

De korte verwijskaart als surrogaat voor de consultkaart

Een Amsterdamse evaluatie

S.E.J. Arts, T.J.J.M.T Kersten
en D. Wijkkel

In 1991 is een nieuw verwijskaarten-systeem ingevoerd. De vertrouwde verwijskaart werd vervangen door drie kaarten, waaronder de zogenoemde korte kaart. Uit een onderzoek onder huisartsen en specialisten in Amsterdam blijkt dat een van de belangrijkste doelen die men zich bij invoering van het nieuwe systeem had gesteld: het versterken van de centrale positie van de huisarts, niet is bereikt.

IN ONS SYSTEEM van gezondheidszorg wordt de poortwachtersfunctie van de huisarts over het algemeen beschouwd als een belangrijke verworvenheid. Er zijn slechts weinigen die aan dit principe willen tornen, maar er zijn wel critici die aanpassingen van het huidige systeem voorstaan.

Een onder huisartsen veel gehoorde klacht is, dat een verwezen patiënt 'uit het zicht' verdwijnt. Specialisten zouden patiënten soms te lang onder behandeling houden en de huisarts te laat of onvoldoende op de hoogte brengen van de situatie van de patiënt. Huisartsen vragen daarom al geruime tijd om de invoering van een advies- of consultkaart die het de huisarts mogelijk maakt een specialist te consulteren zonder overdracht van de behandeling.¹ Deze consultkaart wordt ook aanbevolen in het advies van de commissie-Biesheuvel.²

In 1991 werd zonder veel ophef een nieuw verwijskaartensysteem ingevoerd, waarin de vertrouwde verwijskaart werd vervangen door drie kaarten (dit nieuwe systeem werd voorbereid in het Vijfpartijenoverleg; de huisartsenorganisaties waren hierin niet vertegenwoordigd). De huisarts kreeg een 'korte' en een 'lange' kaart: de korte kaart voor diagnose en kortdurende behandeling (afhankelijk van het specialisme één of twee maanden), de lange kaart voor diagnose en behandeling van maximaal twaalf maanden. De derde kaart

betreft een aanvullende kaart, die van de korte kaart een lange maakt; de specialist dient deze kaart door de huisarts te laten tekenen voordat kan worden gedeclareerd (de huisarts kan dit weigeren). Voor een verwijzing naar een academisch ziekenhuis veranderde niets. De consultkaart is in het nieuwe systeem dus niet opgenomen.

In een gezamenlijke folder van de LHV, LSV en VNZ worden de volgende doelstellingen genoemd:

- voorkomen dat er onnodig verwijzing naar de tweede lijn plaatsvindt;
- bevorderen dat sneller naar huisartsen wordt terugverwezen.

Wij stelden ons de vraag of het nieuwe verwijskaartensysteem de huisarts werkelijk meer mogelijkheden biedt om de duur van de behandeling in de tweede lijn te bepalen en op die manier de hoeveelheid en kosten van de tweedelijnszorg te beïnvloeden. In dit artikel doen wij verslag van een interviewronde langs huisartsen en specialisten in Amsterdam en worden de gegevens gepresenteerd over het gebruik van de verschillende kaartsoorten in het jaar direct na invoering van het nieuwe systeem. Achterliggend doel was, aan de hand van deze gegevens aanbevelingen te doen voor een verbetering van de verwijzrelatie tussen huisartsen en specialisten.

Methoden

Het Amsterdamse ziekenfonds ZAO stelde een geanonimiseerd bestand ter beschikking waarin alle gedeclareerde verwijskaarten waren opgenomen die tussen augustus 1991 en augustus 1992 door 366 Amsterdamse huisartsen waren uitgeschreven. Het betreft verwijskaarten, uitgeschreven voor ongeveer 470.000 ZAO-ziekenfondsverzekerden. Met deze gegevens was het mogelijk te beschrijven in hoeverre huisartsen de korte kaart gebruiken.

Dit bestand werd tevens gebruikt om een afgewogen selectie te maken van huisartsen en specialisten die we (via het ziekenfonds) om medewerking vroegen voor een interview. We selecteerden onder ande-

ren huisartsen die veel en huisartsen die relatief weinig korte kaarten uitschreven.⁴ Van maart tot september 1993 werd met 29 specialisten werkzaam in de zes algemene Amsterdamse ziekenhuizen en met 29 huisartsen die voornamelijk op deze algemene ziekenhuizen waren georiënteerd, semi-gestructureerde interviews gehouden. De interviews waren gericht op de evaluatie van het nieuwe verwijskaartensysteem (heeft de huisarts bijvoorbeeld door het gebruik van korte kaarten meer invloed gekregen in de tweede lijn?). Ook werd gevraagd naar specifieke voordelen en nadelen van het systeem. Tenslotte werd gevraagd welke oplossingen men zag voor de geconstateerde problemen, waarbij onder andere de consultkaart aan de orde werd gesteld.

