

Risico's in de eerstelijnszorg voor patiënten met meerdere **chronische aandoeningen**

Over de aard en omvang van schade in de eerstelijnszorg is weinig bekend. Uit recent onderzoek blijkt dat in Nederland de eerstelijnszorg over het algemeen veilig is. Het lijkt er echter op dat de onveiligheid toeneemt naarmate meerdere zorgverleners bij de zorg betrokken zijn. Onderzoek rond zes risicothema's toont aan dat een multidisciplinaire aanpak nodig is om de veiligheid van de geïntegreerde eerstelijnszorg te verbeteren.

Door: A.J.W. Kramer, R.A. Bezemer, A.A.M. Schoemakers, E.M. Zijp en S.M.G.A. van der Lans

De Nederlandse gezondheidszorg wordt steeds complexer. Het aantal ouderen neemt toe, er komen meer chronisch zieken, er vindt een omslag plaats naar vraagsturing en nieuwe technologieën worden voortdurend ingezet.¹ Daarnaast nemen functiegerichte bekostiging en taakherschikking nog steeds toe en zijn er veel nieuwe toetreders op de markt voor zorgverlening.

Bijna een derde van de chronisch zieken heeft meer dan één chronische ziekte. Dit komt neer op 1,3 miljoen mensen ofwel 8% van de totale bevolking. Vooral ouderen behoren tot deze groep: bijna één op de drie 75-plussers heeft meer dan één chronische ziekte.²

Zorgverlening aan mensen met meerdere chronische aandoeningen, ook wel multimorbiditeit genoemd, is complex. Meerdere zorgverleners en behandelaars uit verschillende sectoren en instellingen zijn bij deze zorg betrokken, vaak

ook uit de eerste lijn. Zij vormen het 'zorgnetwerk' rondom de patiënt. Om verantwoorde zorg te kunnen leveren, is afstemming tussen de betrokken zorgverleners essentieel.^{3,4} Dat wordt bevestigd door signalen die de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) ontvangt over risicovolle situaties en incidenten in de eerstelijnszorg, die vaak lijken samen te hangen met bovengenoemde ontwikkelingen.

Verkenning van risico's

Er is nog weinig bekend over de precieze risico's en de mogelijke gezondheidsschade voor chronische, multimorbide patiënten die hoofdzakelijk in de eerste lijn worden behandeld. Door de enorme verscheidenheid aan combinaties van aandoeningen is het lastig om daarover door wetenschappelijk onderzoek betrouwbare informatie te verkrijgen.⁵ De resultaten van twee onderzoeken naar de omvang en aard van vermijdbare schade in verschillende domeinen van de eerstelijnszorg in Nederland zijn in dit kader informatief:

- NIVEL-onderzoek⁶ toont aan dat er weinig bekend is over aard en omvang van schade in de eerstelijnszorg. Dit onderzoek heeft zich gericht op huisartsen-, acute, paramedische, verloskundige en tandheelkundige zorg en op multidisciplinaire samenwerkingverbanden. Incidentiecijfers zijn alleen bekend uit de internationale literatuur voor huisartsenzorg en variëren sterk tussen de verschillende onderzoeken (0-8% van de dossiers). Een klein deel van het

NIVEL-onderzoek richt zich op multidisciplinaire samenwerking. Zo blijkt dat bij 23% van de patiënten die ontslagen worden uit het ziekenhuis enige vorm van schade optreedt in de eerste lijn. Er is echter geen nadere informatie over aard en omvang van deze schade.

