

HET WIN-WINCONSULT

Transmurale samenwerking tussen specialist en huisartsen

Door gezamenlijke consulten met een specialist leren huisartsen effectiever verwijzen. De patiënt is meer tevreden, de specialist bespaart tijd en de wachtlijsten worden korter.

G.J.C. SCHULPEN C.S.

De samenwerking tussen huisarts en specialist moet worden verbeterd. Immers, de kwaliteit van zorg moet worden verhoogd, de communicatie tussen hulpverleners behoeft verbetering en er is behoefte aan deskundigheidsbevordering. Nog een andere reden is de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Door de wachtlijstproblematiek staat de toegankelijkheid van de tweede lijn in toenemende mate onder druk. Het veranderen van patiëntenstromen hangt af van het probleemoplossend vermogen van zowel eerste- als tweedelijns artsen. Eén van de manieren om het probleemoplossend vermogen van een huisarts te verbeteren, is het vergroten van diens vaardigheid en kundigheid. Een vaardiger en kundiger huisarts kan meer patiënten zelf behandelen, kan ze richter verwijzen en beïnvloedt zo de toevloed van patiënten naar de polikliniek.

Het 'gezamenlijk consult' van huisarts en specialist is een manier van samenwerken waarbij de huisarts wordt onderwezen aan de hand van casussen die hij zelf inbrengt. Deze werkwijze is zowel een effectieve behandelwijze als een effectieve manier van onderwijs gebleken.

Eind jaren tachtig is door dr. W. Vierhout vanuit de Universiteit Maastricht, in samenwerking met het Transmuraal Diagnostisch Centrum Maastricht, een onderzoek naar de effecten van gezamenlijke consultatie op het gebied van de orthopedie uitgevoerd.^{1,2} Vervolgens zijn soortgelijke studies verricht op het gebied van cardiologie (dr. J. Vlek)³, dermatologie (drs. Y. Bullens) en reumatologie (drs. G. Schulpen). Er zijn testen uitgevoerd in verschillende vakgebieden om het concept te beproeven bij diverse soorten patiënten en met varianten in de opzet van het gezamenlijk consult. Dit heeft geresulteerd in het 'carouselmodel'.

Hoewel huisartsen en specialisten in Nederland steeds meer samenwerken, is het gezamenlijk consult in deze vorm uniek en wat betreft resultaten en toepasbaarheid opmerkelijk.

GASTHEER

De organisatie van een gezamenlijk consult is als volgt. De deelnemende huisartsen worden ingedeeld in groepjes van drie à vier personen. Meestal gebeurt dit op basis van bestaande samenwerkingsverbanden. Eén van de huisartsen fungeert als gastheer in zijn eigen praktijk. De groepjes komen maandelijks bij

zoeken om vervolgens de huisarts te adviseren over het verdere beleid. Zo lang de patiënt niet is verwezen, blijft de huisarts eindverantwoordelijk.

LEEREFFECT

De ervaringen met gezamenlijke consulten op verschillende vakgebieden en bij verschillende categorieën patiënten zijn met gerandomiseerde studies in kaart gebracht. Hoewel per specialisme andere accenten zijn te plaatsen, stemmen veel algemene effecten overeen. Op de eerste plaats is het leereffect bij de huisarts bijzonder groot. Na twee jaar gezamenlijke consulten verwezen de deelnemende huisartsen 10 procent minder nieuwe patiënten naar de orthopedist en de cardioloog. Voor reumatologie was de reductie zelfs 60 procent, maar dat kwam ook door andere inclusiecriteria (niet alleen patiënten bij wie de huisarts eerder een vraag had, werden gezien, maar het gezamenlijk consult was strikt een alternatief voor verwijzing). De verwijsggegevens bij dermatologie zijn nog niet bekend.

Door scholing in de vorm van gezamenlijke consulten treedt een herverdeling van de verwezen patiënten op. Enerzijds worden verwijzingen bespaard, anderzijds worden door meer kennis ook

Scholing leidt tot een betere selectie van patiënten

elkaar, samen met een consulterend specialist. Er kunnen patiënten worden ingebracht die de huisarts gedurende deze maand had willen verwijzen of over wie hij qua diagnostiek of qua beleid onzeker is. In het bijzijn van de patiënt licht de huisarts de reden voor het gezamenlijk consult toe, alsmede de voor geschiedenis van de patiënt. De specialist kan samen met de huisartsen de anamnese uitdiepen en de patiënt onder-

verwijzingen gegenereerd. Er wordt dus beter geselecteerd tussen patiënten die onder controle van de huisarts kunnen blijven en patiënten die naar de tweede lijn moeten worden verwezen. Uiteindelijk neemt per saldo het aantal verwijzingen af. Van de patiënten die tijdens een gezamenlijk consult worden besproken, wordt slechts 15 tot 35 procent naar de polikliniek verwezen. Een in de meeste gevallen eenmalig gezamenlijk con- >>

« sult is voor de huisarts voldoende om het verdere beloop zelfstandig af te handelen. Bij het vervolgen van de gezondheidstoestand van de patiënten die tijdens het gezamenlijk consult zijn gezien, blijkt dat de kwaliteit van de gezondheid - in vergelijking tot de gebruikelijke zorg - niet is afgenomen.

