

THE JOINT CONSULTATION
OF GENERAL PRACTITIONERS
AND RHEUMATOLOGISTS

GUY SCHULPEN



Contents

Chapter 1 <i>Introduction</i>	page 8
Chapter 2 <i>Joint consultation of general practitioner and rheumatologist: Does it matter?</i>	page 17
Chapter 3 <i>The value of joint general practitioner and rheumatologist consultations in primary care patients.</i>	page 29
Chapter 4 <i>Patients, general practitioners and specialists: To communicate or not to communicate.</i>	page 41
Chapter 5 <i>Patients at the outpatient clinic of rheumatology: Do they really need to be there?</i>	page 53
Chapter 6 <i>Joint consultation of general practitioners and rheumatologists: Cost minimisation analysis of interdisciplinary collaboration.</i>	page 63
Chapter 7 <i>The win-win consultation. Transmural collaboration between specialist and general practitioners.</i>	page 81
Chapter 8 <i>Discussion</i> <i>Samenvatting</i> <i>Dankwoord</i> <i>Curriculum Vitae</i>	page 89

Samenvatting

Het gezamenlijk consult van huisartsen en reumatologen is een samenwerkingsverband tussen de eerste en de tweede lijn. Dit samenwerkingsverband bestond uit een zeswekelijkse bijeenkomst van drie huisartsen samen met een bezoekend reumatoloog om gezamenlijk patiënten te bespreken die de huisartsen wilden verwijzen, en tot een beleid te komen. Gedurende twee jaar hebben 17 huisartsen en 6 reumatologen hier aan deelgenomen en zijn in totaal 166 patiënten in de studie ingesloten. De primaire vraagstellingen van deze studie, zoals beschreven in hoofdstuk 1, hadden betrekking op de effecten van het Gezamenlijk Consult tussen huisarts en reumatoloog voor patiënten, huisartsen, reumatologen en algemene gezondheidszorg. Hierbij diende het Gezamenlijk Consult een minimaal evenredige gezondheidstoestand voor patiënten op te leveren in vergelijking met de reguliere zorg op de polikliniek en diende het Gezamenlijk Consult (logistiek) haalbaar te zijn.

Hoofdstuk 2 beschrijft de effecten van het Gezamenlijk Consult op het verwijsgedrag van de huisartsen die deelnamen ten opzichte van niet deelnemende huisartsen. Na twee jaar aan het Gezamenlijk Consult te hebben deelgenomen, verwezen de deelnemende huisartsen 62% minder patiënten dan collega's die niet deelnamen. Deze daling in verwijzingen was niet toe te schrijven aan het feit dat de huisartsen verwezen naar andere vakgebieden zoals neurologie, interne geneeskunde of orthopedie. De verschillende diagnoses werden in groepen ingedeeld volgens de zogenaamde Standaard Diagnose Registratie. Hoewel de diagnoses in aantallen daalden, bleven de groepen in verhouding even groot ten opzichte van elkaar. De enige uitzondering hierop was de groep fibromyalgie; deze daalde relatief méér dan de andere diagnoses.

In hoofdstuk 3 werden de diagnoses van de huisartsen nader bekeken. In 64% van de gevallen bleek de reumatoloog het niet eens te zijn met de diagnose van de huisarts. Wel werd opgemerkt dat als de reumatoloog het eens was met de huisarts over de diagnose, de reumatoloog het ook vaker eens was over het beleid bij de patiënt. Een juiste diagnose blijkt dus van belang te zijn. Dit lijkt logisch, maar huisartsen werken vaak meer vanuit de symptomen van patiënten dan vanuit de diagnose.

Tevens werd de diagnostiek en therapie door de huisartsen en de reumatologen beschreven. Voor de diagnostiek viel op dat de reumatologen bij een gezamenlijk consult veel minder diagnostiek (voornamelijk bepalingen in bloed en röntgenfoto's) gebruikten dan op de polikliniek. Bij het gezamenlijk

consult gebruikten de reumatologen in 56% van de gevallen géén diagnostiek ten opzichte van 22% op de polikliniek. De therapie die de reumatologen inzetten verschilde niet tussen gezamenlijk consult en poli. Een ander opmerkelijke verschil tussen gezamenlijk consult en de poli was het aantal vervolgsconsulten. Een eenmalig consult door de reumatoloog bij het gezamenlijk consult vond plaats in 85% ten opzichte van 35% op de polikliniek; de reumatologen spraken dus meer vervolgsconsulten af bij de patiënten die ze te zien kregen op de poli. Tenslotte werd in dit hoofdstuk de tevredenheid van de patiënten en de algemene gezondheidstoestand van patiënten (zowel in het begin van de studie als na één jaar) gemeten. De tevredenheid met de poli was gelijk aan de tevredenheid na een gezamenlijk consult. De gezondheidstoestand verschilde ook niet tussen de twee situaties. Kortom, de diagnoses, diagnostische middelen en het beleid verschilde nogal tussen huisarts en specialist en tussen gezamenlijk consult en de polikliniek, maar dit ging niet ten koste van de tevredenheid en de gezondheid van de patiënten in het gezamenlijk consult als we het vergelijken met de poli.

