



Carrousel Gezamenlijke Consulten

Tussentijdse rapportage

Maart 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 Carrousel Gezamenlijke Consulten
Guy Schulpen, medisch adviseur 2^e lijn
Nandus Vierhout, medisch adviseur 1^e lijn

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@adcc.azm.nl

Introductie

Deze tussentijdse 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.

Vooralsnog loopt het zeer succesvol. Dit uit zich o.a. in het grote aantal deelnemende huisartsen (meer dan 90%) en de eveneens enthousiaste medewerking van 19 specialisten van 5 vakgebieden. Daarnaast zijn ook de eerste resultaten bijzonder aansprekend. Hierbij dienen we wel aan te merken dat deze resultaten slechts de eerste 3 maanden betreffen en dat in toekomstige analyses dit verder onderbouwd zal worden.

De hier gepresenteerde resultaten zijn summier, gezien de korte periode dat de Carrousel draait. In volgende rapportages zullen we meer in detail kunnen treden. Desalniettemin zijn de effecten veelbelovend voor de toekomst.

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. Schulp) 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 verwijsgegevens 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, longziekten, orthopaedie, KNO 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.

Huidige resultaten Carrousel

Op 1 september 2001 is de Carrousel van start gegaan, waarbij in de eerste maand voornamelijk voorlichting en kennismakingen hebben plaatsgevonden.

Het effectieve aanbod van patiënten is vanaf 1 oktober gestart. Tot 31 december 2001 heeft dit geleid tot 117 patiënten die in een Gezamenlijk Consult zijn gezien.

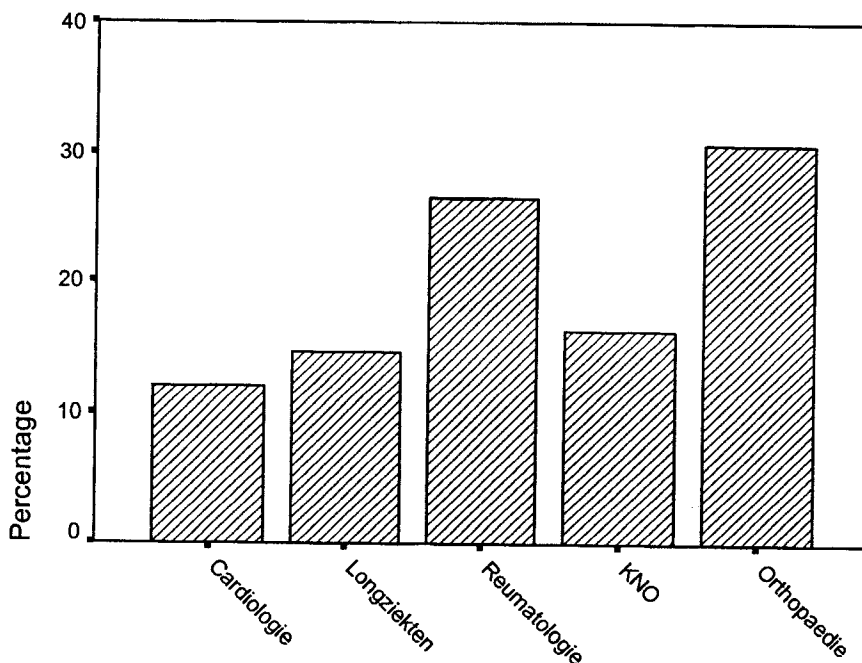
Dit aantal patiënten is gezien in 45 Gezamenlijk Consult-sessies.

De gemiddelde leeftijd van de patiënten bedroeg 51 jaar (de jongste patiënt was 1 jaar en de oudste 91 jaar); 43% 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

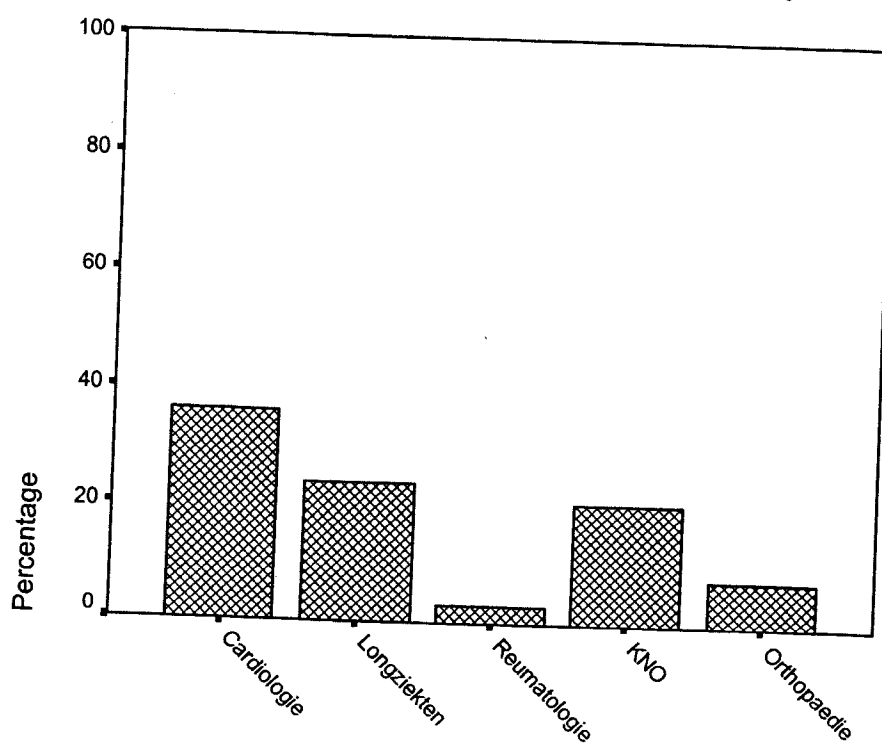


Gedurende een Gezamenlijk Consult diende de specialist te besluiten of een patiënt wel of niet verwezen diende te worden. In gemiddeld 85% van de gevallen was dit **niet** nodig.

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



In het kort:

- ❖ Grote deelname artsen.
- ❖ 117 Patiënten (1 oktober – 31 december).
- ❖ 85% niet doorverwezen naar polikliniek.