

*De Tweede Nationale Studie*  
naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk

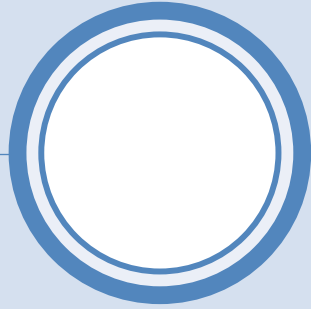


Dit rapport is een uitgave van het NIVEL in 2004. De gegevens mogen met bronvermelding (M Cardol, L van Dijk, JD de Jong, DH de Bakker, GP Westert. *Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Huisartsenzorg: wat doet de poortwachter?* Utrecht/Bilthoven: NIVEL/RIVM, 2004.) worden gebruikt.

Het rapport is te bestellen via [receptie@nivel.nl](mailto:receptie@nivel.nl).

Kijk voor actuele informatie op de website van de Tweede Nationale Studie:

<http://www.nivel.nl/nationalestudie>



# Samenvatting en beschouwing

## Samenvatting

11

### *Huisartsenzorg: contacten met de huisartspraktijk*

**Vergeleken met 1987 is de vraag naar huisartsenzorg gestegen. Ruim driekwart van de bevolking heeft in 2001 één of meerdere keren contact met de huisartspraktijk. Dit is niet veranderd sinds 1987. Het aantal contacten per patiënt per jaar nam echter wel met 10% toe. Met name onder oudere patiënten is het aantal contacten per patiënt toegenomen.**

In 2001 hebben patiënten gemiddeld zes keer per jaar contact met de huisartspraktijk (met huisartsen en/of assistenten). De contactfrequentie verschilt naar leeftijd, sekse, type verzekering en afkomst. Patiënten ouder dan 75 jaar hebben in 2001 gemiddeld 16 contacten met de huisartspraktijk per jaar. Vrouwen hebben vaker contact met de huisartspraktijk dan mannen. Ziekenfondsverzekerden hebben meer contacten dan particulier verzekerden, het verschil tussen ziekenfonds en particulier verzekerden is het grootst onder ouderen. De contactfrequentie van personen met een niet-westerse achtergrond is, met uitzondering van jongeren in de leeftijd van 15 tot 25 jaar, hoger dan die van personen met een westerse achtergrond uit dezelfde leeftijdscategorie. Van al de in het rapport onderzochte aandoeningen hebben patiënten met psychische klachten en/of chronische aandoeningen de meeste contacten met de huisartspraktijk.

### *Verschillen tussen huisartspraktijken*

**Contactfrequenties (per patiënt per jaar) verschillen tussen huisartspraktijken. Er bestaat vooral variatie tussen huisartsen en tussen praktijken in de contactfrequenties van ouderen en van patiënten die de eigen gezondheidstoestand als ‘niet goed’ beoordelen. De verschillen blijven zichtbaar ook als er rekening wordt gehouden met verschillen in ingeschreven praktijkpopulatie.**

Een deel van deze verschillen in contactfrequenties hangt samen met verschillen in praktijkkenmerken zoals praktijkvorm en de mate van verstedelijking. De gemiddelde contactfrequentie is bijvoorbeeld hoger in gezondheidscentra dan in solopraktijken en de contactfrequentie in stedelijke gebieden is lager dan in de wat meer landelijke gebieden. Huisartsen die in dezelfde praktijk werken komen voor wat betreft gemiddelde contactfrequenties per patiënt meer overeen dan huisartsen die niet met elkaar samenwerken.

*Ziekten en diagnoses*

Patiënten hebben jaarlijks gemiddeld zes keer contact met de huisartspraktijk. Gemiddeld gaat het hierbij om vier verschillende gezondheidsklachten. Voor bijna 80% van de klachten consulteren patiënten slechts éénmalig de huisarts. Het aantal klachten en ziekten waarvoor men in een jaar de huisarts consulteert neemt toe met de leeftijd.

Patiënten consulteren de huisartspraktijk met veel verschillende klachten en gezondheidsvragen. De Top tien beslaat 19% van alle geregistreerde redenen voor contact met de huisarts. In deze Top tien staan bovenste luchtweginfecties bovenaan (inclusief hoesten: 4,5% van alle redenen voor contact), gevolgd door eczeem (3,8%), de anticonceptiepil (2,5%), hypertensie (2,3%), urineweginfecties (1,8%) en lage rugpijn (1,6%). Degenen die de eigen gezondheid als matig of slecht beoordelen consulteren vaker de huisarts voor psychische klachten.

