

Bacheloropdracht GZW

# Informatieoverdracht naar en van de operatiekamer



Marianne Kooistra  
Studentnr.: 0089893  
Gezondheidswetenschappen  
Universiteit Twente  
Bacheloropdracht  
Begeleiders: dr. H.G.M. Oosterwijk  
ir. D.C.F. Rothengatter  
C. Schenkeveld  
N. van 't Veer  
Opdrachtgever: Medisch Spectrum Twente  
Datum: 14-08-2008  
Versie: 2

## Managementsamenvatting

Bijna de helft van alle incidenten die jaarlijks bij de Inspectie voor Gezondheidszorg worden gemeld heeft te maken met het operatieproces. Regelmatig hebben deze incidenten ernstige gevolgen. Een groot deel van de incidenten in het operatieve proces wordt veroorzaakt door onvolkomenheden in de informatievoorziening en de overdracht tussen het betrokken medisch personeel. Nog te vaak worden er fouten gemaakt doordat niet alle informatie over de patiënt bekend is bij de afdeling waar hij of zij zojuist naar verplaatst is. Uit onderzoek is gebleken dat deze fouten zowel het gevolg kunnen zijn van het niet goed bijhouden van medische dossiers, als het niet (kunnen) inkijken van medische dossiers.

Het risico van een niet-optimale informatieoverdracht is dat het het begin vormt, of onderdeel is van een cumulatief proces waarbij een aantal kleine fouten, of niet optimaal verlopen processen, uiteindelijk leiden tot een vermijdbare medische misser. Om dergelijke opeenstapelingen van kleine fouten te voorkomen en te kijken hoe de situatie nu eigenlijk in het Medisch Spectrum Twente (MST) is, is in dit onderzoek gekeken hoe het staat met de volledigheid van de informatieoverdracht bij patiënten die in het MST naar of van de operatiekamer gaan voor een darmoperatie. Er is specifiek voor darmpatiënten gekozen, omdat het onderzoek anders te breed zou worden en omdat er voor deze patiëntengroep net een nieuw klinisch pad<sup>1</sup>, genaamd ERAS, was ingesteld. Dit gaf aanleiding tot de volgende onderzoeksvraag:

*In hoeverre is de overdracht van medische informatie van patiënten die naar en van de operatiekamers in het Medisch Spectrum Twente gaan voor een darmoperatie volledig?*

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden is gestart met een literatuurstudie, waarbij als theoretisch kader de Plan, Do, Check, Act-cyclus (PDCA-cyclus) is genomen van Ishikawa, die wordt gebruikt voor kwaliteitsmanagement. Daarnaast is ook informatie verzameld over overdrachten in het algemeen, de werking en toepassing van protocollen en richtlijnen en de leercyclus van Kolb. Naast een literatuurstudie is eveneens onderzoek gedaan in de praktijk, in dit geval de verpleegafdelingen A3 en B3 en het operatiekamercomplex van het MST. Door middel van diepte-interviews, dossieronderzoek en diverse keren meelopen met het betrokken medisch personeel is getracht een duidelijk beeld te krijgen over de overdrachten tussen de in dit onderzoek betrokken afdelingen.

In de literatuur zijn acht mogelijke oorzaken gevonden voor een onvolledige medische informatieoverdracht, het ontbreken van vaste procedures, oningevulde (delen van) documenten en tijdgebrek bleken de meest invloedrijke oorzaken in het MST, hiërarchie en status vormden daarbij een goede tweede. Andere, minder invloedrijke factoren zijn: communicatiestijl, diversiteit aan procedures, hectiek en voorspelbaarheid. Het overdrachtsmoment dat het meeste beïnvloed wordt door de acht factoren was de overdracht van de operatiekamer naar de verkoever<sup>2</sup>, dit kwam mede omdat hiërarchie en status, hier veel invloed heeft. De volledigheid van deze overdracht, ten opzichte van de andere drie onderzochte overdrachten, is echter niet slechter, de mate van volledigheid varieert vooral.

De genoemde oorzaken zorgen regelmatig voor onduidelijkheden en ergernissen onder de betrokken zorgverleners. De gevolgen van oningevulde (delen van) documenten blijven hierbij nog redelijk beperkt, door de vele dubbelregistraties die in de dossiers te vinden zijn. Deze dubbelregistraties brengen tijdens het uitvoeren ervan echter ergernissen mee, die op haar beurt het niet volledig invullen weer stimuleren. Het klinisch pad ERAS, een pas ingevoerd evidence based zorgprogramma om de zorg rondom darmchirurgie te verbeteren, bleek geen invloed te hebben op de volledigheid van de overdracht.

Het MST blijkt bijna geen schriftelijke afspraken te hebben over de medische informatieoverdracht naar of van de operatiekamer, er is hier dus vaak niet eens met een PDCA-cyclus gestart. Dit komt door de cultuur van professionele autonomie, die ziekenhuis-eigen is en onder andere tot gevolg heeft dat de manier van overdracht nog al eens varieert. Ten opzichte van de invoering van het klinisch pad ERAS geldt dat bij een vergelijking met de PDCA-cyclus van Ishikawa opvalt dat de eerste keer dat de PDCA-cyclus doorlopen werd, de cyclus vrij goed vrij goed uitgevoerd is, maar dat de tweede cyclus uitgebreider uitgevoerd had kunnen worden. Nieuwe klinische lessen zullen daarnaast nodig zijn om ook de laatste onderdelen van het

<sup>1</sup> Een formalisering van het zorgprogramma om kwalitatieve en efficiënte zorg te garanderen en willekeur uit te sluiten.

<sup>2</sup> Ook wel uitslaapkamer genoemd.

pad goed uitgevoerd te krijgen.

Als antwoord op de onderzoeksvraag kan geconcludeerd worden dat de overdracht over het algemeen redelijk volledig is, maar dat er nog te vaak onvolledige overdrachten plaatsvinden, doordat de variatie in de volledigheid van de overdrachten nog te groot is. Deze variatie is de oorzaak van een aantal sub-optimale omstandigheden in het MST, die in ieder geval deels te veranderen moeten zijn. Hierbij kan gedacht worden aan de opzet van een vaste procedure voor de overdrachten naar en van de operatiekamer, het verminderen van dubbelregistraties en het vergroten van de meldbereidheid bij fouten.

## Voorwoord

Hier voor u ligt het resultaat van enkele maanden hard werken, thuis en in Medisch Spectrum Twente, het ziekenhuis waar ik mijn onderzoek mocht uitvoeren. Het onderzoek was voor mij de kans om een keer goed mee te kijken in de praktijk en te zien in hoeverre deze nu overeenkomt met hetgeen ik altijd geleerd heb. Daarbij was het een leuke uitdaging om de in de praktijk verzamelde informatie te koppelen aan de theorie die ik verzameld had voor mijn onderzoek.

Als eerst zou ik graag Cees Schenkveld en Nel van 't Veer willen bedanken, die mij de kans hebben gegeven om onderzoek te doen in het Medisch Spectrum Twente. Daarnaast wil ik Nel van 't Veer ook bedanken voor al die keren dat ze klaarstond om mijn vragen te beantwoorden en de hulp bij het regelen van de patiëntendossiers. Verder ook alle andere mensen in het MST waarbij ik mee heb mogen lopen en die ik heb mogen interviewen, ik heb er ontzettend van genoten en erg veel van jullie verhalen geleerd. Mijn begeleiders op de UT zou ik ook graag willen bedanken en dan vooral mijn eerste begeleider Herman Oosterwijk. Bedankt voor alle wijze raad en goede ideeën die ik van jullie heb gekregen.

Tot slot natuurlijk ook nog mijn lieve vriend Jorik. Jorik bedankt voor je hulp bij het zoeken naar een geschikt onderwerp en de adviezen die je me tijdens het schrijven hebt gegeven.

U als lezer, wens ik bij deze veel leesplezier!

Marianne Kooistra

# Inhoudsopgave

Managementsamenvatting.....	2
Voorwoord.....	4
Hoofdstuk 1 Inleiding.....	6
Context.....	6
Probleemomschrijving.....	7
Vraagstelling.....	8
Methode.....	8
Doelstelling.....	9
Hoofdstuk 2 Theoretische inbedding.....	10
§ 2.1. Kwaliteitsmanagement.....	10
§ 2.2. Leren.....	11
§ 2.3. De overdracht.....	12
§2.3.1. Dossiervoering.....	13
§2.3.2. Communicatie.....	14
§2.3.3. Samenwerking.....	14
§ 2.4. Richtlijnen en protocollen.....	15
§2.4.1. Evidence based.....	15
§2.4.2. Implementatie.....	16
Hoofdstuk 3 De medische informatieoverdracht in het MST.....	18
Hoofdstuk 4 Onderzoeksresultaten.....	20
Hoofdstuk 5 Kwaliteitscirkels in de praktijk.....	23
Hoofdstuk 6 Conclusie.....	26
Hoofdstuk 7 Discussie.....	28
Bronnen:.....	30
Literatuur.....	30
Interviews.....	32

# Hoofdstuk 1 Inleiding

## Context

Bijna de helft van alle incidenten die jaarlijks bij de Inspectie voor Gezondheidszorg (IGZ) worden gemeld, heeft te maken met het operatieproces. Uit onderzoek van de IGZ is gebleken dat deze incidenten regelmatig ernstige gevolgen hebben (IGZ, 2007). Onder het operatieve proces worden alle stappen verstaan die een te opereren patiënt doorloopt vanaf het moment van verwijzing tot het moment van ontslag uit de behandeling. De activiteiten in het operatieproces zijn organisatorisch opgesplitst, dit maakt een goede samenwerking van groot belang.

Uit Amerikaans onderzoek (Leonard, Graham, Bonacum, 2004) is gebleken dat communicatiefouten voor het merendeel van de onbedoelde 'adverse events' zorgen. 'Adverse events' kunnen worden gedefinieerd als: "Onbedoelde uitkomsten die zijn ontstaan door het (niet) handelen van een zorgverlener en/of door het zorgsysteem, met schade voor de patiënt zodanig ernstig dat er sprake is van tijdelijke of permanente beperking, dan wel overlijden van de patiënt" (Nomenclaturbijeenkoms, 2005). Dat dit onderzoek ook van toepassing is op het Nederlandse operatieve proces, is gebleken in het onderzoek: "Toezicht op het operatieve proces", uitgevoerd door de IGZ afgelopen jaar (IGZ, 2007). Uit dit onderzoek kwam naar voren dat incidenten tijdens het operatieve proces vaak ontstaan door onvolkomenheden in de informatievoorziening en overdracht tussen het betrokken medisch personeel. Zij signaleert hierin de volgende oorzaken:

- geen standaardisatie, maar grote diversiteit aan de manier waarop ziekenhuizen hun dossiers bijhouden;
- informatie ontbreekt, of is in meerdere ongelijke kopieën aanwezig;
- veel verschillende bronnen van informatie;
- procedureafspraken over verwijzingen ontbreken;
- elektronische verslaglegging is vaak beperkt.

Om deze oorzaken tegen te gaan pleit ze voor:

1. betere afspraken over de informatieoverdracht;
2. een landelijke standaard voor informatieoverdracht.

Hoewel de IGZ zich er nu dus op landelijk niveau mee bezig houdt, is het te verwachten dat het probleem ook in de nabije toekomst nog actueel zal blijven door de huidige ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Twee ontwikkelingen spelen hier een grote rol, enerzijds de druk op hogere productiviteit in de zorg om de wachtlijsten te verkleinen, waardoor de doorlooptijd en de kans tot correctie kleiner worden en anderzijds de groeiende complexiteit door uitbreiding van het aantal betrokken schakels, door taakherschikking en subspecialisatie (IGZ, 2007).

TNS NIPO heeft eveneens onderzoek gedaan naar fouten in de medische informatieoverdracht, zij komt in haar onderzoek onder andere met het volgende voorbeeld naar voren:

*"Een suikerpatiënt komt in het ziekenhuis terecht voor een heupoperatie. De heupoperatie wordt uitgevoerd, maar de hoeveelheid insuline die de patiënt na de operatie krijgt toegediend blijkt veel te laag te zijn. De patiënt verkeert gedurende een week in een hypersituatie (bloedsuiker van 30 in plaats van 7) en is nauwelijks bij bewustzijn" (Hentenaar, 2003).*

Het is duidelijk dat de communicatie in dit voorbeeld niet goed verlopen is, hetzij van de huisarts naar het ziekenhuis, hetzij van de operatiekamer naar de verpleegafdeling. Door de communicatie tussen de afdelingen binnen een ziekenhuis te verbeteren en mensen er ook goed van doordrongen te laten zijn dat informatie van andere afdelingen noodzakelijk is, zijn dit soort situaties te voorkomen. Dat een situatie als deze een uitzondering is spreekt voor zich, het zijn echter deze situaties die het aantrekkelijk maken om eens een keer een goede blik te werpen op het proces van medische informatieoverdracht tussen afdelingen in het ziekenhuis.

Een wet die een goede informatieoverdracht via patiëntendossiers moet garanderen, is de wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). De WGBO behandelt onder andere de dossierplicht (WGBO, art. 455,1) en is voor artsen verduidelijkt in het "Implementatieprogramma WGBO" (Samenwerkingsverband Implementatieprogramma WGBO, 2004). Hierin wordt gesteld dat het primaire doel van het houden van een dossier, goede hulpverlening aan de patiënt is en dat er alleen gegevens in mogen staan, die voor een goede hulpverlening en zorg noodzakelijk zijn. Dit komt overeen met de wet bewaring persoonsgegevens (WBP). Duidelijk wordt gesteld dat het dossier ook de continuïteit van de zorg

moet dienen, zodat opvolgers in staat zijn te begrijpen wat de medische achtergrond en de situatie van de patiënt is. Verder stellen ze dat het medisch dossier<sup>3</sup> in het algemeen de inhoud van het medisch handelen, de gegevens die belangrijk zijn voor de continuïteit van de zorg, de gegevens die ook bij de volgende behandeling, onderzoek en begeleiding relevant blijven en schriftelijke wilsverklaringen moet bevatten.

Hoewel overdrachten dus niet altijd even goed lopen, is men de laatste jaren ook hard bezig om de kwaliteit van de zorg in ziekenhuizen te verbeteren. Zo is men in het Medisch Spectrum Twente (MST) begonnen om volgens het ERAS-protocol te werken. Dit protocol is *evidence based*<sup>4</sup> en kan daarom rekenen op een groot draagvlak onder artsen, iets dat naast de steun van de Orde van Medisch Specialist<sup>5</sup>, een extra motivatie voor het MST was.

