

'Het is goed te weten hoe het ervoor staat met de continuïteit van zorg in je eigen praktijk'

Nog geen week na haar promotie op het proefschrift *Continuity of care. Perspective of the patient with a chronic illness* vertelt Annemarie Uijen in een interview over de bevindingen in haar onderzoek die van belang zijn voor het werk van de huisarts.

Voordelen van continuïteit

Cevraagd naar haar onderwerpkeuze vertelt Uijen: 'Continuïteit van zorg staat de laatste jaren in de belangstelling, omdat steeds meer hulpverleners betrokken raken bij de zorg voor eenzelfde patiënt, huisartsen toenemend parttime werken en de praktijkondersteuner haar intrede deed. Ook in ziekenhuizen zie je steeds vaker specialisten die parttime werken, dus daar komt de patiënt soms eveneens meerdere specialisten tegen, zeker als er ook nog sprake is van multimorbiditeit. We wilden daarom kijken hoe het dan nog zit met de continuïteit van zorg.'

'Onderzoek heeft uitgewezen dat

continuïteit van zorg op vele gebieden van belang is', vervolgt Uijen. 'Er zou sprake zijn van een grotere tevredenheid bij de patiënt én bij de zorgverleners, al is dat een wat zachte uitkomstmaat. Maar vooral ook zou de therapietrouw verbeteren en zouden er minder ziekenhuisopnames en lagere kosten zijn. Dit is echter allemaal alleen aangetoond in cross-sectioneel onderzoek; dat zou je graag eens in een trial onderzoeken. Nu dat nog niet is gedaan, ontbreken hardere uitkomstmaten.'

Drie verschillende aspecten

'Het is eigenlijk een ingewikkeld begrip', stelt Uijen. 'Want wat is dat nou precies: continuïteit van zorg? We kwamen in ons onderzoek elke keer andere definities tegen; het zou bijvoorbeeld gaan om coördinatie van de zorg, integratie van de zorg of casemanagement. In het eerste deel van mijn onderzoek heb ik dat dus eerst maar eens uitgezocht, omdat ik vond dat ik pas verder kon gaan als ik wist wat continuïteit van zorg precies was. Ik kwam drie aspecten tegen die bepalend waren: in elke zorgsetting een vaste hulpverlener die de patiënt kent, uitwisseling van informatie tussen de verschillende hulpverleners en samenwerking zowel binnen een zorgsetting als met andere betrokken hulpverleners. Concreet gaat het voor de huisarts dus om het bieden van continuïteit van zorg door hemzelf én door het team binnen de eigen praktijk én samen met tweedelijns-hulpverleners. Bij de laatste twee aspecten zijn een goede communicatie en samenwerking noodzakelijk. We noemden deze drie aspecten persoonlijke continuïteit, teamcontinuïteit en *cross boundary* continuïteit.'

Ervaringen van de patiënt

Uijen onderzocht vervolgens de ervaringen van patiënten als het gaat om continuïteit van zorg, namelijk bij patiënten met hartfalen, COPD en een risico op depressie. Daarnaast bekeek ze de relatie van continuïteit van zorg met therapietrouw bij patiënten met hartfalen, en met de kwaliteit van leven bij COPD-patiënten. Opmerkelijk was dat

de continuïteit van zorg gunstig werd beoordeeld door de patiënten met hartfalen en COPD, maar niet door hen met risico op depressie. Heeft Uijen daarvoor een verklaring? 'Bij hartfalen of COPD zijn het vaak twee artsen die onderling moeten communiceren. Maar bij een risico op depressie zien de patiënten meer anderssoortige hulpverleners: de huisarts, de POH-GGZ, een psycholoog, een maatschappelijk werker, een alternatief genezer... Communicatie tussen deze hulpverleners gaat vaak moeizamer. Bovendien, mensen met een risico op depressie voelen zich vaak "niet gehoord" en zoeken dan hun heil elders. En tot slot: deze mensen staan wellicht wat minder positief in het leven en vullen dan zo'n vragenlijst misschien wat negatiever in. Hoe dan ook, zij ervaren minder persoonlijke continuïteit en minder continuïteit tussen al die hulpverleners onderling. Dat geldt overigens niet binnen het team van de huisartsenpraktijk.'

