



Hoe goed volgen patiënten een verwijzing naar de specialist op?

Samenvatting

Van Dijk CE, De Jong JD, Verheij RA, Jansen T, Korevaar JC, De Bakker DH. Hoe goed volgen patiënten een verwijzing naar de specialist op? *Huisarts Wet* 2017;60(1):9-11.

ACHTERGROND Huisarts en patiënt beslissen samen of een verwijzing naar medisch-specialistische zorg nodig is, maar het is de patiënt die de beslissing neemt daadwerkelijk naar de specialist te gaan, of niet. Wij onderzochten hoe vaak patiënten de verwijzing naar een medisch specialist opvolgen en welke kenmerken van patiënt en huisartsenpraktijk hiermee samenhangen.

METHODE Op basis van de gegevens van 48.784 verwijzingen uit 58 huisartsenpraktijken in de periode 2008-2010 en de corresponderende declaratiegegevens voor medisch-specialistische zorg gingen we na in hoeverre de betrokken patiënten gehoor hadden gegeven aan de verwijzingen. Met behulp van meervoudige logistische regressieanalyse onderzochten we of het niet opvolgen van een verwijzing samenhang met kenmerken van de huisartsenpraktijk of met patiëntkenmerken, zoals leeftijd, geslacht, chronische aandoeningen, sociaal-economische status en afstand tot de dichtstbijzijnde specialist.

RESULTATEN In ons bestand werd 87% van de verwijzingen opgevolgd. Patiënten uit stedelijke achterstandswijken en in de leeftijd 18-44 jaar gaven minder vaak gehoor aan een verwijzing, patiënten van 65 jaar en ouder het vaakst. Praktijkenmerken waren niet van invloed.

CONCLUSIE Bijna 13% van alle verwijzingen wordt niet opgevolgd, en die kans is bij sommige patiënten groter dan bij andere. Wat precies de redenen zijn en welke gevolgen het kan hebben, moet nader onderzocht worden, maar we vermoeden dat een deel van de patiënten daardoor geen optimale zorg ontvangt.

Wat is bekend?

- Uit Amerikaans onderzoek is bekend dat 17-37% van de patiënten geen gevolg geeft aan een verwijzing naar een specialist.
- Redenen om geen gehoor te geven aan een verwijzing kunnen zijn: het verdwijnen van het gezondheidsprobleem, tijdsdruk, een te lange wachttijd of te hoge kosten.

Wat is nieuw?

- In een bestand van ruim 48.000 onderzochte verwijzingen bleek 13% niet te zijn opgevolgd.
- Patiënten uit stedelijke achterstandswijken volgden verwijzingen relatief minder vaak op.
- Patiënten in de leeftijd 18-44 jaar volgden verwijzingen minder vaak op, patiënten van 65 jaar en ouder juist vaker.
- Praktijkenmerken bleken niet van invloed op het al dan niet opvolgen van verwijzingen.

ACHTERGROND

De huisarts is de poortwachter voor medisch-specialistische zorg; patiënten worden in de eerste lijn behandeld als dat mogelijk is en naar een specialist verwezen wanneer het noodzakelijk is. Het is dus belangrijk dat de huisarts adequaat verwijst, maar even belangrijk is het dat de patiënt de specialist vervolgens daadwerkelijk consulteert.^{1,2} De meeste onderzoeken naar het opvolgen van verwijzingen komen uit de Verenigde Staten; ze laten zien dat 63-83% van de patiënten de verwijzing opvolgt.^{1,3,4} Ons onderzoek had tot doel te bepalen hoe vaak patiënten in Nederland een verwijzing naar medisch-specialistische zorg opvolgen en welke kenmerken van de patiënt (met name sociaal-demografische) en van de huisartsenpraktijk daarmee samenhangen.

METHODE

Onderzoeksopzet en populatie

De verwijzingsgegevens verkregen we uit de elektronische patiëntendossiers van huisartsenpraktijken die in 2008-2010 deelnamen aan NIVEL Zorgregistraties. Gegevens over gedeclareerde medisch-specialistische zorg in 2008-2011, in de vorm van diagnosebehandelingscombinaties (DBC's), verkregen we via het informatie- en standaardisatiecentrum voor zorgverzekeraars Vektis.

Tussen de beide gegevensbestanden brachten we op patiëntniveau een waarschijnlijkheidskoppeling aan op basis van postcodecijfer, geslacht en geboortedatum. Zo kon 80% van de verwijzingen worden gekoppeld. In onze analyses betrokken we alleen gegevens van huisartsenpraktijken die voldeden aan een aantal criteria omtrent gegevenskwaliteit; uiteindelijk hebben we de gegevens van 48.784 verwijzingen van 58 huisartsenpraktijken in de periode 2008-2010 geanalyseerd.

