

# **Carrousel Gezamenlijke Consulten**

**Jaarverslag 2002**

BZe VII, Transmurale Zorg,  
academisch ziekenhuis Maastricht

## Inhoudsopgave

Introductie	pagina 3
Voorgeschiedenis	pagina 3
Gezamenlijk Consult huisarts-specialist	pagina 4
Eerdere resultaten	pagina 4-5
Carrousel-model	pagina 5
Huidige resultaten Carrousel	pagina 6-7

Annemie Wesselingh, coördinator  
Guy Schulpen, hoofd  
Nandus Vierhout, inhoudelijk adviseur

*contactpersoon:*

Annemie Wesselingh  
coördinator Carrousel Gezamenlijke Consulten  
postadres:  
BZe VII Transmurale Zorg, Prov I/azM  
Postbus 5800, 6202 AZ Maastricht  
tel: 043-3877547 fax: 043-3877380  
e-mail: awe@bze7.azm.nl

## **Introductie**

Deze rapportage bevat een aantal elementen. We beschrijven in het kort de voorgeschiedenis van het Gezamenlijk Consult. Daarnaast zullen we uiteenzetten hoe het Gezamenlijk Consult door middel van het Carrousel model in de reguliere zorg zijn plaats heeft gekregen.

De Carrousel draait succesvol. Alle deelnemende huisartsen zijn na één jaar deelname aan de Carrousel (van aug. 2001 t/m augustus 2002) gewisseld van specialisme. Hiermee is de Carrousel de 2<sup>e</sup> cyclus ingegaan (van sept. 2002 t/m aug. 2003).

De 18 deelnemende specialisten van 5 vakgebieden (KNO, Longziekten, Cardiologie, Orthopaedie en Reumatologie) hebben voor de 2<sup>e</sup> sessie dus ook weer een nieuwe huisartsgroep gekregen die zij op maandelijkse basis zullen bezoeken als consulent.

We presenteren de resultaten over het jaar 2002.

## **Voorgeschiedenis**

Het belang van de samenwerking tussen de huisarts en de specialist kan vanuit verschillende perspectieven worden benaderd. Verbetering van kwaliteit van zorg, verbetering van communicatie tussen hulpverleners en deskundigheidsbevordering zijn enkele aspecten die hierbij van toepassing zijn. Een ander aspect is de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. De toegankelijkheid van de tweede lijn is door met name de wachtlijstproblematiek, toenemend onder druk komen te staan. Het probleemoplossend vermogen van artsen in zowel eerste als tweede lijn is van bepalende invloed om patiëntenstromen te veranderen. Eén van de manieren om het probleemoplossend vermogen van de huisarts te verbeteren, is het vergroten van diens vaardigheid en kundigheid. Een vaardiger en kundiger huisarts zou meer patiënten zelf kunnen behandelen, patiënten gerichter kunnen verwijzen en zo de toevloed van patiënten naar de polikliniek kunnen beïnvloeden. Het Gezamenlijk Consult van huisarts en specialist is een manier van samenwerken die de huisarts onderwijst aan de hand van casus die de huisarts zelf inbrengt. Deze persoonlijke casus gerichte werkwijze is zowel een effectieve wijze van behandelen als een effectieve manier van onderwijs gebleken. Eind jaren tachtig is vanuit de Universiteit Maastricht, in samenwerking met het Transmuraal Diagnostisch Centrum Maastricht, een onderzoek naar de effecten van gezamenlijke consultatie uitgevoerd door dr. W. Vierhout op het gebied van orthopaedie. Vervolgens zijn er studies op het gebied van cardiologie (dr. J. Vlek), dermatologie (drs. Y. Bullens) en reumatologie (drs. G. Schulpen) geweest. Er is gekozen verschillende vakgebieden te testen om bij diverse soorten patiënten en met varianten in de opzet van het Gezamenlijk Consult, het concept te beproeven. Dit is tenslotte in het zogenaamde Carrousel model geïmplementeerd. Hoewel er in Nederland in toenemende mate tussen huisartsen en specialisten wordt samengewerkt, is het Gezamenlijk Consult in deze vorm uniek en wat betreft resultaten en toepasbaarheid opmerkelijk.

