

Het gebruik van videobeelden bij triage op de huisartsenpost

Marleen Smits, Marijn Konings, Laura Klabbers, Lenneke Fleerackers, Paul Giesen

Bij een deel van de patiënten die de huisartsenpost bellen, kunnen triagisten de klacht niet goed beoordelen omdat ze de patiënt niet kunnen zien. Dan wordt er een consult afgesproken, terwijl dat achteraf niet altijd nodig bleek te zijn. Het gebruik van videobeelden kan dit probleem mogelijk oplossen, maar er zijn vragen over de toegevoegde waarde van deze methode. In dit artikel geven we antwoord op vragen als: hoe vaak worden videobeelden ingezet bij triage, wat is daarvoor de indicatie en is het gebruik doelmatig, effectief en veilig?

Telefonische triage op de huisartsenpost moet ervoor zorgen dat de patiënt op het juiste moment de juiste zorg ontvangt. Anders dan fysieke triage kent telefonische triage beperkingen omdat visuele beoordeling niet mogelijk is. Bovendien gaat het meestal om onbekende patiënten en is dossierinzage dikwijls onmogelijk. Telefonische triage is daarom kwetsbaar. Dit leidt bij triagisten geregeld tot defensief gedrag en achteraf onnodige consulten.^{1,2} Het gebruik van videobeelden zou dit probleem deels kunnen oplossen. Technisch is dat meestal uitvoerbaar, want 84% van de Nederlanders heeft een smartphone en kan live videobeelden versturen.³ Internationaal is er steeds meer ervaring met het gebruik van beeldmateriaal, ook in de spoedzorg.^{4,5}

Sinds de coronapandemie maakt driekwart van de Nederlandse huisartsenpraktijken meer gebruik van e-healthtoepassingen dan voorheen.⁶ Beeldbellen is hierbij de allergrootste stijger en het beperkte onderzoek hiernaar wijst op (zeer) positieve ervaringen bij triagisten, huisartsen en patiënten.^{2,7,8} Triagisten op huisartsenposten zetten steeds vaker beeldbellen in. Een voortrekker hierbij is de huisartsenpost Oosterhout, waar de triagisten al sinds 2019 videobeelden gebruiken, dus nog vóór de coronapandemie [online kader]. Uit onderzoek kwam naar voren dat triagisten en patiënten in Oosterhout hiermee overwegend positieve ervaringen hadden.⁹ Voordeelen waren volgens hen (reis)tijdsbesparing, gebruiksgemak en een groter vertrouwen in de triage-inschatting. Belemmeringen betroffen vooral technische beperkingen en extra tijdsinvestering tijdens de triage.⁹

We wilden meer kwantitatief inzicht krijgen in hoe vaak en wanneer triagisten videobeelden inzetten, en welke invloed deze hebben op de zorginzet en veiligheid. Tussen 25 mei en 13 juli 2020 voerden we daarom een observationeel dwarsdoorsnedeonderzoek uit, dat bestond uit een dossier- en vragenlijstonderzoek. We maakten een uitdraai van routinematig geregistreerde, anonieme patiënt- en contactgegevens uit het huisartsinformatiesysteem. Triagisten vulden na iedere triage met videobeelden een papieren vragenlijst in, waarbij ze



De online applicatie WeSeeDo [WSD]

Tabel 1

Aandoeningen [ICPC-code] waarbij triagisten videobeelden inzetten [n = 296]

Aandoeningen (ICPC-code)	% [n]
Scheurwond/snijwond [S18]	11,8 [35]
Beet/steek insect [S12]	10,5 [31]
Brandwond/verbranding huid (elke graad) [S14]	5,4 [16]
Gegeneraliseerde roodheid/erytheem huid [S07]	4,4 [13]
Lokale roodheid/erytheem huid [S06]	4,4 [13]
Hand/vinger symptomen/klachten [L12]	4,4 [13]
Voet/teen symptomen/klachten [L17]	4,4 [13]
Impetigo/impetiginisatie [S84]	3,7 [11]
Erysipelas [S76.01]	3,7 [11]
Schaafwond/schram/blaar [S17]	3,0 [9]
Beet mens/dier [S13]	3,0 [9]
Urticaria [S98]	2,0 [6]
Been/dijbeen symptomen/klachten [L14]	2,0 [6]
Ander letsel van de huid/subcutis [S19]	1,7 [5]
Koorts [A03]	1,7 [5]

ICPC-codes met een frequentie < 5 zijn niet opgenomen in de tabel.

noteerden welke zorginzet ze hadden gekozen en wat deze zou zijn geweest wanneer alleen telefonische triage mogelijk zou zijn geweest.⁹ Ten slotte beoordeelden twee huisarts-experts onafhankelijk van elkaar de registratiegegevens van een random steekproef van 100 patiënten op veiligheid, waarbij ze de criteria uit de NHG-TriageWijzer hanteerden. Onveiligheid werd hierbij gedefinieerd als (risico op) schade aan de patiënt.

