

Pilot-onderzoek naar het gebruik van telemedicine bij het beoordelen van het benauwde kind in de huisartsenpraktijk

Gepubliceerd: 11-11-2019 Laatst bijgewerkt: 09-04-2024

1. Komen beoordeling via telemedicine en een face-to-face beoordeling met elkaar overeen?
2. Komen beoordeling via telemedicine vanuit een huisartsenpraktijk en een face-to-face beoordeling met elkaar overeen?
3. Hoe waarderen ouders/patiënt de...

Ethische beoordeling	Goedgekeurd WMO
Status	Werving gestart
Type aandoening	Luchtweginfecties
Onderzoekstype	Observationeel onderzoek, zonder invasieve metingen

Samenvatting

ID

NL-OMON48278

Bron

ToetsingOnline

Verkorte titel

Beeldbellen in de huisartsenpraktijk

Aandoening

- Luchtweginfecties

Synoniemen aandoening

benauwdheid, Respiratoire klachten

Betreft onderzoek met

Mensen

Ondersteuning

Primaire sponsor: Rijnstate Ziekenhuis

Overige ondersteuning: Rijnstate

Onderzoeksproduct en/of interventie

Trefwoord: Benauwdheid, Huisarts, Kindergeneeskunde, Telemedicine

Uitkomstmaten

Primaire uitkomstmaten

Patient wordt op basis van klinisch beeld bij het lichamelijk onderzoek via beeldbellen door de kinderarts ingedeeld in één van de volgende drie groepen:

Groep 1: Patient moet worden opgenomen

Groep 2: Patient mag naar huis

Groep 3: *Ik twijfel tussen groep 1 en groep 2, ik wil patiënt in het echt zien*

Tijdens de FTF beoordeling wordt de patient ingedeeld in 2 groepen, namelijk:

1. Patient moet worden opgenomen
2. Patient mag naar huis

Er zijn 4 relevante combinaties mogelijk:

1. De patient wordt via TM en FTF in dezelfde groep ingedeeld.
2. De patient wordt via TM ingedeeld in groep 2 (mag naar huis) en via FTF in groep 1 (moet worden opgenomen). Dit is de meest risicovolle groep, wanneer er meer dan 10% van patiënten die via FTF moeten worden opgenomen maar via TM worden ingeschaald als mag naar huis zal voorafgaand aan deel 2 van het onderzoek worden overlegd met de METC. Naar onze mening is de TM beoordeling dan te risicovol om te continueren en/of een vervolgonderzoek te organiseren.
3. De patient wordt via TM in groep 3 (twijfelgeval, SEH-beoordeling)

ingedeeld. Dit is een veilige keuze, echter deze groep moet niet te groot worden omdat dan TM weinig toevoegt aan de praktijk.

4. De patient wordt via TM ingedeeld in groep 1 (moet worden opgenomen) en via FTF beoordeling in groep 2 (mag naar huis). Net als de vorige groep is dit niet erg, het betekent dat er via TM (te) voorzichtig wordt ingeschaald. Echter ook deze groep moet niet te groot worden. Indien de combinatie van 3. en 4. samen meer dan 50% van de patiënten behelst voegt naar onze mening TM te weinig toe aan de praktijk om een vervolgonderzoek te initiëren

Secundaire uitkomstmaten

Respiratory Observation Checklist voor objectiveren respiratoire symptomen

Duur van vertraging als gevolg van de beoordeling via telemedicine

Patienttevredenheid

Artsentevredenheid (zowel huisarts als kinderarts)

Toelichting onderzoek

Achtergrond van het onderzoek

Kinderen met (acute) benauwdheidsklachten zijn een veelvoorkomende verschijning op de spoedeisende hulp in Nederland. In het Rijnstate zien wij jaarlijks 1000 kinderen met benauwdheidsklachten op de spoedeisende hulp. Er is sprake van een seizoenspatroon met meer patiënten in het eerste en laatste kwartaal met een incidentiepiek in de maanden januari en februari conform het landelijke patroon (RIVM, 2013). Deze patiënten hebben een gemiddelde SEH- doorlooptijd van 2 uur oplopend tot 4 uur. Vijftig procent van de patiënten die op de SEH worden beoordeeld wordt opgenomen. Waarschijnlijk zijn de cijfers in andere perifere ziekenhuizen vergelijkbaar.

De patiënten die niet worden opgenomen hebben wel een significante belasting in het reizen naar het ziekenhuis en de wachttijd en behandeltijd op de spoedeisende hulp, welke wellicht kan worden voorkomen met behulp van beoordeling op afstand.

Te verwachten is dat het mogelijk is om met behulp van technologische hulpmiddelen het benauwde kind betrouwbaar op afstand te beoordelen, zowel in het ziekenhuis als in de huisartsenpraktijk. Door het op afstand beoordelen kan de kinderarts een inschatting maken of de patiënt naar huis kan of op de SEH moet worden gezien waardoor we verwachten dat minder patiënten de SEH zullen hoeven bezoeken. Tevens zijn de kinderen die wel op de SEH worden gezien al beoordeeld waardoor we verwachten dat de doorloop op de SEH sneller zal zijn. We verwachten dat de ouders / patiënt moeten wennen aan het op afstand beoordeeld worden, echter dat ze tevreden zullen zijn door de verminderde wacht- en reistijd.

