

drs. Femke Seesing
zelfstandig adviseur Raedelijk
(adviesbureau voor ondernemen in
en rondom de eerste lijn)

prof. dr. Jeen Haalboom
internist divisie Interne Genees-
kunde UMC Utrecht

BBA Renée Geerse
adviseur Raedelijk

drs. Raf Hirsch
huisarts n.p., voorzitter raad
van bestuur Stichting Gezondheids-
centra De Bilt

VEELBELOVENDE PROEF IN DE BILT VERDIENT BREDE NAVOLGING

Meekijkconsult: iedereen tevreden én geld over

In De Bilt kijken sinds zes jaar specialisten mee in de huisartsenpraktijk. Dit tot tevredenheid van allen: kennis wordt overgedragen, de patiënt dicht bij huis geholpen en geld bespaard, zo blijkt uit onderzoek door betrokken artsen en zorgadviseurs.

Vanaf 2009 hebben de huisartsen van Gezondheidscentra De Bilt in samenwerking met het UMC Utrecht en adviesbureau Raedelijk het meekijkconsult in hun praktijk uitgevoerd. Patiënten worden in de huisartsenpraktijk gezien door een internist, orthopeed, longarts of oogarts. De vorm waarin dit gebeurt kan variëren. Kijkt bijvoorbeeld de orthopeed mee, dan is behalve de patiënt ook de huisarts aanwezig. De internist bespreekt

zijn meekijkconsulten later met de huisartsen. Het primaire doel is verlenen van zorg op maat in de directe omgeving van de patiënt. Daarnaast wordt samenwerking tussen eerste en tweede lijn bevorderd en worden onnodige verwijzingen naar de tweede lijn voorkomen. Door middel van vragenlijst- en dossieronderzoek tussen medio 2011 en medio 2012 is achterhaald wat deze nieuwe consultvorm oplevert voor patiënten, huisartsen en medisch specialisten. Daar-

naast zijn kosten en opbrengsten van het meekijkconsult vergeleken. Vervolgonderzoek is nodig en inmiddels gaande, maar nu al blijkt dat de nieuwe zorgvorm door alle belanghebbenden wordt gewaardeerd.

Ervaringen

Het vragenlijstonderzoek laat de ervaringen met het meekijkconsult zien van 61 van 103 patiënten en van alle 12 zorgverleners (8 huisartsen en 4 medisch specialisten), in de periode van 1 november 2011 tot 1 september 2012. Hieruit blijkt dat 49 procent van de 61 patiënten de voorkeur gaf aan een meekijkconsult boven een rechtstreekse verwijzing, en 79 procent merkte na afloop een duidelijk uitgezet beleid. Huisartsen en medisch specialisten noemen werkplezier en de bevordering van samenwerking tussen eerste en tweede lijn als voordelen, naast kennisdeling. Bij 80 procent van de meekijkconsulten werd de vraag van de huisarts adequaat beantwoord. In 72 procent van de gevallen gaven de huisartsen aan dat als er

Een meekijkconsult – hier geënceneerd – bevordert het werkplezier en de samenwerking tussen eerste en tweede lijn.



Toosje Valkenburg, huisarts:

'Patiënten voelen zich gehoord en krijgen antwoord op onze consultatievragen. Huisartsen en specialisten leren van elkaar. En mocht het toch tot een verwijzing naar een specialist komen, dan verbetert de kwaliteit van de verwijzingsvraag.'



Huisartsen en medisch specialisten doen in het meekijkconsult veel kennis op die toegepast kan worden in de dagelijkse praktijk.

geen meekijkconsult was geweest, ze de patiënt direct hadden verwezen. De betrokken medisch specialisten waarde- ren het inzicht dat ze verwerven in de complexiteit van het werk van de huisarts en het beter leren kennen van de context van de patiënt.

Dossieronderzoek

In dezelfde periode is een dossieronder- zoek uitgevoerd waarbij patiënten

verwezen voor een meekijkconsult zijn vergeleken met patiënten die rechtstreeks verwezen zijn naar dezelfde medisch specialismen. Gekeken is naar de reden voor verwijzing, het aantal vermeden verwijzingen en de kosten in de eerste lijn na het meekijkconsult.

