

Snelle aanpassing praktijkorganisatie tijdens de coronapandemie

Peter Groenewegen, Maria van den Muijsenbergh, Ronald Batenburg, Esther Van Poel, Stijn van den Broek, Pierre Vanden Bussche, Sara Willems

Huisartsenpraktijken pasten tijdens de coronapandemie hun organisatie aan, mede op basis van informatie en adviezen van hun beroepsorganisaties. De aanpassingen waren noodzakelijk om de zorg voor patiënten zo veel en zo veilig mogelijk doorgang te laten vinden, vaak op afstand. De pandemie zelf, de zorg op afstand en de strakkere geleiding van de patiëntenstroom zetten de kwaliteit van zorg en de patiëntveiligheid onder druk. De toegankelijkheid van de praktijken was soms beperkt, in de beleving van patiënten was dat sterker dan in werkelijkheid.

De coronapandemie heeft grote gevolgen (gehad) voor huisartsen. Vanwege de beperkte zorgcapaciteit in ziekenhuizen vingen zij het merendeel van de patiënten met mogelijke COVID-19-klachten op.¹⁻⁵ De enorm toegenomen zorgvraag van patiënten met COVID-19 – voor diagnostiek, begeleiding, behandeling, verwijzing of palliatieve zorg – maakte het vanaf het begin van de pandemie noodzakelijk de praktijkvoering zo te reorganiseren dat de veiligheid van medewerkers en patiënten gewaarborgd

bleef en dat ook andere patiënten de nodige zorg konden blijven krijgen.

Omdat de rol van de eerstelijnszorg in de verschillende Europese landen anders is, biedt de coronapandemie mogelijkheden voor *cross-country learning*.⁶ Dit was de aanleiding om PriCov-19 op te zetten, een pan-Europees vragenlijstonderzoek onder huisartsen naar de gevolgen van de pandemie voor hun functioneren en voor de organisatie van hun praktijk. In dit artikel presenteren we de



De pandemie zette de patiëntveiligheid onder druk omdat patiënten terughoudender waren om de praktijk te bezoeken.

Foto: Margot Scherder

Nederlandse resultaten van dit onderzoek: de aanpassingen op het gebied van patiëntenstromen, de maatregelen om patiëntveiligheidsincidenten te voorkomen en de ervaren ondersteuning door overheid en beroepsorganisaties [figuur 1]. Zo kunt u zien hoe het eraan toeging in de onderzochte praktijken en dit vergelijken met uw eigen handelen.

METHODE

PriCov-19 is een internationaal vragenlijstonderzoek in huisartsenpraktijken. Het is opgezet in 2020 door het expertisecentrum Quality and Safety Ghent van de Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg van de Universiteit Gent. Dat gebeurde in samenwerking met 2 netwerken van de World Organization of Family Doctors (WONCA), te weten de European Society for Quality and Patient Safety in General Practice/Family Medicine (EQuiP) en het European General Practice Research Network (EGPRN), en het European Forum for Primary Care (EFPC).⁷ Het Nederlandse deel werd uitgevoerd door het Nivel en de afdeling Eerstelijns geneeskunde van het Radboudumc.

In Nederland zijn 2 steekproeven getrokken uit de praktijken binnen de Nivel Huisartsenregistratie. De eerste steekproef bestond uit praktijken die eerder hadden aangegeven aan onderzoek te willen meedoen (n = 282); de tweede was willekeurig getrokken uit alle overige praktijken (n = 611). Omdat de vragenlijst over praktijken gaat en niet over individuele huisartsen, kreeg per praktijk 1 praktijkhouder een uitnodiging met een link naar de elektronische vragenlijst. Er is 1 reminder gestuurd.

De vragenlijst is in een aantal stappen ontwikkeld door de

WAT IS BEKEND?

- Tijdens de coronapandemie vingen huisartsen het merendeel van de patiënten met [mogelijke] COVID-19-klachten op.
- Infectiepreventie maakte aanpassingen in de praktijkorganisatie nodig, vooral wat betreft toegankelijkheid en bereikbaarheid, ruimtelijke inrichting, medische hulpmiddelen en ICT.
- Daarnaast had de pandemie grote gevolgen voor de personeels- en de financiële planning.

