

Complicaties in ziekenhuis X
De huidige werkwijze rondom complicatieregistratie- en besprekingen van de vakgroep
Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie (MKA) van ziekenhuis X

Afstudeeropdracht

Enschede, 3-7-2022

Auteur

Floor Schutrups
S2157039

Begeleiders

1^{ste}: Prof. Dr. S. Siesling
2^{de}: Dr. P.J. Klok

Universiteit Twente

Faculteit Technische Natuurwetenschappen
Gezondheidswetenschappen

Dankwoord

Voor het eerst is er binnen de Universiteit Twente gewerkt in afstudeerkringen. De medestudenten uit mijn afstudeerkring waren altijd mijn eerste aanspreekpunt, hen wil ik dan ook als eerste bedanken. We konden goed met elkaar sparren en er was altijd ruimte om een vraag of probleem aan te kaarten. Ik ben dan ook ontzettend blij dat wij alle vier deze afstudeerperiode samen met een mooi resultaat afsluiten.

Naast de hulp van mijn afstudeerkring wil ik graag de Universiteit Twente en vooral de begeleiders bedanken voor de feedback en motiverende en open gesprekken. Vanaf het eerste moment waren de begeleiders een positieve steun. Dit heeft voor mij bijgedragen aan het voortzetten van het onderzoek, ook als ik zelf daar wat twijfels over voelde.

Als laatste wil ik de mensen van ziekenhuis X bedanken. Dit geldt voor zowel de begeleiders als iedereen die verbonden is aan de vakgroep Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie (MKA). Ten eerste voor het medemogelijk maken van de opdracht. Door de begeleiders werden wij gelijk goed opgevangen en door de openheid van hen tijdens onze gesprekken kregen wij een kijk in hun werkzaamheden en was er ruimte om onze ideeën te delen zonder daarop afgerekend te worden. Ten tweede was er vanaf het begin goed en snel contact en was hier ook altijd de mogelijkheid voor. De vakgroep MKA wil ik daarnaast bedanken voor hun tijd, interesse en het meewerken aan de interviews.

Al deze mensen en instellingen hebben er samen voor gezorgd dat dit onderzoek uitgevoerd kon worden, hierdoor is er meer kennis beschikbaar over de werkwijze omtrent complicaties in ziekenhuis X.

Abstract

Achtergrond

In het belang van het bewaken van de kwaliteit van zorg dienen complicaties te worden geregistreerd en besproken. Door deze vast te leggen kunnen verbanden worden getrokken en onderliggende factoren bloot worden gelegd met als doel deze uiteindelijk te voorkomen. Door de preventie van complicaties verhoogd de kwaliteit van de zorg. Daarnaast levert het gezondheidswinst op voor de patiënt, zorgt het voor verdere professionalisering van zorgverleners en zal het ziekenhuis efficiënter zijn. Om het kwaliteitsinstrument representatief in te kunnen zetten is een duidelijke werkwijze van belang. Op dit moment is het onduidelijk wat de huidige werkwijze is en wat de gevolgen hiervan zijn. Om dit in kaart te brengen, is de volgende onderzoeksvraag opgesteld: *‘Wat is de huidige werkwijze van zorgverleners omtrent complicaties binnen de vakgroep Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie (MKA) in Ziekenhuis X en waarom wordt het op deze manier gedaan?’*.

Methode

Om de huidige werkwijze in kaart te brengen is er een kwalitatief onderzoek uitgevoerd met als basis een deskresearch in de vorm van literatuur. De fieldresearch bestond uit een observatie van een complicatiebespreking met behulp van een observatieschema en semigestructureerde interviews bij 4 respondenten van de vakgroep MKA met behulp van een interviewschema. De interviews zijn opgenomen en getranscribeerd. De verkregen data zijn vervolgens geanalyseerd in ATLAS.ti.

Resultaten en conclusie

Complicaties worden door de chirurgen van de vakgroep MKA geregistreerd in HiX en maandelijks besproken. Hierdoor komen zij samen tot bepaalde inzichten en leren zij van elkaar. De factoren samen beschrijven waarom de huidige werkwijze bestaat en de mogelijke invloeden op deze werkwijze. Zo draagt de onduidelijkheid van de definitie negatief bij en kan dit ervoor zorgen dat er niet, of verschillend wordt geregistreerd. Het nut en de noodzaak, tijdsduur en veiligheidscultuur zijn niet van negatieve invloed, onduidelijk is of dit positief bijdraagt. De kwaliteitsvisitatie en richtlijnen zorgen ervoor dat er een algemene werkwijze ontstaat.

Discussie

Het vervolg is dat de resultaten en aanbevelingen zoals die zijn gegeven worden geïmplementeerd om de kwaliteit mogelijk verder te bevorderen. Daarna kan er een vervolgonderzoek worden gedaan om te onderzoeken wat het gevolg is van het implementeren van de verbeteringen. Met de vraag of het daadwerkelijk heeft bijgedragen aan de kwaliteit en welke invloed het heeft op de geschetste factoren

Kernwoorden: complicaties, complicatieregistratie, complicatiebespreking, kwaliteitsinstrument

Inhoudsopgave

Inleiding	5
Theoretisch raamwerk	7
<i>Achtergrondinformatie algemeen</i>	7
<i>Mogelijke factoren</i>	8
<i>Achtergrondinformatie van de vakgroep MKA</i>	9
Methode	10
Resultaten	12
<i>Resultaten huidige werkwijze</i>	12
<i>Resultaten mogelijke factoren</i>	13
Conclusie	15
Discussie	16
Referenties	18
Bijlagen	20
<i>Bijlage 1. Informatiebrief en informed consent</i>	20
<i>Bijlage 2: Interviewschema</i>	23
<i>Bijlage 3: Observatieschema</i>	27
<i>Bijlage 4: Tabel indeling codes en definities</i>	30
<i>Bijlage 5: Gezamenlijk advies</i>	32

Inleiding

Voor de veiligheid maar voornamelijk voor het continue bewaken van de kwaliteit van zorg is het registreren en bespreken van complicaties belangrijk [1]. De kwaliteit van zorg wordt hierdoor inzichtelijker. Een complicatie is een ongewenste uitkomst van de zorg en kan tijdens of volgend op medisch-specialistisch handelen plaatsvinden [2][3]. De termijn waarin een complicatie kan worden vastgesteld is gedurende de behandeling, bij de direct daaropvolgende poliklinische controle dan wel binnen een door de wetenschappelijke vereniging bepaalde periode. De medisch specialist maakt melding en registreert, neemt deel aan complicatiebesprekingen en voert verbeteracties door op basis van de besprekingen [4].

Complicatieregistratie en de complicatiebespreking kunnen als kwaliteitsinstrument worden ingezet om kwaliteitsbeleid uit te voeren. Het doel van de registratie is het verzamelen van betrouwbare feitelijke informatie zodat een (landelijk) overzicht van het voorkomen van complicaties ontstaat. Het doel van de bespreking is om bij iedere patiënt antwoord te krijgen op de vraag welke lessen er kunnen worden getrokken voor alle medisch specialisten binnen de vakgroep. Hierdoor leren zij van elkaar en kan gekeken worden of het medisch handelen of de zorgprocessen gewijzigd moeten worden. Het uitgangspunt is dat zo veel mogelijk complicaties zowel geregistreerd als besproken worden. Het proces van het registreren en bespreken moet zorgen voor inzichten in omstandigheden en onderliggende factoren die aangrijpingspunten kunnen bieden voor de terugdringing van het aantal complicaties. Deze uitkomsten moeten met behulp van aanpassingen (in het beleid) leiden tot preventie van complicaties en daarmee verhoging van de kwaliteit van zorg [5][6][7]. Voor patiënten, zorgverleners en ziekenhuizen kan het registreren en bespreken ook specifiek waardevolle informatie en profijt opleveren. Als complicaties voor de patiënt voorkomen worden levert dit gezondheidswinst op, iets dat de patiëntveiligheid ten goede komt. Preventie van complicaties betekent ook verdere professionalisering voor de zorgverleners, zij zullen hier kwaliteitswinst uit behalen door kennisontwikkeling. Als laatste zullen de ziekenhuizen kosten besparen doordat zij efficiënter kunnen werken [6].

Om uitspraken te kunnen doen over de kwaliteit en de complicatieregistratie en besprekingen in te kunnen zetten als kwaliteitsinstrument is een duidelijke werkwijze omtrent complicaties van belang. Het gaat hierbij om een geheel aan richtlijnen, protocollen en standaarden met betrekking tot deze complicatieregistratie. Noodzakelijk hierbij is dat dit binnen een vakgroep eenduidig gebeurt zodat de complicatieregistratie als representatief kwaliteitsinstrument kan worden ingezet [6]. Op deze manier kunnen afdelingen en uiteindelijk ziekenhuizen kwaliteitsbeleid uitvoeren en toetsen.

De registratie moet onderdeel uitmaken van een breed opgezet kwaliteitssysteem van het ziekenhuis. Echter wordt de registratie door ziekenhuizen en op-en-tussen verschillende vakgroepen anders geregeld en ingedeeld. Dit komt voort uit verschillende verenigingen waar de vakgroepen aan verbonden zijn en het ontbreken van een juridisch kader voor de complicatieregistratie [6]. Hier is ook sprake van binnen ziekenhuis X. Vanuit ziekenhuis X is er geen uniformiteit omtrent de werkwijze van complicaties. Dit betekent dat per vakgroep de registratie en bespreking van complicaties mogelijk wel of niet gebeurt en dit op verschillende manieren wordt vormgegeven, met tot gevolg dat de complicatieregistratie en de bijbehorende bespreking zich op verschillende niveaus kunnen bevinden. Ziekenhuis X is op zoek naar inzicht in de mogelijkheden omtrent een uniforme werkwijze met als doel vakgroepen te ondersteunen bij de processen omtrent complicaties. Ook de vakgroep Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie (MKA) van ziekenhuis X is met het onderwerp complicaties bezig en willen de werkwijze rondom complicaties verbeteren.