12

*Soort contact*

De meeste contacten vinden in de huisartspraktijk plaats. Van de contacten met alleen huisartsen is 74% een spreekuurcontact in de praktijk, 8,5% betreft een visite. De overige 18% van de huisartscontacten zijn telefonische of overige (bijvoorbeeld administratieve) contacten. Vergeleken met 1987 is het percentage visites gedaald van 17% naar bijna 9% van alle contacten met huisartsen. Het aantal telefonische contacten met huisartsen nam toe van 4% naar 11%.

Ongeveer 70% van de contacten van assistenten bestaan uit telefonische of overige (zoals administratieve) contacten en 30% uit contacten met patiënten in de huisartspraktijk. Huisartsen gaan bij patiënten met een niet-westerse achtergrond minder vaak op visite dan bij patiënten met een westerse achtergrond. Patiënten met een niet-westerse culturele achtergrond hebben minder vaak telefonisch contact met de huisartspraktijk, zij komen vaker op het spreekuur van de huisarts.

*Duur van contacten met de huisarts*

Vergeleken met 1987 is de gemiddelde consultduur met huisartsen in 2001 niet veranderd. Een verdeling van de consultduur in categorieën laat wel zien dat er meer consulten zijn die langer dan tien minuten duren. Consulten waarin sociale of psychische problematiek een rol speelt, nemen gemiddeld de meeste tijd in beslag.

In 2001 duurt bijna de helft van de spreekuurcontacten met huisartsen zes tot tien minuten, 40% van de consulten duren langer dan tien minuten, ongeveer 14% van de consulten duren korter dan zes minuten. Jongeren tot en met 18 jaar hebben gemiddeld wat kortere consulten met huisartsen. De gemiddelde duur van een consult neemt niet zichtbaar toe met de leeftijd.

*Wat huisartsen doen*

Huisartsen en assistenten handelen ongeveer 96% van alle contacten zelf af. In 4% van de contacten vindt verwijzing binnen de eerste lijn of een nieuwe verwijzing naar de tweede lijn plaats. De huisarts fungeert als poortwachter. Vergeleken met 1987 voeren huisartsen in 2001 minder verrichtingen zelf uit. Praktijkassistenten hebben een deel van deze taken overgenomen.

*Diagnostiek en behandeling*

Afgezien van lichamelijk onderzoek doen huisartsen diagnostisch onderzoek in 13% van alle huisartscontacten. Diagnostisch onderzoek vindt vooral plaats bij patiënten vanaf 45 jaar. Procentueel gezien komt diagnostisch onderzoek in de praktijk het meeste voor in contacten met patiënten

**vanaf 65 jaar, aanvragen voor diagnostisch onderzoek buiten de praktijk gebeuren vaker in contacten met 20-64 jarige patiënten.**

Voor het eerst sinds 1987 zijn er geactualiseerde gegevens over verrichtingen door huisartsen en assistenten anders dan over het voorschrijven van geneesmiddelen of het verwijzen van patiënten. In 2001 is van alle geregistreerde diagnostische verrichtingen een bloeddrukmeting de meest voorkomende verrichting. Een bloeddrukmeting gebeurt in 8% van alle contacten met huisartsen en meestal in verband met de diagnose hypertensie. Ook assistenten doen veelvuldig bloeddrukmetingen. Bloedonderzoek vindt plaats in 4% van alle huisartscontacten. Sinds 1987 nam het aantal aanvragen voor bloedonderzoek buiten de praktijk iets toe, terwijl er minder vaak bloedonderzoek in de praktijk wordt geregistreerd. Vanaf de leeftijd van 45 jaar vindt bloedonderzoek meestal plaats in verband met de diagnose diabetes mellitus, onder de 45 jaar vormt de klacht 'moeheid' vaak de aanleiding voor bloedonderzoek. Urineonderzoek vindt plaats in bijna 2% van alle huisartscontacten. Het aantal kleine chirurgische ingrepen bleef nagenoeg constant, maar inhoudelijk heeft er een verschuiving plaatsgevonden. Huisartsen behandelen minder frequent wonden, en vaker goedaardige gezwellen of moedervlekken.

