

1-7-2022

Complicatieregistratie op de afdeling Spoedeisende Hulp van Ziekenhuis X

Bacheloropdracht Gezondheidswetenschappen



Marieke Elbers

Algemene informatie

Student

Naam: M.G.A. Elbers

Opleiding

Bachelor: Gezondheidswetenschappen
Faculteit Technische Natuurwetenschappen (TNW)

Begeleiding

Universiteit Twente

Eerste begeleider Prof. Dr. S. Siesling, Full professor, Faculty of Behavioural, Management and Social Sciences (BMS), Universiteit Twente
Tweede begeleider Dr. P.J. Klok, Assistent professor, Faculty of Behavioural, Management and Social Sciences (BMS), Universiteit Twente

Contactgegevens

Universiteit Twente

Drienerlolaan 5
7522 NB
Enschede

Samenvatting

Achtergrond

Complicatieregistratie is een belangrijk instrument om patiëntveiligheid te waarborgen en om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Dit stelt zorgverleners in staat te leren van onverwachte uitkomsten van zorg. Om complicatieregistratie goed te laten verlopen, is het van belang om inzicht te hebben in welke factoren van invloed zijn op dit proces. Leren van complicaties komt ten goede van de patiëntveiligheid en de kwaliteit van zorg. In dit onderzoek is onderzocht op welke manier de vakgroep Spoedeisende Hulp (SEH) de werkwijze omtrent complicatieregistratie heeft vormgegeven en welke factoren hierbij een rol spelen.

Methode

In dit kwalitatieve onderzoek zijn interviews uitgevoerd met artsen die betrokken zijn bij het registreren van complicaties op de SEH. Vooraf zijn factoren gedefinieerd waarvan wordt vermoed dat ze invloed kunnen hebben op de huidige werkwijze. Deze factoren zijn de geldende richtlijnen op het gebied van registreren en bespreken, de tijd die het artsen kost, de mate waarin zij nut ervaren van het registreren en bespreken, en de mate waarin ze zich veilig voelen om complicaties te melden. Op de interviews is een thematische analyse toegepast.

Resultaten

Uit de data blijkt dat SEH-artsen complicaties registreren in het systeem HiX. Daarnaast staat elke drie maanden een complicatiebespreking gepland, waarin het geregistreerde besproken wordt. Er heeft echter al een aantal jaar geen complicatiebespreking plaatsgevonden. De richtlijnen en geldende definities zijn niet bij alle respondenten bekend. Ook kost het voorbereiden van complicatiebesprekingen erg veel tijd, wat een belemmering is om deze plaats te laten vinden. Het ervaren nut van registreren en bespreken momenteel erg laag is aangezien artsen weinig effecten zien van registratie en besprekingen. Respondenten geven aan zich veilig te voelen om een complicatie te melden. Tot slot blijkt uit de interviews dat er weinig complicaties, die ontstaan zijn op de SEH worden teruggekoppeld door andere afdelingen.

Conclusie

Uit de data kan worden geconcludeerd dat er kaders zijn voor het registreren en bespreken van complicaties, maar dat deze niet geheel overeenkomen met de praktijk. Daarnaast kan worden geconcludeerd dat een aantal van de factoren die vooraf zijn gedefinieerd een belemmering vormt voor artsen om complicaties te registreren en te bespreken. Eventueel vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op het wegnemen van factoren die nu een belemmering vormen of het verkleinen van hun invloed.

Dankwoord

Zonder de hulp van een aantal belangrijke mensen, had dit onderzoek niet in deze vorm tot stand kunnen komen. Daarom wil ik graag een moment nemen om deze mensen te bedanken.

Allereerst wil ik de andere studenten in afstudeerkring Kwaliteit en Veiligheid bedanken. Met hen heb ik het afgelopen half jaar intensief samengewerkt met het oog op het gezamenlijke doel van onze vier onderzoeken. We konden elkaar inspireren door resultaten en ervaringen te delen uit onze eigen onderzoeken, wat voor mij een erg grote motivator was tijdens het afstuderen. Daarnaast wil ik graag mijn begeleiders vanuit de UT bedanken voor de tijd die zij gestoken hebben in de begeleiding van het proces en voor hun scherpe, heldere feedback. Ook wil ik graag de begeleiders van het Ziekenhuis bedanken voor hun dagelijkse begeleiding. Zij waren altijd bereikbaar voor vragen en waren altijd behulpzaam wanneer zich problemen voordeden, hoe uiteenlopend die ook konden zijn. Ik wil ook de deelnemers aan de interviews bedanken voor hun tijd en openheid. Tot slot wil ik graag mijn vrienden en familie bedanken voor hun steun, zowel mentaal als inhoudelijk.

Inhoud

| | |
|---|----|
| Samenvatting | 3 |
| Dankwoord | 4 |
| Inleiding..... | 6 |
| Theoretisch kader | 7 |
| Methoden | 10 |
| Resultaten | 12 |
| Conclusie | 15 |
| Discussie..... | 16 |
| Referenties | 18 |
| Bijlage I: Observatieschema | 19 |
| Bijlage II: Interviewschema | 20 |
| Bijlage III: Informatie en toestemmingsformulier informed consent | 22 |
| Bijlage IV: codeerschema | 24 |

Inleiding

Een belangrijk instrument voor het meten en verbeteren van kwaliteit is het evalueren van ongewenste uitkomsten van zorg [1]. Wanneer er binnen het zorgproces een aantoonbare fout wordt gemaakt, wordt gesproken van een incident [2]. Dit zijn bijvoorbeeld gevallen waarin het handelen van de zorgverlener tekort is geschoten of protocollen niet goed zijn nageleefd. Echter, niet aan alle ongewenste uitkomsten van zorg ligt een fout ten grondslag. Wanneer de zorg aan een patiënt volgens de protocollen is uitgevoerd, maar toch een onverwachte negatieve uitkomst optreedt, wordt dit een complicatie genoemd [2]. Complicaties zijn inherent aan het zorgproces. Toch is structurele evaluatie van deze uitkomsten waardevol, aangezien dit relevante informatie oplevert om soortgelijke situaties in de toekomst te voorkomen [3].

Zo kunnen de bevindingen naar aanleiding van een complicatieregistratie en -bespreking gebruikt worden om zorgprofessionals te laten leren van onbedoelde uitkomsten. Daarnaast kunnen door het analyseren van complicaties volgens een vaste methode vergelijkingen worden gemaakt waarmee een uitspraak kan worden gedaan over de kwaliteit van zorg op een bepaalde afdeling. Door middel van deze benchmarking kan betekenis worden gegeven aan absolute getallen. Waar nodig kunnen dan verbetermaatregelen in het proces worden aangebracht. Hierdoor wordt de zorg veiliger voor de patiënt en wordt de kwaliteit van zorg verbeterd [4].

Richtlijnen voor het registreren en afhandelen van complicaties zijn vastgesteld per specialisme door de bijbehorende landelijke wetenschappelijke verenigingen [5]. Doordat deze verenigingen onafhankelijk van elkaar opereren, is deze richtlijn apart opgesteld per specialisme. Dat betekent dat er per vakgroep onderlinge verschillen bestaan tussen de werkwijze rond het registreren en bespreken van complicaties. Daarnaast blijkt uit onderzoek ook dat verschillende vakgroepen een andere opvatting hanteren over wat als complicatie geregistreerd wordt [6]. Dit zorgt ervoor dat er binnen een ziekenhuis tussen de specialismen veel onderlinge verschillen bestaan. Hierdoor kan er geen goede vergelijking worden gerealiseerd op het gebied van complicaties [7]. Daarnaast kan een meer uniforme werkwijze handvatten bieden aan afdelingen om meer te leren van complicaties teneinde de kwaliteit van zorg te verbeteren. Het is daarom waardevol om binnen Ziekenhuis X te onderzoeken of het hebben van een meer uniforme werkwijze binnen het ziekenhuis wenselijk en haalbaar is.

