



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.

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

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

2

**HUISARTSENZORG:
WAT DOET DE POORTWACHTER?**

TWEEDE NATIONALE STUDIE NAAR ZIEKTEN EN VERRICHTINGEN
IN DE HUISARTSPRAKTIJK

HUISARTSENZORG: WAT DOET DE POORTWACHTER?

M. Cardol¹
L. van Dijk¹
J.D. de Jong¹
D.H. de Bakker¹
G.P. Westert²

¹ Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL)

² Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)

2

HUISARTSENZORG: WAT DOET DE POORTWACHTER?

ISBN 90-6905-650-x

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

© 2004 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT / RIVM, Postbus 1, 3720 BA BILTHOVEN

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

Inhoud

Samenvatting en beschouwing	II
1 'Inleiding, kader en vraagstellingen'	21
1.1 Inleiding	21
1.2 Kader	21
1.3 Vraagstellingen	22
2 'Zorg en zorggebruik, het decor'	25
2.1 Zorg in soorten en maten	25
2.2 Groot aantal kenmerken van vraag en aanbod van invloed op zorggebruik	26
2.3 Zelfzorg en mantelzorg opnieuw actueel	27
2.4 De ene patiënt is de andere niet: de vraagzijde	27
2.4.1 Ouderen en chronisch zieken doen vaker beroep op huisartsenzorg	28
2.4.2 Emancipatie en mondigheid van invloed op zorggebruik	29
2.5 Huisartsenzorg onder druk: de aanbodzijde	30
2.5.1 Verandering aan aanbodzijde beïnvloedt zorggebruik	30
2.5.2 Herdefiniëring van kerntaken huisartsenzorg	32
2.6 Vraagstellingen	33
3 'Onderzoekspopulatie en methode'	37
3.1 Opzet gegevensverzameling	37
3.2 Gegevens over de praktijkpopulatie	39
3.2.1 Patiëntregistratie	39
3.2.2 Patiëntenquête	40
3.2.3 Patiëntkenmerken	40
3.2.4 Omvang van de praktijkpopulatie	42
3.3 Registratie in de huisartspraktijk	43
3.3.1 Morbiditeit: ICPC-gecodeerde contacten, deelcontacten en episoden	44
3.3.2 Contactfrequentie, contactsoort en contactduur	45
3.3.3 Geneesmiddelen voorschriften	47
3.3.4 Verwijzingen	48
3.3.5 Overige verrichtingen	48
3.4 Gegevens over huisartspraktijken	49

4	‘Gebruik van zorg’	51
4.1	Zelfzorg en mantelzorg	51
4.1.1	Gebruik van geneesmiddelen is veelvoorkomende vorm van zelfzorg	51
4.1.2	Mantelzorg een vrouwenzaak?	53
4.2	Huisartsenzorg	54
4.2.1	Contactfrequentie verschilt naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm	54
4.2.2	Soort contact: meeste contacten zijn spreekuurcontacten	58
4.2.3	Consultduur: 40% van huisartsconsulten langer dan 10 minuten	59
4.2.4	Jaarlijks vier ziekte-episoden	61
4.2.5	Verrichtingen in de huisartspraktijk	65
4.2.5.1	Metten van bloeddruk en aanvragen bloedonderzoek meest voorkomende diagnostiek	65
4.2.5.2	Aantal en soort voorgeschreven geneesmiddelen verschilt sterk naar leeftijd en geslacht	75
4.2.5.3	Nieuwe verwijzing naar specialist in bijna 3% van alle contacten	83
4.3	Specialistische zorg, paramedische zorg en alternatieve zorg	92
4.4	Conclusie en beschouwing	96
4.4.1	Zelfzorg: gebruik geneesmiddelen zonder recept gestegen	96
4.4.2	Huisartsenzorg: meer contact met de huisartspraktijk en minder visites	97
4.4.3	Specialistische zorg, paramedische zorg en alternatieve zorg	99
5	‘Profielen van zorg bij specifieke klachten en ziekten’	103
5.1	Ongezondheid naar de mening van de patiënt	103
5.2	Somatische klachten	108
5.2.1	Algemene klachten	108
5.2.2	Kinderziekten	112
5.2.3	Luchtweginfecties bij volwassenen	116
5.2.4	Infecties aan het maagdarmkanaal bij volwassenen	120
5.3	Psychische klachten	123
5.3.1	Depressie	123
5.3.2	Angststoornis	127
5.3.3	Slaapstoornis	131
5.4	Chronische aandoeningen	134
5.4.1	Diabetes mellitus	134
5.4.2	Coronaire aandoeningen en hartfalen	138
5.4.3	Astma en COPD	142
5.4.4	Eczeem	146
5.5	Ziekten van het bewegingsapparaat	150
5.5.1	Nek- en rugklachten	150
5.5.2	Artrose in perifere gewrichten	154
5.6	Conclusie	158

6	‘Verschillen tussen praktijken en huisartsen in contactfrequenties’	161
6.1	Inleiding	161
6.2	Patiëntenpopulatie, praktijkenmerken en registratie	163
6.3	Variatie in contactfrequentie: een multiniveau analyse	165
6.3.1	Multiniveau analyse	165
6.3.2	Variatie in contactfrequentie tussen en binnen praktijken	165
6.3.3	Variatie in contactfrequentie: patiëntkenmerken, praktijkenmerken en registratiesysteem	166
6.4	Conclusie en discussie	171
7	‘Verwachtingen over het nut van huisartsenzorg bij alledaagse klachten’	175
7.1	Hogere verwachtingen: meer kans op het consulteren van de huisarts	175
7.2	Verwachtingen van patiënten anno 2001: niet voor alles naar de dokter	176
7.3	Ontwikkelingen in de tijd: afgenomen verwachtingen	180
7.4	Conclusie en beschouwing	181
	Literatuur	182
	Bijlagen	
1.	Afkortingen- en begrippenlijst	189
2.	Tabel diagnostiek, verwijzing en prescriptie per ICPC code	192

Voorwoord

Eind 1999 werd aan het NIVEL subsidie verleend om de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk te gaan uitvoeren. De plannen hiervoor waren neergelegd in een projectplan, ontwikkeld in samenwerking met het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), dat in december 1998 is aangeboden aan het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Het grootste deel van de financiering van de Tweede Nationale Studie is direct of indirect afkomstig van het Ministerie van VWS. Daarnaast droeg de Stichting Centraal Fonds Reserves Voormalige Vrijwillige Ziektekostenverzekering financieel bij.

Bij de uitvoering van deze zeer omvangrijke studie is de inzet van velen cruciaal geweest. Allereerst noemen we de huisartsen, de praktijkmedewerkers en patiënten uit de 104 deelnemende praktijken door het hele land. In totaal waren meer dan 400.000 Nederlanders op enigerlei wijze bij de studie betrokken. In de tweede plaats bedanken we de medewerkers van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) in Utrecht en Nijmegen, met wie tijdens de gegevensverzameling is samengewerkt en die daarmee meer dan alleen de infrastructuur voor de studie boden. Ook dienen hier andere partijen genoemd te worden: INTOMART GfK, Survey Data, IVA Tilburg, en de firma's die de verschillende Huisarts Informatie Systemen beheren.

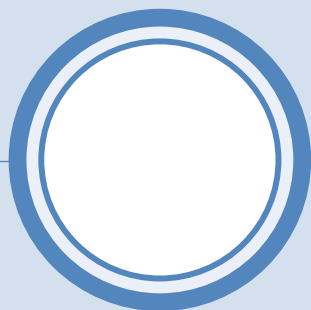
Het voorliggende rapport is één van de eindrapporten van de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. In dit rapport staat de zorg in de huisartspraktijk centraal. Huisartsenzorg wordt beschreven in termen van contactfrequenties, soorten contact, duur van de contacten, diagnostische verrichtingen, behandeling, voorschrijven van geneesmiddelen en verwijzing. Ook dit rapport is tot stand gekomen dankzij de bijdrage van velen; wij willen hen op deze plaats danken voor hun medewerking. Speciale dank gaat uit naar Drs. M.L.J.J. Winckers, voor de ondersteuning bij de analyse van de grote hoeveelheid gegevens. Tevens bedanken wij de leden van de redactie, bestaande uit senioronderzoekers van het NIVEL. De interne redactie van dit rapport bestond uit: Dr. C.H.M. van den Ende, Dr. R.A. Verheij, en in de beginperiode tevens uit Dr. J.B.F. Hutten.

Verder is er ten tijde van de totstandkoming van het rapport een externe klankbordgroep ingesteld bestaande uit deskundigen die bij het thema van het onderhavige rapport betrokken zijn. De klankbordgroep van dit rapport bestond uit: Drs. R.C. Sardeman (IGZ), Prof. dr. F. van Merode (Universiteit Maastricht), Dr. L. Pijnenborg (NHG), en Dhr. J. J.M. Becker Hoff (LHV).

Utrecht, december 2003

De auteurs,

M. Cardol, L. van Dijk, J.D. de Jong, D.H. de Bakker en G.P. Westert



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.

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 verweduwde 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 duurder 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 H₂-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)



Inleiding, kader en vraagstellingen

1.1 Inleiding

21

In Nederland zijn ongeveer 8.000 huisartsen werkzaam. (Kenens 2002) Huisartsenzorg omvat direct toegankelijke, generalistische, medische eerstelijnszorg. De meeste Nederlanders staan op naam ingeschreven bij een huisartspraktijk en de huisartspraktijk is een eerste aanspreekpunt in geval van gezondheidsproblemen. Huisartsen hebben een rol als gids in de filtering van de hulpvraag: er vindt een eerste schifting plaats tussen 'pluis' en 'niet pluis'. Zij reguleren verwijzingen naar medisch specialisten en (para)medische disciplines, schrijven geneesmiddelen voor en coördineren de zorg. Huisartsen behandelen ruim 90% van alle gepresenteerde gezondheidsklachten zelf, ze verwijzen hiervoor niet door naar een specialist. (VWS 2001a) Om deze redenen worden huisartsen in Nederland ook wel gids en poortwachter van de gezondheidszorg genoemd. (Groenewegen 1997)

Tot voor kort was de huisartspraktijk verzekerd van een centrale plaats in de gezondheidszorg, huidige debatten stellen de positie van huisartsenzorg echter ter discussie. In verband met visieontwikkeling, beleidsvoorbereiding en -evaluatie en gegeven veranderingen in de gezondheidszorg en huisartsenzorg zijn gegevens over wat huisartsen feitelijk doen onmisbaar. Welke zorg leveren huisartsen en assistenten anno 2001, aan wie, bij welke klachten? Wanneer vindt verwijzing plaats naar specialisten of paramedici? Bij welke klachten wordt laboratoriumonderzoek aangevraagd of medicatie voorgeschreven? Zijn er verschillen in zorg tussen praktijken, en hoe vaak wordt in de Nederlands bevolking gebruik gemaakt van zelfzorg? Het belang van de huisartsgeneeskunde kan het beste beschreven worden door hetgeen huisartsen feitelijk doen. In dit rapport staat de zorg in de huisartspraktijk centraal.

1.2 Kader

Dit rapport maakt deel uit van de rapportage over de tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (NS2). In 1987 genereerde de eerste Nationale Studie (NS1) voor het eerst informatie over het handelen in de huisartspraktijk op nationaal representatieve schaal. (Groenewegen 1992)

Het hoofddoel van de NS2 is het voorzien in beleidsrelevante informatie ter ondersteuning van het te voeren volksgezondheid- en gezondheidszorgbeleid in de komende 10 jaar en het genereren van referentiegegevens over morbiditeit en de verleende zorg in de huisartspraktijk. Om dit doel te kunnen bereiken is de NS2 net als de NS1 breed van opzet. Informatie over de gezondheid van de bevolking, over zelfzorg en mantelzorg, het gebruik en de kwaliteit van zorg, en het handelen van huisartsen wordt geïntegreerd. Om een zo compleet mogelijk beeld te verkrijgen van de huisartsenzorg is informatie verzameld op het niveau van de patiënt, huisarts en praktijkassistent, praktijk en praktijkorganisatie. Zelfgerapporteerde gezondheid en zorggebruik kunnen worden vergeleken met gegevens over gezondheid en zorggebruik uit de contactregistraties van huisartspraktijken. De omvang van de studie en van de dataverzameling in huisartspraktijken verspreid over heel Nederland waarborgen landelijke representativiteit. Honderdvier huisartspraktijken met ruim 400.000 ingeschreven patiënten participeerden in de NS2.

Nieuw in de NS2 ten opzichte van de NS1 is de registratieperiode van een jaar (in plaats van 3 maanden) en de samenwerking met het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH). LINH werd in 1991 in opdracht van het toenmalige Ministerie van WVC door het NIVEL en de WOK (Werkgroep Onderzoek Kwaliteit) opgezet om kerngegevens over huisartsenzorg te leveren. In LINH worden op continue basis gegevens verzameld over huisartsgeneeskundig handelen. Alle praktijken die deelnemen aan de NS2 maken deel uit van LINH. Ook in LINH-jaarrapporten wordt over het handelen in de huisartspraktijk gepubliceerd. De NS2 genereert door de onderlinge koppelbaarheid van bestanden op verschillende niveaus extra en meer specifieke informatie over zorggebruik.

De informatie verkregen uit de NS2 wordt beschreven in zes rapporten met de volgende titels:

- 1) Klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartspraktijk
- 2) Huisartsenzorg: wat doet de poortwachter?
- 3) Een kwestie van verschil
- 4) Kwaliteit huisartsenzorg belicht
- 5) Oog voor communicatie
- 6) De werkbelasting van huisartsen

Dit rapport is het tweede in de serie. Informatie over methoden en vragenstellingen van de NS2 is te vinden in het rapport 'Vragenstellingen en methoden'. (Schellevis 2004)

1.3 Vragenstellingen

Dit rapport geeft antwoord op de volgende globale vragenstellingen:

- In welke mate wordt er gebruik gemaakt van de verschillende typen (huisartsen)zorg, verschilt dit zorggebruik naar patiëntkenmerken (geslacht, leeftijd, verzekeringsvorm), en in hoeverre is het zorggebruik veranderd vergeleken met 1987, ten tijde van de eerste Nationale Studie?
- Wat is de relatie tussen specifieke klachten en aandoeningen enerzijds en zorggebruik anderzijds?
- In welke mate is er variatie tussen praktijken in de contactfrequentie per patiënt per jaar, en waarmee hangt deze samen?
- Wat zijn verwachtingen van patiënten over het nut van het consulteren van de huisarts gegeven alledaagse klachten, verschillen verwachtingen naar patiëntkenmerken en in hoeverre zijn verwachtingen veranderd vergeleken met 1987?

In Hoofdstuk 2 wordt aan de hand van trends en ontwikkelingen in de huisartsenzorg een kader geschetst voor de presentatie van de resultaten van de NS2. Aan het einde van Hoofdstuk 2 worden de leidende vraagstellingen van het rapport nog eens op een rij gezet.

In Hoofdstuk 3 worden de methode en het beschikbare onderzoeksmateriaal waarop de resultaten zijn gebaseerd beschreven.

In Hoofdstuk 4 worden cijfers over zorggebruik in en om de huisartspraktijk gepresenteerd: zelfzorg, mantelzorg, huisartsenzorg, specialistische zorg en paramedische zorg. Contacten met de huisartspraktijk staan in dit hoofdstuk centraal: de gemiddelde frequentie van contact met de huisarts, uitgesplitst naar verschillende soorten contacten en enkele patiëntkenmerken. Gegevens over diagnostisch handelen, therapeutische interventie, voorschrijven van geneesmiddelen en verwijzing worden gepresenteerd, uitgesplitst naar patiëntkenmerken. Er wordt aandacht besteed aan ‘veelgebruik’ van zorg: aandoeningen waarbij van specifieke vormen van zorg veelvuldig gebruik wordt gemaakt. Tevens worden de resultaten vergeleken met andere gegevensbronnen en er wordt een vergelijking gemaakt in de tijd.

In Hoofdstuk 5 wordt de huisartsenzorg bij specifieke klachten en ziekten uitgewerkt. Er wordt een overzicht gegeven van huisartsenzorg voor vijf categorieën klachten en ziekten, die zijn geselecteerd op basis van voorkomen in de huisartspraktijk, ziektelast en zorglast. Samen vertegenwoordigen de categorieën een brede range van klachten en zorggebruik in de huisartspraktijk.

In Hoofdstuk 6 staat de variatie in huisartsenzorg tussen praktijken centraal. Aan de hand van contactfrequenties wordt de variatie tussen praktijken beschreven.

In Hoofdstuk 7 wordt een specifiek thema belicht: verwachtingen van patiënten van huisartsenzorg gegeven niet-ernstige alledaagse klachten.

In een bijlage tenslotte, wordt aan de hand van in de huisartspraktijk gehanteerde codes voor aandoeningen en klachten (ICPC-code) in tabelvorm een impressie gegeven van het zorggebruik per aandoening of klacht.



Zorg en zorggebruik, het decor

Als achtergrond voor de resultaten wordt in dit hoofdstuk de stand van zaken beschreven voor wat betreft het gebruik van zorg en maatschappelijke trends en ontwikkelingen aan vraag- en aanbodzijde die van invloed zijn op de vraag naar en het gebruik van zorg in de huisartspraktijk. Tenslotte worden de onderzoeksvragen van dit rapport geformuleerd.

25

2.1 Zorg in soorten en maten

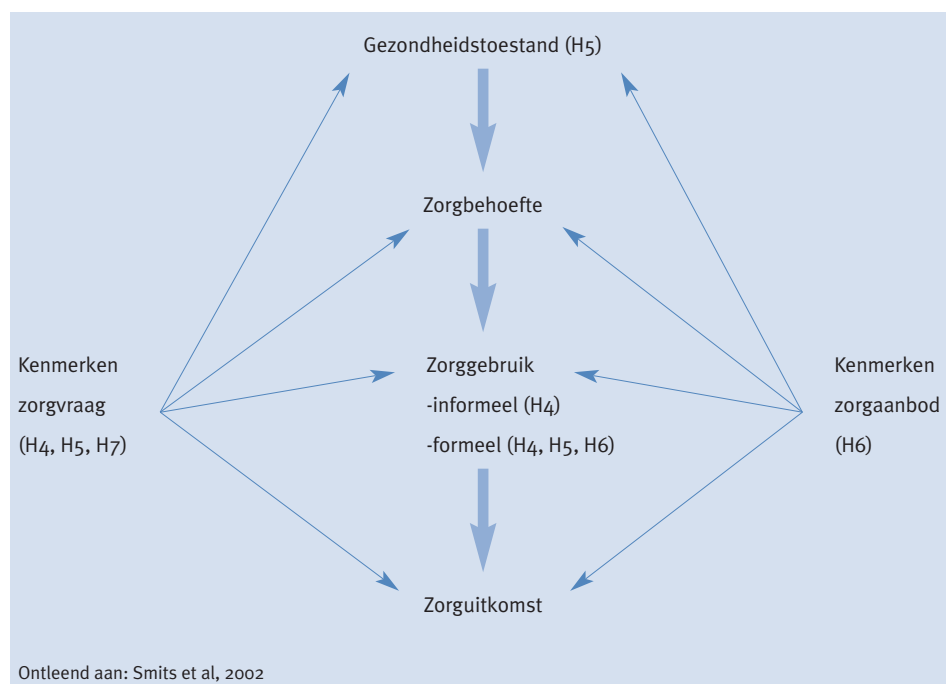
De gezondheidszorg is een veel bediscussieerd thema in de Nederlandse samenleving. Onder ‘zorg’ worden formele en informele activiteiten verstaan die erop gericht zijn beperkingen in de gezondheidstoestand en/of zelfredzaamheid van individuen op te heffen, te reduceren, te compenseren en/of te voorkomen. (VTV 1997a) Gebruik van zorg kan tevens samenhangen met specifieke vragen, bijvoorbeeld over afslanken, anticonceptie, geruststelling of legitimering van verzuim van werk. Hieruit volgt dat zorg zich richt op individuen met een bepaalde zorgvraag, en dat de activiteiten van de hulpverlener persoons- en probleemgeoriënteerd zijn.

De term ‘zorg’ in dit rapport refereert met name aan de formele zorg en wel specifiek de huisartsenzorg. Onder formele zorg wordt verstaan: betaalde en door professionele hulpverleners verleende zorg. Informele zorg betreft dan automatisch de onbetaalde en door niet-professionele hulpverleners verleende zorg. Formele en informele zorg kunnen gelijktijdig voorkomen of in elkaar overgaan. Een voorbeeld van dit laatste is wanneer patiënten zelf thuiszorg kopen met behulp van het zgn. ‘persoonsgebonden budget’ terwijl de hulpverleners niet uit het professionele circuit hoeven te komen. Ook zelfzorg in relatie tot het proces van “protoprofessionalisering”, waarbij leken het gedachtegoed van professionals overnemen en gebruiken (Furer 2001, De Swaan 1989) betreft zorg die eerst alleen tot de formele zorg behoorde en nu ook in het informele circuit plaatsvindt. Een gezonde levensstijl of het gebruik van geneesmiddelen zonder recept in geval van klachten zijn voorbeelden van protoprofessionalisering.

2.2 Groot aantal kenmerken van vraag en aanbod van invloed op zorggebruik

Figuur 1 laat zien dat een niet-optimale gezondheidstoestand kan leiden tot zorgbehoefte en vervolgens mogelijk tot zorggebruik. Of de gezondheidstoestand werkelijk leidt tot zorgbehoefte en tot zorggebruik is afhankelijk van een groot aantal kenmerken van de aard en ernst van de aandoening, van de zorgvragers en hun omgeving, en van kenmerken van het zorgaanbod. (Smits 2002) De resultaten in dit rapport concentreren zich op het zorggebruik. Uitsplitsingen worden gemaakt naar sociaaldemografische kenmerken van zorgvragers, een aantal aandoeningen en het zorgaanbod. In Figuur 1 is aangegeven in welke hoofdstukken de resultaten van het betreffende onderdeel zijn beschreven.

Op individueel niveau wordt het zorggebruik bepaald door de gezondheidstoestand, mogelijkheden tot gebruik van zorg (kenmerken van het zorgaanbod: toegankelijkheid, wachtlijsten, verwijzing) en kenmerken van het individu die al aanwezig waren voor het ontstaan van de klacht (o.a. leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, houding en verwachtingen ten aanzien van zorg, en ideeën over de kwaliteit van zorg). (Andersen 1973, Andersen 1995) Ook de sociale netwerken waar men deel van uitmaakt zijn van invloed op het proces dat voorafgaat aan de beslissing om een dokter te bezoeken. (Pescosolido 1992) Sociale verklaringsmodellen voor zorggebruik beschouwen gedragspatronen binnen een groep als meer bepalend voor zorggebruik dan de individuele keuze die in psychologische modellen centraal staat. Niet in het schema weergegeven is de overheid die probeert via het gezondheidszorgbeleid de gezondheidstoestand van de bevolking en het gebruik van zorg te beïnvloeden, terwijl vice versa het beleid wordt gestuurd door informatie over de gezondheidstoestand, zorggebruik en determinanten van gezondheid. (VTV 1997b)



Figuur 1.

Schematische weergave van het zorggebruik

2.3 Zelfzorg en mantelzorg opnieuw actueel

Zelfzorg en mantelzorg zijn voorbeelden van informele zorg. Zelfzorg is niets nieuws. Mensen hebben altijd al initiatieven ontplooid in verband met de eigen gezondheid en die van hun naasten. (Van Daalen 1998) In het kader van preventie van ziekte, kostenbesparing en emancipatie van patiënten hebben zelfzorgactiviteiten nu meer dan ooit de belangstelling van de overheid en beroepsbeoefenaren. Barofsky (1978) onderscheidt vier typen zelfzorg: 1. algemene zelfzorg (persoonlijke hygiëne, nachtrust), 2. preventieve zelfzorg (voldoende beweging, gezond eten), 3. ziektegedrag (zelfzorg naar aanleiding van symptomen of klachten), en 4. restoratieve zelfzorg (in acht nemen van behandelvoorschriften). Studies naar zelfzorg onderscheiden veelal niet of het gaat om bewust gedrag ten behoeve van ziektepreventie of vroege signalering (gezondheidsgedrag) of om gedrag ontplooid naar aanleiding van ziektesymptomen (ziektegedrag). In dit rapport verwijst zelfzorg naar het laatste type. Zelfzorg in geval van griep kan bijvoorbeeld bestaan uit het beperken van dagelijkse bezigheden, bedrust of gebruik van geneesmiddelen die zonder recept te verkrijgen zijn, zoals paracetamol. Overigens blijkt er een geringe samenhang te bestaan tussen de verschillende soorten zelfzorg. (Mechanic 1980)

27

Mantelzorg wordt als volgt gedefinieerd: zorg die niet in het kader van een hulpverlenend beroep wordt gegeven aan een hulpbehoevende door één of meer leden van diens directe omgeving, waarbij de zorgverlening voortvloeit uit de sociale relatie. (Demos 2003, Timmermans 2003, Tjadens 2000) Mantelzorg is een onderdeel van informele zorg: informele zorg is een breder begrip en omvat bijvoorbeeld ook vrijwilligerswerk. (Demos 2003) Mantelzorg heeft een onmisbare plaats in het geheel van zorg. De omvang van mantelzorg is naar schatting vier maal groter dan die van de professionele zorginstellingen (VWS 2001c), in 2001 zorgden ongeveer 3,7 miljoen mensen voor een hulpbehoevende verwant. (Timmermans 2003) Mantelzorg maakt het mogelijk dat mensen langer thuis kunnen wonen en is in die zin een buffer tussen de vraag naar zorg en het aanbod van professionele zorg. (STG 2002, Tjadens 2000) Mantelzorg wordt vaker door vrouwen dan door mannen geboden en vrouwen bieden gemiddeld meer uur hulp. Deelname aan de arbeidsmarkt leidt niet tot een kleinere kans op het verlenen van informele zorg, vooral het kennen van een hulpbehoevend persoon lijkt van invloed op het al dan niet verlenen van informele zorg. (De Klerk 2003) Vaak zien verwanten, vrienden en bekenden hun hulp niet als mantelzorg, zeker niet wanneer het zorg voor de eigen partner betreft. Dit bemoeilijkt een evaluatie van het aantal mantelzorgers en de soort zorg die gegeven wordt, en veroorzaakt tevens dat mantelzorgers veelal geen of laat een beroep doen op de speciaal voor hen ontwikkelde ondersteuningsactiviteiten (Adam 2000). Een actueel thema is of de behoefte aan mantelzorg en het aanbod in de toekomst nog goed op elkaar afgestemd zullen blijven, gezien de individualisering (minder aanbod) en vergrijzing (meer vraag) van de samenleving. De overheid ontplooit daarom initiatieven om mantelzorgers te ondersteunen en een deel van de mantelzorg te professionaliseren.

2.4 De ene patiënt is de andere niet: de vraagzijde

Ook al spreekt men meestal over de patiënten van huisartsen, de grote meerderheid van personen die ingeschreven staat bij een huisartspraktijk voelt zich gezond. Bovenstaand schema maakte al duidelijk dat wanneer er klachten aanwezig zijn, deze lang niet altijd leiden tot contact met de

gezondheidszorg. Huisartsen zien slechts de ‘top van de ijsberg’, veelal zal men in eerste instantie zelfzorg toepassen of gewoon afwachten tot de klacht overgaat. Over het algemeen gaat men naar een huisarts wanneer de symptomen nieuw zijn, onbekend, storend voor de dagelijkse bezigheden of aanleiding geven tot ongerustheid. Ongerstheid is tevens een belangrijke reden om te vragen om doorverwijzing naar een specialist. (Conroy 1999) In geval van lage rugpijn is bijvoorbeeld bekend dat sommige patiënten eerder om aanvullende diagnostiek vragen en verwezen willen worden dan artsen noodzakelijk achten. (Skelton 1995, Schers 1998) Mensen duiden vergelijkbare gezondheidsklachten verschillend en reageren verschillend op een gezondheidsprobleem. Deze verschillen worden het meest duidelijk bij niet-ernstige alledaagse klachten. Onderzoek laat bijvoorbeeld zien dat de verwachtingen die mensen hebben van het nut van medische zorg bij alledaagse klachten een belangrijk deel verklaren van gebruik van meer huisartsenzorg bij niet-ernstige aandoeningen. (Van de Lisdonk 1985, Kooiker 1996) Hogere verwachtingen van het nut van medische zorg ten opzichte van zelfzorg leidt tot meer gebruik van zorg. Hoge verwachtingen komen met name voor bij ouderen, bij mensen met een lager opleidingsniveau en/of een minder goede gezondheid.

Logischerwijs verklaart de gezondheidstoestand een groot deel van de variatie in zorggebruik tussen personen (Baez 1998, Carney 2001), maar niet alle verschillen in het gebruik van zorg worden hierdoor verklaard. (Van der Zee 1982, Mechanic 1982, Van der Meer 1998) Nationaal en internationaal onderzoek bevestigt dat er sociaal-economische verschillen bestaan in de vraag naar en toegang tot de gezondheidszorg. Na correctie voor de gezondheidstoestand blijkt dat mensen met een lagere economische status vaker een beroep doen op de huisarts, maar minder vaak een specialist bezoeken en minder gebruik maken van preventieve voorzieningen. (Van der Meer 1993, Van der Meer 1998, Van der Velden 1999, Smits 2002) Opmerkelijk is dat niet-hoger opgeleiden wel vaker de huisarts bezoeken, maar gemiddeld minder tijd per contact besteden bij de huisarts en dat er, bij vergelijkbare klachten, minder vaak additioneel laboratoriumonderzoek plaatsvindt dan bij hoger opgeleiden. (Van der Velden 1999)

In de nota ‘Zorg met Toekomst’ (VWS 2001a) wordt de verwachting uitgesproken dat de zorgbehoefte de komende jaren met name beïnvloed zal worden door demografische en sociaal culturele veranderingen, waaronder de toenemende vergrijzing van de Nederlandse bevolking, en mondigheid van burgers.

2.4.1 Ouderen en chronisch zieken doen vaker beroep op huisartsenzorg

Naar verwachting zal de vraag naar zorg op basis van de vergrijzing tot 2010 met ruim 7% stijgen. (De Bakker, 2001) Sinds 1996 is er sprake van een gemiddelde groei in aantal contacten per patiënt met de huisartsenpraktijk van 2,2% per jaar. Voor een belangrijk deel zijn deze veranderingen terug te voeren op de vergrijzing van de bevolking. Het aantal contacten met 75-plussers is gemiddeld het hardst gestegen. Oudere bejaarden (75+) hebben gemiddeld meer contacten en deze betreffen vaker visites. (De Bakker 2001) De gevolgen van vergrijzing voor het gebruik en kosten van zorg hangen overigens nauw samen met de mate waarin nieuw en beter aanbod beschikbaar is (technologische vooruitgang). De groep ouderen tussen 65 en 75 jaar zal wellicht meer en andere zorg gebruiken dan de 75-plussers, omdat zij eerder technische ingrepen zullen ondergaan. (STG 2002)

Mede samenhangend met een gemiddeld hogere levensverwachting is er sprake van een toename van het aantal chronisch zieken. Dit heeft tot gevolg dat huisartsen meer personen met een chronische aandoening op het spreekuur zullen zien. Met de vergrijzing en een toename van chronische aandoeningen neemt tevens de kans op co-morbiditeit toe. En co-morbiditeit verhoogt de kans op veel zorggebruik. (Westert 2001) Het stellen van een juiste en tijdige diagnose in geval van co-morbiditeit of een chronische aandoening is een belangrijk aandachtspunt in de huisartsenpraktijk. (Memel 1996) Onderzoek laat bijvoorbeeld zien dat het niet tijdig onderkennen van bijkomende ziekten kan leiden tot onnodige ziektelast. (Thomas 2001)

2.4.2 Emancipatie en mondigheid van invloed op zorggebruik

Naast demografische veranderingen heeft er een sociaal-cultureel veranderingsproces plaatsgevonden van emancipatie, mondigheid en nadruk op eigen ontplooiing en ontwikkeling. (STG 1992) Patiënten van vandaag zijn gemiddeld hoger opgeleid en in samenhang daarmee beter geïnformeerd en mondiger dan voorheen. Mondigheid vertaalt zich in een toenemend rechtenbewustzijn en aansprakelijkheidsdenken (Raes 2002), kennis over gezondheid en gezondheidszorg, en zelfinitiatief nemen als het om eigen gezondheid gaat. (Groenewegen 1997) Toegenomen initiatief blijkt op individueel niveau onder andere uit een groei in geneesmiddelengebruik zonder recept. (Van Baal 1997) Ook op meso-niveau is er sprake van eigen initiatief, bijvoorbeeld in de vorm van een discussienota over de kwaliteit van huisartsenzorg vanuit het perspectief van de patiëntenorganisatie. (NPCF 2002) Kennis over gezondheid en gezondheidszorg wordt tegenwoordig makkelijk verkregen via de media en het internet. (Hooghiemstra 2001) In het algemeen kan gesteld worden dat meer kennis veelal leidt tot protoprofessionalisering, en dit is van invloed op de zorgbehoefte en zorggebruik. Daarom ervaren niet alle patiënten en huisartsen de functie van de huisarts als poortwachter positief, voor hen is de huisarts primair een gids, waarbij de coördinerende functie van de huisarts wordt benadrukt en rechtstreekse toegang tot specialisten mogelijk is. (NPCF 2002) Aan de andere kant: onderzoek wijst uit dat slechts één op de drie patiënten rechtstreekse toegang tot de specialist wenst. (Delnoij 2003)

Nederlands onderzoek laat zien dat mensen met een hogere mate van protoprofessionalisering gemakkelijker de weg naar de professionele zorg vinden, en andersom dat deze zorg zich toegankelijker opstelt jegens hen. Kenmerken die verband houden met protoprofessionalisering zijn een hogere opleiding en werkzaam zijn in de gezondheidszorg of relaties hebben die dat zijn. (Furer 2001) Het minst geprotoprofessionaliseerd zijn degenen met lagere inkomens, lagere beroepsniveau, ouderen en zij die wonen in een gebied met een lagere urbanisatiegraad. In dit licht is het de vraag of de patiënten die vaak de huisarts consulteren zo mondig zijn. 'Meer protogeprofessionaliseerden' doen meer aan zelfzorg in geval van gezondheidsklachten. (Furer 2001) Een hogere mate van protoprofessionalisering leidt echter niet per definitie tot een verminderde vraag naar professionele zorg; er vindt geen substitutie plaats, de zelfzorg is complementair. (Furer 2001, Barsky 1988) Als mogelijke oorzaken voor deze paradox worden genoemd een toenemende gezondheidsbewustzijn dat het gevoel voor lichamelijk en geestelijk welbevinden doet verminderen en gezondheidsproblemen eerder onverdraaglijk maakt, commercialisering van gezondheid waardoor een klimaat ontstaat van continue gezondheidsbedreiging, en medicalisering van het alledaagse leven in die zin dat de medische wetenschap een steeds breder terrein beslaat. (Barsky 1988, De Swaan 1989, Furer 2001)

Emancipatie, mondigheid en beter geïnformeerd zijn gelden niet voor iedereen en ook niet in elke situatie. Er zijn veel situaties denkbaar waarin men niet geïnformeerd is, kan of wil zijn, geen gebruik kan of wil maken van het internet of minder goed kan verwoorden waar behoefte aan is. Bijvoorbeeld in geval van cognitieve of psychische klachten, maar ook in het geval van ernstig lijden, het niet goed spreken of verstaan van de Nederlandse taal, of in geval van eenzaamheid.

2.5 Huisartsenzorg onder druk: de aanbodzijde

Patiënten hebben minder invloed op de hoeveelheid en inhoud van de verleende zorg wanneer zij eenmaal onder behandeling zijn, dan op de beslissing om al dan niet zorg te gaan gebruiken. Desalniettemin zijn patiënten over het algemeen tevreden over huisartsenzorg. Wel is men kritisch over de telefonische bereikbaarheid (De Groot 2001, NPCF 2002). De voorheen zeer toegankelijke huisarts lijkt in toenemende mate verscholen achter assistenten en triagesystemen.

Factoren aan de aanbodzijde, zoals het aantal hulpverleners, de werkdruk en de organisatie van de zorg, zijn van invloed op de inhoud en frequentie van zorg in de huisartsenpraktijk. (Mootz 1998, Hutten 1998, Andersen 1973) In brede kring wordt onderkend dat de huisartsenzorg met problemen kampt. De vraag naar zorg stijgt en het aanbod staat onder druk. Ook wachtlijsten in de tweede lijn en extramuralisering van de zorg leiden tot een toenemend beroep op de huisarts.

In de nota 'Zorg met Toekomst' (VWS 2001a) worden het tekort aan huisartsen, de toegenomen werkdruk en een noodzakelijke verandering in de organisatie van de huisartsenzorg benoemd als speerpunten voor beleid aan de aanbodzijde van de zorg. 'Zorg in de buurt' is het devies van het ministerie, met beleidsvoornemens als een vrij toegankelijke fysiotherapie en verbetering van de instroom van huisartsen. Medische zorg in de buurt is ook het devies in de toekomstvisie huisartsenzorg opgesteld door LHV en NHG (Stalenhoef 2002). Op grond van deze visie wordt een aangepaste functieomschrijving gemaakt met een beschrijving van de daarbij behorende brede takenpakket van huisartsen en worden actiepunten geformuleerd om deze zorg mogelijk te maken. (NHG/LHV 2003)

2.5.1 Verandering aan aanbodzijde beïnvloedt zorggebruik

Net als de vraagzijde is ook de zijde van het aanbod aan veranderingen onderhevig. Voor wat betreft de huisartsgeneeskunde zijn er meer groepspraktijken en meer vrouwelijke huisartsen dan voorheen, nieuwe vormen van organisatie van avond- en weekenddiensten, meer behandelmogelijkheden, meer deeltijds werkende artsen, de computer is verschenen op het bureau van de arts, de huisartsenzorg is versterkt door inzet van praktijk ondersteunend personeel en meer recent door praktijkverpleegkundigen. Dit alles heeft gevolgen voor de zorg die in de huisartsenpraktijk geboden wordt. Op het gebied van verrichtingen wijken vrouwelijke huisartsen in een aantal opzichten bijvoorbeeld af van hun mannelijke collega's. (Bensing 1992) Een eerder veronderstelde samenhang tussen geslacht en een langere contactduur werd in een meer recentere studies ter discussie gesteld. (Carr-Hill 1998, Deveugele 2002). Er lijkt een verband tussen de werkwijze van de arts enerzijds en de leeftijd van de arts, praktijkvorm en stedelijkheid van de praktijk anderzijds. (Boot 2001, Peterson 1997) Afhankelijk van de praktijkvorm en ligging van de huisartsenpraktijk verschilt

het beroep dat wordt gedaan op de huisarts en worden bepaalde taken in meer of mindere mate door de arts uitgevoerd. Vraag en aanbod beïnvloeden elkaar en kunnen in die zin niet duidelijk van elkaar gescheiden worden. Bekend zijn de verschillen tussen stedelijke praktijken en praktijken buiten de steden. Inwoners van stedelijke gebieden maken vaker gebruik van meerdere typen zorg vergeleken met bewoners buiten de steden. Het gaat hierbij met name om een combinatie met de geestelijke gezondheidszorg. (Verheij 1999) Huisartsen in steden vragen vaker laboratoriumonderzoek aan en voeren minder medisch-technische behandelingen uit dan hun collega's buiten de stad, en er zijn aanwijzingen dat de positie van poortwachter in de steden minder stevig is. (Verheij 1992, Verheij 1999, Boerma 1998) De functie van de huisarts als poortwachter staat ter discussie, anno 2003 wordt bijvoorbeeld geëxperimenteerd met vrij toegankelijke fysiotherapeuten en vanaf 2004 kunnen ook bedrijfsartsen naar specialisten verwijzen.

Inmiddels is er al veel gepubliceerd over variatie in klinisch handelen door huisartsen, onder andere in de registratie van diagnoses (Marinus 1993, Davis 2002), bij aanvragen van diagnostische tests (Zaat 1991, Peterson 1997, Guthrie 2001, Davis 2002), in het aantal verwijzingen (Stokx 1992, O'Donnell 2000, Spahni 2002), en bij het voorschrijven van medicatie (Kumar 2003, Davis 2002, Howie 1976). Ook in de eerste Nationale Studie werden verschillen tussen praktijken beschreven in het uitvoeren van verrichtingen, tussen praktijken in de steden en op het platteland, tussen regio's, tussen praktijken die op verschillende afstand van ziekenhuisvoorzieningen zijn gelokaliseerd en tussen de verschillende praktijkvormen. (Groenewegen 1992)

31

Momenteel zijn het tekort aan huisartsen en een vervroegde uitstroom van huisartsen actuele thema's. Het aantal huisartsen sluit niet aan bij de toename van de vraag, en dit heeft gevolgen voor het zorggebruik en de werkdruk van huisartsen. (Van den Berg 2003) Er is bijvoorbeeld een verband tussen de totale (objectieve) werkbelasting van huisartsen en het aantal uren dat aan patiëntenzorg wordt besteed, en tussen een hogere werkbelasting van de huisarts en de duur en inhoud van de consulten met individuele patiënten. (Hutten 1998) Op lokaal niveau wordt de schaarste aan huisartsen mogelijk vergroot door een 'mismatch' tussen behoefte en aanbod. (VWS 2002) Aankomende huisartsen nemen bijvoorbeeld liever geen solopraktijk over en steeds meer artsen willen werken in deeltijd. De tekorten laten zich het eerste zien in gebieden die minder aantrekkelijk zijn voor huisartsen, zoals bepaalde wijken in de grote steden (van der Velden 2003) en rurale gebieden.

Oplossingen worden reeds gezocht in het beperken van de uitstroom en bevorderen van de instroom van huisartsen, opleiding en ondersteuning van ondersteunend personeel, taakdifferentiatie door samenwerkende huisartsen en verbetering van de avond-, nacht- en weekenddiensten. (VWS 2002, Stalenhoef 2002) Taakdelegatie in de huisartsenpraktijk kan plaatsvinden door te investeren in praktijkondersteuning. Een voorbeeld van samenwerking en werkdrukvermindering is de huisartsenpost voor waarneming buiten kantooruren, waardoor huisartsen minder vaak dienst doen, maar het per dienst drukker hebben.

Het substitutiebeleid veroorzaakt een omvangrijke verandering in de organisatie van de zorg, met als gevolg meer en andere taken voor de huisarts, onder andere in de transmurale zorg. (Moll van Charante 2002) Zo heeft de huisarts in de transmurale zorg een coördinerende rol 'door de lijnen heen' in de zorg voor een individuele patiënt, terwijl voorheen de huisarts slechts sporadisch invloed uitoefende op wat er in de tweede lijn gebeurde. (De Bakker 1995) Hoewel het verwijssysteem gehandhaafd zal blijven, is de verwachting dat de grenzen tussen huisartsgeneeskunde en

specialistische zorg zullen vervagen onder invloed van de transmurale zorg. Met name patiënten met chronische aandoeningen zullen meer dan nu het geval is door zowel huisarts als specialist worden behandeld. (Groenewegen 1997) Keten zorg en continuïteit van de zorg zijn hierbij belangrijke thema's. (Schols 2001) Een recent rapport van de Inspectie laat zien dat ketenzorg voor chronisch zieken tot nu toe niet goed van de grond komt. (IGZ 2003) De afstemming tussen verschillende zorgverleners verschilt per aandoening en per samenwerkingsverband, de continuïteit van initiatieven met betrekking tot ketenzorg is onvoldoende gewaarborgd, en patiëntenorganisaties worden nog nauwelijks bij afstemmingsafspraken betrokken.

2.5.2 Herdefiniëring van kerntaken huisartsenzorg

Naast veranderingen zoals genoemd in paragraaf 2.5.1, zijn er ontwikkelingen binnen de huisartsgeneeskunde op het gebied van kwaliteit en een herdefiniëring van taken. Het medisch handelen verandert op basis van standaarden, evidence-based medicine en andere methoden ter bevordering van de kwaliteit van het handelen, waaronder EVS (Elektronisch Voorschrift Systeem) en FTO (Farmaco Therapie Overleg). Verder betekenen de toegenomen aandacht voor preventie en gezondheidsbevordering een uitbreiding van het takenpakket van de huisarts. (Kornelius 1999, Moll van Charante 2002) In het beleid van het ministerie van VWS staan primaire preventie en bevordering van gezond gedrag met behulp van de zgn. BRAVO factoren centraal (BRAVO: meer bewegen, niet roken, minder alcohol, gezonde voeding, veilig vrijen, veiligheid en voldoende ontspanning), omdat beïnvloeding van deze determinanten substantiële gezondheidswinst kan opleveren. (Jansen 2002)

Onder preventieve huisartsgeneeskunde valt de programmatische preventie (bijvoorbeeld jaarlijkse influenza vaccinatie en bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker), maar ook voorlichting en advies over leefstijl of gedrag, veelal als onderdeel van de behandeling. Preventie in de huisartsenpraktijk is in principe geïntegreerd in het dagelijks (be)handelen, toch brengen huisartsen het niet systematisch in praktijk. (Ellerbeek 2001, De Vries 1987) Er heerst onduidelijkheid over welke activiteiten tot het terrein van de huisarts behoren en men twijfelt aan het nut van bijvoorbeeld voorlichting over leefstijl. (Grundmeijer 2002) Vergeleken met mediacampagnes gericht op gezond gedrag zou de kracht van huisartsen liggen in kennis van individuele risicoprofielen en afstemming van voorlichting op de persoonlijke situatie van de patiënt. Ook zouden huisartsen in vervolgsafspraken rekening kunnen houden met eerdere adviezen en afspraken.

Onderzoek en praktijk hebben zich tot nu toe met name gericht op 'vermijdbare' oorzaken van ziekte in relatie tot patiëntkenmerken. Over het algemeen worden de impact van sociale- en omgevingsfactoren in relatie tot preventie nog onvoldoende belicht. (Lawlor 2001, Skelton 1995, Jansen 2002)

Ten slotte is er discussie over de taken van de huisarts bij psychosociale en psychiatrische klachten. Een toenemend deel van alle gepresenteerde klachten in de huisartsenpraktijk betreft een psychisch of een sociaal probleem, al dan niet in samenhang met lichamelijke aandoeningen. (Laurant 2001, Verhaak 1999, De Bruin 1998). Vanuit beleidsoptiek is voorgesteld dat huisartsen de lichtere, psychosociale problematiek opvangen, gesteund door algemeen maatschappelijk werk en eerste lijns psychologen. (Meijer 2002) Een sterk punt van huisartsen in verband hiermee is de laagdrempelige zorg. Contacten met de huisarts zijn echter vaak kortdurend en er komt veel tegelijkertijd aan de orde, waardoor psychische klachten aan de aandacht kunnen ontsnappen. (Bensing 1990)

Inhoudelijk betekent het waarmaken van de poortwachterfunctie een verschuiving van taken van specialist naar huisarts: huisartsen doen meer zelf en verwijzen minder. Voor een poortwachter van de geestelijke gezondheidszorg is diagnostiek essentieel; huisartsen moeten psychosociaal onwelbevinden en psychiatrische problematiek herkennen. (Bensing 1990, De Vries 2001) Het belang van goede diagnostiek wordt nog versterkt door wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg. (Van Daalen 2001) De discussie binnen de huisartsgeneeskunde spitst zich toe op welk deel van de hulpvragen door de huisarts moet worden opgevangen. (Lucassen 2001, van de Horst 2001, Kroon 1995) De beroepsgroep betwijfelt of ze de gevraagde begeleiding en behandeling kan bieden, gezien de kunde en de tijd die hiervoor nodig is. (Verhaak 1999) Daarbij is de relatie tussen huisartsen en GGZ-instellingen wederzijds altijd moeizaam geweest. (Verhaak 1999, De Bruin 1998, Laurant, 2001) Inmiddels is de geestelijke gezondheidszorg in de huisartsenpraktijk een gezamenlijk aandachtspunt van het NHG en de LHV.

2.6 Vraagstellingen

De vraagstellingen met betrekking tot het zorggebruik in de huisartspraktijk en bijbehorende indeling van het rapport is als volgt. Allereerst zullen **cijfers over frequenties van gebruik van zorg** worden gepresenteerd. De bijbehorende vraagstelling is: in welke mate wordt er gebruik gemaakt van de verschillende typen (huisartsen)zorg, verschilt dit zorggebruik naar patiëntkenmerken, en in hoeverre is het zorggebruik veranderd vergeleken met 1987, ten tijde van de eerste Nationale Studie?

Vervolgens wordt het **zorggebruik in relatie tot specifieke ziekten of klachten** beschreven. De vraagstelling hierbij is: wat is de relatie tussen diagnose en zorggebruik?

Hiertoe zijn 5 groepen geselecteerd die samen een brede range van ziekten en zorggebruik in de huisartspraktijk vertegenwoordigen:

- 1) Ongezonderheid naar de mening van de patiënt.
- 2) Somatische klachten:
 - a) algemene klachten,
 - b) kinderziekten,
 - c) luchtweginfecties,
 - d) infecties aan het maagdarmkanaal bij volwassenen.
- 3) Psychische klachten:
 - a) depressie,
 - b) angststoornis,
 - c) slaapstoornis.
- 4) Chronische aandoeningen:
 - a) diabetes mellitus,
 - b) coronaire hartaandoeningen en hartfalen,
 - c) astma en COPD,
 - d) eczeem.
- 5) Ziekten van het bewegingsapparaat:
 - a) nek- en rugklachten,
 - b) artrose in perifere gewrichten.

Daarna staat de **variatie in zorg tussen praktijken** centraal: in welke mate zijn er verschillen tussen huisartsen en praktijken in de contactfrequentie per patiënt per jaar, en met welke factoren op huisarts- of praktijkniveau hangen deze verschillen samen?

Tenslotte wordt ingegaan op een specifiek thema in relatie tot de huisartsenzorg: **verwachtingen van patiënten van huisartsenzorg** gegeven alledaagse, niet-ernstige klachten. De vraagstelling hierbij is ‘wat zijn verwachtingen van patiënten van huisartsenzorg gegeven alledaagse klachten, verschillen verwachtingen naar patiëntkenmerken of praktijkenkenmerken en in hoeverre zijn verwachtingen veranderd vergeleken met 1987?’.

De cijfers over zorggebruik in relatie tot de huisartspraktijk worden gepresenteerd in Hoofdstuk 4, Hoofdstuk 5 handelt over het zorggebruik in de huisartspraktijk in relatie tot specifieke ziekten of klachten. In Hoofdstuk 6 staat de variatie in zorggebruik tussen praktijken centraal en in Hoofdstuk 7 beschrijven we de patiëntenverwachtingen van huisartsenzorg gegeven niet-ernstige klachten.



Onderzoekspopulatie en methode

In dit hoofdstuk worden de gebruikte onderzoeksgegevens beschreven en gemaakte keuzes en onderzoeksmethode verantwoord.

37

3.1 Opzet gegevensverzameling

De gegevens die gebruikt worden om de onderzoeksvragen te beantwoorden zijn verzameld in het kader van de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (NS2). Een uitgebreide beschrijving van opzet en gegevensverzameling is te vinden in het NS2-rapport 'Vraagstellingen en methoden'. (Schellevis 2004) In dit hoofdstuk wordt kort ingegaan op algemene aspecten van de opzet en uitgebreider op aspecten die specifiek van belang zijn bij het lezen van dit rapport.

De gegevensverzameling van de NS2 vond plaats tussen mei 2000 en april 2002; de meeste gegevens hebben betrekking op het kalenderjaar 2001. Voor de gegevensverzameling werd medewerking gevraagd aan de deelnemers van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH), een samenwerkingsverband van NHG, LHV, WOK en NIVEL (Verheij 2002), Van de 89 praktijken die in 1999 aan LINH deelnamen, waren er 61 bereid om aan de NS2 deel te nemen. Daarna werden 43 nieuwe praktijken geworven voor deelname aan LINH en de NS2, waarmee het totale aantal deelnemende praktijken aan de NS2 op 104 kwam.

In de gegevensverzameling van de NS2 zijn drie niveaus te onderscheiden: verzameling van gegevens in de huisartspraktijk (contacten, deelcontacten en ziekte episoden van patiënten), over de huisartspraktijk en over de patiëntenpopulatie (Schellevis 2003) Een overzicht van de gegevensverzameling wordt gegeven in Tabel 3.1.

Tabel 3.1

Overzicht van de gegevensverzameling van de Tweede Nationale Studie

Gegevens	Duur/soort registratie per praktijk	N (praktijken, resp. huisartsen)	N
	<i>Patiëntenpopulatie</i>		
Sociaaldemografische gegevens	Patiëntregistratie, bij de start van de studie	104 praktijken	385.461 personen
Interview over gezondheid en gebruik van zorg	Patiëntenquête, gespreid over over 12 maanden afgenomen	104 praktijken	12.699 personen
	<i>In de huisartspraktijk</i>		
Aan de huisarts gepresenteerde klachten en aandoeningen	12 maanden	104 praktijken	949.220 ziekte-episoden
Contactkenmerken	6 weken	90 praktijken	180.751 contacten
Voorgeschreven geneesmiddelen	12 maanden	100 praktijken	2.143.558 voorschriften
Verwijzingen	12 maanden	101 praktijken	116.080 verwijzingen
Diagnostische en therapeutische verrichtingen	6 weken	78 praktijken	109.916 deelcontacten 22.963 verrichtingen
Huisarts-patiënt communicatie	20 video-opnamen per huisarts	142 huisartsen	2.784 opgenomen spreekuurconsulten
	<i>Over de huisartspraktijk</i>		
Visitatie Instrument Praktijkvoering	visitatie	98 praktijken	181 huisartsen
Enquête huisartsen en praktijkondersteunend personeel	schriftelijke enquête	104 praktijken	195 huisartsen 271 praktijkassistenten / praktijkondersteuners

In dit rapport werd met name gebruik gemaakt van de data over de patiëntenpopulatie en de registratie in de huisartspraktijk. Uit de schriftelijke vragenlijst aan huisartsen en assistenten werd informatie over de huisarts(praktijk) gebruikt (Hoofdstuk 6 en 7).

De gegevens in de huisartsenpraktijk over contacten met patiënten werden vastgelegd in de computer met behulp van het Huisarts Informatie Systeem (HIS). In de deelnemende huisartspraktijken werd gebruik gemaakt van 5 verschillende huisartsregistratiesystemen: Arcos (11 praktijken), Elias (24 praktijken), MacHis (16 praktijken), MicroHis (24 praktijken) en Promedico (29 praktijken). De HISsen verplichten niet in dezelfde mate tot het volgen van een vaste systematiek. In het ene HIS is bijvoorbeeld de vrijheid in registratiegedrag groter dan in een ander meer ‘gestuurd’ HIS. Dit heeft mogelijk geresulteerd in systematische variatie tussen HISsen. Mogelijk is er sprake van onderregistratie van contacten en verrichtingen onder huisartsen die gebruik maakten van een minder gestuurd HIS. Daarom wordt in Hoofdstuk 6 hieraan specifiek aandacht besteed.

3.2 Gegevens over de praktijkpopulatie

3.2.1 Patiëntregistratie

Alle patiënten die aan het begin van de studie stonden ingeschreven bij één van de deelnemende praktijken ontvingen een korte schriftelijke vragenlijst over sociaaldemografische gegevens als burgerlijke staat en geboorteland, inclusief een vraag over de inschatting van de eigen gezondheidstoestand. Om vast te stellen wie bij de praktijk stond ingeschreven werd gebruik gemaakt van de administratie van de huisarts (HIS). Verder is aan de respondenten zelf de vraag voorgelegd of zij ingeschreven staan. Bij inconsistenties tussen deze twee prevaleerde de beoordeling van de respondenten.

Het bestand van de patiëntenregistratie bestaat na schoning uit 385.461 respondenten. De respons op de patiëntenregistratie bedraagt 76,4%. In Tabel 3.2 wordt een overzicht gegeven van de representativiteit van de patiëntenregistratie.

39

Tabel 3.2
Representativiteit patiëntenregistratie (in %)

	Noemer Patiëntenregistratie N=385.461	Respons patiëntenregistratie N=294.999	Nederlandse bevolking
Geslacht			
Man	49.5	48.4	49.5
Vrouw	50.5	51.5	50.5
Leeftijd*			
0-19 jaar	23.5	24.0	24.4
20-39 jaar	30.4	27.0	30.0
40-64 jaar	33.0	34.4	32.0
65 jaar en ouder	13.2	14.6	13.6
Etniciteit			
Autochtonen		86.2	82.5
Westers allochtonen		6.1	8.6
Niet-westers allochtonen		6.0	8.9
Onbekend		1.6	

Bron : patiëntregistratie

* als peildatum voor leeftijd geldt 1-7-2001

Voor het bepalen van de etniciteit werd de ruime definitie van het CBS gevolgd. Deze is als volgt:

- Autochtoon: beide ouders geboren in Nederland;
- Westers allochtoon: minimaal één van beide ouders geboren in Europa (excl. Turkije), Noord-Amerika, Oceanië, Israël, Japan of Indonesië;
- Niet westers allochtoon: minimaal één van beide ouders geboren in Turkije, Azië (excl. Japan, Israël en Indonesië), Midden- of Zuid-Amerika, Afrika.

Alleen van de respondenten die het registratieformulier hebben ingevuld is de etniciteit bekend, uit de administratie van de huisarts kan deze informatie niet worden herleid. In dit rapport werden de categorieën 'autochtoon' en 'westers allochtoon' samengevoegd tot 'westerse afkomst'. Wanneer in dit rapport wordt gesproken van 'niet-westerse afkomst' wordt gerefereerd aan de gegevens uit de contactregistratie van 6% niet-westerse allochtonen. Hierbij dient benadrukt te worden dat met een dergelijke indeling een deel van de variatie tussen groepen en binnen groepen niet tot uitdrukking kan komen.

3.2.2 Patiëntenquête

De resultaten in dit rapport over zelfgerapporteerd zorggebruik in Hoofdstuk 4 (zelfzorg, informele zorg, specialistische zorg, paramedische zorg, alternatieve zorg) en Hoofdstuk 7 zijn gebaseerd op de patiëntenquête. Een aselechte steekproef van ongeveer 4% van de ingeschreven Nederlandssprekende patiënten van de 104 huisartspraktijken werd benaderd voor een mondeling interview aan huis van ongeveer 90 minuten. Bij kinderen onder de 12 jaar werd een interview gehouden met één van de ouders.

Via dit interview werden gegevens verzameld over (onder andere) verwachtingen van huisartsenzorg, ziektegedrag, gebruik van gezondheidsvoorzieningen en zelfingeschatte gezondheidstoestand. De interviews werden afgenomen in de periode van 15 december 2000 t/m 15 december 2001, verdeeld over de vier kwartalen van het jaar om seizoenseffecten te voorkomen. De totale respons bedraagt 12.699 interviews uit 19.685 benaderde personen: 64,5%. De non-respons van 35,5% bestaat voor tweederde uit weigeringen.

Een vergelijkbaar interview werd in de eigen taal afgenomen onder Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse Nederlanders. Gegevens uit deze interviews worden in dit rapport niet gebruikt. Hiervoor wordt verwezen naar het NS2-rapport 'Een kwestie van verschil'. (Van Lindert 2004)

3.2.3 Patiëntkenmerken

Bij het bespreken van het zorggebruik in de huisartspraktijk moet rekening worden gehouden met kenmerken die het gebruik van zorg beïnvloeden. Of iemand gebruik maakt van huisartsenzorg heeft in eerste instantie te maken met de gezondheidstoestand. Daarbij hangt de mate van zorggebruik tevens samen met leeftijd, geslacht, en verzekeringsvorm. In dit rapport zal het zorggebruik zoveel mogelijk worden uitgesplitst naar deze factoren. In een groot aantal tabellen zullen ook resultaten worden gegeven uitgesplitst naar de zelfingeschatte gezondheidstoestand, omdat deze variabele het zorggebruik mede beïnvloedt. Indien relevant worden de uitsplitsingen uitgebreid met andere factoren, zoals bijvoorbeeld burgerlijke staat bij de beschrijving van mantelzorg.

Tabel 3.3 laat de verdeling zien naar geslacht en leeftijd. Als peildatum voor leeftijd gold 1 juli 2001, het midden van de registratieperiode. De leeftijdsverdeling is voor mannen en vrouwen ongeveer gelijk, met uitzondering van de categorie 65 jaar en ouder: er zijn meer vrouwen van 65 jaar en ouder.

Tabel 3.3**Verdeling naar geslacht en leeftijd in % (n=385.461)**

	Man (%) N=190.836 (49,5%)	Vrouw (%) N=194.479 (50,5%)
0-19 jaar	24,3	22,7
20-39 jaar	30,7	30,1
40-64 jaar	33,8	32,1
65+	11,3	15,1

Bron : patiëntregistratie

Ongeveer tweederde van de bevolking is ziekenfonds verzekerd (66,8%), één derde is particulier verzekerd (33,2%) (niet in de tabel).

41

Aan de respondenten is gevraagd een inschatting te geven van de eigen gezondheid. Uit Tabel 3.4 blijkt dat het grootste deel van de bevolking de eigen gezondheid als uitstekend of (heel) goed inschat (82%), 15% ervaart de eigen gezondheid als redelijk (niet goed, niet slecht) en bijna 3% definieert de eigen gezondheid als (heel) slecht.

Tabel 3.4**Oordeel eigen gezondheid (%) in de bevolking (n=271.388)***

Inschatting eigen gezondheid	%
heel goed	24,0
goed	58,2
niet goed, niet slecht	15,3
slecht	2,2
heel slecht	0,4

Bron : patiëntregistratie

* n=114.073 non-respons

In Tabel 3.5 wordt de beoordeling van de eigen gezondheid weergegeven naar leeftijd en geslacht, om inzicht te geven in de relatie tussen de variabelen. Hieruit kan geconcludeerd worden dat naarmate men ouder is men vaker de gezondheid als minder goed beoordeelt, en dat in de categorieën 'slechte' en 'heel slechte' gezondheid oudere vrouwen oververtegenwoordigd zijn.

Tabel 3.5

Oordeel eigen gezondheid (%) naar leeftijd en geslacht (n=271.320)

MANNEN	1-19 jr.	20-44 jr.	45-64 jr.	65-74 jr.	75+	N
heel goed	40,3	39,5	16,2	2,7	1,3	33.995
goed	21,3	36,3	29,7	8,4	4,3	75.898
niet goed-niet slecht	5,6	21,2	41,2	17,3	14,6	17.738
slecht	2,5	20,4	43,1	16,4	17,5	2.578
heel slecht	11,2	26,8	35,5	12,5	14,0	473
N	31.020	45.380	36.624	10.833	6.825	130.682
VROUWEN	1-19 jr.	20-44 jr.	45-64 jr.	65-74 jr.	75+	N
heel goed	41,3	38,9	15,5	2,8	1,5	31.139
goed	19,2	38,5	27,7	8,6	6,0	81.951
niet goed-niet slecht	4,5	23,7	33,8	16,8	21,1	23.774
slecht	2,8	22,8	33,7	14,4	26,3	3.262
heel slecht	8,8	27,7	30,5	11,1	21,9	512
N	29.779	50.166	36.828	12.478	11.387	140.638

Bron : patiëntregistratie

Wanneer in de resultaten het oordeel eigen gezondheid uit de patiëntregistratie is gedichotomiseerd zijn resp. de categorieën 'heel goed', 'goed', en de categorieën 'niet goed-niet slecht', 'slecht' en 'heel slecht' samengenomen.

Ook in de patiëntenquête werd een vraag gesteld over inschatting van de eigen gezondheid. De antwoordcategorieën van deze vraag wijken af van de vraag die in de patiëntenquête werd gesteld (dit in verband met vergelijkbaarheid met de NSI): uitstekend, zeer goed, goed, matig, slecht. Het antwoord op deze vraag werd gebruikt in combinatie met andere gegevens uit de patiëntenquête. Dichotomisering van deze categorieën gebeurde als volgt: goede gezondheid (uitstekend, zeer goed, goed) en een matig tot slechte gezondheid (matig, slecht).

Opgemerkt moet worden dat de zelfingeschatte gezondheid zoals geregistreerd in patiëntregistratie en patiëntenquête momentopnames zijn, terwijl ervoor en erna contacten met de huisartspraktijk kunnen zijn geweest die in analyses in verband gebracht worden met de eerder of later geregistreerde zelfingeschatte gezondheid.

3.2.4 Omvang van de praktijkpopulatie

In dit rapport wordt het zorggebruik beschreven op het niveau van praktijken (bijvoorbeeld in hoe-
 verre contactfrequenties verschillen per praktijk), op het niveau van personen (bijvoorbeeld hoe-
 veel personen gebruikmaken van informele zorg), op het niveau van ziekte-episoden (aantal ziek-
 teperiodes in een registratiejaar), het niveau van contacten (contactfrequenties) of deelcontacten
 (diagnosen). In dit rapport wordt dus gebruik gemaakt van verschillende noemers.

Algemeen kan worden gesteld dat de noemer van de NS2 bestaat uit de ingeschreven patiënten in de 104 deelnemende huisartspraktijken.

De praktijkomvang werd vastgesteld uit de administratie van huisartspraktijken. Het aantal ingeschreven patiënten, na exclusie van personen die weigerden aan de Nationale Studie deel te nemen, bedroeg bij de start van de studie 399.068 personen. Deze populatie vormde de basis van de transversale gedeelten van de Nationale Studie: de patiëntregistratie en de patiëntenquête.