13

Procentueel gezien vindt er vaker diagnostisch onderzoek in of buiten de praktijk plaats in contacten met particulier verzekerde patiënten. Diagnostisch onderzoek en behandeling in de praktijk vinden vaker plaats in contacten met particulier verzekerde patiënten met een westerse achtergrond. Dit is met name het geval voor een bloeddrukmeting. In contacten met ziekenfondsverzekerden met een niet-westerse achtergrond wordt vaker diagnostisch onderzoek aangevraagd.

In tegenstelling tot het diagnostisch onderzoek, verschilt het percentage contacten waarin behandeling (bijvoorbeeld: oor uitspuiten, kleine chirurgie) en advies (bijvoorbeeld ten aanzien van werkstaking) plaatsvindt niet tussen leeftijdsgroepen. Het vóórkomen van de in het rapport genoemde typen advies verschilt niet naar de culturele achtergrond van de patiënt.

#### *Voorschrijven van geneesmiddelen*

**Van de bestudeerde verrichtingen komt het voorschrijven van geneesmiddelen het meest voor: in 57% van alle contacten schrijven huisartsen één of meer recepten uit. Het aantal geneesmiddelvoorschriften per patiënt nam toe sinds 1987, met name voor patiënten van 75 jaar en ouder.**

In 1987 schreven huisartsen per ingeschreven patiënt per jaar ongeveer vier geneesmiddelen voor. In 2001 schrijven huisartsen jaarlijks gemiddeld bijna zes geneesmiddelen per patiënt voor, maar vaker voor een kortere periode. In eerste consulten schrijven huisartsen minder vaak voor dan in vervolconsulten. Vrouwen van 75 jaar en ouder krijgen de meeste geneesmiddelen voorgeschreven; gemiddeld bijna 18 per persoon per jaar, tegenover 15 geneesmiddelen voor mannen uit deze leeftijdscategorie. Middelen voor het hart- en vaatstelsel behoren zowel bij mannen als vrouwen tot de meest voorgeschreven geneesmiddelen. Bij vrouwen worden deze op latere leeftijd voorgeschreven. Anticonceptie maakt vanzelfsprekend een groot deel uit van de voorgeschreven middelen voor vrouwen in de vruchtbare leeftijd. Er zijn grote verschillen tussen aandoeningen in de mate waarin huisartsen geneesmiddelen voorschrijven. Huisartsen schrijven het meest frequent medicijnen voor in verband met slaapstoornissen. In ongeveer 94% van de contacten in verband met slaapproblemen krijgen patiënten een recept.

*Verwijzingen binnen de eerste lijn en naar de tweede lijn*

Per 1000 ingeschreven patiënten verwijzen huisartsen 99 keer per jaar binnen de eerste lijn (1,6% van alle contacten). Het aantal nieuwe verwijzingen naar de tweede lijn is 153 per 1000 ingeschreven patiënten (2,5% van alle contacten). Het aantal verwijzingen naar medisch specialisten lijkt sinds 1987 gedaald. Het aantal verwijzingen naar de fysiotherapie bleef de laatste jaren redelijk stabiel. Uit recente LINH-gegevens blijkt echter in 2002 een afname van het aantal verwijzingen naar de fysiotherapie ten opzichte van 2001.

In tegenstelling tot het voorschrijven van geneesmiddelen vindt verwijzing voornamelijk in eerste contacten plaats. De meeste verwijzingen binnen de eerste lijn betreffen verwijzingen naar fysiotherapie: ruim 80 per 1000 ingeschreven patiënten. Verwijzingen naar fysiotherapie vinden het meest plaats bij patiënten van 20 tot 65 jaar. Bij patiënten tot en met 19 jaar vindt een aanzienlijk deel van alle verwijzingen plaats naar logopedie. Voornamelijk patiënten in de leeftijd van 20 tot 45 jaar krijgen een verwijzing naar een Riagg of eerstelijns psycholoog. Bij patiënten van 75 jaar en ouder betreft 6% van de verwijzingen binnen de eerste lijn een verwijzing naar een Riagg.

