

Werkwijze omtrent complicaties van de vakgroep KNO van Ziekenhuis X



Bente Rodenburg
Bachelor Scriptie Gezondheidswetenschappen

01-07-2022

Begeleiders Universiteit:
Prof.dr. S. Siesling
Dr. P.J. Klok

Dankwoord

In de afgelopen zes maanden is onderzoek verricht naar de huidige werkwijze omtrent complicaties van de vakgroep KNO van Ziekenhuis X¹ en hierover een scriptie geschreven. Het was een leerzame periode waarin ik veel heb geleerd, ter illustratie:

- Het opzetten van valide en betrouwbaar onderzoek.
- Het contact leggen met externe opdrachtgevers en respondenten.
- Het flexibel opstellen wanneer het onderzoek anders loopt dan verwacht.
- Het kritisch evalueren en verbeteren van eigen werk.

Allereerst wil ik mijn dank uitspreken richting drie mede-derdejaars bachelor gezondheidswetenschappen studenten die dit onderzoek mede mogelijk hebben gemaakt: Marieke Elbers, Marrit Oosterveld en Floor Schutrups. De opbouw van het theoretisch kader en het interview- en het observatieschema zijn in samenwerking met deze drie medestudenten opgesteld. Tevens is gezamenlijk een advies geschreven over de toepasbaarheid van een uniforme werkwijze omtrent complicaties binnen het ziekenhuis.

Vanuit de universiteit zijn workshops en colleges aangeboden die zeer nuttig waren voor dit onderzoek. Specifiek de workshops met betrekking tot interviews zijn als relevant ervaren. Ik wil de universiteit bedanken voor deze ondersteuning. In het bijzonder wil ik prof.dr. S. Siesling en dr. P.J. Klok bedanken voor hun begeleiding. Ik kijk dankbaar terug op de afgelopen zes maanden waarin zij actief meedachten, adviezen gaven en kritische feedback leverden.

Naast de hulp vanuit de universiteit, wordt dank betuigd richting Ziekenhuis X. In het bijzonder richting mijn begeleiders. Zij hebben veel tijd vrijgemaakt om informatie te verstrekken die van belang was voor het onderzoek, om actief mee te denken en tussentijds feedback te geven. Tevens wil ik de vakgroep KNO bedanken voor hun medewerking bij dit onderzoek: de tijd die zij hiervoor hebben vrijgemaakt, de interessante interviews, dat ik een complicatiebespreking mocht bijwonen en de inzage in relevante documenten.

1. Het desbetreffende ziekenhuis is wegens privacyoverwegingen geanonimiseerd.

Abstract

Achtergrond

Binnen Ziekenhuis X heeft elke vakgroep een eigen werkwijze voor het registreren en bespreken van complicaties. Hierdoor is het voor de medische staf niet inzichtelijk op welke wijze vakgroepen complicaties registreren en bespreken, waarom dit op deze manier gebeurt en of vakgroepen leren van complicaties. In dit onderzoek is onderzocht op welke manier de vakgroep Keel-, Neus-, en Oorheelkunde (KNO) de werkwijze omtrent complicaties heeft vormgegeven en welke factoren hierbij een rol spelen.

Methoden

Allereerst is door literatuuronderzoek kennis verzameld over complicaties, complicatieregistraties en -besprekingen en de bijdrage hiervan aan de kwaliteit van zorg. Tevens zijn relevante richtlijnen geïnterviewd. Vervolgens is kwalitatief onderzoek uitgevoerd dat bestond uit het afnemen van zes semigestructureerde interviews, het inzien van complicatieregistraties en het observeren van een complicatiebespreking.

Resultaten

De vakgroep registreert complicaties, uitsluitend van operatieve ingrepen, digitaal. Elke geopereerde patiënt komt na zes weken automatisch in de werklijst van de desbetreffende operateur voor een complicatieregistratie. Het systeem werd hierom omschreven als waterdicht. De operateur stelt vast of er wel of geen complicatie is opgetreden. Wanneer dit het geval is, vindt registratie plaats volgens een vast format. Er is geconstateerd dat van veel patiënten geen registratie was verricht. Tevens is gebleken dat complicaties incidenteel dubbel geregistreerd worden.

De vakgroep streeft ernaar halfjaarlijks een complicatiebespreking te houden. Echter, tussen de meest recente besprekingen zat één jaar en zeven maanden. Het aantal complicaties dat besproken wordt en de tijdsduur van de bespreking zijn afhankelijk van de frequentie van de besprekingen. De voorbereiding en presentatie wordt gedaan door de arts in opleiding tot specialist. Een definitieve conclusie en een eventueel verbeterplan worden gezamenlijk geformuleerd.

Conclusie en discussie

Er wordt geconcludeerd dat de vakgroep onvoldoende toezicht houdt op de volledigheid van de patiënten in de complicatieregistratie. Evenzeer blijkt dat er geen heldere afspraken zijn over de eenduidige verantwoordelijkheid voor het registreren en binnen welk tijdsbestek een registratie plaats dient te vinden. Er wordt aanbevolen hier concrete afspraken over te maken. Bovendien zijn meerdere aanbevelingen gedaan om tot een volledige en diepgaande analyse te komen.

Om een completer beeld te krijgen van de verschillende werkwijzen omtrent complicaties binnen het ziekenhuis, wordt aanbevolen om dit onderzoek binnen meerdere vakgroepen uit te voeren. Tot slot is het relevant om vast te stellen wanneer gesproken kan worden van leren van complicaties.

Inhoudsopgave

Dankwoord	2
Abstract	3
Achtergrond.....	3
Methoden.....	3
Resultaten	3
Conclusie en discussie	3
Inleiding.....	6
Theoretisch kader.....	7
De Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)	7
Verschillen incident, calamiteit en complicatie	7
Optimaal functioneren medisch specialisten.....	7
Doel van registreren en bespreken van complicaties	8
Mogelijke complicaties binnen de vakgroep KNO.....	8
Specifieke richtlijnen vakgroep KNO	8
Potentiële factoren die de werkwijze beïnvloeden.....	9
Methoden.....	10
Literatuuronderzoek.....	10
Kwalitatief onderzoek	10
Interviews	10
Inzien van complicatieregistraties.....	11
Bijwonen van complicatiebesprekingen.....	11
Ethische overwegingen	11
Resultaten	12
Werkwijze voor het registreren van complicaties.....	12
Werkwijze voor het bespreken van complicaties	12
Uitkomsten en effecten van registreren en bespreken	13
Door de vakgroep gesignaleerde verbeterpunten.....	14
Invloed van de potentiële factoren op de huidige werkwijze.....	14
Mate van inzicht in de definitie van een complicatie.....	14
Tijdsduur registreren en bespreken	14
Ervaren nut en noodzaak.....	15
Cultuur	15
Richtlijnen.....	15
Conclusie	17
Aanbevelingen.....	17

Discussie	19
Sterke punten	19
Beperkingen	19
Theoretische implicaties	19
Vervolg onderzoek.....	19
Referenties	21
Bijlagen	24
Bijlage 1: Voor gestructureerd complicatieregistratieformulier.....	24
Bijlage 2: Procedurebeschrijving complicatiebespreking NVKNO.....	26
Bijlage 3: Interviewschema.	27
Bijlage 4: Categorieën en codes	30
Bijlage 5: Observatieschema.	33
Bijlage 6: Informed consent formulier.	34
Bijlage 7: Informatiebrief.....	35
Bijlage 8: Protocol complicatiebesprekingen	37

Inleiding

In de praktijk komt het voor dat zorgverleners fouten maken tijdens hun medisch handelen. Dit heeft invloed op de kwaliteit en veiligheid van zorg [3]. Echter, ook wanneer zorgverleners handelen in lijn met standaarden en richtlijnen kan dit leiden tot een onbedoeld of ongewenst effect met een negatieve gezondheidsuitkomst voor de patiënt. Een voorbeeld hiervan is een nabloeding of een zenuwuitval. In dat geval wordt gesproken van een complicatie. Ziekenhuizen streven naar de hoogst haalbare kwaliteit van zorg voor patiënten. Daarom is het essentieel dat zorgverleners leren van complicaties om deze in de toekomst te voorkomen. [3].

Zorgverleners kunnen leren van complicaties door deze te registreren en bespreken [4]. Op deze manier wordt relevante informatie verzameld en kunnen factoren in kaart worden gebracht die aanknopingspunten vormen voor de preventie van complicaties [5]. Dit betekent gezondheidswinst voor patiënten en kwaliteitswinst voor zorginstellingen. Tevens leidt het analyseren van complicaties tot het verkrijgen van nieuwe inzichten in aspecten en voorwaarden voor de kwaliteit van zorg [6]. Kortom, complicatieregistraties en -besprekingen zijn onderdeel van het kwaliteitssysteem en maken het mogelijk dat zorgverleners leren van complicaties en waar nodig verbetermaatregelen treffen om deze in de toekomst te voorkomen [7].

Het kwaliteitssysteem van Ziekenhuis X¹ sluit aan op het bovenstaande; het ziekenhuis vraagt dat haar vakgroepen leren van onverwachte uitkomsten om deze te reduceren. Echter, de medische staf constateert dat meerdere vakgroepen worstelen met het leren van complicaties. Een verklaring hiervoor is dat vakgroepen zelf verantwoordelijk zijn voor het vormgeven van hun eigen werkwijze en bovendien worden vakgroepen hierin gestuurd door richtlijnen vanuit hun eigen wetenschappelijke vereniging. Tevens gaf de afdeling 'Kwaliteit en Veiligheid' aan dat zorgverleners uiteenlopende visies hebben op het registreren en bespreken van complicaties, wat de juiste methode daarvoor is en de mate van draagvlak om ervan te leren. Bovenstaande aspecten hebben geresulteerd in verschillende werkwijzen omtrent complicaties binnen het ziekenhuis.

De medische staf heeft aangegeven dat verschillende werkwijzen binnen het ziekenhuis ertoe leiden dat het niet inzichtelijk is op welke wijze vakgroepen complicaties registreren en bespreken en wat de argumenten hiervoor zijn. Tevens is onbekend of vakgroepen daadwerkelijk leren van complicaties. De medische staf wil hier verandering in brengen. Daarnaast vraagt de afdeling 'Kwaliteit en Veiligheid' zich af of een uniforme werkwijze kan bijdragen aan het registreren en bespreken van complicaties. Door een uniforme werkwijze toe te passen, kunnen vakgroepen beter worden ondersteund in hun werkwijze. Tevens maakt dit benchmarking mogelijk waardoor de resultaten van vakgroepen onderling vergeleken kunnen worden en met andere ziekenhuizen in Nederland.