'ERAS' staat voor: *enhanced recovery after surgery* en heeft tot doel om de perioperatieve zorg<sup>6</sup> rondom darmchirurgie te verbeteren (Glaudemans, de Zoete, 2007). Het ERAS-protocol is een zeer goed voorbeeld van *evidence based* richtlijnen, omdat het gebaseerd is op het best beschikbare wetenschappelijke bewijs. Het protocol is ontwikkeld door de Europese ERAS-groep en sinds januari 2006 vormt het één van de doorbraakprojecten van het kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO<sup>7</sup> (Tijink, 2007). MST behoort tot de eerste tranche ziekenhuizen die meedoen aan dit project en is in januari 2006 begonnen om volgens dit protocol te werken. Daarvoor heeft het aan de hand van het ERAS-protocol een klinisch pad ontwikkeld dat onderdeel uitmaakt van het verpleegkundig dossier van de patiënt. Een klinisch pad kan gezien worden als een formalisering van het zorgprogramma om kwalitatieve en efficiënte zorg te garanderen en willekeur uit te sluiten. Het klinisch pad bestaat onder andere uit afspraken over activiteiten en resultaten, verdeeld in fasen en uit een variantierapportage waarop afwijkingen van het klinisch pad genoteerd worden (Voss, 2005).

## **Probleemomschrijving**

Kort geformuleerd is het probleem dat de medische informatieoverdracht van de ene naar de andere afdeling in het ziekenhuis vaak suboptimaal is. Nog te vaak worden er fouten gemaakt, doordat niet alle informatie over de patiënt bekend is bij de afdeling waar hij / zij zojuist naar verplaatst is. De medische informatieoverdracht kan vanwege twee redenen niet optimaal zijn (Foekema, Hendrix, 2004):

- fouten tussen zorgverleners als gevolg van het *niet goed bijhouden* van het medische dossier van de patiënt
- fouten tussen zorgverleners als gevolg van het *niet (kunnen) inkijken* van het medische dossier van de patiënt

Een niet optimale informatieoverdracht kan het begin / of onderdeel zijn van een cumulatief proces waarbij een aantal kleine fouten, of niet optimaal verlopen processen, uiteindelijk leiden tot een vermijdbare medische misser. Dit wordt ondersteund door Amerikaans onderzoek, waaruit is gebleken dat vermijdbare medische missers slechts zelden het gevolg van grove individuele fouten zijn (Institute of Medicine, 1999). De echte oorzaak ligt in het onderliggende systeem. Door de kleine onderdelen van een groot proces te analyseren, zoals de volledige behandeling van een patiënt in een ziekenhuis, kunnen aanknopingspunten gevonden worden. Deze aanknopingspunten vertellen waar het onderliggende systeem verbeterd zou kunnen worden om het opeenstapelen van kleine fouten te voorkomen. Dat het zinvol is om juist op afdelingsniveau te kijken naar aspecten van het zorgproces die tot medische missers kunnen leiden, is gebleken uit een onderzoek van het EMGO-instituut en het NIVEL naar onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen (Bruijne, Zegers, Hoonhout, Wagner, 2007). Uit dit onderzoek is gebleken dat het percentage opnames met onbedoelde of vermijdbare schade sterker varieerde tussen ziekenhuisafdelingen, dan tussen ziekenhuizen. Een probleem om rekening mee te houden, dat is gerelateerd aan een suboptimale informatieoverdracht, is dat in veel organisaties de gang van zaken, wanneer zij eenmaal ontworpen en geïmplementeerd is, niet geëvalueerd wordt. Wanneer hier de Deming Cyclus, beter bekend als de: plan, do, check, act cycle (PDCA-

<sup>3</sup> Het medisch dossier wordt ook wel de medische status genoemd, in dit verslag is ervoor gekozen om de term "medisch dossier" te hanteren.

<sup>4</sup> Evidence based is een methode en betekent in de gezondheidszorg dat er op een systematische wijze is gezocht naar literatuur en dat dit transparant gerapporteerd wordt. Bij onvoldoende bewijs zal de mening van verschillende experts de doorslag geven (CBO, 2007).

<sup>5</sup> De 'Orde van Medisch Specialist' is de representatieve organisatie van de medisch specialisten in Nederland (Orde van Medisch Specialist, 2004)

<sup>6</sup> Perioperatief, de processen om de operatie heen

<sup>7</sup> Oorspronkelijk stond CBO voor: Centraal BegeleidingsOrgaan voor de intercollegiale toetsing, tegenwoordig zijn haar bezigheden echter breder dan de volledige naam doet vermoeden en wordt alleen de afkorting nog gebruikt.

cyclus), op losgelaten wordt, kan geconcludeerd worden dat de 'plan' en 'do' fase (redelijk) goed uitgevoerd zijn, maar dat de 'check' en 'act' fase slechts zelden worden uitgevoerd (Deming, 1993).

## Vraagstelling

In dit onderzoek wordt de volgende vraagstelling gehanteerd:

*In hoeverre is de overdracht van medische informatie van patiënten die naar en van de operatiekamers in het Medisch Spectrum Twente gaan voor een darmoperatie volledig?*

*“Naar de operatiekamers” wordt hierbij gedefinieerd als de overdracht van de verpleegafdeling naar de holding en van de holding naar de operatiekamer. “Van de operatiekamer” wordt gedefinieerd als: de overdracht van de operatiekamer naar de verkoeverkamer en van de verkoeverkamer naar de verpleegafdeling. De betrokken verpleegafdelingen in dit onderzoek zijn de afdelingen A3 en B3 van het Medisch Spectrum Twente. Dit zijn chirurgische verpleegafdelingen voor oncologische gastro-enterologie<sup>8</sup>.*

Bij deze hoofdvraag worden de volgende deelvragen gesteld:

- *Welke protocollen en richtlijnen worden gebruikt bij de overdracht van medische informatie van patiënten die naar en van de operatiekamers in het Medisch Spectrum Twente gaan en worden deze ook nageleefd?*
- *Hoe vindt de overdracht van medische informatie van patiënten die naar en van de operatiekamers in het Medisch Spectrum Twente gaan plaats?*
- *Welke oorzaken van een niet volledige medische informatieoverdracht, bij patiënten die naar en van de operatiekamers in het Medisch Spectrum Twente gaan voor een darmoperatie, kunnen worden geïdentificeerd?*
- *Is de medische informatieoverdracht vollediger op het moment dat gewerkt wordt met het ERAS-protocol?*
- *Wanneer de overdracht van medische informatie van patiënten die van en naar de operatiekamers in het Medisch Spectrum Twente gaan niet goed verloopt, wordt deze gebeurtenis dan aangegrepen om van te leren?*

## Methode

Het onderzoek zal starten met een literatuurstudie, om het theoretisch kader op te bouwen. De basis van het theoretisch kader is de PDCA-cyclus, omdat de overdracht van medische informatie een proces is, dat gepland is, uitgevoerd wordt en zo mogelijk verbeterd. Over het algemeen zullen de betrokkenen erg hun best hebben gedaan om het proces van de overdracht van medische informatie zo goed mogelijk op poten te zetten, maar de kans is groot dat ze na de 'do' fase teveel opgeëist worden door andere zaken, omdat het nu minder prioriteit lijkt te hebben. De prioriteit lijkt op dat moment lager, omdat het proces al een tijdje loopt, niet direct de aandacht vraagt en het evaluatiemoment vaak niet eens gepland is, terwijl andere zaken direct de aandacht vragen omdat ze door anderen op de agenda zijn gezet, of omdat ze al ingepland stonden. Dit leidt er dan ook toe dat de eerste twee fases van de PDCA-cyclus over het algemeen goed worden uitgevoerd, maar dat de laatste twee fases lastig zijn om uit te voeren. In de analyse zal gekeken worden in hoeverre de PDCA-cyclus gevolgd wordt. De literatuur over de PDCA-cyclus zal aangevuld worden met literatuur over het nut en de uitvoerbaarheid van richtlijnen en protocollen en literatuur over overdrachten in de gezondheidszorg.

Op basis hiervan wordt het onderzoek voortgezet in de praktijk, in dit geval het MST. In samenspraak met het MST is besloten het onderwerp af te bakenen naar de patiëntengroep die in het MST komt voor een darmoperatie, omdat voor deze patiëntengroep een duidelijk zorgpad is beschreven. Met behulp van dit zorgpad is het eenvoudiger om de theoretisch ideale situatie te vergelijken met de werkelijkheid op de werkvloer.

Naast onderzoek naar hoe de informatieoverdracht eigenlijk plaats vindt in het MST en wie er bij betrokken zijn, zal eveneens naar de aanwezigheid en invloed van protocollen en richtlijnen worden gekeken. Door middel van diepte-interviews, dossieronderzoek en diverse keren meelopen met het betrokken medisch personeel zal een duidelijk beeld ontstaan over de overdrachten tussen de in dit onderzoek betrokken afdelingen.

Tijdens het onderzoek wordt getracht antwoord te krijgen op de volgende vragen:

Hoe vindt de medische informatieoverdracht plaats (mondeling, schriftelijk, elektronisch/digitaal)?

---

<sup>8</sup> De afdeling 'oncologische gastro-enterologie' is gespecialiseerd in patiënten met kanker in het maag-darmstelsel.



- Wordt dit proces gestuurd door protocollen en of richtlijnen, oftewel is er sprake van enige standaardisatie?
- Worden deze protocollen / richtlijnen gevolgd en waar wijkt men er van af?  
Waarom wordt er van de protocollen / richtlijnen afgeweken?
- Worden deze protocollen / richtlijnen als nuttig gezien?  
Waar komen de protocollen / richtlijnen vandaan?
- Hoe is de samenwerking tussen de betrokkenen?  
Welke oorzaken van een niet volledige overdracht zijn er aan te wijzen?
- Hoe wordt de kwaliteit van de medische informatieoverdracht ervaren?  
Wanneer de overdracht van medische informatie een niet goed loopt, wordt dit geëvalueerd en aangegrepen om van te leren?

### ***Doelstelling***

Dit onderzoek heeft als doel het verschaffen van meer duidelijkheid voor het Medisch Spectrum Twente over het verloop van de medische informatieoverdracht van patiënten van en naar de operatiekamer in het Medisch Spectrum Twente. Dit onderwerp is lastig te onderzoeken op het moment dat de nadruk wordt gelegd op hetgeen er fout gaat, het idee van 'shame and blame', dat is echter niet het doel van dit onderzoek. Het onderzoek heeft als doel het proces van medische informatieoverdracht te analyseren om vervolgens van de uitkomsten te leren. Dus door de oorzaken van een suboptimaal lopend proces te analyseren, kan input worden gevonden om het proces te verbeteren. Het tweede doel van het onderzoek is dan ook om het ziekenhuis enkele aanknopingspunten te geven om het proces van de medische informatieoverdracht verder te optimaliseren.

## Hoofdstuk 2 Theoretische inbedding

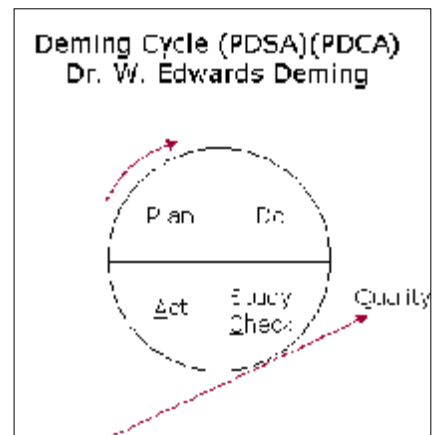
### § 2.1. Kwaliteitsmanagement

Kwaliteitsmanagement is ontstaan in de jaren 50 van de vorige eeuw onder invloed van het werk van Deming en Juran in Japan. Buiten Japan braken de ideeën over (de noodzaak van) kwaliteitsmanagement echter pas door in de begin jaren 80. De kwaliteitssystemen die Deming, Juran en volgelingen hadden ontwikkeld werden al vlug aangeduid als Total Quality Management (TQM) (Stringham, 2004). TQM kan omschreven worden als "een methode waarmee management en werknemers betrokken kunnen worden in het continue verbeteren van de productie van goederen en diensten. Het is een combinatie van kwaliteits- en managementtools die gericht zijn op het vergroten van het bedrijf en het verkleinen van de verliezen door verkwistende praktijken" (Ishikawa, 2008).

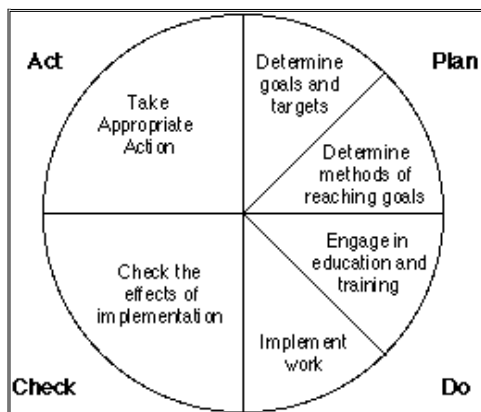
Een belangrijk onderdeel van TQM zijn de cyclische verbeterpatronen die oorspronkelijk door Shewhart en later door Deming verder ontwikkeld zijn en worden aangeduid als de 'plan, do, check, act cycle' (PDCA-cyclus). De vier woorden in deze cyclus (zie fig. 1) worden als volgt verklaard (Ahmad & Sein, 1997):

- **Plan:** Wat moet er gebeuren? Hieronder valt onder andere het identificeren van topprioriteiten, doelen en kwaliteitsindicatoren.
- **Do:** Voer het opgestelde plan uit. Identificeer hierbij einddoelen, maak controlesystemen en begin op kleine schaal.
- **Check:** Bestudeer de resultaten. Wat is er dankzij het plan gebeurd, werkte het op de gewenste manier en wat waren de leerpunten?
- **Act:** Onderneem actie om het proces te verbeteren en of fouten te voorkomen.

Wanneer alle vier de onderdelen van de PDCA-cyclus doorlopen zijn, is het de bedoeling dat er weer opnieuw begonnen wordt, zodat er een constante verbetering van de kwaliteit plaatsvindt. Doordat het model zeer succesvol is gebleken, is het de basis van de meeste kwaliteitssystemen die tegenwoordig gebruikt worden.



