

E-HEALTH

Marc ten Dam

internist-nefroloog, medisch
manager transmurale zorg
Canisius Wilhelmina Ziekenhuis
Nijmegen

Guido Adriaansens

huisarts, Beuningen



GETTY IMAGES

PILOT IN NIJMEGEN TOONT: TOEPASSING KAN VEEL BREDER

Teleconsultatie goed alternatief voor verwijzing

Een proef in Nijmegen laat zien dat teleconsultatie belangrijk kan bijdragen aan substitutie en daarmee aanzienlijke besparingen mogelijk maakt.

Substitutie van medisch-specialistische zorg door de huisartsenzorg is een belangrijke pijler in het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord voor het beperken van de zorguitgaven. Teleconsultatie, het raadplegen van een medisch specialist door een huisarts via het internet kan hierbij helpen, doordat daarmee de aanspraak op medisch-specialistische zorg in potentie beperkt kan worden. Een proef in het Nijmeegse Canisius Wilhelmina Ziekenhuis met teleconsultatie bij knie-, rug- en schildklierklachten toont dat het aantal verwijzingen naar de tweede lijn hiermee afneemt. Grote kostenbesparingen zijn daardoor mogelijk.

Pilot

Teleconsultatie gebeurt in Nederland tot nog toe voornamelijk bij vragen op het gebied van dermatologie en nefrologie, waar het zijn waarde heeft bewezen. Daarnaast bestaan er diagnostische teleconsulten: ecg/holter, spirometrie en fundoscopie. In de regio Nijmegen onderzochten wij of teleconsultatie ook voor andere vragen toepasbaar zou zijn en of we hiermee verwijzingen naar de tweede lijn konden voorkomen. Het betrof verwijzingsvragen over patiënten met knieklachten, schildklierfunctiestoornissen en lumbosacraal radiculair syndroom: vragen waarvoor face-to-facecontact met de specialist in eerste instantie niet noodzakelijk is en waarbij patiënten vaak na een of twee polibezoeken weer terugverwezen worden naar de eerste lijn. De ICT-ondersteuning werd geboden door Zorgdomein, middels een digitaal platform. Via dit platform meldde een huisarts een teleconsult aan, door een speciaal aanvraagformulier in te vullen. Voorafgaande aan het consult werd de

huisarts geacht anamnese, lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek te verrichten conform de NHG-standaard. De resultaten hiervan kwamen op dat aanvraagformulier te staan. Specialisten gaven na beoordeling van alle gegevens adviezen, inclusief een revisie van de beeldvormende diagnostiek – foto's waren meestal gemaakt in het ziekenhuis waar de specialist zelf werkzaam was.

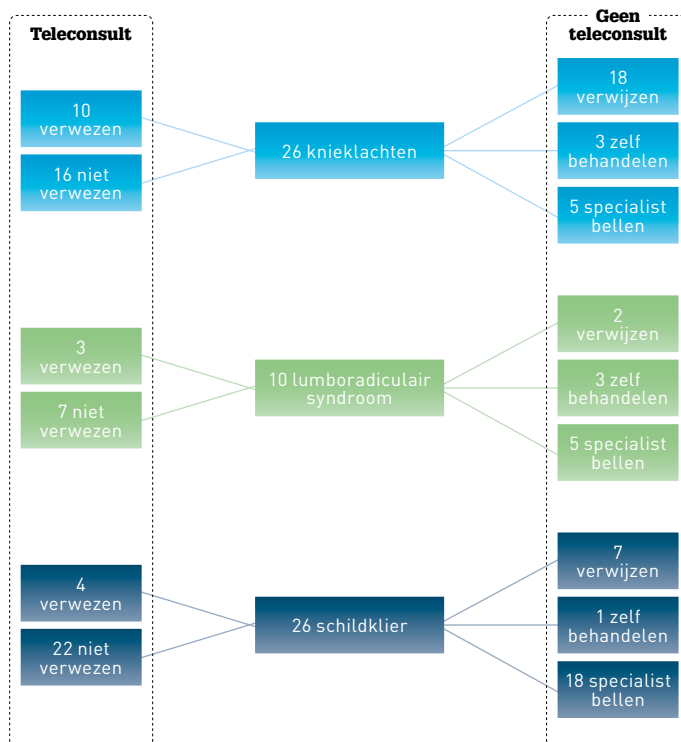
Huisartsen werd tevens gevraagd om op het aanvraagformulier aan te geven wat zij gedaan zouden hebben als de optie van teleconsultatie zou ontbreken: verwijzen, bellen of zelf behandelen. Gedurende een jaar konden huisartsen in het adherentiegebied van het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis gebruikmaken van deze nieuwe optie. Door middel van een briefing, een instructiefilm, een introductiesymposium en bezoeken aan enkele hagro's werd de nieuwe mogelijkheid onder de aandacht van huisartsen gebracht.

