

Preoperatief traject ontbeert multidisciplinaire en gestandaardiseerde aanpak en teamvorming

Toezicht Operatief Proces

Onderzoek naar het preoperatieve traject van het operatief proces
in algemene en academische ziekenhuizen

Den Haag, februari 2007

Aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Met genoegen bied ik u hierbij het rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg aan over een onderzoek naar het preoperatieve traject van het operatief proces in algemene en academische ziekenhuizen.

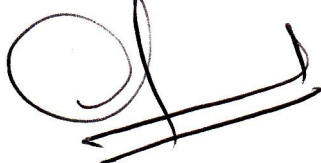
Het operatief proces is een centraal proces in ziekenhuizen. Het is een complex proces waar veel zorgverleners bij betrokken zijn. Vanuit het oogpunt van patiëntveiligheid kent dit proces veel risico's. Dit is reden voor de inspectie om onderzoek te verrichten naar de kwaliteit van het operatief proces. Vanwege de complexiteit heeft de Inspectie van de Gezondheidszorg zich beperkt tot het onderzoek van basis-elementen bij weinig complexe, veel voorkomende operaties in de heelkunde, met de focus op communicatie. In het bijzonder gaat het daarbij om de communicatie tussen zorgverleners, de overdracht van patiëntgegevens en de informatie aan de patiënt. De inspectie voert dit onderzoek in drie verschillende stappen uit. De eerste stap - het preoperatieve traject - is nu afgerond. Dit traject loopt van verwijzing van de operatiepatiënt tot aan de deur van de operatieafdeling.

De inspectie constateert ernstige tekortkomingen in het preoperatieve traject: de dossiervoering is onvoldoende, afstemming tussen de verschillende disciplines is niet goed geregeld, eenduidige regie ontbreekt en de informatie aan de patiënt is onduidelijk. Zowel de veiligheid, effectiviteit en patiëntgerichtheid van zorg zijn hier aan de orde. Het veld herkent deze problemen, maar vanwege de historisch gegroeide werkwijze bieden deeloplossingen onvoldoende soelaas.

De inspectie acht het noodzakelijk dat de betrokken beroepsgroepen en ziekenhuizen landelijke regels opstellen voor standaardisatie van (de structuur van) het preoperatief proces. Deze regels zijn nodig voor een adequate verslaglegging, dossiervoering en gegevensuitwisseling. Dat is evenzeer noodzakelijk voor een zinvolle onderbouwing voor verantwoording over kwaliteit en transparantie. Dit sluit ook aan bij uw kwaliteitsbeleid waarin het aan het veld is om regels en normen te stellen en aan de inspectie om die te valideren en te handhaven.

De uitvoering van de in dit rapport aangegeven maatregelen zal – net als de veiligheids gordel in het verkeer - leiden tot vermindering van risico's en een vergroting van de veiligheid, in dit geval de veiligheid van de patiënt. Bestaande initiatieven in het veld rond teamvorming, zorgpaden en standaard procedures bieden een perspectief voor noodzakelijke verbeteringen. Als resultaat van alle maatregelen verwacht de inspectie dat uiteindelijk een reductie van (meldingen over) calamiteiten en daarmee veiliger zorg tot stand kunnen komen.

Hoogachtend



Prof. dr. G. van der Wal

Den Haag, februari 2007

Inhoudsopgave

Samenvatting 7

1 Inleiding 9

- 1.1 Begripsbepaling 9
- 1.2 Aanleiding 9
- 1.3 Doelstelling 10
- 1.4 Onderzoeksmethode 10
- 1.5 Centrale vraagstelling 10
- 1.6 Toetsingskader 11

2 Conclusies en maatregelen 12

- 2.1 Standaardisatie van informatievoorziening ontbreekt geheel 12
- 2.2 Dossiervoering en verslaglegging zijn insufficiënt 13
- 2.3 Communicatie en overdracht van informatie is gebrekkig en beperkt veilig georganiseerd 15
- 2.4 Samenwerking van alle zorgverleners is onvoldoende effectief 16

3 Resultaten 18

- 3.1 Dossiervoering 18
 - 3.1.1 Grote variatie in vormgeving van dossiers 18
 - 3.1.2 Identificerende gegevens van de patiënt en behandelaar niet altijd compleet 18
 - 3.1.3 Steeds verrassend welke informatie ontbreekt 20
 - 3.1.4 Dubbel (en vaker) opschrijven is regel, maar niet dubbel veilig 20
 - 3.1.5 Status soms ontoegankelijk voor andere zorgverleners 21
- 3.2 Communicatie 22
 - 3.2.1 Communicatie en overdracht van informatie is gebrekkig en beperkt veilig georganiseerd 22
 - 3.2.2 De verwijzing is (nog) niet standaard 23
 - 3.2.3 Informed consent wordt met de mond beleden 24
 - 3.2.4 Gegevensuitwisseling is geen vanzelfsprekende zaak 24
 - 3.2.5 Het preoperatieve onderzoek is niet uitsluitend kwaliteitswinst 25
- 3.3 Samenwerking 26
 - 3.3.1 Samen werken is nog geen samenwerken 26
 - 3.3.2 Overzicht van de zorg aan een patiënt ontbreekt 27
 - 3.3.3 Er is geen geregelde afstemming tussen de disciplines in het preoperatieve traject 28

4 Beschouwing 29

5 Summary 35

Bijlagen

- 1 Lijst van afkortingen en begrippen 37
- 2 Literatuurverwijzingen 38
- 3 Opzet van het onderzoek 39
- 4 Resultaat landelijke enquête 42
- 5 Geaggregeerde resultaten van 23 bezochte ziekenhuizen 49

Samenvatting

In ziekenhuizen is het operatieve proces een kernactiviteit. Het operatieve proces omvat alle stappen die een te opereren patiënt doorloopt vanaf het moment van verwijzing tot het moment van ontslag uit behandeling. Bij dit organisatorisch complexe proces zijn veel hulpverleners betrokken.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg ontvangt regelmatig meldingen over calamiteiten in het operatieve proces. Veelal hebben deze betrekking op informatievoorziening en -overdracht. Daarom doet de inspectie onderzoek naar de kwaliteit en veiligheid van het operatieve proces met de focus op communicatie en overdracht van gegevens; gegevens die noodzakelijk zijn voor het verlenen van verantwoorde en veilige zorg.

Dit rapport bevat de resultaten van het onderzoek naar het eerste deel, het preoperatieve traject, van het operatieve proces. De resultaten zijn gebaseerd op gegevens verkregen uit een enquête onder alle 94 ziekenhuizen, bestudering van dossiers en interviews tijdens inspectiebezoeken in 23 aselect gekozen ziekenhuizen. Op de vragen: "Is de voor verantwoorde zorg noodzakelijke informatie goed toegankelijk voor behandelaars en is die van betrouwbare kwaliteit?" blijkt het antwoord kort en bondig: nee.

De inspectie komt naar aanleiding van het onderzoek tot de volgende bevindingen:

- **Standaardisatie** van informatievoorziening is niet of marginaal aanwezig.
- **Overdracht** van informatie en **samenwerking** tussen alle zorgverleners kan beduidend beter. Door ontwikkelingen op basis van efficiëntie en productiviteit zijn meerdere afzonderlijke schakels in de keten ontstaan. Activiteiten in het preoperatieve traject zijn organisatorisch opgesplitst in een chirurgisch, anesthesiologisch, verpleegkundig en opnameplanningsdeel. In dergelijke processen is de overdracht van informatie en samenwerking van essentieel belang. Het moet bovendien voor de patiënt begrijpelijk en veilig blijven. Er zijn veel hiaten.
- **Communicatie** met de patiënt in het kader van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) komt beperkt tot zijn recht en vindt onvoldoende weerslag in het dossier.
- **Dossiervoering** en verslaglegging zijn zeer divers en onvolledig, informatie ontbreekt of is in meerdere ongelijke kopieën aanwezig.
- **Vroege planning** van de operatiedatum door het behandelende team vermindert de complexiteit van het traject en biedt direct logistiek houvast.

Wat zijn de consequenties van de bevindingen?

Onvoldoende dossiervoering, communicatie en overdracht betekent dat de randvoorwaarden voor verantwoorde zorg onvoldoende worden ingevuld met risico's voor de patiëntveiligheid.

Gebrek aan standaardisatie van het proces betekent verspilling van tijd en deskundigheid, inefficiënte opleiding en onnodige kosten door financiering van onnodige diversiteit.

Doordat de zorg rond de verschillende deelprocessen is georganiseerd staat de patiënt, in tegenstelling tot de missie van elk ziekenhuis, onvoldoende centraal.

Het is niet te verwachten dat de huidige gang van zaken in de zorg het probleem zal verkleinen. De druk op hogere productiviteit bij nagenoeg verdwenen wachtlijsten voor veel operaties vermindert de doorlooptijd en de gelegenheid tot correctie, terwijl

taakherschikking en nieuwe beroepen meer schakels aan deze toch al complexe keten toevoegen. Digitalisering ter verbetering van de communicatie biedt pas zijn mogelijkheden als het (basis-)proces adequaat gestandaardiseerd is.

Veranderingen zijn dringend nodig, dit is geen vrijblijvende zaak meer. Standaardisatie van faciliteiten en proces moet. Compliance is vereist. Samenwerking in een team met duidelijkheid over taken en regie met oriëntatie op de patiënt is broodnodig voor de juiste afstemming en veiligheid van het proces.

Het is nu aan de ziekenhuizen om het initiatief te nemen en samen met de zorgverleners op korte termijn regels op te stellen voor deze standaardisatie, regie en teamvorming. De inspectie zal de uitwerking ervan met implementatie binnen een periode van 3 jaar, monitoren en toetsen.

1 Inleiding

1.1 Begripsbepaling

Het operatieve proces is het geheel van handelingen dat nodig is om een probleem bij een patiënt operatief te behandelen. Het is een proces dat vanaf de verwijzing tot en met het ontslag uit behandeling plaatsvindt in een tweedelijns instelling van de gezondheidszorg. Het is een complex proces dat niet alleen bestaat uit diagnostiek en indicatiestelling voor de operatie, maar ook een preoperatieve beoordeling met risico-inschatting, de opname- en OK-planning, de operatie, de nazorg, evenals de noodzakelijke en adequate verslaglegging en informatievoorziening aan patiënt, betrokken behandelaars en verwijzer behelst.

1.2 Aanleiding

Patiëntveiligheid betreft het voorkomen van onbedoelde schade aan de patiënt. Bij het bevorderen van de patiëntveiligheid gaat het niet primair om het vermijden van complicaties en ongewenste uitkomsten, maar om het optimaliseren van het zorgproces, waardoor de kans op vermijdbare schade zoveel mogelijk wordt beperkt^[1].

Aan patiëntveiligheid hecht de inspectie een groot belang. Inventarisatie van de risico's voor de patiëntveiligheid leidde tot onderwerpen die de afgelopen jaren de agenda voor het thematisch toezicht in belangrijke mate bepalen. Het operatief proces is blijkens literatuur en rapportages maar ook vanuit meldingen bij de inspectie, een proces met vele risico's en daarom een prominent onderwerp voor een nadere beoordeling door de inspectie.

Ruim 50 procent van alle patiëntencontacten in ziekenhuizen vindt plaats in het kader van het doorlopen van een of meer onderdelen van het operatief proces (1). Operaties grijpen in belangrijke mate in de persoonlijke levenssfeer van mensen in. De kwaliteit en veiligheid van de ingrepen zijn vrijwel niet te beoordelen door de patiënten zelf.