- Uit onderzoek door IQ Healthcare⁷ in huisartsenpraktijken, huisartsenposten, paramedische praktijken, tandartsenpraktijken en verloskundigenpraktijken blijkt dat daadwerkelijke schade in de eerstelijnszorg veelal uitblijft of van tijdelijke aard is. De 'schade' blijft doorgaans beperkt tot een extra controle. Van de dossiers maakt 1-6% (afhankelijk van het domein) melding van een incident met merkbare gevolgen voor de patiënt. De onderzoekers van deze studie concluderen dat de eerstelijnszorg in Nederland 'grosso modo' veilig is voor patiënten. De kans op vermijdbare schade door toedoen van zorgverlening in de eerste lijn is klein, zeker de kans op blijvende schade of overlijden. Echter, dit onderzoek is primair gericht op incidenten in de eerste lijn met patiënten die doorgaans met hun vraag bij één zorgverlener komen. Daarom kan op basis van bovengenoemde resultaten geen uitspraak worden gedaan over patiëntveiligheid bij zorgverlening in netwerken bij meerdere aandoeningen.

Dit artikel beschrijft de bevindingen van een onderzoek dat TNO in 2009 heeft uitgevoerd in samenwerking met de IGZ om inzicht te krijgen in de complexiteit en de risico's in de eerstelijnszorg voor patiënten met meerdere chronische aandoeningen. Ook wordt vooruitgeblikt op de acties die deze bevindingen vragen voor het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid van de eerstelijnszorg.

Onderzoek via scenario's

In de eerstelijnszorg werken tienduizenden professionals in gevarieerde werkvelden. Het is daarom niet eenvoudig om de risico's in de gehele eerstelijnszorg systematisch en uitgebreid te onderzoeken. Om deze reden is voor een alternatieve onderzoeksmethode gekozen, bestaande uit de volgende stappen:

- verkennend literatuuronderzoek naar risico's voor de patiënt bij zorgverlening in netwerken in de eerste lijn;
- opstellen van twee herkenbare scenario's die representatief zijn voor de complexe eerste lijn;
- definiëren van risicothema's op basis van de scenario's en bespreking van scenario's en

risico's met velddeskundigen;

- betekenis van de resultaten voor de veiligheid van patiënten in de complexe eerste lijn.

Hieronder worden de stappen kort besproken.

Uit het literatuuronderzoek blijkt dat er (inter)nationaal weinig bekend is over risico's in de eerstelijnszorg voor patiënten met meerdere chronische aandoeningen. Er hebben in 2008 en 2009 twee onderzoeken plaatsgevonden naar de omvang en aard van vermijdbare schade in verschillende domeinen van de eerstelijnszorg in Nederland: het bovengenoemde NIVEL-onderzoek⁶ en het onderzoek van IQ Healthcare.⁷ Dit laatste onderzoek is uitgekomen tegen het einde van het TNO-IGZ-onderzoek.

Scenario's ondersteunen de bespreking van risico's voor deze doelgroep

TNO en de IGZ hebben vervolgens gezamenlijk twee scenario's opgesteld die een herkenbaar beeld geven van een groot deel van de sector bij chronische multimorbide patiënten. Innovatief is de focus op het totale netwerk van zorgprofessionals rondom de patiënt. De focus ligt dus *niet* op individuele zorgprofessionals, bepaalde beroepsgroepen of specifieke zorgnetwerken met betrekking tot één aandoening. De scenario's zijn samengesteld op basis van het

Scenario 1

Dhr. Klaassen, 78 jaar, heeft COPD en krijgt diabetes. Zijn echtgenote is zijn enige mantelzorger. Het echtpaar heeft één zoon, die in Australië woont en derhalve geen concrete hulp kan bieden. In de loop van de tijd krijgt meneer Klaassen last van zijn knie en later krijgt hij een diabetische voet. Bovendien is hij obeer en behoorlijk vergeetachtig. De vergeetachtigheid blijkt Alzheimer te zijn. Dit geeft nu veel problemen in de verzorging, waardoor zijn echtgenote ook behoefte heeft aan ondersteuning.