Echter met de wens om vakgroepen te ondersteunen met een eventuele uniforme werkwijze binnen en van ziekenhuis X moet eerst inzicht worden verkregen in de huidige gang van zaken rondom complicaties en de registratie en besprekingen hiervan bij verschillende

vakgroepen. Om dit te onderzoeken is de volgende onderzoeksvraag opgesteld: *‘Wat is de huidige werkwijze van zorgverleners omtrent complicaties binnen de vakgroep Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie van ziekenhuis X en waarom wordt het op deze manier gedaan?’*.

Er zal hierbij worden gekeken naar hoe complicaties worden geregistreerd en besproken en welke zaken hierop mogelijk van invloed zijn.

Theoretisch raamwerk

Achtergrondinformatie algemeen

In het kader van de kwaliteit in een ziekenhuis is de Wet kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg (Wkkgz) een belangrijke wet [8]. De Wkkgz omschrijft wat goede zorg betreft en wat er moet gebeuren met klachten die ontstaan in de zorg zodat deze op de juiste manier worden afgehandeld. Zorgverleners leren van ongewenste gebeurtenissen en kunnen op deze manier gezamenlijk de zorg verbeteren. De regelingen vastgelegd in de Wkkgz hebben als doel om openheid over klachten en ongewenste gebeurtenissen te creëren. Naast de Wkkgz speelt nog een andere kwaliteitswet een belangrijke rol de wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG)[9]. De wet BIG omschrijft regels die gelden voor bepaalde beroepen in de gezondheidszorg. Met als doel om de beroepsuitoefening te bevorderen en bewaken en patiënten te beschermen tegen ondeskundig of onzorgvuldig handelen. Dit doen zij onder andere met het BIG-register. Een zorgverlener met een registratie mag de wettelijk beschermde beroepstitel gebruiken. Een registratie in het BIG-register is vijf jaar geldig, indien iemand werkzaam wenst te blijven dient hij/zij dus eens in de vijf jaar een herregistratie aan te vragen. Met de Wkkgz, de wet BIG en afspraken binnen het ziekenhuis is elke arts verantwoordelijk voor de kwaliteit van de door hem of haar geleverde patiëntenzorg. Voor hen geldt daarom dat zij ongewenste uitkomsten zoals incidenten, calamiteiten en complicaties moeten melden.

Begrippen als incident, calamiteit en complicatie zijn soms lastig te onderscheiden [2][4]. Om verwarring te voorkomen worden daarom de definities gegeven. De definities zijn door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) op basis van de Wkkgz en/of literatuur als volgt omschreven: *Een calamiteit is 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 de cliënt heeft geleid* [4]. Een incident wordt op basis van de Wkkgz als volgt omschreven: *Een incident is een onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de patiënt heeft geleid, had kunnen leiden of nog zou kunnen leiden* [4]. Bij een complicatie is er geen sprake van een officiële definitie. Op basis van literatuur omschrijft de IGJ een complicatie als: *Een complicatie is 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, dan wel er is sprake van onherstelbare schade* [4].

Belangrijk hierbij is dat er onderscheid wordt gemaakt tussen de bepaalde maten. We spreken van een incident als er iets niet goed is gegaan omdat er iets niet goed is gedaan ofwel er is onvoldoende gehandeld volgens de richtlijnen, protocollen en standaarden. Bij een complicatie is er ook iets niet goed gegaan maar wel goed gedaan, er is dan dus wel gewerkt volgens de richtlijnen, protocollen en standaarden, maar dit heeft toch geleid tot een onbedoelde of ongewenste uitkomst. Bij een calamiteit is er net als bij een incident iets niet goed gegaan doordat er iets niet goed is gedaan maar een calamiteit onderscheidt zich door de ernst van de gevolgen voor de patiënt.

Naast dat de definities verschillen, zijn er ook verschillen in de stappen die ondernomen moeten worden door de medisch specialist bij het vermoeden van een incident, complicatie of calamiteit. Hoewel de acties die moeten worden uitgevoerd door overkoepeling van de begrippen deels overeenkomt, is de focus van dit onderzoek complicaties. Het proces rond complicaties start op het moment dat een arts een complicatie signaleert. De termijn waarin een complicatie kan worden gesteld is gedurende de behandeling of bij de direct daaropvolgende poliklinische controle dan wel een door de wetenschappelijke vereniging bepaalde periode. De medisch specialist maakt melding volgens de daarvoor geldende interne meldprocedure, neemt deel aan complicatiebesprekingen en voert verbeteracties door op basis van de besprekingen en registraties. Zoals ook beschreven in het Visiedocument van de Orde van Medisch Specialisten

en Wetenschappelijke Verenigingen is het de verantwoordelijkheid van de medisch specialist om deel te nemen aan deze kwaliteit bevorderende activiteiten [10].

Het registreren en bespreken van complicaties heeft een doel. Het doel van de registratie is het verzamelen van betrouwbare feitelijke informatie zodat een (landelijk) overzicht van het voorkomen van complicaties ontstaat. Het doel van de bespreking is om bij iedere patiënt antwoord te krijgen op de vraag welke lessen er kunnen worden getrokken voor alle medisch specialisten binnen de vakgroep. Op deze manier leren zij van elkaar en kan gekeken worden of het medisch handelen of de zorgprocessen gewijzigd moeten worden. Het uitgangspunt is dat zo veel mogelijk complicaties zowel geregistreerd als besproken worden. Het proces van het registreren en bespreken moet zorgen voor inzichten in mogelijke omstandigheden en onderliggende factoren die aangrijpingspunten kunnen bieden voor de terugdringing van het aantal complicaties. Deze uitkomsten moeten met behulp van aanpassingen (in het beleid) leiden tot preventie van complicaties en daarmee verhoging van de kwaliteit van zorg [5][6][7]. Voor patiënten, zorgverleners en ziekenhuizen kan het registreren en bespreken ook specifiek waardevolle informatie en profijt opleveren. Als complicaties voor de patiënt voorkomen worden levert dit gezondheidswinst op, dit komt namelijk de patiëntveiligheid ten goede. Preventie van complicaties betekent ook verdere professionalisering voor de zorgverleners, zij zullen hier kwaliteitswinst uit behalen door kennisontwikkeling. Als laatst zullen de ziekenhuizen doordat complicaties voorkomen worden, kosten besparen doordat zij efficiënter zijn [6].

Mogelijke factoren

Op de huidige werkwijze van zorgverleners omtrent complicaties kunnen bepaalde zaken mogelijk van invloed zijn. Een cultuur waar complicaties gemeld kunnen worden zonder hierop afgerekend te worden, biedt mogelijkheden om van complicaties te leren en verhoogd de veiligheid van zorg [12][11]. Dit is een *no blame culture*. Ook in het eerder benoemde visiedocument van de Orde van Medisch specialisten en Wetenschappelijke Verenigingen wordt beschreven dat een veilige cultuur binnen zorginstellingen het melden van complicaties stimuleert. Naast deze cultuur zijn nog andere factoren van belang. Vanuit gesprekken met de afdeling Kwaliteit en Veiligheid werd ten eerste duidelijk dat de tijd een belangrijke rol speelt. Dit gaat om de registratietijd en de tijd die een complicatiebespreking kost. De registratie- en besprekingstijd van complicaties moet in verhouding blijven met de waarde die de registratie oplevert. De factor tijd houdt verband met de factoren nut en noodzaak. Als de zorgverlener het registreren en bespreken nuttig en noodzakelijk acht zal deze bereid zijn om de tijd hieraan te besteden en *vice versa*. De ernst van een complicatie kan ook invloed hebben op of de zorgverleners het nuttig en noodzakelijk achten iets te registreren. Wanneer richtlijnen en/of protocollen aanwezig zijn en de zorgverlener sturen in een bepaalde richting of verplichten iets op een bepaalde manier te doen, zullen zij dit opvolgen of kunnen zij om ondersteuning vragen. Dit hangt nauw samen met de definitie van een complicatie. Als de definitie helder is vastgelegd in bepaalde richtlijnen en protocollen zal dit invloed hebben op wat wel of niet geregistreerd wordt en hoe vaak complicaties voorkomen. De frequentie kan daarnaast weer direct van invloed zijn op de factor tijd: hoe meer complicaties hoe meer registratie- en besprekingstijd. De laatste factor is kwaliteitsvisitatie. Vanuit de visitatie zijn er bepaalde richtlijnen opgesteld over hoe een complicatieregistratie eruit moet zien, wat de zorgverlener met de uitkomsten kan doen en wat er tijdens een complicatiebespreking besproken dient te worden. Hiermee heeft de kwaliteitsvisitatie dus ook mogelijk invloed op de werkwijze van zorgverleners.

Mogelijke factoren
<i>No blame culture</i>
Tijd (registratie-, voorbereidings- en besprekingstijd)
Nut en noodzaak
Aan- of afwezigheid van richtlijnen en/of protocollen
Definitie complicatie
Frequentie complicaties
Kwaliteitsvisitatie

Tabel 1: overzicht van de mogelijke genoemde factoren vanuit de theorie

Achtergrondinformatie van de vakgroep MKA

De vakgroep Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie (MKA) van ziekenhuis X valt onder het specialisme kaakchirurgie waarbij aandoeningen aan de mond, kaken en het aangezicht worden behandeld. Voor de vakgroep MKA bestaat er vanuit de Nederlandse Vereniging voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie (NVMKA) een kwaliteitsvisitatie [14][15]. Een kwaliteitsvisitatie is een intercollegiale doorlichting van de vakgroep. Het doel is het verbeteren van de kwaliteit door het toetsen van de praktijkvoering aan de vastgestelde criteria door de NVMKA en daaraan gekoppelde gezichtspunten en normen zodat de kaakchirurg en de vakgroep inzicht verkrijgt in de kwaliteit en/of verbeterpunten. De kwaliteitsvisitatie richt zich op vier kwaliteitsdomeinen: de evaluatie van zorg, het functioneren van de vakgroep, de professionele ontwikkeling binnen de praktijk MKA-chirurgie en het patiënten perspectief. Deelname aan de visitatie is verplicht. Onder andere ook voor de herregistratie in de wet BIG als medisch specialist [9].