Incidenten en complicaties in het operatief proces komen frequent voor en hebben relatief vaak ernstige gevolgen (2). Ongeveer de helft van de ernstige complicaties die optreden bij patiënten die een algemeen chirurgische procedure ondergaan, wordt als vermijdbaar beschouwd (3).

Uit een Canadese studie, waarbij ruim 3.700 dossiers van opgenomen patiënten werden gescreend, bleek bij 7,5 procent sprake van een 'adverse event' (een tegenloper). Bij 21 procent hiervan was er een dodelijke afloop. Verder bleek dat 37 procent van deze 'tegenlopers' te voorkomen was geweest. In andere artikelen wordt zelfs van 50 procent te voorkomen schadelijke en versturende gebeurtenissen gesproken. (4) Blijkens onderzoeksgegevens van MediRisk heeft 65 procent van de schadeclaims betrekking op snijdende specialismen. Operaties voeren met afstand de lijst aan van medische verrichtingen waarop schadeclaims betrekking hadden. En: de operatieafdeling is de locatie waar bijna de helft van de geclaimde fouten werd gemaakt! (5)

[1] Zie www.platformpatiëntveiligheid.nl

1.3 Doelstelling

De doelstelling van dit onderzoek is het zichtbaar en meetbaar maken van risico's voor de patiëntveiligheid in het operatieve proces, zodat de feitelijke risicovermindering door kwaliteitsverbeteringen aantoonbaar kan zijn. Dat levert een betrouwbaar toezicht-instrument of indicator op.

1.4 Onderzoeksmethode

Het operatieve proces kent een drietal duidelijk van elkaar te onderscheiden trajecten: het preoperatieve, het operatieve en postoperatieve traject. Om het onderzoek overzichtelijk te houden, worden deze drie trajecten afzonderlijk beoordeeld met elk een eigen rapportage. Deze eerste rapportage betreft het preoperatieve traject.

Het onderzoek naar het preoperatief traject richt zich op weinig complexe, veel voorkomende electieve ingrepen bij de heelkunde in algemene en academische ziekenhuizen met de focus op communicatie en overdracht van gegevens als kernelement van het operatieve proces. Het vakgebied van het specialisme heelkunde biedt een brede keuze aan frequent voorkomende processen met een relatief eenduidige opbouw, waardoor goed inzicht in de basishandelingen mogelijk is. Door het onderzoek te beperken tot basishandelingen komt het fundament van de patiëntveiligheid in het operatieve proces helder in zicht. Andere vakgroepen maken evenzeer gebruik van de basiscomponenten die ook bij de heelkunde worden toegepast. Daardoor kan het onderzoek als representatief voor andere specialismen gelden.

De opzet van het onderzoek wordt uitgebreider beschreven in bijlage 1.

1.5 Centrale vraagstelling

Door de betrokkenheid van vele personen uit meerdere disciplines is de verzameling en overdracht van informatie, communicatie, een wezenlijk onderdeel van het operatief proces. Meldingen over calamiteiten hebben veelal betrekking op tekortschietende informatievoorziening en –overdracht. Onvoldoende of onvolwaardige gegevens of onduidelijkheid over afspraken vergroten de kans op onjuiste of niet-verwachte handelingen en vormen een risico voor de patiëntveiligheid. Daarom ligt bij dit onderzoek de focus op communicatie en overdracht van gegevens; gegevens die noodzakelijk zijn voor het verlenen van verantwoorde en veilige zorg.

De vragen waarop in het onderzoek van het preoperatieve traject antwoorden zijn gezocht zijn:

- Over welke informatie moeten de operateur en de anesthesioloog dan wel het operatieteam beschikken bij aanvang van een operatie om deze verantwoord en veilig te kunnen uitvoeren en is die informatie daadwerkelijk op dat moment beschikbaar?
- Op welke manier is deze beschikbaarheid en toegankelijkheid van informatie gewaarborgd binnen de ziekenhuizen (organisatie- en communicatiestructuur, protocollen, verantwoordelijkheidstoedeling)?

1.6 Toetsingskader

De wettelijke basis waarop het gehele onderzoek inclusief de follow-up wordt uitgevoerd, is vooral vastgelegd in de volgende wetten:

- Kwaliteitswet zorginstellingen (KZ).
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).
- Wet op bijzondere medische verrichtingen (WBMV).
- Wet op de medische hulpmiddelen.
- Wet op de geneesmiddelenvoorziening (WOG).
- Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO).
- Wet toelating zorginstellingen (WTZi).
- Infectieziektenwet.
- Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ).
- Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ).

De standaarden en richtlijnen worden vooral ontleend aan:

- Landelijke richtlijnen en verenigingsstandpunten van wetenschappelijke verenigingen waaronder de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) en de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA), standpunten of normen van met name de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair medische centra (NFU), Landelijke Vereniging van Operatie-assistenten (LVO), Nederlandse Vereniging van Anesthesie Medewerkers (NVaM), Nederlandse Vereniging voor leidinggevenden operatiekamer (NVLO), Vereniging Contamination Control Nederland (VCCN), Werkgroep Infectiepreventie (WIP).
- Regionale protocollen en richtlijnen van de Integrale Kanker Centra en eventueel aanwezige chirurgische samenwerkingsverbanden.
- Uitspraken regionale en centrale tuchtcolleges en andere jurisprudentie.

2 Conclusies en maatregelen

De vraag voor dit onderzoek is of de informatie die noodzakelijk is voor het verlenen van verantwoorde zorg door andere zorgverleners dan degenen die de informatie hebben vastgelegd, snel en goed is te vinden en of onderling voldoende wordt gecommuniceerd.

Het antwoord is kort en bondig: nee.

De vereiste actie? Standaardisatie van het proces.

Dit rapport bevat de resultaten van het eerste deel van het onderzoek door de Inspectie voor de Gezondheidszorg naar communicatie en overdracht van gegevens in het operatieve proces in ziekenhuizen. Het onderzoek richt zich op veel voorkomende, weinig complexe ingrepen in de heelkunde. Door het onderzoek wordt inzicht verkregen in de basishandelingen die aan het gehele preoperatieve traject bij de meeste operaties ten grondslag liggen: verwijzing, spreekuurbezoek met diagnostiek en indicatiestelling, algemene risicobeoordeling en eventuele consultatie, bepalen zorgvraag, planning, opname en klaarmaken voor operatie. Het onderzoek bestaat uit een enquête onder alle algemene en academische ziekenhuizen en inspectiebezoeken voor screening van patiëntendossiers en interviews in 23 aselect gekozen algemene ziekenhuizen. De bevindingen en de daaruit volgende conclusies en maatregelen laten zich in 4 groepen onderscheiden.

2.1 Standaardisatie van informatievoorziening ontbreekt geheel

Een uniforme structuur en wijze van informatievoorziening, overdracht en verslaglegging is onontkoombaar voor een veilig preoperatief traject. Er bestaat echter een grote diversiteit aan procedures, formulieren en opbouw van het dossier:

- In vrijwel geen enkel ziekenhuis zijn alle gegevens op een vaste plek te vinden, als ze al aanwezig zijn. Er zijn vele formulieren en dossiers (informatiebronnen) betrokken bij de preoperatieve gegevensverzameling, maar nergens werd een geheel consistente en consequente lay-out en ordening aangetroffen.
- Van de 10 gedefinieerde typen informatiebronnen zijn in 23 ziekenhuizen 71 verschillende vormen aangetroffen.

Conclusie

Standaardisatie van de informatievoorziening, de overdracht en de verslaglegging ontbreekt geheel. Het veld is zich bewust van de tekortkomingen, maar nergens is een afdoende aanpassing gerealiseerd. Het overstijgt de individuele mogelijkheden van professionals, instellingen en koepels. Landelijke uitwisselbaarheid vereist een landelijke standaard.

Maatregel

Gezien de ernst kan de aanpak niet meer vrijblijvend zijn. Om een landelijke standaardisatie van dit proces te bereiken, stellen de ziekenhuizen en professionals (via hun verenigingen: de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de Nederlandse Federatie van Universitair medische centra, de Orde van Medisch Specialisten en de Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland) binnen een periode van 3 maanden regels vast voor een gestandaardiseerd (preoperatief traject in het) operatief proces. De Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen neemt hiertoe het initiatief. De regels stellen eisen aan verantwoordelijkheden en uitvoering van informatievergaring en -uitwisseling. De inspectie wordt elk kwartaal geïnformeerd over de voortgang. Vanaf eind 2008 zal de inspectie de implementatie in ziekenhuizen toetsen.

2.2 Dossiervoering en verslaglegging zijn insufficiënt

Noodzakelijke gegevens moeten eenduidig en makkelijk toegankelijk in een dossier zijn vastgelegd. Bij de beoordeling van dossiers blijkt veel informatie te ontbreken of is bepaalde informatie in meerdere ongelijke kopieën aanwezig. De toegankelijkheid laat te wensen over.

Er is geen vast patroon in de ontbrekende informatie.

- Informatie over hetgeen met patiënten is besproken, ontbreekt het meest. Slechts in 7 van de 83 dossiers is hier iets over ingevuld (8,4%).
- Identificatiegegevens van de patiënt zijn niet op elke informatiebron aanwezig. Patiëntnummer en hoofdbehandelaar zijn essentieel voor de herleidbaarheid van informatie en daarom vereist voor de communicatie, administratie en logistiek in een ziekenhuis. Bij 29 procent van de bronnen ontbreken beide! De inspectie heeft bij de screening slechts op 49 procent van de informatiedragers beide gegevens aangetroffen. Bij 71 procent (297 van de 418 gegevensbronnen) wordt één van deze minimaal vereiste patiëntidentificatiegegevens vermeld.
- Verwijsbrieven zijn bij 12 van de 83 dossiers aangetroffen (14%). Ook deze zijn onvolledig voorzien van patiëntidentificatiegegevens. Tweemaal ontbreekt elk gegeven over de identiteit van de patiënt, vier maal ontbreekt het adres. Zes maal wordt zowel naam en geboortedatum als het adres van de patiënt vermeld. Allergie: In 76 van de 83 dossiers wordt ergens melding gedaan over aan- of afwezigheid van allergie. Op 5 essentiële gegevensbronnen is er een gemarkeerde ruimte voor mededelingen hierover. Gegevens over allergie ontbreken in deze bronnen in 49,5 procent.
- Medicatie: gegevens hierover blijken evenmin in alle dossiers eenduidig en duidelijk. Van de 23 ziekenhuizen was de informatie over medicatie bij één slecht, bij 4 matig, de overige 18 scoorden voldoende.

Er zijn vaak ongelijke kopieën van bepaalde informatie over een patiënt in een dossier aanwezig. Medicatie, lengte en gewicht, bloeddruk en lokalisatie van de aandoening (welke kant) komen op meerdere plaatsen in de informatiebronnen voor, maar geven regelmatig verschillende waarden.

- Variabele gegevens als bloeddruk en gewicht worden frequent overgeschreven, zonder dat duidelijk is op welk moment gemeten is en door wie, dan wel of het een overgenomen oude meting betreft.
- Bij medicatiegegevens is vaak niet duidelijk welke lijst het meest recent is of het meest betrouwbaar. Vaak worden synoniemen voor medicamenten gebruikt en

worden wisselende vermeldingen over incidenteel te gebruiken medicatie gedaan. Het is meestal niet duidelijk hoe vaak de 'zo-nodig-medicatie' wordt gebruikt.

