

Telefonische triage: laat diagnostische denktrant los

Tijdens de telefonische triage bepaalt de triagist *of en hoe snel* ze een patiënt moet zien op de huisartsenpost, waar landelijk meer dan vier miljoen hulpvragen per jaar binnenkomen.¹ Ondanks erkenning voor dit riskante beslismoment, schort het aan bezinning op en borging van de patiëntveiligheid tijdens de triage. Als huisarts en medisch adviseur van verschillende huisartsenposten heb ik de afgelopen tien jaar honderden triagegesprekken intensief beluisterd en geanalyseerd, van zowel goed als slecht aflopende hulpvragen, en zowel op indicatie als at random. Terugkerende gesprekspatronen hebben mij ervan overtuigd dat diagnostisch denken bij triageassistenten en hun beoordelaars er geregeld voor zorgt dat de urgentiebepaling tekortschiet. Dat dit vooralsnog onvoldoende uit wetenschappelijk onderzoek blijkt, komt doordat onderzoekers zelf onvoldoende inzien hoe urgentiebepaling tot stand komt en zich vervolgens vaak baseren op onvolledige informatie, die ze hebben verkregen op basis van verkeerde aannamen.

DIAGNOSE EN URGENTIE

Elke medische hulpvraag kunnen we op basis van twee belangrijke eigenschappen beoordelen: de diagnose en de urgentie. De mate van urgentie en de ernst van een medische aandoening trekken lang niet altijd gezamenlijk op, zoals [figuur 1] duidelijk laat zien. Er zijn medische hulpvragen met een minimum aan urgentie en een maximum aan dodelijkheid, zoals een maligne melanoom, maar omgekeerd komen er ook hulpvragen voor met een maximum aan urgentie en een veel beperktere ernst van het onderliggend lijden, zoals een hypoglykemisch coma. Urgentieverricht denken en diagnostisch denken vereisen verschillende deskundigheden, die elkaar bijten tijdens de telefonische triage, het overleg tussen assistente en huisarts, en de registratie en autorisatie op de huisartsenpost.

Het stellen van een diagnose is in de huisartsenpraktijk een vorm van spoorzoeken naar de meest waarschijnlijke diagnose door de aan- en afwezigheid van een groot aantal symptomen in beeld te brengen. Een anamnese van de ontwikkeling van het beeld, het precieze beloop, de episode ervoor, het medicijngebruik en het leefpatroon van de patiënt vult de huisarts meestal aan met lichamelijk onderzoek. Gewogen optellen, aftrekken en kansberekening leiden vervolgens tot een inschatting van de aandoening waaraan iemand lijdt en de in te stellen behandeling.

Bij het bepalen van de urgentie gaat het echter om de vraag

wat er *wanneer* moet gebeuren. Enkele cruciale feiten brengen de actuele toestand van een patiënt in beeld, waaraan men direct een bepaalde urgentie koppelt. Hier komt geen kansberekening aan te pas. Vooral de intensiteit van deze cruciale feiten en symptomen is belangrijk. Vragen die zinloos zijn in het kader van de urgentie leiden af van het kerndoel en bedreigen de kwaliteit van de urgentiebepaling. Goede urgentiebepaling vereist daarom van de triagist dat deze zeer gedisciplineerd vragen stelt op basis van een urgentieverricht achterliggend denkpatroon.

Dat achterliggend denkpatroon is cruciaal omdat dit bepaalt hoe triagisten het symptoom verwerken, waarmee de patiënt binnenkomt. Bij diagnostisch denken treden gemakkelijk mechanismen van patroonherkenning in werking, waarbij triagisten klachten herleiden tot een diagnose waarmee ze relatief bekend zijn, waarna ze aanvullende symptomen gebruiken om deze diagnose te ontcrachten of bevestigen en de urgentie buiten beeld raakt. Hoewel ook artsen vaak op deze manier denken, zullen zij dankzij hun uitgebreide kennis en ervaring in veel gevallen, mits ze blanco beoordelen, toch juist beslissen. De medische kennis van triagisten is echter beperkt, waardoor diagnostisch denken vaak tot een verkeerde inschatting van de urgentie leidt, zelfs wanneer ze de juiste vragen stellen. Om deze reden ondervangt ook de Nederlandse Triage Systeem (NTS)-software dit probleem niet automatisch.