De kenmerken – leeftijd, SES (sociaal- economische status), pre-existente ziekteperiodes – van de 72 patiënten die hebben deelgenomen aan de meekijk-

consulten, komen grotendeels overeen met die van de 72 controlepatiënten. De werkhypothesen, vertaald in ICPC- codes, op grond waarvan een meekijk- consult werd aangevraagd, laat een grote diversiteit zien. Er zijn in totaal 63 ver- schillende ICPC-codes gebruikt voor de 72 patiënten die werden verwezen. Er is een grote overlap in werkhypothesen tussen de twee vergeleken groepen. Daardoor is het aannemelijk dat bij de controlepatiënten de aard van de werk- hypothese niet de belangrijkste reden was om een patiënt te verwijzen. De potentie van het meekijkconsult is dus groot.

EEN VOORBEELD

Mijnheer A, 65 jaar, werkt nog en heeft geen belangrijke gezondheidsproblemen. Na een campylobacterinfectie, tien jaar geleden opgelopen tijdens een reis op Bali, heeft hij af en toe last van diarree of brijige defecatie. Dat werd geduid als prikkel- baredarmsyndroom na een darminfectie en behoefde geen behandeling. Sinds vier maanden heeft hij, vooral in de ochtend, heftige frequente, waterdunne en stinkende diarree. Het belet hem om op tijd naar het werk te gaan. De door de huisarts inge- zette kweken en parasitair onderzoek zijn negatief. Vanwege het invaliderend karak- ter van de diarree wordt blind behandeld met antibiotica en metronidazol. Zonder succes. Mijnheer vraagt een verwijzing naar een mdl-arts. De huisarts adviseert een meekijkconsult bij de internist. De internist wijst de huisarts in de nabespreking op de mogelijkheid van een verworven lactose-intolerantie en adviseert een lacto- setolerantietest. De test wordt door de assistente in de praktijk uitgevoerd en bevestigt het vermoeden. Voedingsadviezen maken de klachten weer beheersbaar.

Financiële winst

De financiële winst van het meekijkcon- sult zit voornamelijk in de afname van het aantal dbc's dat in de tweede lijn geopend wordt. Van de 72 patiënten die zijn gezien tijdens een meekijkconsult is voor 75 procent in eerste instantie een verwijzing naar een specialist vermeden. Voor 53 procent blijkt een verwijzing gedurende de follow-upperiode van één jaar na het meekijkconsult daadwerkelijk vermeden. Bij een vermeden verwijzing resulteert dit in een besparing van 667,50 euro per patiënt, op basis van de gemid-

delde dbc-prijs in 2012.

De kosten verbonden aan de meekijkconsulten bestaan uit de tijdsinvestering van huisarts, medisch specialist en de projectkosten. Tijdens het project declareerde de medisch specialist per patiënt dertig minuten à 70 euro. De huisarts declareerde een dubbel consult per patiënt à 17,65 euro en tien minuten nabespreking met de specialist. De kosten van de tijdsinzet en de projectkosten resulteerden in een bedrag van 244,02 euro per patiënt.

Voor patiënten die gedurende de hele periode niet zijn verwezen levert dit dus een besparing op van $(667,50 - 244,02 =) 423,48$ euro per patiënt. Indien alle patiënten die een meekijkconsult hebben gehad en later alsnog zijn verwezen worden meegeteld – wat het geval was bij 34 van de 72 patiënten – blijft een besparing van 108,27 euro per deelnemende patiënt over. Een belangrijk gegeven dat niet in cijfers weergegeven is, maar hierbij wel een rol speelt, is de ervaring dat er, in het geval het toch tot een verwijzing komt, gericht en efficiënter wordt verwezen. De tijdens het meekijkconsult verzamelde gegevens worden meegenomen bij de planning van vervolgacties in het ziekenhuis en terugverwijzing naar de huisarts vindt sneller plaats.