- Gegevens over zijdigheid van de te opereren aandoening zijn soms niet betrouwbaar.
- Het hierbij gehanteerde criterium is dat de zijde/kant van de operatie kort voor de operatie door de operateur of diens vervanger wordt gecontroleerd, gemarkeerd en met paraaf in het dossier wordt genoteerd (6,7). Hierop scoorden 11 van de 23 ziekenhuizen onvoldoende (47,8%).

De toegankelijkheid van gegevens over patiënten is niet vanzelfsprekend. Alle gegevens staan vaak niet ter beschikking van betrokken zorgverleners. Informatie gevonden in een anesthesietraject (bijvoorbeeld op de preoperatieve anesthesiepolikliniek) is vaak niet toegankelijk voor de chirurg (bijvoorbeeld consulten) en omgekeerd.

- In het verslag van het preoperatieve spreekuur zijn de bevindingen van de anesthesiologische beoordeling opgenomen. Uit de landelijke enquête blijkt dat slechts in 24,5 procent van de ziekenhuizen de chirurg dit verslag ontvangt en actief wordt geïnformeerd. In veel gevallen wordt het verslag, of de aantekeningen van de anesthesioloog, vlak voor de opname bij het verzamelen van de benodigde gegevens aan het dossier toegevoegd.
- De bevindingen en eventuele overwegingen tot de indicatiestelling van de chirurg zijn niet zonder meer voor de anesthesioloog beschikbaar. Op het preoperatieve spreekuur zijn in 27,7 procent van de ziekenhuizen de bevindingen van de chirurg elektronisch voor de anesthesioloog beschikbaar, terwijl de elektronische voorziening in 53,2 procent van de ziekenhuizen aanwezig is.
- Retourformulieren met het consultverslag zijn, als ze aanwezig zijn, vaak opgenomen in het anesthesiologiedossier, waar de chirurg niet routinematig toegang toe heeft. In drie van de negen gevallen waarbij een consult was aangevraagd werd geen verslag van het consult in het dossier aangetroffen.

Conclusie

Indeling en opbouw van het dossier kent geen enkelvoudig format en is niet gecentreerd rond de patiënt. Dit vermindert inzichtelijkheid en vergroot daardoor de risico's voor de patiëntveiligheid, maar verhindert ook de invoering van een elektronisch patiëntendossier (EPD).

Maatregel

Per patiënt moet de relevante informatie eenduidig en overzichtelijk voorhanden en overdraagbaar zijn, op papier of elektronisch. Deeldossiers, losse formulieren, aparte archieven die niet voor alle behandelaars toegankelijk zijn, zullen vermeden dan wel afgeschaft moeten worden.

De ziekenhuizen en zorgverleners ontwikkelen op initiatief van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen met de Orde van Medisch Specialisten, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland en de Nederlandse Federatie van Universitair medische centra, binnen 1 jaar een dossier met een landelijk format, dat (ook) binnen het preoperatieve traject de informatievastlegging en –uitwisseling bepaalt. De ziekenhuizen voeren uiterlijk in 2008 een eenduidige, efficiënte en toegankelijke dossiervoering in, zonder doublures van enkelvoudige patiëntgegevens, herleidbare betrouwbaarheid van gegevens en met volledige compliance van de gebruikers.

De inspectie ontvangt van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen elk kwartaal informatie over de voortgang en toetst de implementatie bij de follow-up van het thematisch toezicht op het operatief proces.

2.3 Communicatie en overdracht van informatie is gebrekkig en beperkt veilig georganiseerd

Het moet in het preoperatieve traject bekend zijn welke uitwisseling van informatie tussen betrokken zorgverleners onderling en met de patiënt heeft plaatsgevonden. Dat vereist goede afspraken en goede organisatie. Naast de standaardisering van het dossier is regie, overzicht en sturing, noodzakelijk.

De praktijk blijkt anders. Goede onderdelen worden met insufficiënte afgewisseld, nooit is het preoperatieve traject in het operatieve proces volledig goed, veilig en geborgd.

- Communicatie met patiënten verloopt zelden geheel conform de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO). In 45 ziekenhuizen (48%) zijn er geen vastgestelde afspraken over de wijze waarop de toestemming van de patiënt na informatie in het dossier wordt vastgelegd. Aanwezige formulieren voor 'informed consent' worden onvoldoende voor de geboden mogelijkheden gebruikt. Delen van het proces zijn goed georganiseerd, echter de informatieoverdracht aan patiënten is zelden sluitend opgezet of uitgevoerd.
- De overdracht van gegevens tussen specialismen is niet gewaarborgd. Het meest voorkomende principe is 'geen bericht, goed bericht'. De kans dat de hoofdbehandelaar kennis neemt van alle relevante bevindingen in het preoperatieve traject en daar zijn beleid op kan aanpassen, is klein.
- Door het breed invoeren van het preoperatief onderzoek (85 van de 94 ziekenhuizen heeft een preoperatief spreekuur) is het goed schatten van het operatierisico betrouwbaarder geworden en neemt de kans op complicaties en overlijden af, maar de negatieve gevolgen van verbeteringen worden zelden opgevangen: het overzicht over alle patiëntengegevens is voor alle betrokkenen afgenomen. Zelden wordt bij geringe twijfel werkelijk de inschatting gemaakt of de opbrengst van de ingreep opweegt tegen het risico en de belasting van de behandeling bij deze individuele patiënt. Van gezekerde, structurele afstemming tussen chirurg en anesthesioloog is bijna nergens sprake. Alleen bij uitzondering, indien sprake is van overduidelijke risico's, vindt afstemming in het preoperatieve traject plaats.

Conclusie

De hoofdbehandelaar heeft in het preoperatieve traject onvoldoende overzicht en voert te vaak niet de volledige regie.

Maatregel

Er moet één en dezelfde behandelaar ('regiedokter') tijdens het preoperatieve traject eenduidig en onmiskenbaar voor of namens de patiënt het aanspreekpunt zijn. Een team is verantwoordelijk voor logistiek en management van het gehele (pre-) operatieve traject. De 'regiedokter' fiatteert voor planning van operatie en opname van die patiënt.

De (koepels van) beroepsverenigingen en ziekenhuizen (de Orde van Medisch Specialisten, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de Nederlandse Federatie

van Universitair medische centra en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland), definiëren binnen 6 maanden landelijk de taken en verantwoordelijkheden en de regie- en aanspreekfunctie bij het multidisciplinaire (pre)operatieve proces en stellen de relatie tot de functie hoofdbehandelaar vast. De ziekenhuizen implementeren en borgen dit binnen een jaar.

De al gemaakte afspraken van de beroepsverenigingen en ziekenhuizen over het geven en vastleggen van informatievoorziening aan de patiënt worden vanaf 1 mei 2007 volledig en transparant toegepast.

2.4 Samenwerking van alle zorgverleners is onvoldoende effectief

Samenwerking en teamvorming is een noodzaak, met gebruikmaking van gestandaardiseerde communicatie- en overdrachtsmiddelen onder vastgestelde regie.

Is de samenwerking in de ziekenhuizen goed te noemen? Nee.

De grote betrokkenheid en inzet van de zorgverleners in alle disciplines is opvallend. Men is zich bewust van de tekortkomingen in het vigerend zorgsysteem van het preoperatieve traject, doch onvoldoende in staat tot aanpassing te komen. Men weet elkaar niet te vinden. De samenwerking is niet effectief:

- Het proces is vooral georganiseerd op de kerntaken door de direct betrokkenen. Hierdoor zijn taken die bij meerdere zorgverleners ondergebracht kunnen worden, meestal slecht georganiseerd.
- Afspraken over taaktoedeling of verantwoordelijkheden ontbreken veelvuldig, met de consequentie dat ook het overzicht over de zorg aan de patiënt ontbreekt.
- Het informeren van elkaar is geen automatisme. De verwijzer wordt vanuit 29,8 procent van de ziekenhuizen altijd over de voorgenomen behandeling geïnformeerd, in 51,1 procent in wisselende mate. De chirurg en anesthesioloog zijn in drie kwart van de ziekenhuizen niet wederzijds actief geïnformeerd over hun bevindingen van hun onderzoek van een te opereren patiënt. De afdeling voor opnameplanning beslist in ruim de helft van de gevallen (55,3%) nagenoeg eigenstandig over het moment van opname.
- De gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het preoperatieve traject van anesthesioloog en operateur is in de praktijk een verdeelde verantwoordelijkheid, zonder waarborgen dat beide verantwoordelijkheden ten minste op elkaar aansluiten.

Teamvorming ontbreekt vrijwel geheel in dit proces. In een ziekenhuis met werkplekmanagement kwam (vooral de organisatorische en minder de medisch inhoudelijke) afstemming nog het meest tot zijn recht.

Conclusie

De samenwerking in het preoperatieve traject van het operatief proces is onvoldoende effectief, teamvorming voor de gezamenlijke verantwoordelijkheid is vrijwel niet aanwezig.

Maatregel

De raden van bestuur van de ziekenhuizen organiseren het preoperatieve traject zodanig dat functies en verantwoordelijkheden van alle deelnemende zorgverleners in een samenwerkingsverband duidelijk zijn beschreven, vastgesteld en geïmplementeerd en procedurele afstemming binnen een samenwerkingsverband wordt geboden. Daarbij kan aangesloten worden op de recente initiatieven rond 'Crew Resource Management'^[2]. Vanaf eind 2007 toetst de inspectie bij de follow-up van het thematisch toezicht op het operatief proces de implementatie ervan.

[2] 1 Binnen project Veiligheidsmanagementsysteem van Orde, NVZ en LEVV gaat de Koninklijke Luchtmacht de veiligheidstraining van de luchtmacht (CRM) vertalen naar de zorg.
2 Project van Erasmus MC met IGZ: Advanced Training for Operative Modules ontwikkelt CRM voor OK-teams.

3 Resultaten

3.1 Dossievoering

3.1.1 Grote variatie in vormgeving van dossiers^[3]

Tijdens het onderzoek is gekeken in welke bronnen de informatie zich bevindt. Er blijkt een grote diversiteit aan informatiebronnen te bestaan. Ze worden in de verschillende ziekenhuizen zeer gevarieerd aangeduid en zeer gevarieerd in lay-out uitgevoerd. Door de inspectie zijn 10 standaardbronnen onderscheiden en gedefinieerd (tabel 3.1.1). In de 23 bezochte ziekenhuizen zijn 71 verschillende vormen van die 10 standaardbronnen aangetroffen. Enkele malen waren er meerdere versies van dezelfde bron in het ziekenhuis aanwezig. Soms betrof het verschillende versies van opnameformulieren voor dagverpleging, kortverblijf of reguliere opnames. Soms betrof het ook nog bestaande verschillen in dezelfde type formulieren tussen locaties van eerder gefuseerde ziekenhuizen. Niet alleen was dan de naam van de formulieren anders, maar ook de opmaak en de gevraagde informatie. Na enkele dossiers was het meestal wel duidelijk wat de potentiële plaatsen waren waar een gegeven gevonden kon worden.

Tabel 3.1.1
Informatiebronnen

<i>Bronnen</i>
Verwijsbrief
Ponsplaatje
Poliklinische status (chirurgie)
Opnameformulier
Klinische status
Anesthesievragenlijst (patiënt)
Anesthesieformulier
Anesthesiologisch preoperatief verslag
Preoperatieve checklijst
Verpleegkundig dossier

3.1.2 Identificerende gegevens van de patiënt en behandelaar niet altijd compleet

Gegevens noodzakelijk om de patiënt te identificeren^[4] zijn in alle dossiers aanwezig, maar niet op alle dragers van informatie in de status en evenmin eenduidig. De vooraf gedefinieerde identificerende gegevens werden op de relevante plaatsen altijd aan-

[3] Definitie: een op systematische wijze gerangschikte en gebundelde verzameling van gegevens met betrekking tot onderzoek en behandeling van een patiënt (Handboek Medisch Dossier, Bethesda ziekenhuis Hoogeveen).