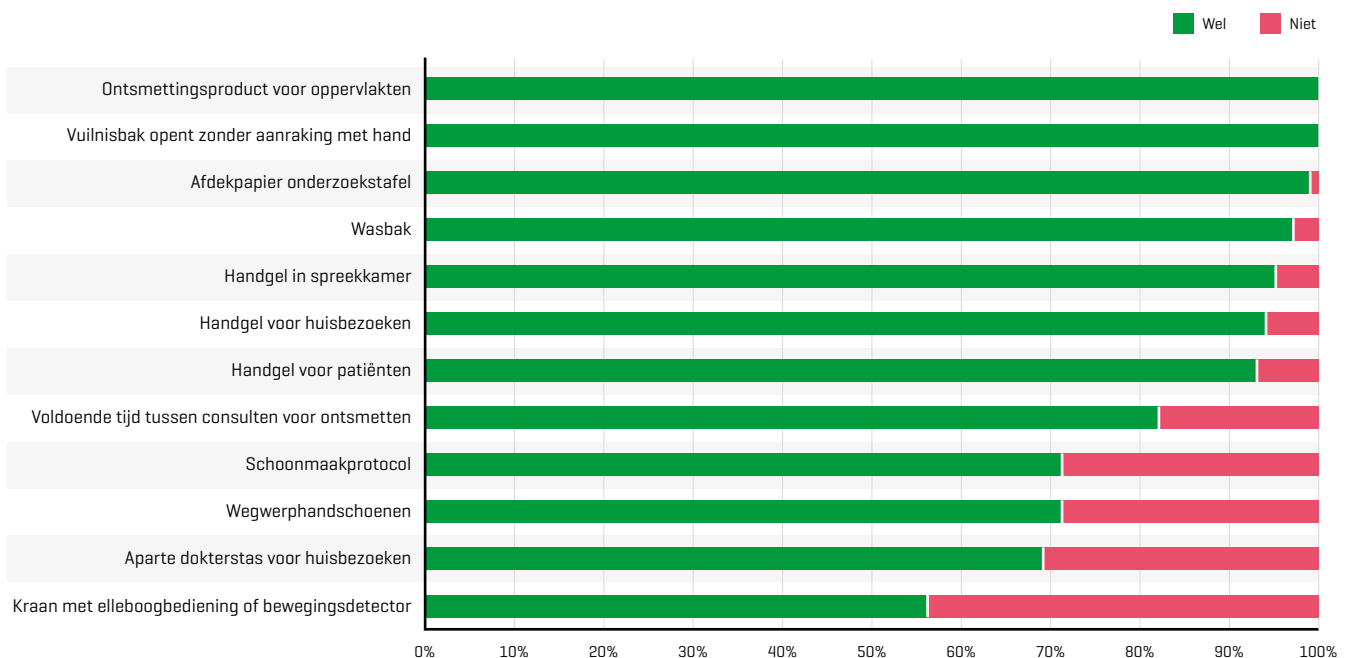
WAT IS NIEUW?

- De maatregelen ten behoeve van infectiepreventie beperkten de fysieke patiëntenstroom, maar videobellen steeg in korte tijd van 6% naar 65% van de praktijken.
- De pandemie zette de patiëntveiligheid onder druk omdat patiënten terughoudender waren om de praktijk te bezoeken.
- De pandemie heeft de samenwerking met andere huisartsenpraktijken verbeterd.
- De praktijken voelden zich door de beroepsorganisaties goed ondersteund wat betreft snelheid en kwaliteit van de informatie.

initiatiefnemers, besproken met alle partners in het onderzoek, getest in Vlaanderen en vervolgens aangepast aan de Nederlandse situatie.⁷ De vragenlijst bestaat uit de volgende