Figuur 1: PDCA / PDSA cycle volgens Deming (12manage.com)



Figuur 2: PDCA cycle volgens Ishikawa (Ishikawa, 1985)

Ishikawa heeft de PDCA-cyclus (door hem aangeduid als beheerscirkel) uitgebreid, door zowel de 'plan' als de 'do' fase in twee stappen op te delen (Ishikawa, 1985; fig. 2). De twee extra stappen maken het duidelijker wat wanneer gedaan moet worden, zodat er systematischer gewerkt kan worden. De 'plan'-fase is opgedeeld in 'doelen en oogmerken vaststellen' en 'methodes om de doelen te bereiken en uit te stippelen', juist het bedenken van hoe iets moet is belangrijk, niet alleen het plannen wat bereikt moet worden. De 'do'-fase is verdeeld in 'onderricht en training ter hand nemen' en 'invoeren in de praktijk' (Ishikawa, 1985). Voordat een plan ook daadwerkelijk uitgevoerd kan worden moeten de deelnemers goed op de hoogte zijn van wat de bedoeling is en waarom dit plan een vooruitgang is. Zonder goede training zal het niet werken om iedereen achter het plan te laten staan en volgens het plan te laten werken.

De nadruk van het model van Ishikawa op het plannen van methodes en het geven van onderwijs is de reden waarom in dit onderzoek de voorkeur wordt gegeven aan het model van Ishikawa en ook verderop in het onderzoek met dit model gewerkt zal worden.

In de Nederlandse Gezondheidszorg is systematische aandacht voor kwaliteitszorg iets dat sinds de Leidschendamconferentie in 1977 een rol speelt. Bij deze conferentie werden een aantal belangrijke afspraken over kwaliteitszorg gemaakt tussen zorgaanbieders, verzekeraars, patiënten en de overheid (Havenaar, Heemskerk, Bisseling, 2002). Uitvloeisels hiervan zijn onder andere de Kwaliteitswet Zorginstellingen, het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg (CBO) en diverse, door de KNMG

ingestelde, commissies. De Leidschendam conferenties werden tot 2000 elke vijf jaar herhaald (Havenaar, Heemskerk, Bisseling, 2002).

Het onderwerp van dit onderzoek, 'de volledigheid van de overdracht van medische patiëntgegevens, als de patiënt van en naar de operatiekamer gaat', is een actueel onderwerp binnen de Nederlandse gezondheidszorg. Doordat het een proces is dat vaak plaatsvindt, veel mensen bij betrokken zijn en waar gemakkelijk routines in sluipen, is het zeer geschikt om met de PDCA-cyclus van Ishikawa te benaderen. De cyclus kan gezien worden als een middel om willekeur en ongewenste routines uit te sluiten en het kwaliteitssysteem, richtlijnen, protocollen en procedures up-to-date te houden. In feite kan dit onderzoek als de 'check'-fase worden gezien van eerder bedachte en uitgevoerde plannen, waarna, indien nodig, bijstelling aan het proces kan plaatsvinden.

Een goed kwaliteitsbeleid, zo is gebleken, kan niet zonder aandacht voor onderwijs en leerprocessen. Daarom wordt in de volgende paragraaf gekeken naar de theorie van Kolb over leercyclussen, deze theorie wordt in de literatuur regelmatig gekoppeld aan de PDCA-cyclus en is er dan ook goed mee te combineren.

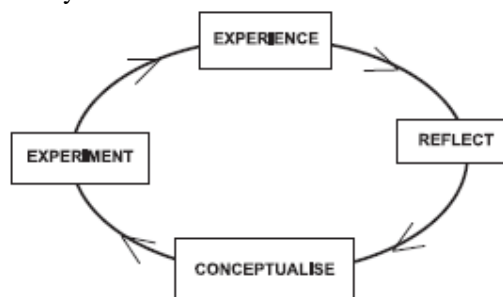
## § 2.2. Leren

In 1984 heeft Kolb een zeer invloedrijk boek geschreven op het gebied van leertheorieën. De leercyclus, het basismodel van zijn boek, zal hier terugkomen en als aanvulling worden gebruikt op het werk van Ishikawa. De leercyclus van Kolb is een model dat zowel aangeeft welke leerstijlen er door individuen op na worden gehouden, als de cyclus van experimenteel leren die op iedereen van toepassing is (Kolb, 1984). Doordat in dit onderzoek wordt gekeken naar het slagen van kwaliteitscirkels, zal alleen op de leercyclus zelf gefocust worden, zodat duidelijk is welke stappen doorlopen moeten worden voor goed onderwijs.

Volgens Kolb is het menselijk leren gebaseerd op ervaringen, de cyclus begint dan ook met het ervaren, wat bij Kolb zoveel betekent als: de mogelijkheid om volledig, open en zonder vooroordeel aan nieuwe ervaringen deel te nemen. De overige onderdelen uit de cyclus kunnen als volgt gedefinieerd worden:

- Reflectie: de mogelijkheid om ervaringen van verschillende perspectieven te observeren en erop te reflecteren.
- Concepten vormen: de mogelijkheid om concepten te vormen die zowel het reflecteren als observeren in logische theorieën integreren.
- Experimenteren: de mogelijkheid om theorieën te gebruiken om plannen te maken en actie te ondernemen (Murray, 2002).

Samen vormen ze de onderstaande cyclus:



*Figuur 3: Leercyclus van Kolb (Kolb, 1984)*

In de praktijk betekent de leercyclus van Kolb dat als iemand met iets nieuws, een uitdaging of een probleem wordt geconfronteerd, er eerst wordt gekeken in het eigen kennis- en ervaringsdomein om te zien of daar bruikbare werk- of denkconcepten voorhanden zijn, die kunnen helpen bij de oplossing van het probleem. Is dat niet het geval, of maar gedeeltelijk, dan kan er verder worden nagedacht over een oplossing. In feite gaat het er hier om, om een denkbeeldige voorstelling te maken van hoe een bepaalde aanpak (een werkconcept) het probleem kan verminderen en de oplossing dichterbij kan brengen. Vervolgens wordt met deze aanpak in de praktijk geëxperimenteerd. De ervaringen die dan worden opgedaan worden toegevoegd aan het kennis- en ervaringsdomein en zo wordt 'leren' een vanzelfsprekend proces, waar de actor zelf sturing aan geeft. Het kwaliteitsmodel van Ishikawa sluit hier goed bij aan omdat er bewust ruimte wordt gegeven aan het 'leren' van eigen ervaringen. Voorwaarde is wel dat de check-fase van het kwaliteitsmodel nadrukkelijk wordt uitgevoerd, omdat anders de leerervaringen in de lucht blijven zweven en niet goed worden verbonden met

geregelde procedures en protocollen.

Doordat het voor het uitvoeren van goed kwaliteitsmanagement belangrijk is om te weten waar en waarom processen niet gaan zoals ze horen te gaan, wordt in de volgende paragraaf geanalyseerd wat volgens de literatuur de zwakke punten in de overdracht zijn waar extra op gelet moet worden.

### **§ 2.3. De overdracht**

In dit onderzoek wordt gekeken naar het moment dat de patiënt van en naar de operatiekamer gaat voor een darmoperatie. Er is dan sprake van een overdracht van de patiënt. De overdracht van een patiënt is het verschuiven van de verantwoordelijkheid voor de zorg en de behandeling van de patiënt van de ene naar de andere zorgprofessional (Behara, et al, 2005). Dit kan zowel tussen verplegers zijn die elkaars shift opvolgen, tussen een arts en zijn tijdelijke vervanger en tussen zorgprofessionals van twee verschillende afdelingen. In dit onderzoek zal naar dat laatste gekeken worden. Door MST wordt de overdracht als het volgt geformuleerd: "Het schriftelijk en mondeling overdragen van (zorg) gegevens naar een andere (functie/behandel) afdeling of volgende schakel met het doel om de zorg te continueren." (Willems, IJsselstein, 2003).

Doordat zorgprofessionals steeds korter werken door ingekorte arbeidstijden en de toename van het aantal parttimers en er toenemende subspecialisatie onder zorgprofessionals plaatsvindt, is het aantal overdrachtsmomenten de laatste decennia sterk toegenomen. Naast dat mensen daardoor over het algemeen fitter op hun werk verschijnen en meer van het eigen vakgebied afweten heeft het ook een belangrijk nadeel. Traditioneel gezien is het moment van overdracht namelijk een zeer kwetsbaar gedeelte van de geleverde zorg in het ziekenhuis. Dus hoe meer overdrachtsmomenten de patiënt meemaakt, hoe groter de kans dat er iets mis gaat (zie ook: Horwitz, Krumholz, Green, Huot, 2006). Dat de overdracht een kwetsbaar gedeelte is van de geleverde zorg, wordt mede veroorzaakt door de verschillende communicatiestijlen van verplegers, artsen en andere betrokkenen. Zo zijn verplegers gewend om uitgebreide beschrijvingen te geven van de klinische situatie, terwijl artsen juist geleerd wordt om heel beknopt te zijn en snel naar de hoofdpunten te gaan (Leonard, Graham, Bonacum, 2004). Daarnaast zorgt de hiërarchie in ziekenhuizen ervoor dat mensen niet altijd alles durven te zeggen wat ze denken, zoals bijvoorbeeld de eigen diagnose van de situatie.

De nadelen van veel overdrachtsmomenten worden in de literatuur vaak benadrukt, toch zijn er ook positieve geluiden te vinden. Zo is uit een aantal onderzoeken gebleken dat overdrachten er juist voor kunnen zorgen dat fouten ontdekt en hersteld worden (Behara, et al., 2005; Patterson, Roth, Woods, Chow, Gomes, 2004). Hiervoor moet de overdracht echter wel op een gestructureerde manier plaatsvinden.

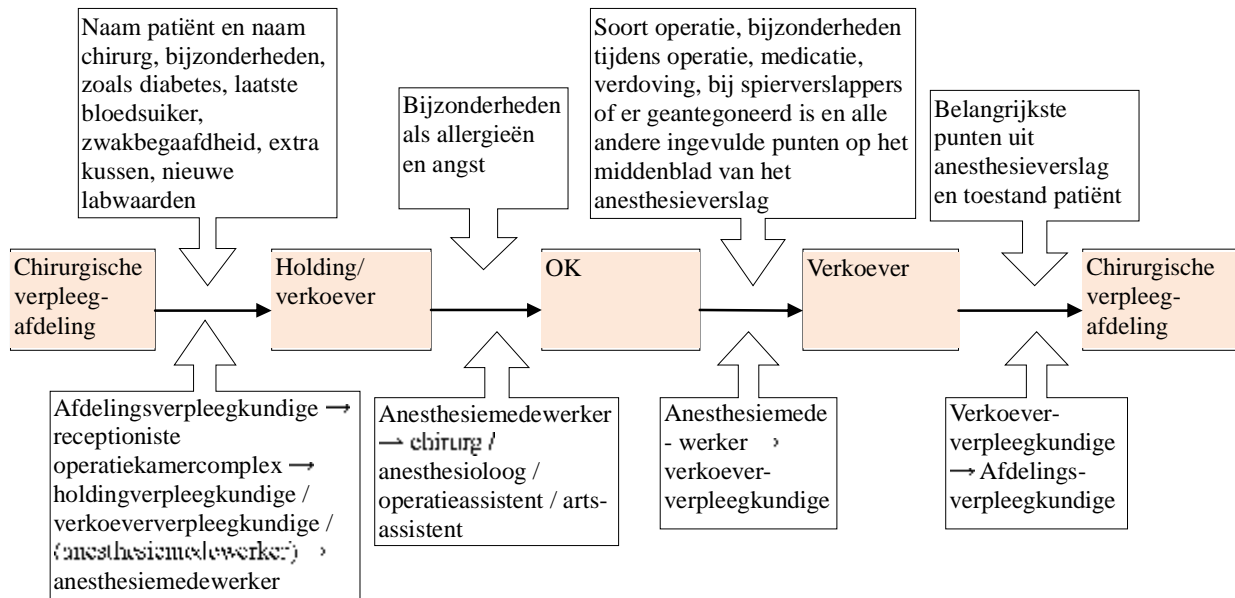
De manier waarop overdrachten worden uitgevoerd in het ziekenhuis varieert vaak onder de betrokken afdelingen en soms zelfs tussen zorgprofessionals binnen afdelingen. Volgens het werk van Behara, et al. (2005), mist ook een gedegen onderbouwing voor de keuze voor een bepaalde werkvolgorde; routines worden gehanteerd omdat ze altijd al zo uitgevoerd werden. Nieuwe zorgverleners worden in deze routines, die gebaseerd zijn op verborgen kennis (ook wel tacit knowledge genoemd), meestal geïntroduceerd door mee te lopen met ervaren mensen, totdat zij zich deze kennis eigen hebben gemaakt en in staat zijn er vanuit te handelen.

Hoewel het moment van overdracht pas de laatste jaren weer in de schijnwerpers komt te staan, is het toch zeer belangrijk, zo niet cruciaal, voor een goede kwaliteit en veiligheid van zorg (Pothier, Monteiro, Mooktaïr, Shaw, 2005). Dat hangt samen met de setting, in dit geval het ziekenhuis, waarin deze overdrachtsmomenten plaatsvinden. Het ziekenhuis, kan gekarakteriseerd worden als een complex systeem waarbij veel zaken een verband met elkaar hebben, dat wordt gedreven door gebeurtenissen (nieuwe patiënten, complicaties, spoedgevallen), onder tijdsdruk staat en slechts beperkte hulpmiddelen heeft (zie Patterson, Roth, Woods, Chow, Gomes, 2004). Het zorgt ervoor dat elke misser die wordt gemaakt tijdens de overdracht, hoe klein ook, gevaarlijke gevolgen kan hebben voor de later geleverde zorg.

Een overdracht draagt altijd informatie, autoriteit en verantwoordelijkheid over en daarnaast verwachtingen voor de nabije toekomst, plannen om mogelijke afwijkingen van het verloop van de gewenste zorg te managen en ideeën over waar de huidige kennis over de patiënt betrouwbaar is en waar niet (Behara, et al., 2005). Wanneer er bij een overdracht sprake is van 'onwaarschijnlijke deelnemers', zoals bij de overdracht tussen een chirurg en een afdelingsverpleegkundige, dan komen vaker *verschillende* misverstanden voor tussen de deelnemers, terwijl waarschijnlijke deelnemers (chirurg → chirurg) vaak *dezelfde* fouten maken (Behara, et al., 2005). Bij de overdrachtsmomenten die worden bekeken in dit onderzoek gaat de overdracht

altijd tussen onwaarschijnlijke deelnemers en is er dus een verhoogde kans op fouten.

De in dit onderzoek betrokken overdrachtsmomenten, kunnen als volgt grafisch worden weergegeven. Bovenaan staat de informatie die overgedragen moet worden en onderaan de betrokken zorgverleners. (Of de patiënt naar de holding<sup>9</sup> of de verkoever gaat voor de operatie hangt af van een aantal zaken. In principe gaan patiënten die een epiduraal<sup>10</sup> of een lange lijn<sup>11</sup> krijgen ter voorbereiding naar de verkoever, maar als de anesthesiemedewerker vroeg klaar is met zijn vorige operatie, of haast heeft, wordt de patiënt naar de holding gebracht en brengt de anesthesiemedewerker zelf een epiduraal of lange lijn aan op de operatiekamer.)



