refractieafwijkingen	2,4	4	L76	andere fracturen	2,4
5	L88	rheum.arthritis/verw.aand.	2,3	5	L74	fractuur hand/voet	2,3
6	K74	angina pectoris	2,3	6	T90	diabetes mellitus	2,1
7	F93	glaucoom	2,0	7	F05	andere visus sympt/klacht	1,8
8	R95	emfyseem/COPD	1,9	8	L81	and.traumata bew.apparaat	1,3
9	R96	astma	1,8	9	L73	fractuur tibia-/fibula	1,2
10	S77	maligniteit huid/subcutis	1,7	10	K74	angina pectoris	1,2
		overig	71,8			overig	80,0

3.5 Verwijzen binnen de eerste lijn

Verwijzingen binnen de eerste lijn worden sinds april 1996 in het LINH-project geregistreerd. De mate van volledigheid is geringer dan die van de verwijzingen naar de tweede lijn (zie bijlage 2). Dat geldt in sterkere mate voor verwijzingen naar de RIAGG en logopedie dan voor verwijzingen naar fysiotherapie en oefentherapie.

Deze paragraaf presenteert de gegevens over de jaren 1996-1999. Daarbij zijn de cijfers voor 1996, beschikbaar voor de maanden april tot en met december, omgerekend naar jaarcijfers. Onderstaand schema bevat de aantallen praktijken, patiënten en verwijzingen waar de cijfers betrekking op hebben.

Schema 4 Overzicht gebruikte verwijsgegevens

	aantal praktijken	aantal ingeschreven patiënten	aantal verwijzingen eerste lijn
1996	30	134.647	5.152
1997	48	194.475	10.781
1998	52	212.791	16.436
1999	76	292.410	14.587

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

Voor wat betreft de fysiotherapie worden verwijscijfers per 1000 ingeschreven patiënten gepresenteerd voor die huisartspraktijken die aangaven volledig te hebben geregistreerd (dat betreft 35 praktijken). Bij de verwijzingen naar oefentherapie, logopedie en de RIAGG wordt de verdeling van het aantal verwijzingen over deze disciplines gepresenteerd. Er zijn daarnaast top-vijfs van de meest voorkomende verwijsdiagnoses naar deze disciplines opgenomen.

Fysiotherapie

We zien in tabel 23 dat het verwijscijfer fysiotherapie over de laatste drie jaar weinig verandert. Ook de cijfers per leeftijdsgroep zijn tamelijk constant. Kinderen en jong volwassenen worden betrekkelijk weinig verwezen. Het zijn met name patiënten boven de 45 jaar die worden verwezen. De hoge gemiddelde jaarlijkse procentuele groei tussen 1996 en 1999 voor 0-4 jarigen wordt met name veroorzaakt door het lage verwijscijfer in 1996.

Tabel 23 Aantal nieuwe verwijzingen naar de fysiotherapeut vanuit de huisartspraktijk per 1000 ingeschreven patiënten per jaar naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm: 1996-1999

	fysiotherapieverwijzingen per 1000				verschil '98-'99	verschil '96-'99	gem. jrl. % groei '96-'99'
	1996	1997	1998	1999			
0-4	3	6	8	9	1	6	48,6%
5-14	15	17	18	18	0	3	6,4%
15-24	54	48	49	47	-2	-7	-4,4%
25-44	91	82	87	81	-6	-10	-3,6%
45-64	116	111	105	111	6	-5	-1,3%
65-74	125	111	111	109	-2	-16	-4,3%
75 +	107	114	104	110	6	3	1,2%
ziekenfonds							
mannen	76	67	71	68	-3	-8	-3,4%
vrouwen	110	99	103	105	2	-5	-1,3%
particulier							
mannen	51	53	48	46	-2	-5	-3,2%
vrouwen	67	71	65	61	-4	-6	-2,9%
<i>totaal</i>	<i>80</i>	<i>75</i>	<i>76</i>	<i>75</i>	<i>-1</i>	<i>-5</i>	<i>-2,1%</i>

1 Berekening: (((1997-1996)/1996)+((1998-1997)/1997)+((1999-1998)/1998))/3)x 100%

Zowel in 1999 als in de voorgaande jaren had 85% van de diagnoses betrekking op een aandoening van het bewegingsapparaat (niet in tabel). Van de andere hoofdstukken zijn aandoeningen aan het zenuwstelsel, algemene, niet gespecificeerde problemen en psychische problemen het belangrijkste (niet in tabel). Tabel 24 laat zien dat de meest voorkomende verwijsdiagnose in 1999 (evenals in de jaren daarvoor) lage rugpijn zonder uitstraling is, gevolgd door symptomen/klachten nek. Op de derde plaats staat voor het 2e jaar 'schouder syndromen/PHS'. Er is weinig verandering in het patroon van diagnoses. Alle diagnoses stonden ook in de drie voorgaande jaren in de top-10. Alleen de volgorde

verandert. De verwijfsdiagnose 'afwijkingen van de cervicale wervelkolom' is gezakt van plaats 3 in 1996 en 1997 naar plaats 5 en 6 in 1998 en 1999. Schoudersyndromen/PHS is gestegen van plaats 7 in 1996 naar 5 in 1997 en 3 in 1998 en 1999. Het gaat verder om geringe verschuivingen. De top-10 bestrijkt bijna tweederde van de verwijfsdiagnoses.