Figuur 1

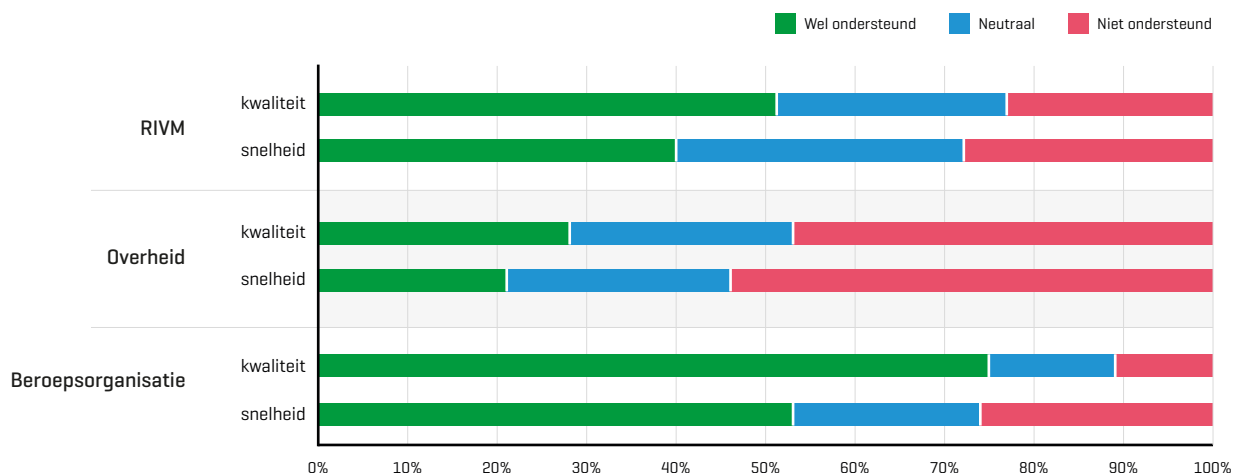
Percentage huisartsenpraktijken dat maatregelen ter preventie van infecties instelt [n = 155]



Figuur: Studio Wiegers

Figuur 2

Percentage huisartsenpraktijken dat zich ondersteund voelde door de beroepsorganisaties, de overheid en het RIVM



Figuur: Studio Wiegers

onderdelen: algemene gegevens over de praktijk, patiëntenstromen, infectiepreventie, informatieverwerking, samenwerking, collegialiteit en zorg voor het eigen welzijn, en het beleid van overheid en beroepsorganisaties.

Beschrijvende analyses zijn uitgevoerd met Stata 16.1.

RESULTATEN

Respons en respondentkenmerken

De dataverzameling vond plaats in februari en maart 2021. De vragenlijst werd teruggestuurd door 208 praktijken; 155 vragenlijsten waren volledig ingevuld (respons op basis van volledig ingevulde lijsten 17%). De responderende praktijken waren gemiddeld wat groter, zowel qua aantal patiënten (gemiddeld 4300 in onze steekproef tegen 3940 in de Huisartsenregistratie) als qua aantal huisartsen (11% solisten in onze steekproef tegen 19% landelijk).

Organisatorische maatregelen om infecties te voorkomen

Huisartsenpraktijken konden tijdens de coronapandemie verschillende maatregelen nemen om de besmettingskans te verkleinen: het risico op persoonlijk contact verkleinen, het afsprakensysteem en de triage aanpassen en zoveel mogelijk consulten op afstand doen.

In Nederland gebruikte 81% van de praktijken een aangepast protocol voor telefoongesprekken en 75% gebruikte dat protocol regelmatig of altijd. Bij ruim 70% was in elke spreekkamer de meest recente informatie onmiddellijk beschikbaar over hoe een patiënt kan worden doorverwezen naar een COVID-19-triagepost (vaak 1 plek per regio, bij een huisartsenpost). Een belangrijke verandering was videobellen: 6% gaf aan dat ze dit vóór de pandemie weleens deden (hooguit 1 keer per week), in onze onderzoeksperiode deed 65% aan videobellen. Ook telefonische triage lijkt een belangrijker rol te zijn gaan spelen, zoals blijkt uit de antwoorden op een vraag naar verschuiving van taken van praktijkmedewerkers [online tabel 1].

