

Martijn Rutten

huisarts en onderzoeker, Radboudumc, Radboud Institute for Health Sciences, IQ healthcare, Nijmegen

Jochen Cals

huisarts en onderzoeker, vakgroep huisartsgeneeskunde, Universiteit Maastricht

Margreet Zeelen

directeur Huisartsenorganisatie Regio Zutphen (HRZu), Zutphen

Paul Giesen

huisarts en onderzoeker, Radboudumc, Radboud Institute for Health Sciences, IQ healthcare, Nijmegen

RÖNTGENDIAGNOSTIEK OP DE HAP KAN BELASTING SEH VERMINDEREN

Geef huisartsenpost toegang tot radiologie



Patiënten met een fractuurverdenking worden in avond, nacht en weekend doorgaans naar de SEH verwezen. Een werkwijze die veel tijd en geld kost en bovendien de SEH onnodig belast. Huisarts Martijn Rutten en collega's pleiten daarom voor directe toegang tot röntgendiagnostiek op de huisartsenpost.

Tijdens een voetbaltraining loopt een 32-jarige man een inversietrauma van de enkel op, waarop hij contact zoekt met de huisarts. Een uur later loopt hij strompelend de spreekkamer binnen. Bij onderzoek van de enkel zijn de Ottawa ankle rules positief. De huisarts vraagt conform de NHG-Standaard Enkelbandletsel een röntgenfoto aan ter uitsluiting van een fractuur.¹

Als een casus als deze overdag plaatsvindt, heeft de huisarts directe toegang tot röntgendiagnostiek en levert hij zelf de nazorg als een fractuur is uitgesloten. Blijkt er wel sprake van een fractuur, dan wordt de patiënt vanuit de röntgenafdeling rechtstreeks naar de Spoedeisende Hulp (SEH) verwezen voor verdere specialistische zorg. Deze werkwijze is efficiënt, veilig en patiëntvriendelijk.

Buiten kantoor tijd heeft de dienstdoende huisarts op de huisartsenpost (hap) doorgaans geen mogelijkheid tot het aanvra-

Directe toegang tot röntgendiagnostiek op de hap (n=20 (%))

TIJDSTIPPEN	alle ANW-uren	6 (30)
	ANW-uren, behalve nacht	7 (35)
	specifieke tijdvensters tijdens ANW-uren	7 (35)
	- alleen weekend (1 tot 2 uren)	3
	- weekdays (3-5 uren) en weekend (8-11½ uren)	4
BEOORDELAAR^I	radioloog	10 (50)
	in ziekenhuis	5
	thuis	4
	ziekenhuis elders	1
	röntgenlaborant ^{II}	8 (40)
	SEH-arts ^{II}	1 (5)
BEOORDEELTERMIJN^I	huisarts ^{II}	1 (5)
	binnen 30 minuten	18 (90)
VERVOLG NA UITSLAG RÖNTGENFOTO	uitgesteld ^{III}	2 (10)
	altijd retour huisarts voor vervolgbeleid	11 (55)
	besproken voorafgaande aan de diagnostiek: - bij fractuur rechtstreekse verwijzing SEH - bij geen fractuur voorafgaande instructies door hap	9 (45)

I Binnen de aangegeven tijden.

II Zonder verwijzing naar SEH, en definitief verslag uiteindelijk via radioloog.

III Tijdens weekdays beoordeling om 22.00 uur door radioloog en tijdens weekenden direct.