De Nijmegen Continuity Questionnaire'

Om de continuïteit van zorg te meten zijn diverse vragenlijsten in omloop. Toen Uijen 21 van deze instrumenten beoordeelde, ondervond ze dat geen enkele vragenlijst zowel de persoonlijke als de team- en *cross boundary* continuïteit mat onafhankelijk van de aandoening(en) van de patiënt. 'Juist bij mensen met meerdere aandoeningen is continuïteit van zorg van groot belang. Daarom heb ik zelf een vragenlijst ontwikkeld en gevalideerd om de continuïteit van alle zorg te meten: de Nijmegen Continuity Questionnaire.'

Uijen vond nog drie andere lijsten die potentie hebben, maar die zijn heel ziektespecifiek, bijvoorbeeld voor mensen met hartfalen zes maanden na ontslag uit het ziekenhuis. 'Er zijn best situaties te bedenken waarin je alleen wilt weten hoe het zit met de continuïteit van zorg rond de diabetes van je patiënt. Maar de Nijmegen Continuity Questionnaire gaat dus verder. Die meet heel algemeen alle aspecten van je zorg in het laatste jaar via vragen als: "Werken de hulpverleners goed samen?"



Wist de huisarts nog van de laatste keer dat u kwam?” We wilden die periode van een jaar niet langer trekken, omdat het geheugen van mensen dan soms tekort gaat schieten.’

Alle aspecten gemeten

Uijen meent dat het heel interessant is voor huisartsen om te meten hoe het ervoor staat met de door hen geboden persoonlijke continuïteit. ‘Het is goed om te weten hoe je patiënten daarover denken. Voor de patiënt maakt het onderscheid als hij het gevoel heeft dat de huisarts hem echt kent, of dat die *commitment* toont door ook zelf eens op te bellen of navraag te doen na ontslag uit het ziekenhuis. Ook is het goed om te weten hoe je patiënt de samenwerking binnen het team en de onderlinge communicatie beoordeelt. Zijn er tegenstrijdige adviezen? Zijn praktijkmedewerkers onderling op de hoogte van de zorg die de anderen geven? Hoe gaat dat in onze praktijk? Is er verbetering mogelijk? En de Nijmegen Continuity Questionnaire meet ook de *cross boundary* continuïteit. Wat vindt de patiënt van de samenwerking van de praktijk met de tweede lijn? Soms zijn de scores op de vragenlijsten in de ene praktijk beter dan de andere en dan is het interessant om de resultaten onderling te kunnen vergelijken. Want hoe komt het dan dat iets in jouw praktijk minder goed loopt dan ergens anders, en wat kun je daar aan doen?’

Basis voor verbeteringsplan

Ook dit laatste aspect heeft Uijen in haar onderzoek getoetst. Ze vroeg een dertigtal aios om de Nijmegen Continuity Questionnaire onder hun patiënten te verspreiden; eenmaal in de ontwikkelingsfase en eenmaal in de validatiefase van de vragenlijst. Zij kon vervolgens terugkoppelen hoe de patiënten op de vragen hadden gereageerd ten opzichte van andere aios. ‘Dat was interessant om te zien en kan dienen als basis voor een verbeteringsplan. Op die manier kun je het abstracte begrip “continuïteit van zorg” wat concreter maken: “Oh, bij ons gaat het wat minder goed rond de persoonlijke continuïteit. Wat kunnen we

doen om dat op te lossen?” Ik denk dat het leuk is om dit soort uitkomsten mee te nemen in de plannen voor je verdere bedrijfsvoering.’