**Figuur 4: Betrokken overdrachtsmomenten in het MST**

Figuur 4 laat zien dat er veel verschillende disciplines bij de zorg van een patiënt betrokken zijn, op het moment dat deze een darmoperatie moet ondergaan. Er vinden een hoop overdrachten plaats waarbij het cruciaal is dat alle belangrijke medische informatie over de patiënt overgedragen wordt, omdat de handelingen die plaatsvinden grote risico's met zich kunnen meebrengen als ze niet goed uitgevoerd worden. Gestandaardiseerde en vaste werkvorgordes, die bekend zijn voor alle betrokken partijen, zijn een manier om dit te structureren en veiliger te laten verlopen. Paragraaf 2.4 zal hier verder op in gaan.

Naast de behandelde punten uit de literatuur heeft de IGZ in haar onderzoek naar het preoperatieve traject ook enkele oorzaken en knelpunten benoemd die van toepassing zijn op de bovenstaande vier overdrachtsmomenten (IGZ, 2007). Onderstaand zijn deze weergegeven.

### §2.3.1. Dossiervoering

Informatie wordt op zeer veel verschillende manieren uitgewisseld en daarbij kunnen gemakkelijk fouten worden gemaakt. De IGZ onderzocht 23 ziekenhuizen en trof daar 10 standaardbronnen aan die in 71 wisselende combinaties werden gebruikt. Dat ging echter niet zonder problemen, zo merkt de IGZ op dat de gegevens van de patiënt en de behandelaar niet altijd op elk blad van het dossier staan. In de 83 dossiers die de IGZ onderzocht heeft, miste in 51% van de bronnen tenminste eenmaal de gegevens van de patiënt of de behandelaar.

De IGZ kon tijdens haar onderzoek bijna altijd de gewenste gegevens vinden in het totaal dossier<sup>12</sup> van de

<sup>9</sup> Patiënten worden naar de holding gebracht als ze aan de beurt zijn voor een operatie, hier vinden de laatste voorbereidingen plaats

<sup>10</sup> Een epiduraal, of epiduraal katheter is een vorm van pijnbestrijding, waarbij er pijnstillers via een katheter in de epidurale ruimte worden gebracht, deze ruimte bevindt zich in het wervelkanaal.

<sup>11</sup> Een lange lijn is een infuus voor voedseltoediening via de bloedbaan.

<sup>12</sup> Het totaal dossier is een bundeling van deeldossiers, formulieren en lijsten van de diverse disciplines die bij de behandeling van de patiënt betrokken zijn.

patiënt. Vaak ontbraken echter gegevens in de genoemde standaardbronnen. Zo werd vaak niet genoteerd wat wel en niet aan de patiënt verteld was, ontbrak er allergie-informatie (49,5% van de bronnen waar het op hoorde te staan) en waren bij vijf van de 23 ziekenhuizen de medicatiegegevens niet op orde. Overigens stond in 76 van de 83 dossiers wel ergens een melding over de allergieën van de patiënt, maar was het niet genoteerd op elk blad waar het gevraagd werd.

Gegevens die belangrijk zijn voor het zorgproces worden vaak meerdere keren gevraagd in het dossier, daarbij viel op dat medicatielijsten zeer wisselend worden ingevuld en dat gegevens als lengte, gewicht en bloeddruk nog wel eens overgeschreven worden. Wanneer het gaat om gegevens die op meerdere voorbedrukte formulieren staan, blijkt dat deze vaak maar gedeeltelijk zijn ingevuld.

Elke discipline heeft zijn eigen deeldossier of formulier en wil daar graag de voor hen belangrijke informatie op kwijt. Dit leidt tot overlap, zij het met wisselende gegevens, waardoor het onduidelijk is welke gegevens vertrouwd moeten worden.

Hoewel tijdsgebrek vaak genoemd werd, blijkt het ontbreken van gegevens vaak veroorzaakt te worden door de opsplitsing van zorgtaken, waardoor taken toebedacht worden aan een ander, zonder dat daar duidelijke afspraken over gemaakt zijn.

Tot slot viel bij de dossiervoering op dat voor de patiënt belangrijke informatie niet altijd toegankelijk was voor alle zorgverleners. Redenen hiervoor kunnen zorgverleners zijn die een bepaald blad of formulier nog even in de zak meenemen of beperkte inzage van het dossier voor andere betrokkenen dan de eigen discipline.

Dit onderzoek heeft zich beperkt tot de volgende 10 standaardbronnen.

- verwijsbrief
- ponsplaatje
- poliklinische status (chirurgie)
- opnameformulier
- klinische status
- anesthesievragenlijst (patiënt)
- anesthesieformulier
- anesthesiologisch preoperatief verslag
- preoperatieve checklijst
- verpleegkundig dossier

Alle tien standaardbronnen worden ook gebruikt in het MST. Gegeven de uitkomsten van het IGZ-onderzoek, mag worden aangenomen dat ook in het MST de overdracht van dossiers niet geheel zonder problemen is.

### **§2.3.2. Communicatie**

Door toenemende specialisatie worden er steeds meer disciplines betrokken bij het preoperatieve traject. De communicatie en overdracht van belangrijke gegevens tussen al deze schakels is wisselend geregeld en afgesproken. Het IGZ-onderzoek wijst er op dat bij geen enkel ziekenhuis het hele proces goed geregeld en afgesproken is. De verwijsbrieven naar andere specialismen zijn zeer wisselend van kwaliteit en voldoen niet altijd aan de standaard van het Nederlands Huisartsen Genootschap. In 48% van de ziekenhuizen is er geen vastgestelde afspraak over hoe de toestemming van een patiënt in het dossier wordt vastgelegd, veel specialisten zeggen daarnaast dat zij vanwege tijdsdruk en zinnigheid informed consent<sup>13</sup> niet noteren. Ook hier mag worden verondersteld dat deze problemen zich ook bij het MST voor kunnen doen.

### **§2.3.3. Samenwerking**

Over het algemeen staan mensen positief tegenover elkaar, toch is er nauwelijks sprake van directe samenwerking en samen optrekken voor een gestructureerde samenwerking in het preoperatieve traject. Vaak ontbreken afspraken over taakverdeling en is er onvoldoende inzicht in elkaars handelen. Daardoor zijn verantwoordelijkheden over het betrouwbaar vastleggen en bepalen van gegevens onduidelijk. Ook laten de aanwezige afspraken soms ruimte over voor eigen interpretatie, wat kan leiden tot misverstanden. Een opvallend voorbeeld hierbij is dat in geen enkel ziekenhuis afspraken zijn gemaakt over wie welke van de gezamenlijke en algemene gegevens verzamelt.

De bovenstaande knelpunten die de IGZ gesignaleerd heeft hebben betrekking op het preoperatieve traject.

---

<sup>13</sup> Informed consent betekent dat een patiënt adequaat geïnformeerd hoort te worden over een bepaalde behandeling en eventuele alternatieven en dat de patiënt toestemming voor de behandeling moet geven.

Dit onderzoek richt zich voornamelijk op de fase vlak voor en na de operatie en beslaat dus een ruimer deel van het operatieve traject. De knelpunten die de IGZ gesignaleerd heeft dienen als aanknopingspunten voor het praktijkgedeelte van dit onderzoek.

Samenvattend kan worden gesteld dat in deze paragraaf de volgende potentiële oorzaken voor een onvolledige medische informatieoverdracht naar voren zijn gekomen:

- Verpleegkundigen, artsen en andere betrokkenen hanteren verschillende communicatiestijlen, waardoor onduidelijkheid kan ontstaan.
- Hiërarchie in ziekenhuizen zorgt ervoor dat medewerkers niet altijd alles durven te zeggen.
- De overdrachtsprocedures die aanwezig zijn in ziekenhuizen variëren vaak onder de betrokken afdelingen en soms zelfs tussen zorgprofessionals binnen afdelingen. Daarbij mist eveneens een goede onderbouwing.
- De overdrachten in het ziekenhuis vinden plaats in een complexe setting waarbij veel zaken een verband met elkaar hebben.
- De overdrachten worden gedreven door gebeurtenissen (nieuwe patiënten, complicaties, spoedgevallen).
- Overdrachtmomenten staan onder tijdsdruk.
- De uitvoerders van de overdracht hebben slechts beperkte hulpmiddelen ter beschikking.
- Bij een overdracht tussen onwaarschijnlijke deelnemers is er een grotere kans op verschillende misverstanden.
- De dossiervoering is onvolledig.

## **§ 2.4. Richtlijnen en protocollen**

Richtlijnen voor de klinische praktijk zijn in 1990 door het Institute of Medicine gedefinieerd als: “systematisch ontwikkelde standpunten om de praktiserend geneeskundige en de patiënt te helpen beslissingen te nemen over de juiste zorg voor specifieke klinische omstandigheden”. Een succesvolle implementatie van deze richtlijnen moet de kwaliteit van de geleverde zorg verhogen door de ongepaste variatie tussen leveranciers, ziekenhuizen en geografische regio's te verlagen en het gebruik van effectieve (nieuwe) methodes voor de praktijk van alle dag te stimuleren (Cabana, et al., 1999; Woolf, Grol, Hutchinson, Eccles, Grimshaw, 1999). Andere redenen die voor een grote interesse in het gebruik van richtlijnen en protocollen gezorgd hebben zijn: de gedachte dat tenminste een deel van de variatie in de zorg komt door het leveren van ongepaste zorg, het teveel of te weinig gebruiken van een bepaalde dienst en de wens van artsen om de beste zorg te leveren en die van patiënten om de beste zorg te ontvangen (Woolf, et al., 1999). Onderzoek van Grol en Grimshaw (2003) ondersteunt deze beweringen op basis van cijfers uit Nederland en de VS, volgens hen ontvangt tot 40% van de patiënten niet de zorg die overeenkomt met het best beschikbare wetenschappelijke bewijs en is 20% van de geleverde zorg onnodig of zelfs schadelijk.

### **§2.4.1. Evidence based**

Sinds het begin van de jaren 90 is er, mede dankzij het Institute of Medicine, in toenemende mate aandacht voor evidence based richtlijnen, omdat duidelijk werd dat het onmogelijk is voor artsen om zelf alle literatuur bij te houden en te beoordelen. Wanneer de relevante kernpunten uit deze literatuur kort worden samengevat in toegankelijke richtlijnen met duidelijke adviezen, is de kans groter dat artsen zullen handelen volgens de meest recente en evidence based kennis (Limbert & Lamb, 2002).

Hoewel het voor voorstanders van protocollen en richtlijnen soms de manier lijkt om alle aan kwaliteit gerelateerde problemen in de zorg op te lossen, wordt er in de literatuur gewaarschuwd dat ze niet verheerlijkt moeten worden en dat protocollen en richtlijnen slechts één oplossing zijn om de gezondheidszorg te verbeteren. Volgens Woolf et al., moeten richtlijnen alleen gebruikt worden als zorgprofessionals onzeker zijn over de juiste behandeling en wetenschappelijk bewijs hier een antwoord op kan geven. Wanneer zorgprofessionals deze kennis al hebben, kan de energie beter gericht worden op het identificeren van specifieke barrières die een gedragsverandering in de weg staan. Hiermee zit er een zekere spanning tussen de adviezen van Woolf et al. en Limbert & Lamb; beiden hebben gelijk, ze kunnen echter niet tegelijk uitgevoerd worden, waardoor er naar een passende middenweg gezocht dient te worden.

Daarnaast moet bij het beoordelen van het effect van protocollen bedacht worden dat kwaliteit niet altijd hetzelfde gedefinieerd wordt. Tussen de definities van artsen, patiënten, managers en verzekeraars kunnen verschillen zitten die er voor zorgen dat bepaalde groepen de effecten van protocollen niet zullen zien, of van lage waarde schatten (Woolf, et al., 1999).

### §2.4.2. Implementatie

Het invoeren van protocollen en richtlijnen kan dus een manier zijn om de kwaliteit van zorg blijvend te verbeteren en willekeur uit te sluiten. Het implementeren is echter een complexe en veeleisende taak, dat vaak veranderingen vraagt in de houding, vaardigheden en het gedrag van zorgverleners. De benodigde betrokkenheid moet dan ook niet onderschat worden (Wallin, Profetto-McGrath, Levers, 2005).

Naar het implementeren van richtlijnen is al veel onderzoek gedaan, toch is nog niet duidelijk wat de exacte ingrediënten van een succesvolle implementatie zijn en wordt benadrukt dat er goed gekeken moet worden welke strategie het meest efficiënt is in de eigen situatie (Wallin, Profetto-McGrath, Levers, 2005; Doherty, 2006; Conroy, Shannon, 1995). Onderstaand zal aan de hand van enkele onderzoeken wat dieper op mogelijke barrières, interventies en strategieën in worden gegaan.

Zorgverleners hebben vaak een aantal bezwaren tegen richtlijnen, ze hebben bedenkingen over de effectiviteit, de juridische aansprakelijkheid, de extra tijd die het zal vragen en de mogelijke reductie van vrijheid bij het managen van de ziekte van de patiënt. Schamperend wordt dit ook wel aangeduid als 'kookboekgeneeskunde' (Conroy, Shannon, 1995; Doherty, 2006). Een manier om deze bezwaren te overkomen is het betrekken van zorgverleners bij het opstellen van eigen richtlijnen of het overnemen (en daarbij iets aanpassen) van centrale richtlijnen. Hierdoor zal de richtlijn waarschijnlijk minder bedreigend en een stukje van de zorgverleners zelf worden (Conroy, Shannon, 1995). Andere opties om weerstand tegen de implementatie van een richtlijn weg te nemen, zijn het op tijd op de hoogte stellen en het bediscussiëren van de geplande richtlijn, het promoten van de richtlijn door opinieleiders en onderwijs (Doherty, 2006). Dit past ook in de kwaliteitscyclus zoals die door Ishikawa is uitgewerkt. Uit onderzoek is gebleken, dat combinaties van meerdere interventies om het integreren van richtlijnen in de dagelijkse praktijk te stimuleren, het beste werkt (Doherty, 2006; Davis, Taylor-Vaisy, 1997). Herinneringen, controle en feedback, opinieleiders en onderwijs door getrainde mensen van buitenaf zijn de meest effectieve interventies om het gebruik te stimuleren, de resultaten hiervan zijn echter niet altijd even groot (Doherty, 2006).

