

Gezamenlijk consult huisarts en specialist

Lidwien de Wit

Doorlopende scholing van huisartsen, minder onnodige verwijzingen naar de specialist en betere samenwerking tussen eerste en tweedelijnsgezondheidszorg. Dat zijn de effecten van het gezamenlijk consult van huisarts en specialist in de huisartspraktijk. Arts-onderzoeker Guy Schulpen, werkzaam bij de Behandel- en Zorgenheid Transmurale Zorg, onderzocht de resultaten van deze voor ons land unieke vorm van transmurale samenwerking die alleen in Limburg bestaat.



Foto: Appie Derks

KNO-arts Rico Rinkel (r.) en arts-onderzoeker Guy Schulpen (l.):
“Gezamenlijk consult is geaccrediteerd als nascholing voor huisartsen.”

Vanwege de wachtlijsten staat de toegankelijkheid van de tweedelijnsgezondheidszorg voortdurend onder druk. Een mogelijkheid om daar verandering in te brengen is ervoor te zorgen dat huisartsen in staat zijn de problemen in hun praktijk zoveel mogelijk zelf op te lossen en hun poortwachtersfunctie beter waar te maken, stelt arts-onderzoeker Schulpen. “Daar waar kennis en kunde ontbreken, verwijzen de huisartsen naar de specialist. Om te bevorderen dat zij zoveel mogelijk problemen zelf oplossen, moeten zij hun vaardigheid en kundigheid kunnen vergroten. De nascholingsmethodieken schieten er kennelijk in te kort hen voldoende bij te spijkeren. Een vaardig en kundig huisarts kan veel patiënten zelf behandelen, verwijst patiënten gerichter naar de specialist en beïnvloedt zo de toevloed van patiënten naar de polikliniek.”

Gastheer

Een specialist die huisartsen in de eerste lijn onderwijst aan de hand van patiënten die zij zelf inbrengen, is een effectieve manier om huisartsen bij en na te scholen, toont recent onderzoek van Schulpen aan. Zo'n gezamenlijk consult werkt als volgt. De deelnemende huisartsen worden ingedeeld in groepjes van drie tot 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 elkaar, samen met een consulterend specialist. De huisartsen

brenge patiënten in die zij de afgelopen maand hadden willen verwijzen of over wie zij qua diagnostiek of qua medisch beleid onzeker zijn. In het bijzijn van de patiënt licht diens huisarts de reden voor het gezamenlijk consult toe en beschrijft de voorgeschiedenis van de patiënt. De specialist diept samen met de huisartsen de anamnese uit, onderzoekt de patiënt en adviseert de huisarts over het verder te volgen beleid. Zo lang de patiënt niet is verwezen naar het spreekuur van de specialist, blijft de huisarts eindverantwoordelijk. De specialist geeft slechts een advies, zegt Schulpen. “Maar dat neemt niet weg dat dit meestal door de huisarts als doorslaggevend wordt ervaren.” Deze manier van samenwerken wordt sinds eind jaren tachtig in Limburg toegepast. Het eerste onderzoek naar de ervaringen deed dr. W. Vierhout die vanuit de UM in samenwerking met het Transmuraal Diagnostisch Centrum azm de effecten van een gezamenlijk consult op het gebied van de orthopedie onderzocht. Vervolgens werden soortelijke onderzoeken verricht voor cardiologie (dr. J. Vlek) en dermatologie (Y. Bullens). Schulpen: “Uit de vergelijking tussen orthopedie en cardiologie bleek dit laatste specialisme net zo geschikt te zijn voor behandeling in de huisartsenpraktijk. Tussen problemen met het hart of de knie ligt voor patiënten weliswaar een emotioneel verschil, het hart is een vitaal orgaan. Als daar wat mee aan de hand is, verwachten patiënten dat daar onmiddellijk een deskundige of specialist

naar kijkt. Voor sommige aandoeningen bij longziekten geldt dat ook. Ook dan blijkt het gezamenlijk consult echter geschikt om deze mensen te behandelen en gerust te stellen. Patiënten met echt acute aandoeningen worden natuurlijk altijd direct naar de polikliniek verwezen. Met name bij chronische aandoeningen heeft de huisarts de taak deze vroegtijdig te onderkennen en de oorzaken van het probleem aan te pakken. En dat kan hij heel goed, mits hij over voldoende kennis en kunde beschikt.”