De Belgen spreken van een Globaal Dossier. Zie ook: Legemaate, J. (red.) Knelpunten rond het medisch dossier. Lelystad, 2000.

[4] Landelijke afspraken over of visie op patiëntidentificatiegegevens komen vooral in het kader van EPD aan de orde.

getroffen. Identificatiegegevens van zorgverleners waren veel moeilijker te achterhalen, meestal werd er met parafen gewerkt, hoewel een enkele maal ook gevraagd moest worden aan medewerkers om het handschrift te herkennen. Hoofdbehandelaars waren meestal te achterhalen, vooral als de hoofdbehandelaar gedefinieerd wordt als de specialist die verantwoordelijk is voor het gesprek op het chirurgisch spreekuur. Uit preoperatieve documentatie was moeilijk of niet op te maken wie de operateur was als dat niet de hoofdbehandelaar was. Uit de gesprekken tijdens de inspectiebezoeken werd dan vaak duidelijk dat die informatie in het voortraject aan de patiënt was verteld. De bij de screening verkregen scores voor de identificatie van patiënt en hoofdbehandelaar zijn in tabel 3.1.2 vermeld.

Op de aanwezige bronnen (418 exclusief de verwijfsbrief) was in 49 procent van de gevallen zowel het patiëntnummer als de hoofdbehandelaar ingevuld. In 18,9 procent van de aanwezige bronnen was alleen het patiëntnummer ingevuld. De hoofdbehandelaar was in 3,1 procent van de aanwezige bronnen als enige ingevuld. 29 procent van de bronnen bevatte helemaal geen informatie over patiëntnummer en/of hoofdbehandelaar.

Op de verwijfsbrieven (12) was van zes patiënten naam, adres en geboortedatum ingevuld, vier keer alleen naam en geboortedatum en twee keer was helemaal niets aan patiëntidentificatiegegevens vermeld.

Tabel 3.1.2

Patiëntidentificatiegegevens (83 patiëntendossiers)

<i>Bron</i>	<i>Aantal bronnen aanwezig</i>	<i>Patiëntnummer en hoofdbehandelaar ingevuld</i>	<i>Alleen patiëntnummer ingevuld</i>	<i>Alleen hoofdbehandelaar ingevuld</i>	<i>Geen van beide ingevuld</i>
Anesthesieformulier*	8	3	3	0	2
Anesthesievragenlijst	50	18	14	1	17
Anesthesiologisch preoperatief verslag	72	34	14	3	21
Klinische status	49	21	6	0	22
Opnameformulier	49	35	3	4	7
Poliklinische status	72	29	13	2	28
Ponsplaatje	65	41	21	0	3
Preoperatieve checklijst	3	2	0	0	1
Verpleegkundig dossier	50	22	5	3	20
Verwijsbrief**	(12)	0	0	0	(12)
Totaal	418	205	79	13	121
Percentage	nvt	49%	18,9%	3,1%	29,0%

* Het anesthesieformulier is het werkdocument van de anesthesiologie^[5].

** De bron verwijsbrief is niet meegeteld. Patiëntnummer en hoofdbehandelaar zijn hier nooit ingevuld, omdat de verwijzer hier (nog) niet van op de hoogte is.

[5] Het anesthesieformulier bestaat meestal uit een los, vaak meervoudig gevouwen formulier, soms met doorslag. Hierop zijn de samenvattende preoperatieve gegevens van een patiënt vermeld. Het wordt voor de monitoring van de patiënt tijdens de operatie en de verkoeverperiode gebruikt, en bevat de adviezen van de anesthesioloog voor pijnbestrijding en vochtbehandeling.

3.1.3 Steeds verrassend welke informatie ontbreekt^[6]

In vrijwel alle ziekenhuizen die tijdens het onderzoek bezocht zijn, kon alle informatie waar de inspectie naar zocht worden aangetroffen in het (totaal-)dossier, de bundeling van deeldossiers (discipline-dossiers), formulieren en lijsten. Deze informatie was niet altijd in elk dossier aanwezig. Meerdere noodzakelijke gegevens waren uiteindelijk wel vermeld, maar er is weinig consistentie in de opbouw en hantering van vragenlijsten, verslaglegging van onderzoeksbevindingen, informed consent, fiattering, opname-formulieren en dergelijke.

In de tien genoemde standaardbronnen bleek de noodzakelijke informatie niet altijd aanwezig te zijn. Vooral mededelingen aan de patiënt ontbraken. Uit de status was zelden op te maken wat aan de patiënt was verteld over de operatie en mogelijke alternatieven. Er werd soms gewerkt met stempels of bij de anesthesiologie vaker met afvinklijsten om te checken dat er iets was verteld. Wat er was verteld werd eigenlijk nooit genoteerd, een enkele goede uitzondering daargelaten. Frequent werd een handtekening van de patiënt op het vragenformulier van het preoperatieve anesthesie-spreekuur aangetroffen, vaak zonder dat duidelijk was waarvoor de patiënt nu eigenlijk tekende.

Er vanuit gaande dat informatie over het wel of niet hebben van allergieën altijd aanwezig moet zijn, kon in 76 van de 83 dossiers ergens een melding hierover worden gevonden. Kijkend naar de 5 informatiebronnen waarin iets over aan- of afwezigheid van allergie vermeld moet worden, ontbraken dergelijke allergiegegevens in 49,5 procent van deze bronnen.

Medicatiegegevens blijken evenmin in alle essentiële deeldossiers aanwezig, ze zijn evenmin eenduidig en duidelijk. Generieke en merknamen worden door elkaar gebruikt. Van de 23 ziekenhuizen werd de informatie over medicatie in de verschillende dossiers bij 1 slecht en bij 4 matig beoordeeld, terwijl de overige 18 voldoende scoorden.

3.1.4 Dubbel (en vaker) opschrijven is regel, maar niet dubbel veilig

Gegevens die van belang zijn voor het zorgproces (medicatie, lengte, gewicht, bloeddruk, allergie etc.) worden frequent op meerdere plaatsen en op meerdere momenten in de status gevraagd. Meestal worden zij ook meermalen opgeschreven. Daarbij zijn enkele opvallende waarnemingen gedaan.

Bij medicatie valt op dat de medicatie-overzichtslijsten in de verschillende bronnen vaak verschillen. Soms worden merknamen gebruikt, soms generieke namen. Incidenteel gegeven medicatie wordt zeer wisselend ingevuld. Door de veelheid van medicatie-overzichtslijsten ontstaat de indruk dat de medicatie-informatie niet betrouwbaar is. In een ziekenhuis werden bij één oudere patiënt zes medicatielijsten aangetroffen relevant voor de huidige opname, waarvan geen enkele identiek. Aan de behandelend anesthesioloog werd gevraagd welke van de medicatielijsten hij gebruikte. Zijn antwoord was dat hij alleen die informatie vertrouwde die hij zelf gevraagd en genoteerd had.

[6] Volgens de WGBO moet het patiëntendossier alle gegevens bevatten die voor de behandeling van de patiënt noodzakelijk zijn (geweest). Deze gegevens moeten alleen in het dossier worden opgenomen voor zover dit van belang is voor een goede hulpverlening.

Het overschrijven van gegevens, zeker als het vaak gebeurt, leidt tot fouten. Een voorbeeld hiervan is de zijde/kant waaraan in het verleden is geopereerd. Enkele keren kon goed gevolgd worden hoe een liesbreuk van links naar rechts en omgekeerd verschoof door de status heen. Eén keer werd op de operatiedag, gelukkig nog vóór de operatie, een echte links–rechtsverwisseling aangetroffen.

Bloeddruk, lengte en gewicht worden frequent op meerdere formulieren gevraagd en zijn opvallend vaak exact gelijk aan eerdere waarden, ook als er lange perioden tussen zitten.

Gegevens die op meerdere voorbedrukte formulieren worden gevraagd, zijn vaak maar op enkele plaatsen ingevuld. Het kost dan veel energie om uit te vinden of een bepaald gegeven wel bekend en aanwezig is. In de beoordeelde dossiers per ziekenhuis was evenmin een patroon voor het al dan niet aanwezig zijn van gewenste informatie op bepaalde plaatsen herkenbaar.

3.1.5 Status soms ontoegankelijk voor andere zorgverleners

Er is een groot aantal verschillende vormen van status- en/of dossiervoering aangetroffen. Dit varieerde van de bijna klassieke gevouwen polikaart met inleggers (losse brieven en notities) tot grotendeels ingevoerde elektronische patiëntendossiers (EPD). Herhaaldelijk zijn dossiers aangetroffen waarin voor de patiënt belangrijke informatie stond, die in de zak van een van de zorgverleners op de OK werd meegenomen en waarvan de andere specialisten geen kennis hadden kunnen nemen. Een keer kon zo direct worden waargenomen dat letterlijk op de buik van de patiënt werd ontdekt dat voorgenomen voorbehandelingen niet waren uitgevoerd. Vaak wordt er een gescheiden documentatie bijgehouden voor het chirurgische en anesthesiologische traject, met soms zeer beperkte, maar wel noodzakelijke inzagemogelijkheden voor alle betrokken zorgverleners. Als er een EPD is, is het vaak eenvoudiger voor betrokken zorgverleners om noodzakelijke gegevens in te zien. Dat wil niet zeggen dat het dan 'automatisch' gebruikt wordt (tabel 3.1.3). Opvallend was een situatie waarin voor alle specialismen, behalve voor de interne geneeskunde, een compleet EPD werd aangetroffen met een uitdraai voor het OK-dossier, gecombineerd met een status van die interne geneeskunde. De interne geneeskunde speelde een belangrijke rol bij de preoperatieve voorbereiding, maar had er voor gekozen geen gebruik te maken van het preoperatieve EPD. Tijdens het onderzoek werd niet duidelijk waarom deze vakgroep een zo uitzonderlijke positie innam. Het EPD zelf was overigens wel een goed voorbeeld van een geslaagde verbetering in het proces.

In een ander ziekenhuis was het EPD ver doorgevoerd. De schermindeling en toegankelijkheid van gegevens was per specialist wisselend. Er was geen directe toegang tot alle gegevens van de patiënt; om bij de anesthesiologische data te komen moest de chirurg eerst uitloggen, waarna een (willekeurige) anesthesioloog kon inloggen om de gewenste gegevens te zien.

Tabel 3.1.3

Toegankelijkheid van elektronische verslaglegging van het spreekuurbezoek aan de chirurg op het preoperatieve spreekuur

<i>Toegankelijkheid elektronische verslaglegging</i>	<i>Ziekenhuizen</i>	
	<i>Aantal</i>	<i>%</i>
Elektronisch toegankelijk	26	27,7
Elektronisch niet toegankelijk	24	25,5
Geen elektronische verslaglegging	44	46,8

Bij de screening zijn mede door de aard van de beoordeelde operatie-indicaties betrekkelijk weinig gevallen van intercollegiale consulten aangetroffen. Retourformulieren met het verslag van het consult blijken, als ze aanwezig zijn, vaak opgenomen te zijn in het anesthesiologiedossier, waar de chirurg routinematig geen toegang toe heeft. Zelfs op het moment van aankomst op de OK is het niet altijd aanwezig (tabel 3.1.4).