In het najaar van 2001 werd opnieuw het aantal ingeschreven patiënten per praktijk bepaald, om rekening te kunnen houden met geboorte, sterfte en verhuizing. De omvang van deze populatie was 402.755 ingeschreven personen. Er waren 426.502 personen bekend op het moment van hetzij de eerste, hetzij de tweede meting.

Op basis van deze metingen werd de gemiddelde populatie van de studieperiode berekend. Deze wordt gehanteerd als noemer voor longitudinale metingen, zoals de contactfrequentie. Deze zgn. midtimepopulatie zoals in dit rapport gebruikt bedroeg totaal 400.912 personen in 104 praktijken.

3.3 Registratie in de huisartspraktijk

Centraal in de NS2 staat de registratie van alle contacten die huisartsen en assistenten gedurende een jaar met hun patiënten hadden. In de 104 deelnemende huisartspraktijken registreerden huisartsen en praktijkondersteunend personeel de volgende gegevens over contacten met ingeschreven patiënten:

- 1 Morbiditeit: ICPC-gecodeerde contacten en deelcontacten, later geclusterd tot ziekte-episoden
- 3 Contactfrequentie, contactsoort en contactduur
- 4 Voorschriften voor geneesmiddelen
- 5 Nieuwe verwijzingen naar de 2^e lijn en verwijzingen binnen de 1^e lijn
- 6 Overige verrichtingen tijdens contacten

Uit Tabel 3.1 blijkt dat de NS2-data afkomstig zijn uit verschillende registratiemodules die waren toegevoegd aan het reeds gebruikte registratiesysteem in de huisartspraktijk. Voordat de gegevens van de registratiemodules werden toegevoegd aan de centrale database vond er een uitgebreide kwaliteitscontrole plaats. Daarbij werd gelet op de volledigheid en interne consistentie. De data zijn geschoond op basis van dezelfde procedure die wordt gehanteerd in LINH-jaarrapportage (Verheij, 2002, LINH 2003):

- Controleren of de praktijk sterk afwijkt van de rest. De gegevens van de sterk afwijkende praktijk worden vergeleken met het gemiddelde, bij twijfel worden de gegevens niet betrokken in de analyses voor het rapport.
- Nagaan of verrichtingen min of meer gelijkmatig over de registratieperiode zijn gespreid.
- Nagaan in hoeverre records volledig zijn.

Alleen gegevens van praktijken die aan de volgende criteria voldeden zijn verwerkt in dit rapport:

- Registratie gedurende minimaal 3 van de 6 weken of 22 weken van het jaar.
- Minimale contactfrequentie voor alle contacten (incl. prescriptie, contacten met assistenten etc) van 3 per patiënt per jaar.
- Minimaal 3 recepten per patiënt per jaar.
- Minimaal 30 verwijzingen fysiotherapie per 1000 patiënten.

- Minimaal 100 nieuwe verwijzingen per 1000 ziekenfondspatiënten naar de 2^e lijn.
- Minimaal 100 overige verrichtingen per 1000 ingeschreven patiënten.

Voor een meer gedetailleerde beschrijving en verantwoording van deze criteria wordt verwezen naar de LINH-jaarrapportage. (Verheij 2002, LINH 2003)

In analyses waarbij een combinatie van data werd gebruikt, werd op grond van bovengenoemde criteria een combinatie van praktijken geëxcludeerd. Deze uitsluiting van praktijken naar registratiemodule heeft bijvoorbeeld in Hoofdstuk 5 geresulteerd in een verschillende noemer voor co-morbiditeit, prescriptie en verwijzing van een zelfde patiëntengroep.

De gegevens verzameld in de huisartspraktijken ten behoeve van de NS2 zijn een deelverzameling van de gegevens uit LINH- praktijken waarover jaarlijks wordt gerapporteerd in de LINH rapportage. De resultaten voor wat betreft contactfrequentie, soort contact, verwijzing en prescriptie zijn daarom vergeleken met de LINH jaarrapportage over het jaar 2001. Geconcludeerd mag worden dat de resultaten, conform de verwachting, goed overeenkomen.

3.3.1 Morbiditeit: ICPC-gecodeerde contacten, deelcontacten en episoden

Contacten en deelcontacten werden vastgelegd gedurende 12 maanden. Begin- en einddatum verschilden per praktijk. De kleinste eenheid van registratie is het deelcontact. Een deelcontact is een ICPC-gecodeerde klacht of diagnose van een patiënt op één datum. De ICPC-codering is gebaseerd op de International Classification of Primary Care (Wood 1987). Deze classificatie is twee-assig: de eerste as wordt gevormd door de 17 hoofdstukken die in grote lijnen rond orgaansystemen zijn georganiseerd. Het gaat om de volgende hoofdstukken:

- a Algemene klachten en ongespecificeerde klachten
- b Bloed en bloedvormende organen, lymfestelsel, milt
- c Maagdarmkanaal
- d Oog
- h Oor
- k Hartvaatstelsel
- l Bewegingsapparaat
- n Zenuwstelsel
- p Psyche
- r Ademhalingsorganen
- s Huid en onderhuids weefsel
- t Endocriene klieren, metabolisme en voeding
- u Urinewegen
- w Zwangerschap, bevalling en anticonceptie
- x Geslachtsorganen vrouw
- y Geslachtsorganen man
- z Sociale problemen

Daarnaast kunnen er in de tweede as codes worden gegeven die aangeven of iets een klacht/symptoom, bepaalde verrichting of diagnose/ziekte betreft. Bijvoorbeeld: I01 betreft een klacht/symptoom van het bewegingsapparaat, in dit geval de nek, en I74 betreft een diagnosecode behorende bij het bewegingsapparaat, in dit geval een fractuur van de hand/voet. In dit rapport wordt soms gebruik gemaakt van een indeling naar de bestaande 17 hoofdstukken, en daar waar het specifieke morbiditeit betreft worden de codes uit de tweede as gebruikt.

In een deelcontact met een patiënt kent men in de huisartspraktijk één (werk)diagnose toe in de vorm van een ICPC-code. Als een patiënt binnen één contact één gezondheidsprobleem aan de orde stelt is het deelcontact gelijk aan het contact. Meerdere deelcontacten op één datum en tijdstip vormen een contact. Anders gezegd: wanneer een patiënt contact had met de huisarts in verband met meerdere klachten bestond het betreffende contact uit meerdere deelcontacten. Een reeks van samenhangende (deel)contacten in de tijd is een ziekte-episode. Huisartsen geven van elke geregistreerde diagnose aan of het een diagnose in een nieuwe ziekte-episode of in een bekende ziekte-episode betreft. Van een bekende ziekte-episode is sprake indien de patiënt de huisarts voor dit gezondheidsprobleem al eerder heeft geraadpleegd. Van een nieuwe ziekte-episode is sprake wanneer de patiënt de huisarts voor dit probleem niet eerder heeft geraadpleegd óf indien er sprake is van een herhaalde presentatie van een gezondheidsprobleem dat eerder heeft bestaan maar sindsdien verdwenen was, bijvoorbeeld een recidief. De werkdiagnose van het chronologisch laatste contact is de ICPC-code van de ziekte-episode. Voor een gedetailleerde beschrijving van de totstandkoming van ziekte-episoden en deelcontacten wordt verwezen naar het NS2-rapport 'Klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartspraktijk'. (Van der Linden 2004)

45

Uitgesloten van analyses werden twee van de 104 praktijken die geen registraties hadden aangeleverd, en een derde praktijk die slechts drie maanden had geregistreerd. Verder werden praktijken uitgesloten die onvoldoende contacten hadden geregistreerd of, ongeacht de contactfrequentie, te weinig ICPC-gecodeerde (deel)contacten registreerden. In het totaal werden acht praktijken uitgesloten voor alle analyses waarbij ICPC-coderingen noodzakelijk waren.

3.3.2 Contactfrequentie, contactsoort en contactduur

Contactfrequentie

De contactfrequentie is een belangrijk kengetal voor de huisartspraktijk. Contacten met de huisartspraktijk omvatten contacten met huisartsen en contacten met praktijkassistenten. Contacten kunnen plaats vinden in de praktijk, bij de patiënt thuis, of kunnen telefonisch zijn (zie: Contactsoort). Telefonische contacten zijn volgens de instructie aan de huisartsen en praktijkassistenten alleen geregistreerd indien deze aanleiding gaven tot een verrichting, bijvoorbeeld het aanvragen van laboratoriumonderzoek of uitschrijven van een recept. Het registreren van telefonisch gegeven adviezen, uitslagen van onderzoek en dergelijke was facultatief. Hierdoor is mogelijk een deel van de telefonische contacten buiten beschouwing gebleven.

De contactfrequenties in Hoofdstuk 4 hebben betrekking op alle ingeschreven patiënten, dus ook op de patiënten die in het registratiejaar geen contact hadden met de huisartspraktijk. Waarneempatiënten en passanten die niet stonden ingeschreven in één van de deelnemende huisartspraktijken zijn buiten beschouwing gelaten. Uitgangspunt van deze analyse waren alle contactregistraties

in LINH en de Nationale Studie over de registratieperiode van de Nationale Studie. In deze analyse kon geen rekening worden gehouden met mogelijk meerdere contacten op één dag, dit betreft echter slechts een zeer klein percentage van de contacten. Op grond van het eerder genoemde LINH criterium werden drie praktijken uitgesloten voor de analyse van contactfrequenties. De contactfrequenties zijn berekend door het totaal aantal contacten voor 101 praktijken te delen door de mid-timepopulatie van deze praktijken.

De tweede Nationale Studie is te typeren als een multistage sampling design met clustering. Eerst zijn praktijken geselecteerd en vervolgens zijn binnen iedere praktijk gegevens verzameld over patiënten, contacten, huisarts- en praktijkkenmerken. In een dergelijke opzet zijn gegevens binnen een praktijk in meer of mindere mate gecorreleerd. Met deze clustering werd rekening gehouden bij de presentatie van contactfrequenties. De correctiefactor voor clustering heeft geen effect op de gemiddelden, wel op de grootte van de betrouwbaarheidsintervallen.

De contactfrequenties zoals gerapporteerd in Hoofdstuk 6 verschillen iets van de contactfrequenties in de rest van het rapport. De oorzaak ligt in het feit dat in Hoofdstuk 6 gecorrigeerd wordt voor patientkenmerken. Dit wordt gedaan omdat variatie tussen artsen en praktijken wordt bestudeerd en om dit te kunnen doen moet worden gecorrigeerd voor verschillen in patientpopulatie.

De contactfrequenties zoals berekend ten behoeve van de LINH jaarrapportage 2001 en op basis van de data van de Tweede Nationale Studie komen goed overeen. Redenen voor kleine verschillen in resultaten hebben te maken met passanten en registratieperiode. In LINH worden passanten niet geëxcludeerd, in de NS2 wel. In LINH is de registratieperiode een kalenderjaar, en voor de NS2 verschilt de registratieperiode per praktijk, maar het grootste deel van de registratie vond plaats in 2001. De contactfrequenties in LINH en de NS2 zijn niet over exact dezelfde praktijken berekend (NS2 is immers een deelverzameling van LINH). Dit blijkt echter nauwelijks effect te hebben op de resultaten, hetgeen de robuustheid van de data onderstreept.

Contactsoort

De volgende contactsoorten werden geregistreerd: visite, consult, telefonisch contact, en overige contacten. Onder 'overige contacten' vallen onder andere administratieve contacten zoals het maken van een notitie in het patiëntendossier naar aanleiding van een ontvangen uitslag of bericht van de medisch specialist of andere hulpverlener. De contactsoort werd gedurende 6 weken in 90 deelnemende praktijken vastgelegd. Om seizoenseffecten te voorkomen werden de registratieperiodes verspreid over het jaar. Bij de registratie van de contactsoort werd geen onderscheid gemaakt in deelcontacten. Het gaat om het totaal van een contact, ongeacht het aantal gezondheidsproblemen dat tijdens een contact aan de orde is gesteld. Op grond van registratie van te weinig contacten per patiënt per dag werden drie praktijken geëxcludeerd van analyses naar de verhouding tussen de soorten contact. Voor de presentatie van de gegevens werden de data van zes weken geëxtrapoleerd naar een jaar.

Contactduur

In de video-observaties zijn spreekuurconsulten van huisartsen op video opgenomen om gegevens te verzamelen over de communicatie tussen huisartsen en patiënten. In het totaal hebben 142 van de 195 deelnemende huisartsen hiervoor toestemming gegeven, dit komt neer op een respons van

72,8%. In de video-observatie is ook de consultduur opgenomen. De consultduur in minuten is geklokt van de eerste verbale uiting tot de laatste. De verdeling van duur naar orgaan systeem (Tabel 4.2.15) is gebaseerd op de belangrijkste diagnose in het consult zoals toegekend door de observatoren van de video-opnamen. Bij de deelnemende huisartsen zijn gemiddeld 20 consulten opgenomen. In het totaal hebben 2784 patiënten deelgenomen aan de video-opnames. De respons was 88,2%. Voor meer gedetailleerde informatie over de video-opnamen wordt verwezen naar het NS2-rapport 'Oog voor communicatie'. (Van den Brink-Muinen 2004)

3.3.3 Geneesmiddelen voorschriften

Alle voorschriften van patiënten die gedurende de registratieperiode bij de deelnemende huisartspraktijken stonden ingeschreven zijn geregistreerd in 100 huisartspraktijken voor de periode van een jaar. Dit betreft zowel voorschriften die de huisarts tijdens het consult voorschreef als herhaalrecepten. De herhaalrecepten bevatten tevens voorschriften die zijn geïnitieerd door medisch specialisten maar die door de huisarts worden herhaald. Eerste recepten van medisch specialisten zijn niet in de database opgenomen, omdat de huisartsen deze niet registreren. Een uitzondering hierop vormen de apotheekhoudende praktijken. Deze praktijken hebben dan ook een hoger aantal voorgeschreven recepten per praktijk. Helaas is het niet mogelijk geweest de specialistenreceptuur te onderscheiden van de door de huisarts zelf voorgeschreven en geïnitieerde receptuur. Noodzakelijkerwijze is daarom besloten de specialistenreceptuur in de analyses op te nemen.

Per voorschrift of recept werd een aantal kenmerken vastgelegd, zoals de datum van het voorschrift, soort geneesmiddel en diagnose waarvoor het recept werd voorgeschreven. Ook is bepaald of een bepaald recept voor het eerst aan de patiënt werd voorgeschreven of dat de patiënt het eerder al voorgeschreven had gekregen. Soorten geneesmiddelen zijn geclassificeerd volgens de ATC-codering. ATC staat voor Anatomical Therapeutic Chemical. De volledige ATC-code bestaat uit 7 karakters. Eerst een letter welke de hoofdgroep aangeeft (bijvoorbeeld N = middelen voor het zenuwstelsel), vervolgens twee cijfers welke aangeven wat de subgroep is (No6 = psychoanaleptica), vervolgens weer twee letters (No6A= antidepressiva; No6AB=SSRI's) en tot slot weer twee cijfers (No6AB05=paroxetine). In dit rapport is gewerkt met verschillende niveaus van indeling. Soms is gekozen voor een ATC-4 codering (No6A), in andere gevallen is gekozen voor een ATC5 of ATC3-codering. Dit is afhankelijk gesteld van de analyse en te bestuderen ziekte. In totaal had 92% van de recepten een ATC-code. Een belangrijk deel van de missende waarden op de ATC-codering betreft voorschriften waarvoor geen ATC-codering bestaat, zoals verbandmiddelen en homeopathische geneesmiddelen.

De diagnoses zijn, evenals in alle andere modules in de NS2, gecodeerd volgens de ICPC-codering. De deelnemende huisartsen hadden 53% van de voorschriften voorzien van een ICPC-codering. Door de voorschriften te koppelen aan de contactregistratie en door het aanvullen van ontbrekende ICPC-coderingen van eerder uitgeschreven herhaalrecepten kreeg 9% van de recepten alsnog een codering. In totaal was derhalve 62% van alle recepten voorzien van een ICPC-codering.

Ten behoeve van analyses naar het voorschrijven van geneesmiddelen werden vier praktijken uitgesloten die niet hadden geregistreerd, één praktijk vanwege een registratieperiode van slechts zes weken en nog eens acht praktijken in verband met het te geringe aantal ICPC-gecodeerde recepten en/of een slechte kwaliteit van de registratie. De selectie van deze praktijken gebeurde op basis van

het aantal ICPC-gecodeerde recepten (afkappunt: < 40%) en de scores op een aantal kwaliteitsindicatoren. Zo is bijvoorbeeld gekeken hoe vaak bij insuline de diagnose “diabetes mellitus” is gesteld en bij de anticonceptiepil de diagnose “orale anticonceptie”. Wanneer dit te lage percentages opleverde, is besloten de praktijk niet in de analyses op te nemen.

3.3.4 Verwijzingen

Verwijzingen werden gedurende een jaar in 101 huisartspraktijken geregistreerd. Per verwijzing leggen huisartsen o.a. het specialisme waarnaar wordt verwezen en de diagnose vast.

In dit rapport zijn alle verwijzingen binnen de 1^e lijn geanalyseerd en alleen de *nieuwe* verwijzingen naar de 2^e lijn. Voor de verwijzingen naar fysiotherapie werden uiteindelijk 47 praktijken geëxcludeerd die niet voldeden aan LINH-criteria, voor de overige verwijzingen naar de 1^e lijn werden 29 praktijken geëxcludeerd. Voor het berekenen van het aantal verwijzingen naar de 2^e lijn werden 49 praktijken geëxcludeerd. Dit alles op basis van de eerder genoemde LINH-criteria. Dit heeft geresulteerd in een relatieve ondervertegenwoordiging van groepspraktijken en een oververtegenwoordiging van praktijken die het Promedico registratiesysteem gebruiken.

3.3.5 Overige verrichtingen

Naast het voorschrijven van geneesmiddelen en het verwijzen verrichten huisartsen en assistenten tal van andere diagnostische en therapeutische handelingen. Door middel van een standaardlijst verrichtingen anders dan prescriptie of verwijzing kon worden aangegeven welke aanvullende verrichtingen werden gedaan. De standaardlijst bevatte diagnostische verrichtingen in en buiten de praktijk, behandelingen, en het geven van informatie of advies:

Diagnostiek in de praktijk	Behandeling
bloedonderzoek	wondverzorging
urineonderzoek	oor uitspuiten
bloeddrukmeting	chirurgie
gewichtmeting	zwachtelen, tapen, reponeren
mammaeonderzoek	catheteriseren
	intra uterine device (IUD)
Diagnostiek buiten de praktijk	Advies, informatie
aangevraagd bloedonderzoek	advies werkstaking
aangevraagd urineonderzoek	advies werkhervatting
röntgenonderzoek	advies medicatie zonder recept
elektrocardiogram	
echoscopie	
endoscopie	

Lichamelijk onderzoek en algemene voorlichting zijn beide niet opgenomen in de lijst verrichtingen. De verrichtingen werden gedurende zes weken in 78 praktijken vastgelegd. Om seizoenseffecten te voorkomen werden de registratieperioden verspreid over het jaar. In de uiteindelijke presentatie van gegevens zijn de data geëxtrapoleerd naar een jaar. Bij kleine aantallen kan dit hebben geresulteerd in onderrapportage, daarom zijn in veel gevallen de absolute aantallen weergegeven in de tabellen over verrichtingen. Daar waar de waarde niet goed geschat kon worden werd een missende waarde gegeven.

Er werden zeven praktijken geëxcludeerd met te weinig verrichtingen per 1000 patiënten, één praktijk waarbij de registratieperiode door technische problemen buiten de periode van de morbiditeitsregistratie is gevallen, en één praktijk die minder dan drie weken had geregistreerd. Deze selectie heeft geresulteerd in een ondervertegenwoordiging van solopraktijken. Verrichtingen die door artsen worden gedaan zijn goed geregistreerd. Praktijkassistenten die geen gebruik maken van het medisch journaal, maar wel verrichtingen doen en uitslagen rapporteren in meettabellen hebben deze niet altijd geregistreerd in het HIS. Om deze redenen worden in Hoofdstuk 4 de overige verrichtingen door huisartsen in aparte tabellen weergegeven.

3.4 Gegevens over huisartspraktijken

Achtergrondkenmerken van de deelnemende huisartspraktijken uit de schriftelijke enquête werden gebruikt in de analyses voor Hoofdstuk 6 en Hoofdstuk 7. De praktijken die deelnamen aan de NS2 vormen een goede afspiegeling van de Nederlandse huisartspraktijken naar regio, stedelijkheid van de praktijklocatie en achterstandsgebied. Een uitzondering is de praktijkvorm: in de studie zijn solopraktijken enigszins ondervertegenwoordigd.

Aan de tweede Nationale Studie namen 104 huisartspraktijken deel met daarin 195 werkzame huisartsen (overeenkomend met 164,8 voltijds huisartsen) en 271 praktijkondersteuners. De 195 huisartsen vormen een goede afspiegeling van de populatie huisartsen in Nederland naar belangrijke kenmerken als leeftijd en geslacht. Voor een gedetailleerde verantwoording van de representativiteit van de deelnemende praktijken en huisartsen wordt verwezen naar het NS2-rapport 'Vraagstellingen en methoden'. (Schellevis 2004)



Gebruik van zorg

In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van het zorggebruik van patiënten die ingeschreven staan in de huisartspraktijk. De huisartsenzorg staat in dit hoofdstuk centraal. Allereerst worden in §4.1 zelfzorg en mantelzorg beschreven, omdat deze vaak voorafgaan aan of samengaan met huisartsenzorg. De contactfrequentie met de huisartspraktijk, soorten contact, duur van huisartscontacten en de verrichtingen in de huisartspraktijk worden beschreven in §4.2. In §4.3 wordt kort een blik geworpen op het zorggebruik na of naast huisartsenzorg: specialistische zorg, paramedische zorg en aanvullende of alternatieve zorg.

51

4.1 Zelfzorg en mantelzorg

4.1.1 Gebruik van geneesmiddelen is veelvoorkomende vorm van zelfzorg

In Tabel 4.1.1 wordt aangegeven hoe groot het percentage respondenten is dat in de afgelopen 12 maanden vanwege gezondheidsproblemen één of meer zelfzorgactiviteiten heeft ondernomen. Bijna 80% van de bevolking heeft in geval van gezondheidsklachten het afgelopen jaar aan zelfzorg gedaan. De meest genoemde zelfzorgactiviteit is het gebruik van geneesmiddelen zonder recept (29%), het minst vaak genoemd is lezen over gezondheidsproblemen in een boek, tijdschrift of op internet (13%). Meer vrouwen dan mannen doen aan zelfzorg. In geval van gezondheidsklachten lezen meer vrouwen dan mannen hier bijvoorbeeld over, praten er over en/of letten op hun voeding. Personen die de eigen gezondheid als matig of slecht beoordelen rapporteren vaker zelfzorgactiviteiten dan zij die zich gezond voelen. Zij doen meer aan alle genoemde typen zelfzorg. Een relatief grote groep mensen die een minder goede gezondheid rapporteert gebruikt met name eerder voorgeschreven geneesmiddelen.

Tabel 4.1.1

Percentage gerapporteerde zelfzorg in het afgelopen jaar naar geslacht en ervaren gezondheid (n=12.693)

	Totaal (%)	Geslacht		Ervaren gezondheid	
		Man	Vrouw	Goed	Matig/slecht
Geen zelfzorg	21,6	25,0	18,6	24,7	11,7
Wel zelfzorg ¹ :	78,4	75,0	81,4	75,3	88,3
stoppen met dagelijkse bezigheden	22,7	20,9	24,3	21,3	33,7
ziek in bed	24,6	22,8	26,1	23,9	30,5
op voeding letten	18,9	15,7	21,6	17,6	26,8
meer beweging	13,7	11,5	15,6	13,3	19,4
meer nachtrust	16,1	13,4	18,5	14,4	25,9
geneesmiddel zonder recept	28,8	24,6	32,5	28,5	31,1
geneesmiddel eerder voorgeschreven	23,7	22,1	25,0	19,9	40,5
geneesmiddel eerder voor dit probleem voorgeschreven	22,4	18,9	25,4	19,6	43,7
met anderen praten	16,9	12,5	20,6	13,8	38,1
erover lezen	13,0	9,3	16,3	11,3	26,2
N	12.693	5.857	6.836	10.149	1.930

Bron: patiëntenquête

1 Meerdere antwoorden mogelijk

Tabel 4.1.2 toont het geneesmiddelengebruik zonder recept, opgesplitst naar soort geneesmiddel. In tegenstelling tot Tabel 4.1.1 betreft de referentieperiode nu de laatste 14 dagen in plaats van het afgelopen jaar. Ruim 1 op de 3 personen koopt en gebruikt geneesmiddelen zonder recept (37%), in de meeste gevallen betreft dit geneesmiddelen in verband met pijn en/of koorts (29%). Meer vrouwen dan mannen gebruiken geneesmiddelen zonder recept. Personen die de eigen gezondheid als matig of slecht inschatten kopen en gebruiken vaker geneesmiddelen zonder recept dan zij die zich gezond voelen. In verhouding betreft het meer gebruik van personen die zich ongezond voelen met name versterkende geneesmiddelen, geneesmiddelen tegen maagdarmklachten en slaap- en kalmeringsmiddelen.

Op de vraag naar geneesmiddelengebruik zonder recept in het afgelopen jaar geeft 72% van de bevolking aan dit in het afgelopen jaar te hebben gebruikt, 13% zegt nooit geneesmiddelen zonder recept te hebben gekocht en voor 16% is het langer dan een jaar geleden dat men geneesmiddelen zonder recept gebruikte. Het percentage van 72% is veel hoger dan het percentage geneesmiddelen zonder recept zoals genoemd in Tabel 4.1.1. Waarschijnlijk heeft dit te maken met het feit dat de focus van de vragen verschilt: de ene vraag gaat over verschillende vormen van zelfzorg en de ander uitsluitend over geneesmiddelen zonder recept.

Tabel 4.1.2

Percentage gerapporteerd gebruik geneesmiddelen zonder recept *in de afgelopen 14 dagen* naar geslacht en ervaren gezondheid (n = 12.693)

	Totaal (%)	Geslacht		Ervaren gezondheid	
		Man	Vrouw	Goed	Matig/slecht
Geen geneesmiddelen	63,5	69,9	57,9	64,2	58,2
Wel geneesmiddelen ¹ , waaronder:	36,5	30,1	42,1	35,8	41,8
pijn en koortswerend	28,6	22,7	33,6	28,6	32,3
tegen keelpijn, verkoudheid, griep	5,9	5,2	6,5	5,4	6,3
versterkend, bv vitaminen	5,1	3,5	6,5	4,8	6,8
homeopathie	3,2	2,2	4,1	2,8	4,9
tegen maagdarmklachten	1,1	1,1	1,2	1,0	2,0
geneesmiddelen voor de huid	1,1	1,2	1,1	1,1	1,1
slaap- en kalmeringsmiddelen	0,6	0,4	0,7	0,5	1,1
N	12.693	5.857	6.836	10.149	1.930

Bron: patiëntenquête

1 Meerdere antwoorden mogelijk

53

4.1.2 Mantelzorg een vrouwenzaak?

In Tabel 4.1.3 geeft 11% van de Nederlands sprekende bevolking aan dat zij het afgelopen jaar in verband met gezondheidsproblemen mantelzorg ontvingen in de vorm van huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging en/of hulp bij verpleging. De mantelzorg werd gegeven door gezinsleden, familieleden en/of bekenden. Mantelzorg in de vorm van emotionele ondersteuning of begeleiding blijft in de Tabel buiten beschouwing.

Tabel 4.1.3

Percentage gerapporteerde mantelzorg in het afgelopen jaar, naar geslacht, burgerlijke staat en ervaren gezondheid (n=12.693)

	Totaal (%)	Geslacht		Burgerlijke staat			Ervaren gezondheid	
		Man	Vrouw	Ongehuwd	Gehuwd	Gescheiden/ verweduwd	Goed	Matig/ slecht
Geen mantelzorg	89,0	93,1	85,7	89,5	88,6	81,9	92,4	71,8
Wel mantelzorg ¹ :	11,0	6,9	14,3	10,5	11,4	18,1	7,6	29,2
Huishoudelijk werk	7,6	3,0	11,5	5,5	9,2	15,7	5,0	23,3
Verzorging	3,6	3,7	3,5	4,4	2,9	4,2	2,6	8,0
Verpleging	1,2	1,3	1,1	2,0	0,8	1,5	1,0	2,6
N	12.693	5.857	6.836	2.963	6.408	1.241	10.149	1.930

Bron: patiëntenquête

1 meerdere antwoorden mogelijk

Indien men mantelzorg ontvangt dan betreft dit in de meeste gevallen hulp bij huishoudelijke werk (Tabel 4.1.3). Meer vrouwen dan mannen maken gebruik van mantelzorg, in die zin lijkt mantelzorg een vrouwenzaak. Met name het verschil in de hoeveelheid hulp bij huishoudelijk werk tussen mannen en vrouwen is groot. Dit hangt mogelijk samen met de taakverdeling in de meeste huishoudens. Wanneer mannen gebruik maken van mantelzorg is dit relatief vaker in de vorm van hulp bij verzorging. Personen met gezondheidsproblemen die gescheiden of verweduwd zijn ontvangen meer mantelzorg dan ongehuwden of gehuwden. Ongehuwden maken het minst gebruik van mantelzorg, maar van de groep die wel mantelzorg heeft betreft dit relatief vaker gebruik van hulp bij verzorging en verpleging. Personen die hun gezondheid als matig of slecht inschatten maken veel vaker gebruik van mantelzorg dan degenen die zich gezond voelen.

54

Zoals eerder beschreven kunnen mantelzorg en formele zorg tegelijkertijd voorkomen. Mantelzorg kan samengaan met professionele, betaalde zorg aan huis, zoals bijvoorbeeld hulp van de wijkverpleging, gezinsverzorging of particuliere huishoudelijke hulp. Ongeveer een vijfde (20,2%) van degenen die mantelzorg ontvingen in het afgelopen jaar, maakte in datzelfde jaar gebruik van betaalde zorg aan huis. Dit betrof meerdere soorten hulp tegelijkertijd: in bijna 90% van de gevallen ging het om hulp bij huishoudelijke werkzaamheden, professionele hulp bij verzorging en bij verpleging kwam in resp. 21,6% en 14,9% van de gevallen voor. Ruim de helft (59,6%) van de personen die in het jaar voorafgaand aan het interview gebruik maakten van mantelzorg hadden in de twee maanden voorafgaand aan het interview tevens contact met de huisarts.

4.2 Huisartsenzorg

4.2.1 Contactfrequentie verschilt naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm

In 2001 had 76,6% van de bevolking één of meerdere keren contact met de huisartspraktijk. In Tabel 4.2.1 wordt het aantal contacten weergegeven per 1000 ingeschreven patiënten en per 1000 contacten. De cijfers zijn uitgesplitst naar specifieke categorieën contacten met huisartsen. Het totaal aantal contacten met de huisartspraktijk in 1 jaar bedraagt 6113 per 1000 ingeschreven patiënten. Daarvan zijn 3005 contacten met huisartsen en 2204 met praktijkondersteunend personeel. Verreweg de meeste contacten van de huisarts zijn spreekuurcontacten (73%) .

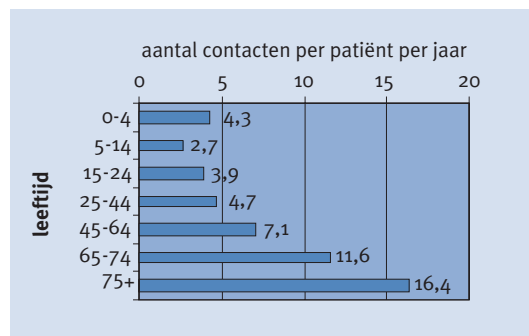
Patiënten hadden in 2001 gemiddeld 6,1 keer contact met de huisartspraktijk (95% BI: 5,8-6,4). De contactfrequentie verschilt naar leeftijd: 5-14-jarigen hadden gemiddeld het minst vaak contact met de huisartspraktijk (bijna 3 keer), en 75-plussers hadden gemiddeld het meest vaak contact met de huisartspraktijk: ruim 16 keer per patiënt per jaar (Figuur 4.2.2)

Tabel 4.2.1

Aantal contacten in een jaar per 1000 patiënten, per 1000 contacten, en als percentage van het totaal aantal contacten, naar medewerker en soort contact (n=2.194.592 contacten)

	Per 1000 patiënten	Per 1000 contacten	% van de contacten
<i>Alle contacten, waarvan:</i>	6113	nvt	nvt
contacten met de huisarts	3005	633,2	63,3
contacten met de assistent	2204	219,7	22,0
onbekend	904	147,2	14,7
<i>van de contacten met de huisarts:</i>			
spreekuurcontacten	1936	728,5	72,9
visites	221	83,7	8,4
telefonische contacten	286	106,1	10,6
overige contacten	221	65,6	6,6
onbekend	341	16,1	1,6

Bron: contactenbestand naar soort contact incl. gegevens uit de contactregistratie, over prescriptie en verwijzing



Bron: contactregistratie incl. gegevens over prescriptie en verwijzing

Figuur 4.2.2

Gemiddelde contactfrequentie met de huisartspraktijk per patiënt per jaar naar leeftijd (n=415.983 personen)

Een deel van de contacten betreft (herhaal)recepten en (herhaal)verwijzingen. Wanneer deze contacten niet worden meegeteld is de gemiddelde contactfrequentie per patiënt per jaar 4,8 (95% BI: 4,5-5,1). Vergelijken we de contactfrequentie van mannen en vrouwen met elkaar dan valt op dat vrouwen in alle leeftijdscategorieën meer contacten met de huisartspraktijk hebben dan de mannen, behalve in de categorie 0-4 jaar (Tabel 4.2.3). Het verschil in aantal contacten tussen mannen en vrouwen is het grootst in de leeftijd van 15-44 jaar, voor vrouwen de vruchtbare leeftijd. Een groot deel van deze contacten is in verband met de anticonceptiepillen (zie Tabel 4.2.36 en Tabel 4.2.40).

In geval van een ziek kind neemt in driekwart van de gevallen de moeder het initiatief om met het kind naar de huisarts te gaan, de vader neemt het initiatief in 6% van de gevallen, en 20% van de ouders geeft aan beiden even vaak het initiatief te nemen (niet in Tabel).

Tabel 4.2.3

Gemiddeld aantal contacten met de huisartspraktijk (met 95% betrouwbaarheidsinterval) per patiënt per jaar, naar leeftijd en geslacht (n=415.983 personen)

Leeftijd	Mannen	Vrouwen	Totaal
0-4	4,5 (4,3-4,7)	4,1 (3,9-4,3)	4,3 (4,1-4,5)
5-14	2,7 (2,6-2,8)	2,8 (2,7-2,9)	2,7 (2,6-2,8)
15-24	2,5 (2,4-2,6)	5,3 (5,1-5,5)	3,9 (3,8-4,1)
25-44	3,2 (3,0-3,3)	6,3 (6,1-6,7)	4,7 (4,5-4,9)
45-64	5,8 (5,5-6,1)	8,3 (7,9-8,7)	7,1 (6,7-7,4)
65-74	10,7 (9,9-11,4)	12,5 (11,7-13,2)	11,6 (10,9-12,4)
75+	14,9 (13,7-16,1)	17,2 (15,9-18,5)	16,4 (15,1-17,6)
Totaal	4,8 (4,5-5,0)	7,4 (7,0-7,7)	6,1 (5,8-6,4)

Bron: contactregistratie incl. gegevens over prescriptie en verwijzing

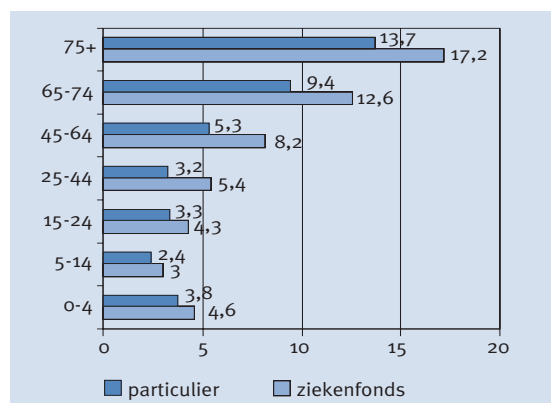
In Tabel 4.2.4 is te zien dat particulier verzekerden minder contacten hebben met de huisartspraktijk per patiënt per jaar dan ziekenfondsverzekerden. Vrouwelijke ziekenfondsverzekerden hebben gemiddeld de meeste contacten per jaar en mannelijke particulier verzekerden hebben gemiddeld het geringste aantal contacten per patiënt per jaar.

Tabel 4.2.4

Gemiddeld aantal contacten met de huisartspraktijk (met 95% betrouwbaarheidsinterval) per patiënt per jaar naar geslacht en verzekeringsvorm (n=415.983 personen)

Verzekeringsvorm	Mannen	Vrouwen	Totaal
Ziekenfonds	5,4 (5,1-5,7)	8,3 (7,9-8,7)	7,0 (6,6-7,3)
Particulier	3,7 (3,5-4,0)	5,5 (5,2-5,7)	4,5 (4,3-4,8)
Totaal	4,8 (4,5-5,0)	7,4 (7,0-7,7)	6,1 (5,8-6,4)

Bron: contactregistratie incl. gegevens over prescriptie en verwijzing



	95% BI ziekenfonds	95% BI particulier
0-4	4,4-4,9	3,5-4,0
5-14	2,8-3,1	2,3-2,5
15-24	4,2-4,5	3,1-3,4
25-44	5,2-5,6	3,0-3,5
45-64	7,8-8,6	5,0-5,7
65-74	11,8-13,3	8,8-10,1
75+	16,0-18,5	12,6-14,9

Figuur 4.2.5

Gemiddeld aantal contacten met de huisartspraktijk naar leeftijd en verzekeringsvorm

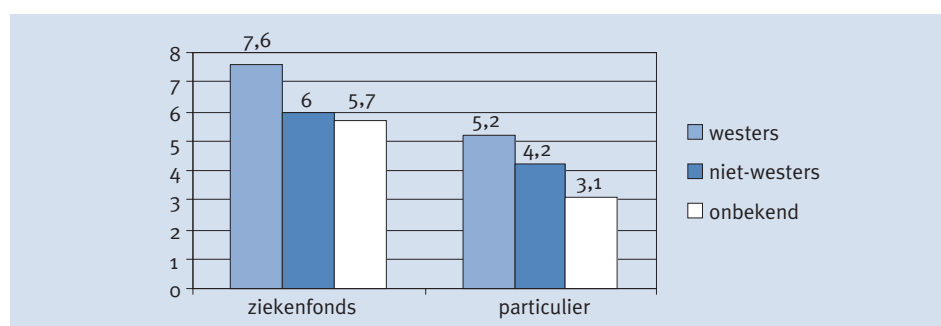
(n=416.271 personen)

Bron: contactregistratie incl. gegevens over prescriptie en verwijzing

In Figuur 4.2.5 wordt de gemiddelde contactfrequentie weergegeven naar leeftijd en verzekeringsvorm. Voor alle leeftijdsgroepen geldt dat ziekenfondsverzekerden meer contacten per patiënt per jaar hebben dan particulier verzekerden. Het verschil in aantal contacten per patiënt per jaar tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden neemt toe met leeftijd.

Ook voor patiënten met een niet-westerse achtergrond geldt dat ziekenfondsverzekerden meer contacten hebben met de huisartspraktijk dan particulier verzekerden (Figuur 4.2.6). De Figuur suggereert voorts dat patiënten met een niet-westerse achtergrond gemiddeld een lagere contactfrequentie hebben dan patiënten met een westerse achtergrond. In Tabel 4.2.7 wordt dit beeld genuanceerd. Tabel 4.2.7 laat zien dat in de groep waarvan de culturele achtergrond bekend is de ouderen zijn ondervertegenwoordigd, hetgeen resulteert in een gemiddeld lagere contactfrequentie per patiënt per jaar. Met uitzondering van de groep 15-24 jarigen is het aantal contacten per patiënt per jaar met de huisartspraktijk echter wat hoger voor patiënten met een niet-westerse achtergrond.

57



Figuur 4.2.6

Gemiddelde contactfrequentie met de huisartspraktijk in een jaar naar etniciteit en verzekeringsvorm (n=390.743 personen)

Bron: contactregistratie incl. gegevens over prescriptie en verwijzing

Tabel 4.2.7

Gemiddelde contactfrequentie met de huisartspraktijk in een jaar naar etniciteit en leeftijd (n=390.743 personen)

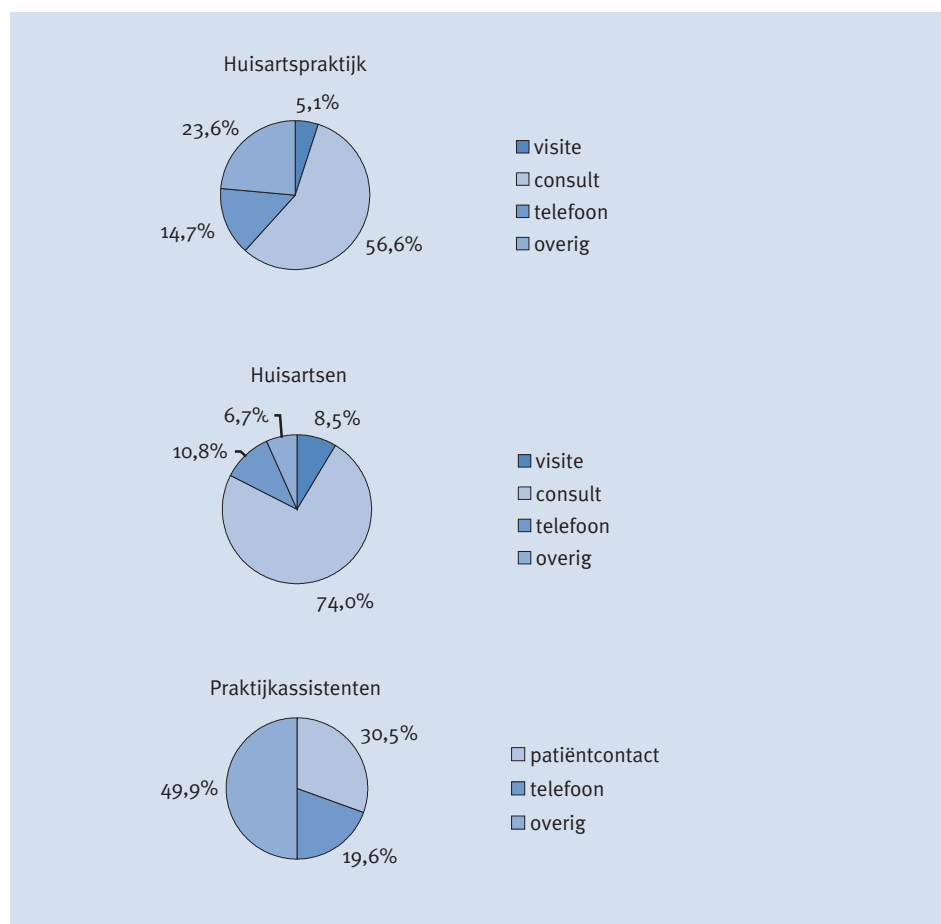
Etniciteit	Leeftijd	Contactfreq.	N
Westers	0-4 jr	4,1	11.882
	5-14 jr	2,8	30.749
	15-24 jr	4,2	28.216
	25-44 jr	5,3	72.699
	45-64 jr	7,4	70.452
	65-74 jr	12,0	22.518
	75+	17,0	16.907
Niet-westers	0-4 jr	4,6	1.320
	5-14 jr	3,1	3.270
	15-24 jr	3,9	2.495
	25-44 jr	6,6	4.932
	45-64 jr	8,8	2.328
	65-74 jr	11,7	328
	75+	12,0	121

Bron: contactregistratie incl. gegevens over prescriptie en verwijzing

4.2.2 Soort contact: meeste contacten zijn spreekuurcontacten

Wanneer de verdeling van de soort contacten op het niveau van de praktijk wordt bekeken vinden de meeste contacten met arts of praktijkassistent plaats in de huisartspraktijk op het spreekuur (57%), ongeveer 5% van de contacten betreft een visite bij de patiënt thuis, 15% van de contacten is telefonisch en bijna een kwart betreft overige contacten, zoals administratieve handelingen (Figuur 4.2.11). Contacten met huisartsen betreffen in bijna driekwart van de gevallen een spreekuurcontact, ruim 8% van deze contacten betreft een visite en 11% van deze contacten zijn telefonische contacten. Overige contacten komen in bijna 7% van alle huisartscontacten voor. Voor praktijkassistenten geldt dat bijna een derde van de gevallen een patiëntcontact in de huisartspraktijk betreft (30,5%). Ruim tweederde van de contacten met praktijkassistenten betreft telefonische en overige contacten. De percentages voor de huisartscontacten verschillen overigens iets van de percentages zoals genoemd in Tabel 4.2.1 omdat de onbekende contactsoorten hier buiten beschouwing zijn gelaten.

58



Bron: contactenbestand naar soort incl. gegevens uit de contactregistratie, over prescriptie en verwijzing

Figuur 4.2.11

Soorten contact met de huisartspraktijk (n=1.716.602 contacten)

In Tabel 4.2.12 wordt het percentage contacten weergegeven naar soort contact en enkele patiëntkenmerken. Huisartsen bezoeken vooral patiënten boven de 75 jaar thuis, en visites komen tevens vaker dan gemiddeld voor bij personen die de eigen gezondheid als minder goed beoordelen. Vergeleken met de groep met een westers culturele achtergrond, gaan huisartsen minder vaak op visite bij personen met een niet-westerse achtergrond. De ondervertegenwoordiging van oudere niet-westerlingen speelt hierbij mogelijk een rol. Echter ook wanneer wordt gecorrigeerd voor leeftijd gaan huisartsen minder vaak op visite bij personen met een niet-westerse achtergrond. Er wordt minder telefonisch contact met de huisartspraktijk gezocht door personen met een niet-westers culturele achtergrond. Deze groep komt vaker naar de praktijk voor een consult met de huisarts.

Tabel 4.2.12

Percentage contacten met de huisartspraktijk naar soort contact en enkele patiënt kenmerken (n=1.716.602 contacten)

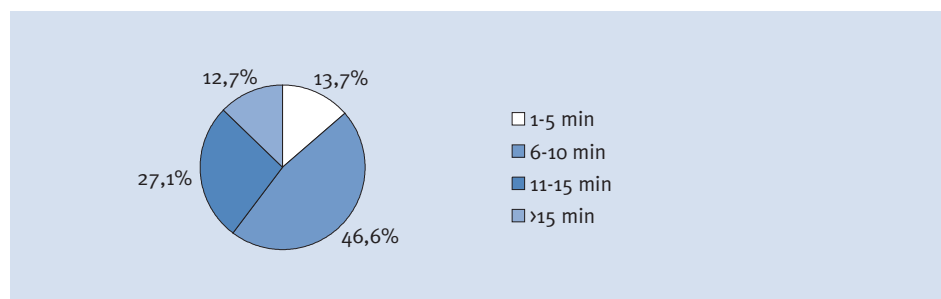
59

	% visite	% consult	% telefoon	% overig	N
Ziekenfonds					
man	4,6	58,8	12,7	24,0	456.424
vrouw	5,6	54,6	15,7	24,2	799.680
Particulier					
man	4,0	62,2	13,1	20,7	214.553
vrouw	6,2	57,3	14,9	21,7	245.811
Leeftijd					
0-19	1,5	69,9	12,3	16,3	259.503
20-44	1,6	63,6	14,4	20,5	518.989
45-64	2,8	57,9	14,3	25,0	487.709
65-74	6,9	49,7	14,7	28,7	215.441
75+	20,7	33,2	17,0	29,1	234.960
Ervaren gezondheid					
goed	3,3	61,0	13,9	21,8	810.816
matig/slecht	9,4	46,3	16,2	28,0	418.386
Etniciteit					
westers	5,5	55,6	14,8	24,1	296.380
niet-westers	1,2	68,1	11,4	19,3	64.436

Bron: contactenbestand naar soort incl. gegevens uit de contactregistratie, over prescriptie en verwijzing

4.2.3 Consultduur: 40% van huisartsconsulten langer dan 10 minuten

De gemiddelde consultduur is 9,7 minuten (sd 4,6 minuten). Figuur 4.2.13 laat zien dat bijna de helft van de spreekuren met huisartsen 6-10 minuten duurt, 40% duurt langer dan 10 minuten en ongeveer 14% van de consulten is korter dan 6 minuten.



Figuur 4.2.13

Bron: videoregistratie

Duur van spreekuurcontacten met huisartsen (n=2095 contacten)

Tabel 4.2.14 laat zien dat de gemiddelde duur van spreekuurcontacten niet erg verschilt tussen mannen en vrouwen. Patiënten tot en met 18 jaar hebben gemiddeld wat kortere consulten met de huisarts. Ook al neemt het aantal klachten toe met de leeftijd, de duur van een consult loopt niet duidelijk op met de leeftijd. De gemiddelde consultduur van 75-plussers (n=164) lijkt zelfs wat korter dan die van 19-65-jarigen: gemiddeld 9,8 minuten (sd $\pm 4,7$) (niet in de Tabel).

Tabel 4.2.14

Gemiddelde duur spreekuurcontacten in minuten ($\pm$ sd) met huisartsen naar leeftijd en geslacht patiënt (n=2095 contacten)

	0-18 jr (n=320)	19-65 jr (n=1392)	65+ (n=383)	Totaal (n=2095)
Mannen	7,5 $\pm$ 3,5	9,8 $\pm$ 4,8	10,0 $\pm$ 5,1	9,5 $\pm$ 4,7 (n=832)
Vrouwen	7,9 $\pm$ 4,0	10,1 $\pm$ 4,6	10,3 $\pm$ 4,6	9,8 $\pm$ 4,6 (n=1263)
Totaal	7,7 $\pm$ 3,8	10,0 $\pm$ 4,7	10,2 $\pm$ 4,8	9,7 $\pm$ 4,6 (n=2095)

Bron: videoregistratie

Ziekenfondsverzekerden hebben gemiddeld een consultduur van 9,6 minuten ($\pm$ 4,6 minuten, n=1393), voor particulier verzekerden is de consultduur gemiddeld 9,9 minuten ($\pm$ 4,6 minuten, n=601). Er is geen duidelijk verschil in consultduur wanneer consulten van personen met een westerse culturele achtergrond (n=1507) worden vergeleken met die van personen met een niet-westerse culturele achtergrond (n=93): resp. 9,7 $\pm$ 4,6 minuten en 9,7 $\pm$ 5,9 minuten. Hierbij moet worden opgemerkt dat de aantallen relatief klein zijn en dat in de video-observaties waarop de consultduur is gebaseerd alleen Nederlandstalige patiënten of patiënten met Nederlandssprekende familieleden zijn opgenomen. Er is derhalve geen informatie over consulten waarin taalproblemen een rol spelen.

Gemiddeld nemen consulten waarin sociale problematiek de belangrijkste klacht is de meeste tijd in beslag, gevolgd door consulten over psychische problematiek (Tabel 4.2.15). Consulten die met name gaan over oog- of oorklachten duren gemiddeld het minst lang. De resultaten in Tabel 4.2.15 zijn echter gebaseerd op relatief kleine aantallen video-observaties.

Tabel 4.2.15

Gemiddelde duur van huisartsconsulten in minuten naar orgaan systeem (n=1.965 consulten)

Orgaan systeem	Gemiddelde $\pm$ sd	Aantal geobserveerde consulten
sociale problemen	13,2 $\pm$ 5,3	10
psyche	12,4 $\pm$ 6,4	99
urinelwegen	11,0 $\pm$ 5,5	31
algemene klachten	11,0 $\pm$ 5,2	134
zwangerschap, bevalling, anticonceptie	10,9 $\pm$ 4,0	50
maagdarm kanaal	10,8 $\pm$ 4,7	120
geslachtsorganen vrouw	10,7 $\pm$ 4,6	71
zenuwstelsel	10,6 $\pm$ 3,7	56
endocriene klieren, metabolisme	10,3 $\pm$ 5,3	49
bewegingsapparaat	9,9 $\pm$ 4,3	471
hart-vaatstelsel	9,7 $\pm$ 4,2	224
geslachtsorganen man	8,8 $\pm$ 4,6	13
bloed en bloedvormende organen	8,7 $\pm$ 3,5	13
ademhalingsorganen	8,6 $\pm$ 4,0	263
huid en onderhuids weefsel	8,1 $\pm$ 4,4	212
oor	7,9 $\pm$ 4,5	81
oog	7,9 $\pm$ 3,8	68

Bron: videoregistratie

61

4.2.4 Jaarlijks vier ziekte-episoden

Een reeks van samenhangende deelcontacten in de tijd vormt een ziekte-episode met een bepaalde diagnose. De diagnose van een ziekte-episode is meestal de werkdiagnose van het laatste contact. Deelcontacten zijn de kleinste eenheid van registratie, een deelcontact is een diagnosegecodeerde klacht van een patiënt op één datum (zie ook §3.3.1). De werkdiagnose van een deelcontact kan een symptoom of een klacht betreffen (bijvoorbeeld 'hoesten'), of een diagnose (bijvoorbeeld 'astma').

Een gemiddelde patiënt maakt iets meer dan vier ziekte-episoden in een jaar door waarvoor de huisarts wordt bezocht (Tabel 4.2.16). Bij de patiënten die contact hadden met de huisartspraktijk gaat het per ziekte-episode in ruim driekwart van de gevallen om één (deel)contact met de huisartspraktijk. In een kwart van de gevallen bestaat de ziekteperiode uit meerdere (deel)contacten met de huisartspraktijk.

Tabel 4.2.16**Aantal ziekte-episoden en percentage deelcontacten in een jaar (n=1.592.015 episoden)**

Alle ziekte-episoden in de huisartspraktijk	
Gemiddeld aantal episoden per patiënt	4,2
Aantal deelcontacten per episode	
1	78,9%
2	9,6%
3	4,2%
4	2,7%
5 of meer	4,7%

Bron: contactregistratie inclusief prescripties zonder ICPCode

62

Waarvoor gaat men naar de huisarts in een periode van ziekte of gezondheidsklachten? In Tabel 4.2.17 worden de 10 meest voorkomende door de huisarts gestelde diagnoses van ziekte-episoden weergegeven. Mensen komen met veel verschillende klachten naar de huisartspraktijk; de Topro beslaat 19% van alle ziekte-episoden. De meeste ziekte-episoden betreffen bovenste luchtweginfecties. Inclusief hoesten beslaan bovenste luchtweginfecties 4,5% van alle ziekte-episoden. Ook huidziekten zijn prominent aanwezig in de Topro: dermatomycose en contacteczeem zijn samen verantwoordelijk voor 3,8% van alle ziekte-episoden. Daarnaast komt huisartsenbezoek in verband met orale anticonceptie (2,5% van alle ziekte-episoden) of hypertensie (2,3% van alle ziekte-episoden) ook veelvuldig voor.

Tabel 4.2.17**Tien meest voorkomende diagnoses van ziekte-episoden, weergegeven als % van het aantal episoden (n=949.220 episoden)**

%		%	
1. acute infectie bovenste luchtwegen	2,5	6. contacteczeem	1,9
2. orale anticonceptie	2,5	7. urineweginfectie	1,8
3. hypertensie	2,3	8. lage rugpijn zonder uitstraling	1,6
4. hoesten	2,0	9. overmatig cerumen	1,4
5. dermatomycose	1,9	10. sinusitis	1,2

Bron: contactregistratie ICPG-gecodeerde episoden

In Tabel 4.2.18 wordt de Topro weergegeven naar leeftijdsgroep. Met deze Topro wordt in alle leeftijdsgroepen ongeveer 20% van de ziekte-episoden beschreven. Vergeleken met de andere leeftijdscategorieën is dit percentage in de categorie 45-64 jaar wat minder, blijkbaar consulteren deze patiënten voor meer verschillende klachten de huisarts. In de leeftijdsgroep 0-19 jaar is het percentage juist hoger. Acute bovenste luchtweginfecties, hoesten en eczeem komen voor in de Topro tussen 0-64 jaar. Lage rugpijn verschijnt vanaf 20 jaar en verdwijnt na de arbeidzame periode langzaam uit de Topro van ziekte-episoden, terwijl slaapstoornissen dan hun intrede doen. Vanaf het 65^e levensjaar verschijnen chronische aandoeningen prominent in de Topro, zoals diabetes mellitus en hartklachten.

Tabel 4.2.18

Tien meest voorkomende diagnoses van ziekte-episoden naar leeftijd (n=949.220 episoden)

	0-19 jaar	20-44 jaar	45-64 jaar	65-74 jaar	75+
1.	acute infectie bovenste luchtwegen	orale anticonceptie	hypertensie	hypertensie	hypertensie
2.	otitis media acuta	dermatomycose	lage rugpijn	diabetes mellitus	urinewegsinfectie
3.	hoesten	lage rugpijn	dermatomycose	urinewegsinfectie	diabetes mellitus
4.	wratten	acute infectie bovenste luchtwegen	hoesten	hoesten	slapeloosheid
5.	orale anticonceptie	contacteczeem	contacteczeem	overmatig cerumen	overmatig cerumen
6.	astma	sinusitis	overmatig cerumen	vetstofwisselingsstoornis	obstipatie
7.	contact eczeem	urinewegsinfectie	cervix uitstrijk	slapeloosheid	decompensatio cordis
8.	dermatomycose	hooikoorts	acute infectie bovenste luchtwegen	contacteczeem	angina pectoris
9.	constitutioneel eczeem	cervix uitstrijk	urinewegsinfectie	lage rugpijn	hoesten
10.	bronchitis	hoesten	diabetes mellitus	acute infectie bovenste luchtwegen	contacteczeem
Totaal (%)	28,6	22,5	19,7	21,8	21,7
N	166.049	321.240	253.858	103.456	104.616

63

Bron: contactregistratie ICPC-gecodeerde episoden

In Tabel 4.2.19 wordt een Top5 weergegeven van de meest voorkomende diagnoses van ziekte-episoden bij mannen naar leeftijd. Acute infecties aan de bovenste luchtwegen staan bovenaan in de Top 5 van de 0-11-jarigen. In de leeftijd van 12 tot en met 44 jaar zijn huidaandoeningen en klachten aan het bewegingsapparaat belangrijke redenen voor huisartsenbezoek. Mannen tussen de 45 en 65 jaar bezoeken de huisarts het meest vaak in verband met hypertensie, maar ook in verband met lage rugpijn en eczeem. Overmatig cerumen komt als ziekte-episode met name boven de 45 jaar voor. Boven de 65 jaar komen naast hypertensie ook chronische aandoeningen als diabetes en longemfyseem voor in de Top5.

Tabel 4.2.19

Vijf meest voorkomende diagnoses van ziekte-episoden bij mannen naar leeftijd, weergegeven als % van het aantal episoden (n=360.933)

	0-11 jaar	12-44 jaar	45-64 jaar	65+
1.	acute infectie bovenste luchtwegen	dermatomycose	hypertensie	hypertensie
2.	otitis media acuta	lage rugpijn zonder uitstraling	lage rugpijn zonder uitstraling	diabetes mellitus
3.	hoesten	acute infectie bovenste luchtwegen	overmatig cerumen	overmatig cerumen
4.	astma	hooikoorts	dermatomycose	emfyseem/COPD
5.	constitutioneel eczeem	contact eczeem	vetstofwisselingsstoornis	hoesten
Totaal (%)	23,8	13,5	13,7	13,6
N	53.648	136.624	97.811	72.850

Bron: contactregistratie ICPC-gecodeerde episoden

In Tabel 4.2.20 wordt eenzelfde Top5 gegeven voor vrouwen. De Top5 van diagnoses voor ziekte-episoden voor 0-11 jarigen verschilt niet zeer tussen mannen en vrouwen. De diagnose 'astma' ontbreekt bij de meisjes van 0-11 jaar, terwijl bij de jongens in dezelfde leeftijdscategorie 3% van de episoden de diagnose astma heeft. Vanaf het twaalfde jaar hebben vrouwen vaak contact met de huisartspraktijk in verband met anticonceptie. Vanaf 45 jaar is, net als bij mannen, hypertensie de meest voorkomende diagnose. Opvallend bij vrouwen boven de 65 jaar is dat slapeloosheid een relatief prominente rol speelt in de ziekte-episoden waarvoor men de huisarts bezoekt. Ziekte-episoden met de diagnose 'overmatig cerumen' ontbreken in de Top5 van de vrouwen. Bij vrouwen komt wel vaker dan bij mannen de diagnose urineweginfectie voor in de Top5 van diagnoses van ziekte-episoden.

Tabel 4.2.20

Vijf meest voorkomende diagnoses van ziekte-episoden bij vrouwen naar leeftijd, weergegeven als % van het aantal episoden (n=571.407)

	0-11 jaar	12-44 jaar	45-64 jaar	65+
1.	acute infectie bovenste luchtwegen	orale anticonceptie	hypertensie	hypertensie
2.	otitis media acuta	urineweginfectie	cervix uitstrijk	urineweginfectie
3.	hoesten	cervix uitstrijk	climacteriële symptomen	diabetes mellitus
4.	wratten	contact eczeem	urineweginfectie	slapeloosheid
5.	constitueel eczeem	acute infectie bovenste luchtwegen	hoesten	hoesten
Totaal (%)	23,8	17,4	13,1	15,7
N	47.641	261.295	137.118	125.353

Bron: contactregistratie ICPC-gecodeerde episoden

Zoals eerder beschreven: patiënten hebben gemiddeld zes contacten per persoon per jaar met de huisartspraktijk (Tabel 4.2.1). Deze zes contacten zijn terug te voeren op ongeveer vier ziekte-episoden per patiënt per jaar (Tabel 4.2.16). Per ziekte-episode hebben patiënten gemiddeld iets vaker dan één keer contact met de huisartspraktijk. Ziekte-episoden en contacten kunnen weer bestaan uit meerdere deelcontacten (ICPC-gecodeerde klachten). Gemiddeld hebben patiënten die de huisarts consulteren bijna vier verschillende deelcontacten per persoon per jaar (Tabel 4.2.21). Vrouwen hebben jaarlijks gemiddeld vier verschillende ICPC-gecodeerde deelcontacten, mannen gemiddeld drie. In de Tabel is tevens te zien dat het gemiddeld aantal deelcontacten in een jaar oploopt met leeftijd.

Tabel 4.2.21

Gemiddeld aantal ICPC-gecodeerde deelcontacten per persoon in een jaar (± sd)

	0-19 jaar	20-44 jaar	45-64 jaar	65-74 jaar	75+	Totaal
Mannen	2,6 (± 1,9)	2,7 (± 2,1)	3,5 (± 2,7)	4,5 (± 3,4)	5,6 (± 4,1)	3,2 (± 2,6)
Vrouwen	2,9 (± 2,2)	4,0 (± 3,0)	4,4 (± 3,4)	5,3 (± 3,9)	6,5 (± 4,6)	4,2 (± 3,3)
Totaal	2,8 (± 2,1)	3,4 (± 2,7)	4,0 (± 3,1)	5,0 (± 3,7)	6,1 (± 4,4)	3,7 (± 3,1)

Bron: contactregistratie

4.2.5 Verrichtingen in de huisartspraktijk

In Tabel 4.2.22 wordt het aantal verrichtingen in de huisartspraktijk weergegeven per 1000 ingeschreven patiënten en per 1000 contacten. De cijfers zijn uitgesplitst naar soorten verrichtingen. De meest voorkomende verrichting in de huisartspraktijk is het voorschrijven van een geneesmiddel: gemiddeld krijgt een patiënt 5,8 voorschriften per jaar, en in 57% van de contacten worden één of meerdere recepten uitgeschreven. Eén of meer diagnostische verrichtingen in de praktijk komen voor in 6% van alle contacten en diagnostiek wordt aangevraagd in 3% van alle contacten. De percentages voor behandeling en advies zijn veel lager. Hierbij moet opgemerkt worden dat het in de Tabel alleen gaat over de soorten diagnostiek, behandeling en advies zoals verder uitgesplitst in de Tabellen 4.2.22 tot en met 4.2.30. Voor de verwijzingen naar de tweede lijn geldt dat het gaat om nieuwe verwijzingen. Per 1000 patiënten wordt 153 keer een nieuwe verwijzing gedaan naar medisch specialisten. Per 1000 patiënten wordt 99 keer verwezen binnen de eerste lijn.

