

# Het gezamenlijk consult van huisarts en specialist in de eerste lijn

W.P.M. Vierhout



## Inhoudsopgave

HOOFDSTUK 1	
Inleiding en vraagstellingen .....	1
HOOFDSTUK 2	
Onderzoeksopzet en methoden .....	11
2.1 Algemene opzet .....	11
2.2 Patiëntenpopulaties van de deelnemende huisartspraktijken (praktijkpopulaties) .....	13
2.3 De huisartsen en orthopaedisch chirurgen .....	13
2.4 Het prospectief gerandomiseerd onderzoek: de patiënteninstroom	15
2.4.1 In- en uitsluitingscriteria .....	15
2.4.2 Onderzoekspopulatie: aantallen patiënten .....	15
2.4.3 Randomisatiemethode, -procedure en informed consent .....	15
2.5 Gezamenlijke consult- en controlespreekuren .....	17
2.5.1 Het gezamenlijk consultspreekuur .....	17
2.5.2 De organisatie van de gezamenlijke consultspreekuren .....	17
2.5.3 Controleconsult (eindconsult) .....	18
2.5.4 Meetinstrumenten .....	18
2.5.5 Statistische analyse methoden .....	19
HOOFDSTUK 3	
Het effectiviteitsonderzoek .....	23
Ten geleide .....	23
3.1 Patiënt- en klachtvariabelen .....	24
3.1.1 Achtergrondgegevens, deelname, uitval en verwijzaantallen .....	24
3.1.2 Klachtgegevens .....	28
3.1.2.1 Klachtkenmerken .....	28
3.1.2.2 Klachtbeleving .....	36
3.1.2.3 Pathologie gerelateerd aan de klacht .....	41
3.1.2.4 Klacht en afwijkingen: vastgesteld door lichamelijk onderzoek ..	43
3.1.3 Co-morbiditeit .....	48

3.1.4	Ervaren algemene gezondheidstoestand .....	53
3.1.4.1	Lijst ervaren gezondheid .....	54
3.1.4.2	V.O.E.G.-Lijst .....	54
3.1.5	Ervaren functioneren .....	55
3.1.5.1	Werken en activiteiten .....	56
3.1.5.2	S.I.P. (Sickness Impact Profile) .....	57
3.1.6	Verwachtingen en ervaringen van patiënt en huisarts bij de hulpverlening .....	58
3.1.6.1	Wenselijkheid van verwijzing .....	59
3.1.6.2	Aandacht en satisfactie .....	62
3.2	Proces- en zorgvariabelen (verrichtingen en verwijzingen) .....	65
3.2.1	Behandeling voorafgaand aan de instroom .....	66
3.2.2	Consulten, verwijzingen en verrichtingen tijdens de onderzoekperiode .....	68
3.2.3	Kosten-baten analyse .....	76
 HOOFDSTUK 4		
	Motieven, ervaringen en de deskundigheid van huisartsen bij het gezamenlijk consult .....	87
	Inleiding .....	87
4.1	Motieven van huisartsen voor het gezamenlijk consult .....	87
4.2	Deskundigheidsbevordering .....	91
4.3	Satisfactie van het gezamenlijk consult .....	98
 HOOFDSTUK 5		
	Informatieoverdracht, verwijsindicaties en behandelingsindicaties, gezien vanuit de specialist .....	101
 HOOFDSTUK 6		
	Haalbaarheid van het gezamenlijk consult .....	105
	Inleiding .....	105
6.1	Uitvoerbaarheid van gezamenlijk consultspreekuren .....	105
6.2	Peilingsonderzoek naar de gepercipieerde behoefte bij huisartsen aan het gezamenlijk consult .....	110

HOOFDSTUK 7	
	Ervaringen en opinies van huisartsen en orthopaedisch chirurgen omtrent het gezamenlijk consult .....
	121
	Inleiding .....
	121
7.1	Enquête huisartsen .....
	121
7.2	Enquête en ervaringen van orthopaedisch chirurgen .....
	122

HOOFDSTUK 8	
	Beschouwingen en aanbevelingen .....
	125
8.1	De opzet en uitvoering van het onderzoek .....
	125
8.2	Beschouwing met betrekking tot de bevindingen .....
	126
8.3	Betekenis van de bevindingen in relatie tot de literatuur .....
	131
8.4	Aanbevelingen .....
	133

HOOFDSTUK 9	
	Samenvatting .....
	137
	Summary .....
	141
	Dankwoord .....
	145
	Curriculum vitae .....
	148

BIJLAGEN	149
----------	-----

## Samenvatting

Het project 'gezamenlijk consult', gerealiseerd met de steun van het ministerie van WVC, werd uitgevoerd door de vakgroepen Huisartsgeneeskunde en Orthopaedie van de Rijksuniversiteit Limburg en het Diagnostisch Coördinerend Centrum van het AZM te Maastricht.