Tabel 3.1.4

Aanwezigheid consultverslag (aantal dossiers = 83)

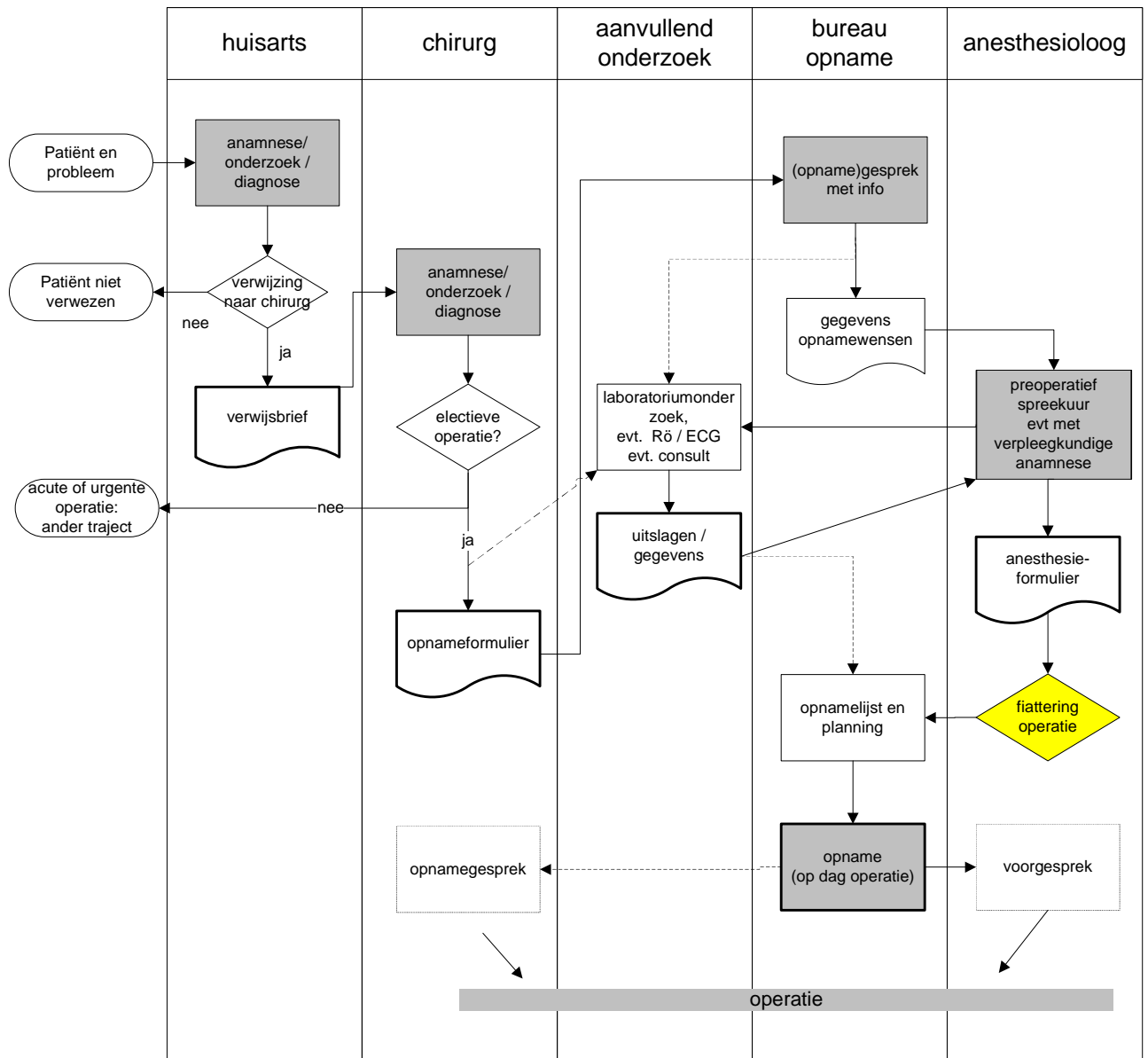
<i>Consultverslag</i>	<i>Aantal</i>
Aanwezig en ingevuld	6
Niet aanwezig of niet ingevuld	3
Consult niet van toepassing	74

3.2 Communicatie**3.2.1 Communicatie en overdracht van informatie is gebrekkig en beperkt veilig georganiseerd**

In het preoperatieve traject zijn in toenemende mate meerdere disciplines betrokken bij de voorbereiding en planning van een opname en operatie. De meest voorkomende schakels (zie diagram) zijn de verwijzer, het chirurgische secretariaat en de chirurg, het planningsbureau, het secretariaat van het preoperatieve (screenings-)spreekuur en de anesthesioloog, de intakeverpleegkundige, de verpleegafdeling of afdeling voor dagbehandeling/kort verblijf, het opnamebureau en de OK. Tussen deze schakels is de communicatie en overdracht van gegevens in wisselende mate geregeld en afgesproken. Goede onderdelen worden met insufficiënte afgewisseld, nooit is de overdracht of de communicatie van alle gegevens in het preoperatieve traject van het operatieve proces volledig goed, veilig en geborgd.

Diagram van het preoperatief deel van het operatieve proces

gebruikelijke procedure bij electieve ingrepen
ASA-1 (en -2) patiënten



N.B. bij de invulling van het diagram is er vanuit gegaan dat de afspraken voor het preoperatieve spreekuur via het bureau opname verlopen. In meerdere ziekenhuizen is dit (iets) anders geregeld.

3.2.2 De verwijzing is (nog) niet standaard

Tussen ziekenhuizen en verwijzers kunnen afspraken bestaan over de verwijzing van een patiënt naar de verschillende specialismen. Door dergelijke afspraken kan de wederzijds bekende informatie die de patiënt vooraf krijgt minder aanleiding tot misverstanden geven. Uit de enquête bleek dat 31 procent van de ziekenhuizen een schriftelijke afspraak heeft over de procedure van verwijzing naar het spreekuur van de chirurgen (tabel 3.2.1). De informatie op de verwijsbrieven was zeer wisselend van kwaliteit en voldeed niet altijd aan de NHG-standaard.

Tabel 3.2.1
Vastgestelde procedureafspraken voor verwijzing naar chirurgisch spreekuur

<i>Vastgestelde procedureafspraken</i>	<i>Ziekenhuizen (94)</i>	
	<i>Aantal</i>	<i>%</i>
Ja	29	30,9
Nee	53	56,4
Onduidelijk	12	12,8

3.2.3 Informed consent wordt met de mond beleden

Communicatie met patiënten verloopt zelden geheel conform de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO). In 45 ziekenhuizen (48%) zijn er geen vastgestelde afspraken over de wijze waarop de toestemming van de patiënt na informatie in het dossier wordt vastgelegd (tabel 3.2.2). Aanwezige formulieren voor 'informed consent' worden onvoldoende voor de geboden mogelijkheden gebruikt. Door meerdere specialisten werd in de gesprekken verklaard dat informed consent (meestal) wel wordt gevraagd maar om redenen van tijd en zinnigheid niet wordt genoteerd.

Tabel 3.2.2
Schriftelijke afspraken over het vastleggen van informed consent in het chirurgische en anesthesiologische dossier

<i>Schriftelijke afspraken</i>	<i>Ziekenhuizen (94)</i>	
	<i>Aantal</i>	<i>%</i>
Ja, beide	22	23,4
Ja, chirurgie	16	17,0
Ja, anesthesiologie	8	8,5
Nee	45	47,9
Onduidelijk	3	3,2

3.2.4 Gegevensuitwisseling is geen vanzelfsprekende zaak

De overdracht van gegevens tussen specialisten is niet gewaarborgd. Gegevensuitwisseling tussen chirurg en anesthesioloog blijkt, onafhankelijk van ICT-voorzieningen geen vanzelfsprekende zaak te zijn. In de ziekenhuizen is dit zeer wisselend geregeld. Meestal gaat een formulier met een aantal basisgegevens mee naar het preoperatieve spreekuur, een enkele keer gaat het dossier met poliklinische chirurgische gegevens mee. Vaak heeft de anesthesioloog voor zijn beoordeling alleen de aard van de voorgenomen operatie ter beschikking. Hoewel automatisering de mogelijkheden tot gegevensuitwisseling veel makkelijker maakt, wordt daarvan maar beperkt gebruik gemaakt (tabel 3.1.3 en 3.2.3).

Tabel 3.2.3

Bestemmingen van het verslag van het preoperatieve spreekuur *

<i>Bestemmingen verslag</i>	<i>Ziekenhuizen</i>	
	<i>Aantal</i>	<i>%</i>
Chirurg	23	24,5
Huisarts	6	6,4
Anesthesie afdeling	62	66,0
Andere(n)	38	40,4
Onduidelijk	4	4,3

* Meerdere antwoorden mogelijk; vermeld is het aantal ziekenhuizen waarin dit van toepassing is.

Hetzelfde geldt voor de informatie die uit later aangevraagde consulten wordt verkregen. Consulten worden met de komst van het preoperatieve anesthesiologische spreekuur veelal niet meer door de chirurg maar door de anesthesioloog aangevraagd als het gaat om de algemene (peri-)operatieve risicobeoordeling. De daaruit verkregen conclusies en adviezen komen terecht bij de aanvrager, de anesthesioloog. Of de chirurg deze informatie ontvangt, is per ziekenhuis wisselend geregeld. Bij de screening zijn mede door de aard van de beoordeelde operatie-indicaties betrekkelijk weinig gevallen van consultering aangetroffen (zie ook tabel 3.1.4). In de gevallen waarin sprake was geweest van consultering blijken de conclusies van het consult vooral ter beschikking te staan van de anesthesioloog. De chirurg wordt bij uitzondering hierover actief geïnformeerd.

Uit de gesprekken blijkt dat over de adviezen vanuit de consulten niet steeds duidelijk is wie uitvoering geeft aan die adviezen. Ook is niet duidelijk wie de conclusies van die adviezen en eventuele gevolgen voor de (voorbereiding op de) operatie aan de patiënt vertelt.

3.2.5 Het preoperatieve onderzoek is niet uitsluitend kwaliteitswinst

In 85 van de 94 ziekenhuizen (90,4%) is een spreekuur voor preoperatief anesthesiologisch onderzoek aanwezig, in 9 ziekenhuizen niet. De naamgeving kent een enorme variatie: preoperatieve polikliniek, preoperatief anesthesiologisch spreekuur, preoperatieve anesthesie polikliniek, preoperatieve screening. Ze worden met even zovele afkortingen zoals PAS, PAP, POP of POS aangeduid.

Wanneer gesproken wordt over het preoperatieve spreekuur hoeft dit niet altijd een anesthesiologisch spreekuur te zijn. In één ziekenhuis werd deze naam gebruikt voor een tweede, apart chirurgisch spreekuur waar de patiënten door een chirurgische Aios (arts in opleiding tot specialist) werden gezien voor de preoperatieve beoordeling en voorbereiding met verzameling van alle benodigde gegevens.

Het is niet vanzelfsprekend dat alle chirurgische patiënten ook daadwerkelijk het preoperatieve anesthesiologische spreekuur bezoeken. Dat komt maar in 63,8 procent van de ziekenhuizen voor (tabel 3.2.4). In de overige ziekenhuizen zijn er zeer wisselende procedures, die vaak op basis van beperkte beschikbaarheid van middelen en mensen worden verklaard. In een enkel bezocht ziekenhuis was er wel een preoperatief

anesthesiologisch spreekuur, maar was dit niet voor de patiënten van de heekunde toegankelijk!?