In het visitatiereglement van de NVMKA is ook een handleiding voor de complicatieregistratie beschreven [14]. Dit is de enige richtlijn die beschikbaar is voor de vakgroep MKA met betrekking tot het registreren en bespreken van complicaties. De visitatiecommissie hoopt op deze manier inzicht te krijgen in de opgetreden complicaties, in de registratie en in het beleid van het voorkomen van complicaties. Het is hierbij de bedoeling dat de complicaties geëvalueerd worden door de zorgverlener zelf. De zelfevaluatie is een pijler van het kwaliteitsvisitatiemodel van de NVMKA. Hiermee willen zij de eigen kwaliteitsbewaking en -bevordering van vakgroepen stimuleren. Voor de complicatieregistratie maakt de vereniging een onderscheid tussen het stappenplan voor de registratie als de vakgroep over een complicatieregistratiesysteem beschikt en een stappenplan voor wanneer zij dit niet hebben. Het plan waarbij een complicatieregistratiesysteem wordt ingezet bestaat uit drie stappen die achtereenvolgens worden uitgevoerd. Bij de eerste stap dient de vakgroep het overzicht van de complicatieregistratie te bespreken en hieruit algemene conclusies en een verbeterplan te formuleren. Als tweede stap dient de vakgroep een plan van aanpak op te stellen voor het uitvoeren van het verbeterplan. Als laatste moet de coördinator het overzicht complicatieregistratie en het verbeterplan uploaden in PE-online, het kwaliteit monitoringsysteem.

Methode

Voor dit onderzoek is er een kwalitatief onderzoek uitgevoerd, waarbij zowel gebruik gemaakt is van *deskresearch* in de vorm van literatuur als *fieldresearch* om een zo volledig mogelijk beeld te schetsen van de huidige werkwijze en antwoord te geven op de onderzoeksvraag. Er is gekozen voor kwalitatief onderzoek omdat hiermee de ervaringen van de zorgverleners binnen de vakgroep kunnen worden achterhaald en in woorden kunnen worden beschreven. Daarnaast past het bij de beschrijvende aard van dit onderzoek en de kleine respondentengroep. Voor de deskresearch van het onderzoek is informatie verzameld uit bestaande literatuur over de relevantie en specifieke informatie zoals bepaalde richtlijnen, protocollen en standaarden met betrekking tot complicatieregistraties en complicatiebesprekingen. Dit deel is beschreven in het theoretisch kader en bevat een algemeen deel en een deel gericht op de vakgroep MKA. Het theoretisch kader bevat naast informatie uit de literatuur ook informatie die vergaard is in gesprekken met de afdeling Kwaliteit en Veiligheid van ziekenhuis X. De informatie die verzameld is bij de deskresearch schetst een eerste beeld omtrent de kwaliteit binnen ziekenhuis X en dient daarnaast als voorbereiding en basis van de fieldresearch.

In het kader van de fieldresearch hebben interviews plaatsgevonden met de vier kaakchirurgen van de vakgroep MKA van ziekenhuis X om inzicht te krijgen in de huidige werkwijze en uit te zoeken welke factoren uit het theoretisch kader mogelijk een invloed hebben. Er is gekozen voor een semigestructureerde opzet van de interviews zodat de respondent vrij kan spreken en er eventueel dieper op onderwerpen kon worden ingegaan, maar met behulp van de topiclijst geen relevante onderwerpen werden overgeslagen. De onderzoekspopulatie bestaat uit medewerkers van de vakgroep MKA van ziekenhuis X die betrokken zijn bij zowel het registreren als bespreken van complicaties. Vanaf eind april tot midden mei 2022 zijn de interviews afgenomen. De personen die binnen de onderzoekspopulatie vielen zijn allen geïnterviewd. Voorafgaand aan de interviews zijn de respondenten geïnformeerd over het doel van het onderzoek middels een informatiebrief via e-mail en is voor het interview een *informed consent* (Bijlage 1) getekend. Naast het doel van het onderzoek wordt hierin beschreven dat de informatie vertrouwelijk is en dat de verkregen informatie geanonimiseerd wordt. De interviews werden een-op-een afgenomen in een ruimte van ziekenhuis X en duurden gemiddeld 20 minuten. Aan de hand van de topiclijst (Bijlage 2) zijn de verschillende onderwerpen zo veel mogelijk achtereenvolgens besproken. De onderwerpen die aan bod kwamen gingen over complicaties, complicatiebesprekingen, complicatieregistraties en de evaluatie van de vakgroep omtrent complicaties.

Voor het tweede deel van de dataverzameling, heeft een kwalitatieve observatie plaatsgevonden door het bijwonen van een complicatiebespreking. De bespreking is geobserveerd op 13 april 2022 aan de hand van een vooraf opgesteld observatieschema, deze is te vinden in Bijlage 3. Dit observatieschema is opgesteld aan de hand van het theoretisch kader, hierin wordt besproken hoe een dergelijke complicatiebespreking zou moeten verlopen. Op deze manier kon na afloop de huidige werkwijze vergeleken worden met de antwoorden die de chirurgen geven tijdens de interviews. Dezelfde vier kaakchirurgen die zijn geïnterviewd waren aanwezig bij de bespreking.

Voor het werven van de respondenten is via de afdeling Kwaliteit en Veiligheid contact gelegd met de vakgroep MKA. Via de vakgroep voorzitter heeft vervolgens verder overleg plaatsgevonden. Vanuit dit overleg is de vakgroep voorzitter onder andere voorgelicht over het interview en is naar de mogelijkheid om een complicatiebespreking bij te wonen geïnformeerd. De observatie van de complicatiebespreking is gebruikt als voorstelmoment en een verzoek tot deelname aan het onderzoek. Met inachtneming van de inclusiecriteria, een medewerker van de vakgroep MKA van ziekenhuis X die complicaties registreert en bespreekt, werd vervolgens aan de aanwezigen bij de bespreking door enkele vragen te stellen geëvalueerd of zij binnen de onderzoekspopulatie viellen. Tijdens het gesprek is het doel en de relevantie van het onderzoek

besproken, is na interesse van de chirurgen de informatiebrief opgestuurd zodat zij deze konden nalezen om eventueel daarna akkoord te gaan tot deelname aan het onderzoek. De afspraken voor de interviews zijn via e-mail contact vastgelegd

Om de verkregen data uit de semigestructureerde interviews te analyseren, zijn de interviews na afloop op basis van de opnames die tijdens de interviews zijn gemaakt getranscribeerd. Deze zijn woordelijk getranscribeerd, het detailniveau van deze transcripties ligt in de grote lijnen. Deze keuze is gemaakt omdat de inhoud van wat de spreker antwoord het belangrijkste is. Daarnaast kan hiermee goed naar de (in)consistentie van de antwoorden van de respondenten worden gekeken. Op basis van de transcripties zijn de interviews gecodeerd met behulp van het softwareprogramma ATLAS.ti. Het codeerproces bestaat uit drie fasen: open, axiaal en selectief coderen. De eerste fase in het codeerproces is open coderen. Hierbij zijn codes gekoppeld aan bepaalde tekstfragmenten. Deze codes geven het hoofdthema van dit stuk tekst/de zin aan. De tweede fase is axiaal coderen. Hierbij zijn de eerder opgestelde codes aan elkaar gekoppeld met een overkoepelende code. Tot slot de derde fase van het coderen, selectief coderen. Hierbij zijn codes die een verbinding of relatie met elkaar hebben ondergebracht in bepaalde categorieën. De eerste en de tweede fase hebben afwisselend plaatsgevonden door nieuwe inzichten tijdens het codeerproces. Het is dus geen stapsgewijs proces maar de structuur van de drie stappen is wel de basis. Ook zijn niet alle vragen open gecodeerd omdat ze al vaste antwoordmogelijkheden bevatten zoals een schaal van 1 tot 10.

Resultaten

Resultaten huidige werkwijze

Voor het beantwoorden van het eerste deel van de onderzoeksvraag: *“Wat is de huidige werkwijze van zorgverleners omtrent complicaties binnen de vakgroep MKA in van ziekenhuis X”*, geven de categorieën ‘werkwijze bespreken’ en ‘werkwijze registreren’ hoofdzakelijk antwoord. Daarnaast geeft de categorie ‘patiënt betrokkenheid’ aan hoe de huidige werkwijze omtrent de patiënten eruit ziet. De uitkomsten zijn een toevoeging in de totstandkoming. Zoals beschreven in het theoretisch kader zijn er verschillende factoren die van invloed kunnen zijn op de werkwijze. Om antwoord te geven op het tweede deel van de onderzoeksvraag: *“en waarom wordt het op deze manier gedaan”*, wordt naar deze mogelijke factoren en hun invloed op de werkwijze gekeken. De categorieën en codes zijn te vinden in Bijlage 4.

Voor het eerste deel van de resultaten, wordt ook de eerste stap van het proces genomen, de werkwijze registreren. De respondenten geven aan dat zij weinig complicaties hebben en dus weinig registreren. Zij geven hierbij aan dat op basis van definities maar ook op ervaring, eigen inzicht, richtlijnen en vakkundigheid een afweging wordt gemaakt of zij een complicatie wel of niet registreren. Daarnaast zeggen zij alle vier dat ze de complicatie registreren op het moment dat zij deze tegenkomen maar zijn zij niet op de hoogte van de termijn waarbinnen dit geregistreerd dient te worden. De complicaties worden door alle vier de respondenten geregistreerd in het registratiesysteem HiX. Twee van de vier geven aan dat dit systeem werkbaar en prima te vinden is. Twee respondenten laten weten dat het laagdrempelig is. Daarnaast zijn zij unaniem over wie er complicaties registreren, dat doen de vier kaakchirurgen, de behandelend arts registreert zijn eigen complicaties.

