

Een kaderhuisarts urogynaecologie in de eerste lijn

Joyce Nouwens, Pieta van Rhijn, Doreth Teunissen, Toine Lagro-Janssen

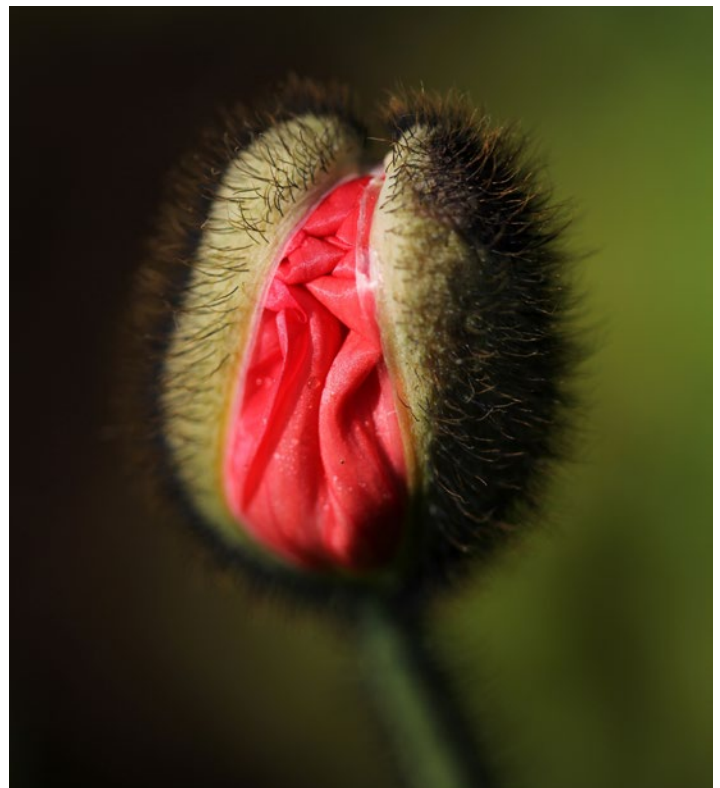
Een Nederlandse huisarts ziet gemiddeld tien keer per week een patiënt met een gynaecologische klacht. Veel gynaecologische klachten kunnen in de eerste lijn worden behandeld, maar niet elke huisarts voelt zich bekwaam en daarom volgen er veel er doorverwijzingen naar de tweede lijn. In de Zorggroep Regio Oosterhout en Omstreken blijkt het aantal verwijzingen gedaald na de implementatie van een eerstelijns kadersprekuur gynaecologie.

Een Nederlandse huisarts ziet gemiddeld tien keer per week een patiënt met een gynaecologische klacht. De meeste van die klachten zijn niet zo ernstig dat ze volgens de NHG-Standaarden niet in de huisartsenpraktijk behandeld kunnen worden.¹⁻⁶ Wij vermoedden echter dat de 75 huisartsen van de Zorggroep Regio Oosterhout & Omstreken (Zorroo) vaker naar de gynaecoloog verwezen dan volgens de NHG-standaarden noodzakelijk zou zijn. Daarom zijn we die verwijzingen gaan onderzoeken. We selecteerden de ICPC-codes van klachten waarvoor verwijzing zelden nodig is [tabel 2] en telden het aantal vrouwen ouder dan 12 jaar die in 2017 voor zo'n klacht verwezen werden. We telden 1391 verwijzingen, wat het vermoeden bevestigt dat op zijn minst een deel van deze vrouwen door de huisarts zelf behandeld had kunnen worden.

Naar aanleiding van dit onderzoek is binnen Zorroo een project opgezet waarbij huisartsen een kaderhuisarts urogynaecologie kunnen consulteren, zodat eerstelijnszorg in de eerste lijn blijft en het aantal verwijzingen naar de tweede lijn afneemt.

EEN KADERSPREKUR 'BENIGNE GYNAECOLOGISCHE KLACHTEN'

De huisartsen van de zorggroep kunnen de kaderhuisarts urogynaecologie op twee manieren inroepen: door een vraag te stellen via de e-mail of door de patiënt te verwijzen naar diens spreekuur. Sinds januari 2018 houden twee kaderhuisartsen afwisselend op twee dagen in de week (7 uur per dag) spreekuur in het eerstelijns zorgcentrum van Zorroo [figuur 1]. De huisartsen kunnen een afspraak rechtstreeks inplannen via de website www.innovatievohuisartsenzorg.nl. Het kadersprekuur is bedoeld voor vrouwen ouder dan 12 jaar met een benigne gynaecologische klacht, bij voorkeur een



Huisartsen verwijzen vrouwen met vragen over IUD's of prolapsklachten vaak door naar de tweede lijn.