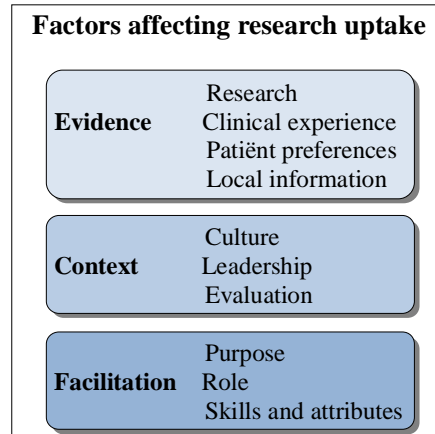
De zojuist genoemde interventies vormen een goede combinatie met de in paragraaf 2.1. genoemde PDCA-cyclus. Waarbij de voorgestelde interventies als (gedeeltelijke) invulling van de cyclus kunnen worden gezien.

Grol en Grimshaw (2003) hebben ontdekt dat een richtlijn beter gevolgd werd als het type gezondheidsprobleem acuter was, het bewijs groter, de aanbevelingen aansloten bij de bestaande waarden, het voor minder complexiteit in de besluitvorming zorgde, weinig organisationele veranderingen gaf en de beschrijving van de gewenste acties concreet waren. Wel geldt ook hierbij, dat deze kenmerken maar 20% van de variaties in prestaties verklaarden.

Conroy en Shannon (1995) wijzen erop dat volgens de sociale beïnvloedingstheorieën factoren als: gebruiken en gewoontes, aannames en het overtuigen door **collega's, gangbare praktijken en sociale normen** de interpretatie van informatie, die door onderwijs verkregen is, vormen. Wat met nieuwe informatie als richtlijnen gedaan wordt, hangt dus sterk af van de sociale invloeden uit iemands omgeving. Volgens deze theorie kan informatie het beste worden overgedragen in een inter-personele setting, die bestaat uit een combinatie van onderwijsbijeenkomsten en informerende bijeenkomsten binnen de context van een marketingstrategie, of in een overtuigende setting, waar lokale opinie leiders een kernrol spelen in het bereiken van overeenstemming over een nieuwe richtlijn en het stimuleren van nieuw gedrag.

Daarnaast wijzen Conroy en Shannon erop dat de vijf eigenschappen van communicatie goed moeten worden geadresseerd. Zo moet de bron betrouwbaar en invloedrijk zijn, het kanaal interactief met een opinieleider, de inhoud juist, de opzet gebruiksvriendelijk en aantrekkelijk, de doelgroep duidelijk geïdentificeerd, en het type omgeving bekend. Een aantrekkelijke inhoud kan bijvoorbeeld een A4-tje in het medisch dossier zijn, waar alles op staat (Doherty, 2006). De doelgroep valt op te delen volgens de S-curve van Rogers (2003), aan het begin van deze **curve staan de 'innoveerders' en de 'vroege gebruikers', waaronder vaak de opinieleiders vallen.** Als de opinieleiders **het idee over hebben genomen zullen zij hun collega's beïnvloeden**, waardoor het aantal dat het idee overneemt snel toeneemt, dit zijn de 'vroege' en 'late meerderheid'. **De laatste groep, de 'late gebruikers' zullen misschien wat extra stimulans nodig hebben, maar juist vanwege de enorme winst die bij de middelste groep behaald kan worden, is dit de ideale doelgroep.**





*Figuur 5: PARIHS-model voor implementatie van onderzoeksbevindingen in de praktijk.*

Wallin, Profetto-McGrath en Levers (2005) stellen eveneens een zeer interessant model voor als hulpmiddel bij het invoeren van een richtlijn, het PARISH-model (Promoting Action on Research Implementation in Health Services): weergegeven in figuur vijf. Het model behandelt als eerst het beschikbare bewijs, dit is zeer belangrijk, want hoe groter de robuustheid en de validiteit van het bewijs, hoe groter de kans dat mensen gemotiveerd zullen zijn om het te gebruiken. De vier opgesomde kennisbronnen, zijn alle vier belangrijk om optimale zorg te leveren, maar kennis gebaseerd op onderzoek wordt gezien als de meest betrouwbare, gevalideerde bron en de beste basis voor klinische besluiten.

De context is de "omgeving of setting waarin de voorgestelde verandering geïmplementeerd moet worden". Context bestaat uit: cultuur, leiderschap en evaluatie. De kans op een succesvolle implementatie is groter als duidelijk is welke cultuur er heerst. Een cultuur die evidence based toepassingen steunt zal eerder barrières overkomen en in staat zijn richtlijnen aan de lokale praktijk aan te passen. Leiderschap is het hebben van visie en het juiste gereedschap hebben om die visie uit te dragen. Effectieve leiders in alle lagen van de organisatie kunnen anderen steunen en kansen creëren om zorgverleners het nut van richtlijnen te laten ervaren. De evaluatie van de implementatie van richtlijnen moet op veel niveaus plaatsvinden. Verbeteringen in uitkomsten kan voor zorgverleners het harde bewijs geven dat een richtlijn effectief is en het gebruik ervan garanderen. Het laatste onderdeel is de facilitering, het primaire doel hiervan is om de bestaande praktijken uit te dagen en het werken volgens de nieuwe richtlijn te faciliteren.

Geconcludeerd kan worden dat ondanks het feit dat de oplossing om een richtlijn succesvol geïmplementeerd te krijgen nog niet gevonden is, er wel al een hoop nuttige adviezen zijn te halen uit de diverse onderzoeken, doordat er telkens een andere invalshoek gekozen is. Samen vullen de behandelde onderzoeken elkaar dan ook mooi aan. Wanneer er één gemeenschappelijk advies uit de diverse onderzoeken gehaald zou moeten worden dan is het de volgende: bij het implementeren van een eigen richtlijn is het belangrijk om te kijken naar de eigenschappen van de te implementeren richtlijn en de omgeving waarin hij geïmplementeerd gaat worden en daar vervolgens de meest geschikte stimulerende maatregelen bij te zoeken

## Hoofdstuk 3 De medische informatieoverdracht in het MST

In dit onderzoek zal worden gekeken naar de overdracht tussen een aantal interne afdelingen van het MST, daarbij gaat het om de overdrachten tussen de volgende afdelingen: de chirurgische verpleegafdelingen A3 en B3 en de holding, de holding en de operatiekamer, de operatiekamer en de verkoeverkamer en de verkoeverkamer en de chirurgische verpleegafdelingen A3 en B3 (zie figuur 4, §2.3). Bij deze overdrachten is er alleen gekeken naar patiënten die een darmoperatie ondergaan, dit om het onderzoek niet te breed te laten worden.

Om een duidelijk beeld van de betrokken afdelingen te krijgen volgt eerst een stukje informatie over elk van de betrokken afdelingen en de route die de patiënt volgt. Als eerste de afdelingen A3 en B3, dit zijn chirurgische verpleegafdelingen met elk 8 verpleegkundigen die samen 33 patiënten verzorgen, daarnaast werkt op beide afdelingen een nurse practitioner en is er een secretaresse aanwezig die de telefoon aanneemt en administratieve taken vervult. Na de verpleegafdeling gaat de patiënt naar de holding of de verkoever. Voordat een patiënt door de verpleegafdeling overgedragen wordt aan de holding of de verkoever, komt er eerst een telefoontje dat de patiënt klaargelegd mag worden en vervolgens dat de patiënt gebracht moet worden. Op de holding werkt een receptioniste, één (soms twee) holdingverpleegkundige(n) en diverse anesthesiemedewerkers. Meestal neemt de receptioniste de patiënt aan van de afdelingsverpleegkundige, luistert naar eventuele bijzonderheden en informeert de patiënt over wat komen gaat. Eventuele bijzonderheden geeft de receptioniste door aan de holdingverpleegkundige. De holdingverpleegkundige controleert vervolgens de bloeddruk, brengt het infuus aan en neemt de anamnese<sup>14</sup> af aan de hand van de pre-operatieve controlelijst anesthesie en geeft bijzonderheden door aan de anesthesiemedewerker. Wanneer het echter druk is, de anesthesiemedewerker vroeg terug is van een operatie, de patiënt een spoedgeval is, of het gaat om de eerste patiënten van de dag, dan neemt de anesthesiemedewerker gelijk zelf de patiënt mee en voert de taken van de holdingverpleegkundige onderweg naar en op de operatiekamer uit.

Wanneer de patiënt op de verkoever wordt voorbereid voor de operatie verloopt het proces bijna hetzelfde, afgezien van de pre-operatieve controlelijst anesthesie. Deze wordt standaard mondeling door de anesthesiemedewerker afgenomen terwijl hij de patiënt naar de operatiekamer brengt. Op de operatiekamer brengt de anesthesiemedewerker zo nodig met behulp van de anesthesioloog de patiënt in slaap. Tijdens de operatie houdt de anesthesiemedewerker de lichaamsfuncties van de patiënt in de gaten en zorgt ervoor dat de patiënt geen pijn heeft. Eveneens aanwezig zijn één of meerdere chirurgen, arts-assistenten, eventueel een co-assistent en een instrumenterende. Allen worden door de anesthesiemedewerker op de hoogte gebracht van eventuele bijzonderheden.

Na de operatie brengt de anesthesiemedewerker de patiënt naar de verkoever en draagt daar de belangrijkste informatie mondeling over. In de verkoever nemen verkoeververpleegkundigen de zorg over. Ze koppelen de patiënt aan de benodigde infusen en houden het bewustzijnsniveau, de bloeddruk, hartslag, het vermogen om voldoende zuurstof op te nemen (zuurstofsaturatie), wond, hoeveelheid pijn en mobiliteit in de gaten. Zo nodig voeren ze interventies uit die overeenkomen met het beleid op het anesthesieverslag en in het medisch dossier. Wanneer de patiënt een PAR-score<sup>15</sup> van 9 of 10 heeft en de verkoever de patiënt stabiel genoeg vindt, mag hij of zij terug naar de verpleegafdeling. Vanaf de verkoever wordt dan een telefoontje gepleegd naar de secretaresse van de verpleegafdeling, waarna twee verpleegkundigen de patiënt op komen halen. De verkoever wordt in de volksmond ook wel uitslaapkamer genoemd.

In de bovenstaande beschrijving wordt duidelijk dat de patiënt langs veel zorgverleners en afdelingen gaat vlak voor, tijdens en vlak na de darmoperatie. Waarbij meteen de complexiteit van het behandelproces opvalt, omdat dit nog maar een gedeelte van het hele behandelproces van de patiënt is.

De geschetste situatie geldt tijdens kantooruren, buiten kantooruren geldt dat alle patiënten dezelfde route volgen als patiënten die tijdens kantooruren een epiduraal katheter of blok nodig hebben.

Voor de overdracht tussen de verkoeververpleegkundige en de afdelingsverpleegkundige geldt dat er altijd twee afdelingsverpleegkundigen bij aanwezig zijn. Dit is verplicht vanwege de vergrote kans dat er tijdens het terugbrengen van de patiënt naar de afdeling iets mis gaat. Bij de andere overdrachtmomenten zijn er

---

<sup>14</sup> De anamnese is een vraaggesprek over de voorgeschiedenis van een patiënt, waarbij antwoorden worden verkregen door spontane mededelingen van de patiënt en door beantwoording van gerichte vragen van de zorgverlener

<sup>15</sup> De PAR-score staat voor Post-Anesthesia Recovery Score en meet de herstelindicatoren: spieractiviteit, ademhaling bloeddruk, bewustzijn en zuurstofsaturatie na de operatie. Op elk onderdeel zijn maximaal twee punten te halen, de score op elk onderdeel wordt weergegeven op het anesthesieverslag.

altijd twee zorgverleners betrokken.

Momenteel is het zo dat voor deze overdrachtmomenten nog geen protocol is vastgesteld. De huidige handswijze is gebaseerd op mondelinge afspraken en enkele oude schriftelijke afspraken die niet echt meer leven onder het personeel (interview verkoeververpleegkundige). Tijdens de overdrachten bevindt de meeste medische informatie zich in de dossiers die aan het bed van de patiënt zitten. Het gaat hier zowel om het verpleegkundig dossier dat door de afdelingsverpleegkundigen wordt bijgehouden, als het medisch dossier waarmee de nurse practitioner, de arts-assistenten, de artsen en de chirurgen werken. Naast deze schriftelijke dossiers worden enkele zaken mondeling overgedragen (zie figuur 1) en wordt bij de overdrachten op de verkoever de wond bekeken.

Naast de schriftelijke dossiers slaat het MST sommige medische informatie over de patiënt ook elektronisch op. Onder andere de uitslagen van de labtesten, de preoperatieve screening, ~~röntgenfoto's~~, de operatieverslagen en de ontslagbrieven zijn op de computer terug te vinden. De elektronische documenten zijn vaak ook in het schriftelijke dossier te vinden, hierop zijn echter een aantal uitzonderingen, zoals de uitslagen van de labtesten (alleen de laatste zit in het dossier) ~~en de röntgenfoto's~~.

Voor darmpatiënten zijn er twee typen verpleegkundige dossiers in omloop, de één is standaard voor de afdelingen A3 en B3, de ander is een klinisch pad dat is gebaseerd op het ERAS-protocol. De medische dossiers verschillen inhoudelijk niet voor patiënten die volgens het ERAS-protocol worden behandeld, er zit ~~alleen een gele sticker met 'ERAS'~~ op, zodat duidelijk is dat de patiënt volgens het ERAS-protocol behandeld wordt. Het verpleegkundig dossier dat bestaat uit een klinisch pad, maakt daarnaast ook nog gebruik van een aantal standaarddocumenten die binnen het MST gebruikt worden, zoals de verpleegkundige anamnese en het afsprakenblad.

Het klinisch pad ERAS bevindt zich bij het MST nog in de beginfase en wordt voorlopig alleen bij darmpatiënten met een ASA 1 of 2 classificatie<sup>16</sup> gebruikt, de patiënten met een hogere classificatie (3-5) worden nog volgens de oude methodes behandeld. Uiteindelijk is het de bedoeling dat alle patiënten met dit protocol behandeld gaan worden, zij het in een licht aangepaste versie. Aangezien het klinisch pad alleen bij planbare operaties kan worden toegepast, komt het er op neer dat er per week ongeveer 2 -3 patiënten op de afdeling A3 en B3 volgens het protocol behandeld worden. Het grote verschil tussen het klinisch pad en de gewone dossiers is dat bij het klinisch pad vooral onderdelen afgevinkt, in plaats van genoteerd, moeten worden en dat afspraken en activiteiten verdeeld zijn in fasen.