65

Tabel 4.2.22

Aantal verrichtingen in een jaar per 1000 ingeschreven patiënten, per 1000 contacten, en als percentage van alle contacten (n=1.794.560 contacten)

	Per 1000 patiënten	Per 1000 contacten	% van alle contacten
Diagnostiek			
diagnostiek in de praktijk	478	75,0	5,9
aangevraagde diagnostiek	215	33,7	3,0
Behandeling in de praktijk	96	15,1	1,5
Advies over werk of over geneesmiddelen zonder recept	87	13,6	1,3
Aantal voorschriften	5818	687,8	57,4
Verwijzingen			
1e lijn	98,8	16,2	1,6
2e lijn	153,4	24,8	2,5

Bron: deelcontactenbestand incl. gegevens uit de contactregistratie, over prescriptie en verwijzing

4.2.5.1 Meten van bloeddruk en aanvragen bloedonderzoek meest voorkomende diagnostiek

Welke diagnostische verrichtingen worden er in de huisartspraktijk in welke mate gedaan? Tabel 4.2.23 laat zien dat diagnostiek in de praktijk meestal bloeddrukmeting betreft (4,6% van alle contacten), aanvragen voor diagnostisch onderzoek betreffen meestal aanvragen voor bloedonderzoek (1,5%). Lichamelijk onderzoek is hier buiten beschouwing gelaten. Het percentage voor alle diagnostiek in Tabel 4.2.23 is lager dan de optelsom van diagnostiek in en buiten de praktijk, omdat in één contact meerdere verrichtingen kunnen plaatsvinden, bijvoorbeeld een bloeddrukmeting en een aanvraag voor bloedonderzoek. Dus, in 8% van alle contacten vinden één of meer diagnostische verrichtingen plaats. Over het algemeen vindt diagnostisch onderzoek het meeste plaats in contacten met patiënten boven de 45 jaar. Diagnostisch onderzoek in de praktijk komt het meeste

voor in de contacten met 65-74-jarigen, diagnostisch onderzoek buiten de praktijk wordt het meeste aangevraagd ten behoeve van 20-64-jarige patiënten.

Tabel 4.2.23

Diagnostiek als percentage van het totaal aantal contacten in de huisartspraktijk, naar leeftijd van de patiënt (n=1.794.560 contacten)

	0-19 jr	20-44 jr	45-64 jr	65-74 jr	75+	Totaal (%)
<i>Diagnostiek in de praktijk</i>	2,3	3,8	7,2	9,0	8,1	5,9
bloeddrukmeting	0,8	2,4	6,0	7,8	6,8	4,6
gewicht meting	0,3	0,6	1,3	1,8	1,1	1,0
mammografie onderzoek	0,2	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2
bloedonderzoek	0,3	0,5	1,0	1,5	1,3	0,8
urineonderzoek	1,0	0,9	0,7	0,9	1,0	0,9
<i>Aangevraagde diagnostiek</i>	2,3	3,4	3,5	2,8	2,0	3,0
bloedonderzoek	1,1	1,6	1,7	1,8	1,3	1,5
urineonderzoek	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2
cytologie	0,0	0,5	0,4	0,0	0,0	0,3
ECG	0,0	0,1	0,2	0,3	0,2	0,2
röntgen	0,6	0,8	0,9	0,7	0,5	0,8
echoscopie	0,1	0,3	0,2	0,1	0,1	0,2
endoscopie	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1
functieonderzoek	0,4	0,3	0,2	0,2	0,1	0,2
<i>Alle diagnostiek</i>	4,4	6,5	9,5	10,5	9,2	8,0
Totaal (n)	255.599	523.248	518.384	238.096	258.532	1.794.560

Bron: deelcontactenbestand incl. gegevens uit de contactregistratie, over prescriptie en verwijzing

Tabel 4.2.24 laat zien dat het percentage diagnostische handelingen in contacten met huisartsen hoger is dan het percentage diagnostiek berekend over alle contacten. In ruim 9% van alle contacten met de huisarts wordt diagnostiek in de praktijk verricht, in 5% van alle huisartscontacten wordt diagnostisch onderzoek aangevraagd. In bijna 8% van alle artscontacten wordt een bloeddrukmeting gedaan, en in 4% van de contacten met huisartsen wordt bloedonderzoek verricht in de praktijk of aangevraagd.

Tabel 4.2.24

Diagnostiek als percentage van het totaal aantal *contacten met huisartsen*, naar leeftijd van de patiënt (n=832.226 contacten)

	0-19 jr	20-44 jr	45-64 jr	65-74 jr	75+	Totaal (%)
<i>Diagnostiek in de praktijk</i>	3,1	5,9	12,2	15,0	13,8	9,4
bloeddrukmeting	1,3	4,1	10,5	13,5	12,3	7,7
gewicht meting	0,5	1,0	1,9	2,6	1,7	1,5
mammografie onderzoek	0,3	0,5	0,5	0,4	0,3	0,4
bloedonderzoek	0,4	0,7	1,3	1,7	1,9	1,1
urineonderzoek	1,2	1,1	1,1	1,1	1,2	1,1
<i>Aangevraagde diagnostiek</i>	3,8	5,7	6,4	5,4	3,5	5,3
bloedonderzoek	1,9	2,8	3,3	3,4	2,3	2,8
urineonderzoek	0,3	0,3	0,3	0,4	0,2	0,3
cytologie	0,1	0,8	0,5	0,0	0,1	0,4
ECG	0,0	0,2	0,4	0,6	0,3	0,3
röntgen	1,1	1,4	1,9	1,4	1,0	1,4
echoscopie	0,1	0,5	0,4	0,3	0,1	0,3
endoscopie	0,0	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1
functieonderzoek	0,6	0,4	0,4	0,5	0,1	0,4
<i>Alle diagnostiek</i>	6,5	10,3	16,4	18,2	15,8	13,1
Totaal (n)	130.741	252.045	232.767	103.093	113.228	832.226

Bron: deelcontactenbestand incl. gegevens uit de contactregistratie, over prescriptie en verwijzing

In Tabel 4.2.25 worden de diagnostische verrichtingen uitgesplitst naar verzekering en geslacht. Uit de Tabel blijkt dat er meer diagnostisch onderzoek wordt verricht in de contacten met particulier verzekerden, zowel in als buiten de huisartspraktijk. Bij vrouwen vindt iets vaker dan bij mannen diagnostisch onderzoek in de praktijk plaats, de verschillen zijn het grootst inzake urineonderzoek in de praktijk. Bij particulier verzekerde mannen vindt vaker gewichtmeting plaats.

Tabel 4.2.25

Diagnostiek als percentage van het totaal aantal contacten naar verzekeringsvorm en geslacht (n=1.794.560 contacten)

	Ziekenfonds (%)		Particulier (%)		Totaal (%)
	Man	Vrouw	Man	Vrouw	
<i>Diagnostiek in de praktijk</i>	5,3	5,9	6,3	6,7	5,9
bloeddrukmeting	4,4	4,3	5,4	5,1	4,6
gewicht meting	1,0	0,9	1,2	0,8	1,0
mammografie onderzoek	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2
bloedonderzoek	0,9	0,8	0,9	0,8	0,8
urineonderzoek	0,5	1,1	0,7	1,1	0,9
<i>Aangevraagde diagnostiek</i>	2,7	2,8	3,5	3,5	3,0
bloedonderzoek	1,5	1,4	2,0	1,7	1,5
urineonderzoek	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
cytologie	0,0	0,4	0,0	0,5	0,3
ECG	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2
röntgen	0,7	0,7	0,9	0,8	0,8
echoscopie	0,1	0,2	0,1	0,3	0,2
endoscopie	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1
functieonderzoek	0,3	0,2	0,4	0,2	0,2
<i>Alle diagnostiek</i>	7,1	7,9	8,6	9,2	8,0
Totaal (n)	492.135	846.548	211.276	243.681	1.794.560

Bron: deelcontactenbestand incl. gegevens uit de contactregistratie, over prescriptie en verwijzing

Tabel 4.2.26 laat zien dat diagnostisch onderzoek in de praktijk in verhouding het meest wordt gedaan in de contacten met particulier verzekerden met een westerse achtergrond. De minste diagnostiek wordt gedaan in contacten met particulier verzekerden met een niet-westerse achtergrond. De verschillen tussen westers en niet-westers particulier verzekerden zijn het grootst wanneer het gaat over bloeddrukmeting. Voor de ziekenfondsverzekerden geldt dat er meer diagnostisch onderzoek wordt aangevraagd in de contacten met patiënten met een niet-westerse achtergrond.

In Tabel 4.2.27 wordt het percentage behandeling en advies weergegeven naar leeftijd. Behandeling en advies komen voor in een klein percentage van de contacten in de huisartspraktijk. Opvallend is dat in tegenstelling tot diagnostische verrichtingen, de percentages behandeling en advies niet erg verschillen tussen de leeftijdsgroepen. Kleine chirurgie, oor uitspuiten en wondverzorging zijn de verrichtingen die relatief het meest worden gedaan. Advies wordt vaker gegeven over geneesmiddelen zonder recept dan over werkstaking of -hervatting.

Tabel 4.2.26

Diagnostiek als percentage van het totaal aantal contacten naar verzekeringsvorm en culturele achtergrond (n=1.794.560 contacten)

	Ziekenfonds (%)			Particulier (%)		
	Onbekend	Westers	Niet-Westers	Onbekend	Westers	Niet-Westers
<i>Diagnostiek in de praktijk</i>	4,6	6,0	5,7	5,3	6,9	4,6
bloeddrukmeting	3,2	4,8	3,6	3,7	5,7	3,3
gewicht meting	0,8	1,1	0,7	0,8	1,1	0,4
mammografie onderzoek	0,3	0,2	0,4	0,2	0,2	0,3
bloedonderzoek	0,7	0,9	1,1	0,7	0,9	0,7
urineonderzoek	0,9	0,9	1,1	1,2	0,8	0,7
<i>Aangevraagde diagnostiek</i>	2,7	2,8	3,6	3,4	3,5	3,4
bloedonderzoek	1,4	1,4	1,6	1,8	1,9	1,5
urineonderzoek	0,2	0,2	0,4	0,2	0,2	0,0
cytologie	0,2	0,3	0,4	0,3	0,3	0,3
ECG	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1
röntgen	0,6	0,7	0,8	0,7	0,1	0,8
echoscopie	0,2	0,1	0,2	0,3	0,2	0,2
endoscopie	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
functieonderzoek	0,2	0,2	0,6	0,3	0,3	1,0
<i>Alle diagnostiek</i>	6,5	8,0	8,4	7,6	9,4	7,4
Totaal (n)	332.842	942.895	62.945	98.663	347.936	8.358

Bron: deelcontactenbestand incl. gegevens uit de contactregistratie, over prescriptie en verwijzing

Tabel 4.2.27

Behandeling en advies als percentage van het totaal aantal contacten in de huisartspraktijk, naar leeftijd van de patiënt (n=1.794.560 contacten)

	0-19 jr	20-44 jr	45-64 jr	65-74 jr	75+	Totaal (%)
<i>Behandeling</i>	1,6	1,6	1,4	1,4	1,4	1,5
oor uitspuiten	0,1	0,4	0,5	0,5	0,5	0,4
wondverzorging	0,6	0,4	0,3	0,4	0,6	0,4
kleine chirurgie	0,6	0,5	0,5	0,3	0,2	0,5
zwachtelen, tapen	0,3	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2
catheter aanbrengen	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0
IUD	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
<i>Advies</i>	1,9	1,7	1,1	0,6	0,7	1,3
werkstaking	0,1	0,4	0,3	0,0	0,0	0,2
werkhervatting	0,1	0,4	0,2	0,0	0,0	0,2
geneesmiddelen zonder recept	1,8	1,0	0,8	0,6	0,7	0,9
Totaal (n)	255.599	523.248	518.384	238.096	258.532	1.794.560

Bron: deelcontactenbestand incl. gegevens uit de contactregistratie, over prescriptie en verwijzing

In Tabel 4.2.28 worden de percentages behandeling en advies weergegeven alleen voor huisartscontacten. De percentages behandeling en advies in huisartsencontacten zijn voor alle leeftijdsgroepen hoger (2,2%) dan de percentages berekend over alle contacten in Tabel 4.2.27 (1,5%). Waarschijnlijk doen huisartsen vaker kleine chirurgische verrichtingen dan dat zij oren uitspuiten, want de verschillen tussen percentages op praktijkniveau en op huisartsenniveau zijn wat groter in de eerstgenoemde categorie. Oor uitspuiten is een verrichting die veelvuldig door praktijkassistenten wordt gedaan.

Tabel 4.2.28

Behandeling en advies als percentage van het totaal aantal contacten met huisartsen, naar leeftijd van de patiënt (n=832.226 contacten)

	0-19 jr	20-44 jr	45-64 jr	65-74 jr	75+	Totaal (%)
<i>Behandeling in de praktijk</i>	2,3	2,3	2,1	2,0	2,2	2,2
oor uitspuiten	0,2	0,4	0,6	0,5	0,7	0,5
wondverzorging	0,8	0,6	0,5	0,5	0,8	0,6
kleine chirurgie	1,0	0,9	1,0	0,6	0,4	0,8
zwachtelen, tapen	0,4	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
catheter aanbrengen	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,1
IUD	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1
<i>Advies</i>	2,6	2,9	1,9	1,0	1,0	2,1
werkstaking	0,2	0,8	0,5	0,0	0,0	0,4
werkhervatting	0,2	0,8	0,4	0,0	0,0	0,4
geneesmiddelen zonder recept	2,4	1,5	1,2	1,0	1,0	1,4
Totale (n)	130.741	252.045	232.767	103.093	113.228	832.226

Bron: deelcontactenbestand incl. gegevens uit de contactregistratie, over prescriptie en verwijzing

In Tabel 4.2.29 is te zien dat behandeling in de praktijk vaker voorkomt in contacten met particulier verzekerden. Behandeling in de praktijk en advies over werkstaking, werkhervatting of geneesmiddelen zonder recept komen vaker voor onder mannen dan onder vrouwen.

Tabel 4.2.29

Behandeling en advies als percentage van het totaal aantal contacten naar verzekeringsvorm en geslacht (n=1.794.560 contacten)

	Ziekenfonds (%)		Particulier (%)		Totaal (%)
	Man	Vrouw	Man	Vrouw	
<i>Behandeling in de praktijk</i>	1,7	1,2	2,0	1,4	1,5
oor uitspuiten	0,5	0,3	0,6	0,3	0,4
wondverzorging	0,6	0,4	0,5	0,3	0,4
kleine chirurgie	0,5	0,4	0,7	0,5	0,5
zwachtelen, tapen	0,2	0,1	0,1	0,2	0,2
catheter aanbrengen	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
IUD	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0
<i>Advies</i>	1,5	1,2	1,5	1,1	1,3
werkstaking	0,3	0,2	0,3	0,1	0,2
werkhervatting	0,3	0,2	0,3	0,1	0,2
geneesmiddelen zonder recept	1,0	0,9	1,0	0,9	0,9
Totalen (n)	492.135	846.548	211.276	243.681	1.794.560

Bron: deelcontactenbestand incl. gegevens uit de contactregistratie, over prescriptie en verwijzing

Behandeling in de praktijk vindt vaker plaats in contacten met patiënten met een westerse culturele achtergrond. De verschillen zijn het grootst bij particuliere patiënten (Tabel 4.2.30). Adviezen over werk of geneesmiddelen zonder recept worden ongeveer even vaak gegeven aan zowel ziekenfondsverzekerden als particulier verzekerden, als aan patiënten met een westerse en een niet-westerse achtergrond.

Tabel 4.2.30

Behandeling en advies als percentage van het totaal aantal contacten naar verzekeringsvorm en culturele achtergrond (n=1.794.560 contacten)

	Ziekenfonds (%)			Particulier (%)		
	Onbekend	Westers	Niet-Westers	Onbekend	Westers	Niet-Westers
<i>Behandeling in de praktijk</i>	1,3	1,5	1,0	1,4	1,7	0,6
oor uitspuiten	0,3	0,4	0,1	0,4	0,5	0,1
wondverzorging	0,4	0,5	0,5	0,5	0,4	0,1
kleine chirurgie	0,4	0,4	0,3	0,4	0,7	0,3
zwachtelen, tapen	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1
catheter aanbrengen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
IUD	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<i>Advies</i>	1,6	1,2	1,1	1,3	1,2	1,4
werkstaking	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,0
werkhervatting	0,3	0,2	0,3	0,2	0,2	0,1
geneesmiddelen zonder recept	1,1	0,9	0,8	1,0	0,9	1,3
Totalen (n)	332.842	942.895	62.945	98.663	347.936	8.358

Bron: deelcontactenbestand incl. gegevens uit de contactregistratie, over prescriptie en verwijzing

In Tabel 4.2.31 wordt de Top10 gegeven voor bloeddrukmeting naar reden voor contact, voor mannen en vrouwen. De Top10 verschilt niet erg tussen mannen en vrouwen. De meeste contacten waarin bloeddruk wordt gemeten zijn contacten in verband met essentiële hypertensie zonder orgaanbeschadiging. Bij vrouwen wordt in 1,4% van de contacten met een bloeddrukmeting deze meting gedaan in verband met orale anticonceptie.

Tabel 4.2.31

Tien meest voorkomende diagnoses in deelcontacten waarin bloeddrukmeting plaatsvindt, naar geslacht (n=81.827 deelcontacten)

Mannen (n=32.731 deelcontacten)		Vrouwen (n=49.096 deelcontacten)	
Diagnose	% bloeddruk meting	Diagnose	% bloeddruk meting
1. hypertensie (k86)	28,8%	1. hypertensie (k86)	29,9%
2. diabetes mellitus (t90)	8,8%	2. diabetes mellitus (t90)	7,2%
3. hypertensie met orgaanbeschadiging (k87)	4,0%	3. verhoogde bloeddruk (k85)	3,5%
4. verhoogde bloeddruk (k85)	3,3%	4. hypertensie met orgaanbeschadiging (k87)	2,8%
5. decompensatio cordis (k77)	2,4%	5. decompensatio cordis (k77)	2,2%
6. moeheid/zwakte (a04)	1,9%	6. moeheid/zwakte (a04)	2,1%
7. geen ziekte (a97)	1,8%	7. vertigo/duizeligheid (n17)	1,8%
8. vertigo/duizeligheid (n17)	1,7%	8. orale anticonceptie (w11)	1,4%
9. angina pectoris (k74)	1,6%	9. borstkassymptomen (l04)	1,2%
10. borstkassymptomen (l04)	1,5%	10. hoofdpijn (n01)	1,1%
% deelcontacten	55,8%	% deelcontacten	53,2%

Bron: deelcontactenbestand incl. gegevens uit de contactregistratie, over prescriptie en verwijzing

In Tabel 4.2.32 wordt weer een Top10 weergegeven voor bloeddrukmeting naar reden voor contact, maar nu uitgesplitst naar leeftijdsgroepen. In de categorie 0-19 jarigen is orale anticonceptie de belangrijkste reden voor een bloeddrukmeting, maar ook bloeddrukmeting in verband met moeheid of zwakte komt voor. Bij patiënten boven de 19 jaar is essentiële hypertensie zonder orgaanbeschadiging de belangrijkste reden om de bloeddruk op te meten. In de leeftijd 20-64 jaar kan ook angst voor hoge bloeddruk een reden zijn om de bloeddruk op te meten, verder doen in deze leeftijdscategorieën de chronische aandoeningen hun intrede: bloeddrukmeting in verband met diabetes mellitus en angina pectoris. Dit zet zich voort bij de ouderen. Daar verschijnen in de Top10 van redenen voor een bloeddrukmeting ook CVA, hypertensie met orgaanbeschadiging en decompensatio cordis.

Tabel 4.2.32

Tien meest voorkomende diagnoses in deelcontacten waarin bloeddrukmeting plaatsvindt, naar leeftijd (n=81.827 deelcontacten)

0-19 jaar	20-44 jaar	45-64 jaar	65-74 jaar	75+
1. orale anticonceptie (25,1%)	hypertensie (17,9%)	hypertensie (35,0%)	hypertensie (35,1%)	hypertensie 25,5%
2. moeheid/zwakte (10,2%)	moeheid/zwakte (4,4%)	diabetes mellitus (8,8%)	diabetes mellitus (10,4%)	diabetes mellitus (8,0%)
3. hoofdpijn (3,9%)	verhoogde bloeddruk (3,6%)	verhoogde bloeddruk (4,4%)	hypertensie met orgaanbeschadiging (3,8%)	decompensatio cordis (7,9%)
4. flauwvallen (3,7%)	borstkas-symptomen (2,7%)	hypertensie met orgaanbeschadiging (3,0%)	verhoogde bloeddruk (3,7%)	hypertensie met orgaanbeschadiging (5,6%)
5. duizeligheid (3,7%)	diabetes mellitus (2,6%)	borstkassymptomen (1,6%)	decompensatio cordis (1,8%)	duizeligheid (1,8%)
6. migraine (2,4%)	duizeligheid (2,3%)	duizeligheid (1,6%)	geen ziekte (1,7%)	boezemfibrilleren (1,7%)
7. geen ziekte (2,3%)	geen ziekte (2,2%)	angst voor hoge bloeddruk (1,5%)	duizeligheid (1,6%)	angina pectoris (1,6%)
8. spanningshoofd-pijn (2,3%)	hoofdpijn (2,2%)	moeheid/zwakte (1,4%)	angina pectoris (1,5%)	moeheid/zwakte (1,6%)
9. pijnlijke menstruatie (1,9%)	bevestigde zwangerschap (1,8%)	angina pectoris (1,2%)	CVA (1,1%)	verhoogde bloeddruk (1,6%)
10. neusbloeding (1,5%)	angst voor hoge bloeddruk (1,8%)	geen ziekte (1,0%)	moeheid/zwakte (1,1%)	CVA (1,5%)
% 57,0%	41,5%	59,5%	69,6%	56,8%
N 1.976	12.737	31.116	18.450	17.648 deelcontacten

73

Bron: deelcontactenbestand incl. gegevens uit de contactregistratie, over prescriptie en verwijzing

In Tabel 4.2.33 worden de meestvoorkomende diagnoses weergegeven in relatie tot bloedonderzoek in en buiten de praktijk voor mannen en vrouwen. Bovenaan voor beide geslachten staat als reden voor bloedonderzoek diabetes mellitus. De 10 meest voorkomende redenen voor bloedonderzoek verschillen niet zeer tussen mannen en vrouwen. Bij mannen staan decompensatio cordis, hoesten en verhoogde bloeddruk in de Top10, bij vrouwen ijzergebrek, symptomen/klachten van de gewrichten, en hypothyreoïdie.

In Tabel 4.2.34 zijn de 10 meest voorkomende aanleidingen voor bloedonderzoek weergegeven naar leeftijd. In de leeftijd van 0-44 jaar is moeheid/zwakte de meestvoorkomende reden voor bloedonderzoek. Vanaf 45 jaar is diabetes de meestvoorkomende aanleiding voor bloedonderzoek. Tot 20 jaar komen andere ICPC-codes voor in de Top10 dan in de leeftijd vanaf 20 jaar, zoals hoesten, acute infectie bovenste luchtwegen, tonsillitis, koorts en astma. Net als in de Top10 bloeddrukmeting komen met het stijgen van de leeftijd chronische ziekten 'in beeld' in de Top10 bloedonderzoek: diabetes mellitus, hypertensie, decompensatio cordis en ziekten van het bewegingsapparaat.

Tabel 4.2.33

Tien meest voorkomende diagnoses in deelcontacten waarin bloedonderzoek plaatsvindt, naar geslacht (n=42.567)

Mannen (n=17.584 deelcontacten)		Vrouwen (n=24.983 deelcontacten)	
Diagnose	% bloed onderzoek	Diagnose	% bloed onderzoek
1. diabetes mellitus (t90)	23,8	1. diabetes mellitus (t90)	19,7
2. hypertensie (k86)	6,4	2. moeheid/zwakte (a04)	9,7
3. moeheid/zwakte (a04)	5,7	3. hypertensie (k86)	5,2
4. vetstofwisselingsstoornis (t93)	2,3	4. gelokaliseerde buikpijn (d06)	2,0
5. geen ziekte (a97)	1,4	5. ijzergebrek-anemie (b80)	1,8
6. decompensatio cordis (k77)	1,4	6. vetstofwisselingsstoornis (t93)	1,3
7. gelokaliseerde buikpijn (d06)	1,4	7. vertigo/duizeligheid (n17)	1,3
8. hoesten (r05)	1,2	8. geen ziekte (a97)	1,3
9. verhoogde bloeddruk (k85)	1,0	9. symptomen gewrichten (l20)	1,1
10. vertigo/duizeligheid (n17)	1,0	10. hypothyreoïdie (t86)	1,1
% deelcontacten	45,6	% deelcontacten	44,5

Bron: deelcontactenbestand naar soort incl. gegevens uit de contactregistratie, over prescriptie en verwijzing

Tabel 4.2.34

Tien meest voorkomende diagnoses in deelcontacten waarin bloedonderzoek plaatsvindt, naar leeftijd (n=42.567 deelcontacten)

0-19 jaar	20-44 jaar	45-64 jaar	65-74 jaar	75+
1. moeheid/zwakte (26,5%)	moeheid/zwakte (11,6%)	diabetes mellitus (25,4%)	diabetes mellitus (35,5%)	diabetes mellitus (32,7%)
2. hoesten (4,7%)	diabetes mellitus (6,2%)	essentiële hypertensie (8,0%)	essentiële hypertensie (8,8%)	decompensatio cordis (5,4%)
3. acute infectie luchtwegen (3,7%)	gelokaliseerde buikpijn (3,2%)	moeheid/zwakte (4,9%)	moeheid/zwakte (3,4%)	essentiële hypertensie (5,0%)
4. acute tonsillitis (3,0%)	essentiële hypertensie (2,8%)	vetstofwisselingsstoornis (2,9%)	vetstofwisselingsstoornis (2,6%)	moeheid/zwakte (4,5%)
5. koorts (2,6%)	bevestigde zwangerschap (2,0%)	gelokaliseerde buikpijn (1,8%)	duizeligheid (1,8%)	ijzergebrek (2,4%)
6. ijzergebrek (2,3%)	ijzergebrek (1,6%)	symptomen gewrichten (1,6%)	geen ziekte (1,7%)	ziekte bewegingsapparaat (1,6%)
7. astma (2,3%)	geen ziekte (1,3%)	verhoogde bloeddruk (1,5%)	decompensatio cordis (1,5%)	hypertensie met orgaanbeschadiging (1,5%)
8. buikpijn/kramen (2,2%)	hooikoorts (1,3%)	geen ziekte (1,4%)	hypothyreoïdie (1,4%)	dyspnoe (1,2%)
9. hooikoorts (2,2%)	duizeligheid (1,2%)	borstkassymptomen (1,0%)	verhoogde bloeddruk (1,3%)	duizeligheid (1,0%)
10. duizeligheid (2,1%)	symptomen gewrichten (1,1%)	hypothyreoïdie (1,0%)	hypertensie met orgaanbeschadiging (1,3%)	CVA (1%)
% 51,5%	32,3%	49,5%	59,3%	56,3%
N 3.528	10.821	14.053	7.649	6.516 deelcontacten

Bron: deelcontactenbestand naar soort incl. gegevens uit de contactregistratie, over prescriptie en verwijzing

4.2.5.2 Aantal en soort voorgeschreven geneesmiddelen verschilt sterk naar leeftijd en geslacht

Huisartsen schrijven jaarlijks gemiddeld bijna 6 recepten per patiënt voor. De apotheekhoudende praktijken registreren 8 recepten per patiënt. Er zijn verschillen naar leeftijd en geslacht (Tabel 4.2.35 en Tabel 4.2.36). Ouderen en vrouwen krijgen vaker een geneesmiddel voorgeschreven dan jongeren en mannen. Vrouwen van 75 jaar en ouder krijgen de meeste recepten: gemiddeld 18, tegenover 15 recepten voor mannen uit die leeftijdscategorie. Het verschil tussen mannen en vrouwen is in alle leeftijdscategorieën aanwezig. Hierbij moet worden opgemerkt dat de verschillen in aantallen recepten tussen mannen en vrouwen tot 45 jaar voor een belangrijk deel veroorzaakt worden door het gebruik van de anticonceptiepil (zie Tabel 4.2.36).

Tabel 4.2.35

Aantal recepten per 1000 patiënten per ATC-hoofdgroep geneesmiddelen bij mannen, naar leeftijd¹

75

Middelen voor:	0-19 jaar	20-44 jaar	45-64 jaar	65-74 jaar	75+	Alle mannen ²
maagdarmkanaal en metabolisme	89,0	176,2	620,8	1304,5	2015,2	437,3
bloed en bloedvormende organen	12,2	24,9	302,3	1084,2	1700,4	242,7
hart vaatstelsel	15,4	110,7	1210,2	3160,1	4321,1	776,3
dermatologica	306,8	278,6	368,9	539,6	830,1	365,0
urogenitale stelsel en geslachtshormonen	3,8	10,9	71,4	254,1	375,8	57,5
systemische hormoonpreparaten exclusief geslachtshormonen	20,1	25,3	74,8	179,7	299,5	61,3
antimicrobiële middelen voor systemisch gebruik	246,6	185,5	300,8	686,7	855,6	304,7
oncolytica en immunomodulantia	1,3	4,5	13,3	32,5	55,5	10,6
skelet en spierstelsel	24,4	204,7	429,4	523,4	635,8	267,2
zenuwstelsel	113,5	406,9	870,8	1355,8	2305,5	623,6
antiparasitica en insectwerende middelen	9,6	8,1	9,8	8,1	6,1	9,4
ademhalingsstelsel	426,6	321,5	465,7	1057,8	1474,6	505,6
zintuiglijke organen	100,9	82,4	126,6	260,8	475,1	133,1
diverse middelen	1,1	2,3	2,3	3,0	3,7	2,3
Totaal	1371,1	1842,4	4866,2	10450,2	15353,9	3795,6
N	60.003	127.526	214.604	121.787	110.464	667.754

Bron: prescriptie registratie

¹ Gemiddeld was van ruim 5% van de recepten de leeftijd van de patiënt niet bekend

² Inclusief recepten waarvan leeftijd van de patiënt niet bekend was

Mannen krijgen vanaf de leeftijd van 45 jaar vaker middelen voor het bloed voorgeschreven en vanaf de leeftijd van 65 jaar vaker middelen voor het ademhalingsstelsel (Tabel 4.2.35).¹ Voor alle overige middelen geldt dat vrouwen daar meer van gebruiken. Mannen tot 20 jaar krijgen vooral dermatologica en middelen voor het ademhalingsstelsel voorgeschreven. Wanneer mannen ouder zijn

- ¹ Dat het totaal aantal recepten voor vrouwen voor deze groepen hoger ligt, kan toegeschreven worden aan het feit dat de categorie vrouwen boven de 75 jaar veel groter is dan bij de mannen en deze groep daarom bij vrouwen veel zwaarder meeweegt.

dan 45 jaar gebruiken zij vaak middelen voor het hartvaatstelsel en middelen voor het bloed. Bij mannen vanaf 65 jaar wordt zo'n 40% van de recepten uitgeschreven voor deze twee groepen geneesmiddelen. Behalve deze middelen krijgen mannen vanaf 20 jaar, in vergelijking met andere geneesmiddelen, veel geneesmiddelen voor het zenuwstelsel voorgeschreven.

Vrouwen krijgen duidelijk meer middelen voor het zenuwstelsel dan mannen (Tabel 4.2.36). Dit geldt ook voor middelen voor het skelet en spierstelsel, middelen voor het maagdarmkanaal/metabolisme en middelen voor het urogenitale stelsel en geslachtshormonen. Deze laatste groep bestaat met name uit de anticonceptiepillen. Deze maakt dat het geneesmiddelengebruik van vrouwen tot 45 jaar er iets anders uitziet dan bij mannen. Bij vrouwen komen middelen voor hart- en vaatziekten later 'in beeld' dan bij mannen: vanaf de leeftijd van 65 jaar zijn het de meest voorgeschreven middelen, gevolgd door middelen voor het zenuwstelsel en voor het maagdarmkanaal/metabolisme.

Tabel 4.2.36

Aantal recepten per 1000 patiënten per ATC-hoofdgroep geneesmiddelen bij vrouwen, naar leeftijd¹

Middelen voor:	0-19 jaar	20-44 jaar	45-64 jaar	65-74 jaar	75+	Alle vrouwen ²
maagdarmkanaal en metabolisme	112,5	275,2	817,7	1700,4	2549,5	668,7
bloed en bloedvormende organen	16,9	83,6	205,6	655,8	1400,3	245,1
hartvaatstelsel	17,7	141,6	1178,8	3177,2	4707,3	957,3
dermatologica	376,3	394,6	441,5	629,3	948,4	481,5
urogenitale stelsel en geslachtshormonen	364,8	1056,6	576,1	165,3	172,1	683,4
systemische hormoonpreparaten exclusief geslachtshormonen	16,6	67,3	201,2	349,0	443,5	143,3
antimicrobiële middelen voor systemisch gebruik	290,0	354,0	428,7	809,4	987,7	456,8
oncolytica en immunomodulantia	0,9	9,1	28,7	44,7	54,6	18,7
skelet en spierstelsel	56,3	302,8	600,5	904,3	1086,5	437,5
zenuwstelsel	98,9	743,3	1787,5	2707,7	4201,9	1299,6
antiparasitica en insectwerende middelen	17,1	22,3	15,9	10,1	8,7	18,7
ademhalingsstelsel	380,4	511,5	689,8	953,7	959,2	620,7
zintuiglijke organen	102,8	115,2	188,2	375,0	573,3	192,2
diverse middelen	1,4	2,4	3,3	2,1	3,5	2,6
Totaal	1852,5	4079,4	7163,5	12484,0	18096,4	6225,9
N	77.045	279.688	304.250	168.316	230.323	1.113.401

Bron: prescriptie registratie

¹ Gemiddeld was van ruim 5% van de recepten de leeftijd van de patiënt niet bekend

² Inclusief recepten waarvan leeftijd van de patiënt niet bekend was

Vervolgens is gekeken naar de Top10 meest voorgeschreven geneesmiddelen voor specifiekere groepen geneesmiddelen. Jongens tot en met 19 jaar krijgen naast penicillines vooral middelen voor de luchtwegen en huidaandoeningen voorgeschreven (Tabel 4.2.37). Vanaf de leeftijd van 20 jaar komen maagzuurremmers altijd voor in de Top10. NSAIDs zijn de meest voorgeschreven middelen bij mannen in de leeftijd van 20 tot 65 jaar. Bij de mannen van 20 tot 45 jaar zijn in de

Top10 geneesmiddelen uit zes ATC-hoofdgroepen vertegenwoordigd. Na de NSAIDs (10,5%) zijn antidepressiva en benzodiazepinen samen goed voor meer dan 10% van de recepten van deze mannen. Bij mannen van 45 tot 65 jaar komen voor het eerst middelen voor hart- en vaatziekten in de Top10 voor: betablokkers, cholesterolsyntheseremmers, antistollingsmiddelen en Ras-remmers (middelen aangrijpend op het renine-angiotensinesysteem) omvatten samen 21% van de voorgeschreven recepten. De vier genoemde groepen geneesmiddelen nemen bij mannen in de leeftijd van 65 tot 75 jaar de eerste vier plaatsen in de Top10 in. Bij mannen van 75 jaar en ouder horen cholesterolsyntheseremmers niet meer bij de meest voorgeschreven middelen. Geneesmiddelen voor hart- en vaatziekten blijven bij deze groep echter de meest voorgeschreven geneesmiddelen (antistollingsmiddelen, betablokkers, Ras-remmers, high-ceiling diuretica, vasodilatantia).

Tabel 4.2.37

Top 10 meest voorgeschreven geneesmiddelen bij mannen, naar leeftijd (percentages van ATC-gecodeerde recepten)

77

0-19 jaar	20-44 jaar	45-64 jaar	65-74 jaar	75+
penicillines (J01C) 9,9%	NSAIDs (M01A) 10,6%	NSAIDs (M01A) 7,8%	antistollingsmiddelen (B01A) 9,6%	antistollingsmiddelen (B01A) 9,5%
trach. sympathicomimetica (R03A) 7,9%	antidepressiva (N06A) 6,0%	betablokkers (C07A) 6,0%	betablokkers (C07A) 6,3%	benzodiazepinen (N05C) 4,4%
glucocorticoïden (R03B) 7,5%	benzodiazepinen (N05B) 5,5%	cholesterolsyntheseremmers (C10A) 5,7%	cholesterolsyntheseremmers (C10A) 5,4%	betablokkers (C07A) 4,4%
decongestiva voor nasaal gebruik (R01A) 6,5%	decongestiva voor nasaal gebruik (R01A) 4,7%	antistollingsmiddelen (B01A) 5,7%	RAS-remmers (C09A) 4,2%	RAS-remmers (C09A) 4,2%
antihistaminica systemisch (R06A) 6,4%	enkelvoudige corticosteroïden (D07A) 4,5%	maagzuurremmers (A02B) 4,8%	NSAIDs (M01A) 4,1%	overige trach. middelen voor astma/COPD (R03B) 3,9%
enkelvoudige corticosteroïden (D07A) 5,8%	trach. sympathicomimetica (R03A) 4,5%	benzodiazepinen (N05B) 4,8%	maagzuurremmers (A02B) 4,0%	high-ceiling diuretica (C03C) 3,8%
emollientia en protectiva (huid) (D02A) 4,0%	maagzuurremmers (A02B) 4,5%	antidepressiva (N06A) 3,9%	orale bloed glucoseverlagende middelen (A10B) 4,0%	maagzuurremmers (A02B) 3,5%
lokale antimycotica (huid) (D01A) 3,5%	antihistaminica systemisch (R06A) 4,1%	RAS-remmers (C09A) 3,6%	overige trach. middelen voor astma/COPD (R03B) 3,7%	vasodilatantia bij hartziekten (C01D) 3,4%
lokale antibiotica (huid) (D06A) 3,1%	lokale antimycotica (D01A) 3,8%	orale bloed glucose-verlagende middelen (A10B) 3,6%	influenza-vaccins (J07B) 3,3%	orale bloed glucoseverlagende middelen (A10B) 3,3%
antimicrobiële middelen (oog) (S01A) 2,9%	penicillines (J01C) 3,0%	benzodiazepinen (N05C) 2,9%	trach. sympathicomimetica (R03A) 3,0%	emollientia (laxantia) (A06A) 3,3%
n=60.390	n=128.224	n=215.997	n=122.691	n=111.213

Bron: prescriptie registratie

De Top10 meest voorgeschreven geneesmiddelen ziet er bij vrouwen anders uit dan bij mannen (Tabel 4.2.38). Voor een deel ligt dit aan het feit dat de anticonceptiepil bij vrouwen tot 20 jaar en bij vrouwen van 20 tot 45 jaar het meest voorgeschreven middel is. Bij vrouwen van 20 tot 45 jaar worden ook anti-androgenen en gynaecologische anti-microbiële middelen veel voorgeschreven. Evenals bij de mannen bevat de Top10 aan meest voorgeschreven middelen bij vrouwen tot 20 jaar verder alleen middelen voor de luchtwegen en dermatologica. Bij vrouwen tussen de 20 en 45 jaar zijn, na de anticonceptie pil, NSAIDs, antidepressiva en benzodiazepinen de meest voorgeschreven middelen. Dit komt overeen met de Top3 meest voorgeschreven geneesmiddelen bij mannen. Bij vrouwen van 45 jaar en ouder zijn NSAIDs en benzodiazepinen de meest voorgeschreven geneesmiddelen. Middelen voor hart- en vaatziekten worden aan vrouwen op een latere leeftijd voorgeschreven dan bij mannen.

Tabel 4.2.38

Top 10 meest voorgeschreven geneesmiddelen bij vrouwen, naar leeftijd (percentages van ATC-gecodeerde recepten)

0-19 jaar	20-44 jaar	45-64 jaar	65-74 jaar	75+
hormonale anti-conceptiva (Go3A) 15,0%	hormonale anti-conceptiva (Go3A) 19,3%	NSAIDs (Mo1A) 7,6%	NSAIDs (Mo1A) 5,7%	benzodiazepinen (No5C) 6,8%
penicillines (Jo1C) 7,8%	NSAIDs (Mo1A) 7,2%	benzodiazepinen (No5B) 6,6%	benzodiazepinen (No5C) 5,7%	antistollingsmiddelen (Bo1A) 6,3%
enkelvoudige corticosteroïden (Do7A) 5,4%	antidepressiva (No6A) 6,2%	antidepressiva (No6A) 5,8%	benzodiazepinen (No5B) 5,7%	benzodiazepinen (No5B) 4,7%
antihistaminica syst. gebruik (Ro6A) 4,8%	benzodiazepinen (No5B) 3,9%	betablokkers (Co7A) 4,5%	betablokkers (Co7A) 5,5%	NSAIDs (Mo1A) 4,5%
trach. sympathicomimetica (Ro3A) 4,8%	antihistaminica syst. gebruik (Ro6A) 3,3%	benzodiazepinen (No5C) 4,4%	antistollingsmiddelen (Bo1A) 4,5%	paracetamol (No2B) 4,4%
decongestiva voor nasaal gebruik (Ro1A) 4,4%	decongestiva voor nasaal gebruik (Ro1A) 3,2%	maagzuurremmers (Ao2B) 4,1%	maagzuurremmers (Ao2B) 3,8%	betablokkers (Co7A) 4,3%
overige trach. middelen voor astma/COPD (Ro3B) 4,1%	enkelvoudige corticosteroïden (Do7A) 3,2%	oestrogenen (Go3A) 2,6%	cholesterolsyntheseremmers (C10A) 3,7%	high-ceiling diuretica (Co3C) 3,6%
lokale antimycotica (Do1A) 3,8%	trach. sympathicomimetica (Ro3A) 2,6%	paracetamol (No2B) 2,5%	orale bloedglucoseverlagende middelen (A10B) 3,5%	emollientia (laxantia) (Ao6A) 3,5%
emollientia en protectiva (huid) (Do2A) 3,3%	anti-androgenen (Go3H) 2,4%	cholesterolsyntheseremmers (C10A) 2,4%	antidepressiva (No6A) 3,2%	maagzuurremmers (Ao2B) 3,4%
anti-androgenen (Go3H) 3,1%	gyn. anti-microbiële middelen (Go1A) 2,3%	trach. sympathicomimetica (Ro3A) 2,2%	RAS-remmers (Co9A) 2,9%	RAS-remmers (Co9A) 3,2%
n=77.453	n=281.280	n=306.277	n=169.494	n=231.854

Bron: prescriptie registratie

Niet voor alle aandoeningen wordt even vaak een geneesmiddel voorgeschreven: ofwel de Top10 aan diagnoses op voorschriften hoeft niet noodzakelijkerwijze hetzelfde te zijn als de Top10 meest voorkomende diagnoses in de huisartspraktijk. Ook hebben geneesmiddelen een verschillende “voorschrijfrange”: sommige middelen zijn voor een specifieke indicatie, terwijl andere middelen voor een range aan indicaties voorgeschreven worden. Andersom is het ook zo dat voor één indicatie verschillende geneesmiddelen voorgeschreven kunnen worden. In het onderstaande wordt gekeken wat de meest voorkomende indicaties zijn die huisartsen bij hun voorschriften registreren. Dit zal omschreven worden als “indicatie op voorschrift” of “indicatie op het recept”.

Jongens tot 20 jaar krijgen vooral geneesmiddelen voorgeschreven in verband met luchtwegaandoeningen en huidaandoeningen (Tabel 4.2.39). Astma is de meest voorkomende diagnose op recepten voor deze groep. Ook in de leeftijdsgroep van 20 tot 45 jaar zijn huidaandoeningen en luchtweginfecties onder de meest voorkomende aandoeningen op uitgeschreven recepten. Andere aandoeningen die vaak aanleiding geven voor een recept zijn depressie, rugklachten en hypertensie. Vanaf de leeftijd van 45 jaar komen hart- en vaatziekten en daaraan gerelateerde klachten en aandoeningen bij mannen naar voren. Hypertensie (zonder orgaanbeschadiging) is daarbij de meest voorkomende diagnose op voorschriften. Dit verklaart de positie van de betablokkers en de RAS-remmers in de Top10 van meest voorgeschreven geneesmiddelen in deze leeftijdscategorie. Andere indicaties die vaak reden tot voorschrijven zijn, zijn vetstofwisselingsstoornissen, diabetes en ischemische hartziekten. Naast hart- en vaatziekten is COPD een indicatie waarvoor veel voorgeschreven wordt. Opvallend is dat maagklachten niet in deze Top10 voorkomen, terwijl middelen voor maagklachten (protonpompremmers) wel in de Top15 meest voorgeschreven middelen staan (zie ook Tabel 4.2.41). Dit heeft te maken met het feit dat deze middelen voor een brede range aan diagnoses worden voorgeschreven en bovendien ook kunnen worden voorgeschreven in verband met bijwerkingen van geneesmiddelen voor andere klachten. Zo hebben NSAIDs geregeld maagklachten als bijwerking.

Tabel 4.2.39

Top 10 meest voorkomende ICPC-codes bij voorschriften voor *mannen*, naar leeftijd (percentages van ICPC- en ATC-gecodeerde recepten)

0-19 jaar		20-44 jaar		45-64 jaar		65-74 jaar		75+	
astma	10,4	dermatomycose	4,9	hypertensie	11,3	hypertensie	11,7	hypertensie	8,0
constitutioneel eczeem	6,4	astma	4,6	niet insuline afh. diabetes	6,5	niet insuline afh. diabetes	7,7	niet insuline afh. diabetes	6,6
allergische conjunctivitis	5,5	allergische rhinitis	4,5	vetstofwisselingsstoornis	3,6	COPD	6,0	COPD	6,1
hoesten, bronchiaal	5,3	depressie	3,8	depressie	2,7	ischemische hart-ziekte met angina	3,5	hartfalen	4,5
allergische rhinitis	5,2	contacteczeem	3,1	slaapstoornis	2,4	vetstofwisselingsstoornis	3,3	slaapstoornis	4,1
acute infectie bovenste luchtwegen	4,9	symptomen/klachten lage rug	2,8	dermatomycose	2,3	hypertensie met orgaanbesch.	2,7	ischemische hart-ziekte met angina	3,9
acute bronchitis	4,3	hypertensie	2,4	COPD	2,1	slaapstoornis	2,7	obstipatie	2,9
dermatomycose	3,7	sinusitis (acuut/chron.)	2,3	contacteczeem	2,0	ischemische hart-ziekte zonder angina	2,2	ischemische hart-ziekte zonder angina	2,2
contacteczeem	3,4	acute infectie bovenste luchtwegen	1,9	symptomen/klachten lage rug	1,9	hoesten, bronchiaal	1,7	hypertensie met orgaanbesch.	2,1
acne	3,0	hoesten, bronchiaal	1,7	hypertensie met orgaanbesch.	1,8	obstipatie	1,5	boezemfibrilleren	2,1
n=48.457		n=99.792		n=152.134		n=80.023		n=72.702	

Bron: prescriptie registratie

Bij vrouwen tot 45 jaar is “orale anticonceptie” de ICPC-codering die het vaakst op recepten staat (Tabel 4.2.40). Voor het overige lijken vrouwen tot 20 jaar op mannen wat betreft veel voorkomende diagnoses bij voorgeschreven geneesmiddelen. Bij vrouwen van 20 tot 65 jaar is depressie een indicatie die op veel recepten voorkomt. Evenals bij mannen is vanaf de leeftijd van 45 jaar hypertensie de meest voorkomende diagnose op recepten. Bij vrouwen vanaf 45 jaar zijn de klachten waarvoor geneesmiddelen worden voorgeschreven gevarieerder dan bij mannen. Zo komen er wel diagnoses voor die gerelateerd zijn aan hart- en vaatziekten, maar nemen zij een minder prominente plaats in dan bij de mannen. Bij vrouwen zijn klachten zoals slaapstoornissen en een angstig/nerveus gevoel vaker dan bij mannen redenen om voor te schrijven. Dit geldt ook voor urineweginfecties.

Tabel 4.2.40

Top 10 meest voorkomende ICPC-codes op voorschriften voor vrouwen, naar leeftijd (percentages van ICPC- en ATC-gecodeerde recepten)

0-19 jaar		20-44 jaar		45-64 jaar		65-74 jaar		75+	
orale anticonceptie	12,9	orale anticonceptie	14,4	hypertensie	10,3	hypertensie	14,0	hypertensie	10,7
astma	5,9	depressie	4,1	depressie	4,0	niet insuline afh. diabetes	6,6	slaapstoornis	5,9
constitutioneel eczeem	4,6	allergische rhinitis	3,3	menopauzale symptomen/klachten	3,8	slaapstoornis	4,7	niet insuline afh. diabetes	5,7
hoesten, bronchiaal	4,1	astma	3,1	niet insuline afh. diabetes	3,8	COPD	2,5	hartfalen	3,5
allergische conjunctivitis	3,5	contacteczeem	2,7	slaapstoornis	3,3	vetstofwisselings- stoornis	2,4	obstipatie	2,8
contacteczeem	3,5	urineweginfectie	2,7	angstig/nerveus/ gespannen gevoel	2,3	urineweg-infectie	2,3	urineweg-infectie	2,7
acute infectie bo- venste luchtwegen	3,5	dermatomycose	2,2	astma	2,2	angstig/nerveus/ gespannen gevoel	2,3	ischemische hart- ziekte met angina	2,5
allergische rhinitis	3,4	sinusitus (acuut/chron.)	2,2	urineweg-infectie	1,9	depressie	2,3	COPD	2,4
dermatomycose	3,1	migraine	2,1	hoesten, bronchiaal	1,8	hoesten, bronchiaal	1,7	angstig/nerveus/ gespannen gevoel	2,0
urineweginfectie	3,1	genitale candidiasis	2,1	migraine	1,7	ischemische hart- ziekte met angina	1,7	hypertensie met orgaanbesch.	1,7
n=63.666		n=214.008		n=225.792		n=121.021		n=160.187	

81

Bron: prescriptie registratie

Voor de meest voorgeschreven groepen geneesmiddelen is vervolgens gekeken voor welke ICPC-codes deze het vaakst worden voorgeschreven (Tabel 4.2.41). Bij sommige van deze groepen geneesmiddelen is één diagnose dominant en omvat meer dan de helft van de recepten in de betreffende geneesmiddelen groep. Bij oestrogenen is dat orale anticonceptie, bij benzodiazepinen (N05CD) slapeloosheid, bij selectieve betablokkers en ACE-remmers hypertensie zonder orgaanbeschadiging, bij SSRI's depressie en bij cholesterolsyntheseremmers is dat een vetstofwisselingsstoornis. Bij de middelen voor het ademhalingsstelsel (R03AA en R03AB) omvatten astma en COPD samen meer dan de helft van de recepten. Bij andere groepen geneesmiddelen is een veel grotere variatie in diagnoses waarvoor deze voorgeschreven worden en omvat de Top5 aan meest voorkomende diagnoses minder dan de helft van de recepten. Dit betreft benzodiazepines (N05AB) en pijnstillers (azijnzuurderivaten, propionzuurderivaten, aceetanilidederivaten). Bij zowel antistollingsmiddelen en protonpompremmers omvat de Top5 van meest gestelde diagnoses meer dan de helft van de recepten, maar is er niet een duidelijk dominante ICPC-code.

Tabel 4.2.41

Vijf meest voorkomende ICPC-codes bij de veertien meest voorgeschreven geneesmiddelen (ATC-5 niveau, percentages van de ICPC- en ATC-gecodeerde recepten)¹

1. Benzodiazepines (No5ab)	n=56.522	2. Oestrogenen (Go3aa)	n=43.281
angstig/nerveus gevoel	25,7	orale anticonceptie	75,8
slapeloosheid	8,5	onregelmatige menstruatie	2,3
depressie	5,9	pijnlijke menstruatie	2,0
angststoornis	5,4	menorragie	2,0
posttraumatische stresstoornis	4,6	niet-gespecificeerde ziekte	1,6
Totaal top 5	49,7	Totaal top 5	83,7
3. Benzodiazepinen (No5CD)	n=41.620	4. Selectieve betablokkers (Co7AA)	n=39.064
slapeloosheid	60,0	hypertensie zonder orgaanbeschadiging	59,7
depressie	3,4	angina pectoris	6,7
angstig/nerveus gevoel	3,0	hypertensie met orgaanbeschadiging	6,0
geneesmiddelenmisbruik	2,9	andere/chronische ischemische hartziekte	3,2
hypertensie zonder orgaanbeschadiging	1,8	verhoogde bloeddruk	2,0
Totaal top 5	71,1	Totaal top 5	77,6
5. Antistollingsmiddelen (Bo1AC)	N=28.940	6. Azijnzuurderivaten (Mo1AB, m.n. diclofenac)	N=42.638
angina pectoris	12,7	lage rugpijn zonder uitstraling	11,8
CVA	10,1	schouder syndroom/PHS	5,6
TIA	9,8	symptomen/klachten rug	5,3
hypertensie zonder orgaanbeschadiging	9,3	lage rugpijn met uitstraling	5,0
andere/chronische ischemische hartziekte	8,7	symptomen/klachten schouder	4,4
Totaal top 5	50,6	Totaal top 5	32,1
7. Propionzuurderivaten (Mo1AE, m.n. ibuprofen)	N=33.448	8. Selectieve beta-2-sympathicomim. (Ro3AA)	N=30.876
lage rugpijn zonder uitstraling	10,7	astma	43,9
symptomen/klachten rug	5,1	COPD	19,0
symptomen/klachten nek	4,2	acute bronchitis	7,9
lage rugpijn met uitstraling	4,1	hoesten	4,9
symptomen/klachten schouder	4,1	dyspnoe	4,3
Totaal top 5	28,2	Totaal top 5	80,0
9. SSRI's (No6AB)	N=33.787	10. Cholesterol synthaseremmers (C10AA)	N=24.456
depressie	53,9	vetstofwisselingsstoornis	66,5
angststoornis	11,4	hypertensie zonder orgaanbeschadiging	5,8
down/depressief gevoel	7,3	diabetes mellitus	4,5
angstig/nerveus gevoel	4,2	angina pectoris	2,3
surmenage	1,8	andere/chronische ischemische hartziekte	2,2
Totaal top 5	78,6	Totaal top 5	81,3

11. Protonpomremmers (A02BC)	n=27.566	12. ACE-remmers (C09AA)	n=26.698
ziekte oesofagus	19,5	hypertensie zonder orgaanbeschadiging	57,7
stoornis maagfunctie	15,4	hypertensie met orgaanbeschadiging	9,2
maagpijn	14,3	hartfalen	6,7
zuurbranden	11,1	diabetes mellitus	5,1
hernia diafragmatica	5,3	andere/chronische ischemische hartziekte	2,0
Totaal top 5	65,6	Totaal top 5	80,7
13. Aceetanilidederivaten (N02BE, paracetamol)	n=25.700	14. Glucocorticoiden (R03AB)	n=24.808
gegeneraliseerde pijn	6,4	astma	39,8
lage rugpijn zonder uitstraling	5,6	COPD	19,1
hoofdpijn	5,3	hoesten	11,0
symptomen/klachten rug	3,6	acute bronchitis	7,0
acute infectie bovenste luchtweg	3,5	chronische bronchitis	4,1
Totaal top 5	24,4	Totaal top 5	81,0

Bron: prescriptie registratie

¹ Deze tabel omvat uitsluitend recepten die ICPC-gecodeerd zijn. Omdat niet bij alle geneesmiddelen even vaak een ICPC-code is gegeven kan het zijn dat een middel dat vaker voorgeschreven wordt, een kleinere N heeft in deze tabel. Dit vanwege een groter aantal missende ICPC-codes.

83

4.2.5.3 Nieuwe verwijzing naar specialist in bijna 3% van alle contacten

Per 1000 ingeschreven patiënten verwijzen huisartsen 99 patiënten binnen de eerste lijn. De meeste verwijzingen betreffen een verwijzing naar fysiotherapie: ruim 80 per 1000 ingeschreven patiënten (Tabel 4.2.42). Voor wat betreft de verwijzingen naar de 2^e lijn zijn alleen *nieuwe* verwijzingen geteld. Per 1000 ingeschreven patiënten verwezen huisartsen 153 patiënten naar een medisch specialist, anders gezegd: in 2,5% van de contacten wordt voor de eerste keer verwezen. De meeste verwijzingen betreffen verwijzingen naar de heelkundige specialismen: chirurgie, orthopedie, urologie, oogheelkunde, gynaecologie/verloskunde en KNO. Onder de interne specialismen vallen inwendige geneeskunde, longziekten, cardiologie, reumatologie, gastro-entropologie, pediatrie en dermatologie/allergologie. In de overige specialismen zijn revalidatiegeneeskunde, kaakchirurgie, radiotherapie, anaesthesie, pijnbestrijding, het klinisch genetisch centrum, tropische en nucleaire geneeskunde gegroepeerd.

Tabel 4.2.42

Verwijzing binnen de 1e lijn en aantal nieuwe verwijzingen naar de 2e lijn per 1000 ingeschreven patiënten en per 1000 contacten

	Per 1000 patiënten	Per 1000 contacten
<i>Alle verwijzingen binnen 1e lijn</i> (n=1.351.766 contacten)	98,8	16,2
Verwijzing binnen 1e lijn, AGZ		
fysiotherapie	80,5	13,2
oefentherapie Mensendieck/Cesar	5,9	1,0
Verwijzingen binnen 1e lijn, GGZ		
Riagg	2,7	0,4
psycholoog	1,7	0,3
maatschappelijk werk	0,8	0,1
Overige verwijzing 1e lijn	7,4	1,2
<i>Alle verwijzing naar 2e lijn</i> (n= 1.303.253 contacten)	153,4	24,8
Interne specialismen	47,8	7,7
Heelkundige specialismen	87,4	14,1
Neurologie, Psychiatrie	15,5	2,5
Overige specialismen	2,7	0,4

Bron: deelcontactenbestand incl. gegevens uit de contactregistratie, over prescriptie en verwijzing

Tabel 4.2.43

Verwijzing als percentage van het totaal aantal contacten, naar leeftijd

	0-19 jr	20-44 jr	45-64 jr	65-74 jr	75+	Totaal (%)
<i>Verwijzing 1e lijn</i> (n=1.351.766 deelcontacten)	1,2	2,3	1,8	1,0	0,6	1,6
fysiotherapie	0,7	1,8	1,6	0,9	0,6	1,3
oefentherapie Mensendieck/Cesar	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1
Riagg	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
psycholoog	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
maatschappelijk werk	0,0	0,0	0,0	— ¹	0,0	0,0
overig 1e lijn	0,3	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1
<i>Nieuwe verwijzingen 2e lijn</i> (n=1.303.253 deelcontacten)	2,5	2,7	2,6	2,5	1,7	2,5
Interne specialismen	1,0	0,7	0,8	0,8	0,7	0,8
Heelkundige specialismen	1,4	1,7	1,4	1,4	0,9	1,4
Neurologie, Psychiatrie	0,1	0,3	0,3	0,3	0,1	0,3
Overige specialismen	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0

Bron: deelcontactenbestand incl. gegevens uit de contactregistratie, over prescriptie en verwijzing
1 ontbrekende waarde

Verwijzingen naar fysiotherapie vinden het meeste plaats in de leeftijd van 20 tot 65 jaar (Tabel 4.2.43). In de leeftijdsgroep 20 tot 45 jaar wordt vaker dan in de andere leeftijdsgroepen verwezen naar Riagg en psycholoog. Het aantal verwijzingen naar de 2e lijn als percentage van het totaal aantal contacten verschilt niet zeer naar leeftijd, alleen bij patiënten vanaf 75 jaar wordt minder verwezen naar de 2e lijn. Dit heeft te maken met het feit dat alleen *nieuwe* verwijzingen zijn geteld, daarbij hebben patiënten vanaf 75 jaar gemiddeld meer contacten met de huisartspraktijk, de verwijzingen maken aldus een kleiner percentage uit van het totaal aantal contacten.

Het percentage verwijzingen naar de 1^e lijn verschilt niet zeer naar verzekeringsvorm en geslacht (Tabel 4.2.44). Eerder werd beschreven dat ziekenfondsverzekerden en vrouwen meer contacten per persoon per jaar hebben met de huisartspraktijk dan particulier verzekerden en mannen (Tabel 4.2.3 en Tabel 4.2.4). Hieruit volgt dat *per persoon* per jaar het aantal verwijzingen onder ziekenfondsverzekerden en vrouwen waarschijnlijk groter zal zijn, omdat zij vaker contact hebben met de huisartspraktijk (zie voor gegevens per persoon LINH jaarrapportage 2001). Uit de Tabel blijkt verder dat het aantal verwijzingen naar de 2^e lijn als percentage van het totaal aantal contacten onder mannen iets hoger is dan onder vrouwen, hierbij is geen onderscheid naar verzekeringsvorm.

85

Tabel 4.2.44

Verwijzing als percentage van het totaal aantal contacten naar verzekeringsvorm en geslacht

	Ziekenfonds (%)		Particulier (%)		Totaal (%)
	Man	Vrouw	Man	Vrouw	
<i>Verwijzing 1e lijn</i> (n=1.351.767 deelcontacten)	1,7	1,6	1,7	1,6	1,6
fysiotherapie	1,4	1,3	1,5	1,2	1,3
oefentherapie Mensendieck/Cesar	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Riagg	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
psycholoog	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
maatschappelijk werk	0,0	0,0	0,0	— ¹	0,0
overig 1e lijn	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1
<i>Nieuwe verwijzingen 2e lijn</i> (n=1.303.253 deelcontacten)	2,7	2,3	2,8	2,3	2,5
Interne specialismen	0,8	0,7	0,8	0,8	0,8
Heelkundige specialismen	1,5	1,4	1,7	1,2	1,4
Neurologie, Psychiatrie	0,3	0,2	0,3	0,3	0,3
Overige specialismen	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0

Bron: deelcontactenbestand incl. gegevens uit de contactregistratie, over prescriptie en verwijzing
1 ontbrekende waarde

Wanneer verwijzingen worden uitgesplitst naar verzekeringsvorm en culturele achtergrond valt op dat particulier verzekerden en ziekenfondsverzekerden van niet-westerse origine vaker worden verwezen, zowel binnen de 1e lijn als naar de 2e lijn (Tabel 4.2.45). Particulier verzekerden met een niet-westerse achtergrond worden met name vaker verwezen naar interne en heelkundige specialismen in de 2e lijn. Deze bevinding moet echter voorzichtig worden geïnterpreteerd omdat het aantal niet-westerse particuliere patiënten dat wordt verwezen in verhouding klein is.

Tabel 4.2.45

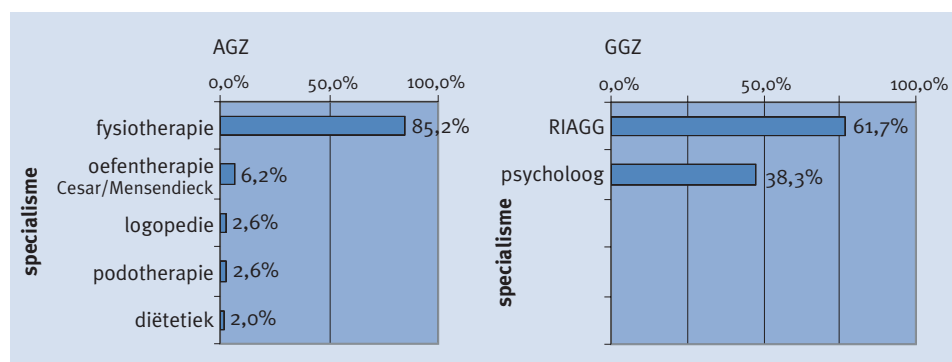
Verwijzing als percentage van het totaal aantal contacten naar verzekeringsvorm en culturele achtergrond

	Ziekenfonds (%)			Particulier (%)		
	Onbekend	Westers	Niet-Westers	Onbekend	Westers	Niet-Westers
<i>Verwijzing 1e lijn</i>	1,7	1,6	2,0	1,6	1,6	2,2
fysiotherapie	1,3	1,3	1,6	1,3	1,3	1,4
oefentherapie Mensendieck/Cesar	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Riagg	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,2
psycholoog	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
maatschappelijk werk	0,0	0,0	0,0	— ¹	0,0	—
overig 1e lijn	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,4
N deelcontacten	285.143	692.587	51.358	80.225	262.702	6.614
<i>Nieuwe verwijzingen 2e lijn</i>	2,5	2,4	3,0	2,7	2,5	3,9
Interne specialismen	0,9	0,7	1,1	0,9	0,7	1,4
Heelkundige specialismen	1,4	1,4	1,5	1,5	1,4	2,3
Neurologie, Psychiatrie	0,2	0,2	0,4	0,3	0,3	—
Overige specialismen	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1
N deelcontacten	250.576	666.971	54.863	76.621	246.889	7.189

Bron: deelcontactenbestand incl. gegevens uit de contactregistratie, over prescriptie en verwijzing

1 ontbrekende waarde

In Figuur 4.2.46 wordt de Top5 van verwijzingen binnen de 1^e lijn weergegeven, uitgesplitst naar AGZ en GGZ. Verreweg de meeste verwijzingen binnen de 1^e lijns-AGZ-disciplines zijn naar de fysiotherapie (85%). Daarna volgen verwijzingen naar oefentherapie Cesar en Mensendieck, logopedie, podotherapie en diëtetiek, maar in verhouding zijn deze percentages gering vergeleken met het percentage verwijzing naar de fysiotherapie. Verwijzing naar 1^e lijns-GGZ-disciplines gebeurt vooral naar een Riagg (62%).



