

LESA Radiologische diagnostiek

Bijlage 3 Knelpunten

Betrokken wetenschappelijke verenigingen zijn benaderd om knel- en verbeterpunten in te brengen ten aanzien van de aanvraag en uitvoering van radiologische diagnostiek bij patiënten uit de eerste lijn. Er is onderscheid gemaakt tussen knelpunten die horen bij specifieke radiologische diagnostiek en algemenere zaken, zoals samenwerking (met betrekking tot verwijzen en terugverwijzen), informatieoverdracht (onjuiste omschrijving van de aanvraagreden, terugkoppeling en duiding van resultaten, communicatie en informatiestromen), inhoudelijk (onjuiste indicatiestelling, fout-positieve bevindingen, ontbrekende kennis), coördinatie en organisatie van de zorg (wachttijden, bereikbaarheid, beschikbaarheid testen in NAW-uren, beleid honoreren aanvragen, toegang tot beelden, domeindiscussie (wie heeft welke verantwoordelijkheid), verantwoordelijkheden bij onverwachte uitslagen), en overige vraagstukken (kennishiaten in de richtlijn, wens en mondigheid patiënt, financiële barrières). Met de voorliggende teksten uit deze LESA worden deze knelpunten niet allemaal geadresseerd of opgelost. Deze lijst biedt wel belangrijke bespreekpunten voor regionaal overleg tussen huisartsen en radiologen over de inrichting en uitvoering van radiologische diagnostiek voor de eerste lijn. Daarnaast biedt het aanknopingspunten voor het kwaliteitsbeleid voor de komende jaren.

Algemene aandachtspunten

Samenwerking

- Wens voor 24/7 radiologische diagnostiek voor de huisarts, zonder tussenkomst van een poortarts/specialist, met name voor röntgenonderzoek van het bewegingsapparaat (zie [standpunt NVvR](#)).
- Goede toegankelijkheid radioloog voor overleg over verwijzing, vervolgonderzoek en terugkoppeling.
- Borgen van eenduidige informatie van radioloog en huisarts aan patiënt.
- Behoeftte aan argumenten voor bespreking met patiënt bij (geadviseerd) afwachtend beleid voor beeldvorming, bv-lijstjes 'don'ts' (Verstandig Kiezen in NL, Choosing Wisely in USA). Zie ook: www.demedischspecialist.nl
- Wens tot toegang tot radiologische beelden.

Aanvraag radiologische diagnostiek

- Het aanvragen van diagnostiek zonder klinische gegevens, duidelijke vraagstelling of resultaten van lichamelijk onderzoek (informatieoverdracht en inhoudelijk).
- Het gebruik van een onduidelijke of onjuiste indicatiestelling, modaliteit is ongeschikt voor vraagstelling of de aanvraag is niet klinisch relevant (inhoudelijk).
- Het aanvragen van diagnostiek voor paramedici via huisarts, zonder juiste indicatie (inhoudelijk en coördinatie).
- Onduidelijkheid over toegevoegde waarde aanvraag MRI in eerste lijn, er is praktijkvariatie (inhoudelijk).

Uitvoering radiologische diagnostiek

- Behoeftte aan kwaliteitsnormen voor echografie bij toenemend aantal echografieën gemaakt door huisartsen en paramedici (inhoudelijk).
- Combinatie beeldvorming en labonderzoek is lastig te plannen (coördinatie).
- Behoeftte aan afstemming gynaecologische en abdominale echografieën (inhoudelijk en coördinatie).

Verslaglegging radiologische diagnostiek

- Niet-eenduidige informatie van radioloog en huisarts aan patiënt (informatieoverdracht, coördinatie).
- Onduidelijkheid en verwarring over inhoud van verslag of beeldmateriaal, bijvoorbeeld door onjuiste interpretatie of begripsvorming door patiënten na inzage voorafgaand aan consult behandelend arts (informatieoverdracht).
- Ontbreken van afspraken over overleg tussen radioloog en huisarts wanneer diagnostisch onderzoek leidt tot verwijzing of vervolgonderzoek (informatieoverdracht, coördinatie).
- Ontbreken van afspraken over actie bij onverwachte bevindingen: verwijst radioloog meteen door naar tweede lijn of gaat patiënt eerst terug naar huisarts (informatieoverdracht, coördinatie).
- Niet-uniforme verslaglegging (informatieoverdracht, inhoudelijk).
- Geen duiding en interpretatie van beelden (informatieoverdracht, inhoudelijk).
- Ontbreken van kennis over testeigenschappen, zoals sensitiviteit en specificiteit (informatieoverdracht, inhoudelijk).
- Geen beschikbaarheid beelden op spreekuur van de huisarts (informatieoverdracht).
- Wens tot betere mogelijkheid telefonisch overleg en bereikbaarheid (informatieoverdracht).