In dit onderzoek ligt de focus op de vakgroep Keel-, Neus-, en Oorheelkunde (KNO) van Ziekenhuis X. Deze vakgroep behandelt patiënten met klachten aan de amandelen, stem, bovenste luchtwegen, neus en neusbijholten en het gehoor- en evenwichtsorgaan [8]. De werkwijze van deze vakgroep omtrent complicaties en de factoren die hierbij meespelen, zijn in dit onderzoek in kaart gebracht. De onderzoeksvraag die hierbij centraal staat, is: *'Wat is de huidige werkwijze van zorgverleners omtrent complicaties binnen de vakgroep KNO in Ziekenhuis X en waarom wordt het op deze manier gedaan?'*

Theoretisch kader

De Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)

Om te garanderen dat de zorg in Nederland van goede kwaliteit is, heeft de overheid in de Wkkgz vastgelegd wat goede zorg inhoudt en hoe met ongewenste uitkomsten moet worden omgegaan [9]. In deze wet staat bovendien dat zorgverleners de mogelijkheid moeten krijgen om deze uitkomsten te melden en dat instellingen hier een interne procedure voor moeten hebben. Het doel is dat zorgverleners ongewenste uitkomsten met elkaar bespreken en hiervan leren, zodat de kwaliteit en veiligheid van zorg wordt verhoogd. De wijze van organiseren wordt aan de instelling en haar zorgverleners overgelaten [9].

Verschillen incident, calamiteit en complicatie

De definities van een incident, calamiteit en complicatie lijken erg op elkaar. Uit gesprekken met de afdeling 'Kwaliteit en Veiligheid' kwam naar voren dat het lastig kan zijn om deze drie uitkomsten van zorg in de praktijk van elkaar te onderscheiden. De uitkomsten worden gedefinieerd als volgt:

- De Wkkgz definieert een incident als *'een niet beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en heeft geleid, had kunnen leiden, of zou kunnen leiden tot schade bij de cliënt'* [3 p.2].
- De Orde van Medisch Specialisten hanteert voor een calamiteit de volgende definitie: *'een niet beoogde of onverwachte gebeurtenis tijdens het medisch specialistisch handelen, die tot de dood of een ernstig schadelijk gevolg voor de patiënt leidt'* [10 p.19].
- Een complicatie wordt door de Orde voor Medisch Specialisten gedefinieerd als *'een onbedoelde en ongewenste gebeurtenis of toestand tijdens of volgend op medisch specialistisch handelen, die voor de gezondheid van de patiënt zodanig nadelig is dat aanpassing van het medisch (be)handelen noodzakelijk is dan wel dat er sprake is van onherstelbare schade'* [10 p.19].

Wanneer de definities met elkaar vergeleken worden, komt naar voren dat bij een incident de zorgverlener niet volgens de standaarden, richtlijnen of protocollen heeft gewerkt, waardoor een fout is opgetreden [3,10]. Deze fout kan, maar hoeft niet tot schade te leiden. Schade voor een patiënt kan tot gevolg hebben dat er opnieuw medisch gehandeld moet worden. Een calamiteit verschilt van een incident doordat deze leidt tot ernstige schade of in het ergste geval tot het overlijden van een patiënt. Bij een complicatie heeft een patiënt schade opgelopen, ondanks dat de zorg goed is uitgevoerd. Protocollen en richtlijnen zijn nageleefd, maar het heeft desondanks geleid tot een ongewenste uitkomst. Complicaties kunnen dus inherent zijn aan de behandeling en vallen daarmee onder de aanvaardbare risico's voor patiënten [3,10].

Optimaal functioneren medisch specialisten

In het Visiedocument van 2013 van de Orde van Medisch Specialisten en Wetenschappelijke Verenigingen over het optimaal functioneren van medisch specialisten staat beschreven dat zorginstellingen het melden van complicaties kunnen stimuleren door een veilige cultuur, ook wel een blame-free cultuur, te creëren binnen de zorginstelling [11]. Alleen dan kunnen zorgverleners elkaar aanspreken op het functioneren, het niet nakomen van afspraken en kan van complicaties worden geleerd [11]. Het Visiedocument dringt tevens aan op het deelnemen van medisch specialisten aan complicatiebesprekingen en multidisciplinaire overlegsituaties [11]. Het wordt als vanzelfsprekend gezien dat medisch specialisten deelnemen aan kwaliteit bevorderende activiteiten die binnen de zorginstelling worden georganiseerd. Tot slot wordt benoemd dat wordt verwacht dat zorgverleners actief bezig zijn om de kwaliteit van zorg te verhogen, bijvoorbeeld met behulp van instrumenten en systemen [11].

Doel van registreren en bespreken van complicaties

Zoals in de inleiding is benoemd, is het doel van het registreren en bespreken van complicaties dat zorgprofessionals leren van complicaties en waar nodig verbetermaatregelen treffen om deze in de toekomst te voorkomen [7]. Het voorkomen van complicaties betekent gezondheidswinst voor de patiënten en kwaliteitswinst voor zorginstellingen [5]. Het leidt tot professionalisering van zorgverleners door nieuwe kennisontwikkeling en er wordt meer efficiëntie behaald. Door het aantal complicaties te verminderen, hoeft eventuele opgetreden schade niet hersteld te worden, wat kosten bespaart. Daarnaast wordt de kwaliteit van zorg inzichtelijker door complicaties te registreren en bespreken [6]. Dit staat benchmarken toe, oftewel dat het ziekenhuis haar prestaties op gebied van complicaties van zowel vakgroepen onderling, als met andere ziekenhuizen in Nederland kan vergelijken. Dit is echter alleen mogelijk als er een uniforme werkwijze is voor het registreren en bespreken van complicaties. Zowel vakgroepen als het ziekenhuis kunnen dan hun zorg en werkwijze spiegelen aan vakgroepen en ziekenhuizen die betere resultaten laten zien [12]. Op deze manier kan Ziekenhuis X zich bewust worden van zowel haar sterke als zwakke punten en kan ze leren van andere ziekenhuizen. Hierdoor kan het ziekenhuis haar prestaties verbeteren [13].

Mogelijke complicaties binnen de vakgroep KNO

Voorbeelden van behandelingen die uitgevoerd worden binnen de vakgroep KNO zijn amandeloperaties, het plaatsen van trommelvliesbuisjes en neuscorrecties [8]. Bij elke behandeling kunnen complicaties optreden. In deze paragraaf worden voorbeelden gegeven van mogelijke complicaties bij operatieve ingrepen omdat de vakgroep uitsluitend deze complicaties registreert en bespreekt.

Een veel voorkomende complicatie na een operatie is een infectie of een nabloeding. Daarnaast zijn er specifieke complicaties die kunnen optreden bij bepaalde behandelingen. Binnen de KNO wordt regelmatig een tonsillectomie uitgevoerd. Dit is een ingreep waarbij de amandelen worden verwijderd. Hierbij kunnen complicaties als smaakverandering en open neusspraak optreden. Bij open neusspraak is de stem veranderd en kan deze wat hoger geworden zijn [14,15]. Bij operaties aan de neus kan bijvoorbeeld letsel aan de oogkas en de schedelholte ontstaan en daarnaast kan het Empty Nose Syndrome optreden [16]. Dit is een specifiek klachtenpatroon dat kan bestaan uit klachten als gebrek aan lucht via de neus, een brandend gevoel, een leeg of open gevoel in de neus en korstvorming en droogte [17]. Voorbeelden van complicaties die kunnen optreden na ooperaties zijn tijdelijke evenwichtsproblemen, duizeligheid, trommelvliesperforatie, een loopoor en oorsuizen [18–21].

Specifieke richtlijnen vakgroep KNO

Concrete richtlijnen voor het omgaan met en het leren van complicaties zijn opgenomen in de visitatie eisen van de Nederlandse Vereniging voor KNO-heelkunde en heelkunde van het hoofd-halsgebied (NVKNO). Naast deze richtlijn en het Visiedocument van 2013 van de Orde van Medisch Specialisten zijn er geen landelijke of ziekenhuis brede richtlijnen die van toepassing zijn op de vakgroep KNO. Dit is bevestigd door de manager kwaliteit en veiligheid van het ziekenhuis.

De NVKNO voert elke vijf jaar een visitatie uit binnen de vakgroep. Dit houdt in dat deze vereniging op 'visite' gaat om onder andere te beoordelen wat de kwaliteit van geleverde prestaties is [22]. Gedurende de visitatie wordt de vakgroep getoetst op het toepassen van het kwaliteitsvisitatiemodel. Dit model is door de vakgroep KNO van het ziekenhuis voor dit onderzoek beschikbaar gesteld.

Het kwaliteitsvisitatiemodel legt de nadruk op zelfevaluatie en stimuleert eigen kwaliteitsbewaking en -bevordering van vakgroepen. De NVKNO houdt hierbij toezicht op afstand. Tevens wordt vermeld dat opgetreden complicaties door de vakgroep zelf geëvalueerd moeten worden. De NVKNO heeft voor het registreren van complicaties een voor gestructureerd complicatieregistratieformulier opgesteld,

zie bijlage 1. Tevens is een procedurebeschrijving verstrekt aan KNO-vakgroepen om complicaties te bespreken, zie bijlage 2. Het gebruik van deze richtlijnen wordt getoetst tijdens de visitatie.

Potentiële factoren die de werkwijze beïnvloeden

Er zijn verscheidene factoren die de werkwijze van zorgverleners omtrent complicaties beïnvloeden. Dit onderzoek beoogt een overzicht te verkrijgen van deze factoren, om de redenen achter de huidige werkwijze inzichtelijk te maken. Potentiële factoren die de werkwijze beïnvloeden zijn: de mate van inzicht in de definitie van een complicatie, de tijdsduur van het registreren en bespreken van complicaties, het door zorgverleners ervaren nut en noodzaak hiervan, de cultuur binnen de vakgroep en de richtlijnen die van toepassing zijn op de werkwijze.

Allereerst kan de mate van inzicht in de definitie van een complicatie de werkwijze beïnvloeden. Zoals eerder benoemd kan het lastig kan zijn om complicaties van incidenten en calamiteiten te onderscheiden. Wanneer een zorgverlener onvoldoende inzicht heeft in de definitie van een complicatie kan het voorkomen dat een complicatie niet als complicatie wordt bestempeld, waardoor deze ten onrechte niet geregistreerd en besproken wordt.

Wanneer de tijdsduur voor het registreren en bespreken van complicaties als tijdrovend wordt ervaren, kan het zijn dat zorgverleners complicaties niet (volledig) registreren en/of bespreken. Uit gesprekken met de afdeling Kwaliteit en Veiligheid kwam naar voren dat de tijdsduur in verhouding moet staan tot de waarde die het oplevert. Zodra weinig resultaat wordt ervaren, zal het draagvlak voor het registreren en bespreken verminderen.