Scholingseffect

Zelf onderzocht Schulpen het gezamenlijk consult voor reumatologie. Vervolgens heeft hij de ervaringen op verschillende vakgebieden en bij verschillende categorieën patiënten met gerandomiseerde studies in kaart gebracht. Hoewel er per specialisme andere accenten zijn te plaatsen, stemmen veel algemene effecten overeen. Om te beginnen is het scholingseffect bijzonder groot. Schulpen: “Artsen leren het meest aan de hand van concrete casussen en de problemen waar zij zelf in hun praktijk tegenaan lopen. Overigens past dit ook in het concept van het probleemgestuurd onderwijs waarmee wij aan de UM werken.” Na twee jaar gezamenlijke consulten verwezen de deelnemende huisartsen 10 procent minder nieuwe patiënten naar orthopeed en cardioloog. Voor reumatologie was de reductie zelfs 60 procent. Maar dat resultaat is meer geprononceerd, omdat het gezamenlijk consult in de plaats kwam

voor verwijzing naar de polikliniek en het dus alle patiënten betreft die door de deelnemende huisartsen werden verwezen naar de poli dan wel het gezamenlijk consult.

Betere kennis en kunde van de huisarts verminderen het aantal verwijzingen. Daar staat echter tegenover dat dit ook verwijzingen genereert. Maar uit het verwijsgedrag van de deelnemende huisartsen blijkt dat er een betere selectie plaatsvindt van patiënten die onder controle van de huisarts kunnen blijven en van patiënten die naar de tweede lijn dienen te worden verwezen. Per saldo neemt het aantal verwijzingen af. Van de patiënten die tijdens een gezamenlijk consult worden besproken, wordt 85 procent niet naar de polikliniek verwezen. Schulpen: "Vaak is een advies van de specialist voor de huisarts voldoende om zelf de draad weer op te pakken. Daarmee bespaar je alle herhaalconsulten. En dat scheelt nogal wat, want vaak volgen op een bezoek aan de polikliniek twee tot drie vervolggconsulten." Dat de specialisten in het gezamenlijk consult minder aanvullende diagnostiek nodig hebben in vergelijking met de polikliniek, verklaart Schulpen als volgt. "De specialisten leggen hun beleid en beslissingen uit aan de huisartsen. Daardoor staan zij bewuster stil bij hun acties. En wellicht benaderen zij in de eerstelijns setting hun beleid meer vanuit een huisartsgeneeskundige invalshoek."

Tevreden

Verder stelde Schulpen vast dat de gezondheidstoestand van patiënten die tijdens het gezamenlijk consult zijn gezien, in vergelijking tot de gebruikelijke zorg niet is afgenomen en dat patiënten zelf over het algemeen bijzonder tevreden zijn over deze manier van zorgverlening. "Zij hoeven niet naar het ziekenhuis, worden binnen de vertrouwde omgeving van hun eigen huisartspraktijk behandeld na een beduidend kortere wachttijd en krijgen bovendien alle aandacht gedurende het gezamenlijk consult."

Maar niet alleen huisarts en patiënt hebben voordeel van deze samenwerking. Ook de specialist krijgt meer inzicht in de specifieke kenmerken van het handelen van de huisarts en meer informatie over de sociale context van de klachten van de patiënt, zegt Schulpen: "De specialist leert van de huisarts op een baselere manier tegen problemen aan kijken. Meer bekendheid met elkaars werk leidt ook tot betere samenwerking. Huisartsen verwijzen vaak naar een specialist die zij zelf nooit hebben ontmoet. Als zij elkaar persoonlijk kennen, zal de huisarts eerder naar de telefoon

grijpen, om even een probleem voor te leggen. Dit soort aspecten zijn natuurlijk moeilijk te objectiveren. Maar dat contact wordt door de deelnemers zeer gewaardeerd. Zij geven aan dat het een meerwaarde heeft." Ondanks de extra tijdsinvestering is de werkwijze kosteneffectief, berekende Schulpen. Al tijdens de studie naar de effecten van gezamenlijke consulten bleken de resultaten dermate positief te zijn, dat implementatie van het concept wenselijk was. Zo ontstond het concept voor het zogeheten 'carrousel-model': een specialist gaat gedurende een jaar naar een bepaalde huisartsenpraktijk en verandert vervolgens van praktijk waarna een consultant van een ander specialisme zijn plaats overneemt. Dit model werd in 1998 in Noord-Limburg geïntroduceerd. In september 2001 is de regio Maastricht ermee gestart. Het is de bedoeling het gezamenlijk consult structureel in de gezondheidszorg te integreren voor zo veel mogelijk huisartsen en voor verschillende specialisten. In de regio Noord-Limburg is ervaring opgedaan door 48 huisartsen en 12 specialisten van de vakgebieden cardiologie, dermatologie, KNO, neurologie, orthopedie, oogheelkunde en pulmonologie. Allen zijn werkzaam bij de Stichting Ziekenhuizen Noord-Limburg. In de verwijsregio van het azm nemen 80 (van de 93) huisartsen deel en 19 specialisten (cardiologie, longziekten, orthopedie, KNO en reumatologie). Ook in de regio Helmond-Deurne is begin 2002 een 'gezamenlijk-consult'-carrousel van start gegaan.

