

Bachelor thesis

Werkwijze omtrent complicaties in de vakgroep
Plastische chirurgie
Ziekenhuis X

Auteur:

Marrit Oosterveld

S2349566

Bachelor Gezondheidswetenschappen

Faculteit Technische Natuurwetenschappen

Universiteit Twente

01-07-2022

Begeleiders:

1^o begeleider Universiteit van Twente: Sabine Siesling

2^o begeleider Universiteit van Twente: Pieter-Jan Klok

1^o Begeleider Ziekenhuis X: -

2^o Begeleider Ziekenhuis X: -

Dankwoord

Het afgelopen half jaar heb ik gewerkt aan mijn afstudeeropdracht in de vorm van een wetenschappelijk artikel. Verschillende betrokkenen hebben mij hierbij ondersteund en die zou ik graag willen bedanken. Ik heb veel nieuwe inzichten verkregen en geleerd hoe ik een goed wetenschappelijk artikel moet schrijven. In eerste instantie wil ik mijn afstudeerkring, bestaande uit Bente, Floor en Marieke bedanken, waarmee ik nauw heb samengewerkt om de eindstreep te bereiken. Daarnaast wil ik mijn begeleiders, Sabine Siesling en Pieter-Jan Klok, vanuit de Universiteit van Twente bedanken voor de feedback en de ondersteuning die zij hebben geboden. Vanuit Ziekenhuis X¹ wil ik mijn begeleiders bedanken voor het helpen opzetten van dit onderzoek en het benaderen van de vakgroep Plastische chirurgie, waardoor ik mijn onderzoek kon uitvoeren. Daarnaast hebben zij ervoor gezorgd dat ik toegang had tot de literatuur van het Ziekenhuis X en hierin kon zoeken naar relevante artikelen en publicaties, wat heeft bijgedragen aan mijn literatuuronderzoek. Als laatste wil ik de zorgverleners van de vakgroep Plastische chirurgie bedanken voor het deelnemen aan mijn onderzoek en het geven van nuttige inzichten die dit onderzoek hebben vormgegeven.

Abstract

Achtergrond: Door complicaties te registreren en bespreken kan er van ongewenste uitkomsten geleerd worden, zodat de zorg verbetert. Dit leidt tot meer patiëntveiligheid, doelmatigheidswinst en professionalisering. In Ziekenhuis X is de werkwijze omtrent complicaties verschillend op alle afdelingen. Daarom is in dit onderzoek de volgende onderzoeksvraag beantwoord: *Wat is de huidige werkwijze van zorgverleners omtrent complicaties binnen de vakgroep Plastische chirurgie in Ziekenhuis X en waarom wordt het op deze manier gedaan?*

Methode: Voor dit onderzoek zijn complicatieregistraties ingezien, vier semigestructureerde interviews uitgevoerd onder de zorgverleners binnen de vakgroep, is een complicatiebespreking geobserveerd en is een dag op de polikliniek geobserveerd. Voor de analyse zijn de interviews getranscribeerd in Amberscript en is op basis van inductieve codering een thematische analyse uitgevoerd in Atlas.ti.

Resultaten: Uit de resultaten bleek dat het de vakgroep bijna altijd lukt een 100% registratie in HiX te krijgen. Daarnaast bespreken ze complicaties eens in de zes weken tijdens een vergadering. De zorgverleners vinden dit beide zeer nuttig, doordat valkuilen worden gezien door te registreren en er oplossingen gevonden kunnen worden door te bespreken. Ondanks de ontbrekende richtlijnen functioneert de vakgroep goed in het registreren en bespreken. Hierbij helpt dat door de veilige cultuur de zorgverleners zich volledig veilig voelen om ongewenste uitkomsten te delen.

Conclusie: De huidige werkwijze van de vakgroep Plastische chirurgie is goed, er wordt goed geregistreerd en besproken en ze leren ook van de opgetreden complicaties. De werkwijze zou nog wel een beter kunnen, maar op dit moment zijn de zorgverleners nog niet bereid om hier meer tijd en moeite in te steken, omdat naar hun mening het effect niet opweegt tegen de moeite die erin zit.

Discussie: Voor eventueel vervolgonderzoek moeten er meer afdelingen onderzocht worden of meer van dezelfde afdeling in verschillende ziekenhuizen. Hierdoor kan een beter beeld worden verkregen van de werkwijze in het hele ziekenhuis.

¹ Vanwege privacy is dit onderzoek geanonimiseerd

Inhoud

Dankwoord	2
Abstract	2
Inleiding	4
Theoretisch kader	5
Methode.....	7
Resultaten	9
Conclusie	13
Discussie	14
Referenties.....	16
Bijlage 1 Interview	17
Bijlage 2 Observatieschema	20
Bijlage 3 Tabel inductieve codering.....	21
Bijlage 4 Informatieblad interview.....	24
Bijlage 5 Informed consent	26

Inleiding

Het is van belang dat er open over complicaties wordt gesproken binnen ziekenhuizen, zodat ernstigere gevolgen voorkomen kunnen worden [1]. In de zorgsector draait het om menselijk handelen, waardoor fouten worden gemaakt. Dit zorgt ervoor dat de kwaliteit van de zorg omlaag gaat. Echter, in sommige situaties hebben de zorgverleners goed gehandeld, maar loopt de patiënt nog steeds schade aan het lichaam op. In deze gevallen gaat het om complicaties [2]. Complicaties komen voor in het hele zorgproces en worden in Nederland op allerlei manieren geregistreerd en besproken. Er zijn verschillen zowel tussen ziekenhuizen, als op verschillende afdelingen binnen ziekenhuizen, doordat per medisch specialisme door de wetenschappelijke vereniging een eigen set complicaties is vastgesteld [3].

Het is belangrijk dat zorgverleners leren van de complicaties en weten hoe ze zijn ontstaan, zodat deze in de toekomst minder of niet meer voorkomen [4]. Hiervoor is het van belang om complicaties te registreren, om ze vervolgens te kunnen bespreken. Door onderzoek te doen naar de mogelijke oorzaken van complicaties, kan inzicht worden verkregen in wat er precies fout is gegaan. Preventie van complicaties zorgt voor gezondheidswinst voor patiënten, kwaliteitswinst voor professionals en doelmatigheidswinst voor ziekenhuizen [5]. Zorgverleners, maar ook zorginstututen gebruiken registraties van complicaties ook als kwaliteitsinstrument. Complicatieregistratie is één van prestatie-indicatoren van de Basisset Prestatie Indicatoren Ziekenhuizen [4]. Hiermee kan gemeten worden of ziekenhuizen bepaalde doelen halen en dus wel of niet goed presteren. Voor het landelijk verzamelen van deze informatie over complicaties is het belangrijk dat er eenduidigheid is over het begrip complicatie en de manier waarop deze registratie plaatsvindt [4].

In Ziekenhuis X registreren en bespreken ze de complicaties per vakgroep. Echter, elke vakgroep doet dit op zijn eigen manier en er is geen uniforme werkwijze. Deze diversiteit zorgt ervoor dat er geen overzicht is van de werkwijze omtrent complicaties en daarmee niet goed bepaald kan worden of de vakgroepen daadwerkelijk leren van de opgetreden complicaties. Er zijn verschillende factoren die mogelijk invloed kunnen uitoefenen op de mate waarin er geleerd wordt van complicaties. Ten eerste is een veilige meldcultuur belangrijk, wat ervoor zorgt dat medisch specialisten ook daadwerkelijk een melding van een complicatie durven te maken [3][4]. Daarnaast is het van belang dat de specialisten het nut inzien van de complicatieregistraties en besprekingen, omdat ze hier anders minder voor openstaan en er daarmee ook minder tijd in willen steken. Tijd is dan ook de derde factor. Als laatst is de aan- en afwezigheid van richtlijnen een factor die meespeelt [4].

Ook in de plastische en esthetische zorg kunnen verrichtingen leiden tot complicaties en schade aan patiënten. Dit onderzoek focust zich op de vakgroep Plastische chirurgie in Ziekenhuis X. Op deze afdeling zouden de zorgverleners moeten werken volgens een mapping complicatielijst van de Nederlandse Vereniging van Plastische Chirurgie (NVPC) [6]. In dit onderzoek wordt in beeld gebracht op welke manier de vakgroep Plastische chirurgie hun complicaties registreert en bespreekt en daarnaast hoe ze hiervan leren. Daarnaast is een achterliggend vraagstuk of een uniforme manier van werken bij alle vakgroepen in het ziekenhuis wenselijk is en ondersteunend kan zijn in het effectiever maken van de gehanteerde werkwijze. Als dit het geval is, kan dit geïmplementeerd worden in eerste instantie in Ziekenhuis X, en vervolgens, indien mogelijk, voor alle Nederlandse ziekenhuizen. Een eenduidige complicatieregistratie en manier van bespreken maakt benchmarking beter mogelijk, wat het mogelijk maakt om de kwaliteit van zorg te meten, te toetsen en vergelijken tussen ziekenhuizen [3]. De onderzoeksvraag luidt als volgt:

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

Theoretisch kader

Wet Kwaliteit, Klachten en Geschillen Zorg

In de Wet Kwaliteit, Klachten en Geschillen Zorg (Wkkgz) is vastgelegd wat wettelijk goede zorg inhoudt en wat er moet gebeuren indien er klachten zijn over de zorg [7]. Het voornaamste doel van de Wkkgz is openheid over klachten en ongewenste gebeurtenissen. Volgens de wet moeten incidenten, complicaties, en calamiteiten gerapporteerd worden, zodat ervan geleerd kan worden. De inspectie die toezicht houdt op naleving van de Wkkgz is de Inspectie van Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) [7]. De IGJ ziet toe op de kwaliteit van de zorg in Nederland. Dit doen ze door onder andere toezicht te houden op risico's en door data te verzamelen over complicaties, incidenten en calamiteiten van zorgaanbieders en fabrikanten in de zorg [8].