De tijdsduur hangt gedeeltelijk samen met het ervaren nut en noodzaak van het registreren en bespreken van complicaties. Wanneer de noodzaak en de toegevoegde waarde ervan wordt ingezien, zal de bereidheid om hier aandacht aan te besteden hoger zijn dan wanneer dit in mindere mate of niet wordt ervaren.

Een veilige en blame-free cultuur is erg belangrijk binnen zorginstellingen omdat dit zorgverleners stimuleert om complicaties te melden [11]. Wanneer deze veiligheid niet ervaren wordt, kan het zijn dat zorgverleners complicaties verzwijgen, waardoor deze niet geregistreerd en besproken worden.

Tot slot kan de aan- en afwezigheid van richtlijnen de werkwijze beïnvloeden. Richtlijnen schrijven zorgverleners voor om handelingen gestandaardiseerd te verrichten. Zorgverleners zullen richtlijnen opvolgen, mits zij hier inzicht in hebben. Wanneer richtlijnen ontbreken, kunnen zorgverleners deze standaard niet aanhouden.

Methoden

Dit onderzoek bestaat uit literatuur- en kwalitatief onderzoek. Kwalitatief onderzoek biedt een effectieve manier om diepgang te creëren met respondenten, specifiek op gebied van eigen ervaringen en opvattingen. Tevens geeft het flexibiliteit doordat vragen niet volledig vast liggen.

Literatuuronderzoek

Allereerst is vanuit de literatuur kennis verzameld over complicaties, complicatieregistraties en -besprekingen en de bijdrage hiervan aan de kwaliteit van zorg. Tevens zijn zowel landelijke richtlijnen, richtlijnen van het ziekenhuis en richtlijnen vanuit de NVKNO geïnventariseerd. Deze zijn gebundeld in het theoretisch kader.

Kwalitatief onderzoek

Middels kwalitatief onderzoek is de werkwijze voor het registreren en bespreken, de argumentatie voor deze werkwijze en de mening van zorgverleners inzichtelijk gemaakt. Daarnaast is inzicht verkregen in de uitkomsten en effecten van het analyseren van complicaties en is de invloed van de potentiële factoren, benoemd in het theoretisch kader, onderzocht. Deze aspecten zijn onderzocht door interviews af te nemen. Tevens zijn complicatieregistraties ingezien en is een complicatiebespreking bijgewoond. Tot slot is een spreekuur op de polikliniek geobserveerd waarmee inzicht is verkregen in de werkwijze omtrent het op de hoogte stellen van patiënten over de mogelijke risico's op complicaties bij hun behandeling.

Interviews

Er zijn zes semigestructureerde interviews afgenomen. De onderzoekspopulatie bestond uit vijf KNO-artsen en één arts in opleiding tot specialist (AIOS), met twee KNO-artsen kon geen interview plaatsvinden. De AIOS is geïnccludeerd vanwege de beduidende betrokkenheid bij het registreren en bespreken van complicaties. Verpleegkundigen zijn geëxcludeerd omdat zij niet betrokken zijn bij het registreren en bespreken van complicaties. De respondenten zijn geworven doormiddel van 'snowball sampling' [23]. Dit houdt in dat de selectie van respondenten gedaan wordt op basis van verwijzing door eerder geselecteerde deelnemers of personen die toegang hebben tot potentiële deelnemers. Deze methode is toegepast omdat dit een snelle en ongecompliceerde wijze is voor het werven van respondenten [23].

Er zijn semigestructureerde interviews afgenomen omdat dit een veelzijdige en flexibele methode is voor het verzamelen van data [24]. Een ander voordeel hiervan is het ontstaan van wederkerigheid tussen de interviewer en geïnterviewde [24,25]. Daarnaast kan de interviewer vervolgvragen improviseren op basis van de antwoorden van de deelnemer om dieper op een onderwerp in te gaan. Tevens is er ruimte voor individuele uitingen van de deelnemer [24,26]. Het interviewschema is opgesteld aan de hand van het theoretisch kader. Vooraf zijn zowel een topiclijst, als interviewvragen opgesteld. Het interview bestond uit openvragen en bevatte een aantal vragen met een tienpuntsschaal. Het interviewschema is bijgevoegd in bijlage 3.

Voor het analyseren van de interviews, zijn de interviews getranscribeerd met behulp van Amberscript. De audio-opnamen zijn teruggeluisterd en de transcripten zijn gecorrigeerd. De interviews zijn vervolgens gecodeerd in Atlas zodat de data geordend werd. Er is begonnen met open coderen waarbij de interviews kritisch zijn doorgenomen en relevante citaten gemarkeerd zijn. Een aantal topics zijn niet open gecodeerd. Dit betreft vragen die schalen bevatten omdat hierbij een deel van het antwoord al vast stond, aangezien de respondenten een antwoord gaven dat overeenkwam met de schaal. Op de open codes is gereflecteerd en irrelevante codes zijn geëlimineerd. Na het open coderen, is axiaal gecodeerd waardoor de open codes gegroepeerd zijn. Door selectief te coderen zijn de overkoepelende codes, die ontstaan door het axiaal coderen, verder gegroepeerd tot categorieën.

Door open, axiaal en selectief te coderen ontstaat er een structuur van drie lagen in de codes. De categorieën en codes zijn bijgevoegd in bijlage 4.

Inzien van complicatieregistraties

Complicatieregistraties zijn ingezien om kennis te vergaren over de werkwijze voor het registreren van complicaties. Er is specifiek gekeken naar de wijze van registreren en welke informatie vastgelegd wordt. De bevindingen zijn schriftelijk vastgelegd.

Bijwonen van een complicatiebespreking

De complicatiebespreking van 23 mei 2022 is bijgewoond en verslagen van eerdere complicatiebesprekingen zijn ingezien. Hierbij is specifiek gekeken naar wat er wel en niet besproken wordt, welke zorgverleners betrokken zijn en wat de rolverdeling van de zorgverleners is. Het observatieschema dat is toegepast, is bijgevoegd in bijlage 5. Van de geobserveerde complicatiebespreking is een observatieverslag gemaakt.

Ethische overwegingen

Het onderzoek is voor aanvang ingediend ter beoordeling bij de ethische commissie van de faculteit Behavioural, Management and Social Sciences (BMS) onder aanvraagnummer 220579 [27]. Deze ethische commissie maakt gebruik van de 'Nederlandse Ethische Code voor Onderzoek in de Maatschappij- en Gedragwetenschappen', welke bedoeld is als richtlijn voor onderzoek met menselijke deelnemers dat niet onder de WMO valt. Het onderzoek is onder andere getoetst op respect voor deelnemers en hun belangen, rechtvaardigheid, wetenschappelijke validiteit, relevantie en privacy [27]. Ethische goedkeuring is verkregen.

Middels een informed consent formulier is voor het interview toestemming gevraagd aan de respondenten, zie bijlage 6. Dit formulier is gebaseerd op informatie verstrekt door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd over toestemmingsprocedures [28]. Tevens ontvingen respondenten voor aanvang van het interview een informatiebrief over het onderzoek. Het format van deze brief is verstrekt door de Universiteit Twente en de ingevulde brief is bijgevoegd in bijlage 7 [29]. Om de privacy van de deelnemers te waarborgen, zijn de gegevens anoniem verwerkt.

Resultaten

Werkwijze voor het registreren van complicaties

De vakgroep registreert complicaties digitaal in HiX¹. Uitsluitend complicaties van operatieve ingrepen worden geregistreerd omdat het registreren van complicaties op de poli als onwerkbaar wordt ervaren: het aantal patiënten is te omvangrijk, de complicaties zijn te gevarieerd en wezenlijke en serieuze complicaties treden frequenter op bij operatieve ingrepen.

Het stramien voor het registreren is als volgt: zes weken na een operatie krijgt de operateur via HiX een melding van een nieuwe taak in zijn/haar werklijst. Deze taak betreft een patiënt die zes weken geleden een ingreep heeft ondergaan. De operateur kijkt hierbij retrospectief en stelt vast of bij de patiënt een complicatie is opgetreden. Elke patiënt die geopereerd is, komt dus automatisch in de werklijst van de operateur, waardoor geen patiënt gemist wordt. Hierdoor omschreven de respondenten het complicatieregistratiesysteem als waterdicht. Echter, tijdens de observatie van de complicatiebespreking is geconstateerd dat van veel patiënten geen registratie was verricht.

Tijdens de complicatiebespreking kwam al pratende een aantal aannemelijke oorzaken van het ontbreken van registraties naar voren:

- Spoedingrepen vallen niet onder de reguliere OK-planning en staan onder 'KNO-arts' waardoor deze ingrepen niet gekoppeld zijn aan de werklijst van de desbetreffende operateur. Hierdoor ontvangt de operateur na zes weken geen melding om een complicatie te registreren en blijven de patiënten van een spoedingreep zonder registratie.
- De taak om te registreren verdwijnt na verloop van tijd automatisch uit de werklijst. Geen van de aanwezigen wist het exacte moment van verdwijnen.
- Wanneer een arts of AIOS de vakgroep verlaat, wordt van de uitgevoerde ingrepen die plaatsvonden in de achterliggende zes weken geen registratie uitgevoerd. De operateur krijgt namelijk de melding om te registreren, terwijl hij/zij niet meer werkzaam is binnen de vakgroep.

Het registreren van complicaties bestaat uit twee onderdelen. Allereerst stelt de operateur vast of er een complicatie is opgetreden. Wanneer geen complicatie wordt vastgesteld, wordt dit ingevuld en is de registratie voltooid. Wanneer er sprake is van een complicatie, wordt deze geregistreerd volgens een voorgeschreven format welke bestaat uit een serie vragen die de operateur dient in te vullen.

Uit de interviews is gebleken dat iedere operateur verantwoordelijk is voor de registraties van zijn/haar eigen patiënten. Echter is opgemerkt dat complicaties ook geregistreerd worden door de arts die de complicatie meemaakt of herstelt. Een respondent vertelde hierover: "Dat is het irritante aan HiX, je kan niet zien of er al een registratie is gedaan en dan kan het soms zijn dat hij er dubbel in staat."

Zoals eerder vermeld, ontvangt de operateur na zes weken een melding om te registreren. Er is gekozen voor een periode van zes weken omdat complicaties normaliter binnen zes weken na een operatie optreden. Binnen de vakgroep bestaat geen algehele overeenstemming over het tijdsbestek waarbinnen een complicatie vervolgens geregistreerd moet worden. Eén respondent gaf aan dat de vakgroep de afspraak heeft om aan het eind van elke dag de taken in de werklijst te verwerken. Een andere respondent uitte dat dit binnen drie dagen moet gebeuren. Drie andere respondenten waren niet op de hoogte van afspraken hierover.

