

Lenneke Fleerackers

huisarts, kaderarts spoedzorg
in opleiding, huisartsenpost
Oosterhout

dr. Paul Giesen

huisarts, senior onderzoeker,
kaderarts spoedzorg,
Radboudumc, IQ healthcare,
Nijmegen

CONSULT OP AFSTAND BEWIJST Z'N NUT IN OOSTERHOUTSE HAP

Videotriage is nuttig, veilig en efficiënt

In tijden van corona verdient een experiment in de hap van Oosterhout aandacht: de triagisten maakten via de mobiele telefoon een videoverbinding met de bellende patiënten. Alle betrokkenen zijn vol lof over het consult op afstand.

Telefonische triage is zo ongeveer de hoeksteen van de huisartsenpost. Bij sommige patiënten zijn de klachten aan de telefoon echter niet goed in te schatten. De triagist kiest er dan voor om de patiënt toch maar te laten komen. Een deel van die consulten blijkt achteraf onnodig.¹⁻³ Een belangrijke beperking van telefonische triage is het ontbreken van visuele informatie.

Om de besluitvorming bij de telefonische triage te verbeteren doet de hap in Oosterhout sinds kort een experiment waarbij met een videoverbinding kan worden meegekeken met de patiënt.

Beeld via mobieltje

Alle triagisten kregen de beschikking over de onlineapplicatie WeSeeDo, waarmee ze de videoverbinding kunnen maken.⁴ Het betreft een eenzijdige videoverbinding die parallel aan het telefoongesprek wordt gebruikt. Het spraakkanaal en het videokanaal zijn daarbij niet aan elkaar verbonden. Terwijl de triagist in gesprek blijft met de beller stuurt hij via sms een linkje naar de mobiele telefoon van de beller. Door dit linkje aan te klikken kan de beller met z'n eigen telefoon direct filmen waar het over gaat. De beller krijgt geen beeld van de triagist en de beelden worden (nog) niet opgeslagen. Je kunt wel een screenshot vastleggen. Verder moet de beller uiteraard beschikken over een mobiele telefoon met een camera en internetverbinding. Voor de hap is geen specifieke hardware of telefoonsysteem nodig. Een gewone telefoon en computer met internet is voldoende. De kosten zijn in totaal ongeveer 250 euro per maand per dertig licenties waarbij er één licentie per triagist beschikbaar is.

Eind 2019 zijn we gestart met een testfase. Triagisten of huisart-

sen konden hierbij naar eigen inzicht het gebruik van videotriage voorstellen aan de beller. Wij brachten in kaart hoe vaak het lukte om beeldverbinding te maken, bij welke indicaties beeldverbinding werd toegepast en wat de toegevoegde waarde was. Ook vroegen we triagisten naar hun ervaringen en noteerden de eerste reacties van patiënten.

Diabetische voet

Van 1 oktober tot 23 december 2019 lukte het bij 91 procent van de 197 pogingen, om videotriage in te zetten. Het kostte ongeveer een minuut om de videoverbinding tot stand te brengen waarvan dertig seconden voor de uitleg aan de beller en dertig seconden om de verbin-

ding tot stand te brengen. De beelden op het computerscherm waren over het algemeen scherp. Een screenshot was soms nog beter te beoordelen dan de bewegende beelden. Een voorbeeld. Een van de hap-artsen werd op een zondagmiddag gevraagd een diabetische voet te

beoordelen. De thuiszorg, die ter plekke was, filmde en de arts keek vanuit de hap mee. De klachten bleken gelukkig mee te vallen en konden de volgende dag door de eigen huisarts worden beoor-

De thuiszorg
filmde en de arts
keek vanuit de
hap mee



GETTY IMAGES

Voor de hap is geen specifieke hardware of telefoonsysteem nodig. Een gewone telefoon en computer met internet is voldoende.

deeld. Met dit videoconsult hebben we gezien de afstand ruim een uur uitgespaard. Bij een visite om de hoek zouden we misschien twintig minuten hebben bespaard.

De videotriage kan bij heel diverse hulpvragen worden ingezet. Het gaat dan vooral om meekijken om te komen tot de juiste urgentie, diagnose, advies en hulpinzet (zie *tabel* op blz. 22). Van 25 januari t/m 29 februari 2020 hebben de triagisten opgeschreven wanneer zij de videotriage hebben ingezet. Bij 71 van de beschreven 73 triagecontacten vond de triagist de videotriage van meerwaarde ten opzichte van alleen telefonisch contact. Verder is in de tabel te zien dat het vooral huidproblemen en wonden betreft.

