

Oplegnotitie verwijzingen 1^e en 2^e lijn

Auteur: RIVM, op verzoek Community of Data Experts Informatie-beraad.

Status: Definitief april 2017

Inleiding

Kwantitatieve informatie over verwijzingen tussen eerste en tweedelijns zorgaanbieders is belangrijk voor de besturing van ons zorgsysteem. Het landelijke zorgbeleid is er immers op gericht zoveel mogelijk zorg in de eerste lijn te laten plaatsvinden, en in die eerste lijn kwalitatief hoogwaardige zorg te leveren die escalatie naar de tweede lijn voorkomt. Het meten van het aantal tweedelijns verwijzingen uitgesplitst naar bron van verwijzing kan behulpzaam zijn bij het monitoren van dit beleid.

De community of data experts heeft geconstateerd dat ondanks deze behoefte routinematige publicaties over aantallen verwijzingen nog ontbreken. Anderzijds heeft ze geconstateerd dat er in Nederland waarschijnlijk wel voldoende informatie voorhanden is om verwijzingen kwantitatief te beschrijven. Aan twee instituten, het Centraal Bureau voor de Statistiek(CBS) en eerstelijnsinstituut NIVEL is daarom gevraagd een eerste kwantitatieve verkenning van verwijsgedrag uit te voeren.

Een probleem bij de analyse is dat niet op voorhand te zeggen is welke databron het meest geschikt is voor het monitoren van verwijsgedrag. Zowel in de eerste lijn als tweede lijn worden gegevens verzameld waaruit dit gedrag te kwantificeren is, maar een gouden standaard voor het bepalen van de kwaliteit van de gegevensbronnen op dit punt ontbreekt.

Daarom is een aanpak gekozen waarbij twee aparte onderzoeken zijn uitgezet die elkaar deels kunnen valideren. Het NIVEL is gevraagd verwijsgedrag vanuit het perspectief van de huisartsenpraktijk te onderzoeken, en daarbij gebruik te maken van in de eerste lijn gegenereerde data. Het CBS is juist gevraagd om vanuit tweedelijnsdata het verwijsgedrag vanuit het perspectief van de tweedelijnszorg te analyseren. Zo wordt een complementair beeld opgebouwd. Als deze beelden consistent zijn, is het een belangrijke aanwijzing dat de verschillende bronnen op dezelfde werkelijkheid betrekking hebben en gebruikt kunnen worden voor het opbouwen van een completer beeld van verwijsgedrag. Ook kunnen deze databronnen dan met vertrouwen worden ingezet voor indicator-ontwikkeling ten aanzien van verwijsgedrag.

Vanwege het verkennende karakter is er niet naar gestreefd om nu al voorbeeld-indicatoren te ontwikkelen voor verwijsgedrag. De analyse beperkt zich tot het in kaart brengen van verwijsgedrag op drie niveaus:

- een landelijk totaalbeeld
- een uitsplitsing naar het medisch specialisme waarnaar verwezen wordt
- verwijsgedrag binnen een specifieke patiëntengroep: patiënten met diabetes mellitus

Gezien de aard van de gebruikte bronnen zijn gedetailleerde indicator berekeningen waarbij bijvoorbeeld rekening gehouden wordt met variatie in patiëntkenmerken (leeftijd, geslacht, nevenaandoeningen) zeker mogelijk, maar dit is nu nog niet gedaan.

Aanpak

Voorafgaand aan de uitvoering heeft overleg met NIVEL en CBS plaatsgevonden om de onderzoeken in terminologie en uitvoering zo vergelijkbaar mogelijk te maken.

Het bleek niet mogelijk de datasets exact op elkaar te laten aansluiten. NIVEL heeft informatie beschikbaar over verwijzingen vanaf peiljaar 2015. Bij CBS zijn echter nog geen volledige data beschikbaar over het tweedelijnsgebruik in 2015, en is daarom gebruik gemaakt van data over in 2013 afgesloten behandelingen. Omdat er geen aanwijzingen zijn dat het verwijsgedrag zich dramatisch heeft gewijzigd tussen 2013 en 2015, is het toch mogelijk uitkomsten te vergelijken.

Een tweede belangrijk verschuil is dat CBS alleen gekeken heeft naar verwijzingen binnen somatische afdelingen. Psychiatrische instellingen en afdelingen zijn buiten beschouwing gebleven.

NIVEL

NIVEL heeft gebruik gemaakt van data van 91 huisartsenpraktijken met 336.880 patiënten (~2% van de NL populatie), uit de eigen eerstelijnsdatabase. Geselecteerd zijn alle praktijken die gebruik maken van de externe applicatie 'ZorgDomein'¹ voor het verwijsproces, en daar minstens 11 maanden in 2015 in hebben geregistreerd. Op deze dataset zijn de volgende drie vraagstellingen onderzocht:

- N1. Wat is de variatie tussen huisartspraktijken in verwijzingen naar de tweede lijn voor de totale patiëntenpopulatie?
- N2. Wat is de variatie tussen huisartspraktijken in verwijzingen naar de tweede lijn voor verschillende leeftijdsgroepen?
- N3. Wat is de variatie tussen huisartspraktijken in verwijzingen naar de tweede lijn voor patiënten met diabetes?