Tabel 24 Top-tien van diagnoses in verwijfsingen naar fysiotherapie: 1996-1999

1996				1997			
			%				%
1	L03	lage rugpijn zonder uitstraling	13,4	1	L03	lage rugpijn zonder uitstraling	13,4
2	L01	nek sympt/klachten ex N01	9,5	2	L01	nek sympt/klachten ex N01	10,2
3	L83	afw. cervicale wervelkolom	7,7	3	L83	afw. cervicale wervelkolom	6,8
4	L86	lage rugpijn met uitstraling	6,2	4	L86	lage rugpijn met uitstraling	5,8
5	L02	rug symptomen/klachten	5,2	5	L92	schoudersyndroom/PHS	5,5
6	L08	schouder sympt/klachten	5,1	6	L02	rug symptomen/klachten	5,0
7	L92	schoudersyndroom/PHS	4,9	7	L08	schouder sympt/klachten	4,8
8	L15	knie symptomen/klachten	3,2	8	L15	knie symptomen/klachten	3,3
9	L93	epicondylitis lateralis	3,1	9	L99	andere ziekte bew.apparaat	3,2
10	L99	andere ziekte bew.apparaat	2,8	10	L18	spierpijn	3,1
		overig	38,7			overig	38,8
1998				1999			
			%				%
1	L03	lage rugpijn zonder uitstraling	14,6	1	L03	lage rugpijn zonder uitstraling	14,0
2	L01	nek sympt/klachten ex N01	10,5	2	L01	nek sympt/klachten ex N01	11,6
3	L92	schoudersyndroom/PHS	6,1	3	L92	schoudersyndroom/PHS	6,3
4	L86	lage rugpijn met uitstraling	5,8	4	L02	rug symptomen/klachten	5,9
5	L83	afw. cervicale wervelkolom	5,8	5	L86	lage rugpijn met uitstraling	5,8
6	L02	rug symptomen/klachten	5,4	6	L83	afw. cervicale wervelkolom	5,3
7	L08	schouder sympt/klachten	5,1	7	L08	schouder sympt/klachten	5,0
8	L99	andere ziekte bew.apparaat	3,5	8	L15	knie symptomen/klachten	3,5
9	L15	knie symptomen/klachten	2,9	9	L18	spierpijn	3,1
10	L18	spierpijn	2,6	10	L99	andere ziekte bew.apparaat	3,1
		overig	37,6			overig	36,3

Oefentherapie, logopedie en RIAGG

De resultaten met betrekking tot oefentherapie, logopedie en de RIAGG zijn opgenomen in tabel 25. Verwijfsingen naar Cesar en Mensendieck zijn samengenomen vanwege de kleine aantallen en de sterke onderlinge gelijkens van het patroon van diagnoses. Het aantal verwijfsingen naar oefentherapie is toegenomen in verhouding tot het aantal verwijfsingen naar fysiotherapie (1 op 12 in 1999 en 1998 tegen 1 op 15 in 1997 en 1 op 22 in 1996).

Vier van de vijf meest voorkomende verwijfsdiagnoses in 1999 naar oefentherapie betreffen rugproblemen. Zij maken ruim 50% van het totaal aantal verwijfsingen naar oefentherapie uit. Dit werd ook gevonden in ander onderzoek (Rijken et al., 1996).

Bij logopedie is spraak-/fonatiestoornis de meest voorkomende verwijfs(symptoom)diagnose, gevolgd door 'specifiek leerprobleem'. Onder deze laatste diagnose valt onder andere dyslexie. In de volgorde van de diagnoses is de afgelopen jaren geen verandering opgetreden.

Het aantal verwijfsingen naar de RIAGG is van 412 in 1998 toegenomen naar 488 in 1999. Bij verwijfsingen naar de RIAGG is 'depressie' veruit de meest voorkomende diagnose gevolgd door 'down/depressief gevoel'. Ruim een op de vier van de naar de RIAGG verwezen patiënten kreeg een van deze diagnoses mee. Ten opzichte van voorgaande jaren is dit een grote stijging. De diagnose 'andere zorgen gedrag kind' is nieuw in de top-5.

Tabel 25 Top-5 van diagnoses in verwijzingen naar oefentherapie Cesar/Mensendieck, logopedie en de RIAGG, 1999 in vergelijking met 1998, 1997 en 1996

		top-5	% in			
		1999	1998	1997	1996	
oefentherapie						
1	L03	lage rugpijn zonder uitstraling	25,6	26,0	24,0	30,8
2	L02	rug symptomen/klachten	12,6	14,0	12,5	10,1
3	L01	nek symptomen/klachten	9,9	7,1	8,8	8,9
4	L86	lage rugpijn met uitstraling	7,7	6,4	6,3	5,5
5	L85	verworven afwijking wervelkolom	5,8	7,3	5,8	5,1
		overig	38,4	39,2	42,6	39,6
logopedie						
1	N19	spraak-/fonatiestoornis	39,6	34,3	38,5	37,3
2	P24	specifiek leerprobleem	26,5	24,5	25,4	23,2
3	R23	symptomen, klachten stem	11,2	14,3	12,9	14,1
4	P10	stamelen, stotteren, tics	9,0	11,1	9,6	7,0
5	K90	CVA	2,2	1,7	1,8	2,1
		overig	11,5	14,1	11,8	16,3
RIAGG						
1	P76	depressie	20,1	17,7	16,8	24,1
2	P03	down/depressief gevoel	6,1	4,6	2,4	1,4
3	P22	andere zorgen gedrag kind	5,3	3,9	2,3	4,6
4	P01	angstig, nerveus, gespannen gevoel	5,1	4,4	4,5	5,6
5	P02	crisis, voorbijgaande stress-reactie	4,9	5,6	5,2	4,2
		overig	58,5	63,8	68,8	60,1

4 CONCLUSIES

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

Conclusies ten aanzien van contactfrequenties

Het aantal contacten met de huisartspraktijk bedraagt in 1999 gemiddeld 6,0 per patiënt. De lichte stijging die we ook al in het jaar daarvoor zagen is dus tot staan gebracht. De stabilisatie doet zich over de gehele linie voor: ziekenfonds- en particulier verzekerden, mannen en vrouwen en in alle leeftijdsgroepen, behalve bij de groep patiënten van 75 jaar en ouder. Bij particulier verzekerden lijkt de afname iets sterker dan bij ziekenfondsverzekerden.

