

Gepubliceerd op: 19-02-2009

Citeer dit artikel als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2009;153:B67

Recht

Juridische beoordeling van fouten bij telefonische triage

Raimond W.M. Giard

Telefonische hulpverzoeken wegens acute medische problemen komen terecht óf bij de lokale huisartsenpost óf bij de meldkamer ambulancezorg van het landelijke alarmnummer 112. Deze hulpvraag wordt meestal opgevangen door een speciaal opgeleide centralist en die dient te beoordelen hoe spoedeisend het probleem is en welke acties moeten worden ondernomen. Werkelijk urgente kwesties worden door hen echter niet altijd als zodanig herkend. Als het vervolgens met de patiënt slecht afloopt, kan dat leiden tot juridische acties. Dan moet er een normatief oordeel worden geveld over de wijze waarop het probleem werd afgehandeld. Als we door een juridische bril naar de opvang van acute medische problemen kijken, wat leert ons dat? Een dergelijke evaluatie verbindt de juridische met de medische dimensie en ik laat in dit artikel aan de hand van twee voorbeelden zien wat de relatie is tussen deze twee aspecten. Zo maakt klinisch-epidemiologisch onderzoek duidelijk dat met alleen telefonische triage het herkennen van ernstige ziektebeelden vaak tekort zal schieten. Daarmee genereert een dergelijk triagesysteem dus ontevredenheid en vraag naar rechtshulp. Juist vanuit juridisch gezichtspunt wordt niet alleen naar het afzonderlijke geval gekeken, maar wordt tevens meer in het algemeen de vraag gesteld hoe deugdelijk de organisatie van de opvang van acute medische problemen zou moeten zijn.

Ziektegeschiedenissen

Patiënt A was een vrouw (leeftijd onbekend) die om half vijf 's ochtends haar man wekte omdat zij benauwde pijn op de borst en pijn in beide polsen had; zij vroeg hem de huisarts te bellen. Hij belde echter om 04:56 uur direct het alarmnummer 112. Een A-verpleegkundige, sinds een halfjaar werkzaam bij de Centrale Post Ambulancevervoer (CPA), had dienst als centralist. De enige parate ambulance was op dat moment net uitgereden. Zij nam vervolgens contact op met de huisartsenpost en vertelde aan de aanwezige huisarts de klachten van patiënte. Daarna vroeg zij de echtgenoot om met zijn vrouw naar de dokterpost te rijden. Maar toen zij daar arriveerden, was de dienstdoende huisarts juist weggeroepen voor een spoedgeval en zij werden doorgestuurd naar het ziekenhuis. Onderweg verslechterde de toestand van patiënte. Bij aankomst op de Spoedeisende Hulp (SEH) werd nog tevergeefs gepoogd haar te reanimeren. Bij obductie werd een uitgebreid acuut hartinfarct geconstateerd.[1](#)

Patiënt B is een jongetje (leeftijd onbekend). Een uur na vaccinaties tegen bof, mazelen en rodehond en meningitis C werd hij ziek. Hij zag lijkleek, klappertandde en zijn temperatuur was 38,5°C. Zijn moeder ging na telefonisch overleg met hem naar de huisarts, die op haar verzoek nog overlegde met een kinderarts. De koorts was toen opgelopen tot 39,5°C. Beide artsen dachten aan een griepje; de moeder werd gerustgesteld en kreeg het advies om paracetamol te geven tegen de koorts. Thuis liep de temperatuur op tot 40,2°C. De huisarts werd opnieuw gebeld en deze adviseerde om nogmaals paracetamol te geven. Om drie uur 's nachts