FREQUENTIE VAN VIDEOBEELDEN EN INDICATIES

In de onderzochte periode vonden 5230 triagecontacten plaats, waarbij de triagisten 515 keer (9,8%) videobeelden inzetten. Per triagist varieerde het aantal keer dat ze videobeelden gebruikten van 2 tot 25 keer (mediaan 14).

De triagisten gebruikten videobeelden vooral bij trauma's van de huid (zoals wonden en beten; 33,8%), huiduitslag (bijvoorbeeld impetigo, erysipelas en urticaria; 28,4%), trauma's of klachten van het bewegingsapparaat (18,9%) en oogklachten (4,7%). [Tabel 1] toont de aandoeningen (ICPC-codes) waarbij de triagisten het meest videobeelden inzetten. Scheur-/snijwonden (S18) en beten/steken van insecten (S12) voeren de lijst aan.

VOORSPELLERS VAN DE INZET VAN VIDEOBEELDEN

Van alle onderzochte patiënt-, triagist- en contactkenmerken bleken alleen leeftijd en tijdstip gerelateerd aan de inzet van videobeelden [tabel 2]. Bij patiënten van 65 jaar of ouder gebruikten de triagisten significant minder vaak videobeelden dan bij jongere patiënten. In de nacht gebruikten ze in significant minder gevallen videobeelden dan in het weekend overdag, en in de avond juist significant meer. Het geslacht van de patiënt, de afstand tot de huisartsenpost, drukte op de huisartsenpost en de onderzochte kenmerken van triagisten hingen niet significant samen met de inzet van videobeelden.

Tabel 2

De samenhang van patiënt-, triagist- en contactkenmerken met de inzet van videobeelden bij triage [n = 5230]

Kenmerk	OR	95%-BI
Leeftijd van de patiënt 65 plus *	0,25	0,16 tot 0,40
Geslacht van de patiënt: man [referentie vrouw]	1,12	0,86 tot 1,46
Afstand in km van de patiënt tot de huisartsenpost	0,99	0,98 tot 1,00
Opleiding van de triagist: doktersassistente [referentie verpleegkundige]	1,31	0,95 tot 1,82
Aantal jaren werkervaring als triagist	0,98	0,95 tot 1,00
Aantal maanden ervaring met gebruik van videobeelden bij triage	1,03	0,99 tot 1,08
Aantal werkuren per week	0,98	0,94 tot 1,02
Tijdstip [referentie weekend overdag]		
Avond [†]	1,65	1,16 tot 2,37
Nacht [‡]	0,48	0,24 tot 0,96
Drukke [aantal contacten/uur]	1,01	0,98 tot 1,05

OR = oddsratio; BI = betrouwbaarheidsinterval.

* p < 0,001; † p < 0,01; ‡ p < 0,05.

URGENTIE, ZORGINZET EN VEILIGHEID

Van de contacten waarbij de triagisten videobeelden inzetten, kreeg de grootste groep urgentie U5 (65,9%; in de totale populatie 48,0%). Bij het gebruik van videobeelden rondde de triagisten het contact vaker af met een telefonisch advies (69,8%) dan in het hypothetische geval zonder videobeelden (36,4%). Patiënten kregen met videobeelden minder vaak een consult op de huisartsenpost (24,2%) dan zonder videobeelden (59,4%).

Beide huisarts-experts beoordeelden alle triagecontacten met videobeelden van de steekproef als veilig. De urgentie en zorginzet waren volgens de beoordelaars in 95% van de contacten in overeenstemming met de NHG-TriageWijzer.