---

<sup>16</sup> ASA is een manier om de ernst van de ziekte te bepalen. Patiënten die binnen de ASA 1 classificatie vallen zijn redelijk gezond (bijv. vrouw van 28, zonder medicatiegebruik, met uitzondering van liesbreuk kerngezond), patiënten in de ASA 5 kwalificatie overlijden zonder operatie binnen 24 uur (VZWGO, 2008).

## Hoofdstuk 4 Onderzoeksresultaten

Om een goed beeld te krijgen van de praktijk ten opzichte van de onderzochte theorie, is er geobserveerd tijdens het meelopen bij diverse disciplines, zijn er interviews gehouden en zijn 13 patiëntendossiers uitgebreid geanalyseerd. De patiëntendossiers zijn willekeurig uitgekozen uit de agenda's van de afdelingssecretaresses van de verpleegafdelingen A3 en B3. Het enige waarop geselecteerd is, is dat ze recent zijn, zodat de dossiers nog op de verpleegafdeling of bij het medisch secretariaat lagen. Uit het praktijkonderzoek zijn diverse interessante zaken naar voren gekomen, die hieronder behandeld zullen worden.

Voordat de overdrachten behandeld worden, is het belangrijk om te stellen dat hier is gekeken naar afwijkingen van hoe het idealiter in zijn werk zou gaan. Het feit dat hierop als vanzelfsprekend een hoop afwijkingen te vinden zijn, betekent niet dat de zorg ondermaats is. Veel zaken worden binnen de organisatie zelf opgevangen, zonder ooit tot problemen te leiden. Door echter ze hier te benoemen, ontstaat de kans om dichterbij de ideale situatie te komen en zo ook de organisatie van de zorg soepeler te laten verlopen.

In gedachten moet worden gehouden dat alle geïnterviewde zorgverleners benadrukten dat de zorg over het algemeen goed gaat en dat de dingen die minder goed gaan uitzonderingen zijn. Daarbij hangt het volgens hen ook erg af van het type zorgverlener dat je treft.

Naar aanleiding van de gevonden literatuur, zijn acht mogelijke oorzaken van een onvolledige overdracht gekoppeld aan de vier onderzochte overdrachtmomenten. In de onderstaande matrix staat aangegeven in hoeverre een potentiële oorzaak ook echt speelt bij de vier overdrachtmomenten in het MST.

	Communicatiestijl	Hiërarchie en status	Diversiteit procedures	Ontbreken vaste procedures	Ongevulde (delen van) documenten	Hectic	Tijdgebrek	Voorspelbaarheid
Verpleegafd. > holding / verkoever				+	+	+/	+	+
Holding => operatiekamer		+		+	+	+/	+	+/-
Operatiekamer > verkoever		+	+	+	+	+/	+	+/
Verkoever > verpleegafd.			+	+/	+	+/	+/	+

Kijkend naar de matrix valt op dat met name de overdracht van de operatiekamer naar de verkoever veel roodgekleurde vakken heeft, de gevonden potentiële oorzaken hebben hier dus de meeste invloed. In de praktijk komt dit er op neer dat de volledigheid van de overdracht hier het meest varieert, volledige overdrachten worden dus vaker dan gemiddeld afgewisseld met onvolledige. Het betekent dus niet dat overdrachten nooit, of bijna nooit, volledig zijn. Verticaal bekeken valt op dat het ontbreken van vaste procedures, ongevulde (delen van) documenten en tijdgebrek het meest spelen bij de onderzochte overdrachten. Dat de communicatiestijl zo weinig invloed heeft op de overdrachten, komt waarschijnlijk doordat geen van de overdrachten verzorgd wordt door een arts, maar alleen (gespecialiseerde) verpleegkundigen en anesthesiemedewerkers, waardoor het verschil in mondelinge communicatie veel kleiner is. Wel komt bij de laatste twee overdrachten de inhoud niet altijd goed over, omdat de ontvangende partij niet altijd snapt waar de andere partij het over heeft (afdelingsverpleegkundigen), of waarom bepaalde keuzes zijn gemaakt (verkoever / afdelingsverpleegkundigen).

Dat hiërarchie en status als invloedsfactoren spelen bij de overdrachten naar of van de operatiekamer is geen toeval. Bij beide overdrachten is namelijk een anesthesiemedewerker betrokken en deze zorgverleners, zo blijkt uit interviews, kunnen soms erg uit de hoogte doen. Daarnaast speelt bij de overdracht naar de verkoever, dat chirurgen niet altijd het medisch dossier willen meegeven.

De invloed van de diversiteit aan procedures speelt eigenlijk alleen op de verkoever, omdat er op de holding niet echt sprake is van een overdracht. De diversiteit op de verkoever hangt vooral samen met de hoeveelheid mondelinge informatie die gegeven wordt en de controles die worden uitgevoerd.

Dat het ontbreken van vaste procedures bijna overal een grote rol speelt, komt doordat er momenteel bijna geen afspraken zijn over hoe de overdrachten moeten plaatsvinden. Een voorbeeld van een afspraak die wel een rol speelt, is dat een patiënt altijd door twee afdelingsverpleegkundigen van de verkoever gehaald moet worden. Doordat ook vaststaat dat één van de afdelingsverpleegkundigen luistert en de andere de patiënt loskoppelt en voorbereid, is dit vakje oranje gekleurd.

Tijdens het praktijkonderzoek viel op dat eigenlijk overal problemen spelen met onvolledig ingevulde documenten, of soms zelfs onjuist ingevulde documenten. Bijna alle betrokken disciplines hebben er wel eens last van dat niet alle door hen gewenste informatie in het dossier is terug te vinden. Overigens bleek dat de registratie bij darmpatiënten over het algemeen nog zeer behoorlijk gebeurt, omdat zij vaak vrij lang in het ziekenhuis verblijven. Bij korte behandelingen als dagbehandelingen, vinden zorgverleners het vaak niet de moeite waard om alles te noteren. Daarnaast speelt mee dat veel informatie dubbel gevraagd wordt, dus als het op het ene formulier niet staat, is er een redelijke kans dat het verderop wel te vinden is. Wel heeft dit als nadeel dat zorgverleners langer moeten zoeken naar de gewenste informatie.

Hectiek speelt bij de overdrachten vaak maar een bescheiden rol. Met name op de verkoever valt op dat, ondanks de drukte, men zeer bewust de tijd neemt voor de overdracht, waardoor de hectiek geen grote rol meer speelt. Tijdgebrek speelt daarentegen vaak wel een grote rol, dit komt vooral doordat afdelingen soms snel vollopen (de holding en de verkoever) en omdat chirurgen operaties zo snel mogelijk achter elkaar willen doen. Dat de overdracht van de verkoever naar de afdeling oranje gekleurd is, komt doordat ze hier van beide kanten meestal bewust de tijd nemen voor een goede overdracht. Met name naar de verkoever toe, wil nog wel eens het omgekeerde het geval zijn, anesthesiemedewerkers zijn dan erg snel weer weg.

Dat op de holding geen sprake is van een overdracht tussen de afdelingsverpleegkundige en de holdingverpleegkundige, komt deels door een vervuiling van de functie van receptioniste van het operatiekamercomplex<sup>17</sup>; dit is ontstaan is uit tijdgebrek. De receptioniste neemt namelijk de patiënten aan van de afdelingsverpleging en luistert naar eventuele bijzonderheden, terwijl dat niet in haar functieomschrijving staat en eigenlijk door de holdingverpleegkundige gedaan hoort te worden. Dit is vaak echter niet mogelijk doordat er meestal maar één holdingverpleegkundige werkt, de receptioniste vangt daarom een aantal taken op. De andere reden dat er geen overdracht is, is omdat er geen vaste procedure is voor wat er gezegd moet worden en daarom alleen bijzondere zaken worden gemeld. Dit is ook de reden dat er vaak geen overdracht is tussen de holdingverpleegkundige en de anesthesiemedewerker, iets dat men overigens wil gaan veranderen.

Het laatste aspect dat bekeken is, is de voorspelbaarheid van de overdracht. Hier is niet alleen naar de inhoud, maar ook naar het moment van de overdracht gekeken. Voor de afdeling is het vaak onbekend wanneer zij precies een patiënt moeten brengen of halen, waardoor deze momenten erg ongelegen kunnen zijn. Dit zorgt soms voor spanningen. Ook op de verkoever komen voortdurend onverwacht patiënten van de operatiekamer, dit vormt echter een onderdeel van hun kerntaak, waardoor ze er veel meer op ingesteld zijn.

Zoals reeds eerder genoemd werkt het MST met het klinisch pad ERAS; in het onderzoek is gekeken naar de medische informatieoverdracht bij patiënten die volgens ERAS behandeld werden en bij patiënten die niet volgens ERAS behandeld werden. Doordat in het verpleegkundig dossier bij ERAS-patiënten veel minder geschreven hoeft te worden en het vooral om afvinken gaat, lag het in de lijn der verwachtingen dat deze dossiers beter bijgehouden zouden worden. Dit bleek echter niet het geval te zijn, veel zaken worden namelijk niet afgevinkt en waar geschreven moet worden, bleken er ook geen opvallende verschillen op te merken. Het medisch dossier blijft bij beide typen patiënten overigens hetzelfde, maar doordat het verpleegkundig dossier soms als back-up dient als het medisch dossier afwezig is, was het interessant om te kijken of het klinisch pad een beter resultaat gaf. Naast het dossieronderzoek, bevestigden ook de gesprekken met diverse zorgverleners dat er geen verschil zit in de kwaliteit van het verpleegkundig dossier mét en zonder klinisch pad.

Er kan dus gesteld worden dat met name het ontbreken van vaste procedures, oningevulde (delen van) documenten en tijdgebrek een rol spelen bij de volledigheid van de medische informatieoverdracht als de patiënt naar of van de operatiekamer gaat voor een darmoperatie en dat het klinisch pad ERAS hier geen invloed op heeft. Dat de acht genoemde mogelijke oorzaken het meest van invloed zijn als de patiënt van de operatiekamer naar de verkoever gaat is geen toeval, want naast de drie zojuist genoemde mogelijke oorzaken spelen hier ook nog de hiërarchieverschillen mee tussen de chirurg en de verkoeververpleegkundige en de anesthesiemedewerker en de verkoeververpleegkundige. Daarnaast is er op

---

<sup>17</sup> Het operatiekamercomplex bestaat uit de holding, de operatiekamers en de verkoever.

de holding momenteel niet echt sprake van een overdracht, zodat er ook geen diversiteit in procedures zal zijn, terwijl op de verkoeper de overdracht juist een cruciaal moment is

## Hoofdstuk 5 Kwaliteitscirkels in de praktijk

Theoretisch gezien is bekend hoe kwaliteitscirkels zouden moeten functioneren, toch blijkt in de praktijk dit vaak een stuk lastiger te realiseren. Mensen worden al snel opgeëist door andere eveneens belangrijke zaken, waardoor kwaliteitscirkels op een nette manier voltooiën vaak eenvoudiger lijkt gezegd dan gedaan. Ook in het MST is deze tendens te herkennen, om dat te illustreren zal onderstaand een aantal zaken bekeken worden aan de hand van de kwaliteitscirkel van Ishikawa.

Wat betreft de overdracht van medische informatie naar en van de onderzochte afdelingen, valt op dat er bijna niets vaststaat in richtlijnen of andere schriftelijke afspraken. De afdelingsverpleging heeft een recent kwaliteitshandboek, dat ook bijgehouden wordt, echter op de andere betrokken afdelingen zijn deze handboeken zo verouderd dat ze niet meer serieus genomen kunnen worden en mensen ook niet meer op de hoogte zijn van de inhoud. Op dit punt kan dus gesteld worden dat de plan- en do-fase van de handboeken ooit wel uitgevoerd zijn, maar dat ze met uitzondering van de afdelingsverpleging zijn vastgelopen in de evaluatiefase. Er zijn wel enkele mondelinge afspraken bij de afdelingen in het operatiekamercomplex, maar daar kunnen zorgverleners, als het er op aan komt, elkaar niet aan houden, zeker niet als degene die de afspraak negeert hoger in de hiërarchie staat.

Doordat er bijna geen richtlijnen of andere schriftelijke afspraken voor de overdracht zijn, handelen zorgverleners naar wat zij juist achten, of via vaste routines die op de afdeling zijn ontstaan. Vanuit kwaliteitsbeleid betekent dit dat dus niet eens begonnen is aan een PDCA-cyclus. Waardoor het risico ontstaat dat er niet uniform gehandeld wordt in gelijkende situaties en dat de kwaliteit van de overdracht niet goed geëvalueerd kan worden. Als basis voor de beoordeling van de volledigheid van de overdracht in het MST (in wezen ook een soort evaluatie) is dan ook het script van de formulieren uit de dossiers en de meningen over goede zorg van ervaren zorgverleners genomen. Echter zolang er niets vastgelegd staat, zal er nooit goed getoetst kunnen worden en zullen de uitkomsten van evaluaties minder snel door zorgverleners geaccepteerd worden. Dat laatste komt doordat er geen consensus is onder de betrokken zorgverleners over de kenmerken van een goede overdracht en doordat de meetpunten van de evaluatie niet evidence-based zijn. Het is dan ook belangrijk om hierin te investeren, want pas als zorgverleners achter de uitkomsten van evaluaties staan, ontstaat de kans om ervan te leren en het zorgproces te verbeteren.

Dat er op de verpleegafdeling wel en op het operatiekamercomplex (bijna) geen schriftelijke afspraken zijn, is te verklaren door het feit dat bij de afdelingsverpleegkundigen een andere cultuur heerst dan op het operatiekamercomplex, dit wordt ook gesuggereerd in de literatuur (zie McDonald, Waring, Harrison, Walshe, Boaden, 2005; Lawton, Parker, 1999). De afdelingsverpleegkundigen zijn veel meer gewend om opdrachten en regels te volgen (hetzij van artsen, hetzij van afdelingshoofden), terwijl artsen zich niet vast willen laten pinnen en professionele vrijheid willen behouden om van de regels af te wijken als zij dat nodig achten. De anesthesiemedewerkers en de verpleegkundigen in het operatiekamercomplex van het MST worden meer beïnvloed door de houding van de artsen en daarnaast zijn anesthesiemedewerkers hoger opgeleid dan afdelingsverpleegkundigen, waardoor ze moeilijker schriftelijke afspraken kunnen invoeren en vaak meer waarde hechten aan professionele vrijheid dan afdelingsverpleegkundigen.

