

Zorgsubstitutie door consultatie kaderhuisarts bewegingsapparaat

Ramon Ottenheijm, Ad de Boer, Jan-Waling Huisman en Walter Reichert

Huisartsen zien dagelijks patiënten met klachten van het bewegingsapparaat op hun spreekuur, die ze voor diagnostiek of behandeling vaak naar de orthopeed verwijzen. Het merendeel van de verwezen patiënten hoeft echter niet te worden geopereerd. Substitutie van zorg naar de kaderhuisarts bewegingsapparaat kan in dergelijke gevallen onnodige verwijzing voorkomen en de zorgkosten verlagen. Zo komt de juiste zorg op de juiste plaats terecht.

Ongeveer een op de vijf consulten in de huisartsenpraktijk betreft een klacht van het bewegingsapparaat.¹ Hoewel huisartsen over elf relevante NHG-Standaarden beschikken mogen we niet verwachten dat ze altijd voldoende expertise in huis hebben om deze klachten lege artis te diagnosticeren en behandelen. Niet voor niets staat de orthopeed in de top 2 van medisch specialisten naar wie huisartsen verwijzen:

32 per 1000 ingeschreven patiënten per jaar.² Heel vaak (> 80%) blijkt er geen chirurgische ingreep nodig te zijn. Met 'de juiste zorg op de juiste plaats' als uitgangspunt hebben wij als kaderhuisartsen bewegingsapparaat pilotprojecten opgezet.³ Drie van de vier projecten moesten ervoor zorgen dat 50% van de patiënten niet alsnog naar de orthopeed werd verwezen, terwijl het vierde project mikte op 75%. Vraagstellingen bij de projecten waren: 1) wat is het substitutiepercentage dat bereikt kan worden wanneer huisartsen patiënten verwijzen naar een kaderhuisarts bewegingsapparaat en niet naar een orthopeed? en 2) hoe groot is de patiënttevredenheid van deze patiëntengroep?

Ondersteund door onze regionale huisartsorganisaties hebben wij ieder afzonderlijk een spreekuur opgezet en business cases gemaakt in het kader van zorgvernieuwingsprojecten (segment 3 van de huisartsenbekostiging). De doelgroep betrof



Een verwijzing naar een kaderhuisarts bewegingsapparaat leidt tot een hoog substitutiepercentage met een grote patiënttevredenheid.

Foto: iStock

Tabel

Kenmerken en resultaten van de pilotprojecten

	Project Anders Beter	Project Harlingen	Project Pelgrim	Project PoZoB
Plaatsnaam	Geulle	Harlingen	Duiven/Westervoort	Valkenswaard
Provincie	Limburg	Friesland	Gelderland	Noord-Brabant
Ondersteunende organisatie	MCC Omnes/ Proeftuin Anders Beter	ROS Friesland	Proeftuin Pelgrim	PoZoB
Zorgverzekeraar	CZ	De Friesland	Menzis	CZ
Verzorgingsgebied [n]	+/- 11.500	+/- 20.000	+/- 42.000	+/- 30.000
Financiering	Per consult	Per consult	Inschrijftarief	Per consult
Consulttijd	30 minuten	30 minuten	30 minuten	30 minuten
Bijzonderheid	Echografie*	Echografie†		
Periode	2015-2017	2015-2016	2014	2016-2018
Aantal consultaties [n]	610	203	455	332
Leeftijd patiënten [gemiddeld]	54 jaar	42 jaar	51 jaar	58 jaar
Locatie klachten [n]				
Schouder	299 [49%]	55 [27%]	78 [17%]	86 [26%]
Knie	104 [17%]	73 [36%]	114 [25%]	66 [20%]
Overig	207 [34%]	75 [37%]	202 [44%]	180 [54%]
Onbekend			61 [13%]	
Verwezen [n, %]				
Direct				
Specialist	30 [5%]	26 [13%]	17 [4%]	19 [6%]
Beeldvorming	24 [4%]	37 [18%]	64 [14%]	
Na 3 maanden			50 [11%]	
Na 6 maanden	91 [15%]			
Na 12 maanden			81 [18%]‡	
Patiënttevredenheid	9,1 [0-10 schaal]	8,0 [0-10 schaal]	4,2 [1-5 schaal]	4,3 [1-5 schaal]