De 73 videoconsulten kregen in 57 gevallen de urgentiecode U5 (geen kans op schade), viermaal was er code U4 en elfmaal code U3 (reële kans op schade; binnen enkele uren beoordelen). Er was eenmaal een urgentiecode U1: een benauwde baby waarvoor een ambulance A1 is geregeld.

Efficiënter

Er is meer onderzoek nodig om te kunnen zeggen hoeveel tijd dit uitspaart. Het is niet zo dat met elke videotriage een arts meekijkt. Dat gebeurt alleen als de triagist erom vraagt. Wij

zijn een kleine hap en werken zonder regiearts. Het is zeker zo dat er minder mensen naar de hap hoeven te komen, maar soms wordt er ook opgeschaald.

We kunnen de urgentie beter bepalen met beeld. Alle videotriages met urgentie U5 zijn verder telefonisch afgehandeld.

De videotriage is erg handig als iemand van de thuiszorg iets wil laten zien. Je kunt dan direct meekijken en instructie geven. Je hoeft er dus geen visite voor te rijden. De directe communicatie

maakt het efficiënter voor alle betrokkenen.

Aangezien wij op de hap niet beschikken over röntgenapparatuur, hoeven patiën-

We kunnen de urgentie beter bepalen met beeld



Patiënten waren blij dat ze niet helemaal naar de hap hoefden te rijden.

ten met zichtbare breuken geen tussenstop meer te maken op de hap en kunnen we ze digitaal direct doorverwijzen naar de röntgenafdeling in de ziekenhuizen van Breda of Tilburg. Soms is er sprake van een taalbarrière. Een tiener belde bijvoorbeeld over een benauwde baby namens een gezin dat noch Nederlands, noch Engels sprak. Het lukte telefonisch niet om een

inschatting te maken, maar wel om snel een beeldverbinding te maken. De baby bleek zo benauwd dat we direct een ambulance hebben gestuurd. Dit hadden we er bij alleen verbale communicatie nooit uitgekregen.

Bovenstaande voorbeelden tonen dat het videoconsult een waardevol instrument is voor de triagisten van de hap. Verder blijken patiënten het goed te accepteren als te horen krijgen dat ze niet langs hoeven te komen. Ze voelen zich gehoord én gezien. We hebben nog geen enkele klacht gehad over de videotriage. Ook in de dagpraktijk kregen we positieve feedback van onze eigen patiënten. Ze waren tevreden met het advies en blij dat ze niet helemaal naar de hap hoefden te rijden.

Een nadeel is dat sommige triagisten een drempel ervaren om videotriage in te zetten. Ze denken dat het moeilijk is om verbinding te leggen. Soms hebben ze bezwaar tegen de beelden. 'Ik zie dingen die ik niet wil zien', bijvoorbeeld een blote borst die per ongeluk ook in beeld komt.

INDICATIES VAN INZETTEN VIDEOTRIAGE VAN 25 JANUARI T/M 29 FEBRUARI

Ingangsklacht	Diagnose/advies	Aantal
(Brand)wond	Hechten? Infectie? Hoe verzorgen?	19
Zwelling/trauma/breuken	Zichtbare standsafwijking? Dan direct naar röntgen.	6
Uitslag/jeuk/vlekjes/blaasjes	Urticaria, waterpokken, insectenbeten, erysipelas, impetigo, petechiën	39
Tandvlees/mond/oog	Ontsteking ooglid, aften, spruw	5
Bloedverlies, bloed uit katheter, melena, epistaxis	Hoe hard bloedt het? Hoeveel bloed? Hoe urgent?	2
Benauwdheid/ziek kind	Hoe benauwd, hoe urgent?	2

Sommige triagisten vinden het te veel tijd kosten: voorheen spraken ze meteen een consult af en nu moeten ze een extra handeling verrichten. Ze beseffen dan nog onvoldoende dat deze extra handeling wel heel veel tijd kan schelen voor de consult- of visitearts.