was de koorts gestegen tot 40,7°C en de moeder belde ongerust de dokterspost. De assistent pleegde daarbij overleg met de dienstdoende arts. Op vragen over sufheid en pijn aan nek, armen of benen gaf de moeder een ontkennend antwoord. Zij kon op dat moment niet goed beoordelen of er wel of niet wegdrubbare rode plekjes op het lijfje van het kind waren. Even na zes uur in de ochtend bemerkte de moeder echter in de huid bloedrode stippen en zij belde voor de tweede maal de dokterspost. De assistent verzocht haar om langs te komen. De moeder belde vervolgens het alarmnummer 112, maar die centralist weigerde een ambulance te sturen omdat de ziekte niet door een arts was bevestigd. Moeder ging toen toch naar de dokterspost en eiste na enig wachten dat de dienstdoende huisarts haar kind onmiddellijk bekeek. Die zag een ernstig ziek kind en besloot tot spoedopname in het ziekenhuis. Daar werd geconstateerd dat patiënt een bacteriële meningitis had (meningokok; serotype B) en men begon met antibiotische behandeling, maar dat mocht niet meer baten. Anderhalve week later overleed het kind.²

De fatale afloop was voor de nabestaanden aanleiding om te klagen over respectievelijk de centralist en de huisarts bij het tuchtcollege voor de gezondheidszorg. Kernpunten waren het niet op de juiste waarde schatten van de klachten bij de telefonische consultaties in combinatie met de rommelige gang van zaken. Bij de eerste casus werd aan de centralist als maatregel een waarschuwing opgelegd. Bij de tweede casus werd geen maatregel opgelegd, maar het college greep de gelegenheid aan om een gedragsregel voor huisartsen te formuleren ter voorkoming van het gevaar van ondeskundige triage.

De juridische beoordeling

Iedere juridische beoordeling vindt plaats binnen een wettelijk kader. Bij de besproken casussen dienen zich twee vragen aan. Ten eerste: hoe zit het met de bevoegdheid van de centralist, die meestal geen arts is? Ten tweede: hoe adequaat handelde de hulpverlener?

Voor de eerste vraag is de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) relevant. Steeds vaker wordt voor telefonische triage een speciaal getrainde verpleegkundige als centralist ingezet, maar is die daarvoor wel bevoegd? Triage betekent het beoordelen van de gezondheidstoestand (Wet BIG art. 1 lid 2a). De deskundigheid van de arts omvat het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunde (art. 19 lid 1), terwijl de verpleegkundige handelingen verricht in opdracht van de arts in aansluiting op diens diagnostische en therapeutische werkzaamheden (art. 33 sub b). Dat een verpleegkundige als eerste een gezondheidstoestand beoordeelt, is dus niet in overeenstemming met hetgeen de Wet BIG bepaalt. Doktersassistenten vallen buiten dit wettelijke kader. Bij innovaties in de organisatie van de zorg wordt nagedacht over een andere taakverdeling of taakverschuiving of zelfs taakherschikking. Maar is het wel gewenst een uitgebreidere wettelijke bevoegdheid aan verpleegkundigen en doktersassistenten te verlenen?

De tweede vraag is of de hulpverlener in deze situatie verwijtbaar tekortschoot. De tuchtrechter beoordeelde dit aan de hand van de tuchtnorm (Wet BIG art. 47a): heeft de hulpverlener wel de zorg verleend die hij/zij zou hebben moeten geven? In het civiele recht geldt dat aansprakelijkheid voor schade kan worden toegewezen als de arts niet de zorg van een goed hulpverlener in acht heeft genomen (Burgerlijk Wetboek art. 7:453). Beide normen zijn inhoudelijk min of meer van gelijke strekking, maar de rechtsgevolgen ervan zijn verschillend. Deze abstracte normering moet omgezet worden in concrete maatstaven voor de betreffende casus. Wanneer de triage primair telefonisch wordt afgehandeld, zijn vanuit juridisch perspectief meerdere gezichtspunten van belang voor het vaststellen van deze maatstaven.

In de eerste plaats wordt er gekeken naar de organisatorische en procedurele aspecten,³ zoals nog onlangs in het Tijdschrift besproken:⁴

- Wordt er gewerkt met duidelijk omschreven, werkbare en wetenschappelijk goed onderbouwde protocollen?