## **Gezamenlijk Consult Huisarts-Specialist**

De organisatie van een Gezamenlijk Consult is als volgt. Huisartsen die deelnemen worden in groepen van 3 à 4 ingedeeld. Over het algemeen gebeurt dit op basis van bestaande samenwerkingsverbanden. Eén van de huisartsen fungeert als gastheer in zijn eigen praktijk. Op maandelijks basis komen deze huisartsen bij elkaar, samen met een consulterend specialist. Patiënten die de huisarts gedurende deze maand had willen verwijzen of patiënten waarover de huisarts in de diagnostiek of in het beleid onzeker is, kunnen worden ingebracht. In het bijzijn van de patiënt wordt de reden voor het Gezamenlijk Consult door de huisarts toegelicht, alsmede de voorgeschiedenis van de patiënt. De specialist kan samen met de huisartsen de anamnese uitdiepen en de patiënt onderzoeken om vervolgens de huisarts te adviseren in het verdere beleid. Hierbij dient te worden opgemerkt dat de huisarts eindverantwoordelijke blijft in de behandeling (zo lang de patiënt niet is verwezen).

### **Eerdere resultaten**

De ervaringen rond Gezamenlijke Consulten bij verschillende vakgebieden en bij verschillende categorieën patiënten zijn middels gerandomiseerde studies in kaart gebracht. Hoewel er per specialisme andere accenten geplaatst kunnen worden, stemmen een aantal algemene effecten van de Gezamenlijke Consulten overeen. Op de eerste plaats blijkt het leereffect bij de huisarts bijzonder groot te zijn. Het aantal nieuw verwezen patiënten door de deelnemende huisartsen naar de polikliniek (na een 2 jarige periode van Gezamenlijke Consulten) was bij de vakgebieden orthopaedie en cardiologie 10% gedaald. Bij reumatologie ging het om een reductie van 60%, maar dat was ook het gevolg van andere inclusie-criteria (i.t.t. het insluiten van patiënten waar de huisarts een vraag bij had in eerdere onderzoeken, werd bij reumatologie het Gezamenlijk Consult strikt als alternatief voor verwijzing genomen). De verwijzingsgegevens bij dermatologie zijn nog niet bekend.

Door de scholing middels een Gezamenlijk Consult treedt een herverdeling van de verwezen patiënten op: niet alleen worden verwijzingen bespaard, maar door meer kennis worden er ook verwijzingen gegenereerd. Kortom, er vindt een betere selectie plaats van patiënten die onder controle van de huisarts kunnen blijven en van patiënten die naar de tweede lijn verwezen moeten worden. Uiteindelijk is gebleken dat per saldo een reductie van het aantal verwijzingen wordt bewerkstelligd. Van die patiënten die gedurende een Gezamenlijk Consult besproken worden, wordt slechts een minderheid (ongeveer 15-35%) vervolgens verwezen naar de polikliniek. Het merendeels eenmalige Gezamenlijk Consult is voldoende voor de huisarts om het verdere beloop zelfstandig af te handelen. Bij het vervolgen van de gezondheidstoestand van de patiënten die gezien werden tijdens het Gezamenlijk Consult, blijkt dat deze werkwijze, vergeleken met de gebruikelijke zorg, niet heeft geleid tot verminderde kwaliteit van de gezondheid.

Daarnaast zijn patiënten over het algemeen bijzonder tevreden over deze manier van zorgverlening. Zij worden binnen de vertrouwde omgeving van de huisartspraktijk behandeld met een beduidend geringere wachttijd en zij ontvangen optimale aandacht gedurende het Gezamenlijk Consult.

Niet alleen de huisarts en de patiënt hebben voordeel van deze manier van samenwerking. Ook de specialist kan leren van de huisarts. De intensieve samenwerking geeft de specialist meer inzicht in de specifieke kenmerken van het

huisartsgeneeskundig handelen en meer informatie over de sociale context van de klachten van de patiënt. Deze betere bekendheid met elkaar is een van de kernvoorwaarden om tot betere samenwerking te komen.

Een opvallende bevinding is het veel minder gebruik maken van aanvullende diagnostiek in vergelijking met de polikliniek. Wellicht komt dit door het feit dat de specialist tijdens een Gezamenlijk Consult zijn beoordeling en adviezen dient te expliciteren aan de huisartsen, en eenmaal buiten de muren van het ziekenhuis werkend, beter weet aan te sluiten bij huisartsgeneeskundige invalshoeken.

De verschillende effecten hebben een dusdanige omvang dat de werkwijze kosteneffectief is ondanks de tijd die de huisartsen en de specialist investeren in een Gezamenlijk Consult.