Patiënten zijn over het algemeen bijzonder tevreden over deze manier van zorgverlening. Zij worden binnen de vertrouwde omgeving van een huisartspraktijk behandeld na een beduidend kortere wachttijd en zij ontvangen optimale aandacht gedurende het gezamenlijk consult.

Niet alleen de huisarts en de patiënt hebben voordeel van deze manier van samenwerking. 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. Meer bekendheid met elkaars werk is een voorwaarde om tot betere samenwerking te komen.

Opvallend is ook dat veel minder wordt gebruikgemaakt van aanvullende diagnostiek in vergelijking met de polikliniek. Wellicht komt dit doordat de specialist tijdens een gezamenlijk consult zijn beoordeling en adviezen dient te expliciteren aan de huisartsen en doordat hij - buiten de muren van het ziekenhuis opererend - beter weet aan te sluiten bij huisartsgeneeskundige invalshoeken.

Het resultaat van alle effecten is dat de werkwijze kosteneffectief is, ondanks de tijd die de huisartsen en de specialist investeren in gezamenlijk consulten.

POSITIEF

Al tijdens de studies naar de effecten van gezamenlijke consulten bleken de resultaten dermate positief te zijn dat implementatie na de onderzoeksfase wenselijk was. Het zogeheten carrousel-model was

FOTO: ANP, ARTHUR BASTAANSE



Het carrousel-model: integratie van het gezamenlijk consult voor zo veel mogelijk huisartsen en voor verschillende specialismen

daarvan het gevolg. Dit model is in 1998 in Noord-Limburg geïntroduceerd; in september 2001 is de regio Maastricht ermee gestart. Doel is het gezamenlijk consult structureel in de gezondheidszorg te integreren voor zo veel mogelijk huisartsen en voor verschillende specialismen. In de regio Noord-Limburg is ervaring opgedaan door 48 huisartsen en 12 specialisten van de vakgebieden cardiologie, dermatologie, KNO, neurologie, orthopedie, oogheelkunde, pulmonologie; allen werkzaam bij de Stichting Ziekenhuizen Noord-Limburg.

In de verwijfsregio van het academisch ziekenhuis Maastricht nemen 80

(van de 93) huisartsen deel en 19 specialisten (cardiologie, longziekten, orthopedie, KNO en reumatologie). Ten slotte is in de regio Helmond-Deurne de start van een 'gezamenlijk consult'-carrousel voor begin 2002 voorzien. De werkwijze komt overeen met die in de studiefase; de huisartsen zijn verdeeld in groepen van 3 à 4 personen en houden maandelijks een gezamenlijk consult met een vaste toegewezen specialist.

Het leereffect van gezamenlijke consulten is in het eerste jaar groot; het tweede jaar voegt niet veel meer toe. Daarom worden de huisartsen één jaar aan een bepaald specialisme gekoppeld

(voor een enkel specialisme is in Noord-Limburg de looptijd zelfs beperkt tot een halfjaar). Vervolgens veranderen de huisartsen van consultant: het carousel-model. Zo is er een doorlopende samenwerking tussen huisartsen en specialisten. De eerste ervaringen daarmee in Noord-Limburg bevestigen de resultaten uit de onderzoeksfase.

WERKLAST

Er is een groot verschil tussen een onderzoeksoptzet en geïmplementeerde zorg. Bij het carousel-model zijn aanzienlijk meer huisartsen betrokken en meer verschillende specialismen.

Een ander aspect is dat deelname aan een gezamenlijk consult extra tijd vergt van zowel de huisarts als de specialist. Daar moeten we echter enkele kanttekeningen bij plaatsen. Zo zeggen de huisartsen die aan de onderzoeksfase

Huisartsen en specialisten moeten een vergoeding krijgen

hebben deelgenomen, dat door de toegenomen kennis en vaardigheid patiënten met soortgelijke problematiek makkelijker (lees: in minder tijd) zijn te behandelen. Kortom, gezamenlijke consulten leiden uiteindelijk voor de huisarts waarschijnlijk niet tot meer werklust. Voor de specialist geldt: als door het gezamenlijk consult het aantal verwijzingen naar de polikliniek afneemt, wordt de tijdsinvestering in gezamenlijke consulten terugverdiend met de tijd die vrijkomt op de polikliniek. Vanwege de patiëntendruk op de polikliniek zal een specialist dit niet merken; het gezamenlijk consult zal hoogstens leiden tot kortere wachttijden op de polikliniek.