BESCHOUWING

Dit is het eerste kwantitatieve onderzoek naar de inzet van videobeelden tijdens de triage op huisartsenposten. Voor het onderzoek analyseerden we gegevens uit het patiëntenregistratiesysteem. De verkregen resultaten zijn objectief en vormen een mooie aanvulling op enkele kwalitatieve evaluaties.^{2,9} De uitkomsten van ons onderzoek liggen in lijn met ander onderzoek waarbij met de toepassing van videobeelden in de triagesetting fysieke consulten werden voorkomen.^{4,5,7} Het onderzoek heeft enkele beperkingen. Zo zijn de uitkomsten niet zonder meer representatief voor de Nederlandse huisartsenposten, omdat we het onderzoek uitvoerden op 1 huisartsenpost met specifieke kenmerken [kader]. Bovendien was er sprake van seizoensbias, want we deden het onderzoek in de zomer, met relatief veel contacten vanwege insectensteken. Ook vond het onderzoek plaats tijdens de COVID-19-pandemie, met toch al relatief veel telefonische contacten.¹¹ Voor de analyse van de voorspellers van de inzet van videobeelden gebruikten we de gegevens van meer dan 5000 triagecontact-

ten. Voor de indicaties voor de inzet van videobeelden beschikken we over ongeveer 300 videotriagecontacten. Voorafgaand aan het onderzoek instrueerden we de triagisten om bij de inzet van videobeelden in de journaalregels 'WSD' als markering te noteren, zodat we deze videotriagecontacten later konden selecteren en analyseren. In slechts 57% van het totale aantal inzetten noteerden de triagisten in het patiëntendossier dat het een videotriagecontact betrof. Mogelijk is er daarom sprake van selectiebias. Ten slotte bestaat er een kans dat de resultaten wat betreft de effecten op de zorginzet een te positief beeld schetsen. Deze waren immers gebaseerd op een inschatting van de triagist en niet op een vergelijking met een controlegroep.

In verder onderzoek op meerdere huisartsenposten en met een controlegroep, idealiter na de COVID-19-pandemie, kunnen ook gespreksduur, kosten, patiëntenperspectief en follow-upcontacten onder de loep worden genomen. Daarmee krijgen we meer inzicht in de verandering van werkdruk, veiligheid en kosteneffectiviteit.

CONCLUSIE

Triagisten op de huisartsenpost zetten videobeelden bij 10% van de triagecontacten in, vooral bij huidklachten en trauma's, en dat lijkt veilig te zijn. In vergelijking met reguliere telefonische triage kan de toevoeging van videobeelden bijdragen aan een relatieve daling van het aantal fysieke consulten. Mogelijk

leidt dit tot een verlaging van de werkdruk op de huisartsenpost en tot een kostendaling. ■

LITERATUUR

1. Huibers L, Keizer E, Giesen P, Grol R, Wensing M. Nurse telephone triage: good quality associated with appropriate decisions. *Fam Pract* 2012;29:547-52.
2. Fleerackers L, Giesen P. Videotriage is nuttig, veilig en efficiënt. *Med Contact* 2020;75:20-3.
3. Eurostat. Individuals used a mobile phone (or smart phone) to access the internet. 2020. <https://bit.ly/3hQQiNL>. Geraadpleegd op 23 maart 2021.

De volledige literatuurlijst staat bij dit artikel op www.henw.org.

Smits M, Konings MA, Klabbers LCJ, Fleerackers HAM, Giesen PHJ. Het gebruik van videobeelden bij triage op de huisartsenpost. *Huisarts Wet* 2021;64(9):42-4. DOI:10.1007/s12445-021-1240-x. Radboudumc, Scientific Center for Quality of Healthcare [IQ healthcare], Radboud Institute for Health Sciences, Nijmegen: dr. M. Smits, postdoc, onderzoeker, marleen.smits@radboudumc.nl; M.A. Konings, basisarts [destijds coassistent]; L.C.J. Klabbers, basisarts [destijds coassistent]; dr. P.H.J. Giesen, huisarts, senior onderzoeker. Zorggroep Regio Oosterhout en Omstreken [ZORROO], Oosterhout: H.A.M. Fleerackers, huisarts, kaderarts Spoedzorg. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Uw diagnose

Krater op de huid

Een 65-jarige man komt bij de huisarts in verband met een snel (binnen 3 weken) gegroeide plek op zijn rechterwang. De plek is iets pijnlijk bij aanraken. De patiënt komt graag in de zon en heeft zijn jeugd in de tropen doorgebracht. Wat is uw diagnose?

1. Basaalcelcarcinoom
2. Actinische keratose
3. De ziekte van Bowen
4. Keratoacanthoom

➤ Het antwoord leest u op pagina 57 en op www.henw.org bij 'Uw diagnose' en de titel 'Krater op de huid'

Met dank aan André Moyakine, dermatoloog.



Foto: André Moyakine

Bijzondere aandoening gezien?

Denk dan aan onze H&W-rubriek Uw diagnose. Maak een goede en scherpe foto [of meerdere] van de bijzondere aandoening [minimaal 300 dpi of 1 Mb], met een duidelijke diagnose en toelichting op de diagnose. Mail uw bijdrage naar redactie@nhg.org onder vermelding van 'Uw diagnose'.