Momenteel is er binnen Ziekenhuis X weinig inzicht in hoe processen omtrent het registreren en bespreken van complicaties op verschillende afdelingen zijn georganiseerd en hoe deze zich tot elkaar verhouden [8]. Daarnaast is het ook onbekend waarom complicatieregistratie op verschillende afdelingen op een bepaalde manier is georganiseerd. Deze onderwerpen moeten binnen de verschillende vakgroepen onderzocht worden om een stap te zetten naar het vormgeven van een uniforme werkwijze.

Binnen dit onderzoek ligt de focus op de afdeling SEH. Deze afdeling is bijzonder ten opzichte van andere afdelingen binnen het ziekenhuis, aangezien patiënten per definitie acuut en kortdurend op deze afdeling behandeld worden [9]. Dit heeft ook gevolgen voor de manier waarop complicaties geregistreerd worden. Patiënten vallen namelijk veelal al niet meer onder de verantwoordelijkheid van de SEH-arts wanneer een complicatie optreedt. Dit maakt het waarnemen van de complicatie en de daaropvolgende registratie lastig. Centrale thema's in dit onderzoek zijn op welke manier de werkwijze omtrent complicatieregistratie is georganiseerd, onder invloed van welke richtlijnen dit staat, welke factoren hierop van invloed zijn en op welke manier deze het registreren van complicaties belemmeren. Kennis over deze onderwerpen draagt bij aan de beoordeling van de wenselijkheid van een uniforme werkwijze. Om de vragen rond deze onderwerpen te beantwoorden wordt in het onderzoek gewerkt met de volgende overkoepelende hoofdvraag:

Wat is de huidige werkwijze van zorgverleners omtrent complicaties en waarom wordt het op deze manier gedaan binnen de vakgroep Spoedeisende Hulp in het Ziekenhuis X?

Theoretisch kader

Complicatieregistratie op de SEH in Ziekenhuis X staat onder invloed van een aantal richtlijnen op verschillende niveaus. In dit hoofdstuk worden deze richtlijnen en de belangrijkste definities op het gebied van complicatieregistratie uiteengezet.

Juridisch kader

De Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg vormt de juridische basis voor het proces van complicatieregistratie [10]. Deze wet ziet erop toe dat zorgverleners zelf verantwoordelijk zijn voor het bewaken van hun eigen kwaliteit en hiervoor zelf instrumenten instellen. Een belangrijk doel van deze wet is om openheid te creëren over ongewenste gebeurtenissen en uitkomsten en hiervan te leren [11]. Het adequaat en structureel registreren van complicaties is hier een voorbeeld van.

Definities

Ondanks dat dit onderzoek specifiek gaat over het registreren en bespreken van complicaties, is het verschil tussen de definities van complicaties, incidenten en calamiteiten belangrijk om toe te lichten. Dit omdat het onderscheid tussen een complicatie, een incident en een calamiteit soms lastig is vast te stellen [2]. De Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd hanteert de volgende definities van deze drie begrippen [2]:

- **Complicatie:** *een onbedoelde en ongewenste uitkomst tijdens of volgend op het handelen van een zorgverlener, die voor de gezondheid van de cliënt zodanig nadelig is dat aanpassing van het handelen noodzakelijk is, of er is sprake van onherstelbare schade.*
- **Incident:** *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.*
- **Calamiteit:** *een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van een cliënt of een ernstig schadelijk gevolg voor een cliënt heeft geleid.*

Dit betekent concreet dat een complicatie enkel betrekking heeft op een uitkomst van zorg, waar een incident gaat over de zorg die aan de patiënt geleverd is of een gebeurtenis die zich heeft voorgedaan tijdens het zorgproces. In de praktijk kunnen zich echter situaties voordoen waarbij het verschil tussen de drie bovenstaande begrippen lastig te duiden is [2]. Zo zijn er gevallen waarbij een complicatie door niet adequaat ingrijpen van een zorgverlener kan verworden tot een incident of calamiteit. Een voorbeeld hiervan is het te laat herkennen van een wondinfectie. Het feit dat het onderscheid tussen deze begrippen lastig is toe te passen in de praktijk kan een belemmering vormen voor het naar behoren functioneren van complicatieregistratie.

Landelijke richtlijnen

De Orde van Medisch Specialisten heeft een visie opgesteld die het optimaal functioneren van zorgverleners definieert. Deze stelt dat artsen zelf verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van de door hen verleende zorg. Dat betekent ook dat zij actief bezig moeten zijn met hun eigen leerproces en zichzelf hierin steeds proberen te verbeteren. Daarbij hoort dat specialisten deelnemen aan complicatiebesprekingen. Het document stelt hierbij ook dat het nodig is dat artsen zich veilig voelen om incidenten of complicaties te melden. Om dit te verzekeren wordt van de organisatie verwacht dat er een *blame-free* cultuur wordt gefaciliteerd waarin kan worden geleerd van fouten. [12]

De Federatie Medisch Specialisten heeft een document opgesteld waarin staat vastgelegd welke stappen artsen zouden moeten ondernemen wanneer zich een ongewenste gebeurtenis voordoet. Deze richtlijn schrijft de volgende acties voor [13]:

- Een arts moet er zorg voor dragen dat de toestand van een patiënt wordt gestabiliseerd om het ontstaan van schade zoveel mogelijk te beperken.
- De gebruikte medische hulpmiddelen of medicijnen worden veiliggesteld voor eventueel vervolgonderzoek.
- De specialist communiceert met de patiënt (of diens naasten) over de gebeurtenis. Alle verslaglegging wordt ook verzameld.
- Er wordt direct melding gemaakt volgens de protocollen van de instelling.
- Er worden afspraken gemaakt tussen de specialist en degene aan wie de melding is gemaakt over de vervolgstappen naar aanleiding van de melding.

Dit document gaat over het melden van complicaties, incidenten en (mogelijke) calamiteiten, maar deze acties gelden ook wanneer er twijfel bestaat over de precieze aard en ernst van de gebeurtenis. [13]

Richtlijnen van wetenschappelijke verenigingen

De landelijke richtlijn gaat niet verder in op de manier waarop een melding van een complicatie moet worden verwerkt en welke stappen ondernomen moeten worden om te na te gaan of verbeteringen nodig zijn. Richtlijnen die zijn opgesteld door de wetenschappelijke verenigingen gaan wel verder in op hoe vakgroepen kunnen omgaan met complicaties door deze te registreren en te bespreken. Deze richtlijnen gaan specifiek over hoe complicatieregistratie en complicatiebesprekingen vormgegeven dienen te worden. Het verschilt echter per vereniging op welk detailniveau deze richtlijn is geschreven; sommige hebben een uitgebreid stappenplan opgesteld, waar andere verenigingen slechts schrijven dat complicaties geregistreerd moeten worden, maar hier verder geen eisen aan stellen. Zoals eerder genoemd kan ook de gebruikte definitie voor complicaties verschillen. Periodiek voeren de wetenschappelijke verenigingen visitaties binnen de aangesloten vakgroepen uit om na te gaan of wordt voldaan aan de visitatienormen.

Complicatieregistratie op de Spoedeisende Hulp

Voor de complicatieregistratie op de SEH stelt de Nederlandse Vereniging voor Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA) de volgende drie doelen op [14]:

- het verzamelen van betrouwbare informatie over complicaties;
- het vinden van verbeteringen die kunnen bijdragen aan het voorkomen van complicaties;
- het realiseren van een kwaliteitscyclus om preventie van complicaties te bevorderen.