- Zijn de centralisten door een geëigende opleiding degelijk toegerust voor hun taak? Is er ook verdere nascholing geregeld?
- Wordt de triage uitgevoerd door medewerkers met toereikende ervaring?
- Kunnen de centralisten bij twijfel of problemen direct een beroep doen op een meer deskundige achterwacht?
- Zijn er een goede registratie en documentatie van de gevoerde gesprekken om die later eventueel nog een keer te kunnen volgen?
- Bestaat er een systeem van kwaliteitscontrole om de afloop te beoordelen na de consultaties en te relateren aan de gegeven adviezen?

Vervolgens is er de medisch-inhoudelijke toetsing: zou een redelijk bekwame beroepsgenoot in dezelfde omstandigheden het ziekteproces wél herkend hebben en daarnaar gehandeld hebben? Tenslotte is juridisch ook nog de causaliteitsvraag van belang: houdt de schade – hier: de fatale afloop – verband met de schending van de normen door de hulpverlener?

Bij het onderzoeken van deze drie elementen binnen een juridische context ligt steeds het gevaar van wijsheid achteraf op de loer, omdat men kennis heeft van de – altijd rampzalige – uitkomst.⁵ Voor een zo objectief mogelijk feitenonderzoek is het daarom nodig om de situatie met de tijd mee te reconstrueren vanaf het moment van de hulpvraag en vanuit de situatie waarin de hulpverlener zich op dat moment bevindt.⁶ Had deze ziekte redelijkerwijs herkend kunnen worden? Zo belanden we bij het medische perspectief.

Het medische perspectief

De anamnese is bij telefonische triage het enige beschikbare diagnosticum om te schiften tussen ‘pluis’ en ‘niet-pluis’. Tenminste de helft van de telefonische hulpvragen blijkt toch niet zo spoedeisend als de bellers denken.⁷ Maar te midden van alle telefoontjes kunnen zich hulpvragen bevinden van patiënten met ziektebeelden zoals een acuut coronair syndroom (ACS), een aneurysma dissecans, een geruptureerd aneurysma, een longembolie of een bacteriële meningitis. Deze hebben een lage tot zeer lage voorafkans binnen de populatie bellers. Echter, als ze niet herkend worden, kunnen de gevolgen daarvan desastreus zijn, zoals de twee casussen laten zien.⁸ Wat weten we eigenlijk over de herkenbaarheid van werkelijk spoedeisende kwesties bij telefonische triage?

Bij een simulatieonderzoek werden 118 triageverpleegkundigen tijdens hun telefoonwacht zonder voorkennis geconfronteerd met in totaal 20 uiteenlopende vignetten (hulpvragen behorend bij uitgewerkte casussen), die waren ingestudeerd door 5 rolvaste neppatiënten.⁹ Bij 19% van de hulpvragen bleek de urgentie van het probleem te zijn onderschat. De sensitiviteit van de urgentieschatting bedroeg 0,76, de specificiteit 0,95. De mate van training bleek enige invloed te hebben op de juiste inschatting van de spoedeisendheid. De onderzoekers waren niet tevreden over de veiligheid van telefonische triage. Een cochrane studie liet zien dat telefonische triage kon leiden tot minder onnodige visites, maar vooral over de veiligheid en de patiënttevredenheid waren er nog geen goed gefundeerde conclusies mogelijk.¹⁰