Nieuwe verwijzingen naar de tweede lijn betreffen met name verwijzingen naar dermatologie (12% van alle verwijzingen naar tweede lijn), chirurgie (11%), KNO (11%), oogheelkunde (10%) en orthopedie (10%). Verzekerden met een niet-westerse achtergrond, particulier of ziekenfonds, krijgen vaker een verwijzing, zowel binnen de eerste lijn als naar de tweede lijn.

14

## Zelfgerapporteerd zorggebruik

*Zelfzorg*

**Bijna 80% van de bevolking geeft aan in geval van gezondheidsklachten aan één of andere vorm van zelfzorg te doen. Het meest frequent gebruikt men medicatie zonder recept. In vergelijking tot 1987 steeg het gebruik van medicatie zonder recept.**

Voordat men besluit een huisarts te consulteren is er vaak eerst sprake van zelfzorg. In 1987 gebruikte 24% van de bevolking in geval van gezondheidsklachten medicatie zonder recept, gerekend over een tijdsinterval van 14 dagen. In 2001 is dit 37% van de bevolking. Met name het gebruik van versterkende middelen zoals vitamines nam toe. Over het algemeen doen iets meer vrouwen dan mannen aan zelfzorg.

*Mantelzorg*

**Ondanks een toename van het aantal ouderen en personen met een chronische aandoening is het aantal huishoudens dat mantelzorg ontvangt de laatste tien jaar min of meer stabiel. Ongeveer 11% van de bevolking ontvangt jaarlijks mantelzorg in de vorm van huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging en/of hulp bij verpleging.**

In de meeste gevallen betreft mantelzorg hulp bij huishoudelijk werk. Meer vrouwen dan mannen ontvangen mantelzorg. In vergelijking met ongehuwden of gehuwden ontvangen meer personen die gescheiden of verweduwd zijn mantelzorg. Ongehuwden met mantelzorg ontvangen relatief vaker hulp in de vorm van persoonlijke verzorging of verpleging.

*Contacten met huisartsen, specialisten, paramedici en alternatieve geneeswijzen*

**Op basis van interviews geeft 75% van de bevolking aan in 2001 één of meerdere keren contact met de huisarts te hebben gehad. Ongeveer 5% van de bevolking rapporteert over 2001 één of meer contacten met de psychosociale hulpverlening. Vergeleken met 1987 steeg het aantal personen ouder dan 18 jaar dat gebruik maakt van psychosociale hulpverlening van 4% naar 6%. Vrouwen en personen in de leeftijd van 20 tot 65 jaar maken het meest gebruik van psychosociale hulpverlening.**

Het percentage zelfgerapporteerde huisartsenzorg (75%) komt goed overeen met het percentage gebaseerd op de registratie in de huisartspraktijk (77%). Het percentage zelfgerapporteerde huisartsenzorg is sinds 1987 nagenoeg onveranderd. In het licht van de toegenomen contactfrequentie betekent dit dat mensen die toch al naar de huisarts gaan, tegenwoordig vaker gaan. In 2001 geeft ongeveer 38% van de bevolking aan in een jaar contact te hebben met een medisch specialist; 22% maakt gebruik van paramedische zorg en 11% krijgt te maken met een ziekenhuis(dag)opname.

Er zijn minder ziekenhuisopnames door een toename van het aantal dagbehandelingen. Ouderen maken vaker gebruik van huisartsenzorg, specialistische zorg, thuiszorg en worden vaker opgenomen in het ziekenhuis.

Contacten met specialisten betreffen relatief vaak contacten met internisten of oogartsen. Meer mannen dan vrouwen komen bij een cardioloog. Een vergelijking in de tijd van het aantal personen dat contact had met een specialist levert geen eenduidige conclusie op: op basis van het zelfgerapporteerde zorggebruik in de NS2 lijkt het aantal personen dat contact heeft met specialisten sinds 1987 iets gestegen, cijfers van het CBS wijzen eerder op een geringe afname van specialistische zorg tussen 1991 en 2002.

Ruim 6% van de bevolking maakt in 2001 gebruik van alternatieve of aanvullende geneeswijzen.