Het project had als doel na te gaan in hoeverre het gezamenlijk consult gunstige effecten oplevert voor patiënten met klachten van het bewegingsapparaat, en wat betreft kosten en omvang van geleverde zorg. Bij de deelnemende huisartsen werd nagegaan in hoeverre er een gunstige invloed op het gebied van kennis en vaardigheden was waar te nemen.

Het onderzoek waaraan 12 huisartsen uit Maastricht en Meerssen samen met 4 orthopaedisch chirurgen van het Academisch Ziekenhuis Maastricht deelnamen is prospectief gerandomiseerd opgezet en werd uitgevoerd van 1 januari 1989 tot 1 januari 1992.

In hoofdstuk 1 wordt een beschouwing gegeven over het huisartsgeneeskundig handelen bij klachten die door huisartsen als 'moeilijk' worden gekwalificeerd. In verband hiermee worden verwijsgewoonten, kwaliteit en doelmatigheid van zorg, communicatie tussen eerste en tweede lijn, substitutie van zorg en samenwerkingservaringen van huisartsen met specialisten beschreven.

Vervolgens wordt nader ingegaan op de keuze van orthopaedie als specialisme in het onderzoek van het gezamenlijk consult, de doelstelling en de vraagstellingen.

Hoofdstuk 2 vervolgt met de beschrijving en motivatie van de onderzoeksopzet. Het gezamenlijk consult van huisarts en orthopaedisch chirurg vond plaats in de huisartspraktijk bij 4 groepen van in totaal 12 huisartsen.

Patiënten, die volgens de huisartsen in aanmerking kwamen voor een gezamenlijk consult, werden door middel van een enveloppe-methode gerandomiseerd in een tweetal groepen.

De patiënten van de ene groep (interventiegroep) namen deel aan het gezamenlijk consult en werden vergeleken met de patiënten van de groep, die niet het gezamenlijk consult kregen, maar op de gewone wijze door de huisarts werden behandeld of verwezen (de controlegroep).

De patiëntencarrière van beide groepen werden gedurende één jaar gevolgd, waarna de patiënten van beide groepen werden onderzocht. Tevens werden gegevens verzameld met betrekking tot het verrichtingen- en verwijzingspatroon.

Van beide groepen patiënten verkregen we na de éénjaarscontroles de resultaten op het gebied van welbevinden, gezondheidstoestand, verrichtingen en verwijzingen. De gezamenlijke praktijkpopulatie van de aan het onderzoek deelnemende huisart-

sen wordt beschreven, waarbij blijkt dat zij qua leeftijdsverdeling niet belangrijk afwijkt van de regiopopulatie.

Vervolgens wordt de keuze van de deelnemende huisartsen en orthopaedisch chirurgen toegelicht.

Na beschrijving van de in- en uitsluitingscriteria van het onderzoek wordt ingegaan op de voor het onderzoek berekende noodzakelijke omvang van de onderzoekspopulatie.

De keuze om de randomisatie binnen de huisartspraktijk uit te voeren en de methode van informed consent (Zelen-design) worden toegelicht en gemotiveerd. De opzet van het gezamenlijk consult- en het controlesprekeuur wordt beschreven, waarna wordt ingegaan op de toegepaste meetinstrumenten en statistische analyse methoden.

Hoofdstuk 3 beschrijft de resultaten van het effectiviteitsonderzoek. Aan het onderzoek namen 339 patiënten deel, waarbij een uitval van 20% werd vastgesteld.

De interventie- en controlegroep bevatten na uitval respectievelijk 144 en 128 patiënten. Beide groepen kwamen op het moment van instroom qua achtergrondgegevens, uitval, patiënt- en klachtvariabelen sterk overeen.