Het dagelijks werk van de huisarts

Wat zijn de belangrijkste bevindingen geweest uit haar onderzoek als het gaat om het dagelijks werk van de huisarts? Uijen: ‘Ik geloof dat in eerste instantie de persoonlijke continuïteit het belangrijkste is. Je kunt nog zo goed samenwerken, dat kan de persoonlijke vertrouwensband nooit vervangen. Dus als je op dit gebied iets wilt verbeteren in je praktijk, moet je als eerste naar dit aspect kijken. Ook bij het NHG-Congres werd dat al gezegd: vorm een team van twee huisartsen en zorg er vervolgens voor dat een patiënt zo veel mogelijk maar één huisarts ziet. Ook in het ziekenhuis zouden ze dit zo kunnen doen.’

Als deze persoonlijke continuïteit zo belangrijk is, gaat dat dan niet wringen met de inzet van praktijkondersteuners? ‘Uiteraard ziet een patiënt meer hulpverleners op het moment dat je praktijkondersteuning invoert. Maar we hebben dit onderzocht bij COPD-patiënten en daarbij bleek dat bijna 30% van de patiënten die *usual care* ontvangen – dus alleen contact met de huisarts op initiatief van de patiënt – in een jaar tijd geen enkele hulpverlener had gezien. In praktijken met praktijkondersteuning was dit slechts 5%; dat is dus een enorm verschil. Dan kun je wel een betere persoonlijke continuïteit van zorg hebben omdat de patiënt maar één zorgverlener ziet, maar je kwaliteit van zorg wordt daar bepaald niet beter van. We moeten dus de praktijkondersteuning niet meer terugdraaien. Integendeel, we zouden de praktijkondersteuner meer moeten inzetten bij chronische aandoeningen en haar samen met de huisarts het “casemanagementteam” laten vormen dat alle zorg rond de patiënt coördineert. Dan is het dus wel goed als de praktijkondersteuner alle verschillende chronische aandoeningen – behalve GGZ – zelf kan begeleiden, maar in de meeste praktijken is dat al zo.’

Als het gaat om de *cross boundary* con-

tinuïteit stelt Uijen: ‘Het is gevaarlijk om te zeggen, maar ik ben echt een voorstander van het EPD. Natuurlijk is een goede beveiliging daarbij essentieel, maar het zou heel goed zijn als alle zorgverleners inzicht hebben in alle medische informatie over de patiënt.

Een ander aspect dat de *cross boundary* continuïteit sterk kan verbeteren, is het uitnodigen van een specialist in je praktijk. Je krijgt daardoor een betere band met die specialist en je haalt tweedelijns kennis in huis. Bovendien is het hartstikke leuk!’

Na de promotie

Het stof heeft nog geen kans gehad om neer te dalen na de promotie; het feest moet zelfs nog plaatsvinden! Zijn er desalniettemin al ideeën hoe de toekomst er gaat uitzien? Uijen: ‘Ik blijf nog één dag per week betrokken bij de afdeling; sinds kort ben ik daar coördinator van de Continue Morbiditeits Registratie. En ik ben tweeënhalve dag per week huisarts, net genoeg voor het bieden van mijn eigen persoonlijke continuïteit van zorg. Meer kan voorlopig niet, want ik heb twee jaar geleden een zontje gekregen.’

Denkt Uijen ooit nog verder onderzoek te gaan doen? ‘Ja, ik heb mooie ideeën om verder te gaan met de Nijmegen Continuity Questionnaire. Ik zou graag een trial doen naar het effect van continuïteit van zorg om wat steviger antwoorden te krijgen op aspecten als de kosten van de zorg en de kwaliteit van leven!’ ■

Ans Stalenhoef

1 De Nijmegen Continuity Questionnaire kunt u bij het interview in de digitale versie van dit nummer terugvinden op www.henw.nl, rubriek Interview.