De tweede stap van het proces is het bespreken van de complicaties. De categorie werkwijze besprekingen bevat verschillende onderdelen. De respondenten laten weten dat de vier kaakchirurgen bij de bespreking aanwezig zijn en dat deze in principe maandelijks plaatsvindt. Daarbij komt in de gesprekken naar voren dat de complicaties besproken worden tijdens de patiëntenbespreking, er is dus geen los moment. Eén respondent zegt hierbij: *“Ja ik denk dat als je er heel veel zou hebben je er misschien echt een aparte complicatiebespreking voor moet maken maar ja als wij dat nu gaan doen, het kan hoor maar wij kunnen het net zo goed in onze patiëntenbespreking stoppen omdat het zo weinig is dat je daar ook efficiënt mee om moet gaan.”* Het verloop van de bespreking wordt door de vier respondenten hetzelfde beschreven. De geregistreerde complicaties worden via HiX in beeld gebracht waarnaar de behandelend arts uitlegt wat er is gebeurd. Dan bespreken zij met elkaar en delen de andere drie hun mening. De behandelend arts neemt de adviezen mee in de vervolgbehandeling van de patiënt of de casus is al afgerond en kan nu worden afgesloten. Over de eindverantwoordelijke van de bespreking geven de respondenten verschillende antwoorden. Wel zijn zij unaniem over dat degene die de complicatie heeft dit ook verder oppakt. Twee van de respondenten geven aan dat zij de bespreking op deze manier een efficiënte manier van werken vinden. Eén andere respondent geeft aan dat het met name praktisch is en vindt het prettig hoe het nu gaat.

Daarnaast geeft de categorie ‘patiënt betrokkenheid’ aan hoe de huidige werkwijze omtrent de patiënten eruit ziet. Over de vraag of patiënten vooraf op de hoogte worden gesteld van mogelijke risico's of complicaties geven de vier respondenten antwoorden die elkaar tegen spreken. Zo zeggen drie van hen dat veel voorkomende mogelijke complicaties of risico's gecommuniceerd worden met de patiënt maar zegt één andere respondent dat bij de standaard operaties waar zij geen risico's anticiperen er helemaal niets wordt gemeld. Twee van de respondenten geeft aan dat het soms ook de vraag is hoever je gaat in het vermelden van mogelijke risico's aan de patiënt. Het delen van uitkomsten die uit de bespreking naar voren komen is per situatie en respondent afhankelijk. Zo laten drie respondenten weten *“wel eens iets terug te koppelen naar de patiënt”*, maar dit is geen standaardprocedure. Eén respondent geeft aan de uitkomsten niet terug te koppelen. Daarnaast noemen de respondenten hier

verschillende begrippen bij: open (twee respondenten), niet geheimzinnig, toegankelijk, eerlijk, persoonlijke *touch* en vertrouwen naar de patiënt toe

De uitkomsten zijn van belang omdat het aangeeft hoe de huidige werkwijze tot stand is gekomen of laten zien wat de mening is ten opzichte van de huidige werkwijze van de respondenten. Voor het registreren van complicaties geven de respondenten aan dat dit vooral inzichten geeft als een complicatie vaker voor komt, maar dat de vakgroep weinig complicaties heeft. Drie van de vier noemen dat door de inzichten vanuit een bespreking beleid aangepast of gevormd kan worden en dit ook gebeurt. Daarnaast noemen zij allemaal dat vooral door het bespreken van complicaties zij tot bepaalde inzichten komen. Een deel van de uitkomsten is dat er geleerd kan worden van complicaties. De vier respondenten dragen zelf aan dat zij leren van de registratie en de bespreking die hieraan vasthangt. Zij noemen het woord leren vooral in combinatie met het bespreken en geven hierbij alle vier aan dat zij door de bespreking leren van elkaar.

Resultaten mogelijke factoren

Voor het tweede deel van de resultaten wordt er gekeken naar de mogelijke factoren die van invloed kunnen zijn op de huidige werkwijze. Voor de eerste factor, de *no blame culture* geven alle respondenten aan zich volstrekt veilig te voelen om een complicatie te registreren dan wel te bespreken. Ze benoemen hier verder de begrippen: open sfeer (één respondent), laagdrempelig (twee respondenten) en dat zij geen complicaties achterhouden (drie respondenten).

De tweede factor is tijdsduur. Over het invullen van een complicatie in het registratiesysteem zeggen de respondenten dat dit een paar minuten duurt en dat dit geen belasting is. Drie van de vier respondenten zeggen daarnaast over de tijd van de bespreking dat dit ongeveer 20 minuten in beslag neemt. Iemand geeft daarbij aan dat het wel ligt aan de uitgebreidheid van de complicatie. Alle vier zien ze de tijd van de bespreking niet als een belasting. Daarnaast geven de vier respondenten aan geen voorbereiding en dus ook geen voorbereidingstijd te hebben voor een bespreking.

De derde factor, nut en noodzaak, gaat over zowel het registreren als bespreken van complicaties. Drie van de vier respondenten geven aan dat het registreren van complicaties noodzakelijk is. Alle respondenten geven daarnaast aan dat het nuttig is om complicaties te registreren. Twee van de vier respondenten plaatsen wel een kanttekening bij het nut van registreren, zij geven aan dat niet ieder 'klein leed' ook gelijk geregistreerd hoeft te worden. Over de noodzaak van de bespreking geven alle respondenten aan dat zij dit noodzakelijk vinden. Zo geven twee van de vier aan dat complicaties hierdoor met de collega's besproken worden en zij op die manier inzicht krijgen in wat hun collega's denken. De vier respondenten vinden het ook nuttig om een complicatiebespreking te hebben, één van hen plaatst dezelfde kanttekening als bij het nut van het registreren, bepaalde complicaties hoeven niet besproken te worden ook al kan iets vervelend zijn. De citaten in de categorie: samenhang registreren en bespreken, worden door de respondenten benoemd in combinatie met het nut en de noodzaak van het registreren en bespreken. Alle vier de respondenten geven aan dat als iets geregistreerd is als complicatie het ook terug komt in de bespreking. Daarnaast geven zij aan dat het nut en de noodzaak van het registreren samenhangt met de bespreking.

De vierde factor omvat de invloed van richtlijnen en protocollen op het registreren en bespreken van complicaties. Alle vier de respondenten zeggen niet op de hoogte te zijn van protocollen die een rol spelen bij het registreren van complicaties. Verder laten drie van de vier weten dat er wel richtlijnen zijn, maar zegt iemand: "ik weet wat een complicatie is en op het moment dat er een complicatie is heb ik ook in feite de plicht om de complicatie te registreren dus ja veel meer dan dat is het volgens mij niet". Een andere respondent zegt hier over: "ik heb ze niet paraat maar ga ervan uit dat ze er zijn, het lijkt mij ook gewoon gezond verstand

gebruiken en weten wat je moet doen als er een complicatie is, of te wel we weten dat er een complicatieregistratie aanwezig is dus vul deze ook in". Van richtlijnen en protocollen met betrekking tot de bespreking zijn de vier respondenten niet op de hoogte.

De categorie, complicatie informatie, bevat twee factoren: de definitie van een complicatie en de frequentie van complicaties. Twee van de vier respondenten geven aan dat de definitie soms lastig is. Twee van hen omschrijft een complicatie als iets dat ze niet van tevoren hadden voorzien. De andere twee noemen het een ongewenste bijkomstigheid of ongewenste gebeurtenis. Daarnaast geven zij allemaal aan dat er weinig complicaties optreden. Eén van hen plaatst hierbij de kanttekening dat dit verband houdt met de striktheid van het registreren. Drie van de vier noemen dat er 1 à 2 complicaties per maand voorkomen.

De laatste factor is de kwaliteitsvisitatie. Drie van de vier respondenten noemen in het interview de kwaliteitsvisitatie van de NVMKA. Zij geven aan dat de visitatie controleert of er een complicatieregistratie aanwezig is en dat zij de uitkomsten hiervan aan de NVMKA moeten doorgeven. Daarnaast noemt één respondent dat naar aanleiding van de kwaliteitsvisitatie 5 jaar geleden er structuur is aangebracht in het proces, onder andere door een gestructureerd moment voor de bespreking in te lassen. Een andere respondent zegt dat uit de recente visitatie bleek dat het proces prima verliep.

Conclusie

Het doel van dit onderzoek is om in beeld te brengen op welke manier het ziekenhuis X en specifiek de vakgroep MKA, momenteel omgaat met complicaties en wat de achterliggende factoren zijn van deze werkwijze. De onderzoeksvraag “*Wat is de huidige werkwijze van zorgverleners omtrent complicaties binnen de vakgroep MKA in ziekenhuis X? En waarom wordt het op deze manier gedaan?*” wordt met de resultaten en conclusie beantwoord. De huidige werkwijze is in beeld gebracht.

Complicaties worden geregistreerd in het registratiesysteem HiX door de behandelend arts op het moment dat zij de complicatie tegenkomen. Maandelijks is er een patiëntenbespreking waar de complicaties besproken worden. De behandelend arts legt aan de hand van de geregistreerde complicaties in HiX uit wat de situatie is en op basis daarvan is er een overleg en worden meningen uitgewisseld. De behandelend arts neemt de uitkomsten van de bespreking mee in de vervolgbehandeling van de patiënt of de casus is al afgerond en kan nu worden afgesloten. Het contact met de patiënt over mogelijke complicaties en uitkomsten verschilt per chirurg en situatie. Door het registreren en bespreken van complicaties komen de chirurgen met elkaar tot bepaalde inzichten; zo kan beleid worden aangepast of gevormd en leren zij van elkaar. Dit komt overeen met de observatie van de complicatiebespreking.