Complicaties en de acties die hierop volgen worden als belangrijke kwaliteitsindicator gebruikt. De NVSHA heeft kwaliteitsindicatoren ontwikkeld om te toetsen of de praktijk overeenkomt met de vooraf opgestelde richtlijnen [14]. De gegevens over deze indicatoren worden eens per jaar uitgevraagd. Binnen deze uitvraag wordt getoetst op:

- de aanwezigheid van een complicatieregistratiesysteem;
- het minimaal vier keer per jaar plaatsvinden van complicatiebesprekingen;
- het implementeren, controleren en evalueren van verbetermaatregelen die naar aanleiding van de besproken complicaties worden opgesteld.

Moeilijkheid van het registreren van complicaties op de SEH is dat een gedeelte van de complicaties die zijn ontstaan op de SEH, pas aan het licht komt wanneer de patiënt al niet meer onder de directe verantwoordelijkheid valt van de SEH-arts, maar bijvoorbeeld is doorverwezen naar een andere specialist. Daarom wordt het onderscheid gemaakt tussen intrinsieke en extrinsieke complicaties [15].

Intrinsieke complicaties vinden plaats onder patiënten die niet zijn doorverwezen naar een andere specialist en dus alleen onder de verantwoordelijkheid van de SEH-arts vielen. Bij deze patiënten heeft geen poliklinische *follow-up* plaatsgevonden. Deze patiënten zijn dus uitsluitend behandeld door de SEH-arts [15].

Extrinsieke complicaties vinden plaats onder patiënten die wel zijn doorverwezen naar andere specialismen of een poliklinische follow-up hebben gekregen. De complicatie heeft dus plaatsgevonden onder de verantwoordelijkheid van de SEH-arts, maar wanneer de complicatie wordt opgemerkt valt de patiënt onder de verantwoordelijkheid van een andere specialist. De NVSHA heeft geen landelijke richtlijn opgesteld voor de registratie van deze categorie complicaties, omdat de afspraken over samenwerking tussen de specialismen binnen verschillende ziekenhuizen onderling te veel verschillen. De NVSHA schrijft wel voor dat de SEH erop toeziet goede afspraken te maken met andere specialismen binnen het ziekenhuis. Daarmee dient een cultuur van open communicatie tot stand te komen waarin complicaties op een laagdrempelige wijze besproken kunnen worden tussen de verschillende specialismen [15]. Echter blijkt uit de eerste mailwisselingen met de afdeling wel dat deze soort complicaties het vaakst voorkomt. Daarom wordt dit type complicatie ook meegenomen in het onderzoek.

Protocollen binnen de vakgroep SEH van Ziekenhuis X

De SEH binnen Ziekenhuis X heeft ook een eigen protocol opgesteld omtrent de registratie van complicaties. Hierin zijn voornamelijk de punten die de NVSHA heeft opgesteld overgenomen. Binnen de afdeling worden onderstaande complicatie categorieën het meest gezien [8]:

- complicaties na procedurele sedatie en analgesie;
- gemiste fracturen;
- complicaties van procedures.

Er zijn op de afdeling geen protocollen beschikbaar die ingaan op het bespreken van complicaties.

Overige factoren

Uit voorgaand onderzoek is gebleken dat er ook andere factoren zijn die als belemmering voor registratie worden ervaren door artsen [16]. Deze factoren zouden ertoe kunnen leiden dat de werkwijze voor het registreren van complicaties niet optimaal functioneert en dat niet alle complicaties correct geregistreerd worden. Voorbeelden van factoren die een negatief effect hebben op de motivatie van zorgverleners om te registreren zijn de tijd die het kost en de mate waarin registreren als zinvol wordt ervaren. Daarnaast blijkt uit de literatuur ook dat het meespeelt in hoeverre medewerkers zich veilig voelen om complicaties te melden. Het creëren van een open werkcultuur, waarin wordt aangemoedigd om als vakgroep te leren van complicaties draagt hieraan bij [17].

Deze factoren werden ook genoemd in de eerste gesprekken die zijn gevoerd met de afdeling Kwaliteit en Veiligheid van Ziekenhuis X. Uit het gesprek kwam naar voren dat in een eventueel toekomstige manier van registreren de registratielast niet verhoogd mag worden. Als dit wel het geval is, zal de registratiebereidheid van zorgverleners afnemen. Daarnaast werd ook genoemd dat niet door alle zorgverleners het nut van het registreren van complicaties wordt gezien. Sommigen artsen zouden vinden dat een aantal complicaties niet voorkomen kan worden en dat het registreren van deze complicaties daarom niet van toegevoegde waarde is.

Methoden

Om antwoord te geven op de hoofdvraag is kwalitatief onderzoek uitgevoerd. Er is voor kwalitatief onderzoek gekozen omdat hiermee de werkwijze en ervaringen van zorgverleners kunnen worden vastgelegd en geanalyseerd. Er is veldonderzoek uitgevoerd binnen de vakgroep om na te gaan op welke wijze complicatieregistraties en -besprekingen plaatsvinden en waarom dit op deze manier gedaan wordt.

Registratieprotocol

De werkwijze omtrent registratie is onderzocht door het document met het registratieprotocol op te vragen. Hieruit is afgeleid welke stappen artsen moeten ondernemen om een complicatie te registreren. Daarnaast is ook bekeken in welk systeem er geregistreerd dient te worden en is nagegaan welke elementen worden meegenomen in de registratie.

Observatie complicatiebespreking

Voorafgaand aan het onderzoek werd het observeren van een complicatiebespreking als onderdeel van de methode opgesteld. Het initiële doel van de observatie was om voorafgaand aan de interviews een globaal inzicht te hebben in de inhoud van een complicatiebespreking. Er heeft echter geen complicatiebespreking plaatsgevonden gedurende de looptijd van dit onderzoek op de SEH, waardoor de observatie niet heeft kunnen plaatsvinden.

Interviews

Om de ervaringen van artsen met complicatieregistratie en -besprekingen in beeld te brengen, is binnen dit onderzoek gekozen om interviews af te nemen. De interviews houden een semigestructureerde vorm aan [18]. Hierbij is een aantal vaste onderwerpen besproken, maar werd ook actief doorgevraagd op de antwoorden van de respondent. Voor dit type interview is gekozen om meer diepgang te creëren in de data. Uiteindelijk zijn vijf interviews afgenomen met de artsen van de vakgroep SEH. Om ervoor te zorgen dat de respondenten zich vrij voelden om de vragen in het interview naar waarheid te beantwoorden zijn de interviews anoniem afgenomen. Binnen het interview werd allereerst de huidige werkwijze omtrent registreren en bespreken uitgevraagd en hoe men deze inzet om te leren van complicaties. Ook werd gevraagd in hoeverre respondenten op de hoogte zijn van het bestaan van richtlijnen en protocollen. Daarnaast werd van een aantal andere factoren die in de literatuur gevonden zijn onderzocht op welke manier deze de werkwijze omtrent het registreren en bespreken van complicaties beïnvloeden. De onderzochte factoren zijn:

- de tijd die het kost om complicaties te registreren en bespreken;
- de mate waarin zorgverleners het registreren en bespreken van complicaties als nuttig en noodzakelijk ervaren;
- de mate waarin zorgverleners zich veilig voelen om complicaties te melden en bespreekbaar te maken.

De interviews bestonden voornamelijk uit open vragen onderverdeeld in de topics complicaties, complicatieregistratie, complicatiebespreking en evaluatie. Echter, er waren ook een aantal gesloten vragen. Hierbij werd gevraagd of respondenten kunnen aangeven op een schaal van één tot tien in welke mate factoren bij het registreren en bespreken van complicaties een rol spelen. Dit is gedaan voor de factoren: het ervaren van nut; het ervaren van een veilige cultuur; het ervaren van effecten naar aanleiding van complicatieregistratie en de mate waarin respondenten in het algemeen complicatieregistratie beschouwen als leerinstrument. Het volledige interviewschema is opgenomen in bijlage II.

De factoren zijn in de interviews alleen in hun algemeenheid bevraagd. In dit onderzoek was geen ruimte om te onderzoeken hoe respondenten de verschillende aspecten van de factoren ervaren.