In een Britse retrospectieve studie werd de herkenbaarheid van het ACS onderzocht.¹¹ Op een totaal van 42.657 oproepen wegens medische klachten naar het alarmnummer 999 ging het bij 3368 personen om pijn op de borst. Binnen de totale groep bleek het bij 263 patiënten uiteindelijk om een ACS te gaan (incidentie: $263/42.657 = 0,006$; 1 op de 162 oproepen). Door het ontbreken van pijn op de borst was bij de triage bij 76 van hen (29%) het ACS niet herkend. In de subgroep van 3368 bellers met pijn op de borst werd bij 187 personen een ACS vastgesteld (5,5%; dat is 1 op de 18 patiënten). Zelfs als men patiënten in het ziekenhuis vanwege mogelijke hartklachten uitgebreider onderzoekt, dan nog mist men het hartinfarct bij tenminste 1 op de 50.^{12,13} Lang niet alle patiënten met een hartinfarct hebben pijn op de borst en recent werd ook duidelijk dat bij vrouwen precordiale pijn minder vaak voorkomt,

waardoor bij hen de aandoening vaker niet wordt herkend.¹⁴ Er is dus geen eenduidig symptomencomplex dat bij alle patiënten met de aandoening voorkomt.

Het vaststellen van bacteriële meningitis, en zeker een meningokokkensepsis, blijkt in de eerstelijnszorg eveneens lastig.^{15,16} De huisarts wordt vaak om raad gevraagd vanwege kinderen met koorts; bacteriële meningitis als oorzaak daarvan is echter zeldzaam. In 2004, het jaar van de ziekte van onze tweede patiënt, werden er in ons land 137 gevallen van hersenvliesontsteking veroorzaakt door *Neisseria meningitidis* geconstateerd (bron: Nederlands Referentielaboratorium voor Bacteriële Meningitis van het Academisch Medisch Centrum Amsterdam/Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu). Bij lichamelijk onderzoek blijken kenmerken van meningeale prikkeling vaak afwezig en zijn niet-wegdrukbaar vlekjes niet specifiek; daarom wordt bij ongeveer de helft van de patiënten de meningitis in eerste instantie niet herkend. Met enkel een telefonisch consult is dit ziektebeeld moeilijk te herkennen, het ziektebeeld is bovendien snel en vaak heeft de patiënt al sepsis.

Deze empirische onderzoeken laten zien dat enkel telefonische pluis/niet-pluistriage niet gevoelig genoeg is voor het herkennen van vooral die ziektebeelden waarbij elke minuut telt. Is verbetering mogelijk en welk percentage foutnegatieve uitslagen kunnen we nog aanvaarden?

Hoe verder met dit vraagstuk?

De twee casussen en de genoemde systematische onderzoeken maken duidelijk dat de opvang van acute medische problemen beslist niet veilig genoeg is. De diagnostische beperkingen van telefonische triage zijn een gegeven. Daarnaast speelden er bij de casussen ook nog organisatorische kwesties. Niet voor niets maant het Centraal Tuchtcollege bij het tweede voorbeeld tot goede organisatie van de triage.² Rechtspraak heeft immers ook een beschermende functie in de samenleving.

Als uitsluitend telefonische beoordeling tekortschiet voor het herkennen van werkelijk urgente medische kwesties, wat dan? Moet iedere patiënt toch gezien worden en behoren de diagnostische missers vervolgens tot het verleden? De lijfelijke aanwezigheid van een huisarts garandeert geen probleemloze herkenning van een ziektebeeld bij de patiënt; symptomen zijn vaak weinig specifiek voor ernstige ziektebeelden. En dan een ander, al genoemd probleem: een substantieel deel van de acute klachten blijkt minder urgent dan de bellers denken. Hoe kunnen we voor efficiënte hulpverlening een betrouwbare schifting maken? Voor de ambulancediensten is recent op grond van analyse van hulpverzoeken ervoor gepleit om telefonische triage door verpleegkundigen af te schaffen en over te gaan op uitrijden bij elk verzoek (het 'one-call, one-go'-principe), want 86% van de hulpverzoeken bleek terecht.¹⁷ Diepgaand onderzoek naar zowel het ontstaan als het voorkómen van diagnostische fouten, vooral bij de initiële beoordeling van acute gezondheidsproblemen, is hard nodig en wordt nog te weinig verricht.