Knelpunten ingebracht door de diverse beroepsgroepen

Beroepsgroep/ beroeps- vereniging	Knelpunt
Huisartsen / NHG	Het is wenselijk dat er 24/7 een mogelijkheid is voor röntgendiagnostiek door de huisarts (zonder tussenkomst poortarts/specialist). Dit is veel vriendelijker voor de patiënt, werkt vermoedelijk kostenbesparend en ontlast de drukke SEH. Een belangrijk en zeker ook passend onderwerp voor de LESA. Dit geldt voor de X-knie, voor de X-heup en andere röntgendiagnostiek van het bewegingsapparaat.
	Als diagnostisch onderzoek leidt tot vervolgonderzoek of interventie(s), pleit de NAS sterk voor overleg met de huisarts.
	Het is relevant dat verschillende zorgverleners dezelfde informatie geven naar de patiënt (naar algemeen).
	Radioloog beschrijft nogal eens COPD, terwijl dat later uit spirometrie niet blijkt, waarbij patiënt ongerust blijft over de genoemde aandoening (dit knelpunt is nog relevanter wanneer de patiënt mee kan kijken in zijn uitslagen (patiëntenportaal voor uitslagen).
	Is op een X-LWK betrouwbaar te onderscheiden of een wervelfractuur oud of nieuw is?
	Wat is de toegevoegde waarde van een MRI in de huisartsenpraktijk (onder andere bespreken van de evidence)? Binnen Nederland zijn grote regionale verschillen in de beschikbaarheid van een MRI van de knie (coördinatie en organisatie van zorg).
	Indicaties (ook bij kinderen): <ul style="list-style-type: none"> • wanneer Lauensteinopname aanvragen • wanneer echo • wanneer allebei Informatie over sensitiviteit/specifiteit bij coxartrose. Kliniek niet altijd leidend?
	Soms ontvangt de huisarts een beschrijvend verslag zonder conclusie of het pathologisch is, bijvoorbeeld over de grootte van de nieren, waardoor de interpretatie aan de huisarts wordt gelaten. Liever wel een eindconclusie in het verslag. Zowel voor het maken van een echo door een huisarts of door een laborant in de eerste of tweede lijn lijkt de inhoud van het verslag afhankelijk van de persoon van de radioloog. Graag meer uniformiteit in de verslagen.

Beroepsgroep/ beroeps- vereniging	Knelpunt
Huisartsen / NHG	<p>Wat is de sensitiviteit en specificiteit bij vermoeden cuffruptuur?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zijn er cijfers over interechografist variatie (eerstelijns laboratorium, fysiotherapeut, huisarts, tweedelijns laborant en radioloog)? • Er is een spanningsveld tussen verschillende zorgverleners hoe snel een echo van de schouder zinvol is. • Een fysiotherapeut doet sneller een echo dan de NHG-richtlijn adviseert (samenwerking). • Als afwachtend beleid voor een echo de voorkeur heeft, dan graag argumenten (munitie) voor bespreking met patiënt, bijvoorbeeld in de vorm van een lijst met don'ts, analoog aan de lijst van 'Choosing Wisely' in de VS. • Wat is de evidence over de termijn van echografie van de schouder (met name is een echo de eerste 6 weken of 3 maanden zinvol)?
	<p>Combi lab en beeldvorming is lastig te organiseren. Probleemgestuurd is vaak combi (bijvoorbeeld: trombosebeen).</p>
	<p>Onduidelijke indicatie en vraagstelling Info huisartsen is summier en soms geheel afwezig. Oplossingsrichting: indicatie en vraagstelling als obligate aanvinkoptie in ZorgDomein (opties dus eerste definiëren, dit is zeker een thema voor LESA).</p>
	<p>Misverstanden tijdens huisartsconsult na beeldvorming over gesprek radioloog en patiënt. Patiënt vertelt huisarts wat er moet gebeuren volgens de radioloog; dit is vaak een eigen interpretatie. Oplossingsrichting: Communicatieafspraken ook in LESA --> Beter definiëren waaruit de rapportage moet bestaan: 1) Duidelijke diagnose 2) Eventueel advies voor nader onderzoek, met redenering waarom 3) Eventueel advies voor verwijzing bij ernstige pathologie</p>
	<p>Huisartsen en fysiotherapeuten gaan zelf echo's maken. Wildgroei, kwaliteitsnormen niet geformuleerd. Oplossingsrichting: normen voor kwaliteit buiten LESA, indicaties wel in LESA formuleren; wordt door de SAN gezien als kerntaak LESA.</p>
	<p>Veel echo's van 'bultjes'. In LESA definiëren wanneer dat zinvol is. Echo schouder: moet dat altijd met X-schouder? In LESA vastleggen wanneer combi's als deze geïndiceerd zijn en waarom.</p>
	<p>Beelduitwisseling EDC met ziekenhuizen: technisch kan 'alles' , qua Privacy en 'politiek' veel hobbels.</p>
	<p>Beschrijving van bevindingen bij X-thorax zonder dat duidelijk is waar het bij kan passen/welke consequenties het heeft.</p>
	<p>Beschrijving van degeneratieve afwijkingen bij X-LWK. Volgens de NHG-Standaard Aspecifieke lagerugpijn zijn deze niet gerelateerd aan het voorkomen van rugpijn. Toch wordt deze uitslag, al dan niet via de assistente, aan de patiënt medegedeeld. De patiënt denkt dan al snel dat hij slijtage aan de rug heeft, en dat de klachten chronisch zijn. Een mogelijke oplossing is om bij de uitslagen te vermelden dat die afwijkingen vaak voorkomen en meestal niet gerelateerd zijn aan de klachten van de patiënt. Of geringe degeneratieve afwijkingen niet vermelden in het verslag.</p>
	<p>MRI LWK wordt soms door huisartsen aangevraagd, terwijl de interpretatie van de uitslag complex is. De bevindingen bij lichamelijk onderzoek moeten gerelateerd worden aan de bevindingen op MRI (niveau LRS – niveau eventueel discushernia). Dit is 1 van de redenen waarom aanvraag van MRI LWK door de huisarts niet wordt aanbevolen in de NHG-Standaard Lumbosacraal radiculair syndroom. Ik pleit ervoor dat MRI-LWK op aanvraag van de huisarts niet vergoed wordt.</p>