Meer dan de helft van de contacten met de huisartspraktijk komt voor rekening van de huisarts in de vorm van consulten en visites.

Commentaar: Of de stabilisatie doorzet zal in de komende jaren moeten blijken. Op basis van gegevens over een enkel jaar kunnen daaraan geen definitieve conclusies worden verbonden. Een rol hierbij speelt de ontwikkeling van het aantal voorschriften omdat die zich vertalen in contacten en vooral ook contacten in verband met herhaalreceptuur. De stabilisatie van het aantal voorschriften vindt dus zijn weerslag in het aantal contacten.

Conclusies ten aanzien van het voorschrijven van geneesmiddelen

Het aantal voorschriften van medicijnen is in 1999 in vergelijking met 1998 gelijk gebleven met 5,4 per patiënt op jaarbasis. Hiermee lijkt de stijgende trend tot staan te zijn gebracht. De stagnerende groei is waar te nemen bij zowel mannen als vrouwen, ziekenfonds en particulier verzekerden en alle leeftijdsgroepen, behalve bij de ouderen boven de 75 jaar. Onafhankelijk van verzekeringsvorm of geslacht stijgt bij deze groep de prescriptie naar gemiddelde 19,3 recepten per persoon in 1999.

Voor het eerst sinds het begin van de LINH-registratie is paracetamol niet het meest voorgeschreven medicijn: deze is nu gezakt naar de vijfde plaats. De eerste plaats wordt nu ingenomen door oxazepam.

Commentaar:

Gegeven de invoering van de 1-september-maatregel was het te verwachten dat zelfzorgmiddelen als paracetamol en ibuprofen minder zouden worden voorgeschreven. In hoeverre de 1-september-maatregel of de introductie van het Electronisch Voorschrift Systeem van invloed zijn geweest op de breuk in de voortdurende stijging van het aantal voorgeschreven geneesmiddelen is op basis van deze gegevens moeilijk te zeggen.

Conclusies ten aanzien van het verwijzen naar de tweede lijn

De dalende trend in het aantal nieuwe verwijzingen van ziekenfondsverzekerden naar de specialist heeft zich in 1999 voortgezet en ligt nu op 176,7 per 1000 ziekenfondsverzekerde patiënten. Het aantal nieuwe verwijzingen van particulier verzekerden is in 1999 101,5 per 1000 patiënten, waarmee dit tussen het niveau van 1996 en 1997 in ligt (97,2 in 1996 en 104,6 in 1997).

Het aantal verlengingsverwijzingen van ziekenfondsverzekerden is de afgelopen drie jaar met bijna dan de helft afgenomen van 143,8 naar 74,9 per 1000 in 1999. De in 1998 ingezette daling van het aantal achterafverwijzingen zette in 1999 niet door.

Commentaar: Zowel bij ziekenfonds- als particulier verzekerden lijkt er een kentering te zijn opgetreden in de daling c.q. stijging van het verwijscijfer. De dalende lijn in het aantal verlengingsverwijzingen voor ziekenfondspatiënten zette wel door.

Conclusies ten aanzien van het verwijzen naar de eerste lijn

Het verwijscijfer naar fysiotherapie is de laatste drie jaren redelijk stabiel. Er is in de schommeling van verwijscijfers voor particulier en ziekenfondsverzekerde patiënten moeilijk een trend te ontdekken. Voor het vierde achtereenvolgende jaar staan lage rugpijn zonder uitstraling en symptomen en klachten van de nek op nummer 1 en 2. De verhouding verwijzingen fysiotherapie - oefentherapie is vergeleken met 1998 iets verder gedaald naar 1:12.

Het aantal verwijzingen naar de RIAGG is toegenomen. De diagnoses depressie en 'depressief gevoel' nemen hiervan ruim een kwart voor hun rekening.

Commentaar: Over het algemeen is er sprake van een relatief stabiel beeld. De relatieve toename van het aantal verwijzingen naar oefentherapie is conform de aandacht hiervoor in de NHG-standaard lage rugpijn. Overigens lijkt de standaard, die een terughoudend beleid voorschrijft in het verwijzen naar van patiënten met lage rugpijn zonder uitstraling naar fysiotherapie voorschrijft, geen invloed te hebben op het aandeel verwijzingen met diagnose lage rugpijn zonder uitstraling.