Werving en selectie van respondenten

Binnen het onderzoek is gekozen voor respondenten die binnen de vakgroep betrokken zijn bij de complicatieregistratie en -besprekingen. Voor de werving van de respondenten is gebruikgemaakt van *snowball sampling*. Via de afdeling Kwaliteit en Veiligheid is contact gelegd met een contactpersoon van de afdeling SEH. Via deze contactpersoon is contact gezocht met de respondenten. Daarnaast is ook gebruikgemaakt van *criterion sampling* aan de hand van de volgende inclusiecriteria:

- De respondent moet werkzaam zijn binnen Ziekenhuis X binnen de afdeling Spoedeisende Hulp.
- De respondent zou vanuit zijn werkzaamheden op enige manier betrokken moeten zijn bij de complicatieregistratie en complicatiebesprekingen binnen de afdeling.

Voorafgaand aan de interviews zijn de respondenten geïnformeerd over het doel van het onderzoek en het verloop van het interview. Verder is aan de respondenten voor het interview een *informed consent* formulier voorgelegd. De informatiebrief voor deelnemers en het *informed consent* formulier zijn in bijlage III opgenomen.

Alle interviews zijn woordelijk getranscribeerd met de transcribeersoftware Amberscript. Wanneer de respondent hiermee akkoord is gegaan, zijn de transcripties gebruikt voor de analyse.

Analysemethode

De verzamelde data is geanalyseerd door middel van een thematische analyse. Voor het coderen van de data is het programma Atlas.ti gebruikt. De eerste stap in dit proces was het open coderen. Hierbij worden de verschillende tekstfragmenten gelabeld. Vervolgens wordt de data axiaal gecodeerd. Hierbij worden de verschillende codes met elkaar vergeleken en worden verschillende codes samengevoegd in een overkoepelende code. Tot slot wordt er selectief gecodeerd om verbanden en conclusies uit de data te halen. Niet voor alle vragen zal het nodig zijn om te starten met open coderen. Bij vragen waarbij een antwoordschaal wordt gebruikt, staan de mogelijke antwoorden die de respondent kan geven vooraf vast.

Validiteit en betrouwbaarheid

Om de interne validiteit te waarborgen volgen de interviews een vast structuurschema. Hiermee wordt ervoor gezorgd dat het onderzoek zoveel mogelijk reproduceerbaar is. Door alle stappen in het onderzoek goed vast te leggen is de betrouwbaarheid van het onderzoek zoveel mogelijk gewaarborgd. Aangezien alle SEH-artsen zijn geïnterviewd, kan dit onderzoek worden gezien als een goede afspiegeling van de werkelijkheid. Doordat alle geïnterviewden werkzaam zijn in hetzelfde ziekenhuis is er sprake van een homogene steekproef en is de invloed van externe factoren relatief klein.

De resultaten zijn erg representatief voor de vakgroep SEH binnen Ziekenhuis X door de hiervoor genoemde redenen. Om uitspraken te doen over andere ziekenhuizen, of andere vakgroepen binnen Ziekenhuis X zal nader onderzoek moeten worden gedaan.

Ethische goedkeuring

Dit project is goedgekeurd door de Ethics Committee van de faculteit Behavioural, Management & Social Sciences aan de Universiteit Twente (request number 220580).

Resultaten

Zoals genoemd, zijn in totaal vijf interviews afgenomen. Uiteindelijk zijn vier van deze interviews geschikt bevonden voor de analyse. Het volledige codeerschema is opgenomen in bijlage IV. In onderstaande paragrafen wordt de huidige werkwijze omtrent complicatieregistratie en -besprekingen uiteengezet. Vervolgens is, op basis van de uitkomsten van de interviews, van de verschillende factoren beschreven wat hun invloed is op de werkwijze aan de hand van de ervaringen van respondenten.

Procedure omtrent complicatieregistratie en -besprekingen

Wanneer tijdens of na een behandeling complicaties optreden, kunnen deze geregistreerd worden in HIX. Alle respondenten geven aan dat dit ongeveer een paar minuten tijd kost. Hierbij wordt het soort complicatie ingevuld, de ernst van de complicatie en kan de arts in een vrij tekstveld in een aantal zinnen uitleggen wat de complicatie inhoudt. Een stapsgewijze handleiding hoe dit te doen is beschikbaar voor de SEH. Eens in de drie maanden staat een complicatiebespreking gepland. Bij de laatste complicatiebespreking die heeft plaatsgevonden, heeft een van de SEH-artsen de bespreking voorbereid. Deze voorbereidingstijd bedroeg toen ongeveer twee middagen. Voor deze bespreking heeft arts die het had voorbereid een aantal interessante casussen geselecteerd en gepresenteerd. De overige SEH-artsen die bij deze bespreking waren, waren toevoerder.

Ondanks dat deze werkwijze zo is opgesteld, wijkt de praktijk hiervan af. Een respondent laat zien dat er over de afgelopen maand maar enkele complicaties zijn geregistreerd. Daarnaast geven alle respondenten aan dat de complicatiebespreking al lange tijd niet heeft plaatsgevonden, hoewel deze dus wel structureel staat ingepland. Een respondent geeft aan dat de complicatiebespreking in het licht van de Coronapandemie lage prioriteit had. Respondenten geven aan dat zij niet betrokken zijn geweest bij het opstellen van hierboven omschreven werkwijze omtrent complicatieregistratie, maar dat dit hen zo is opgelegd.

Uitkomsten van complicatieregistratie en -besprekingen

Alle respondenten geven aan dat het lerend effect van complicaties binnen de werkwijze die nu gehanteerd wordt erg klein is. Daarbij geeft een aantal respondenten wel aan dat het lastig is om hierover een inschatting te geven, aangezien de besprekingen al een tijd niet hebben plaatsgevonden. Echter, sommige respondenten twijfelen ook aan de mogelijkheid om op individueel niveau te leren van complicaties. Zij geven aan dat complicatieregistratie meer gebruikt zou moeten worden als instrument voor kwaliteitsmonitoring. Een andere respondent geeft wel aan dat complicatieregistratie gebruikt zou kunnen worden om te toetsen of de werkwijze op het gebied van zorgverlening moeten worden aangepast. Desgevraagd geven de respondenten het lerend effect van complicaties op een schaal van één tot tien het cijfer twee en drie. De andere respondenten geven zelfs aan dat ze op basis van de huidige werkwijze zelfs helemaal geen cijfer kunnen toekennen aan het lerend effect.

Zorg op de SEH

Uit de data komt naar voren dat er een aantal belemmeringen is binnen het proces van complicatieregistratie dat inherent is aan de zorgverlening op de SEH. Zo geeft een van de respondenten aan dat de SEH zich in een uitzonderlijke positie bevindt doordat behandelingen niet geen duidelijk afgesproken start- en eindpunt hebben. Patiënten komen immers niet gepland op de SEH terecht en na de behandeling volgt geen *follow-up* met de SEH-arts. Dit maakt behandelingen op de SEH ook anders van aard dan op andere afdelingen. Waar zorg bij andere specialismen electief kan zijn, zijn behandelingen op de SEH meestal acuut. Respondenten geven aan dat dit ervoor zorgt dat het lastig is om vooraf met de patiënt risico's op complicaties bij behandelingen door te nemen. Respondenten geven ook aan zij het risico op complicaties hiervoor te klein vinden. Een respondent geeft hierbij

ook aan dat de artsen op de SEH doordat behandelingen met spoed moeten worden uitgevoerd bewust de keuze om complicaties niet vooraf te bespreken.

