

Telefonisch advies en triage tijdens de dienst

Paul Giesen, Els van der Wilden-van Lier,
Henk Schers, Jaap Schreuder, Guus Busser

Inleiding

Overall in Nederland verdwijnen kleinschalige waarneemgroepen om plaats te maken voor grootschalige centrale huisartsenposten. Naar schatting is per januari 2001 meer dan 60% van alle huisartsen aangesloten bij een centrale huisartsenpost.¹⁻⁶ Dokterassistenten hebben op deze centrale huisartsenposten een belangrijke functie in de afhandeling van telefoongesprekken van patiënten gekregen: zij werken onder supervisie van een huisarts en helpen de patiëntenstroom te verdelen in wel of niet spoedeisend, verdelen de hulpvragen in (telefonisch) consult of visite. Daarnaast hebben zij een adviserende functie bij eenvoudige klachten.⁷

Het relatief grote aantal klachten over dienstsituaties in (kleinschalige) waarneemgroepen bij het regionaal Tuchtcollege^{8,9} suggereert dat de huisartsenzorg tijdens de dienst minder optimaal is dan overdag, mogelijk door het gebrek aan persoonlijke continuïteit, het meestal ontbrekende patiëntendossier en een te restrictief beleid waarbij er geen consult of visite wordt gedaan als dat niet strikt nodig is.

Binnen de Coöperatieve Huisartsendienst Nijmegen (CHN)⁴ worden klachten van patiënten over het functioneren van assistentes, artsen en/of de organisatie geïnventariseerd en geanalyseerd door de Interne Kwaliteitscommissie. Deze commissie, die bestaat uit vier huisartsen, een jurist en de directeur van de centrale post, brengt vervolgens advies uit aan het bestuur over de te treffen maatregelen.

De kwaliteitscommissie ontving een casus die relevante aspecten in de huisartsgeneeskundige zorg tijdens de dienst blootlegt. We zullen in deze klinische les eerst de casus beschrijven, vervolgens analyseren, beleidsconsequenties beschrijven waarna wij afsluiten met een beschouwing.

Auteursgegevens

VOHA/Faculteit der Medische Wetenschappen KU Nijmegen, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen: Paul Giesen, Henk Schers, Jaap Schreuder en Guus Busser, huisartsen; Els-van der Wilden-van Lier, arts en inspecteur voor de gezondheidszorg Regio Noordoost Brabant
Correspondentie: P. Giesen, e-mail: p.giesen@hsv.kun.nl
Mogelijke belangenverstrengeling: Paul Giesen en Jaap Schreuder zijn bestuurslid en Guus Busser is medisch directeur van de Coöperatieve Huisartsendienst Nijmegen (CHN).

De casus

Om de anonimiteit te waarborgen hebben we niet essentiële onderdelen van de casus veranderd. Ook verbatims van de bandopnames zijn overgenomen.

EERSTE TELEFONISCHE CONTACT

De heer Velthuis belt naar de eigen huisartspraktijk om een afspraak te maken voor zijn zoon Pieter van negen jaar. De doktersassistente antwoordt dat er pas over twee dagen plaats is. Vervolgens vertelt de heer Velthuis wat er aan de hand is: Pieter heeft sinds dezelfde dag koorts, buikpijn en diarree.

De doktersassistente denkt aan een virale gastro-enteritis, stelt vader gerust en geeft het advies Pieter veel te laten drinken, conform de NHG-Standaard Acute diarree. Een afspraak wordt door de doktersassistente niet nodig geacht. Er werd geen notitie gemaakt van het gesprek en er vond geen toetsing plaats door de huisarts.

TWEDE TELEFONISCH CONTACT

Drie dagen later belt de heer Velthuis tijdens de dienst. Hij wordt doorgeschakeld naar de Centrale Huisartsenpost Nijmegen (CHN) waar een andere doktersassistente de telefoon opneemt.

De heer Velthuis vertelt: 'Mijn zoontje Pieter heeft sinds enkele dagen buikpijn met koorts en diarree. Ik dacht dat het eerst beter ging, maar het hield maar niet op en Pieter heeft best veel buikpijn.'