Tabel 3.2.4
Selectiecriteria voor preoperatief spreekuur

	<i>Ziekenhuizen</i>	
	<i>Aantal</i>	<i>%</i>
Alle patiënten	60	63,8
Alle, behalve ASA-1	5	5,3
Alle, behalve dagbehandeling	2	2,1
Op indicatie chirurg	1	1,1
Anders	10	10,6
Onduidelijk	7	7,4
Geen preoperatief spreekuur	9	9,6

De ongewenste bijwerkingen van verbeteringen worden zelden opgevangen. Door de invoering van de preoperatieve screening is het overzicht van de andere betrokkenen afgenomen (zie ook onder hoofdstuk 3.1). Zelden wordt bij geringe twijfel werkelijk de inschatting gemaakt of de opbrengst van de ingreep opweegt tegen het risico en de belasting van de behandeling bij deze individuele patiënt. Van structurele afstemming tussen chirurg en anesthesioloog is bijna nergens sprake. Alleen bij uitzondering, indien sprake is van duidelijke risico's, vindt afstemming in het preoperatieve traject plaats.

3.3 Samenwerking

3.3.1 Samen werken is nog geen samenwerken

De samenwerking van zorgverleners in ziekenhuizen lijkt voldoende maar is niet onverdeeld goed te noemen. Tijdens de bezoeken voor de screening van de dossiers en tijdens de gesprekken met vertegenwoordigers van de betrokken specialismen is vaak waardering voor elkaars werk beluisterd. Evenzeer is een (gezonde) kritische benadering van elkaars professioneel handelen te horen, soms met ironie. Slechts een enkele keer waren er aanwijzingen voor wrijvingen of weerzin tot samenwerking. Over het algemeen is er nauwelijks sprake van directe samenwerking en samen optrekken voor een gestructureerde afstemming in het preoperatieve traject. Opvallend vaak blijkt er onvoldoende inzicht in elkaars handelen of ontbreken afspraken over een taakverdeling in het preoperatieve traject. In 19 van de 23 bezochte ziekenhuizen (82,6%) is duidelijk wie de consulten, die noodzakelijk zijn voor de inschatting van de algemene risico's of voor specifieke behandeladviezen, dient aan te vragen. Toch laten die afspraken soms ruimte over voor eigen interpretatie, waardoor misverstanden niet uitgesloten zijn. Waar geen afspraken zijn, vraagt vaker de operateur de consulten naar eigen inzicht aan en handelt de anesthesioloog aanvullend waar nodig. Over wie vervolgens de adviezen van de consulent beoordeelt en uitvoert bestaat evenmin altijd duidelijkheid. Het ontbreekt daar vaak aan duidelijke afspraken, zeker waar het overlappende terreinen betreft zoals antibiotische profylaxe en ontstolling. Dat het uiteindelijk wel goed geregeld wordt is bij de screening door de inspectie nog wel

gebleken uit de communicatie van de verpleegafdeling met de operateur of anesthesioloog via plakbriefjes.

Tot de algemene gegevens van de patiënt worden die gegevens gerekend die voor meerdere disciplines nodig (kunnen) zijn, zoals voorgeschiedenis, medicatieoverzicht, allergieën, voedingsstatus maar ook biometrische gegevens zoals lengte, gewicht en bloeddruk. In geen van de bezochte ziekenhuizen zijn afspraken over wie welke van de gezamenlijke of algemene gegevens verzamelt. Het zijn uitzonderingen als van medische en biometrische gegevens (met uitzondering van laboratoriumonderzoek) duidelijk is wie wat op welk moment heeft vastgesteld en wat de betrouwbaarheid van de waarneming is.

3.3.2 Overzicht van de zorg aan een patiënt ontbreekt

Op het chirurgische en het preoperatieve (anesthesiologische) spreekuur wordt door elke discipline op eigen wijze een verzameling gegevens aangelegd. Het is niet gebruikelijk dat het chirurgische dossier op het preoperatieve anesthesiologische spreekuur aanwezig is. Dat is eenvoudig te realiseren wanneer die gegevens digitaal beschikbaar zijn. Uit de landelijk gehouden enquête blijkt dat in 53 procent van de ziekenhuizen de gegevens van de chirurg voor de anesthesioloog elektronisch beschikbaar zouden kunnen zijn tijdens het preoperatieve anesthesiologische spreekuur (zie tabel 3.3). Toch blijkt slechts de helft die mogelijkheid te gebruiken. Met andere woorden: in maar een kwart van de ziekenhuizen beschikt men op het preoperatieve spreekuur elektronisch over die gegevens.

Ook vanuit de verpleegkunde wordt een dossier aangelegd. Dat begint met de zogenaamde verpleegkundige intake. Dit vindt in de ziekenhuizen op wisselende momenten plaats. In 53,2 procent van de ziekenhuizen neemt een verpleegkundige deel aan het preoperatieve spreekuur voor de verpleegkundige intake. Deze gegevens zijn niet altijd beschikbaar. In 60,2 procent van de gescreende (bundeling van) dossiers was naast het medische dossier ook het verpleegkundig dossier aanwezig. Soms is het een geïntegreerd deel van het dossier, vaker is het een eigen dossier. Het is niet altijd voor de medische disciplines beschikbaar.

Het overzicht over het gehele preoperatieve traject is geen vanzelfsprekende medische zaak.

De accordering door chirurgen en anesthesiologen volgt elkaar wel op, maar sluit niet op elkaar aan (zie ook diagram). In het preoperatieve deel van het operatieve proces worden voorbereidingen getroffen door meerdere disciplines. De leden van deze disciplines zijn steeds vaker niet of beperkt betrokken bij de feitelijke uitvoering van de operatie. De directe betrokkenheid van de chirurg van het spreekuur eindigt in ongeveer de helft van de gevallen bij het stellen van de indicatie voor de operatie, het verkrijgen van informed consent, het invullen van het opnameformulier en het maken van een afspraak voor het preoperatieve spreekuur, al dan niet via het opname(-planning-) bureau. Een anesthesioloog beoordeelt de resultaten van het preoperatieve spreekuur en fiatteert daarna de verdere planning, maar verzorgt niet zelf de feitelijke anesthesie. De bevindingen van het chirurgische spreekuur, het preoperatieve anesthesiologische spreekuur en eventuele later bekend wordende resultaten van aanvullend onderzoek komen vaak samen bij degenen die uiteindelijk de opname (en operatie) plannen. De afdeling voor opnameplanning beslist in ruim de helft van de gevallen (55,3%) eigenstandig over het moment van opname of bevestigt de door de chirurg voorgestelde datum. Bij de informatie die dan door deze afdeling aan de patiënt gegeven wordt, hoort frequent de bevestiging dat het overige onderzoek '(kennelijk) goed' was.

Flattering door de specialist voor de opname en operatie wordt beperkt in de dossiers teruggevonden. In 56,6 procent van de gevallen was er een fiat van de anesthesioloog. De flattering van de opname door de chirurg is eigenlijk impliciet bepaald door het invullen van een opnameformulier, ook al zijn dan alle gegevens van het preoperatieve traject nog niet bekend.

3.3.3 Er is geen geregelde afstemming tussen de disciplines in het preoperatieve traject

Van gestructureerd overleg tussen de anesthesiologen en de chirurgen is geen sprake. Van terugkoppeling van anesthesiologie naar heelkunde en omgekeerd in het algemeen of bij (geringe) afwijkende bevindingen is niets gebleken. Tijdens meerdere gesprekken kwam aan de orde dat er bij de anesthesiologen wel eens twijfel of verwondering bestaat over de chirurgische indicatiestelling. Dit resulteert echter niet in overleg. Bij ernstige afwijkingen of te grote risico's zal een anesthesioloog contact opnemen met de chirurg of overlegt de chirurg tevoren al over de risico's met de anesthesioloog. Maar in de dagelijkse praktijk is een dergelijke afstemming bij minder evidente risico's praktisch afwezig. De indicatiestelling wordt als absoluut beschouwd en was geen reden tot afstemming. Ook de verpleging koppelt vanuit de verpleegkundige intake niet terug met diegene die de indicatie stelt of de risico's bepaalt. De eigen waarneming prevaleert binnen de discipline en leidt niet automatisch tot afstemming, wel tot aanpassing vanuit eigen mogelijkheden. Alleen de verpleging wil nog wel eens signaleren dat er iets niet klopt. Het is dan niet ongebruikelijk dat dit via de bekende gele plakbriefjes kenbaar wordt gemaakt, zoals bij de screening bleek.

Een melding

Een heupvervangende operatie is nodig bij een man die daartoe in juni wordt gezien door de orthopedisch chirurg A. Vanwege de afgesproken 'besparende' operatie in een speciaal heupprogramma zal orthopeed B de operatie doen. Datum voor operatie wordt afgesproken, doch enkele weken later wordt de operatiedatum zonder opgaaf van reden 1 week verschoven.

Bij opname op zondagavond, de dag vóór de operatie, hoort de man dat hij de volgende dag niet om 8.00 uur maar om 10.30 uur geopereerd zal worden, dat de operatie toch door orthopeed A zal worden uitgevoerd en dat de speciale 6-persoonskamer met aangrenzende oefenzaal (die tevoren bij de speciale voorlichtingsbijeenkomst werd getoond) niet beschikbaar is.

Op de ochtend van de operatie blijkt hij wél door orthopeed B geopereerd te worden. De Aios (arts in opleiding tot specialist) orthopedie vertelt de man voor de operatie dat hij geen 'besparende' operatie krijgt, omdat ze "die niet doen". Hij schikt zich daar uiteindelijk na enige discussie in.

Op de operatiekamer maakt hij kennis met orthopeed B, die hem vraagt welke operatie hij wil: de 'normale' of de 'besparende'. Door overrompeling laat hij de keuze aan de orthopeed over. Na afloop blijkt hij 'sparend' te zijn geopereerd.

4 Beschouwing

Het operatieve proces is een complex proces van vele stappen die gelijktijdig en/of opeenvolgend worden uitgevoerd door vele hulpverleners. Al in 1983 werd in een rapportage in een speciale uitgave van een weekblad (Libelle Medisch, 1983) gemeld dat bij een eenvoudige, ongecompliceerd verlopen verwijdering van de blinde darm van een jonge man tenminste 31 mensen van het ziekenhuis waren betrokken. Elk had op een of andere wijze een kleine of grote bijdrage geleverd, van het geven van anesthesie tot het bezorgen van een beterschapskaart, van het bereiden van een maaltijd tot het verwijderen van de appendix. Dat aantal is sindsdien niet kleiner geworden, integendeel.

De zorg kende in die tijd een herkenbaardere continuïteit doordat het aantal verantwoordelijke mensen dat bij de medische en verpleegkundige zorg van een patiënt was betrokken, beperkt was. Door maatschappelijke en politieke ontwikkelingen, zoals een duidelijkere scheiding van werk en vrije tijd, (wettelijk) striktere arbeidstijden, deeltijdontwikkeling, maar ook door verdere differentiatie en taakherschikking is er een toenemende fragmentering van de zorg en de daarbij behorende verantwoordelijkheden ontstaan. Zowel bij de verpleging als bij de medici is het aantal handen aan bed en bij de behandeling betrokkenen fors toegenomen. Dat heeft enerzijds positieve effecten, maar anderzijds negatieve gevolgen. Vooral die 'bijwerkingen' blijken soms (zeer) ernstig en zijn zoals blijkt uit de bevindingen van de inspectie, onvoldoende opgevangen.