Scenario 2

Mw. Schagen, een alleenstaande 19-jarige vrouw uit een zwak sociaal milieu, wordt zwanger. Mevrouw heeft mogelijk een specifieke (lichte) retardatie en rookt. Alcohol- of drugsgebruik zijn onbekend. Ze heeft geen contact met de vader van het kind. De verloskundige begeleidt de zwangerschap, maar mevrouw Schagen komt niet regelmatig op controle. Verwijzing naar een gynaecoloog volgt na 35 weken vanwege twijfel aan een goed verloop van de zwangerschap. Het kind wordt na 36 weken geboren in het ziekenhuis, maar mevrouw Schagen wordt na één dag uit het ziekenhuis ontslagen. Kraamzorg had ze niet geregeld en komt laat op gang. Moeder en kind verschijnen de jaren erna onregelmatig op het consultatiebureau. Moeder toont geen interesse in het DKTP vaccinatieschema. Het kind is vaak benauwd en het verslijkt zich vaak. De huisarts schrijft astmamedicatie voor. Als het kind drie jaar is, constateert de JGZ-arts blauwe plekken en onderneemt actie.

Zorgnetwerk bij voorbeeldsituatie 1



Figuur 1. Complex zorgnetwerk rond dhr. Klaassen, zoals beschreven in het eerste scenario. De lijnen geven de contacten weer tussen dhr. Klaassen en de zorgprofessionals, de stippellijnen geven de contacten weer tussen de professionals onderling

vóórkomen van het type zorgvraag en de complexe problematiek.

De voorbeeldsituaties beschrijven een oudere man met COPD, diabetes mellitus type II en de ziekte van Alzheimer (scenario 1) en een zwangere vrouw met een lage sociaal-economische status (scenario 2). Vanuit de zorgvragen van deze denkbeeldige patiënten zijn kritieke aspecten van zorg benoemd die tot gezondheidsschade kunnen leiden als ze niet goed geregeld of geborgd zijn.

Risicothema's

Vanuit de scenario's hebben drie IGZ-inspecteurs individueel, op basis van hun kennis en ervaring, beoordeeld welke aspecten van zorgverlening met een hoog tot zeer hoog risico gepaard kunnen gaan. Na deze individuele beoordeling is overlegd om tot een gezamenlijk oordeel te komen. Op basis van dit gezamenlijk oordeel zijn vervolgens risicovolle aspecten van beide scenario's geanalyseerd en zes overeenkomende risicothema's benoemd:⁸

1. Informatieoverdracht tussen zorgprofessionals en regievoering.
2. Informatievoorziening en voorlichting aan de patiënt.
3. Zorgmijdend gedrag van patiënt en/of mantelzorgers.
4. Medicatieveiligheid.
5. Toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorg, met name in spoedsituaties.
6. Deskundigheid en vaardigheden van zorgprofessionals.

De invloed van zorgverlening op mogelijke gezondheidsschade voor de patiënt is doorgaans ogenschijnlijk klein als individuele risicothema's in ogenschouw worden genomen. Echter, in beide scenario's is het totale netwerk van zorgprofessionals rond een patiënt zeer complex. In figuur 1 is het eerste scenario grafisch weergegeven. In complexe zorgnetwerken komen combinaties van meerdere van bovenstaande risico's veel voor. Dat leidt sneller tot risicovolle situaties of incidenten.

In de figuur is zichtbaar dat verschillende zorgprofessionals contact hebben met een patiënt, zonder tussenkomst of contact met andere professionals. Veel – maar niet alle – zorgprofessionals hebben bovendien contact met de huisarts. Geen van hen staat echter direct in contact met alle andere professionals in het netwerk. Een van de grootste risico's betreft dan ook tekortschietende informatieoverdracht tussen zorgprofessionals en het voeren van de regie (thema 1).