Doordat maar weinig zaken over de overdracht vastliggen in schriftelijke afspraken, worden onderdelen ervan pas geëvalueerd als dingen meerdere malen in een jaar (ongewenste missers) niet goed zijn gegaan en er mip-meldingen<sup>18</sup> zijn gemaakt. Dit heeft ook te maken met de professionele autonomie van zorgverleners en de cultuur in het ziekenhuis, waarbij het ongebruikelijk is dat iemand regelmatig over de schouder van zorgverleners meekijkt, om te kijken of alles nog gaat zoals het zou moeten gaan. De mip-meldingen blijken wat betreft de processen rond de operatiekamers vaak niet aan communicatie of overdrachten te worden gekoppeld, terwijl uit gesprekken met diverse zorgverleners blijkt dat er af en toe wel eens iets mis gaat met de overdracht. De reden dat deze incidenten niet bij de mip-meldingen zijn terug te zien, is waarschijnlijk dat ze niet erg genoeg waren. Andere labels liegen dan "communicatie" of "overdracht" of "onderregistratie". Het leereffect van dergelijke incidenten blijft in dat geval vaak beperkt tot de groep directe betrokkenen. Het mag dan ook duidelijk zijn dat mip-meldingen alleen niet voldoende zijn als evaluatiemiddel voor de medische informatieoverdracht bij de overdracht van darmpatiënten naar of van de operatiekamer en dat voor het leren van kleine incidenten en het creëren van een lerende organisatie, misschien ook eens naar andere mogelijkheden gekeken moet worden.

<sup>18</sup> MIP staat voor: Melding Incidenten Patiëntenzorg

In lijn met de eerder genoemde wens van medici om zo weinig mogelijk schriftelijke afspraken te hebben, is de afwezigheid van een afspraak om op vaste tijden formulieren uit het medisch dossier te evalueren. Het verpleegkundig dossier wordt eens in de vier jaar geëvalueerd, bij het medisch dossier gebeurt dit wanneer de statuscommissie dat nodig acht. Oude spellingswijzes zoals "reacties" of "hartfunctie", bevestigen dit vermoeden. Doordat de inzichten in de geneeskunde zeer regelmatig vernieuwen zou het geen kwaad kunnen om ook hier, net als bij de verpleging, een evaluatietermijn van vier jaar aan te houden. Een andere optie is om één maal in de zes jaar te evalueren en dan na drie jaar een midterm review te houden. Dit is een tussentijdse, minder uitgebreide evaluatie om te zien of de gemaakte afspraken tijdens de vorige evaluatie (nog) werkzaam zijn, gevolgd worden en afdoende de vastgestelde doelen dekken. Voorwaarde voor beide evaluatietermijnen is wel dat ze van tevoren ingepland moeten worden, want uit de praktijk blijkt dat als er geen tijd voor evaluaties ingepland wordt, er telkens weer andere zaken zullen zijn die meer aandacht eisen, zodat de evaluatie veel later plaatsvindt dan gewenst.

Na een recent onderzoek van de IGZ (een grote evaluatie van buitenaf, benoemd in §1.3) is het MST aan de slag gegaan met een nieuwe procedure voor de in dit onderzoek beschreven overdrachtmomenten. Het zal echter niet eenvoudig zijn om iedereen mee te krijgen, in verband met de extra tijd die het de zorgverleners zal kosten. Dit geldt in het bijzonder voor de chirurgen, die dat direct in hun portemonnee voelen en daardoor niet snel zullen instemmen. Daarnaast zullen met deze procedure ook een aantal vaste gewoontes veranderd moeten worden. Dit is behoorlijk complex in een ziekenhuis vol met professionals met een zeer sterke eigen mening, die moeilijk te veranderen is. Om deze procedure een succes te maken, zal dan ook een leider nodig zijn die in de ogen van alle betrokken zorgverleners hoog in aanzien staat. Deze leider kan hierbij geholpen worden door de voorzitter van de betrokken maatschap om voldoende steun voor de procedure bij de chirurgen te creëren.

Als laatst zal in dit hoofdstuk gekeken worden of bij de invoering van het klinisch pad ERAS de PDCA-cyclus volgens Ishikawa gevolgd is. Dit pad is bij uitstek geschikt om aan de cyclus onderworpen te worden, omdat het recent is ingevoerd en omdat het MST ernaar streeft om volgens de PDCA-cyclus te werken.

Over het algemeen kan worden gesteld, dat bij de invoering van het klinisch pad, de plan- en do-fase van de PDCA-cyclus goed gevolgd zijn. Bij onderwijs zou als enigszins zwak punt genoemd kunnen worden dat de klinische lessen, afgezien van de eerste, niet verplicht waren en dat deze lessen slechts één van de vele aangeboden klinische lessen waren, waardoor zorgverleners zich minder aangesproken voelden om te gaan. Wel moet aangetekend worden dat men duidelijk heeft geprobeerd de afdelingsverpleegkundigen te stimuleren om naar de klinische lessen te gaan, door aan te geven dat ze er in de toekomst veel mee te maken zouden krijgen.

Een ander minpuntje bij het onderwijs is dat de verkoeververpleegkundigen nooit klinische lessen hebben kunnen volgen, terwijl uit een interview blijkt dat zij daar wel behoefte aan hebben. Voor het uitvoeren van hun werk hebben de verkoeververpleegkundigen de klinische lessen niet direct nodig, maar ze hebben er wel zijdelings mee te maken als ze een keer gegevens uit een verpleegkundig dossier moeten halen. Daarom was het netter geweest als ook aan deze zorgverleners was gedacht tijdens de plan-fase.

De checkfase is de eerste keer dat de cyclus werd doorlopen vrij netjes uitgevoerd, er is gekeken naar de dossiers van alle 19 patiënten die behandeld zijn volgens het ERAS-protocol en precies bijgehouden welke onderdelen wel en niet ingevuld waren, plus het aantal varianties. Als minpunt zou kunnen worden genoemd, dat deze evaluatie alleen gebaseerd was op dossieronderzoek en niet op praktijkervaringen van de betrokken zorgverleners. Na deze eerste evaluatie zijn de uitkomsten aan de afdelingsverpleegkundigen gepresenteerd en is er over gesproken in het teamoverleg van beide verpleegafdelingen. Ook zijn er werkafspraken gemaakt over onder andere psychosociale zaken, toen na een poosje ermee gewerkt te hebben (ervaringsleren), bleek dat deze onderdelen door de verpleegkundigen gemist werden in het klinisch pad. Naast de afdelingsverpleging, hebben ook andere betrokken disciplines de resultaten te zien gekregen.

De tweede evaluatie was alleen gericht op de onderdelen die bij de eerste evaluatie het slechtst scoorden, dat is een gemiste kans, want een aantal van de onderdelen die beter scoorden, konden ook nog enige aandacht gebruiken. De tweede evaluatie is wederom gepresenteerd aan de betrokken zorgverleners en behandeld in de werkoverleggen van deze zorgverleners. Bij de verpleegkundigen kon tijdens de presentatie van de resultaten van de evaluatie eventuele onduidelijkheden naar voren gebracht worden en werd duidelijk gemaakt dat niet getwijfeld moet worden om hulp te vragen. Twee andere zaken, die bij deze evaluatie niet voldoende zijn aangepakt, zijn het ontbreken van voorschrijven van paracetamol-sub door anesthesiologen en het



geven van pre-medicatie door anesthesiemedewerkers. De verpleegafdelingen weten inmiddels hoe ze met deze afwijkingen van het klinisch pad moeten omgaan, maar het zou beter zijn als het probleem bij de bron aangepakt zou worden. Hiertoe zijn pogingen ondernomen, maar doordat het lastig was om de juiste zorgverleners te bereiken, wordt de situatie nu gewoon geaccepteerd.

Deze tweede evaluatie was waarschijnlijk de laatste, al zal het pad wel tekstinhoudelijk geëvalueerd blijven worden. Binnenkort komt er opnieuw een klinische les voor de betrokken zorgverleners, omdat gesignaleerd is dat nog niet alles loopt zoals het zou moeten. Een goed voorbeeld hiervan is dat voor de verpleegkundigen niet duidelijk is wie het resultaat van een bepaalde fase uit het pad moet afvinken. Moet een verpleegkundige dit altijd doen en zo ja, welke shift? Vragen die zorgverleners schijnbaar niet stellen aan de implementeerders van het pad, waardoor ze pas veel later boven komen drijven. Het is misschien ook wel juist deze houding van de betrokken zorgverleners, die ervoor zorgt dat de PDCA-cyclus niet geheel tot zijn recht komt in het MST en de leercurve beperkt houdt. Iets dat waarschijnlijk is ontstaan, omdat al zoveel zaken de aandacht vragen en doordat ze het pad niet als iets van zichzelf beschouwen. Juist omdat er zoveel belangrijke zaken spelen, vallen dergelijke zaken al snel niet meer op en is het belangrijk dat er af en toe iemand van buitenaf naar kijkt, zeker als het pad nog in zijn eerste jaren is. De hoofden van de betrokken verpleegafdelingen zijn overigens van mening dat als er niet goed met het pad gewerkt wordt, mensen vanzelf wel tegen problemen aan lopen en dan wel actie zullen ondernemen. De vraag is echter in hoeverre suboptimale zorg als gevolg van een suboptimaal werkend pad herkend zal worden.

In het algemeen kan geconcludeerd worden dat het MST momenteel niet echt een "puur" kwaliteitsbeleid voert ten opzichte van de medische informatieoverdracht op de onderzochte afdelingen, maar dat hiervoor een mooie kans ligt in geplande procedure, mits deze voldoende steun kan krijgen van de betrokken zorgverleners en gesteund wordt door een gerespecteerde leider. Ten opzichte van het klinisch pad ERAS geldt dat bij een vergelijking met de PDCA-cyclus van Ishikawa opvalt dat de eerste cyclus vrij goed ging, maar dat de tweede cyclus uitgebreider had gekund. Nieuwe klinische lessen zullen daarnaast nodig zijn om ook de laatste onderdelen van het pad goed uitgevoerd te krijgen.

## Hoofdstuk 6 Conclusie

In dit hoofdstuk zullen kort de antwoorden op de deelvragen bij langs gegaan worden, waarna tot slot de hoofdvraag van het onderzoek beantwoordt wordt. De te beantwoorden hoofdvraag luidde:

*In hoeverre is de overdracht van medische informatie van patiënten die naar en van de operatiekamers in het Medisch Spectrum Twente gaan voor een darmoperatie volledig?*

Bij de overdracht van medische informatie van patiënten die naar en van de operatiekamers in het MST gaan voor een darmoperatie viel op dat er bijna niets vaststaat in richtlijnen of andere schriftelijke afspraken, dit hangt samen met de cultuur van professionele autonomie die het sterkst een rol speelt in het operatiekamercomplex.

De afdelingsverpleging heeft een recent kwaliteitshandboek, dat ook bijgehouden wordt, echter op de andere betrokken afdelingen zijn deze handboeken zo verouderd dat ze niet meer serieus genomen kunnen worden en mensen ook niet meer op de hoogte zijn van de inhoud. Doordat er bijna geen richtlijnen of andere schriftelijke afspraken voor de overdracht zijn, handelen zorgverleners naar wat zij juist achten, of via vaste routines die op de afdeling zijn ontstaan. Er zijn wel enkele mondelinge afspraken bij de afdelingen in het operatiekamercomplex, maar daar kunnen zorgverleners, als het er op aan komt, elkaar niet aan houden, zeker niet als degene die de afspraak negeert hoger in de hiërarchie staat. De overdracht van medische informatie naar en van de onderzochte afdelingen vindt zowel mondeling, schriftelijk als elektronisch plaats.

Van de acht gevonden oorzaken in de literatuur zijn er drie die veel invloed hebben op de volledigheid van de onderzochte overdrachten: het ontbreken van vaste procedures, oningevulde (delen van) documenten en tijdgebrek. Deze oorzaken zorgden regelmatig voor ergernissen en onduidelijkheden, de gevolgen hiervan bleken regelmatig opgevangen te worden door dubbelregistratie van bepaalde gegevens, waarbij dubbelregistratie overigens ook als aanleiding van slecht ingevulde formulieren naar voren kwam. De meeste invloed van de potentiële oorzaken was te merken bij de overdracht van de operatiekamer naar de verkoever, dit omdat de invloed van hiërarchie en status hier veel sterker speelde dan bij andere overdrachten. Er kan dan ook gesteld worden dat de volledigheid van de medische informatieoverdracht bij deze overdracht het sterkste varieert.

Het nieuwe klinische pad ERAS bleek vooralsnog geen invloed te hebben op de volledigheid van de overdracht, deels omdat het alleen onderdeel uitmaakt van het verpleegkundig dossier en deels omdat het pad niet volledig wordt bijgehouden.

Het feit dat alle onderzochte afdelingen ooit een kwaliteitshandboek hadden, maar dat het alleen op de verpleegafdeling nog leeft, betekent vanuit kwaliteitsbeleid gezien dat de plan- en do-fase van Ishikawa bij de handboeken ooit wel uitgevoerd zijn, maar dat ze met uitzondering van de afdelingsverpleging zijn vastgelopen in de evaluatiefase. Ten opzichte van de schriftelijke afspraken en richtlijnen kan zelfs gesteld worden dat er niet eens begonnen is aan een PDCA-cyclus, waardoor het risico ontstaat dat er niet uniform gehandeld wordt in gelijkende situaties, omdat er gehandeld wordt vanuit routine en intuïtie. Daarnaast heeft het tevens als risico dat de kwaliteit van de overdracht niet goed geëvalueerd kan worden, omdat er geen consensus is over hoe de overdracht hoort plaats te vinden. Dergelijke evaluaties, met consensus over de maatstaven, zijn erg belangrijk om een lerende organisatie te creëren, zodat er optimaal geleerd kan worden van situaties die anders liepen dan gewenst. Op dit vlak valt er voor het MST dan ook nog het één en ander te verbeteren.

Ondanks het gebrek aan kwaliteitsbeleid ten opzichte van de medische informatieoverdracht als darmpatiënten naar of van de operatiekamer gaan, spoort de relatief lange verblijfsduur van de darmpatiënten de zorgverleners over het algemeen aan de naar hun inzicht vereiste zorg en precisie te leveren. Het probleem is echter dat niet elke zorgverlener zich voldoende aangespoord voelt en in voldoende mate aan de mondelinge afspraken en stilzwijgende normen houdt. Dit is waarschijnlijk te wijten aan de tijdsdruk die de zorgverleners voelen en de nauwkeurigheid van de zorgverlener.

Door de afwezigheid van schriftelijke afspraken over de medische informatieoverdracht is de volledigheid van de medische informatieoverdracht minder groot dan hij zou kunnen zijn. Dit komt doordat de inhoud van de huidige overdrachten vaak is gebaseerd op gewoontes en eigen kennis, een basis die hoe goed bedoeld

ook, niet altijd rekening houdt met alle factoren en daarom het risico loopt om onvolledig te zijn.