Naast deze organisatorische maatregelen zijn er veel praktische maatregelen genomen om infecties te voorkomen, zoals handgel in de spreekkamers en schoonmaakprotocollen.

Gevolgen voor kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid

Vóór de coronapandemie reserveerde 19% van de responderende praktijken vaste momenten in de agenda voor het bekijken van nieuwe richtlijnen of het doornemen van literatuur; ten tijde van de enquête was dit 32%. Een soortgelijk verschil tussen voor en tijdens de pandemie was er ook voor overleg om bestaande, nieuwe of gewijzigde richtlijnen te bespreken; voor de pandemie 27% en tijdens 68%.

Hoewel aandacht voor nieuwe richtlijnen en samenwerking dus toenam, hadden de deelnemers wel de indruk dat de nieuwe organisatorische maatregelen de patiëntveiligheid onder druk zetten. Bijna 2 op de 5 huisartsen hadden de indruk dat zorg soms werd vertraagd, vooral doordat patiënten pas laat naar de praktijk kwamen: 79% had meegemaakt dat een patiënt met een ernstige aandoening daardoor laat werd gezien [tabel 2].

Uitval van medewerkers

In 9 op de 10 praktijken zijn medewerkers gedurende de pandemie tijdelijk afwezig geweest vanwege COVID-19 (door ziekte of quarantaine). In ongeveer de helft van de gevallen ging het om ≥ 5 medewerkers. Het verzuim werd in 2 op de 3 praktijken intern of met hulp van buurpraktijken opgevangen. Volgens 40% van de praktijkhouders was een mooie bijkomstigheid dat dit de samenwerking met andere praktijken heeft bevorderd [online tabel 3].

Steun door overheid, RIVM en beroepsorganisaties

De meeste praktijken ervoeren de informatievoorziening vanuit de overheid niet als ondersteunend. De specifieke informatievoorziening vanuit het RIVM en vooral vanuit de beroepsorganisaties werd beter gewaardeerd [figuur 2].

Tabel 2**Patiëntveiligheidsincidenten**

Een patiënt met een ernstige aandoening kwam niet eerder naar de praktijk en werd daardoor laat gezien	79%
Een patiënt met koorts door een andere infectie dan corona werd laat gezien vanwege het COVID-protocol, wat de zorg vertraagde	42%
Een patiënt met een ernstige aandoening wist niet hoe een beroep te doen op een huisarts en werd daardoor laat gezien	38%
Een patiënt met een urgente aandoening anders dan COVID-19 werd bij de triage niet correct ingeschat	33%
Een patiënt met een urgente aandoening werd bij de telefonische triage als niet-urgent ingeschat en werd daardoor laat gezien	30%

Tabel: Studio Wisgares

BESCHOUWING**Belangrijkste resultaten**

Tijdens de pandemie is digitale zorg-op-afstand snel toegenomen, vooral in de vorm van videobellen. Ook het afsprakensysteem, de triage en de patiëntenstroom naar de praktijk zijn aangepast. Uitval van praktijkpersoneel kon vaak intern of met hulp van een buurpraktijk worden opgevangen; 2 op de 5 praktijken vonden dat de samenwerking met andere praktijken was verbeterd.

De pandemie heeft de patiëntveiligheid onder druk gezet, deels omdat patiënten terughoudend waren om de praktijk te bezoeken. Redenen daarvoor kunnen zijn geweest dat ze dat niet veilig vonden of dat ze de huisarts niet onnodig wilden belasten.⁸ Vanwege de vereiste infectiepreventie werden patiënten minder vaak lichamelijk onderzocht. De patiëntveiligheidsincidenten die werden aangegeven zullen tot op zekere hoogte de percepties van de respondenten weerspiegelen, en wellicht ook de veiligheidscultuur en de mate waarin de praktijk reflecteert en incidenten herkent. Het gebrek aan rechtstreeks contact met patiënten in bepaalde fasen van de pandemie doet vermoeden dat veel incidenten (nog) niet getraceerd zijn.