De communicatie tussen artsen en patiënten en tussen huisartsen en reumatologen wordt in hoofdstuk 4 gepresenteerd. Een aantal gegevens valt op in de resultaten. Dit is op de eerste plaats de communicatie tussen huisarts en patiënt. De patiënten gaven hun bezorgdheid aan en de mate van ernst die zij hun klacht toedichtten. Ook de reden van het bezoek bij de huisarts werd aangegeven. De huisartsen moesten aangeven hoe zij dachten dat de patiënt over de genoemde zaken dacht. Dit verschilde behoorlijk; bij de reden van het huisartsbezoek kwam de reden zoals de huisarts dacht dat deze was slechts in 39% van de gevallen overeen met de reden die de patiënten daadwerkelijk aangaven. Hoewel de patiënten aangaven wel genoeg aandacht te hebben gehad (76%) en genoeg uitleg te hebben ontvangen (62%), gaven ze ook te kennen in 43% totaal niet gerustgesteld te zijn. De communicatie is ook bekeken tussen huisarts en reumatoloog. Hier gaven de huisartsen de reden voor verwijzing aan en moesten de reumatologen aangeven hoe zij de reden van verwijzing hadden ervaren. Ook hier was de overeenstemming 39%. Wel gaven de reumatologen aan gedurende het gezamenlijk consult veel meer informatie te ontvangen van de huisarts over de patiënt (57%), die uiteindelijk ook het beleid van de reumatoloog belangrijk beïnvloedde, dan bij de polipatiënten (15%). De reumatologen gaven ook aan of zij vonden dat de verwezen patiënt door de huisarts zelfstandig had kunnen worden afgehandeld. Bij de patiënten op de polikliniek vond de reumatoloog in 96% dat de huisarts de patiënt zelf had kunnen behandelen ten opzichte van 43% bij de patiënten van het gezamenlijk consult. Klaarblijkelijk leidde het gezamenlijk consult tot meer begrip voor de verwijzing ten opzichte van de reguliere verwijzing naar de polikliniek.

Hoofdstuk 5 beschrijft een ander aspect van de route van de patiëntenzorg, namelijk de poliklinische zorg. Het gezamenlijk consult zou mogelijk als middel kunnen dienen om patiënten van de polikliniek terug te verwijzen naar de huisarts. Normaal gesproken is als een patiënt ontslagen wordt van de poli (naar de zorg van de huisarts) verdere controle ook niet nodig. Het idee achter de terugverwijzing via het gezamenlijk consult was dat die patiënten die wel medische controle nodig hadden, maar waarbij de reumatoloog geen meerwaarde had in de controle, ook door een huisarts actief gecontroleerd zouden kunnen worden. Het gezamenlijk consult zou als middel dienen om de patiënten door de reumatoloog aan de huisartsen over te dragen. Van de 17 deelnemende huisartsen waren 276 patiënten bekend op de polikliniek. Hiervan werden 21 in de studie ingesloten. Dit aantal was zo gering omdat 121 ontslagen waren van de poli, 87 kwamen niet in aanmerking omdat deze wel degelijk specialistische follow-up nodig hadden, 22 patiënten weigerden deel te nemen en 6 patiënten werden niet ingesloten door de behandelend reumatoloog.

De studie naar de terugverwijzing heeft dus wel inzicht verschaft in hoe de patiëntenstromen nu precies verlopen, maar gaf ook aan dat de rol van het gezamenlijk consult hierin beperkt is.

De kosten van het gezamenlijk consult ten opzichte van de kosten van de gebruikelijke behandeling op de polikliniek zijn beschreven in hoofdstuk 6. Deze kosten werden beschouwd vanuit een integraal perspectief, waarbij alle kosten die daadwerkelijk zijn gemaakt in de studie maximaal worden meegerekend (iedere huisarts in een gezamenlijk consult en de alle kosten van de reumatoloog inclusief overhead en dergelijke) en vanuit een marginaal perspectief. Dit marginaal perspectief kende een aantal uitgangspunten; namelijk dat in een gezamenlijk consult slechts één huisarts financieel wordt meegeteld (de andere twee zijn aanwezig voor nascholingsdoeleinden) en dat de overhead van het ziekenhuis bij de reumatoloog in het gezamenlijk consult niet meetelt. De integrale kosten voor de polikliniek bedroegen 313 euro's per patiënt ten opzichte van de integrale kosten van 529 per patiënt voor het gezamenlijk consult. De marginale kosten van het gezamenlijk consult bedroegen 236 euro's per patiënt.

Als we echter de daling in verwijzingen en de daling in het gebruik van diagnostiek voor de gezamenlijk consult groep meerekenen dan worden de kosten als volgt. Per verwijzend huisarts zijn de integrale kosten 5388 euro's over de studieduur van twee jaar ten opzichte van 5167 euro's voor de integrale kosten van het gezamenlijk consult. De marginale kosten zijn op deze manier 2130 euro's per huisarts over twee jaar. Kortom, met de effecten van gezamenlijk consult meegenomen, zijn de kosten voor het gezamenlijk consult zowel

integraal als marginaal lager dan de kosten van de poli. Er kan dus zelfs een maximale besparing van 62% worden gerealiseerd.

Hoofdstuk 7 geeft vervolgens een overzicht van de verschillende studies naar het gezamenlijk consult in de loop der jaren en de uiteindelijke implementatie hiervan. In de regio Maastricht is het gezamenlijk consult namelijk als "Carrousel gezamenlijke consulten" in de reguliere zorg opgenomen. Van de 92 huisartsen nemen hier 80 aan deel samen met 5 verschillende specialismen (KNO, orthopedie, cardiologie, longziekten en reumatologie). Iedere huisartsgroep wordt gedurende één jaar aan een specialisme gekoppeld om na een jaar van onderwerp te veranderen. De voorwaarden en ervaringen worden in dit hoofdstuk beschreven.

Samenvattend toont dit proefschrift de ervaringen en bevindingen van het gezamenlijk consult van huisartsen en reumatologen. De verschillende invalshoeken laten positieve resultaten zien op het gebied van verwijzingen, communicatie, beleid, poliklinische follow-up, kosten en implementatie. Hopelijk kan dit proefschrift bijdragen in de discussie rond de effectiviteit van transmurale samenwerking, de verschuiving van taken en het integreren van zorgverlening.