Er zijn een aantal achterliggende factoren die mogelijk invloed hebben op de werkwijze. De eerste factor is de *no blame culture*, de volledige vakgroep MKA geeft aan dat ze zich volstrekt veilig voelen om complicaties te registreren en bespreken. De registratietijd, besprekingstijd en voorbereidingstijd worden niet als belasting gezien en zijn in verhouding met de waarde die het registreren en bespreken kost. Er is momenteel geen informatie over protocollen bekend bij de chirurgen, wel volgen zij richtlijnen bij het registreren van complicaties. De vakgroep ziet het registreren en bespreken van complicaties als iets nuttigs en noodzakelijks, om deze reden vindt dit dan ook structureel plaats. Echter geldt dit niet voor ‘kleine’ complicaties. Het blijkt dat de definitie van complicaties niet binnen de gehele afdeling duidelijk en hetzelfde is. Door de verschillende definities en de afweging die zij hierin individueel maken registreren zij op een andere manier. Daarnaast is het aantal complicaties ook laag, dit kan te maken hebben met de verschillende opvattingen. De laatste factor is de kwaliteitsvisitatie. De vakgroep wordt gecontroleerd of zij wel of niet registreren. Daarnaast hebben zij de manier van werken aangepast naar aanleiding van een visitatie en heeft de visitatiecommissie recent beoordeeld dat dit een prima manier van werken is en is aannemelijk dat zij dit op deze manier zullen voortzetten.

De factoren samen beschrijven waarom de huidige werkwijze bestaat en waarom dit op deze manier wordt uitgevoerd. Zo draagt de onduidelijkheid van de definitie negatief bij en kan dit ervoor zorgen dat er niet, of verschillend wordt geregistreerd. Het nut en de noodzaak, tijdsduur en veiligheidscultuur zijn niet van negatieve invloed, onduidelijk is of dit positief bijdraagt. De kwaliteitsvisitatie en richtlijnen zorgen ervoor dat er een algemene werkwijze ontstaat.

Discussie

Naar aanleiding van het verzoek van ziekenhuis X om meer inzicht te krijgen in een eventuele uniforme werkwijze om vakgroepen te ondersteunen is dit onderzoek uitgevoerd. Er hebben nog niet eerder onderzoeken plaatsgevonden waar de huidige werkwijze omtrent complicaties werd onderzocht. De interviews en observatie zijn in dit onderzoek gebruikt om de huidige werkwijze en mogelijke factoren die deze werkwijze beïnvloeden te beschrijven. Complicatieregistratie en besprekingen worden binnen ziekenhuis X ingezet als kwaliteitsinstrument. De basis omtrent de werkwijze is dat de medisch specialist melding maakt en registreert, deelneemt aan complicatiebesprekingen en verbeteracties doorvoert op basis van de besprekingen. Algemeen valt op dat dit overeenkomt met de resultaten. De *no blame culture* is aanwezig binnen de vakgroep MKA en draagt bij aan het melden van complicaties. De tijd is in verhouding met de waarde die het registreren en bespreken oplevert, de vakgroep heeft echter weinig complicaties. Daarnaast werd het duidelijk wat het nut en de noodzaak van het registreren en bespreken van complicaties is. Dit hangt samen met de ernst van complicaties, van belang is dat de zorgverleners op de hoogte zijn van de toegevoegde waarde van het registreren en bespreken van complicaties. De richtlijnen zorgen ervoor dat de vakgroep complicaties registreert in HiX en een complicatiebespreking hebben. De definitie van een complicatie is binnen de vakgroep niet eenduidig. Als laatst heeft de kwaliteitsvisite ervoor gezorgd dat de complicatiebespreking de vorm heeft zoals die nu is onder andere omdat naar aanleiding van een eerdere visite er structuur is aangebracht.

Bij de opzet van het onderzoek is rekening gehouden met het waarborgen van de validiteit en betrouwbaarheid. Om de externe validiteit van het onderzoek te waarborgen is het van belang dat er voldoende respondenten deelnemen. Met een te kleine steekproef kunnen verkregen resultaten niet gegeneraliseerd worden. De steekproef moet overeenkomen met de populatie, er is daarom vooraf aan de hand van inclusiecriteria bepaald wat de doelgroep is. Binnen de doelgroep vielen vier mogelijke respondenten. Deze personen zijn alle vier geïnterviewd. Echter blijft dit een kleine groep. Aangeraden wordt om eerst meerdere vakgroepen binnen ziekenhuis X te onderzoeken. Wel kan dit onderzoek antwoord geven op de gestelde onderzoeksvraag omdat deze zich specifiek richt op de vakgroep MKA.

Om de interne validiteit te waarborgen is het meetinstrument door het gebruik van een vooraf opgesteld interviewschema, tijdens de gesprekken met de verschillende respondenten hetzelfde gebleven. De vragen zijn daarnaast zoveel mogelijk open en niet-sturend gesteld. Ondanks dat er af kon worden geweken van de vooraf opgestelde vragenlijst, zijn door de topics die zijn opgesteld deze onderwerpen met elke respondent besproken. Het interviewschema zorgt zo voor structuur en consistentie. Echter blijft het een momentopname en is het herhalen van de interviews lastig, er is ingespeeld op de antwoorden van de respondent. De respondenten zijn allemaal geïnterviewd in de behandelkamer waar zij op dat moment op die dag werkzaam waren. Hiermee is de ecologische validiteit zoveel mogelijk gewaarborgd. Vanuit het theoretisch raamwerk (het literatuuronderzoek) is het interviewschema opgesteld echter zijn na de interviews (door meer kennis vanuit de gesprekken en gesprekken met de begeleiders) aspecten naar voren gekomen die niet meer meegenomen konden worden in de interviews, hierdoor is er een lage inhoudsvaliditeit. Omdat dit een eerste onderzoek is kan er niet vastgesteld of vergeleken worden of de resultaten kloppen met andere studies, vervolgonderzoek is nodig om de validiteit van de huidige resultaten te bepalen.

Voor de betrouwbaarheid van het onderzoek is ervoor gekozen de verschillende interviews steeds in dezelfde setting af te nemen, in ziekenhuis X door een onderzoeker. Door het semigestructureerde karakter van de interviews zal niet ieder interview op dezelfde manier verlopen, de topics worden wel in ieder interview meegenomen. Daarnaast start het interview met dezelfde introductie en startvraag. Dit zodat de respondenten zoveel mogelijk hetzelfde de rest van het interview ingaan. Als laatst werden de interviews opgenomen met apparatuur van

hoge kwaliteit waardoor de opnames zo duidelijk mogelijk zijn en er geen twijfel bestaat over wat de respondent antwoordt. De opnames zijn vervolgens van begin tot eind getranscribeerd en gecodeerd.

Er zijn nog specifieke verbeterpunten voor het interviewschema. Bij het analyseren van de resultaten bleek dat de vragen die gesteld zijn over mogelijk overleg dat plaatsvindt buiten de vakgroep niet relevant zijn. Deze beantwoorden de onderzoeksvraag niet, dit gaat namelijk over de huidige werkwijze binnen de vakgroep. Gezien de tijd van respondenten kostbaar is, hadden deze vragen niet gesteld moeten worden. Ook bevat het interview schaalvragen. Het stellen van de vragen tijdens de interviews verliep stroef, het zorgde ervoor dat het gesprek stagneerde. Om deze reden en de reden dat het niet goed aansluit bij de manier van analyseren is ervoor gekozen dit achterwege te laten na twee interviews, de cijfers die wel beschikbaar waren zijn ook niet meegenomen.

Naast het gezamenlijke advies voor ziekenhuis X (Bijlage 5). Worden er nog enkele aanbevelingen gegeven voor de vakgroep MKA.

- De chirurgen hanteren mogelijk andere definities. Er wordt aangeraden dat de vakgroep leden met elkaar afspraken maken of een keer discussiëren over wat zij als vakgroep een complicatie vinden om het begrip te verhelderen.
- Er wordt aangeraden dat de chirurgen met elkaar kijken naar 'kleine' complicaties zoals een nabloeding en beantwoorden waarom het niet nuttig is dit te registreren waarbij zij af kunnen spreken wat zij vervolgens met deze complicaties zullen doen.
- Een aantal leden van de vakgroep geeft aan dat de lijst met complicaties binnen HiX te algemeen is. Er wordt aangeraden dit te specificeren voor de vakgroep
- De vakgroep heeft een maandelijkse bespreking waarbij de complicaties besproken worden, waarbij de behandelend arts zijn eigen complicatie bespreekt en zij vervolgens met elkaar sparren. Er wordt aangeraden dit op deze manier te blijven doen.
- Het is onduidelijk wat er precies gebeurt met de uitkomsten van de bespreking. Er wordt aangeraden standaard de conclusie te noteren in het patiëntendossier of in HiX dan wel in beide systemen.
- Er wordt aanbevolen een jaarlijkse- dan wel tweejaarlijkse- evaluatie van de uitkomsten van de bespreking te houden door de vakgroep. Op deze manier kunnen er eventuele trends worden gezien waar beleid op aangepast kan worden.

Voor een uniforme werkwijze wordt vanuit de vakgroep duidelijk dat het registreren in basis hetzelfde zou moeten zijn. De bespreking moet een vorm hebben die bij de vakgroep past. Ziekenhuis breed een lijn volgen lijkt de vakgroep leden geen probleem. Het is daarnaast van belang dat als bij een andere vakgroep een betere methode wordt gebruikt dit wordt toegepast. In het advies zoals beschreven in Bijlage 5 wordt hier verder op ingegaan.

