

The joint consultation of general practitioners and rheumatologists

Citation for published version (APA):

Schulpen, G. J. C. (2003). *The joint consultation of general practitioners and rheumatologists*. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. Datawyse / Universitaire Pers Maastricht. <https://doi.org/10.26481/dis.20030613gs>

Document status and date:

Published: 01/01/2003

DOI:

[10.26481/dis.20030613gs](https://doi.org/10.26481/dis.20030613gs)

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

Discussion

In the introduction of this thesis, we stated the research questions, which were formulated at the beginning of the project. In this chapter we will discuss the advantages and disadvantages of Joint Consultation based on the findings of the studies to address these research questions. First, we stated that a condition sine qua non for the success of Joint Consultation, were the health status and the feasibility. Patients' health status should absolutely not be compromised by the fact that they were being treated in an alternative setting (the GP's practice instead of the outpatient clinic). Subsequently, Joint Consultation constitutes a meeting of 4 doctors on a six-weekly basis where, apart from the host-GP, the other participating physicians (as well as the patients) needed to travel to that one location. In short, with busy agendas and Joint Consultation being potentially time-consuming, practical feasibility needs to be achieved. A cost evaluation is essential to "justify" the seemingly extra effort.

We used the Joint Consultation as an alternative for referral; in other words we treated patients in a primary care setting who normally would have been referred to the outpatient clinic. Both the intervention as the control group patients received follow-up during one year after their initial consultation with their GP. During that year, they were monitored with monthly EuroQoL questionnaires. Analysis of these data showed no significant difference between the two patient groups with respect to the health status. This complies with the findings of the participating GPs, as there were no patients who required a secondary referral to the outpatient clinic (after follow-up of Joint Consultation). Furthermore, patients indicated, both after the consultation and after one year of follow-up, to be satisfied with Joint Consultation in the same degree as patients were satisfied with the outpatient clinic. This applies also to the reassurance after either a consultation at the outpatient clinic versus a consultation in a Joint Consultation session. Taking these objective and subjective observations into consideration, we may conclude that from a patient satisfaction perspective and a safety perspective, Joint Consultation was at least comparable to the outpatient clinic.

As for the aspect of feasibility, we had some previous experience in the organisation of Joint Consultation sessions and the subsequent evaluation. So, as expected, no insuperable difficulties have occurred. Furthermore, analysis of costs demonstrated that, when taking the effects of Joint Consultation into account, overall costs are even less in Joint Consultation than during regular care at the outpatient clinic.

In conclusion, both prerequisites were met.

The results for GPs, rheumatologists and general health care were evaluated subsequently. These evaluations turned out to be positive. The GPs referred significantly less, rheumatologists used less diagnostic tools and less follow-up consultations, and aspects of communication between doctors showed improvement. The initial extra time invested and therefore money invested, turned out to, eventually, time saved and perhaps equally important money saved. Unfortunately, since there are long waiting lists for the outpatient clinic of rheumatology, the time saved would (at first) only result in shorter waiting lists. As for the GPs, they have indicated that Joint Consultation increases their skill, which enables them to be more effective and thereby save them time on other patients.

In short, evaluating the initial research questions, all requirements were met and all participating parties seem to gain.

How to put these findings in the perspective of national health care and even international health care?

National health care

First, we need to realise that this was a study in a certain setting, with a limited number of participants, with a specific medical field and many other situational limitations.

Before discussing these limitations in detail, we need to focus on one aspect of importance when extrapolating the study findings. Fortunately, we were able to implement Joint Consultation in the region of Maastricht as of September 2001. This implementation has taught a few lessons. Principally, it taught us that implementation is possible. Of all possible participants in primary care, 86% of the GPs actually participated and after one year (and changing medical fields) still continue to participate. The same applies to the specialists.

Does this imply that Joint Consultation can be implemented everywhere in the Netherlands?

That statement would be too bold. We have found that the willingness to participate is essential. Other regions who do not know the concept of Joint Consultation nor have had experience with it, may be more reluctant. GPs are more and more overwhelmed by their workload and are increasingly expectant and critical to initiatives that they perceive as time-consuming. This applies for specialists as well, together with the fact that whereas specialists working academically are in the pay of the hospital, specialists in non-academic hospitals are paid based on fee for service. In other words, a financial reason for maintaining high referral rates may exist. On the other hand, many physicians strive for quality in health care, not to forget the waiting lists which is an

increasing problem in the Netherlands for many medical fields. Better communication, collaboration and improvement of health care quality motivates specialists to participate, as has been demonstrated in a peripheral hospital in Venlo where the Carrousel model first started. Still we believe that noble motivation is not sufficient. In our implementation, we chose to financially compensate both GPs and specialists. Furthermore, Dutch physicians need to acquire accreditation for professional educating and this is provided for the participating GPs. We think that these compensations hold more success for maintaining motivation in the long run.