Een overzicht van de werkwijzen van de 20 (van de 117) Nederlandse huisartsenposten die directe toegang tot röntgendiagnostiek hadden (op het moment van de inventarisatie).

gen van röntgendiagnostiek, terwijl de incidentie van trauma's aan de extremiteiten in de avonduren en het weekend juist het hoogst is.² Patiënten worden bij een fractuurverdenking dan rechtstreeks naar de SEH verwezen. Daar vindt de behandeling plaats, ongeacht of er sprake is van een fractuur.³ De patiënt uit bovenstaande casus heeft bij positieve *Ottawa ankle rules* een kans van 28 procent op een enkelfractuur.⁴ Uit onderzoek naar zelfmelders op de huisartsenpost blijkt de helft van de voor röntgendiagnostiek verwezen patiënten een fractuur of luxatie te hebben.⁵

Minder efficiënt

De huidige werkwijze op de hap bezorgt patiënten doublures in onderzoek, langere wachttijden en aanspraak van het eigen risico.^{6,7} Daarmee is de zorg minder efficiënt, minder patiëntvriendelijk en

minder kosteneffectief vergeleken met de werkwijze tijdens kantoor tijd. Bovendien veroorzaakt het onnodige belasting van de SEH, terwijl deze momenteel al fors onder druk staat.⁸

De overtuiging van de patiënt dat aanvullende diagnostiek nodig is, vormt een belangrijke reden voor patiënten om direct naar de SEH te gaan in plaats van naar de huisarts.^{9,10} Het merendeel van de huisartsen wenst ook buiten kantoor tijd directe toegang tot röntgenonderzoek.¹¹

Inventarisatie

In een aantal regio's hebben huisartsen inmiddels wél de mogelijkheid om buiten kantoor tijden röntgendiagnostiek in eigen beheer aan te vragen. Wij inventariseerden hoeveel huisartsenposten in Nederland directe toegang hebben tot röntgendiagnostiek voor het aantonen of

uitsluiten van fracturen en welke werkwijzen zij hanteerden. Hierbij combineerden we gegevens uit twee recente studies van beschikbare zorg op Nederlandse huisartsenposten en selecteerden de huisartsenposten met mogelijke toegang tot röntgendiagnostiek.³⁻¹² Vervolgens verifieerden wij deze gegevens telefonisch. Uit onze inventarisatie blijkt dat 20 (17%) van de 117 Nederlandse huisartsenposten op dat moment directe toegang hadden tot röntgendiagnostiek; 6 hanteren een volledig open model (altijd mogelijkheid tot röntgendiagnostiek) en 14 een gemengd model (enkel toegang op bepaalde tijdstippen). Van de posten met gemengd model hebben 7 huisartsenposten geen röntgenmogelijkheid gedurende de nacht. Op de andere 7 posten bestaan tijdvensters met alleen directe toegang op vaste tijdstippen. Deze tijdvensters variëren onderling in duur (zie tabel).

Voor de patiënt wordt de wachttijd fors korter

De beoordeling van de röntgenfoto's vindt doorgaans plaats door de radioloog (50%) of de röntgenlaborant (40%), waarbij radiologen frequent gebruikmaken van beoordeling op afstand (buiten het ziekenhuis). Bij beoordeling door een SEH-arts of huisarts (10%) autoriseert de radioloog uiteindelijk. Bij 90 procent van de huisartsenposten vindt beoordeling plaats binnen 30 minuten na het maken van de röntgenfoto.

Belemmeringen

De opkomst van spoedposten, waarin hap en SEH verder samenwerken, maakt directe toegang tot röntgenonderzoek voor huisartsen op de hap tot een zeer actuele kwestie. Het is dan ook zaak om organisatorische en financiële belemmeringen in kaart te brengen en te zoeken naar oplossingen daarvoor. Zo ligt overdiagnostiek op de loer bij elke nieuwe vorm van diagnostiek of toegang daartoe. Eerder onderzoek met huisartsen die werden ingezet op de SEH toont echter aan dat huisartsen juist restrictief zijn in het aanvragen van aanvullende diagnostiek, ook als zij deze direct tot hun beschikking hebben.^{13,14}

Een veelgehoord knelpunt is de haalbaarheid en de bereidheid van radiologen om de diagnostiek op korte termijn te beoordelen. Een eerste beoordeling door een röntgenlaborant of SEH-arts lijkt een reëel alternatief, mede omdat de beeldvorming beperkt blijft tot die van de extremiteiten. De digitale beoordeling door een radioloog op afstand is erg kansrijk, bijvoorbeeld in een naburig ziekenhuis, in een grotere regio met meerdere huisartsenposten, of in een landelijk (dienst)verband. Hiervoor is wel bereidheid tot samenwerking nodig tussen huisartsenposten, ziekenhuizen, radiologen en eventueel diagnostische centra.