LITERATUUR

- Baal, M. van, Trendcijfers gezondheidsenquête; medische consumptie, 1991-1995. Maandbericht Gezondheidsstatistiek CBS 1996/5, 4-25.
- Bakker, D.H. de, P.P. Groenewegen, Kostencijfer huisartsenzorg. Verslag van een onderzoek op verzoek van de Paritaire Werkgroep Huisartsenzorg. Utrecht, NIVEL, 1995.
- Biermans, M.C.J., S.G.M. Adam, D.H. de Bakker, Zelfzorgmiddelen uit het ziekenfondspakket: beleidsevaluatie maatregel buiten-WTG-middelen. Utrecht, NIVEL, 2000.
- Deloitte & Touche, Onderzoek ten behoeve van het FOZ-cijfer huisartsenzorg over de jaren 1993 en 1994. Den Haag, 1994.
- Financieel Overzicht Zorg, 1998.
- Financieel Overzicht Zorg, 1999.
- GIP, GIPrescripties 1991/GIPrescripties 1992. Ziekenfondsraad.
- GIP, Kengetallen Farmaceutische Hulp 89-95. In GIPeilingen juni 1995, 5.
- GIP, Kengetallen Farmaceutische Hulp 1994. In GIPeilingen december 1995, 6.
- Groenewegen, P.P., D.H. de Bakker, J. van der Velden, Verrichtingen in de huisartspraktijk; Basisrapport Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. Utrecht, NIVEL, 1992.
- Hoonhout, L, De invloed van de automatisering op de huisartsenzorg. Scriptie Klinische Informatiekunde AMC, 1999.
- Hutten, J.B.F., C.C. Ros, D.M.J. Delnoij, Evaluatie Algemene Eigen-Bijdrageregeling voor ziekenfondsverzekerden. Eindrapport: Effecten van de Algemene Eigen-Bijdrageregeling. Utrecht, NIVEL, 1998.
- Kulu-Glasgow, I., D. Delnoij, I. Hermans, Ziektekostenverzekeraars en de poortwachtersfunctie van huisartsen. Medisch Contact, 52, 1997, 4, 127-129.
- LINH: naar een Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg. Utrecht: LHV/NHG/NIVEL/WOK, 1996.
- Overbeeke, J.J. van, H.P. Westerhof (red.), WCIA-HIS-Referentiemodel 1995. Deel A: Functionele eisen. Utrecht: NHG/LHV 1996.
- Paritaire Werkgroep Huisartsgeneeskunde, Poortwachter in de praktijk. Utrecht, LHV, 1995.
- Peters, E.Th.J., G.J. Wijering, G.Th. van der Werf, F.M. Haaijer Ruskamp. Naar een indicatiegebonden medicatiebestand in de eerste lijn. Groningen, 1996.
- Registratie Netwerk Groningen, Jaarverslag 1994. Groningen, Vakgroep Huisartsgeneeskunde, 1994.
- Rijken, P.M., C.M. van Heugten, J. Dekker, Brancherapport paramedische zorg. Utrecht, NIVEL, 1996.
- Sebregts, E., L. Stokx, H. van den Hoogen, Het verwijkskaartensysteem onder de loep. Medisch Contact 50, 1995, 23, 735-739.
- Spaan, J.M., S. Vocking, De intramurale gezondheidszorg in cijfers per 1 januari 1998. Utrecht: NZi, 1998.

- Stokx, L.J., J. van der Velden, R.P.T.M. Grol, B.J.J.M. Berden, De noodzaak van goede informatievoorziening in de gezondheidszorg. De plaats van de huisartsgeneeskunde. Medisch Contact 1994 (49); 18: 611-13.
- Stokx, L.J., M. Foets, D.H. de Bakker, H. Flierman, Het voorschrijven van geneesmiddelen in de huisartspraktijk. Utrecht, NIVEL, 1992.
- Tacken, M. H. van den Hoogen, W. Tiersma, D. de Bakker, J. Braspenning, De influenzavaccinatiecampagne 1998. Utrecht/Nijmegen: NIVELWOK 1999.
- Terluin, B., D.H. de Bakker, P. Verhaak, Het gebruik van de diagnoses surmenage en depressie in de huisartspraktijk. H&W, 1993; 36 (10), p. 314-321.
- Uunk, W., J. Dekker, P. Groenewegen, Verwijzingen van huisartsen naar fysiotherapeuten: morbiditeitspecifieke verwijzpercentages. Utrecht, NIVEL, 1991.
- Velden, J. van der, D.H. de Bakker, A.A.M.C. Claessens, F.G. Schellevis, Morbiditeit in de huisartspraktijk; Basisrapport Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. Utrecht, NIVEL, 1991.

BIJLAGE 1 Representativiteit LINH

De representativiteit van de deelnemers aan LINH is nagegaan op huisartsniveau. De gegevens zijn ontleend aan de Huisartsenregistratie van het NIVEL, tenzij anders vermeld, en hebben betrekking op de situatie op 31 december 1999.

Tabel 1 Huisarts- en praktijkkenmerken: LINH versus alle Nederlandse huisartsen op 31-12-1999 (kolompercentages)

	LINH	Nederland	chi ²
sexe			
man	70,2	74,8	
vrouw	29,8	25,2	n.s.
leeftijd			
< 35 jaar	8,3	5,9	
35-39	14,9	14,6	
40-44	22,0	22,1	
45-49	31,5	24,5	
50-54	17,9	21,0	
55+	5,4	11,8	n.s.
vestigingsduur			
tot 5 jaar	26,2	25,3	
6-10 jaar	17,3	17,0	
11-15 jaar	17,9	15,2	
16-20 jaar	16,7	17,9	
21-25 jaar	16,7	16,4	
26 jaar en meer	5,4	8,3	n.s.
praktijkvorm			
solopraktijk	29,8	44,8	
duopraktijk	25,0	31,6	
groepspraktijk	22,6	15,0	
gezondheidscentrum	22,6	8,6	p<.01
dagdelen werkzaam			
0-4	13,7	12,1	
5-6	16,1	15,9	
7-8	19,0	10,6	
9-10	51,2	61,5	n.s.
apotheekhoudend			
apotheekhoudend	4,8	8,3	
bij apotheekhouder	2,4	2,9	
geen apotheek	92,9	88,8	n.s.
n	168	7824	

ad 1 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 1999 toen 168 huisartsen aan LINH deelnamen (zie tabel 1). Tussen de LINH huisartsen populatie en de Nederlandse huisartsen populatie zijn er geen statistisch significante verschillen voor wat betreft geslacht, leeftijd, vestigingsduur, het aantal dagdelen dat men werkzaam is en het aantal artsen werkzaam in een apotheekhoudende praktijk. Wel werken er meer LINH artsen in een gezondheidscentrum of groepspraktijk en minder in een solopraktijk dan men van een representatieve steekproef zou verwachten.

ad 2 Geografische spreiding

Tabel 2 laat zien hoe de geografische spreiding van de LINH-huisartsen zich verhoudt tot die van alle Nederlandse huisartsen samen. De verdeling over provincies, landsdelen en de mate van stedelijkheid van de vestigingsplaats wijkt niet statistisch significant af van het landelijk beeld.