Gebruik korte kaart

De Amsterdamse huisartsen hebben gemiddeld 57% korte kaarten uitgeschreven van het totaal aan korte en jaarkaarten, met een minimum van 12,6% en een maximum van 90,1% (standaarddeviatie 13,6%). Bij 15,3% van alle korte kaarten werd deze gevolgd door een aanvullende kaart, met een minimum van 4% en een maximum van 30,4% (standaarddeviatie 4,3%). Als we ook de aanvullende kaarten meetellen, werd in de periode augustus 1991 tot augustus 1992 in Amsterdam 48% als korte kaart uitgeschreven, 43% als jaarkaart en gaat het bij 9% om een aanvullende kaart. Een soortgelijke verhouding heeft ook Post gevonden.⁵ Hij analyseerde de verwijskaarten van Zwolse ziekenfondspatiënten over het tweede halfjaar van 1991 en vond respectievelijk de percentages 51%, 41% en 8%.

De figuur geeft de verdeling van de drie verwijskaarten per specialisme weer. Voor elk specialisme zijn de percentages korte, aanvullende en jaarkaarten aangegeven. Deze figuur laat duidelijke verschillen tussen de specialismen zien. Dit is een aanwijzing, dat huisartsen een korte kaart niet willekeurig gebruiken maar een onderscheid maken voor welk specialisme de kaart wordt uitgeschreven. Tevens kan eruit worden opgemaakt, dat een aantal snijdende specialismen een relatief ho-

ger percentage aanvullende kaarten heeft dan de beschouwende specialismen. De tabel laat zien dat er duidelijke verschillen zijn tussen de specialismen wat betreft het percentage korte kaarten dat door een aanvullende kaart wordt gevolgd. Tevens staan in deze tabel de vergelijkbare percentages die Post heeft gevonden en de verhouding tussen deze percentages. Over het algemeen blijkt, dat het percentage korte kaarten dat wordt gevolgd door een aanvullende kaart voor de verschillende specialismen in Amsterdam en in Zwolle ongeveer gelijk is; alleen de interne geneeskunde, de kindergeneeskunde en de neurologie scoren wat dit betreft in Amsterdam hoger.

Evaluatie nieuw systeem

Introductie

Uit de gesprekken met huisartsen en specialisten kwam als algemene klacht naar voren dat het nieuwe systeem slecht is geïntroduceerd. De informatie die in de folder stond was niet helder en onvolledig. Zo bleek bij veel artsen onduidelijkheid te bestaan over de geldigheidsduur van een korte kaart (men was vaak van mening dat een korte kaart drie maanden geldig is).

In welke gevallen men een korte kaart zou moeten uitschrijven en wanneer een jaarkaart, wordt niet eenduidig opgevat. Sommige huisartsen schrijven korte kaarten uit om specialisten te dwingen terug te rapporteren na één of twee maanden, anderen willen de administratieve rompslomp niet en schrijven vrijwel altijd een jaarkaart uit.