Definitie complicatie, incident en calamiteit

In de Wkkgz gebruiken ze de volgende definitie voor een complicatie [2, p2]: “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 (be)handelen noodzakelijk is, danwel er is sprake van onherstelbare schade”. Een incident in de zorg als volgt gedefinieerd [2, p2]: “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”. Als laatst is in de Wkkgz een calamiteit gedefinieerd als volgt [2, p2]: “Een calamiteit, is een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van of een ernstig schadelijk gevolg voor een cliënt heeft geleid”.

In andere woorden, bij een complicatie is de zorg goed gegaan, dus er is volgens de professionele standaard of richtlijn gewerkt, maar is vervolgens alsnog een ongewenste uitkomst opgetreden [2]. Bij een incident heeft de zorgverlener niet goed volgens de professionele standaard of richtlijn gehandeld, een ongewenste gebeurtenis, waardoor een fout is opgetreden. Een calamiteit onderscheidt zich door de ernst van het gevolg voor de patiënt.

In sommige situaties is het niet direct duidelijk of het gaat om een incident, complicatie of toch een calamiteit [2]. Om dat te achterhalen, moet er een onderzoek worden gedaan, dat binnen 6 weken na het optreden moet worden uitgevoerd. Dit onderzoek focust zich verder alleen op complicaties.

De constatering van complicaties vindt plaats gedurende de behandeling of bij de direct daaropvolgende poliklinische controle [9]. Met complicatieregistratie en -bespreking wordt beoogd: “(1) betrouwbare feitelijke informatie te verzamelen over het voorafgaande medische handelen en de complicatie; (2) onderliggende factoren te vinden die aangrijpingspunten vormen voor de reden van de complicatie, en (3) kijken naar het medisch handelen en daarmee een kwaliteitscyclus te realiseren gericht op preventie” [4, p3].

Doel complicatieregistratie en besprekingen

Indien het duidelijk is dat er een complicatie is opgetreden, moet de zorgverlener via een formulier in het online patiëntendossier de complicatie registreren [9]. Met deze registratie worden de ongewenste uitkomsten van een medische behandeling in beeld gebracht. De medisch specialist meldt complicaties volgens de interne meldprocedure die geldt binnen de specifieke vakgroep van dat ziekenhuis [9].

Het belangrijkste doel van het registreren en bespreken van complicaties is, zoals genoemd in de inleiding, het leren en daarmee het bewerkstelligen van kwaliteitsverbetering [2]. Zorgaanbieders moeten daarom complicaties goed onderzoeken, zodat de onderliggende oorzaken vastgesteld kunnen worden en hiermee in de toekomst dezelfde complicaties voorkomen kunnen worden. De complicatieregistraties maken het mogelijk om de complicaties te bespreken en daarmee de werkelijkheid te toetsen aan de theorie, oftewel de richtlijnen, indien die bestaan [2].

Kwaliteitsdomeinen definiëren kwaliteitsverbetering van de zorg [5]. Bij complicatieregistraties en besprekingen gaat het met name om meer patiëntveiligheid en doelmatigheidswinst, wat meer effectiviteit en efficiëntie verkrijgen binnen ziekenhuizen inhoudt. Efficiëntie kan onder andere leiden tot kostenbesparing voor het ziekenhuis, doordat er bijvoorbeeld minder heroperaties hoeven plaats te vinden voor het herstellen van de complicatie. Naast deze domeinen zorgen complicatieregistratie en besprekingen ook voor professionalisering van de zorg, oftewel kwaliteitsverbetering voor professionals [4][10]. Als laatst kunnen individuele zorgverleners of hele afdelingen in het ziekenhuis hun handelen aanpassen wanneer dit nodig is, bijvoorbeeld als vaak (dezelfde) complicaties optreden. Dit kan zorgen voor een hogere effectiviteit van behandelingen [4].

Vakgroep Plastische chirurgie

De vakgroep Plastische chirurgie is gespecialiseerd in het uiterlijk van mensen [11]. Hierbij gaat het om onder andere esthetische operaties zonder medische noodzaak en algemene plastische operaties. Daarvoor komen patiënten op deze afdeling voor het herstellen van aangeboren of opgelopen schade van het lichaam. De categorieën die onder deze afdeling vallen zijn: gelaatsbehandelingen, herstel van buikoperaties en huidkanker, borst-behandelingen, en moedervlekken- en littekenbehandeling. De vakgroep Plastische chirurgie in Ziekenhuis X voert alleen plastische operaties uit met medische noodzaak en heeft een samenwerkingsverband met de ziekenhuizen in Apeldoorn en Zutphen: Plastische Chirurgie Stedendriehoek [11].

Het grootste aandeel van complicaties ontstaan in Nederlandse ziekenhuizen, maar op het gebied van Plastische chirurgie komen complicaties ook steeds meer voor door buitenlandse ingrepen [12]. In het buitenland zijn er lagere kwaliteitseisen om mensen te opereren. Bijvoorbeeld een patiënt met overgewicht, die in Nederland niet in aanmerking komt voor een operatie, kan deze operatie wel ondergaan in het buitenland. Hierdoor kunnen bij Nederlandse patiënten zeer ernstige complicaties optreden, waardoor zij vervolgens in Nederland opnieuw behandeld moeten worden [12].

De registratie van complicaties moet verlopen volgens de complicatielijst van de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie [6]. Dit is een richtlijn die bestaat uit een map waarin een begrippenlijst Plastische chirurgie met betrekking tot de gedefinieerde complicaties staat weergegeven in de vorm van cijfercodes. Deze kunnen de zorgverleners binnen de vakgroep Plastische chirurgie volgen bij het melden van complicaties. Verder zijn er geen richtlijnen over hoe de vakgroep moet registreren, alleen dat ze de mappinglist moeten volgen. De registratie van complicaties vindt plaats in een elektronisch patiëntendossier genaamd 'Healthcare Information eXchange' (HiX) [13]. Daarnaast vindt eens in de 5 jaar een kwaliteitsvisitatie plaats vanuit de NVPC. Tijdens de visitatie toetst de NVPC op vier kwaliteitsdomeinen: (1) Kwaliteit van de zorg, (2) Vakgroep functioneren, (3) Patiëntgericht handelen en (4) Professionaliteit. Er wordt getoetst op teamniveau, gericht op het functioneren van de vakgroep, maar er vinden ook individuele kwaliteitsvisitaties plaats, waarbij wordt gefocust op het individuele handelen van de medisch specialist [14]. Daarnaast is in de visitatienormen opgenomen dat er minimaal eens per drie maanden een complicatiebespreking moet plaatsvinden binnen de vakgroep Plastische chirurgie. Tijdens deze besprekingen worden de complicaties die voor zijn gekomen besproken en geëvalueerd [14].

Factoren van mogelijke invloed op de werkwijze omtrent complicaties

Verschillende factoren binnen de vakgroepen in Ziekenhuis X kunnen van invloed zijn op de werkwijze van de zorgverleners omtrent complicaties. Ten eerste is een goede veiligheidscultuur van belang binnen een vakgroep [4]. Onder veiligheidscultuur vallen het geheel van normen, waarden opvattingen en omgangsvormen ten aanzien van patiëntveiligheid. Specialisten zijn dus zagezegd verplicht om complicaties te registreren. Daartegenover staat dat het van belang is dat er juist een veilige sfeer hangt op een afdeling in het ziekenhuis. Een cultuur met een veilig gevoel zorgt ervoor de zorgverleners ook

echt meldingen durven te maken van complicaties [4]. Een lerende beweging opgang brengen werkt bevorderend voor de kwaliteit op een afdeling. Hiervoor is het van belang dat complicaties besproken worden. In gesprek gaan met betrokken partijen kan op drie verschillende niveaus: (1) op microniveau (contact tussen zorgverleners en cliënt), (2) op mesoniveau (binnen of tussen instellingen) en (3) op macroniveau (landelijk) [15].

Naast de cultuur is ook de tijdsbesteding een belangrijke factor. Hiermee wordt de tijd bedoeld die de zorgverleners kwijt zijn aan het registreren en bespreken van complicaties. Hierop aansluitend komt ook de factor van de noodzaak en het ervaren nut van de complicatieregistraties en besprekingen naar voren. Als zorgverleners het nut van registreren niet inzien, willen ze hier ook minder aandacht aan besteden. Het is dus van belang dat zorgverleners weten waarom ze moeten nadenken over de opgetreden complicaties en hoe dit bijdraagt aan de zorg die zij leveren.