Deze zorg betreft in verhouding vaak homeopathie, waarbij homeopathische behandeling door de eigen huisarts niet is meegeteld. Vrouwen en personen die zich ongezonder voelen maken vaker gebruik van alternatieve hulpverlening. Meerjarencijfers wijzen op een kleine toename in het gebruik van alternatieve zorg, maar deze toename wordt alleen gevonden wanneer men manuele therapie onder de alternatieve zorgverlening rekent.

*Verwachtingen van patiënten bij alledaagse klachten*

**De verwachtingen die patiënten hebben van de meerwaarde van huisartsenzorg bij niet-ernstige, alledaagse klachten zijn afgenomen in vergelijking met 1987. De verwachtingen onder lager opgeleiden zijn nauwelijks afgenomen. Hierdoor is het verschil in verwachtingen van huisartsenzorg bij alledaagse klachten tussen lager en hoger opgeleiden groter geworden.**

De verwachtingen verschillen per soort klacht en naar patiëntkenmerken. Bij klachten als misselijkheid, verkoudheid of griep verwacht bijvoorbeeld bijna driekwart van de bevolking niet meer baat van hulp van de huisarts dan van zelfzorg. In geval van maagklachten verwacht 45% van de bevolking dat wel.

Sociaaldemografische kenmerken, zoals een hogere leeftijd, niet-westerse achtergrond en lagere opleiding, vertonen meer samenhang met hogere verwachtingen van patiënten dan de gemeten gezondheidskenmerken zoals het aantal gezondheidsklachten of een negatief oordeel over de eigen gezondheid.

## Beschouwing

### Reorganisatie van de eerste lijn; zijn er veranderingen aan de poort?

Nederlandse huisartsen leveren een grote bijdrage aan de doelmatigheid van de gezondheidszorg als behandelaar en poortwachter. (VWS 2003, Health Management Forum 2001, Paritaire Werkgroep Huisartsenzorg 1995) Zowel nationaal als internationaal staan Nederlandse huisartsen als poortwachter van de gezondheidszorg hoog aangeschreven. (Boerma 2003, Starfield 1994) Desondanks is er tegelijkertijd, in het licht van een reorganisatie van de eerste lijn, discussie over de huisarts als poortwachter.

Er zijn veel nota's en adviezen verschenen met een visie op de toekomst van de eerste lijn. (NHG/LHV 2003, VWS 2003, STG 2003, Commissie Modernisering Eerste lijn 2002, ZN 2002, RVZ 1998, Paritaire Werkgroep Huisartsenzorg 1995) Over het algemeen worden herstructurering en versterking van de eerstelijnszorg dringend nodig geacht. Kernthema's hierbij zijn vraaggerichtheid, doelmatigheid en een functionele eerste lijn. Door de opkomst van nieuwe samenwerkingsverbanden vervagen de grenzen tussen de lijnen. Transmuralisering is belangrijk en vereist samenwerking tussen gespecialiseerde voorzieningen en huisartspraktijken.

In de nota van de Paritaire Werkgroep Huisartsenzorg (1995) wordt met name ingezet op versterking van de huisartsenzorg. Genoemde speerpunten zijn onder andere: meer faciliteiten voor diagnostiek en behandeling alsmede een intensievere samenwerking tussen huisarts en specialist, en versterking van de EHBO functie van huisartsen.

In het themanummer van Health Management Forum (2001) over de toekomst van de eerstelijns gezondheidszorg vanuit verschillende invalshoeken (beleid, beroepsbeoefenaar, wetenschap, belangenorganisatie) wordt echter geconstateerd dat een geïntegreerde eerstelijnszorg maar moeilijk van de grond komt. Alle auteurs zijn het eens over het belang van de poortwachterfunctie van de huisarts. Een aantal merkt echter op dat ook andere disciplines deze functie kunnen uitoefenen. Dit laatste sluit aan bij de recente nota van het ministerie van VWS 'De toekomstbestendige eerstelijnszorg'. (VWS 2003) Hierin worden twee hoofdlijnen gepresenteerd om versterking van de eerste lijn te bereiken: vervanging van de huidige centrale aanbodsturing door een gereguleerde marktwerking en het behoud van de poortwachterfunctie van de huisartsenzorg. Een poortwachterfunctie lijkt nu niet meer alleen voorbehouden aan huisartsen, in feite fungeert de hele eerste lijn als poortwachter voor specialistische zorg. GGD-artsen, tandartsen en verloskundigen behouden hun specifieke verwijfsfunctie naar de tweede lijn en vanaf 2004 kunnen ook bedrijfsartsen verwijzen naar de tweede lijn. Tegelijkertijd wordt de rol van zorgverzekeraars in het doelmatig inkopen van kwalitatief goede zorg en organisatie van de zorg steeds belangrijker. Ook de zorgverzekeraars delen de mening dat in de nieuwe organisatie van de eerste lijn de poortwachterrol niet expliciet voorbehouden moet zijn aan huisartsen. (ZN 2002)