Afhankelijke variabele: opvolgen van verwijzing

Voor alle nieuwe verwijzingen naar medisch-specialistische zorg bepaalden we of binnen 6 maanden na verwijzing voor de betreffende patiënt een DBC was gedeclareerd vanuit het specialisme waarnaar was verwezen.

NIVEL Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht; dr. C.E. van Dijk, onderzoeker; dr. J.D. de Jong, programmaleider Zorgstelsel en sturing; dr. R.A. Verheij, programmaleider NIVEL Zorgregistratie eerste lijn; T. Jansen, onderzoeker; dr. ir. J.C. Korevaar, programmaleider Huisartsgeneeskundige zorg; prof. dr. D.H. de Bakker, hoofd onderzoeksafdeling • Correspondentie: christelvdijk@hotmail.com • Mogelijke belangenverstrengeling: het onderzoek werd financieel ondersteund door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Dit onderzoek werd eerder gepubliceerd als: Van Dijk CE, De Jong JD, Verheij RA, Jansen T, Korevaar JC, De Bakker DH. Compliance with referrals to medical specialist care: patient and general practice determinants; a cross-sectional study. *BMC Fam Pract* 2016;17:11. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

Tabel Associatie tussen patiënt- en praktijkkenmerken en opvolgen van verwijzingen, 2008-2010

Kenmerk	Opvolgen van verwijzing, OR (95%-BI)	
	model 1	model 2
Vrouw	0,99 (0,94-1,05)	0,99 (0,94-1,05)
Leeftijd (referentie = 0-17 jaar)		
18-24 jaar	0,74 (0,65-0,84)	0,74 (0,65-0,85)
25-44 jaar	0,79 (0,72-0,87)	0,79 (0,72-0,87)
45-64 jaar	1,01 (0,92-1,11)	1,01 (0,92-1,11)
65-74 jaar	1,22 (1,08-1,37)	1,22 (1,09-1,38)
≥ 75 jaar	1,15 (1,02-1,30)	1,16 (1,02-1,31)
Chronische ziekten (referentie = 0)		
1	1,02 (0,96-1,08)	1,02 (0,96-1,08)
2	1,01 (0,92-1,11)	1,01 (0,92-1,11)
≥ 3	1,04 (0,92-1,17)	1,04 (0,92-1,17)
Afstand tot dichtstbijzijnde specialistische zorg, per km	1,01 (1,00-1,02)	1,01 (1,00-1,02)
Woonachtig in stedelijke achterstandswijk	0,85 (0,76-0,95)	
Statusscore woonbuurt (referentie = Q4, -0,62 tot -2,86)		
Q1, -5,9 tot -0,9		0,95 (0,86-1,04)
Q2, -0,9 tot -0,2		1,02 (0,93-1,11)
Q3, -0,2 tot 0,62		1,03 (0,93-1,14)
Praktijkvorm (referentie = solopraktijk)		
duopraktijk	0,89 (0,74-1,06)	0,89 (0,73-1,07)
groepspraktijk of gezondheidscentrum	1,07 (0,93-1,24)	1,07 (0,92-1,24)
Aantal face-to-facecontacten met huisartsen	1,10 (0,92-1,30)	1,09 (0,91-1,30)
Volgen richtlijnen verwijzingen	1,00 (0,99-1,02)	1,00 (0,99-1,02)
Praktijkondersteuner	1,11 (0,94-1,32)	1,13 (0,95-1,36)

Cijfers zijn oddsratio's met 95%-betrouwbaarheidsinterval, berekend met meervoudige logistische regressie en gecorrigeerd voor verwijfsdiagnose (ICPC-code). Model 1 heeft als variabele 'stedelijke achterstandswijk', model 2 heeft als variabele 'statusscore per postcodegebied'. Significante verschillen ($p < 0,01$) zijn vetgedrukt.

Voorspellende variabelen: patiëntkenmerken

Als patiëntkenmerken namen we leeftijdscategorie, geslacht, aanwezigheid van chronische aandoeningen,⁵ sociaal-economische status (SES) van de woonbuurt en afstand tot de dichtstbijzijnde specialistische zorg. De SES van de woonbuurt bepaalden we op twee manieren: enerzijds of de buurt bekendstond als stedelijke achterstandswijk,⁶ anderzijds op basis van de statusscore die het Sociaal Cultureel Planbureau in 2010 toekende aan alle viercijferige postcodegebieden.⁷ Het belangrijkste verschil tussen beide indicatoren is de graad van stedelijkheid.

Voorspellende variabelen: praktijkkenmerken

We keken naar de volgende praktijkkenmerken: de praktijkvorm, de aanwezigheid van een praktijkondersteuner somatiek, het aantal persoonlijke contacten tussen patiënt en huisarts (algemeen in de praktijk) en in hoeverre de praktijk de verwijsrichtlijnen volgde.