Daarnaast geeft een respondent aan dat er bij behandelingen vaak niet iets nieuws wordt toegediend aan een patiënt of dat er bijvoorbeeld wordt gesneden in gezond weefsel, zoals dit bij behandelingen op andere afdelingen vaak wel het geval is. Een respondent geeft aan dat op de SEH eigenlijk alleen bij procedurele sedatie iets nieuws wordt toegediend bij de patiënt. Hierbij worden kansen op mogelijke complicaties wel vooraf besproken met patiënten.

Richtlijnen en definities

Uit mailwisseling met de afdeling kan worden opgemaakt dat de afdeling ermee worstelt om de richtlijnen, zowel de eigen als die van de NVSHA, in de praktijk toe te passen.

In de interviews geven respondenten aan weinig of niet op de hoogte te zijn van de richtlijnen die van toepassing zijn op complicatieregistratie. Niet alle respondenten noemen dezelfde definitie van complicatie en respondenten moeten tijdens het interview vaak even nadenken wanneer hen hiernaar gevraagd wordt. Ze vinden daarnaast de definitie van een complicatie lastig toe te passen op de zorg die ze leveren. Zo geeft een respondent aan dat veel complicaties niet per definitie worden veroorzaakt door het handelen van de SEH-arts, maar zijn het gevolg van de gezondheidssituatie van de patiënt bij binnenkomst. De respondent vraagt zich daarom af of het zinvol is om dit soort dingen, ondanks dat het is opgetreden tijdens of na de behandeling, te registreren als complicatie. De oorzaak van de complicatie ligt immers niet in de behandeling in het ziekenhuis. Ook geeft een respondent aan dat een deel van de complicaties wordt ingecalculeerd en dat het dan zinloos is om deze complicatie te registreren.

Ja, dan ligt het dus aan wat zie je als complicatie, want ik vind dat als ik een wond hecht en er komt een wondinfectie. Komt dat door mij? Of komt dat gewoon eigenlijk door de patiënt die al binnen komt met een wond waar al bacteriën in zitten, zeg maar? (respondent 2)

(...)

Daar stoeien we wel mee, want de ene vindt dan de gebroken teen die we gemist hebben, een complicatie, en de ander zegt ja, maar dat heeft helemaal geen klinische consequenties dat ik dat nu gemist heb, want het is niet erg om te missen. Is het dan wel een complicatie? (respondent 2)

Daarnaast ontbreken er afspraken met andere specialismen over het terugkoppelen van complicaties die zijn ontstaan op de SEH. Veel patiënten komen binnen op de SEH, maar stromen hierna door naar een andere afdeling binnen het ziekenhuis of worden teruggezien door de huisarts. Een respondent geeft aan dat afdelingen hier wel naar gevraagd worden, maar dat de SEH het idee heeft dat dit niet structureel wordt gedaan.

Heel veel dingen die wij doen, die verdwijnen ergens. Of naar de huisarts of in het ziekenhuis bij de poli's. Dus weten we eigenlijk niet zo goed hoeveel complicaties er dan zijn. (respondent 4)

(...)

En of er nou wel of niet een wondinfectie ontstaat bij die wond die ik heb gehecht, ja, weet ik niet, tenzij dat misschien per ongeluk een keer wordt teruggekoppeld. (respondent 1)

Overige factoren

Van een aantal factoren is onderzocht op welke manier zij bovenstaande omschreven werkwijze beïnvloeden.

Tijd

Aangezien de respondenten aangeven dat het registreren hen slechts enkele minuten kost vormt dit op zichzelf geen belemmering voor het registreren van complicaties.

Nou, dat is redelijk snel in te vullen. Dan ben je binnen vijf minuten weer klaar. (respondent 3)

De complicatiebesprekingen daarentegen vergen veel voorbereidingstijd. Een respondent geeft aan dat de voorbereiding van deze besprekingen ongeveer twee middagen kostte. De respondent geeft aan dat dit een belemmering vormt voor het organiseren van deze besprekingen.

Toen ben ik twee keer, nou, ik denk wel twee middagen bezig geweest om dat allemaal uit te zoeken, van wat in welke categorie valt, en wat is er nou precies gebeurd, en wat kunnen we daaruit leren? (respondent 2)

Een respondent geeft aan dat voorgaande besprekingen ongeveer een kwartier tot een half uur duurden. Geen van de respondenten geeft aan de duur van de bespreking zelf als belemmering te zien.

Ervaren nut en noodzaak

Respondenten vinden het registreren van complicaties op zich nuttig, maar noemen hierbij wel dat in de huidige werkwijze niet alles wordt gevangen. Wanneer hiernaar gevraagd wordt geven respondenten op een schaal van één tot tien een vijf, een zes en een zeven. Zoals eerder ook besproken, is het zo dat veel patiënten na een behandeling op de SEH doorstromen naar andere specialismen in het ziekenhuis of daarna alleen nog gezien worden door de huisarts. Een respondent geeft aan dat het terug horen van deze complicatie een voorwaarde is voor het ervaren van het nut van registreren.

Ook geven respondenten aan vaak dezelfde soort kleine complicaties te registreren. Zij geven daarnaast aan dat ze niet het idee hebben dat ze door het registreren van complicaties dingen vangen die zonder registratie niet waren opgemerkt. Ook noemen ze dat het ervaren nut van registreren en bespreken elkaar wederkerig beïnvloed: zonder een degelijke registratie heeft bespreken geen zin, maar een goede registratie zonder daaropvolgende bespreking is ook niet effectief.

Een van de respondenten brengt naar voren dat complicatieregistratie nuttig zou kunnen zijn om landelijk in beeld te kunnen brengen hoe wordt gewerkt op de SEH. Doordat het ervaren nut relatief laag is, heeft het houden van een complicatiebespreking lage prioriteit, zeker in drukke perioden. Toch zien de respondenten, wanneer hiernaar wordt gevraagd, wel de noodzaak in van het registreren en bespreken van complicaties.

Veiligheid

Alle respondenten geven in het onderzoek aan zich veilig te voelen om complicaties te registreren en te bespreken binnen de afdeling. Alle respondenten geven een cijfer hoger dan een acht en twee respondenten geven zelfs een tien wanneer hen wordt gevraagd in hoeverre ze zich veilig voelen om complicaties te melden en te bespreken. Respondenten geven aan dat zij de cultuur binnen de afdeling als veilig ervaren en dat er geen taboe rust op het bespreekbaar maken van complicaties. Ook geven ze aan niet afgerekend te worden op het registreren van complicaties. Daaruit kan afgeleid worden dat er sprake is van een *blame-free* cultuur.

Onderlinge afhankelijkheid van factoren

In de interviews noemen respondenten duidelijk dat ze verschillende factoren van elkaar vinden afhangen. Zo ontbreekt volgens een aantal respondenten het nut van complicatieregistratie en -besprekingen als hieruit geen lessen kunnen worden getrokken. Respondenten geven aan het nu lastig te vinden veel energie in complicatieregistratie te stoppen aangezien ze moeilijk kunnen inschatten of hun inspanningen het gewenste effect zullen hebben. Ook wordt benadrukt dat er, hoe er in de toekomst ook met complicatieregistratie wordt gewerkt, altijd een kritische afweging moet worden gemaakt tussen de positieve effecten van de uitkomsten en de extra werkdruk die het oplevert voor medewerkers.

Conclusie

Uit de resultaten kan worden afgeleid wat de belangrijkste onderdelen zijn van de werkwijze van het registreren en bespreken van complicaties. Complicaties worden geregistreerd in het HIX-systeem. Het is twijfelachtig of dit voor alle complicaties daadwerkelijk wordt gedaan. Volgens het geldende protocol binnen de SEH wordt elke drie maanden een complicatiebespreking ingepland om te bespreken welke complicaties over de afgelopen periode zijn geregistreerd. Echter, deze complicatiebespreking heeft al een aantal jaar niet plaatsgevonden.