Werkwijze voor het bespreken van complicaties

Vier respondenten gaven tijdens de interviews aan dat complicatiebesprekingen twee keer per jaar gehouden worden. De overige twee respondenten stelden dat dit een streven is dat niet altijd wordt gerealiseerd. Dit is bevestigd door verslagen van voorafgaande besprekingen: de laatste

1. HiX staat voor Healthcare Information eXchange en is een elektronisch patiëntendossier.

complicatiebespreking was 23 mei 2022, de voorlaatste werd gehouden op 4 september 2020. De bespreking van 23 mei is tevens gepland naar aanleiding van dit onderzoek. Naast complicatiebesprekingen heeft de vakgroep wekelijks een patiëntenbespreking, hierin worden de complicaties van de afgelopen week kort besproken.

Bij de bespreking van 23 mei waren KNO-artsen, de AIOS en coassistenten aanwezig. Het aantal complicaties dat besproken wordt, is afhankelijk van de frequentie van de besprekingen. Uit de interviews kwam naar voren dat ongeveer tien complicaties diepgaand worden besproken, de overige complicaties worden kort behandeld. Hierbij wordt onderscheid gemaakt in ernst van de complicatie. Een respondent vertelde: “Stel dat er bijvoorbeeld tien nabloedingen zijn zonder verdere bijzonderheden, dan wordt dat in één adem genoemd.” Tijdens de bespreking van 23 mei 2022 werd de periode van 1 september 2020 tot en met 1 augustus 2021 beschouwd. Door de relatief lange periode moesten er tijdens deze bespreking meer complicaties worden besproken.

De voorbereiding van een bespreking wordt gedaan door de AIOS, artsen hebben in principe geen voorbereiding. De reden hiervoor is dat dit wordt gezien als leerzaam onderdeel van de opleiding. Een respondent vertelde hierbij: “Het is goed dat een extern iemand ons helpt om kritisch naar onszelf te kijken, dus niet de slager die zijn eigen vlees keurt.” De AIOS verzamelt vooraf een lijst met alle ingrepen en complicaties die zijn opgetreden, clustert deze, interpreteert het, probeert trends te ontdekken, trekt voorlopige conclusies en maakt de presentatie. De AIOS leidt namelijk ook de bespreking en bepaalt hiermee welke complicaties diepgaand dan wel kort worden besproken.

De AIOS presenteert de complicaties middels vier categorieën: keel, neus, oor en hals. De desbetreffende operateur licht waar nodig de complicatie verder toe. Complexe en ernstige complicaties worden besproken als casus waarbij wordt gekeken naar de gehele situatie: het verloop vooraf, de ingreep en de herstelperiode. Vervolgens wordt stilgestaan of de complicatie voorkomen had kunnen worden en hoe de vakgroep ervan kan leren. Tenslotte presenteert de AIOS voorlopige conclusies, waarover gediscussieerd wordt. Een definitieve conclusie en een eventueel verbeterplan worden gezamenlijk geformuleerd.

Bovenstaande resultaten wijken af van de ‘Procedurebeschrijving complicatiebespreking NVKNO’, zie bijlage 2. Hierin wordt een stappenplan beschreven dat voor de complicatiebespreking gevolgd dient te worden. In stap twee staat: ‘Laat elke complicatie presenteren door de hoofdbehandelaar/operateur’. Tevens staat in dit document: ‘Vul per patiënt/complicatie gezamenlijk het evaluatieformulier in.’ Tijdens de bespreking van 23 mei 2022 is dit niet gebeurd en is besloten dat iedereen operateur dit doet voor zijn/haar eigen patiënten. De vakgroep volgt deze richtlijn dus niet op.

Uitkomsten en effecten van registreren en bespreken

Tijdens de interviews zijn meerdere uitkomsten benoemd, bijvoorbeeld:

- Aanpassen van het perioperatief protocol.
- Bijbestellen van een instrument voor in de operatiekamer.
- Wijzigen van afspraken of persoonlijk handelen.
- Concluderen dat onderzoek gedaan moet worden.

Echter, er zijn niet altijd concrete uitkomsten. De respondenten gaven aan dat er zelden veranderingen plaatsvinden. Voor het doorvoeren van eventuele veranderingen zijn verschillende zorgverleners verantwoordelijk, tijdens de bespreking wordt duidelijk gemaakt wie de actie gaat uitvoeren.

Naast concrete uitkomsten heeft het analyseren van complicaties ook bijkomende effecten. Uit de interviews kwam naar voren dat het bespreken van complicaties ertoe kan leiden dat het aantal complicaties vermindert. Bovendien benoemde een respondent dat het gezamenlijk bespreken van

complicaties een positief effect heeft op de open cultuur binnen de vakgroep, dat het bewustzijn creëert en de vakgroep scherp houdt. Tevens maakt het benchmarken mogelijk wat inzicht geeft in het functioneren van de vakgroep. De vakgroep vergelijkt het percentage complicaties namelijk met het landelijk gemiddelde. Tot slot zijn de respondenten van mening dat van complicaties, met name door de besprekingen, geleerd wordt. Echter, de vakgroep benadrukte dat niet van elke complicatie of situatie te leren valt, mede omdat complicaties inherent kunnen zijn aan behandelingen.

Vier respondenten benoemden een concreet voorbeeld van het leren en reduceren van complicaties: Een aantal jaren geleden steeg het aantal nabloedingen van één à twee procent naar tien procent. De vakgroep heeft destijds de oorzaak hiervan onderzocht en toen bleek dat de anesthesie in die periode was begonnen met het toedienen van inbuprofen aan patiënten voorafgaand aan de operatie, wat invloed bleek te hebben op de bloedstolling. Vervolgens is dit beleid aangepast waarbij de medicatie een uur na de operatie werd gegeven. Het aantal nabloedingen daalde wederom naar één tot twee procent.

Door de vakgroep gesignaleerde verbeterpunten

De respondenten benoemden tijdens de interviews de volgende verbeterpunten voor hun huidige werkwijze:

- Het toevoegen van poliklinische ingrepen aan de complicatieregistratie. Op deze wijze wordt een completer beeld verkregen van de prestaties van de vakgroep.
- Het kort bespreken van alle complicaties tijdens de bespreking omdat de AIOS bepaalt wat wel en niet besproken wordt terwijl hij/zij nog in opleiding is.
- Het ontwikkelen van een eenduidig format om de besprekingen te structureren. Dit verbeterpunt is reeds doorgevoerd.
- Het agenderen van opgestelde verbeterplannen voor de volgende bespreking zodat deze worden uitgevoerd en de effectiviteit beoordeeld kan worden.
- Het eens in de vijf jaar retrospectief kijken naar het percentage complicaties en dit vergelijken met het landelijke percentage. Door halfjaarlijks te kijken, zijn de cijfers vaak exemplarisch voor die periode. Met name bij zeldzame complicaties is het zinvol om een langere periode te beoordelen waardoor op basis van een grotere 'number to treat' een betrouwbaarder resultaat wordt verkregen.

Invloed van de potentiële factoren op de huidige werkwijze

Mate van inzicht in de definitie van een complicatie

Tijdens de interviews is de definitie van een complicatie uitgevraagd. Om het inzicht te meten, is de definitie die de Orde voor Medisch Specialisten hanteert in drie delen opgesplitst:

- Een onbedoelde en ongewenste gebeurtenis of toestand tijdens of volgend op medisch specialistisch handelen;
- die voor de gezondheid van de patiënt zodanig nadelig is dat aanpassing van het medisch (be)handelen noodzakelijk is;
- dan wel dat er sprake is van onherstelbare schade.

Geen van de respondenten heeft de volledige definitie benoemd. Vier van de zes respondenten heeft uitsluitend het eerste deel benoemd. De overige twee respondenten benoemden twee van de drie delen. Eén van de respondenten benoemde hierbij: "We hebben een papiertje op de artsenkamer hangen om weer even op te frissen van wat is nou wel complicatie en wat niet".

Tijdsduur registreren en bespreken

Uit de interviews is gebleken dat het registreren van een complicatie gemiddeld één tot twee minuten duurt. Dit wordt ervaren als een kleine moeite en geen van de respondenten heeft aangegeven dit belastend te vinden. De tijdsduur voor het bespreken van complicaties bestaat uit de voorbereiding en

de bespreking zelf. Zoals eerder vermeld hoeven artsen zich in principe niet voor te bereiden. De voorbereiding van de AIOS kost drie tot vier avonden, één à twee uur tijd, wat niet als belastend wordt ervaren. Op de vraag hoelang een complicatiebespreking gemiddeld duurt, varieerden de antwoorden van een half uur tot anderhalf uur. Hierbij werd aangegeven dat de bespreking zo lang duurt als nodig. Een verklaring voor de variërende tijdsduur is dat dit inherent is aan het aantal complicaties dat is opgetreden en de frequentie van de besprekingen. De tijdsduur van de besprekingen wordt als ruim voldoende ervaren en geen van de respondenten heeft aangegeven de tijdsduur een belemmering te vinden.

Ervaren nut en noodzaak

De respondenten gaven aan het registreren en bespreken van complicaties belangrijk te vinden. Er werd bijvoorbeeld verteld dat dit hen scherp houdt en dat op deze manier van complicaties geleerd wordt. De gemiddelde cijfers op de vier factoren zijn uitgerekend en weergegeven in tabel 1. Er zijn geen cijfers lager dan 8 gegeven.

Factor	Gemiddelde cijfer
Nut registreren	9.5
Nut bespreken	8.6
Noodzaak registreren	9.5
Noodzaak bespreken	10

Tabel 1; Gemiddelde scores ervaren nut en noodzaak van het registreren en bespreken van complicaties.

Zoals uit tabel 1 blijkt, wordt het registreren van complicaties als nuttiger ervaren dan het bespreken. De vakgroep geeft aan dat het niet nuttig is om elke complicatie te bespreken. Een citaat dat dit bevestigt: "Eén van de bekende complicaties binnen de KNO is een nabloeding na het weghalen van de keelamandelen. Dat is een complicatie die redelijk vaak voorkomt en waar eigenlijk niks van te leren valt want je kunt daar niet veel aan veranderen, dat is inherent aan de ingreep."

Op gebied van noodzaak scoort het bespreken echter hoger dan het registreren. Er werd aangegeven dat het registreren van complicaties geen zin heeft als er vervolgens niks mee wordt gedaan. Een respondent gaf aan dat zonder besprekingen, er alleen geregistreerd wordt voor het 'vinkje' en dat pas geleerd kan worden van een complicatie als deze besproken wordt. Een tweede verklaring is dan ook dat complicatiebesprekingen tot meer inzicht leiden, dan wanneer er uitsluitend geregistreerd wordt. Eén van de respondenten gaf aan dat het bespreken cruciaal is om zowel het eigen handelen als het handelen van de gehele vakgroep kritisch te beoordelen, ook in vergelijking met KNO-vakgroepen van andere ziekenhuizen. Het bespreken wordt gezien als onmisbaar voor het bewaken van de kwaliteit van zorg.