De uitkomsten van dit onderzoek zijn vastgelegd in een webpublicatie van NIVEL (Bijlage A).

CBS

CBS heeft gebruik gemaakt van binnen tweedelijns medisch-specialistische zorg vastgelegde verwijsinformatie, zoals vastgelegd in het door de Nederlandse Zorgautoriteit beheerde DBC-informatiesysteem (DIS)². Op deze dataset zijn de volgende vraagstellingen onderzocht:

¹ Zie: <https://zorgdomein.nl>

² Zie: <https://www.dbcinformatiesysteem.nl/>

- C1. Hoeveel DBC-zorgtrajecten hebben (in het gekozen peiljaar) als verwijzer een huisarts, een specialist uit de tweede lijn, een andere verwijzer, of een onbekende verwijzer?
- C2. Bij verwijzingen door huisartsen en medisch specialisten: hoe is het aantal verwijzingen verdeeld over de specialismen?
- C3. Bij hoeveel van de zorgtrajecten (in het gekozen peiljaar) waarbij de huisarts heeft verwezen naar een medisch specialist wordt er vervolgens horizontaal doorverwezen binnen de tweede lijn (van specialist naar specialist)?

De uitkomsten van deze analyse zijn vastgelegd in een CBS-notitie (Bijlage B).

Resultaten & vergelijkbaarheid

Figuur 1 geeft een vereenvoudigd schema van de doorstroming van patiënten door 1^e en 2^e lijn binnen de zorg. Over drie processen is nieuwe informatie verkregen: 1) de aantallen verwijzingen van 1^e naar 2^e lijn, (2) het aantal interne verwijzingen binnen de tweede lijn en (3) de omvang van het aantal zelfverwijzers.

Van eerste naar tweede lijn

Zowel het NIVEL als het CBS onderzoek heeft nieuwe informatie opgeleverd over de omvang van verwijzingen vanuit de 1^e naar de 2^e lijn. Volgens de steekproef van het NIVEL zijn in 2015 gemiddeld 291 verwijzingen gegeven per duizend ingeschreven patiënten. De verschillen tussen praktijken zijn vrij groot, de standaarddeviatie is 51. CBS becijfert dat de huisarts bij 5,3 miljoen DBC trajecten in 2013 de verwijzer was. Deze uitkomsten blijken consistent met elkaar. Wordt het NIVEL kengetal toegepast op de bevolkingsomvang dan blijkt dat voor 2013 het aantal verwijzingen tussen de 4,0 en 5,7 miljoen te liggen. De waarde die CBS opgeeft valt binnen dit interval (zie *Tabel 1*). Gemiddeld komt NIVEL iets lager uit. Mogelijk is dit omdat in het CBS verwijzingen door huisartsenposten meeneemt onder verwijzingen door de huisarts. Bij NIVEL blijven verwijzingen door huisartsenposten in deze analyse buiten beeld.

Tabel 1: Berekening aantal verwijzingen op basis NIVEL-analyse.

Schatting landelijk aantal verwijzingen op basis NIVEL-analyse (miljoen verwijzingen)			
Jaar	Bevolking (1 jan)	Schatting uit NIVEL cijfers	
		Ondergrens*	Bovengrens*
2013	16,78	4,03	5,73
2014	16,83	4,04	5,75
2015	16,90	4,06	5,77

*) Ondergrens is berekend uit gemiddeld aantal verwijzingen volgens NIVEL in 2015 minus een standaarddeviatie, bij de bovengrens is uitgegaan van het gemiddelde plus een standaarddeviatie.

Ook in verdeling naar verwijsspecialisme is er een goede overeenstemming tussen de CBS en NIVEL-uitkomsten (zie *Tabel 2*). Omdat NIVEL verwijzingen psychiatrie wel meeneemt, en CBS niet zijn de percentages niet geheel vergelijkbaar.

Tabel 2: Verdeling verwijzingen over specialismen (bron: pers. Communicatie Lisa Verberne, NIVEL).