Met dit onderzoek is in kaart gebracht wat de huidige werkwijze is en waarom het op deze manier wordt vormgegeven. Het vervolg is dat de resultaten en aanbevelingen zoals die zijn gegeven hierboven en in Bijlage 5 worden geïmplementeerd om de kwaliteit mogelijk verder te bevorderen. Daarna kan er een vervolgonderzoek worden gedaan om te onderzoeken wat het gevolg is van het implementeren van de verbeteringen. Met de vraag of het daadwerkelijk heeft bijgedragen aan de kwaliteit en welke invloed het heeft op de geschetste factoren

Referenties

1. Gouma DJ, Obertop H. The registration of complications of medical treatment. Ned Tijdschr Geneesk. 2003;147:1252-5.
2. Wagner, C., Wal, G. van der. Voor een goed begrip: bevordering patiëntveiligheid vraagt om heldere definitie. Medisch Contact: 2005, 60(47), 1888-1891. <https://postprint.nivel.nl/PPpp2235.pdf>
3. Complicatieregistratie [Internet]. nvdv; 2012. Available from: <https://nvdv.nl/storage/app/media/2015-02-06-algemeen-lijst-complicatiesdefinities.pdf>. [Cited 26th March 2022].
4. Brochure voor zorgaanbieders: Calamiteiten Wkkgz melden aan IGJ [Internet]. IGJ; 2020. Available from: <http://file:///Users/flo/Downloads/Factsheet-Calamiteiten+IGJ+31-12-2019.pdf>. [Cited 5th June 2022].
5. Janssen M, Koopmans P, van Gurp P. Reguliere bespreking van ernstige complicaties tijdens opname op een afdeling Interne Geneeskunde. Ned Tijdschr Geneesk. 2010;154:A1032
6. Leegemate J. Beleidsdocument Complicatieregistratie [Internet]. Utrecht: Nederlandse Internisten Vereniging; 2010. Available from: <https://internisten.nl/sites/internisten.nl/files/uploads/pz/01/pz01Ktk0XgUHOcEKhTG8qQ/3-Beleidsdocument-complicatieregistratie.pdf>. [Cited 26th March 2022].
7. Wagner C, Smits M, van Wagendonk I, Zwaan L, Lubberding S, Merten H et al. Oorzaken van incidenten en onbedoelde schade in Ziekenhuizen [Internet]. EMGO-instituut en Nivel; 2008. Available from: <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-Oorzaken-incidenten-en-onbedoelde-schade-ziekenhuizen-2008.pdf>. [Cited 26th March 2022].
8. Regeling - Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg - BWBR0037173 [Internet]. Wetten.overheid.nl. 2015. Available from: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0037173/2022-01-01>. [Cited 5th June 2022].
9. Regeling - Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg - BWBR0006251 [Internet]. Wetten.overheid.nl. 1993. Available from: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0006251/2022-04-0>. [Cited 5th June 2022].
10. Orde van Medisch Specialisten. Optimaal functioneren van medisch specialisten. Visiedocument van de Orde van Medisch Specialisten en Wetenschappelijke verenigingen [internet]. Utrecht: 2013. Available from: <https://www.nvog.nl/wp-content/uploads/2018/02/Visiedocument-Optimaal-functioneren-1.0-01-12-2013.pdf>. [Cited 5th June 2022].
11. Definitie patiëntveiligheid: Wagner C, van der Wal G, Tuijn S. Patiëntveiligheid in Nederland, verbeterinitiatieven en innovaties in de zorg [Internet]. Assen: Koninklijke Van Gorcum; 2005. Available from: <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1001350.pdf>. [Cited 5th June 2022].

12. Institute of Medicine. To err is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press, 2000.
13. Smits M, Christiaans - Dingelhoff I, Wagner C, van der Wal G. Handleiding COMPaZ - Cultuur Onderzoek onder Medewerkers over de Patiëntveiligheid in Ziekenhuizen in Nederland [Internet]. Utrecht: Nivel; 2006. Available from: <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Handleiding-COMPaZ.pdf>. [Cited 29th March 2022].
14. NVMKA. Handleiding Visitatietools Kwaliteitsvisitatie [Internet]. Available from: https://www.nvmka.nl/sites/www.nvmka.nl/files/2019%20Definitieve%20Handleiding%20Visitatietools%20PE-Online_1.pdf. [Cited 29th March 2022]
15. NVMKA. PITK-VISITATIEREGLEMENT 2020 [Internet]. Available from: <https://www.nvmka.nl/sites/www.nvmka.nl/files/2020%20PITK-visitatiereglement%20-%20ALV%20vastgesteld%20op%2027%20juni%202020.pdf>. [Cited 5th June 2022].

Bijlagen

Bijlage 1. Informatiebrief en *informed consent*

Complicaties in ziekenhuis X De huidige werkwijze rondom complicatieregistratie- en besprekingen van de vakgroep MKA van ziekenhuis X

Doel van het onderzoek

Dit onderzoek wordt geleid door Floor Schutrups

Het doel van dit onderzoek is om informatie te verzamelen over de huidige werkwijze omtrent complicaties. Het gaat hierbij om complicatieregistraties, complicatiebesprekingen en de evaluatie hiervan. Door medewerkers te interviewen kan de huidige situatie in kaart worden gebracht. De gegevens zullen worden gebruikt voor het afstuderen van de onderzoeker in de vorm van een wetenschappelijk artikel.

Hoe gaan we te werk?

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

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

Uitsluitend ten behoeve van het onderzoek zullen de verzamelde onderzoeksgegevens worden gedeeld met de Universiteit Twente en of ziekenhuis X, Nederland. Omdat er met deze organisaties wordt samengewerkt.

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, bijvoorbeeld bij een quote.

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. De onderzoeksgegevens worden bewaard voor een periode van 4 maanden. Uiterlijk na het verstrijken van deze termijn zullen de gegevens worden verwijderd. 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) / EU / NWO / anderszins.

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. Het stopzetten van deelname heeft geen nadelige gevolgen voor u. 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.

Contactgegevens:

Floor Schutrups

f.s.m.schutrups@student.utwente.nl

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.

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.

3. Ik geef toestemming om de gegevens die gedurende het onderzoek bij mij worden verzameld te verwerken zoals is opgenomen in het bijgevoegde informatieblad.	JA ☐	NEE ☐
4. Ik geef toestemming om tijdens het interview opnames (audio) te maken en mijn antwoorden uit te werken in een transcript.	☐	☐
5. Ik geef toestemming om mijn antwoorden te gebruiken voor quotes in de onderzoek publicatie.	☐	☐
Ik geef toestemming voor alles dat hierboven beschreven staat.	☐	

Naam Deelnemer:

Naam Onderzoeker:

Handtekening:

Handtekening:

Datum:

Datum:

Bijlage 2: Interviewschema

Openingsvraag: Wat is volgens u een complicatie?

Topic	Subtopic	Vragen
Complicaties	- Frequentie - Patiëntbetrokkenheid	- Hoe vaak komen complicaties binnen jullie vakgroep voor? - Weet u hoe zich dit verhoudt tot andere afdelingen/vakgroepen? - In hoeverre wordt de patiënt vooraf op de hoogte gesteld van de mogelijke risico's op complicaties van een behandeling? → Zo ja, op welke wijze wordt dit vormgegeven
Complicatie Registraties	- Uitvoering (afwijking van richtlijn) - Rolverdeling - Richtlijnen/protocollen - Mening	- Op welke manier registreert u complicaties binnen vakgroep X 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 de afgesproken termijn voor het registreren van de complicatie? - In hoeverre bent u op de hoogte van de protocollen die van toepassing zijn op het registreren van complicaties? → Kunt u een aantal voorbeelden noemen? - In hoeverre is het registreren van complicaties in lijn met de protocollen? → Wat vindt u van deze manier van werken? → Wat zijn volgens u eventuele verbeteringen? - Wat vindt u van het registreren van complicaties? - Hoe nuttig vindt u het registreren van complicaties

		op een schaal van 1 tot 10 waarbij 1 het laagst is en 10 het hoogst? - In hoeverre vindt u het noodzakelijk dat complicaties geregistreerd worden op een schaal van 1 tot 10 waarbij 1 het laagste is en 10 het hoogst? - In hoeverre voelt u zich veilig om complicaties bespreekbaar te maken en te registreren op een schaal van 1 tot 10 waarbij 1 het laagste is en 10 het hoogst?
Complicatie besprekingen	- Frequentie - Tijd - Protocollen - Rolverdeling - Vormgeving - Voorbereiding - Mening	- 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	Uitkomsten complicatie bespreking Mening	- Wat wordt er gedaan met de uitkomsten van complicatie besprekingen en registraties? → Wie is hier verantwoordelijk voor? → Worden de uitkomsten binnen de gehele vakgroep gedeeld? Of alleen onder de aanwezigen? En buiten de vakgroep? - Worden de resultaten/evaluaties teruggekoppeld aan de patiënt? Zo ja, op welke manier - In hoeverre ervaart u effecten van de complicatiebesprekingen op een schaal van 1 tot 10 waarbij 1 het laagst is en 10 het hoogst? → Waar is dit effect merkbaar? (Bijv. op de afdeling/alleen in de cijfers)

		- In hoeverre denkt u dat jullie afdeling leert van complicaties op een schaal van 1 tot 10, waarbij 1 het laagst is en 10 het hoogst? - In hoeverre denkt u dat een uniforme werkwijze binnen ziekenhuis X toepasbaar is? → Mening?
--	--	---

Bijlage 3: Observatieschema

Observatie maatschap overleg 13 april 2022, dit is een vergadering waar complicaties worden besproken. Niet per definitie een complicatiebespreking.