Beroepsgroep/ beroeps- vereniging	Knelpunt
Radiologen / NVvR	Onderzoeken aangevraagd door assistente/secretaresse zonder relevante klinische gegevens en/of zonder vraagstelling waar patiënt mee geholpen kan worden (bijvoorbeeld aanvraag echo buik. Aan patiënt vragen waar het pijn doet...)
	Bereikbaarheid huisartsenpraktijk in spoedgevallen moet verbeteren, geen bandjes van antwoordapparaten voor collega's!
	Het is anno 2020 te gek dat huisarts het nog steeds moeten doen met alleen het geschreven verslag. Het wordt tijd voor een verslag met beelden (met uitzondering van echografie).
	Aanvraag die geen klinische relevantie heeft (artrose bij oudere patiënt bijvoorbeeld is geen MRI voor nodig)
	Aanvraag zonder klinisch onderzoek. Niet gerichte vraagstellingen. Vraagstelling waar de modaliteit niet voor geschikt is. Vraagstelling die geen klinische relevantie heeft.
	Enorme toename van verwijzingen die de huisarts invult voor allerlei (alternatieve) gezondheidswerkers (fysio/osteopaat/manueel therapeut/chiropractor etcetera). Die patiënten komen vaak, zonder dat het onderzoek geïndiceerd is en zonder onderzoek door de huisarts, voor foto's en of scans en reageren dan ook nog geïrriteerd als ze onverrichter zake terug worden gestuurd (in hun eigen belang want ALARA en niet diagnostisch).
	De vergoeding voor de MRI's aangevraagd door de huisarts (wat ook een probleem is bij ons in Eindhoven). Niet alle verzekeraars vergoeden dat, waardoor uiteindelijk de patiënt met de rekening blijft zitten.
	Onderzoeken aangevraagd zonder adequaat lichamenlijk onderzoek (echo voor vraag abces, uitkomst na lichamenlijk onderzoek = HNP).
	Constante stroom X-BOZ voor diagnose 'coprostase' vanuit huisartsenpraktijken. Dit wordt echter op meer plaatsen gezien (Reber – Abdom Imaging 2018). Hiervoor zijn geen objectieve criteria en deze indicatie is dan ook achterhaald. X-BOZ is alleen nog geïndiceerd voor ileus, corpora aliena of lijnposities (Kellow – Radiology 2008). Volledig afschaffen.
	Nog steeds komen er aanvragen vanuit huisartsenpraktijken om fractuur uit te sluiten in os coccyx. Dit is zeer moeilijk te differentiëren van de vele vormvarianten en al jaren achterhaald. Palpatie met 2 vingers (een via rectaal toucher) is vele malen sensitiever en kan behandeling sturen. Volledig afschaffen.
Radiologie visitatie- rapporten	De huisartsen periodiek inzicht verschaffen in hun aanvraagpatroon zodat feedback voorhanden is op het eigen aanvraaggedrag.
	Structureel meten van de tevredenheid bij interne verwijzers en huisartsen en de resultaten daarvan gebruiken als input bij de beleidsontwikkeling.
	Reguliere informatiebijeenkomsten organiseren voor huisartsen en interne verwijzers. De huisartsen zien graag meer betrokkenheid van de radiologen bij bijscholingsactiviteiten.
	Uniforme wijze voor het terugkoppelen van onverwachte bevindingen aan huisarts/verwijzer.
	Bereikbaarheid van de radiologen voor overleg met de huisartsen verbeteren/continuïteit aanspreekpunt.