Tabel 2 Vestigingsplaatskenmerken: LINH-huisartsen versus Nederlandse huisartsen op 31-12-1999 (kolompercentages)

	LINH	Nederland	chi ²
provincie			
Groningen	4,2	3,6	
Friesland	2,4	4,0	
Drenthe	1,2	3,1	
Overijssel	7,1	6,4	
Flevoland	5,4	2,2	
Gelderland	13,1	12,1	
Utrecht	6,0	7,5	
Noord-Holland	17,9	16,9	
Zuid-Holland	14,9	21,0	
Zeeland	3,0	2,3	
Noord-Brabant	13,1	13,8	
Limburg	11,9	7,2	n.s.
landsdeel			
noord (gr fr dr)	7,7	10,6	
oost (ov gld fl)	25,6	20,7	
west (ut nh zh)	38,7	45,4	
zuid (zee nb lim)	28,0	23,3	n.s.
stedelijkheid			
zeer sterk stedelijk	17,3	18,7	
sterk stedelijk	30,4	23,8	
matig stedelijk	14,3	20,1	
weinig stedelijk	28,0	21,5	
niet stedelijk	10,1	15,9	n.s.
n	168	7824	

ad 3 Praktijkpopulaties

De gemiddelde praktijkomvang per huisarts is begin 1998 in LINH 2211. Per zelfstandig gevestigde huisarts waren er op 1 januari 1998 in Nederland 2249 patiënten. Dit stemt dus goed overeen.

Wat betreft de samenstelling van de praktijkpopulatie kon een vergelijking worden gemaakt naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm. Dit is gedaan voor het hele bestand (op dat moment 334.545 patiënten). Vergeleken is met gegevens van de Ziekenfondsraad en KLOZ/KPZ. Deze gegevens hebben betrekking op alle ziekenfondsverzekerden respectievelijk alle particulier verzekerden in Nederland.

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

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

	mannen LINH	mannen Nederland ¹	vrouwen LINH	vrouwen Nederland ¹
ziekenfonds				
0-4	1,9	1,8	1,8	1,7
5-14	3,4	3,4	3,3	3,2
15-24	3,9	3,9	4,0	3,9
25-44	10,0	10,3	11,2	11,6
45-64	6,1	6,3	7,5	7,9
65-74	2,2	2,4	2,9	3,1
75 eo	1,4	1,5	2,7	3,1
totaal	28,9	29,6	33,5	34,5
particulier				
0-4	1,3	1,3	1,3	1,4
5-14	3,2	2,9	3,0	2,9
15-24	2,3	2,0	2,2	2,0
25-44	6,4	5,7	4,6	4,1
45-64	5,9	6,0	4,0	4,0
65-74	1,0	1,2	1,0	1,0
75 eo	0,6	0,6	0,9	0,8
totaal	20,7	19,7	16,9	16,2
overall-totaal	49,6	49,3	50,3	50,7

1 Bron: GIP / College voor Zorgverzekeringen. Gemiddelden over 1999.

Conclusie

De conclusie is dat de aan LINH deelnemende praktijken een goede afspiegeling vormen van de Nederlandse huisartsenpopulatie. Dat geldt in sterke mate als het gaat om de

gemiddelde praktijkomvang en de samenstelling van de praktijkpopulatie. Ook geldt het voor het percentage vrouwelijke artsen en apotheekehoudenden alsmede de verdeling over de leeftijdscategorieën en de vestigingsperiodes.

Ondervertegenwoordigd zijn huisartsen in solopraktijken in het westen des lands. Het percentage part-timers ligt iets hoger in LINH dan landelijk. De verdeling over de urbanisatiegraden wijkt ook enigszins af van het landelijk beeld.

BIJLAGE 2 **Belangrijkste resultaten enquête**

Inleiding

In het voorjaar van 2000 is de derde jaarlijkse enquête onder de huisartsen uitgevoerd. Het doel van de enquête was ten eerste inzicht verkrijgen in de volledigheid van de verstrekte gegevens door te vragen wat wel en wat niet door huisartsen in het HIS wordt vastgelegd. Het tweede doel was inzicht verkrijgen in de gebruikte coderingen op plaatsen waar variatie tussen huisartsen werd vermoed. De uitkomsten van de enquête vormt een ondersteuning voor de onderzoekers bij de interpretatie van de uit de Huisarts Informatie Systemen geëxtraheerde gegevens. De contact personen van 84 praktijken ontvingen de enquête, met een verzoek om deze namens de hele praktijk in te vullen. Zevenenzestig van hen stuurde deze ingevuld terug. De enquête bevatte vragen over de registratie van contacten, verwijzingen binnen de eerste lijn, prescriptie en algemene vragen rondom LINH. Verder is de contactpersonen gevraagd om de gegevens van hun praktijk-medewerkers te actualiseren.

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

Contacten

De huisarts en de assistente leggen contacten met patiënten systematisch vast. Er is enige variatie op een aantal punten:

- telefonische contacten: in het algemeen worden consulten tijdens het telefonisch spreekuur en telefonische contacten met de vraag om een recept of een verwijzing systematisch vastgelegd; telefonische vragen om informatie worden door ruim de helft van de huisartsen en een minderheid van de assistentes ingevoerd;
- visites: ruim driekwart van de deelnemers legt visites systematisch in de computer vast; de overigen registreren deze alleen bij particuliere patiënten en/of indien een verwijzing of een prescriptie plaatsvindt;
- spreekuur in verzorgingshuizen: bijna eenderde van de LINH-praktijken houdt spreekuur in verzorgingshuizen. Zeventien van deze praktijken leggen de contacten, verwijzingen en prescriptie in de meeste gevallen vast, voor de overige behoort dit niet toe de standaardroutine.

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. De resultaten staan in tabel 6 voor de tweedelijns- en 7 voor de eerstelijnsverwijzingen.