Als laatst hebben richtlijnen invloed op de werkwijze omtrent complicaties. De aan- of afwezigheid van richtlijnen bepaald hoe zorgverleners handelen binnen de vakgroep [4]. Als richtlijnen afwezig zijn, kunnen medisch specialisten ook niet volgens een bepaalde procedure werken. De aanwezigheid van een richtlijn zorgt er daarentegen juist voor dat de zorgverleners deze kunnen volgen in het proces van complicatieregistratie en besprekingen. Hierdoor is er een bepaald proces die de zorgverleners altijd kunnen nastreven, wat bevorderend zou kunnen werken voor het leren van complicaties [4].

Clavien-Dindo methode

De Clavien-Dindo is een methode voor het classificeren van chirurgische complicaties in verschillende niveaus [16]. Een Nederlandse vertaling is echter nog niet beschikbaar voor deze classificatie. In deze complicatieclassificatie wordt onderscheid gemaakt tussen vijf niveaus van complicaties. Waarbij niveau één gaat over kleine complicaties waar geen ingrepen hoeven plaats te vinden, hoogstens moet de patiënt medicijnen slikken. In niveau twee zijn de complicaties iets groter en bevat daarmee medicijnen die niet toegestaan zijn bij niveau één. De complicaties bij niveau drie vereisen een chirurgische, endoscopische of radiologische ingreep. Als een complicatie levensbedreigend is en de patiënt op de intensive care terecht komt, valt dit onder niveau vier. Het grootste gevolg van een complicatie is als de patiënt overlijdt, dit valt in de classificatie onder niveau vijf. Als de patiënt bij het ontslag een complicatie heeft, wordt er bij het niveau en de complicatie een “d” (“disability”) toegevoegd. In deze gevallen is een follow-up onderzoek nodig om de complicatie te evalueren. De classificatie is bijna wereldwijd toepasbaar en ook in verschillende vakgebieden. Chirurgische resultaten kunnen met de Clavien-Dindo methode vergeleken worden tussen verschillende chirurgen, vakgebieden en centra [16].

Methode

Soort onderzoek

Voor dit onderzoek is in eerste instantie literatuuronderzoek gedaan. Door het literatuuronderzoek is informatie vergaard over complicaties in het algemeen en over bepaalde richtlijnen en protocollen die gaan over complicatieregistraties en besprekingen. Aan de hand van de literatuur en gesprekken die zijn gevoerd met de afdeling Kwaliteit en Veiligheid in Ziekenhuis X is dit onderzoek opgesteld. Dit onderzoek is een kwalitatief onderzoek, doordat de huidige werkwijze, ervaringen, meningen en gedrag van de zorgverleners binnen de vakgroep Plastische chirurgie onderzocht zijn. Door een kwalitatief onderzoek uit te voeren, kon de praktijk worden vastgelegd in tekstvorm. Dit biedt de mogelijkheid om overzicht te krijgen van de praktijk en te zien waar nog verbeteringen liggen.

Dataverzameling

Voor de dataverzameling is gebruik gemaakt van veldonderzoek. Dit onderzoek bestond uit meerdere

onderdelen. Er zijn registraties ingezien, interviews gehouden, een kwalitatieve observatie uitgevoerd en is er een dag geobserveerd op het spreekuur van de polikliniek (poli). Het eerste deel van het onderzoek bestond uit het inzien van complicatieregistraties. Dit is van belang, zodat er een beeld gevormd kon worden van de manier waarop zorgverleners binnen de vakgroep Plastische chirurgie complicaties registeren. In de beginfase van het onderzoek is er een dag meegelopen op de poli van de Plastische chirurgie om een beeld te krijgen van de afdeling en de wijze waarop de informed consent van behandelingen wordt gegeven aan patiënten.

Voor het interview is een semigestructureerd diepte-interview opgesteld met behulp van een topiclijst, zie bijlage 1 [17]. De topiclijst is gebaseerd op het theoretisch kader en gesprekken die zijn gevoerd met de afdeling Kwaliteit en Veiligheid in Ziekenhuis X. Door een semigestructureerd interview uit te voeren zijn alle belangrijke onderwerpen aan bod gekomen, maar was er ook ruimte om door te vragen op bepaalde antwoorden die de respondenten gaven. De interviews hebben plaatsgevonden in de maanden april en mei 2022, zijn één-op-één uitgevoerd en duurden ongeveer 20 tot 30 minuten. In totaal zijn vier van de vijf zorgverleners van de vakgroep Plastische chirurgie geïnterviewd, dit is een 80% deelname. Eén zorgverlener wilde niet deelnemen, omdat diegene niet zijn eigen complicatieregistratie doet, maar dit laat doen door een verpleegkundige en daardoor niet volledig betrokken is bij complicaties. Er is ingegaan op complicaties, de registraties en besprekingen, en er is gevraagd op welke manier en in hoeverre (op een schaal van één tot tien) de vakgroep leert van de complicaties, zie bijlage 1. Om verschillende standpunten in beeld te brengen zijn zorgverleners met verschillende functies binnen de vakgroep geïnterviewd, namelijk artsen en verpleegkundigen. Een inclusiecriteria was dat de zorgverlener werkzaam moest zijn binnen de vakgroep Plastische chirurgie in Ziekenhuis X en te maken moest krijgen met patiënten met complicaties. Voor de werving van de respondenten is gebruikt gemaakt van de wervingstechnieken ‘snowball sampling’ en ‘criterion sampling’ [18]. Via de vakgroep voorzitter van Plastische chirurgie is contact gelegd met potentiële zorgverleners binnen de vakgroep die uiteindelijk de respondentengroep hebben gevormd. Vervolgens werd met ‘criterion sampling’ bepaald of deze persoon geschikt was of niet. De uiteindelijke respondenten en hun secretaresses zijn via de mail gecontacteerd voor een fysiek interview.

Daarnaast is een complicatiebespreking binnen de vakgroep Plastische chirurgie geobserveerd aan de hand van een kwalitatieve niet-participerende observatie. Het bijwonen van de complicaties liep parallel aan het doen van de interviews en heeft dus in dezelfde tijdsperiode plaatsgevonden. Deze methode is gekozen, zodat gedetailleerde informatie over een bepaalde cultuur, groep mensen of over het gedrag van individuen kon worden verkregen [19]. Ook hiervoor is een topiclijst opgesteld om optimaal te kunnen observeren, geen belangrijke topics te vergeten en gedetailleerde notities te kunnen maken, zie bijlage 2. Dit heeft geholpen bij het schetsen van het beeld hoe de besprekingen eraan toe gaan en of dit overeenkomt met de uitkomsten van de interviews [19].

Analysemethoden

Voor het analyseren van de data is een thematische analyse toegepast op basis van de grounded theory [20]. De interviews zijn inductief gecodeerd en zijn getranscribeerd met behulp van Amberscript. De stappen die genomen zijn tijdens het coderen zijn: in vivo coderen, open coderen, axiaal coderen en als laatste selectief coderen. De keuze om bepaalde codes in een bepaalde categorie te stoppen is verantwoord in bijlage 3. Voor het coderen werd gebruik gemaakt van Atlas.ti [19]. Sommige vragen in het interview hoefden niet open gecodeerd te worden, omdat deze vragen vaste antwoordmogelijkheden hadden. Bijvoorbeeld de vraag: “Hoe nuttig vindt u het registreren van complicaties op een schaal van 1 tot 10 waarbij 1 het laagst is en 10 het hoogst?” Naast deze vraag gold dit ook voor de andere schaalvragen, zie bijlage 1. De uitkomsten uit het interview zijn vergeleken met wat er gezien is tijdens de observatie en de dag op de poli. Op die manier kon de praktijk vergeleken worden met de antwoorden die de geïnterviewden gaven tijdens de interviews.

Resultaten

De respondenten werden als eerst gevraagd om een definitie te geven van een complicatie, deze kwamen allemaal overeen. Het kwam neer op een ongewenste uitkomst van een behandeling waardoor de patiënt (blijvende) schade ondervindt. Dit komt ook overeen met de definitie van de IGJ. Eén respondent gaf aan dat een complicatie ook kan worden omschreven als ieder ongewenst beloop, wat dan ook een typefout in HiX of miscommunicatie kan zijn. Het percentage complicaties in de vakgroep Plastische chirurgie ligt tussen de 1% en 5%. Voorbeelden van complicaties zijn wondinfecties, een wond die openspringt, een nabloeding en partiële necrose van de tepel na een borstverkleining.

Huidige werkwijze

Informed consent

Over de informed consent voor patiënten voorafgaand aan een behandeling waren alle respondenten gelijkgezind. Elke patiënt wordt altijd ingelicht over de mogelijke complicaties. Dit doet de arts of de verpleegkundige tijdens een mondeling gesprek op de poli. De informed consent bestaat uit het benoemen van de meest voorkomende complicaties, maar ook ernstige en kleinere complicaties worden meegenomen. Daarnaast worden ook operatie specifieke complicaties toegelicht. Eén respondent benoemde dat artsen complicaties wettelijk dienen te vermelden als ze vaker dan 1% voorkomen. Naast de mondelinge wijze van toelichting krijgen de patiënten ook informatie door middel van operatie specifieke folders die ze meekrijgen van de artsen. Hier staat alles duidelijk in beschreven, zodat dit thuis rustig kan worden doorgelezen. Tijdens de observatie op de poli is geobserveerd dat de verpleegkundige inderdaad alle patiënten op de hoogte stelt, in een gesprek en via folders, voorafgaand aan de behandeling.