Cultuur

De respondenten omschreven de cultuur binnen de vakgroep als open en volledig veilig. Er is aangegeven dat er sprake is van een fijn werkklimaat en dat het belangrijk is om complicaties met elkaar te kunnen bespreken. Op de schaalvraag in hoeverre de respondent zich veilig voelt om complicaties te registreren en bespreekbaar te maken, zijn geen scores lager dan 9 gegeven.

Richtlijnen

Uit de interviews kwam naar voren dat respondenten op de hoogte zijn van de richtlijnen met betrekking tot het registreren van complicaties. De respondenten gaven aan dat het format voor het registreren verstrekt is door de NVKNO. Dit format wordt door de vakgroep als richtlijn en protocol gezien. Tevens werd benoemd dat de NVKNO van de vakgroep eist dat ze een waterdicht complicatieregistratiesysteem hebben.

De richtlijnen voor het bespreken van complicaties zijn voor de vakgroep minder inzichtelijk. Twee respondenten gaven aan niet op de hoogte te zijn van eventuele richtlijnen of protocollen. Twee andere respondenten vertelden dat één van de KNO-artsen in de visitatiecommissie zit, dus dat ervan uit wordt gegaan dat de vakgroep complicaties correct bespreekt.

Uit de verslagen en presentaties van voorafgaande complicatiebesprekingen is opgemerkt dat de besprekingen geen vaste vorm kennen. Naar aanleiding van dit onderzoek is een protocol gemaakt voor het voorbereiden en vormgeven van complicatiebesprekingen, zie bijlage 8. Dit protocol is 23 mei 2022 toegepast en zal worden gebruikt bij toekomstige besprekingen, zodat deze uniform worden uitgevoerd.

Conclusie

Op basis van het lek in het complicatieregistratie, waar niemand van op de hoogte was, wordt geconcludeerd dat de vakgroep onvoldoende toezicht houdt of van alle patiënten een registratie is verricht. Het lek in combinatie met de onwetendheid over het moment dat taken uit de werklíjst verdwijnen, toont aan dat het complicatieregistratiesysteem onvoldoende doorgrond en beheerst wordt.

Het feit dat complicaties incidenteel dubbel geregistreerd worden, openbaart dat binnen de vakgroep geen heldere afspraken bestaan over wie verantwoordelijk is voor het registreren van complicaties. Tevens zijn er geen duidelijke afspraken over het tijdsbestek waarbinnen een complicatie geregistreerd dient te worden.

Zoals vermeld in de resultaten volgt de vakgroep het kwaliteitsvisitatiemodel niet op. Bovendien is uit de interviews gebleken dat niet alle respondenten op de hoogte zijn van dit model. Concluderend dat de vakgroep hier onvoldoende inzicht in heeft. Tevens is zelfevaluatie een belangrijke pijler van het kwaliteitsvisitatiemodel. Er wordt in twijfel getrokken in hoeverre gesproken kan worden van zelfevaluatie als een ander de complicaties interpreteert, trends probeert te ontdekken, conclusies trekt en bepaalt wat in de diepte besproken wordt.

De verbeterpunten die de respondenten hebben gesignaleerd in combinatie met het feit dat naar aanleiding van dit onderzoek een complicatiebespreking werd ingepland en een eenduidig format is gemaakt voor de besprekingen, bevestigt dat de vakgroep niet geheel tevreden was over hun huidige werkwijze en dat men inzag dat deze verbeterd kon worden. Bovendien laat dit de welwillendheid van de vakgroep zien dat men daadwerkelijk de werkwijze wil verbeteren.

De factoren: tijdsduur, cultuur en ervaren nut en noodzaak hebben geen negatieve invloed op de werkwijze voor het registreren en bespreken van complicaties. Er is gebleken dat respondenten niet de officiële definitie van een complicatie kunnen opnoemen. Daarom is het goed dat zij de definitie op de artsenkamer hebben hangen. Hierom wordt geconcludeerd dat deze factor de werkwijze niet negatief beïnvloed. De mate van inzicht in richtlijnen heeft echter wel een negatieve invloed op de werkwijze.

Aanbevelingen

Allereerst wordt geadviseerd om de gesignaleerde verbeterpunten door te voeren. Echter wordt aanbevolen om te discussiëren over het al dan niet toevoegen van poliklinische ingrepen aan de complicatieregistratie. De extra tijdsduur moet in verhouding staan tot de waarde die het oplevert.

Het advies is om voor de volgende activiteiten een arts verantwoordelijk te stellen om te borgen dat deze worden uitgevoerd:

- Onderzoeken wanneer een taak uit de werklíjst verdwijnt, zodat helder is binnen welk tijdsbestek een complicatie geregistreerd moet worden.
- Onderzoeken of de aanname juist is dat in HiX niet achterhaald kan worden of een complicatie reeds is geregistreerd. Dit wordt geadviseerd omdat is aangetoond dat het systeem onvoldoende doorgrond wordt.
- Onderzoeken en inzichtelijk maken van alle oorzaken van het lek in de complicatieregistratie. Wanneer deze bekend zijn, wordt geadviseerd hier een vergadering aan te wijden, oplossingen te bedenken en deze te implementeren om tot een waterdicht complicatieregistratiesysteem te komen.
- Monitoren van de registraties, hierop toezien en collega's aanspreken wanneer complicaties niet geregistreerd worden.

- Inplannen van twee complicatiebesprekingen aan het begin van elk jaar zodat de vakgroep daadwerkelijk halfjaarlijks een bespreking houdt.

Na voltooiing van bovenstaande activiteiten, wordt aanbevolen om concrete afspraken te maken over:

- Door wie en wanneer complicaties geregistreerd worden.
- Het tijdsbestek waarbinnen een complicatie geregistreerd dient te worden.

Tot slot wordt geadviseerd om de 'Procedurebeschrijving complicatiebespreking NVKNO' actief te bespreken zodat deze beheerst en geborgd kan worden. Onderdeel van deze borging is het waar nodig aanpassen van de bestaande werkwijze. Door dit gezamenlijk aan te pakken, kan een positieve houding gecreëerd worden ten opzichte van de veranderingen. Hierbij is het van toegevoegde waarde om een eindverantwoordelijke aan te wijzen die periodieke evaluatie over de naleving en verankering van de nieuwe werkwijze agendeert.

Discussie

Sterke punten

De interne validiteit is gewaarborgd doordat alle interviews op uniforme wijze en door dezelfde persoon zijn afgenomen en geanalyseerd. De vragen zijn zoveel mogelijk in dezelfde volgorde gesteld en in elk interview zijn alle belangrijke onderwerpen aan bod gekomen aangezien een interviewschema is gevolgd.

In een onderzoek van Guest et al. is aangetoond dat binnen twaalf interviews grotendeels datasaturatie plaatsvindt [30]. Zes interviews zijn echter voldoende om overkoepelende thema's vast te stellen en data zinvol te interpreteren. Voor variabiliteit in data geldt grotendeels hetzelfde. Hierdoor is de externe validiteit gewaarborgd [30].

Naast het afnemen van interviews zijn registraties ingezien en is een complicatiebespreking bijgewoond. Hierdoor werd het mogelijk om uitkomsten te toetsen aan de praktijk en hiermee aan de werkelijkheid. Dit heeft geleid tot een verhoging van de betrouwbaarheid van dit onderzoek.

Beperkingen

Verwachtingen of meningen van de interviewer kunnen de objectiviteit verstoren. Dit fenomeen heet interviewer bias en kan de interne validiteit verlagen [31]. Middels doorvragen heeft de interviewer geprobeerd de respondent goed te begrijpen voordat een oordeel tot stand kwam. Dit laat onverlet dat er sprake kan zijn van subjectiviteit door spontaan een gesloten vragen te stellen.

Semigestructureerde interviews hebben als nadeel dat het vergelijken van data onderling lastiger is wat de betrouwbaarheid kan verlagen [31]. Tevens was geen van de respondenten op de hoogte van het lek in de complicatieregistratie en gaven vier respondenten aan dat complicatiebesprekingen twee keer per jaar gehouden worden, terwijl is aangetoond dat dit in de praktijk niet zo is. Hieruit wordt geconcludeerd dat de beleving van respondenten afwijkt van de feitelijke situatie, waardoor data uit de interviews niet altijd betrouwbaar is.

De onderzoeker heeft ervaren dat de houding en het humeur van de respondent tijdens het interview effect had op de mate van diepgang. Met een respondent die erg geïnteresseerd was in het onderzoek, kon gemakkelijker de diepte in worden gegaan. Er werd ervaren dat dit onderzoek niet bij elke respondent leefde waardoor bij een aantal interviews minder diepgang behaald is. Dit is terug te vinden in de variërende tijdsduur van de interviews.

Theoretische implicaties

Er zijn meerdere studies gevonden over de toegevoegde waarde van het registreren en bespreken van complicaties. Deze studies tonen aan dat het registreren en bespreken van complicaties leidt tot lering, preventie en tot een verhoging van de kwaliteit en veiligheid van zorg [5–7]. Echter, er zijn geen studies gevonden waarbij de werkwijze omtrent complicaties van een vakgroep onderzocht is. Deze studie, in combinatie met de drie studies die uitgevoerd zijn binnen andere vakgroepen van het ziekenhuis, zet hiermee een stap in het dichten van de *'knowledge gap'* over de wijze waarop vakgroepen complicaties registreren en bespreken.

Vervolg onderzoek

Er wordt geconcludeerd dat vier onderzoeken onvoldoende inzicht geven in de toepasbaarheid van een uniforme werkwijze. Hier wordt verder op in gegaan in een gezamenlijk adviesdocument. De toepasbaarheid vraagt nader onderzoek waarbij het van belang is de richtlijnen van verschillende

wetenschappelijke verenigingen inzichtelijk te maken. Hierbij lijkt het zinvol om vakgroepen te clusteren op snijdend en niet snijdend en multi- en monodisciplinair.

Tevens is het noodzakelijk om dit onderzoek aansluitend binnen andere vakgroepen uit te voeren zodat de medische staf van het ziekenhuis een completer beeld krijgt van de verschillende werkwijzen. Tot slot, om te kunnen beoordelen of binnen vakgroepen sprake is van leereffect, wordt aanbevolen om vast te stellen wanneer gesproken kan worden van leren van complicaties.

