

Systematische analyse van calamiteiten in de eerstelijns verloskundige zorg: een middel om de kwaliteit van zorg te verbeteren

Referaat

Op 19 februari jongstleden verdedigde Lucie Martijn haar proefschrift over 'Patiëntveiligheid in de eerstelijns verloskundige zorg'. Zij toonde aan dat de eerstelijns verloskundige zorg over het algemeen veilig is. Verbetering is echter mogelijk én nodig; verloskundigen dienen daar continu aan te blijven werken. Martijn bepleit daarom het structureel evalueren van alle verleende zorg, ongeacht de uitkomsten. Evaluatie kan namelijk handvatten bieden voor verbetering van de zorg^[1].

Eén van de artikelen in Martijns proefschrift beschrijft een structurele evaluatie van calamiteiten, gemeld bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg van 2008-2011^[2]. De Kwaliteitswet zorginstellingen verplicht zorgverleners sinds 2005 calamiteiten te melden. Onder een calamiteit verstaat de Wet: *"een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van of een ernstig schadelijk gevolg voor een patiënt of cliënt van de instelling heeft geleid."* Het doel van deze studie was het identificeren van risicofactoren voor een calamiteit bij laagrisico-zwangeren.

De database van de Inspectie bevat 357 cases over de periode 2008-2011 uit de perinatale zorg. Voor het onderzoek zijn hieruit de 71 cases geselecteerd die plaatsvonden onder eerstelijns verloskundige zorg of onder tweede-/derdelijns zorg na verwijzing vanaf 36 weken, én die voldeden aan bovenstaande definitie van een calamiteit. Voor de analyse werd een eerder ontwikkeld gevalideerd meetinstrument gebruikt, waarmee risicofactoren kunnen worden ingedeeld in vijf domeinen: organisatie van zorg, communicatie over behandeling, patiëntgebonden risicofactoren, klinische behandeling en klinische uitkomsten^[3]. Het meetinstrument werd uitgebreid met enkele specifiek door

de Inspectie ontwikkelde vragen. Twee onderzoekers verrichtten de analyse onafhankelijk van elkaar. Als zij het niet eens waren over een casus, werd dit opgelost door onderlinge discussie en discussie met de Inspecteur. De ernstige gevolgen van de calamiteiten waren onder andere: 3 maternale sterftes, 8 gevallen van ernstige maternale morbiditeit, 42 perinatale sterftes en 12 gevallen van ernstige morbiditeit van het kind. Van de 71 calamiteiten vonden er 42 (59%) plaats in de tweede-/derdelijnszorg en 29 (41%) in de eerstelijns zorg. De eerstelijns calamiteiten vonden 18 keer plaats tijdens de zorgverlening door een verloskundige, 6 keer tijdens het consulteren door de zwangere van een huisarts (waarvan 5 keer buiten kantooruren), 4 keer was de calamiteit gerelateerd aan zorg door een kraamverzorgende en 1 keer aan zorg door de apotheek. Factoren die in meerdere of mindere mate bijdroegen aan het optreden van de calamiteit waren de beschikbaarheid van de dienstdoende zorgverlener (20 keer duurde dit in een spoedgeval langer dan 15 minuten), communicatie over de behandeling tussen zorgverleners binnen dezelfde praktijk (39 keer) of tussen eerstelijns en tweede-/derdelijnszorgverlener (7 keer), communicatie met de patiënt (7 keer, steeds door een taalbarrière), verwijzprocedures (zie hierna), risico-inschatting bij telefonische triage (10 keer; 4 keer door de verloskundige, 5 keer door de huisartsenpost en 1 keer door het ziekenhuis), medicatieprocedures (3 keer, steeds in het ziekenhuis na verwijzing) en technische procedures (9 keer, steeds in het ziekenhuis). In totaal waren er 61 verwijzingen, waarvan 39 op tijd en correct; 12 keer werd er tijdens de zwangerschap te laat verwezen en 3 keer durante partu, 5 keer zou er volgens de richtlijnen tijdens de zwangerschap verwezen moeten zijn, maar gebeurde dit pas nadat de calamiteit had plaatsgevonden en twee vrouwen werden ante partum ten onrechte terugverwezen naar de eerste lijn. Er is niet vermeld in hoeverre patiëntfactoren een rol speelden in te laat of niet verwijzen.