Als de informatievoorziening en voorlichting aan de patiënt (thema 2) onvoldoende zijn, bestaat er kans op onjuiste behandeling. In een complex zorgnetwerk lijkt de kans hierop groter omdat onjuiste therapie en eventueel zorgmijdend gedrag van patiënt en verzorgenden (thema 3) vaker niet of later opgemerkt worden. Bij multimorbide patiënten is schade door polyfarmacie een belangrijk risico (thema 4). Toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorg – met name in spoedsituaties – zijn eveneens van belang (thema 5). Een verkeerde diagnose (thema 6) kan het gevolg zijn van onvoldoende deskundigheid en vaardigheden van zorgprofessionals, met name bij triage. Daarnaast hangen de thema's ook met elkaar samen. De risico's bij thema's 2, 3 en 4 worden groter als zorgprofessionals onderling geen duidelijke afspraken hebben gemaakt over verantwoordelijkheden, regie of informatieoverdracht (thema 1), bijvoorbeeld als de patiënt niet goed weet wie hij op welk moment moet benaderen voor hulp (thema 2), of als zorgprofessionals eventueel zorgmijdend gedrag niet tijdig signaleren (thema 3).

Verskillende rapportages van de IGZ ondersteunen bovenstaande bevindingen.^{9, 10, 11} Een belangrijke observatie is dat de risico's bij een thema vaak worden versterkt als ook andere risicothema's relevant zijn. Omdat bij meerdere aandoeningen vaak meerdere risicothema's spelen, vraagt veiligheid van zorg juist bij zorgverlening in een netwerk veel aandacht.

Ervaringen van velddeskundigen

De risicothema's zijn besproken met vier velddeskundigen van V&VN, REOS Zorg, NPCF en een gezondheidscentrum. De deskundigen zijn geselecteerd op basis van hun kennis en ervaring in de eerstelijnszorg in uiteenlopende werkvelden. Zij bevestigen dat genoemde risico's een grote rol spelen in de eerstelijnszorg.⁸ Zij geven hierbij ook enkele nuanceringen aan. Risico's rond informatieoverdracht en regie (thema 1) spelen volgens hen niet alleen tussen huisartsen en andere zorgprofessionals, maar ook binnen een huisartsgroep. Zij stellen dat er gevaar schuilt in verdere versnippering van de zorg. Ook laten ze weten dat zorgprofessionals vaak niet voldoende nagaan of patiënten begrijpen wat er wordt gezegd (thema 2). Zij zien bovendien dat professionals niet systematisch nagaan of (medicatie)adviezen worden opgevolgd. Daarnaast wijzen ze op de risico's van de toename van lager geschoold personeel in de thuiszorg (thema 6) in combinatie met de taakverdeling en verantwoordelijkheden (thema 1) die niet worden aangepast aan de capaciteiten van het personeel.

Betekenis voor de veiligheid

De twee beschreven scenario's vormen samen een representatieve weergave van de complexiteit en de risico's in de eerstelijnszorg voor patiënten met een complexe problematiek. Hoewel risico's groter zijn naarmate er sprake is van een complexere zorgvraag, zijn de deskundigen van mening dat de benoemde risico's generaliseerbaar zijn voor de eerstelijnszorg aan chronische, multimorbide patiënten in het algemeen. Bijzondere aandacht verdient het risicothema 'informatieoverdracht en regie'. Zeker dit risicothema wordt de komende jaren belangrijker doordat het aantal chronische, multimorbide patiënten én het aantal eerstelijnsprofessionals per patiënt nog altijd toenemen. Het aantal overdrachtsmomenten en de noodzaak voor gezamenlijke regievoering zullen hierdoor sterk toenemen. Het ligt voor de hand dat de huisartsenpraktijk hierbij een essentiële verbindende rol kan spelen.⁵

De gevolgen van de benoemde risico's zijn binnen het huidige project niet onderzocht. Deze risicoverkenning vraagt daarom om nader, systematisch onderzoek naar detaillering van de specifieke risico's, de ernst en frequentie van bijbehorende incidenten, de resulterende gezondheidsschade voor de patiënt en de manier waarop deze risico's in de toekomst beter beheerst kunnen worden.