Referenties

- [1] Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Hoe werkt ons toezicht z.d. <https://www.igj.nl/onderwerpen/hoe-werkt-ons-toezicht> (geraadpleegd 23 juni 2022).
- [2] Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Toezicht op ziekenhuizen | Ziekenhuizen en klinieken z.d. <https://www.igj.nl/zorgsectoren/ziekenhuizen-en-klinieken/toezicht-op-ziekenhuizen> (geraadpleegd 23 juni 2022).
- [3] Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Brochure “Calamiteiten melden aan IGJ”. 2020.
- [4] Wildschut HIJ, Smit BJ, van Dijk GM, de Jong A. Professionele verantwoordelijkheid – omgang met klachten, incidenten, complicaties en calamiteiten. Integr. Geboor., Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2018, p. 245–81. https://doi.org/10.1007/978-90-368-2202-2_8.
- [5] Federatie Medisch Specialisten. Openheid over onverwachte uitkomsten z.d. <https://demedischspecialist.nl/onderwerp/openheid-onverwachte-uitkomsten> (geraadpleegd 1 maart 2022).
- [6] Nederlandse Vereniging voor Radiologie. Leidraad Complicatieregistratie NVvR 2015.
- [7] Beleidsdocument Complicatieregistratie. Consulatiedocument. Utrecht. 2010.
- [8] Ziekenhuis X. KNO - Heelkunde z.d. [url webiste ziekenhuis X] (geraadpleegd 17 maart 2022).
- [9] Rijksoverheid. Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) | Kwaliteit van de zorg z.d. <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/wet-kwaliteit-klachten-en-geschillen-zorg> (geraadpleegd 27 maart 2022).
- [10] Orde van Medisch Specialisten. Kwaliteitskader van Medisch Specialisten | Richtlijnen voor medisch specialisten en raden van bestuur 2010.
- [11] Orde van Medisch Specialisten. Optimaal functioneren van medisch specialisten. Visiedocument van de Orde van Medisch Specialisten en Wetenschappelijke verenigingen. Utrecht: 2013.
- [12] Dutch Surgical Colorectal Audit. Jaarrapportage 2010: Uitkomst van zorg registratie: transparantie, uitkomst van zorg en kwaliteit. Utrecht: 2010.
- [13] Dutch Institute For Clinical Auditing. Jaarrapportage 2015: Make care count. Quality, it’s about you. 2015.
- [14] Nederlandse Vereniging voor, Keel-Neus-Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied. Amandelen volwassenen | Patiënten-informatie z.d. <https://www.kno.nl/patienten-informatie/keel/amandelen-volwassenen/> (geraadpleegd 17 maart 2022).
- [15] Nederlandse Vereniging voor, Keel-Neus-Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied. Amandelen kinderen | Patiënten-informatie z.d. <https://www.kno.nl/patienten-informatie/keel/amandelen-kinderen/#complicaties> (geraadpleegd 17 maart 2022).
- [16] Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied. Operaties aan de neus | Patiënten-informatie z.d. <https://www.kno.nl/patienten-informatie/neus/operaties-aan-de-neus/#complicaties> (geraadpleegd 17 maart 2022).
- [17] Nederlandse Vereniging voor, Keel-Neus-Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied. Empty nose syndrome | Patiënten-informatie z.d. <https://www.kno.nl/patienten-informatie/neus/empty-nose-syndrome/> (geraadpleegd 17 maart 2022).

- [18] Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied. Ooroperatie | Patiënten-informatie z.d. <https://www.kno.nl/patienten-informatie/oor/ooroperatie/> (geraadpleegd 17 maart 2022).
- [19] Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied. Cochleair implantaat | Patiënten-informatie z.d. <https://www.kno.nl/patienten-informatie/oor/cochleair-implantaat/> (geraadpleegd 17 maart 2022).
- [20] Nederlandse Vereniging voor, Keel-Neus-Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied. Cholesteatoom | Patiënten-informatie z.d. <https://www.kno.nl/patienten-informatie/oor/cholesteatoom/> (geraadpleegd 17 maart 2022).
- [21] Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied. Trommelvliesbuisjes | Patiënten-informatie z.d. <https://www.kno.nl/patienten-informatie/oor/trommelvliesbuisjes/> (geraadpleegd 17 maart 2022).
- [22] Rijksoverheid | Kenniscentrum voor beleid en regelgeving. Visitatie z.d. <https://www.kcbr.nl/beleid-en-regelgeving-ontwikkelen/integraal-afwegingskader-voor-beleid-en-regelgeving/instrumenten/beleidsinstrumenten/communicatiegedrag/visitatie#Algemeen> (geraadpleegd 18 mei 2022).
- [23] Moser A, Korstjens I. Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. *Eur J Gen Pract* 2018;24:9–18. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375091>.
- [24] Kallio H, Pietilä A-M, Johnson M, Kangasniemi M. Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *J Adv Nurs* 2016;72:2954–65. <https://doi.org/10.1111/jan.13031>.
- [25] Galletta A. Mastering the Semi-Structured Interview and Beyond: From Research Design to Analysis and Publication. 2013. <https://doi.org/10.18574/9780814732953>.
- [26] Robert Wood Johnson Foundation (RWJF). Qualitative Research Guidelines Project | Semi-structured Interviews | Semi-structured Interviews 2008. <http://www.qualres.org/HomeSemi-3629.html> (geraadpleegd 15 maart 2022).
- [27] University of Twente faculty of behavioural management and social sciences. ETHICS COMMITTEE BMS / DOMAIN HUMANITIES & SOCIAL SCIENCES z.d. <https://www.utwente.nl/en/bms/research/ethics/> (geraadpleegd 25 maart 2022).
- [28] Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Toestemmingsprocedure (Informed Consent) | Regels voor klinisch onderzoek z.d. <https://www.igj.nl/zorgsectoren/geneesmiddelen/klinisch-onderzoek-gcp/regels-voor-klinisch-onderzoek/aandachtspunten-elk-wmo-plichtig-onderzoek/toestemmingsprocedure> (geraadpleegd 17 maart 2022).
- [29] University of Twente faculty of behavioural management and social sciences. INFORMED RESEARCH PARTICIPATION PROCEDURE z.d. <https://www.utwente.nl/en/bms/research/ethics/informed-consent-procedure/> (geraadpleegd 31 maart 2022).
- [30] Guest G, Bunce A, Johnson L. How Many Interviews Are Enough? *Field methods* 2006;18:59–82. <https://doi.org/10.1177/1525822X05279903>.
- [31] Lawrence Neuman W. *Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches*. Seventh Ed, Edinburgh: Pearson Education Limited; 2014, p. 350–66.

- [32] Wildschut HIJ, Smit BJ, van Dijk GM, de Jong A. Professionele verantwoordelijkheid -- omgang met klachten, incidenten, complicaties en calamiteiten. In: Wildschut H, Boesveld I, redacteuren. Integr. Geboor. Samen bevalt goed, Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2018, p. 245–81. https://doi.org/10.1007/978-90-368-2202-2_8.

Bijlagen

Bijlage 1: Voor gestructureerd complicatieregistratieformulier.

Complicatiebespreking d.d.:		
Identificatie patiënt:		
Naam patiënt:	<i>Sticker of ponsplaatje</i>	
Patiëntnummer:		
Geb.datum:		
Aard ingreep:	Datum:	Beh. Arts/operateur:
Complicatie:	Datum complicatie:	
Ernst complicatie: Code =	0 = geen gezondheidsnadeel, geen echte complicatie 1 = tijdelijk nadeel, herstel zonder (her)operatie 2 = herstel na (re)operatie 3 = (waarschijnlijk) blijvende schade/invaliditeit 4 = dood 9 = onbeoordeelbaar vanwege vroegtijdig overlijden	
Verslag:		
Conclusie:		
Retrospectief oordeel:		
De complicatie is voornamelijk het gevolg van:	Code =	1 = primaire ziekte 2 = co-morbiditeit 3 = chirurgische interventie 4 = overige behandeling
Wist de patiënt van het risico:	Ja / nee	
De complicatie had:	Niet voorkomen kunnen worden	

	Voorkomen kunnen worden door:	Code =	1 = Indicatiestelling 2 = voorzorg 3 = uitvoering 4 = nazorg 5 = management
Prospectief oordeel:			
Vermijdbaarheid van complicatie:	Code =	1 = ja er valt een les te leren uit deze complicatie 2 = nee, complicatie valt niet te voorkomen 3 = niet te beoordelen	
Leermoment:			
Actiepunten:			

Datum terugkoppeling:

Evaluatie van complicaties – Het instrument

Beschrijving van de procedure

Evaluatie van de complicatiebespreking in vogelvlucht:

1. Vraag de dossiers (inclusief röntgenfoto's) op van alle patiënten waarbij een complicatie is opgetreden gedurende de 7 maanden voorafgaand aan de kwaliteitsvisitatie.
2. Beleg een vakgroep-vergadering waarbij elke complicatie besproken wordt aan de hand van het bijgevoegde complicatieformulier. Vul plenair/gezamenlijk het formulier in.
3. Bespreek de bevindingen in de vakgroep en formuleer algemene conclusies en verbeteracties.
3. Maak een plan van aanpak voor het uitvoeren van de verbeteracties.
4. Voeg een overzicht van de complicaties toe aan de visitatiedocumenten.

Volg voor de bespreking van de complicatieregistratie de volgende procedure:

Stap 1

Zoek in uw eigen systeem alle complicaties op die zich voordeden vanaf 7 maanden voor de visitatiedatum. Zoek vervolgens de daarbij behorende patiëntendossiers, inclusief eventuele röntgenfoto's. Maak van het bijgevoegde evaluatieformulier net zoveel kopieën als er complicaties te bespreken zijn.

Stap 2

Plan een vergadering met de voltallige vakgroep en eventuele arts-assistenten. Laat elke complicatie presenteren door de hoofdbehandelaar/operateur. Vul per patiënt/complicatie gezamenlijk het evaluatieformulier in. Alle vragen dienen voor elke complicatie te worden beantwoord.

Stap 3

Zie of er aan het einde van de bespreking, in aanvulling op de individueel besproken gevallen, algemene – casus overstijgende - conclusies kunnen worden getrokken. Formuleer vervolgens vervolg-/verbeteracties.

Stap 4

Bedenk hoe u de door uw vakgroep geformuleerde verbeteracties gaat uitvoeren. Maak een realistisch plan van aanpak waar u allen achter kunt staan. Voeg dit document toe aan de visitatiebestanden.

Bijlage 3: Interviewschema.

Introductie

Mijn naam is Bente Rodenburg. Ik ben derdejaars student gezondheidswetenschappen aan de Universiteit Twente en ik doe onderzoek vanuit de afdeling Kwaliteit en Veiligheid van Ziekenhuis X. Het doel van mijn onderzoek is om de huidige werkwijze omtrent complicaties van de vakgroep KNO in kaart te brengen. Hierbij gaat het om de werkwijze voor het registreren en bespreken van complicaties en daarnaast ben ik benieuwd waarom het op deze manier gebeurt en welke richtlijnen van toepassing zijn op de werkwijze binnen deze afdeling.