Beroepsgroep/ beroeps- vereniging	Knelpunt
Neurologen / NVN	De onverwachte bevinding: er wordt een werveltumor of cauda laesie gezien; wat dan? De radioloog moet dan officieel de huisarts bellen om de patiënt te laten verwijzen. Maar is dat in dergelijke situaties voor de patiënt de beste vervolgstap?
	Inzagerecht: de patiënt kan de uitslag zien voordat deze besproken is door de huisarts, dat kan aanleiding geven tot veel verwarring.
	Beeld is onzichtbaar voor de huisarts. Het heeft geen zin een radiologisch onderzoek te doen dat je niet op het spreekuur kan laten zien aan de patiënt. Een mondelinge uitleg van een scan of zelfs van een gewone röntgenfoto is voor de meeste niet-medisch geschoolde patiënten totaal onbegrijpelijk.
	Verwijzing: wat te doen door de huisarts bij een MRI met een HNP of stenose. Het gevaar bestaat dat patiënten vervolgens, zonder dat de relevante klinische informatie op waarde geschat is, te snel doorverwezen worden naar een ZBC voor operatieve behandeling zonder dat andere opties goed doorgesproken zijn.
	Uitleg: de interpretatie van de MRI is sterk afhankelijk van de aanvrager: neurologen zien nogal eens verklarende afwijkingen (discopathie, facetartrose, scoliose, etc.), die uitleg aan de patiënt behoeven of niet beschreven zijn. Zij zijn ook bij uitstek de deskundige op het gebied van interpretatie van de MRI in relatie tot klinische bevindingen (leden van de werkgroep Pijn zijn bereid om deel te nemen aan een schriftelijke commentaarronde, als lid van een klankbordgroep.)
MDL-artsen / NVMDL	Echo abdomen in diagnostisch centrum – gezien aard van onderzoek is volledige revisie niet mogelijk waardoor onderzoek in ziekenhuis wordt overgedaan. Overleg over onderzoek niet goed mogelijk – bereikbaarheid, tijdgebrek, geen korte lijnen – binnen omgeving ziekenhuis zijn deze lijnen (veel) korter en efficiënter.
Gynaecologen / NVOG	Afstemming tussen gynaecologische en abdominale echo. Enerzijds hebben we als NVOG onze eigen afspraken met het NHG voor het aanvragen van een transvaginale (gynaecologische) echo door de eerste lijn. Anderzijds herkennen we allemaal het probleem van de 'gevonden bevindingen' als myomen en ovariumcysten op een abdominale echo aangevraagd door de eerste lijn en gevonden door afdeling radiologie. Vooral de ovariumcysten variëren: enerzijds tussen follikels, die verdwenen zijn als patiënte het gynaecologisch spreekuur uiteindelijk bereikt; anderzijds de cystes die wel degelijk een gynaecologisch consult rechtvaardigen: soms belt de radioloog en spreekt meteen een consult af, soms loopt dit via de huisarts. Er zijn ook radiologen die tegenwoordig onze richtlijn 'het vergrote ovarium' raadplegen en dan op basis van de flow charts een advies formuleren (bijv. afwachten), waarbij dit lastig is omdat de anamnese ontbreekt en bijv. de duiding in de context (wel/geen kinderwens). Dit knelpunt laat zich samenvatten in organisatie van zorg, maar ook indicatie stelling tot abdominale echo. Hetzelfde geldt voor een 'verdikt endometrium', dat gevonden kan worden bij abdominale echo: deze patiënten worden verwezen. Waren ze echter primair voor een gynaecologische echo verwezen, dan had er een ander beleid (mogelijk) uit voortgevloeid. Dus een knelpunt kan zijn: afstemming tussen gynaecologische echo en abdominale echo.
Cardiologen / NVVC	Zelfde dag uitslag X-thorax.
	Adequate duiding van de bevindingen (wat is de consequentie van de bevinding, bijv. directe actie zoals bij pneumothorax of verwijzing naar longarts bij longtumor of bevinding kan vervolgd worden over een jaar).
	Geen wachttijden voor een X-thorax.
	Aanvrager moet de X-thorax zelf kunnen inzien. Telefonisch overleg met de radioloog mogelijk.
Orthopeden / NOV	MRI LWK en knie: daar is wel een issue, hier wordt veel op gezien, wat vaak geen consequenties heeft: dit vereist grotere expertise en ervaring. Hier is een inhoudelijk issue.
	MRI knie slecht te interpreteren voor huisarts voor behandeling. Bij patiënten > 50 jaar alleen op strikte indicatie. Dus mogelijk veel overdiagnostiek.