### **Carrousel model**

Vrij snel gedurende de studies naar de effecten van Gezamenlijke Consulten bleken de resultaten dermate positief te zijn dat implementatie na de onderzoeksfase wenselijk werd geacht. Het zogeheten Carrousel model was daarvan het gevolg. Dit model is sinds oktober 2001 in de regio Maastricht gestart. Het doel is het Gezamenlijk Consult structureel in de gezondheidszorg te integreren voor zo veel mogelijk huisartsen en voor verschillende specialismen. Uit de verwijsregio van het academisch ziekenhuis Maastricht nemen **80** (van de 93) huisartsen deel en **19** consulenten van de specialismen cardiologie, KNO, longziekten, orthopaedie en reumatologie. De werkwijze is overeenkomstig de studiefase; de huisartsen zijn verdeeld in groepen van 3 à 4 en houden op maandelijkse basis een Gezamenlijk Consult met een vast toegewezen consulent-specialist. Omdat het leereffect van het Gezamenlijk Consult gedurende het eerste jaar hoog is en het tweede jaar niet veel meer toevoegt, is er voor gekozen om gedurende de implementatie de huisartsen gedurende één jaar aan een bepaald specialisme te koppelen. Vervolgens wordt er van specialisme veranderd, als het ware een paardje op de carrousel opgeschoven. Op deze manier is er een systeem van doorlopende samenwerking tussen huisartsen en specialismen.

In de regio Noord-Limburg is ervaring opgedaan in een studie naar het Carrousel model. De eerste ervaringen bevestigen de resultaten die gedurende de onderzoeksfase van het Gezamenlijk Consult zijn waargenomen.

De ervaringen van deze studie zijn gebruikt bij de inbedding van het Carrousel model in de reguliere zorg in de regio Maastricht.

## Resultaten Carrousel over 2002

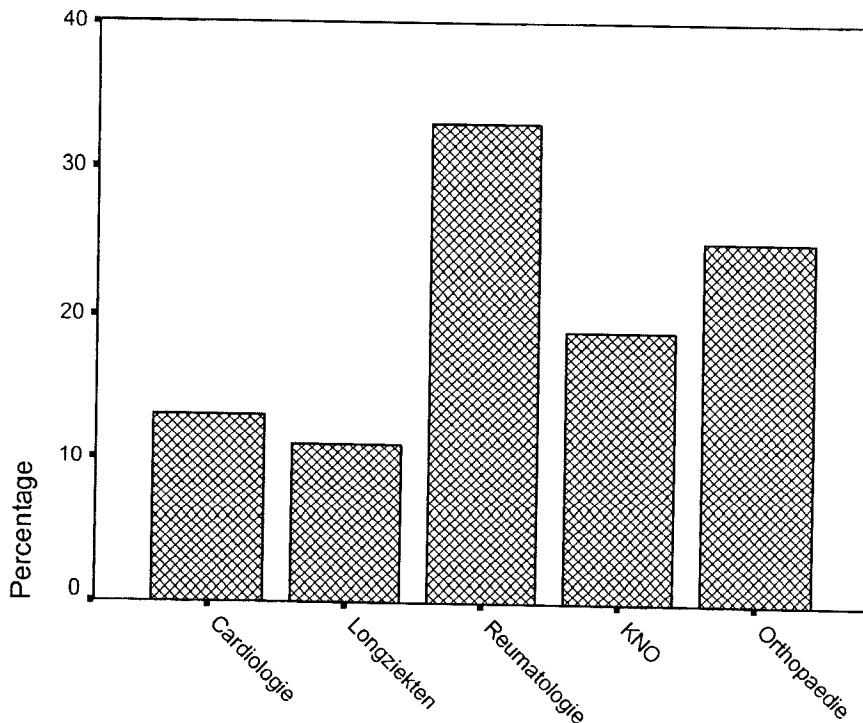
In het jaar 2002 zijn er in totaal 418 patiënten gezien in een Gezamenlijk Consult. Deze patiënten werden gezien in 128 Gezamenlijk Consult-sessies.

De gemiddelde leeftijd van de patiënten bedroeg 53 jaar (de jongste patiënt was 1 jaar, de oudste 93 jaar); 44% was mannelijk.

De verdeling over de verschillende vakgebieden wordt weergegeven in onderstaande figuur.

Met name de vakgebieden rondom het bewegingsapparaat scoren hoog.