Het volgen van richtlijnen met betrekking tot verwijzen analyseerden we aan de hand van vijf indicatoren die gebaseerd waren op de NHG-Standaarden, bijvoorbeeld dat patiënten met acute otitis media over het algemeen niet verwezen moeten worden naar een kno-arts.⁸ We bepaalden de gemiddelde score per indicator per jaar en namen vervolgens per praktijk het gemiddelde van alle indicatoren.

Statistische analyses

Op de aldus verzamelde gegevens pasten we meervoudige logistische regressieanalyses toe. De twee SES-indicatoren brachten we vanwege hun collineariteit onder in twee aparte modellen naast alle overige variabelen: model 1 met stedelijke achterstandswijken, model 2 met statuscores per postcodegebied.

RESULTATEN

Patiënten met een verwijzing waren vaker vrouw (58,7%) en waren gemiddeld 47,6 jaar oud. Bijna de helft van de verwijzingen betrof patiënten met een of meer chronische aandoeningen, bijna 60% van de verwezen patiënten was 45 jaar of ouder en 9% kwam uit een stedelijke achterstandswijk. De gemiddelde statusscore van de buurt was -0,30, wat lager is dan het Nederlandse gemiddelde van 0,17.

Van de geïncludeerde huisartsenpraktijken was meer dan de helft een groepspraktijk of gezondheidscentrum, en ook hadden de meeste praktijken (86,7%) een praktijkondersteuner. Het gemiddeld aantal persoonlijke patiëntcontacten was 2,63 en de naleving van verwijsrichtlijnen was hoog (90,0%).

De patiënten volgden 86,6% (SD 34,1) van de verwijzingen naar medisch-specialistische zorg op. Patiënten uit stedelijke achterstandswijken volgen een verwijzing relatief minder vaak op (OR 0,85; 95%-BI 0,76-0,95) [tabel]; de statusscore van de woonbuurt had geen invloed. Het hebben van een chronische aandoening leidde niet tot het vaker of minder vaak op-

volgen van een verwijzing, maar leeftijd was wel van invloed. Vergeleken met patiënten in de leeftijdscategorie 0-17 jaar volgden patiënten van 18-44 jaar een verwijzing minder vaak op en patiënten van 65 jaar en ouder juist vaker. We vonden geen associatie van enig praktijkenmerk met het al dan niet opvolgen van verwijzingen.

BESCHOUWING

In dit onderzoek bleek bijna 13% van alle patiënten een verwijzing naar de medisch specialist niet op te volgen. Patiënten van 0-17 jaar (of hun ouders) en patiënten van 65 jaar en ouder volgden een verwijzing vaker op. Voor de groep van 0-17 jaar kan dit mogelijk worden verklaard doordat het eigen risico niet op hen van toepassing is, voor 65-plussers is de hoge prevalentie (> 70%) van chronische ziekten wellicht een verklaring. Deze ziekten brengen vaak hogere zorgkosten met zich mee, waardoor het maximale eigen risico vaak al snel bereikt is.

Patiënten uit stedelijke achterstandswijken volgden hun verwijzingen minder vaak op, maar we vonden geen associatie met de statusscore van de woonbuurt. Het verschil tussen beide indicatoren is dat in de statusscores de factor 'stedelijkheid' niet wordt meegenomen. Een groot literatuuronderzoek heeft laten zien dat in therapietrouw bij medicatie veel verschillende determinanten een rol spelen, waaronder de overtuigingen van de patiënt met betrekking tot diagnose, medicatie, gezondheidsaanbevelingen en gezondheidsvaardigheden. Wellicht kan een verschil in gezondheidsovertuigingen en gezondheidsvaardigheden verklaren dat patiënten in stedelijke achterstandswijken verwijzingen minder vaak opvolgen. Eerder onderzoek heeft laten zien dat patiënten die een lager inkomen hebben of wonen in gebieden met een lager gemiddeld inkomen vaker afzien van zorg vanwege de eigen bijdrage.¹¹ Als een hoog eigen risico deze patiënten inderdaad doet afzien van zorg, zou dat onwenselijk zijn.

Geen van de onderzochte praktijkenmerken was geassocieerd met het opvolgen van verwijzingen. Een eerder onderzoek liet zien dat een langere relatie tussen patiënt en arts was geassocieerd met het vaker opvolgen van verwijzingen.¹ Dat de continuïteit van zorg in de Nederlandse huisartsenpraktijk hoog gewaardeerd wordt, verklaart mogelijk waarom wij geen associatie met praktijkenmerken vonden.¹²

Beperkingen

In de gegevensbestanden van NIVEL Zorgregistraties en Vektis konden wij 80% van de verwijzingen koppelen. De mogelijkheid om een verwijzing te koppelen hing samen met een aantal patiëntkenmerken, waaronder wonen in een stedelijke achterstandswijk. Dat in ons onderzoek een relatief laag aantal patiënten in stedelijke achterstandswijken woonde, heeft mogelijk gezorgd voor een overschatting van het opvolgen van verwijzingen. Dat wij alleen rekening hielden met DBC's van het specialisme waarnaar de patiënt was verwezen, kan hebben geleid tot onderschatting.