Om de kwaliteit en de veiligheid van de eerstelijnszorg te verbeteren zijn interventies nodig

die het mogelijk maken om de risico's in de praktijk te kunnen beheersen. Een veiligheidsmanagementsysteem kan daarbij helpen. Risicobeheersing kan dan worden ondergebracht in een gestructureerde aanpak, bijvoorbeeld analoog aan het veiligheidsmanagementsysteem (VMS) in de tweedelijnszorg. Verschillende eerstelijnszorgorganisaties erkennen de noodzaak om de patiëntveiligheid te verbeteren en hebben in 2009 gezamenlijk een convenant ondertekend.¹² Deze organisaties zullen gedu-

Een eerste stap is het implementeren van een VMS in de eerstelijnspraktijk

rende de komende jaren basiseisen stellen aan het veiligheidsbeleid en een VMS implementeren in de eerstelijnspraktijk. Dit is een belangrijke eerste stap, maar het is nog niet duidelijk hoe hiermee de veiligheid van patiënten in het complexe zorgnetwerk verbetert.¹³ Omdat de genoemde risico's het zorgnetwerk omspannen, lijken interventies, en toezicht door de IGZ, gericht op het totale zorgnetwerk noodzakelijk. Gezien de complexiteit van de individu-, organisatie- en ketenoverstijgende zorgnetwerken in de eerste lijn is dit een grote uitdaging. De

Wat is bekend?

Er is (inter)nationaal weinig inzicht in de risico's op onbedoelde gezondheidsschade in de eerstelijnszorg voor patiënten met meerdere chronische aandoeningen. Uit recent onderzoek blijkt dat in Nederland de eerstelijnszorg over het algemeen veilig is. Het lijkt er echter op dat de onveiligheid toeneemt naarmate meerdere zorgverleners bij de zorg betrokken zijn. Het huidige onderzoek van TNO, in samenwerking met de IGZ, had tot doel meer inzicht te krijgen in de complexiteit en de risico's in de eerstelijnszorg voor chronische, multimorbide patiënten.

Wat is nieuw?

Op basis van het onderzoek zijn zes risicothema's geïdentificeerd: informatieoverdracht tussen zorgprofessionals en regievoering; informatievoorziening en voorlichting aan de patiënt; zorgmijdend gedrag van patiënt en/of mantelzorgers; medicatieveiligheid; toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorg, met name in spoedsituaties; deskundigheid en vaardigheden van zorgprofessionals. Naarmate de complexiteit van de zorgvraag en het aantal zorgverleners toenemen, zullen deze risicothema's in toenemende mate relevant zijn en elkaar versterken.

Wat kun je ermee?

De resultaten tonen aan dat een multidisciplinaire aanpak nodig is om de veiligheid van de geïntegreerde eerstelijnszorg te verbeteren. Verschillende eerstelijnszorgorganisaties werken momenteel aan de ontwikkeling van een veiligheidsmanagementsysteem in de eerstelijnspraktijk. Het is nog onduidelijk hoe deze eerste stap de veiligheid van patiënten in het complexe zorgnetwerk verbetert. Omdat de genoemde risico's het zorgnetwerk omspannen, lijken interventies gericht op het totale zorgnetwerk inclusief de patiënt noodzakelijk.

Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg³ kan hierbij als uitgangspunt dienen. Een mogelijke interventie, die door de IGZ wordt verkend, is toezicht op een zorgnetwerk startend vanuit het perspectief van de patiënt. Via de patiënt (of diens huisarts) kan contact worden gelegd met alle professionals die bij de zorg aan deze patiënt betrokken zijn. De patiënten zouden daarbij kunnen worden geselecteerd op basis van persoonskenmerken, zoals leeftijd, aandoening en leefomgeving. Nader onderzoek naar de mogelijkheden van een dergelijke multidisciplinaire aanpak is echter noodzakelijk.