Uit de resultaten kunnen een aantal conclusies getrokken worden over welke factoren betrekking hebben op complicatieregistraties en -besprekingen en welke invloed deze hebben. In willekeurige volgorde van belangrijkheid zijn deze conclusies:

- De mate waarin zorgverleners het nut inzien van het registreren en bespreken van complicaties is erg laag, waardoor de bereidheid om te registreren afneemt. De complicaties die zorgverleners nu tegenkomen zijn vaak dezelfde, verklaarbare complicaties. Hierdoor is het lerend effect van het geheel van het registreren en bespreken van complicaties erg laag. Wanneer er meer geleerd zou kunnen worden van complicaties, zien medewerkers meer nut in het registreren van complicaties.
- Het voorbereiden van een complicatiebespreking duurt erg lang, waardoor dit als belemmering wordt ervaren om deze plaats te laten vinden. Dit effect wordt versterkt door het ontbreken van door artsen als nuttig ervaren uitkomsten, zoals ook omschreven in het vorige punt.
- Het ontbreken van consensus over de afbakening van het begrip complicatie zorgt ervoor dat er geen duidelijke lijn is welke zorguitkomsten als zodanig geregistreerd moet worden. Dit leidt ertoe dat niet alle artsen op dezelfde manier registreren.
- Het ontbreken van bindende afspraken met andere specialismen en huisartsen zorgt ervoor dat een deel van de complicaties dat is ontstaan op de SEH niet wordt teruggekoppeld. Hierdoor worden deze complicaties niet meegenomen in de registratie. Op deze manier kan dus niet geleerd worden van deze complicaties. Daarnaast heeft dit ook een negatief effect op de mate waarin artsen het registreren van complicaties nuttig vinden, aangezien deze extrinsieke complicaties waarschijnlijk voor een aanzienlijk deel gemist worden.

De factor veiligheid kan niet als belemmering worden gezien voor het registreren van complicaties. Artsen voelen zich veilig om complicaties te registreren en bespreekbaar te maken.

Discussie

Binnen deze studie is onderzocht wat de werkwijze is omtrent complicatieregistratie op de SEH van Ziekenhuis X en welke factoren hierop van invloed zijn. Met de gebruikte methoden kon een antwoord op deze vraag geformuleerd worden. Een van de interviews kon niet worden meegenomen in de data-analyse. Het onderzoek kan als representatief worden beschouwd, aangezien bijna alle SEH-artsen zijn meegenomen in het onderzoek. Daardoor kunnen op basis van dit onderzoek betrouwbare uitspraken gedaan worden over complicatieregistratie op de SEH binnen Ziekenhuis X.

Beperkingen

De resultaten uit dit onderzoek zijn alleen toepasbaar op de vakgroep SEH van Ziekenhuis X. Een deel van de conclusies berust op de specifieke omstandigheden die gelden op deze afdeling. Daarom kunnen de resultaten niet gezien worden als representatief voor andere afdelingen van Ziekenhuis X of SEH-vakgroepen binnen andere ziekenhuizen. In eventueel vervolgonderzoek zou wel getoetst kunnen worden of de factoren die van invloed bleken op de werkwijze binnen dit onderzoek, ook op andere afdelingen een invloed hebben.

Het is belangrijk om op te merken dat, hoewel de relevantie voor dit onderzoek op de literatuur gebaseerd is, de factoren waarop getoetst is binnen dit onderzoek zijn aangedragen door de organisatie en de onderzoeker. Op deze gebieden was voorafgaand aan het onderzoek weinig wetenschappelijke literatuur beschikbaar. Ook was er binnen dit onderzoek geen ruimte om de verschillende factoren uitgebreid te onderzoeken, maar zijn de factoren alleen in hun algemeenheid bevestigd. De verschillende aspecten die meespelen binnen een factor zijn binnen dit onderzoek niet verder uitgediept.

Daarnaast heeft de afdeling SEH zichzelf aangemeld voor deelname aan dit onderzoek. Uit eerste gesprekken met SEH-artsen bleek dat zij daarnaast een andere verwachting hadden van het doel van dit onderzoek. Zij gaven aan te verwachten dat er concrete adviezen over de invulling van de werkwijze voor complicatieregistratie gegeven zouden worden als onderdeel van dit onderzoek. De conclusies van dit onderzoek zouden beïnvloed kunnen zijn door het feit dat de SEH niet willekeurig is gekozen en meedeed met een sterke verwachting van het onderzoek. Dit kan de manier waarop zij vragen hebben beantwoord beïnvloed hebben.

Hoewel in de interviews een aantal mogelijke verbeteringen voor het proces van complicatieregistratie worden genoemd, beperkt dit onderzoek zich enkel tot conclusies over de huidige werkwijze en de verschillende factoren die hieraan bijdragen. Het is voorbij het doel van deze studie om met deze mogelijke verbeteringen een nieuwe werkwijze te ontwikkelen. De aangedragen verbeterpunten zouden wel als uitgangspunt gebruikt kunnen worden voor eventueel vervolgonderzoek.

Theoretische implicaties

Er is voorafgaand aan deze studie blijkt weinig wetenschappelijke literatuur beschikbaar te zijn die zich focust op het onderdeel complicatieregistratie. Voor zover bekend gaat eerder onderzoek slechts over het effect van complicatieregistratie op het verhogen van patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg. Dit onderzoek onderscheidt zich van bestaande literatuur door in te gaan op welke factoren door medewerkers worden ervaren als belemmeringen. Dergelijke belemmeringen zijn wel eerder geïdentificeerd voor andere kwaliteitsregistraties door zorgverleners, maar niet specifiek voor complicatieregistratie. Daarmee is dit onderzoek een goede aanvulling op bestaande literatuur. Voor een breder inzicht in dit thema moet gelijksoortig onderzoek worden uitgevoerd binnen andere ziekenhuizen en vakgroepen.

In het kader van de wens van Ziekenhuis X om te onderzoeken of een uniforme werkwijze mogelijk is, zijn gelijktijdig met dit onderzoek drie andere onderzoeken gestart op drie andere afdelingen. Door de vier onderzoeken gezamenlijk te analyseren, kunnen uitspraken gedaan worden over welke stappen Ziekenhuis X kan nemen richting meer uniformiteit. De specifieke aanbevelingen hierover zijn opgenomen in het document 'Aanbevelingen ten aanzien van een uniforme werkwijze omtrent complicaties binnen Ziekenhuis X'.

Praktische implicaties

Dit onderzoek kan goed in de praktijk worden toegepast op de afdeling. De uitkomsten van dit onderzoek schetsen een waarheidsgetrouw beeld van complicatieregistratie en -besprekingen op de afdeling SEH van Ziekenhuis X. Daarom kan dit onderzoek goed als startpunt gebruikt worden voor verder onderzoek binnen en buiten Ziekenhuis X. Uit het onderzoek komt naar voren dat de vakgroep SEH weinig op de hoogte is van de relevantie van het registreren van complicaties. De vakgroep is op die manier om verschillende redenen dus maar in beperkte mate bezig met de manier waarop complicatie bijdragen aan patiëntveiligheid en de relevantie van complicaties voor de wetenschap.

De uitkomsten van dit onderzoek zouden gebruikt kunnen worden als opzet voor het realiseren van verbeteringen op het gebied van complicatieregistratie op de SEH. Er zou bijvoorbeeld onderzocht kunnen worden hoe de werkwijze omtrent complicatieregistratie anders kan worden vormgegeven opdat factoren die nu als obstakel worden gezien voor registratie, geen belemmering meer vormen. Enkele voorbeelden van mogelijk vervolgonderzoek op dit onderwerp worden hieronder genoemd. Er zou onderzocht kunnen worden:

- op welke manier de definitie van complicatie geïnterpreteerd zou moeten worden op de SEH en welke zorguitkomsten als zodanig geregistreerd moeten worden om zo de afdeling meer op een lijn te laten werken;
- op welke manier een goed systeem voor terugkoppeling van extrinsieke complicaties zou kunnen worden vormgegeven. Hiervoor zou bijvoorbeeld kunnen worden nagegaan hoe dit elders in Ziekenhuis X wordt gedaan of in andere ziekenhuizen;
- op welke manier het nut dat medewerkers ervaren verhoogd kan worden en op welke manier dit de tijdsinvestering voor medewerkers de moeite waard zou maken. Zo zou bijvoorbeeld een duidelijker leerproces ontwikkeld kunnen worden met het analyseren van complicaties, het realiseren van verbeteringen en het checken of deze ook gerealiseerd zijn;
- hoe het organiseren en voorbereiden van een complicatiebespreking vergemakkelijkt kan worden, zodat de drempel om deze plaats te laten vinden lager wordt. Dit zou gedaan kunnen worden door dit meer te standaardiseren.