Figuur 4.2.46

Top 5 verwijzingen als percentage van alle verwijzingen binnen de 1e lijn, naar AGZ (n= 20.905 deelcontacten) en GGZ (n=956 deelcontacten)

Bron: deelcontactenbestand incl. gegevens uit de contactregistratie, over prescriptie en verwijzing

In Tabel 4.2.47 wordt de Top5 verwijzingen als percentage van alle verwijzingen nogmaals weergegeven, nu uitgesplitst naar leeftijdscategorie. Voor alle categorieën geldt dat de meeste verwijzingen de fysiotherapie betreffen. Podotherapie en oefentherapie Cesar en Mensendieck maken in elke leeftijdscategorie ook deel uit van de Top5. In de leeftijd tot en met 19 jaar vindt een substantieel deel van de verwijzingen plaats naar de logopedie. Opvallend in de leeftijdscategorie 75+ is dat verwijzing naar een Riagg op de tweede plaats staan.

Tabel 4.2.47

Top5 verwijzingen binnen de 1e lijn naar leeftijd (n=21.837 deelcontacten)

0-19 jaar	20-44 jaar	45-65 jaar	65-74 jaar	75+
1. fysiotherapie (61,4%)	fysiotherapie (78,6%)	fysiotherapie (89,2%)	fysiotherapie (90,2%)	fysiotherapie (86,7%)
2. logopedie (18,8%)	oefentherapie C/M (9,0%)	podotherapie (3,0%)	oefentherapie C/M (3,3%)	Riagg (5,9%)
3. oefentherapie C/M (8,4%)	Riagg (3,0%)	oefentherapie C/M (2,4%)	diëtetiek (2,7%)	podotherapie (2,3%)
4. Riagg (4,0%)	1e lijns psycholoog (2,6%)	diëtetiek (2,1%)	podotherapie (1,9%)	oefentherapie C/M (1,6%)
5. podotherapie (2,9%)	podotherapie (2,1%)	Riagg (1,9%)	Riagg (0,8%)	logopedie (1,5%)
N 2.312	9.511	7.095	1.742	1.177

Bron: deelcontactenbestand incl. gegevens uit de contactregistratie, over prescriptie en verwijzing

In de Tabellen 4.2.48 en 4.2.49 wordt de Top5 verwijzingen als percentage van alle verwijzingen binnen de 1^e lijn weergegeven voor mannen en bij vrouwen, naar leeftijd. Verwijzing naar fysiotherapie staat bovenaan, bij mannen en vrouwen in alle leeftijdscategorieën. Opvallend is dat in de Top5 bij de jongens tot 20 jaar verwijzing naar het Riagg voorkomt, terwijl in dezelfde leeftijdscategorie bij de meisjes verwijzing naar de 1^{ste} lijnspsycholoog voorkomt en het Riagg ontbreekt. Verwijzing naar een Riagg komt vaker voor bij vrouwen boven de 75 jaar dan bij mannen boven de 75 jaar. Bij de mannen van 65 tot 75 jaar vinden na fysiotherapie de meeste verwijzingen plaats naar diëtetiek, bij de vrouwen betreft dit verwijzingen naar oefentherapie Cesar of Mensendieck.

Tabel 4.2.48

Top5 verwijzingen bij *mannen* binnen de 1e lijn naar leeftijd (n=8.780 deelcontacten)

0-19 jaar	20-44 jaar	45-65 jaar	65-74 jaar	75+
1. fysiotherapie (61,9%)	fysiotherapie (84,1%)	fysiotherapie (90,4%)	fysiotherapie (92,0%)	fysiotherapie (88,6%)
2. logopedie (20,7%)	oefentherapie C/M (6,2%)	podotherapie (2,5%)	diëtetiek (4,8%)	oefentherapie C/M (6,4%)
3. oefentherapie C/M (7,9%)	podotherapie (2,6%)	Riagg (2,1%)	podotherapie (1,7%)	Riagg (2,7%)
4. Riagg (5,4%)	Riagg (2,0%)	oefentherapie C/M (1,9%)	oefentherapie C/M (1,5%)	maatschappelijk werk (2,3%)
5. podotherapie (2,8%)	1e lijns psycholoog (1,6%)	diëtetiek (1,9%)	–	–
N 1.226	3.736	3.009	507	302

Bron: deelcontactenbestand incl. gegevens uit de contactregistratie, over prescriptie en verwijzing

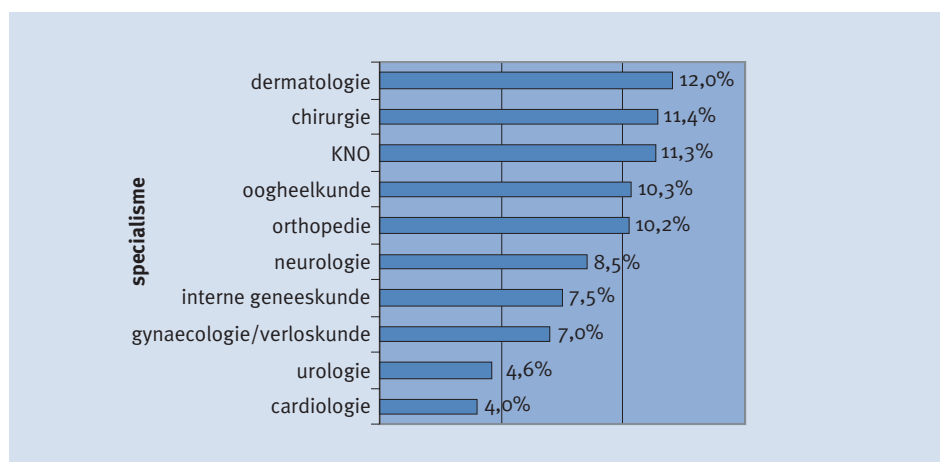
Tabel 4.2.49

Top5 verwijzingen bij *vrouwen* binnen de 1e lijn naar leeftijd (n=13.057 deelcontacten)

0-19 jaar	20-44 jaar	45-65 jaar	65-74 jaar	75+
1. fysiotherapie (60,9%)	fysiotherapie (75,0%)	fysiotherapie (88,3%)	fysiotherapie (89,4%)	fysiotherapie (86,1%)
2. logopedie (16,5%)	oefentherapie C/M (10,8%)	podotherapie (3,3%)	oefentherapie C/M (4,1%)	Riagg (7,0%)
3. oefentherapie C/M (9,1%)	Riagg (3,6%)	oefentherapie C/M (2,7%)	podotherapie (2,0%)	podotherapie (3,0%)
4. 1e lijns psycholoog (3,0%)	1e lijns psycholoog (3,3%)	diëtetiek (2,3%)	diëtetiek (1,8%)	logopedie (2,0%)
5. podotherapie (4,5%)	diëtetiek (2,1%)	Riagg (1,7%)	Riagg (1,2%)	1e lijns psycholoog (1,1%)
N 1.086	5.776	4.086	1.234	875

Bron: deelcontactenbestand incl. gegevens uit de contactregistratie, over prescriptie en verwijzing

In Figuur 4.2.50 wordt de Top10 verwijzingen als percentage van alle verwijzingen naar de 2^e lijn weergegeven. De meeste verwijzingen naar de 2^e lijn zijn naar de dermatologie, op de voet gevolgd door heelkundige specialismen zoals chirurgie, KNO, oogheelkunde en orthopedie. Onder interne geneeskunde vallen ook: heematologie, endocrinologie, geriatrie en nefrologie.



Figuur 4.2.50

Top 10 nieuwe verwijzingen naar de 2e lijn (n=32.341 deelcontacten)

Bron: deelcontactenbestand incl. gegevens uit de contactregistratie, over prescriptie en verwijzing

89

Tabel 4.2.51

Top10 verwijzingen naar de 2e lijn naar leeftijd (n=32.341 deelcontacten)

0-19 jaar	20-44 jaar	45-64 jaar	65-74 jaar	75+
1. KNO (23,9%)	gynaec./verlosk. (15,9%)	chirurgie (12,2%)	oogheelkunde (16,3%)	oogheelkunde (18,9%)
2. pediatrie (19,9%)	dermatologie (12,7%)	orthopedie (11,3%)	chirurgie (12,0%)	interne geneesk. (11,6%)
3. dermatologie (14,6%)	chirurgie (12,0%)	dermatologie (11,2%)	orthopedie (11,2%)	dermatologie (11,0%)
4. oogheelkunde (11,4%)	orthopedie (11,5%)	neurologie (11,1%)	neurologie (10,3%)	chirurgie (9,5%)
5. chirurgie (9,0%)	neurologie (8,4%)	oogheelkunde (10,6%)	KNO (9,9%)	orthopedie (8,7%)
6. orthopedie (4,8%)	KNO (8,3%)	KNO (10,0%)	dermatologie (9,9%)	KNO (8,6%)
7. neurologie (3,0%)	interne geneesk. (7,1%)	interne geneesk. (8,0%)	interne geneesk. (9,4%)	cardiologie (8,0%)
8. interne geneesk. (2,9%)	urologie (6,3%)	cardiologie (4,8%)	cardiologie (7,8%)	neurologie (7,1%)
9. plastische chirurgie (2,4%)	oogheelkunde (4,6%)	urologie (4,2%)	urologie (5,4%)	longarts (6,6%)
10. urologie (2,0%)	psychiatrie (2,7%)	gynaec./verlosk. (3,3%)	longarts (3,1%)	gynaec./verlosk. (3,7%)
N 4.732	10.779	9.494	4.208	3.128

Bron: deelcontactenbestand incl. gegevens uit de contactregistratie, over prescriptie en verwijzing

In Tabel 4.2.51 wordt de Top10 van verwijzingen weergegeven uitgesplitst naar leeftijdscategorie. In de leeftijd van 0-19 jaar vinden de meeste verwijzingen plaats naar de KNO-arts, op de voet gevolgd door verwijzing naar de kinderarts. In de leeftijd van 20-44 jaar zijn de meeste verwijzingen naar de gynaecologie of verloskunde, in de leeftijd van 45-64 jaar staan verwijzingen naar de chirurgie bovenaan, en patiënten vanaf 65 jaar, tenslotte, worden het meeste verwezen naar de oog-arts. De meeste verwijzingen naar de dermatologie vinden plaats in de leeftijd van 20-44 jaar, verwijzingen naar de chirurgie en ook de orthopedie vinden ongeveer even vaak plaats in de leeftijd 20-74 jaar, verwijzing naar de interne geneeskunde (inclusief geriatrie) vindt het meeste plaats bij 75-plussers.

Tabel 4.2.52

Top10 verwijzingen bij *mannen* naar de 2e lijn naar leeftijd (n=13.827 deelcontacten)

0-19 jaar	20-44 jaar	45-64 jaar	65-74 jaar	75+
1. KNO (25,2%)	chirurgie (15,4%)	chirurgie (13,7%)	chirurgie (14,0%)	oogheelkunde (19,8%)
2. pediatrie (23,6%)	orthopedie (15,0%)	oogheelkunde (12,3%)	KNO (13,1%)	interne geneesk. (12,3%)
3. dermatologie (12,2%)	urologie (13,4%)	KNO (12,0%)	dermatologie (12,2%)	cardiologie (11,7%)
4. chirurgie (10,3%)	dermatologie (11,2%)	orthopedie (11,9%)	oogheelkunde (11,5%)	dermatologie (10,4%)
5. oogheelkunde (9,9%)	neurologie (11,0%)	neurologie (10,3%)	neurologie (10,0%)	longarts (9,0%)
6. orthopedie (5,6%)	KNO (10,3%)	dermatologie (8,9%)	urologie (9,4%)	neurologie (8,2%)
7. urologie (3,1%)	interne geneesk. (5,5%)	interne geneesk. (7,9%)	interne geneesk. (8,9%)	KNO (7,8%)
8. neurologie (2,2%)	oogheelkunde (4,6%)	urologie (7,2%)	cardiologie (7,8%)	chirurgie (7,3%)
9. plastische chirurgie (2,0%)	psychiatrie (4,0%)	cardiologie (5,7%)	orthopedie (6,3%)	urologie (5,8%)
10. psychiatrie (1,5%)	cardiologie (2,2%)	longarts (3,2%)	longarts (3,4%)	orthopedie (5,5%)
N 2.303	4.224	4.269	1.769	1.262

Bron: deelcontactenbestand incl. gegevens uit de contactregistratie, over prescriptie en verwijzing

Tabel 4.2.53

Top10 verwijzingen bij vrouwen naar de 2e lijn, naar leeftijd (n=18.514 deelcontacten)

0-19 jaar	20-44 jaar	45-64 jaar	65-74 jaar	75+
1. KNO (22,6%)	gynaec./verlosk. (25,7%)	dermatologie (13,2%)	oogheekunde (19,9%)	oogheekunde (18,3%)
2. dermatologie (16,9%)	dermatologie (13,6%)	neurologie (11,7%)	orthopedie (14,7%)	dermatologie (11,5%)
3. pediatrie (16,4%)	chirurgie (9,8%)	chirurgie (11,0%)	neurologie (10,5%)	interne geneesk. (11,1%)
4. oogheekunde (12,9%)	orthopedie (9,3%)	orthopedie (10,9%)	chirurgie (10,5%)	chirurgie (11,0%)
5. chirurgie (7,7%)	interne geneesk. (8,1%)	oogheekunde (9,2%)	interne geneesk. (9,7%)	orthopedie (10,9%)
6. interne geneesk. (4,2%)	KNO (7,0%)	KNO (8,5%)	dermatologie (8,2%)	KNO (9,1%)
7. orthopedie (4,0%)	neurologie (6,8%)	interne geneesk. (8,1%)	cardiologie (7,8%)	neurologie (6,4%)
8. neurologie (3,8%)	oogheekunde (4,5%)	gynaec./verlosk. (6,0%)	KNO (7,7%)	gynaec./verlosk. (6,2%)
9. gynaec./verlosk. (3,5%)	plastische chirurgie (3,2%)	plastische chirurgie (4,6%)	longarts (2,8%)	cardiologie (5,5%)
10. plastische chirurgie (2,9%)	reumatologie (2,7%)	cardiologie (4,1%)	urologie (2,5%)	longarts (4,9%)
N 2.429	6.555	5.225	2.439	1.866

Bron: deelcontactenbestand naar soort incl. gegevens uit de contactregistratie, over prescriptie en verwijzing

In de Tabellen 4.2.52 en 4.2.53 is de Top10 van verwijzingen uitgesplitst naar leeftijd en geslacht. Onder mannen vinden in de leeftijd van 20 tot 75 jaar de meeste verwijzingen plaats naar de chirurg, vanaf 75 jaar verwijzen huisartsen het meest naar de oogarts. Bij de vrouwen vinden in de leeftijd van 20-44 jaar de meeste verwijzingen plaats naar de gynaecoloog of verloskundige en van 45-64 jaar naar de dermatoloog, vanaf 65 jaar worden ook vrouwen vaak verwezen naar de oogarts. Mannen worden vaker dan vrouwen verwezen naar de uroloog, het percentage verwijzingen naar de uroloog varieert van 3% (0-19 jr.) tot 13% (20-44 jr.). Het percentage verwijzingen naar de cardioloog onder mannen loopt op met de leeftijd, van 2% bij 20-44-jarigen tot 12% bij 75-plussers. Het percentage verwijzingen naar de cardioloog onder vrouwen is het hoogst in de leeftijdsgroep van 65-74 jaar (8%), bij vrouwelijke 75-plussers is dit percentage iets lager (6%). Verder valt op dat onder vrouwen verwijzingen naar de plastisch chirurg plaatsvinden tussen de 20 en 65 jaar, en dat 3% van de verwijzingen bij vrouwelijke 20 tot 45-jarigen verwijzingen naar de reumatoloog betreffen.

4.3 Specialistische zorg, paramedische zorg en alternatieve zorg

In tegenstelling tot §4.2 is deze paragraaf, net als §4.1, gebaseerd op zelfgerapporteerd zorggebruik. Bijna 75% van de Nederlandstalige bevolking geeft aan één of meerdere keren contact te hebben met de huisarts in een jaar, 38% heeft contact met een medisch specialist, 22% maakt gebruik van paramedische zorg en 11% krijgt te maken met een ziekenhuis(dag)opname (Tabel 4.3.1). Vrouwen en ziekenfondsverzekerden maken vaker dan mannen en particulier verzekerden gebruik van de typen zorg zoals benoemd in Tabel 4.3.1. Voor paramedische zorg en kraamzorg wordt geen duidelijk verschil naar verzekeringsvorm gevonden. Ouderen maken in verhouding vaker gebruik van huisartsenzorg, specialistische zorg, thuiszorg en worden vaker opgenomen in een ziekenhuis.

Tabel 4.3.1

Percentage zelfgerapporteerde gebruik algemene gezondheidszorg in het afgelopen jaar, naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm (n=12.699)

	Totaal	Leeftijd			Geslacht		Verzekeringsvorm	
	(%)	0-19	20-64	65+	Man	Vrouw	Ziekenfonds	Particulier
Huisarts	74,7	65,9	75,8	85,2	69,5	79,2	76,4	71,9
Medisch specialist	37,6	26,0	37,1	58,3	34,9	39,9	39,0	35,1
Paramedici	21,8	15,0	24,9	21,5	18,9	24,3	21,6	22,2
Opname ziekenhuis	6,2	3,4	6,0	11,8	5,6	6,7	7,0	4,9
Thuiszorg	4,7	0,6	3,1	17,5	1,9	7,2	5,7	3,0
Dagopname ziekenhuis	4,6	3,6	4,7	6,0	4,5	4,8	5,0	4,0
Kraamzorg	2,2	0,0	3,8	0,0	2,0	2,4	2,4	1,8

Bron: patiëntenquête

Uitgaand van een kortere tijdsperiode rapporteert 18% van de bevolking de afgelopen twee maanden contact met een medisch specialist (Tabel 4.3.2). Indien men contact had met een specialist betrof dit relatief vaak de internist (2,4%) of oogarts (2,2%). Meer vrouwen dan mannen komen bij specialisten. Mannen komen, als zij een specialist bezoeken, vaker bij de cardioloog. Vergeleken bij personen die hun gezondheid als goed inschatten komen meer personen die hun gezondheid als niet goed beoordelen bij de specialist en, als zij een specialist bezoeken, vooral bij de cardioloog, internist, neuroloog of reumatoloog.

Tabel 4.3.2

Percentage zelfgerapporteerde specialisten bezoek in de afgelopen 2 maanden (n=12.693)

	Totaal (%)	Geslacht		Ervaren gezondheid	
		Man	Vrouw	Goed	Matig/slecht
Geen specialistische zorg	81,8	83,2	80,6	85,3	61,2
Wel specialistische zorg:	18,2	16,8	19,4	14,7	38,8
allergoloog	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1
cardioloog	1,7	2,2	1,3	1,1	5,5
chirurg	1,8	1,7	1,5	1,5	3,5
dermatoloog	1,3	1,0	1,5	1,2	2,1
gastro-enteroloog	0,2	0,3	0,2	0,2	0,6
gynaecoloog	1,5	0,2	2,7	1,5	1,9
internist	2,4	2,2	2,5	1,4	8,2
kinderarts	0,6	0,7	0,6	0,4	1,0
keel-neus-en-oor arts	1,5	1,6	1,6	1,3	2,8
longarts	0,9	1,0	0,7	0,4	3,4
neuroloog	1,3	1,4	1,3	0,8	4,6
oogarts	2,2	2,1	2,3	1,9	3,9
orthopeed	1,7	1,3	2,0	1,4	3,4
radioloog	0,7	0,6	0,8	0,6	1,6
reumatoloog	0,6	0,3	0,9	0,1	3,4
revalidatiearts	0,3	0,4	0,2	0,2	1,0
uroloog	0,9	1,5	0,4	0,8	1,8

Bron: patiëntenquête

Ruim een vijfde van de Nederlandssprekende bevolking komt jaarlijks in contact met paramedische zorg (Tabel 4.3.3). Meer vrouwen dan mannen hebben contact met paramedici. Als men een paramedicus bezoekt dan betreft dit in de meeste gevallen de fysiotherapeut (13%). Mannen hebben vaker contact met een logopedist dan vrouwen (dit betreft vnl. jongens tot 20 jaar, zie Tabel 4.2.48), en vrouwen hebben vaker contact met een oefentherapeut Caesar of Mensendieck. In geval van behandeling schommelt het gemiddeld aantal contacten met de fysiotherapeut rond de 18 per persoon.

Tabel 4.3.3

Percentage zelfgerapporteerde gebruik paramedische zorg in het afgelopen jaar naar geslacht en verzekeringsvorm (n=12.693)

	Totaal (%)	Geslacht		Verzekeringsvorm		Gem. aantal contacten (95% BI)
		Man	Vrouw	Particulier	Ziekenfonds	
Geen paramedische zorg	78,2	80,9	75,8	77,8	78,4	
Wel paramedische zorg ¹ :	21,8	19,1	24,2	22,2	21,6	
fysiotherapeut	12,7	11,1	14,0	12,1	13,1	18,2 (17,2-19,2)
podotherapeut	1,8	1,4	2,1	1,9	1,7	2,6 (2,2-2,9)
diëtist	1,6	1,3	1,9	1,3	1,8	6,8 (3,8-9,8)
oefentherapie caesar/mensendieck	1,5	0,9	1,9	1,3	1,6	14,0 (11,3-19,1)
logopedist	1,2	1,6	0,9	1,3	1,1	20,9 (10,8-31)
ergotherapeut	0,4	0,3	0,5	0,4	0,4	13,9 (7,8-20,0)
orthoptist	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	4,1 (2,4-5,6)
anders	2,1	1,8	2,3	2,6	1,8	

Bron: patiëntenquête

1 Meerdere typen zorg kunnen tegelijkertijd voorkomen

Tabel 4.3.4

Percentage zelfgerapporteerde gebruik psychosociale hulpverlening ooit, naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm (n=12.692)

	Totaal (%)	Leeftijd			Geslacht		Verzekeringsvorm	
		0-19	20-64	65+	Man	Vrouw	Ziekenfonds	Particulier
Geen zorg	82,4	92,9	75,5	90,6	85,5	79,7	81,2	84,3
Wel zorg ¹ :	17,6	7,1	24,5	9,4	14,5	20,3	18,8	15,7
riagg	6,3	3,0	8,4	3,5	5,2	7,1	7,1	4,8
psycholoog	5,1	1,4	7,7	1,5	4,3	5,7	4,9	5,4
alg. maatschappelijk werk	4,4	1,4	6,3	2,3	3,0	5,7	5,6	2,4
psychiater	2,1	0,2	3,0	2,1	2,0	2,3	2,0	2,3
polikliniek psychiatrie	1,6	0,8	2,1	0,9	1,3	1,8	1,8	1,1
psychotherapeut	1,4	0,3	2,1	0,2	0,8	1,9	1,3	1,5
crisiscentrum	0,6	0,2	0,8	0,1	0,4	0,7	0,8	0,2
CAD	0,5	0,0	0,8	0,2	0,8	0,2	0,7	0,2
seksuoloog	0,3	0,0	0,4	0,2	0,2	0,4	0,3	0,2
anders	1,9	1,4	2,4	0,7	1,6	2,1	2,0	1,7

Bron: patiëntenquête

1 Meerdere typen zorg kunnen tegelijkertijd voorkomen

Circa 18% van de Nederlandssprekende bevolking maakte ooit gebruik van psychosociale zorg (Tabel 4.3.4). Wanneer men in aanraking kwam met psychosociale hulpverlening dan betrof dit meestal het Riagg, een vrijevestigd psycholoog of algemeen maatschappelijk werk. Vrouwen en personen in de leeftijdsgroep 20-64 jaar maakten het meeste gebruik van psychosociale hulpverlening.

Gerekend over het afgelopen jaar heeft 5% van de Nederlandstalige bevolking contact met de psychosociale hulpverlening, waarvan 1,4% contacten met een vrijevestigd psycholoog en 1,3% contacten met een Riagg (Tabel 4.3.5).

Tabel 4.3.5

Percentage zelfgerapporteerde gebruik psychosociale hulpverlening in afgelopen jaar (n=12.692)

Soort hulpverlening ¹	Totaal (%)
psycholoog	1,4
riagg	1,3
alg. maatschappelijk werk	1,1
psychiater	0,5
polikliniek psychiatrie	0,5
psychotherapeut	0,4
crisiscentrum	0,1
consultatiebureau voor alcohol en drugs	0,1
seksuoloog	0,1
anders	0,6

Bron: patiëntenquête

1 Meerdere typen zorg kunnen tegelijkertijd voorkomen

95

Ruim 6% van de Nederlandstalige bevolking maakt gebruik van aanvullende of alternatieve geneeswijzen (Tabel 4.3.6). Dit betreft in verhouding vaak homeopathie, waarbij homeopathische behandeling door de eigen huisarts niet is meegeteld. Meer vrouwen dan mannen maken gebruik van alternatieve geneeswijzen, en meer personen die de eigen gezondheid als matig of slecht beoordelen vergeleken met degenen die zich gezond voelen. Er is geen verschil in het percentage gebruik van alternatieve zorg naar verzekeringsvorm.

Tabel 4.3.6

Percentage zelfgerapporteerde gebruik alternatieve zorg in afgelopen jaar, naar geslacht, verzekeringsvorm en ervaren gezondheid (n=12.693)

	Totaal (%)	Geslacht		Verzekeringsvorm		Ervaren gezondheid	
		Man	Vrouw	Ziekenfonds	Particulier	Goed	Matig/slecht
Geen alternatieve zorg:	93,5	95,6	91,7	93,5	93,6	94,3	89,2
Wel alternatieve zorg ¹ :	6,5	4,4	8,3	6,5	6,4	5,7	10,8
homeopaat	2,7	1,8	3,4	2,5	2,9	2,2	4,5
paranormaal behandelaar	1,7	1,1	2,3	1,9	1,4	1,5	3,1
acupuncturist	1,2	0,8	1,6	1,2	1,2	1,1	2,5
anders	2,6	1,6	3,4	2,6	2,5	2,3	5,1

Bron: patiëntenquête

1 Meerdere typen zorg kunnen tegelijkertijd voorkomen

Zoals al eerder beschreven kan men gebruikmaken van meerdere typen zorg tegelijkertijd. In Tabel 4.3.7 wordt in percentages weergegeven welke soorten zorg werden gebruikt door personen die de twee maanden voorafgaand aan het interview ook contact hadden met de huisarts. De percentages personen die gebruik maken van verschillende typen zorg zijn nu hoger dan de gemiddeld percentages voor de hele populatie zoals eerder weergegeven in de tabellen over zelfzorg en mantelzorg, specialistische zorg, paramedische zorg en alternatieve zorg.

Tabel 4.3.7

Combinatie van huisartsenzorg in afgelopen 2 maanden en andere vormen van zorg (n=4.901)

Contact met huisarts in afgelopen 2 maanden en:	%	Gemiddeld % in de bevolking
geneesmiddelen zonder recept in afgelopen 2 weken	39,8	36,5
specialist in afgelopen 2 maanden	28	18,2
paramedicus in afgelopen jaar	29,6	21,8
psychosociale zorg in afgelopen jaar	21,6	17,6
alternatieve zorg in afgelopen jaar	8,0	6,5
zelfzorg in afgelopen jaar	85,6	78,4
mantelzorg in afgelopen jaar	17	10,9

Bron: patiëntenquête

96

4.4 Conclusie en beschouwing

Meerdere databronnen kunnen worden geraadpleegd om een indruk te krijgen van het zorggebruik in het algemeen, en meer specifiek de huisartsenzorg. In deze paragraaf worden cijfers uit verschillende bronnen met elkaar vergeleken. We vergelijken de resultaten uit de NS2 met cijfers over zorggebruik van het CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek) en daar waar het gaat over mantelzorg vergelijken we de NS2 met publicaties van het SCP (Sociaal en Cultureel Planbureau). Ook maken we een vergelijking in de tijd door de resultaten van de NS2 te vergelijken met de eerste Nationale Studie (1987) en met meerjarencijfers uit jaarrapportages LINH. Waar relevant voor dit rapport wordt gerefereerd aan het NS2-rapport 'Een kwestie van verschil' (Van Lindert 2004), om verschillen tussen groepen aan te geven.

4.4.1 Zelfzorg: gebruik geneesmiddelen zonder recept gestegen

Over de gehele populatie genomen gebruikte in 1987 gerekend over een tijdsinterval van 14 dagen 24% van de bevolking geneesmiddelen zonder recept. (Foets 1991) Uit de NS2 blijkt dat het medicijngebruik zonder recept is gestegen: anno 2001 gebruikt ruim één op de drie personen (37%) geneesmiddelen zonder recept, eveneens gerekend over een tijdsinterval van 14 dagen. Met name het gebruik van vitaminen en andere versterkende middelen is toegenomen, het percentage zelfgekochte slaap- en kalmeringsmiddelen is wat afgenomen. Zowel in 1987 als in 2001 zijn pijn- en koortswerende geneesmiddelen en middelen tegen verkoudheid en keelpijn de meest gebruikte medicijnen zonder recept.

Het percentage personen dat mantelzorg ontvangt hangt samen met hoe mantelzorg is gedefinieerd. In de NS2 is mantelzorg breed gedefinieerd als zorg in verband met gezondheidsproblemen door gezinsleden, familieleden of bekenden in de vorm van huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging of begeleiding of verpleging. Zorg in de vorm van emotionele ondersteuning blijft hier buiten beschouwing. Uit de NS2 blijkt dat ongeveer 11% van de bevolking mantelzorg heeft ontvangen in het jaar voorafgaande aan het interview. Uit onderzoek van het SCP blijkt dat in 1999 een vergelijkbaar percentage van 9,2% mantelzorg heeft ontvangen. (De Klerk 2002) Mantelzorg is in dit laatste geval gedefinieerd als huishoudelijke hulp of persoonlijke verzorging, verpleging is buiten beschouwing gelaten. Ook het SCP constateert dat mantelzorg vooral bestaat uit huishoudelijke hulp, maar ook uit emotionele ondersteuning of begeleiding. (Timmermans 2003) Een vergelijking in de tijd met behulp van de eerste Nationale Studie is niet mogelijk. Onderzoek van het SCP laat zien dat het aantal zelfstandige huishoudens dat mantelzorg ontvangt de afgelopen tien jaar niet is veranderd, ondanks een toename van het aantal ouderen en het aantal personen met een chronische aandoening.

97

4.4.2 Huisartsenzorg: meer contact met de huisartspraktijk en minder visites

Op basis van registratie in de huisartspraktijk had in 2001 ongeveer 77% van de bevolking contact met de huisartspraktijk. In vergelijking met 1987, ten tijde van de NS1, is het aantal contacten per patiënt per jaar (op basis van de patiëntenquête) met bijna 10% toegenomen (Tabel 4.4.1). De stijging doet zich voor in alle leeftijdscategorieën, maar het aantal contacten met 75-plussers is het sterkst gestegen. De verschillen in contactfrequentie tussen particulier verzekerden en ziekenfondsverzekerden zijn in 2001 iets afgenomen, met name omdat het aantal contacten onder particulier verzekerden is toegenomen. (Van Lindert 2004)

Het percentage visites is bijna gehalveerd vergeleken met 1987. Het aantal telefonische contacten daarentegen is toegenomen van 4% naar bijna 11%. De gemiddelde consultduur is niet langer geworden, wel zijn er meer consulten die langer dan 10 minuten duren.

Ook in 1987 was de meest voorkomende verrichting het voorschrijven van geneesmiddelen: 3,7 voorschriften per patiënt per jaar. Het aantal voorschriften per patiënt per jaar is sinds 1987 toegenomen en stijgt nog steeds. Tussen 1997 en 2002 is er sprake van een gemiddelde jaarlijkse groei van 1,9% als we het totale volume aan uitgeschreven recepten in ogenschouw nemen. (LINH 2003) Hierbij moet opgemerkt worden dat, vergeleken met 1987, in 2001 geneesmiddelen voor een kortere duur moeten worden voorgeschreven. Daarbij is er een groot verschil naar leeftijd. Bij de leeftijdsgroepen boven 45 jaar is er sprake van een jaarlijkse groei, terwijl het aantal voorschriften voor de leeftijdsgroepen onder de 45 jaar stabiel blijft of afneemt. Uitschieters zijn de leeftijdsgroep 75-plus met een jaarlijkse procentuele groei van gemiddeld 5,1% en de leeftijdsgroep van 0-4 jaren met een jaarlijkse procentuele daling van gemiddeld 5,3%. (Verheij 2002)

Tabel 4.4.1

Huisartsenzorg in 2001 en in 1987

Huisartsenzorg	2001	1987
contactfrequentie per patiënt per jaar (huisartsregistratie)	6,1	4,5
contactfrequentie per patiënt per jaar (patiëntenquête ¹)	3,9	3,6
consulten in de huisartspraktijk (%)	56,9	— ²
visite in de huisartspraktijk (%)	5,1	—
consulten als percentage van huisartscontacten	74	71
visites als percentage van huisartscontacten	8,5	17
telefonische contacten als percentage van huisartscontacten	10,8	4
gemiddelde duur van consulten in minuten	9,7	9,9
consulten langer dan 10 minuten (%)	40	25
prescriptie per patiënt per jaar	5,7	3,7
verwijzingen per 1000 patiënten / 1000 contacten		
1e lijn	98,8/16,2	139,2/30,2
2e lijn	153,4/24,8	184/43,1

1 De contactfrequenties van 1987 en 2001 zijn het beste vergelijkbaar op basis van de patiëntenquête

2 Niet bekend of niet op vergelijkbare wijze onderzocht

Verwijzing binnen de eerste lijn vond in 1987 vooral plaats naar fysiotherapeuten. In 2001 is dit nog steeds het geval. Tabel 4.4.1 laat zien dat het aantal verwijzingen is afgenomen tussen 1987 en 2001. Het is de vraag of dit werkelijk het geval is: het lagere cijfer in 2001 hangt waarschijnlijk samen met de minder strikte regels rondom de registratie van verwijzingen. LINH jaarrapportage laat zien dat het verwijscijfer fysiotherapie over de laatste vijf jaren weinig is veranderd. Ook de cijfers per leeftijdsgroep zijn tamelijk constant. In 2002 echter verwezen huisartsen per 1.000 patiënten er gemiddeld 71 naar een fysiotherapeut. Dit is een lichte daling ten opzichte van 2001. (LINH 2003)

Ook het aantal nieuwe verwijzingen naar de 2^e lijn is in 1987 hoger dan in 2001. Uit LINH jaarrapportage blijkt dat tussen 1997 en 2001 het aantal nieuwe verwijzingen naar de medisch specialist van ziekenfondsverzekerden daalde, terwijl er in 2001 sprake was van een lichte stijging. In 2002 daalde het aantal verwijzingen weer naar het niveau van 2000. (LINH 2003) Bij particulier verzekerden bleef het verwijscijfer jarenlang nagenoeg gelijk. Net als bij de ziekenfondsverzekerden was er in 2001 een stijging, maar ook bij particuliere patiënten zet deze stijging niet door.

Het verschil in aantal verwijzingen per patiënt per jaar tussen ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden neemt langzaam af. Mogelijk is van invloed dat ziekenfondsen minder stringent zijn geworden in hun regelgeving omtrent verwijzingen. Tegelijkertijd hebben veel particuliere verzekeringen een verwijzing door huisartsen in hun polisvoorwaarden opgenomen. Het lijkt er dus op dat de regels van ziekenfondsen en particuliere verzekeringen met betrekking tot verwijzen steeds meer op elkaar zijn gaan lijken. Het kan niet worden uitgesloten dat dit ook van invloed is op de geneigdheid van de huisarts een 'verwijzing' in het medisch dossier te vermelden.

Het aantal keren dat huisartsen bloedonderzoek doen in de praktijk is afgenomen, terwijl huisartsen wat vaker dan in 1987 bloedonderzoek aanvragen (Tabel 4.4.2). Het aantal aanvragen voor uri-

neonderzoek buiten de praktijk is gelijk gebleven. Huisartsen doen in 2001 minder bloeddrukmetingen dan in 1987, dergelijke verrichtingen worden nu vaker door praktijkassistenten gedaan. Dit blijkt uit de vragen over taakverdeling die huisartsen en assistenten invulden (zie het NS2-rapport: 'De werkbelasting van huisartsen'). (Van den Berg 2004)

Het aantal kleine chirurgische ingrepen is nagenoeg gelijk gebleven. Ondanks drukte in de huisartspraktijk doen huisartsen dit nog zelf. In de loop der jaren heeft er wel een verschuiving plaatsgevonden in de soort verrichtingen (Marquet 2003, niet in dit rapport). Het aantal verrichtingen in verband met goedaardige tumoren van de huid, moedervlekken en zwelling is in de periode 1987-2001 bijna verdubbeld en het aantal ingrepen voor wonden is afgenomen. Andere, minder opvallende veranderingen zijn het teruglopen van het aantal verrichtingen voor locale infecties aan vingers of tenen en een toename van het aantal ingrepen (injecties) aan het bewegingsapparaat, met name de schouder.

99

Tabel 4.4.2

Overige verrichtingen als percentage van alle huisartscontacten in 2001 en in 1987

	2001 (%)	1987 (%)
bloedonderzoek in de praktijk	1,1	2,0
urineonderzoek in de praktijk	1,1	3,8
bloeddrukmeting	7,7	14,8
ECG	0,3	0,1
aanvraag bloedonderzoek	2,8	2,0
aanvraag urineonderzoek	0,3	0,3

4.4.3 Specialistische zorg, paramedische zorg en alternatieve zorg

In Tabel 4.4.3 wordt het zelfgerapporteerd zorggebruik anno 2001 vergeleken met het zelfgerapporteerd zorggebruik zoals gepubliceerd door het CBS over 2001 en over meerdere jaren. Tevens wordt in de Tabel een vergelijking in de tijd gemaakt.

Tabel 4.4.3

Zelfgerapporteerd zorggebruik naar databron en jaar

Zelfgerapporteerd zorggebruik	2001 (NS2)	2001 (CBS)	1987 (NS1)
Contact met huisarts in een jaar (%)	75	76	75
Contact medisch specialist in een jaar (%)	37,6	37,8	35
Contact medisch specialist in 2 maanden (%)	18,2	– ¹	16
Contact paramedische zorg in een jaar (%)	21,8	–	–
Contact fysiotherapeut (FT) in een jaar (%)	12,7	16,7	13,3
Contact psychosociale zorg in een jaar, >18 jr (%)	6,3	–	3,6
Gemiddeld aantal behandelingen FT in een jaar	18,2	17,0	20,5
Alternatieve zorg in een jaar (%)	6,5 ²	6,9	6,2 ²
Ziekenhuisopname in een jaar (%)	6,2	5,4	7,9

¹ Niet bekend of op niet vergelijkbare wijze onderzocht

² Exclusief manuele therapie

De percentages zelfgerapporteerd contact met de huisarts en met de specialist uit de NS2 en het CBS komen goed overeen (Tabel 4.4.3). Het percentage personen dat zelf aangeeft contact te hebben gehad met de huisartspraktijk (75%) komt tevens goed overeen met het percentage dat is berekend op basis van de contactregistratie in de huisartspraktijk (77%). In het laatste percentage zijn ook de personen meegeteld die alleen telefonisch contact hadden met de huisartspraktijk, bijvoorbeeld in verband met een herhaalrecept. Uit meerjaren cijfers van het CBS (Statline 2003) en uit de NS1 blijkt dat het percentage van de bevolking dat jaarlijks de huisarts bezoekt al jaren rond de 75% ligt.

Ten aanzien van contact met fysiotherapeuten wordt een verschil gevonden van 4% tussen CBS en NS2. Dit heeft te maken met het feit dat het percentage van het CBS berekend is op personen van boven de 18 jaar, terwijl het percentage in de NS2 is gebaseerd op alle leeftijden. Wanneer in de NS2 de kinderen worden geëxcludeerd ligt het percentage zelfgerapporteerde fysiotherapiebehandeling ook rond de 16%. Meerjarencijfers geven aan dat het percentage personen dat contact had met de fysiotherapeut is toegenomen, in ieder geval sinds 1993. In 1993 had 14% van de bevolking contact met een fysiotherapeut en in 2002 gaf 17% van de bevolking aan dat zij het afgelopen jaar contact hadden met de fysiotherapeut. (Statline 2003)

Verder blijkt er uit Tabel 4.4.3 iets meer contact met medisch specialisten vergeleken met de NS1, maar de verschillen zijn klein. Cijfers van het CBS wijzen eerder op een trend van afgenomen specialistische zorg sinds 1993. (Statline 2003)

Vijf procent van de hele bevolking heeft in een jaar contact met de psychosociale hulpverlening. Vergeleken met 1987 hebben in 2001 meer mensen van 18 jaar en ouder contact met psychosociale hulpverlening: 4% versus 6%. Verhoudingsgewijs is de toename in GGZ-contacten sterker onder vrouwen, onder ouderen is het contact echter niet toegenomen. (Van Lindert 2004)

In vergelijking met 1987 zijn er minder ziekenhuisopnames door een toename van het aantal dagbehandelingen. Meerjarencijfers ondersteunen een dergelijke trend: het percentage van de bevolking dat in 1993 een ziekenhuisopname onderging (7,3%) is hoger dan het percentage in 2002 (5,9%). (Statline 2003)

Tenslotte, meerjarencijfers wijzen op een kleine toename in het percentage personen dat contact had met een alternatief genezer in het afgelopen jaar: van 5,7% in 1993 tot 6,6% in 2002. (Statline 2003) In dit rapport wordt deze toename niet geconstateerd, waarschijnlijk omdat manuele therapie in dit rapport niet valt onder de alternatieve zorg, terwijl dit wel het geval is in de meerjarencijfers van het CBS. Opvallend is dat de verschillen tussen lager en hoger opgeleiden ten aanzien van contacten met alternatieve behandelaars zijn toegenomen. (Van Lindert 2004)



Profielen van zorg bij specifieke klachten en ziekten

In dit hoofdstuk wordt inzicht gegeven in het zorgprofiel van vijf categorieën van klachten of aandoeningen, die zijn gebaseerd op basis van voorkomen in de huisartspraktijk, ziektelast en zorglast. Samen representeren zij een brede range van klachten of ziekten en zorggebruik. Per klacht of aandoening wordt de samenstelling van de patiëntengroep weergegeven, en informatie gegeven over het zorggebruik in relatie tot de huisartspraktijk. De indeling van §5.1 wijkt enigszins af van de indeling van de rest van het hoofdstuk, omdat de gegevens deels zijn gebaseerd op zelfgerapporteerd zorggebruik.

103

5.1 Ongezondheid naar de mening van de patiënt

Een beoordeling van de eigen gezondheid is een goede voorspeller voor morbiditeit en zorggebruik. In deze paragraaf wordt gepresenteerd welk deel van de ingeschreven patiënten in de huisartspraktijk zichzelf minder gezond voelt, welke diagnose(n) worden gesteld door de huisarts en wat het bijbehorende zorggebruik is. Ter vergelijking worden cijfers gepresenteerd over personen die zich wel gezond voelen.

Populatie

Ongeveer 18% van de ingeschreven patiënten in de huisartspraktijk beoordeelt de eigen gezondheid als minder goed, ruim 80% vindt de eigen gezondheid goed of heel goed. Meer vrouwen dan mannen schatten hun eigen gezondheid als minder goed in (19% van de vrouwen versus 16% van de mannen), en meer niet-westerlingen ervaren de eigen gezondheid als minder goed, vergeleken met westerlingen (25% versus 17%). Het percentage personen dat de eigen gezondheid als niet goed beoordeelt loopt op met leeftijd, van de 75-plussers schat bijvoorbeeld ruim de helft van de vrouwen de eigen gezondheid als matig of slecht in.

Percentage van de ingeschreven patiënten dat zich minder gezond voelt naar geslacht, leeftijd en etniciteit (N=48.344)

Totaal	17,7%	
man	15,9%	
vrouw	19,4%	
Leeftijd	Man	Vrouw
0-19	3,5%	4,0%
20-44	9,7%	12,9%
45-64	23,4%	24,9%
65-74	32,6%	36,0%
>74	45,2%	52,4%
Etniciteit		
westers	17,2%	
niet-westers	24,8%	

Bron: patiëntregistratie

Contacten met de huisartspraktijk

Het gemiddeld aantal ziekte-episoden waarvoor patiënten met een minder goede gezondheid in een jaar de huisarts bezoeken, is bijna negen. Deze ziekte-episoden bestaan in bijna driekwart van de gevallen uit één contact (Tabel 5.1.1). Ter vergelijking: het gemiddeld aantal ziekte-episoden van de hele populatie is 4,2 en personen die hun gezondheid als goed inschatten hebben gemiddeld jaarlijks 3,5 ziekte-episoden per patiënt.

Gemiddeld hebben patiënten die zich ongezond voelen jaarlijks 7,4 keer contact met de huisartspraktijk. Ter vergelijking: personen die zich gezond voelen hebben jaarlijks gemiddeld 3,9 contacten met de huisartspraktijk. De contacten van hen die zich ongezonder voelen betreffen vaker dan gemiddeld een visite (10,4%), en minder vaak dan gemiddeld een consult (52,1%). Bijna 42% van de contacten betreft een telefonisch of overig contact.

De duur van consulten met huisartsen van personen die de eigen gezondheid als slecht of matig inschatten, is gemiddeld 11 minuten (n=461 observaties). Dit is wat langer dan de gemiddelde consultduur van personen die de eigen gezondheid als goed inschatten: hun consulten duren gemiddeld 9,3 minuten (1077 observaties).

Tabel 5.1.1

Ziekte-episoden en deelcontacten in een jaar van patiënten die één of meerdere keren de huisartspraktijk bezochten, naar eigen oordeel gezondheid (n=1.138.958 episoden)

	Matig/slechte gezondheid	Goede gezondheid
Gemiddeld aantal episoden per patiënt per jaar	8,6	3,5
Aantal deelcontacten per episode		
1	77,0%	79,2%
2	8,2%	10,2%
3	4,2%	4,3%
4	3,3%	2,5%
5 en meer	7,3%	3,8%

Bron: contactregistratie/patiëntregistratie

105

De diagnoses die gesteld worden in de huisartsenpraktijk verschillen naar ingeschatte gezondheid (Tabel 5.1.2). Bij personen met een matig tot slechte gezondheid komen depressie en slapeloosheid vaker voor en in de Top5 van meest voorkomende diagnoses staat diabetes mellitus op de tweede plaats. Bij personen die zich ongezond voelen en die de huisartsenpraktijk bezochten werden gemiddeld 5,4 diagnoses per persoon in een jaar gesteld.

Tabel 5.1.2

Vijf meest voorkomende diagnoses bij patiënten die in een jaar één of meer keren de huisartspraktijk bezochten, naar eigen oordeel gezondheid (n=1.106.683 deelcontacten)

Matig/slechte gezondheid	Goede gezondheid
1. hypertensie	1. hypertensie
2. diabetes mellitus	2. hoesten
3. urineweginfectie	3. luchtweginfectie
4. depressie	4. dermatomycose
5. slapeloosheid	5. eczeem

Bron: ICPC-gecodeerde deelcontacten in contactregistratie/patiëntregistratie

Overig zorggebruik

Tweederde van de personen die hun gezondheid als matig of slecht beoordelen geeft aan in het afgelopen jaar contact met de specialist te hebben gehad. De meeste personen hadden contact met een internist of cardioloog (Tabel 5.1.4). Ter vergelijking: één derde van de personen die zich gezond voelen had contact met een specialist in het afgelopen jaar. Ook het type specialist dat wordt bezocht verschilt naar ervaren gezondheid.

Tabel 5.1.4

Zelfgerapporteerde contacten met de specialist in het afgelopen jaar naar eigen oordeel gezondheid (n=12.079)

Matig/slechte gezondheid		Goede gezondheid	
Geen contact:	33,1%	Geen contact:	67,5%
Wel contact, waaronder:	66,9%	Wel contact, waaronder:	32,5%
internist	13,1%	oogarts	11,9%
cardioloog	11,5%	gynaecoloog	9,5%
neuroloog	8,7%	chirurg	8,8%
orthopeed	8,2%	kno-arts	8,6%
longarts	7,3%	Orthopeed	7,9%

Bron: patiëntenquête

Bijna 40% van degenen die zich ongezond voelen had ooit contact met de psychosociale hulpverlening, vaak (11%) betrof dit contact met het Riagg (Tabel 5.1.5). Ter vergelijking: van degenen die de eigen gezondheid als goed beoordelen had 20% ooit contact met psychosociaal hulpverleners. Ook hier betrof het vaak een contact met het Riagg.

Tabel 5.1.5

Zelfgerapporteerde contacten met psychosociale hulpverlening, ooit, naar eigen oordeel gezondheid (n=12.078)

	Matig/slechte gezondheid	Goede gezondheid
Geen contact	60,8%	79,7%
Wel contact, waaronder:	39,2%	20,3%
Riagg	10,6%	5,5%
vrijgevestigd psycholoog	7,8%	4,6%
maatschappelijk werk	7,2%	4,4%

Bron: patiëntenquête

Ruim een derde van degenen die de eigen gezondheid als matig of slecht beoordeelt had het afgelopen jaar contact met paramedici (Tabel 5.1.6). In de meeste gevallen ging men naar een fysiotherapeut. Van de personen die de eigen gezondheid als goed beoordelen had 20% contact met een paramedicus, ook hier vonden de meeste contacten plaats met een fysiotherapeut.

Tabel 5.1.6

Zelfgerapporteerde contacten met paramedici in het afgelopen jaar, naar eigen oordeel gezondheid (n=12.079)

	Matig/slechte gezondheid	Goede gezondheid
Geen contact:	62,3%	80,3%
Wel contact ¹ :	37,7%	19,7%
fysiotherapeut	26,8%	10,6%
diëtist	4,2%	1,2%
oefentherapeut	3,1%	1,2%
podotherapeut	3,1%	1,6%
ergotherapeut	1,2%	0,3%
logopedist	0,9%	1,2%
orthoptist	0,5%	0,4%
anders	3,5%	1,9%

Bron: patiëntenquête

1 Meerdere antwoorden mogelijk

107

Voorschrijven van geneesmiddelen

Van de personen met een goede gezondheid kreeg 60% een recept gedurende het jaar van registratie tegenover 81% van de personen met een minder goede gezondheid. Gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht is de odds dat iemand met een slechte gezondheid een prescriptie krijgt 2,1 ten opzichte van iemand met goede gezondheid. Gemiddeld genomen krijgen mensen die hun eigen gezondheid als goed beoordelen ruim 3,5 recepten per jaar, tegenover 14 recepten voor mensen die hun eigen gezondheid als matig of slecht beoordelen. Wanneer gecorrigeerd wordt voor leeftijd zijn de verschillen kleiner, maar blijven duidelijk bestaan: respectievelijk 4,1 en 11,9 recepten. Mannen en vrouwen met een zelfgerapporteerde goede gezondheid krijgen, gecorrigeerd voor leeftijd, respectievelijk 3,1 en 5,1 recepten. Voor mannen met een zelfgerapporteerde matige of slechte gezondheid geldt dat zij gemiddeld 9,9 recepten per jaar voorgeschreven krijgen. Bij vrouwen met een zelfgerapporteerde matige of slechte gezondheid is dat 13,4 recepten.

Er is ook een verschil in het soort geneesmiddelen dat gebruikt wordt tussen mensen die hun gezondheid als goed beoordelen en mensen die dat niet doen. In de leeftijdsgroep tot 20 jaar met een goede gezondheid is de anticonceptiepil het meest voorgeschreven middel, gevolgd door penicillines. Bij jongeren die hun gezondheid als minder goed beoordelen zijn middelen voor de luchtwegen de meest voorgeschreven middelen. Ook in de leeftijdsgroep van 20 tot 65 jaar is bij mensen met een goede gezondheid de anticonceptiepil het meest voorgeschreven middel, terwijl dat bij de mensen met een matige of slechte gezondheid niet in de Top5 voorkomt; daar zijn de NSAIDs de meest voorgeschreven middelen. Dit kan veroorzaakt worden door het feit dat de mensen met een minder goede gezondheid gemiddeld genomen ouder zijn. Opvallend is dat bij de mensen met een matige of slechte gezondheid betablokkers niet tot de meest voorgeschreven middelen behoren, terwijl dat bij de mensen met een goede gezondheid wel zo is. Bij de 65-plussers lijkt de Top5 van meest voorgeschreven geneesmiddelen bij beide groepen het meest op elkaar: er komen dezelfde middelen in voor, alleen in een andere volgorde.

Tabel 5.1.3

Vijf meest voorgeschreven geneesmiddelen bij patiënten naar oordeel eigen gezondheid en leeftijd

Matig/slechte gezondheid			Goede gezondheid		
0-19 jaar	20-64 jaar	65+	0-19 jaar	20-64 jaar	65+
1. trach. sympathi-comimetica (Ro3A)	NSAIDs (Mo1A)	antistollingsmiddelen (Bo1A)	hormonale anti-conceptiva (Go3A)	hormonale anti-conceptiva (Go3A)	antistollingsmiddelen (Bo1A)
2. glucocorticoïden (Ro3B)	antidepressiva (No6A)	benzodiazepinen (No5C)	penicillines (Jo1C)	NSAIDs (Mo1A)	betablokkers (Co7A)
3. hormonale anti-conceptiva (Go3A)	benzodiazepinen (No5B)	benzodiazepinen (No5B)	antihistaminica syst. gebruik (Ro6A)	antidepressiva (No6A)	NSAIDs (Mo1A)
4. antihistaminica syst. gebruik (Ro6A)	maagzuurremmers (Ao2B)	betablokkers (Co7A)	decongestiva voor nasaal gebruik (Ro1A)	benzodiazepinen (No5B)	benzodiazepinen (No5C)
5. decongestiva voor nasaal gebruik (Ro1A)	benzodiazepinen (No5C)	NSAIDs (Mo1A)	trach. sympathicomimetica (Ro3A)	betablokkers (Co7A)	benzodiazepinen (No5B)
(n=8.542 recepten)	(n=254.295)	(n=269.220)	(n=74.636)	(n=403.968)	(n=206.281)

Bron: prescriptieregistratie/patiëntregistratie

5.2 Somatische klachten

5.2.1 Algemene klachten

Deze paragraaf gaat over personen die één of meerdere keren de huisartspraktijk bezochten in verband met algemene klachten. Algemene klachten zijn gedefinieerd als één of meer van de volgende klachten met somatische symptomen: pijn (ao1)¹, koude rillingen (ao2), koorts (ao3), moeheid/zwakte (ao4), algehele achteruitgang (ao5), flauwvallen (ao6), zwelling (ao8), transpiratieprobleem (ao9), en andere algemene symptomen of klachten (a29).

Populatie

De incidentie van algemene klachten in de huisartspraktijk is 33,5 nieuwe ziektegevallen per 1000 ingeschreven patiënten. De incidentie is hoger onder vrouwen dan onder mannen. Ruim 5% van de ingeschreven patiënten bezoekt de huisartspraktijk in verband met algemene klachten, waaronder 4% van de mannen en bijna 7% van de vrouwen. Algemene klachten komen vaker voor bij 75-plus-sers, met name onder vrouwen. Er is geen verschil naar etniciteit in het aantal personen dat met algemene klachten bij de huisarts komt.

1 Tussen haakjes is de bijbehorende ICPC diagnose-code weergegeven

Incidentie van algemene klachten in de huisartspraktijk en percentage ingeschreven patiënten met algemene klachten naar geslacht, leeftijd en etniciteit (n=20.194)

	Totaal	Man	Vrouw
Incidentie	33,5	25,5	41,3
Totaal	5,4%		
man	4,0%		
vrouw	6,8%		
Leeftijd	man	vrouw	
0-19	4,7%	6,6%	
20-44	3,0%	6,4%	
45-64	3,6%	5,6%	
65-74	4,8%	7,0%	
>74	8,9%	12,9%	
Etniciteit			
westers	5,3%		
niet-westers	5,6%		

Bron: contactregistratie/patiëntregistratie

109

Contacten met de huisartspraktijk

Gemiddeld heeft een patiënt één ziekte-episode met algemene klachten in een jaar (Tabel 5.2.1.1). In meer dan de helft van de gevallen heeft de ziekte-episode de diagnose ‘moeheid/zwakte’. In driekwart van de gevallen bestaat de ziekte-episode uit één contact met de huisartspraktijk.

Patiënten met algemene klachten hadden in een jaar gemiddeld ruim 11 keer contact met de huisartspraktijk, waarvan gemiddeld bijna twee keer in dat jaar in verband met een algemene klacht (Tabel 5.2.1.2). Contacten in verband met algemene klachten betreffen meestal consulten (65,2%), maar ook visites komen voor (10,3%), de rest van de contacten zijn telefonische of administratieve contacten. De gemiddelde duur van de consulten met de huisarts is 12 minuten (n=117 observaties), hetgeen langer is dan het algemeen gemiddelde van 9,7 minuten (zie Hoofdstuk 4).

Tabel 5.2.1.1

Ziekte-episoden en deelcontacten in een jaar van alle patiënten en van patiënten die één of meerdere keren de huisartspraktijk bezochten in verband met algemene klachten (n=22.968 episoden)

	Episoden van alle patiënten	Episoden algemene klachten
Gemiddeld aantal episoden per patiënt per jaar	4,2	1,1
Aantal deelcontacten per episode		
1	78,9%	75,8%
2	9,6%	14,2%
3	4,2%	4,5%
4	2,7%	2,0%
5 of meer	4,7%	3,4%

Bron: contactregistratie

Tabel 5.2.1.2

Gemiddeld aantal contacten van patiënten met algemene klachten die in een jaar één of meer keren de huisartspraktijk bezochten (n=20.194 personen)

	Contacten in verband met algemene klachten +overige diagnoses	Contacten in verband met algemene klachten
Gemiddeld aantal contacten per patiënt per jaar	11,3	1,7
standaardfout	0,08	0,01

Bron: contactregistratie

Gemiddeld hebben patiënten die met algemene klachten naar de huisarts komen 6 klachten per persoon in een jaar. Moeheid komt relatief vaak voor, maar ook andere diagnoses zoals hypertensie of psychische problemen kunnen samengaan met algemene klachten (Tabel 5.2.1.3).

Tabel 5.2.1.3

Tien meest voorkomende diagnoses bij patiënten met algemene klachten die in een jaar één of meer keren de huisartspraktijk bezochten (n=251.577 deelcontacten)

Diagnosen	Percentage
1. moeheid/zwakte (a04)	7,0%
2. hypertensie (k85, k86)	3,5%
3. nek- en rugklachten (l01, l02, l03, l83, l84, l86)	3,1%
4. depressie (p03, p76)	2,7%
5. slapeloosheid (p06)	2,6%
6. gegeneraliseerde pijn (a01)	2,2%
7. diabetes mellitus (t90)	2,1%
8. urineweginfectie (u70, u71, u72)	1,9%
9. koorts (a03)	1,6%
10. hoesten (r05)	1,5%

Bron: ICPC-gecodeerde deelcontacten in contactregistratie

In meer dan 90 van de 100 eerste contacten schrijft de huisarts aan patiënten met algemene klachten geen geneesmiddelen voor (Tabel 5.2.1.4). Als er al voorgeschreven wordt dan zijn dat met name pijnstillers en antibiotica. In volgende contacten schrijft de huisarts vaker voor, in 43,6% van de gevallen. Ook dan zijn pijnstillers de meest voorgeschreven geneesmiddelen, gevolgd door benzodiazepines en antidepressiva.

Tabel 5.2.1.4

Voorgeschreven geneesmiddelen bij patiënten die in verband met algemene klachten in een jaar één of meer keren de huisartspraktijk bezochten (n=31.612 deelcontacten)

	Eerste contacten (n=12.773)	Volgende contacten (n=18.839)	Totaal
Geen geneesmiddelen voorgeschreven	90,7%	56,4%	70,2%
Wel geneesmiddelen voorgeschreven:	9,3%	43,6%	29,8%
analgetica, met name paracetamol (No2)	1,7%	16,5%	10,5%
anti-inflammatoire + antireumatische middelen (Mo1)	0,8%	7,4%	4,8%
psycholeptica, met name benzodiazepines (No5)	0,6%	4,6%	3,0%
psychoanaleptica, met name antidepressiva (No6)	0,3%	3,1%	2,0%
antibiotica (Jo1)	1,4%	1,1%	1,2%
middelen bij anemie (Bo3)	0,4%	1,4%	1,0%
missende codering	0,8%	1,6%	1,3%

Bron: prescriptieregistratie

In ongeveer 4% van de contacten in verband met algemene klachten vindt verwijzing plaats (Tabel 5.2.1.5). Verwijzing vindt met name plaats in vervolcontacten (4,8%), waarbij het meest wordt verwezen naar de internist (1,7%).

Tabel 5.2.1.5

Verwijzing bij patiënten die in verband met algemene klachten in een jaar één of meer keren de huisartspraktijk bezochten (n=32.742 deelcontacten)

	Eerste contacten (n=13.273)	Volgende contacten (n=19.472)	Totaal
Geen verwijzing	98,2%	95,2%	96,4%
Wel verwijzing, waaronder:	1,8%	4,8%	3,6%
internist	0,4%	1,7%	1,2%
neuroloog	0,2%	0,5%	0,4%
cardioloog	0,2%	0,4%	0,3%

Bron: verwijsregistratie

112

5.2.2 Kinderziekten

Deze paragraaf gaat over 0-19-jarigen die één of meerdere keren de huisartspraktijk bezochten in verband met kinderziekte(n). In de cluster 'kinderziekten' zijn de volgende diagnoses gebundeld: mazelen (a71), waterpokken (a72), rode hond (a74), andere virusziekte met exantheem (a76), bof (d71), kinkhoest (r71), roodvonk (r72).

Populatie

De incidentie van kinderziekten in de huisartspraktijk is 22 nieuwe ziektegevallen per 1000 ingeschreven kinderen. Ongeveer 2,5% van de ingeschreven kinderen en jongeren tot 19 jaar bezoekt de huisartspraktijk in verband met een kinderziekte, waaronder een even groot percentage van de jongens als van de meisjes. In tegenstelling tot vele andere ziekten en klachten komen kinderziekten het meeste voor in de jongste leeftijdscategorie, boven de 10 jaar komen de genoemde kinderziekten nauwelijks meer voor.

Incidentie van kinderziekten in de huisartspraktijk en percentage 0-19-jarigen met een kinderziekte naar geslacht, leeftijd en etniciteit (n=2.095)

	Totaal	Jongen	Meisje
Incidentie	22,1	22,2	21,9
Totaal	2,5%		
jongen	2,5%		
meisje	2,5%		
Leeftijd	Jongen	Meisje	
0-1	13,4%	13,1%	
2-3	5,7%	6,0%	
4-5	4,8%	4,8%	
6-10	1,7%	1,6%	
11-14	0,2%	0,4%	
15-18	0,0%	0,0%	
Etniciteit			
westers		2,0%	
niet-westers		2,4%	

Bron: contactregistratie/patiëntregistratie

113

Contacten met de huisartspraktijk

Gemiddeld maken 0-19-jarigen met kinderziekten één ziekte-episode met een kinderziekte in een jaar door (Tabel 5.2.2.1). Vaker dan volwassenen hebben kinderen en jongeren met of zonder kinderziekten in een ziekte-episode slechts één contact met de huisartspraktijk: 78% versus 83%. In 30% van de episoden kinderziekten heeft de episode de diagnose 'waterpokken', en in nog eens 30% 'andere virusziekte met exantheem'. Iets meer dan een vijfde van de ziekte-episoden heeft de diagnose 'roodvonk' (22,1%), 15,4% heeft de diagnose 'kinkhoest'. Bof, rode hond en kinkhoest komen in minder dan 1% van de ziekte-episoden voor.

Tabel 5.2.2.1

Ziekte-episoden en deelcontacten in een jaar van alle 0-19-jarigen en van 0-19-jarigen die één of meer keren de huisartspraktijk bezochten in verband met kinderziekten

	Episoden van alle 0-19-jarigen in de huisartspraktijk (n=321.771)	Episoden kinderziekten (n=3.414)
Gemiddeld aantal episoden per patiënt per jaar	2,5	1,0
Aantal deelcontacten per episode		
1	83,7%	83,1%
2	10,4%	11,5%
3	3,3%	3,3%
4	1,3%	1,1%
5 of meer	1,3%	1,0%

Bron: contactregistratie

Kinderen en jongeren met een kinderziekte hebben in een jaar gemiddeld bijna 6 keer contact met de huisartspraktijk voor allerlei klachten, waarvan in verband met kinderziekte gemiddeld 1 keer (Tabel 5.2.2.2).

Tabel 5.2.2.2

Gemiddeld aantal contacten van 0-19-jarigen met een kinderziekte die in een jaar één of meer keren de huisartspraktijk bezochten (n=2.095 personen)

	Contacten in verband met kinderziekten + overige diagnoses	Contacten in verband met kinderziekten
Gemiddeld aantal contacten per patiënt per jaar	5,7	1,2
standaardfout	0,1	0,01

Bron: contactregistratie

In driekwart van de gevallen betreffen contacten met de huisartspraktijk in verband met een kinderziekte een consult, in ruim een vijfde van de contacten gaat het om een telefonisch of administratief contact, visites maken slechts 2% van de contacten uit.

Gemiddeld hebben de kinderen die contact hebben met de huisartspraktijk in verband met een kinderziekte 4 klachten per kind in een jaar. Naast de genoemde kinderziekten komen luchtweginfecties in verhouding vaak voor (Tabel 5.2.2.3). Ziekte-episoden met eczeem komen vaak voor bij kinderen tot 19 jaar (Van der Linden 2004). Eczeem wordt echter niet gevonden in de Topro van diagnoses van kinderen en jongeren die in verband met kinderziekten één of meerdere keren de huisartspraktijk bezochten.