### In de praktijk: huisarts als poortwachter

Hoe zit het in de praktijk? In dit rapport werd beschreven wat huisartsen doen. Uit de resultaten blijkt dat huisartsen nog steeds een belangrijke functie vervullen als behandelaar en als poortwachter. Met name het aantal nieuwe verwijzingen geeft goed weer in hoeverre huisartsen in staat zijn om zorgvragen zelf af te handelen. (Stokx 1992) De zorgvraag van patiënten, vertaald in contactfrequenties met de huisartsenpraktijk, nam toe. Huisartsen verwijzen echter niet vaker naar

specialistische zorg of naar andere hulpverleners in de eerste lijn. Het aantal geregistreerde nieuwe verwijzingen naar de tweede lijn vertoont geen duidelijke veranderingen vergeleken met de afgelopen jaren. Ook uit het aantal kleine chirurgische ingrepen blijkt niet dat huisartsen minder zelf zijn gaan behandelen. Verwijzingen naar fysiotherapie lijken in 2002 zelfs wat te zijn afgenomen. (LINH 2003)

Wel zijn er met behulp van de tweede Nationale Studie veranderingen in de huisartsenzorg zichtbaar geworden die ertoe bijdragen dat aan de toegenomen vraag tegemoet kan worden gekomen. Huisartsen doen bijvoorbeeld minder verloskundige taken. In 2002 worden veel minder bevallingen door huisartsen begeleid dan in voorgaande jaren. (Wiegers 2003a, Wiegers 2003b, Coffie 2003) En huisartsen gaan veel minder vaak op visite en doen meer per telefoon. Een verklaring hiervoor kan zijn dat huisartsen het drukker hebben en efficiënter met hun tijd om moeten gaan. (Van den Berg 2004) Ook hebben praktijkassistenten taken van huisartsen overgenomen, hetgeen bijvoorbeeld zichtbaar is in een geringe afname in 'overige' huisartscontacten waaronder administratieve contacten (van 8% in 1987 naar 7% in 2001) en het aantal keren dat bloeddrukmetingen worden verricht door huisartsen. De functie van praktijkassistent is geprofessionaliseerd en huisartsen willen meer delegeren naar praktijkassistenten. (Van den Berg 2004)

Verder geven huisartsen al jaren voorlichting over zelfzorg bij alledaagse klachten om onnodige consultatie van de huisartspraktijk in verband met niet-ernstige klachten te voorkomen. De bevinding over afgenomen patiëntenverwachtingen van huisartsenzorg ten opzichte van zelfzorg geeft wellicht aan dat de ingezette activiteiten op dit gebied hebben gewerkt. Daarbij dragen de bezuinigingsmaatregel uit 1999 ('1 september maatregel') waardoor een aantal zelfzorgmiddelen niet meer wordt vergoed en een toename van gezondheidsinformatie op internet verder bij aan zelfzorg in plaats van huisartsenzorg bij alledaagse, niet-ernstige klachten.

De sociale functie van huisartsen die in 1995 wordt genoemd als onderdeel van het basisaanbod van de huisartsenzorg (Paritaire Werkgroep Huisartsenzorg 1995) lijkt verschoven naar de achtergrond: anno 2001 rekenen huisartsen psychosociale problematiek minder tot hun taken (Van den Berg 2004).