Het NHG definieert patiëntveiligheidsincidenten als volgt: 'Elke onbedoelde gebeurtenis (vergissing, fout, ongeval/ongeluk, afwijking) die de patiënt bereikt heeft en die tot schade aan de patiënt heeft geleid, had kunnen leiden of (nog) kan leiden.'^{9,10} De laatste toevoegingen zijn belangrijk omdat we niet weten wat feitelijk de gezondheidsgevolgen voor patiënten zijn geweest. Van een nadere analyse en stratificatie naar risico van incidenten die tot gezondheidsgevolgen (hadden) kunnen leiden, kunnen praktijken veel leren over de veiligheid van hun zorg. Voor patiënten die hun klacht moeilijk onder woorden kunnen brengen, is telefonische triage soms ontoreikend en is face-to-facecontact belangrijk om de klacht goed te kunnen inschatten.^{11,12}

Beperkingen

De respons van 17% is voor Nederlandse begrippen redelijk, maar in de responsgroep zijn grote praktijken enigszins oververtegenwoordigd. Verder is het een beperking van vragenlijstonderzoek dat het om subjectieve inschattingen van de respondenten gaat, bijvoorbeeld rond patiëntveiligheidsincidenten. De subjectieve inschattingen rond uitstel van zorg worden overigens wel bevestigd, bijvoorbeeld door cijfers over het aantal verwijzingen. Een volgende beperking is dat in de vragenlijst, op enkele uitzonderingen na, gevraagd is naar de situatie op het

moment van invullen (voorjaar 2021). De Ausgangssituatie kan van invloed zijn op de aanpassingen die nodig waren.

Implicaties voor de praktijk

De coronapandemie heeft internationaal het belang van huisartsenzorg aangetoond, maar heeft ook laten zien waar verbetering mogelijk is.^{13,14} De discussie over de noodzakelijke transformatie van zorgstelsels is versneld, bijvoorbeeld door meer samenwerking van de eerste lijn met de openbare gezondheidszorg en met het sociale domein.¹⁵ Zorgprocessen zijn veranderd door de introductie van digitale zorgtoepassingen, vooral elektronische consulten. Er zijn zeer snel nieuwe richtlijnen gemaakt en bestaande zijn aangepast, mede dankzij goede ondersteuning door de beroepsorganisaties. Nu is het zaak de positieve aspecten van deze aanpassingen vast te houden en de negatieve gevolgen te vermijden.

Om redenen van veiligheid en infectiepreventie is op grotere schaal triage ingevoerd. Er zijn geen vergelijkbare cijfers van voor de pandemie beschikbaar, maar we hebben de indruk dat triage tijdens de pandemie grondiger werd ingezet. Er kwam geen patiënt meer naar de praktijk zonder dat met de praktijkassistent, de praktijkondersteuner of de huisarts was gesproken over de reden en de urgentie van het bezoek. Patiënten stelden dat niet altijd op prijs. Triage kan een barrière opwerpen voor mensen die moeite hebben om zich uit te drukken – door taalproblemen of geringe gezondheidsvaardigheden. Dit kan er bij sommige categorieën patiënten aan hebben bijgedragen dat ze het zoeken van zorg uitstelden. Ook het (toegenomen) videobellen zal niet voor alle patiënten goed werken of door hen op prijs worden gesteld. Als patiënten zich niet kunnen terugtrekken tijdens het videoconsult, kan videobellen leiden tot privacyproblemen. En voor videobellen geldt, net als bij triage, dat niet alle patiënten even vaardig zijn met de techniek en met het onder woorden brengen van hun zorgvraag.