Tabel 5.2.2.3

Tien meest voorkomende diagnoses bij 0-19-jarigen met een kinderziekte die in een jaar één of meer keren de huisartspraktijk bezochten (n=8.605 deelcontacten)

Diagnosen	Percentage
1. luchtweginfectie (a77, r72, r74, r75, r78, r80, r81)	11,4%
2. ander virusziekte met exantheem (a76)	9,3%
3. waterpokken (a72)	9,2%
4. hoesten (r05)	5,1%
5. kinkhoest (r71)	4,1%
6. otitis media acuta (h71)	4,0%
7. roodvonk (r72)	3,0%
8. gastrointestinale infectie (d11,d70,d73)	1,9%
9. astma (r96)	2,2%
10. koorts (a03)	2,1%

Bron: ICPC-gecodeerde deelcontacten in contactregistratie

Kinderen die voor het eerst met een bepaalde kinderziekte bij de huisarts komen krijgen in driekwart van de gevallen geen geneesmiddel voorgeschreven. In vervolcontacten wordt iets vaker voorgeschreven dan tijdens eerste contacten (Tabel 5.2.2.4). Wanneer de huisarts voorschrijft, dan is dit in de meeste gevallen een antibioticum. Het betreft dan vooral penicilline en macroliden.

Tabel 5.2.2.4

Voorgeschreven geneesmiddelen bij 0-19-jarigen die in verband met een kinderziekte één of meer keren de huisartspraktijk bezochten (n=2.251 deelcontacten)

	Eerste contacten (n=1.571)	Volgende contacten (n=680)	Totaal
Geen geneesmiddelen voorgeschreven	76,7%	67,5%	73,9%
Wel geneesmiddelen voorgeschreven:	24,3%	32,5%	26,1%
antibiotica: penicilline (J01C)	8,3%	9,0%	8,5%
antibiotica: macroliden e.d (J01F)	5,6%	9,7%	6,9%
dermatologica: zinkproducten en andere protectiva (Do2A)	3,4%	3,7%	3,5%
ademhalingsstelsel: antihistaminica (Ro6A)	1,5%	3,1%	2,0%
dermatologica: antihistaminica (Do6A)	1,8%	0,9%	1,5%

Bron: prescriptieregistratie

Huisartsen behandelen kinderziekten veelal zelf. Slechts in 0,8% van alle contacten wordt verwezen, o.a. naar de kinderarts (0,4%) of naar de dermatoloog (0,2%).

5.2.3 Luchtweginfecties bij volwassenen

Deze paragraaf gaat over volwassenen die één of meerdere keren de huisartspraktijk bezochten in verband met een luchtweginfectie. De cluster luchtweginfecties is een bundeling van de volgende klachten bij personen van 18 jaar en ouder: hoesten (ro5), niezen (ro7), andere symptomen neus (ro8), klachten sinussen (ro9), klachten van keel of stem (r21-r23), infectie bovenste luchtwegen (r74-r83) en infectie tonsillen (r90).

Populatie

Luchtweginfecties komen vaak voor. De incidentie van deze infecties in de huisartspraktijk is ruim 157 nieuwe ziektegevallen per 1000 ingeschreven volwassen patiënten. Ruim 17% van de ingeschreven patiënten bezoekt de huisartspraktijk in verband met een dergelijke infectie, waaronder ongeveer 14% van alle ingeschreven mannen en 20% van de vrouwen. Bij vrouwen is huisartsenbezoek in verband met een luchtweginfectie iets van alle leeftijden. Van de mannen bezoeken ouderen wat vaker dan jongeren de huisartspraktijk in verband met luchtweginfecties. Contacten met de huisartspraktijk in verband met luchtweginfecties komen vaker voor onder personen van niet-westerse origine.

Incidentie van luchtweginfecties bij volwassenen in de huisartspraktijk en percentage volwassenen met een luchtweginfectie naar geslacht, leeftijd en etniciteit (N=51.067)

	Totaal	Man	Vrouw
Incidentie	157,5	126,7	187,4
Totaal	17,3%		
man	14,2%		
vrouw	20,2%		
Leeftijd	Man	Vrouw	
18-44	12,4%	19,9%	
45-64	14,7%	20,4%	
65-74	19,3%	21,7%	
>74	20,8%	20,2%	
Etniciteit			
westers	17,8%		
niet-westers	21,9%		

Bron: contactregistratie/patiëntregistratie

Contacten met de huisartspraktijk

Gemiddeld maken volwassen patiënten met luchtweginfecties iets meer dan één ziekte-episode met een luchtweginfectie in een jaar door (Tabel 5.2.3.1).

In een kwart van de gevallen heeft deze ziekte-episode de diagnose 'acute infectie bovenste lucht-

wegen', in ruim een vijfde van de ziekte-episoden betreft het 'hoesten', in een achtste deel 'acute/chronische sinusitis', en ook bijna een vijfde deel 'acute bronchitis' (17,8). De andere diagnoses komen veel minder voor. In 76% van de gevallen hebben patiënten met luchtweginfecties in een periode van ziekte 1 keer contact met de huisartspraktijk.

Tabel 5.2.3.1

Ziekte-episoden en deelcontacten in een jaar van alle volwassen patiënten en van volwassen patiënten die één of meer keren de huisartspraktijk bezochten in verband met een luchtweginfectie (n=86.440 episoden)

	Episoden van alle personen >17 jr in de huisartsenpraktijk	Episoden luchtweginfectie
Gemiddeld aantal episoden per patiënt per jaar	4,3	1,2
Aantal deelcontacten per episode		
1	77,9%	75,8%
2	10,5%	14,8%
3	4,4%	4,8%
4	2,6%	2,1%
5 of meer	4,6%	2,5%

Bron: contactregistratie

Patiënten met luchtweginfecties hadden in een jaar gemiddeld 10 keer contact met de huisartspraktijk, waarvan gemiddeld twee keer in verband met klachten aan de ademhalingswegen (Tabel 5.2.3.2). In bijna driekwart van de gevallen gaat men naar het spreekuur van de arts in geval van klachten aan de ademhalingswegen, in bijna 8% betreft het een visite, en in ongeveer een vijfde van de gevallen betreft het een telefonisch of overig contact met de huisartspraktijk. De gemiddelde duur van de consulten met de huisarts is 9 minuten (n=188 observaties).

Tabel 5.2.3.2

Gemiddeld aantal contacten van volwassen patiënten met een luchtweginfectie die in een jaar één of meer keren de huisartspraktijk bezochten (n=51.067 personen)

	Contacten in verband met luchtweginfectie + overige diagnoses	Contacten in verband met luchtweginfectie
Gemiddeld aantal contacten per patiënt per jaar	9,9	1,9
standaardfout	0,04	0,0

Bron: contactregistratie

Gemiddeld hebben patiënten met luchtweginfecties 5,4 klachten per persoon waarvoor zij in een jaar de huisartspraktijk bezoeken. Naast klachten aan het ademhalingsapparaat bezoekt men de huisartspraktijk onder andere in verband met nek- en rugklachten, hypertensie of eczeem (Tabel 5.2.3.3).

Tabel 5.2.3.3

Tien meest voorkomende diagnoses bij volwassen patiënten met een luchtweginfectie die in een jaar één of meer keren de huisartspraktijk bezochten (n=283.341 deelcontacten)

Diagnosen	Percentage
1. acute infectie bovenste luchtwegen (r94)	6,2%
2. hoesten (r05)	5,3%
3. nek- en rugklachten (l01, l02, l03, l83, l84, l86)	4,1%
4. acute/chronische sinusitis (r75)	3,5%
5. acute bronchitis (r78)	2,9%
6. hypertensie (k85, k86)	2,1%
7. symptomen/klachten keel (r21)	1,8%
8. acute urineweginfectie (u70, u71, u72)	1,4%
9. contacteczeem (s88)	1,3%
10. dermatomycose (s74)	1,3%

Bron: ICPC-gecodeerde deelcontacten in contactregistratie

In bijna een derde van de contacten in verband met luchtweginfecties schrijft de huisarts geen geneesmiddelen voor (Tabel 5.2.3.4). In eerste contacten ligt dit percentage iets hoger, in volgende contacten lager. In 33% van de eerste contacten schrijven huisartsen antibiotica voor, in volgende contacten schrijven zij in 21% van de contacten voor. In volgende contacten schrijft de huisarts daarentegen vaker middelen voor astma/COPD, middelen voor nasaal gebruik en benzodiazepines voor. Het voorschrijven van hoest- en verkoudheidsmiddelen gebeurt in eerste en volgende contacten ongeveer even vaak.

Tabel 5.2.3.4

Voorgeschreven geneesmiddelen bij volwassen patiënten die in verband met een luchtweginfectie in een jaar één of meer keren de huisartspraktijk bezochten (n=94.041 deelcontacten)

	Eerste contacten (n=44.155)	Volgende contacten (n=49.886)	Totaal
Geen geneesmiddelen voorgeschreven	36,8%	25,9%	31,0%
Wel geneesmiddelen voorgeschreven:	63,2%	74,1%	69,0%
antibiotica (J01)	33,3%	21,0%	27,4%
hoest- en verkoudheidsmiddelen (R05)	15,2%	15,6%	15,4%
middelen bij astma/COPD (R03)	5,4%	12,8%	10,1%
middelen voor nasaal gebruik (R01)	8,4%	11,5%	9,9%
analgetica, met name paracetamol (N02)	3,6%	3,4%	3,5%
corticosteroïden voor systemisch gebruik (H02)	1,7%	2,7%	2,2%
anti-inflammatoire+antireumatische middelen (M01)	1,9%	2,3%	2,1%
psycholeptica, met name benzodiazepines (N05)	0,1%	2,6%	1,6%
missende codering	2,0%	1,9%	1,9%

Bron: prescriptieregistratie

In 2% van de contacten in verband met luchtweginfecties vindt verwijzing plaats (Tabel 5.2.3.5). In vervolcontacten vindt twee keer zo vaak verwijzing plaats als in eerste contacten. Verwijzingen betreffen in de meeste gevallen de KNO-arts.

Tabel 5.2.3.5

Verwijzing bij volwassen patiënten die in verband met een luchtweginfectie in een jaar één of meer keren de huisartspraktijk bezochten (n=95.717 deelcontacten)

	Eerste contacten (n=45.368)	Volgende contacten (n=50.349)	Totaal
Geen verwijzing	98,8%	97,2%	98,0%
Wel verwijzing, waaronder:	1,2%	2,8%	2,0%
keel neus oorarts	0,8%	1,9%	1,4%
longarts	0,1%	0,5%	0,3%

Bron: verwijsregistratie

5.2.4 Infecties aan het maagdarmkanaal bij volwassenen

Deze paragraaf gaat over volwassenen die één of meerdere keren de huisartspraktijk bezochten in verband met een infectie aan het maagdarmkanaal. De cluster infecties aan het maagdarmkanaal is een bundeling van de volgende klachten en diagnoses bij personen van 18 jaar en ouder: braken (d10), diarree (d11), wormen (d22), infectieuze diarree (d70), overige infectie maagdarmkanaal (d73) en appendicitis (d88).

Populatie

Infecties aan het maagdarmkanaal komen veel minder vaak voor in de huisartspraktijk dan infecties aan de ademhalingswegen, de incidentie is bijna 16 nieuwe ziektegevallen per 1000 ingeschreven patiënten. Ongeveer 2% van de ingeschreven patiënten bezoekt de huisartspraktijk in verband met deze klachten, waaronder meer vrouwen dan mannen. Het percentage patiënten dat de huisartspraktijk bezoekt in verband met een dergelijke infectie is hoger onder ouderen. Huisartsencontact in verband met infecties aan het maagdarmkanaal verschilt niet naar etniciteit.

Incidentie van maagdarminfecties bij volwassenen in de huisartspraktijk en percentage volwassenen met een maagdarminfectie naar geslacht, leeftijd en etniciteit (N=6.339)

	Totaal	Man	Vrouw
Incidentie	15,8	13,6	17,9
Totaal	2,1%		
man	1,8%		
vrouw	2,5%		
Leeftijd	Man	Vrouw	
18-44	1,7%	2,3%	
45-64	1,6%	1,9%	
65-74	2,1%	3,0%	
>74	3,3%	4,7%	
Etniciteit			
westers	2,2%		
niet-westers	2,5%		

Bron: contactregistratie/patiëntregistratie

Contacten met de huisartspraktijk

Gemiddeld maken patiënten met infecties aan het maagdarmkanaal één ziekte-episode met een dergelijke infectie in een jaar door, waarbij ongeveer 78% van de ziekte-episoden één contact met de huisartspraktijk beslaat (Tabel 5.2.4.1). In 41% van de gevallen heeft de ziekte-episode de diagnose 'veronderstelde gastro-intestinale infectie', in ongeveer 33% de diagnose 'diarree' en in bijna 12% de diagnose 'braken'. De andere drie diagnoses in deze cluster maken ieder minder dan 10% van de ziekte-episoden uit.

Patiënten met een infectie aan het maagdarmkanaal hebben gemiddeld ruim keer één contact met de huisartspraktijk in een jaar (Tabel 5.2.4.2). Wanneer ook de contacten worden meegeteld in verband met andere klachten is het gemiddeld aantal contacten met de praktijk veel hoger, ongeveer 13 in een jaar.

Tabel 5.2.4.1

Ziekte-episoden en deelcontacten in een jaar van alle volwassen patiënten en van volwassen patiënten die één of meerdere keren de huisartspraktijk bezochten in verband met een maagdarminfectie (n=7.876 episoden)

	Alle episoden van personen >17 jr. in de huisartsenpraktijk	Episoden maagdarminfectie
Gemiddeld aantal episoden per patiënt per jaar	4,3	1,1
Aantal deelcontacten per episode		
1	77,9%	77,8%
2	10,5%	12,5%
3	4,4%	4,8%
4	2,6%	2,2%
5 of meer	4,6%	2,7%

Bron: contactregistratie

Contacten met de huisartspraktijk in verband met infecties aan het maagdarmkanaal betreffen in ruim de helft van de gevallen een consult (54,3%), en in 14,5% van de gevallen bezoekt de huisarts de patiënt thuis. Ongeveer een derde van de contacten betreft telefonische of overige contacten. De gemiddelde duur van de consulten is 12 minuten (n=18 observaties, standaardfout=1,3).

Tabel 5.2.4.2

Gemiddeld aantal contacten van patiënten met een maagdarminfectie die in een jaar één of meer keren de huisartspraktijk bezochten (n=6.339 personen)

	Contacten in verband met maagdarminfectie + overige diagnoses	Contacten in verband met maagdarminfectie
Gemiddeld aantal contacten per patiënt per jaar	12,9	1,5
standaardfout	0,2	0,02

Bron: contactregistratie

Gemiddeld hebben patiënten met een infectie aan het maagdarmkanaal 6,5 klachten per persoon in een jaar. In de Top10 van diagnoses die worden gesteld bij patiënten met infecties aan het maagdarmkanaal staan o.a. nek- en rugklachten en hypertensie (Tabel 5.2.4.3).

Tabel 5.2.4.3

Tien meest voorkomende diagnoses bij patiënten met een maagdarminfectie die in een jaar één of meer keren de huisartspraktijk bezochten (n=42.346 deelcontacten)

Diagnosen	Percentage
1. diarree (d11)	6,6%
2. veronderstelde gastro-intestinale infectie (d73)	6,0%
3. nek- en rugklachten (l01, l02, l03, l83, l84, l86)	3,6%
4. infectie bovenste luchtwegen (a77, r72, r74, r75, r78, r80, r81)	2,9%
5. hypertensie (k85, k86)	1,9%
6. braken (d10)	1,8%
7. acute urineweginfectie (u70, u71, u72)	1,7%
8. hoesten (r05)	1,4%
9. dermatomycose (s74)	1,3%
10. andere gelokaliseerde buikpijn (do6)	1,2%

Bron: ICPC-gecodeerde deelcontacten in contactregistratie

Bij infecties aan het maagdarmkanaal schrijven huisartsen tijdens het eerste contact in ruim een kwart van de gevallen geneesmiddelen voor (Tabel 5.2.4.4). Tijdens vervolcontacten wordt vaker voorgeschreven, namelijk in 47% van de gevallen. Gezien de verdeling van de diagnoses (Tabel 5.2.4.3) binnen de groep maagdarminfecties is het logisch dat de meest voorgeschreven geneesmiddelen middelen tegen diarree zijn. Zij worden gevolgd door middelen voor functionele maagdarmstoornissen. Andere middelen zoals maagzuurremmers, antiwormmiddelen en laxeremiddelen worden minder frequent voorgeschreven.

Tabel 5.2.4.4

Voorgeschreven geneesmiddelen bij patiënten die in verband met een maagdarminfectie in een jaar één of meer keren de huisartspraktijk bezochten (n=9.110 deelcontacten)

	Eerste contacten (n=4.426)	Volgende contacten (n=4.684)	Totaal
Geen geneesmiddelen voorgeschreven	71,7%	46,6%	58,8%
Wel geneesmiddelen voorgeschreven:	28,3%	53,4%	42,2%
middelen tegen diarree (A07)	10,8%	20,6%	15,8%
middelen bij functionele maagdarmstoornissen (A03)	9,6%	10,4%	10,0%
middelen bij zuurgerelateerde klachten (A02)	1,6%	3,7%	2,7%
antiwormmiddelen (P02)	2,7%	2,2%	2,4%
antibiotica (J01)	1,5%	2,9%	2,2%
laxeremiddelen (A06)	0,7%	2,8%	1,8%
antiprotozoica (P01)	0,9%	1,9%	1,4%

Bron: prescriptieregistratie

In ruim 3% van de contacten vindt verwijzing plaats. Als er wordt verwezen, dan is dit meestal naar de internist. In eerste contacten echter wordt vaker naar de chirurg verwezen (Tabel 5.2.4.5).

Tabel 5.2.4.5

Verwijzing bij patiënten die in verband met een maagdarminfectie in een jaar één of meer keren de huisartspraktijk bezochten (n=9.354 deelcontacten)

	Eerste contacten (n=4.594)	Volgende contacten (n=4.760)	Totaal
Geen verwijzing	98,4%	95,1%	96,7%
Wel verwijzing, waaronder:	1,6%	4,9%	3,3%
chirurg	0,9%	0,7%	0,8%
internist	0,3%	3,0%	1,7%
gastro-enteroloog	0,1%	0,5%	0,3%
diëtist	0,0%	0,1%	0,1%

Bron: verwijsregistratie

123

5.3 Psychische klachten

5.3.1 Depressie

Deze paragraaf gaat over personen die één of meerdere keren de huisartspraktijk bezochten in verband met een depressie. In de cluster depressie zijn de klacht 'down/depressief gevoel' (p03) en de diagnose 'depressie' (p76) gebundeld.

Populatie

De éénjaars prevalentie in de huisartspraktijk van depressie is ruim 26 patiënten per 1000 ingeschreven patiënten. Het aantal nieuwe ziektegevallen per jaar is bijna 11 per 1000 ingeschreven patiënten. Bijna 3% van de patiënten in de huisartspraktijk komt met depressieve klachten bij de huisarts. Van de vrouwen komt bijna 4% in de huisartspraktijk met depressieve klachten, van de mannen bijna 2%. Voor beide seksen geldt dat depressie vaker voorkomt onder 75-plussers.

Incidentie en éénjaars prevalentie van depressie in de huisartspraktijk en percentage ingeschreven patiënten met een depressie naar geslacht, leeftijd en etniciteit (N=10.448)

	Totaal	Man	Vrouw
Incidentie	10,5	7,1	13,4
Eénjaars prevalentie	26,5	16,9	36,1
Totaal	2,8%		
man	1,8%		
vrouw	3,8%		
leeftijd	Man	Vrouw	
1-19	0,2%	0,5%	
20-44	1,8%	4,2%	
45-64	2,9%	5,1%	
65-74	2,2%	5,0%	
>74	3,0%	6,2%	
Etniciteit			
westers	2,8%		
niet-westers	2,4%		

Bron: contactregistratie/patiëntregistratie

Contacten met de huisartsenpraktijk

Gemiddeld maakt een patiënt met depressie in een jaar één ziekte-episode door met de diagnose depressie (Tabel 5.3.1.1). In bijna een kwart van de gevallen heeft de ziekte-episode de diagnose 'depressieve gevoelens', en in 79% de diagnose 'depressie'. In tweederde van de gevallen bevat een ziekte-episode in verband met depressie meer dan één contact met de huisartspraktijk in een jaar.

Tabel 5.3.1.1
Ziekte-episoden en deelcontacten in een jaar van alle patiënten en van patiënten die één of meerdere keren de huisartspraktijk bezochten in verband met depressie (n=14.061 episoden)

	Episoden van alle patiënten	Episoden depressie
Gemiddeld aantal episoden per patiënt per jaar	4,2	1,1
Aantal deelcontacten per episode		
1	78,9%	34,6%
2	9,6%	16,4%
3	4,2%	10,8%
4	2,7%	8,6%
5 of meer	4,7%	29,6%

Bron: contactregistratie

Patiënten met een depressie bezoeken in een jaar gemiddeld ruim vier keer de huisartspraktijk per patiënt in verband met de depressie (Tabel 5.3.1.2). Wanneer ook de contacten in verband met andere klachten worden meegeteld is het gemiddeld aantal contacten in een jaar 14 per patiënt.

De contacten in verband met de diagnose depressie of depressieve klachten betreffen vnl. consulten (66,4%), 4,4% van de contacten zijn visites en 29% van de contacten betreffen telefonische en administratieve handelingen. De gemiddelde duur van de consulten van patiënten met een depressie is langer dan de gemiddelde consultduur van 9,7 minuten, namelijk 14,6 minuten (n=24 observaties, standaardfout=1,2).

Tabel 5.3.1.2

Gemiddeld aantal contacten van patiënten met depressie die in een jaar één of meer keren de huisartspraktijk bezochten (n=10.448 personen)

	Contacten in verband met depressie + overige diagnoses	Contacten in verband met depressie
Gemiddeld aantal contacten per patiënt per jaar	14,3	4,3
standaardfout	0,1	0,04

Bron: contactregistratie

Gemiddeld hebben patiënten met depressie in een jaar 6,5 klachten per persoon. Vaak gaat depressie samen met andere psychische klachten zoals slaap- of angststoornissen, maar ook andere diagnoses zoals hypertensie of diabetes mellitus kunnen samengaan met een depressie (Tabel 5.3.1.3).

Tabel 5.3.1.3

Tien meest voorkomende diagnoses bij patiënten met depressie die in een jaar één of meer keren de huisartspraktijk bezochten (n=177.757 deelcontacten)

Diagnosen	Percentage
1. depressie (p76)	21,4%
2. depressief gevoel (p03)	4,5%
3. slaapstoornis (p06)	3,8%
4. angststoornis (p01, p074)	3,6%
5. hypertensie (k85, k86)	3,4%
6. nek- en rugklachten (l01, l02, l03, l83, l84, l86)	3,1%
7. diabetes mellitus (t90)	1,7%
8. luchtweginfectie (a77, r72, r74, r75, r78, r80, r81)	1,5%
9. urineweg infectie (u70, u71, u72)	1,3%
10. obstipatie (d12)	1,1%

Bron: ICPC-gecodeerde deelcontacten in contactregistratie

Bij eerste contacten krijgt iets meer dan de helft van de patiënten een geneesmiddel voorgeschreven (Tabel 5.3.1.4). In 80% van de vervolcontacten schrijven huisartsen een geneesmiddel voor. Dit zijn vrijwel altijd antidepressiva of benzodiazepines. Binnen de groep antidepressiva schrijven huisartsen in de meerderheid van de gevallen een specifieke serotonine heropnameremmer (SSRI) voor. Tricyclische antidepressiva en overige antidepressiva worden ongeveer even vaak voorgeschreven. In eerste contacten schrijven huisartsen vaker overige antidepressiva voor.

Tabel 5.3.1.4

Voorgeschreven geneesmiddelen bij patiënten die in verband met depressie in een jaar één of meer keren de huisartspraktijk bezochten (n=43.625 deelcontacten)

	Eerste contacten (n=3.491)	Volgende contacten (n=40.134)	Totaal
Geen geneesmiddelen voorgeschreven	48,9%	19,2%	21,6%
Wel geneesmiddelen voorgeschreven:	51,1%	80,8%	78,4%
specifieke serotonine heropnameremmers (No6AB)	34,9%	47,6%	46,6%
tricyclische antidepressiva (No6AA)	4,1%	10,8%	10,3%
overige antidepressiva (No6AX)	6,1%	10,2%	9,9%
benzodiazepines, anxiolytica (No5BA)	5,2%	9,9%	9,5%
benzodiazepines, sedativa (No5CD)	3,1%	3,7%	3,7%

Bron: prescriptieregistratie

In 6% van de eerste contacten vindt verwijzing plaats. In volgende contacten wordt nog maar 2% van de patiënten met depressie doorverwezen (Tabel 5.3.1.5). Verwijzing in eerste contacten betreft relatief vaak een verwijzing naar een vrijgevestigd psycholoog, Riagg of psychiater. In vervolcontacten gaat het vaak om verwijzing naar de psychiater.

Tabel 5.3.1.5

Verwijzing bij patiënten die in verband met depressie in een jaar één of meer keren de huisartspraktijk bezochten (n=43.454 deelcontacten)

	Eerste contacten (n=3.550)	Volgende contacten (n=39.904)	Totaal
Geen verwijzing	94,2%	98,1%	97,8%
Wel verwijzing, waaronder:	5,8%	1,9%	2,2%
Riagg	1,7%	0,4%	0,5%
psychiatrie	1,5%	0,7%	0,8%
psycholoog 1e lijn	1,0%	0,2%	0,3%
psycholoog 2e lijn	0,7%	0,2%	0,2%
maatschappelijk werk	0,3%	0,1%	0,1%
fysiotherapie	0,1%	0,1%	0,1%

Bron: verwijsregistratie

5.3.2 Angststoornis

Deze paragraaf gaat over personen die één of meerdere keren de huisartspraktijk bezochten in verband met een angststoornis. In de cluster angststoornis zijn de klacht ‘angstig/nerveus/gespannen gevoel (p01) en ‘angststoornis / angsttoestand’ (p74) gebundeld.

Populatie

Bijna 24 van de 1000 ingeschreven patiënten in de huisartspraktijk hebben een angststoornis. Per jaar komen er gemiddeld 10 nieuwe ziektegevallen per 1000 ingeschreven patiënten met de diagnose angststoornis bij. De incidentie is hoger onder vrouwen. Bijna 3% van de patiënten bezoekt de huisartspraktijk in verband met angststoornissen. Vrouwen bezoeken twee keer zo vaak de huisarts in verband met angststoornissen. Op hogere leeftijd komen angststoornissen vaker voor. Contact met de huisartspraktijk in verband met angststoornissen komt wat vaker voor bij personen van westerse origine.

127

Incidentie en éénjaars prevalentie van angststoornissen in de huisartspraktijk en percentage ingeschreven patiënten met een angststoornis naar geslacht, leeftijd en etniciteit (N=9.903)

	Totaal	Man	Vrouw
Incidentie	9,8	6,7	12,8
Eénjaars prevalentie	23,5	15	31,9
Totaal	2,6%		
Man	1,6%		
Vrouw	3,5%		
leeftijd	Man	Vrouw	
1-19	0,4%	0,7%	
20-44	1,7%	3,5%	
45-64	2,4%	4,8%	
65-74	2,5%	6,2%	
>74	2,9%	6,4%	
Etniciteit			
Westers	2,7%		
Niet-westers	2,1%		

Bron: contactregistratie/patiëntregistratie

Contacten met de huisartsenpraktijk

Gemiddeld maakt een patiënt met een angststoornis één ziekte-episode met de diagnose angststoornis door (Tabel 5.3.2.1).

Tabel 5.3.2.1

Ziekte-episoden en deelcontacten in een jaar van alle patiënten en van patiënten die één of meerdere keren de huisartspraktijk bezochten in verband met angststoornissen (n=14.930 episoden)

	Episoden van alle patiënten	Episoden angststoornis
Gemiddeld aantal episoden per patiënt per jaar	4,2	1,1
Aantal deelcontacten per episode		
1	78,9%	57,1%
2	9,6%	15,0%
3	4,2%	7,0%
4	2,7%	4,4%
5 of meer	4,7%	16,6%

Bron: contactregistratie

In tegenstelling tot de cluster depressie heeft de ziekte-episode in geval van angststoornissen vaker een klachtcode dan een diagnosecode. In 70% van de gevallen heeft de episode de klachtcode 'angstig/nerveus/gespannen gevoel', en in 30% de diagnosecode 'angststoornis/angsttoestand'. Ziekte-episoden bestaan vaker dan gemiddeld uit meer dan één deelcontact hetgeen betekent dat de patiënt vaker komt en/of meerdere klachten per keer rapporteert.

Het aantal contacten met de huisartsenpraktijk in verband met angststoornissen is bijna vier per patiënt per jaar. (Tabel 5.3.2.2) Wanneer ook alle andere contacten van een patiënt met een angststoornis in verband met andere klachten worden meegeteld zijn er bijna 14 contacten per jaar met de huisartspraktijk. De contacten met de huisartsenpraktijk in verband met angststoornissen zijn in 58,3% van de gevallen consulten, in 3,5% van de gevallen visites en in ruim een derde van de gevallen betreft het een telefonisch of overig contact met de huisartspraktijk. De gemiddelde duur van de consulten met huisartsen is 13,6 minuten (n=18 observaties, standaardfout=1,4).

Tabel 5.3.2.2

Gemiddeld aantal contacten van patiënten met angststoornissen die in een jaar één of meer keren de huisartspraktijk bezochten (n=9.903 personen)

	Contacten in verband met angststoornis + overige diagnoses	Contacten in verband met angststoornis
Gemiddeld aantal contacten per patiënt per jaar	13,9	3,6
standaardfout	0,1	0,04

Bron: contactregistratie

Gemiddeld hebben patiënten met een angststoornis 6,6 klachten per persoon in een jaar. Angststoornissen kunnen voorkomen in combinatie met andere psychische problemen, zoals depressie, maar ook diagnoses zoals nek- en rugklachten, hypertensie, eczeem en moeheid komen voor in combinatie met angststoornissen (Tabel 5.3.2.3).

Tabel 5.3.2.3

Tien meest voorkomende diagnoses bij patiënten met angststoornissen die in een jaar één of meer keren de huisartspraktijk bezochten (n=67.265 deelcontacten)

Diagnosen	Percentage
1. angstig gevoel (p01)	11,3%
2. angststoornis (p74)	4,5%
3. nek- en rugklachten (l01, l02, l03, l83, l84, l86)	3,7%
4. luchtweginfectie (a77, r72, r74, r75, r78, r80, r81)	2,6%
5. depressie (p03, p76)	2,5%
6. hypertensie (k85, k86)	2,5%
7. slaapstoornis (p06)	1,9%
8. urineweginfectie (u70, u71, u72)	1,4%
9. eczeem (s88)	1,1%
10. moeheid (a04)	1,1%

Bron: ICPC-gecodeerde deelcontacten in contactregistratie

Huisartsen schrijven in meer dan 80% van de contacten van patiënten met een angststoornis een geneesmiddel voor (Tabel 5.3.2.4). In vervolcontacten wordt vaker dan in eerste contacten een geneesmiddel voorgeschreven. Dit beeld komt overeen met dat van depressie, waar huisartsen ook minder voorschrijven in eerste contacten. Patiënten die voor het eerst met een angststoornis bij de huisarts komen, krijgen in de helft van de gevallen een geneesmiddel voorgeschreven. De geneesmiddelen die huisartsen het vaakst voorschrijven bij angststoornissen zijn anxiolytica (benzodiazepines), gevolgd door de SSRI's (antidepressiva). Dit geldt zowel voor eerste als vervolcontacten. Opvallend is dat huisartsen in eerste contacten vaker dan in vervolcontacten bètablokkers voorschrijven aan patiënten met een angststoornis. Dit is echter goed verklaarbaar: bètablokkers worden vaker voorgeschreven bij specifieke klachten of fobieën zoals 'podiumvrees'.

Tabel 5.3.2.4

Voorgeschreven geneesmiddelen bij patiënten die in verband met angststoornissen in een jaar één of meer keren de huisartspraktijk bezochten (n=34.425 deelcontacten)

	Eerste contacten (n=3.455)	Volgende contacten (n=30.970)	Totaal
Geen geneesmiddelen voorgeschreven	50,0%	14,8%	18,3%
Wel geneesmiddelen voorgeschreven:	50,0%	85,2%	81,7%
benzodiazepines, anxiolytica (No5BA)	28,9%	53,9%	51,4%
specifieke serotonine heropnameremmers (No6AB)	8,2%	16,0%	15,1%
benzodiazepines, sedativa (No5CD)	3,1%	5,8%	5,6%
tricyclische antidepressiva (No6AA)	3,0%	4,6%	4,5%
overige antidepressiva (No6AX)	1,6%	2,9%	2,7%
niet selectieve betablokkers (Co7AA)	4,1%	1,5%	1,8%
missende codering	1,6%	1,5%	1,5%

Bron: prescriptieregistratie

In ruim 4% van de eerste contacten vindt verwijzing plaats. In volgende contacten wordt nog geen 2% van de patiënten met angststoornissen doorverwezen (Tabel 5.3.2.5). Opvallend is dat verwijzing naar fysiotherapie in eerste contacten vaker voorkomt dan verwijzing naar de GGZ of maatschappelijk werk.

Tabel 5.3.2.5

Verwijzing bij patiënten die in verband met angststoornissen in een jaar één of meer keren de huisartspraktijk bezochten (n=33.559 deelcontacten)

	Eerste contacten (n=3.531)	Volgende contacten (n=30.028)	Totaal
Geen verwijzing	96,0%	98,4%	98,1%
Wel verwijzing, waaronder:	4,0%	1,6%	1,9%
fysiotherapeut	1,0%	0,3%	0,3%
psycholoog 1e lijn	0,8%	0,3%	0,3%
psychiater	0,7%	0,3%	0,4%
Riagg	0,6%	0,3%	0,4%
psycholoog 2e lijn	0,5%	0,1%	0,2%
maatschappelijk werk	0,2%	0,0%	0,1%

Bron: verwijsregistratie

5.3.3 Slaapstoornis

Deze paragraaf gaat over personen die één of meerdere keren de huisartspraktijk bezochten in verband met een slaapstoornis. De cluster slaapstoornis bestaat uit één enkele klachtcode: 'slapeloosheid/andere slaapstoornis' (po6).

Populatie

De éénjaars prevalentie van slaapstoornissen is 24 per 1000 ingeschreven patiënten. Per jaar komen er gemiddeld bijna 8 nieuwe ziektegevallen per 1000 patiënten bij. Zowel de incidentie als de prevalentie van slaapstoornissen is hoger onder vrouwen. Huisartsenbezoek in verband met slaapstoornissen komt twee keer zo vaak voor onder vrouwen. Gemiddeld consulteert bijna 3% van de ingeschreven patiënten de huisarts in verband met slaapstoornissen. Het percentage vrouwen en mannen dat de huisarts bezoekt in verband met slaapstoornis stijgt sterk met leeftijd. Huisartsenbezoek in verband met slaapstoornissen komt vaker voor bij patiënten met een westers culturele achtergrond.

131

Incidentie en éénjaars prevalentie van slaapstoornissen in de huisartspraktijk en percentage ingeschreven patiënten met een slaapstoornis naar geslacht, leeftijd en etniciteit (N=9.943)

	Totaal	Man	Vrouw
Incidentie	7,6	6,0	9,2
Eénjaars prevalentie	24,0	15,6	32,2
Totaal	2,7%		
man	1,7%		
vrouw	3,6%		
Leeftijd	Man	Vrouw	
1-19	0,4%	0,4%	
20-44	1,1%	2,0%	
45-64	2,4%	4,8%	
65-7	4,0%	8,3%	
>74	7,2%	12,4%	
Etniciteit			
westers	2,8%		
niet-westers	1,8%		

Bron: contactregistratie/patiëntregistratie

Contacten met de huisartsenpraktijk

Gemiddeld maakt een patiënt met een slaapstoornis één ziekte-episode met slaapstoornissen door in een jaar (Tabel 5.3.3.1). In bijna 60% van de gevallen bestaat de ziekte-episode uit meer dan 1 contact met de huisartspraktijk in een jaar, waarvan bijna 30% van de episoden uit 5 of meer deelcontacten.

Tabel 5.3.3.1

Ziekte-episoden en deelcontacten in een jaar van alle patiënten en van patiënten die één of meerdere keren de huisartspraktijk bezochten in verband met slaapstoornissen (N= 9.644 episoden)

	Episoden van alle patiënten	Episoden slaapstoornis
Gemiddeld aantal episoden per patiënt per jaar	4,2	1,1
Aantal deelcontacten per episode		
1	78,9%	42,9%
2	9,6%	14,2%
3	4,2%	8,8%
4	2,7%	6,8%
5 of meer	4,7%	27,4%

Bron: contactregistratie

Gemiddeld heeft een patiënt met slaapstoornissen bijna 16 contacten met de huisartsenpraktijk per jaar, waarvan 4 in verband met de slaapstoornis (Tabel 5.3.3.2). Contacten in verband met slaapstoornissen zijn vaker telefonische of overige contacten (53%) dan consulten (43%), in 4,3% van de gevallen betreft het contact een visite. De gemiddelde duur van consulten met de huisarts is 13 minuten (n=31 observaties, standaardfout=1,0).

Tabel 5.3.3.2

Gemiddeld aantal contacten van patiënten met slaapstoornissen die in een jaar één of meer keren de huisartspraktijk bezochten (n=9.943 personen)

	Contacten in verband met slaapstoornis + overige diagnoses	Contacten in verband met slaapstoornis
Gemiddeld aantal contacten per patiënt per jaar	15,8	3,9
standaardfout	0,1	0,04

Bron: contactregistratie

Gemiddeld hebben patiënten met een slaapstoornis 7,2 klachten in een jaar per persoon. Slaapstoornissen kunnen voorkomen in combinatie met klachten van het bewegingsapparaat, met psychische klachten of met algemene somatische klachten zoals een luchtweginfectie (Tabel 5.3.3.3).

Tabel 5.3.3.3

Tien meest voorkomende diagnoses bij patiënten met slaapstoornissen die in een jaar één of meer keren de huisartspraktijk bezochten (n=73.048 deelcontacten)

Diagnosen	Percentage
1. slapeloosheid/slaapstoornis (p06)	13,8%
2. nek- en rugklachten (l01, l02, l03, l83, l84, l86)	3,9%
3. hypertensie (k85, k86)	2,8%
4. luchtweginfectie (a77, r72, r74, r75, r78, r80, r81)	2,3%
5. depressie (p03, p76)	2,2%
6. angststoornis (p01, p74)	1,8%
7. hoesten (r05)	1,5%
8. urineweginfectie (u70, u71, u72)	1,5%
9. obstipatie (d12)	1,3%
10. moeheid/zwakte	1,1%

Bron: ICPC-gecodeerde deelcontacten in contactregistratie

133

Tabel 5.3.3.4

Voorgeschreven geneesmiddelen bij patiënten die in verband met slaapstoornissen in een jaar één of meer keren de huisartspraktijk bezochten (n=37.963 deelcontacten)

	Eerste contacten (n=2.841)	Volgende contacten (n=35.122)	Totaal
Geen geneesmiddelen voorgeschreven	26,4%	4,0%	5,7%
Wel geneesmiddelen voorgeschreven:	73,6%	96,0%	94,3%
hypnotica, sedativa: benzodiazepines (N05CD)	50,6%	67,2%	66,0%
anxiolytica: benzodiazepines (N05BA)	7,8%	13,1%	12,7%
hypnotica, sedativa: benzo. gerelateerde middelen (N05CF)	10,1%	10,5%	10,5%
antidepressiva: TCA, SSRI (N06AA, N06AB)	1,8%	2,2%	2,2%
antihistaminica voor systemisch gebruik (R06AD)	1,5%	1,3%	1,3%
missende codering geneesmiddel	1,6%	1,2%	1,2%

Bron: prescriptieregistratie

Huisartsen schrijven bij slaapstoornissen vaak geneesmiddelen voor (Tabel 5.3.3.4). Slechts in 5,7% van alle contacten wordt niet voorgeschreven. Er is wel een verschil tussen eerste en volgende contacten. Driekwart van de patiënten die voor het eerst met een slaapstoornis bij de huisarts komen, krijgt een prescriptie, in vervolcontacten krijgt bijna iedere patiënt een prescriptie (96%). Benzodiazepines worden veruit het meest voorgeschreven, met name de benzodiazepines die tot de hypnotica en sedativa behoren. In twee derde van de contacten krijgt de patiënt een dergelijke benzodiazepine voorgeschreven. Hiervan is oxazepam het meest voorgeschreven geneesmiddel. Oxazepam is overigens tevens het geneesmiddel dat van alle geneesmiddelen in Nederland het meest frequent wordt afgeleverd (Van Dijk 2003). Benzodiazepinegerelateerde hypnotica en seda-

tiva worden in eerste contacten relatief vaker voorgeschreven dan in vervolcontacten. In een enkel geval krijgt een patiënt met slaapstoornissen antidepressiva of antihistaminica voorgeschreven.

Verwijzingen vinden nauwelijks plaats in verband met slaapstoornissen, slechts in 0,3% van alle contacten wordt er verwezen, waarvan relatief het meest frequent in eerste contacten (1,1% van alle eerste contacten, waarvan 0,2% naar de neuroloog en 0,2% naar de KNO arts).

5.4 Chronische aandoeningen

5.4.1 Diabetes mellitus

Deze paragraaf gaat over personen die één of meerdere keren de huisartspraktijk bezochten in verband met diabetes mellitus. De cluster diabetes mellitus is een bundeling van de diagnoses hypoglykemie (t87), renale glucosurie (t88), en diabetes mellitus (t90).

Populatie

De éénjaars prevalentie in de huisartsenpraktijk van diabetes mellitus is bijna 27 per 1000 ingeschreven patiënten. Per jaar komen er gemiddeld 3 nieuwe ziektegevallen per 1000 ingeschreven patiënten met de diagnose diabetes mellitus bij. Bijna 3% van de patiënten in de huisartsenpraktijk heeft de diagnose diabetes mellitus. Huisartsenbezoek in verband met de diagnose diabetes mellitus komt vaker voor op hogere leeftijd.

Incidentie en éénjaars prevalentie van diabetes mellitus in de huisartspraktijk en percentage ingeschreven patiënten met diabetes mellitus naar geslacht, leeftijd en etniciteit (N=10.015)

	Totaal	Man	Vrouw
Incidentie	3,3	3,2	3,4
Eénjaars prevalentie	26,7	24,9	28,5
Totaal	2,7%		
man	2,5%		
vrouw	2,9%		
Leeftijd	Man	Vrouw	
1-19	0,1%	0,1%	
20-44	0,6%	0,6%	
45-64	4,4%	3,8%	
65-74	9,5%	10,3%	
>74	10,6%	12,4%	
Etniciteit			
westers	2,9%		
niet-westers	3,2%		

Bron: contactregistratie/patiëntregistratie

Contacten met de huisartspraktijk

Diabetes mellitus is een chronische aandoening, een patiënt kan dus jaarlijks maximaal één ziekte-episode diabetes doormaken. In ruim tweederde van de gevallen bestaat de ziekte-episode uit meer dan één contact met de huisartspraktijk in dat jaar (Tabel 5.4.1.1).

Tabel 5.4.1.1

Ziekte-episoden en deelcontacten in een jaar van alle patiënten en van patiënten die één of meerdere keren de huisartspraktijk bezochten in verband met diabetes mellitus (n=13.917 episoden)

	Episoden van alle patiënten	Episoden diabetes mellitus
Gemiddeld aantal episoden per patiënt per jaar	4,2	1,0
Aantal deelcontacten per episode		
1	78,9%	28,7%
2	9,6%	14,4%
3	4,2%	10,0%
4	2,7%	9,7%
5 of meer	4,7%	37,2%

Bron: contactregistratie

Gemiddeld hebben patiënten met diabetes ruim vijf contacten met de huisartspraktijk in verband met hun ziekte in een jaar. Wanneer ook contacten in verband met andere klachten en ziekten worden meegeteld zijn er ruim 16 contacten per patiënt in een jaar (Tabel 5.4.1.2). Van de contacten met de huisartspraktijk betreft 61,4% een consult en 5,5% een visite. Ongeveer een derde van de contacten betreft een telefonisch of overig contact. De gemiddelde duur van de consulten met de huisarts is 11,5 minuten (n=20 observaties, standaardfout=1,0).

Tabel 5.4.1.2

Gemiddeld aantal contacten van patiënten met diabetes mellitus die in een jaar één of meer keren de huisartspraktijk bezochten (n=10.015 personen)

	Contacten in verband met diabetes mellitus + overige diagnoses	Contacten in verband met diabetes mellitus
Gemiddeld aantal contacten per patiënt per jaar	16,3	5,5
standaardfout	0,1	0,05

Bron: contactregistratie

Co-morbiditeit is een bekend gegeven bij chronische aandoeningen. Gemiddeld heeft een patiënt met diabetes mellitus 6,2 klachten waarvoor in een jaar de huisartspraktijk wordt bezocht. Net als vele anderen komen patiënten met diabetes in de huisartspraktijk in verband met klachten aan de

ademhalingswegen, maar ook huisartsenbezoek in verband met hypertensie, nek- en rugklachten of depressieve klachten kunnen samengaan met de diagnose diabetes mellitus. (Tabel 5.4.1.3).

Tabel 5.4.1.3

Tien meest voorkomende diagnoses bij patiënten met diabetes mellitus die in een jaar één of meer keren de huisartspraktijk bezochten (n=63.755 deelcontacten)

Diagnosen	Percentage
1. diabetes mellitus (t90)	15,9%
2. hypertensie (k85, k86)	5,0%
3. nek- en rugklachten (l01, l02, l03, l83, l84, l86)	2,8%
4. luchtweginfectie (a77, r72, r74, r75, r78, r80, r81)	2,0%
5. vetstofwisselingsstoornis (t93)	1,9%
6. urineweginfectie (u70, u71, u72)	1,6%
7. hoesten (r05)	1,5%
8. depressie (p03, p76)	1,5%
9. slaapstoornis (p06)	1,2%
10. eczeem (s88)	1,2%

Bron: ICPC-gecodeerde deelcontacten in contactregistratie

Bijna een derde van de patiënten die voor het eerst met diabetes bij de huisarts komen, krijgt een geneesmiddel voorgeschreven, meestal orale bloedglucoseverlagende middelen (Tabel 5.4.1.4). Huisartsen schrijven in nog geen 2% van de eerste contacten van patiënten met diabetes een insuline voor. Bij de volgende contacten is het voorschrijfvolume hoger: in bijna 70% van deze contacten schrijft de huisarts iets voor. Ook hier geldt dat orale bloedglucoseverlagende middelen het vaakst voorgeschreven worden. Binnen deze groep schrijven huisartsen vaker sulfonylderivaten voor dan biguaniden. Insuline wordt in 14% van de vervolcontacten voorgeschreven. In de helft van de gevallen waarin de huisarts insuline voorschrijft, schrijft deze een combinatie van middel-langwerkende en snelwerkende insulines voor. Behalve insuline of orale bloedglucoseverlagende middelen krijgen patiënten ook middelen tegen hart- en vaatziekten zoals ACE-remmers en cholesterolverlagende middelen. Hierbij moet worden aangetekend dat het percentage gebruikers van geneesmiddelen in verband met hart- en vaatandoeningen onder diabeten hoger zal zijn dan in deze tabel staat aangegeven. In Tabel 5.4.1.4 staan alleen de middelen waarbij de huisarts als diagnose diabetes mellitus heeft aangegeven.

Tabel 5.4.1.4

Voorgeschreven geneesmiddelen bij patiënten die in verband met diabetes mellitus in een jaar één of meer keren de huisartspraktijk bezochten (n=51.462 deelcontacten)

	Eerste contacten (n=1.136)	Volgende contacten (n=50.326)	Totaal
Geen geneesmiddelen voorgeschreven	69,0%	30,4%	31,2%
Wel geneesmiddelen voorgeschreven:	31,0%	69,6%	68,8%
orale bloedglucoseverlagende middelen (A10B)	24,8%	58,1%	57,4%
sulfonylureumderivaten (A10BB)	15,5%	33,2%	34,8%
biguaniden (A10BA)	9,2%	23,4%	21,1%
insulines (A10A)	1,8%	14,0%	13,8%
middellangwerkende met snelwerkende insulines (A10AD)	0,4%	7,1%	6,9%
middellangwerkende insulines (A10AC)	0,9%	3,6%	3,5%
snelwerkende insulines (A10AB)	0,4%	3,3%	3,3%
ACE-remmers (C09AA)	1,0%	2,8%	2,6%
cholesterolverlagende middelen (C10AA)	0,4%	2,1%	2,1%
selectieve bètablokkers (C07AB)	0,2%	1,2%	1,1%
missende codering geneesmiddel	2,3%	3,9%	3,9%

Bron: prescriptieregistratie

In eerste contacten met de huisartspraktijk wordt in ruim 8% van de gevallen verwezen, in vervolcontacten gaat het nog om 2% (Tabel 5.4.1.5). In eerste contacten wordt met name verwezen naar een diëtist of oogarts, in vervolcontacten wordt relatief het meest vaak verwezen naar een oogarts. Verwijzingen naar de internist komen in verhouding minder vaak voor.

Tabel 5.4.1.5

Verwijzing bij patiënten die in verband met diabetes mellitus in een jaar één of meer keren de huisartspraktijk bezochten (n=53.206 deelcontacten)

	Eerste contacten (n=1.193)	Volgende contacten (n=52.013)	Totaal
Geen verwijzing	91,5%	97,7%	97,5%
Wel verwijzing, waaronder:	8,5%	2,3%	2,5%
diëtist	4,0%	0,4%	0,4%
oogarts	3,8%	1,4%	1,6%
internist	1,8%	0,5%	0,5%

Bron: verwijsregistratie

5.4.2 Coronaire aandoeningen en hartfalen

Deze paragraaf gaat over personen die één of meerdere keren de huisartspraktijk bezochten in verband met een coronaire aandoening of hartfalen. Onder coronaire aandoeningen vallen: angina pectoris (k74), acuut myocard infarct (k75), en andere/chronische ischaemische hartziekte (k76). Onder hartfalen valt alleen decompensatio cordis (k77).

Populatie

De éénjaars prevalentie in de huisartspraktijk van coronaire aandoeningen is ruim 16 per 1000 patiënten, voor hartfalen is dit bijna de helft: 7 per 1000 patiënten per jaar. Per jaar per 1000 ingeschreven patiënten komen er gemiddeld 4 nieuwe ziektegevallen met de diagnose coronaire aandoening bij, waaronder meer mannen dan vrouwen. Hartfalen komt echter vaker voor onder vrouwen dan onder mannen. Ruim 2% van de ingeschreven patiënten heeft contact met de huisartspraktijk in verband met genoemde hartaandoeningen, waaronder meer mannen dan vrouwen. Op hogere leeftijd komt de diagnose vaker voor. Huisartscontact in verband met genoemde hartaandoeningen komt ruim drie keer zo vaak voor bij personen van westerse origine, vergeleken met personen van niet-westerse origine.

Incidentie en éénjaars prevalentie van coronaire aandoeningen en hartfalen in de huisartspraktijk en percentage ingeschreven patiënten met een coronaire aandoening of hartfalen naar geslacht, leeftijd en etniciteit (N=8.461)

Coronaire aandoeningen	Totaal	Man	Vrouw
Incidentie	4,1	4,9	3,3
Eénjaars prevalentie	16,4	19,7	13,2

Hartfalen	Totaal	Man	Vrouw
Incidentie	2,0	1,7	2,2
Eénjaars prevalentie	7,4	6,7	8,1

Totaal	2,3%
man	2,5%
vrouw	2,0%

Leeftijd	Man	Vrouw
1-19	0,0%	0,0%
20-44	0,2%	0,1%
45-64	3,4%	1,5%
65-74	11,3%	6,5%
>74	18,5%	14,9%

Etniciteit	
westers	2,6%
niet-westers	0,8%

Bron: contactregistratie/patiëntregistratie

Contacten met de huisartspraktijk

Gemiddeld maken patiënten met coronaire aandoeningen of hartfalen één ziekte-episode in een jaar door (Tabel 5.4.2.1). Het betreft ook hier chronische aandoeningen, meerdere ziekte-episoden in een registratiejaar kunnen worden veroorzaakt omdat meerdere diagnosecodes in de cluster zijn samengevoegd. In de meeste gevallen heeft de ziekte-episode de diagnose angina pectoris (41,4%), in bijna 30% gaat het om de diagnose decompensatio cordis (28,5%), de diagnoses andere ischaemische ziekte en acuut myocardiinfarct komen minder vaak voor: resp. 17,0 en 13,1%. Ziekte-episoden in verband met coronaire aandoeningen of hartfalen bestaan veel vaker dan gemiddeld uit meer dan één contact met de huisartspraktijk.

Tabel 5.4.2.1

Ziekte-episoden en deelcontacten in een jaar van alle patiënten en van patiënten die één of meerdere keren de huisartspraktijk bezochten in verband met coronaire aandoeningen of hartfalen (n=16.301 episoden)

139

	Episoden van alle patiënten	Episoden coronaire aandoeningen / hartfalen
Gemiddeld aantal episoden per patiënt per jaar	4,2	1,2
Aantal deelcontacten per episode		
1	78,9%	43,3%
2	9,6%	16,2%
3	4,2%	10,4%
4	2,7%	10,9%
5 of meer	4,7%	19,2%

Bron: contactregistratie

Gemiddeld hebben patiënten met coronaire aandoeningen of hartfalen bijna 18 keer in een jaar contact met de huisartspraktijk, waarvan ruim 4 keer in verband met de hartziekte (Tabel 5.4.2.2). Contacten in verband met coronaire aandoeningen of hartfalen betreffen veel vaker dan gemiddeld een visite (22,7%), in 42,4% van de contacten gaat het om een consult in de huisartspraktijk, 35% betreft een telefonisch of overige contact.

Tabel 5.4.2.2

Gemiddeld aantal contacten van patiënten met coronaire aandoeningen of hartfalen die in een jaar één of meer keren de huisartspraktijk bezochten (n=8.461 personen)

	Contacten in verband met coronaire aandoening/hartfalen + overige diagnosen	Contacten in verband met coronaire aandoening/hartfalen
Gemiddeld aantal contacten	17,9	4,3
standaardfout	0,1	0,04

Bron: contactfrequentie

Veelvuldig komen coronaire aandoeningen of hartfalen voor in combinatie met andere diagnoses, waar onder nek- en rugklachten en diabetes mellitus (Tabel 5.4.2.3). Gemiddeld hebben patiënten met coronaire aandoeningen of hartfalen 7,5 verschillende diagnoses in een jaar.

Tabel 5.4.2.3

Tien meest voorkomende diagnoses bij patiënten met coronaire aandoeningen of hartfalen die in een jaar één of meer keren de huisartspraktijk bezochten (n=64.972 deelcontacten)

Diagnosen	Percentage
1. angina pectoris (k74)	6,5%
2. decompensatio cordis (k77)	4,5%
3. hypertensie (k85, k86)	3,3%
4. nek- en rugklachten (l01, l02, l03, l83, l84, l86)	2,8%
5. ander ischaemische hartziekte (k76)	2,6%
6. vetstofwisselingsstoornis (t93)	2,3%
7. diabetes mellitus (t90)	2,2%
8. luchtweginfectie (a77, r72, r74, r75, r78, r80, r81)	2,1%
9. acuut myocard infarct (k75)	2,0%
10. slaapstoornis (p06)	1,7%

Bron: ICPC-gecodeerde deelcontacten in contactregistratie

In vier op de vijf huisartscontacten van patiënten met coronaire hartziekten of hartfalen schrijven huisartsen ten minste één geneesmiddel voor (Tabel 5.4.2.4). In eerste contacten wordt duidelijk minder vaak voorgeschreven dan in volgende contacten (respectievelijk 39,1 en 80,5%). De meest voorgeschreven geneesmiddelen bij eerste contacten zijn cardiaca en diuretica, gevolgd door anti-stollingsmiddelen en bètablokkers. In volgende contacten zijn antistollingsmiddelen de meest voorgeschreven geneesmiddelen.

Tabel 5.4.2.4

Voorgeschreven geneesmiddelen bij patiënten die in verband met coronaire aandoeningen of hartfalen in een jaar één of meer keren de huisartspraktijk bezochten (n=35.122 deelcontacten)

	Eerste contacten (n=1.947)	Volgende contacten (n=33.364)	Totaal
Geen geneesmiddelen voorgeschreven	60,9%	19,5%	21,7%
Wel geneesmiddelen voorgeschreven:	39,1%	80,5%	78,3%
antithrombotica (inclusief aspirine) (Bo1)	8,9%	27,1%	26,0%
cardiaca (Co1)	14,8%	22,8%	22,4%
diuretica (Co3)	14,7%	22,0%	21,6%
bètablokkers (Co7)	7,4%	16,0%	15,6%
middelen aangrijpend op renine angiotensinesysteem (Co9)	2,8%	10,4%	10,0%
(o.a. ACE-remmers, Aii-antagonisten)			
calciumantagonisten (Co8)	1,5%	7,7%	7,3%
cholesterolverlagende middelen (C10)	2,2%	4,4%	4,3%
psycholeptica (No5)	0,7%	1,7%	1,7%
missende codering geneesmiddel	1,3%	1,4%	1,4%

Bron: prescriptieregistratie

141

In eerste contacten met huisartsen wordt 11% van de patiënten met coronaire aandoeningen of hartfalen verwezen naar een specialist (Tabel 5.4.2.5). De meeste verwijzingen vinden plaats in eerste contacten en wel naar de cardiologie.

Tabel 5.4.2.5

Verwijzing bij patiënten die in verband met coronaire aandoeningen of hartfalen in een jaar één of meer keren de huisartspraktijk bezochten (n=35.407 deelcontacten)

	Eerste contacten (n=2.033)	Volgende contacten (n=33.374)	Totaal
Geen verwijzing	88,8%	97,8%	97,3%
Wel verwijzing, waaronder:	11,2%	2,2%	2,7%
cardioloog	11,0%	2,0%	2,5%
internist	0,2%	0,1%	0,1%

Bron: verwijsregistratie

5.4.3 Astma en COPD

Deze paragraaf gaat over personen die één of meerdere keren de huisartspraktijk bezochten in verband met astma of COPD. De diagnose astma (r96) maakt onderdeel uit van de cluster astma en COPD. COPD wordt beschreven met behulp van 2 diagnoses: emfyseem/COPD (r95) en chronische bronchitis (r91).

Populatie

De éénjaars prevalentie in de huisartspraktijk van astma is 26 per 1000 ingeschreven patiënten, voor COPD (chronic obstructive pulmonary diseases) is dit 14 per 1000 patiënten. Per jaar komen er gemiddeld 6 nieuwe ziektegevallen per 1000 ingeschreven patiënten met de diagnose astma bij, en bijna 3 nieuwe ziektegevallen per 1000 ingeschreven patiënten met COPD. Ongeveer 4% van de ingeschreven patiënten in de huisartsenpraktijk bezoekt de huisarts in verband met astma of COPD. Op jongere leeftijd komt astma vaker voor, terwijl op hogere leeftijd de diagnose COPD vaker wordt gesteld, met name onder mannen. Het percentage contacten met de huisarts in verband met astma en/of COPD verschilt niet naar etniciteit.

Incidentie en éénjaars prevalentie van astma en COPD in de huisartspraktijk en percentage ingeschreven patiënten met astma of COPD naar geslacht, leeftijd en etniciteit (N=15.105)

Astma	Totaal	Man	Vrouw
Incidentie	6,0	6,1	6,0
Eénjaars prevalentie	26,2	24,8	27,6
COPD	Totaal	Man	Vrouw
Incidentie	2,7	2,8	2,5
Eénjaars prevalentie	14,2	15,4	13,1

Totaal	4,0%
man	4,0%
vrouw	4,0%

Leeftijd	Man	Vrouw
1-19	5,2%	4,0%
20-44	2,1%	3,0%
45-64	3,4%	4,1%
65-74	8,2%	6,5%
>74	12,0%	6,5%

Etniciteit	
westers	4,1%
niet-westers	4,0%

Bron: contactregistratie/patiëntregistratie

Contacten met de huisartspraktijk

Gemiddeld maken patiënten met astma of COPD één ziekte-episode met deze diagnose in een jaar door (Tabel 5.4.3.1). Het betreft ook hier chronische aandoeningen, meerdere ziekte-episoden in een registratiejaar kunnen worden veroorzaakt omdat meerdere diagnosecodes tot een cluster gebundeld zijn. In minder dan de helft (40%) van de ziekte-episoden is er sprake van één contact met de huisartspraktijk in een jaar. In de meeste gevallen heeft de ziekte-episode de diagnose astma (64,3%), in 27% van de gevallen gaat het om emfyseem of COPD, en in 8,8% betreft het de diagnose chronische bronchitis.

Tabel 5.4.3.1

Ziekte-episoden en deelcontacten in een jaar van alle patiënten en van patiënten die één of meerdere keren de huisartspraktijk bezochten in verband met astma of COPD (n=21.236 episoden)

	Episoden van alle patiënten	Episoden astma/COPD
Gemiddeld aantal episoden per patiënt per jaar	4,2	1,1
Aantal deelcontacten per episode		
1	78,9%	40,4%
2	9,6%	18,4%
3	4,2%	11,1%
4	2,7%	8,0%
5 of meer	4,7%	22,0%

Bron: contactregistratie

Patiënten met astma of COPD hebben gemiddeld bijna vier keer contact met de huisartspraktijk in een jaar. Wanneer ook het aantal contacten in verband met andere klachten wordt meegeteld betreft het ruim 12 contacten met de huisartspraktijk in een jaar. (Tabel 5.4.3.2) Bijna 8% van de contacten is een visite, 61,4% van de contacten betreft een consult in de huisartspraktijk, en in de overige 30,9% gaat het om een telefonisch of administratief contact. De gemiddelde duur van huisartsconsulten is 10 minuten (n=16 observaties, standaardfout=0,9).

Tabel 5.4.3.2

Gemiddeld aantal contacten van patiënten met astma of COPD die in een jaar één of meer keren de huisartspraktijk bezochten (n=15.105 personen)

	Contacten in verband met astma/COPD + overige diagnoses	Contacten in verband met astma/COPD
Gemiddeld aantal contacten per patiënt per jaar	12,5	3,7
standaardfout	0,09	0,03

Bron: contactregistratie

Patiënten met astma of COPD hebben gemiddeld 5,9 klachten of diagnoses per persoon. De klachten waarvoor patiënten met astma of COPD naar de huisarts gaan zijn klachten aan het ademhalingsapparaat, zoals hoesten, en hooikoorts, maar ook contacten met de huisartspraktijk in verband met nek- en rugklachten of hypertensie komen voor (Tabel 5.4.3.3).

Tabel 5.4.3.3

Tien meest voorkomende diagnoses bij patiënten met astma of COPD die in een jaar één of meer keren de huisartspraktijk bezochten (n=90.930 deelcontacten)

Diagnosen	Percentage
1. astma (r96)	11,8%
2. emfyseem/COPD (r95)	5,0%
3. luchtweginfectie (a77, r72, r74, r75, r78, r80, r81)	4,3%
4. nek- en rugklachten (l01, l02, l03, l83, l84, l86)	3,0%
5. acute bronchitis (r78)	2,6%
6. hoesten (r05)	2,5%
7. hypertensie (k85, k86)	1,9%
8. chronische bronchitis (r91)	1,8%
9. hooikoorts, allergische rhinitis (r97)	1,4%
10. contacteczeem/ander eczeem (s88)	1,3%

Bron: ICPC-gecodeerde deelcontacten in contactregistratie

In de meerderheid van de contacten voor astma/COPD schrijft de huisarts een geneesmiddel voor (Tabel 5.4.3.4). Van de patiënten die voor een eerste contact komen, krijgt 71,5% één of meer geneesmiddelen. Voor de vervolcontacten geldt dat in 85,4% een recept wordt uitgeschreven. Veruit de meest voorgeschreven middelen zijn, zoals te verwachten, middelen voor astma/COPD. In eerste contacten schrijven huisartsen tracheale sympathicomimetica vaker voor dan overige tracheale middelen. In vervolcontacten is dat ook zo, maar is het verschil tussen beide groepen geneesmiddelen veel kleiner. In eerste contacten schrijven huisartsen vaker dan in vervolcontacten antibiotica (tetracyclines en penicilline voor).

Tabel 5.4.3.4

Voorgeschreven geneesmiddelen bij patiënten die in verband met astma of COPD in een jaar één of meer keren de huisartspraktijk bezochten (n=52.709 deelcontacten)

	Eerste contacten (n=2.530)	Volgende contacten (n=50.179)	Totaal
Geen prescriptie	28,5%	14,6%	15,3%
Wel prescriptie:	71,5%	85,4%	84,7%
tracheale sympathicomimetica (R03A)	41,5%	46,1%	46,0%
overige tracheale middelen voor astma/COPD (R03B)	27,0%	42,1%	41,4%
corticosteroiden voor systemisch gebruik (H02A)	9,3%	7,2%	7,3%
decongestiva+andere lokale middelen voor nasaal gebruik (R01A)	1,6%	2,7%	2,7%
tetracyclines (antibiotica) (J01A)	5,0%	1,9%	2,0%
expectorantia (hoest en verkoudheidsmiddelen) (R05C)	0,7%	2,0%	2,0%
penicilline (antibiotica) (J01C)	4,1%	1,7%	1,8%
missende ATC-codering	1,7%	1,6%	1,6%

Bron: prescriptieregistratie

Patiënten met astma of COPD worden niet vaak verwezen. In ruim 1% van de contacten met de huisarts vindt verwijzing plaats, meestal naar de longarts (Tabel 5.4.3.5).