Op verzoek van de assistente vertelt hij verder: 'Mijn zoontje heeft enkele dagen niet gegeten noch gedronken en de temperatuur schommelt tussen de 38-39 °C.'

Ook deze doktersassistente schat de aandoening in als een gastro-enteritis en handelt op dezelfde manier als de assistente van de eigen huisarts het consult af en adviseert om goed te drinken, dieet te houden en eventueel een paracetamol te nemen. De heer Velthuis bedankt voor het advies.

DERDE TELEFONISCH CONTACT

De volgende (zaterdag)ochtend belt de heer Velthuis opnieuw naar de CHN: 'Ik heb de dokter deze week al vaker gebeld voor Pieter. Hij is nog steeds ziek en heeft vannacht verscheidene malen zwart gebrakt.' Op vragen van de huisarts vertelt meneer Velthuis: 'Mijn kind heeft continu buikpijn met koorts rond 39 °C. Hij ziet er bleek en beroerd uit.'

De dienstdoende huisarts spreekt een consult af voor drie uur later.

Als de ouders eerder dan gepland op het spreekuur komen, is Pieters toestand zo slecht dat hij overlijdt ondanks reanimatie door de huisarts en het ambulancepersoneel.

Uit het obductieverslag blijkt er sprake te zijn van een massale aspiratie van maaginhoud bij een acute necrotiserende en geperforeerde appendicitis met purulente peritonitis.

Analyse

De casus werd besproken in de interne kwaliteitscommissie en het bestuur. De inspecteur voor de gezondheidszorg heeft naar aanleiding van deze casus een inspectieonderzoek verricht. Zij heeft de hierna volgende analyse, beschreven maatregelen en adviezen getoetst. In de analyse is ervoor gekozen de medisch inhoudelijke aspecten weg te laten.

De casus is op te delen in vier probleemgebieden:

- ▶ kwaliteit van de telefonische consultvoering;
- ▶ medische probleemschatting;
- ▶ kwaliteit van taakdelegatie van huisarts naar assistente;
- ▶ continuïteit van zorg met name bij een ontbrekend dossier.

Kwaliteit van de telefonische consultvoering

Analyse van schriftelijk materiaal en het beluisteren van de aan de CHN telefooncentrale gekoppelde terugluisterrecorder leverde een aantal problemen op: de assistentes en in dit geval ook de betreffende huisarts gingen onvoldoende in op de hulpvraag en stelden geen vragen die gericht waren op gevoelens als angst en onrust. Daarnaast werden 'symptomatische' adviezen gegeven (goed drinken, dieet houden en eventueel een paracetamol nemen) zonder dat het probleem duidelijk was. Bovendien werden de adviezen onvoldoende getoetst aan de hulpvrager. Ook werd geen aandacht besteed aan de vervolginstructies: wanneer dient de heer Velthuis terug te bellen?

Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat de dokters-assistentes onvoldoende getraind zijn in telefonische consultvoering tijdens de dienst.⁷ Daarnaast bestaan er wellicht belemmeringen om open te luisteren zoals logistieke beperkingen (tijdgebrek aan de telefoon, vol spreekuur) en attitudeproblemen (neiging tot een restrictief beleid: zo min mogelijk consulten en visites tijdens de dienst).

Medische probleemschatting

In de casus werden klachten die passen bij een potentieel levensbedreigende aandoening onvoldoende herkend (zwart braken, continue buikpijn met koorts rond 39 °C en er bleek en beroerd uitzien) en er werd ook niet naar gevraagd. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de assistente hier niet aan denkt omdat (potentieel) levensbedreigende aandoeningen zo weinig voorkomen. Mogelijk bestaat er onvoldoende training en expertise in het herkennen van weinig voorkomende, potentieel levensbedreigende aandoeningen.⁷⁻¹⁰

Kwaliteit van de taakdelegatie van huisarts naar assistente

In deze casus was er onvoldoende zicht op de kwaliteit van het

handelen van de assistente. Er vond geen bespreking achteraf plaats met de assistentes, zodat de huisarts niet kon ingrijpen bij medisch onvoldoende handelen door bijvoorbeeld de patiënt terug te bellen.