Nog even wennen

Onze eerste ervaringen met videotriage zijn dus positief. Het lukte bijna altijd om een goede verbinding tot stand te brengen. Het bleek voor de bellers ook geen problemen op te leveren, zelfs als er een taalbarrière was. Ze werkten er graag aan mee. Als het niet lukte kwam dit bijna altijd door problemen met de internetverbinding van de beller of door problemen bij het opstarten van de applicatie bij de triagist. Dit laatste is inmiddels opgelost. De eerste ervaringen laten zien dat vooral hulpvragen bij wonden, verbranding, huidaanandoeningen, bloedingen, benauwdheid en zichtbare breuken goed zijn in te schatten op urgentie, hulpinzet en advies. Videotriage is ook erg handig als een andere zorgverlener die bij de patiënt aanwezig is, iets wil laten zien. Het gebruik van videotriage is wel even wennen en het is nog geen business as usual.⁵ Je moet eraan denken, dat je het kunt inzetten. We ontdekken nog steeds hulpvragen waarbij het handig kan zijn. De triagisten zijn wel wat langer bezig als zij videotriage inzetten, maar het kan per saldo tijdwinst opleveren voor de patiënten, huisartsen en medisch ondersteuners. Omdat sommige triagisten een drempel ervaren om videotriage te gebruiken willen we voor deze triagisten een training verzorgen met lotuspatiënten. Verder lukt het niet alle patiënten om zichzelf goed te filmen. Het werkt soms beter als iemand anders de patiënt filmt. Ten slotte zijn er nog technische verbeteringen nodig. Zo is het nog niet mogelijk om het beeldmateriaal in het huisartsinformatiesysteem op te slaan en is er nog geen aparte code voor een beeldconsult.

Op dit moment krijgt videobellen vanwege de coronacrisis heel veel aandacht omdat het een goede manier is om patiënten waar mogelijk in hun thuishouding te laten. Ook de LHV heeft hierover inmiddels een helder advies gegeven.⁶

Verder onderzoek naar effecten op de besluitvorming en kwaliteit van de videotriage zijn nodig. Hierbij dient op grotere schaal de indicatie, doelmatigheid, (kosten)effectiviteit en veiligheid van videotriage te worden nagegaan. Ook ervaringen van patiënten, triagisten en huisartsen dienen hierbij te worden meegenomen. ■

contact

fleerakkers@ziggo.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

web

De voetnoten en meer over dit onderwerp vindt u op medischcontact.nl/artikelen.

PRAKTIJKPERIKEL

EMBRYO'S EN BUREAUCRATIE

Vorig jaar heb ik een succesvol ICSI-traject ondergaan in perifeer ziekenhuis X, dat fungeert als transportziekenhuis voor academisch centrum Y. Een behoorlijke logistieke uitdaging voor een aios die door haar opleider naar een B-kliniek gestuurd wordt, 84 kilometer verderop, maar met passen en meten wist ik de (op afroep, niet planbare) echo's zo te plooiën dat het niet te veel ten koste ging van mijn perifere productie. Het was het allemaal waard zodra wij onze prachtige zoon in de armen hielden. En wat een geluk: nog drie embryo's waren van voldoende kwaliteit om in te vriezen voor een eventuele tweede poging.

Inmiddels is de opleiding afgerond, en ben ik voor mijn vaste plek verhuisd ver buiten de regio. En langzaam komt de wens voor verdere gezinsuitbreiding weer naar boven.

Zodoende melden we ons in mijn eigen ziekenhuis op de afdeling Fertilititeit. Wat een geluk dat ook dit perifere ziekenhuis, Z, een transportziekenhuis is, alleen wel van een ander academisch centrum. Toch is mijn collega zo vriendelijk om de behandeling van ziekenhuis X over te nemen en de simpele voorbereidende echo's uit te voeren om mij op het juiste moment te presenteren bij academisch centrum Y voor terugplaatsing. Ook is ze bereid daarvoor te werken via het protocol van Y. Maar tot onze beider schok wijst academisch centrum Y dit verzoek af. 'Wij werken alleen samen met ziekenhuizen uit onze eigen regio en hebben geen plek voor andere patiënten', wordt als reden opgegeven. Het feit dat ik al embryo's bij hen heb liggen en technisch gezien dus ook hun patiënt ben vergeten ze voor het gemak. Overplaatsing van de embryo's naar het andere academische centrum is ook niet mogelijk vanwege kwaliteitsverlies. Aanvullende discussie met een dokter evenmin, want ik ben tenslotte geen patiënt van hen...

Is het in Nederland nu zo teleurstellend met de zorg gesteld, dat we vanwege politieke samenwerkingsverbanden en dbc's patiënten verplichten simpele maar intensieve en tijdrovende behandelingen ver buiten de eigen regio te ondergaan, terwijl er in de eigen regio ruim voldoende expertise en wil is om hieraan bij te dragen?

Op de website van het betreffende academische ziekenhuis lees ik: 'patiënt centraal'...

Heeft u ook een perikel?

Stuur uw verhaal naar redactie@medischcontact.nl