Tabel 5.4.3.5

Verwijzing bij patiënten die in verband met astma of COPD in een jaar één of meer keren de huisartspraktijk bezochten (n=53.789 deelcontacten)

	Eerste contacten (n=2.606)	Volgende contacten (n=51.183)	Totaal
Geen verwijzing	99,1%	98,6%	98,6%
Wel verwijzing, waaronder:	0,9%	1,4%	1,4%
longarts	0,7%	1,0%	1,0%
kinderarts	0,2%	0,2%	0,2%
fysiotherapeut	0,2%	0,1%	0,1%

Bron: verwijfsregistratie

5.4.4 Eczeem

Deze paragraaf gaat over personen die één of meerdere keren de huisartspraktijk bezochten in verband met eczeem. De cluster eczeem bestaat uit de diagnoses ‘seborroïsch eczeem/roos’ (s86), ‘constitutioneel eczeem’ (s87), en ‘contact eczeem/ander eczeem’ (s88).

Populatie

De éénjaars prevalentie in de huisartsenpraktijk van eczeem is ongeveer 69 per 1000 ingeschreven patiënten. Per jaar komen er gemiddeld 38 nieuwe gevallen per 1000 ingeschreven patiënten bij. Zowel de incidentie als de éénjaars prevalentie van eczeem is hoger onder vrouwen. Ongeveer 7% van de ingeschreven patiënten in de huisartsenpraktijk bezoekt de huisarts in verband met eczeem. Eczeem komt op jongere leeftijd vaker voor onder meisjes en vrouwen, en op oudere leeftijd even vaak onder mannen als onder vrouwen. Huisartsenbezoek in verband met eczeem komt vaker voor bij personen van niet-westerse origine.

Incidentie en éénjaars prevalentie van eczeem in de huisartspraktijk en percentage in geschreven patiënten met eczeem naar geslacht, leeftijd en etniciteit (N=26.420)

		Totaal	Man	Vrouw
Incidentie		38,0	31,8	44,2
Eénjaars prevalentie		68,7	58,7	78,7
Totaal	7,0%			
man	6,0%			
vrouw	8,1%			
Leeftijd		Man	Vrouw	
1-19	7,3%		9,0%	
20-44	4,7%		7,9%	
45-64	6,0%		7,1%	
65-74	7,7%		8,8%	
>74	8,7%		8,6%	
Etniciteit				
westers	7,0%			
niet-westers	8,9%			

Bron: contactregistratie/patiëntregistratie

Contacten met de huisartspraktijk

Gemiddeld hebben patiënten die met eczeem de huisartspraktijk bezoeken één ziekte-episode met eczeem in een jaar, in meer dan een kwart van de ziekte-episoden wordt meerdere keren contact met de huisarts gezocht (Tabel 5.4.4.1).

Tabel 5.4.4.1

Ziekte-episoden en deelcontacten van alle patiënten en van patiënten die één of meerdere keren de huisartspraktijk bezochten in verband met eczeem (n=35.214 episoden)

	Episoden van alle patiënten	Episoden eczeem
Gemiddeld aantal episoden per patiënt per jaar	4,2	1,1
Aantal deelcontacten per episode		
1	78,9%	71,6%
2	9,6%	15,6%
3	4,2%	6,0%
4	2,7%	3,0%
5 of meer	4,7%	3,8%

Bron: contactregistratie

In bijna tweederde (63,6%) van de ziekte-episoden heeft deze de diagnose contact eczeem/ander eczeem, in een vijfde van de ziekte-episoden heeft deze de diagnose constitutioneel eczeem en in 15% van de ziekte-episoden gaat het om seborroïsch eczeem of roos. Patiënten met eczeem hebben gemiddeld twee keer contact met de huisartspraktijk in een jaar in verband met hun eczeem, wanneer ook contacten in verband met andere klachten worden meegeteld gaat het om gemiddeld bijna negen contacten in een jaar (Tabel 5.4.4.2).

Tabel 5.4.4.2

Gemiddeld aantal contacten van patiënten met eczeem die in een jaar één of meer keren de huisartspraktijk bezochten (n=26.420 personen)

	Contacten in verband met eczeem + overige diagnoses	Contacten in verband met eczeem
Gemiddeld aantal contacten per patiënt per jaar	8,7	1,8
standaardfout	0,05	0,01

Bron: contactregistratie

De diagnose eczeem is niet vaak een reden voor een visite (2%), de meeste contacten in verband met eczeem zijn consulten (81%), en 16,9% van de contacten betreffen telefonische of overige contacten. De gemiddelde duur van de consulten is 9,2 minuten (n=72 observaties, standaardfout =0,5).

Patiënten met eczeem hebben gemiddeld vijf klachten per persoon in een jaar, waarvoor zij de huisarts bezoeken. Klachten waarvoor patiënten met eczeem tevens de huisartspraktijk bezoeken zijn andere klachten van de huid, zoals roos, maar zij bezoeken de huisarts ook in verband met hypertensie, of een 'gewone' luchtweg- of urineweginfectie (Tabel 5.4.4.3).

Tabel 5.4.4.3

Tien meest voorkomende diagnoses bij patiënten met eczeem die in een jaar één of meer keren de huisartspraktijk bezochten (n=135.504 deelcontacten)

Diagnosen	Percentage
1. contacteczeem (s88)	13,3%
2. constitutioneel eczeem (s87)	4,6%
3. nek- en rugklachten (l01, l02, l03, l83, l84, l86)	3,3%
4. seborroisch eczeem/roos (s86)	3,2%
5. luchtweginfectie (a77, r72, r74, r75, r78, r80, r81)	3,2%
6. dermatomycose (s74)	2,2%
7. hypertensie (k85, k86)	2,0%
8. hoesten (r05)	1,7%
9. acute urineweginfectie (u71)	1,2%
10. astma (r96)	1,0%

Bron: ICPC-gecodeerde deelcontacten in contactregistratie

In meer dan 80% van de contacten voor eczeem, schrijft de huisarts iets voor (Tabel 5.4.4.4). Dit geldt zowel voor eerste als volgende contacten. Veruit de meest voorgeschreven middelen zijn eenvoudige dermatologische corticosteroïden: in de helft van alle contacten in verband met eczeem schrijft de huisarts deze voor. Emollientia en protectiva, lokale antimyotica en sterk werkzame corticosteroïden met overige middelen zijn andere middelen voor de huid die relatief vaak worden voorgeschreven door de huisarts.

Tabel 5.4.4.4

Voorgeschreven geneesmiddelen bij patiënten die in verband met eczeem in een jaar één of meer keren de huisartspraktijk bezochten (n=43.982 deelcontacten)

	Eerste contacten (n=13.322)	Volgende contacten (n=30.660)	Totaal
Geen geneesmiddelen voorgeschreven	18,7%	13,9%	15,3%
Wel geneesmiddelen voorgeschreven:	81,3%	86,1%	84,7%
enkelvoudige dermatologische corticosteroïden (Do7A)	54,3%	48,2%	50,0%
emollientia en protectiva (Do2A)	11,1%	14,7%	13,6%
lokale antimyotica (Do1A)	7,5%	7,4%	7,4%
sterk werkzame corticosteroïden met overige middelen (Do7X)	6,1%	4,6%	5,1%
antihistaminica voor systemische gebruik (Ro6A)	1,7%	2,3%	2,1%
lokale hemorroidpreparaten (Co5A)	2,7%	1,1%	1,6%
missende ATC-codering	6,6%	7,9%	7,5%

Bron: prescriptieregistratie

In bijna 3% van de contacten vindt verwijzing plaats, in de meeste gevallen naar de dermatoloog en wel in vervolcontacten (Tabel 5.4.4.5).

Tabel 5.4.4.5

Verwijzing bij patiënten die in verband met eczeem in een jaar één of meer keren de huisartspraktijk bezochten (n=44.631 deelcontacten)

	Eerste contacten (n=13.674)	Volgende contacten (n=30.957)	Totaal
Geen verwijzing	98,9%	96,9%	97,5%
Wel verwijzing, waaronder:	1,1%	3,1%	2,5%
Dermatoloog	1,0%	2,9%	2,3%

Bron: verwijsregistratie

5.5 Ziekten van het bewegingsapparaat

5.5.1 Nek- en rugklachten

Deze paragraaf gaat over personen die één of meerdere keren de huisartspraktijk bezochten in verband met nek- of rugklachten. De cluster nek- en rugklachten bestaat uit de volgende klachten: neksymptomen/klachten (l01), rugsymptomen/klachten (l02), lage rugpijn zonder uitstraling (l03), en de diagnosen syndroom cervicale wervelkolom (l83), artrose/spondylose wervelkolom (l84) en lage rugpijn met uitstraling (l86).

Populatie

Klachten van het bewegingsapparaat zijn frequent gerapporteerde klachten in de huisartsenpraktijk. De éénjaars prevalentie van nek- en rugklachten is 100 per 1000 ingeschreven patiënten. Per jaar komen er gemiddeld 70 nieuwe ziektegevallen per 1000 ingeschreven patiënten bij. De incidentie onder vrouwen is hoger dan de incidentie onder mannen. Ruim 10% van de ingeschreven patiënten in de huisartsenpraktijk bezoekt de huisarts in verband met nek- en rugklachten. Huisartsenbezoek in verband met nek- en rugklachten komt al op jongere leeftijd voor, maar met name vanaf 45 jaar. Boven de 65 jaar neemt het percentage personen met nek- en rugklachten weer af.

Incidentie en éénjaars prevalentie van nek- en rugklachten in de huisartspraktijk en percentage ingeschreven patiënten met nek- of rugklachten naar geslacht, leeftijd en etniciteit (N=38.899)

		Totaal	Man	Vrouw
Incidentie		69,8	63,1	76,4
Eénjaars prevalentie		100,4	88,0	112,7
Totaal	10,4%			
man	9,0%			
vrouw	11,7%			
Leeftijd		Man	Vrouw	
1-19	2,2%	3,2%		
20-44	10,1%	12,9%		
45-64	13,1%	15,9%		
65-74	11,8%	15,3%		
>74	9,9%	14,6%		
Etniciteit				
westers	10,7%			
niet-westers	11,0%			

Bron: contactregistratie/patiëntregistratie

Contacten met de huisartspraktijk

Gemiddeld maken patiënten één ziekte-episode nek- en rugklachten in een jaar door (Tabel 5.5.1.1).

Tabel 5.5.1.1

Ziekte-episoden en deelcontacten van alle patiënten en van patiënten die één of meerdere keren de huisartspraktijk bezochten in verband met nek- of rugklachten (n=51.395 episoden)

	Episoden van alle patiënten	Episoden nek- en rugklachten
Gemiddeld aantal episoden per patiënt	4,2	1,1
Aantal deelcontacten per episode		
1	78,9%	68,9%
2	9,6%	16,4%
3	4,2%	6,3%
4	2,7%	3,1%
5 of meer	4,7%	5,3%

Bron: contactregistratie

In een derde van de ziekte-episoden stelt de huisarts de diagnose 'lage rugpijn zonder uitstraling', in ruim een vijfde van de gevallen is de diagnose 'neksymptomen/klachten', en in nog eens een vijfde 'rug symptomen/klachten'. De andere diagnoses uit de cluster nek- en rugklachten komen in minder dan 15% van de ziekte-episoden voor. Vaker dan gemiddeld is er meer dan één contact met de huisartspraktijk in een ziekte-episode.

Patiënten met nek- of rugklachten hebben gemiddeld twee keer contact met de huisartspraktijk in een jaar. Wanneer ook contacten voor andere klachten worden meegeteld gaat het om bijna 10 contacten met de huisartspraktijk in een jaar (Tabel 5.5.1.2). De meeste contacten zijn consulten (72,5%), slechts in 4,6% betreft het een visite door de huisarts. De overige contacten (22,5%) zijn telefonische of overige contacten. De gemiddelde duur van consulten met de huisarts is 11,3 minuten (n=192 observaties, standaardfout=0,3).

Tabel 5.5.1.2

Gemiddeld aantal contacten van patiënten met nek- of rugklachten die in een jaar één of meer keren de huisartspraktijk bezochten (n=38.899 personen)

	Contacten in verband met nek- en rugklachten + overige diagnoses	Contacten in verband met nek- en rugklachten
Gemiddeld aantal contacten per patiënt per jaar	9,5	2,0
standaardfout	0,05	0,01

Bron: contactregistratie

Patiënten met nek- en rugklachten hebben gemiddeld 5,2 klachten per persoon in een jaar. Patiënten met nek- en rugklachten komen ook bij de huisarts in verband met een luchtweginfectie, hypertensie of eczeem (Tabel 5.5.1.3).

Tabel 5.5.1.3

Tien meest voorkomende diagnoses bij patiënten met nek- of rugklachten die in een jaar één of meer keren de huisartspraktijk bezochten (n=208.218 deelcontacten)

Diagnosen	Percentage
1. lage rugpijn zonder uitstraling (l03)	8,0%
2. neksymptomen/klachten (l01)	4,8%
3. rugsymptomen/klachten (l02)	4,6%
4. lage rugpijn met uitstraling (l86)	2,9%
5. luchtweginfectie (a77, r72, r74, r75, r78, r80, r81)	2,9%
6. hypertensie (k85, k86)	2,0%
7. hoesten (r05)	1,5%
8. dermatomycose (s74)	1,4%
9. syndroom cervicale wervelkolom (l83)	1,3%
10. contact eczeem/ander eczeem (s88)	1,3%

Bron: ICPC-gecodeerde deelcontacten in contactregistratie

Het aandeel contacten waarin de huisarts niets voorschrijft is groter bij de eerste contacten dan bij de vervolcontacten (Tabel 5.5.1.4). Bijna tweederde van de patiënten die voor het eerst met nek- en rugklachten bij de huisarts komen, krijgt geen geneesmiddel voorgeschreven. Bij de vervolcontacten wordt in meer dan de helft van de gevallen iets voorgeschreven. Pijnstillers zijn de meest voorgeschreven geneesmiddelen. Het betreft dan met name NSAID's zoals diclofenac en ibuprofen. Paracetamol wordt vaker voorgeschreven in vervolcontacten dan in eerste contacten. Morfineachtige pijnstillers worden ook vaker in vervolcontacten voorgeschreven. Naast pijnstillers worden aan mensen met nek- en rugklachten ook benzodiazepines voorgeschreven.

Tabel 5.5.1.4

Voorgeschreven geneesmiddelen bij patiënten die in verband met nek- of rugklachten in een jaar één of meer keren de huisartspraktijk bezochten (n=73.284 deelcontacten)

	Eerste contacten (n=24.693)	Volgende contacten (n=48.591)	Totaal
Geen geneesmiddelen voorgeschreven	62,9%	44,1%	50,4%
Wel geneesmiddelen voorgeschreven:	37,1%	55,9%	49,6%
NSAIDs (Mo1A):	28,3%	31,0%	30,1%
azijnzuurderivaten, m.n. diclofenac (Mo1AB)	16,6%	15,7%	16,0%
propionzuurderivaten, m.n. ibuprofen, naproxen (Mo1AE)	10,3%	12,4%	11,7%
oxicarderivaten (Mo1AC)	0,8%	1,4%	1,2%
cox-2 remmers (Mo1AH)	0,5%	1,3%	1,0%
benzodiazepines (No5B en No5C)	5,2%	6,1%	5,8%
paracetamol en verwante geneesmiddelen (No2B)	2,5%	7,3%	5,7%
opioïden, o.a. morfine (No2A)	1,6%	6,2%	4,7%
maagzuurremmers (Ao2B)	0,4%	1,0%	0,8%
missende codering geneesmiddel	3,1%	2,8%	2,9%

Bron: prescriptieregistratie

In ongeveer 19% van de contacten van patiënten met nek- en rugklachten wordt verwezen, meestal naar een fysiotherapeut of manueel therapeut, Mensendieck of Caesar therapeut, of naar een neuroloog (Tabel 5.5.1.5). Relatief vaak vindt verwijzing al in een eerste contact plaats. Verwijzing naar een neuroloog komt vaker voor in vervolcontacten.

Tabel 5.5.1.5

Verwijzing bij patiënten die in verband met nek- of rugklachten in een jaar één of meer keren de huisartspraktijk bezochten (n=74.423 deelcontacten)

	Eerste contacten (n=25.428)	Volgende contacten (n=48.995)	Totaal
Geen verwijzing	79,1%	82,3%	81,2%
Wel verwijzing, waaronder:	20,9%	17,7%	18,8%
fysiotherapeut/manueel therapeut	18,1%	12,8%	14,6%
mensendieck/caesar-therapeut	1,8%	1,3%	1,5%
neuroloog	0,7%	1,7%	1,4%
orthopeed	0,2%	0,8%	0,6%
anesthesist	0,0%	0,2%	0,1%

Bron: verwijsregistratie

5.5.2 Artrose in perifere gewrichten

Deze paragraaf gaat over personen die één of meerdere keren de huisartspraktijk bezochten in verband met artrose in perifere gewrichten. De cluster artrose in perifere gewrichten bestaat uit de diagnoses coxartrose (l89), gonartrose (l90), en andere artrose (l91).

Populatie

De éénjaars prevalentie in de huisartsenpraktijk van artrose in perifere gewrichten is 13 per 1000 ingeschreven patiënten. Per jaar komen er gemiddeld 5 nieuwe ziektegevallen per 1000 ingeschreven patiënten bij. De incidentie en prevalentie van artrose in perifere gewrichten is hoger onder vrouwen. Ruim 1% van de ingeschreven patiënten in de huisartsenpraktijk bezoekt de huisarts in verband met artrose aan perifere gewrichten, met name boven de 65 jaar komt huisartsenbezoek in verband met deze diagnose vaker voor. Uit de huisartsenregistratie blijkt dat de diagnose twee keer zo vaak voorkomt bij personen van westerse origine.

Incidentie en éénjaars prevalentie van artrose in perifere gewrichten in de huisartspraktijk en percentage ingeschreven patiënten met artrose in perifere gewrichten naar geslacht, leeftijd en etniciteit (N=4.940)

		Totaal	Man	Vrouw
Incidentie		4,8	3,0	6,5
Eénjaars prevalentie		12,9	7,4	18,3
Totaal	1,3%			
man	0,8%			
vrouw	1,9%			
Leeftijd		Man	Vrouw	
1-19	0,0%	0,0%		
20-44	0,1%	0,2%		
45-64	1,3%	2,6%		
65-74	3,0%	7,0%		
>74	3,8%	9,0%		
Etniciteit				
westers	1,5%			
niet-westers	0,6%			

Bron: contactregistratie/patiëntregistratie

Contacten met de huisartspraktijk

Gemiddeld maken patiënten met artrose in de perifere gewrichten één ziekte-episode met deze diagnose in een jaar door (Tabel 5.5.2.1). Vaker dan gemiddeld, en vaker dan bij nek- en rugklachten is er in deze ziekte-episode meer dan één contact met de huisarts. In 41,8% van alle ziekte-episoden artrose in perifere gewrichten gaat het om de diagnose gonartrose (l90), in bijna 30% om andere artrose/verwante aandoening (l91), en in de resterende 28% om coxartrose (l89).

Patiënten met artrose in de perifere gewrichten hebben gemiddeld ruim twee keer contact met de huisartspraktijk. Wanneer ook contacten worden meegeteld voor andere klachten dan de artrose hebben zij gemiddeld ruim 14 keer in een jaar contact met de huisartspraktijk (Tabel 5.5.2.2). Contacten met de huisartspraktijk betreffen in bijna 60% van de gevallen een consult, maar ook visites komen voor (12,4%). Ongeveer 27% van de contacten betreft een telefonisch of overig contact.

Tabel 5.5.2.1

Ziekte-episoden en deelcontacten van alle patiënten en van patiënten die één of meerdere keren de huisartspraktijk bezochten in verband met artrose in perifere gewrichten (n=8.098 episoden)

	Episoden van alle patiënten	Episoden artrose in perifere gewrichten
Gemiddeld aantal episoden per patiënt	4,2	1,0
Aantal deelcontacten per episode		
1	78,9%	53,5%
2	9,6%	19,8%
3	4,2%	10,1%
4	2,7%	5,7%
5 of meer	4,7%	11,0%

Bron: contactregistratie

Tabel 5.5.2.2

Gemiddeld aantal contacten van patiënten met artrose in perifere gewrichten die in een jaar één of meer keren de huisartspraktijk bezochten (n=4.940 personen)

	Contacten in verband met artrose perifere gewrichten + overige diagnoses	Contacten in verband met artrose perifere gewrichten
Gemiddeld aantal contacten per patiënt per jaar	14,4	2,4
standaardfout	0,2	0,04

Bron: contactregistratie

Patiënten met artrose in perifere gewrichten hebben gemiddeld 6,8 klachten per persoon in een jaar. Hierbij kan het gaan om gewrichtsklachten, maar ook om hypertensie, luchtweginfectie, slapeloosheid of diabetes mellitus (Tabel 5.5.2.3).

Tabel 5.5.2.3

Tien meest voorkomende diagnoses bij patiënten met artrose in perifere gewrichten die in een jaar één of meer keren de huisartspraktijk bezochten (n=34.435 deelcontacten)

Diagnosen	Percentage
1. gonartrose (l90)	6,5%
2. andere artrose/verwante aandoening (l91)	4,7%
3. coxartrose (l89)	4,3%
4. hypertensie (k85, k86)	3,9%
5. luchtweginfectie (a77, r72, r74, r75, r78, r80, r81)	2,0%
6. knie symptomen/klachten (l15)	1,8%
7. slapeloosheid/andere slaapstoornis (p06)	1,6%
8. urineweginfectie (u71)	1,5%
9. diabetes mellitus (t90)	1,4%
10. lage rugpijn zonder uitstraling (l03)	1,3%

Bron: ICPC-gecodeerde deelcontacten in contactregistratie

Huisartsen schrijven patiënten met artrose in eerste contacten veel minder vaak een geneesmiddel voor dan tijdens volgende contacten (Tabel 5.5.2.4). Ruim een derde van patiënten die voor het eerst met artrose bij de huisarts komen krijgt een geneesmiddel voorgeschreven. In vervolgcontacten wordt in bijna driekwart van de gevallen voorgeschreven. Dit patroon komt overeen met dat van nek- en rugklachten. Pijnstillers zijn veruit de meest voorgeschreven geneesmiddelen bij artrose. Zowel in eerste als in vervolgcontacten is diclofenac, dat tot de groep NSAIDs behoort, de meest voorgeschreven pijnstiller. Paracetamol wordt in volgende contacten vaker voorgeschreven dan in eerste contacten. Ook dit komt overeen met de bevindingen die gedaan werden bij nek- en rugklachten. COX-2 remmers zijn de nieuwste groep pijnstillers en zijn sinds 1999 op de markt. Wanneer huisartsen eenmaal besluiten voor te schrijven, schrijven zij in eerste contacten vaker een COX-2 remmer voor dan in volgende contacten. Wanneer in eerste contacten wordt voorgeschreven, is dit in 14,2% van de gevallen een COX-2 remmer, in vervolgcontacten is dit 10%.

Tabel 5.5.2.4

Voorgeschreven geneesmiddelen bij patiënten die in verband met artrose in perifere gewrichten in een jaar één of meer keren de huisartspraktijk bezochten (n=11.427 deelcontacten)

	Eerste contacten (n=1.332)	Volgende contacten (n=10.095)	Totaal
Geen geneesmiddelen voorgeschreven	73,6%	36,7%	41,0%
Wel geneesmiddelen voorgeschreven:	26,3%	63,3%	59,0%
NSAIDs: azijnzuurderivaten, m.n. diclofenac (Mo1AB)	7,7%	16,1%	15,1%
paracetamol (No2BE)	2,3%	12,5%	11,3%
NSAIDs: propionzuurderivaten, m.n. ibuprofen, naproxen (Mo1AE)	4,9%	10,2%	9,6%
cox-2 remmers (Mo1AH)	3,8%	6,3%	6,0%
NSAIDs : oxicarnderivaten (Mo1AC)	2,3%	3,0%	2,9%
benzodiazepines (No5BA en No5CD)	0%	2,3%	2,2%
missende codering geneesmiddel	2,1%	2,4%	2,3%

Bron: prescriptieregistratie

In ruim 10% van de contacten van patiënten met artrose aan perifere gewrichten wordt verwezen. Huisartsen verwijzen deze patiënten voornamelijk naar een orthopeed en/of fysiotherapeut (Tabel 5.5.2.5).

Tabel 5.5.2.5

Verwijzing bij patiënten die in verband met artrose in perifere gewrichten in een jaar één of meer keren de huisartspraktijk bezochten (n=11.538 deelcontacten)

	Eerste contacten (n=1.394)	Volgende contacten (n=10.144)	Totaal
Geen verwijzing	88,7%	89,2%	89,2%
Wel verwijzing, waaronder:	11,3%	10,8%	10,8%
fysiotherapeut	6,0%	4,1%	4,3%
orthopeed	3,7%	5,5%	5,3%
röntgenoloog	2,8%	0,4%	0,7%
reumatoloog	0,5%	0,4%	0,4%

Bron: verwijsregistratie

5.6 Conclusie

De aandoeningen en klachten zoals beschreven in dit hoofdstuk omvatten meestal één ziekte-episode in een jaar, hetgeen inhoudt dat het óf gaat om een kortdurende acute klacht, zoals in geval van luchtweginfecties of algemene somatische klachten, of dat het gaat om een (chronische) aandoening die het hele jaar en nog langer voortduurt. Het verschil tussen een acute kortdurende klacht en chronische aandoening is goed te zien in het percentage ziekte-episoden dat bestaat uit één contact: bij acute luchtweginfecties is dit bijvoorbeeld 76% en bij diabetes mellitus 29%.

De resultaten in relatie tot de bestudeerde aandoeningen worden nog eens kort samengevat in Tabel 5.6.1. Het maken van een genuanceerde vergelijking is moeilijk, omdat de bestudeerde aandoeningen slechts een deel zijn van het scala aan mogelijke aandoeningen en klachten waarmee patiënten de huisartspraktijk consulteren. Aan de andere kant zijn de bestudeerde ziekten min of meer als voorbeeldziekten gekozen voor groepen van aandoeningen die vaak voorkomen in de huisartspraktijk: kortdurende klachten, chronische klachten, lichamelijke klachten, psychische klachten, klachten van volwassenen en kinderziekten. Een andere complicerende factor bij het maken van een vergelijking is dat patiënten voor verschillende klachten de huisarts consulteren. De uitsplitsingen naar ziekte zullen elkaar deels overlappen. Een uitsplitsing naar personen met een luchtweginfectie bijvoorbeeld, zal zeer waarschijnlijk een heterogene groep van personen omvatten, zowel patiënten zonder als patiënten met langdurige lichamelijke of psychische klachten.

Uit Tabel 5.6.1 zijn enkele algemene conclusies te destilleren, bovengenoemde punten in aanmerking genomen:

- Een gemiddeld aantal van vijf of zes diagnoses naast de bestudeerde aandoening per patiënt per jaar is niet uitzonderlijk. Het aantal contacten per specifieke aandoening kan daarom een verkeerd beeld geven van de contacten die patiënten hebben met de huisartspraktijk: patiënten hebben immers contact met de huisartspraktijk in verband met meerdere klachten.
- Wanneer alle klachten waarvoor men de huisarts bezoekt worden meegeteld, hebben patiënten met een psychische aandoening en patiënten met een chronische aandoening als diabetes mellitus, hartfalen, en artrose de meeste contacten met de huisartspraktijk in een jaar.
- In de meeste gevallen consulteren patiënten de huisarts in de huisartspraktijk. Bij patiënten met hartaandoeningen, maagdarminfecties, artrose en algemene somatische klachten gaat de huisarts vaker op visite. Mogelijke onderliggende redenen hiervoor zijn dat men in geval van deze ziekten en in geval van klachten als koorts niet naar de huisartspraktijk kan komen, of dat deze klachten met name bij ouderen voorkomen die niet naar de huisartspraktijk kunnen komen.
- Voor wat betreft de duur van consulten met huisartsen lijkt het er op dat consulten in verband met psychische problematiek gemiddeld meer tijd in beslag nemen dan de gemiddelde boekingsduur van 10 minuten. De resultaten over contactduur moeten echter met zorg worden geïnterpreteerd in verband met de relatief kleine aantallen video-observaties waarop de gemiddelde duur werd gebaseerd. Voor een aantal clusters was dit aantal observaties zo gering (<15) dat er geen betrouwbare gemiddelde duur kon worden berekend.
- Het voorschrijven van geneesmiddelen gebeurt bij vrijwel alle bestudeerde aandoeningen fre-

Tabel 5.6.1

Incidentie, prevalentie, aantal contacten en diagnoses in een jaar, percentages visite, verwijzing en prescriptie en gemiddelde duur van consulten, als gemiddelde en naar bestudeerde aandoening¹

	Incidentie per 1000 patiënten	Eénjaars prevalentie per 1000 patiënten	Aantal contacten per jaar (indexziek- te + alle diagnosen)	% visite (alleen index ziekte)	Aantal diagno- sen in een jaar	% verwij- zingen in een jaar (alleen index ziekte)	% pre- scriptie in een jaar (alleen index ziekte)	Gemiddelde duur van consulten in min. (alleen index ziekte)
Gemiddeld in de huisartspraktijk	–	–	6,1 ²	5	4	4	57,4	10
<i>Somatisch, kortdurend</i>								
algemene klachten	33,5	–	11,3	10	6	3,6	29,8	12
kinderziekten	22,1	–	5,7	2	4	0,8	26,1	–
luchtweginfectie	157,5	–	9,9	8	5	2,0	69,0	9
maagdarminfectie	15,8	–	12,9	15	7	3,3	42,2	12
<i>Psychische ziekten</i>								
depressie	10,5	26,5	14,3	4	7	2,2	78,4	15
angst	9,8	23,5	13,9	4	7	1,9	81,7	14
slaapstoornis	7,6	24,0	15,8	4	7	0,3	94,3	13
<i>Chronische ziekten</i>								
diabetes mellitus	3,3	26,7	16,3	6	6	2,5	68,8	12
coronaire aand./ hartfalen	4,1 / 2,0	16,4/7,4	17,9	23	8	2,7	80,5	–
astma / COPD	6,0 / 2,7	26,2/14,2	12,5	8	6	1,4	84,7	10
eczeem	38,0	68,7	8,7	2	5	2,5	84,7	9
nek- of rugklachten	69,8	100,4	9,5	5	5	18,8	49,6	11
artrose perifere gewrichten	4,8	12,9	14,4	12	7	10,8	59,0	–

159

¹ de N verschilt per bestudeerde aandoening en wordt weergegeven in de afzonderlijke paragrafen.

² de gemiddelde contactfrequentie is berekend op alle ingeschreven patiënten, inclusief degenen die in het registratiejaar geen contact hadden met de huisartspraktijk. De contactfrequentie voor de bestudeerde aandoeningen zijn uitsluitend gebaseerd op de consulterende populatie met die specifieke aandoening.

quent, met uitzondering van ‘algemene klachten’ en ‘kinderziekten’. Huisartsen zijn bij alle bestudeerde aandoeningen in eerste consulten meer terughoudend met voorschrijven dan in vervolgsconsulten. Veel klachten genezen zonder geneesmiddelen en sommige klachten moeten eerst duidelijker worden voordat huisartsen kunnen voorschrijven (bijvoorbeeld bij algemene klachten).

- Huisartsen handelen veel klachten en aandoeningen zelf af. Bij de bestudeerde aandoeningen komen verwijzingen naar de eerste en/of tweede lijn met name voor in geval van klachten van het bewegingsapparaat (naar fysiotherapie) en enkele chronische ziekten (naar 2^e lijn). In tegenstelling tot het voorschrijven vinden verwijzingen vaker in een eerste contact plaats.



Verschillen tussen praktijken en huisartsen in contactfrequenties

In dit hoofdstuk wordt variatie in contactfrequenties tussen praktijken geanalyseerd. Eerst worden verschillen in de patiëntenpopulatie tussen praktijken beschreven. Vervolgens wordt voor verschillende patiënt- en praktijkkenmerken bekeken hoe deze samenhangen met variaties in contactfrequenties.

161

6.1 Inleiding

Hoewel contactfrequenties niet direct toe te schrijven zijn aan het handelen van artsen, wordt wel variatie tussen artsen en praktijken verwacht op dit gebied. Meer algemeen is bekend dat medische beslissingen van artsen verschillen. Deze verschillen zijn gevonden voor verschillende medische beslissingen en op verschillende aggregatie niveaus, zoals landen, regio's, ziekenhuizen, praktijken en artsen. In dit hoofdstuk zal de variatie in de huisartspraktijk behandeld worden. Voor de huisartspraktijk is variatie bekend in contactfrequenties (Groenewegen 1992), registratie van diagnoses (Marinus 1993, Davis 2002), aanvragen van diagnostische tests (Zaat 1991, Peterson 1997, Guthrie 2001, Davis 2002), aantal verwijzingen (Groenewegen 1992, O'Donnell 2000), voorschrijven van medicatie (Davis 2002, Howie 1976), en redenen voor terugbestellen. (Verhaak 1993, Davis 1995, 2002, Taroni 1990) Op zich is het niet zo vreemd dat er variatie bestaat; patiënten verschillen immers en dat leidt tot verschillen in behandeling. Een groot deel van de variatie in medisch handelen is dan ook het gevolg van verschillen in patiëntkenmerken en morbiditeit. Echter, ook als rekening wordt gehouden met deze verschillen tussen patiënten blijft er variatie in het handelen van artsen bestaan: artsen variëren in hoe ze vergelijkbare patiënten behandelen. (Mulder 1996) Een deel van de variatie in medisch handelen wordt dus veroorzaakt door factoren die niet direct met de medische toestand van de patiënt te maken hebben. Variatie kan vragen oproepen over de kwaliteit van zorg en onnodig hoge kosten van zorg. (Marinus 1993) In het beslissingsproces van artsen is sprake van een complexe interactie van wetenschappelijke kennis, wensen van de patiënt, voorkeuren van de arts, en allerlei andere invloeden. (McKinlay 1996, Burns 1991, McPherson 1990) Tot nu toe is er nog geen bewijs dat minder variatie zou leiden tot een betere kwaliteit van de zorg. (Fertig 1993, Weide 1999)

In dit hoofdstuk wordt een beschrijving gegeven van de variatie tussen huisartspraktijken. Eerst zal een aantal oorzaken van variatie tussen huisartspraktijken worden toegelicht. Vervolgens zal nader worden ingegaan op variatie in contactfrequenties, waarbij het gaat om alle contacten die een patiënt met de huisartspraktijk heeft. Variatie tussen artsen en praktijken in contactfrequenties zal te maken hebben met de praktijkorganisatie en het terugbestellen van patiënten door de huisarts. De

contactfrequentie zegt tevens iets over de toegankelijkheid van de huisartsenzorg en is als zodanig ook van belang. Toegankelijkheid van zorg is naast kwaliteit en doelmatigheid een van de publieke belangen die door de overheid worden bewaakt.

McPherson (1990) onderscheidt oorzaken van variatie die met de patiënt te maken hebben, de arts en zijn omgeving en met de gebruikte data.

Patiëntkenmerken en variatie

Praktijkvariatie kan veroorzaakt worden doordat de praktijkpopulaties verschillen wat betreft het voorkomen van ziekten (morbiditeit). Ook als de praktijkpopulaties verschillen in leeftijd en geslacht kan dit variatie veroorzaken, dit hangt samen met verschillen in morbiditeit. Oudere patiënten presenteren meer en andere klachten dan jongeren, en vrouwen presenteren andere klachten dan mannen. Verzekeringsvorm kan eveneens een oorzaak zijn van variatie. Zo is de contactfrequentie van ziekenfondspatiënten hoger dan die van particulier verzekerden (dit rapport). Patiënten kunnen verschillen in zorgvraag; de ene patiënt is de andere niet, zowel in presentatie van de klacht als in het wel of niet zoeken van medische hulp bij bepaalde klachten. De zorgvraag is bijvoorbeeld omvangrijker bij personen met een lager opleidingsniveau. (Smits 2002) Personen met een slechtere gezondheidstoestand hebben logischerwijs ook een omvangrijkere zorgvraag. Ook verschillen in etniciteit van patiënten kunnen variatie tot gevolg hebben. Uit dit rapport blijkt bijvoorbeeld dat niet-westerlingen een hogere contactfrequentie hebben dan westerlingen.

Artsen en omgeving

Variatie kan veroorzaakt worden door artskenmerken zoals ervaringsjaren, en ervaren werkdruk, praktijkenmerken als praktijkvorm, grootte van de praktijk, en stedelijkheid, contextuele factoren als financiering van de zorg of het tijdstip waarop de data zijn verzameld, of gebaseerd zijn op toeval. Nieuwe behandelmethoden worden bijvoorbeeld niet direct door een ieder geïmplementeerd, de werkstijl van huisartsen wordt niet alleen beïnvloed door medische kennis (Lomas 1989), maar ook door de (sociale) omgeving (Westert 1996, De Jong 2003).

Gebruikte data en methoden van gegevensverzameling

Als data onvolledig zijn of fouten bevatten, kunnen variaties gemeten worden die in werkelijkheid niet bestaan. Zo kan het gebruik van verschillende registratiesystemen leiden tot verschillen, omdat in het ene registratiesysteem bijvoorbeeld prescripties altijd moeten worden geregistreerd terwijl het andere systeem daar ruimte laat of wel of niet wordt geregistreerd. Een ander voorbeeld waarbij de gegevensverzameling van invloed is op variatie tussen artsen en praktijken is dat zelfregistratie door de huisartsen van bijvoorbeeld diagnosen alleen al daardoor tot clustering leidt.

Variatie in contactfrequenties kan op verschillende niveaus worden bestudeerd, het niveau van de arts-patiënt interactie, de arts en zijn omgeving en op het niveau van gezondheidszorgsystemen. Wij zullen ons concentreren op het niveau van de arts en zijn omgeving. Hoe hoger het aggregatieniveau, hoe kleiner de kans is dat toeval een rol speelt bij gevonden variatie en hoe belangrijker morbiditeitsverschillen zijn voor het verklaren van variatie. (Marinus 1993, McPherson 1990) De volgende vragen zullen worden beantwoord: Is er variatie in contactfrequentie tussen praktijken? In hoeverre wordt dit veroorzaakt door verschillen in patiëntenpopulatie, praktijkenmerken en registratie? Voor de meermanspraktijken is het daarbij interessant om de variatie tussen praktijken te vergelijken met de variatie tussen artsen binnen de praktijken.

6.2 Patiëntenpopulatie, praktijkkenmerken en registratie

Uitsluitend door de patiënt bepaalde verschillen in morbiditeit zijn niet vast te stellen, omdat diagnoses zijn geregistreerd door artsen. In de geregistreeerde morbiditeit zit dus per definitie een patiënt- en een artsandeel. Vooral psychische of sociale problemen kunnen door huisartsen verschillend worden gediagnosticeerd. (Marinus 1993) Ook demografische verschillen als geslacht, leeftijd, opleidingsniveau en verzekeringsvorm van ingeschreven patiënten hebben invloed op het aantal consulten per patiënt per praktijk. (dit rapport, Groenewegen 1992)

Tabel 6.2.1

Variatie patiëntenpopulatie tussen praktijken (385461 patiënten, 104 praktijken)

<i>Patiëntkenmerken</i>	Gemiddelde	Variatiebreedte
<i>Verzekeringsvorm</i>		
ziekenfonds	67,4%	45,0-92,1%
particulier	32,7%	7,9-55,0%
<i>Geslacht</i>		
vrouw	50,6%	47,3-58,2%
man	49,4%	41,8-52,7%
<i>Leeftijd</i>		
0-4 jaar	4,9%	2,3-11,7%
5-14 jaar	12,2%	5,2-29,6%
15-24 jaar	12,1%	5,5-21,0%
25-44 jaar	32,5%	22,2-54,1%
45-64 jaar	24,6%	12,2-34,1%
65-74 jaar	7,4%	1,7-14,3%
75+	6,3%	0,8-15,8%
<i>Opleiding</i>		
geen	16,0%	7,7-28,5%
lagere/ basisschool	18,9%	8,1-33,7%
mid/ voortgezet onderwijs	48,1%	29,6-59,0%
hbo/ academisch onderwijs	17,1%	3,4-45,2%
<i>Gezondheidstoestand</i>		
heel goed	23,4%	15,5-33,2%
goed	57,6%	47,6-63,1%
matig	16,2%	9,1-28,8%
slecht	2,4%	0,9-7,5%
heel slecht	0,0%	0,0-1,8%
<i>Etniciteit</i>		
westers	69,1%	6,3-85,8%
niet-westers	5,5%	0,0-47,9%
onbekend	25,5%	13,5-62,4%

Bron: patiëntregistratie

In Tabel 6.2.1 staat voor een aantal patiëntkenmerken het gemiddelde percentage per praktijk en het laagste en hoogste percentage per praktijk (de variatiebreedte). Voor demografische verschillen moet worden gecorrigeerd om de variatie in contactfrequentie tussen praktijken, die niet kan worden toegeschreven aan verschillende patiëntenpopulaties, te kunnen beschrijven. Dit betekent dat de praktijken vergelijkbaar worden gemaakt wat betreft patiëntenpopulatie. Met name het percentage patiënten ouder dan 75 jaar, patiënten met een HBO of academische opleiding, patiënten met een zeer slechte gezondheid en niet-westerse patiënten varieert sterk tussen praktijken.

Tabel 6.2.2

Aantal praktijken naar praktijkvorm (n=101 praktijken)

	Aantal praktijken	Percentage
Solopraktijk	54	53%
Duopraktijk	23	23%
Groepspraktijk	15	15%
Gezondheidscentrum	9	9%

Bron: praktijkkenmerken

Variatie kan alleen veroorzaakt worden door praktijkkenmerken en registratie als deze ook verschillen tussen praktijken. Met andere woorden: als alle praktijken solopraktijken zijn kan dit nooit een oorzaak voor variatie tussen praktijken zijn. In Tabel 6.2.2 en 6.2.3 staan voor twee praktijkkenmerken, de praktijkvorm en de mate van stedelijkheid, de aantallen praktijken weergegeven. De meeste praktijken zijn solopraktijken en de meeste praktijken bevinden zich in sterk stedelijke gebieden. Het percentage solopraktijken is iets lager dan het percentage in Nederland, de percentages praktijken naar stedelijkheid komen overeen met landelijke percentages.

Tabel 6.2.3

Aantal praktijken naar stedelijkheid (n=101 praktijken)

	Aantal praktijken	Percentage
Zeer sterk stedelijk	21	21%
Sterk stedelijk	24	24%
Matig stedelijk	18	18%
Weinig stedelijk	20	20%
Niet stedelijk	18	18%

Bron: praktijkkenmerken

Voor de verschillen door registratie worden de verschillende huisartsinformatiesystemen (HIS) die gebruikt worden bestudeerd. Registratieverschillen op basis van de werking van HISsen zijn onvermijdelijk. Dit kan te maken hebben met de mate van 'dwingendheid' in systematiek van een registratiesysteem: in welke mate artsen volgens een vast stramien door het registratiesysteem worden geloodst, en de mate van eigen systematiek die daarbij mogelijk is. In Tabel 6.2.4 staan voor vijf HISsen het aantal praktijken vermeld. De meeste praktijken gebruiken Promedico.

Tabel 6.2.4**Aantal praktijken naar HIS (n=101 praktijken)**

	Aantal praktijken	Percentage
MicroHis	14	14%
Promedico	26	26%
Elias	21	21%
Arcos	11	11%
MacHis	15	15%

Bron: praktijkmerken

Met behulp van multiniveau analyse zal nu de variatie alsmede de samenhang van verschillende oorzaken van variatie met variatie in contactfrequenties worden beschreven.

165

6.3 Variatie in contactfrequentie: een multiniveau analyse

6.3.1 Multiniveau analyse

Multiniveau modellen worden gebruikt om data met een hiërarchische structuur te kunnen analyseren. (Leyland 2003, Snijders 1999, Hox 1995) Binnen praktijken hebben we te maken met artsen en artsen zien bepaalde patiënten. Door (sociale) omstandigheden zijn er overeenkomsten tussen artsen binnen dezelfde praktijk. Binnen praktijken kunnen afspraken zijn omtrent de contacten met patiënten en dit kan leiden tot overeenkomsten in contactfrequentie: de contactfrequenties zijn niet onafhankelijk en bij analyses moet dit worden meegenomen. In de analyses wordt een model gebruikt met drie niveaus: praktijken, artsen en patiënten. Met dit model wordt een gemiddelde berekend. Als maat voor de variatie wordt voor zowel het praktijkniveau als het artsniveau het 95% betrouwbaarheidsinterval gegeven: 95% van de gemiddelde contactfrequenties ligt in dit interval. Als maat voor de homogeniteit binnen praktijken zal een correlatie coëfficiënt berekend worden: de intra class correlatie (ICC)¹. In dit hoofdstuk ligt het accent vooral op de mate van variatie in contactfrequenties en minder op de afzonderlijke effecten van de variabelen op het gemiddelde, daarom zijn de waarden van de variabelen gecentreerd rond hun gemiddelde. De variatie in contactfrequenties tussen praktijken en tussen artsen binnen die praktijken zal worden beschreven.

6.3.2 Variatie in contactfrequentie tussen en binnen praktijken

In Tabel 6.3.1 staan de gemiddelde contactfrequentie, de intervallen waartussen 95% van de gemiddelde contactfrequenties voor praktijken en voor artsen liggen alsmede de breedte van deze intervallen en de intra class correlatie vermeld. De weergegeven intervallen betekenen het volgende: in het eerste model ligt de contactfrequentie voor 95% van de praktijken tussen de 3,9 en 9,1. Dit is de contactfrequentie als praktijken voor wat betreft hun patiëntenpopulatie vergelijkbaar zijn

¹ ICC=(variatie tussen praktijken)/(variatie tussen praktijken + variatie binnen praktijken)

gemaakt. Het betekent dat praktijken met een hoge contactfrequentie gemiddeld 5,2 contacten per patiënt per jaar meer hebben dan praktijken met een lage contactfrequentie. Als praktijkkenmerken, zoals praktijkvorm en stedelijkheid, worden toegevoegd zijn de grenzen 4,7-8,7: de verschillen zijn iets afgenomen. Toevoegen van het huisartsinformatiesysteem leidt tot het smalste interval: van 5,1-8,3. Het verschil tussen praktijken met een hoge en praktijken met een lage gemiddelde contactfrequentie is nu 3,2 contacten per patiënt per jaar. Het maakt dus uit met welk HIS er wordt geregistreerd.

Het interval voor de artsen schuift iets op, namelijk van een minimum van 5,4 naar 5,6 en een maximum van 7,6 naar 7,8. De breedte van het interval voor de artsen in een praktijk blijft gelijk, namelijk 2,2. Het betekent dat de verschillen tussen artsen die in één praktijk werken niet veranderen door het toevoegen van praktijkkenmerken en het HIS waarmee wordt gewerkt. Dit is niet zo verwonderlijk omdat praktijkkenmerken alle artsen binnen een praktijk betreffen. De intra class correlatie is kleiner naarmate er meer kenmerken zijn toegevoegd: de conclusie luidt dat de variatie tussen praktijken kleiner is.

Tabel 6.3.1

Variatie in contactfrequentie tussen praktijken en artsen (gemiddelden, betrouwbaarheidsintervallen en breedte van die intervallen, 101 praktijken, 150 artsen)

	contact- frequentie	95% BI praktijken	Breedte	95% BI artsen	Breedte	ICC
<i>Patiëntkenmerken</i>						
+geslacht, leeftijd, gezondheids- toestand, verzekeringsvorm, opleidingsniveau, etniciteit	6,5	3,9-9,1	5,2	5,4-7,6	2,2	0,85
<i>Praktijkkenmerken</i>						
+ praktijkvorm, stedelijkheid	6,7	4,7-8,7	4,0	5,6-7,8	2,2	0,77
<i>Registratie</i>						
+ HIS	6,7	5,1-8,3	3,2	5,6-7,8	2,2	0,68

Bron: contactregistratie incl. gegevens over prescriptie en verwijzing

6.3.3 Variatie in contactfrequentie: patiëntkenmerken, praktijkkenmerken en registratiesysteem

Op basis van de resultaten in Tabel 6.3.1 kan geconcludeerd worden dat praktijken en artsen, wanneer naar vergelijkbare patiëntpopulaties wordt gekeken, verschillen wat betreft contactfrequenties. Vergelijkbare patiënten hebben dus verschillende contactfrequenties. Hoe groot zijn die verschillen eigenlijk tussen praktijken en artsen? Om deze vraag te beantwoorden zal nu voor een aantal patiëntkenmerken, praktijkkenmerken en de gebruikte HISsen worden bestudeerd wat de variatie tussen praktijken en tussen artsen in een praktijk is. Er wordt steeds gecontroleerd voor de patiëntkenmerken geslacht, leeftijd, gezondheidstoestand, verzekeringsvorm, opleidingsniveau en etniciteit, met uitzondering van het kenmerk waar naar gekeken wordt. De weergegeven

betrouwbaarheidsintervallen voor de arts laten zien tussen welke waarden 95% van de contactfrequenties liggen, wanneer rekening wordt gehouden met het feit dat (sommige) artsen samen met andere artsen in een praktijk zitten. Als de verschillen tussen artsen kleiner zijn dan tussen praktijken betekent dit dat er overeenkomsten zijn tussen artsen die in dezelfde praktijk werken. We letten zowel op de minimale en maximale contactfrequenties in het interval als op de breedte van het interval. Intra class correlaties worden niet meer weergegeven, omdat deze al in tabel 6.3.1 staan vermeld.

Patiëntkenmerken

Allereerst wordt het geslacht van de patiënt bestudeerd (Tabel 6.3.2). Vrouwen hebben niet alleen een hogere contactfrequentie dan mannen, ook de variatie tussen praktijken en artsen is veel groter. Het verschil tussen een praktijk met een hoge contactfrequentie en een praktijk met een lage contactfrequentie is 6,0 contacten per vrouw, voor mannen is dit 4,4 contacten. Als artsen met een hoge contactfrequentie worden vergeleken met artsen met een lage contactfrequentie is het verschil respectievelijk 2,7 en 1,6. De breedte van het interval voor artsen is dus voor zowel mannen als vrouwen kleiner dan de breedte van het interval voor praktijken. Dit betekent dat artsen in dezelfde praktijk meer overeenkomsten vertonen wat betreft contactfrequenties dan artsen van verschillende praktijken. Opvallend is dat de intervallen voor de artsen elkaar nauwelijks overlappen: vrijwel alle artsen hebben een hogere contactfrequentie voor vrouwen dan voor mannen.

167

Tabel 6.3.2 Variatie in contactfrequentie tussen praktijken en artsen: geslacht (gecontroleerd voor de patiëntkenmerken leeftijd, gezondheidstoestand, verzekeringsvorm, opleidingsniveau en etniciteit, 101 praktijken, 150 artsen)

	Gemiddelde	95% BI praktijken	Breedte	95% BI artsen	Breedte
Vrouw	7,4	4,4-10,4	6,0	6,1-8,8	2,7
Man	5,4	3,2-7,6	4,4	4,6-6,2	1,6

Bron: contactregistratie incl. gegevens over prescriptie en verwijzing

In Tabel 6.3.3 staan de gemiddelde contactfrequenties per patiënt per jaar en de 95% betrouwbaarheidsintervallen vermeld voor verschillende leeftijdscategorieën. Ook hier zal weer gelet worden op de waarden en de breedte van de intervallen. Met name voor de hoogste leeftijdscategorieën, 65-74 en 75+, zijn de verschillen tussen praktijken erg groot. Het verschil tussen een praktijk met een hoge contactfrequentie voor patiënten in deze leeftijdscategorieën en een praktijk met een lage contactfrequentie is respectievelijk 11,0 en 16,6 contacten per patiënt per jaar. Verder valt op dat de intervallen van de laagste leeftijdscategorieën niet of nauwelijks overlappen met die van de hoogste leeftijdscategorieën. Dit betekent dat bijna alle patiënten ouder dan 65 jaar een hogere contactfrequentie hebben dan de patiënten jonger dan 15 jaar, onafhankelijk van de arts of praktijk die ze bezoeken. De verschillen tussen artsen laten een zelfde patroon zien: de verschillen zijn het grootst voor de hoogste leeftijdscategorieën. Opvallend is het kleine verschil tussen artsen voor de patiënten in de leeftijd van 15-24 jaar: slechts 0,9 contacten per patiënt per jaar. De verschillen tussen artsen zijn voor alle leeftijdsgroepen kleiner dan de verschillen tussen praktijken: er zijn overeenkomsten in de contactfrequenties voor de verschillende leeftijdsgroepen binnen praktijken.

Tabel 6.3.3 Variatie in contactfrequentie tussen praktijken en artsen: leeftijd (gecontroleerd voor de patiëntkenmerken geslacht, gezondheidstoestand, verzekeringsvorm, opleidingsniveau en etniciteit, 101 praktijken, 150 artsen)

	Gemiddelde	95% BI praktijken	Breedte	95% BI artsen	Breedte
0-4 jr.	4,5	3,1-5,9	2,8	3,6-5,5	1,9
5-14 jr.	3,4	2,5-4,2	1,7	2,7-4,0	1,3
15-24 jr.	4,7	3,4-6,0	2,6	4,2-5,1	0,9
25-44 jr.	5,7	4,0-7,4	3,4	4,6-6,7	2,1
45-64 jr.	6,9	4,0-9,7	5,7	5,7-8,0	2,3
65-74 jr.	10,5	5,0-16,0	11,0	8,2-12,7	4,5
75+	14,2	5,9-22,5	16,6	10,4-18,0	7,6

Bron: contactregistratie incl. gegevens over prescriptie en verwijzing

Ook de gezondheidstoestand van patiënten laat verschillen tussen praktijken en artsen zien (Tabel 6.3.4). Patiënten die hun gezondheid als heel goed of goed beoordelen hebben in een praktijk met een lage contactfrequentie 3,5 en in een praktijk met een hoge contactfrequentie 7,2 contacten per patiënt per jaar. De grootste verschillen tussen praktijken zijn gevonden voor patiënten die hun gezondheid als heel slecht of slecht beoordelen. Hun contactfrequenties liggen tussen 6,3 en 24,9 contacten; een verschil van 18,6 contacten per patiënt per jaar. Ook tussen artsen is het verschil voor deze categorie het grootst. De verschillen tussen artsen zijn in alle gevallen kleiner dan de verschillen tussen praktijken.

Tabel 6.3.4 Variatie in contactfrequentie tussen praktijken en artsen: gezondheidstoestand (gecontroleerd voor de patiëntkenmerken geslacht, leeftijd, verzekeringsvorm, opleidingsniveau en etniciteit, 101 praktijken, 150 artsen)

	Gemiddelde	95% BI praktijken	Breedte	95% BI artsen	Breedte
Heel goed, goed	5,3	3,5-7,2	3,7	4,5-6,1	1,6
Matig	11,6	5,5-17,7	12,2	9,3-14,0	4,7
Heel slecht, slecht	15,6	6,3-24,9	18,6	10,5-20,8	10,3

Bron: contactregistratie incl. gegevens over prescriptie en verwijzing

Uit Tabel 6.3.5 blijkt dat het verschil tussen praktijken in contactfrequentie voor ziekenfondsverzekerden iets groter is dan voor particulier verzekerden; respectievelijk 5,9 en 4,2. Het interval voor ziekenfondspatiënten overlapt het interval voor particulier verzekerden volledig en dus kan geconcludeerd worden dat de contactfrequentie op praktijkniveau niet verschilt tussen particulier en ziekenfondsverzekerden. De verschillen tussen artsen zijn respectievelijk 2,3 en 1,7 contacten per patiënt per jaar.

Tabel 6.3.5 Variatie in contactfrequentie tussen praktijken en artsen: verzekering (gecontroleerd voor de patiëntkenmerken geslacht, leeftijd, gezondheidstoestand, opleidingsniveau en etniciteit, 101 praktijken, 150 artsen)

	Gemiddelde	95% BI praktijken	Breedte	95% BI artsen	Breedte
Ziekenfonds	6,8	3,8-9,7	5,9	5,6-7,9	2,3
Particulier	5,9	3,8-8,0	4,2	5,0-6,7	1,7

Bron: contactregistratie incl. gegevens over prescriptie en verwijzing

Het opleidingsniveau van patiënten laat zien (Tabel 6.3.6) dat de grootste verschillen tussen praktijken te vinden zijn bij de lager opgeleiden. De contactfrequenties lopen van 2,8 tot 11,5; een verschil van 8,7 contacten per patiënt per jaar. Ook voor artsen is het verschil voor deze groep het grootst; 4 contacten per patiënt per jaar. Voor de patiënten zonder opleiding is zowel het verschil tussen praktijken als het verschil tussen artsen het kleinst; respectievelijk 2,7 en 0,9 contacten per patiënt per jaar.

169

Tabel 6.3.6 Variatie in contactfrequentie tussen praktijken en artsen: opleiding (gecontroleerd voor de patiëntkenmerken geslacht, leeftijd, gezondheidstoestand, verzekeringsvorm en etniciteit, 101 praktijken, 150 artsen)

	Gemiddelde	95% BI praktijken	Breedte	95% BI artsen	Breedte
Geen	7,2	5,8-8,5	2,7	6,7-7,6	0,9
Lager	7,1	2,8-11,5	8,7	5,1-9,1	4,0
Mid/voortgezet	6,3	3,7-8,9	5,2	5,3-7,3	2,0
HBO/academisch	5,7	3,7-7,6	3,9	4,7-6,6	1,9

Bron: contactregistratie incl. gegevens over prescriptie en verwijzing

De verschillen tussen praktijken in gemiddelde contactfrequentie zijn groter voor patiënten van westerse origine dan voor patiënten van niet westerse origine; respectievelijk 5,5 en 3,9 (Tabel 6.3.7). Het interval voor patiënten van westerse afkomst overlapt het interval voor patiënten van niet westerse afkomst volledig: er is geen verschil in contactfrequentie. Opvallend is dat het verschil tussen artsen niet zo veel verschilt van dat tussen praktijken als het gaat om patiënten van niet westerse afkomst.

Tabel 6.3.7 Variatie in contactfrequentie tussen praktijken en artsen: etniciteit (gecontroleerd voor de patiëntkenmerken geslacht, leeftijd, gezondheidstoestand, verzekeringsvorm en opleidingsniveau, 101 praktijken, 150 artsen)

	Gemiddelde	95% BI praktijken	Breedte	95% BI artsen	Breedte
Westers	6,4	3,7-9,2	5,5	5,4-7,5	2,1
Niet westers	6,4	4,5-8,4	3,9	4,6-8,2	3,6

Bron: contactregistratie incl. gegevens over prescriptie en verwijzing

Praktijkenmerken

Er zijn verschillen tussen praktijken in contactfrequentie, ook als gekeken wordt naar specifieke groepen. Een volgende stap is om te kijken of praktijken ook verschillen in contactfrequentie als naar bepaalde kenmerken van de praktijk wordt gekeken: praktijkvorm en stedelijkheid.

In Tabel 6.3.8 staan de gemiddelde contactfrequentie, het 95% betrouwbaarheidsinterval voor praktijken en het 95% betrouwbaarheidsinterval voor artsen vermeld naar praktijkvorm. Voor solo-praktijken kan geen verschil worden gemaakt tussen de verschillen tussen praktijken en tussen artsen in een praktijk, omdat er maar één arts per praktijk is. De verschillen tussen praktijken zijn gelijk voor solo- en duopraktijken, namelijk 5,5 contacten per patiënt per jaar. Voor gezondheidscentra zijn de verschillen het kleinst, namelijk 3,1 contacten per patiënt per jaar. De intervallen voor de verschillende praktijkvormen overlappen elkaar gedeeltelijk; er zijn dus veel overeenkomsten. De verschillen tussen artsen zijn het grootst voor gezondheidscentra en het kleinst voor groepspraktijken. Ook hier vertonen de intervallen veel overlap.

Tabel 6.3.8 Variatie in contactfrequentie tussen praktijken en artsen: praktijkvorm (gecontroleerd voor de patiëntkenmerken geslacht, leeftijd, gezondheidstoestand, verzekeringsvorm, opleidingsniveau en etniciteit, 101 praktijken, 150 artsen)

	Gemiddelde	95% BI praktijken	Breedte	95% BI artsen	Breedte
Solopraktijk	6,0	3,3-8,8	5,5	Nvt	Nvt
Duopraktijk	6,8	4,0-9,5	5,5	5,6-8,0	2,4
Groepspraktijk	7,0	4,9-9,1	4,2	6,2-7,8	1,6
Gezondheidscentrum	7,4	5,8-8,9	3,1	6,2-8,7	2,5

Bron: contactregistratie incl. gegevens over prescriptie en verwijzing

Wat betreft de mate van stedelijkheid is het verschil tussen praktijken in niet stedelijke gebieden het grootst is; 5,0 contacten per patiënt per jaar. Er is veel overlap tussen de verschillende categorieën. Tussen artsen is het verschil voor sterk stedelijke gebieden het grootst; 2,9 contacten per patiënt per jaar. Opvallend is dat patiënten van een arts in een zeer stedelijk gebied bijna altijd een lagere contactfrequentie hebben dan patiënten van een arts in een matig, weinig of niet stedelijk gebied. Ook de verschillen tussen artsen zijn het kleinst in zeer stedelijke gebieden; 0,9 contacten per patiënt per jaar.

Tabel 6.3.9 Variatie in contactfrequentie tussen praktijken en artsen: stedelijkheid (gecontroleerd voor de patiëntkenmerken geslacht, leeftijd, gezondheidstoestand, verzekeringsvorm, opleidingsniveau en etniciteit, 101 praktijken, 150 artsen)

	Gemiddelde	95% BI praktijken	Breedte	95% BI artsen	Breedte
Zeer stedelijk	5,1	3,1-7,2	4,1	4,7-5,6	0,9
Sterk stedelijk	6,4	4,6-8,2	3,6	5,0-7,9	2,9
Matig stedelijk	6,5	4,4-8,5	4,1	5,6-7,5	1,9
Weinig stedelijk	6,9	4,6-9,2	4,6	5,7-8,2	2,5
Niet stedelijk	7,6	5,1-10,1	5,0	6,9-8,3	1,4

Bron: contactregistratie incl. gegevens over prescriptie en verwijzing

Registratiesysteem

Artsen gebruiken verschillende informatiesystemen om hun handelingen te registreren. Ook dit kan leiden tot verschillen tussen praktijken en artsen. De verschillen tussen artsen en praktijken zijn niet altijd van elkaar te onderscheiden, hetgeen betekent dat artsen binnen een praktijk dezelfde contactfrequentie hebben.

Uit Tabel 6.3.10 blijkt dat het verschil tussen praktijken voor Microhis het grootst is; 4,9 contacten per patiënt per jaar. Voor Arcos is het verschil 3,1 contacten per patiënt per jaar. De intervallen voor de verschillende HISsen overlappen elkaar gedeeltelijk. De verschillen tussen artsen zijn voor MacHis het kleinst en voor Promedico het grootst; respectievelijk 1,1 en 2,4 contacten per patiënt per jaar. Voor Elias kan het onderscheid tussen de praktijk en de artsen die in die praktijk werken niet gemaakt worden. De verklaring hiervoor ligt in de bewerking van de gegevens: alle patiënten van een praktijk waarin gebruik wordt gemaakt van Elias zijn toegekend aan één arts, omdat het niet mogelijk bleek de patiënten toe te kennen aan de verschillende artsen die werkzaam zijn in de praktijk. Dit heeft tot gevolg dat praktijken waar gebruik wordt gemaakt van Elias behandeld worden als solopraktijken, waardoor er geen variatie tussen artsen binnen de praktijk kan zijn, omdat er slechts één arts werkzaam is.

171

Tabel 6.3.10 Variatie in contactfrequentie tussen praktijken en artsen: HIS (gecontroleerd voor de patiëntkenmerken geslacht, leeftijd, gezondheidstoestand, verzekeringsvorm, opleidingsniveau en etniciteit, 101 praktijken, 150 artsen)

	Gemiddelde	95% BI praktijken	Breedte	95% BI artsen	Breedte
Microhis	6,5	4,0-8,9	4,9	5,5-7,5	2,0
Promedico	7,4	5,3-9,6	4,3	6,2-8,6	2,4
Elias	5,5	3,3-7,8	4,5	Nvt	Nvt
Arcos	7,1	5,6-8,7	3,1	6,3-8,0	1,7
MacHis	5,3	3,2-7,5	4,3	4,8-5,9	1,1

Bron: contactregistratie incl. gegevens over prescriptie en verwijzing

6.4 Conclusie en discussie

Praktijken verschillen wat betreft hun patiëntenpopulatie. Dit zal van invloed zijn op de contactfrequentie, maar ook als voor deze verschillen in patiëntenpopulatie gecontroleerd wordt, blijven verschillen in contactfrequenties bestaan. Praktijkkenmerken als praktijkvorm en stedelijkheid nemen een deel van deze verschillen voor hun rekening. In dit hoofdstuk is gekeken naar de variatie voor verschillende patiënt- en praktijkkenmerken.