Mogelijk beleven assistentes de drempel om de huisarts te consulteren als te hoog wanneer de arts het druk heeft of afwezig is; misschien speelt ook de angst om afgewezen te worden mee. Daarnaast waren de dienstdoende huisarts en de assistentes zich wellicht onvoldoende bewust van de verantwoordelijkheid van de assistentes en van de controleplicht op het handelen van de assistente door de huisarts.^{1,7,11,12}

Continuïteit van zorg met name bij ontbrekend dossier

Bij een ontbrekend patiëntendossier moet aan de hulpvrager uitdrukkelijk naar continuïteitsaspecten gevraagd worden: in deze casus werd niet gevraagd naar de reden van contact zoeken, eerdere contacten, duur en het beloop van deze klachten en de behandeling tot nu toe. Ook had gevraagd kunnen worden naar de voorgeschiedenis en of er meerdere gezinsleden waren met hetzelfde probleem. Ten slotte had de eigen gedachte van de assistente aan de ouders getoetst kunnen worden: 'Herkent u dit als een buikgriep?'

Het is onduidelijk waarom deze vragen niet gesteld werden; wellicht heeft het te maken met zelf opgelegde restricties (de gesprekken kort houden) en onvoldoende besef van het belang van continuïteit in de hulpverlening. Mogelijk is ook de beperkte behoefte van huisartsen aan het patiëntendossier hierop terug te voeren.¹³

Beleidsconsequenties

Naar aanleiding van de analyse formuleerden wij een aantal aandachtspunten voor de huisartsenpost.

Kwaliteit van handelen aan de telefoon. We zijn begonnen met training van assistentes in telefonische consultvoering. Daarnaast is er aandacht gekomen voor continuïteitsaspecten. Hiervoor ontwikkelde een van onze huisartsen een telefoonlijstje. De eerste letters van de onderdelen vormen het woord *pakschema*.

Pakschema

Persoonsgegevens, eigen huisarts

Adres, telefoonnummer

Klacht: reden, duur en beloop

Spoed, geen spoed?

Contact eigen huisarts gehad voor deze ziekte-episode?

Hulpvraag

Eerder gehad, medische voorgeschiedenis

Medicatie/zelfzorg?

Angst, bezorgd?

Spoedeisende hulp. Op vaste tijdstippen worden assistentes geschoold in ongewoon verlopende, veelvoorkomende ziekten en potentieel ernstige ziekten. Daarnaast worden beschikbare of zelf ontwikkelde telefoonprotocollen doorgenomen.

Kwaliteit van delegeren. De op de huisartsenpost aanwezige dokters-assistentes moeten op elk gewenst moment een beroep kunnen doen op een huisarts voor overleg: er is dus voortaan een aparte telefoonarts. Deze huisarts controleert en accordeert alle contacten tussen patiënt en doktersassistente en is direct beschikbaar voor consultatie of overname van de telefoon. De ervaringen met de telefoonarts zijn tot nu toe zeer goed.

Verder is afgesproken dat bij een tweede telefoontje binnen een ziekte-episode de doktersassistente dit altijd direct aan de huisarts meldt en dat een tweede verzoek om visite als regel gehonoreerd wordt. Zowel huisartsen als assistentes hebben scholing gekregen in samenwerken, het geven van feedback en in juridische aspecten met betrekking tot delegeren (wet BIG).