Beroepsgroep/ beroeps- vereniging	Knelpunt
Reumatologen / NVR	Algemene communicatie met de afdeling radiologie over verwijzing (aanvraag beschrijving en hulpvraag) en terugkoppeling van verslag (is de boodschap helder, geeft de conclusie antwoord op mijn vragen?): 5% geeft aan ontevreden te zijn waar 15% aangeeft niet tevreden en niet ontevreden te zijn.
	Reumatologen in de tweede lijn hebben grotendeels een periodiek overleg met de radiologie. Hierin zijn wel verbeteringen mogelijk op gebied van informatieoverdracht of inrichting van type overdracht (persoonlijk, in groep of telefonisch).
	Onbekendheid met protocollen (MRI aanvragen). Kennis over MRI ontoereikend m.b.t.: 1. Indiciestelling (15% heeft onvoldoende kennis van MRI om een vraagstelling goed te formuleren). 2. Volledigheid (aanvraag, vraagstelling); tot 40% van de tweedelijns reumatologen is niet tot soms bekend met MRI-protocollen.
	Meer onderwijs van radiologie voor de interpretatievaardigheden en technische mogelijkheden en beperkingen (MRI). Tweedelijns reumatologen geven aan betere voorlichting op de poli te kunnen voorzien bij meer kennis van MRI-mogelijkheden en -beperkingen. Ons is niet bekend of huisartsen dit ook willen.
	Verslaglegging onvoldoende helder voor niet radiologische specialisten. Oplossing: verslag verrijken met IMA-nummers en pijlen bij benoemde afwijkingen en/of bijzonderheden. 95% geeft aan graag een verrijkte verslag te zien. Kanttekening: voor huisartsen die geen of beperkt beelden kunnen inkijken is dit niet/minder relevant.
Patiënten- federatie	Onderzoeken duren te lang, vervelende houdingen en pijnklachten tijdens/na onderzoek.
	Onnodig onderzoek (herhaling na doorverwijzing, overbodige controles, eerdere onderzoek niet juist).
	Bescherming tegen (onnodige) straling en meer voorlichting aan patiënten over straling.
	Claustrofobie bij liggen in of onder apparaat.
	Schadelijk gebruik contrastmiddelen.
	Patiënten willen graag radiologie beelden kunnen zien bij huisartsen en medisch specialist. Patiënten willen graag sneller de uitslag krijgen.

Knelpunten per hoofdstuk

Tabel hoofdstuk 4: Knelpunten echografie van het abdomen

Beroeps-groep/ beroeps- vereniging	Knelpunt	Categorie
Gynaecologen / NVOG	<p>Afstemming tussen gynaecologische echo en abdominale echo.</p> <p>Eenzijds hebben we als NVOG onze eigen afspraken met het NHG voor het aanvragen van transvaginale (gynaecologische) echo door de eerste lijn. Anderzijds herkennen we allemaal het probleem van de 'gevonden bevindingen' als myomen en ovariumcysten op een abdominale echo aangevraagd door de eerste lijn en gevonden door afdeling radiologie. Vooral de ovariumcysten variëren: enerzijds tussen follikels die verdwenen zijn als patiënte het gynaecologisch spreekuur uiteindelijk bereikt; anderzijds de cystes die wel degelijk een gynaecologisch consult rechtvaardigen: soms belt de radioloog en spreekt meteen een consult af, soms loopt dit via de huisarts. Er zijn ook radiologen die tegenwoordig onze richtlijn 'het vergrote ovarium' raadplegen en dan op basis van de flow charts een advies formuleren (bijv. afwachten), waarbij dit lastig is omdat de anamnese ontbreekt en bijv. de duiding in de context (wel/geen kindervens). Dit knelpunt laat zich samenvatten in organisatie van zorg, maar ook indicatie stelling tot abdominale echo.</p> <p>Hetzelfde geldt voor een 'verdikt endometrium', dat gevonden kan worden bij abdominale echo: deze patiënten worden verwezen. Waren ze echter primair voor een gynaecologische echo verwezen, dan had er een ander beleid (mogelijk) uit voortgevloeid. Dus een knelpunt kan zijn: afstemming tussen gynaecologische echo en abdominale echo.</p>	<input checked="" type="checkbox"/> Informatieoverdracht <input checked="" type="checkbox"/> Inhoudelijk <input checked="" type="checkbox"/> Coördinatie & organisatie van zorg <input checked="" type="checkbox"/> Echo abdom
Neurologen / NVN	<p>Beeld is onzichtbaar voor de huisarts. Het heeft geen zin een radiologisch onderzoek te doen dat je niet op het spreekuur kan laten zien aan de patiënt. Een mondelinge uitleg van een scan of zelfs van een gewone röntgenfoto is voor de meeste niet-medisch geschoolde patiënten totaal onbegrijpelijk.</p>	<input checked="" type="checkbox"/> Informatieoverdracht <input checked="" type="checkbox"/> Echo abdom
Huisartsen / SAN Centra voor medische diagnostiek	<p>Misverstanden tijdens huisartsconsult na beeldvorming over gesprek radioloog-patiënt</p> <p>Patiënt vertelt huisarts wat er moet gebeuren volgens radioloog, is vaak eigen interpretatie</p> <p>Oplossingsrichting:</p> <p>Communicatieafspraken ook in LESA--> Beter definiëren waaruit de rapportage moet bestaan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Duidelijke diagnose 2. Eventueel advies voor nader onderzoek, met redenering waarom 3. Eventueel advies voor verwijzing bij ernstige pathologie 	<input checked="" type="checkbox"/> Samenwerking <input checked="" type="checkbox"/> Informatieoverdracht <input checked="" type="checkbox"/> Echo abdom