INBEDDING

Ondanks deze argumenten zijn we van mening dat de financiële inbedding een absolute voorwaarde is om het geza-

menlijk consult succesvol in de reguliere zorg te integreren. Huisartsen en specialisten dienen een vergoeding te ontvangen voor de tijd en de energie die ze in gezamenlijke consulten steken. Dit is voor de Maastrichtse situatie in overleg met de lokale zorgverzekeraar VGZ gerealiseerd. Elders is de financiering nog projectgebonden.

Daarnaast is het nascholingseffect van het gezamenlijk consult onderkend; de huisartsen worden dan ook voor de deelname geaccrediteerd.

Niet alleen accreditatie en vergoeding zijn bepalende factoren. De verslaglegging is geen primair onderzoeksdoel, maar moet omwille van dossiervorming wel plaatsvinden. Een adequaat verslag van een gezamenlijk consult moet beschikbaar zijn voor de huisarts en - bij een verwijzing - voor de specialist op de polikliniek. In deze behoefte voorziet

een coördinator die de verslagen verzamelt en aan de betrokken partijen rapporteert. Daarnaast fungeert de coördinator als vraagbaak voor deelnemende artsen en voor patiënten.

TOEKOMST

Er is een begin gemaakt met de introductie van het gezamenlijk consult als onderdeel van de reguliere patiëntenzorg in zowel een academische (Maastricht) als een perifere setting (Noord-Limburg, Zuidoost-Brabant). De voorlopige bevindingen zijn bijzonder positief voor een succesvolle implementatie. Op regionaal niveau zijn nog aanpassingen mogelijk. Op de eerste plaats kan het aantal specialismen en huisartsen worden uitgebreid. Verder is de infrastructuur van samenwerking ook te gebruiken om bijvoorbeeld praktijk- en specialistisch verpleegkundigen te introduceren of te integreren. Via het CTG-

SAMENVATTING

- Gezamenlijke consulten zijn een mogelijkheid om de samenwerking tussen huisartsen en specialisten te verbeteren.
- Het gezamenlijk consult beïnvloedt therapeutisch en diagnostisch gedrag, vermindert het aantal verwijzingen door huisartsen en is kosteneffectief.
- Door middel van het carousel-model kan het gezamenlijk consult een plek in de reguliere zorg krijgen met een meerwaarde voor zowel huisartsen als specialisten.

tarief voor huisartsen en DBC's voor specialisten kan een transmurale activiteit als deze binnen de honoreringssystematiek worden opgenomen. Uiteindelijk hopen we ook andere regio's te motiveren en te begeleiden bij een soortgelijk systeem van samenwerking. Ten slotte zou het gezamenlijk consult een vaste plek in het nascholingscurriculum moeten krijgen, daar het in hoge mate voldoet aan de eisen van *continuous professional development*.³ Het gezamenlijk consult brengt de huisarts als spin in het web van de gezondheidszorg een stap dichterbij. ■

drs. G.J.C. Schulpen,
arts-onderzoeker afdeling Transmurale Zorg, academisch
ziekenhuis Maastricht (azM)

dr. J.F.M. Vlek,
medisch coördinator SCDC/Zorgvernieuwing, project-
leider Gezamenlijk Consult Carrousel Noord-Limburg

W.P.M. Vierhout,
huisarts-onderzoeker, Huisartsgeneeskunde, Universiteit
Maastricht (UM)

A.M.K. Wesselingh-Megens,
coördinator Carrousel Zuid-Limburg, afdeling Trans-
murale Zorg, azM

prof. dr. H.F.J.M. Crebolder,
hoogleraar Huisartsgeneeskunde, UM en afdeling Trans-
murale Zorg, azM

Correspondentie via e-mailadres: gusc@adcc.azm.nl

Referenties

1. Vierhout WPM, Knotterus JA, Ooij A van, Crebolder HF, Pop P, Wesselingh-Megens AMK, et al. Effectiveness of joint consultation sessions of general practitioners and orthopaedic surgeons for locomotor-system disorders. *Lancet* 1995; 346: 990-4.
2. Vierhout WPM. Het gezamenlijk consult van huisarts en specialist in de eerste lijn. Amsterdam: Thesis Publishers, 1994.
3. Vlek JFM. *Cardiologie. Joint consultation of general practitioners and cardiologists in a primary care setting*. Maastricht: Datawysc; 2000.