Geaccrediteerd

Het leereffect van het gezamenlijk consult is groot in het eerste jaar, stelt Schulpen. "Na een jaar ebt het scholingseffect weg. Voor jonge artsen is het vaak prettig om in bepaalde ervaringen instructie te krijgen. Voor de ouderen is het een goede methode om hun kennis op peil te houden. Het is voor huisartsen toch al een hele klus om van de recente ontwikkelingen op de hoogte te blijven." Doordat de specialisten elk jaar rouleren, is er een doorlopende samenwerking tussen huisartsen en specialisten. De infrastructuur van de samenwerking is te gebruiken om praktijk- en specialistisch verpleegkundigen te introduceren en te integreren, stelt Schulpen. Inmiddels is het gezamenlijk consult geaccrediteerd als nascholingsactiviteit voor huisartsen. Verder ziet arts-onderzoeker Schulpen mogelijkheden om deze transmurale activiteit voor de specialisten in de honoreringssystematiek op te nemen.

KNO-arts Rico Rinkel:

"Huisartsen schrijven gerichtere verwijsbrief"

KNO-arts Rico Rinkel houdt sinds oktober jl. maandelijks een gezamenlijk consult met een huisartsenpraktijk in Valkenburg. Gemiddeld krijgt hij samen met de drie zittende huisartsen zes patiënten te zien. Hij behandelt KNO-problematiek in de meest brede zin van het woord. Vaak kan het om eenvoudige problemen gaan die de huisartsen als aanknopingspunt voorleggen om de recente ontwikkelingen op het medisch beleid te bespreken. Als voorbeeld noemt hij een steeds terugkerende oorontsteking bij kinderen. "Op zich weten de huisartsen goed hoe zij die moeten behandelen. Maar zij hebben er behoefte aan om met mij en collega's te discussiëren over wat in onze ogen het meest geschikte medische beleid is. Het vormt een aanleiding om dieper op de zaak in te gaan en te bekijken of recente inzichten hierover veranderd zijn. Voor de huisartsen functioneert het gezamenlijk consult ook als feed back op eigen handelen: ze willen weten of het goed is dat ze een bepaalde patiënt doorsturen."

Rinkel vindt dat hij door het gezamenlijk consult meer zicht krijgt op de problemen waar huisartsen in hun praktijk tegenaan lopen. "Je ziet op welke gebieden ze vast lopen in de diagnose, waarom ze een patiënt naar ons verwijzen. Het grote verschil is natuurlijk dat wij veel meer ervaring hebben in bepaalde pathologie. Sommige aandoeningen zien zij slechts eenmaal in hun hele huisartsenpraktijk, terwijl wij die maandelijks te zien krijgen. En het tegengestelde is natuurlijk ook het geval. Zij zien bijvoorbeeld veel meer mensen met heesheid en weten dat zo'n klacht meestal onschuldig en van voorbijgaande aard kan zijn. Als wij een patiënt met heesheidsklachten krijgen, denken wij veel sneller aan een larynxcarcinoom. Hun insteek is anders; het is goed om dat te zien."

KNO-arts Rinkel is van mening dat er veel winst valt te halen uit het opfrissen van de kennis en kunde van huisartsen op het gebied van diagnose en behandeling. "Ik denk dat ze daardoor minder verwijzen en vooral ook aan ons een gerichtere verwijsbrief kunnen schrijven. Doordat de relatie wederzijds opener is, geeft de huisarts eerder aan waar hij met zijn diagnostiek of behandeling niet verder komt. Daardoor krijgen wij een duidelijke verwijzing voorgelegd. Voor ons werkt dat dan beter."