Referenties

1. Rebasa P, Mora L, Luna A, Montmany S, Vallverdú H, Navarro S. Continuous Monitoring of Adverse Events: Influence on the Quality of Care and the Incidence of Errors in General Surgery. *World Journal of Surgery*. 2009;33(2):191-8. doi: 10.1007/s00268-008-9848-6.
2. Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Calamiteiten Wkkgz melden aan IGJ. 2020.
3. Twijnstra A, Geomini P, Roovers J, Milani A. Registreren: wat doen we ermee en wat leren we ervan? *Nederlands Tijdschrift voor Obstetrie & Gynaecologie*. 2013;126(1):39-41.
4. Visser A, Ubbink D, van Wijngaarden A, Gouma D, Goslings J. Quality of Care and Analysis of Surgical Complications. *Digestive surgery*. 2012;29:391-9. doi: 10.1159/000344007.
5. Nederlands Vereniging voor Neurologie: Complicatieregistratie. <https://www.neurologie.nl/werken-als-neuroloog/kwaliteit/complicatieregistratie/> Accessed 03-10 2022.
6. Visser A, Ubbink D, Gouma D, Goslings C: Uiteenlopende interpretatie van complicaties staat verbeteringen in de weg. <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/complicatieregistratie-moet-eenduidig.htm> (2014). Accessed 16-03 2022.
7. Veldman N: Complicatieregistratie moet uniform zijn. <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/complicatieregistratie-moet-uniform-zijn.htm> (2013). Accessed 22-03 2022.
8. Vakgroep SEG Ziekenhuis. werkwijze complicatieregistratie vakgroep SEG.
9. SEH Zorg: Over ons. <https://seh Zorg.nl/over-ons/> Accessed 30-03 2022.
10. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport: Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg. <https://wetten.overheid.nl/BWBR0037173/2022-01-01> (2015). Accessed 18-03 2022.
11. Rijksoverheid: Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg. <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/wet-kwaliteit-klachten-en-geschillen-zorg> Accessed 24-03 2022.
12. Orde van Medisch Specialisten. Optimaal functioneren van medisch specialisten Utrecht 2013.
13. Federatie Medisch Specialisten: Melden onbedoelde gebeurtenissen en uitkomsten van zorg door medisch specialisten. https://demedischspecialist.nl/sites/default/files/FMS_FAQsheet_v02.pdf Accessed.
14. NVSHA: Kwaliteitsindicatoren-uitvraag NVSHA 2020. <https://www.nvsha.nl/files/10342/Kwaliteitsindicatoren%20NVSHA%202020.pdf> (2020). Accessed.
15. Beije F, Berman R, Jansen V. Achtergronddocument Complicatieregistratie NVSHA. NVSHA; 2021.
16. Zegers M, Veenstra GL, Gerritsen G, Verhage R, van der Hoeven HJG, Welker GA. Perceived Burden Due to Registrations for Quality Monitoring and Improvement in Hospitals: A Mixed Methods Study. *Int J Health Policy Manag*. 2022;11(2):183-96. doi: 10.34172/ijhpm.2020.96.
17. Donaldson L. An organisation with a memory. *Clin Med (Lond)*. 2002;2(5):452-7. doi: 10.7861/clinmedicine.2-5-452.
18. Baarda B, Hulst M. Basisboek Interviewen. 2017.

Bijlage I: Observatieschema

| Onderwerpen | Observatie |
|--|------------|
| 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 ze volgen? | |
| 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 bespreken ze <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) | |
| Wordt er conclusie getrokken, wat komt eruit en nu? | |
| Hebben ze het over het gevolg van de bespreking van de complicatie? Wat ermee gaat gebeuren? | |

Bijlage II: Interviewschema

Openingsvraag: Wat is volgens u een complicatie?

| Topic | Subtopic | Vragen |
|--------------------------|--|--|
| Complicaties | <ul style="list-style-type: none"> - Soort - Frequentie | <ul style="list-style-type: none"> - Wat zijn voorbeelden van complicaties die wel eens zijn opgetreden binnen jullie vakgroep? - Hoe vaak komen complicaties binnen jullie vakgroep voor? - Hoe verhoudt dit zich tot andere afdelingen? |
| Complicatie Registraties | <ul style="list-style-type: none"> - Uitvoering (afwijking van richtlijn) - Rolverdeling - Richtlijnen/protocollen - Mening | <ul style="list-style-type: none"> - Op welke manier registreert u complicaties binnen vakgroep X van Ziekenhuis X? - Wie registreren complicaties/ wie is hier verantwoordelijk voor? Wat is binnen het ziekenhuis de afgesproken termijn voor het registreren van de complicatie? - Waarom worden complicaties op deze wijze geregistreerd binnen vakgroep X van Ziekenhuis X? - 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 de veiligheid 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 - Tijd - Protocollen - Rolverdeling - Vormgeving - Voorbereiding - Mening | <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? - Wat vindt u van de tijdsduur van het voorbereiden en de bespreking zelf? |

| | | |
|-----------|---|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Hebben jullie een protocol dat jullie volgen tijdens deze besprekingen? → Waar komen deze protocollen vandaan? - Waarom worden complicaties op deze wijze besproken? - 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 - Mening | <ul style="list-style-type: none"> - Wat wordt er gedaan met de uitkomsten van complicatie besprekingen en registraties? → Worden de uitkomsten binnen de gehele vakgroep gedeeld? Of alleen onder de aanwezigen? En buiten de vakgroep? → Wie is hier verantwoordelijk voor? - 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? |

Bijlage III: Informatie en toestemmingsformulier informed consent

Informatieblad voor onderzoek 'Complicatieregistratie op de Spoedeisende Hulp'

Doel van het onderzoek

Het doel van dit onderzoek is om in kaart te brengen wat de huidige werkwijze is omtrent complicatieregistraties en -besprekingen, en waarom dit op deze manier wordt gedaan.

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/op te nemen via een audio-opname/video-opname. Er zal ook een transcript worden uitgewerkt van het interview. Ten behoeve van het onderzoek zullen de verzamelde onderzoeksgegevens worden gedeeld met de Universiteit Twente en het Ziekenhuis.

Potentiële risico's en ongemakken

Tijdens uw deelname aan deze studie kunnen u vragen worden gesteld die u als (zeer) persoonlijk kunt ervaren, vanwege de gevoelige aard van het onderwerp. Wij stellen deze vragen enkel en alleen in het belang van het onderzoek. U hoeft echter 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 uw privacy zo goed mogelijk te beschermen. Er wordt op geen enkele wijze vertrouwelijke informatie buiten gebracht, waardoor iemand u zal kunnen herkennen. 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, worden opgeslagen op een beveiligde locatie bij de Universiteit Twente en op de beveiligde (versleutelde) gegevensdragers van de onderzoekers. De onderzoeksgegevens worden bewaard zolang dit onderzoek loopt. Na die tijd zullen de opnames worden verwijderd en de transcripten alleen nog onherleidbaar beschikbaar zijn. 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.

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 opgaaf 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.

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

Voor vragen kunt u contact opnemen met mij (Marieke Elbers) per mail (m.g.a.elbers@student.utwente.nl).