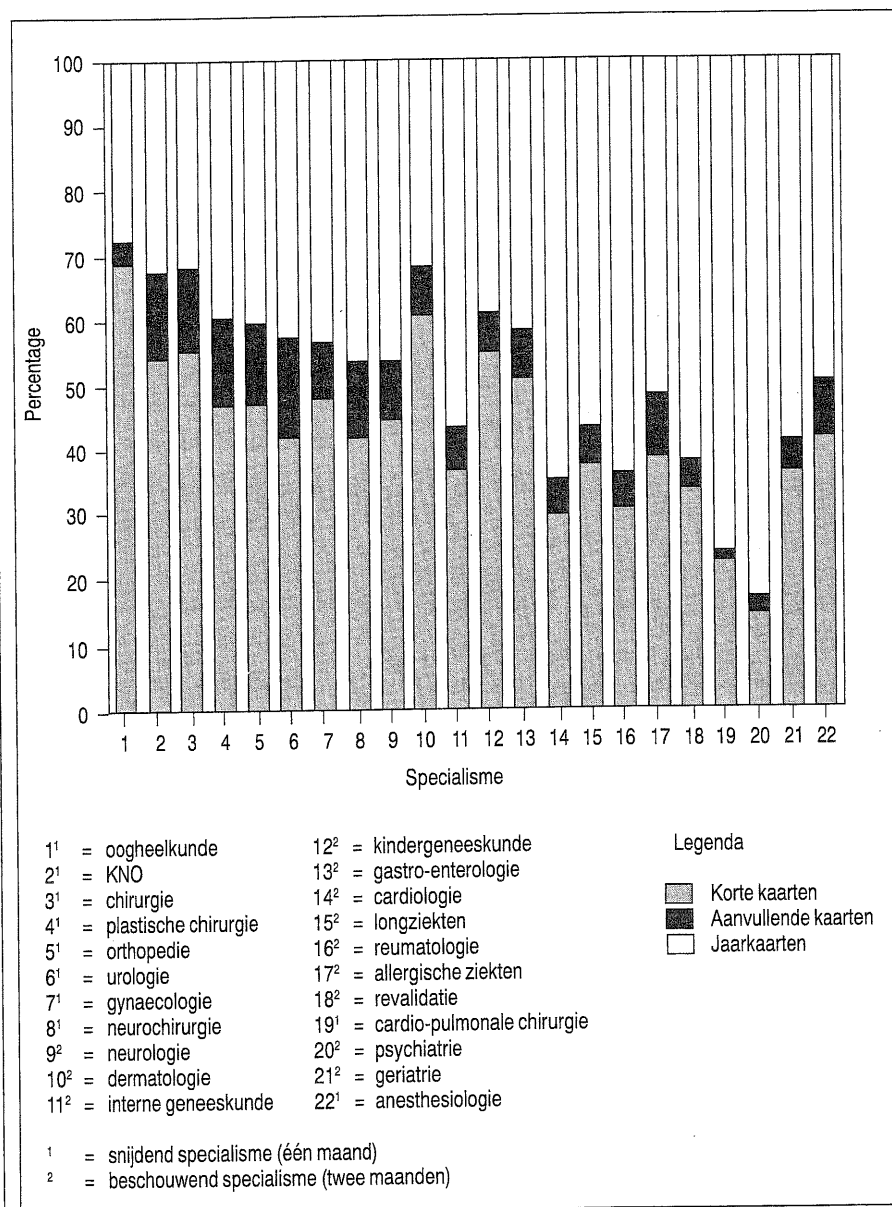
Sommige specialisten hebben een eigenzinnige manier van handelen ontwikkeld. Verschillende artsen meldden dat een specialistenmaatschap uitsluitend korte kaarten accepteerde.

Mening huisartsen

Veel huisartsen zijn van mening dat de beoogde doelen niet zijn bereikt. Driekwart van de huisartsen is het oneens met de stelling dat ze met de korte kaart een mogelijkheid hebben gekregen om meer invloed in de tweede lijn uit te oefenen, laat staan dat ze daadwerkelijk invloed hebben kunnen uitoefenen. Wederom driekwart van de geïnterviewde huisartsen heeft geen verandering gemerkt in het terugverwijsbeleid van de specialisten (er werd niet sneller terugverwezen). Dat de huisarts met de korte kaart een kostenbeheersing in de tweede lijn zou moeten bewerkstelligen, vinden de meeste huisartsen een praktisch niet te halen doelstelling.

Over de aanvullende kaarten die specialisten aanvragen, zegt meer dan de helft

Figuur. Verdeling van korte, jaar- en aanvullende kaarten over de specialismen.



- | | |
|---------------------------------------|--|
| 1 ¹ = oogheekunde | 12 ² = kindergeneeskunde |
| 2 ¹ = KNO | 13 ² = gastro-enterologie |
| 3 ¹ = chirurgie | 14 ² = cardiologie |
| 4 ¹ = plastische chirurgie | 15 ² = longziekten |
| 5 ¹ = orthopedie | 16 ² = reumatologie |
| 6 ¹ = urologie | 17 ² = allergische ziekten |
| 7 ¹ = gynaecologie | 18 ² = revalidatie |
| 8 ¹ = neurochirurgie | 19 ¹ = cardio-pulmonale chirurgie |
| 9 ² = neurologie | 20 ² = psychiatrie |
| 10 ² = dermatologie | 21 ² = geriatrie |
| 11 ² = interne geneeskunde | 22 ¹ = anesthesiologie |

- 1 = snijdend specialisme (één maand)
 2 = beschouwend specialisme (twee maanden)

Legenda
 [White box] Korte kaarten
 [Black box] Aanvullende kaarten
 [Grey box] Jaarkaarten

van de huisartsen dat ze deze kritisch bekijken. Bij verder doorvragen wordt echter duidelijk, dat dit 'kritisch bekijken' in bijna alle gevallen toch leidt tot het afgeven van een aanvullende kaart. Zelden wordt een aanvullende kaart geweigerd of wordt er contact opgenomen met de betrokken specialist. Verwacht was dat het contact tussen eerste en tweede lijn zou toenemen als gevolg van de invoering van de korte kaart, maar de geïnterviewde huisartsen hebben hierin geen verandering opgemerkt.