Registraties

Het registreren van complicaties wordt door de respondenten gezien als onderdeel van het vakgebied, iets wat moet gebeuren, maar het is volgens hen ook een landelijk vereiste. De verantwoordelijke voor de registratie is de zorgverlener die de complicatie signaleert. Dit kunnen de artsen zijn, maar ook de verpleegkundigen. Sommige artsen laten het ook doen door een van de verpleegkundigen. Eén van de respondenten legt dit uit: “De reden dat we dat doen is omdat we dan denken dat we een vollediger registratie hebben, want we willen heel graag een soort 100% registratie hebben. Zodat iedereen een vinkje achter zijn naam heeft met: er is niks gebeurd of er is een complicatie opgetreden”. Oftewel mocht een verpleegkundige ontdekken dat een arts een registratie is vergeten, dan kan de verpleegkundige dit alsnog doen, waardoor die 100% bijna altijd gehaald wordt. Dit is niet onderdeel van een protocol, maar een ongeschreven afspraak binnen de vakgroep. Binnen Ziekenhuis X is er geen afgesproken termijn waarin de complicatie moet worden geregistreerd, maar de respondenten geven aan dit bijna altijd direct te doen na de signalering. Een uitzondering hierop is wanneer de complicatie optreedt in het weekend, maar dit geen spoedgeval is. In dat geval komt de patiënt terug op het eerstvolgende geschikte moment en vindt de registratie dan plaats. De registratie gebeurt in een standaard format in het online patiëntendossier HiX. In HiX staat een koppeling waarin een complicatie gescoord kan worden met onder andere de volgende onderdelen: de opname, welke ingreep, welke complicatie, welke gevolgen en welke interventies er eventueel hebben plaatsgevonden. Dit wordt volledig ingevuld en dan is de registratie compleet. Naast de hierboven genoemde onderdelen wordt er ook een code gegeven aan de complicatie van de mappinglist van de NPVC. Hierdoor kunnen de zorgverleners de complicatie makkelijk terugvinden. Daarnaast helpt de mappinglist bij het definiëren van een duidelijke definitie voor een complicatie, zodat er geen onduidelijkheid meer is over welke uitkomsten wel of niet onder het begrip complicatie vallen binnen de vakgroep Plastische chirurgie. De laatste stap in HiX is het

aanvinken dat de arts de patiënt als zijnde terecht geregistreerd is, oftewel nagaan of alle ingevulde gegevens kloppen.

Besprekingen

Elke zes weken vindt binnen de vakgroep Plastische chirurgie een maatschapsvergadering plaats. Tijdens deze vergadering zijn de opgetreden complicaties een vast agendapunt. Hierbij zijn alle artsen uit aanwezig, daarentegen zijn de verpleegkundigen niet betrokken. Voorafgaand aan de bespreking hoeft er niet veel informatie te worden verzameld, hoogstens moet de arts zijn eigen complicaties recapitulieren. Tijdens de vergadering is er een voorzitter en een secretaris, zodat alles soepel verloopt en het niet te lang duurt. Dit kwam in de interviews naar voren en is bevestigd tijdens de observatie. Gedurende de vergadering dragen artsen de complicaties aan die zij gezien hebben bij hun eigen patiënten. Vervolgens wordt de vraag gesteld: “Wat had ik anders of beter kunnen doen?”. De artsen waren erg open in wat er was gebeurd, zodat iedereen op de hoogte was en hier in een volgende situatie rekening mee kan worden gehouden. Tijdens de vergadering is geobserveerd dat de artsen gedetailleerd vertellen over de oorzaak van de complicatie, maar ook wat er tijdens de controle is gebeurd en wat er bij de patiënt moest of moet gebeuren na het optreden van de complicatie. Ook waren ze allemaal betrokken in de vergadering en deden ze allemaal mee in de discussies. De voorzitter probeert de vergadering over de complicaties onder de 20 minuten te houden, echter duurt dit bij meer complicaties soms langer, zo duurde de observatie ongeveer 35 minuten. Het aantal complicaties dat wordt besproken ligt meestal rond de 5, maar soms kunnen het er ook een stuk of 10 zijn. Er wordt wel een grens getrokken in welke complicaties wel worden besproken en welke niet. Alle respondenten die aanwezig zijn bij vergaderingen (drie uit vier) gaven aan dat ze alleen de complicaties bespreken waarvan ze denken dat ze er wat van kunnen leren. Een respondent gaf aan: “De dingen die wij benoemen zijn waarbij we als plastisch chirurg echt denken van, wij hebben zelf hier iets niet goed gedaan, het had beter gekund bijvoorbeeld of de timing had anders gekund. En met name: hoe heb je iets opgelost?”. Aan sommige complicaties die niet ernstig zijn valt volgens de respondenten niks te verbeteren en zullen altijd onder een van de risico's blijven vallen. Als een bepaalde complicatie vaker voorkomt, doen ze soms een interventie om te onderzoeken of ze de behandeling moeten aanpassen. Uit de vergadering die geobserveerd is, kwam naar voren dat er veel complicaties optreden bij vrouwen met borstkanker die een tissueexpander krijgen in combinatie met bestralingen. Hierover is tijdens de vergadering afgesproken om onderzoek naar te doen, om te zien of de voordelen van de behandeling opwegen tegen de risico's. Naast de maatschapsvergadering vindt, gaf één van de respondenten aan, eens per jaar een vergadering plaats waarin de vakgroep Plastische chirurgie kijkt naar de trends wat betreft complicaties. Hierin wordt gezocht naar patronen van complicaties die optreden om te zien of er ergens een behandeling of werkwijze moet worden aangepast. Het bespreken van complicaties vindt alleen plaats binnen de vakgroep. De zorgverleners hebben geen inzicht in de complicaties van andere vakgroepen.

Waarom wordt het op deze manier gedaan?

Alle respondenten vonden het goed dat complicaties geregistreerd worden. De grootste reden hiervoor is dat ze vervolgens de complicaties kunnen bespreken. Het registreren en bespreken is volgens de respondenten ook een vereiste vanuit de NVPC en komt elke vijf jaar terug in de kwaliteitsvisitatie. Door te registreren en bespreken kunnen vroegtijdig trends worden gezien en kunnen er interventies worden gedaan om het zorgproces te verbeteren. Het leren van het bespreken kan ook komen doordat artsen, zoals een respondent vertelde, beter op gaan letten bij bepaalde handelingen als een bepaalde complicatie bij een collega was voorgekomen.

Een goed voorbeeld dat laat zien dat de vakgroep daadwerkelijk iets doet met de complicaties kwam van één van de respondenten. Deze respondent vertelde over de carpale tunnel operatie. Deze werd zowel uitgevoerd in de operatiekamer als in de behandelkamer op de poli. De luchtkwaliteit tussen

deze twee kamers zou verschillen, waardoor de kans op een wondinfectie in de behandelkamer groter zou zijn dan in de operatiekamer. Doordat de complicatieregistratie goed verliep, is de vakgroep zich hierin gaan verdiepen. Hieruit bleek dat het aantal opgetreden postoperatieve wondinfecties niet verschilde tussen de twee verschillende kamers, oftewel dat de operaties in beide kamers net zo veilig waren en dus in beide uitgevoerd konden worden. Toen is het beleid aangepast en konden de vakgroep gewoon doorgaan met opereren in de behandelkamer. Dit voorbeeld laat het nut zien van het registreren en bespreken van complicaties en het vervolgens uitvoeren van een interventie.

Er kan ook worden bekeken wat er zou gebeuren als het werken niet op deze manier zou worden gedaan. Een respondent zegt daarover: “Je gaat denk ik, toch een soort blinde vlek ontwikkelen voor dingen die niet goed gaan. En als je dat niet bespreekt dan lijkt het net alsof het er niet is. En dat wil niet zeggen dat als je het niet gaat bespreken, dat daar dan meteen super zwaarwegende consequenties van hebt. Maar wat ik zei de jezelf de spiegel voorhouden dat je niet feilloos bent, is wel heel belangrijk”. Door niet met complicaties mee bezig te gaan, is het dus moeilijker te zien waar belemmeringen liggen in de zorg. Daardoor kan de kwaliteit ook omlaag gaan. Twee andere voordelen van deze manier van werken die in de interviews naar voren kwamen zijn twee effecten: (1) De artsen zijn van elkaars complicaties op de hoogte, en (2) de drempel om ongewenste uitkomsten te melden wordt steeds lager.