Beroeps- groep/ beroeps- vereniging	Knelpunt	Categorie
Radiologen / NVvR	Onderzoeken aangevraagd door assistente/ secretaresse zonder relevante klinische gegevens en/of zonder vraagstelling waar patiënt mee geholpen kan worden (bijvoorbeeld aanvraag: echo buik. Aan patiënt vragen waar het pijn doet...)	<input checked="" type="checkbox"/> Samenwerking <input checked="" type="checkbox"/> Informatieoverdracht <input checked="" type="checkbox"/> Echo abdom
Radiologen / NVvR	Aanvraag die geen klinische relevantie heeft (artrose bij oudere patiënt bijvoorbeeld is geen MRI voor nodig).	<input checked="" type="checkbox"/> Inhoudelijk <input checked="" type="checkbox"/> Echo abdom
Radiologen / NVvR	Onderzoeken aangevraagd zonder adequaat lichamelijk onderzoek (echo voor vraag abces, uitkomst na lichamelijk onderzoek = HNP).	<input checked="" type="checkbox"/> Informatieoverdracht <input checked="" type="checkbox"/> Inhoudelijk <input checked="" type="checkbox"/> Echo abdom
Radiologen / NVvR	Aanvraag zonder klinisch onderzoek. Niet gerichte vraagstellingen. Vraagstelling waar de modaliteit niet voor geschikt is. Vraagstelling die geen klinische relevantie heeft.	<input checked="" type="checkbox"/> Informatieoverdracht <input checked="" type="checkbox"/> Inhoudelijk <input checked="" type="checkbox"/> Echo abdom
Radiologen / NVvR	Enorme toename van verwijzingen die de huisarts invult voor allerhande (alternatieve) gezondheidswerkers (fysio/osteopaat/manueel therapeut/chiropractor etc.) Die patiënten komen vaak, zonder dat het onderzoek geïndiceerd is en zonder onderzoek door de huisarts voor foto's en of scans en reageren dan ook nog geïrriteerd als ze onverrichter zake terug worden gestuurd (in hun eigen belang want ALARA en niet diagnostisch).	<input checked="" type="checkbox"/> Inhoudelijk <input checked="" type="checkbox"/> Coördinatie & organisatie van zorg <input checked="" type="checkbox"/> Echo abdom
Huisartsen / NHG-Adviesraad Standaarden	Soms ontvangt de huisarts een beschrijvend verslag zonder conclusie of het pathologisch is, bijvoorbeeld grootte nieren en dergelijke, waardoor de interpretatie aan de huisarts wordt gelaten. Liever wel een eindconclusie in het verslag.	<input checked="" type="checkbox"/> Informatieoverdracht <input checked="" type="checkbox"/> Echo abdom

Tabel Hoofdstuk 5: knelpunten echografie van wekedelenzwelling(en)