CONCLUSIE

Er kunnen verschillende redenen zijn om een verwijzing niet op te volgen, bijvoorbeeld de overtuiging dat het gezondheidsprobleem er niet meer is, tijdgebrek, een te lange wachttijd of te hoge kosten.^{1,11,13} Het komt ook voor dat de patiënt verwezen wordt voor nader onderzoek naar een nog onbekende onderliggende aandoening. Maar wij betwijfelen of dit alles volledig verklaart waarom 13% van de verwijzingen niet wordt opgevolgd. Wat de gevolgen hiervan zijn, is niet bekend, al heeft onderzoek in de Verenigde Staten laten zien dat uitstel van diagnose en behandeling, en daardoor slechtere gezondheidsuitkomsten, tot de mogelijke gevolgen behoort.⁴

Onze resultaten kunnen huisartsen helpen te beseffen dat patiënten niet altijd gehoor geven aan een verwijzing en dat die kans bij sommige patiënten groter is dan bij andere. Wat precies de redenen zijn en welke gevolgen het heeft, moet nader onderzocht worden, maar we vermoeden dat een deel van de patiënten daardoor geen optimale zorg ontvangt.

DANKBETUIGING

Wij danken de deelnemende huisartsen voor hun bijdrage aan dit onderzoek. Ook danken wij Lisette Gusdorf en Tijs van Gorp (Vektis) voor hun inbreng met betrekking tot de medisch-specialistische zorg. ■

LITERATUUR

- 1 Forrest CB, Shadmi E, Nutting PA, Starfield B. Specialty referral completion among primary care patients: results from the ASPN Referral Study. *Ann Fam Med* 2007;5:361-7.
- 2 Olivetto IA, Gomi A, Bancej C, Brisson J, Tonita J, Kan L, et al. Influence of delay to diagnosis on prognostic indicators of screen-detected breast carcinoma. *Cancer* 2002;94:2143-50.
- 3 Bourguet C, Gilchrist V, McCord G. The consultation and referral process: A report from NEON. Northeastern Ohio Network Research Group. *J Fam Pract* 1998;46:47-53.
- 4 Byrd JC, Moskowitz MA. Outpatient consultation: interaction between the general internist and the specialist. *J Gen Intern Med* 1987;2:93-8.
- 5 van Oostrom SH, Picavet HS, van Gelder BM, Lemmens LC, Hoeymans N, van Dijk CE et al. Multimorbidity and comorbidity in the Dutch population - data from general practices. *BMC Public Health* 2012;12:715.
- 6 Devillé W, Wieggers TA. Herijking stedelijke achterstandsgebieden 2012. Utrecht: NIVEL, 2012.
- 7 Knol F, Boelhouwer J, Veldheer V. Summary: Neighbourhood status development in the Netherlands 1998-2010. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2012.
- 8 Van Dijk CE, Verheij RA, Spreeuwenberg P, van den Berg MJ, Groenewegen PP, Braspenning J, et al. Impact of remuneration on guideline adherence: empirical evidence in general practice. *Scand J Prim Health Care* 2013;31:56-63.
- 9 van Oostrom SH, Picavet HS, de Bruin SR, Stirbu I, Korevaar JC, Schellevis FG, et al. Multimorbidity of chronic diseases and health care utilization in general practice. *BMC Fam Pract* 2014;15:61.
- 10 ABC project team. Ascertaining barriers for compliance: policies for save, effective and costeffective use of medicines in Europe. Final report of the ABC-Project. Łódź: ABC Project, 2012.
- 11 Chernew M, Gibson TB, Yu-Isenberg K, Sokol MC, Rosen AB, Fendrick AM. Effects of increased patient cost sharing on socioeconomic disparities in health care. *J Gen Intern Med* 2008;23(8):1131-6.
- 12 Stokes T, Tarrant C, Mainous AG, Schers H, Freeman G, Baker R. Continuity of care: is the personal doctor still important? A survey of general practitioners and family physicians in England and Wales, the United States, and The Netherlands. *Ann Fam Med* 2005;3:353-9.
- 13 Mojtabai R. Compliance with mental health and other specialty care referrals among Medicare/Medicaid dual enrollees. *Community Ment Health J* 2005;41:339-44.