Door het breed invoeren van het preoperatief onderzoek is het goed schatten van het operatierisico betrouwbaarder geworden en neemt de kans op overlijden af. Het preoperatieve deel van het operatieve proces kent door de aard van het proces echter ook een sterke fragmentering. Meerdere disciplines verzamelen gegevens, veel gegevens over de te opereren patiënt. Communicatie over en overdracht van deze gegevens over een patiënt zou een onlosmakelijk onderdeel van het proces moeten zijn. In de praktijk blijkt het niet zo gezien te worden. Ieder noteert op een eigen formulier of in een eigen deeldossier de voor die discipline belangrijk geachte gegevens van dezelfde patiënt. Dat leidt ook tot overlap, want zoals uit de screening van dossiers blijkt worden dezelfde gegevens meerdere malen aan eenzelfde patiënt gevraagd, en lang niet altijd met eenzelfde resultaat. Veelal worden alleen de eigen gegevens vertrouwd en worden deze in wisselende mate, maar vaak ook niet, met elkaar gedeeld. Veel gegevens zijn niet aanwezig op die plaatsen in de dossiers waar daarom wel gevraagd wordt. Het ontbreken van veel gegevens blijkt niet door tijdgebrek te worden veroorzaakt. Door de opsplitsing van de zorg zijn taken toebedacht aan een ander of wordt verondersteld dat deze die taken zal vervullen, zonder dat daar heldere afspraken over gemaakt zijn.

Door te stoppen met het maken van meerdere handgeschreven lijsten is ongetwijfeld voldoende winst te boeken om elke deficiëntie te corrigeren. Niet alleen in tijd, maar vooral in veiligheid en kosten door het verminderen van risico's. De betrouwbaarheid van elk gegeven daalt recht evenredig met het aantal keren dat het wordt overgeschreven. Als het wenselijk zou zijn om van bepaalde gegevens meerdere vermeldingen te maken, dan zou het in ieder geval duidelijk moeten zijn of het gaat over een daadwerkelijke waarneming of om het overschrijven van een (veel) eerder gedane waarneming. Bloeddrukken, lengte en gewicht worden frequent op meerdere formulieren gevraagd en zijn opvallend vaak exact gelijk aan eerdere waarden, ook als

er lange perioden tussen zitten. Een minder betrouwbare gewichtsvermelding maakt het moeilijk om de voedingstoestand van patiënten juist te beoordelen.

De dossiervoering is niet aangepast aan de fragmentering. Grosso modo heeft elk specialisme en elke discipline een eigen dossier. Meestal is de opmaak van formulieren en plaatsing van gegevens per discipline afwijkend, waardoor uitwisselbaarheid praktisch uitgesloten is. Deeldossiers worden regelmatig apart gehouden, doch soms gebundeld. Het leidt maar zelden tot een goed toegankelijk totaal dossier. De oriëntatie van de gegevensverzameling is niet op communicatie over de patiënt of overdracht maar sterk naar binnen gericht, naar de eigen professie of eigen praktijk. De bevindingen over de dossiervoering zijn indicatief voor de gebruikelijke werkwijze en daarmee exemplarisch voor de algehele dossiervoering binnen een ziekenhuis.

De verwijzing dient naast de probleemstelling een overdracht van gegevens van de verwezen patiënt te bevatten. De NHG heeft daarvoor een richtlijn ontwikkeld. Toch blijkt de richtlijn maar beperkt toegepast te worden. Een goede, maar nog erg weinig voorkomende uitzondering kan gevonden worden in poliklinische verwijzingsprojecten waarbij duidelijke afspraken tussen regionale huisartsengroepen en specialisten van een ziekenhuis zijn gemaakt. Daarbij zijn voor de meest voorkomende aandoeningen afspraken gemaakt over de gewenste gegevens en eventuele voorbereidende onderzoeken. Dit vindt nog onvoldoende toepassing. Het is onvoldoende te volstaan met dergelijke afspraken die slechts voor een enkel ziektebeeld zijn gemaakt, zoals in de heelkunde voor spataderen of de mammatumor.

De overdracht van gegevens tussen specialisten is niet gewaarborgd. Het meest voorkomende principe is 'geen bericht, goed bericht'. De kans dat de hoofdbehandelaar kennis neemt van alle relevante bevindingen in het preoperatieve traject en daar zijn beleid op kan aanpassen is klein. Gezien de onvolkomenheid van de informatievoorziening is dit principe beter te omschrijven als 'geen bericht, geen inzicht'.

Er is zonder meer sprake van een gemiddeld positieve grondhouding van zorgverleners onder elkaar, maar daarmee is nog geen (goede) samenwerking bereikt. Veranderingen in de organisatie van de zorg kunnen onderliggende meningsverschillen tot conflicten versterken. En conflicten binnen en tussen maatschappen of vakgroepen vormen een directe bedreiging voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Dat is ook gebleken bij onderzoeken door de inspectie naar meldingen over disfunctionerende maatschappen en vakgroepen (8, 9,10).

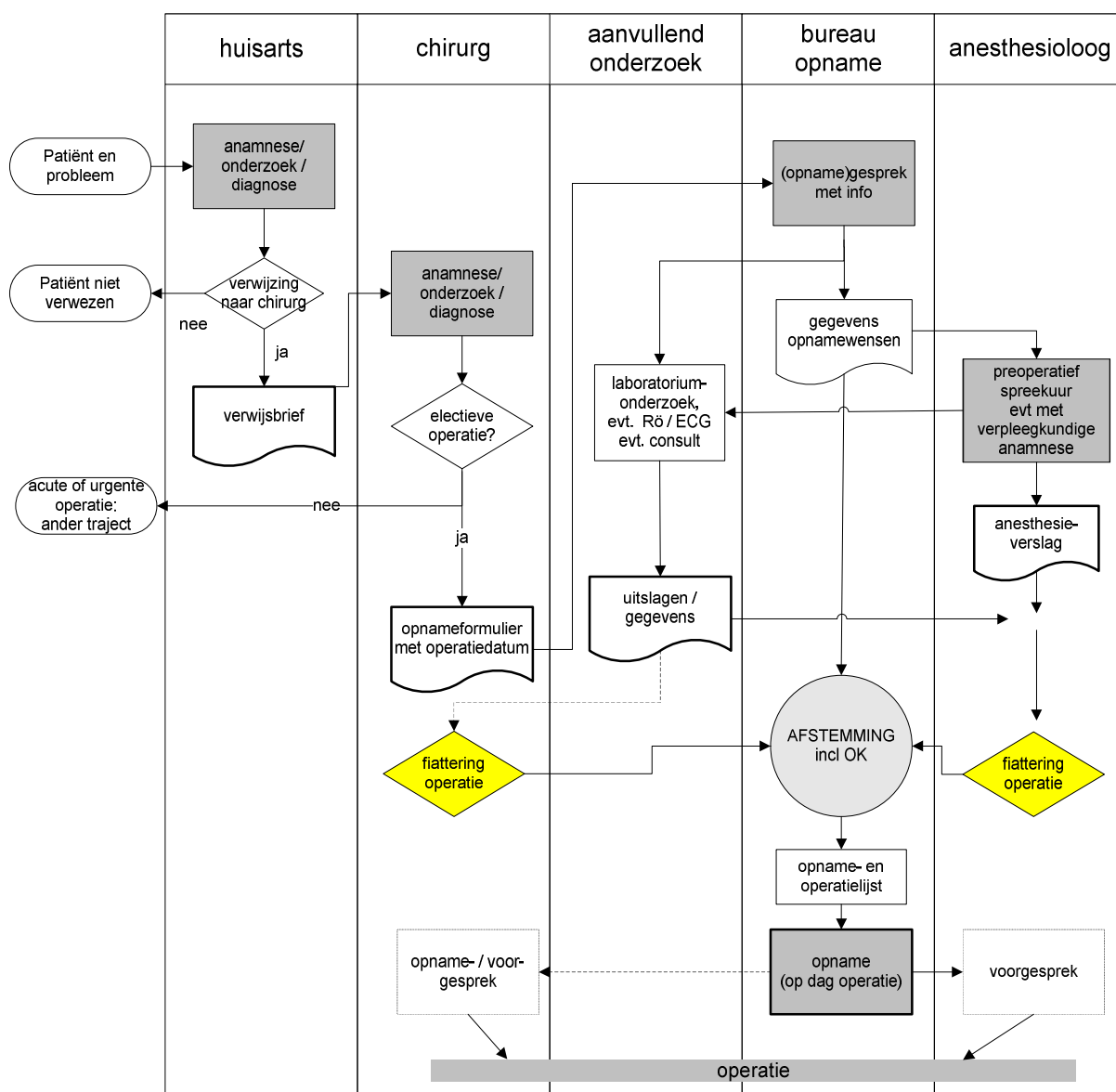
Samenwerking wordt minder vanzelfsprekend gerealiseerd als, uit oogpunt van efficiëntie en productiviteit, activiteiten in het preoperatieve traject zijn opgesplitst. Het operatieve proces is vooral rond de eigen kerntaken van het specialisme georganiseerd. Zodra taken niet specifiek tot het eigen specialisme of eigen discipline behoren, ontstaat ontregeling en komen er lacunes. Er ontstaat onduidelijkheid over de toedeling van verantwoordelijkheden voor het betrouwbaar bepalen en vastleggen van gegevens. Dat blijkt uit de wijze waarop met consulten en de verzameling van algemenere gegevens wordt omgegaan.

Samenwerking en afstemming zouden logischerwijs de zo ontstane kloven tussen de disciplines moeten overbruggen. Het vindt beperkt plaats waar sprake is van multi-disciplinair overleg bij noodzakelijke bundeling van expertise bij grote complexe ziektebeelden of operaties (oncologie, cardio- en neurochirurgie, e.d.). Maar het vasthouden aan de oudere structuren voor veel voorkomende en minder complexe ingrepen is kennelijk nog steeds lonender.

De gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het preoperatieve traject van anesthesioloog en operateur is in de praktijk een verdeelde verantwoordelijkheid, zonder waarborgen dat beiden op elkaar zijn afgestemd. Afstemming tussen chirurgen en anesthesiologen over de hardheid van de indicatie en de risico's van de operatie vindt slechts zeer beperkt plaats. Zowel de wetenschappelijke vereniging van de chirurgen, de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) als van de anesthesiologen, de NVA, stellen nadrukkelijk dat de preoperatieve risicobeoordeling een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de chirurg en de anesthesioloog is (11,12). Er dient dus onderlinge afstemming tussen deze specialismen te zijn. In de ideale situatie kan de organisatie zodanig verlopen als in onderstaand diagram is weergegeven.

Diagram van het preoperatief deel van het operatieve proces

wenselijke procedure bij electieve ingrepen ASA-1 (en -2) patiënten



N.B. bij de invulling van het diagram is er vanuit gegaan dat de afspraken voor het preoperatieve spreekuur via het bureau opname verlopen. In veel ziekenhuizen is dit (iets) anders ingevuld. Nergens wordt het moment van afstemming op de voorgestelde wijze gerealiseerd. Idealiter is afstemming een multidisciplinaire activiteit onder de regie van de hoofdbehandelaar.