Een inventarisatie van problemen die huisartsen ondervinden met het nieuwe verwijskaartensysteem leverde een lijst van veertien problemen op. De meest genoemde bezwaren luidden: "De beoogde doelen worden niet bereikt" (5x), "Er is te weinig controle op de terugrapportageplicht van de specialist, waardoor de terug-

rapportage verder verslechtert" (6x) en: "Het systeem heeft meer administratief werk opgeleverd, vooral de rompslomp rond de aanvullende kaart" (17x). Van alle suggesties voor verandering van het huidige systeem toonden de huisartsen zich het meest positief ten aanzien van de consultkaart.

Mening specialisten

Meer dan de helft van de geïnterviewde specialisten was van mening, dat de korte kaart de huisartsen niet de mogelijkheid heeft geboden meer invloed in de tweede lijn uit te oefenen. Tevens zeggen de meeste van hen patiënten niet sneller dan voorheen terug te sturen naar de eerste lijn. De specialisten bevestigen de mening van de huisarts, dat de aanvullende kaart "slechts zelden wordt geweigerd". Een ander punt waarover huisartsen en spe-

Tabel. Percentages korte kaarten dat gevolgd wordt door een aanvullende kaart in Amsterdam en in Zwolle.

specialisme	percentage korte kaarten gevolgd door aanvullende kaarten		
	ZAO	Post	ratio ZAO/Post
<i>oogheelkunde</i>	4%	4%	1
<i>KNO</i>	26%	27%	0,96
<i>chirurgie</i>	23%	18%	1,28
<i>orthopedie</i>	26%	24%	1,08
<i>urologie</i>	40%	29%	1,38
<i>gynaecologie</i>	18%	18%	1
<i>plastische chirurgie</i>	31%	36%	0,86
<i>dermatologie</i>	13%	11%	1,18
<i>interne geneeskunde</i>	17%	10%	1,7
<i>kindergeneeskunde</i>	13%	8%	1,63
<i>cardiologie</i>	16%	12%	1,3
<i>longziekten</i>	16%	14%	1,14
<i>neurologie</i>	19%	10%	1,9
<i>overige</i>	23%	-	-

cialisten het eens waren is, dat in het contact tussen beide groepen geen verandering is gekomen door de invoering van de korte kaart.

De inventarisatie van problemen die de geïnterviewde specialisten met het systeem ondervinden, leverde eveneens een lijst van veertien problemen op. De meest genoemde luiden: "De beoogde doelstellingen worden niet bereikt" (4x), "De termijn van de korte kaart is te kort" (9x) en: "De hoeveelheid administratief werk is toegenomen, vooral het werk rond de aanvullende kaart" (15x). Een aantal specialisten gaf aan, dat om deze reden van het aanvragen van aanvullende kaarten werd afgezien; de extra inkomsten (voor sommige specialismen niet meer dan f 10) wegen niet op tegen de extra tijd die het kost om de administratie af te handelen.

Conclusies

Op basis van de interviews met 29 huisartsen en 29 specialisten moet als voornaamste conclusie worden getrokken, dat een van de onderliggende doelstellingen van het nieuwe verwijfskaartensysteem: het versterken van de centrale positie van de huisartsen, niet is bereikt. Het idee dat met het invoeren van een korte kaart en het - via het sanctioneren van de aanvullende kaart - betrekken van de huisarts in de beslissing wel of niet langer te handelen de invloed van de huisarts op de duur van de behandeling in de tweede lijn zou zijn vergroot, blijkt in de Amsterdamse situatie niet bewaarheid. Het hanteren van de korte kaarten heeft naar de mening van huisartsen en specialisten dan ook niet geleid tot enige vorm van kostenbeheersing in de tweedelijnsgezondheidszorg. De oorzaak voor de geringe effectiviteit

van het systeem wordt door de geïnterviewde artsen zowel gezocht in het handelen van de artsen, in een soms kwetsbare relatie als in het verwijfskaartensysteem zelf. Opmerkelijk is, dat een aantal specialisten aangaf dat het systeem in potentie de huisartsen in staat stelt de kosten te beheersen, maar dat daar in de praktijk niets van terecht kwam.