Toestemmingsformulier voor onderzoek 'Complicatieregistratie op de Spoedeisende Hulp'

Door dit toestemmingsformulier te ondertekenen erken ik het volgende:

1. Ik ben voldoende geïnformeerd over het onderzoek door middel van een separaat informatieblad. Ik heb het informatieblad gelezen en heb daarna de mogelijkheid gehad vragen te kunnen stellen. Deze vragen zijn voldoende beantwoord.
2. Ik neem vrijwillig deel aan dit onderzoek. Er is geen expliciete of impliciete dwang voor mij om aan dit onderzoek deel te nemen. Het is mij duidelijk dat ik deelname aan het onderzoek op elk moment, zonder opgaaf van reden, kan beëindigen. Ik hoef een vraag niet te beantwoorden als ik dat niet wil.

Naast het bovenstaande is het hieronder mogelijk voor verschillende onderdelen van

het onderzoek specifiek toestemming te geven. U kunt er per onderdeel voor kiezen wel of geen toestemming te geven. Indien u voor alles toestemming wil geven, is dat mogelijk via de aanvinkbox onderaan de stellingen.

| | JA | NEE |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Ik geef toestemming om de gegevens die gedurende het onderzoek bij mij worden verzameld te verwerken zoals is opgenomen in het bijgevoegde informatieblad. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ik geef toestemming om tijdens het interview opnames te maken en mijn antwoorden uit te werken in een transcript. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ik geef toestemming om mijn antwoorden te gebruiken voor quotes in de onderzoekspublicaties. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ik geef toestemming om de bij mij verzamelde onderzoeksdata te bewaren en te gebruiken voor toekomstig onderzoek en voor onderwijsdoeleinden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ik geef toestemming voor alles dat hierboven beschreven staat. | <input type="checkbox"/> | |

Naam Deelnemer:

Naam Onderzoeker:

Handtekening:

Handtekening:

Datum:

Datum:

Bijlage IV: Codeerschema

Nut en noodzaak

| <u>Categorie</u> | <u>Themacode</u> | <u>Variatiecode</u> |
|------------------------|------------------|---|
| Complicatieregistratie | Huidige situatie | <ul style="list-style-type: none"> - Weinig variatie in geregistreerde complicaties - Niet van toegevoegde waarde, leren meer dingen buiten de registratie om |
| | Potentieel | <ul style="list-style-type: none"> - Terug horen van andere specialismen of er complicaties zijn ontstaan op de SEH - Landelijk goed in beeld hebben hoe wordt gewerkt op de SEH - Betere bespreking als er degelijk wordt geregistreerd |
| Complicatiebespreking | Huidige situatie | <ul style="list-style-type: none"> - Niet nuttig als niet alles wordt geregistreerd - Nu vinden er geen besprekingen plaats op structurele basis - Geen nieuwe bevindingen. Steeds kon alles wel verklaard worden - Meer leerpunten uit de necrologiebesprekingen - Complicatiebespreking is wel nodig voor de leercurve |
| | Potentieel | <ul style="list-style-type: none"> - Onderzoeken waar de werkwijze moet worden aangepast - Koppelen aan andere onderwerpen over kwaliteit - Als er geleerd zou worden van de besprekingen |
| Uitkomsten | Huidige situatie | <ul style="list-style-type: none"> - Dingen die geregistreerd worden zijn bijna altijd verklaarbaar - Er kan nu dus niks worden veranderd aan de hand van de uitkomsten |
| | Potentieel | <ul style="list-style-type: none"> - Aan de hand van registraties kun je toetsen of werkwijzen nog goed zijn |

- *Thema: het zou wel moeten, maar levert nu te weinig op.*

Richtlijnen, procedures en definities

| <u>Categorie</u> | <u>Themacode</u> | <u>Variatiecode</u> |
|---------------------------------|-------------------------------|---|
| Definitie complicatie | Begrip complicatie | <ul style="list-style-type: none"> - Definitie is soms onduidelijk - Respondenten geven verschillende definities |
| | Afbakening | <ul style="list-style-type: none"> - Sommige complicaties worden ingecalculleerd, moeten die ook geregistreerd worden - Niet alle complicaties hebben ook medische consequenties - Soms is de patiënt zelf de oorzaak van een complicatie en niet de behandeling of de arts |
| Afspraken binnen het ziekenhuis | Afspraken andere specialismen | <ul style="list-style-type: none"> - Geen formele afspraken met andere specialismen over het terugkoppelen van complicaties die ontstaan op de SEH - Informele vraag om dit terug te koppelen, maar dit gebeurt niet altijd - Geen afspraken over het terugkoppelen van complicaties van andere specialismen |

| | | |
|-------------|----------------------------------|--|
| Protocollen | Aanwezigheid registratieprotocol | - Respondenten weten veelal niet of er protocollen zijn maar zijn hier ook niet naar op zoek |
| | HIX | - Respondenten weten dat ze in HIX kunnen registreren - Complicatie kan hier worden ingedeeld op procedure en ernst - Niet specifiek afgesteld op de SEH (standaard content) |
| | Registratietermijn | - Geen vaste afspraken over - Respondenten geven aan meteen te registreren als ze een complicatie waarnemen |
| | Verantwoordelijkheid registratie | - De SEH-artsen registreren - Den ANIOS kan ook registreren maar van hen wordt het door de vakgroep niet verwacht |
| | Bespreking | - Er bestaat geen protocol over hoe een complicatie bespreking eruit moet zien |

- *Thema: Respondenten zijn niet op de hoogte van de richtlijnen met betrekking tot complicatieregistratie. De afbakening van het begrip zorgt voor onduidelijkheid.*

Tijd

| <u>Categorie</u> | <u>Themacode</u> | <u>Variatiecode</u> |
|-------------------|-------------------------------|---|
| Registratie | Registratietijd | - Registratie kost slechts een paar minuten - Registratietijd is op zich geen belemmering |
| Bespreking | Vorbereidingstijd | - Lange voorbereidingstijd - Zware last voor een persoon - Dit wordt gezien als een belemmering |
| | Tijd van de bespreking | - Dit kost ongeveer een kwartier tot een half uur - Respondenten noemen dit niet als belemmering |
| Samenhang met nut | Afweging tussen moeite en nut | - Lastig inschatten of meer inspanningen voor het registreren van complicaties het gewenste effect hebben - Een kritische afweging tussen uitkomsten en extra werkdruk is altijd nodig |

- *Thema: alleen het voorbereiden van de bespreking kost te veel tijd. Het registreren zelf kost niet veel tijd, maar het levert te weinig op*

Leren

| <u>Categorie</u> | <u>Themacode</u> | <u>Variatiecode</u> |
|------------------|------------------|---|
| lerend effect | Huidige situatie | - Leren door het er met elkaar over te hebben buiten registratie om - Respondenten geven aan in de huidige situatie weinig te leren van complicaties |
| | Potentieel | - Complicaties zijn ongeschikt om als individuele leertool te gebruiken. - Zouden wel gebruikt kunnen worden als kwaliteitsmonitor |

- *Thema: Weinig potentieel voor complicaties als individuele leertool, alleen om werkwijzen te toetsen. Kan wel gebruikt worden als kwaliteitsinstrument.*

Veiligheid

| <u>Categorie</u> | <u>Themacode</u> | <u>Variatiecode</u> |
|---------------------|------------------|--|
| Veilige meldcultuur | Huidige situatie | <ul style="list-style-type: none">- Respondenten geven aan zich veilig te voelen om complicaties te melden- Geen van hen geeft aan dat dit een belemmering is om te registreren |
| | Potentieel | <ul style="list-style-type: none">- Geen van de respondenten vindt dat op dit gebied iets verbeterd moet worden |

- *Thema: Op het registreren en bespreekbaar maken van complicaties ligt geen taboe*