De respondenten gaven aan dat hun vakgroep zeker leert van complicaties, de score die ze hieraan gaven was gemiddeld een 8.3. Een arts gaf aan dat er soms wel complicaties worden besproken die voor hem niet relevant zijn, doordat hij ander soort operaties uitvoert. Op de vraag in hoeverre de respondenten effecten ervaren, scoorde ze een 7.3. Deze score lag lager, doordat ze aangaven dat het moeilijk is om te zien of er nou daadwerkelijk minder complicaties zijn door het bespreken of dat het door andere factoren komt. Eén respondent legde ook uit dat het registreren en bespreken van complicaties misschien wel voor kleine veranderingen kon zorgen, maar dat het de zorg niet drastisch verbetert.

Factoren van mogelijke invloed op de werkwijze omtrent complicaties

Veilige cultuur

Op de vraag of de respondenten zich binnen de vakgroep veilig voelen om een melding te doen van een complicatie, scoorde ieder individu een 10. Zo gaf één respondent aan over het kunnen delen van ongewenste uitkomsten: “En ik merk dat daar geen enkele, vanuit mijn perspectief, drempel meer in zit.” Dit kwam ook terug in de observatie van de complicatiebespreking. Tijdens die bespreking vertelde elke arts open en gedetailleerd wat er was gebeurd en de andere artsen stelden vragen en dachten mee, zonder enig oordeel. Eén respondent gaf aan dat die sfeer in de afgelopen 15 jaar erg veranderd is. Vroeger werd het gezien als falen als iemand wat fout deed. Tegenwoordig weet iedereen dat het kan gebeuren en dat het erbij hoort en ligt de nadruk juist op hoe het de volgende keer beter kan worden gedaan.

Tijdsbesteding

Het registreren van de complicatie in HiX kost een paar minuten tijd en dit is niet belemmerend voor de artsen en verpleegkundigen. Het voorbereiden van de complicatiebesprekingen kost de artsen ook niet veel tijd. De voorbereiding bestaat hoogstens uit het recapituleren van de complicaties die zij gezien hebben. Soms worden er interventies gedaan op een bepaalde complicatie die vaak voorkomt, hier kan dan wel maanden tijd in zitten. Zoals het nu gaat is het goed volgens de respondenten, maar het kan wel beter, echter gaven ze wel aan niet veel meer tijd erin te willen steken. Eén respondent vertelde: “Ik ben gewoon nu nog niet bereid om daar structureel echt meerdere dagen tijd aan te besteden. Omdat ik me afvraag of de opbrengst in verhouding staat tot de inzet”. Het zou dus beter kunnen, maar er moet dan wel iets tegenover staan, zoals een zichtbaar effect. Daarnaast gaf een respondent aan ook niet betaald te krijgen voor dit werk, waardoor er een grens is getrokken in de hoeveelheid tijd die een arts eraan

wilt besteden. Eén respondent gaf aan dat artsen uitbetaald te krijgen per patiënt. Dit maakt de motivatie om er meer tijd in te steken voor hen ook minder groot.

Ervaren nut

Alle respondenten vinden het goed dat complicaties geregistreerd worden, hierdoor krijgen ze binnen de vakgroep een idee van wat er gebeurt. Op de vraag hoe nuttig de respondenten een registratie vonden werd er een 8.8 gescoord, waarbij één respondent afweek met een 6. Deze arts gaf aan dat de getallen zo klein zijn, dat het moeilijk is om trends te zien. Ook gaven de respondenten aan dat ze met de registratie op zichzelf niet heel veel bereiken, maar dat het wel nodig is om te kunnen bespreken. Door te bespreken kan er ook worden gekeken naar oplossingen en dat is het belangrijkste ervaren nut volgens de respondenten. De gemiddelde score op de vraag hoe nuttig de respondenten de bespreking vinden is net als voor de registratie een 8.8. Eén respondent gaf ook aan dat zowel de patiënt als de arts juridisch zijn ingedeekt door het registreren. Dit is voordelig zodat er achteraf dan geen discussies kunnen ontstaan, omdat alles volgens het zorgproces verlopen is en duidelijk geregistreerd is.

Richtlijnen

De respondenten geven aan vanuit Ziekenhuis X geen protocollen of richtlijnen te kennen die zij moeten volgen tijdens het registreren of bespreken van complicaties. Daarnaast houdt de NVPC elke vijf jaar een kwaliteitsvisitatie op alle plastische chirurgen. Ook is er vanuit de NVPC een registratieboom, de mappinglist, opgesteld die wordt gebruikt om complicaties in codes te definiëren. Hierdoor is er overeenstemming over de definitie van complicaties binnen de tak plastische chirurgie en hierdoor gebruiken ze allemaal dezelfde codes voor dezelfde complicatie.

Vanuit de vakgroep hebben ze verder ook geen specifieke protocollen, het registreren en bespreken wordt gezien als een afspraak die ze nakomen. Tijdens vergaderingen volgen ze wel een agenda, zodat belangrijke punten, zoals de complicatiebespreking, nooit worden overgeslagen. De zorgverleners hebben wel een beleid op hoe ze zorg leveren, dus welke stappen ze ondernemen, wat er bij welke diagnose komt kijken en dat een patiënt na een operatie altijd terugkeert in de eerste twee weken ter controle. Een respondent gaf ook aan dat ze binnen de vakgroep het beleid proberen aan te passen als een bepaalde complicatie vaak optreedt, en hier uit de complicatiebespreking aanleiding toe is. Hierdoor worden de behandelingen dus aangepast en daarmee het zorgproces en de kwaliteit van zorg verbeterd.

Verbeteringen specifiek voor de werkwijze van de zorgverleners binnen de vakgroep

Er zijn twee verbeteringen specifiek voor de werkwijze van de zorgverleners van de vakgroep Plastische chirurgie. Volgens een respondent kan het registratieproces namelijk nog iets meer gestandaardiseerd worden, zodat artsen het registreren minder snel vergeten, wat nu af en toe nog gebeurt. Daarnaast zouden uitkomsten nog meer gedeeld kunnen worden met de verpleegkundigen, zodat zij meer op de hoogte zijn van de complicaties die optreden binnen de vakgroep. Hier waren de meningen van de respondenten echter over verdeeld. Twee vonden het een goed idee om de verpleegkundige meer te betrekken. Daarentegen vonden de andere twee het niet nodig dat de verpleegkundigen bijvoorbeeld elke maatschapsvergadering aanwezig moeten zijn. De reden hiervoor is dat met meer mensen de vergadering langer zal gaan duren en ze gaven aan dat niet te willen.

Algemene verbeterpunten

Er zijn ook een aantal verbeterpunten die de respondenten aangaven anders te willen zien. Echter, deze kunnen zij niet veranderen, doordat het gaat om factoren van buiten de vakgroep. Een respondent gaf

aan dat eerst door het hele ziekenhuis heen binnen vakgroepen een veilig setting gecreëerd moet worden, zodat complicaties besproken worden, zonder enige consequenties. Vervolgens moeten de complicaties geregistreerd en opgedeeld worden in verschillende maten van ernst, zoals geen schade, tijdelijke schade, permanente schade en dood. Vervolgens worden de grootste gevolgen, dus permanente schade en dood, het eerst besproken. Hierbij is het van belang dat behandelingen waarbij geen complicatie is opgetreden ook worden meegenomen. Dat sluit ook aan bij een tweede verbeterpunt. In de oude versie van HiX kon ‘geen complicatie’ ook gescoord worden, zodat alle behandelingen een score krijgen. In de nieuwe versie is die knop er niet, waardoor ‘geen complicatie’ geen score krijgt. Hierdoor krijgt de vakgroep ook minder duidelijke uitslagen uit HiX, omdat de artsen niet weten hoeveel behandelingen er plaatsvinden zonder dat een complicatie optreedt. De respondenten gaven ook aan dat ze het praktisch zouden vinden om een overzicht te kunnen krijgen van de complicaties per arts, maar ook van de hele vakgroep. Als laatst zouden twee van de vier respondenten graag de Clavien-Dindo methode willen terugzien in het registratiesysteem in plaats van het standaard format. Zij gaven aan dat deze methode duidelijk en makkelijk toepasbaar is en, met kleine aanpassingen per afdeling, ziekenhuisbreed zou kunnen worden toegepast. Echter, er zal eerst een goedgekeurde en geijkte Nederlandse vertaling en versie van deze methode goedgekeurd moeten worden.

Conclusie

De huidige werkwijze van de zorgverleners omtrent complicaties binnen de vakgroep Plastische chirurgie bestaat uit het registreren van de complicaties in HiX om deze vervolgens één keer in de zes weken te bespreken. Binnen de vakgroep wordt gepoogd elke patiënt te registreren om een 100% registratie te krijgen. Tijdens de maatschapsvergadering worden de grotere en opvallende complicaties besproken. Deze manier van werken wordt toegepast, omdat de artsen in de vakgroep aangeven dat het nuttig is om de complicaties te registreren, voor het ontdekken van valkuilen, en vooral om deze te bespreken en te zoeken naar oplossingen. Wat interessant is om te zien, is dat het gemiddelde ervaren nut hetzelfde wordt beoordeeld voor registraties als voor besprekingen. Dit komt doordat de respondenten het gevoel hebben dat ze meer uit het bespreken van complicaties kunnen halen, maar zonder registratie er überhaupt geen bespreking plaats kan vinden.