Waar op letten	Observatie
Wie zijn er aanwezig	De 4 chirurgen van de vakgroep, die zoals ze zelf aangeven de complicaties veroorzaken en registreren.
Is iedereen aanwezig die aanwezig moet zijn (Hoeveel mensen)	Ja
Is er een duidelijke rolverdeling? Iemand die het leidt etc.?	Degene die de registratie heeft gedaan/de complicatie heeft gemaakt leidt het gesprek waar iedereen vervolgens actief aan deelneemt.
Wie draagt de complicatie aan, dus wie bespreekt? (Behandelend arts of iemand anders)	Degene die de registratie heeft gedaan bespreekt wat er is gebeurd.
Wordt er gesproken van/over protocollen?	Nee
Is er een vast schema dat ze volgen?	Ze gebruiken geen schema. Het verloop is wel steeds hetzelfde
Is de complicatie al geregistreerd	Ja. Vanuit de registratie is de complicatie bespreking
Is er van tevoren ingelezen door iedereen aanwezig bij de bespreking?	Hier wordt niet over gesproken.
Is er van tevoren data verzameld?	Nee
Wordt de complicatie aangepast	Nee
Wat bespreken ze • Patiëntgegevens • Opgetreden complicaties • Hoe voorkomen kunnen worden • Hoe in volgende situatie	Bekijken foto's, bekijken naar de termijn. De andere chirurgen bekijken ook wat ze zien op de foto's. Bespreken wat mogelijk de oorzaak is van de complicatie (gaat in dit geval over het niet vastgroeien van het implantaat). Bekijken ook de patiëntgegevens zoals andere ziekten of medicijnen die de patiënt gebruikt. Gezien er geen gezondheidsnadeel is en geen behandeling meer wenselijk is wordt de zaak gesloten Patiënt heeft na de operatie geen controles meer laten doen bij de tandarts. Verder wordt er gesproken over de leefstijl van de patiënt zoals roken en slechte mondverzorging. Ze bespreken wat er beter had gekund, dit gebeurt is overleg en ze kijken wat mogelijke opties zouden zijn geweest en of dan de juiste keuze is gemaakt. Ze bekijken ook of het een fout is door wat de chirurg heeft gedaan Bij deze complicatie is er iets misgegaan. Ze hebben het ook over schade voor de patiënt,

	of de complicatie op lange termijn gevolg heeft voor de patiënt. Hier was er een fout vanuit de assistente op de OK, blijkt uit gesprek dat dit nu ook aan is gepast op de OK Ze kijken naar de foto's van tevoren. Zien ze een risico? Wat verwachten ze na het zien van de foto. Patiënt blijft terugkomen met pijn. Kijken naar klinische en poliklinische situaties. Bekijken met elkaar de foto's en beoordelen wat ze zien. Ook de chirurg die de complicatieregistratie heeft ingevuld geeft aan wat hij heeft gezien en hoe hij dit interpreteert. Ze bespreken ook wat er in de toekomst gebeurt met deze patiënt, deze zaak wordt nog niet gesloten. Hebben het ook nog over de patiëntgegevens of hier iets raars is Gereedschap achtergebleven. Overleg over geweest met de patiënt. Wordt ook gekeken naar het risico voor de patiënt. De andere chirurgen beamen ook dat ze geen verder risico zien voor de patiënt. Patiënt heeft zelf toegestemd met het laten zitten. Wordt ook opgemerkt dat er bijvoorbeeld een fout staat in de registratie. Tijd tussen de complicatie en behandeling wordt ook besproken, ook poliklinisch of OK wordt besproken. Wordt ook gesproken over ervaring die ze hebben met eerdere behandeling en dat er bijvoorbeeld blijkt dat dan anders moet. Wordt door de chirurg een complicatie aangedragen die hij nog niet heeft ingevoerd. Probleem geweest in de communicatie. Vanuit de foto's was al duidelijk dat het een lastige operatie ging worden. Patiënt kwam met pijn terug en (vandaag) dus weer. Wordt beoordeeld dat het inderdaad een lastige kies was. De chirurgen bespreken met elkaar wat ze op de foto's zien. De dingen die de chirurgen bespreken zeggen ze ook tegen de patiënt geeft hij aan. Wordt ook al besproken dat de chirurg dingen heeft gezien. Een chirurg geeft ook aan: zou je dit niet kunnen doen?
--	--

	Bespreken wat ze kunnen doen met de patiënt in de toekomst. Vergelijken ook de patiënten met elkaar. Merken op dat 60+ een lastige patiëntgroep is waar vaker een complicatie optreedt. Merken met elkaar op dat de röntgen onduidelijk is en dat het handig is om een cvt te maken. Bespreken dus met elkaar de vervolgstappen en de behandelend arts bespreekt wat hij heeft gezien en zijn twijfels. Ze geven tips en wat ze kunnen doen met deze patiënt.
Neemt iedereen actief deel	Ja
Hoe gedetailleerd	
Hoeveel complicaties worden er besproken	6/7
Worden alle complicaties besproken	Ja, de geregistreerde complicaties worden besproken
Zijn dit de complicaties van de afgelopen maand (tijd tussen besprekingen)	Vanaf januari tot en met maart/april
Wordt er een conclusie getrokken, wat komt eruit?	Ze bespreken, als de patiënt nog onder behandeling is neemt de behandelend arts de uitkomsten van het overleg mee
Hebben ze het over het gevolg van de bespreking van de complicatie? Wat ermee gaat gebeuren? Vervolgstappen?	Ze bespreken, als de patiënt nog onder behandeling is neemt de behandelend arts de uitkomsten van het overleg mee

Bijlage 4: Tabel indeling codes en definities

Categorie	Definitie/beschrijving	Omvattende codes
Werkwijze registreren	Het proces van complicaties registreren	Frequentie registratie, keuze wel of niet registreren, registratie termijn, registratiesysteem, werkbaarheid registratiesysteem, wie registreert.
Werkwijze besprekingen	Het proces van complicaties bespreken	Aanwezigen bespreking, eindverantwoordelijke bespreking, frequentie bespreking, patiëntenbespreking en complicatiebespreking, rolverdeling bespreking, verloop bespreking, werkbaarheid bespreking, wie bespreekt.
Samenhang registreren en bespreken	Omvat citaten die samenhangen met het nut en de noodzaak van het registreren en bespreken en geeft aan of wat geregistreerd is als complicatie ook besproken wordt.	Samenhang registreren en bespreken.
Aanbevelingen	Aanbevelingen die de respondent tijdens het interview heeft gegeven met betrekking tot de besprekingen, de definitie van een complicatie en het registratiesysteem	Aanbeveling bespreking, aanbeveling definitie complicatie, aanbeveling registratiesysteem.
Patiënt betrokkenheid	De mate waarin de patiënt vooraf op de hoogte wordt gesteld van mogelijke complicaties en welke informatie de patiënt verder krijgt.	<i>Informed consent</i> patiënt, patiënt informatie.
Uitkomsten	Uitkomsten door het registreren en bespreken van complicaties, zoals leren van en inzichten door.	Inzichten door bespreken, inzichten door registreren, leren van complicaties.
<i>No blame culture</i> (F)	Het gevoel van veiligheid van de vakgroepleden om een complicatie te registreren en/of te bespreken.	Veiligheidscultuur.

Tijd (registratie-, voorbereidings- en besprekingstijd) (F)	De tijd van het invullen van een registratie in het systeem, de tijd van de bespreking en de eventuele tijd die het kost om de bespreking voor te bereiden.	Tijd bespreking, tijd registratie, voorbereiding(stijd) bespreking
Nut en noodzaak (F)	Omvat de citaten over wat de respondenten aangeven over het nut en de noodzaak van het registreren en bespreken van complicaties.	Noodzaak bespreking, noodzaak registratie, nut bespreking, nut registratie.
Richtlijnen en protocollen (F)	Omvat de citaten over de kennis van het bestaan van richtlijnen en protocollen die van toepassing zijn op het registreren en bespreken van complicaties	Richtlijnen/protocollen bespreking, richtlijnen/protocollen registreren.
Complicatie informatie (F)	Algemene informatie over complicaties. Welke definitie geeft de respondent en hoe vaak komen complicaties binnen de vakgroep voor.	Definitie complicatie, frequentie complicaties.
Kwaliteitsvisitatie (F)	Omvat de citaten waarin de respondent spreekt over het begrip (kwaliteits)visitatie.	Visitatie.

Bijlage 5: Gezamenlijk advies

Aanbevelingen ten aanzien van een uniforme werkwijze omtrent complicaties binnen ziekenhuis X

Marieke Elbers, Marrit Oosterveld, Bente Rodenburg, Floor Schutrups.

In februari 2022 zijn, in het kader van de bachelor Gezondheidswetenschappen aan de Universiteit Twente, vier afstudeeronderzoeken gestart binnen ziekenhuis X naar de werkwijzen van vier vakgroepen omtrent complicaties. De medische staf en de afdeling 'Kwaliteit en veiligheid' van ziekenhuis X wil graag inzicht in de mogelijkheden omtrent een uniforme werkwijze, omdat dit vakgroepen kan ondersteunen in het leren van complicaties en tevens maakt dit benchmarking mogelijk. Met deze aanbevelingen wordt een uitspraak gedaan over de toepasbaarheid van een uniforme werkwijze omtrent complicaties binnen ziekenhuis X op basis van de vier onderzoeken.

Randvoorwaarden om te komen tot meer uniformiteit

Definitie complicatie

Allereerst is het van belang dat vakgroepen inzicht hebben in de definitie van een complicatie als randvoorwaarde om complicaties te registreren en bespreken. Uit de vier individuele onderzoeken is namelijk gebleken dat het in de praktijk lastig kan zijn te beoordelen wanneer er sprake is van een complicatie. Er wordt aanbeloven dat vakgroepen afspraken maken over welke uitkomsten van zorg wel en niet als complicatie worden bestempeld en dat hierbij de definitie van de wetenschappelijke vereniging gehanteerd wordt.