Ondanks eerder uitgesproken verwachtingen (Laurant 2001, Verhaak 1999) wordt er in vergelijking met 1987 geen duidelijke toename in incidentie en prevalentie gevonden van psychische of sociale klachten en aandoeningen in de huisartspraktijk. Wel wordt er een toename geconstateerd in het aantal personen met psychische klachten op basis van zelfrapportage. (Van der Linden 2004) In 2001 bestaat ongeveer 6% van alle geregistreerde ziekte-episoden in de huisartspraktijk uit episoden met psychosociale klachten of aandoeningen. Verwijzen huisartsen patiënten met psychosociale problematiek vaker dan in 1987? Verwijscijfers naar de psychiatrie laten een kleine toename zien tussen 1997 en 2002, deze toename betreft zowel ziekenfondsverzekerden als particulier verzekerde patiënten. (LINH 2003) Een vergelijking verder terug in de tijd laat zien dat het aantal verwijzingen naar de GGZ met een factor 4,5 is toegenomen tussen 1971 en 1997. (Verhaak 2000) Op grond van LINH rapportage kan worden geconstateerd dat tussen 2001 en 2002 de aantallen verwijzingen naar de GGZ nauwelijks meer zijn veranderd: 9,4 per 1000 ingeschreven patiënten in 2001 en 9,3 per 1000 patiënten in 2002. (LINH 2003)

**Buiten de poort om?**

In tegenstelling tot het verwijscijfer in de huisartspraktijk vertoont het percentage personen dat op basis van zelfrapportage aangeeft in 2001 contact te hebben gehad met een medisch specialist een lichte stijging. Met name degenen met een hoog opleidingsniveau en personen met betaald werk hebben meer contact met medisch specialisten. (Van Lindert 2004) Mogelijk wijst dit op een kleine groep contacten met specialisten zonder verwijzing van huisartsen, maar deze discrepantie kan ook verband houden met het feit dat in dit rapport alleen nieuwe verwijzingen naar de tweede lijn werden geteld. Ook de geconstateerde afname van de behandeling van wonden in de huisartspraktijk (Marquet 2003) zou kunnen wijzen op een toename van personen die zich wenden tot EHBO-afdelingen van ziekenhuizen met dergelijke klachten. De gewenste versterking van de EHBO-functie van huisartsen (Paritaire Werkgroep Huisartsen 1995) lijkt in die zin niet van de grond gekomen.

18

**Meer contacten: waardoor?**

De toename van het aantal contacten met de huisarts is deels, maar niet volledig te verklaren uit een toename van het aantal ouderen in de bevolking. De toename van de contactfrequentie is het grootst onder 75-plussers, evenals de stijging van het aantal geneesmiddelen op recept, maar ook in andere leeftijdsgroepen zijn de contactfrequentie en het aantal voorgeschreven geneesmiddelen toegenomen. Wel blijkt uit deze rapportage dat er sprake is van intensieve huisartsenzorg voor specifieke groepen patiënten: oudere patiënten en patiënten met een chronische of psychische aandoening zoals hartfalen, diabetes mellitus of depressie.

Een andere verklaring voor de gevonden toename in gemiddelde contactfrequentie is dat deze een gevolg is van het ingezette substitutiebeleid naar de thuissituatie. Zieken en ouderen blijven zo lang mogelijk thuis wonen en worden waar mogelijk poliklinisch behandeld. Daarbij betekenen wachtlijsten een intensivering van de zorg in de eerste lijn. In hoeverre dit laatstgenoemde aspect een rol speelt in de toegenomen contactfrequentie wordt niet duidelijk op basis van deze rapportage.

Een laatste, bijkomende verklaring voor de gevonden verhoging van de contactfrequentie is mogelijk de veelvuldig geciteerde invloed van een toename van het aantal mondige patiënten. (o.a. VWS 2001a) Deze verwachting is echter moeilijk te staven op basis van de NS2. Daarbij gaat het wellicht slechts om een kleine, specifieke groep in de huisartspraktijk. Mondige patiënten zijn vaker hoger opgeleid (Furer 2001), hoger opgeleiden gebruiken vergeleken met lager opgeleiden minder huisartsenzorg, hebben minder verwachtingen van een meerwaarde van huisartsenzorg bij alledaagse klachten en doen meer aan zelfzorg, met name in de vorm van geneesmiddelen zonder recept (dit rapport). Dit zou juist leiden tot een verlaging van de contactfrequentie. Een verandering in zorggebruik van mondige patiënten is in de NS2 wel te zien aan de consultduur: consulten van hoger opgeleide patiënten duren langer dan die van lager opgeleide patiënten (Van den Brink-Muinen 2004)

