

OOK RICHTLIJN NODIG VOOR POPULATIE ANDERHALVE LIJN

Zelfverwijzer krijgt niet de optimale behandeling

Dezelfde klacht kan in eerste en tweede lijn anders worden beoordeeld, omdat de populatie waartoe de patiënt behoort verschillend is. Bij zelfverwijzers op de SEH is echter onduidelijk of ze tot eerste- of tweedelijnspopulatie behoren. Dit kan leiden tot onder- of overbehandeling.

Standaarden, richtlijnen en protocollen baseren hun inhoud op wetenschappelijk onderzoek dat op een bepaalde patiëntenpopulatie is uitgevoerd. De informatie uit deze adviesdocumenten gebruikt de arts vervolgens om zijn patiënt, die tot dezelfde populatie behoort, naar beste inzicht te behandelen. Deze werkwijze resulteert in het meest geschikte diagnose- en behandeltraject voor de patiënt binnen de eerste, tweede en derde lijn.

Zo wordt een patiënt met pijn in de flanken door de huisarts anders benaderd dan door de uroloog.^{1,2} De aanwezigheid van hematurie bij flankpijn heeft een hogere positief voorspellende waarde voor nierstenen voor de uroloog dan voor de huisarts. Dit komt doordat de a-priorikans op

nierstenen binnen de huisartspopulatie kleiner is dan binnen de reeds gefilterde urologische populatie. Door deze verschillende waarschijnlijkheidskans veranderen ook andere parameters van diagnostische tests, zoals specificiteit en sensitiviteit, maar ook de likelihood-ratio en de voorspellende waarden. Dezelfde diagnostische en therapeutische opties die huisarts en uroloog hebben, interpreteren zij op een verschillende manier, hoewel het gaat om dezelfde klacht en dezelfde aandoening.³

Bij zelfverwijzers echter, is het voor de behandelend arts, vaak de SEH-arts, onduidelijk of hij hen moet beschouwen als eerstelijns- of tweedelijnspatiënten. Want hoewel zelfverwijzers in een tweedelijnsinstelling gezien worden, behoren zij niet tot de tweedelijnsgezondheidszorg, die formeel voorbehouden is aan patiënten doorverwezen vanuit de eerste lijn. Aan de andere kant is het bestempelen van een ongedifferentieerde zorgvraag als een eerstelijnszorgvraag en de patiënt vanuit die visie behandelen, niet altijd juist. Die insteek gaat namelijk voorbij aan het eigen ziekte-inzicht van de patiënt, die inschat dat gespecialiseerde medische hulp mogelijk noodzakelijk is.

Therapeutische opties

Artsen werkzaam op de SEH behandelen zelfverwijzers door gebruik te maken van zowel eerstelijns- als tweedelijnsprotocollen, waarbij de keuze van de 'lijn' overge-

laten wordt aan diezelfde arts, al dan niet gesuperviseerd door een SEH-arts of een tweedelijnspecialist. En daar wringt de schoen. Want om een klinisch vraagstuk evidencebased te kunnen oplossen, mogen alleen onderzoeksresultaten op de individuele patiënt worden toegepast indien dat onderzoek op precies dezelfde populatie uitgevoerd is.³ Dit geldt ook voor de zelfverwijzer. Als een patiënt met pijn rechts in de onderbuik zich meldt bij de huisarts, is de kans minder groot dat het een appendicitis betreft dan als dezelfde patiënt doorverwezen wordt voor beoordeling door een chirurg.⁴ De zelfverwijzer behoort niet tot een van beide onderzochte populaties, dus wat is de kans dat een zelfverwijzer met pijn rechtsonder in de buik een appendicitis heeft? De praktische vraag is dan welke diagnostische tests er aangevraagd moeten worden om dit aan te tonen of uit te sluiten. Dat antwoord is eigenlijk niet voorhanden.

Anderhalvelijnspopulatie

Als de aanwezigheidskans van bepaalde ziektebeelden verschilt tussen de huisarts-patiënt, de verwezen patiënt en de onverwezen patiënt, dan is het van belang om niet alleen voor de eerstelijns- en tweedelijnspopulatie richtlijnen te hebben, maar juist ook voor de zelfverwijzer. Deze populatie van zelfverwijzers zou dan ook als anderhalvelijnspopulatie geormerkt moeten worden.



Zelfverwijzers zijn een anderhalve-lijnspopulatie

Als de overheidsplannen voor een fusie tussen hap en SEH doorgaan, is een cruciale vraag hoe die twee zich onderling gaan verhouden. Gaat de hap als een sluis fungeren en dus alle zelfverwijzers eerst zelf beoordelen? Hierdoor zal bij iemand die overduidelijk tweedelijnszorg nodig heeft een vertraging in het zorgtraject optreden – denk aan een patiënt met een geanguleerde antebachii-fractuur of aan een verwarde patiënt met koorts. Of

wordt er een triagesysteem ingevoerd, waarbij een triagist zelfstandig beslist welk zorgtraject het juiste is: via de huisarts, de SEH-arts of via beide. Dit besluit hangt onder andere af van het gekozen triagemodel en de onderlinge afspraken tussen huisarts en ziekenhuis, maar ook van de voorafkansen op pathologie bij de gepresenteerde klacht. Alleen door beter inzicht te krijgen in de anderhalve lijn, kan een goed gefundeerd traject uitgezet worden binnen de onvermijdelijke integratie van hap en SEH.⁵

Concluderend, vanwege het ontbreken van kwalitatief goede studies, exclusief gericht op de zelfverwijzende patiëntenpopulatie, is zowel onder- als overdiagnostiek op de SEH waarschijnlijk. Dit kan leiden tot een niet optimale behandeling van deze patiënten. Het is dan ook aan

te bevelen om gericht onderzoek te doen naar de kans op ziektes bij zelfverwijzers en de gevolgen hiervan voor diagnostisch en therapeutisch handelen in de onverwezen SEH-populatie. Een omvangrijke populatie waarmee binnen de geplande herinrichting van het landschap van de spoedeisende zorg voldoende rekening moet worden gehouden.⁵ ■

contact

t.schonberger@jbz.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

web

De voetnoten vindt u bij dit artikel op www.medischcontact.nl/artikelen.