- nieuwe ziekenfondsverwijzingen en verwijzingen van particulier verzekerden worden het meest volledig vastgelegd; 85% respectievelijk 73% geeft aan deze voor meer dan 90% vast te leggen; de rest voor het overgrote deel meer dan 75%;
- verlengings- en achterafverwijzingen worden duidelijk minder goed vastgelegd; een kleine 40% registreert meer dan 90% van de herhaalverwijzingen, terwijl iets minder dan de helft van de huisartspraktijken achterafverwijzingen vastlegt. De dalende trend weerspiegelt het beleid bij een aantal ziekenfondsen dat de verwijskaart heeft

afgeschaft. Per 1 januari 2000 is het ook in het kader van de LINH-registratie niet meer verplicht deze te registreren;

- verwijzingen naar de fysiotherapie en de oefentherapie wordt door zo'n 60% van de huisartspraktijken meestal vastgelegd. Voor de RIAGG geldt dit voor iets meer dan eenderde van de praktijken.

Prescriptie

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

Variatie is er op de volgende punten:

- nieuwe specialistreceptuur wordt (voor zover door de specialist gerapporteerd) in eenderde van de huisartspraktijken systematisch vastgelegd en nog eens in ruim een vijfde deels. Bijna de helft legt nieuwe specialistreceptuur niet vast;
- herhaalreceptuur van specialisten wordt in ruim de helft van de praktijken systematisch vastgelegd en in een kwart van de praktijken niet;
- receptuur tijdens visites wordt in ruim driekwart van de praktijken systematisch vastgelegd en in bijna een vijfde van de praktijken deels;
- hetzelfde geldt voor magistrale receptuur: ruim driekwart van de praktijken legt deze systematisch vast en bijna een vijfde van de praktijken deels;
- voorschriften van verbandmiddelen wordt in bijna de helft vastgelegd, terwijl de overigen dat niet doen (8%) of deels (40%).

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

	aantal praktijken	% praktijken
altijd	52	78
alleen contacten particulieren	8	12
anders	6	9
niet bekend	1	1
totaal	67	100

Tabel 2 Het vastleggen van informatie in het HIS uit telefonische contacten door.... (%) (n=67)

	altijd	vaak	regel- matig	soms	nooit	onbe- kend	totaal
assistente(s):							
- telefonische vraag om informatie	12	15	19	34	15	5	100
- telefonische vraag om recept	81	5	1	3	7	3	100
- telefonische vraag om verwijzing	48	15	3	6	22	6	100
huisarts(en):							
- consult tijdens telefonisch spreekuur	58	16	15	8	--	3	100
- telefonische vraag om informatie	30	30	13	18	6	3	100
- telefonische vraag om recept	82	10	3	--	3	2	100
- telefonische vraag om verwijzing	81	12	--	3	3	1	100
- andere telefonische contacten	23	34	18	16	3	6	100

Tabel 3 Het vastleggen van visites in het HIS*

	n	%
altijd	52	78
alleen bij particuliere patiënten (t.b.v. declaratie)	8	12
deels, indien prescriptie plaatsvindt	7	10
deels, indien een verwijzing plaatsvindt	3	4
nooit	0	0
anders	7	10
totaal*	77	114

* het was mogelijk meer dan één antwoordcategorie in te vullen

Tabel 4 Het vastleggen van de contacten in het HIS van de waarnemende collega's met de praktijkpatiënten tijdens de diensten (%)

	altijd	vaak	regel- matig	soms	nooit	onbekend	totaal
visites	85	8	4	0	3	0	100
spreekuurconsulten	81	10	5	1	3	0	100
telefonische consulten	43	20	16	16	5	0	100
verwijzingen	60	15	8	4	13	0	100
prescriptie	55	18	6	8	12	1	100

Tabel 5 Het vastleggen van de informatie in het HIS uit de contacten in het verzorgingshuis (21 van de huisartspraktijken of 31% organiseren spreekuur in een verzorgingshuis)

	altijd	vaak	regelmatig	soms	nooit	onbekend
contacten	13	4	1	1	1	1
verwijzingen	15	2	--	2	1	1
prescriptie	14	2	1	1	2	1

Tabel 6 Het registreren van verwijzingen naar de specialist

schatting % geregisteerde verwijzingen	ziekenfonds			particulier
	nieuw	herhaal ¹	achteraf ¹	
<25%	0	25	21	0
25-49%	1	3	2	3
50-74%	3	6	9	3
75-89%	8	14	12	16
90-99%	60	29	36	54
100%	25	10	10	19
onbekend	3	13	10	5
totaal	100	100	100	

1 niet meer verplicht voor LINH vanaf 1/1/2000

Tabel 7 Het registreren van verwijzingen naar de eerste lijn

schatting % geregisteerde verwijzingen	fysiotherapie	oefentherapie	RIAGG	eerste lijns psycholoog ¹	logopedie ¹
	<25%	5	6	11	4
25-49%	3	3	3	5	5
50-74%	8	5	23	18	17
75-89%	18	22	21	15	12
90-99%	49	46	24	25	31
100%	13	13	13	11	13
onbekend	4	5	5	22	16
totaal	100	100	100	100	100

1 verplicht voor LINH vanaf 1/1/2000

Tabel 8 Het registreren van bepaalde soorten voorschriften in het HIS (% praktijken, n=67)

	wel geregistreerd	deels	niet geregistreerd	onbekend	totaal
nieuwe voorschriften	97	0	0	3	100
herhaalrecepten	93	4	0	3	100
specialistreceptuur (nieuw)	34	21	42	3	100
specialistreceptuur (herhaal)	58	13	26	3	100
receptuur tijdens visites	78	18	1	3	100
magistrale receptuur	78	15	4	3	100
verbandmiddelen e.d.	49	40	8	3	100

Tabel 9 Schatting percentage geregistreerde receptuur van die praktijken die aangeven bepaalde soorten voorschriften deels te registreren