In de contactfrequentie speelt het initiatief van de patiënt natuurlijk 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 wel degelijk ook door artsen wordt beïnvloed. ‘Vergelijkbare patiënten’ hebben bij de ene arts of prak-

tijk een hogere contactfrequentie dan bij de andere. Met name voor oudere patiënten en patiënten met een slechte gezondheidstoestand zijn de verschillen tussen praktijken erg groot; bij de ene praktijk zijn de contactfrequenties veel hoger dan bij de andere. Het maakt voor een patiënt dus uit naar welke praktijk hij of zij gaat. Of dit een solo-, duo-, groepspraktijk of gezondheidscentrum is, maakt voor de contactfrequentie niet zoveel verschil; bij alle praktijkvormen zijn er praktijken met lage en hoge contactfrequenties. De gevonden variatie tussen praktijken in contactfrequentie leidt tot vragen om verklaringen. Is het bijvoorbeeld zo dat in sommige praktijken ouderen sneller worden doorgestuurd naar een specialist? Of behandelen juist deze praktijken ouderen erg efficiënt waardoor zij een lagere contactfrequentie hebben? Dit zijn belangrijke vragen onder andere in het kader van de toegankelijkheid van zorg en de poortwachterfunctie van de huisarts.

172

Verder blijkt dat de verschillen in contactfrequenties tussen praktijken altijd groter zijn dan de verschillen tussen artsen binnen een praktijk: er zijn overeenkomsten binnen praktijken. Deze overeenkomsten binnen praktijken zullen bepaald worden 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 de 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 een patiënten zeer regelmatig terug laat komen, waardoor er minder ruimte is voor andere patiënten.

Met betrekking tot de verschillen die tussen HISSen zijn gevonden moet opgemerkt worden dat het onderscheid tussen werkelijke variatie en variatie ten gevolge van variatie in registratie niet kan worden gemaakt. De verschillen tussen de verschillende registratiesystemen zouden ook werkelijke verschillen kunnen laten zien. Registratiesystemen kunnen ook sturend zijn. Het is moeilijk voor te stellen hoe dit zou moeten werken voor contactfrequenties, maar voor bijvoorbeeld prescriptie en aanvraag van diagnostiek is het denkbaar. Als bepaalde geneesmiddelen al voorgeprogrammeerd zijn bij bepaalde aandoeningen kan men zich voorstellen dat dit eerder wordt voorgeschreven. Bij het aanvragen van diagnostiek blijkt het aanvraagformulier van invloed op de aanvraag. Programma's die het aanvraagformulier veranderen of waarbij tijdens het invullen feedback wordt gegeven, blijken een groot effect te hebben. (Zaat 1991)

In de inleiding is genoemd dat kennis over contactfrequenties een indicatie kan geven over de toegankelijkheid van de zorg, een van de publieke belangen die door de overheid bewaakt worden. Verschillen in contactfrequenties tussen praktijken kunnen duiden op verschillen in toegankelijkheid. Bij het begrip toegankelijkheid gaat het over de vraag of patiënten bij de huisarts terecht kunnen als dat nodig is. Op basis van de resultaten van dit hoofdstuk kunnen geen uitspraken worden gedaan over de vraag of patiënten geen toegang zouden hebben tot de zorg die zij nodig hebben. Wel kunnen de resultaten dienen als beschrijving van de situatie op dit moment, om op een ander momenten gebruikt te worden als indicatie voor veranderingen in de toegankelijkheid. Dit is ook in het belang van de specifieke functie die de huisarts heeft: een huisarts kan niet functioneren als poortwachter als patiënten niet bij de huisarts terechtkunnen.



Verwachtingen van het nut van huisartsenzorg bij alledaagse klachten

In dit hoofdstuk worden verwachtingen van patiënten over de meerwaarde van huisartsenzorg bij alledaagse klachten beschreven. Huisartsenzorg of zelfzorg, dat is de vraag. De verwachtingen worden beschreven naar soort klacht en vergeleken met verwachtingen die men 15 jaar geleden had over huisartsenzorg bij alledaagse klachten. Het effect van patiëntkenmerken op de verwachtingen wordt in samenhang met kenmerken van de huisartspraktijk bestudeerd.

175

7.1 Hogere verwachtingen: meer kans op het consulteren van de huisarts

Ruim 90% van de klachten die worden gepresenteerd in de huisartsenpraktijk worden door de huisarts en/of assistent afgehandeld. Een deel van de alledaagse somatische klachten gaat vanzelf weer over, zoals een griep of verkoudheid, en vanuit het perspectief van de huisartsen is een contact met de huisarts voor dit soort klachten veelal niet noodzakelijk. In een Britse studie geven bijna 9 van de 10 geïnterviewde huisartsen aan dat zij vinden vaak tot zeer vaak onnodig te worden geconsulteerd voor niet-ernstige alledaagse klachten. (Morris 2001)

Voor vraaggestuurde zorgverlening is kennis van verwachtingen van patiënten onontbeerlijk. Een aantal studies suggereert dat wanneer geen rekening wordt gehouden met de verwachtingen van patiënten, dit kan leiden tot ontevredenheid bij de patiënt, verminderde therapietrouw en een inadequaat gebruik van medische zorg. (Williams 1995, Marple 1997, Perron 2003) Verwachtingen van medisch handelen worden onder andere gevormd onder invloed van culturele opvattingen, de mate van beheersingsoriëntatie (locus of control), sociaal-economische positie en ideeën over aanvullende geneeswijzen. (Furer 2001) Verwachtingen die mensen hebben van baat van medische zorg bij alledaagse klachten verklaren een belangrijk deel van de variatie in gebruik van huisartsenzorg bij niet-ernstige gezondheidsproblemen. (Van de Lisdonk 1985) Personen die hogere verwachtingen hebben van medische zorg doen minder aan zelfzorg in geval van gezondheidsproblemen (bijvoorbeeld rust nemen, zelfmedicatie), denken minder vaak dat de klacht vanzelf overgaat (Kooiker 1996) en maken meer gebruik van huisartsenzorg. (Van de Lisdonk 1985) In 1987 (eerste Nationale Studie) werden hogere verwachtingen gevonden onder ouderen, personen met een lager opleidingsniveau en onder personen die de eigen gezondheid als matig of slecht beoordelen.

Naast kenmerken van de patiënt kunnen ook kenmerken van de huisartspraktijk het consultatiegedrag van patiënten en de inhoud van de zorg beïnvloeden (zie ook Hoofdstuk 6). Inhoudelijk verschilt huisartsenzorg in stedelijke gebieden bijvoorbeeld van de zorg in minder stedelijke gebieden. (Verheij 1999, Boerma 1998) Er is variatie in handelen tussen huisartsen en meer overeenkomst in handelen tussen samenwerkende huisartsen als gevolg van omstandigheden zoals praktijkorganisatie. (De Jong 2003) Uit bovengenoemde studies blijkt dat er een samenhang bestaat tussen praktijkvorm, de mate van stedelijkheid van de praktijklocatie en de praktijkgrootte enerzijds en het handelen van huisartsen anderzijds. Mogelijk bestaat een dergelijke samenhang ook tussen deze kenmerken en de verwachtingen van patiënten.

7.2 Verwachtingen van patiënten anno 2001: niet voor alles naar de dokter

176

De verwachtingen van huisartsenzorg bij alledaagse, niet-ernstige aandoeningen worden geoperationaliseerd in de Nijmeegse Verwachtingen Lijst. (NVL, Van de Lisdonk 1985) Deze vragenlijst meet, middels twaalf beweringen over diagnostiek, therapie en het bespoedigen van herstel, in welke mate men baat verwacht van de huisarts bij alledaagse niet-ernstige klachten ten opzicht van zelfzorg. De NVL voorziet in vijf antwoordcategorieën, van 'helemaal mee eens' (score=1) tot 'helemaal mee oneens' (score=5). Een hogere schaalscore verwijst naar lagere verwachtingen van huisartsenzorg bij alledaagse aandoeningen (range 12-60).

De Nijmeegse Verwachtingen Lijst was onderdeel van zowel de eerste als de tweede Nationale Studie. Dit maakt een vergelijking mogelijk tussen 1987 en 2001.

In Tabel 7.1. worden de percentages voor de verschillende antwoordcategorieën weergegeven per item. De percentages uit de eerste Nationale Studie zijn tussen haakjes weergegeven. Uit de Tabel blijkt dat bij klachten als misselijkheid (item 12), verkoudheid (item 9) of griep (item 8) bijna driekwart van de respondenten niet meer baat verwacht van huisartsenzorg dan van zelfzorg, ongeveer tweederde van de respondenten denkt er zo over in geval van bespoedigen van herstel van hoofdpijn (item 11) en geneesmiddelen via de huisarts in geval van hangerigheid, moeheid en verkoudheid (item 10). In geval van diarree (item 4), nervositeit (item 3), een pijnlijke nek of schouder (item 2), en maagklachten (item 1) verwacht ongeveer 32% tot 45% van de respondenten wel baat van huisartsenzorg. De verwachtingen van huisartsenzorg zijn hoger ($p < 0.05$) als het gaat om vragen over diagnostiek en therapie in vergelijking tot vragen over het bespoedigen van herstel.

Tabel 7.1

Verwachtingen van huisartsenzorg bij alledaagse aandoeningen, in percentages (n=9.045)

Items Nijmeegse Verwachtingen Lijst (gesorteerd naar % mee eens)	(helemaal) mee eens	deels eens, deels oneens	(helemaal) mee oneens
1. als je last van je maag hebt, kan de huisarts je beter behandelen dan wanneer je dat zelf doet.	44,8 (62,4) ¹	26,1 (23,3)	29,1 (14,3)
2. een pijnlijk gevoel in je nek en schouders kan wijzen op iets wat per se behandeld moet worden.	37,9 (39,5)	27,0 (31,0)	35,1 (29,6)
3. kalmerende middelen die de huisarts je kan voorschrijven zijn de aangewezen oplossing als je je nerveus en gejaagd voelt.	34,9 (31,3)	25,3 (29,5)	39,8 (39,2)
4. met een middel van je huisarts ben je sneller van de diarree af dan wanneer je er zelf wat voor koopt.	31,7 (44,4)	28,2 (32,3)	40,0 (23,3)
5. keelpijn kun je, om niets over het hoofd te zien, beter even aan de huisarts laten zien.	23,6 (39,0)	22,7 (28,3)	53,7 (32,8)
6. als je hoofdpijn hebt, laat de huisarts je dan nakijken want je kunt wel wat ernstigs mankeren.	16,6 (26,5)	22,8 (32,2)	60,6 (41,3)
7. door doktersbehandeling ben je sneller van een moe gevoel in je arm af dan zonder doktersbehandeling.	14,7 (28,3)	26,7 (33,6)	58,6 (38,0)
8. als je griep hebt, gaat het sneller over als je de hulp van de huisarts inroept.	13,6 (30,4)	15,0 (25,5)	71,4 (44,2)
9. voor een verkoudheid kan de huisarts je beter werkzame middelen geven dan je zelf kunt kopen.	11,5 (27,3)	13,7 (24,2)	74,8 (48,4)
10. als je je hangerig en moe voelt, helpen versterkende middelen van de huisarts het best.	11,5 (20,1)	21,9 (28,2)	66,6 (51,8)
11. door doktersbehandeling kom je sneller van hoofdpijn af dan wanneer je er zelf wat aan doet.	10,6 (23,9)	20,2 (33,0)	69,2 (43,1)
12. als je misselijk bent en moet overgeven, kun je maar het beste naar de huisarts gaan, want je kunt niet weten wat er achter kan steken.	10,1 (23,3)	16,9 (27,1)	73,0 (49,5)

Bron: patiëntenquête

¹ percentages uit de NS1

Mannen hebben gemiddeld meer verwachtingen van huisartsenzorg in geval van alledaagse klachten dan vrouwen, personen met een lager opleidingsniveau meer dan personen met een hoger opleidingsniveau, niet-westerlingen meer dan westerlingen en personen die de gezondheid als niet goed beoordelen meer dan zij die zich gezond voelen. De verwachtingen van huisartsenzorg zijn hoger onder ouderen (Tabel 7.2). De verschillen naar etniciteit zijn het meest duidelijk in de beweringen over keelpijn, hoofdpijn en misselijkheid. De verwachtingen van baat van huisartsenzorg onder hoger opgeleiden zijn voor een aantal beweringen omgekeerd aan de verwachtingen van niet-hoger opgeleiden. Bijvoorbeeld 46 % van de lager opgeleiden vindt het consulteren van de huisarts zinvol in verband met geneesmiddelen bij diarree, tegenover 25% van de hoger opgeleiden.

Tabel 7.2

Gemiddelde somscores¹ (±sd) naar leeftijd en geslacht, etniciteit en ervaren gezondheid

	18-24 jr	25-44 jr	45-64 jr	>64 jr	Totaal
<i>geslacht</i>					
man	41,8 (±6,6)	42,7 (±7,1)	39,5 (±7,8)	35,7 (±7,8)	40,1 (±7,5)
vrouw	42,7 (±6,5)	44,7 (±6,4)	41,6 (±7,2)	37,5 (±7,7)	42,0 (±7,5)
<i>opleiding</i>					
geen/lagere school	40,2 (±6,3)	40,6 (±7,0)	38,1 (±7,7)	36,3 (±7,8)	38,2 (±7,7)
middelbaar onderwijs	41,8 (±6,9)	43,9 (±6,3)	40,8 (±7,1)	36,8 (±7,9)	41,6 (±7,3)
hoger onderwijs	43,8 (±5,9)	45,8 (±6,4)	43,5 (±6,7)	38,0 (±7,1)	44,0 (±6,9)
<i>etniciteit</i>					
westers	42,7 (±6,3)	44,3 (±6,5)	42,0 (±7,4)	36,9 (±7,8)	41,3 (±7,6)
niet-westers	37,6 (±6,1)	37,4 (±7,3)	37,2 (±9,5)	34,7 (±6,6)	37,3 (±7,8)
<i>ervaren gezondheid</i>					
goed	42,4 (±6,4)	44,2 (±6,6)	41,2 (±7,3)	37,2 (±7,7)	41,8 (±7,4)
matig/slecht	40,3 (±7,3)	41,3 (±7,8)	38,2 (±8,1)	35,7 (±7,8)	38,2 (±8,2)
Totaal	42,2 (±6,6)	43,9 (±6,8)	40,6 (±7,6)	36,7 (±7,8)	41,2 (±7,7)

Bron: patiëntenquête

¹ Een hoger gemiddelde somscore verwijst naar lagere verwachtingen

Met multiniveau analyse werd onderzocht welke kenmerken op zowel patiënt- als op praktijkniveau de variatie in verwachtingen (somscore NVL) kunnen verklaren. Ongeveer 95% van de variatie in verwachtingen is toe te schrijven aan verschillen tussen patiënten, de overige 5% variatie is toe te schrijven aan verschillen tussen huisartspraktijken. Over welke verschillen tussen huisartspraktijken het concreet gaat kunnen geen uitspraken worden gedaan. De volgende praktijkkenmerken vertoonden in ieder geval geen samenhang met verwachtingen van patiënten: aantal ingeschreven patiënten, praktijkvorm (solo-, duo- of groepspraktijk), stedelijkheid van de praktijklocatie, soort Huisarts Informatie Systeem (HIS) en het aantal voorschriften per 1000 patiënten (geaggregeerd kenmerk van artsen). De variatie op het niveau van de praktijk wordt kennelijk door andere factoren verklaard.

Tabel 7.3 Multiniveau analyse verwachtingen van huisartsenzorg (n=8.423)

Parameter	Schatting effect	Standaard fout
voorspelde NVL-somscore (constante)	41,4	0,20
Kenmerken op patiëntniveau: ¹		
geen gezondheidsklachten	+ 0,14	0,45
aanwezigheid chronische aandoening	+ 0,01	0,30
totaal aantal klachten	+ 0,02	0,04
geen co-morbiditeit	+ 0,13	0,31
zelfingeschatte gezondheid is goed	+ 1,08*	0,35
geen contact met huisarts afgelopen 2 mnd	- 0,71*	0,31
gezondheid vergeleken met 1 jr geleden goed	+ 0,09	0,34
gehuwd	+ 0,83*	0,27
leeftijd	- 0,13*	0,01
vrouw	+ 2,74*	0,24
hoger opleidingsniveau	+ 2,82*	0,26
particulier verzekerd	+ 0,87*	0,26
hoger inkomen	+ 0,97*	0,35
westers culturele achtergrond	+ 4,73*	0,73
meer sociale steun	- 0,01	0,02

Bron: patiëntenquête

¹ alleen patiëntkenmerken zijn hier weergegeven, praktijkkenmerken zijn uit de tabel gelaten

* significant effect op somscore NVL ($p < 0,05$)

179

In Tabel 7.3 worden kenmerken op patiëntniveau weergegeven die samenhangen met verwachtingen. Met name op hogere leeftijd zijn de verwachtingen veel hoger: met een leeftijd van 65 jaar wordt de geschatte NVL-somscore bijvoorbeeld verlaagd met 65 maal $-0,13 = -8,45$, en een verlaagde score duidt op hogere verwachtingen. Zich gezond voelen, gehuwd zijn, vrouw zijn, particulier verzekerd zijn, een hoger opleidingsniveau, inkomen en een westers culturele achtergrond gaan samen met lagere verwachtingen van huisartsenzorg bij alledaagse aandoeningen: de gemiddelde NVL-somscore wordt hoger. Wanneer men in de 2 maanden voorafgaand aan het interview geen contact had met de huisartspraktijk, zijn de verwachtingen hoger dan wanneer men dit wel had. De Tabel laat zien dat sociaaldemografische patiëntvariabelen sterker samenhangen met verwachtingen van huisartsenzorg dan de geïnccludeerde gezondheidsvariabelen.

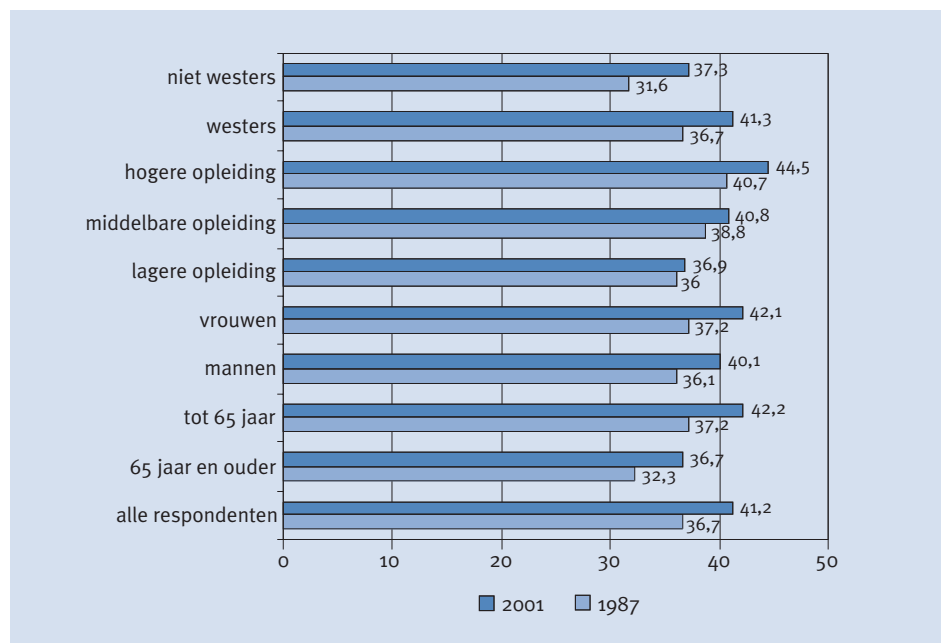
7.3 Ontwikkelingen in de tijd: afgenomen verwachtingen

In de eerste Nationale Studie bleken de items van de NVL een goede interne samenhang te vertonen (Cronbach's alfa= 0.90). De 12 items verklaarden samen 48% van de variatie in verwachtingen.

Analyse met de data van de tweede Nationale Studie laat ook zien dat de afzonderlijke items een goede samenhang vertonen (Cronbach's alfa =0,90), in het totaal kan 46% van de variatie in verwachtingen worden verklaard.

Tabel 7.1 laat zien dat de verwachtingen van huisartsenzorg zijn afgenomen in de loop van de afgelopen 15 jaar, en dit geldt voor de meeste alledaagse klachten. Alleen de verwachtingen van kalmerende middelen via de huisarts in geval van nervositeit zijn iets gestegen (item 3). De verwachtingen van huisartsenzorg bij nek- of schouderklachten (item 2) zijn nagenoeg niet veranderd. In Figuur 7.4 is te zien dat de gemiddelde somscore voor verwachtingen is gestegen ($p < 0.01$), hetgeen inhoudt dat de verwachtingen zijn afgenomen. De Figuur laat verder zien dat de verwachtingen in verschillende groepen en lagen van de bevolking zijn afgenomen. De afname in verwachtingen is het minst groot onder personen met een lager opleidingsniveau.

180



Figuur 7.4

Gemiddelde verwachtingenscores¹ in 1987 en in 2001, naar leeftijd, opleiding en culturele achtergrond

Bron: patiëntenquête

¹ Gegevens verzameld met de Nijmeegse Verwachtingen Lijst, maximale score=60, een hoger gemiddelde score verwijst naar lagere verwachtingen

7.4 Conclusie en beschouwing

De verwachtingen van baat van huisartsenzorg bij niet-ernstige alledaagse aandoeningen zijn in de loop van de afgelopen 15 jaar afgenomen, maar niet voor elke patiënt en bij elke klacht in een zelfde mate. Waarom verwachten patiënten minder van huisartsenzorg dan 15 jaar geleden? Hebben zij een meer realistische kijk gekregen op dat wat de huisarts kan bieden? Mogelijk, want huisartsen voeren al jaren een actief voorlichtingsbeleid over zelfzorg bij alledaagse klachten, onder andere via NHG-patiëntinformatie folders. Waarschijnlijk spelen ook de huidige toegankelijkheid van informatie over medische kennis en medisch handelen via internet en veranderingen in het verstrekkingenpakket een rol in de veranderde verwachtingen. Geneesmiddelen die kortdurend worden gebruikt voor niet-chronische indicaties (zelfzorgmiddelen) worden sinds 1 september 1999 niet meer vergoed. (Biermans 2000) Een aantal effectieve koorts- en pijnwerende middelen en maagzuurremmers zijn nu zonder recept verkrijgbaar. Dit alles draagt bij aan zelfzorg in geval van alledaagse klachten.

181

Hogere verwachtingen over het nut van huisartsenzorg worden gevonden bij de items over diarree, maagklachten, nervositeit of een pijnlijke nek of schouder. Men vindt het vaker zinvol om hiervoor naar de huisarts te gaan. Mogelijk gaat het hier tevens om klachten met een grotere ziektelast, of om klachten waarvoor minder makkelijk passende informatie wordt gevonden op het internet, of is het assortiment zelfzorgmiddelen voor dergelijke klachten minder eenduidig. De lagere verwachtingen van baat van huisartsenzorg zijn met name duidelijk bij klachten van de bovenste luchtwegen, zoals verkoudheid, keelpijn, hoofdpijn, griep.

Opvallend, tenslotte, is de relatief geringe afname in verwachtingen onder lager opgeleiden. Het verschil in verwachtingen tussen hoger en lager opgeleiden is hiermee groter geworden, vergeleken met 1987. Dit roept de vraag op of de voorlichting aan de lager opgeleiden voorbij is gegaan.

Literatuur

- Adam SGM, Hutten JBF. Het bepalen van de kwetsbaarheid van mantelzorgers door de huisarts. Een pilot-studie naar het gebruik en de validiteit van een nieuw screeningsinstrument. Utrecht, NIVEL, 2000.
- Andersen TF, Mooney G (ed). The challenges of medical practice variations. Denemarken, University of Copenhagen, Institute of Social Medicine, MacMillan Press, 1990.
- Andersen R, Newman JF. Societal and individual determinants of medical health care utilization in the United States. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 1973; 81: 95-123.
- Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of Social Health and Behavior* 1995; 36: 1-10.
- Baal J van. Trendcijfers gezondheidsenquête; medische consumptie, 1981-1996. Maandbericht Gezondheidsstatistiek Centraal Bureau voor de Statistiek; 1997: 5-15.
- Baez K, Aiarzaguena JM, Grandes G, Pedrero E, Aranguren J, Retolaza A. Understanding patient-initiated frequent attendance in primary care: a case-control study. *British Journal of General Practice* 1998; 48: 1824-1827.
- Bakker D de, Jabaaij L, Abrahamse H, Van den Hoogen H, Braspenning J, Van Althuis T, Rutten R. Jaarrapport LINH 2000. Utrecht, Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg, 2001.
- Bakker D de, Harmsen J, Groenewegen P. Achtergrondrapport bij de nota 'de huisarts van morgen'. Utrecht, NIVEL, 1995.
- Barofsky I. Compliance, adherence and the therapeutic alliance: steps in the development of self-care. *Social Science & Medicine* 1978; 12: 369.
- Barsky AJ. The paradox of health. *New England Journal of Medicine* 1988; 318: 414-418.
- Bensing JM, Beerendonk P. Psychosociale problemen in de huisartspraktijk: weten en meten. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 1990; 6: 595-618.
- Bensing J, Van den Brink-Muinen A, De Bakker D. Huisarts (M/V): het kleine verschil met grote gevolgen. *Medisch Contact* 1992; 47: 879-883.
- Berg MJ van den, De Bakker DH, Kolthof ED, Cardol M, Van den Brink-Muinen A. De werkdruk van de huisarts; zorgvraag en arbeidsduur in 1987 en 2001. *Medisch Contact* 2003; 58: 1054-1056.
- Berg MJ van den, Kolthof ED, De Bakker DH, Van der Zee J. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. De werkbelasting van huisartsen. Utrecht, NIVEL, 2004.
- Biermans MCJ, Adam SGM, De Bakker DH. Zelfzorgmiddelen uit het ziekenfondspakket: beleidsevaluatie maatregel uitsluiting buiten WTG-middelen. Utrecht, NIVEL, 2000.
- Boerma WGW, Groenewegen PP, Van der Zee J. General practice in urban and rural Europe: the range of cultural services. *Social Science & Medicine* 1998; 47: 445-453.
- Boerma WGW. Profiles of general practice in Europe. An international study of variation in the tasks of general practitioners. Dissertatie, Universiteit Maastricht, 2003.
- Boot JMD. Inleiding in de medische sociologie. Assen, van Gorcum, 2001.
- Brink-Muinen A van den, Van Dulmen AM, Schellevis FG, Bensing JM (redactie). Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Oog voor communicatie: huisarts-patiënt communicatie in Nederland. Utrecht, NIVEL, 2004.
- Bruin A de, Verhaak PFM. De rol van algemeen maatschappelijk werk bij psychosociale problemen. *TSG/Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 1998; 76: 10-16.
- Burns LR, Wholey DR. The effects of patient, hospital, and physician characteristics on length of stay and mortality. *Medical Care* 1991; 29: 251-271.

- Carr-Hill R, Jenkins-Clarke S, Dixon P, Pringle M. Do minutes count? Consultations lengths in general practice. *Journal of Health Services Research and Policy* 1998; 3: 207-213.
- Carney TA, Guy S, Jeffrey G. Frequent attenders in general practice: a retrospective 20-year follow-up study. *British Journal of General Practice* 2001; 51: 567-569.
- Coffie D, Wiegers TA, Schellevis FG. Het gebruik van verloskundige zorg en kraamzorg. *Tijdschrift voor Verloskundigen* 2003; 28: 315-320.
- Commissie Modernisering Eerste Lijn. Een perspectief voor de eerstelijns gezondheidszorg. Utrecht, Landelijke Huisartsen Vereniging/ Nederlands Huisartsen Genootschap / Zorgverzekeraars Nederland, 2002.
- Commissie Toekomstverkenning (CTV). De huisarts van morgen. Utrecht, Landelijke Huisartsen Vereniging, 1996.
- Conroy RM, Smyth O, Siriwardena R, Fernandes P. Health anxiety and characteristics of self-initiated general practitioner consultations. *Journal of Psychosomatic Research* 1999; 46: 45-50.
- Daalen R van, Verbeek-Heida P. Patienten en huisartsen op de medische markt: Nederland na de Tweede Wereldoorlog. *Medische Antropologie* 1998; 10: 117-133.
- Daalen R van, Verbeek-Heida P. Het bestaansrecht van de huisarts. *Huisarts en Wetenschap* 2001; 44: 601-605.
- Davis P, Gribben B. Rational prescribing and interpractitioner variation. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 1995; 11: 428-442.
- Davis P, Gribben B, Lay-Yee R, Scott A. How much variation in clinical activity is there between general practitioners? A multi-level analysis of decision-making in primary care. *Journal of Health Services and Policy* 2002; 7: 202-208.
- Delnoij DMJ. Physician payment systems and cost control. Honoreringssystemen voor artsen en kostenbeheersing. Dissertatie, Universiteit Utrecht, 1994.
- Delnoij D. Botsingen in de spreekkamer. *Medisch Contact* 2003; 58: 419-422.
- Demos. Zorgen om mantelzorg. Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut, februari 2003.
- Deveugele M, Derese A, Van Den Brink-Muinen A, Bensing J, De Maeseneer J. Consultation length in general practice: cross-sectional study. *British Medical Journal* 2002; 325: 472-474.
- Dijk, L van, Florentinus S, De Jong A, Velthove K, Heerdink R, Kallewaard M. Het voorschrijven van nieuwe geneesmiddelen: voorschrijfvolume en off-label voorschrijven. Utrecht, NIVEL, 2003.
- Ellerbeck EF, Ahluwalia JS, Jolicoeur DG, Gladden J, Mosier MC. Direct observation of smoking cessation activities in primary care practice. *The Journal of Family Practice* 2001; 50: 688-693.
- Fertig A, Roland M, King H, Moore T. Understanding variation in rates of referral among general practitioners: are inappropriate referrals important and would guidelines help to reduce rates? *British Medical Journal* 1993; 307:1467-1470.
- Foets M, Sixma H. Gezondheid en gezondheidsgedrag in de praktijkpopulatie. Een Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht, NIVEL, 1991.
- Furer JW. Protoprofessionalisering. Een empirisch onderzoek naar de validiteit van protoprofessionalisering en naar haar verbanden met gezond(heids)gedrag, ziektegedrag en gezondheidstoestand. Dissertatie, Katholieke Universiteit Nijmegen, 2001.
- Groenewegen PP, De Bakker DH, Van der Velden J. Basisrapport verrichtingen in de huisartspraktijk. Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht, NIVEL, 1992.
- Groenewegen PP, Delnoy DMJ. Wat zou Nederland zijn zonder de huisarts? Maarssen, Elsevier / De Tijdstroom, 1997.
- Groot RA de, De Haan J, Bosveld HEP, Meyboom-de Jong B. De telefoon: wat gaat er fout? Analyse van praktijkorganisatie leidt tot andere aanpak. *Huisarts en Wetenschap* 2001; 44:16-17.

- Grundmeijer HGLM. Preventie in de huisartsgeneeskunde; vroeger, nu en in de toekomst. *Huisarts en Wetenschap* 2002; 45: 76-80.
- Guthrie B. Why do general practitioners take blood? *European Journal of General Practice* 2001; 7: 138-142, 160.
- Health Management Forum. Themanummer: Toekomst eerstelijns gezondheidszorg 2001: 7.
- Hooghiemstra TFM. Patiënten en internet. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2001; 25: 434-445.
- Horst H van der, De Vries H. Van persoonlijke, integrale en continue zorg naar medisch maatwerk. *Huisarts en Wetenschap* 2001; 44: 226-229.
- Howie JGR. Clinical Judgment and antibiotic use in general practice. *British Medical Journal* 1976; 2: 1061-1064.
- Hox JJ. *Applied Multilevel Analysis*. Amsterdam, TT-Publicaties, 1995.
- Hutten JBF. Workload and provision of care in general practice. Dissertatie, Universiteit Utrecht, 1998.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Staat van de gezondheidszorg 2003. Keten zorg bij chronisch zieken. Den Haag, IGZ, 2003.
- Jansen J, Schuit AJ, Van der Lucht F. Tijd voor gezond gedrag; bevordering van gezond gedrag bij specifieke groepen. Bilthoven, RIVM, Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen, 2002.
- Jong JD de, Groenewegen PP, Westert GP. Mutual influences of general practitioners in partnerships. *Social Science & Medicine* 2003; 57: 1515-1524.
- Kenens R, Hingstman L. Cijfers uit de registratie van huisartsen. Peiling 2002. Utrecht, NIVEL, 2002.
- Klerk MMY de. Aanbod van informele hulp. De relatie tussen werk en informele hulp. TSG/ *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 2003; 81: 44-51.
- Klerk MMY de. Rapportage gehandicapten 2002. Den Haag, Sociaal en Cultureel Planbureau, 2002.
- Kooiker S. Verwachtingen van medische zorg en ziektegedrag bij alledaagse aandoeningen. *Huisarts en Wetenschap* 1996; 39: 50-55.
- Kooiker S, Vos R. Nieuwe geneesmiddelen in een veranderende samenleving. In: Timmerman H, Van den Berg Jeths A (eindredactie). *Geneesmiddelen nu en in de toekomst*. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. Houten, Bohn Stafleu Van Loghum, 2002.
- Kornelius G, Groothoff JW, Sorgdrager J, Been P, De Haan J, Post D. Werkdruk en praktijkverpleegkundige. *Medisch Contact* 1999; 54: 104-107.
- Kroon H, Hutschemaekers G. De rol van de huisarts in de zorg voor chronisch psychiatrische patiënten; een epidemiologisch onderzoek. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1995; 139: 1737-1741.
- Kumar S, Little P, Britten N. Why do general practitioners prescribe antibiotics for sore throat: grounded theory interview study. *British Medical Journal* 2003; 326: 138.
- Laurant MGH, Drenthen AJM, Timmermans AE, Blanken CJM, Verhaak PFM, Grol RTPM. Geestelijke gezondheidszorg bij de huisarts. *Medisch Contact* 2001; 56: 1780-1783.
- Lawlor DA, Hanratty B. The effect of physical activity advice given in routine primary care consultations. *Journal of Public Health Medicine* 2001; 23: 219-226.
- Leyland AH, Groenewegen PP. Multilevel modelling and public health policy. *Scandinavian Journal of Public Health* 2003; 31: 267-274.
- Linden MW van der, Westert GP, De Bakker DH, Schellevis FG. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartspraktijk. Utrecht/Bilthoven, NIVEL/RIVM, 2004.
- Lindert H van, Droomers M, Westert GP. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Een kwestie van verschil: verschillen in zelfgerapporteerde leefstijl, gezondheid en zorggebruik. Utrecht/Bilthoven, NIVEL/RIVM, 2004.

- Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH). Website Landelijk Informatie Netwerk Huisartsen. www.linh.nl. Utrecht, NIVEL, bezocht: december 2003.
- Lisdonk EH van de. Ervaren en aangeboden morbiditeit in de huisartspraktijk. Dissertatie, Universiteit Nijmegen, 1985.
- Lomas MA. Do guidelines guide practice? *The New England Journal of Medicine* 1989; 321:1306-1311.
- Lucassen P, Terluin B. Alledaagse problemen: ook een zaak voor de huisarts. *Huisarts en Wetenschap* 2001; 550-552.
- MacPherson K. Why do variations occur? In: TF Andersen. *The challenges of medical practice variations*. London, Macmillan Press, 1990.
- Marinus AMF. Inter-dokter variatie in de huisartspraktijk. Dissertatie, Universiteit van Amsterdam, 1993.
- Marple RL, Kroenke K, Lucey CR, Wilder J, Lucas CA. Concerns and expectations in patients presenting with physical complaints. *Archives of Internal Medicine* 1997; 157: 1482-1488.
- Marquet R. Kleine chirurgische verrichtingen in de huisartsenpraktijk in 1987 en 2001: meer aandacht voor huidtumoren. *Huisarts en Wetenschap* 2003; 46: 661.
- McKinlay JB, Potter DA, Feldman HA. Non-medical influences on medical decision making. *Social Science & Medicine* 1996; 42: 769-776.
- Mechanic D. The epidemiology of illness behavior and its relationship to physical and psychological distress. In: Mechanic D (editor). *Symptoms, illness behavior, and help-seeking*. New York, Neale Watson Publications Inc., 1982; 1-24.
- Meer J van der. Equal care, equal cure? Dissertatie, Erasmus Universiteit Rotterdam, 1998.
- Meer JWB van der, Looman CWN, Mackenbach JP. Sociaal-economische verschillen in medische consumptie. Rotterdam, 1993.
- Meijer SA, Zantinge EM, Verhaak PFM, Kornalijsnijper N, Smeets KAPW, Schenmakers CJHH. Evaluatie versterking eerstelijns GGZ: een onderzoeksprogramma om het beleid ter versterking van de eerstelijns GGZ te evalueren. Eerste Interim Rapportage. Utrecht, NIVEL / SGB0, 2002.
- Memel D. Chronic disease or physical disability? The role of the general practitioner. *British Journal of General Practice* 1996; 46: 109-113.
- Merode GG van, Stroink AE, Maarseland JAM, Goldschmidt HMJ. Impact of insurance coverage type on laboratory test ordering behaviour of general practitioners. *World Hospitals and Health Services* 2000; 36: 7-12, 36-37.
- Moll van Charante EP, Delnoij DMJ, IJzermans CJ, Klazinga NS. Van spelverdeler tot speelbal? De veranderende rol en positie van de Nederlandse huisarts. *Huisarts en Wetenschap* 2002; 45: 70-75.
- Mootz M. Hulpzoekend gedrag. In: *Medische Sociologie*. Aakster CW, Kuiper G, Groothoff JW (redactie). Groningen, Wolters-Noordhoff, 1998.
- Morris CJ, Cantrill JA, Weiss MC. GP's attitudes to minor ailments. *Family Practice* 2001; 18: 581-585.
- Mulder HC. Het medisch kunnen: technieken, keuze en zeggenschap in de moderne geneeskunde. Assen, Van Gorcum, 1996.
- Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF). Werkgroep 'modernisering Curatieve Zorg'. Huisarts in de eerstelijnszorg, discussienota. Utrecht, NPCF, 2002.
- Nederlands Huisartsen Genootschap / Landelijke Huisartsen Vereniging (NHG/LHV). Huisartsenzorg en huisartsenvoorziening. Concretisering toekomstvisie 2012. (Concept)rapport van de NHG/LHV-werkgroep 'Functie en taakomschrijving Huisartsenzorg'. Utrecht, 2003.
- O'Donnell CA. Variation in GP referral rates: what can we learn from the literature? *Family Practice* 2000; 17: 462-471.

- Paritaire Werkgroep Huisartsenzorg. Poortwachter in de praktijk. Rapportage van de Paritaire Werkgroep Huisartsenzorg over de plaats en financiering van de huisartsenhulp in ons land. Utrecht, Ministerie van VWS/ Zorgverzekeraars Nederland/ Kontaktcommissie Publiekrechtelijke Ziektkostenregelingen Ambtenaren/Landelijke Huisartsen Vereniging, 1995.
- Perron NJ, Secretan F, Vannotti M, Pecoud A, Favrat B. Patient expectations at a multicultural out-patient clinic in Switzerland. *Family Practice* 2003; 20: 428-433.
- Pescosolido BA. Beyond rational choice: the social dynamics of how people seek help. *American Journal of Sociology* 1992; 97: 1096-1138.
- Peterson S, Eriksson M, Tibblin G. Practice variation in Swedish primary care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 1997; 15: 68-75.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ). Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief. Advies uitgebracht aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Zoetermeer, 1998.
- Raes K. Defensieve geneeskunde: het antwoord op patiëntenrechten? *Huisarts Nu* 2002; 31: 130-134.
- Rogers A, Hassell K, Nicolaas G. Demanding patients? Analysing the use of primary care. Buckingham/ Philadelphia, Open University Press, 1999.
- Schellevis FG, Westert GP, De Bakker DH, Groenewegen PP, Van der Zee J, Bensing JM. De tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk: aanleiding en methoden. *Huisarts en Wetenschap* 2003; 46(1): 7-12.
- Schellevis FG, Westert GP, De Bakker DH, Groenewegen PP. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Vraagstellingen en methoden. Utrecht/Bilthoven, NIVEL/RIVM, 2004.
- Schers H, Drijver R, Kastein M, Van Doremalen J, Van den Hoogen H, Braspenning J. A-specifieke lage rugpijnklachten in de huisartspraktijk. Nijmegen, Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg, 1998.
- Schols JMGA, De Veer AJE, Kerkstra A, Diederiks JPM, Koopmans RTCM, Sturmans F, Crebolder HFJM. Continuïteit van medische zorg tussen verpleeghuisarts en huisarts. *TSG/ Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 2001; 79: 434-442.
- Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK). Data en feiten 2003. Den Haag, Stichting Farmaceutische Kengetallen, 2003.
- Skelton AM, Murphy EA, Murphy RJL, O'Dowd TC. Patient education for low back pain in general practice. *Patient Education and Counseling* 1995; 25: 329-334.
- Smits JPJM, Droomers M, Westert GP. Sociaal-economische status en toegankelijkheid van zorg in Nederland. Bilthoven, RIVM, 2002.
- Snijders TAB, Bosker RJ. Multilevel Analysis. An introduction to basic and advanced multilevel modeling. Sage Publications Ltd, 1999.
- Spahni D. Comment les médecins de premier recours genevois réfèrent-ils leurs patients en 2001? *Médecine & Hygiène* 2002 ; 60 : 768-772.
- Stalenhoef A (redactie). Toekomstvisie huisartsenzorg. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 2002.
- Starfield B. Is primary care essential ? *Lancet* 1994; 344: 1129-1133.
- Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy* 2002; 60: 201-218.
- Statline. Website van het Centraal Bureau voor de Statistiek: www.cbs.nl/kerncijfers/mens-maatschappij.htm. Bezocht: november en december 2003.
- STG (Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg). Toekomstscenario's voor eerstelijnszorg en thuiszorg. Scenariorapport, deel 1. Houten / Zaventem, Bohn / Stafleu van Loghum, 1992.
- STG (Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg). Gezondheidszorg geordend. Een kwartet scenario's: Scenariorapport opgesteld in opdracht van de Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg. Zoetermeer, STG / Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam, 1994.

- STG (Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg). Welzijn en waardigheid voor langdurige zorggebruikers: op weg naar 2020. Zoetermeer, 2002.
- STG (Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg). Duizend bloemen in één kleurrijk boekje; op weg naar een georganiseerde eerste lijn. Leiden, 2003.
- Stokx LJ, De Bakker DH, Delnoij DMJ, Gloerich ABM, Groenewegen PP. Verwijscijfers belicht. Utrecht, NIVEL, 1992.
- Swaan A de. Zorg en de staat: welzijn, onderwijs en gezondheidszorg in Europa en de Verenigde Staten in de nieuwe tijd. Amsterdam, Bakker, 1989.
- Taroni F, Stiassi R, Traversa G, Raschetti R, Menniti-Ippolito F, Maggini M, Spila-Alegiani S. The nature content and interpractice variation of general practice: a regional study in Italy. *European Journal of Epidemiology* 1990; 6: 313-318.
- Thomas M, McKinley RK, Freeman E, Foy C. Prevalence of dysfunctional breathing in patients treated for asthma in primary care: cross sectional survey. *British Medical Journal* 2001; 322 : 1098-1100.
- Timmermans JM (redactie). Mantelzorg, over de hulp van en aan mantelzorgers. Den Haag, Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP), 2003.
- Tjadens F, Duijnste M. Visie op mantelzorg. Utrecht, Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW), 2000.
- Velden K van der. General practice at work. Its contribution to epidemiology and health policy. Dissertatie, Erasmus Universiteit Rotterdam, 1999.
- Velden LFJ van der, Kenens RJ, Hingstman L. Vraag- en aanbodontwikkeling in de huisartsenzorg in de grote steden van Nederland. Utrecht, NIVEL, 2003.
- Vries PJ de, Verhaak PFM. Meninge over preventie: ideeën en taakopvattingen van huisartsen gerelateerd aan hun gedrag. Utrecht, NIVEL, 1987.
- Verhaak PFM. Analysis of referrals of mental health problems by general practitioners. *British Journal of General Practice* 1993; 43: 203-208.
- Verhaak P, Kerssens J, De Rijk K, Tiemens B, De Vries W, Hutsemaekers G. Huisarts als poortwachter van de GGZ: de constante van 25 jaar overheidsbeleid. *Medisch Contact* 1999; 54: 772-774.
- Verhaak PFM, Van de Lisdonk EH, Bor JHJ, Hutschemaekers GJM. GP's referral to mental health care during the past 25 years. *British Journal of General Practice* 2000; 50: 307-308.
- Verheij R, Jabaaij L, De Bakker D, Abrahamse H, Van den Hoogen H, Braspenning J, Van Althuis T, Rutten R. LINH Jaarrapport 2001. Utrecht / Nijmegen, NIVEL/ WOK, 2002.
- Verheij RA, De Bakker DH, Van der Velden J. De huisarts in de grote stad. Utrecht, NIVEL, 1992.
- Verheij RA. Urban-rural variations in health care. Dissertatie, Universiteit van Utrecht, 1999.
- Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV). Effecten van zorg. Bilthoven, RIVM, Elsevier/De Tijdstroom, 1997a.
- Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV). Zorgbehoefte en zorggebruik. Bilthoven, RIVM, Elsevier/De Tijdstroom, 1997b.
- Vries D de. Chronisch-psychiatrische patiënten in de huisartspraktijk. *Huisarts en Wetenschap* 2001; 44: 545-549.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Zorg met toekomst: een verkenning in de zorg. Den Haag, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2001 a.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Vraag aan bod. Hoofddijnen van vernieuwing van het zorgstelsel. Den Haag, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2001 b.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Zorg nabij. Notitie over mantelzorgondersteuning. Den Haag, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2001 c.

- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Zorgnota 2002. Tweede Kamer, vergaderjaar 2001-2002, 28 008. Sdu Uitgevers, 2002.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). De toekomstbestendige eerstelijnszorg. Den Haag, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Sdu Uitgevers 2003.
- Weide MG, Westert GP, Schouten JSAG, Groenewegen PP. Praktijkvariatie en gepaste zorg. Utrecht/Bilthoven, NIVEL/RIVM, 1992.
- Westert G, Satariano WA, Schellevis FG, Van den Bos GAM. Patterns of comorbidity and the use of health services in the Dutch population. *European Journal of Public Health* 2001; 11: 1-8.
- Westert GP. Artsen en de 'couleur locale': over het verklaren van lokale verschillen in medisch handelen. *TSG / Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 1996; 74: 52-56.
- Wiegiers TA. General practitioners and their role in maternity care. *Health Policy* 2003a; 66: 51-59.
- Wiegiers TA. Steeds minder huisartsen verloskundig actief. *Huisarts en Wetenschap* 2003b; 46: 432-434.
- Williams S, Weinman J, Dale J, Newman S. Patient expectations: what do primary care patients want from the GP and how far does meeting expectations affect patient satisfaction? *Family Practice* 1995; 12: 193-201.
- Wood M, Lamberts H. International Classification of Primary Care: prepared for the World Organisation of National Colleges, Academies and Academic organisations of general practitioners / family physicians (WONCA) by the ICPC Working Party. Oxford, Oxford University Press, 1987.
- Zaat JOM. De macht der gewoonte; over de huisarts en zijn laboratoriumonderzoek. Dissertatie, Universiteit van Amsterdam, 1991.
- Zee J van der. De vraag naar diensten van de huisarts. Dissertatie, Universiteit Maastricht, 1982.
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Visie zorgverzekeraars op herstructurering eerstelijnszorg. Zeist, 2002.

Bijlage 1

Afkortingen- en begrippenlijst

AGZ	Algemene Gezondheids Zorg
Assistent	Zie bij Praktijkassistent
ATC-code	Anatomical Therapeutical Chemical-code. Internationaal gehanteerde index van geneesmiddelen, volgens welke onder andere ook het Farmacotherapeutisch Kompas van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) is ingedeeld. Gebaseerd op stofnamen, niet op merknamen. Voorbeeld: De stof cimetidine heeft de ATC-code A02BA01. Deze code is als volgt samengesteld: A: staat voor groep van maag-darmmiddelen en metabolisme. 02: geeft de subgroep geneesmiddelen aan voor de behandeling van zweren van maag en/of twaafvingerige darm en ontstekingen van de slokdarm. B: geeft een subgroep aan, in dit geval de groep geneesmiddelen voor de behandeling van zweren van maag en/of twaafvingerige darm. A: geeft hiervan de subgroep H ₂ -receptorblokkerende middelen aan. 01: geeft de stof cimetidine aan.
CAD	Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
Contact	Eén of meerdere deelcontacten van/over een patiënt op één datum en tijdstip
Contactfrequentie	Het totaal aantal contacten met de deelnemende huisartspraktijken in een registratiejaar gedeeld door alle ingeschreven patiënten in die huisartspraktijken, dus ook degenen die geen contact hadden met de huisartspraktijk.
Contactduur	De duur van een consult met de huisarts van de eerste verbale uiting tot de laatste.
Contactsoort	De volgende contactsoorten werden geregistreerd: visite, consult, telefonische en overige contacten. Onder overige contacten vallen bijvoorbeeld administratieve contacten, zoals het inschrijven van testuitslagen in het patiëntendossier
COPD	Chronic obstructive pulmonary disease
Culturele achtergrond	In dit rapport wordt culturele achtergrond grofweg uitgesplitst naar westers en niet-westers. Een westerse achtergrond verwijst naar de groep autochtonen en westers allochtonen, een niet-westerse achtergrond refereert naar de 6% allochtonen waarbij minimaal één van de ouders is geboren in Turkije, Azië (excl. Japan, Israël en Indonesië), Midden- of Zuid Amerika, Afrika
Deelcontact	Een afzonderlijke ICPC-code op een contactdatum (binnen een contact kan meer dan één diagnose worden gecodeerd)
Diagnose	Een door de huisarts of praktijk-assistente gecodeerd probleem met een ICPC-code
Episode	Een chronologische reeks van ICPC-gecodeerde deelcontacten die medisch-inhoudelijk met elkaar samenhangen.

Episode, bestaand	Een episode die begint met een deelcontact waarvan de huisarts of praktijkassistente heeft aangegeven dat het om een reeds eerder bestaand medisch probleem of een reeds eerder bestaand zorgprobleem gaat. Bestaande episoden dragen bij aan de prevalentie, niet aan de incidentie.
Episode, nieuw	Een episode die begint met een deelcontact waarvan de huisarts of praktijkassistente heeft aangegeven dat het om een nieuw medisch probleem of een nieuwe zorgprobleem gaat. Nieuwe episoden dragen bij aan de incidentie en de prevalentie.
Etniciteit	Zie Culturele achtergrond
GGZ	Geestelijke GezondheidsZorg
HIS	Huisarts Informatie Systeem, het registratie systeem waarmee de huisarts informatie in de computer zet
ICPC	International Classification of Primary Care-1, versie 2000. Dit is een opvolger van de International Classification of Health Problems in Primary Care-2- Defined (ICHPPC-2-Defined) In de Tweede Nationale Studie worden alleen hoofdcodes (lettercode voor hoofdstuk en twee cijfers) gebruikt, geen subcodes (de cijfers achter de punt).
Incidentie:	Cumulatieve incidentie met betrekking tot het observatiejaar.
1-jaarsincidentie	De 1-jaarsincidentie is berekend als het aantal Nieuwe episoden van de betreffende ICPC-code in de loop van 1 registratiejaar. Een Nieuwe episode is ofwel een “first ever” presentatie ofwel een recidief van die ICPC-code. Zie episode en ICPC.
IUD	Intra uterin device (‘spiraaltje’)
Klacht, symptoom	Een door de huisarts of praktijkassistente gecodeerd probleem met een ICPC-code (Hoofdstukcode + cijfercode 1 t/m 29).
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LINH	Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg
Mantelzorg	Huishoudelijke hulp, hulp bij persoonlijke verzorging en/of verpleging die niet in het kader van een hulpverlenend beroep wordt gegeven
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NS1	(eerste) Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (1987)
NS2	Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (2001)
Po	Het aantal ingeschreven patiënten in de deelnemende huisartsenpraktijken bij aanvang van de studie
P1	Het aantal ingeschreven patiënten in de deelnemende huisartspraktijken najaar 2001
Praktijkassistent	Doktersassistente, praktijkassistente of assistente-plus: assistente met aanvullende opleiding
Prevalentie:	Periode-prevalentie met betrekking tot het observatiejaar.
1-jaarsprevalentie	De 1-jaarsprevalentie is berekend als het aantal personen met één of meerdere episoden van de betreffende ICPC-code in de loop van 1 registratiejaar, ongeacht of de episode Nieuw of Bestaand was. Zie episode en ICPC.

Proto-professionalisering	Het overnemen en gebruiken van het gedachtengoed van professionals in de gezondheidszorg
Riagg	Regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg
Verwachting van huisartsenzorg	Verwachtingen van de patiënt over het nut van het consulteren van de huisarts boven zelfzorg
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WOK	Werkgroep Onderzoek Kwaliteit (Centre for Quality of Care Research)
Zelfzorg	Gezondheidsbevorderend gedrag in geval van gezondheidsklachten
Ziekte-episode	Zie bij Episode

Bijlage 2

Tabel diagnostiek, verwijzing en prescriptie per ICPC code

Leeswijzer

Op de nu volgende bladzijden staat een omvangrijke tabel met gegevens per ICPC code. Per ICPC code wordt het percentage diagnostiek in de praktijk, diagnostiek buiten de praktijk (aangevraagd), verwijzingen binnen de 1^e lijn, verwijzingen naar de 2^e lijn, en prescriptie weergegeven. Daarnaast wordt de meest voorkomende verrichting voor alle categorieën gegeven, maar alleen indien de absolute aantallen groter zijn dan 100.

Bijvoorbeeld: de code A01 verwijst naar gegeneraliseerde pijn. Deze code werd 3651 keer geregistreerd in het medisch dossier, omgerekend betreft dit 2,41 keer per 1000 contacten. In 1,1% van de contacten waarin de code A01 is geregistreerd wordt diagnostisch onderzoek in de praktijk gedaan, in 1,2% van deze contacten wordt diagnostisch onderzoek aangevraagd, eveneens in 1,2% van deze contacten wordt verwezen binnen de 1^e lijn en in 1% van deze contacten wordt verwezen naar de 2^e lijn. In 86,8% van de contacten wordt een geneesmiddel voorgeschreven. Het meest voorgeschreven geneesmiddel is paracetamol (dus NIET: in 86,8% van de contacten wordt paracetamol voorgeschreven). Voor de code A01 zijn de absolute aantallen per soort verrichting kleiner dan 100, behalve in geval van prescriptie. Indien de absolute aantallen kleiner zijn dan 100 worden wel percentages voor de categorieën verrichtingen gegeven, maar de meest voorkomende verrichting wordt niet weergegeven.

Wanneer er ook geen percentage wordt weergegeven bij een bepaalde verrichting, zoals bij ICPC A02 onder 'verwijzingen', betekent dit dat er geen enkele verrichting van die soort werd geregistreerd.

Bij veel ICPC codes is de meest voorkomende verrichting 'bloeddrukmeting'. Een verklaring hiervoor is dat, wanneer patiënten bekend met verhoogde bloeddruk/hypertensie naar de huisartspraktijk komen in verband met een andere klacht, huisartsen van de gelegenheid gebruik zullen maken om de bloeddruk te meten. Zo wordt een extra bezoek aan de huisartspraktijk voorkomen.