Beroeps-groep/ beroeps- vereniging	Knelpunt	Categorie
Huisartsen / SAN Centra voor medische diagnostiek	'Huisartsen en fysiotherapeuten gaan zelf echo's maken. Wildgroei, kwaliteitsnormen niet geformuleerd. Oplossingsrichting: normen voor kwaliteit buiten LESA. Indicaties wel in LESA formuleren; wordt door de SAN gezien als kerntaak LESA.	<input checked="" type="checkbox"/> Inhoudelijk <input checked="" type="checkbox"/> Echo weke delen
Huisartsen / SAN Centra voor medische diagnostiek	Veel echo's van 'bultjes'. In LESA definiëren wanneer dat zinvol is.	<input checked="" type="checkbox"/> Inhoudelijk <input checked="" type="checkbox"/> Echo weke delen
Huisartsen / SAN Centra voor medische diagnostiek	Onduidelijke indicatie en vraagstelling. Info huisartsen is summier en soms geheel afwezig. Oplossingsrichting: indicatie en vraagstelling als obligate aanvinkoptie in ZorgDomein (opties dus eerste definiëren, dit is zeker een thema voor LESA's).	<input checked="" type="checkbox"/> Inhoudelijk <input checked="" type="checkbox"/> Echo weke delen
Radiologen / NVvR	Onderzoeken aangevraagd door assistente/secretaresse zonder relevante klinische gegevens en/of zonder vraagstelling waar patiënt mee geholpen kan worden (bv aanvraag: echo buik. Aan patiënt vragen waar het pijn doet...)	<input checked="" type="checkbox"/> Samenwerking <input checked="" type="checkbox"/> Informatieoverdracht <input checked="" type="checkbox"/> Echo weke delen
Radiologen / NVvR	Aanvraag zonder klinisch onderzoek. Niet gerichte vraagstellingen. Vraagstelling waar de modaliteit niet voor geschikt is. Vraagstelling die geen klinische relevantie heeft.	<input checked="" type="checkbox"/> Informatieoverdracht <input checked="" type="checkbox"/> Inhoudelijk <input checked="" type="checkbox"/> Echo weke delen
Radiologen / NVvR	Enorme toename van verwijzingen die de huisarts invult voor allerlei (alternatieve) gezondheidswerkers (fysio/osteopaat/manueel therapeut/chiropractor et cetera). Die patiënten komen vaak, zonder dat het onderzoek geïndiceerd is en zonder onderzoek door de huisarts voor foto's en of scans en worden dan ook nog geïrriteerd als ze onverrichter zaken terug worden gestuurd (in hun eigen belang want ALARA en niet diagnostisch).	<input checked="" type="checkbox"/> Inhoudelijk <input checked="" type="checkbox"/> Coördinatie & organisatie van zorg <input checked="" type="checkbox"/> Echo weke delen

Tabel hoofdstuk 6: knelpunten echografie schouder

Beroeps-groep/ beroeps- vereniging	Knelpunt	Categorie
Huisartsen / SAN Centra voor medische diagnostiek	Huisartsen en fysiotherapeuten gaan zelf echo's maken. Wildgroei, kwaliteitsnormen niet geformuleerd. Oplossingsrichting: normen voor kwaliteit buiten LESA, Indicaties wel in LESA te formuleren; wordt door de SAN gezien als kerntaak LESA.	<input checked="" type="checkbox"/> Inhoudelijk <input checked="" type="checkbox"/> Echo schouder
Huisartsen / SAN Centra voor medische diagnostiek	Veel echo's van 'bultjes'. In LESA definiëren wanneer dat zinvol is. Echo schouder: moet dat altijd met x-schouder? In LESA vastleggen wanneer combi's als deze geïndiceerd zijn en waarom.	<input checked="" type="checkbox"/> Inhoudelijk <input checked="" type="checkbox"/> Echo schouder

Tabel hoofdstuk 7: knelpunten X-thorax

Beroeps-groep/ beroeps- vereniging	Knelpunt	Categorie
Huisartsen / NHG-Adviesraad Standaarden	Radioloog beschrijft nogal eens COPD, terwijl dat later uit spirometrie niet blijkt, waarbij patiënt ongerust blijft over de genoemde aandoening (dit knelpunt is nog relevanter wanneer de patiënt mee kan kijken in zijn uitslagen (patiëntenportaal voor uitslagen).	<input checked="" type="checkbox"/> Informatieoverdracht <input checked="" type="checkbox"/> Inhoudelijk <input checked="" type="checkbox"/> X-Thorax
Radiologen / NVvR	Het is anno 2020 te gek dat huisartsen het nog steeds moeten doen met alleen het geschreven verslag. Het wordt tijd voor een verslag met beelden (met uitzondering van echografie).	<input checked="" type="checkbox"/> Informatieoverdracht <input checked="" type="checkbox"/> Coördinatie & organisatie van zorg <input checked="" type="checkbox"/> X-Thorax
Huisartsen / NHG	Beschrijving van bevindingen bij X-thorax zonder dat het duidelijk is waar het bij kan passen/welke consequenties het heeft.	<input checked="" type="checkbox"/> Informatieoverdracht <input checked="" type="checkbox"/> X-Thorax
Cardiologen / NVVC	Zelfde dag uitslag X-thorax.	<input checked="" type="checkbox"/> Informatieoverdracht <input checked="" type="checkbox"/> Coördinatie & organisatie van zorg <input checked="" type="checkbox"/> X-Thorax
Cardiologen / NVVC	Adequate duiding van de bevindingen (wat is de consequentie van de bevinding, bijv. directe actie zoals bij pneumothorax of verwijzing naar longarts bij longtumor of bevinding kan vervolgd worden over een jaar).	<input checked="" type="checkbox"/> Informatieoverdracht <input checked="" type="checkbox"/> Inhoudelijk <input checked="" type="checkbox"/> X-Thorax
Cardiologen / NVVC	Geen wachttijden voor een X-thorax.	<input checked="" type="checkbox"/> Coördinatie & organisatie van zorg <input checked="" type="checkbox"/> X-Thorax
Cardiologen / NVVC	Aanvrager moet de X-thorax zelf kunnen inzien.	<input checked="" type="checkbox"/> Coördinatie & organisatie van zorg <input checked="" type="checkbox"/> X-Thorax
Cardiologen / NVVC	Telefonisch overleg met de radioloog mogelijk.	<input checked="" type="checkbox"/> Samenwerking <input checked="" type="checkbox"/> Informatieoverdracht <input checked="" type="checkbox"/> X-Thorax