Foto: Sandy Millar

van de eerdergenoemde ICPC-codes. Bij het maken van de afspraak wordt de huisarts gevraagd achtergrondgegevens in te vullen over de gepresenteerde klachten en de ingezette behandeling tot nu toe, en te noteren of hij de patiënt zou hebben

DE KERN

- Huisartsen verwijzen patiënten met een gynaecologische klacht veel vaker dan nodig naar de tweede lijn.
- De meeste verwijzingen betreffen IUD's en prolapsklachten.
- Na de introductie van een spreekuur door een kaderhuisarts urogynaecologie zijn er minder verwijzingen naar de gynaecoloog.

Figuur 1

Bord waarop het kaderhuisartsspreekuur is aangegeven.



doorverwezen naar de tweede lijn als er geen kaderspreekuur zou zijn geweest. Een kaderconsult duurt dertig minuten. Na het consult krijgt de huisarts terugkoppeling via het dossier, waarin de kaderhuisarts de bevindingen, het te volgen beleid en de juiste ICPC-code noteert.

De redenen waarom een kaderhuisarts wordt geconsulteerd, kunnen de basis zijn voor nascholingen

Als de kaderhuisarts de klacht niet kan behandelen op het kaderspreekuur, kan deze de patiënt inplannen voor het meekijkspreekuur. Op dit meekijkspreekuur is ook een gynaecoloog aanwezig, het wordt om de zes weken gehouden in de echokamer van het naastgelegen huisartsenlaboratorium. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van het kaderspreek-

Tabel 1

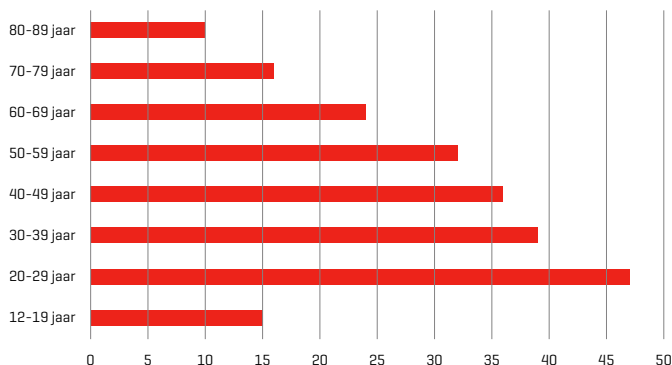
Patiënttevredenheid over het kaderspreekuur 'benigne gynaecologische klachten'

Was de informatie die uw heeft gekregen over het spreekuur van de kaderarts voldoende?	4,9
Wat vond u van het gebouw en de faciliteiten, waar het spreekuur plaatsvond?	4,8
Bent u tevreden over de geleverde zorg van de kaderhuisarts?	5
Heeft de kaderhuisarts u voldoende uitleg gegeven?	4,9
Hoe heeft u het consult bij de kaderhuisarts ervaren?	4,9

Schriftelijke enquête onder 100 patiënten op een vijfpuntsschaal [1 = zeer ontevreden, 5 = zeer tevreden].

Figuur 2

Leeftijdverdeling van de patiënten die het spreekuur van de kaderhuisartsen bezochten (n = 219, gemiddelde leeftijd 44 jaar)



uur en eventuele consultaties vanuit het derde, innovatieve segment van de huisartsenzorg.

Gebruik en tevredenheid in 2018

Tussen 1 januari 2018 en 1 januari 2019 keken we hoe vaak en door wie het kaderspreekuur werd bezocht. We registreerden de leeftijd van de patiënt, de ICPC-codes van de ingangsklachten, het aantal consulten op het kaderspreekuur, het aantal meekijkconsulten en het aantal verwijzingen naar de gynaecoloog met de ICPC-codes daarvan. De eerste honderd patiënten die in deze periode het kaderspreekuur bezochten, vulden een enquêteformulier in met vijf vragen over hun patiënttevredenheid.

Het eerste jaar werd de kaderhuisarts tachtig keer per e-mail geraadpleegd en bezochten 302 patiënten het kaderspreekuur voor in totaal 538 consulten. Alle verwijzingen vielen binnen de vooraf vastgestelde indicatie 'benigne gynaecologische klachten'. Alle patiënten zouden zijn doorverwezen naar de tweede lijn als het kaderspreekuur er niet zou zijn geweest. De patiënttevredenheid was groot [tabel 1].