ICPC	Alle contacten		Diagnostiek in de praktijk		Aangevraagde diagnostiek		Verwijzingen naar 1e lijn		Verwijzingen naar 2e lijn		Prescriptie	
	per 1000 cont.	aantal cont.	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende
A01		2,41 3651	1,1		1,2		1,2		1,0		86,8	paracetamol
A02		0,07 105	7,7		9,1						17,8	
A03		2,44 3690	11,0	urineonderzoek	10,2	bloedonderzoek	0,3		0,3		17,1	paracetamol
A04		8,84 13365	21,9	bloedonderzoek	26	bloedonderzoek	0,5		2,5	interne geneesk.	15,3	temazepam
A05		0,35 530	14,6		9,9						26,3	oxazepam
A06		1,53 2309	36,7	bloeddrukmeting	9,3	bloedonderzoek			9,0	neurologie	12,0	carbasalaatcalcium
A07		0,02 25									51,7	
A08		0,15 229			5,0				5,2		3,6	
A09		0,60 913	3,7		4,7				1,2		57,4	antizweetmiddelen
A10		0,41 619	8,0		6,2				2,7		22,9	acenocoumarol
A12		2,39 3613	1,1		1,8		0,3		4,5	dermatologie	71,5	cetirizine
A13		1,00 1506	7,2	bloeddrukmeting	1,1						21,6	lorazepam
A14		0,01 18										
A15		0,14 210	4,0						14,0		16,8	
A16		0,04 63							29,0		14,4	
A17		0,06 91									15,2	
A20		0,18 273									15,8	
A25		0,03 44									47,4	
A26		0,20 301	17,2		32,0						18,9	
A27		0,97 1470	11,6	bloeddrukmeting	9,5	bloedonderzoek	0,9		1,9		18,9	meningokokkenvaccins
A28		0,02 23										
A29		1,01 1532	15,3	bloeddrukmeting	16,7	bloedonderzoek	0,6		3,1		21,6	immunoglobuline, normaal, intravasculair
A70		0,01 9										
A72		0,60 912							1,1		28,3	zinkproducten
A73		0,02 32									73,6	
A74		0,01 8										
A75		0,37 565	3,3		14,8						13,5	

ICPC	Alle contacten		Diagnostiek in de praktijk		Aangevraagde diagnostiek		Verwijzingen naar 1e lijn		Verwijzingen naar 2e lijn		Prescriptie	
	per 1000 cont.	aantal cont.	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende
A76	andere virusziekten met exantheem	0,56	853		1,8					12,8		
A77	andere virusziekten	1,82	2749	4,4	bloeddrukmeting	6,9	bloedonderzoek	0,2		33,9	paracetamol	
A78	andere infectieziekten	0,29	445	2,1		6,7		2,2		45,7	doxycycline	
A79	maligniteit (onbekende prim.lokalisatie)	0,13	194	4,1						32,3		
A80	ongeval/letsel	0,92	1398	2,4		1,9		1,5		18,3	diclofenac	
A81	multitrauma/ inwendige letsel	0,05	75				19,7	20,1		55,4		
A82	late gevolgen van letsel	0,01	8									
A84	geneesmiddel intoxicatie	0,10	146	4,8				9,1		23,2		
A85	geneesmiddel bijwerking	3,60	5437	5,5	bloeddrukmeting	0,5				38,2	omeprazol	
A86	intoxicaties andere chem.stof	0,08	126							7,8		
A87	complicaties medische behandeling	0,99	1494	1,5		1,7		1,7		23,7	amoxicilline met enzymremmer	
A88	schadel.gevolgen fys.factor	0,38	569							55,2	colecalfierol	
A89	gevolgen prothese	0,11	160	5,6				6,9		32,6		
A90	multiple aangeboren afwijking	0,08	124							21,4		
A91	afwijkende uitslagen onderzoek	0,29	435	7,7		16,8		7,0		13,6		
A92	toxoplasmose	0,03	39									
A93	premature/ immature pasgeborene	0,04	53									
A94	alle andere perinatale morbiditeit	0,04	63									
A95	perinatale mortaliteit	0,02	23							30,2		
A96	dood/overlijden	0,83	1261	0,7								
A99	andere niet gespec. ziekten	7,01	10594	0,1		0,1				94,1	paracetamol	
B02	vergrote lymfeklier(en)	0,81	1218	2,6		16,8	bloedonderzoek	5,6		8,9		
B03	andere sympt./klacht lymfeklieren	0,14	205			3,4		7,0		5,0		
B04	sympt./klacht bloed/lymfestel.	0,03	49	18,3						27,0		
B25	angst voor aids	0,19	290			32,7				5,6		
B26	angst v.kanker bloed/ lymfestel.	0,05	71	25,8		26,4				25,1		
B27	angst and.ziekte bloed/lymfestel.	0,23	340	25,4		21,9				7,3		

ICPC	Alle contacten per 1000 cont.		Diagnostiek in de praktijk % meest voorkomende		Aangevraagde diagnostiek % meest voorkomende		Verwijzingen naar 1e lijn % meest voorkomende		Verwijzingen naar 2e lijn % meest voorkomende		Prescriptie % meest voorkomende	
B28	handicap/beperk.bloed/lymfestel.	0,01	9				100,0				38,5	
B29	and.sympt./kl.bloed/lymfestel.	0,08	122			7,7	6,7				20,8	amoxicilline
B70	acute lymphadenitis	0,43	654	2,1		5,2			3,9		10,1	
B71	chron./niet specif.lymphadenitis	0,07	112			8,4			15,6		12,8	
B72	ziekte van Hodgkin	0,18	274	3,5		5,9			4,6		22,1	
B73	leukemie	0,11	160								17,9	
B74	andere maligniteit bloed/lymfestel.	0,18	276			2,5					20,1	
B75	benigne/niet gespec.neopl.bloed/lymfestel.o.03	0,03	44	20,1								
B76	milt ruptuur	0,01	18									
B77	andere letsels bloed/lymfestel.	0,01	17								54,0	
B78	erfelijke hemolytische anemie	0,02	35			19,8					62,4	
B79	and.aangeb.afw. bloed/lymfestel.	0,01	18			37,6					66,9	ferrofumaraat
B80	ijzergebreek-anemie	2,59	3922	13,9	bloedonderzoek	5,2	bloedonderzoek		1,6		36,5	ferrofumaraat
B81	pernicieuze foliumzuur deficientie-anemie	1,57	2381	2,7		1,3	0,4		0,3		35,5	hydroxocobalamine
B82	andere/niet gespecificeerde anemie	0,97	1467	9,0	bloedonderzoek	13,6	bloedonderzoek		4,9		48,1	carbasalaatcalcium
B83	purpura/ stollingsst./ afw.thrombocyten	0,36	543	4,1		3,8			4,3			
B84	afwijking leukocyten	0,01	10								25,7	
B85	onverklaarde afwijking bloedonderzoek	0,33	496	19,0		10,2			6,1			
B86	andere haematologische afwijking	0,08	120	11,7		5,9			16,3			
B90	hiv infectie (AIDS/ARC)	0,06	84								36,4	
B99	andere ziekten bloed/lymfestelsel	0,07	101			8,2			18,0			
D01	gegen.buikpijn/buikkrampen	3,47	5247	8,6	urineonderzoek	10,4	bloedonderzoek	1,0	4,3	interne geneesk.	33,0	diclofenac
D02	maagpijn	5,45	8239	2,5	bloeddrukmeting	3,2	endoscopie		1,1		82,9	omeprazol
D03	zuurbranden	3,51	5300	1,7		1,2			0,2		92,6	omeprazol
D04	pijn anus/rectum	0,27	415			2,1			5,4		48,7	lidocaine
D05	perianale jeuk	0,88	1327	0,6					1,0		79,0	hydrocortison met overige middelen
D06	andere gelokaliseerde buikpijn	8,01	12105	11,0	urineonderzoek	14,9	bloedonderzoek		5,3	interne geneesk.	28,1	diclofenac

ICPC		Alle contacten		Diagnostiek in de praktijk		Aangevraagde diagnostiek		Verwijzingen naar 1e lijn		Verwijzingen naar 2e lijn		Prescriptie	
		per 1000 cont.	aantal cont.	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende
D08	flatulentie/meteorisme/ boeren	0,49	735	4,8		3,8				8,6		48,0	domperidon
D09	misselijkheid	1,98	2993	6,8	bloeddrukmeting	5,8	bloedonderzoek			2,2		72,4	domperidon
D10	braken	1,10	1668	6,2	urineonderzoek	4,3				2,2		52,8	domperidon
D11	diarree	2,94	4449	2,3	bloeddrukmeting	3,8	bloedonderzoek	0,2	interne geneesk.	2,8		41,9	loperamide
D12	obstipatie	9,19	13902	1,6	bloeddrukmeting	1,3	bloedonderzoek	0,2		0,5		88,4	lactulose
D13	geelzucht	0,06	97	9,9		37,2				12,7			
D14	haematemesis/ bloed braken	0,06	87	7,9						24,8		40,8	
D15	melaena/ teer ontlasting	0,11	161	8,9		6,0				27,8		26,6	
D16	rectaal bloedverlies	0,71	1077	1,4		14,4	endoscopie			17,0	interne geneesk.	28,5	lactulose
D17	incontinentie voor ontlasting	0,14	219							7,2		49,1	psylliumzaad
D18	verandering ontlasting	0,42	629	7,1		8,0				7,9		24,9	psylliumzaad
D19	sympt./klacht. tanden/tandvlees	0,33	497							1,8		38,4	ibuprofen
D20	sympt./klacht. mond/tong/lip/ speekselklieren	1,69	2562	1,3		2,3		0,7	8,0	kaakchirurg/mondhk.	39,1	miconazol	
D21	slikproblemen	0,47	706	8,9		11,3				15,5	kno	25,0	ranitidine
D22	wormen/oxyuren/ andere parasieten	0,53	807									65,4	mebendazol
D24	zwellend buik	0,21	324	4,3		13,5		2,3		10,1		5,6	
D25	verandering omvang/ uitzetting buik	0,19	283	2,4		3,4				16,8		20,6	
D26	angst kanker spijsverteringsorg.	0,11	164	8,4		32,6						19,7	
D27	angst andere ziekte spijsvert.	0,11	170			20,4						20,5	
D28	functie bep. / handicap spijsvert.	0,04	63									100,0	
D29	and.sympt./klacht.spijsvert.	0,26	392	2,4		10,5				8,2		50,9	omeprazol
D70	infectieuze diarree/ dysenterie	0,37	554			1,7						46,0	metronidazol
D71	bof	0,02	28										
D72	virus hepatitis	0,16	246	12,0		22,0						15,4	
D73	veronderstelde gastrointestinale infectie	3,60	5438	3,4	bloeddrukmeting	2,1	bloedonderzoek			0,4		24,5	domperidon
D74	maligniteit maag	0,25	381	1,8		1,8						44,4	hydroxocobalamine
D75	maligniteit colon/ rectum	1,16	1760	0,5		1,0				1,9		23,5	morfine

ICPC		Alle contacten		Diagnostiek in de praktijk		Aangevraagde diagnostiek		Verwijzingen naar 1e lijn		Verwijzingen naar 2e lijn		Prescriptie	
		per 1000 cont.	aantal cont.	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende
D76	maligniteit pancreas	0,22	327	21,9		2,2						35,7	morfine
D77	andere maligniteit spijsv.org.	0,45	675	2,3								21,5	morfine
D78	benigne neoplasma spijsv.org.	0,11	173			8,8			9,9			16,9	
D79	corpus alienum via mond/anus	0,07	102										
D80	andere letsels spijsv.org.	0,07	111	21,7								58,4	
D81	aangeboren afwijking spijsv.org.	0,03	41						23,9			21,8	
D82	ziekte tanden/tandvlees	0,70	1060					1,5	3,9			31,2	amoxicilline
D83	ziekte mond/tong/lippen	1,52	2298	0,4		1,0		0,4	3,2			51,8	lidocaine
D84	ziekte oesophagus	5,41	8179	2,2	bloeddrukmeting	2,8	endoscopie		1,3	interne geneesk.		83,0	omeprazol
D85	ulcus duodeni	0,56	842	1,1		4,2			1,8			87,2	omeprazol
D86	andere peptische ulcera	0,31	462			9,4						81,1	omeprazol
D87	stoornis maagfunctie	6,40	9684	2,2	bloeddrukmeting	3,0	endoscopie		1,2	interne geneesk.		81,2	omeprazol
D88	appendicitis	0,35	527	4,1					9,5			6,5	
D89	hernia inguinalis	0,72	1085	2,0					31,9	chirurgie		4,8	
D90	hernia diaphragmatica/hiatus	1,15	1738	3,6		0,4			0,5			90,3	omeprazol
D91	andere hernia abdominalis	0,41	621			2,7		1,7	18,6	chirurgie		12,5	
D92	diverticulose/diverticulitis	0,79	1195	2,5		4,7			0,9			68,5	psylliumzaad
D93	spastisch colon/IBS	3,85	5818	4,0	bloeddrukmeting	3,8	bloedonderzoek	0,7	1,9	interne geneesk.		65,7	psylliumzaad
D94	colitis ulcerosa/chron. enteritis	0,82	1245	1,6		0,7			0,7			66,4	mesalazine
D95	fissura ani/perianaal abces	1,44	2182	1,2		1,1			8,0	chirurgie		60,4	
D96	hepatomegalie	0,02	36	19,0		19,0						29,5	
D97	cirrose/andere leverziekte	0,27	409	3,9		30,7	bloedonderzoek	2,6	4,6			22,6	
D98	cholecystitis/cholelithiasis	0,76	1151	1,4		13,5	echoscopie		14,7	chirurgie		28,2	diclofenac
D99	and. ziekten spijsv.org.	0,57	868	3,1		2,9			6,9			38,2	omeprazol
F01	pijn oog	0,24	366						20,7			49,3	kunsttranen en andere indifferente preparaten
F02	rood oog	0,94	1417	1,8					3,6			56,6	fusidinezuur
F03	afscheiding uit oog	0,81	1230	0,7					5,5			50,6	fusidinezuur

ICPC	Alle contacten		Diagnostiek in de praktijk		Aangevraagde diagnostiek		Verwijzingen naar 1e lijn		Verwijzingen naar 2e lijn		Prescriptie	
	per 1000 cont.	aantal cont.	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende
F04 mouches volantes	0,31	467	6,5					15,8	11,8			
F05 andere visus sympt/klachten	1,79	2704	5,4	bloeddrukmeting	0,3			32,0	14,6	oogheelkunde		kunstranen en andere indifferente preparaten
F13 afwijkend gevoel aan oog	2,36	3561	1,0		0,6			5,9	73,1	oogheelkunde		kunstranen en andere indifferente preparaten
F14 afwijkende oogbewegingen	0,04	60						25,5	22,8			
F15 afwijkend aspect oog	0,30	448			1,6			7,3	54,2			kunstranen en andere indifferente preparaten
F16 symptomen/klacht oogleden	0,94	1423	5,2		0,5			19,4	17,2	plastische chirurgie		kunstranen en andere indifferente preparaten
F17 symptomen/klacht van bril	0,14	217						26,4	5,7			
F18 symptomen/klacht contactlens	0,03	47						16,9	67,9			
F27 angst voor oogziekte	0,07	110	16,3		7,6			41,1				
F28 functiebeperking/handicap oog	0,09	129						52,6				
F29 andere symptomen/klachten oog	0,26	392	10,4		1,8			15,7	30,7			kunstranen en andere indifferente preparaten
F70 infectieuze conjunctivitis	5,12	7746	0,4		0,5			1,1	73,8			fusidinezuur
F71 allergische conjunctivitis	2,04	3082	0,5		1,3				83,5			levocabastine
F72 blepharitis/hordeolum/chalazion	2,56	3869	2,2		0,7			4,1	56,6	oogheelkunde		fusidinezuur
F73 and.inf./ontst.oog	0,62	937	0,7					3,5	62,6			fusidinezuur
F74 neoplasma oog/adnexen	0,05	70							13,3			
F75 kneuzing/bloeding oog	0,36	551	6,9					2,7	12,6			
F76 corpus alienum oog	0,90	1365	0,5		1,2			2,7	27,9			fusidinezuur
F79 andere letsels oog	0,23	350						5,8	41,2			kunstranen en andere indifferente preparaten
F80 stenose traankanaal zuigeling	0,02	25						25,6	36,3			
F81 andere aangeboren afwijking	0,03	48	14,5					18,8	19,8			
F82 netvlies loslating	0,06	90	20,8					42,3	14,7			

ICPC	Alle contacten		Diagnostiek in de praktijk		Aangevraagde diagnostiek		Verwijzingen naar 1e lijn		Verwijzingen naar 2e lijn		Prescriptie	
	per 1000 cont.	aantal cont.	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende
F83	0,06	85						14,9		59,4		
F84	0,11	165								13,5		
F85	0,35	528			4,9			5,6		30,6		kunstranen en andere indifferente preparaten
F91	0,64	968	3,2		0,7			34,9	oogheelkunde	9,5		
F92	0,93	1410	3,5		2,7			25,0	oogheelkunde	22,4		kunstranen en andere indifferente preparaten
F93	0,69	1048	1,7					7,6		73,2		timolol
F94	0,16	246	3,7		6,9			18,9		41,6		
F95	0,11	169						27,1				
F99	1,14	1722	2,0		0,9		0,6	12,0	oogheelkunde	47,0		kunstranen en andere indifferente preparaten
H01	1,44	2181	0,3		0,6		0,4	2,0		26,3		lidocaine
H02	1,81	2731	0,8		6,7	functieonderzoek		15,9	KNO	7,8		fluticason
H03	0,63	950	6,0		2,6			10,2		31,7		betahistine
H04	0,70	1066	0,9				1,1			47,8		dexamethason met antimicrobiele middelen
H05	0,03	44										
H13	0,45	681	0,9					7,1		12,4		
H15	0,07	112						31,6		34,3		
H27	0,13	204			4,4			19,1				
H28	0,03	48						19,9				
H29	0,42	635						1,4		37,8		aziinzuur
H70	5,41	8175	1,7	bloeddrukmeting	0,6			1,8	KNO	78,8		dexamethason met antimicrobiele middelen
H71	5,91	8943	0,4		0,7			1,6	KNO	50,6		amoxicilline
H72	2,22	3355	0,4		2,3			9,0	KNO	37,8		xylometazoline
H73	1,39	2098	1,6		1,3			1,9		46,2		xylometazoline

ICPC	Alle contacten		Diagnostiek in de praktijk		Aangevraagde diagnostiek		Verwijzingen naar 1e lijn		Verwijzingen naar 2e lijn		Prescriptie	
	per 1000 cont.	aantal cont.	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende
H74	otitis media chron./ andere infectie oor	0,45	683						7,7		52,0	amoxicilline
H75	neoplasmata oor	0,03	50						36,9		25,0	
H76	corpus alienum in oor	0,11	172								8,2	
H77	perforatie trommelvlies	0,27	407	1,7					12,0		23,8	
H78	oppervlakkig letsel oor	0,08	123								23,3	
H79	ander letsel oor	0,05	69						10,2		24,8	
H80	aangeboren afwijkingen oor	0,05	72						31,1		20,9	
H81	overmatig cerumen	8,66	13097	1,5	bloeddrukmeting	0,2			0,4		7,1	
H82	vertig.syndroom/ labyrinthitis	2,48	3754	15,5	bloeddrukmeting	2,6		0,3	4,6	KNO	63,3	betahistine
H83	otosclerose	0,01	10									
H84	presbyacusis	0,49	743	4,4		2,9			40,5	KNO	14,5	
H85	acoustisch letsel/lawaai doofheid	0,11	161			10,1			25,5		19,2	
H86	doofheid/ slechthorendheid	0,64	966			5,2		1,3	24,9	KNO	18,1	
H99	andere ziekten oor	0,14	213						9,0		18,3	
Ko1	pijn toegeschreven aan hart	1,13	1713	28,5	bloeddrukmeting	18,2	ECG		6,8	cardiologie	40,3	isosorbidedinitraat
Ko2	druk/beklemming toegeschr. hart	0,96	1459	24,0	bloeddrukmeting	15,8	ECG		12,9	cardiologie	59,0	isosorbidedinitraat
Ko3	and.pijn toegeschr. aan vaatstelsel	0,23	355	2,6		2,3			14,0		52,1	carbasalaatcalcium
Ko4	hartkloppingen/ bewust van hartslag	1,86	2809	23,3	bloeddrukmeting	10,3	ECG		5,0	cardiologie	44,2	propranolol
Ko5	and.afw./ irregulaire hartslag	0,65	976	19,4	bloeddrukmeting	14,6	ECG		6,7		59,9	sotalol
Ko6	opgezette aderen	0,08	120	5,7					9,5		59,2	
Ko7	gezwollen enkels/ enkeloedeem	3,72	5626	11,4	bloeddrukmeting	3,3	bloedonderzoek	0,4	0,8		63,8	furosemide
K24	angst voor hartaanval	0,41	622	30,7	bloeddrukmeting	17,8	bloedonderzoek		3,7		17,7	oxazepam
K25	angst voor hoge bloeddruk	1,58	2383	46,6	bloeddrukmeting	2,4		0,7			11,4	atenolol
K27	angst and.ziekte hartvaatstelsel	0,72	1083	36,7	bloeddrukmeting	21,6	bloedonderzoek		6,6		13,7	carbasalaatcalcium
K28	functiebep./ handicap hartvaatstelsel	0,00	7								100,0	
K29	andere symptomen hartvaatstelsel	0,23	348	14,7					5,7		46,1	acetylsalicylzuur
K70	infectieziekte hartvaatstelsel	0,03	42								35,0	
K71	acuut reuma/ reumatische hartziekte	0,06	92								66,7	

ICPC	Alle contacten		Diagnostiek in de praktijk	Aangevraagde diagnostiek		Verwijzingen naar 1e lijn		Verwijzingen naar 2e lijn		Prescriptie	
	per 1000 cont.	aantal cont.	% meest voorkomende	% meest voorkomende	% meest voorkomende	% meest voorkomende	% meest voorkomende	% meest voorkomende	% meest voorkomende	% meest voorkomende	% meest voorkomende
K72	neoplasma hartvaatstelsel	0,01	9								
K73	aangeboren afw. hartvaatstelsel	0,07	108					17,4		24,7	
K74	angina pectoris	6,67	10080	12,0	bloeddrukmeting	3,6	ECG	5,0	cardiologie	78,5	acetylsalicylzuur
K75	acuut myocard infarct	1,83	2769	7,4	bloeddrukmeting	0,5		0,9		74,4	acetylsalicylzuur
K76	and/chron. ischemische hartziekte	2,52	3811	8,7	bloeddrukmeting	2,6		0,6		80,9	acetylsalicylzuur
K77	decompensatio cordis	7,00	10579	25,3	bloeddrukmeting	5,9	bloedonderzoek	0,8		68,6	furosemide
K78	boezemfibrilleren/ -fladderen	3,09	4674	14,0	bloeddrukmeting	2,4	ECG	1,5		73,3	digoxine
K79	paroxysmale tachycardie	0,91	1376	21,8	bloeddrukmeting	9,8	bloedonderzoek	6,0		60,1	sotalol
K80	ectop.slagen/ extrasystolen.	0,39	595	20,0	bloeddrukmeting	9,6		1,7		60,2	sotalol
K81	hartgeruis	0,19	293	18,6		7,5		32,7		9,7	
K82	cor pulmonale	0,05	79	59,5						50,8	
K83	klep aandoening niet reumatisch	0,59	892	9,9		5,3		1,0		75,1	acenocoumarol
K84	andere hart ziekten	0,66	1004	8,6		0,9		1,2		67,1	acetylsalicylzuur
K85	verhoogde bloeddruk [ex.K86]	4,76	7201	45,4	bloeddrukmeting	5,5	bloedonderzoek	0,2		37,7	metoprolol
K86	hypertensie zond. orgaanbesch.	50,57	76464	38,6	bloeddrukmeting	3,4	bloedonderzoek	0,0	interne geneesk.	77,1	atenolol
K87	hypertensie met orgaanbesch.	5,96	9012	35,1	bloeddrukmeting	4,1	bloedonderzoek	0,7		74,8	metoprolol
K88	orthostatische hypotensie	0,35	528	44,4	bloeddrukmeting	4,9				24,0	
K89	passagere cerebrale ischemie /tia	2,48	3756	13,0	bloeddrukmeting	2,4		5,4	neurologie	74,2	carbasalaatcalcium
K90	cerebrovasc. accident (CVA)	3,15	4765	15,1	bloeddrukmeting	1,8		3,2	fysiotherapie	63,4	carbasalaatcalcium
K91	atherosclerose	0,28	418	7,9		1,9		2,0		85,8	acetylsalicylzuur
K92	andere ziekten perifere artieren	1,50	2272	6,8	bloeddrukmeting	4,3		4,4		55,8	carbasalaatcalcium
K93	long embolie/long infarct	0,17	264					18,1		64,6	acenocoumarol
K94	thrombophlebitis/ phlebothrombose	1,11	1672	1,9		2,4		4,1		46,2	acenocoumarol
K95	varices benen	1,94	2935	2,0		0,3		25,0	dermatologie	23,6	rutoside, combinatie- preparaten ,
K96	hemorroiden	2,43	3681	1,9		0,4		1,8		67,7	lidocaine
K99	andere ziekte hartvaatstelsel	0,39	587	11,0		1,6		8,0		36,3	carbasalaatcalcium
Lo1	nek symptomen/ klachten	7,65	11560	2,9	bloeddrukmeting	2,9	röntgenfoto	1,9	neurologie	38,5	diclofenac

ICPC	Alle contacten		Diagnostiek in de praktijk		Aangevraagde diagnostiek		Verwijzingen naar 1e lijn		Verwijzingen naar 2e lijn		Prescriptie		
	per 1000 cont.	aantal cont.	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende	
L02		8,34	12616	2,4	bloeddrukmeting	4,6	rontgenfoto	17,9	fysiotherapie	1,7	neurologie	44,5	diclofenac
L03		14,72	22260	2,3	bloeddrukmeting	3,0	rontgenfoto	15,3	fysiotherapie	1,3	orthopaedie	51,4	diclofenac
L04		5,96	9015	16,5	bloeddrukmeting	11,1	rontgenfoto	3,7	fysiotherapie	1,7	cardiologie	35,4	diclofenac
L05		0,69	1050	20,8	urineonderzoek	16,2	bloedonderzoek	2,5		0,8		33,9	diclofenac
L06		0,13	196	4,9		17,3						28,8	
L07		0,80	1212	1,2		2,2		2,7		3,0		39,4	diclofenac
L08		6,60	9975	1,2	bloeddrukmeting	2,5	rontgenfoto	13,8	fysiotherapie	2,1	orthopaedie	46,1	diclofenac
L09		1,99	3006	3,9	bloeddrukmeting	6,8	rontgenfoto	12,1	fysiotherapie	1,4		35,3	diclofenac
L10		0,91	1373	1,1		7,6	rontgenfoto	13,7	fysiotherapie	6,5		27,5	diclofenac
L11		2,06	3113	0,8		12,9	rontgenfoto	6,2	fysiotherapie	5,8	orthopaedie	31,8	diclofenac
L12		2,93	4433	1,1		9,3	rontgenfoto	1,7		5,0	chirurgie	29,3	diclofenac
L13		3,31	5005	3,0	bloeddrukmeting	12,1	rontgenfoto	7,8	fysiotherapie	2,7	orthopaedie	37,9	diclofenac
L14		4,71	7116	2,4	bloeddrukmeting	5,3	rontgenfoto	10,7	fysiotherapie	4,6	chirurgie	34,5	diclofenac
L15		7,28	11001	1,1	bloeddrukmeting	4,3	rontgenfoto	8,2	fysiotherapie	8,2	orthopaedie	28,7	diclofenac
L16		1,62	2451	2,1		9,5	rontgenfoto	6,1	fysiotherapie	4,1	orthopaedie	32,9	diclofenac
L17		6,24	9442	2,1	bloeddrukmeting	6,0	rontgenfoto	5,9	podotherapie	4,4	orthopaedie	23,3	diclofenac
L18		5,10	7713	4,0	bloeddrukmeting	3,8	bloedonderzoek	8,9	fysiotherapie	1,0		47,5	diclofenac
L19		1,35	2047	6,7	bloeddrukmeting	4,9		15,9	fysiotherapie	3,4		38,9	diclofenac
L20		2,59	3913	2,1		12,2	bloedonderzoek	1,2		8,1	rheumatologie	52,7	diclofenac
L26		0,00	7										
L27		0,12	178			24,1						4,1	
L28		0,28	426	9,3				14,3		5,9		5,9	
L29													
								8,8	fysiotherapie			39,7	paracetamol
L70		1,15	1734	2,0		4,6				4,0		30,7	
L71		0,13	194										
L71		0,13	193			4,5		6,9		6,4		11,6	
L72		0,53	799			11,4		1,7		11,5		17,4	paracetamol
L73		0,34	510			12,1				13,7		13,7	

ICPC	Alle contacten		Diagnostiek in de praktijk		Aangevraagde diagnostiek		Verwijzingen naar ze lijn		Verwijzingen naar ze lijn		Prescriptie	
	per 1000 cont.	aantal cont.	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende
L74	fractuur hand/voet	0,58	883			23,0	rontgenfoto	1,6		4,0		8,5
L75	fractuur femur	0,34	519						7,6			17,3
L76	andere fracturen	1,18	1786	1,4		4,4		2,3		4,8		23,5 paracetamol
L77	verstuikingen/ distorsies enkel	2,95	4464	0,2		6,2	rontgenfoto	6,6	fysiotherapie	0,9		17,8 diclofenac
L78	verstuikingen/ distorsies knie	1,57	2367	0,3		3,5		12,0	fysiotherapie	5,3	orthopaedie	21,9 diclofenac
L79	andere verstuikingen/ distorsies	0,83	1259	1,2		9,8	rontgenfoto	1,1				20,0 diclofenac
L80	luxaties/ subluxaties	0,36	538			5,0		9,0		13,6		11,0
L81	andere traumata bewegingsapp.	3,97	6009	2,8	bloeddrukmeting	4,1	rontgenfoto	3,8	fysiotherapie	1,1		23,8 diclofenac
L82	aangeb. afwijkingen bewegingsapp.	0,31	466			5,7		6,7		5,9		13,5
L83	syndromen cervicale wervelkolom	2,72	4118	2,7	bloeddrukmeting	4,6	rontgenfoto	16,7	fysiotherapie	4,2	neurologie	33,2 diclofenac
L84	arthrose/ spondylose wervelkolom	0,92	1391	4,5		2,5		7,8	fysiotherapie	0,6		65,9 paracetamol
L85	verworven afwijkingen wervelkolom	0,41	621	2,5		6,7		12,3		7,9		25,4 diclofenac
L86	lage rugpijn met uitstraling	7,28	11012	1,2	bloeddrukmeting	1,6	rontgenfoto	13,0	fysiotherapie	6,4	neurologie	46,1 diclofenac
L87	ganglion gewricht/pees	0,92	1384	1,3		1,1		0,7		19,5	chirurgie	11,3 diclofenac
L88	rheumatoïde artritis/ verwante aand.	2,74	4147	2,1		5,1	bloedonderzoek	2,4		1,9		60,7 diclofenac
L89	coxarthrosis	2,05	3093	3,3	bloeddrukmeting	2,9		5,6	fysiotherapie	8,2	orthopaedie	55,2 diclofenac
L90	gonarthrosis	2,50	3785	2,8	bloeddrukmeting	4,5	rontgenfoto	3,9	fysiotherapie	6,1	orthopaedie	60,9 diclofenac
L91	andere artrose/ verwante aand.	1,74	2634	4,1	bloeddrukmeting	4,2	rontgenfoto	2,4		3,3		55,8 paracetamol
L92	schouder syndromen/ PHS	8,49	12829	1,6	bloeddrukmeting	1,9	rontgenfoto	9,9	fysiotherapie	2,2	orthopaedie	47,6 diclofenac
L93	epicondylitis lateralis	2,42	3661	0,7		0,8		12,3	fysiotherapie	2,1		31,8 diclofenac
L94	osgood-schlatter/ andere osteochondr.	0,16	244	3,7		2,8		5,1				13,8
L95	osteoporosis	2,47	3728	1,9		2,2		0,5		0,3		85,4 alendroninezuur
L96	acute traumata meniscus/ kniebanden	0,92	1392	1,0		1,7		4,5		21,0	orthopaedie	6,4
L97	chronisch inwendig trauma knie	2,02	3054	0,3		2,5		10,6	fysiotherapie	12,4	orthopaedie	22,5 diclofenac
L98	verworven afwijkingen extremiteten	1,54	2326	0,8		1,8		11,0	podotherapie	12,0	orthopaedie	11,3 diclofenac
L99	andere ziekten bewegingsapp.	8,53	12892	2,3	bloeddrukmeting	2,8	bloedonderzoek	5,0	fysiotherapie	4,1	chirurgie	42,1 diclofenac
No1	hoofdpijn [ex.No2,N89,R09]	5,61	8484	11,0	bloeddrukmeting	3,5	bloedonderzoek	3,0	fysiotherapie	4,0	neurologie	56,7 paracetamol
No2	spannings hoofdpijn	2,79	4221	10,4	bloeddrukmeting	1,4		10,5	fysiotherapie	1,9		52,3 ibuprofen

ICPC	Alle contacten		Diagnostiek in de praktijk		Aangevraagde diagnostiek		Verwijzingen naar 1e lijn		Verwijzingen naar 2e lijn		Prescriptie	
	per 1000 cont.	aantal cont.	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende
N03	0,37	557	5,1		4,7		2,2		3,6		57,5	carbamazepine
N04	1,12	1692	1,9		1,5				1,2		92,6	hydrokinine
N05	0,35	530	13,3		4,6		6,8		23,1	neurologie	14,4	
N06	1,08	1637	7,7	bloeddrukmeting	4,2		0,8		6,8	neurologie	43,3	propranolol
N07	0,21	315							4,1		35,8	
N16	0,06	98							27,6		22,1	
N17	4,93	7451	23,7	bloeddrukmeting	5,6	bloedonderzoek	0,7		3,2	neurologie	45,8	betahistine
N18	0,26	387	13,3		5,0		2,7		11,5		14,1	
N19	0,39	595	3,0				40,6	logopedie	3,6		9,3	
N26	0,05	69			21,9				33,1			
N27	0,08	128					10,2		8,9		14,2	
N28	0,02	25	35,3								30,2	
N29	0,25	381	4,2		4,5		9,6				26,1	
N70	0,01	16					44,1					
N71	0,25	384					3,0				54,5	
N72	0,07	108									20,0	
N74	0,27	406							2,5		31,6	dexamethason
N75	0,11	166					6,0		11,0		23,8	
N76	0,13	203									18,4	
N79	0,40	608	4,1						8,4		10,8	
N80	0,34	514	10,3						6,4		10,7	
N81	0,19	292			3,1				3,8		25,7	
N85	0,09	143					4,2		4,3		42,5	
N86	0,50	753	1,2				3,2		2,1		49,0	baclofen
N87	0,91	1372	2,7		1,1		2,3		2,6		65,4	levodopa met decarboxylaseremmer
N88	2,06	3114	1,5		1,0				3,8	neurologie	78,0	valproïnezuur
N89	6,07	9180	4,9	bloeddrukmeting	0,5		0,3		1,0		88,0	sumatriptan

ICPC	Alle contacten		Diagnostiek in de praktijk		Aangevraagde diagnostiek		Verwijzingen naar 1e lijn		Verwijzingen naar 2e lijn		Prescriptie	
	per 1000 cont.	aantal cont.	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende
N90	cluster headache	0,20	297	15,5			4,8				80,1	sumatriptan
N91	facialis parese/ Bell's palsy	0,25	378	4,0			2,6		5,8		32,2	kunstranen en andere indifferente preparaten
N92	trigeminus neuralgie	0,18	275						3,2		78,4	carbamazepine
N93	carpaal tunnel syndroom	0,80	1211	6,0		3,4	3,7		23,6	neurologie	24,9	triamcinolon
N94	andere perif. neuritis/ neuropathie	1,34	2029	3,6		1,8	2,8		7,9	neurologie	38,1	amitriptyline
N99	andere ziekte zenuwstelsel	0,68	1031	0,8		0,7	3,6		5,3		53,5	paracetamol
P01	angstig/ nerveus/ gespannen gevoel	11,79	17821	3,3	bloeddrukmeting	0,6	bloedonderzoek	0,6	fysiotherapie	0,1	82,7	oxazepam
P02	crisis/ voorbijg. stress reactie	3,43	5190	5,9	bloeddrukmeting	2,1	bloedonderzoek	2,0	maatsch werk	0,4	56,8	oxazepam
P03	down/ depressief gevoel	4,29	6483	2,1	bloeddrukmeting	1,7	bloedonderzoek	2,2	eerste lijns psychol	1,7	67,3	paroxetine
P04	prikkelbaar/ boos gevoel/ gedrag	0,29	444	1,8			5,3				55,5	oxazepam
P05	zich oud voelen/ gedragen	0,04	67	62,0							37,7	
P06	slapeloosheid/ andere slaapproblemen	19,35	29252	0,7	bloeddrukmeting	0,3	0,1		0,2		94,1	temazepam
P07	libido verlies/ vermindering	0,11	169	7,7		5,7			6,2		55,0	
P08	sexuele bevred. verlies/ vermindering	0,37	559	1,5		2,7			1,8		53,7	sildenafil
P09	bezorgdheid over seksuele voorkeur	0,07	102								21,6	
P10	stamelen/ stotteren/ tics	0,11	169			4,8	36,0		6,4		11,3	
P11	eetproblemen bij kind	0,16	246	10,4		2,9			4,2		20,9	
P12	enuresis [ex.Uo4]	0,63	947	3,8		1,0	1,4		5,3		66,6	desmopressine
P13	encopresis	0,05	68						18,3		21,6	
P15	chronisch alcohol misbruik	0,94	1416	7,2	bloeddrukmeting	6,2	0,7				60,3	chloordiazepoxide
P16	acuut alcohol misbruik/ intoxicatie	0,08	119	7,9		7,9					83,5	
P17	tabaks misbruik	1,20	1816	4,4		0,4					58,3	bupropion
P18	geneesmiddel misbruik	0,67	1007	1,1					1,7		69,6	oxazepam
P19	drugs misbruik	0,71	1067	1,6					0,8		71,9	methadon
P20	geheugen/ concentratie	1,31	1980	7,7	bloeddrukmeting	1,5	0,6		5,6	neurologie	41,3	haloperidol
P21	overactief kind/ hyperkin. syndroom	0,65	977	0,9			3,1		4,3		61,3	methylfenidaat
P22	andere zorgen gedrag kind	0,88	1334	3,4			5,1		2,7		18,1	oxazepam

ICPC		Alle contacten		Diagnostiek in de praktijk		Aangevraagde diagnostiek		Verwijzingen naar 1e lijn		Verwijzingen naar 2e lijn		Prescriptie	
		per 1000 cont.	aantal cont.	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende
P23	andere zorgen gedrag adolescent	0,16	247	9,3		3,1		11,1				9,7	
P24	specifiek leerprobleem	0,67	1006					32,5	fysiotherapie	1,1		11,6	
P25	levensfase probleem volwassene	0,10	148			4,8		28,5				29,5	
P27	angst voor psychische ziekte	0,07	111			7,2				7,8		21,9	
P28	functiebp./ handicap psych.ziekte	0,03	39									24,7	
P29	andere psychische sympt./klachten	1,70	2563	2,0		0,3		3,4		0,5		51,5	oxazepam
P70	seniele dementie/ Alzheimer	1,06	1596	10,6	bloeddrukmeting	1,9				1,6		32,3	pipamperon
P71	andere organische psychosen	0,47	711	22,8	bloeddrukmeting	2,5		1,3		2,1		56,6	haloperidol
P72	schizofrenie alle vormen	0,52	788			1,7		1,5		1,6		59,9	olanzapine
P73	affectieve psychosen	0,89	1347	0,7		0,6		0,6		0,8		65,7	lithiumzouten
P74	angststoornis/ angsttoestand	6,69	10110	2,6	bloeddrukmeting	1,0	bloedonderzoek	1,9	Riagg	0,5		73,5	paroxetine
P75	hysterie/ hypochondrie	0,70	1060	4,1		2,4		6,2		3,8		43,3	paroxetine
P76	depressie	19,80	29942	2,4	bloeddrukmeting	0,9	bloedonderzoek	0,7	Riagg	0,5	psychiatrie	80,2	paroxetine
P77	suicide poging	0,09	129					10,8				10,0	
P78	neurasthenie/ surmenage	3,25	4907	5,9	bloeddrukmeting	2,1	bloedonderzoek	2,9	eerstelijns psychol	0,8		40,8	oxazepam
P79	andere neurotische stoornis	0,89	1351	1,4				4,5		2,4		76,0	paroxetine
P80	persoonlijk./ karakter stoornis	0,77	1160	2,1		0,7		3,2		2,4		51,5	oxazepam
P85	mentale retardatie/ intell. achterstand	0,06	85									25,5	
P98	andere/niet gespec.psychose	0,71	1080	0,8				0,8		1,9		61,4	oxazepam
P99	andere psychische stoornissen	0,93	1411	1,9		1,3		4,5		2,0		53,3	oxazepam
R01	pijn toegeschreven aan lichtwegen	0,13	195	30,9		31,7				7,5			
R02	dyspnoe/benaauwdheid	3,64	5505	11,8	bloeddrukmeting	8,8	rontgenfoto	0,6		4,5	longarts	56,3	salbutamol
R03	piepende ademhaling	0,49	740	4,1		4,3				2,6		59,6	salbutamol
R04	andere problemen ademhaling	0,53	801	3,8		1,2		1,3		20,9	KNO	21,9	fluticason
R05	hoesten	19,66	29730	3,2	bloeddrukmeting	4,5	rontgenfoto	0,1		0,6	longarts	69,0	codeine
R06	epistaxis/ neusbloeding	0,95	1433	11,7	bloeddrukmeting	1,3				15,1	KNO	27,3	
R07	niesen/ neusverstopping/loopneus	1,77	2669	0,4		2,5				5,7	KNO	72,4	budesonide
R08	andere symptomen/ klachten neus	1,04	1568			1,8		0,5		8,6	KNO	47,1	mupirocine

ICPC	Alle contacten		Diagnostiek in de praktijk		Aangevraagde diagnostiek		Verwijzingen naar 1e lijn		Verwijzingen naar 2e lijn		Prescriptie	
	per 1000 cont.	aantal cont.	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende
R09	sympt./ klacht.sinussen (inc pijn)	1,37	2066	0,4		3,1			0,4		68,9	doxycycline
R21	symptomen/ klachten keel	4,28	6474	1,6	bloeddrukmeting	3,6	bloedonderzoek		3,1	KNO		carbasalaatcalcium
R22	symptomen/ klachten tonsille	0,66	993	0,7		2,5			6,1			38,6 feneticilline
R23	symptomen/ klachten stem	0,96	1450	1,3		2,1		4,5	16,2	KNO		20,1 codeine
R24	haemoptoe	0,22	329	11,5		10,6			17,8		11,4	
R25	abnormaal sputum/slijm	0,27	413	4,3		3,6			2,3			54,7 acetylcysteine
R26	angst voor kanker luchtwegen	0,11	163			5,5			10,9			43,7
R27	angst v.andere ziekte luchtwegen	0,15	229			9,9			3,5			10,8
R28	functie bep./ handicap luchtwegen	0,03	42			22,6						22,7
R29	andere sympt./ klacht.luchtwegen	0,16	240			3,5		3,3	7,5			30,8
R70	tuberculose luchtwegen [ex. A70]	0,03	46									
R71	kinkhoest	0,47	715	1,2		14,7	bloedonderzoek					24,9
R72	streptokok. angina/ roodvonk	0,42	640			2,4			1,2			37,6 claritromycine
R73	furunkel/ abces neus	0,11	163						5,3			77,6 fenoxymethylpenicilline
R74	acute infectie bovenste luchtwegen	20,42	30873	2,5	bloeddrukmeting	1,7	bloedonderzoek	0,0	0,4	KNO		44,7
R75	acute/ chronische sinusitis	9,98	15085	1,5	bloeddrukmeting	2,0	rontgenfoto	0,2	1,9	KNO		47,7 doxycycline
R76	acute tonsillitis	3,62	5468	1,2		2,8	bloedonderzoek		2,0	KNO		69,9 doxycycline
R77	acute laryngitis/ tracheitis	1,77	2673	3,2		1,2			1,0			59,7 fenoxymethylpenicilline
R78	acute bronchitis/ bronchiolitis	10,99	16617	4,0	bloeddrukmeting	2,6	rontgenfoto	0,1	0,4			66,9 doxycycline
R80	influenza bewezen [ex.R81]	1,22	1844	4,7		1,7		0,6				77,7 doxycycline
R81	pneumonie	3,85	5821	6,8	bloeddrukmeting	6,5	rontgenfoto	0,2	1,3			31,7 codeine
R82	pleuritis alle vormen [ex.R70]	0,05	74	13,0								51,1 amoxicilline
R83	andere infecties luchtwegen	0,65	979	6,6		3,2		1,0	0,8			15,0
R84	maligne neoplasma bronchus/ long	1,49	2253	5,5	bloeddrukmeting	1,7			1,7			53,1 doxycycline
R85	ander maligne neoplasma luchtwegen	0,22	333									30,2 morfine
												37,4 codeine, combinatie-preparaten
R86	benigne neoplasma luchtwegen	0,23	342						21,0			35,1 fluticason
R87	corpus alienum neus/ larynx/ bronchien	0,06	92						22,9			18,7

ICPC	Alle contacten		Diagnostiek in de praktijk		Aangevraagde diagnostiek		Verwijzingen naar 1e lijn		Verwijzingen naar 2e lijn		Prescriptie	
	per 1000 cont.	aantal cont.	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende
R88	andere letsels luchtwegen	0,06	90				7,5		6,9			
R90	hypertrofie/ chron.inf.tons.	0,97	1462		1,1		24,8	KNO	39,5			amoxicilline
R91	chron.bronchitis/ bronchiectasieën	2,48	3751	2,1		0,7	0,5		82,6			salbutamol
R93	pleuravocht	0,03	45				28,0		18,0			
R95	emfyseem/ copd	10,99	16611	3,3	bloeddrukmeting	2,3	functieonderzoek	0,1	1,3	longarts		ipratropium
R96	astma	15,84	23947	2,0	mammæ onderzoek	2,8	functieonderzoek	0,1	1,0	longarts		salbutamol
R97	hooikoorts/ allergische rhinitis	10,84	16383	0,6	bloeddrukmeting	2,0	bloedonderzoek		0,4			cetirizine
R98	hyperventilatie	1,36	2058	19,6	bloeddrukmeting	4,2	11,3	fysiotherapie	1,1			oxazepam
R99	andere ziekten luchtwegen	0,39	585			6,4			8,6			fluticason
S01	pijn/ gevoeligheid huid	0,19	291						7,0			overige emollientia en protectiva
S02	pruritis/ jeuk [ex.Do5,X16]	3,80	5753	2,6	bloeddrukmeting	2,6	bloedonderzoek		1,5			overige emollientia en protectiva
S03	wratten	9,92	15005	0,2		0,5			2,2	dermatologie		wrat- en likdoornpreparaten
S04	lok.zwelling/ papel/ knobb.huid	1,89	2864	0,8		2,9			10,1	chirurgie		fusidinezuur
S05	mult.zwell./ papels/ knobb.huid	0,32	489	6,5		2,0			9,2			hydrocortison
S06	lokale roodheid/ erytheem huid	1,89	2856	2,0		0,7	0,3		7,4	dermatologie		triamcinolon
S07	gegen.roodheid/ erytheem huid	0,28	422	2,2		3,3			6,7			loratadine
S08	andere veranderingen in kleur huid	0,25	379	2,1					17,9			
S09	lokale inf.vinger/ teen/ paronychia	1,53	2317	0,4		0,6			1,5			fusidinezuur
S10	furunkel/ karbunkel/ cellulitis lokaal	1,35	2040	0,3		1,4			1,0			flucloxacilline
S11	andere lokale infecties huid/ subcutis	3,37	5089	1,2		0,7			2,3	dermatologie		fusidinezuur
S12	beet/steek insect	0,89	1345	1,3		0,7						cetirizine
S13	beet mens/dier	0,75	1133			0,6	0,9					tetanustoxoïde met tetanusimmunoglobuline
S14	brandwond/ verbranding huid	1,14	1730						0,5			zilver sulfadiazine
S15	corpus alienum huid/ subcutis	0,37	561	1,7					5,9			

ICPC	Alle contacten		Diagnostiek in de praktijk		Aangevraagde diagnostiek		Verwijzingen naar 1e lijn		Verwijzingen naar 2e lijn		Prescriptie	
	per 1000 cont.	aantal cont.	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende
S16	1,47	2219	1,5		2,0		0,4		0,4		16,9	diclofenac
S17	1,42	2140	3,1		0,8				0,5		37,0	povidon-jood
S18	3,77	5696	0,8		0,2				1,4		15,1	tetanustoxoïde
S19	0,71	1072	0,9		0,8				3,1		41,6	fusidinezuur
S20	1,19	1803	0,5		1,5		5,8	podotherapie	3,4		37,2	salicylzuur
S21	1,94	2939	1,2						1,2		68,8	overige emollientia en protectiva
S22	0,45	673							2,7		26,4	terbinafine
S23	0,53	809	2,9		5,0				14,1	dermatologie	44,1	betamethason
S24	0,23	343							17,7		27,7	
S26	0,04	64							29,9		15,4	
S27	0,05	78							15,7		16,7	
S29	1,05	1593	2,3		2,1				9,4	dermatologie	29,3	overige emollientia en protectiva
S70	1,32	1998	0,4		0,6		1,2		2,4		54,6	valaciclovir
S71	0,73	1104	0,8		1,5						65,2	aciclovir
S72	0,08	125									66,1	
S73	0,07	111									41,8	
S74	14,14	21375	1,2	bloeddrukmeting	0,2		0,0		0,5	dermatologie	78,7	miconazol
S75	2,43	3677	1,5		0,7						78,1	miconazol
S76	2,68	4060	1,8		0,4		0,3		0,8		56,9	flucloxaciline
S77	0,93	1405							23,4	dermatologie	11,9	diclofenac
S78	0,72	1088	2,9		3,8				18,7	chirurgie	7,3	
S79	2,80	4234	1,8		1,0				6,0	dermatologie	7,9	lidocaine
S80	0,21	315							31,2		4,6	
S81	0,11	163							10,2		16,1	
S82	2,42	3657	0,7		1,1		0,3		12,2	dermatologie	7,5	lidocaine
S83	0,10	150							8,4		49,6	

ICPC	Alle contacten		Diagnostiek in de praktijk		Aangevraagde diagnostiek		Verwijzingen naar 1e lijn		Verwijzingen naar 2e lijn		Prescriptie	
	per 1000 cont.	aantal cont.	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende
S84	impetigo/ impetiginisatie	2,06	3116			0,5					79,4	fusidinezuur
S85	pilonidaal kyste/fistel	0,13	193						22,2		16,0	
S86	seborroisch eczeem/roos	3,72	5618	1,1		0,1		0,2	0,5		80,7	ketoconazol
S87	constitutioneel eczeem	6,14	9284	0,2		0,5		0,1	2,8	dermatologie	81,4	overige emollientia en protectiva
S88	contact eczeem/ander eczeem	15,60	23579	1,0	bloeddrukmeting	0,4	bloedonderzoek	0,1	2,7	dermatologie	80,5	triamcinolon
S89	luier eczeem	0,45	685	1,0							80,8	miconazol
S90	pityriasis rosea	0,31	465								39,7	hydrocortison met overige middelen
S91	psoriasis	2,05	3096	0,3		0,5			5,3	dermatologie	82,8	betamethason
S92	ziekten zweetklieren	0,52	781						1,2		46,6	antizweetmiddelen
S93	atheroom kyste/epitheel kyste	2,90	4385	1,3		0,5			7,4	chirurgie	14,7	fusidinezuur
S94	unguis incarnatus/ and.nagelaandoening	1,87	2822	0,7		1,3		1,3	4,7	chirurgie	20,6	fusidinezuur
S95	mollusca contagiosa	0,72	1090	0,9		0,8			5,8		31,0	fusidinezuur
S96	acne	4,00	6043	0,6		0,1		0,2	1,6		83,1	erytromycine
S97	ulc.cruuris/ decubitus/chron. ulcus	2,71	4103	1,1					3,5	dermatologie	53,9	overige emollientia en protectiva
S98	urticaria	2,31	3492	1,3		1,4			2,6		75,2	cetirizine
S99	andere ziekten huid/ subcutis	2,49	3765	1,0		0,9			7,7	dermatologie	53,8	metronidazol
To1	overmatige dorst	0,22	329	42,1	bloedonderzoek	15,2					30,6	
To2	overmatige eetlust	0,05	82			10,4					67,8	
To3	verminderde eetlust	0,11	162	15,3		9,7			5,1		21,8	
To4	voedingsprobl.zuig./ kind [ex.P11]	0,13	196					4,9	4,8		28,0	
To5	voedingsprobl. volw. [ex.To6]	0,07	108								66,0	
To6	anorexia nervosa/boulimie	0,19	294	16,6		12,8		5,8			29,8	
To7	gewichts toename	0,15	222	29,3		3,7		10,8			26,2	
To8	gewichtsverlies	0,66	1005	39,2	gewichtmeting	26,8	bloedonderzoek		8,3		13,8	
To10	achterbl. fysiол. ontwikkeling	0,22	328			5,1		16,7	17,3		11,4	

ICPC	Alle contacten		Diagnostiek in de praktijk		Aangevraagde diagnostiek		Verwijzingen naar 1e lijn		Verwijzingen naar 2e lijn		Prescriptie	
	per 1000 cont.	aantal cont.	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende
T11	dehydratie	0,15	226				11,3		20,7			
T15	knobbel/zwelling schildklier	0,09	131		13,6		36,3		22,7			
T26	angst v.kanker endocriene klieren	0,02	23									
T27	angst and.ziekte endo./metabol./voeding	0,38	578	21,9	bloedonderzoek	26,5	bloedonderzoek	1,5	7,2			
T28	functie bep./hand.endo./metabol./voeding	0,01	14									
T29	and.sympt./klacht.endo./metabol./voeding	0,09	137	29,7		18,4		9,3	5,7			
T70	infecties endocriene klieren	0,03	50		14,1				55,0			
T71	maligne neoplasma schildklier	0,04	62						37,8			
T72	benigne neoplasma schildklier	0,02	34						74,8			
T73	andere/niet gespec.neopl. endocriene klieren	0,09	142					5,8	75,3	levothyroxine		
T78	persist. ductus thyreoglossus/ cyste	0,02	26					39,6				
T80	and.aangeb.afw.endo.kl./metabol./voeding	0,03	52						86,2			
T81	struma [ex.T85, T86]	0,33	493	1,8		12,4		2,0	46,9	levothyroxine		
T82	adipositas (quet.index >30)	0,90	1359	38,1	gewichtmeting	2,5		2,7	21,8	orlistat		
T83	overgewicht (quet.index <30)	0,57	856	31,5	gewichtmeting	3,8	15,5	dietetiek	27,6	orlistat		
T85	hyperthyreoidie/ thyreotoxice	0,99	1503	5,6		8,6	bloedonderzoek		74,1	levothyroxine		
T86	hypothyreoidie/ myxoedeem	4,60	6962	3,7	bloeddrukmeting	5,7	bloedonderzoek	0,4	82,9	levothyroxine		
T87	hypoglykemie	0,15	233	35,5		2,1			42,3			
T88	renale glucosurie	0,02	23									
T90	diabetes mellitus	32,60	49290	39,2	bloedonderzoek	5,0	bloedonderzoek	0,3		oogheekunde		
T91	vitamine-/ voedingsdeficiëntie	0,57	864	1,8		3,0						
T92	jicht	2,42	3653	2,5		4,7	bloedonderzoek			86,5	allopurinol	
T93	vetstofwisselings stoornissen	10,16	15364	6,0	bloeddrukmeting	3,1	bloedonderzoek	0,4	0,1	87,4	simvastatine	
T99	and.endo./metab./voed.ziekten	0,40	608	5,2		4,1			3,0	50,8	testosteron	
U01	pijnlijke mictie	0,96	1450	38,9	urineonderzoek	4,1			4,3	22,2	trimethoprim	
U02	frequente mictie/aandrang	1,19	1805	22,2	urineonderzoek	11,2	urineonderzoek		4,1	38,5	oxybutynine	
U04	urine incontinentie [ex.P12]	2,18	3297	4,1	bloeddrukmeting	1,0	fysiotherapie	5,2	3,6	61,1	oxybutynine	
U05	andere mictie problemen	0,86	1299	15,1	urineonderzoek	7,2			12,0	25,8	tamsulosine	

ICPC	Alle contacten		Diagnostiek in de praktijk		Aangevraagde diagnostiek		Verwijzingen naar 1e lijn		Verwijzingen naar 2e lijn		Prescriptie	
	per 1000 cont.	aantal cont.	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende
U06	hematurie	0,76	1143	35,4	urineonderzoek	17,2	bloedonderzoek		10,7	urologie	18,8	diclofenac
U07	andere symptomen/ klachten urine	0,22	332	28,3		5,8			1,7		7,2	
U13	andere symptomen/ klachten blaas	0,28	418	10,1					4,4		62,7	oxybutynine
U14	symptomen/ klachten nieren	0,19	281	8,0					5,1		38,7	diclofenac
U26	angst voor kanker urinewegen	0,01	15									
U27	angst v.andere ziekte urinewegen	0,65	987	42,4	urineonderzoek	4,1					7,0	
U28	functie bep./hand. urinewegen	0,02	30								26,7	
U29	andere sympt./klachten urinewegen	0,06	85	16,0							16,3	
U70	acute pyelonephritis/ pyelitis	0,42	633	23,9	urineonderzoek	15,0			3,3		59,8	amoxicilline met enzymremmer
U71	cystitis/ urinewegsinfecties	14,84	22438	24,6	urineonderzoek	3,4	urineonderzoek	0,0	0,7	urologie	69,9	trimethoprim
U72	niet specifieke urethritis	0,18	278	19,1		20,1					49,2	doxycycline
U75	maligne neoplasma nier	0,25	375	6,0		2,2					29,7	tramadol
U76	maligne neoplasma blaas	0,28	417			2,0			2,5		22,5	
U77	andere maligne neopl.urinewegen	0,03	43								57,8	
U78	benigne neoplasma urinewegen	0,02	31						41,3		28,5	
U79	niet gespec.neopl.urinewegen	0,02	33								30,1	
U80	letsels urinewegen	0,02	29			23,9			23,9		52,1	
U85	aangeboren afwijkingen urinewegen	0,03	52								49,5	
U88	glomerulo nephritis/nefrose	0,10	148	22,2		37,8					60,7	
U95	urolithiasis (alle vormen/ lokalisaties)	0,93	1411	20,8	urineonderzoek	22,5	rontgenfoto		4,0		45,6	diclofenac
U98	afwijkende uitslag urine onderzoek	0,12	184	73,5	urineonderzoek	14,3			6,8		16,8	
U99	andere ziekten urinewegen	0,80	1207	5,8		0,6			11,2	interne geneesk.	42,4	ciclosporine
W01	vraag bestaan zwangerschap [ex.W02]	0,34	522	25,6	urineonderzoek	11,0					20,2	foliumzuur
W02	angst zwanger te zijn	0,33	492	26,3	urineonderzoek	2,9			1,8		9,0	
W03	bloedverlies tijdens zwangerschap	0,14	216			10,0			15,1		5,9	
W05	missel./braken in zwangerschap	0,29	444	22,1		6,3					47,3	meclizine, combinatiepreparaten

ICPC		Alle contacten		Diagnostiek in de praktijk		Aangevraagde diagnostiek		Verwijzingen naar 1e lijn		Verwijzingen naar 2e lijn		Prescriptie	
		per 1000 cont.	aantal cont.	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende
W10	morning after pill/ postcoitale anticonceptie	0,58	874			1,0						75,6	levonorgestrel
W11	orale anticonceptie	23,61	35692	2,8	bloeddrukmeting	0,1						97,0	oestrogeen met levonorgestrel
W12	anticonceptie: IUD	1,19	1804	1,2		1,9			4,2			35,5	iud met progestagenen
W13	sterilisatie (vrouw)	0,21	324	1,9		1,9			62,1	gynaecol/verlosk.		2,3	
W14	andere anticonceptie (vrouw)	2,18	3300	0,2		0,2			0,9			11,6	foliumzuur
W15	sub-/infertilitet klacht	0,76	1142	0,8		1,9			32,1	gynaecol/verlosk.			
W18	and.klachten post-partum/ kraambd	0,03	48									16,0	
W19	symptomen/ klachten borstvoeding	0,11	166									52,3	
W20	and.sympt./klacht. borsten/zwang./ kraambd	0,10	152	9,2								4,9	
W27	angst complicaties zwang./bevalling	0,03	50									43,8	
W28	functiebeperk./ hand.tgv zwang./ bevalling	0,01	22										
W29	symp./klacht. zwang/ beval/ kraam/anticonceptie	0,20	295	15,0		17,7		13,5				37,9	
W71	andere infecties zwang/ kraambd [ex.w70]	0,02	31										
W73	benigne neopl. ivm zwangerschap	0,00	7										
W75	zwang. complicerende letsels	0,00	7						42,4				
W76	zwang. compl.aangeb. afw.moeder	0,01	21					33,3					
W77	zwang. compl. niet obst. factor	0,02	36			23,0		58,1		41,9			
W78	zwangerschap: bevestigd	2,35	3547	16,9	bloeddrukmeting	10,2	echoscopie	3,0	verloskundige	10,2	gynaecol/verlosk.	13,8	foliumzuur
W79	ongewenste zwangerschap: bevestigd	0,31	467	5,7		5,8			9,2			17,9	
W80	ectopische zwangerschap	0,02	31						32,4				
W81	toxicose/ (pre-)eclampsie	0,03	39	17,9					17,9				
W82	spontane abortus	0,26	394	6,4					10,6			4,0	
W83	abortus provocatus	0,16	249	6,5								14,5	

ICPC	Alle contacten		Diagnostiek in de praktijk		Aangevraagde diagnostiek		Verwijzingen naar 1e lijn		Verwijzingen naar 2e lijn		Prescriptie	
	per 1000 cont.	aantal cont.	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende
W84	zwangerschap met verhoogd risico	0,12	188	21,2					12,9		10,7	
W90	normale bevalling levendgeborene	0,93	1400	0,7					0,9		2,2	
W92	gecompl.bevall. levendgeborene	0,38	574						1,4		3,1	
W94	mastitis puerperalis	0,19	287	9,8					7,1		36,1	
W96	andere complicaties kraambed	0,03	52			13,3					44,5	
X01	pijn gesl.org.vrouw	0,27	412	1,6		12,7	2,2		2,8		43,4	oestrogeen met des-ogestrel
X02	pijnlijke menstruatie	1,38	2080	1,8		0,4			2,0		85,0	naproxen
X03	intermenstruele pijn	0,03	53								21,6	
X04	pijnlijke coitus	0,26	389			5,8			15,2		26,7	
X05	amenorroe/ hypomenorroe/ oligomenorroe	0,83	1259	10,1	urineonderzoek	7,5	1,0		3,4		26,2	oestrogeen met levo-norgestrel
X06	menorragie	1,79	2704	4,9	bloeddrukmeting	5,6			6,0	gynaecol/verlosk.	60,3	oestrogeen met levo-norgestrel
X07	onregelmatige/ frequente menstruatie	1,82	2756	3,3		5,6	echoscopie		0,9		52,3	oestrogeen met levo-norgestrel
X08	intermenstrueel bloedverlies	0,75	1141	3,1		5,8		0,7	4,9		51,4	oestrogeen met levo-norgestrel
X09	premenstruele symptomen/ klachten	0,10	146	5,8							56,4	
X10	uitstel van de menstruatie	0,63	954	0,9					1,6		82,3	norethisteron
X11	climacteriele symptomen/ klachten	6,35	9599	3,8	bloeddrukmeting	2,0	bloedonderzoek	0,1	0,3		82,2	estradiol
X12	postmenopauzaal bloedverlies	0,27	406	2,3		13,9			18,5		21,8	
X13	bloedverlies na coitus	0,19	288			31,9			4,1		21,2	
X14	vaginale afscheiding	1,80	2715	1,9		7,4	cytologie		0,5		56,9	miconazol
X15	andere symptomen/ klachten vagina	0,86	1303	5,3		2,0			1,6		65,5	estriol
X16	symptomen/ klachten vulva	0,75	1139	0,6		0,8			4,6		52,6	hydrocortison met overige middelen
X17	symp./klacht. kleine bekken	0,15	220				29,7		3,9		27,2	

ICPC		Alle contacten		Diagnostiek in de praktijk		Aangevraagde diagnostiek		Verwijzingen naar 1e lijn		Verwijzingen naar 2e lijn		Prescriptie	
		per 1000 cont.	aantal cont.	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende
X18	pijn in de borsten vrouw	0,91	1371	23,3	mammæ onderzoek	15,3	rontgenfoto	4,8		4,8		15,8	
X19	knobbel/zwelling borsten vrouw	0,98	1484	20,1	mammæ onderzoek	22,2	rontgenfoto	15,3	chirurgie	15,3		11,3	
X20	symptomen/ klachten tepel vrouw	0,26	394	12,6		13,3		5,8		5,8		18,5	
X21	and.-sympt./ klacht.borsten vrouw	0,54	816	12,1		5,8		16,7	plastische chirurgie	16,7		7,8	
X23	angst voor geslachtsziekte vrouw	0,28	430			37,6	bloedonderzoek	4,3		4,3		9,2	
X24	angst v. seksueel dysfunct. vrouw	0,03	47					14,8		26,2			
X25	angst voor kanker gesl.org. vrouw	0,05	83			9,8		12,7		12,7			
X26	angst voor borstkanker vrouw	0,38	582	22,4	mammæ onderzoek	21,7	rontgenfoto	5,3		5,3		19,1	oxazepam
X27	angst and.ziekten gesl.org. vrouw	0,06	88			21,6						13,4	
X29	and.-sympt./klacht.gesl.org. vrouw	0,08	120			19,6		10,4		10,4		26,0	
X71	gonorroe gesl.org. vrouw	0,03	44	20,5		22,2							
X72	candidiasis urogenitale bewezen vrouw	2,83	4273	2,2		0,5		0,2		0,2		93,6	miconazol
X73	trichomonas urogenitale bewezen	0,05	73			9,5						53,4	
X74	ontstekingen kleine bekken/ PID	0,16	242	7,4		7,6		4,0		4,0		58,2	doxycycline
X75	maligniteit cervix uteri	0,05	76					14,9		14,9		20,7	
X76	maligne neopl. borsten (vrouw)	1,65	2489	3,3		1,0		2,7		2,7		40,6	tamoxifen
X77	and.maligne neopl.gesl.org. vrouw	0,26	394	3,3		1,7		2,6		2,6		12,0	
X78	benigne neopl.uterus/ cervix uteri	0,46	691	3,5		10,2		18,1	gynaecol/verlosk.	18,1		14,9	
X79	ben.neopl.borsten (vrouw)[ex.X88]	0,19	282	19,9		30,0		16,9		16,9		5,3	
X80	andere ben.neopl.gesl. org. vrouw	0,07	113			6,2		25,1		25,1		6,7	
X81	and./niet gespec.neopl. gesl.org.vrouw	0,05	79					11,3		11,3		8,8	
X82	letsels geslachtsorganen (vrouw)	0,01	18	50,0									
X83	aangeboren afw.gesl.org.(vrouw)	0,02	26										
X84	vaginitis/vulvitis	1,69	2562	0,4		1,2		1,9		1,9		82,7	miconazol
X85	cervicitis/and. ziekten cervix	0,14	215			15,0		10,9		10,9		48,8	
X86	afwijkende cervix uitstrijk	0,22	327			9,1		21,8		21,8		12,2	
X87	prolaps vagina/ uterus	1,61	2429	7,2	bloeddrukmeting	0,6		2,1	gynaecol/verlosk.	8,8		14,0	estriol
X88	fibroaden./ polykyst.afw. borsten	0,41	617	30,5	mammæ onderzoek	20,6	rontgenfoto	4,7		4,7		11,4	

ICPC		Alle contacten		Diagnostiek in de praktijk		Aangevraagde diagnostiek		Verwijzingen naar 1e lijn		Verwijzingen naar 2e lijn		Prescriptie	
		per 1000 cont.	aantal cont.	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende
X89	premenstrueel spannings syndroom	0,28	429	2,2						2,0		83,0	oestrogeen met levonorgestrel
X90	herpes genitalis (vrouw)	0,09	142									89,1	valaciclovir
X91	condylomata acuminata (vrouw)	0,15	232							11,2		14,8	
X99	and.ziekten gesl.org/borsten	0,56	841	1,7		3,9				7,0		40,6	azitromycine
Y01	pijn in penis	0,05	81			11,8				15,5		9,6	
Y02	pijn testis/scrotum	0,15	231	16,4		9,1				20,9		21,9	
Y03	afscheiding penis/urethra	0,06	98	8,7								64,1	
Y04	andere symptomen/ klachten penis	0,39	589	2,7						6,3		36,6	miconazol
Y05	symptomen/ klachten scrotum/testis	0,32	477	3,4		5,3				17,0		9,5	
Y06	symptomen/ klachten prostaat	1,06	1602	9,0	urineonderzoek	6,7	bloedonderzoek			13,0	urologie	55,3	tamsulosine
Y07	sympt/klacht. potentie [ex.Po7,Po8]	0,74	1113	6,6		2,0				3,4		83,6	sildenafil
Y08	and.sex. probl. (man) [ex.Po7,Po8]	0,06	86	10,4								26,7	
Y10	sub-/infertiliteit (man)	0,21	317			5,2				18,8		5,8	
Y13	sterilisatie (man)	0,64	974							55,2	urologie	2,1	
Y14	andere anticonceptie (man)	0,05	75							27,0		42,8	
Y16	symptomen/ klachten borsten (man)	0,21	325	10,4						9,2		7,1	
Y24	angst v.sexueel dysfunct. (man)	0,00	6									100,0	
Y25	angst voor geslachtsziekte (man)	0,25	385	6,7		24,9						5,0	
Y26	angst voor kanker gesl.org. man	0,08	125	6,9		40,4							
Y27	angst and.ziekten gesl.org.man	0,05	76	10,7		11,2						10,0	
Y28	functie bep./hand. gesl.org.man	0,00	6										
Y29	and.sympt./klacht.gesl.org.man	0,20	300	7,0		4,1				19,5		26,5	
Y70	lues man	0,00	7										
Y71	gonorroe man	0,07	98									73,5	
Y72	herpes genitalis (man)	0,10	146							7,8		63,2	
Y73	prostatitis/ vesiculitis seminalis	0,52	788	19,5	urineonderzoek	9,9				2,4		70,3	ciprofloxacine
Y74	orchitis/ epididymitis	0,46	699	2,3		4,4				1,2		47,2	sulfamethoxazol met

ICPC	Alle contacten		Diagnostiek in de praktijk		Aangevraagde diagnostiek		Verwijzingen naar 1e lijn		Verwijzingen naar 2e lijn		Prescriptie	
	per 1000 cont.	aantal cont.	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende
Y75 balanitis	0,75	1131	3,6		1,4			0,9				trimethoprim
Y76 condylomata acuminata (man)	0,09	135									56,7	miconazol
Y77 maligne neoplasmata prostaat	0,79	1197	4,7		1,2			0,8			81,8	
Y78 and.mal.neopl. gesl.org./ borsten man	0,04	59									46,6	gosereline
Y79 benigne neopl. gesl.org./ borsten man	0,03	43									23,6	
Y80 letsels geslachtsorganen (man)	0,02	25				36,4					27,0	
Y81 phimosis/slurf preputium	0,28	429						18,7			17,0	
Y82 hypospadie	0,00	6						100,0				
Y83 cryptorch./niet ingedaalde testis	0,12	188	3,9					36,2				
Y84 and.aangeb.afw. gesl.org./ borsten man	0,00	7										
Y85 benigne prostaat hypertrofie	1,29	1945	3,6		9,1	bloedonderzoek		3,5			71,8	tamsulosine
Y86 hydrocele	0,08	128			6,5			19,3			7,3	
Y99 and.ziekten gesl.org./ borsten man	0,23	343			5,4			16,9			38,9	azitromycine
Zo1 armoede/ financiële problemen	0,05	71									31,7	
Zo2 problemen met voedsel/water	0,01	22									45,3	
Zo3 problemen huisvesting/buurt	0,36	541	1,3								5,5	
Zo4 probl.sociale/ culturele systeem	0,07	99									28,6	
Zo5 problemen met werksituatie	1,71	2587	2,4		1,8		1,1				23,3	oxazepam
Zo6 problemen met werkloosheid	0,06	93									13,0	
Zo7 problemen met opleiding	0,06	87										
Zo8 problemen soc.verzek./ welzijn	0,17	263									27,8	
Zo9 problemen met justitie/politie	0,04	57										
Z10 probl.toegank./ beschikb.gezondheidszorg	0,10	159									9,8	
Z11 problemen met ziek zijn	0,08	125									13,8	
Z12 relatieproblemen met partner	1,75	2643	1,7				3,5	1,6			27,7	oxazepam
Z13 problemen met gedrag partner	0,16	247									5,2	
Z14 problemen met ziekte van partner	0,57	857	4,1		1,0						28,8	oxazepam

ICPC	Alle contacten		Diagnostiek in de praktijk		Aangevraagde diagnostiek		Verwijzingen naar 1e lijn		Verwijzingen naar 2e lijn		Prescriptie	
	per 1000 cont.	aantal cont.	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende	%	meest voorkomende
Z15	verlies/overlijden van partner	1,63	2468	2,7			0,8				23,1	oxazepam
Z16	relatieproblemen met kind	0,45	680	1,0			3,0	2,8			29,9	oxazepam
Z18	problemen met ziekte kind	0,32	487		1,3		2,5				14,4	
Z19	verlies/overlijden van kind	0,22	337								16,8	
Z20	relatieproblemen ouders/familie	0,33	506	1,7							9,8	
Z21	problemen gedrag ouders/familie	0,14	212	4,1							38,0	
Z22	problemen ziekte ouders/familie	0,34	519	1,8		1,6			2,2		19,9	
Z23	verlies/overlijden ouders/familie	0,41	623	2,6							32,4	oxazepam
Z24	relatieproblemen met vrienden	0,04	60				15,5	28,0				
Z27	angst een sociaal probl.te hebben	0,01	18								15,3	
Z28	sociale functiebeperking/handicap	0,17	259				15,9				44,2	paroxetine
Z29	andere sociale problemen neg	0,25	377	4,6			6,3				25,4	

