

Cognitieve bias bij telefonische triage

In de rubriek (Ver)Stand van zaken geeft de aiotho (arts-in-opleiding tot huisarts-onderzoeker) een korte samenvatting van de literatuur die heeft geleid tot de belangrijkste onderzoeksvraag waarop hij/zij aan het promoveren is. De coördinatie van de rubriek is in handen van: N. Rasenberg, Erasmus MC, aiotho en redactielid H&W • Correspondentie: n.rasenberg@erasmusmc.nl

PRAKTIJKVRAAG

Hoe kunnen we de kwaliteit en veiligheid van telefonische triage op de huisartsenpost verbeteren voor patiënten met eventuele acute cardiovasculaire ziekten?

HUIDIGE BELEID

Op de huisartsenpost vindt telefonische triage plaats met als doel urgentiebepaling. Sinds 2011 gebruiken veel huisartsenposten de Nederlandse Triage Standaard als beschikbare hulpmiddel voor triage. Fouten in de urgentiebepaling kunnen resulteren in calamiteiten. In calamiteitenonderzoek wordt cognitieve bias vaak als mogelijke oorzaak of belangrijke bijdragende factor genoemd. Met cognitieve bias wordt een manier van denken bedoeld die leidt tot systematische fouten in de oordeelvorming.¹

RELEVANTIE VOOR DE HUISARTS

Het missen van acute cardiovasculaire ziekten is een van de meestvoorkomende calamiteiten op huisartsenposten in Nederland. Jaarlijks vinden er circa tien tot vijftien calamiteiten plaats op huisartsenposten in de regio Utrecht; dat komt neer op gemiddeld twee calamiteiten per post. Circa 75% van de calamiteiten betreft het missen van een acute cardiovasculaire ziekte. Het gaat hoofdzakelijk om de diagnose acuut coronair syndroom. Acuut aneurysma van de aorta abdominalis en longembolie bezetten de tweede plaats. Een gemiste diagnose kan door onjuiste, uitgestelde of ontbreken van de benodigde behandeling leiden tot ernstige schade en zelfs tot overlijden van patiënten. Tijdige herkenning en een juiste urgentiebepaling van acute cardiovasculaire ziekten zijn dus van levensbelang. Een hypothese vanuit calamiteitenonderzoek is dat cognitieve bias tijdige herkenning en juiste urgentiebepaling van acute cardiovasculaire ziekten in de weg staat. Cognitieve bias kan bovendien niet alleen leiden tot een te lage urgentie, maar ook tot een te hoge urgentie resulterend in bijvoorbeeld onnodige ambulanceritten.

STAND VAN ZAKEN IN DE LITERATUUR

Het is nog onduidelijk welke rol cognitieve bias daadwerkelijk speelt bij oordeelvorming tijdens telefonische triage. Bovendien is het de vraag of cognitieve bias niet óók optreedt tijdens telefonische triage in casuïstiek die niet tot calamiteiten heeft geleid.

Het begrip cognitieve bias komt oorspronkelijk uit de cognitieve psychologie en werd in 1972 geïntroduceerd door Tversky

en Kahneman. Nadat Kahneman in 2002 de Nobelprijs voor zijn werk ontving, groeide de aandacht voor dit begrip, ook in de geneeskunde.¹ In medische literatuur over cognitieve bias worden tientallen soorten cognitieve bias beschreven, waaronder confirmation bias. Confirmation bias betreft de neiging om enkel informatie te verzamelen waarmee de eigen mening (bijvoorbeeld een diagnose) kan worden bevestigd, terwijl disproportioneel minder aandacht wordt besteed aan het verzamelen van informatie die de eigen mening ontkracht.² Cognitieve bias wordt vaak beschreven als primaire oorzaak voor diagnostische fouten, maar stevig wetenschappelijk bewijs hiervoor ontbreekt. De meerderheid van medisch (besliskundig) onderzoek naar cognitieve bias betreft hypothetische vignetonderzoeken met als belangrijkste beperking dat deze onderzoeken in experimentele omstandigheden zijn uitgevoerd en daarmee niet zonder meer vergelijkbaar zijn met de oordeelvorming tijdens telefonische triage op huisartsenposten. De toepasbaarheid van de resultaten van dergelijk onderzoek in de dagelijkse praktijk wordt betwist. Zo komt in calamiteitenonderzoek de relatie tussen fouten in het diagnostisch beslisproces en de invloed van cognitieve bias vaak naar voren, maar deze retrospectieve analyses worden sterk gekleurd door kennis van de uitkomst.³ Onderzoek naar telefonische triagegesprekken in de dagelijkse praktijk, waarbij de mening over (aan-/afwezigheid van) bias wordt bepaald zonder kennis over de uitkomst, vormt dus een innovatief onderzoeksgebied en kan bijdragen aan betere kwaliteit van de telefonische triage.

CONCLUSIE

De rol van cognitieve bias bij *real life* oordeelvorming tijdens telefonische triage van acute cardiovasculaire ziekten op huisartsenposten is onduidelijk. Door cognitieve bias in deze setting beter te begrijpen, kunnen wij verbetering voor telefonische triage en beoordeling van calamiteiten voorstellen met een wetenschappelijke onderbouwing.

BELANGRIJKSTE ONDERZOEKSVRAAG

In hoeverre verschillen conversaties op aspecten die een risico vormen op cognitieve bias tussen telefonische contacten waarbij sprake was van een te hoge urgentie, een te lage urgentie en een accurate urgentie, voor patiënten met mogelijke acute cardiovasculaire ziekten? ■

LITERATUUR

- 1 Kahneman D. Thinking fast and slow. New York: Doubleday, 2011.
- 2 Croskerry P. The importance of cognitive errors in diagnosis and strategies to minimize them. Acad Med 2003;78:775-80.
- 3 Wears RL, Nemeth CP. Replacing hindsight with insight: toward better understanding of diagnostic failures. Ann Emerg Med 2007;49:206-9.

UMC Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns geneeskunde, Postbus 85500, 3508 GA Utrecht: C. Erkelens, aiotho, project 'Safety First' • Correspondentie: D.C.A.Erkelens@umcutrecht.nl