	< 25 %	25-49%	50-74%	75-100%	n
specialistreceptuur (nieuw)	2	7	3	1	13
specialistreceptuur (herhaal)	--	2	5	1	8
receptuur tijdens visites	--	2	7	3	12
magistrale receptuur	--	1	4	4	9
verbandmiddelen e.d.	1	1	14	7	23

BIJLAGE 3: Nieuwe verwijzingen

Tabel Nieuwe verwijzingen naar de medisch specialist vanuit de huisartspraktijk per 1000 ingeschreven patiënten per jaar naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm: 1996-1999

	1996	1997	1998	1999	verschil '98-'99	verschil '96-'99	gem. jrl. % groei '96-'99 ¹
ziekenfonds: mannen							
0-4	205	220	204	179	-25,0	-26,0	-4,1%
5-14	110	111	105	94	-11,0	-16,0	-5,0%
15-24	90	91	80	79	-1,0	-11,0	-4,1%
25-44	136	134	129	122	-7,0	-14,0	-3,5%
45-64	203	200	199	189	-10,0	-14,0	-2,3%
65-74	296	302	284	263	-21,0	-33,0	-3,8%
75 +	326	328	300	331	31,0	5,0	0,8%
<i>totaal</i>	<i>166,9</i>	<i>165,0</i>	<i>159,0</i>	<i>152,3</i>	<i>-6,7</i>	<i>-14,6</i>	<i>-3,0%</i>
ziekenfonds: vrouwen							
0-4	160	158	149	134	-15,0	-26,0	-5,7%
5-14	103	102	97	88	-9,0	-15,0	-5,1%
15-24	160	153	148	135	-13,0	-25,0	-5,5%
25-44	210	208	201	195	-6,0	-15,0	-2,4%
45-64	262	259	247	235	-12,0	-27,0	-3,5%
65-74	306	303	287	282	-5,0	-24,0	-2,7%
75 +	320	310	287	273	-14,0	-47,0	-5,1%
<i>totaal</i>	<i>220,7</i>	<i>215,5</i>	<i>206,9</i>	<i>197,8</i>	<i>-9,1</i>	<i>-22,9</i>	<i>-3,6%</i>
particulier: mannen							
0-4	122	116	124	118	-6,0	-4,0	-1,0%
5-14	55	65	56	64	8,0	9,0	6,2%
15-24	46	47	47	50	3,0	4,0	2,9%
25-44	63	73	78	73	-5,0	10,0	5,4%
45-64	105	114	118	117	-1,0	12,0	3,7%
65-74	177	198	208	188	-20,0	11,0	2,4%
75 +	153	181	194	189	-5,0	36,0	7,6%
<i>totaal</i>	<i>84,8</i>	<i>92,8</i>	<i>95,8</i>	<i>91,8</i>	<i>-4,0</i>	<i>7,0</i>	<i>2,8%</i>
particulier: vrouwen							
0-4	105	97	103	87	-16,0	-18,0	-5,7%
5-14	57	61	59	57	-2,0	0,0	0,1%
15-24	77	79	74	80	6,0	3,0	1,5%
25-44	104	123	118	114	-4,0	10,0	3,6%
45-64	147	156	153	154	1,0	7,0	1,6%
65-74	185	193	187	200	13,0	15,0	2,7%
75 +	158	179	177	183	6,0	25,0	5,2%
<i>totaal</i>	<i>112,2</i>	<i>119,3</i>	<i>116,5</i>	<i>113,8</i>	<i>-2,7</i>	<i>1,6</i>	<i>0,6%</i>

¹ Berekening: (((1997-1996)/1996)+((1998-1997)/1997)+((1999-1998)/1998))/3 x 100%

BIJLAGE 4 Publicaties en lezingen 1999

Onderstaand overzicht bevat alle publicaties in 1999 waarin niet-elders gepubliceerde gegevens van LINH zijn gebruikt dan wel publicaties in het kader van LINH-projecten.

Rapporten

Bakker, D. de, H. Abrahamse, H. van den Hoogen, J. Braspenning, T. van Althuis, R. Rutten. Jaarrapport LINH 1998. Contactfrequenties en verrichtingen in het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH). Utrecht/Nijmegen: NIVEL/WOK, 1999.

Bakker, D. de, Jabaaij, L., Lisdonk, E. van de, Hoogen, H. van den, Engeland, H. van, Buitelaar. Ritalin gebruik in de huisartspraktijk. Analyses op gegevens van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) ten behoeve van de Gezondheidsraad. Intern rapport. Utrecht/Nijmegen: NIVEL/WOK, 1999.

Eijkelenburg-Waterreus, Y. van, F. Schellevis, J. Harbers, W. Tiersma, H. van den Hoogen, D. de Bakker, Ontwikkeling van een detectieprogramma voor het optimaliseren van probleemlijsten. Landelijk InformatieNetwerk Huisartsenzorg. Utrecht/Nijmegen: NIVEL/WOK 1999.

Hoonhout, L., De invloed van de automatisering op de huisartsenzorg. Scriptie Medische Informatiekunde Universiteit van Amsterdam, 1999.

Tacken, M., H. van den Hoogen, J. Mulder, D. de Bakker, J. Braspenning, Monitoring van de cervix-screening in het kader van het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker 1998. Utrecht/Nijmegen: NIVEL/WOK, 1999.

Tacken, M. H. van den Hoogen, W. Tiersma, D. de Bakker, J. Braspenning, De influenzavaccinatiecampagne 1998. Utrecht/Nijmegen: NIVEL/WOK 1999.

Weide, M., L. Van der Velden, D. de Bakker, N. Welling, Praktijkondersteuners in de huisartspraktijk: verwachtingen ten aanzien van het aantal controle-consulten bij diabetes- en astma/COPD-patiënten. Rapport gemaakt in opdracht van LHV/ZN. Utrecht, NIVEL, 1999.