Continuïteit. Anticiperend denken en rekening houden met de voorgeschiedenis van de patiënt zijn belangrijke vaardigheden die ook tijdens de dienst aangesproken moeten worden. Bij afwezigheid van persoonlijke continuïteit tijdens de dienst is het belang van continuïteit van informatie des te groter. Het implementeren van een elektronisch dossier op de huisartsenpost heeft dan ook de grootste prioriteit gekregen. Inmiddels ervaren wij daar grote voordelen van, zoals een vaste registratiesystematiek met snelle geautomatiseerde berichtgeving naar de eigen huisarts. Daarnaast kan de eigen huisarts in de centrale computer van de post direct verschijnende memo's schrijven bij terminale patiënten en patiënten met complexe problematiek. In de nabije toekomst is inzage in het EMD van de eigen huisarts mogelijk, ook tijdens de visites.

Ten slotte zal continuïteit onderwerp zijn bij de scholing van huisartsen, met name gericht op afspraken over het gebruik van (NHG-)Standaarden en complexe problematiek zoals bij terminale patiënten en chronische patiënten met ingewikkelde problematiek.

Beschouwing

Het mag duidelijk zijn dat de gebeurtenis een uiterst verdrietige en traumatische ervaring is geweest voor het gezin Velthuis. Ook op de betrokken hulpverleners heeft dit drama zeer veel indruk gemaakt. De besproken casus deed ons beseffen dat ook in de praktijk van alledag dergelijke situaties voorkomen. Omdat deze echter in de regel goed aflopen, wordt hier meestal niet bij stilgestaan.

Het maakt duidelijk dat bij onvoldoende doorvragen en misinterpretatie van potentiële alarmsignalen een ernstige ziekte gemist kan worden. Mogelijk heeft de hulpverlener bij veel voorkomende klachten als diarree, buikpijn en koorts de neiging om op grond van te beperkte gegevens terug te vallen op eigen bekende ziektescripts of protocollen en verzuimt hij deze te toetsen.¹⁰ De risico's nemen verder toe als de hulpverlener aan het einde van het consult onvoldoende toetst of de gegeven adviezen aansluiten bij de beleving en wens van de patiënt. Als patiënten bellen in de dienst is er bij hen bijna altijd sprake van angst- en onrustgevoelens. Het is de taak van de hulpverlener hierop door te vragen. Daarnaast dient het eigen oordeel van de hulpvrager nadrukkelijk

betrokken te worden in het besluitvormingsproces over het honoreren van consulten of visites.

Gemiddeld genomen duren de diensten op centrale huisartsenposten voor huisarts en assistentes zes tot acht uur. De kans dat de patiënt bij een tweede contact dezelfde hulpverlener tijdens de diensturen aantreft, is dus klein.¹⁴ Hoewel gebleken is dat de behoefte aan het dossier beperkt is,¹³ kan het (elektronische) patiëntendossier het gebrek aan persoonlijke continuïteit deels opvangen. Onderzoek naar de meerwaarde van het EMD tijdens de dienst is hierbij wenselijk. In elk geval zal de hulpvrager steeds als bron voor vragen over zijn medische voorgeschiedenis gebruikt kunnen worden.

Hoewel zeldzaam in de afloop is deze casus een casus 'van alle tijden'. Elke huisarts en assistente zal hier elementen van herkennen. Onze ervaring is dat assistentes, mits goed getraind, uitstekend in staat zijn tot triage en advies in de dienst. De (telefoon)arts dient steeds beschikbaar te zijn voor consultatie, supervisie en feedback.^{11,16}

Een voordeel van grootschalige centrale huisartsenposten is dat deze organisatievorm de mogelijkheid geeft systematisch bloot te leggen wat vroeger vaak binnenskamers of onopgemerkt bleef. Het melden van incidenten en (bijna) fouten dient dan ook gestimuleerd te worden door deze minder te zien als (onvermijdelijk) persoonlijk falen, maar ook als een kans voor kwaliteitsverbetering.¹⁵ Een ander voordeel is dat na analyse beleidsconsequenties getrokken kunnen worden, zowel voor de dagelijkse praktijk als voor de dienst (zie ook Kwaliteitswet zorginstellingen: procedure melden van incidenten¹⁷).

Met publicatie van deze casus willen we met anderen delen wat niet goed ging, opdat anderen er hun voordeel mee doen. Immers: gestrande schepen zijn een baken voor anderen.