Er zal nu worden ingegaan op de vier factoren die mogelijk van invloed kunnen zijn op de werkwijze rondom complicaties. De cultuur is volgens alle respondenten volledig veilig en ze durven alles open te delen. Deze factor heeft daarmee op de afdeling Plastische chirurgie geen negatieve invloed op de werkwijze omtrent complicaties. Het registreren en het voorbereiden van de bespreking van complicaties kost de artsen weinig tijd en dit werkt niet belemmerend. Echter, er werd wel aangegeven dat de werkwijze nog verbeterd kon worden, maar dat ze er niet meer tijd in willen steken dan ze nu doen. De respondenten gaven aan dat ze het registreren en bespreken van complicaties tot op zekere mate nuttig vonden, omdat ze daarmee een beeld krijgen van hoe de vakgroep presteert. De beperking zit in het feit dat trends zien op zulke kleine getallen moeilijk is en er dus niet heel veel mee wordt gedaan. De huidige werkwijze wordt dus wel enigszins belemmerd door de tijdsbesteding en het ervaren nut en de noodzaak. Ondanks dat er weinig protocollen beschikbaar zijn vanuit Ziekenhuis X en vanuit de NVPC, heeft de vakgroep wel afspraken waar ze zich aan houden, zoals de periodieke bespreking en het altijd registreren. Door de vijfjaarlijkse visitatie vanuit de NVPC worden de artsen wel enigszins verplicht om te registreren. De werkwijze omtrent complicaties wordt dus niet heel erg beïnvloed, doordat de vakgroep dus wel registreert en bespreekt ondanks de afwezigheid van complicatie specifieke richtlijnen.

In andere woorden, de huidige werkwijze goed is en er goed geregistreerd en besproken wordt binnen de vakgroep Plastische chirurgie in Ziekenhuis X en ze leren ook van de opgetreden complicaties. Aan de andere kant zou dit nog een stuk beter kunnen, wanneer er meer tijd wordt gestoken in de complicaties, zoals het doen van interventies, maar in dat geval moet er nog meer draagvlak komen

vanuit de artsen. Op dit moment zijn zij nog niet bereid om er meer tijd en moeite in te steken, omdat naar hun mening het effect niet opweegt tegen de moeite die erin zit. Daarnaast zou het helpen als er in HiX ook gescoord kan worden als er geen complicatie optreedt na een behandeling, omdat er dan meer overzicht verkregen wordt.

Discussie

In dit onderzoek zijn vier van de vijf zorgverleners die betrokken zijn bij complicatieregistratie binnen de vakgroep Plastische chirurgie geïnterviewd. Ondanks dat het maar gaat om 4 respondenten is dit wel een representatieve onderzoekspopulatie voor deze specifieke vakgroep. Het is wel moeilijk om te zeggen of er saturatie is bereikt met de interviews, omdat de groep zo klein is. Hierdoor is de externe validiteit van het onderzoek iets lager uitgevallen. De interne validiteit is gewaarborgd door in alle interviews hetzelfde semigestructureerde interviewschema te gebruiken en de interviews in dezelfde omstandigheden uit te voeren. Daarbij hebben de observaties en het inzien van de registraties er wel voor gezorgd dat de antwoorden uit de interviews vergeleken konden worden met de praktijk. Door de participanten te observeren, kon in een natuurlijke omgeving data verzameld worden zonder de variabelen te beïnvloeden, wat het onderzoek betrouwbaarder heeft gemaakt.

Door dit onderzoek heeft Ziekenhuis X en de vakgroep Plastische chirurgie een beter beeld van hoe deze vakgroep de werkwijze omtrent complicaties heeft ingericht. Het beeld van hoe de vakgroep werkt, had nog iets uitgebreider gekund. Achteraf hadden namelijk een paar onderwerpen nog beter aangesneden kunnen worden in de interviews. Eén daarvan is wat er in de kwaliteitsvisite van de NVPC naar voren komt. Daarnaast was het interessant geweest om te onderzoeken of de zorgverleners iets merken van de toename van complicaties door buitenlandse ingrepen, zoals vermeldt in het theoretisch kader of dat ze hier geen verandering in ervaren.

Dit onderzoek draagt bij aan de literatuur, doordat nog niet eerder een onderzoek is uitgevoerd naar de werkwijze omtrent complicaties in het algemeen, maar ook niet specifiek voor een vakgroep Plastische chirurgie. Er is wel eerder onderzoek gedaan naar complicaties en waarom het belangrijk is om deze te registreren en bespreken, maar dit is het eerste onderzoek die de meningen en gedachten van de zorgverleners meeneemt. Dit is een goed begin om erachter te komen waar in deze werkwijze er eventuele verbeteringen zitten. Het is belangrijk om dit beeld te schetsen binnen alle vakgroepen om erachter te komen hoe dit proces verloopt binnen het gehele Ziekenhuis. In een vervolgonderzoek zou het dus goed zijn om dit onderzoek uit te voeren op meerdere afdelingen. In een eventueel vervolgonderzoek zou de onderzoekspopulatie in ieder geval groter moeten zijn, zodat er volledige saturatie bereikt kan worden. Daarnaast zouden er ook meer observaties moeten plaatsvinden van complicatiebesprekingen en zou er op meer dagen en bij verschillende zorgverleners geobserveerd moeten worden op de polikliniek. Ook zou het een optie zijn om te kijken naar alleen de afdeling Plastische chirurgie, maar dan in meerdere ziekenhuizen, zodat de werkwijze omtrent complicaties vergeleken kan worden en er bijvoorbeeld vanuit de NVPC eventuele verbeteringen zouden kunnen plaatsvinden. Als laatste zou het interessant zijn om de factoren die mogelijk van invloed te zijn verder te onderzoeken, om onder andere te zien of deze een significant effect hebben op de werkwijze.

De werkwijze van de vakgroep Plastische chirurgie is redelijk goed, maar er zijn een aantal aanbevelingen die tijdens dit onderzoek naar voren kwamen. (1) Ten eerste moet er nog meer draagvlak gecreëerd worden, zodat de artsen meer tijd en moeite in complicaties willen steken. Een belangrijk verbeterpunt is dat de verpleegkundigen meer betrokken kunnen worden in besprekingen, aangezien zij ook af en toe complicaties registreren. Dit betekent niet dat de verpleegkundigen bij elke maatschapsvergadering aanwezig moeten zijn, maar dit kan worden vormgegeven door een (half)jaarlijkse vergadering waarin de trends op het gebied van complicaties worden besproken. (2) Het wordt ook aanbevolen om een document op te stellen met daarin de richtlijnen van het registreren en bespreken van de vakgroep zelf. Dit moet alle onderdelen van de werkwijze omtrent complicaties

bevatten, dus bijvoorbeeld wat ze registreren, wanneer ze dit doen en wat de besprekingen inhouden. Het is voor het overzicht handig om dit allemaal in één document samen te vatten. (3) Daarnaast kwam de Clavien-Dindo twee keer naar voren en zouden de artsen deze methode in de toekomst graag zien terugkomen in HiX. Dit is echter een verbetering die zou moeten worden toegepast door de makers van HiX zelf. (4) Als laatst zouden de zorgverleners in HiX een automatisch overzicht moeten krijgen van het aantal complicaties en de analyse hiervan, zoals bij welke categorie een complicatie hoort. Dit zou het bespreken en oplossen van complicaties makkelijker kunnen maken. Het zou dus praktisch zijn om een dashboard te hebben waar met één klik een overzicht kan worden verkregen van de complicaties. (5) Hierop aansluitend moet er dan ook een knop worden toegevoegd in HiX waarin behandelingen waarbij geen complicatie is opgetreden ook geregistreerd worden.

Als laatst zal worden ingegaan op het achterliggende onderzoek over uniformiteit. Vanuit de vakgroep zijn er wisselende antwoorden op de vraag of dit haalbaar is of niet. Het advies voor Ziekenhuis X is dat het goed zou zijn als er één methode zou worden gebruikt, zoals de Clavien-Dindo, voor het registreren, zodat dit binnen alle vakgroepen op dezelfde manier en vooral volgens één classificatie gebeurt. Ook zou het goed zijn als alle vakgroepen complicaties bespreken. Echter, een hele specifieke richtlijn, met mogelijkheid voor afwijking, voor de werkwijze omtrent complicaties opstellen zou niet werkend zijn. Er zijn veel verschillende vakgroepen die anders te werk gaan, waardoor de vakgroepen dan alleen maar gaan afwijken en dan is er nog steeds geen sprake van uniformiteit. Een uniforme werkwijze zou wel wenselijk zijn, maar is niet haalbaar. Tegelijk met dit onderzoek zijn nog drie onderzoeken uitgevoerd naar de werkwijze omtrent complicaties op verschillende afdelingen. Op basis daarvan is een uitgebreider gezamenlijk advies opgesteld over de uniforme werkwijze, deze is bijgevoegd bij dit artikel.