Doel van het onderzoek

1. Komen beoordeling via telemedicine en een face-to-face beoordeling met elkaar overeen?
2. Komen beoordeling via telemedicine vanuit een huisartsenpraktijk en een face-to-face beoordeling met elkaar overeen?
3. Hoe waarderen ouders/patiënt de beoordeling met behulp van telemedicine?
4. Hoe waarderen huisarts/kinderarts de beoordeling met behulp van telemedicine?

Onderzoeksopzet

Deel 1:

Onderzoeken of apparatuur functioneert

Benauwde kinderen reeds op de spoedeisende hulp worden met behulp van telemedicine apparatuur beoordeelt door een kinderarts, waarna nadien de kinderarts nog langsloopt op de spoedeisende hulp om te verifiëren of het lichamelijk onderzoek van beide keren overeenkomt.

Indien het beeld overeenkomt kan worden overgegaan op deel 2 van het onderzoek.

Deel 2:

Onderzoeken of beoordeling op grotere afstand en op een andere plek ook functioneert, namelijk huisartsenpraktijken danwel de huisartsenpost.

Benauwde kinderen die de huisarts wil insturen worden allereerst in de huisartsenpraktijk beoordeeld op afstand, waarna ze op de spoedeisende hulp opnieuw worden beoordeeld om te verifiëren of het lichamelijk onderzoek van beide keren overeenkomt.

Inschatting van belasting en risico

Belasting is één of twee extra lichamelijke onderzoek waarvan één onderzoek via beoordeling op afstand is wat nieuw is voor patiënt en hulpverlening.

Vragenlijst na beoordeling op afstand.

Risico op patienten in deel 2 betreft een vertraging van een potentiële

behandeling van 15-30 minuten

Dit risico schatten wij in als minimaal omdat patiënt tijdens deze vertraging altijd in het bijzijn van een (huis)arts is.

Patiënten waar direct 1-1-2 voor wordt gebeld worden sowieso niet geïnccludeerd.

Indien kinderarts op afstand een ernstig benauwd kind ziet kan er alsnog ambulance worden geadviseerd in plaats van eigen vervoer wat potentiële transporttijd versneld.

Indien tijdens de beoordeling de aanwezige huisarts de patiënt klinisch vindt verslechteren is het ook vanuit de huisarts mogelijk 1-1-2 te alarmeren.

Een benauwde patiënt kan in theorie respiratoir insufficiënt worden, acute uitputting is met name relevant bij de allerkleinsten, welke echter niet worden geïnccludeerd in deze studie. De andere patiënten kunnen ook respiratoir insufficiënt worden, echter met een trager beloop waarbij het niet aankomt op 15-30 minuten.

Contactpersonen

Publiek

Rijnstate Ziekenhuis

Wagnerlaan 55
Arnhem 6815AD
NL

Wetenschappelijk

Rijnstate Ziekenhuis

Wagnerlaan 55
Arnhem 6815AD
NL

Locaties

Landen waar het onderzoek wordt uitgevoerd

Netherlands

Deelname eisen

Leeftijd

Adolescenten (12-15 jaar)

Adolescenten (16-17 jaar)

Kinderen (2-11 jaar)

Belangrijkste voorwaarden om deel te mogen nemen (Inclusiecriteria)

Kinderen met benauwdheidsklachten die door de huisarts worden ingestuurd voor beoordeling door kinderarts

Belangrijkste redenen om niet deel te kunnen nemen (Exclusiecriteria)

- Jonger dan 2 maanden
- Ouder dan 18 jaar
- Ex-prematuuren geboren <37 weken met post-conceptionele leeftijd < 48 weken
- Congenitale hartafwijking
- Syndroom van Down
- Immuundeficiëntie
- Longafwijking (Bronchopulmonale dysplasie, cystische fibrose)
- Onderliggende neurologische problemen
- (Anamnestic) Apnoe's
- Pediatrische patiënten met respiratoire klachten met intakeproblemen waar dreigende dehydratie op de voorgrond staat
- Patienten reeds door de huisarts behandeld met salbutamolpuffen danwel verneveling of gelijksoortige medicatie
- Vitaal bedreigde patiënt waarbij huisarts per direct 1-1-2 belt
- Technische problemen waardoor er na 10 minuten nog geen telemedicine-verbinding tot stand is gekomen

Onderzoeksopzet

Opzet

Type: Observationeel onderzoek, zonder invasieve metingen

Blinding: Open / niet geblindeerd

Controle:	Geen controle groep
Doel:	Organisatorisch/zorgonderzoek

Deelname

Nederland	
Status:	Werving gestart
(Verwachte) startdatum:	29-01-2020
Aantal proefpersonen:	40
Type:	Werkelijke startdatum

In onderzoek gebruikte producten en hulpmiddelen

Generieke naam:	Beeldbellen;beoordeling op afstand
Registratie:	Geregistreerd voor gebruik zoals toegepast in onderzoek

Ethische beoordeling

Goedgekeurd WMO	
Datum:	11-11-2019
Soort:	Eerste indiening
Toetsingscommissie:	CMO regio Arnhem-Nijmegen (Nijmegen)

Registraties

Opgevolgd door onderstaande (mogelijk meer actuele) registratie

Geen registraties gevonden.

Andere (mogelijk minder actuele) registraties in dit register

Geen registraties gevonden.

In overige registers

Register

CCMO

ID

NL68739.091.19