Een complicatie wordt door de Orde voor Medisch Specialisten gedefinieerd als *'een onbedoelde en ongewenste gebeurtenis of toestand tijdens of volgend op medisch specialistisch handelen, die voor de gezondheid van de patiënt zodanig nadelig is dat aanpassing van het medisch (be)handelen noodzakelijk is dan wel dat er sprake is van onherstelbare schade'*.

Richtlijnen voor registratie en bespreken

Er ontbreekt een ziekenhuisbrede richtlijn voor het registreren en bespreken van complicaties. Dit kan een leidraad zijn om te komen tot meer uniformiteit.

In onderstaande paragrafen worden aanbevelingen gedaan voor het opstellen van een richtlijn en het uniformeren van het registreren en bespreken van complicaties.

Aanbevelingen uniforme werkwijze voor het registreren van complicaties.

Het advies is dat alle vakgroepen alle complicaties die optreden registreren.

Binnen ziekenhuis X wordt gebruik gemaakt van het complicatieregistratiesysteem HiX. Het advies is daarom dan ook dat alle vakgroepen gebruik maken van HiX om complicaties te registreren. Zij kunnen hierin zowel het standaard complicatieformat dat in HiX gegeven wordt gebruiken dan wel deze aanpassen naar de wensen van de eigen vakgroep of de complicatielijst zoals deze voor sommige vakgroepen wordt gegeven vanuit de wetenschappelijke vereniging. Voor de kwaliteitsvisitatie is het van belang dat de vakgroep waar mogelijk de richtlijnen van de wetenschappelijke vereniging opvolgt. Dit kan bijvoorbeeld gaan over de wijze van registreren of de frequentie van de besprekingen. Aangeraden wordt om de richtlijnen omtrent complicaties van de wetenschappelijke vereniging als leidraad te nemen.

Aanbevelingen uniforme werkwijze voor het bespreken van complicaties.

Het advies is dat alle vakgroepen complicatiebesprekingen houden. Voor de frequentie van de besprekingen dienen de richtlijnen van de wetenschappelijke vereniging aangehouden te worden. Indien hier geen richtlijn voor is, dienen vakgroepen complicaties minimaal twee keer per jaar te bespreken.

Er wordt aanbevolen dat de opgetreden complicaties tijdens de besprekingen worden aangedragen door de behandelend arts. Deze kan de situatie het best toelichten, tevens verlaagt dit de voorbereidingstijd.

Voor het bespreken van de complicaties kan onderscheid gemaakt worden in welke complicaties in de diepte besproken worden. Er dient besproken te worden of en hoe de complicatie voorkomen had kunnen worden, hoe de vakgroep ervan kan leren en of de werkwijze aangepast moet worden.

Meningen over de toepasbaarheid van een uniforme werkwijze

De meningen over de toepasbaarheid van een uniforme werkwijze verschillen per respondent en per vakgroep. Uit de interviews is gebleken dat respondenten van mening zijn dat het registreren in HiX uniform vormgegeven kan worden. De vakgroepen zijn van mening dat de basis voor het registreren en bespreken uniform zou kunnen maar dat details over de uitvoering aan de vakgroep overgelaten moeten worden. Vakgroepen staan ervoor open hun werkwijze te veranderen wanneer dit betere resultaten zou opleveren, mits dit in lijn is met de eisen vanuit hun wetenschappelijke vereniging.

Echter, in de interviews zijn meerdere redenen benoemd waarom een uniforme werkwijze niet toepasbaar zou zijn:

- De complicaties die voorkomen verschillen per vakgroep.
- Richtlijnen van wetenschappelijke verenigingen verschillen van elkaar.
- De verschillen tussen vakgroepen zijn te groot.
- Er zijn twijfels over de relevantie van een uniforme werkwijze.
- Respondenten verwachten dat het meer tijd zal gaan kosten.
- Respondenten zijn sceptisch over de uitvoering van een uniforme werkwijze en denken dat vakgroepen hiervan zullen afwijken.

Vervolgonderzoek

Er wordt geconcludeerd dat onderzoek bij vier vakgroepen onvoldoende inzicht geeft om een uitspraak te doen over de toepasbaarheid van een uniforme werkwijze binnen ziekenhuis X. De benoemde aanbevelingen kunnen gezien worden als eerste stap naar uniformiteit omtrent complicaties binnen het ziekenhuis. Om de werkwijzen meer te kunnen uniformeren, wordt geadviseerd om verder onderzoek te doen naar de toepasbaarheid hiervan. Daarbij kan gedacht worden aan het uitvoeren van een soortgelijke onderzoeken als deze vier bij andere vakgroepen, ook bij vakgroepen waar wordt aangegeven dat het al wel goed loopt.

Bijlage: Verschillen tussen de vakgroepen op gebied van het registreren en bespreken van complicaties.

Registreren	Plastische chirurgie	KNO	MKA	SEH
Systeem	HiX	HiX	HiX	HiX (standaard content)
Verantwoordelijk registreren	Degene die de complicatie ziet, dus de arts of de verpleegkundige. Sommige artsen laten het doen door verpleegkundige.	In principe de operator, maar ook de arts die de complicatie meemaakt of herstelt kan de complicatie registreren.	De chirurg die de complicatie ziet/heeft registreert de complicatie	De arts die de complicatie waarneemt, registreert deze.
Moment van registratie	Direct na het constateren.	Na zes weken of op het moment van meemaken.	Direct na constatering	Direct na constatering
Richtlijnen	Codes geven aan complicatie via een mappinglist van de NVPC. Geen specifieke richtlijnen, alleen dat het moet gebeuren.	De NVKNO heeft een voor gestructureerd complicatieregistratieformulier.	Van de NVMKA is er een kwaliteitsvisitatie waarin staat wat er aangeleverd moet worden omtrent complicaties en is er een lijst met mogelijke complicaties die geregistreerd kunnen worden, complicaties registreren hoort er daarnaast bij	Alleen richtlijn dat het moet, en een schaal van ernst.

Bespreken	Plastische chirurgie	KNO	MKA	SEH
Frequentie	Iedere zes weken tijdens maatschapsvergadering	Het streven is om twee keer per jaar een complicatie-bespreking te houden. Dit lukt niet altijd.	1 keer per maand, tijdens de patiëntenbespreking (er is dus geen losse complicatiebespreking)	Staat elke 3 maanden in de agenda, maar heeft al twee jaar niet plaatsgevonden
Wie aanwezig	De artsen uit de maatschap (ook stad X en X)	KNO-artsen, de AIOS en coassistenten.	De kaakchirurgen van ziekenhuis X	SEH-artsen

Vorbereiding	De artsen recapituleren de complicaties die zij gezien hebben.	Artsen hebben in principe geen voorbereiding. De AIOS verzamelt vooraf een lijst met alle ingrepen en complicaties die zijn opgetreden, clustert deze, interpreteert ze, probeert trends te ontdekken, trekt voorlopige conclusies en maakt de presentatie voor de bespreking.	Geen voorbereiding	Een SEH-arts zoekt uit welke complicaties er zijn geweest, en zoekt hieruit een aantal interessante casussen. Zoekt uit wat er precies is gebeurd en wat daaruit te leren valt
Rolverdeling	Een voorzitter die de vergadering leidt en een secretaris die notuleert. De artsen dragen zelf hun complicaties aan waarbij zij denken dat het nuttig is om te bespreken. Hier wordt op ingegaan en gevraagd hoe het de volgende keer beter zou kunnen. Soms gaan ze een interventie doen als een complicatie meerder malen terugkomt.	De AIOS bereid de bespreking voor en presenteert en leidt de gehele bespreking. De desbetreffende operateur vult waar nodig aan. De AIOS presenteert ook voorlopige conclusies, waar tijdens de bespreking over gediscussieerd wordt, waarna gezamenlijk een definitieve conclusie geformuleerd wordt. Dit geldt ook voor eventuele verbeterplannen.	Degene die de complicatie heeft geregistreerd legt uit wat er is gebeurd. De anderen delen hun mening, zij sparren met elkaar en bespreken samen wat mogelijke vervolgstappen zouden kunnen zijn (als dit van toepassing is). De behandelend arts is verantwoordelijk voor zijn eigen complicaties en pakt dit zelf verder op.	Degene die het heeft voorbereid presenteert, de rest is toehoorder.
Hoe wordt het besproken	De belangrijkste, grotere complicaties worden besproken. Hierover wordt gediscussieerd.	Complexe en ernstige complicaties worden besproken als casus waarbij wordt gekeken naar de gehele situatie: het verloop vooraf en achteraf. Vervolgens wordt stil gestaan of de complicatie voorkomen had kunnen worden en hoe de vakgroep ervan kan leren. De	Alle registraties worden besproken. Daarnaast kijken ze naar alle foto's die zijn gemaakt van de patiënt, bespreken zij of er in deze foto eigenlijk al een teken was voor meer risico's. Bespreken zij of dit een eenmalig iets is, iets dat vaker voorkomt, of het voorkomen	Interessante casussen worden besproken met wat er is gebeurd, hoe dit te verklaren valt en wat daaruit geleerd kan worden.

		overige complicaties worden kort behandeld.	had kunnen worden en wat mogelijke vervolgstappen zijn. Ze formuleren hierin samen conclusies	
Richtlijnen	Er zijn geen richtlijnen op het bespreken, alleen dat het minimaal eens per drie maanden moet plaatsvinden.	Er is een procedure-beschrijving verstrekt vanuit de NVKNO. Dit is een stappenplan dat voor de bespreking gevolgd dient te worden.	Van de NVMKA is er een kwaliteitsvisitatie waarin staat wat er aangeleverd moet worden omtrent complicaties. Daarnaast is hierin te vinden hoe een bespreking eruit dient te zien. Hoewel de respondenten aangeven hiervan niet op de hoogte te zijn verloopt de bespreking wel volgens deze stappen	Er zijn geen richtlijnen over de inhoud van de bespreking, wel dat deze eens per 3 maanden moet plaatsvinden.