* Echografie van alle perifere gewrichten

† Echografie van de schouder

‡ Verwijzing naar specialist of voor medische beeldvorming

patiënten die conform de relevante NHG-Standaard een verwijsindicatie voor de orthopeed hadden. De evaluatieperiode van deze projecten varieerde van één tot drie jaar. Bij elk project hielden we bij hoeveel patiënten we zagen en hoeveel er direct aansluitend op het consult op advies van de kadehuisarts alsnog werden verwezen. Twee projecten kenden ook een follow-upperiode om het uitsteleffect van verwijzen te meten. Elke patiënt ontving na het consult een tevredenheidsvragenlijst, die was opgesteld in samenwerking met de

De orthopeed staat in de top 2 van medisch specialisten naar wie huisartsen verwijzen

patiëntenorganisatie en/of zorgverzekeraar.

RESULTATEN

De [tabel] bevat de kenmerken en resultaten van de vier pilotprojecten. Van de in totaal 1600 patiënten die in de vier pilotprojecten zijn geïnccludeerd, kregen er 92 direct een verwijzing naar de medisch specialist, bijna altijd een orthopeed.

Het gemiddelde substitutiepercentage is 94% (1508/1600), met een variatie tussen de projecten van 87 tot 96%. In de twee projecten met een follow-up was sprake van een beperkt uitsteleffect van verwijzen: in het project Anders Beter was na 6 maanden 15% verwezen en in het project Pelgrim was dit na 12 maanden 18% (inclusief voor medische beeldvorming). In alle projecten was de patiënttevredenheid groot.

EEN HOOG SUBSTITUTIEPERCENTAGE

Uiteraard zijn er kanttekeningen te plaatsen bij de projecten. Alle vier zijn ze onafhankelijk van elkaar als een praktijkproject opgezet. Omdat de vier projecten zo sterk overlappen, leek het ons leerzaam om ons vooral op de resultaten en ervaren knelpunten te richten. Deze opzet kent ook beperkingen: de projecten zijn niet als één cohort opgezet en controlegroepen ontbreken. De betrokken huisartsen hebben bijvoorbeeld verschillende vragenlijsten voor patiënttevredenheid gebruikt, terwijl twee projecten geen follow-up kregen.

Verder kunnen we selectiebias niet uitsluiten. Als inclusiecriteria gold voor elk project dat er een verwijsindicatie voor de orthopeed aanwezig moest zijn. De huisartsen hebben echter zelf mogen bepalen wie ze verwezen. Mogelijk verklaart dit ook de verschillen in substitutiepercentages en de locatie van de klachten waarvoor de huisartsen verwezen. We hebben de

deelnemende huisartsen niet gevraagd wat ze hadden gedaan als verwijzing naar de kaderhuisarts niet mogelijk was geweest, bijvoorbeeld of ze de patiënt eerst verwezen zouden hebben voor beeldvormend onderzoek. In het Anders Beter-project verwezen de huisartsen namelijk vaak met een diagnostische vraag en werd er altijd een echografie gedaan. Een onderzoek in een anderhalvelijnscentrum waarin alleen medisch specialisten werken, de Stadspoli van het Maastricht UMC, laat zien dat huisartsen 88% van de patiënten naar de polikliniek orthopedie in het ziekenhuis zouden hebben verwezen als verwijzing naar de Stadspoli niet mogelijk was. Hoewel bij al deze patiënten eerst een röntgenfoto was gemaakt, bleek dat 43% van de patiënten alsnog naar het ziekenhuis werd doorverwezen voor aanvullende diagnostiek of behandeling.⁴