Literatuur

- 1 Verblackt B. Gemakkelijker gezegd dan gedaan: huisartsen werken aan een nieuwe dienstenstructuur. *Med Contact* 2000;55(12):425-28.
- 2 Crul BVM. Huiver voor het avontuur. *Med Contact* 2001;56:1883-85.
- 3 Giesen P, Haandrikman R, Broens S, Schreuder J, Morkink H. Centrale huisartsenposten, wordt de huisarts er beter van? *Huisarts Wet* 2000;43:508-11.
- 4 Giesen P, Nutma A, Schreuder J, Busser G, Smits H. Van solistisch werken naar samenwerken. *Med Contact* 1999;54:1445-47.
- 5 De Bakker DH, Grielen SJ, Prins B. Werklastvermindering en tevreden patiënten. *Med Contact* 1999;54:1328-31.
- 6 Ebbens E, De Bruijne M. De Nachtwacht. Een nieuwe organisatie van de nachtdienst in Almere. *Huisarts Wet* 2000;43:207-9.
- 7 Giesen PHJ, Post J, Van Hylckama-Vlieg L, Morkink H, De Haan J. Doktersassistenten op centrale doktersposten. *Patient Care* 2002;29(1):42-8.
- 8 Heinemann M, Hubben JH. De huisarts in de medische tuchtspraak 1982-1993. Lelystad: Vermande, 1995.
- 9 De Melker RA. Analyse van expertisecases van een huisarts-deskundige bij tuchtzaken en schadeclaims tegen huisartsen (1994-2000). Lessen voor de praktijk. *Ned Tijdschr Geneesk* 2001;145:1019-23.
- 10 Centraal tuchtcollege voor de gezondheidszorg 15 mei 2001. *Med Contact* 2001;56:1468-70.
- 11 Glimmerveen FM, Sietsma E. Voorwaarden BIG ook toe te passen op zee functie assistente? *De Huisarts* 2000;10:9-11.
- 12 Centraal Tuchtcollege voor de gezondheidszorg 29 mei 2001. *Med Contact* 2001;56:1509-12.

- 13 Schers HJ, Giesen PHJ, Raes SA, Van der Hoogen HJM, Van den Bosch WJHM. Continuïteit tijdens de waarnemingsdienst: de behoefte aan een medisch dossier. *Huisarts Wet* 2001;10:412-18.
- 14 Van der Werf G, Zaat J. Schaalvergroting bij spoedeisende zorg: een bedreiging voor de continuïteit van zorg? *Huisarts Wet* 2000;12:495-6.
- 15 Giard RWM. Medische fouten: onvermijdelijk, maar bestrijdbaar. *Ned Tijdsch Geneesk* 2001;145:2062-5.

- 16 Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. Wet van 11 november 1993, Stb. 655, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 29 april 1999, Stb. 326.
- 17 Kwaliteitswet zorginstellingen. Wet van 18 januari 1996, Stb. 80, laatstelijk gewijzigd bij wet van 28 januari 1999, Stb. 30.

Commentaar

De rapportage van de Coöperatieve Huisartsdienst Nijmegen over problemen in de informatieoverdracht en continuïteit is belangrijk en verdient bespreking in alle centrale doktersposten. In grootschalige structuren worden fouten zichtbaarder, zoals de auteurs terecht opmerken. Ze vertellen helder waar het misging: breuken in continuïteit, miskende subtiele signalen en vasthouden aan eenmaal vastgestelde beleidslijnen. We gaan in dit korte commentaar niet in op het probleem van de continuïteit tijdens diensten.¹ Maar we missen in de analyse dat triage weliswaar ruis reduceert, maar ook belangrijke informatie kan wegfilteren.