De patiënten op het kaderspreekuur waren gemiddeld 44 jaar oud, de grootste leeftijdsgroep was die van 20 tot 30 jaar, de kleinste die van 80 tot 90 jaar [figuur 2].

De vier meest voorkomende ICPC-codes betroffen een IUD (104 patiënten), andere anticonceptie (35), cystocele/prolaps (70), postmenopauzaal bloedverlies (12) en climacteriële klachten (9) [tabel 2]. Bij 21 IUD-patiënten was het de eigen huisarts niet gelukt het IUD te plaatsen, bij 10 patiënten was het niet gelukt het IUD te verwijderen (draadjes niet zichtbaar), bij 73 patiënten had de huisarts geen ervaring met het plaatsen van een IUD.

Verwijzingen naar de tweede lijn

Vanuit het kaderspreekuur werden 19 patiënten rechtstreeks naar de tweede lijn verwezen en 33 naar het meekijkconsult, van wie er 5 alsnog werden verwezen naar de tweede lijn

[tabel 2]. De meeste verwijzingen betroffen het verwijderen van een IUD waarvan de draadjes niet zichtbaar waren en prolapsklachten waarbij het pessarium niet het gewenste effect had.

Het totaal aantal verwijzingen vanuit de zorggroep naar de tweede lijn daalde van 1391 patiënten in 2017 naar 1152 patiënten in 2018. De grootste daling trad op bij de ICPC-codes voor anticonceptie (96 verwijzingen minder) en prolaps (54 verwijzingen minder). Ten opzichte van 2017 deden zich in 2018 geen grote veranderingen voor in praktijkpopulaties of aantal huisartsen in de regio.

UITKOMSTEN VAN HET PROJECT

Een jaar na de introductie van een kaderhuisartsspreekuur urogynaecologie in onze zorggroep waren er minder verwijzingen naar de tweede lijn. De redenen waarom de kaderhuisarts geconsulteerd werd, kunnen een basis vormen voor nascholingen aan collega-huisartsen. Daarbij ligt

het in de bedoeling de verwijsindicaties de komende tijd uit te breiden met bijvoorbeeld mictieklachten en urine-incontinentie.

Een punt van aandacht is de bereikbaarheid van de kaderhuisarts. De communicatie verloopt op dit moment via e-mail, maar patiënten blijken toch ook behoefte te hebben aan telefonisch contact voor (wijzigingen in) afspraken en informatie. Daarom komt er een assistente die deze taak op zich kan nemen voor het gehele eerstelijns zorgcentrum.

Hobbels op de weg

De opstartperiode van dit project duurde lang, vier jaar. Omdat het project het eerste in zijn soort was, waren er geen gebaande paden.⁷ Er moest van tevoren veel worden uitgezocht en geregeld: hoe collega-huisartsen verwijzen, hoe de terugkoppeling plaatsvindt, randvoorwaarden voor het kaderspreekuur (sprekkamer, materialen, mogelijkheid tot aanvullend onderzoek), afspraken met derde partijen zoals

Tabel 2

Aantal patiëntenconsulten, controles, meekijkconsulten en verwijzingen op het kaderspreekuur

ICPC-codes	Aantal patiënten	Controles kaderarts	Meekijk Consult	Verwezen vanuit meekijkconsult	Verwezen tweede lijn door kaderarts	Verwezen tweede lijn door huisarts na consult kaderarts
W11 Orale anticonceptie	1					
W12 IUD	104	30	16	2	1	
W14 Andere anticonceptie	35					
X02 Dysmenorroe	4					
X04 Pijnlijke coïtus vrouw	5					
X06 Menorragie	3				1	
X08 Intermenstrueel bloedverlies	9				1	
X11 Climacteriële symptomen/klachten	9					
X11.01 Opvliegingen	2					
X11.02 Atrofische vaginitis	2	2				
X12 Postmenopauzaal bloedverlies	2	2			1	
X13 Bloedverlies na coïtus	2	2			2	
X14 Vaginale afscheiding	5					
X15 Andere klachten vagina	7	4	1			
X16 Symptomen/klachten vulva	7	4			2	
X17 Symptomen/klachten kleine bekken	4					
X27 Angst voor andere ziekte geslachtorganen/ borsten vrouw	3					
X72 Candidiasis urogenitale vrouw	1					
X78.01 Myoma uteri	1	1			1	
X84.02 Bacteriële vaginose	2					
X87 Prolaps vagina/uterus	2	4			2	
X87.01 Cystocele/rectocele	42	116	8	2	5	1
X87.02 Utero vaginale prolaps	26	64	5			2
X89 PMS	3					
X91 Condylomata acuminata vrouw	7					
X99.02 Endometriose	2		2	1		
X99.03 Ovariumcyste	1		1			
A85.02 Spotting bij hormonaal anticonceptie gebruik	3					
P07 Libidoverlies	1					
U04.01 Stressincontinentie	3	3			1	1
U04.02 Urge incontinentie	4	4			2	
Totaal	302	236	33	5	19	4