De grote patiënttevredenheid wijst erop dat patiënten tevreden zijn met de zorg die de kaderhuisarts heeft geleverd. Naast de expertise van de kaderhuisarts en de locatie buiten het ziekenhuis zal ook de consulttijd van maximaal 30 minuten de tevredenheid hebben beïnvloed. Het eerder genoemde Maastrichtse onderzoek laat zien dat patiënten die de Stadspoli bezochten een grotere patiënttevredenheid rapporteerden dan patiënten die naar de polikliniek gingen, terwijl het dezelfde specialisten betrof.⁴

De huidige wet- en regelgeving maakt het niet mogelijk om tarieven te publiceren. Onze tarieven liggen echter substantieel lager dan de gemiddelde orthopedische DBC-ziekenhuisprijs. Gezien de substitutiecijfers lijkt sprake van een grote kostenbesparing. Een robuuste economische evaluatie ontbreekt echter.

ERVAREN KNELPUNTEN

Bij het opzetten en uitvoeren van deze pilotprojecten zijn we tegen diverse problemen aangelopen. Het maken van de business cases bleek een lastige opgave te zijn, omdat we voor diverse posten aannamen moesten doen, zoals het te verwachten substitutiepercentage, het aantal geopende orthopedie-DBC's in het regionale ziekenhuis en de prijs daarvan. Zonder medewerking van regionale huisartsorganisaties, het regionale ziekenhuis of zorgverzekeraar lukt het een individuele huisarts niet om een business case te maken. Daarnaast is het met de huidige wet- en regelgeving niet mogelijk om een adequate economische evaluatie uit te voeren, tenzij het om een wetenschappelijk onderzoek gaat.

VAN PILOTPROJECT NAAR REGULIERE ZORG

We kunnen concluderen dat de doelstellingen zijn behaald: een hoog substitutiepercentage met een grote patiënttevredenheid zijn mogelijk wanneer huisartsen patiënten eerst verwijzen naar kaderhuisartsen bewegingsapparaat. Door het pragmatische karakter van deze projecten en het ontbreken van een robuuste economische evaluatie moeten we de resultaten wel met enige terughoudendheid interpreteren. Toch is dit zorgaanbod dankzij het succes van deze pilotprojecten in alle vier de regio's onderdeel geworden van het reguliere aanbod en opgeschaald naar een groter verzorgingsgebied.

DE KERN

- De essentie van 'de juiste zorg op de juiste plaats' is het voorkomen van dure zorg en zorg dichterbij mensen thuis brengen: substitutie van zorg.
- Spreekuren door kaderhuisartsen bewegingsapparaat zorgen voor substitutie van zorg.
- Structurele implementatie lijkt wenselijk, maar is nog niet mogelijk.

Dit type zorgaanbod is ook in andere regio's te implementeren en het kan ook vertaald worden in landelijk beleid. Sinds enkele jaren hebben huisartsen de mogelijkheid zich te specialiseren tot kaderhuisarts. Onder huisartsen en hun organisaties is er behoefte aan collega's met bijzondere bekwaamheden, die ook kunnen ondersteunen bij de patiëntenzorg.⁵ Deze pilotprojecten laten zien dat kaderhuisartsen bewegingsapparaat naast het opzetten en coördineren van projecten, ook zelf patiëntenzorg kunnen leveren op het grensgebied van de huisartsen- en ziekenhuiszorg. De financiering van deze projecten is echter nog erg afhankelijk van de samenwerking tussen regionale huisartsorganisaties, ziekenhuizen en zorgverzekeraars, en in het bijzonder van de bereidheid daartoe.