Besparing

Aan het eind van het pilotjaar waren er 112 consulten uitgevoerd: 47 voor knieklachten, 47 voor schildklierfunctiestoornissen en 18 voor lumbosacraal radiculair syndroom. Aan de hand van de ziekenhuisadministratie werd vastgesteld of een verwijzing had

Gegevens van 62 consulten.

Links het vervolg op het teleconsult en rechts de keuzes van de huisarts als teleconsultatie zou ontbreken.



plaatsgevonden in de daaropvolgende twee maanden. Gegevens hiervoor waren beschikbaar van 62 consulten (zie *figuur*). In de gevallen waarin verwijzing niet noodzakelijk werd gevonden gaven de specialisten adviezen over hoe het beleid in de eerste lijn voort te zetten. Het ging hier om aanvullende diagnostiek of therapie zoals pijnstilling of fysiotherapie (zie *voorbeeldcasuïstiek in kader*). Bij dezelfde 62 consulten werd geregistreerd wat de huisarts gedaan zou hebben in het geval de optie teleconsultatie ontbrak (zie *figuur*).

Het berekenen van de nettobesparing in deze pilot gebeurde door de kosten van de teleconsulten (huisartsen- en specialisten-honorarium) af te trekken van de opbrengst van het voorkomen van verwijzingen. Een voorkomen verwijzing werd hier gedefinieerd als een situatie waarin een huisarts de intentie had om te verwijzen dan wel te bellen met een specialist, in plaats daarvan een teleconsult pleegde, waarna de specialist een verwijzing inderdaad niet noodzakelijk achtte en de patiënt dus ook niet verwezen werd. Afhankelijk van het type zorgvraag leverde het voorkomen van een verwijzing naar de tweede lijn een besparing van 300 tot 800 euro op. In onze pilot bedroeg de nettobesparing 282 euro per teleconsult.

Scholingsmoment

In theorie zou teleconsultatie, mits toegepast voorafgaand aan een verwijzing, op landelijk niveau tot aanzienlijke kostenreductie kunnen leiden. Zouden we uitgaan van een nettobesparing van 200 euro per teleconsult en een toepassing bij 10 procent van 5 miljoen verwijsvragen per jaar zou het gaan om maar liefst 100 miljoen euro.

CASUS SCHILDKLIER

VRAAG HUISARTS:

Hypothyreoïdie bij amiodarongebruik zonder duidelijke klachten, ontdekt door screening (TSH 15 mU/l FT4 9,1 pmol/l). Volgens de NHG-standaard een verwijsindicatie, maar patiënte is 93 jaar en wil graag zo weinig mogelijk gedoe (ook voor haar kinderen).

Ik weet niet of dit een goede indicatie is voor een teleconsult, zo niet dan hoor ik dat graag.

Antwoord internist:

Het is een prima reden voor een teleconsult.

Er is een lichte hypothyreoïdie, waarschijnlijk samenhangend met de amiodaron. Advies: beginnen met lage dosering levothyroxine (25 microgram) gezien leeftijd en cardiale situatie. Over 6 weken weer lab.

Streven naar een laag normaal FT4 en een hoog normaal TSH.

Bij bejaarden kan een subklinische hypothyreoïdie geaccepteerd worden.

In overleg met de cardioloog kun je overwegen om de amiodaron te staken.

Daarnaast heeft een teleconsult voor de patiënt het voordeel dat het een ziekenhuisbezoek kan voorkomen, de wachttijden minimaliseert en de kans op een eigen bijdrage in de zorgkosten verkleint. Voor de huisarts levert teleconsultatie een extra scholingsmoment op, waardoor hij het in vergelijkbare situaties in de toekomst zelf af kan. Dit zou bovendien nog een extra besparing kunnen opleveren. Huisartsen gaven ten aanzien van sommige consulten aan dat als de optie teleconsultatie ontbrak, ze telefonisch zouden willen overleggen. Wellicht lijkt dit een goedkoop alternatief om een verwijzing te voorkomen. Echter, telefonisch overleg met een specialist vindt meestal plaats op een ongelegen moment. De aangeleverde informatie is minder gestructureerd dan bij een teleconsult en de specialist heeft vaak niet de tijd om deze informatie kritisch te beoordelen. De kans dat hiermee een verwijzing voorkomen wordt is dan ook naar alle waarschijnlijkheid kleiner.

Beperkt gebruik

Huisartsen hebben in deze pilot nog maar weinig – slechts 70 van de 400 huisartsen in ons adherentiegebied – gebruikgemaakt van de teleconsultatie. Dit kan komen doordat het aantal mogelijke zorgvragen beperkt was. Inmiddels past ons ziekenhuis teleconsultatie ook succesvol toe voor vragen over behandeling van diabetes mellitus. Daarnaast zien we mogelijkheden teleconsultatie te gaan aanbieden voor vragen over de andere grote gewrichten, hypertensie en infectieziekten.