Veel respondenten gaven aan dat zij patiënten soms laat zagen omdat deze niet eerder naar de praktijk kwamen of contact opnamen. Dat zal zeker als probleem zijn ervaren. De vraag is of praktijken dit uitstelgedrag kunnen beïnvloeden, en hoe dan. De helft van de praktijken heeft de kennis die zij hadden van hun eigen patiëntenpopulatie gebruikt om bepaalde patiënten actief te benaderen [**online tabel 1**]. Ook de coronadossiers van het NHG hebben hierop ingespeeld met regelmatig geactualiseerde informatie en aanbevelingen op basis van voortschrijdend inzicht en ervaringen in het veld. Samen met de onderling afgestemde informatie vanuit de andere koepel-

organisaties LHV en InEen zal dit hebben bijgedragen aan de ervaren steun vanuit beroepsorganisaties.

De samenwerking binnen de praktijk en met buurtpraktijken om problemen met uitval van praktijkmedewerkers op te vangen weerspiegelt een van de onlangs herijkte kernwaarden van het vak.¹⁶ De tijd die vrijkwam doordat de drukte wegviel, kon in sommige praktijken worden besteed aan toezicht op de triage en wellicht ook aan ondersteuning van praktijkmedewerkers in het algemeen.

De resultaten van dit beschrijvende onderzoek leiden tot een aantal suggesties voor soortgelijke situaties in de toekomst.

- Huisartsenorganisaties hebben een belangrijke rol in de informatievoorziening; zij zouden er goed aan doen de ervaringen van huisartsen te monitoren zodat richtlijnen, aanbevelingen en leidraden snel kunnen worden aangepast als de omstandigheden daarom vragen.
- Het is belangrijk huisartsen en praktijkmedewerkers het gevoel te geven dat zij worden ondersteund bij het leveren van goede en veilige zorg, en patiënten het gevoel te geven dat ze de praktijk veilig en op tijd kunnen bezoeken. Dit vraagt om risico-inschattingen op basis van kennis over de praktijkpopulatie en de specifieke context van de patiënt (persoonsgericht te werken).¹⁷
- Patiënten moeten actief en in begrijpelijke taal worden ingelicht over de toegankelijkheid van de zorg.¹⁸ Het is belangrijk om onderzoek te doen naar de langetermijnevolgen voor bijvoorbeeld patiënten die om wat voor reden ook niet of pas laat zijn gezien, en zo bedreigingen voor de patiëntveiligheid en de kwaliteit van zorg in beeld te brengen.

CONCLUSIE

De Nederlandse huisartsenpraktijken hebben snel gereageerd op de coronapandemie met aangepaste praktijkvoering, veiligheidsvoorschriften en meer gebruik van videobellen. Ondanks de grote uitval van personeel kon de zorg doorgaan. Triage, zorg op afstand en onduidelijkheid over de toegankelijkheid van de zorg kunnen volgens de ondervraagde huisartsen hebben geleid tot incidenten in de patiëntveiligheid. Hoe de organisatorische aanpassingen in Nederlandse huisartsenpraktijken zich verhouden tot de situatie bij collega's in andere landen zal in het kader van het PriCov-19-onderzoek op een later moment in beeld worden gebracht. ■

LITERATUUR

1. Schers H, Olde Hartman T, Van Boven K. Trends in COVID-19-problematiek (update 17 juni). Huisarts Wet, 17 juni 2020.
2. Jansen T, Bolt E, Hooiveld M, Hendriksen J, Korevaar J. 20-24 jarigen in tweede lockdown vaker naar de huisarts met depressieve gevoelens en angst. Utrecht: Nivel, 2021.
3. Batenburg R, Keuper J, Vis E, Flinterman L, Bosmans M, Leemrijse C. Geleerde lessen in coronatijd van grote waarde voor huisartsenpraktijken bij eventuele tweede golf: Gevolgen corona in de huisartsenpraktijk. Utrecht: Nivel, 2020.
4. Batenburg R, Vis E, Keuper J, Bosmans M, Leemrijse C. Drukke en uitgestelde zorgvraag door de coronapandemie: regionale verschillen: Gevolgen corona in de huisartsenpraktijk. Utrecht: Nivel, 2020.