Ethische overwegingen

Om de ethische overwegingen in acht te nemen is met verschillende zaken rekening gehouden. Ten eerste is dit onderzoek goedgekeurd door de ethische toetsing van de BMS Ethics Committee van de Universiteit van Twente, te vinden onder nummer 220353. Hierdoor is de ethische verantwoorde onderzoekspraktijk gewaarborgd. Dit werd gedaan doordat menselijke deelnemers op directe wijze, via interviews, betrokken zijn bij het onderzoek. Daarnaast is voordat het interview plaatsvond een informatieblad opgestuurd naar de respondent die zal deelnemen aan het interview, zie bijlage 4. Vervolgens werd bij het informatieblad een informed consent formulier bijgevoegd en werd de geïnterviewde gevraagd om dit formulier te ondertekenen, zie bijlage 5. In dit informed consent formulier staat ook alle informatie die de geïnterviewde moest weten voorafgaand aan het interview. Dit zorgde ervoor dat de gegevens en antwoorden van de geïnterviewde anoniem bleven en de uitkomsten van het interview in het onderzoek verwerkt mochten worden. Het interview is dan ook anoniem uitgevoerd.

Referenties

- [1] Myren B, Oerlemans A, Zusterzeel P. Patiënt schuift aan bij bespreken van complicaties | Medischcontact 2021.
- [2] Brochure “Calamiteiten melden aan IGJ” | Brochure | Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd n.d.
- [3] Complicatieregistratie moet eenduidig | medischcontact n.d.
<https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/complicatieregistratie-moet-eenduidig.htm> (accessed March 15, 2022).
- [4] KNMG. Beleidsdocument Complicatieregistratie. Consult Utr 2010.
- [5] Gijsen R, Post NAM, Witte KE, Bovendeur I, Kommer GJ, De Koning JS. Indicatoren voor de openbare gezondheidszorg Ontwikkeling van indicatoren uit de IGZ-basisset 2007 2009.
- [6] Mapping Complicatielijst Plastische chirurgie naar Masterclassificatie versie 3.0. NVPC 2007.
- [7] Wkkgz | Wetten in ons toezicht | Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd n.d.
<https://www.igj.nl/onderwerpen/wetten-in-ons-toezicht/wkkgz> (accessed March 24, 2022).
- [8] Hoe werkt ons toezicht | Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd n.d.
<https://www.igj.nl/onderwerpen/hoe-werkt-ons-toezicht> (accessed March 23, 2022).
- [9] Factsheet, Melden onbedoelde gebeurtenissen en uitkomsten van zorg door medisch specialisten. Fed Med Spec n.d.
- [10] Janssen MCH, Koopmans PP, Van Gurp PJ. Reguliere bespreking van ernstige complicaties tijdens opname op een afdeling Interne Geneeskunde, Klinische Les. NED TIJDSCHR GENEESKD 2010;154:A1032.
- [11] Plastische chirurgie Ziekenhuis X
- [12] Chirurgie NV voor P. NVPC bezorgd over toename aantal cosmetische ingrepen in buitenland - Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie n.d.
https://www.nvpc.nl/nieuws_detail.php?nieuws_id=434 (accessed March 18, 2022).
- [13] Elektronisch patiëntendossier HiX: optimale zorginnovatie n.d.
<https://www.chipsoft.nl/oplossingen/1/Elektronisch-patientendossier-HiX-optimale-zorginnovatie> (accessed March 29, 2022).
- [14] Schieman, R., Bakx, J., Winters H. Algemene kwaliteitsnormen Plastische chirurgie. NVPC 2012.
- [15] Kwaliteitskader Cosmetische Zorg - Landelijke afspraken over de organisatie van de cosmetische zorg. Zorginstituut Ned 2019.
- [16] Clavien PA, Barkun J, De Oliveira ML, Vauthey JN, Dindo D, Schulick RD, et al. The Clavien-Dindo classification of surgical complications: five-year experience. *Ann Surg* 2009;250:187–96. doi:10.1097/SLA.0B013E3181B13CA2.
- [17] Baarda, B., vd Hulst M. Basisboek Interviewen. 4th ed. Noordhoff Uitgevers; 2017.
- [18] Moser, A., Korstjens I. Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. *Eur J Gen Pract* 2018;24:1:9–18. doi:10.1080/13814788.2017.1375091.
- [19] Baarda, B., Fischer, T., Julsing, M., Peters, V., vd Velden, T., Bakker, E., de Goede M. Basisboek Kwalitatieve Analyse - Hoe analyseer je kwalitatieve data? Noordhoff Uitgevers; 2013.
- [20] Birks M, Mills J. Grounded Theory: A Practical Guide, Chapter one. 2015.

Bijlage 1 Interview

In deze bijlage is het interviewschema weergegeven samen met de introductie en de afsluiting die gebruikt is tijdens de interviews.

Introductie

Ik ben ... en ik studeer gezondheidswetenschappen aan de Universiteit van Twente, waar ik nu bezig ben met mijn bachelor thesis. Ik doe onderzoek naar de werkwijze omtrent complicaties binnen de vakgroep Plastische chirurgie. Hiervoor interview ik artsen en verpleegkundigen die hiermee te maken krijgen om de werkwijze in kaart te brengen. Hiermee kan ik een goed beeld schetsen van de praktijk. Er zullen vragen gesteld worden over complicaties, de registraties hiervan en de besprekingen en naar de evaluatie van de werkwijze. Dit zullen met name open vragen en meningsvragen zijn.

U bent gekozen als respondent, doordat u werkzaam bent binnen de vakgroep Plastische Chirurgie en te maken krijgt met complicaties. Het interview zal ongeveer een half uur duren. Ik wil aan u toestemming vragen voor het maken van eventuele aantekeningen en het opnemen van dit interview. Kunt u iets meer vertellen over uw werkzaamheden?

Heeft u nog vragen? Zo nee, dan zal ik nu de opname starten en beginnen, waarna ik nogmaals vraag of het opgenomen mag worden, zodat dit bevestigd op de audio staat.

Interviewschema:

Openingsvraag: Wat is volgens u een complicatie?

Tabel 1: Interviewschema

Topic	Subtopic	Vragen
Complicaties	<ul style="list-style-type: none"> - Frequentie - Patiënt-betrokkenheid 	<ul style="list-style-type: none"> - Hoe vaak komen complicaties binnen jullie vakgroep voor? - Weet u hoe zich dit verhoudt tot andere 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 (afwijking van richtlijn) - Rolverdeling - Richtlijnen/ protocollen - Mening 	<ul style="list-style-type: none"> - Op welke manier registreert u complicaties binnen de vakgroep Plastische chirurgie van Ziekenhuis X? - Welke overwegingen spelen een rol om complicaties op deze manier te registreren? - Wie registreren complicaties/wie is hier verantwoordelijk voor? - Wat is binnen Ziekenhuis X 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?

		<ul style="list-style-type: none"> - 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 - 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? - Welke overwegingen spelen een rol om op deze manier complicaties te bespreken? - Wat vindt u van de tijdsduur van het voorbereiden? → En van de tijdsduur van de bespreking zelf? - 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 - 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? → 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?

		<p>→ Waar is dit effect merkbaar? (bijv. op de afdeling/alleen in de cijfers)</p> <ul style="list-style-type: none">- 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?- In hoeverre denkt u dat een uniforme werkwijze binnen Ziekenhuis X toepasbaar is? <p>→ Mening?</p>
--	--	---

Afsluiting

- Samenvatten/algemene conclusie
- Aangeven wanneer respondent de resultaten kan verwachten en vragen of ze de resultaten willen
- Bedanken
- Nagesprek

Bijlage 2 Observatieschema

De volgende tabel geeft het observatieschema weer die gebruikt is tijdens de observatie van de maatschapsvergadering.

Tabel 2: Observatieschema

Waar op letten:	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 die 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 a.d.h.v. bespreking?	
Wat bespreken ze? <ul style="list-style-type: none"> • Patiëntgegevens • Opgetreden complicaties • Hoe voorkomen kunnen worden • Hoe in volgende situatie 	<ul style="list-style-type: none"> • Ja / Nee • Ja / Nee • Ja / Nee • Ja / Nee
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 er uit en nu?	
Hebben ze het over het gevolg van de bespreking van de complicatie? Wat ermee gaat gebeuren?	

Extra opvallende informatie:

Bijlage 3 Tabel inductieve codering

In de volgende tabel is uitgelegd waarom voor bepaalde categorieën is gekozen tijdens de codering en waarom bepaalde codes in die categorie zijn geplaatst.