**Verschillen in contactfrequenties tussen praktijken en huisartsen**

In de contactfrequentie speelt het initiatief van de patiënt vanzelfsprekend een belangrijke rol, maar niet alleen. De contactfrequentie verschilt tussen artsen en tussen praktijken; ook als rekening wordt gehouden met variatie in patiëntkenmerken (verzekeringsvorm, geslacht, leeftijd, opleiding, gezondheidstoestand, etniciteit). Het lijkt er dus op dat de contactfrequentie van patiënten toch ook door artsen wordt beïnvloed. 'Vergelijkbare patiënten' hebben bij de ene arts of

praktijk meer contacten in een jaar dan bij de andere. Verder blijkt dat de verschillen in contactfrequenties tussen praktijken altijd groter zijn dan de verschillen tussen artsen in één praktijk: er zijn overeenkomsten binnen praktijken. Deze overeenkomsten binnen praktijken zullen worden bepaald door de gedeelde (sociale) omstandigheden. (De Jong 2003) Enerzijds delen artsen binnen een praktijk bepaalde elementen uit de organisatie: ze kunnen dezelfde assistente hebben die patiënten te woord staat bij het maken van een afspraak. Ook kunnen zij elkaar beïnvloeden waardoor binnen praktijken meer overeenkomsten bestaan: zo kunnen artsen elkaar erop aanspreken wanneer de één patiënten zeer regelmatig terug laat komen, waardoor er minder ruimte is voor andere patiënten.

#### **Voorschrijven van geneesmiddelen gestegen: kosten en volume**

De stijging van de kosten voor gezondheidszorg in landen van de Europese gemeenschap is voor een belangrijk deel toe te schrijven aan de explosieve groei van uitgaven voor geneesmiddelen. Nederland vormt daarop geen uitzondering, hoewel het geneesmiddelengebruik in Nederland lager is dan in veel andere Westerse landen. (SFK 2003) Tussen 1987 en 2001 nam het aantal voorschriften in Nederland toe: patiënten krijgen per persoon per jaar gemiddeld bijna twee recepten meer voorgeschreven in 2001. De afgelopen vijf jaar werd per hoofd van de bevolking honderd euro meer uitgegeven. De vergrijzing van de bevolking verklaart een derde deel van de groei. (Kooiker 2002) Andere oorzaken voor de structurele groei van het voorschrijven van geneesmiddelen zijn: het toelaten van nieuwe geneesmiddelen tot het wettelijk verzekerd geneesmiddelenpakket, het verschuiven van ziekenhuiszorg naar thuiszorg, sociaal-culturele ontwikkelingen en veranderingen in het voorschrijfgedrag. (SFK 2003, Kooiker 2002) De verschuiving naar het gebruik van nieuwere, veelal duurere geneesmiddelen verklaart een deel van de toename in kosten van geneesmiddelen. Dit valt ook af te leiden uit de lijst van meest voorgeschreven geneesmiddelen in dit rapport. Zo worden ACE-remmers en bètablokkers vaker voorgeschreven dan de goedkopere diuretica en protonpompremmers worden vaker voorgeschreven dan de goedkopere H<sub>2</sub>-antagonisten.

19

#### **Samenhang tussen verzekeringsvorm en het handelen van huisartsen**

Uit de studie blijkt dat er meer diagnostisch onderzoek wordt verricht in contacten met particuliere patiënten, zowel in de praktijk als buiten de praktijk. De contactfrequentie van particulier verzekerde patiënten is gemiddeld lager dan die van ziekenfondsverzekerden. Dit houdt in dat, ongecorrigeerd voor ziekte, particuliere patiënten gemiddeld een grotere kans hebben op diagnostisch onderzoek per contact. Deze bevinding sluit aan bij het gegeven dat huisartsen onder honorering per verrichting meer verrichtingen zullen doen dan onder abonnementshonorering. (Delnoij 1994) Echter, huisartsen hebben geen direct voordeel bij het uitvoeren van verrichtingen in de praktijk. Er zijn aanwijzingen dat het aantal ingeschreven particulier verzekerden van invloed is op het aantal aangevraagde diagnostische onderzoeken. Wanneer dit effect ook geldt voor ziekenfondsverzekerden is er mogelijk sprake van substitutie van huisartsentijd naar laboratoriumdiagnostiek. (Van Merode 2000)