Aan het gezamenlijk consult werd vooral deelgenomen door patiënten met vooral knie-, schouder-, voet-, elleboog-, rug- en heupklachten. De klachten waren vaak al langdurig aanwezig.

De patiënten scoorden qua klachtbeleving relatief hoog, terwijl de huisartsen daarmee vergeleken, de klachtbeleving lager inschatten.

Volgens huisartsen was er vaak (60%) pathologie gerelateerd aan de klacht. Bij overeenkomstige aantallen patiënten werden in beide groepen bij gericht lichamelijke onderzoek afwijkende bevindingen geconstateerd. Bij ¼ deel van de patiënten werden chronische aandoeningen, psychosociale problemen en life-events vermeld. De algemene lichamelijke toestand van de patiënten was gemiddeld iets slechter dan die van de algemene bevolking. De patiënten waren relatief vaak beperkt op het gebied van 'ervaren functioneren' (werk, activiteiten).

Bovendien wensten de patiënten bij het instroommoment vaak (bijna 50%) een verwijzing naar de specialist.

Tenslotte was voorafgaand aan het instroommoment al vaak diagnostisch onderzoek verricht in verband met de instroomklacht en waren de patiënten al vaak behandeld met fysiotherapie.

Uit de resultaten blijkt dat na de onderzoeksperiode van één jaar in de interventiegroep bijna ½ deel van de patiënten werd verwezen. In de controlegroep gebeurde dat bij ongeveer ⅓ deel van de patiënten.

Het welbevinden en de lichamelijke toestand van de patiënten van de interventiegroep verschilden ook na één jaar niet relevant van die van de controlegroep, waarbij in beide groepen een overeenkomstige verbetering was vast te stellen.

Wel waren er na één jaar in de interventiegroep, vergeleken met de controlegroep, meer klachtenvrije patiënten. De kans om klachtenvrij te worden was kleiner bij patiënten met psychosociale problemen.

Bovendien waren de patiënten na het gezamenlijk consult minder ongerust, hadden zij naar hun mening beter inzicht in de oorzaak van de klacht en waren meestal (circa 90%) tevreden over de behandeling.

Het aantal bezoeken aan de huisarts was per patiënt in beide groepen vrijwel gelijk, voor de orthopaedisch chirurg was dit in de controlegroep bijna het dubbele van dat van de interventiegroep.

Zoals boven beschreven verschilden de aantallen verwijzingen gedurende het onderzoeksjaar in interventie- en controlegroep, hetzelfde gold voor de verrichtingen. De kans om verwezen te worden was in de controlegroep relatief groter bij patiënten met schouderklachten, chronische aandoeningen en wanneer de huisarts een overleg voorafgaand aan een verwijzing als motief noteerde voor het gezamenlijk consult.

De verwijzingen gebeurden in beide groepen grotendeels binnen een half jaar na instroom.

Diagnostische verrichtingen (laboratorium- en röntgenonderzoek) werden door de specialisten bij patiënten van de interventiegroep, vergeleken met de controlegroep, opvallend minder uitgevoerd.

Een verschuiving (substitutie-effect) was te zien bij de therapeutische verrichtingen (medicatie, injectie en fysiotherapie), al was het verschil in daling van het totale aantal verrichtingen minder groot. Relatief veel verrichtingen werden uitgevoerd bij aanwezigheid van 'defensieve' motieven, psychosociale problemen en bij langdurig bestaande en/of recidiverende klachten.

Het aantal operaties kwam in beide groepen sterk overeen.

Na het onderzoeksjaar diende volgens de orthopaedisch chirurgen in beide groepen nog circa 15% van de patiënten specialistische behandeling te krijgen.

De verwijsaantallen van de huisartsen daalden tijdens het onderzoek met bijna 10%, hetgeen een vermindering van verwijzingen van ongeveer 10 patiënten per huisartspraktijk per jaar zou betekenen.

Door de daling van de consulten, verrichtingen en verwijzingen zijn gezamenlijke consulten meer dan kostendekkend.

In hoofdstuk 4 worden voor huisartsen de motieven bij het gezamenlijk consult beschreven, alsmede de ervaren en getoetste deskundigheidsbevordering en de satisfactie.

De motieven 'kennisvermeerdering' en 'overbodige verwijzing voorkomen' kwamen het meest voor als motief voor een gezamenlijk consult.