Ruim de helft (40) van de calamiteiten vond plaats buiten kantooruren. Bij 19 hiervan was de uitkomst mogelijk beter geweest bij zorg tijdens kantooruren. Van de 29 calamiteiten in de eerstelijns zorg zou bij 6 de uitkomst mogelijk beter geweest zijn tijdens kantooruren: 3 in een verloskundigenpraktijk en 3 op een huisartsenpost. Het ging in deze situaties om het niet tijdig beschikbaar zijn van de zorgverlener doordat deze elders bezig was, het niet juist interpreteren van de hulpvraag of het niet kunnen bereiken van de achterwacht. In de 13 calamiteiten buiten kantooruren in het ziekenhuis was 7 keer de zorgverlener niet tijdig beschikbaar, 4 keer ging het mis bij de overdracht van avond- naar nachtploeg en 2 keer werd de zwangere ten onterechte terugverwezen naar de eerste lijn.

De inspectie deed naar aanleiding van deze calamiteiten verschillende aanbevelingen ter voorkoming van een volgend incident, zoals de verbetering van schriftelijke protocollen (39 keer), van de organisatie van de spoedzorg (26 keer), van de communicatie tussen zorgverleners (24 keer), van de dossiervoering (20 keer). Slechts in 11 gevallen was geen aanbeveling nodig.

De prevalentie van calamiteiten in de eerstelijns verloskundige zorg is – gelukkig – laag, al is niet zeker dat alle calamiteiten daadwerkelijk gemeld zijn. De analyse biedt een aantal handvatten voor verbeteringen in de zorg. Zo moeten eerstelijns verloskundigen de zorg zodanig organiseren dat in een spoedsituatie altijd binnen 15 minuten een zorgverlener beschikbaar is. Dat houdt ook in dat de achterwacht goed geregeld moet zijn en dat deze ook daadwerkelijk gebeld wordt én komt als dat nodig is. De communicatie tussen eerste- en tweedelijns zorgverleners kan verbeterd worden door bijvoorbeeld een gestandaardiseerd overdrachtsprotocol in te voeren, zoals de SBAR. Opvallend is echter dat ook de communicatie binnen een praktijk nogal eens mis gaat. Mogelijk wordt er te snel vanuit gegaan dat de collega iets wel weet. Ook overdracht binnen een praktijk zou baat kunnen hebben bij meer structurering van de overdracht. Het laagdrempelig inschakelen van een tolk vermindert de kans op calamiteiten ten gevolge van een taalbarrière. Ook technische procedures verdienen aandacht (denk aan het regelmatig checken van beademingsapparatuur), al leidden die in deze studie niet tot calamiteiten onder eerstelijns zorg. Tijdige verwijzing draagt bij aan patiëntveiligheid; verloskundigen moeten steeds alert zijn op complicaties, ook al is de prevalentie daarvan laag. Helaas vermeldt het artikel niets over de achterliggende oorzaken van een te late verwijzing: ging het om een onjuiste risico-inschatting, speelden patiëntfactoren hierin een rol? Nader onderzoek hiernaar kan duidelijk maken op welke punten verbetering mogelijk is. Een punt van aandacht is

ook de telefonische triage op huisartsenposten. De auteurs bepleiten overleg van de huisarts met de verantwoordelijke verloskundige zorgverlener in geval van twijfel. Ook moet de zwangere erop gewezen worden dat ze bij zwangerschapsproblemen altijd de verloskundige zorgverlener moet bellen. Het onderscheid tussen zwangerschapsproblemen en andere problemen is echter niet altijd makkelijk, en zwangeren blijken regelmatig de huisarts te consulteren^[4]. Ik zou hieraan toe willen voegen dat verloskundigen en huisartsen moeten investeren in het leren kennen van elkaar en van elkaars competenties. De drempel om te overleggen met iemand die je niet kent, ligt immers hoger dan voor overleg met een bekende. Deze studie laat zien dat zorgvuldige analyse van cases – in deze studie cases met een slechte afloop – waardevolle informatie oplevert voor het verbeteren van de zorg. Laten we goed gebruik maken van deze informatie ter verbetering van de patiëntveiligheid. ■

Joke Koelewijn

Referenties

1. Martijn L. Patient safety in primary care. Academisch proefschrift, Radboud Universiteit Nijmegen, 2014.
2. Martijn L, Jacobs A, Amelink-Verburg M, Wentzel R, Buitendijk S, Wensing M. Adverse outcomes in maternity care for women with a low risk profile in The Netherlands: a case series analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2013, 13:219.
3. Martijn L, Jacobs A, Harmsen M, Maassen J, Wensing M. Patient safety in midwifery care for low risk pregnant women, instrument development; *J Midwifery Women's Health* 2012; 57(4):386-95.
4. Feijen-de Jong EI, Baarveld F, Jansen DE, Ursum J, Reijneveld SA, Schellevis FG. Do pregnant women contact their general practitioner? A register-based comparison of healthcare utilisation of pregnant and non-pregnant women in general practice. *BMC Family Practice* 2013 Jan 16;14:10.