Ondanks deze negatieve evaluatie blijken huisartsen toch van de nieuwe kaartsoort gebruik te maken. Huisartsen schrijven voor meer dan de helft van de verwijzingen een korte kaart uit. In ongeveer 15% van de gevallen wordt deze gevolgd door een aanvullende kaart.

Het verzoek om een aanvullende kaart bleek zowel voor huisartsen als voor specialisten een problematisch gebeuren. In de praktijk wordt een aanvullende kaart hoogst zelden door de huisarts geweigerd.

De interviews leverden dus een duidelijk negatief beeld op. We moeten echter wijzen op een aantal beperkingen van ons onderzoek. In de eerste plaats is het uitgevoerd in Amsterdam, waar de verhoudingen tussen huisartsen en specialisten specifiek kunnen zijn. We zijn ook nadrukkelijk op zoek gegaan naar problemen en knelpunten; dit kwam tot uiting in de selectie van huisartsen en specialisten voor een interview, alsook in het interview zelf.

Er is echter een aantal duidelijke lessen te trekken.

In de eerste plaats is de introductie verre van optimaal gewenst. De huisartsenorganisaties zijn ook nauwelijks betrokken geweest bij de vormgeving van het systeem. Ook de ziekenfondsen zijn kennelijk door het nieuwe systeem overvallen.

De huisartsen klaagden er bijvoorbeeld over, dat ze niet altijd over de gewenste kaartsoort konden beschikken en dat de kaarten niet in de bijgeleverde enveloppen pasten. De ziekenfondsen kunnen verder niet controleren of er binnen één jaar voor dezelfde patiënt door één specialist twee keer een korte kaart is gedeclareerd.

Er kleven ook bezwaren aan het systeem zelf. Zo bleek de geldigheidsduur van een korte kaart vaak te krap om het gezondheidsprobleem helder te krijgen. Dit heeft vooral te maken met de wachttijden voor een vervolconsult of het wachten op de resultaten van diagnostisch onderzoek. Verschillende artsen stelden, dat een grotere invloed van huisartsen op de duur van de behandeling in de tweede lijn niet samenhangt met de kleur van een verwijfskaart, maar met goede contacten en afspraken tussen de beroepsgroepen.

De consult- of advieskaart zou een goede aanvulling op het verwijfsysteem kunnen zijn, mits hij selectief door huisartsen wordt gebruikt, bijvoorbeeld om binnen samenwerkingsrelaties tussen huisartsen en specialisten de consulentfunctie te stimuleren.

Consultatie van (dus niet verwijzen naar) specialisten door huisartsen en ook bijvoorbeeld een eenmalig huisbezoek door de specialist wordt in het huidige systeem belemmerd door het ontbreken van een adequate honorering. De door ons onderzochte huisartsen zijn er in meerderheid voorstander van, maar onder specialisten bestaat er een duidelijke weerstand tegen. Wij zijn benieuwd of dit onderdeel van het advies van de commissie-Biesheuvel in de praktijk zal worden ingevoerd.

Wij danken de leden van de begeleidingscommissie van het project voor hun stimulerende inbreng, maar ook de huisartsen en specialisten die bereid bleken ons hun ervaringen te vertellen.

S.E.J. Arts en T.J.J.M.T. Kersten

zijn als onderzoeker werkzaam bij het Nivel te Utrecht

dr D. Wijkkel

is verbonden aan het Onderzoekscentrum 1e-2e lijn VU Ziekenhuis Amsterdam

Literatuuroppgave

1. Leerling RJ. Een alternatieve 'eigen bijdrage'. Medisch Contact 1978; 33: 1571-3.
2. Gedeelde zorg: betere zorg. Rijswijk: Commissie Modernisering Curatieve Zorg [commissie-Biesheuvel], 1994.
3. Verwijzen Nieuwe Stijl. Landelijke Huisartsen Vereniging/Landelijke Specialisten Vereniging/Vereniging van Nederlandse Zorgverzekeraars, 1991.
4. Arts SEJ, Wijkkel D. Evaluatie van het nieuwe verwijfskaartensysteem in Amsterdam. Amsterdam: Onderzoekscentrum 1e-2e lijn VU ziekenhuis, 1994.
5. Post D. Het nieuwe verwijfskaartensysteem. Medisch Contact 1992; 47: 1059-62.