AANBEVELINGEN

Om te komen tot een structurele implementatie moeten huidige en toekomstige projecten adequaat geëvalueerd worden, en de geschetste knelpunten en financieringsproblemen opgelost worden. Huisartsorganisaties en zorgverzekeraars moeten samen optrekken bij de evaluatie van dit soort projecten. Inmiddels is er landelijk een aantal initiatieven van de grond gekomen, zoals in Zuid-Limburg, waar anderhalvelijnscentra zijn opgericht en worden geëvalueerd. Daarnaast vinden we het wenselijk dat er een landelijke betaaltitel voor de kader-

Resultaat: een hoog substitutiepercentage met een grote patiënttevredenheid

huisarts komt. Tijdens onze gesprekken met de Nederlandse Zorgautoriteit, het ministerie van VWS en zorgverzekeraars bleek dat deze instanties vooral naar elkaar verwijzen, terwijl ook de LHV en het NHG nog geen duidelijk standpunt hebben ingenomen. Binnen onze belangenverenigingen lijkt de vrees te bestaan dat kaderhuisartsen onvoldoende tijd overhouden om de huisartsgeneeskunde in bredere zin uit te oefenen of patiëntenzorg zullen overnemen. Deze vorm van zorg valt echter onder het bijzondere aanbod van de huisartsgeneeskunde zoals de LHV en het NHG in de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022 beschreven hebben en betreft niet het

overnemen van zorg van de huisarts, maar van de medisch specialist.⁶ Daarnaast leidt het NHG kaderhuisartsen op voor consultatie en maakt dit deel uit van de herregistratie-eisen. We roepen alle stakeholders, maar vooral de LHV en het NHG, op om daar samen met de NHG-Expertgroepen, zoals Het Bewegkader, afspraken over te maken. ■

LITERATUUR

1. Van der Linden MW, Westert GP, De Bakker DH, Schellevis FG. Tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartspraktijk. Utrecht/Bilthoven: NIVEL/RIVM, 2004.
2. Flinterman L, Nielen M, Verberne L, Kroneman M, Davids R, Winckers M, et al. Zorg door de huisarts. Jaarcijfers 2016 en trendcijfers 2011-2016. Utrecht/Bilthoven: NIVEL/RIVM, 2017.
3. Taskforce Juiste Zorg op de Juiste Plek R. De juiste zorg op de juiste plek. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2018.
4. Van Hoof SJ, Spreeuwenberg MD, Kroese ME, Steevens J, Meerlo RJ, Hanraets MM, et al. Substitution of outpatient care with primary care: a feasibility study on the experiences among general practitioners, medical specialists and patients. *BMC Fam Pract* 2016;17:108.
5. Dielissen P, Van der Jagt L, Lagro-Janssen T. Kaderhuisarts bouwt bruggen. *Med Contact* 2009;64:1593-5.
6. LHV, NHG. Toekomstvisie Huisartsenzorg. Modernisering naar menselijke maat. Huisartsenzorg in 2022. Utrecht: LHV, NHG, 2012.

Ottenheijm RPG, De Boer A, Huisman J-W, Reichert W. Zorgsubstitutie door consultatie kaderhuisarts bewegingsapparaat. *Huisarts Wet* 2019;62:DOI:10.1007/s12445-019-152-5.
Huisartsenpraktijk Geulle, Geulle: dr. R.P.G Ottenheijm, kaderhuisarts bewegingsapparaat, ramon.ottenheijm@maastrichtuniversity.nl.
Huisartsenpraktijk Vlaslant, Valkenswaard: A. de Boer, kaderhuisarts bewegingsapparaat. Praktijk Blok & Huisman, Harlingen: J.W. Huisman, kaderhuisarts bewegingsapparaat; KERN, Huisartsenpraktijk Reichert, Reichert-Ronda en Dellen-Koster, Duiven: W.S.W. Reichert, kaderhuisarts bewegingsapparaat.
De auteurs ontvangen een vergoeding voor de verrichte werkzaamheden in de projecten van zorgverzekeraars en/of zorggroepen.