NB NIVEL-verwijzingen zijn inmiddels geactualiseerd en herberekend. Dit levert voor enkele specialisme afwijkende percentages op. Zie:

<https://www.nivel.nl/nl/nzr/zorgverlener/huisarts/verwijzingen/verwijzingen-naar-specialisme>

Specialisme	NZR 2015: % van totaal verwijzingen van huisarts naar tweede lijn	CBS 2014: % van totaal zorgtrajecten met verwijzing huisarts
Oogheelkunde	11,2%	10,4%
Orthopedie	11,0%	10,1%
KNO-heelkunde	10,8%	8,5%
Dermatologie	10,4%	8,6%
Heelkunde	8,4%	13,6%
Neurologie	7,8%	7,6%
Gynaecologie	5,9%	7,4%
Interne geneeskunde	5,0%	6,2%
Cardiologie	4,7%	7,4%
Psychiatrie	4,4%	0,0%
Urologie	4,0%	3,3%
Kindergeneeskunde	3,1%	4,0%
Maag-darm-leverziekten	2,9%	3,2%
Plastische chirurgie	2,5%	2,7%
Longziekten	2,5%	2,6%
Reumatologie	1,7%	1,3%
Geriatric	0,9%	0,5%
Overig ²	2,9%	2,6%
Totaal	100%	100%

Interne verwijzingen tweede lijn

Het CBS kon op basis van de DBC data ook een schatting maken van het aantal interne verwijzingen binnen de tweede lijn. Dit bleek 36% te bedragen. Bijna twee-derde deel van deze interne verwijzingen was binnen hetzelfde specialisme, een derde deel naar een ander specialisme.

Omvang aantal zelfverwijzers

Zelfverwijzers zijn niet expliciet in beeld gebracht, maar de analyses van NIVEL en CBS indiceren dat dit aantal wel berekend zou kunnen worden. Het is dan wel nodig de data van NIVEL en CBS op persoonsniveau te koppelen, en in beeld te brengen. Dit zou met name interessant kunnen zijn voor gebruik van de spoedeisende hulp in instellingen.

Verdiepende diabetes analyse

Bij diabetes blijkt uit de CBS-analyse dat het aantal interne verwijzingen relatief groter is dan gemiddeld. Bijna de helft (48%) van deze DBC's is door een specialist geopend, tegen 51% door de huisarts. In driekwart van de gevallen gaat het bij interne verwijzingen om een verwijzing binnen het eigen specialisme. Oogheelkunde blijkt met 28% van de interne verwijzingen het vaakst door te verwijzen.

Uit de NIVEL analyse blijkt dat diabeten relatief vaker dan gemiddeld worden doorverwezen (363 verwijzingen per duizend ingeschreven patiënten met diabetes tegen 291 gemiddeld). Van de verwezen patiënten met diabetes is 72% naar één specialisme verwezen, 22% naar twee specialismen en 6% naar drie of meer specialismen.

Discussie

De vergelijking van beide onderzoeken indiceert dat de uitkomsten en dus de onderliggende data-analyse consistente resultaten oplevert. CBS heeft ook de stabiliteit van haar eigen uitkomsten onderzocht door berekeningen te herhalen voor 2014, dit geeft een gelijk beeld als 2013, wat het waarschijnlijk maakt dat de uitkomsten geen toevalstreffer zijn, maar ook in de tijd een stabiel beeld geven. Dit maakt de databestanden geschikt voor het ontwikkelen van indicatoren voor verwijsgedrag.

De diabetes-specifieke analyse geeft aan dat ook ziekte specifieke indicatoren gemaakt zouden kunnen worden. Voor diabetes geeft dit bijvoorbeeld het inzicht dat vaker dan gemiddeld wordt doorverwezen, en er in ruim een kwart van de gevallen naar meerdere specialismen wordt verwezen.

Een verrassende uitkomst was de relatief grote omvang van het aandeel interne verwijzingen, ruim 36% van het totaal aantal verwijzingen. Dit suggereert dat bij het verminderen van gebruik van de tweede lijn door substitutie er mogelijk een multiplier effect optreedt: het aantal geopende DBC's zal bij toenemende substitutie meer dan evenredig afnemen, omdat niet alleen een initiële verwijzing voorkomen wordt, maar ook de hier op volgende interne verwijzingen.

Uit het stroomschema in figuur 1 blijkt dat dit onderzoek informatie heeft opgeleverd over een aantal patiëntstromen die nog onvoldoende in beeld waren. Twee andere processen: zelfverwijzing

en afsluiten behandeling 2^e lijn zonder overdracht aan de eerste lijn zijn nog minder goed in beeld. De hier gebruikte databestanden bieden echter ook mogelijkheden deze processen te onderzoeken. Het zal dan wel nodig zijn de gebruikte bestanden hiervoor onderling te koppelen.

Bijlagen

De bijlagen zijn online beschikbaar bij NIVEL en CBS.

Bijlage A

Verberne LDM, Flinterman LE, Nielen MMJ, Kroneman M, Verheij RA. Huisarts - Verwijzingen naar de tweedelij. Uit: NIVEL Zorgregistraties eerste lijn [internet]. 2018 [Laatst gewijzigd op 03-08-2017].

URL: <https://www.nivel.nl/node/4357>

Bijlage B

Verwijzingen huisartsen en medisch specialisten '13-'14. URL:

<https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2017/24/verwijzingen-huisartsen-en-medisch-specialisten-13-14>

Figuur 1: Stroomschema verwijzingen 1e en 2e lijn