Van de 168 uren die een week telt, vallen er 123 buiten kantoortijden. Altijd dient er een adequate medische opvang van spoedeisende problemen te zijn. De maatschappelijke bereidheid om het niet-herkennen van een aandoening te vergeven, neemt duidelijk af. Er tekent zich een tendens af van meer schadeclaims en meer tuchtzaken vanwege niet tijdig herkende acute ziekten. Rechtspraak houdt ons hiermee een spiegel voor, de tekortkomingen worden duidelijker. Als we meer klinisch-epidemiologisch onderzoek gaan doen naar de beste diagnostische strategieën, maar ook naar de grenzen aan de mogelijkheden voor de herkenning van levensbedreigende acute medische problemen, zouden we daarmee ook een bruikbaar medisch kader bieden voor de beoordeling van vermeende diagnostische fouten.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Maasstad Ziekenhuis, locatie Clara, afd. Klinische Pathologie, Rotterdam.

Literatuur

- ¹ Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 9 februari 2006. *Gezondheidszorg Jurisprudentie*. 2006;35:195-200.
- ² Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 30 mei 2006. *Gezondheidszorg Jurisprudentie*. 2006;70:414-21.
- ³ Coleman A. Where do I stand? Legal implications of telephone triage. *J Clin Nurs*. 1997;6:227-31.
- ⁴ Legemaate J. Ondersteuning in de huisartspraktijk: juridische aspecten. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2008;152:1309-12.
- ⁵ Harley EM. Hindsight bias in legal decision making. *Soc Cognition*. 2007;25:48-63.
- ⁶ Dekker S. *The field guide to understanding human error*. Hampshire: Ashgate; 2006. p. 21-8.
- ⁷ Bunn F, Byrne G, Kendall S. The effects of telephone consultation and triage on health-care use and patient satisfaction: a systematic review. *Br J Gen Pract*. 2005;55:956-61.
- ⁸ Schriger DL, Brown TB. Decisions, decisions: emergency physician evaluation of low probability-high morbidity conditions. *Ann Emerg Med*. 2005;46:534-5.
- ⁹ Giesen P, Ferwerda R, Tijssen R, Mookink H, Drijver R, van den Bosch W, et al. Safety of telephone triage in general practitioner cooperatives: do triage nurses correctly estimate urgency? *Qual Saf Health Care*. 2007;16:181-4.
- ¹⁰ Bunn F, Byrne G, Kendall S. Telephone consultation and triage: effects on health care use and patient satisfaction [Cochrane review]. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(4):CD004180.
- ¹¹ Deakin CD, Sherwood DM, Smith A, Cassidy M. Does telephone triage of emergency (999) calls using Advanced Medical Priority Dispatch (AMPDS) with Department of Health (DH) call prioritisation effectively identify patients with an acute coronary syndrome? An audit of 42,657 emergency calls to Hampshire Ambulance Service NHS Trust. *Emerg Med J*. 2006;23:232-5.
- ¹² Pope JH, Aufderheide TP, Ruthazer R, Woolard RH, Feldman JA, Beshansky JR, et al. Missed diagnoses of acute cardiac ischemia in the emergency department. *N Engl J Med*. 2000;342:1163-70.
- ¹³ Forster AJ, Rose NG, van Walraven C, Stiell I. Adverse events following an emergency department visit. *Qual Saf Health Care*. 2007;16:17-22.
- ¹⁴ Canto JG, Goldberg RJ, Hand MM, Bonow RO, Sopko G, Pepine CJ, et al. Symptom presentation of women with acute coronary syndromes: myth vs reality. *Arch Intern Med*. 2007;167:2405-13.
- ¹⁵ Stephens DS, Greenwood B, Brandtzaeg P. Epidemic meningitis, meningococcaemia, and Neisseria meningitidis. *Lancet*. 2007;369:2196-210.
- ¹⁶ Jewkes F. Prehospital management of the acutely ill child. *Arch Dis Child*. 2006;91:462-4.
- ¹⁷ De Nooij J. Elk verzoek om een ambulance honoreren. *Med Contact*. 2008;63:720-2.