Er kan dan ook geconcludeerd worden dat de overdracht relatief volledig is, maar dat de variatie in de volledigheid van de overdracht vaak nog te groot is, waardoor er nog te vaak onvolledige overdrachten plaatsvinden. Deze variatie wordt veroorzaakt door een aantal sub-optimale omstandigheden in het ziekenhuis, die in ieder geval deels te veranderen moeten zijn. Dat de overdracht over het algemeen nog relatief volledig is, komt mede doordat de bekeken patiëntenpopulatie bij deze overdrachten vrij lang in het ziekenhuis liggen, waardoor de zorgverleners meer worden gestimuleerd tot een volledige overdracht.

## Hoofdstuk 7 Discussie

Uit het onderzoek is gebleken dat enkele aspecten van de medische informatieoverdracht tussen de onderzochte afdelingen in het MST nog voor verbetering vatbaar zijn. Onderstaand zijn een drietal zaken uitgelicht die de volledigheid van de overdracht tussen de onderzochte afdelingen in het MST zouden kunnen verbeteren. Tot slot is ook gekeken naar de generaliseerbaarheid van de onderzoeksresultaten, de zwakke punten van het onderzoek en aanbevelingen voor verder onderzoek.

Uit het onderzoek is gebleken dat het gebrek aan afspraken, of het mensen niet kunnen houden aan afspraken soms tot onvolledige overdrachten leidt. Een oplossing hiervoor zijn schriftelijke afspraken waar mensen aan gehouden kunnen worden. Deze afspraken stimuleren de zorgverleners om van hun sub-optimale gewoontes af te stappen en geven andere zorgverleners een instrument om er wat van te zeggen.

De procedure voor overdrachtmomenten naar en van de operatiekamer, die het MST momenteel bezig is op te zetten, zou hier een goed voorbeeld van kunnen zijn, mits er rekening wordt gehouden met de tijdsdruk die nu al vaak door de werknemers gevoeld wordt en de noodzaak van een leider die door alle betrokkenen gerespecteerd wordt en zo nodig zorgverleners aanspreekt op het afwijken van de procedure.

Een andere oorzaak van een onvolledige overdracht die regelmatig naar voren kwam, waren onvolledig ingevulde dossiers. Een hulpmiddel om de dossiers vollediger ingevuld te krijgen zou waarschijnlijk zijn om alle formulieren van het medisch en verpleegkundig dossier een keer te screenen op dubbelregistratie en te kijken welke gegevens nu echt zinvol zijn om meerdere keren te registreren. Dit omdat uit gesprekken met diverse zorgverleners is gebleken dat dubbelregistratie een punt van ergernis is en ervoor zorgt dat niet op alle formulieren de gevraagde gegevens meer ingevuld worden, zeker als het gaat om patiënten die maar kort in het ziekenhuis verblijven.

Een andere aanbeveling voor een vollediger overdracht is de meldbereidheid van zorgverleners vergroten bij (kleine) incidenten. Dit kan via de MIP-meldingen, maar als daaraan een te groot stigma kleeft, kunnen ongewenste gebeurtenissen ook in werkoverleggen aan bod komen van zorgverleners in het operatiecomplex. Of zelfs bij een speciaal overleg tussen vertegenwoordigers van de verpleegafdelingen en de het operatiekamercomplex, zoals ook tussen de intensive care en de verpleegafdelingen het geval is.

Wat betreft de generaliseerbaarheid van het onderzoek valt onderscheid te maken tussen de generaliseerbaarheid vanaf andere afdelingen in het MST naar het operatiekamercomplex en de generaliseerbaarheid naar andere Nederlandse ziekenhuizen. Wat betreft de overdracht van andere dan de onderzochte afdelingen in het MST naar het operatiekamercomplex is het te verwachten dat de resultaten grotendeels generaliseerbaar zijn als er eveneens relatief langdurige patiënten bij betrokken zijn. Veel zorgverleners maakten ten opzichte van de overdracht namelijk, zonder dat hierna gevraagd werd, onderscheid tussen patiënten die lang en kort verblijven in het ziekenhuis, waarbij voor de kort verblijvende patiënten geldt dat de overdrachten vaak minder volledig zijn, omdat er minder waarde wordt gehecht aan een volledige overdracht.

Bij de generaliseerbaarheid naar andere Nederlandse ziekenhuizen is het eveneens weer van belang dat de resultaten alleen van toepassing zijn op de medische informatieoverdracht over relatief langdurige patiënten die naar of van het operatiekamercomplex gaan. Het lastige bij het generaliseren naar andere ziekenhuizen is dat de resultaten in sterke mate worden beïnvloedt door de cultuur die er in een ziekenhuis heerst. Echter, met het onderzoek van de inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ, 2007) in gedachten, kan worden gesteld dat in elk Nederlands ziekenhuis de informatieoverdracht nog voor verbetering vatbaar is en dat daarom het cultuuraspect geen onoverkomelijke barrière zal zijn. Veiliger zal het echter zijn om te stellen dat de resultaten uit dit onderzoek naar alle waarschijnlijkheid in ieder geval deels generaliseerbaar zullen zijn naar de andere 25 topklinische ziekenhuizen in Nederland, aangezien het te verwachten is dat er tussen basisziekenhuizen, topklinische ziekenhuizen en academische ziekenhuizen nog wel enkele verschillen zullen zitten.

Als zwak punt van dit onderzoek zou genoemd kunnen worden, dat bij het analyseren van de patiëntendossiers enige hulp nodig was bij het identificeren onvolledigheden. Hierdoor kan het zijn dat bij de delen van het dossier die zonder hulp bekeken zijn, enkele onvolledigheden over het hoofd zijn gezien. Dit zullen er echter niet veel zijn, omdat de dossiers behoorlijk precies onderzocht zijn.

Zoals is gebleken uit literatuuronderzoek is het nog niet duidelijk welke stimulerende maatregelen kunnen helpen bij het succesvol invoeren van schriftelijke afspraken als richtlijnen in een ziekenhuis. Telkens weer wordt benadrukt dat er goed gekeken moet worden naar de eigenschappen van de in te voeren richtlijn en de omgeving waarin de richtlijn geïmplementeerd gaat worden. Aangezien het MST binnenkort waarschijnlijk een nieuwe procedure gaat invoeren voor de overdracht van medische informatie, als een patiënt naar of van de operatiekamer gaat, zou het interessant zijn om te onderzoeken welke stimulerende maatregelen nu het beste passen bij deze procedure en de afdelingen waarvoor hij gaat gelden.

## Bronnen:

### Literatuur

- Ahmad, I.U., & Sein, M.K. (1997). Construction project teams for TQM: a factor-element impact model. *Construction Management and Economics*, 15(5), 457- 467.
- Behara, R., et al. (2005). A conceptual framework for studying the safety of transitions in emergency care. *Advances in Patient Safety: From Research to Implementation*, 2, 53-65.
- Bruijne, M.C. de, Zegers, M., Hoonhout, L.H.F., & Wagner, C. (2007). Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen. Dossieronderzoek van ziekenhuisopnames in 2004. *EMGO Instituut en NIVEL*.
- Cabana, et al. (1999). Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA*, 282(15), 1458-1465.
- CBO (2007). Handleiding voor werkgroepleden. CBO. Ontvangen op 20 augustus 2008, van [http://www.cbo.nl/product/richtlijnen/handleiding\\_ebro/handl\\_totaal.pdf](http://www.cbo.nl/product/richtlijnen/handleiding_ebro/handl_totaal.pdf)
- Conroy, M., Shannon, W. (1995). Clinical Guidelines: their implementation in general practice. *British Journal of General Practice*, 45, 371-375.
- Davis, A.D., Taylor-Vaisey, A. (1997). Translating guidelines into practice. *Canadian Medical Association*, 157(4), 408-416.
- Deming, W. E. (1993). *The New Economics for Industry, Government, Education*. Cambridge, MA: Massachusetts Institute of Technology, Center for Advanced Engineering Study.
- Doherty, S. (2006). Evidence-based implementation of evidence based guidelines. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 19(1), 32-41.
- Foekema, H., & Hendrix, C. (2004). Fouten worden duur betaald. *TNS NIPO*.
- Glaudemans, E., & Zoete, J.P. de (2007). ERAS-programma in het Catharina-ziekenhuis [elektronische versie]. *HaCaSpect, magazine voor huisartsen en specialisten*, 5(1), 10-12.
- Grol R, Grimshaw J. (2003). From best evidence to best practice: effective implementation of change in patient's care. *Lancet*, 362, 1225-1230.
- Haig, K.M., Sutton, S., & Whittington, J. (2006). SBAR: A Shared Mental Model for Improving Communication Between Clinicians. *Journal on Quality and Patient Safety*, 32(3), 167-175.
- Hashmi, K. (2000). Introduction and implementation of Total Quality Management (TQM). *iSixSigma*, article c031008a, ontvangen op 24 mei 2008, van <http://www.isixsigma.com/library/content/c031008a.asp#about>
- Havenaar, J.M., Heemskerk, B., & Bisseling, E.M. (2002). Kwaliteit Quo Vadis? De opkomst van kwaliteitszorg binnen de psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 44(2), 95-106.
- Hentenaar, H. (2003). Patiënten over fouten in medische informatie overdracht. *TNS NIPO*.
- IGZ (2007). Toezicht Operatief Proces. Onderzoek naar het preoperatieve traject van het operatief proces in algemene en academische ziekenhuizen. *IGZ*, Den Haag.
- Ishikawa, K. (1985). *Totale kwaliteitscontrole, de succesvolle Japanse methode*. Amsterdam: Omega Boek.

Kanker-actueel (2005). Wetenschappelijk onderzoek naar voedingstoffen en natuurlijke aanpak en middelen bij kanker. Studieabstracten en studieanalyses. *Kanker-actueel*. Ontvangen op: 20 juni 2008, van [http://www.kanker-actueel.nl/index.php?blz=on\\_vo&nieuws=9612](http://www.kanker-actueel.nl/index.php?blz=on_vo&nieuws=9612).

Kohn, L.T., Corrigan, J.M., & Donaldson, M.S. (2000). *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Institute of Medicine, Washington, DC: National Academy Press.

Lawton, R., Parker, D. (1999). Procedures and the professional: the case of the British NHS. *Social Science & Medicine*, 48, 353-361.

Leonard, M., Graham, S., & Bonacum, D. (2004). The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Quality and Safety in Health Care*, 13, Supply 1, 85-90.

Limbert, C. & Lamb, R. (2002). Doctor's use of clinical guidelines: two applications of the theory of planned behavior. *Psychology, Health & Medicine*, 7(3), 301-310.

McDonald, R., Waring, J., Harrison, S., Walshe, K., Boaden, R. (2005). Rules and guidelines in clinical practice: a qualitative study in operating theatres of doctors' and nurses' views. *Quality and Safety in Health Care*, 14, 290-294.

Murray, P. (2002). Cycles of organizational learning: a conceptual approach. *Management Decision*, 40(3), 239-247.

Nomenclatuurbijeenkomst (2005). Begrippenkader patiëntveiligheid. *Safety 4 Patients*. Ontvangen op 25 april 2008, van <http://www.onderzoekpatiëntveiligheid.nl/begrippenkader.htm>

Orde van Medisch Specialisten (2004). Over de orde. *Artsennet.nl*. Ontvangen op 20 augustus 2008, van [http://orde.artsenet.nl/content/resources/AMGATE\\_6059\\_397\\_TICH\\_L611360219/AMGATE\\_6059\\_397\\_TICH\\_R1428331007760546/](http://orde.artsenet.nl/content/resources/AMGATE_6059_397_TICH_L611360219/AMGATE_6059_397_TICH_R1428331007760546/)

Patterson, E.S., Roth, E.M., Woods, D.D., Chow, R., & Gomes, J.O., (2004). Handoff strategies in settings with high consequences for failure: lessons for health care operations. *International Journal for Quality in Health Care*, 16(2), 125-132.

Pothier, D., Monteiro, P., Mooktiar, M., & Shaw, A. (2005). Pilot study to show the loss of important data in nursing handover. *British Journal of Nursing*, 14(20), 1090-1093.

Samenwerkingsverband Implementatieprogramma WGBO (2004). *Van wet naar praktijk. Implementatie van de WGBO. Deel 3 Dossier en bewaartermijnen*. Utrecht: Samenwerkingsverband Implementatieprogramma WGBO. Ontvangen op 25-juni-2008, van [http://knmg.artsenet.nl/uri/?uri=AMGATE\\_6059\\_100\\_TICH\\_R135425467916712](http://knmg.artsenet.nl/uri/?uri=AMGATE_6059_100_TICH_R135425467916712)

Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations (5th ed.)*. New York: Free Press.

Stringham, S.H. (2004). Does quality management work in the public sector? *Public Administration and Management: An Interactive Journal*, 9(3), 182-211.

Tijink, H. (2007). Sneller hersteld. *Medisch Contact*, 62, 29-30.

Voss, H. (2005). Handleiding klinisch pad. *MST*

VZWGO (2006). Anesthesie. *VZW Gezondheidszorg Oostkust*. Ontvangen op 27-05-2008, van <http://www.vzwgo.be/dokters/specialisme/anesthesie/start.htm#c7-1>

Werkgroep Zorgregistratie (2004). Handleiding Verpleegkundig Dossier. *MST*, versie oktober 2004.

Wallin, L., Profetto McGrath, J., Levers, J. (2005). Implementing Nursing Practice Guidelines. *Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*, 32(5), 294-300.

Willems, J., & IJsselstein, D. (2003). Kwaliteitshandboek, afdeling A3, procedure verpleegafdeling, overdracht, ontslag en nazorg (2.3, 2.10, 2.41, 2.43). Vastgesteld juli 2003.

Woolf, S.H., Grol, R., Hutchinson, A., Eccles, M., & Grimshaw, J., (1999). Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *BMJ*, 318, 527-530.

## **Interviews**

Interview verkoeververpleegkundige Medisch Spectrum Twente, gehouden op 29 mei 2008.

Interview holdingverpleegkundige Medisch Spectrum Twente, gehouden op 3 juni 2008.

Interview anesthesiemedewerker Medisch Spectrum Twente, gehouden op 3 juni 2008.

Interview afdelingsverpleegkundige A3 Medisch Spectrum Twente, gehouden op 11 juni 2008.

Interview afdelingsverpleegkundige B3 Medisch Spectrum Twente, gehouden op 11 juni 2008.

Interview hoofd chirurgische verpleegafdeling A3 Medisch Spectrum Twente, gehouden op 8 juli 2008.

Interview hoofd chirurgische verpleegafdeling B3 Medisch Spectrum Twente, gehouden op 9 juli 2008.