Tabel hoofdstuk 8: knelpunten X-LWK (lumbale wervelkolom)

Beroeps-groep/ beroeps- vereniging	Knelpunt	Categorie
Orthopeden / NOV	MRI LWK en knie: daar is wel een issue, hier wordt veel op gezien wat vaak geen consequenties heeft: dit vereist grotere expertise en ervaring. Hier is een inhoudelijk issue.	<input checked="" type="checkbox"/> inhoudelijk
Neurologen / NVN	<i>Verwijzing:</i> wat te doen door de HA bij een MRI met een HNP of stenose. Het gevaar bestaat dat patiënten vervolgens, zonder dat de relevante klinische informatie op waarde geschat is, te snel doorverwezen worden naar een ZBC voor operatieve behandeling zonder dat andere opties goed doorgesproken zijn.	<input checked="" type="checkbox"/> overig
Neurologen / NVN	<i>Uitleg:</i> de interpretatie van de MRI is sterk afhankelijk van de aanvrager: neurologen zien nogal eens verklarende afwijkingen (discopathie, facetartrose, scoliose, etc.), die uitleg aan de patiënt behoeven of niet beschreven zijn. Zij zijn ook bij uitstek de deskundige op het gebied van interpretatie van de MRI in relatie tot klinische bevindingen.	<input checked="" type="checkbox"/> inhoudelijk
Radiologen / NVvR	De vergoeding voor de MRI's aangevraagd door de huisarts (wat ook een probleem is bij ons in Eindhoven). Niet alle verzekeraars vergoeden dat, waardoor uiteindelijk de patiënt met de rekening blijft zitten.	<input checked="" type="checkbox"/> overig
Huisartsen / NHG	Beschrijving van degeneratieve afwijkingen bij X-LWK. Volgens de NHG-Standaard Aspecifieke lagerugpijn zijn deze niet gerelateerd aan het voorkomen van rugpijn. Toch wordt deze uitslag, al dan niet via de assistente, aan de patiënt medegedeeld. De patiënt denkt dan al snel dat hij slijtage aan de rug heeft, en dat de klachten chronisch zijn. Een mogelijke oplossing is om bij de uitslagen te vermelden dat die afwijkingen vaak voorkomen en meestal niet gerelateerd zijn aan de klachten van de patiënt. Of geringe degeneratieve afwijkingen niet vermelden in het verslag.	<input checked="" type="checkbox"/> inhoudelijk
Huisartsen / NHG	MRI LWK wordt soms door huisartsen aangevraagd, terwijl de interpretatie van de uitslag complex is. De bevindingen bij lichamelijk onderzoek moeten gerelateerd worden aan de bevindingen op MRI (niveau LRS – niveau evt. discushernia). Dit is 1 van de redenen waarom aanvraag van MRI LWK door de huisarts niet wordt aanbevolen in de NHG-Standaard LRS. Ik pleit ervoor dat MRI-LWK op aanvraag van de huisarts niet vergoed wordt.	<input checked="" type="checkbox"/> coördinatie & organisatie van zorg

Tabel hoofdstuk 9: knelpunten X-knie

Beroeps-groep/ beroeps- vereniging	Knelpunt	Categorie
Orthopeden / NOV	MRI LWK en knie: daar is wel een issue, hier wordt veel op gezien wat vaak geen consequenties heeft: dit vereist grotere expertise en ervaring. Hier is een inhoudelijk issue.	<input checked="" type="checkbox"/> Samenwerking <input checked="" type="checkbox"/> inhoudelijk <input checked="" type="checkbox"/> MRI LWK <input checked="" type="checkbox"/> MRI Knie
Orthopeden / NOV	MRI knie slecht te interpreteren voor huisarts voor de behandeling. Bij patiënten > 50 jaar alleen op strikte indicatie. Dus mogelijk veel overdiagnostiek.	<input checked="" type="checkbox"/> Samenwerking <input checked="" type="checkbox"/> inhoudelijk <input checked="" type="checkbox"/> MRI Knie
Reumatologen / NVR	Aanvraag die geen klinische relevantie heeft (artrose bij oudere patiënt bijvoorbeeld is geen MRI voor nodig).	<input checked="" type="checkbox"/> inhoudelijk <input checked="" type="checkbox"/> coördinatie & organisatie van zorg <input checked="" type="checkbox"/> MRI Knie