Noten

- 1 VWS, *Een dynamische eerstelijnszorg*, Kamerstuk, 25 januari 2008.
- 2 RIVM, *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010 Van gezond naar beter*, Bilthoven, 25 maart 2010.
- 3 KNMG, V&VN, KNOV, KNGF, KNMP, NIP, NVZ, NFU, GGZ Nederland, NPCF, *Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg*, 2010.
- 4 J. Reeuwijk-Werkhorst en E.H. Hulst, Ketenzorg eist heldere afspraken, *Zorg & Financiering*, nr. 4, pp. 10-23.
- 5 F.G. Schellevis, *Je gaat het pas zien als je het door hebt: mult morbiditeit in de huisartsenpraktijk*, inaugurele rede, NIVEL, Utrecht, 2006.
- 6 J.R.J. de Leeuw, C. Veenhof, C. Wagner, T.A. Wiegers, J.C. IJzermans, F.G. Schellevis en D.H. de Bakker, *Patiëntveiligheid in de eerstelijnsgezondheidszorg: stand van zaken*, NIVEL, Utrecht, 2008.
- 7 M. Harmsen, P. Giesen, L. Martijn, Th. Mettes, W. Verstappen, R. Nijhuis-van der Sanden en M. Wensing, *Patiëntveiligheid in de Nederlandse eerstelijnszorg anno 2009*, IQ healthcare, Nijmegen, december 2009.
- 8 W. Davidse en A.J.W. Kramer, *Verkenning risicodetectie eerstelijnszorg*, TNO KvL/P&Z, Leiden, 2009.092, 2009.
- 9 IGZ, *Telefonische bereikbaarheid van huisartsen moet sterk verbeteren*, Den Haag, 2008.
- 10 IGZ, *Vervolgonderzoek dienstapotheken: medicatiebewaking nog verre van sluitend*, Den Haag, 2009.
- 11 IGZ, *Kraamzorg in ontwikkeling*, Den Haag, 2009.
- 12 Min. VWS, *Vanzelfsprekende veiligheid, bestuurlijke afspraak eerstelijnszorgpartijen*, Den Haag, 2009.
- 13 A. de Bont, S. Jerak, M. de Mul en D. Zwart, *Vragen Voor Veiligheid, de betekenis van Patiëntveiligheid in de Eerste Lijn*, Erasmus Universiteit Rotterdam, instituut Beleid & Management Gezondheidszorg; Rotterdam, 2009.

Informatie over de auteurs

Ir. Joyce Kramer werkte als onderzoeker bij TNO Kwaliteit van Leven en is momenteel Adviseur Patiëntveiligheid bij het Beatrixziekenhuis in Gorinchem.

Drs. Robert Bezemer MTD is werkzaam als onderzoeker bij TNO Kwaliteit van Leven.

Drs. Angelique Schoemakers, Ellen Zijp, arts MBA-h en Sylvia van der Lans, arts, zijn werkzaam bij de IGZ als (senior-)inspecteur.

Over management van kwaliteit in organisaties voor langdurende zorg

Landingsbaan voor kwaliteit

Kwaliteit van zorg hoort niet hoog in de lucht te zweven. Het hoort thuis aan de grond. Kwaliteit is het uitgangspunt, het bestaansrecht en het fundament van iedere organisatie in de langdurende zorg. Een goede landingsbaan is nodig om verbeterprojecten in organisaties te laten landen, te verspreiden en te borgen. Hoe ziet de landingsbaan voor kwaliteit eruit? En hoe leg je hem aan?

Het boek *Landingsbaan voor kwaliteit*, een uitgave van Kluwer, het ZonMw-programma Zorg voor Beter en Plexus, biedt bestuurders een kijkje in de keuken van diverse instellingen. 22 zorgorganisaties voerden een project uit om ervaring op te doen met het verbeteren van de randvoorwaarden voor verbeterprojecten in hun organisatie. De ervaringen en geleerde lessen zijn in dit boek beschreven. Bovendien is een checklist opgenomen waarmee bestuurders een stappenplan voor verbetering van het management van kwaliteit in hun instelling kunnen opstellen.

Meer informatie of bestellen? Ga naar www.zorgmarkt.net/shop

Het boek is ook verkrijgbaar via de boekhandel.



Kluwer

a Wolters Kluwer business

Landingsbaan voor kwaliteit

Redactie: Emmeline Kunst, Jet Wiechers en Joris van der Putten

ISBN: 9789013072280 - Prijs: € 24,95 (incl. btw)