Het beperkte gebruik kan ook het gevolg zijn van de relatief korte duur van onze pilot. Vanuit de ervaringen met telenefrologie weten we dat het enige tijd kost om huisartsen vertrouwd te maken met deze nieuwe vorm. Bij telenefrologie verdubbelde het gebruik elk jaar gedurende de eerste drie jaar.

Met verzekeraars was voor de pilotperiode een tijdelijke betalingsregeling getroffen voor deelnemende huisartsen en specialisten. Verzekeraars bleken, ondanks onze resultaten, moeilijk te overtuigen van de effecten van teleconsultatie op de besparing van zorgkosten. De onduidelijkheid

over een betalingsregeling voor de deelnemende artsen heeft mogelijk ook bijgedragen aan de beperkte toepassing.

Krachtig gereedschap

In onze pilot blijkt uitbreiding van teleconsultatie met zorgvragen op het gebied van de orthopedie, endocrinologie en neurologie succesvol te zijn. Maar om substantiële invloed te hebben op de zorgkosten in Nederland zal teleconsultatie op grotere schaal moeten plaatsvinden. Wij durven de stelling aan dat teleconsultatie bij veel meer verwijsvragen toe te passen is en als optie in Zorgdomein kan worden aangeboden bij de meeste reguliere verwijzingen. Blijkt een verwijzing toch zinvol, dan kan de specialist meteen de mate van urgentie inschatten en de patiënt inplannen op de poli. Specialist en huisartsen hebben met teleconsultatie een krachtig gereedschap om de zorg doelmatiger te maken. Randvoorwaarde is duidelijkheid over de betalingsregeling voor de inspanning van huisarts en specialist. Hopelijk hebben verzekeraars voldoende moed en visie om dit initiatief te blijven ondersteunen. Van de dokters wordt verwacht dat zij bestaande routines durven veranderen. Dit is een spannend leerproces waar huisartsen uiteindelijk wijzer van worden en waardoor specialisten meer tijd krijgen voor complexe tweedelijnszorg. ■

contact

m.t.dam@cwz.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld door de auteurs.

web

Eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl.

CASUS LUMBORADICULAIR SYNDROOM

VRAAG HUISARTS:

Ziet u aanleiding deze patiënt toch te verwijzen? Twee maanden geleden begon hij met een klapvoet rechts. Twee weken later ontstond heftige pijn in zijn been aan de achterzijde naar voorzijde onderbeen vooral bij kantelen/draaien van het bekken en niet bij drukverhoging. De klapvoet lijkt hersteld. De heer heeft geen pijn in de onderrug. Kniepeesreflex rechts iets verlaagd en de kracht is goed.

Omdat de pijn begon met een niet-pijnlijke klapvoet, zonder rugklachten, vraag ik mij af of ik anders tegen de radiculair prikkeling moet aankijken. Zie ook beschrijving röntgenfoto.

Is uw advies toch met adequate pijnstilling de komende weken aan de slag te gaan en het natuurlijk herstel afwachten of is een eerdere beoordeling nodig?

ANTWOORD NEUROLOOG:

Voortzetten pijnstilling en reactivatie is inderdaad het te volgen beleid. Verwijzing is nu niet nodig. Dit is een radiculair syndroom L4 en/of L5 zonder alarmsymptomen. Indien pijnstilling onvoldoende verlichting geeft kan verwijzing voor een wortelblok (traject lumbosacraal radiculair syndroom) een goede volgende stap zijn.

CASUS KNIEKLACHTEN

VRAAG HUISARTS:

Welke behandelopties ziet u bij patiënte met fors overgewicht en nierfunctieverlies waarbij fysiotherapie niet helpt en medicatie slechts matig? Injectie Kenacort heeft minimaal effect gehad.

ANTWOORD ORTHOPEED:

Ik zie op de foto een mediale gewrichtsspleetversmalling zonder botcontact en verder ook geen evidente artrotische veranderingen. Gezien de leeftijd (59 jaar), maar vooral het gewicht is een eventuele standsverandering in het onderbeen (valgisatie) relatief gecontra-indiceerd. De radiologische afwijkingen zijn geen aanleiding tot prothesiologie.

MRI/scopie is gezien leeftijd, beginnende artrotische afwijkingen en gewicht niet geïndiceerd.

Nsaid's zijn relatief gecontra-indiceerd in verband met de nierinsufficiëntie. Dan blijft over goede uitleg, pijneducatie, optimalisatie pijnmedicatie, aanpassen belasting/ belastbaarheid en vooral afvallen. Ook uitleg directe effect adipositas op artrosevorming, ook in andere gewrichten. Geen orthopedische interventie geadviseerd momenteel.