Neem nu een patiënt met buikpijn. Op zoek naar de diagnose achter buikpijn richten passende vervolgvragen zich op de locatie, het soort, het beloop en het gedrag van de pijn en allerlei bijbehorende symptomen. Voor de urgentiebepaling doen deze details er nauwelijks toe, maar gaat het om de intensiteit van de pijn. Zoals te zien in [figuur 2] en [figuur 3] komt het symptoom 'buikpijn' in zowel het urgentieverrichte als diagnostische gespreksprofiel terug, terwijl de vervolgvragen in beide profielen haaks op elkaar staan.

BEOORDELING EN ONDERZOEK

Het symptoom 'buikpijn' kan evengoed op een U1 als een U5 wijzen en is pas van betekenis voor de urgentie als men de intensiteit ervan vaststelt. Urgentiebepaling gebeurt pas echt 'goed' als de triagist zich beperkt tot voor de urgentie relevante vragen, de juiste voortzetting kiest bij relevante symptomen en hier de juiste urgentie aan verbindt. Beoordeling van triagegesprekken moet zich daarom concentreren op de vraag of gesprekken een diagnostisch of urgentieverricht profiel volgen. Meting van de juiste ingangsklacht heeft maar beperkte relevantie. Vooralsnog is deze focus echter afwezig en ook de Haak-scorelijst, het instrument bij de diplomering en individuele toetsing van triageassistenten, maakt geen onderscheid tussen diagnostische en urgentieverrichte gespreksprofielen.²

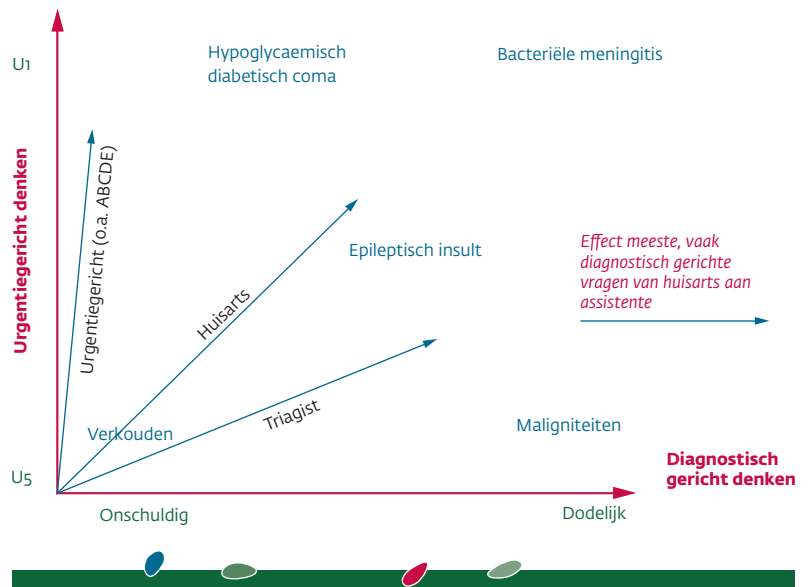
Ook bij wetenschappelijk onderzoek naar de algemene

veiligheid van de triage moet het profielonderscheid tussen urgentie- en diagnosegerichte gesprekken weerslag krijgen in de methoden van gegevensverzameling. Bij twee invloedrijke onderzoeken naar de kwaliteit van telefonische triage, gebeurt dit vanuit mijn optiek onvoldoende. Het gaat om het proefschrift 'Out-of-hours primary care and the quality of telephone triage', waarop Linda Huibers aan de Universiteit Nijmegen is gepromoveerd,³ en een onderzoek dat onder leiding van Hay Derkx is uitgevoerd, onder de vlag van verzekeraar CZ.⁴ Voor beide onderzoeken geldt dat de onderzoekers onvoldoende discriminerende gegevens hebben verzameld die inzicht kunnen geven in de impact van irrelevante vragen en gesprekspatronen. Daardoor zijn de conclusies moeilijk te relateren aan de gegevensanalyse. Turven hoe vaak men 'buikpijn' registreert is namelijk niet interessant, omdat buikpijn in beide profielen voorkomt. Het gaat erom te achterhalen hoe vaak de triagist de juiste vervolgkeuzes maakt en hoe vaak deze voor de urgentiebepaling irrelevante vervolgvragen stelt. Als onderzoekers niet discrimineren tussen relevante en irrelevante vragen, kunnen ze niet beoordelen welk profiel triagisten tijdens het gesprek volgen, en zal elke conclusie ten aanzien van de urgentiebepaling onvermijdelijk mank gaan.