Het schiften tussen 'pluis' en 'niet pluis' is een van de basisvaardigheden van de huisarts. Vooral tijdens diensten, waarin zoals de Nijmeegse auteurs schrijven angst en ongerustheid van hulpvragers een grote rol spelen, is de kwaliteit van die eerste schifting van doorslaggevend belang voor de kwaliteit van de geleverde zorg. Omdat huisartsen – zeker bij het toenemende tekort – niet alles zelf kunnen doen, klinkt het logisch om een 'schiftende figuur' voor de huisarts te schuiven. De essentiële vraag is, welke invloed dat heeft op de kwaliteit van de geleverde zorg in complexe situaties. Dat geldt temeer omdat er op een aantal posten door personeelsgebrek niet de beoogde ervaren assistentes zijn ingezet, maar onervaren deeltijdwerkers, ziekenverzorgenden en andere weinig ervaren krachten, die bovendien de achtergrondkennis missen van de doktersassistente in de dagelijkse praktijk.

Een protocol dient ertoe om de werkelijkheid en de hulpvraag van de patiënt tot hanteerbare brokken te reduceren. In Nijmegen probeert men assistentes houvast te geven met het *pakschema* en wordt een ondersteunende telefoondokter ingevoerd. Elders voert men protocollaire triage in, het NHG werkt aan telefoonkaarten speciaal voor spoedeisende zorg en alle posten trainen hun assistentes. Dat kan allemaal helpen, maar zou de werkelijke triage eigenlijk niet door een ervaren dokter dienen te gebeuren? Moet de hoogst gekwalificeerde hulpverlener de hulpvragers niet aan de poort te woord staan, zoals dat kennisintensieve bedrijven past?

Bijzondere problemen hebben de onhebbelijke neiging zich niks van een medisch-technisch protocol aan te trekken. Als het her-

kennen van het bijzondere in datgene wat zich als een alledaags probleem voordoet een essentieel deel van ons vak vormt, dan moet degene die de triage uitvoert niet alleen in staat zijn de werkelijkheid te toetsen aan het protocol, maar ook om het gebruikte protocol te toetsen aan de werkelijkheid van dat individuele bijzondere geval. Het dramatische beloop in Nijmegen is daar een voorbeeld van: in eerste instantie is het heel begrijpelijk dat er aan een gastro-enteritis is gedacht. Het probleem is het te lang doorgaan op het verkeerde spoor. Eenmaal op de verkeerde weg in een beslisboom kom je meestal verkeerd terecht.

Inzage in elektronische dossiers lost wellicht het continuïteitprobleem op, maar niet het niet herkennen van subtiele signalen in taal. Spreektaal, ook die van de patiënt tijdens de dienst, is redundant en de betekenis van de woorden hangt af van allerlei contextuele factoren. Omgaan met die context is nu net de kern van de huisartsgeneeskunde.² Triage en 'instroommanagement', zoals die – ook voor situaties overdag – door verzekeraars en de commissie Van der Grinten worden bepleit, strippen alle context van de klacht, waardoor de huisarts beroofd wordt van een zeer essentieel en bij uitstek huisartsgeneeskundig diagnostisch instrument.

Triage heeft alles met veiligheid voor de patiënt te maken. Vanzelfsprekend dienen er vaste procedures en afspraken te zijn, net als tijdens de start in de luchtvaart. Voor oorspijn zal dat prima gaan, maar gaat de vergelijking met het volgen van de vaste veiligheidsprocedures in de luchtvaart ook op bij de vaak zeer subtiele signalen die patiënten zoals Pieter Velthuis uitzenden?

Het zou goed zijn als er een openbaar debat komt over de grenzen aan de mogelijkheden voor protocollaire triage. Naar ons idee worden de voordelen gemakkelijk overschat.

Joost Zaat
Ger van der Werf

Literatuur

- 1 Van der Werf GTh, Zaat JOM. Schaalvergroting bij spoedeisende zorg: een bedreiging van de continuïteit van zorg? *Huisarts Wet* 2000;43:495-6.
- 2 Van Weel C. Context en medisch handelen. Een visie vanuit de huisartsgeneeskunde. *Huisarts Wet* 2001;44:494-7.

Correspondentie: dr. J.O.M. Zaat en dr. G.Th. van der Werf, H&W, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht. E-mail: j.zaam@nhg-nl.org