PRAKTIJKPERIKEL

SHOCK EN TRAUMA OP LESBOS

Ik werk als arts-assistent op de intensive care. Mijn dagelijkse bezigheden bestaan voor een groot deel uit het behandelen van verschillende vormen van shock. Van mijn opleider leerde ik de indeling in cardiogene, hypotensieve, obstructieve en distributieve shock te gebruiken als basis voor diagnostiek en behandeling. Ieder etmaal bloed prikken en continue monitoring zijn heel normaal op de ic. Ik zit tevens in het traumateam, dat multidisciplinair grote ongelukken opvangt op de spoedeisende hulp.

En toen opeens stond ik, zonder witte jas maar met mijn oude gympies en spijkerbroek aan, op het koude strand van Lesbos.

Het was een grote overgang van de meest geavanceerde afdeling van het ziekenhuis naar improviseren op een Grieks strand. Ik leerde snel dat het geen zin had om met zware tassen vol medische hulpmiddelen en medicatie door het zand te rennen en stopte de meest nuttige voorwerpen maar gewoon in mijn zakken. Grappig genoeg waren mijn meest gebruikte 'medische' attributen hier: energietabletten, warmtedekens en een hoofdlamp (die ik ook gebruikte om pupilreacties te testen en in kelen te kijken). De belangrijkste 'interventie' die ik verrichtte was een arm om iemands schouder leggen en de functie van mijn stethoscoop bestond er voornamelijk uit dat ik als arts herkenbaar was voor vluchtelingen en medevrijwilligers.

Ik had genoeg ervaring met doodzieke patiënten en heftige auto-ongelukken. In Lesbos leerde ik echter de andere betekenis van 'trauma' opnieuw kennen: een die voor leken veel bekender is dan voor artsen. Mensen kwamen soms met een lege blik in hun ogen aan op het strand, niet in staat tot enige reactie op hun nieuwe omgeving. Waarom had mijn opleider me niet geleerd wat te doen bij emotionele shock?

Heeft u ook een perikel?
Stuur uw verhaal naar redactie@medischcontact.nl

Positief effect

Bij directe toegang tot röntgendiagnostiek kunnen patiënten zonder een fractuur – net als binnen kantoor tijden – door de huisarts worden behandeld. Dit zorgt voor minder laagcomplexiteit op de SEH, waardoor er meer tijd is voor complexe problematiek. Mede gezien de (dreigende) overbelasting van de SEH is dit een aanbevelenswaardige ontwikkeling.⁸ Voor de patiënt zal er een forse reductie van wachttijd optreden, met naar verwachting een positief effect op de ervaring en tevredenheid.^{5,6} Tevens kan het kostenbesparend zijn, zowel voor patiënt (eigen risico) als voor de maatschappij.¹⁵

Juist met de komst van meer spoedposten in Nederland waarbij de hap en SEH samenwerken op één locatie én de drie-

gende overbelasting van de SEH, liggen er organisatorische en financiële uitdagingen om de juiste spoedzorg op de juiste plek te leveren. Toegang tot röntgendiagnostiek vanuit de huisartsenpost is in dat kader een wenselijke ontwikkeling, die verder gestimuleerd en financieel ondersteund moet worden. ■

contact

martijn.rutten@radboudumc.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld door de auteurs.

web

Eerdere MC-artikelen over dit onderwerp en de voetnoten vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.