De extra eerstelijnszorgkosten van patiënten die niet zijn verwezen bedroegen in totaal 2,82 euro per patiënt. Ook voor de patiënt zijn er financiële voordelen. Hij ervaart geen ‘out-of-pocket’ kosten, doordat er bij een meekijkconsult geen aanspraak wordt gemaakt op het eigen risico.

Veelbelovend

De ervaringen met het meekijkconsult in Gezondheidscentra De Bilt zijn dus van-

uit het perspectief van zowel de patiënt als de zorgverleners positief te noemen. Aan patiënten kan toegankelijke zorg in de eigen omgeving worden geboden door een vertrouwde zorgverlener met daarbij een specialistische beoordeling en advies. De door het project beoogde deskundigheidsbevordering komt niet alleen ten goede aan de patiënten die verwezen worden voor een meekijkconsult, maar aan de gehele patiëntenpopulatie van de huisarts.

Wat de kostenbesparingen betreft: die zullen bij brede invoering van het meekijkconsult naar verwachting nog toenemen, doordat de organisatiekosten lager worden en er vrijwel uitsluitend gerekend hoeft te worden met consult- en overlegtijd.

Interessant is verder de potentie voor het meekijkconsult die zichtbaar wordt door de overlap aan ICPC-codes tussen het meekijkconsult en de rechtstreeks verwezen patiënten. Blijkbaar is de keuze voor een consultatie of voor een rechtstreekse verwijzing niet afhankelijk van de werkhypothese en spelen er andere patiënt- of huisartsgebonden factoren een rol. Deze resultaten samen met het voor 2015 door de NZa vastgestelde integrale tarief voor een meekijkconsult maakt het meekijkconsult een veelbelovende innovatie in de samenwerking tussen eerste en tweede lijn.¹

Verdere uitwerking

Ook elders in het land zijn de afgelopen jaren positieve ervaringen opgedaan met verschillende vormen van het meekijkconsult. Vrijwel alle publicaties laten zien dat betrokken huisartsen en medisch specialisten tevreden zijn en er wordt aangegeven dat men veel kennis opdoet die toegepast kan worden in de dagelijkse praktijk.²⁻⁵ Anderzijds moet gewaakt worden voor te hoge verwachtingen. Zo is het de vraag hoeveel ruimte er in de toekomst in segment 3 van de huisartsfinanciering (zorgvernieuwing) beschikbaar blijkt te zijn voor deze innovatie. Ook de verzilvering van de besparingen is complex. Indien zorgverzekeraars hierover geen afspraken maken met de

Jeen Haalboom, internist:

‘Ik leerde het werk van de huisartsen beter kennen en bemerkte bij mijzelf en vooral bij de huisartsen een duidelijke leercurve. En het was gewoon erg leuk, ik had het gevoel in de praktijk erg welkom te zijn.’

tweede lijn, wordt de vrijgekomen productieruimte vaak opgevuld met andere patiënten in plaats van dat dit leidt tot afname van productie in de tweede lijn, en zullen de totale zorgkosten niet dalen. Belangrijke onderwerpen voor verdere uitwerking zijn enerzijds de haalbaarheid in landelijke gebieden zonder ziekenhuis dichtbij en anderzijds op locaties met meerdere ziekenhuizen in de omgeving. De vraag is wat de invloed van concurrentie tussen ziekenhuizen is op de ontwikkeling van het meekijkconsult. Ook onderzoek naar de motivatie van huisartsen om patiënten al dan niet een meekijkconsult aan te bieden is relevant voor verder onderzoek. Hetzelfde geldt voor de vraag of er daadwerkelijk sprake is van gericht verwijzen na een meekijkconsult, iets wat als gezegd, niet becijferd is, maar wel degelijk wordt ervaren. Betrokken partijen zijn dit vervolgonderzoek nu gezamenlijk aan het opzetten. ■

Overige medewerkers aan deze publicatie vindt u onder het artikel op medischcontact.nl.

contact

ykoense@Raadelijn.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

web

Meer informatie over de auteurs, de voetnoten en eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.

Ook voor
de patiënt
zijn er financiële
voordelen