Relatief minder verwijzingen na het gezamenlijk consult werden gezien bij het motief 'onzeker over diagnose'. Het motief 'overleg voorafgaand aan verwijzing' werd begrijpelijk gevolgd door verhoudingsgewijs meer verwijzingen.

Het motief 'vaardigheden ontwikkelen' kwam zowel vaker voor bij schouderklachten en tendinitiden, als bij injectietherapie en lijkt daardoor een daling van het aantal verwijzingen en verschuiving van het aantal verrichtingen te helpen verklaren.

De deskundigheidsbevordering, die blijkt mededelingen van de aan het onderzoek deelnemende huisartsen en vanuit eerder onderzoek als één van de belangrijkste winstpunten van het gezamenlijk consult moet worden gezien, is nagegaan door te vragen hoe huisartsen na het gezamenlijk consult met identieke problemen omgaan en door middel van een toetsingsonderzoek.

Het bleek dat huisartsen meenden dat zij binnen één jaar ongeveer 60% van de klachten opnieuw zagen en dat zij bij deze klachten patiënten vaker dan voorheen zonder verwijzing behandelden.

Dit zou volgens hen vooral het gevolg zijn van kennistoename en verbetering van hun vaardigheden.

Voor het toetsingsonderzoek werden de deelnemende huisartsen samen met een vergelijkbare controlegroep huisartsen bij de start en aan het einde van het onderzoek getoetst wat betreft hun kennis en vaardigheden met betrekking tot het bewegingsapparaat.

Bij het toetsingsonderzoek leek het erop, dat de huisartsen voornamelijk op het gebied van vaardigheden iets beter scoorden. Huisartsen waren doorgaans tevreden over het gezamenlijk consult. Het niet plaatsvinden van het gezamenlijk consult, hetgeen noodgedwongen het geval was bij de patiënten van de controlegroep, werd achteraf vooral betreurd wanneer patiënten waren verwezen.

Hoofdstuk 5 belicht de informatie-overdracht, de verwijs- en de behandelingsindicaties vanuit het oogpunt van de orthopaedisch chirurgen. De orthopaedisch chirurgen meenden bij  $\frac{2}{3}$  deel van de patiënten betere informatie te hebben ontvangen. Volgens hen was bij  $\frac{1}{3}$  deel van de patiënten, die werden aangeboden voor het gezamenlijk consult, een verwijzing op zijn plaats. Zij meenden dat specialistische behandeling bij 15% van de patiënten aan het eind van de onderzoeksperiode nog gewenst zou zijn.

Hoofdstuk 6 beschrijft de haalbaarheid van het gezamenlijk consult. Enerzijds is in het kader van het effectiviteitsonderzoek onderzoek verricht naar de daadwerkelijke uitvoering van de gezamenlijk consultspreekuren, geconstateerde uitval en de redenen die daarbij speelden, anderzijds is een peilingsonderzoek uitgevoerd naar de behoefte aan het gezamenlijk consult bij de overige huisartsen van de regio Heuvelland.

Uit de bevindingen van het effectiviteitsonderzoek bleek dat gezamenlijk consultspreekuren gedurende ongeveer  $1\frac{1}{2}$  jaar goed haalbaar zijn. Nadien daalt waarschijnlijk als gevolg van de deskundigheidsbevordering, de behoefte sterk.

Het peilingsonderzoek laat zien dat de huisartsen van de regio Heuvelland bij ongeveer de helft van hun verwijzingen menen dat een gezamenlijk consult gewenst zou zijn. Bovendien lijken de verwezen patiënten met betrekking tot een aantal variabelen sterk overeen te komen met patiënten die werden geselecteerd voor het gezamenlijk consult.

In hoofdstuk 7 worden de ervaringen en opinies over het gezamenlijk consult van de huisartsen en orthopaedisch chirurgen beschreven.

Zowel de huisartsen als de orthopaedisch chirurgen zien als belangrijkste doel het verbeteren van de vaardigheden. De huisartsen vinden de deskundigheidsbevordering voor zichzelf de belangrijkste winst, terwijl de orthopaedisch chirurgen in dit opzicht vooral de betere voorkennis en informatieoverdracht waarderen.

In hoofdstuk 8 wordt de methodologie van het onderzoek kritisch beschouwd en toegelicht. Bovendien worden de belangrijkste bevindingen beschreven en belicht vanuit de literatuur, waarna wordt afgesloten met de aanbevelingen.