Allereerst wil ik u bedanken dat u wilt meewerken aan mijn onderzoek. Om de deelname officieel vast te leggen, zou ik u willen vragen om een formulier te ondertekenen. In dit formulier staat onder andere dat u toestemming geeft voor het gebruiken van uw antwoorden, maar dat ik deze vertrouwelijk zal verwerken. Dat betekent dat ik alle gegevens over uw naam en die van andere personen weglaat in de uitwerking van de resultaten. Ik zou daarnaast het interview graag willen opnemen zodat ik het later kan terugluisteren. Zou u het formulier willen doorlezen en ondertekenen?

Goed, dan zet ik nu de opname aan. Zoals gezegd is het doel van mijn onderzoek om de huidige werkwijze omtrent complicaties van de vakgroep KNO in kaart te brengen. Het interview bestaat uit vier categorieën, namelijk complicaties, complicatieregistratie, complicatiebesprekingen en de evaluatie hiervan. Het interview zal voornamelijk uit open vragen bestaan en zal ongeveer een half uur duren. Als u vermoeid raakt, geen tijd of geen zin meer heeft, kunt u op elk moment stoppen met het interview. Ik zou graag willen dat u veel vertelt, en als ik wat vergeet tijdens het herhalen van uw antwoorden, mag u mij rustig aanvullen of uit uzelf dingen vertellen. Wanneer u vragen heeft voor, tijdens of na het interview, dan mag u deze altijd stellen. Is alles duidelijk voor u of heeft u op dit moment nog vragen aan mij?

Topiclijst

- Complicaties
 - o Frequentie
 - o Patiëntbetrokkenheid
- Complicatieregistratie
 - o Uitvoering
 - o Rolverdeling
 - o Richtlijnen / protocollen
 - o Mening
 - o Potentiële factoren
- Complicatiebesprekingen
 - o Frequentie
 - o Voorbereiding
 - o Rolverdeling
 - o Vormgeving
 - o Richtlijnen / protocollen
 - o Mening
 - o Potentiële factoren
- Evaluatie
 - o Uitkomsten complicatiebespreking
 - o Patiëntbetrokkenheid
 - o Mening

Openingsvraag: Wat is volgens u een complicatie?

Topic	Subtopic	Vragen
Complicaties	<ul style="list-style-type: none"> - Frequentie - Patiëntbetrokkenheid 	<ul style="list-style-type: none"> - Hoe vaak komen complicaties binnen jullie vakgroep voor? - Weet u hoe zich dit verhoudt tot andere afdelingen/vakgroepen? - In hoeverre wordt de patiënt vooraf op de hoogte gesteld van de mogelijke risico's op complicaties van een behandeling? --> zo ja, op welke wijze wordt dit vormgegeven
Complicatie Registraties	<ul style="list-style-type: none"> - Uitvoering - Rolverdeling - Richtlijnen/protocollen - Mening - Potentiële factoren 	<ul style="list-style-type: none"> - Op welke manier registreert u complicaties? - Welke overwegingen spelen een rol om complicaties op deze manier te registreren? - Wie registreren complicaties / wie is hier verantwoordelijk voor? - Wat is binnen het ziekenhuis het afgesproken termijn voor het registreren van de complicatie? - In hoeverre bent u op de hoogte van de protocollen die van toepassing zijn op het registreren van complicaties? → kunt u een aantal voorbeelden noemen? - In hoeverre is het registreren van complicaties in lijn met de protocollen? - Wat vindt u van deze manier van werken? → Wat zijn volgens u eventuele verbeteringen? - Wat vindt u van het registreren van complicaties? - Hoe nuttig vindt u het registreren van complicaties op een schaal van 1 tot 10 waarbij 1 het laagst is en 10 het hoogst? - In hoeverre vindt u het noodzakelijk dat complicaties geregistreerd worden op een schaal van 1 tot 10 waarbij 1 het laagste is en 10 het hoogst? - In hoeverre voelt u zich veilig om complicaties bespreekbaar te maken en te registreren op een schaal van 1 tot 10 waarbij 1 het laagste is en 10 het hoogst?
Complicatie besprekingen	<ul style="list-style-type: none"> - Frequentie - Voorbereiding - Rolverdeling - Vormgeving 	<ul style="list-style-type: none"> - Hoe vaak hebben jullie complicatiebesprekingen? - Welke informatie wordt voorafgaand aan een bespreking verzameld en door wie? → Hoeveel tijd kost het om u voor te bereiden op een complicatiebespreking gemiddeld in minuten - Hoe ziet een complicatiebespreking eruit? → hoelang duurt het bespreken van een complicatie gemiddeld in minuten? → Hoeveel complicaties bespreken jullie gemiddeld per bespreking? - Welke overwegingen spelen een rol om op deze manier complicaties te bespreken? - Wat vindt u van de tijdsduur van het voorbereiden → van de tijdsduur van de bespreking zelf?

	<ul style="list-style-type: none"> - Richtlijnen/protocollen - Vormgeving - Rolverdeling - Mening - Potentiële factoren 	<ul style="list-style-type: none"> - Hebben jullie een protocol dat jullie volgen tijdens deze besprekingen? → Waar komen deze protocollen vandaan? - Worden alle complicaties besproken, of wordt hier een onderverdeling in gemaakt? → bij onderverdeling: hoe wordt deze verdeling gemaakt / waar is deze verdeling op gebaseerd? - Wie zijn er betrokken bij de complicatie besprekingen? → Zijn het altijd dezelfde zorgverleners die aanwezig zijn? - Wat is de rolverdeling tijdens de besprekingen? - Is er een eindverantwoordelijke voor deze besprekingen en is dit altijd dezelfde persoon? - Hoe ervaart u deze besprekingen? - Hoe nuttig vindt u deze besprekingen op een schaal van 1 tot 10 waarbij 1 het laagst is en 10 het hoogst? - In hoeverre vindt u het noodzakelijk dat complicaties besproken worden op een schaal van 1 tot 10 waarbij 1 het laagste is en 10 het hoogst?
Evaluatie	<ul style="list-style-type: none"> - Uitkomsten complicatie bespreking - Patiëntbetrokkenheid - Mening 	<ul style="list-style-type: none"> - Wat wordt er gedaan met de uitkomsten van complicatie besprekingen en registraties? → Wie is hier verantwoordelijk voor? → Worden de uitkomsten binnen de gehele vakgroep gedeeld? Of alleen onder de aanwezigen? En buiten de vakgroep? → Worden de resultaten/evaluaties teruggekoppeld aan de patiënt? Zo ja, op welke manier - In hoeverre ervaart u effecten van de complicatiebesprekingen op een schaal van 1 tot 10 waarbij 1 het laagst is en 10 het hoogst? → Waar is dit effect merkbaar? (bijv. op de afdeling/alleen in de cijfers) - In hoeverre denkt u dat jullie afdeling leert van complicaties op een schaal van 1 tot 10, waarbij 1 het laagst is en 10 het hoogst?

Afsluitvraag: Dan zijn we aangekomen bij de laatste vraag van dit interview. Het interview ging voornamelijk over jullie werkwijze omtrent complicaties. Maar daarnaast ben ik ook benieuwd in hoeverre u denkt dat een uniforme werkwijze binnen het ziekenhuis toepasbaar en wenselijk is?

Afsluiting:

Heel erg bedankt voor dit interview. Ik heb veel gehoord over de huidige werkwijze binnen uw vakgroep omtrent complicaties en wat er met de uitkomsten gedaan wordt. Ik ga de resultaten van dit interview combineren met die van een aantal respondenten. Dit zal ik gebruik voor mijn eindverslag. Zou u het eindverslag van dit onderzoek willen ontvangen? (Zo ja vragen om contactgegevens) Hiermee zijn we aan het einde gekomen van het interview. Heeft u, voordat ik de opname uit zet, nog vragen over mijn onderzoek of aanvullingen? Nogmaals bedankt voor uw deelname.

Bijlage 4: Categorieën en codes

De categorieën en codes zijn op alfabetische volgorde genoteerd.

Categorieën	Definitie categorie	Codes
Bespreken van complicaties	Het gesprek binnen de vakgroep over complicaties die zijn opgetreden en de manier waarop dit wordt vormgegeven.	<ul style="list-style-type: none"> - Aantal complicaties besproken - Betrokken complicatiebesprekingen - Frequentie complicatiebespreking - Items bespreken - Manier van bespreken - Plannen van complicatiebesprekingen - Rolverdeling complicatiebespreking - Verantwoordelijk bespreken - Wekelijkse bespreking
Effecten registreren en bespreken	De gevolgen van het registreren en bespreken van complicaties.	<ul style="list-style-type: none"> - Cijfer merkbaarheid effecten - Ervaren effecten registreren en bespreken - Merkbaarheid effecten - Praktijk voorbeeld ervaren effect
Ervaren nut en noodzaak van het registreren en bespreken van complicaties	Mate waarin zorgverleners de voordelen en urgentie inzien van het registreren en bespreken van complicaties. Dit is één van de factoren waarvan de invloed op de huidige werkwijze is onderzocht.	<ul style="list-style-type: none"> - Cijfer ervaren noodzaak van bespreken van complicaties - Cijfer ervaren noodzaak van registreren van complicaties - Cijfer ervaren nut van bespreken van complicaties - Cijfer ervaren nut van registreren van complicaties - Ervaren noodzaak van bespreken van complicaties - Ervaren noodzaak van registreren van complicaties - Ervaren nut van bespreken van complicaties - Ervaren nut van registreren van complicaties - Samenhang registreren en bespreken
Evaluatie registreren en bespreken	Nabeschouwing en beoordeling van het registreren en bespreken.	<ul style="list-style-type: none"> - Cijfer mate van leren van complicaties - Mate van leren van complicaties - Uitkomsten complicatiebespreking - Verantwoordelijk verbeterplan - Vervolg complicatiebespreking - Visitatie
Frequentie optreden complicaties	Aantal keren dat een complicatie optreedt in een bepaalde periode.	<ul style="list-style-type: none"> - Aantal complicaties op jaarbasis - Aantal complicaties t.o.v andere KNO vakgroepen