When discussing Joint Consultation through publications and presentations, we experience two types of reactions on a national level:

1. More and more initiatives are started in different regions in the Netherlands for "Joint Consultation"-like models of collaboration. This demonstrates a need for these types of collaboration. Our results and experience have been welcomed to further these projects. Besides enthusiastic GPs and specialists, health care insurance companies in other regions have been positive in funding these projects as well. So, on one hand we have our own success in implementation and several national initiatives.

2. On the other, we also encounter scepticism when presenting our findings. Joint Consultation, especially at first sight, seems very time-consuming and therefore hardly motivating. It seems that the gap between GPs and specialists over time has become too great to easily be bridged. Finally, a practical and, unfortunately, very realistic objection is the financial compensation. This part has proven to be important in winning people over to participate, but not all health insurance companies are currently willing (or able) to finance Joint Consultation models.

Scientific and societal debates are remarkably unanimous on the need for patient centred care, better collaboration between primary and secondary health care levels, disease-management or shared care models. From that perspective Joint Consultation is supported. However, the Dutch health care system provides little to no means to (structurally) finance Joint Consultation (or similar health care innovation) projects. For both GPs and specialists, no rates are available for e.g. Joint Consultation. Even more so, the current system of remuneration of specialists is purely based on the quantity of hospital related medical actions (number of consultations, diagnostic and therapeutic tools). Unfortunately, all discussions on changing health care rates are based on new prices on old products. This still leaves innovation financially in the cold.

Any form of transferring care, whether it is to nurse practitioners or to other physicians, is consequently "a loss of income". A national debate on the desire for

transferring and sharing care needs to result in a modus for financial compensation which is superposed on the existing rates.

Only then, models as Joint Consultation have a chance of permanent implementation.

International health care

Dutch health care holds some fundamental differences with most international health care systems. One of the most characteristic features is the role of the GP. General practitioners are primarily responsible for the medical care and GPs are the ones who decide on referral. In other words, generally patients only consult specialists after a referral by their GP. This gatekeeper role enables GPs to influence patient flows through Joint Consultation. Obviously, this is not the case in most countries where patients consult specialists on their own initiative. Joint Consultation in those cases would not result in such an impact on referral rates and follow-up policy as in the study. As discussed for the national health care situation, financial motivations are important and internationally, most doctors are paid fee for service. All these factors combined would render Joint Consultation less usable outside the Netherlands. Nevertheless, Joint Consultation does have additional value internationally. We are absolutely not the first to introduce health care substitution models. Many health care systems are experimenting or even implementing health care substitution by specialised nurses. Joint Consultation offers a (complementary) substitution model with a central role for substitution from specialist to GP. This form of substitution might be more logical for health care systems where the GP holds a more dominant role, but still it holds a lesson for all.

The main findings of our study are valid, even beyond the Netherlands, if we consider them somewhat more abstractly. The lessons would be that it seems feasible to enhance the role of GPs as clinicians on the field of rheumatology (and other medical fields for that matter). That it is feasible to change the setting of health care without compromising the quality. That communication between doctors can be improved through better communication and understanding. And that some of the diagnostic policy of rheumatologists can be debated.

Besides the direct results of Joint Consultation, the concept on itself can contribute to the international debate on shared care, disease management and health care substitution.

Many health care systems are confronted with problems in capacity both financially and in manpower. Ageing of the population, increasing diagnostic and therapeutic possibilities, growing public awareness and demand, necessitate change. Change in the form of influencing patients flows, change in the form of

more collaboration. Especially in chronic conditions such as many rheumatological conditions, many health care providers are involved. In order to maintain a manageable health care system, which safeguards health care quality, meets increasing demands and remains affordable, Joint Consultation can contribute to the debate without literally being transferable to many other health care systems.

All things considered, we recommend Joint Consultation as a successful model of collaboration. The results of this study hopefully inspire and convince others to initiate similar projects. We advise initiators to benefit from the experience and scientific data we have gathered. We also hope that administrators will be inspired and convinced to create transmural rates for proven feasible and successful health care innovation models. Only then, Joint Consultation will be able to find a definitive place in Dutch and international health care.

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 verwijzgedrag 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.