de gynaecologen en de zorgverzekeraars. Een apart aandachtspunt was goede informatie aan de collega-huisartsen over het doel van en de verwijzindicaties voor het kader-spreekuur.

Van de huisartsenzorg wordt steeds meer verwacht, dat maakt het moeilijk de kwaliteit op alle gebieden hoog te houden

CONCLUSIE

Ons project heeft laten zien dat het inzetten van een kaderhuisarts het aantal verwijzingen naar de tweede lijn daadwerkelijk kan doen afnemen. Het opzetten van een regulier kaderspreekuur is tijdrovend, omdat intensief overleg nodig is met zorgverzekeraars, andere eerstelijns zorgverleners en gynaecologen en omdat de materiële randvoorwaarden goed geregeld moeten worden. Belangrijke andere randvoorwaarden zijn dat de collega-huisartsen vanaf het begin worden betrokken in het proces en dat de kaderhuisarts goed bereikbaar en zichtbaar is zodat de communicatie soepel verloopt.

Er is veel discussie over de functie en plaats van de kaderhuisarts.⁷ Wij zijn van mening dat de kaderhuisarts in de eerste lijn thuishoort. Er wordt steeds meer verwacht van de huisartsenzorg en dat maakt het moeilijk de kwaliteit van de basishuisartsenzorg op alle gebieden hoog te houden. Een kaderhuisarts kan de competenties van huisartsen verbeteren via laagdrempelige consultatie en educatie op specifieke zorgterreinen. Met als uiteindelijke doel goede, betaalbare zorg in de eerste lijn. ■

LITERATUUR

1. Brand A, Bruinsma A, Van Groeningen K, Kalmijn S, Kardolus I, Peerden M, et al. NHG-Standaard Anticonceptie. Utrecht: NHG, 2011. www.nhg.org.
2. Elfering I, Oltheten H, De Vries A, De Vries C, Van der Weele G. NHG-Standaard Amenorroë. Utrecht: NHG, 2018. www.nhg.org.
3. Bouma J, De Jonge M, De Laat EAT, Eekhof H, Engel HF, Groeneveld FP, et al, NHG-Standaard De overgang. Utrecht: NHG, 2012. www.nhg.org.
4. Adriaanse AH, Boeke AJP, Dekker JH, Kardolus GJ, Reijlink D, Verbruggen BSM, et al. NHG-Standaard Fluor vaginalis. Utrecht: NHG, 2016. www.nhg.org.
5. Van Bergen JE, Dekker JH, Boeke AJ, Kronenberg EH, Van der Spruit R, Burgers JS, et al. NHG-Standaard Het SOA consult. Utrecht: NHG, 2013. www.nhg.org.
6. Meijer LJ, Bruinsma AC, Pameijer AS, Hehenkamp WJ, Janssen CA, Burgers JS, et al. NHG-Standaard Vaginaal bloedverlies. Utrecht: NHG, 2014. www.nhg.org.
7. Zaat J. De kern van het vak (3): Generalisme versus specialisme, Huisarts Wet 2019;62(1):12-6.

Nouwens J, Van Rhijn P, Teunissen TA, Lagro-Janssen AL. De inzet van de kaderhuisarts urogynaecologie in de eerste lijn. Huisarts Wet 2019;62:DOI:10.1007/s12445-019-0089-8. Zorggroep Regio Oosterhout & Omstreken, Oosterhout: J. Nouwens, kaderhuisarts urogynaecologie, kaderhuisartsurogyn@zoroo.nl; P. van Rhijn, kaderhuisarts urogynaecologie. Radboudumc, Vrouwenstudies Medische Wetenschappen, Nijmegen: dr. T.A.M. Teunissen, kaderhuisarts urogynaecologie, docent, senior onderzoeker; prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen, kaderhuisarts urogynaecologie, emeritus-hoogleraar Vrouwenstudies Medische wetenschappen. Mogelijke belangenverstrengeling: JN en PvR ontvangen een vergoeding van Zorggroep Regio Oosterhout en Omstreken.