		<ul style="list-style-type: none"> - Aantal complicaties t.o.v andere vakgroepen van het ziekenhuis - Frequentie optreden nabloeding
Mate van inzicht in de definitie van een complicatie	Mate waarin zorgverleners de definitie kennen van een complicatie. Dit is één van de factoren waarvan de invloed op de huidige werkwijze is onderzocht.	<ul style="list-style-type: none"> - Definitie complicatie
Mate van veilige cultuur	Mate waarin zorgverleners zich beschermd en de openheid voelen binnen de vakgroep om complicaties bespreek te maken. Dit is één van de factoren waarvan de invloed op de huidige werkwijze is onderzocht.	<ul style="list-style-type: none"> - Cijfer ervaren veiligheid om complicaties bespreekbaar te maken - Ervaren veiligheid om complicaties bespreekbaar te maken
Mening registreren en bespreken	Wat de respondenten vinden van het registreren en bespreken van complicaties.	<ul style="list-style-type: none"> - Mening bespreken van complicaties - Mening registreren van complicaties
Patiëntbetrokkenheid	Mate waarin patiënten betrokken worden op gebied van complicaties.	<ul style="list-style-type: none"> - Informed consent - Na optreden complicatie
Redenen huidige werkwijze	Argumenten en oorzaken voor de huidige manier van werken.	<ul style="list-style-type: none"> - Redenen registreren alleen operatieve ingrepen - Redenen registreren in HiX
Registreren van complicaties	Het vastleggen van complicaties in een register en de manier waarop dit wordt gedaan.	<ul style="list-style-type: none"> - Doel registreren - Registratie items - Rol assistenten registreren - Systeem complicatieregistratie - Tijdsbestek registreren - Verantwoordelijk registreren - Voorbeeld complicatieregistratie
Richtlijnen en protocollen	Aanwijzing voor hoe iets moet, (bindend) voorschrift, een stelsel van afspraken. Dit is één van de factoren waarvan de invloed op de huidige werkwijze is onderzocht.	<ul style="list-style-type: none"> - Mate waarin de vakgroep op de hoogte is van richtlijnen en protocollen - Richtlijnen en protocollen complicatiebespreking - Richtlijnen en protocollen complicatieregistratie
Tijdsduur	De hoeveelheid tijd dat iets duurt. Dit is één van de factoren waarvan de invloed op de huidige werkwijze is onderzocht.	<ul style="list-style-type: none"> - Mening tijdsduur bespreken - Mening tijdsduur registreren - Tijdsduur bespreken - Tijdsduur registreren
Uniforme werkwijze omtrent complicaties binnen het ziekenhuis	Een gelijke een éénvormige werkwijze omtrent complicaties binnen het ziekenhuis.	<ul style="list-style-type: none"> - Mening uniforme werkwijze - Oorzaak geen uniform systeem complicatieregistratie - Toepasbaarheid uniforme werkwijze

Verbeterpunten	Aspecten waar nog aan gewerkt moet worden zodat de kwaliteit verbeterd.	<ul style="list-style-type: none"> - Manieren om de leercurve te vergroten - Verbeterpunten bespreken van complicaties - Verbeterpunten registreren van complicaties
Vorbereiding complicatiebespreking	Acties die uitgevoerd worden om ervoor te zorgen dat de bespreking uitgevoerd kan worden.	<ul style="list-style-type: none"> - Vorbereiding complicatiebespreking artsen - Vorbereiding complicatiebespreking AIOS

Bijlage 5: Observatieschema.

Topics	Waarneming
Wie zijn er aanwezig	
Is iedereen aanwezig die aanwezig moet zijn (hoeveel mensen)	
Is er een duidelijke rolverdeling? Iemand die het leidt etc.?	
Wie draagt de complicatie aan, dus wie bespreekt hem?(behandelend arts of iemand anders)	
Wordt er gesproken van protocollen?	
Is er een vast schema dat gevolgd wordt?	
Is de complicatie al geregistreerd?	
Is er van tevoren ingelezen door iedereen in de bespreking?	
Is er van tevoren data verzameld?	
Wordt de complicatie aangepast?	
Wat wordt besproken? <ul style="list-style-type: none"> • Patiëntgegevens • Opgetreden complicaties • Hoe voorkomen kunnen worden • Hoe in volgende situatie 	
Neemt iedereen actief deel?	
Hoe gedetailleerd?	
Hoeveel complicaties worden er besproken?	
Worden alle complicaties besproken?	
Zijn dit de complicaties van de afgelopen maand? (tijd tussen besprekingen)	
Worden conclusies getrokken, wat komt er uit?	
Gaat het over het gevolg van de bespreking van de complicatie? Wat ermee gaat gebeuren?	

Bijlage 6: Informed consent formulier.

Toestemmingsformulier (informed consent)

Betreft: onderzoek naar de huidige werkwijze van de vakgroep KNO van Ziekenhuis X omtrent complicaties.

Ik verklaar hierbij op voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode en doel van het onderzoek.

Ik begrijp dat:

- Ik mijn medewerking aan dit onderzoek kan stoppen op ieder moment en zonder opgave van reden.
- Mijn gegevens anoniem worden verwerkt, zonder dat informatie naar mij herleidbaar is.
- De opname vernietigd wordt na uitwerking van het interview.

Ik verklaar dat ik:

- Geheel vrijwillig bereid ben om deel te nemen aan dit onderzoek.
- Toestemming geef om het interview op te laten nemen.
- De uitkomsten van dit interview verwerkt mogen worden in een verslag.

Naam: _____

Datum: _____

Handtekening: _____

Onderzoeker:

Ik heb informatie verstrekt over de aard, methode en doel van het onderzoek. Ik verklaar mij bereid nog opkomende vragen over het onderzoek naar vermogen te beantwoorden.

Naam: _____

Datum: _____

Handtekening: _____

Informatiebrief voor onderzoek 'Kwaliteit & Veiligheid binnen Ziekenhuis X'

Doel van het onderzoek

Dit onderzoek wordt uitgevoerd door Bente Rodenburg.

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in de werkwijzen van vakgroepen omtrent complicaties en waarom deze werkwijze wordt toegepast. Hierbij gaat het om de werkwijze voor het registreren en bespreken van complicaties. Op deze manier kan een beeld verkregen worden van de mate waarin er binnen het ziekenhuis wordt geleerd van complicatie. Het doel van mijn onderzoek is om de huidige werkwijze omtrent complicaties van de vakgroep KNO in kaart te brengen en de factoren die hierbij meespelen. De onderzoeksgegevens zullen worden verwerkt in een verslag.

Hoe gaan we te werk?

U neemt deel aan een onderzoek waarbij we informatie zullen vergaren door:

- U te interviewen en uw antwoorden te noteren en op te nemen via een audio-opname. Er zal een transcript worden uitgewerkt van het interview.

Uitsluitend ten behoeve van het onderzoek zullen de verzamelde onderzoeksgegevens verwerkt worden in een verslag, welke gedeeld wordt met de Universiteit Twente, voor een beoordeling, en de afdeling Kwaliteit en Veiligheid van Ziekenhuis X, om hun vraagstuk te beantwoorden.

Potentiële risico's en ongemakken

Er zijn geen fysieke, juridische of economische risico's verbonden aan uw deelname aan dit onderzoek. U hoeft geen vragen te beantwoorden die u niet wilt beantwoorden. Uw deelname is vrijwillig en u kunt uw deelname op elk gewenst moment stoppen.

Vergoeding

U ontvangt voor deelname aan dit onderzoek geen vergoeding.

Vertrouwelijkheid van gegevens

Wij doen er alles aan om uw privacy zo goed mogelijk te beschermen. Er wordt op geen enkele wijze vertrouwelijke informatie of persoonsgegevens van of over u naar buiten gebracht.

Voordat onze onderzoeksgegevens naar buiten gebracht worden, worden uw gegevens zoveel mogelijk geanonimiseerd.

In een publicatie zullen anonieme gegevens of pseudoniemen worden gebruikt. De audio-opnamen, formulieren en andere documenten die in het kader van deze studie worden gemaakt of verzameld, zullen direct na het voltooien van de analyse worden verwijderd en uiterlijk tot 7 juli 2022 bewaard worden.

De onderzoeksgegevens worden indien nodig (bijvoorbeeld voor een controle op wetenschappelijke integriteit) en alleen in anonieme vorm ter beschikking gesteld aan personen buiten de onderzoeksgroep.

Tot slot is dit onderzoek beoordeeld en goedgekeurd door de ethische commissie van de faculteit Behavioural, Management and Social Sciences van de Universiteit Twente.

Vrijwilligheid

Deelname aan dit onderzoek is geheel vrijwillig. U kunt als deelnemer uw medewerking aan het onderzoek te allen tijde stoppen, of weigeren dat uw gegevens voor het onderzoek mogen worden gebruikt, zonder opgave van redenen.

Als u tijdens het onderzoek besluit om uw medewerking te staken, zullen de gegevens die u reeds hebt verstrekt tot het moment van intrekking van de toestemming in het onderzoek gebruikt worden.

Wilt u stoppen met het onderzoek, of heeft u vragen en/of klachten? Neem dan contact op met de onderzoeker.

- Naam: Bente Rodenburg
- E-mail: [e-mailadres onderzoeker]
- Tel.nr.: [telefoonnummer onderzoeker]

Voor bezwaren met betrekking tot de opzet en of uitvoering van het onderzoek kunt u zich ook wenden tot de Secretaris van de Ethische Commissie / domein Humanities & Social Sciences van de faculteit Behavioural, Management and Social Sciences op de Universiteit Twente via ethicscommittee-hss@utwente.nl. Dit onderzoek wordt uitgevoerd vanuit de Universiteit Twente, faculteit Behavioural, Management and Social Sciences. Indien u specifieke vragen hebt over de omgang met persoonsgegevens kun u deze ook richten aan de Functionaris Gegevensbescherming van de UT door een mail te sturen naar dpo@utwente.nl.

Tot slot heeft u het recht een verzoek tot inzage, wijziging, verwijdering of aanpassing van uw gegevens te doen bij de onderzoeker.

sjabloon

COMPLICATIEBESPREKING KNO

Datum bespreking :

Periode complicaties: tot en met

Hier invoegen van Exel bestand met

Patiëntnummer – naam – geboortedatum/leeftijd? – ingreep – complicatie

Uitwerking complicaties:

1. **Conclusies**
2. **De grotere aantallen meestal adenoid en tonsillen.**
 - a. **Achteraf invullen van de besprekingsformulieren**
3. **De incidentele complicaties**
 - a. **Tijdens bespreken van de complicatie**
4. **Opslaan in map complicaties KNO operaties**
5. **Even te beslissen welke tijdens komende bespreking en dan dit formulier aanpassen**

Toelichting voorbereiding complicatiebespreking:

1. *Ga naar complicatie volledighedsregistratie (operaties)
Geeft de periode in die je wilt onderzoeken
Deze lijst moet leeg zijn. Bij de patiënten die erin staan is nog geen
complicatieregistratie ingevuld
Doe dat voor deze patiënten alsnog
Klaar*
2. *Ga naar complicatiebespreking (suite)
Zet het filter op standaard
Vul weer de periode in
Geeft aan dat je van 1 tot 9 wilt zien dan krijg je alleen de patiënten met een werkelijke
complicatie
Specialisme zet je op KNO
Klaar*
3. *Zet alle patiënten in een Exel bestand zoals boven aangegeven*
4. *Zoek van de ingrepen met veel complicaties ook de totaal geopereerde aantallen op. Dit doe
je door nu voor de ernst van 0 tot 9 aan te geven en een behandelcode in te voeren en dan die
output te tellen*
5. *Bij incidentele complicaties is het aantal geopereerde patiënten niet van belang*