Daarnaast zouden onderzoekers gegevens moeten uitsplitsen naar verschillende urgentieniveaus en bellerstypen. Daarvoor zijn twee redenen. Ten eerste liggen de risico's van de urgentiebepaling niet alleen bij de categorie hoogurgent, zoals men vaak veronderstelt, maar evengoed bij hulpvragen waarbij de triagist besluit de patiënt al dan niet fysiek te beoordelen. Dan kan de verkeerde diagnostische inschatting van buikpijn tot gevolg hebben dat de triagist iemand met een acute buik niet laat komen, terwijl een beoordeling zuiver op toestand zeker tot een consult of visite zou leiden.

Uitsplitsing naar urgentieniveaus vindt ten tweede plaats om het afvallende, geruststellende effect van de grote hoeveelheid niet-urgente hulpvragen op de onderzoeksresultaten te minimaliseren. Een kwaliteitsmeting toegespitst op bellerstype 'kwetsbaar en bescheiden', met een hulpvraag in de

Figuur 1 Correlatie tussen urgentie en diagnose

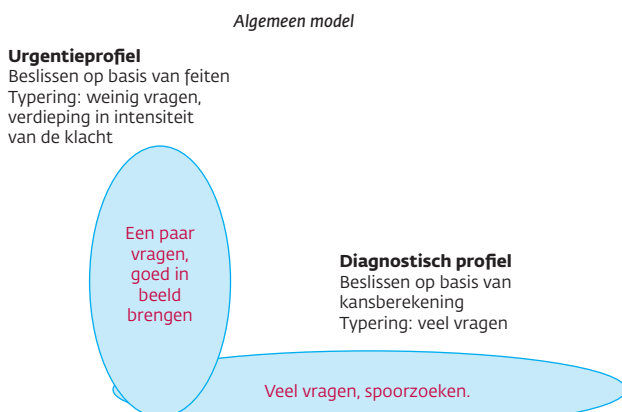


categorieën U3, U4 en U5 (wel of niet redelijk snel fysiek beoordelen), zou weleens minder gunstig kunnen uitvallen.

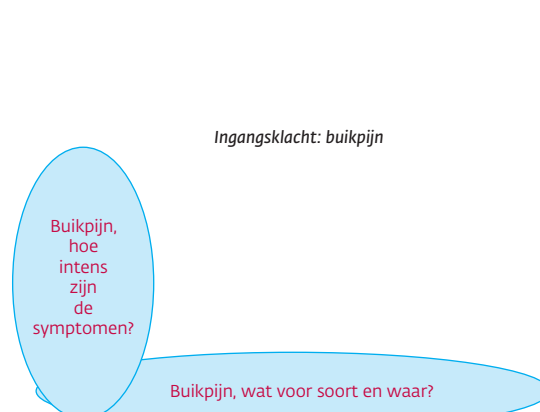
OPLEIDING

Als de medische kennis van triagisten te beperkt is om van toegevoegde waarde te zijn en die beperking zelfs een bedreiging vormt voor de urgentiebepaling, omdat deze verleidt tot diagnostisch denken, is het de vraag of triagisten wel diagnostische kennis nodig hebben en of doktersassistenten wel de aangewezen professionals zijn om deze functie te vervullen. Momenteel hebben triageassistenten hun diagnostische kennis vooral nodig om zelfzorgadviezen te kunnen geven. Gezien het voorgaande is deze taak echter strijdig met die van urgentiebepaling, omdat ze ervan afleidt. Een aanvullende vraag is

Figuur 2 Twee gespreksprofielen, een model



Figuur 3 Twee gespreksprofielen, een voorbeeld



daarom of het wel verstandig is om urgentiebepaling en het geven van zelfzorgadvies in één functie te verenigen.