Artikelen

Delnoij, D.M.J., J.B.F. Hutten, C.C. Ros, P.P. Groenewegen, R.D. Friele, E. Van de Lisdonk, D.H. de Bakker, Effecten van eigen bijdragen in het ziekenfonds in Nederland. TSG 77, 1999, 406-412.

Delnoij, D.M.J., P.P. Groenewegen, C.C. Ros, J.B.F. Hutten, R.D. Friele. Sachstand und neue Entwicklungen der Zuzahlungsreglungen in den Niederlanden - Beispiel für Deutschland? In: Rüdiger Vogel H., K. Hässner (eds). Selbstbeteiligung im deutschen Gesundheitswesen. Stuttgart - New York: Georg Thieme Verlag, 1999: 39-45.

Dooren, C. van, L.W.A. van Suylekom-Smit, J.C. van der Wouden, Astma bij kinderen; de verwijzing als startpunt voor transmurale samenwerking. Tijdschrift voor huisartsgeneeskunde, 16, 4, 1999, 205-210.

Eijkelenburg-Waterreus, J.J.H. van, H.J.A.M. Geboers, D.H. de Bakker, F.G. Schellevis. Het classificeren van deelcontacten met de ICPC; problemen bij het afgrenzen en herdefiniëren van episoden. H&W 1999 42, 13, 609-612, 625.

Schellevis, F.G., G.P. Westert, D.H. de Bakker, M. Foets, J. van der Velden. Kritisch lezen van informatie uit grote registratiebestanden. H&W 1999 42, 13, 591-596, 601.

Lezingen

Bakker, D.H. de. Use of databases in quality of care research. College cursus onderzoeksscholen CARE/NIHES: Research on Quality of Care: Study designs and applications. 1 december 1998, 30 november 1999.

Eijkelenburg, J.J.H. van, Computergestuurd laboratoriumaanvragen in LINH. Bijdrage aan workshop EMD-congres 1999.

Hoonhout, L., G. Westert, D.H. de Bakker, De invloed van de automatisering op de huisartsenzorg. Lezing NHG-referatendag, Leiden, 11 juni 1999.

Tacken, M., J. Braspenning, H. van den Hoogen, D. de Bakker, R. Grol, The 'LINH-project', a national computerized information network to evaluate the quality of care in general practice. Lezing WONCA mei 1999, Majorca.

Andere publicaties over LINH-data:

Zelfzorgmiddelen in het ziekenfondspakket

Auteurs: M.C.J. Biermans, S.G.M. Adam, D.H. de Bakker

Utrecht: Nivel, 2000, 47 pag., fl 15,75

In dit rapport wordt verslag gedaan van een onderzoek naar de effecten van de uitsluiting van buiten WTG-middelen van de ziekenfondsvergoeding per 1 september 1999. Onderzocht zijn de uitvoeringstechnische consequenties van deze maatregel, de effecten op het voorschrijfgedrag van huisartsen en de financiële effecten voor chronische zieken.

"Mag blijvend herhaald worden". Een voorstudie naar herhaalreceptuur in Nederland

Auteurs: D. Coffie, L. van Dijk, F. Dijkers en D. de Bakker

Utrecht, Nivel, 2000, 64 pag., fl 20,00

In 1988 was 42% van de in de huisartspraktijk voorgeschreven recepten een herhaalrecept: een recept waarbij geen direct contact is geweest tussen huisarts en patiënt. Het onderwerp herhaalreceptuur heeft zich tot nu toe echter nauwelijks de belangstelling van beroepsbeoefenaren en beleidsmakers. De kennis over herhaalreceptuur vertoont dan ook hiaten. In opdracht van het College van Zorgvoorzieningen heeft het Nivel een voorstudie gedaan naar herhaalreceptuur in Nederland om de kennis (en de hiaten hierin) op een rijtje te zetten. De resultaten van deze voorstudie laten zien dat de omvang van de herhaalreceptuur sinds de jaren tachtig alleen maar toegenomen is (van 42 naar ruim 50%). Er is een bedrag van anderhalf miljard gulden per jaar mee gemoeid. Opvallend is dat er binnen huisartspraktijken nauwelijks expliciete afspraken zijn over de afhandeling van herhaalreceptuur. Het rapport "Mag blijvend herhaald worden" geeft een aantal suggesties over hoe herhaalreceptuur in de huisartspraktijk te organiseren. Daarnaast bevat het rapport een aantal voorstellen voor mogelijke interventies om ongewenste herhaalreceptuur terug te dringen.

Evaluatie invoering Elektronisch Voorschrijf Systeem; Voorfase: ontwikkeling meetsystematiek

Auteurs: I. Wolters, L. van Dijk, J. van Vliet, D. de Bakker

Utrecht, Nivel, 2000, 60 pag., fl. 19,00

Het Elektronisch Voorschrijf Systeem (EVS) is een computer-programma waarmee huisartsen tijdens het consult op efficiënte wijze een advies met betrekking tot het voorschrijven van medicijnen kunnen krijgen uitgaande van de gestelde diagnose. Dit systeem wordt met financiële steun van VWS landelijk ingevoerd door de Landelijke Huisartsen Vereniging en het Nederlands Huisartsen Genootschap. Er worden aanzienlijke besparingen op de geneesmiddelen van verwacht. Het Nivel voert de monitoring de effecten van de invoering. In dit rapport wordt de meetsystematiek beschreven volgens welke deze monitoring plaatsvindt. Beschreven wordt hoe de jaarlijkse 'besparing' als gevolg van de introductie van het EVS wordt berekend en welke informatie voor tussentijdse bijsturing wordt verzameld. Gebruik wordt gemaakt van gegevens van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg, aangevuld met prescriptiegegevens van praktijken buiten dit registratienetwerk en schriftelijke enquêtes.