**Verdeling Gezamenlijk Consult patiënten  
over deelnemende vakgebieden**

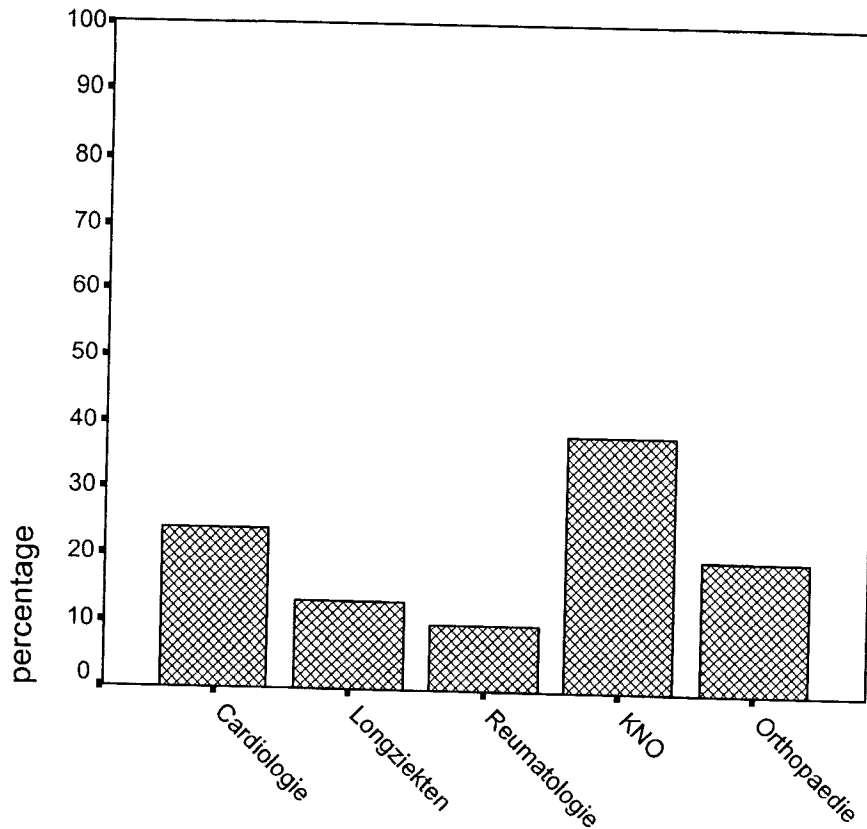


Gedurende een Gezamenlijk Consult diende de specialist te besluiten of een patiënt wel of niet verwezen diende te worden. In gemiddeld 81% van de gevallen was dit **niet** nodig.

Dit betekent dat de filterwerking van het Gezamenlijk Consult zeer effectief is.

We zien vervolgens als we de verwijzing uitsplitsen per vakgebied dat de vakgebieden rond het bewegingsapparaat niet alleen de meeste patiënten leveren, maar ook de minste verwijzingen behoeven (zie onderstaand figuur).

## Het aantal verwijzingen naar de polikliniek per vakgebied



De 1<sup>e</sup> cyclus startte op 1 september 2001 en eindigde op 31 augustus 2002. Het eerste jaar had als voornaamste doel de logistieke opzet zo optimaal mogelijk te krijgen. Met name de verslaglegging van het Gezamenlijk Consult bleek niet eenvoudig. De resultaten waren na een jaar zeer positief; alle deelnemende huisartsen hebben hun deelname in 2002-2003 verlengd en alle specialisten bleven vertegenwoordigd.

Aan het einde van deze 1<sup>e</sup> cyclus hebben we alle deelnemende huisartsen en specialisten door middel van een enquête gevraagd naar hun mening en ervaring over het 1<sup>e</sup> jaar in de Carrousel. Zowel de huisartsen als de specialisten waren (zeer) positief over de gehouden Gezamenlijke Consulten.

De huisartsen waren van mening dat hun kennis over het bepaalde specialisme was toegenomen, alsmede hun vaardigheden. Ze ervoeren de samenwerking met de consulent/specialist als (zeer) positief. Ook dachten de huisartsen dat hun patiënten (zeer) tevreden waren over het Gezamenlijk Consult. De huisartsen gaven aan dat zij patiënten met identieke problemen als aangeboden in het Gezamenlijk Consult daarna zelfstandig konden behandelen.

De huisartsen gaven als rapportcijfer een dikke 8, de specialisten een ruime 7,5. De specialisten vonden dat de patiënten die zij zagen zinvol waren voor het Gezamenlijk Consult. Ook lieten zij via de enquête weten dat zij tijdens het Gezamenlijk Consult meer belangrijke informatie ontvingen bij een verwijzing.

Bij de start van de 2<sup>e</sup> cyclus werd iedere huisartsgroep bezocht door de coördinator, waarbij de nieuwe specialist werd voorgesteld. Voor aanvang van het Gezamenlijk Consult werd tijdens dit bezoek het afgelopen jaar nog even geëvalueerd en de gang van zaken voor het nieuwe Gezamenlijk Consult-jaar nog even aangescherpt.

Vanaf het begin van de Carrousel (oktober 2001) tot eind 2002 werden er in totaal 561 patiënten gezien in Gezamenlijke Consulten.

### **NHG congres**

Op 15 november 2002 hebben Guy Schulpen en Annemie Wesselingh twee maal een praatje gehouden over het Gezamenlijk Consult en de Carrousel Gezamenlijke Consulten tijdens het NHG-congres in Groningen. Na afloop was men zeer enthousiast over het Gezamenlijk Consult. Ook nu nog bereikt ons regelmatig post of e-mail met vragen hierover.