Over de gehele linie heeft medische scholing momenteel nog een sterk diagnostisch karakter. Voor urgentiegericht kennis, die erop gericht is de acute toestand van de patiënt tijdens de triage duidelijk in beeld te brengen, bestaat nog weinig scholing. Omdat men ook het ontbreken van urgentiegericht deskundigheid bij de huisarts tijdens de evaluatie van medische calamiteiten in toenemende mate als medeoorzaak aanwijst, zal niet alleen in de opleiding van triageassistenten, maar ook in die van huisartsen meer aandacht moeten komen voor het onderscheid tussen diagnostische kennis en urgentie-

gerichte kennis. Van nu afstuderende huisartsen zou je deze deskundigheid moeten eisen: aios zouden op zijn minst een serieus vak 'urgentiegericht denken en werken' moeten krijgen. ■

LITERATUUR

- 1 VHN Benchmarkbulletin 2010. Utrecht: Vereniging Huisartsenposten Nederland, 2010.
- 2 Derkx H. Haak-scorelijst ter beoordeling van communicatie, medische inhoud en verslag. Tilburg: Medicinfo, 2006
- 3 Huibers L. Out-of-hours primary care and the quality of telephone triage [proefschrift]. Nijmegen: Radboud Universiteit, 2012.
- 4 Derkx H. Kwaliteit telefonische triage huisartsenposten CZ 2011. Tilburg: Medicinfo, 2011.

Nico van Duijn

Radioactieve opvoeding

Door ongelukken met radioactieve straling kunnen mensen later kanker krijgen. Dat komt doordat straling het DNA beschadigt en kanker is een ziekte van het DNA, van je aanleg dus. Hoe meer blootstelling aan straling, hoe meer kans op kanker. Straling verziekt je aanleg.

De oorzaak van angststoornissen heeft twee kanten: aanleg en aangeleerd angstgedrag. We denken dat de gevoeligheid voor het ontwikkelen van een angststoornis voor de helft door je DNA wordt bepaald. Met zo'n aanleg word je geboren en deze is onveranderbaar, denken we. De andere helft wordt verklaard door angst-

gedrag dat je ongemerkt aanleert. Angstgedrag kun je weer afleren, denken we. Echter, het ziet er langzamerhand naar uit dat ook de aanleg voor angststoornissen te beïnvloeden is.

In elk geval is de aanleg van een gezond kind te verprutsen door verwaarlozing, emotionele mishandeling en andere vreselijkheden. Dat kan al heel vroeg, als het nog een baby is. Denk aan geen contact maken, niet knuffelen; zwijgend voeden en direct in de wieg leggen. Denk aan niet reageren op het gepruttel, het bekkentrekken, het huilen van het baby'tje. Dat is verwaarlozing. Zo'n babybreintje raakt dan verkeerd geprogrammeerd, binnen 6 weken, en voorgoed. De aanleg is verstoord, het DNA is stuk. Zo'n verwaarlozende ouderstijl is een soort pedagogische kernramp. Die beschadiging

gaat door als het kind jarenlang wordt afgebekt, gekleineerd, gemept of erger. Dan moet het kind zich wel ontwikkelen tot een angstig kind. Misschien ontwikkelt het later een hardnekkige persoonlijkheidsstoornis. Misschien ontstaat er wel een onbehandelbaar chronisch pijnsyndroom. Dit is allemaal groot lijden, met een hoop machteloze zorg eromheen. Gedragsverandering met therapie betekent dan jarenlang geploeter.

Bij een dreigende ramp met een kerncentrale evacueren we de bevolking tijdig om kanker te voorkomen. Om blijvende beschadiging van kinderen te voorkomen zouden we die kinderen tijdig moeten evacueren uit zo'n radioactief gezin. Het gaat niet alleen om kinderleed nu. Het gaat ook om nauwelijks behandelbare psychologische kankers later. ■