Tabel 3: Uitleg inductieve codering

Categorie	Uitleg	Codes
Belemmeringen huidige werkwijze	Dit zijn de struikelblokken, waardoor de huidige werkwijze niet optimaal verloopt. Dit zijn punten waarop wellicht verbeteringen te behalen zijn.	<ul style="list-style-type: none"> - Artsen krijgen niks voor complicatieregistratie en bespreking - Artsen vergeten te registreren - Er wordt wat gedaan met complicaties, maar niet structureel - Fouten registreren - Geen registratie - Moeilijk informatie krijgen uit complicaties - Uitkomsten worden niet bespreken
Clavien-Dindo	Dit is een methode die naar voren kwam die een deel van de artsen zouden willen toepassen in HiX.	<ul style="list-style-type: none"> - Clavien-Dindo
Informatie complicaties	Dit is algemene informatie die van belang is voor de onderbouwing.	<ul style="list-style-type: none"> - Definitie complicaties - Frequentie complicaties - Kans op complicaties - Voorbeelden complicaties - Wanneer ontstaan complicaties
Informed consent	Dit punt gaat over de informatievoorziening van mogelijke complicaties voor patiënten die een behandeling ondergaan. Een essentieel onderdeel van de werkwijze rondom complicaties.	<ul style="list-style-type: none"> - Informed consent - Inhoud informed consent
Meningen registraties en besprekingen	De meningen van de artsen worden als apart deel meegenomen, zodat de feitelijke informatie gescheiden wordt van de meningen over de werkwijze rondom complicaties.	<ul style="list-style-type: none"> - Bespreken is goed - Mening bespreken - Mening registreren - Mening werkwijze registreren - Registeren is goed - Moeten verpleegkundigen deelnemen aan bespreking?
Ontbrekende kennis	Over bepaalde punten wisten de respondenten niet of die bestonden of niet.	<ul style="list-style-type: none"> - Geen kennis complicatie andere afdelingen - Geen kennis hoeveelheid complicaties - Geen kennis van protocol - Geen kennis van termijn
Protocollen	Een van de factoren die invloed kan hebben op de werkwijze omtrent complicaties.	<ul style="list-style-type: none"> - Beleid aanpassen a.d.h.v. complicaties - Beleid Ziekenhuis X - Protocol NVPC - Protocol voor besprekingen

Registratie-systeem HiX	Het systeem waar registraties in geregistreerd wordt. Dit staat in verband met de werkwijze, maar de codes zijn hier specifiek op HiX gericht.	<ul style="list-style-type: none"> - Digitalisering patiëntendossier - Onderdelen complicatieregistratie HiX - Percentages afdeling - Registratiesysteem - Stappenplan complicaties HiX
Rol verpleegkundige	Dit is apart genomen, omdat verpleegkundigen geen grote rol hebben in besprekingen, maar wel een rol spelen in de registraties.	<ul style="list-style-type: none"> - Geen overleg met verpleegkundigen - Moeten verpleegkundigen deelnemen aan besprekingen? - Verpleegkundigen niet betrokken - Verpleegkundige registreert
Schaalvragen	Deze vragen hoeven niet gecodeerd te worden, maar geven een weergave van de cijfers die de respondenten gaven aan bepaalde vragen.	<ul style="list-style-type: none"> - Cijfer effect - Cijfer leren - Cijfer noodzaak bespreken - Cijfer noodzaak registreren - Cijfer nut bespreken - Cijfer nut registreren - Cijfer veiligheid
Tijdsbesteding	Een van de factoren die invloed kan hebben op de werkwijze omtrent complicaties.	<ul style="list-style-type: none"> - Frequentie besprekingen - Tijdsbesteding voorbereiding bespreking
Veilige cultuur	Een van de factoren die invloed kan hebben op de werkwijze omtrent complicaties.	<ul style="list-style-type: none"> - Besprekingen zijn open - Veilige cultuur - Voor leermomenten moet er geuit en gedeeld worden
Verbeteringen huidige werkwijze	Dit zijn punten die uit de interviews specifiek naar voren kwamen. En die wel of juist niet geïmplementeerd zouden moeten worden.	<ul style="list-style-type: none"> - Complicatieregistratie meer standaardiseren - Delen van uitkomsten - Protocol implementeren - Verbetering huidige werkwijze
Voordelen registratie en besprekingen	Dit is een apart kopje, omdat dit weergeeft wat de redenen zijn waarom registreren en bespreken goed is en waarom het in de toekomst ook gedaan moet worden.	<ul style="list-style-type: none"> - Afdeling leert van complicaties - Arts ingedekt - Effecten complicatieregistraties en besprekingen - Interventie op besprekingen - Leermomenten - Patiënt juridisch ingedekt - Trends zien door registratie - Voordeel complicatieregistraties en besprekingen - Werkwijze aanpassen a.d.h.v. complicaties
Vormgeving complicatie-bespreking	Deze categorie gaat specifiek in op de complicatiebespreking en dus de huidige werkwijze van de vakgroep. Deze codes laten zien hoe dit is vormgegeven.	<ul style="list-style-type: none"> - Betrokkenen complicatiebespreking - Frequentie besprekingen - Geen overleg met verpleegkundigen - Hoeveel complicaties in één bespreking - Informatieverzameling bespreking - Inhoud bespreking

		<ul style="list-style-type: none"> - Onderdelen bespreking - Onderscheid complicaties wel/niet bespreken - Protocol voor bespreking - Verantwoordelijke complicatiebespreking - Werkwijze besprekingen
Werkwijze registratie	Deze categorie gaat specifiek in op de huidige werkwijze van het registreren en is van belang voor het in beeld brengen van de praktijk.	<ul style="list-style-type: none"> - Onderdeel vakgebied - Termijn complicatieregistratie - Verantwoordelijke complicatieregistratie - Verpleegkundige registreert - Waarom registreren - Wanneer registreren - Werkwijze vakgroep complicatieregistratie

Bijlage 4 Informatieblad interview

Dit is het formulier dat naar de respondenten werd gestuurd voorafgaand aan het interview ter informatie.

Informatieblad voor onderzoek 'Werkwijze omtrent complicaties bij de vakgroep Plastische chirurgie in Ziekenhuis X.'

Doel van het onderzoek

Dit onderzoek wordt geleid door Marrit Oosterveld, student gezondheidswetenschappen aan de Universiteit van Twente. Dit onderzoek is een bachelor thesis.

Het doel van dit onderzoek is het in kaart brengen van de manier van registreren en bespreken van complicaties binnen de vakgroep Plastische chirurgie in Ziekenhuis X. Daarnaast wordt er onderzocht of een uniforme manier van complicaties registreren en bespreken ziekenhuisbreed wenselijk is. Dit om benchmarking beter mogelijk te kunnen maken.

Hoe gaan we te werk?

U neemt deel aan een onderzoek waarbij we informatie zullen vergaren door u te interviewen en uw antwoorden op te nemen via een audio-opname. Er zal ook een transcript worden uitgewerkt van het interview. De vragen die gesteld zullen worden gaan over de manier waarop de vakgroep Plastische chirurgie en uzelf complicaties registreren en bespreken. Het interview zal ongeveer 30 minuten duren en worden afgenomen in Ziekenhuis X.

U dient tenminste 18 jaar te zijn om deel te nemen aan dit onderzoek. Daarnaast behoort u werkzaam te zijn binnen de vakgroep Plastische chirurgie in Ziekenhuis X en een rol te spelen op het gebied van complicaties.

Uitsluitend ten behoeve van het onderzoek zullen de verzamelde onderzoeksgegevens worden gedeeld met de Universiteit Twente en de afdeling Kwaliteit en Veiligheid en de vakgroep Plastische Chirurgie van Ziekenhuis X.

Potentiële risico's en ongemakken

Er zijn geen fysieke, juridische of economische risico's verbonden aan uw deelname aan deze studie. 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 uw privacy zo goed mogelijk te beschermen. Er wordt op geen enkele wijze vertrouwelijke informatie of persoonsgegevens van of over u naar buiten gebracht, waardoor iemand u zal kunnen herkennen.

Voordat onze onderzoeksgegevens naar buiten gebracht worden, worden uw gegevens zoveel mogelijk geanonimiseerd, tenzij u in ons toestemmingsformulier expliciet toestemming heeft gegeven voor het vermelden van uw naam/functie, bijvoorbeeld bij een quote.

In een publicatie zullen anonieme gegevens worden gebruikt. De audio-opnamen, formulieren en andere documenten die in het kader van deze studie worden gemaakt of verzameld, worden verwijderd nadat het artikel geschreven is. Alleen de verwerkte informatie zal beschikbaar zijn in het wetenschappelijk artikel.

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 BMS (domain Humanities & 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. Het stopzetten van deelname heeft geen nadelige gevolgen voor u of de eventueel reeds ontvangen vergoeding.

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 onderzoeksleider.

Naam: Marrit Oosterveld

E-mail: ...

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 Onderzoeksleider.

Bijlage 5 Informed consent

Dit formulier is door alle respondenten ingevuld en ondertekend voorafgaand aan het deelnemen van het interview.

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 opgave 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.

3. Ik geef toestemming om de gegevens die gedurende het onderzoek bij mij worden verzameld te verwerken, zoals is opgenomen in het bijgevoegde informatieblad. Deze toestemming ziet dus ook op het verwerken van gegevens betreffende mijn lidmaatschap van vakbond en functie in de vakgroep.	JA <input type="checkbox"/>	NEE <input type="checkbox"/>
4. Ik geef toestemming om tijdens het interview opnames (geluid) te maken en mijn antwoorden uit te werken in een transcript.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ik geef toestemming om mijn antwoorden te gebruiken voor quotes in de onderzoek publicaties.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ik geef toestemming om mijn echte naam te vermelden bij de hierboven bedoelde quotes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ik geef toestemming om de bij mij verzamelde onderzoek data 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: