Het Meekijkconsult Cardiologie

Marijke Vester, Bas van der Hoeven, Greetje de Grooth, Tobias Bonten, Marieke de Doelder, Danielle Eindhoven, et al.

Het Meekijkconsult Cardiologie is een geïntegreerd zorgmodel met betrokkenheid van de zorgverzekeraar waarin huisartsen en cardiologen samenwerken. Het biedt mogelijkheden om het aantal verwijzingen aanzienlijk te reduceren. Het consult is een goed voorbeeld van geïntegreerde eerste- en tweedelijns zorg. Belangrijk voor het welslagen is een gemeenschappelijk financieel belang, goede scholing en een goed afgestemd ICT-systeem voordat men aan de implementatie begint.

De stijgende zorgkosten zorgen ervoor dat de gezondheidszorg kritisch moet omgaan met middelen. De Nederlandse gezondheidszorg is gefragmenteerd: de huisarts, als poortwachter, verwijst alleen patiënten naar de tweede lijn die specialistische zorg nodig hebben. De diagnostische middelen in de eerste lijn zijn echter beperkt en patienten worden nogal eens laagdrempelig verwezen met een vermeende cardiale aandoening, uit onzekerheid van zowel de patiënt als de huisarts. Bij de cardioloog blijkt vaak dat de klacht geen cardiale oorzaak heeft.[1, 2] Een meer integraal zorgsysteem door intensievere samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn zou hier een oplossing zijn. Onderzoeken tonen aan dat dit soort zorgmodellen gunstige resultaten hebben.[3-5] Implementatie op grote schaal blijft echter uit, mogelijk doordat deze modellen zijn ontwikkeld voor specifieke patiëntengroepen en dus niet als algemeen basismodel kunnen dienen. Doel van dit onderzoek was een indicatie te geven van mogelijke verbeteringen in de zorg die implementatie van een integraal zorgmodel tussen huisartsen en cardiologen zou kunnen opleveren, en of dit Meekijkconsult Cardiologie als basis kan dienen voor andere geïntegreerde zorgmodellen.

METHODE

Deelnemende partijen

In oktober 2017 startten 4 cardiologen van het Haaglanden Medisch Centrum – allen in dezelfde maatschap – en 6 omliggende huisartsengroepen met het Meekijkconsult Cardiologie. Uniek was de financiële regeling met de zorgverzekeraar: deze betaalde de huisarts en de huisarts betaalde de specialist. De deelnemende partijen creëerden gezamenlijk een businesscase waarbij de kosten uitkwamen op op € 112 per Meekijkconsult [**tabel 1**].

Het Meekijkconsult

Patiënten bij wie de huisarts een vermoeden had van niet-acute cardiale problematiek en die normaliter naar de cardioloog zouden zijn verwezen, werden nu eerst besproken op het Meekijkconsult. Elke cardioloog werd daartoe gekoppeld aan 1 of 2 huisartsenpraktijken en bezocht elke 4 weken de toegewezen huisartsenpraktijken om de verzamelde casuïstiek met de huisartsen te bespreken. Huisartsen vroegen aanvullend onderzoek aan (ecg, thoraxfoto, holteronderzoek, echocardiogram, CT-scan met of zonder calciumscore) op basis van de vooropgestelde zorgpaden. De patiënt onderging de aangevraagde diagnostiek in het ziekenhuis, voorafgaand aan het Meekijkconsult, zodat de resultaten bekend waren bij huisarts en cardioloog. In het Meekijkconsult werden de indicatie en de resultaten van het aanvullend onderzoek besproken en de eventuele indicatie voor extra aanvullend onderzoek. Het was dus

Tabel 1

Kosten Meekijkconsult Cardiologie

Kostenpost	Bedrag
Honorarium specialist (uurtarief € 140)	€ 47,00
Honorarium huisarts (uurtarief € 100)	€ 33,00
Administratieve kosten ziekenhuis	€ 12,00
Administratieve kosten huisarts	€ 8,00
Onderwijsuren cardiologen en huisartsen	€ 4,00
Kostenregistratie	€ 8,00
Totaal per consultatie*	€ 112,00

Dit artikel verscheen eerder als Vester MP, De Grooth GJ, Bonten TN, et al. Implementation of an integrated care model between general practitioner and cardiologist: The support consultation cardiology. J Integrated Care 2019;27(4):305-15. Publicatie gebeurt met toestemming.

WAT IS BEKEND?

- De toename van de zorgkosten vraagt om herinrichting van de huidige gefragmenteerde zorg.
- Integrale zorgmodellen tonen gunstige resultaten in het leveren van efficiënte en doelmatige zorg.

WAT IS NIEUW?

- Integratie van tweedelijns expertise in de eerstelijnszorg is goed mogelijk als huisarts en specialist persoonlijk samenwerken, binnen dezelfde organisatie en op basis van een gemeenschappelijke financiële stimulans.
- Belangrijk is dat de huisarts hoofdbehandelaar blijft en diens rol als poortwachter wordt versterkt.
- Andere belangrijke slaagfactoren zijn een voor iedereen bevredigende businesscase en een ICT-omgeving waarin afspraken en diagnostiek soepel gepland kunnen worden.

ook mogelijk dat een patiënt een tweede keer moest worden besproken na extra onderzoek als uitkomst van het vorige Meekijkconsult.
Om de zorg zo efficiënt mogelijk te maken ontwikkelden de huisartsen en cardiologen 4 zorgpaden op basis van de meest voorkomende cardiale klachten: 'pijn op de borst', 'hartkloppingen', 'vermoeden van cardiale ruis' en 'boezemfibrilleren'. Voorafgaand aan de implementatie van het Meekijkconsult kregen de huisartsen scholing om ze handvatten te geven voor deze zorgpaden: welke patiënten geschikt waren om in het Meekijkconsult te bespreken en welke niet, en welke diagnostiek kon worden aangevraagd. Met de ICT-afdeling van het ziekenhuis werd een apart tabblad ontwikkeld voor patiënten die volgens het Meekijkconsult werden behandeld, en een behandelcode zodat het secretariaat gemakkelijk aanvullend onderzoek kon inplannen en in de agenda van de cardioloog tijd kon vrijmaken om de huisartsenpraktijken te bezoeken.

We vroegen de betrokken cardiologen en huisartsen na 5 maanden een vragenlijst in te vullen om het Meekijkconsult te evalueren.

RESULTATEN

Patiënten

Wij analyseerden de eerste 100 patiënten die in de Meekijkconsulten werden besproken. [**Tabel 2**] toont hun kenmerken; de gemiddelde leeftijd was 55 ± 16 jaar, 48% was man. De zorgpaden met de meeste patiënten waren 'pijn op de borst' (n = 39) en 'hartkloppingen' (n = 31). In de loop van het implementatietraject moest een vijfde groep worden toegevoegd met 'overige klachten', waaronder vragen over het starten van medicatie (n = 12), dyspneu (n = 6) en duizeligheid (n = 3). Iedere huisarts bracht gemiddeld 2 casussen in, wat neerkomt op 7-32 besproken patiënten per huisartsenpraktijk. Huisartsen noemden het een voordeel dat ze in het Meekijkconsult met meer casuïstiek in aanraking kwamen dan alleen die vanuit het eigen spreekuur. Dat niet alle huisartsen evenveel casuïstiek inbrachten, kan liggen aan verschillen in ervaring, het aantal patiënten dat de huisarts wekelijks ziet of patiëntenpopulatie. Deze verschillen lagen echter buiten de scope van dit onderzoek.

Follow-up

Van de 100 geanalyseerde patiënten werden er 13 (13%) na het Meekijkconsult verwezen naar de cardioloog, 8 van hen kregen een cardiale diagnose [**figuur**]**.** Van de 87 niet-verwezen patiënten (87%) kregen er 7 tijdens de follow-upperiode alsnog een verwijzing, 2 van hen kregen een cardiale diagnose.

Kosten

De totale kosten bedroegen € 24.484, wat neerkomt op € 245 per patiënt [**tabel 3**]. Deze kosten zijn te verdelen over programmakosten (€ 11.233), verwijskosten (€ 5837) en diagnostiek (€ 7414). Wanneer de patiënten zouden zijn verwezen volgens de gebruikelijke zorg, zouden de verwijs-

Tabel 2

Kenmerken van de eerste 100 patiënten in het Meekijkconsult Cardiologie

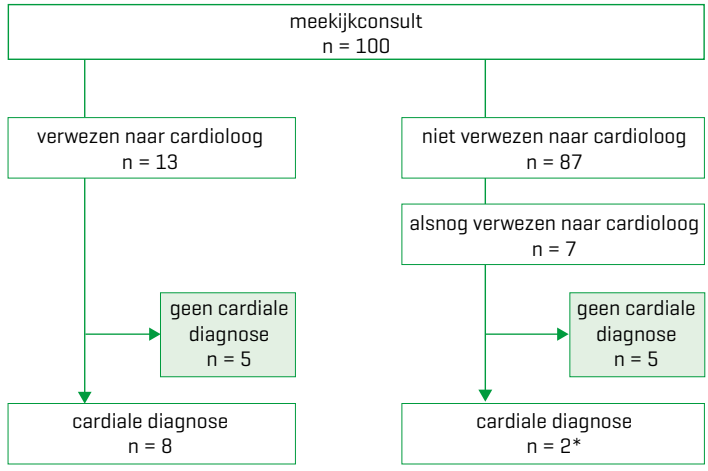
	Totaal	Atriumfibrilleren	Pijn op de borst	Souffle	Palpitaties	Overig
n	100	2	39	7	31	21
Leeftijd, jaren (gem. en SD)	55 ± 16	72 ± 5	55 ± 9	53 ± 22	48 ± 18	65 ± 15
Man, n (%)	48	1 (50%)	22 (56%)	1 (14%)	13 (42%)	11 (52%)
Voorgeschiedenis, n (%)						
hypertensie	31	2 (100%)	12 (31%)	3 (43%)	6 (19%)	8 (38%)
hypercholesterolemie	13	1 (50%)	9 (23%)	0 (0%)	1 (3%)	2 (10%)
diabetes mellitus	19	1 (50%)	9 (23%)	1 (14%)	3 (9%)	5 (24%)
CVA	4	0 (0%)	2 (5%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (10%)
SBD, mmHg (gem. en SD)	136 ± 18	140	135 ± 17	130 ± 7	133 ± 18	143 ± 23
DBD, mmHg (gem. en SD)	78 ± 11	80	79 ± 11	74 ± 9	77 ± 9	78 ± 17

CVA = Cerebrovasculair Accident; SBD = Systolische bloeddruk; DBD = Diastolische bloeddruk

kosten neerkomen op € 44.879, ervan uitgaand dat er per patiënt slechts 1 dbc zou worden geregistreerd. De kosten van de diagnostiek bij gebruikelijke zorg konden we door de aard van het onderzoek niet bepalen, dus de totale kosten zijn niet goed te vergelijken. Wel kunnen de 'nettokosten' vergeleken worden, namelijk de programma- plus de verwijskosten. Voor het Meekijkconsult komen deze uit op € 17.070, wat neerkomt op een besparing van € 27.828 (61%) ten opzichte van het gebruikelijke zorgmodel.

Figuur

Resultaten van het Meekijkconsult na 5 maanden follow-up (100 patiënten)



* Waaronder acuut myocardinfarct (n = 1).

Evaluatie

Alle deelnemende artsen vonden dat het Meekijkconsult toegevoegde waarde had. Op een 10-puntsschaal waardeerden de huisartsen de samenwerking met 8,9 punten en de cardiologen met 9,2 punten. Van de huisartsen voelde 90% zich zelfverzekerd genoeg om de patiënt niet door te verwijzen naar de cardioloog. Indirect gaven de huisartsen aan dat 94% van de patiënten voldoende gerustgesteld en tevreden was nadat ze in het Meekijkconsult waren besproken.

BESCHOUWING

Opzet van het model

Onze resultaten suggereren dat de manier waarop het Meekijkconsult Cardiologie is georganiseerd een model kan zijn voor de efficiëntere zorgverlening, om meerdere redenen.
Op het continuüm van volledig gefragmenteerde tot volledig geïntegreerde zorgsystemen is het Meekijkconsult een volledig geïntegreerd model.[6] Dat wil zeggen dat de professionals persoonlijk met elkaar samenwerken, binnen dezelfde organisatie en met een gemeenschappelijke financiële stimulans.[7,8] Het (in ons geval maandelijkse) een-op-eencontact tussen huisarts en cardioloog waarborgt *closed-loop communication* en wederzijds vertrouwen. Daarbij is een persoonlijke ontmoeting in een vertrouwde omgeving te verkiezen boven digitaal contact, omdat in een ontmoeting de drempel om vragen te stellen en discussies te voeren lager is. Samenwerking met de zorgverzekeraar, die in ons geval de huisarts uitbetaalde waarna deze de cardioloog betaalde, waarborgt de gemeenschappelijke financiële stimulans. We hebben veel aandacht besteed aan het ontwikkelen van een businesscase die alle belanghebbenden tevreden stelde en aan het opzetten van een goede ICT-infrastructuur om de agenda's van huisartsen en cardiologen op elkaar af te stemmen en het inplannen van Meekijkconsulten met de daaruit voortvloeiende diagnostiek soepel te laten verlopen.
Ten tweede kozen we er bewust voor dat de cardioloog de huisarts adviseerde zonder de patiënt te zien. Voordeel van deze opzet, die voor zover we weten niet eerder is gevolgd, is dat tweedelijns zorg niet verplaatst wordt naar de eerste lijn. De huisarts blijft hoofdbehandelaar en diens rol als poortwachter wordt versterkt. Het aantal verwijzingen daalt en dat reduceert niet alleen de kosten, maar heeft ook een positief effect op de wachtlijsten in ziekenhuizen.
Ten derde hebben we vooraf zorgpaden geformuleerd om huisartsen te helpen bij de selectie van te bespreken patiënten.

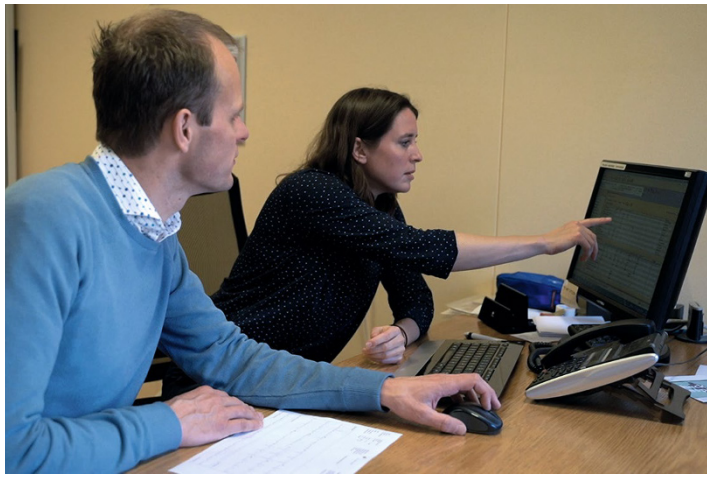
Beperkingen

Het doel van dit onderzoek was een beeld te krijgen van de implementatie en de kosteneffectiviteit van een specifiek integraal zorgmodel. In dat licht moeten de resultaten ook worden geïnterpreteerd. Het was een observationeel onderzoek zonder

Tabel 3

Kosten van het Meekijkconsult vergeleken met gebruikelijke zorg

	Per patiënt	Gebruikelijke zorg		Meekijkconsult		Verschil
		n	bedrag	n	bedrag	
Programmakosten	€ 112	0	–	100	€ 11.233	
Verwijskosten cardioloog	€ 449	100	€ 44.897	13	€ 5.837	
Nettokosten			€ 44.897		€ 17.070	€ 27.828 (61%)
Diagnostiek			p.m.		€ 7.414	
Totale kosten			€ 44.897		€ 24.484	€ 20.413



Bas van der Hoeven (cardioloog Haaglanden Medisch Centrum) en Carolien Emmens (huisarts, Huisartsenpraktijk Mozaiek Den Haag) tijdens een Meekijkconslt. Beeld: auteur

randomisatie in een interventie- en een controlegroep. Om toch een indicatie te kunnen geven van de kosteneffectiviteit, hebben we alleen patiënten geïncludeerd die voorheen zouden zijn doorverwezen naar de cardioloog. Wij zijn ons ervan bewust dat de drempel voor een bespreking in het Meekijkconsult lager kan zijn dan die voor een feitelijke verwijzing. Dit zou hebben kunnen leiden tot overschatting van de kosteneffectiviteit, maar zelfs als het dubbele aantal patiënten in het Meekijkconsult zou zijn besproken, zouden de 'nettokosten' nog steeds lager zijn dan die van de gebruikelijke doorverwijzingen (€ 34.140 versus € 44.897). Anderzijds is er geen rekening gehouden met het leereffect van het Meekijkconsult. Dit leereffect valt buiten de scope van het onderhavige onderzoek, maar zou zeer interessant zijn om verder te onderzoeken.

Toekomst

Het valt te verwachten dat de leercurve van huisartsen een plateau bereikt na een jaar fysiek overleg met de cardioloog. De samenwerking zou daarna in digitale vorm kunnen worden voortgezet, zodat de cardioloog aan een andere praktijk kan worden gekoppeld. Een proactieve houding om de verworven kennis op peil te houden blijft echter wel noodzakelijk, zodat het aantal verwijzingen ook op langere termijn zo laag mogelijk blijft.

Gemiddeld heeft een huisarts jaarlijks 4138 contactmomenten per 1000 ingeschreven patiënten.[9] De klachten 'borstkassymptomen' en 'angina pectoris' hebben een prevalentie van respectievelijk 32,6 en 24,3 per 1000 patiëntjaren.[9] Wanneer 'hartkloppingen', 'vermoeden van cardiale ruis' en 'boezemfibrilleren' worden meegerekend, kan een integraal zorgmodel zoals het Meekijkconsult grote impact hebben. De Nederlandse bevolking wordt ouder en blijft steeds langer leven met chronische ziekten, dus het aantal patiënten zal de komende jaren blijven toenemen. Een integraal zorgmodel dat de zorg efficiënter maakt, kan in potentie een groot verschil maken.

CONCLUSIE

Het Meekijkconsult Cardiologie, met als uitgangspunten betrokkenheid van de zorgverzekeraar, versterken van de eerste lijn en integrale zorgverlening met de tweede lijn, biedt mogelijkheden tot efficiëntere zorgverlening en een aanzienlijke netto kostenbesparing (61% in ons onderzoek). Dit model kan als voorbeeld dienen voor andere initiatieven tot de integratie van zorg in de eerste en tweede lijn. Belangrijk is dat men met de verschillende stakeholders een gemeenschappelijk financieel belang creëert. Andere voorwaarden voor een geslaagd integraal zorgmodel zijn goede scholing en een goed afgestemd ICT-systeem voordat men aan de implementatie begint. ■

LITERATUUR

1. Hoorweg BB, Willemsen RT, Cleef LE, et al. Frequency of chest pain in primary care, diagnostic test performed and final diagnoses. Heart 2017;103:1727-32.
2. Haasenritter J, Biroga T, Keunecke C, et al. Causes of chest pain in primary care: a systematic review and meta-analysis. Croat Med J 2015;56:422-30.
3. Winpenny E, Miani C, Pitchforth E, et al. Outpatient services and primary care: scoping review, substudies and international comparisons. Southampton (UK): NIHR Journals Library, 2016.
4. Baxter S, Johnson M, Chambers D, et al. The effects of integrated care: a systematic review of UK and international evidence. BMC Health Serv Res 2018;18:350.
5. Seesing M, Haalboom J, Geerse R, et al. Meekijkconsult: iedereen tevreden én geld over. Medisch Contact 2015:1227-9.
6. Institute of Medicine. Primary care and public health: Exploring integration to improve population health. Washington (DC): The National Academies Press, 2012.
7. Hardy B, Mur-Veenmanu I, Steenbergen M, et al. Inter-agency services in England and The Netherlands: A comparative study of integrated care development and delivery. Health Policy. 1999;48:87-105.
8. Schrijvers G. Integrated care: better and cheaper. Amsterdam: Reed Business Information, 2017.
9. Zorgregistraties Eerste Lijn. Cijfers huisartsen: Omvang zorggebruik. Utrecht: NIVEL, 2019. https://nivel.nl, geraadpleegd 21 november 2020..

Vester MP, Van der Hoeven BL, De Grooth GJ, Bonten TN, De Doelder MS, Eindhoven DC, Barbier LW, Coppens J, Schalij MJ, Van Dijkman PR. Het Meekijkconsult Cardiologie. Huisarts Wet 2021;64:DOI:10.1007/s12445-021-1050-1.

Leids Universitair Medisch Centrum, afdeling Cardiologie, Leiden: M.P.M. Vester, huisarts in opleiding: m.p.m.vester@lumc.nl; dr. G.J. de Grooth, cardioloog; dr. D.C. Eindhoven, huisarts in opleiding; prof. dr. M.J. Schalij, hoogleraar cardiologie; dr. P.R.M. van Dijkman, cardioloog. Haaglanden Medisch Centrum, afdeling Cardiologie, Den Haag: dr. B.L. van der Hoeven, cardioloog; M.S. de Doelder, cardioloog; J. Coppens, zorgmanager. Leids Universitair Medisch Centrum, afdeling Public Health en Eerstelijnsgeneeskunde, Leiden: dr. T.N. Bonten, huisarts-epidemioloog. Gezondheidscentrum de Koning, Den Haag: L.W. Barbier, huisarts.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.