5. Van Tuyl L, Batenburg R, Keuper J, Meurs M, Friele R. Toename gebruik e-health in de huisartsenpraktijk tijdens de coronapandemie: Organisatie van zorg op afstand in coronatijd. Utrecht: Nivel, 2020.
6. The organisation of resilient health and social care following the COVID-19 pandemic. Brussels: Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH), 2020.
7. Van Poel E, Vanden Bussche P, Klemenc-Ketis Z, Willems S. How did general practices organize care during the COVID-19 pandemic: the protocol of the cross-sectional PriCov-19 study in 38 countries. BMC Fam Pract 2022;23:11.
8. Khan N, Jones D, Grice A, Alderson S, Bradley S, Carder P, et al. A brave new world: the new normal for general practice after the COVID-19 pandemic. BJGP Open 2020;4:bjgp-open20X101103.
9. Van den Broek S. NHG-Handleiding voor het opzetten van een Procedure Veilig Incident Melden (VIM). Utrecht: NHG, 2021.
10. Verstappen W, Gaal S, Wensing M. Patiëntveiligheid in de eerste lijn. Huisarts Wet 2016;59:350-3.
11. Greenhalgh T, Koh GC, Car J. Covid-19: a remote assessment in primary care. BMJ 2020;368:m1182.
12. Julia C, Saynac Y, Le Joubioux C, Cailhol J, Lombraill P, Bouchaud O. Organising community primary care in the age of COVID-19: challenges in disadvantaged areas. Lancet Public Health 2020;5: e313.
13. Krist AH, DeVoe JE, Cheng A, Ehrlich T, Jones SM. Redesigning primary care to address the COVID-19 pandemic in the midst of the pandemic. Ann Fam Med 2020;18:349-54.
14. Rawaf S, Allen LN, Stigler FL, Kringos D, Quezada Yamamoto H, Van Weel C; Global Forum on Universal Health Coverage and Primary Health Care. Lessons on the COVID-19 pandemic, for and by primary care professionals worldwide. Eur J Gen Pract 2020;26:129-33.
15. Kinder K, Bazemore A, Taylor M, Mannie C, Strydom S, George J, et al. Integrating primary care and public health to enhance response to a pandemic. Prim Health Care Res Dev 2021;22:e27.
16. Van der Horst H, Dijkstra R. Woudschoten 2019: huisartsge-neeskundige kernwaarden en kerntaken herijkt. Huisarts Wet 2019;62:19-22.
17. Van den Muijsenbergh ME, Oosterberg E, Houwen J. Complexe zorg: wat werkt in de praktijk? Ned Tijdschr Geneesk 2019;163:D4508.
18. Van den Muijsenbergh ME, Gingnagel D, Duijnhoven T, Dees MK. Huisarts Wet 2020;63:46-8. 'Ik weet niet wat lock-down betekent': Moeite met lezen en schrijven in tijden van corona.

Groenewegen PP, Van den Muijsenbergh ME, Batenburg RS, Van Poel E, Van den Broek S, Vanden Bussche P, Willems S. Snelle aanpassing praktijkorganisatie tijdens de coronapandemie. Huisarts Wet 2022;65(5):16-20. DOI:10.1007/s12445-022-1439-5. Nivel, Utrecht: dr. P.P. Groenewegen, senior onderzoeker zorgstelsel en sturing, p.groenewegen@nivel.nl; prof. dr. R.S. Batenburg, programmeur arbeids- en organisatievraagstukken in de gezondheidszorg [tevens Radboudumc]. Radboudumc, European Forum for Primary Care, Nijmegen: prof. dr. M.E.T.C. van den Muijsenbergh, huisarts, hoogleraar gezondheidsverschillen en persoonsgerichte geïntegreerde eerstelijnszorg. Universiteit Gent, Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg, Quality and Safety Ghent: E. Van Poel, promovenda; dr. P. Vanden Bussche, huisarts en expert implementatiestrategieën, naadloze zorg, veilige zorg; prof.dr. S. Willems, voorzitter Quality and Safety Ghent. NHG, Utrecht: S. van den Broek, kaderhuisarts, senior stafmedewerker beleid & organisatie huisartsenzorg [tevens EquiP]. Mogelijke belangenverstrengeling: EGPRN heeft een financiële bijdrage aan het project verleend.