Juist vanwege de fragmentering in de zorg is het nodig dat men elkaar afdoende informeert over hetgeen met de patiënt besproken en afgesproken is, maar die informatievoorziening naar elkaar is beslist onvoldoende. Delen van het proces zijn goed georganiseerd, echter de informatieoverdracht aan patiënten is zelden sluitend opgezet of uitgevoerd. Het is essentieel voor zorgverleners die de behandeling overnemen of voortzetten om te weten wat met patiënt gecommuniceerd is. Opmerkelijk is ook dat dit ingaat tegen de aanbevelingen van de schadeverzekeraar van de ziekenhuizen, die als standaard propageert dat genoteerd moet worden wat er verteld is. (13)

Wat zijn de consequenties van de bevindingen die de inspectie in dit preoperatieve deel van het operatieve proces heeft gedaan, wat betekent de wijze van verslaglegging en dossiervoering, de afwezigheid van standaardisatie, gebrek aan communicatie en onduidelijke regie?

Gebrek aan standaardisatie betekent:

- Voor het vinden van ook eenvoudige gegevens is ervaring en/of tijd nodig.
- Personeel in opleiding kan niet getraind worden in het omgaan met een standaard informatiepakket.
- Elk ziekenhuis moet zelfstandig in ICT investeren en moet generieke software aanpassen aan het eigen ziekenhuis (configureren). Daardoor nemen de kosten toe of wordt effectieve automatisering zelfs geheel onhaalbaar.

Onvoldoende dossiervoering, communicatie en overdracht heeft consequenties:

- Patiënten lopen onnodige risico's doordat gegevens ontbreken of niet te vertrouwen zijn.
- Zorgverleners verliezen tijd door het overschrijven of het opnieuw navragen van onbetrouwbare gegevens.
- Medewerkers hebben veel meer kennis nodig van het zorgproces voordat zij veilig kunnen werken.
- Vergrote kans op misverstanden over informatie aan de patiënt waardoor meer klachten over misverstanden en veronderstelde behandelingen.

Het gevolg is een toename van de risico's voor de patiëntveiligheid. Dat is onwenselijk, om meerdere redenen, zowel voor de patiënt als voor de zorgverleners. Ook economisch, preoperatieve interventies voor de vermindering van risico's leiden tot daling van de ziekenhuiskosten. (14)

In tegenstelling tot de missie van elk ziekenhuis staat de patiënt niet (meer) centraal, omdat de zorg rond de verschillende deelprocessen en zorgverleners is georganiseerd. Serviceverlening is geen prioriteit. Maar dat kan wel, zoals bleek in die ziekenhuizen waar de patiënt gelijk bij zijn of haar bezoek aan het chirurgische spreekuur een operatiedatum krijgt aangeboden.

Het zal naar het oordeel van de inspectie veel veiliger worden als men multidisciplinair vaststelt welke gegevens primair noodzakelijk zijn, wie welke gegevens verzamelt en hoe ze worden vastgelegd. Zo'n investering betaalt zich terug in tijd en veiligheid.

Ten slotte: Is te verwachten dat de huidige gang van zaken in de zorg het probleem zal verkleinen? Nee, want:

- Door het eveneens waargenomen verminderen van de wachtlijsten neemt de tijd om fouten te corrigeren af.
- Door het invoeren van meer nieuwe beroepen neemt het aantal verschillende betrokkenen en dus het aantal deelprocessen toe en het overzicht nog verder af.
- Ook in ziekenhuizen met goede deeloplossingen zijn veel uitzonderingen op de goede oplossingen aanwezig.

- De oriëntatie op ICT is vanuit de verwachting dat het een wondermiddel is om de ook hier geschetste problematiek op te lossen. ICT en EPD zijn pas mogelijk als standaardisatie in de basisstructuur van het zorgproces (en dus ook in het operationele proces) aanwezig is, als de gebruikte terminologie eenduidig voor alle betrokkenen is.

De opzet en organisatie van zelfs de eenvoudiger (basis-)processen blijkt zodanig dat geen van de deelnemers aan het proces nog het volledige overzicht heeft. Veel winst is te boeken door standaardisatie van het basisproces en afspraken over herkenbare regie. Het naar Canadees voorbeeld vaststellen van een 'record doctor' (dossier- of regiedokter) voor iedere patiënt kan veel onduidelijkheid wegnemen. Onder de regiedokter zal vrijwel altijd de hoofdbehandelaar worden verstaan. Het is de dokter die verantwoordelijk is voor de bundeling van de informatie en de regie rond de behandeling van een patiënt en daarover de patiënt en eventueel diens familie helder en eenduidig kan informeren. Hij/zij is en blijft tijdens de gehele opname het aanspreekpunt voor de patiënt. Ook vanuit de KNMG wordt ervoor gepleit de organisatorische verantwoordelijkheid bij de behandelend arts te leggen. (15)

Standaardisatie is onontkoombaar, gezien de winst die er in risicovermindering en reductie van schade aan de patiënt, aan tijd, menskracht en geld mee te behalen is. In het verkeer accepteert men dat er standaardisatie is. De bediening van een voertuig is daardoor veiliger geworden, iedereen weet gewoon dat de rem links van het gaspedaal zit, men hoeft daarvoor per voertuig geen aparte instructie meer te hebben. Ook de bewegwijzering, de wegoopbouw met strepen en vangrails, de veiligheidsgordel, de motorhelm: het is voor iedereen die bevoegd is te rijden helder. Dat heeft tot een forse reductie in verkeersslachtoffers geleid. En toch is men nog autonoom: men kan zelf het voertuig, het reisdoel, de vertrektijd en route bepalen. Dat kan ook in de gezondheidszorg, in het operationele proces.

De benodigde maatregelen moeten zich vanuit een patiëntenoriëntatie voltrekken. Ze moeten zich vooral richten op standaardisatie van faciliteiten en dossier, maar kunnen niet zonder volledige compliance aan afspraken over dossiervoering, verslaggeving en overdracht. De betrokkenheid van veel disciplines maakt het werken vanuit teams voor betere samenwerking en afstemming onvermijdelijk. Dit blijkt bijvoorbeeld uit de successen met de zogenaamde fasttrack chirurgie. In een dergelijke opzet is het goed mogelijk door goede afspraken met alle betrokkenen in een multidisciplinaire setting verantwoordelijkheden en taken duidelijk te definiëren en uit te voeren met een opmerkelijke reductie van schadelijke gevolgen voor de patiënt. (16)

De vraag is eigenlijk niet meer of voornemens over standaardisatie nog vrijblijvend kunnen zijn. Het zal opgelegd moeten worden. De beroepsgroepen en disciplines lukt dat kennelijk niet zelfstandig. (17) Dat gold ook voor de weggebruikers. De verplichte standaardisatie in het verkeer heeft het aantal verkeersslachtoffers drastisch verminderd. Dat is ook in de zorg te realiseren.

Een andere melding

Tijdens de dienst op zaterdagochtend ziet een chirurg op een afdeling een man met een acute buik in consult. Zij besluit tot operatie. De meelopende dienstdoende chirurgische assistent meldt de patiënt bij de anesthesioloog aan. Deze is al in huis en nog bezig op de intensive care. Hij verzoekt zijn anesthesiemedewerker de aangemelde chirurgische patiënt op te roepen. Deze medewerker belt de chirurgische

afdeling en vraagt aan de verpleging de patiënt die moet worden geopereerd naar de operatieafdeling te brengen. Daar is de avond tevoren een man met een heupfractuur opgenomen die voor operatie opgegeven zou zijn. Deze man is erg onrustig. Hij wordt naar de operatieafdeling gebracht, waar de anesthesiemedewerker hem meteen meeneemt naar de OK. Door de agitatie en desoriëntatie van patiënt reageert hij niet adequaat op begroeting of vragen en wordt hij snel en probleemloos door de inmiddels gearriveerde anesthesioloog in narcose gebracht. Zodra de chirurg de buik heeft geopend is duidelijk dat deze man geen buikprobleem heeft en niet degene is met de acute buik. Dan pas worden dossiers geraadpleegd en namen geverifieerd en blijkt de verwisseling. Na het sluiten van de buik wordt de heup meteen geopereerd. Hierna wordt de juiste afdeling gebeld om de man met de acute buik met de juiste naam naar de operatieafdeling te laten komen voor de juiste operatie.

5 Summary

The operative process is a core activity of all hospitals. Here 'operative process' refers to all phases through which a patient scheduled to undergo surgery will pass, from referral to the conclusion of the course of treatment. Many care providers are involved in this organizationally complex process.

The Health Care Inspectorate regularly receives reports of mishaps, some serious, during the operative process. Most relate to the supply and transfer of information. Accordingly, the Inspectorate has conducted an investigation of the quality and safety of the operative process, with the focus on communication and the transfer of information, which is crucial to the provision of responsible and safe care.

This report presents the Inspectorate's findings with regard to the first phase of the operative process, the *preoperative* phase. The results are based on the responses to a questionnaire submitted to all 94 hospitals in the Netherlands, a study of relevant files, and interviews conducted during inspection visits to 23 randomly selected hospitals.

To the questions "Is the information required for responsible treatment readily accessible to care staff?" and "Is this information of reliable quality?" the response was short and simple: no.

Further to the investigation, the Inspectorate arrives at the following conclusions:

- There is little or no **standardization** of the procedures involved in the provision of information.
- There is clear room for improvement in the **transfer** of information and the **cooperation** between all care providers. Developments intended to enhance efficiency and productivity have resulted in a greater number of links in the chain. From the organizational perspective, the activities in the preoperative stage have been divided between various disciplines: surgery, anaesthesiology, nursing and admissions planning. In a process of this kind, it is crucial that the transfer of information is efficient, and that there is full cooperation between the staff involved. Moreover, the process must remain transparent to the patient, and it must be safe. At present, there are too many opportunities for error.
- **Communication** with the patient (further to legislation requiring informed consent^[7]) is too limited and is inadequately reported in the case file.
- The manner in which **case files are completed** and the related **reporting procedures** are extremely varied and incomplete. Some information is not recorded, while some is included in several (sometimes disparate) copies.
- **Early planning** of the date of surgery on the part of the treatment team will reduce the complexity of the process and will offer immediate clarity with regard to logistics.

What are the consequences of these findings?

Because patient files are incomplete and information is not properly communicated and transferred, the preconditions for responsible care are not adequately met. This results in risks to patient safety.

[7] Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Medical Treatment Contracts Act).

The lack of standardization in the process means that time and expertise are wasted, training is inefficient, and unnecessary costs are incurred due to the funding of redundant diversity. Moreover, because the organization of care is based on the various subprocesses, inadequate attention is devoted to the interests of the patient, in direct contravention of every hospital's mission statement.

Current developments in health care seem likely to exacerbate rather than alleviate the problems described above. The pressure to achieve higher productivity and to reduce the waiting lists for many operations decreases the opportunity to resolve matters, while the reassignment of responsibilities and the introduction of new professional disciplines have introduced yet more links into the chain, complex as it already was. The further use of ICT to improve and digitize communication will only have the desired effect if the basic process has been standardized to an adequate degree.

Changes are urgently required. This is no longer a matter which may be left to personal preference. The standardization of facilities and processes is now essential, as is full compliance. Cooperation within the team must involve full clarity with regard to tasks and direction, together with a stronger focus on the patient. This is absolutely essential to ensure the proper coordination and the safety of the process.

It now falls to the hospitals themselves to take the initiative whereby they (working with the relevant care providers) formulate rules for the required standardization, direction and team composition. These rules should be developed and implemented within a three-year period, during which time the Inspectorate will monitor and assess progress.

BIJLAGE 1 Lijst van afkortingen en begrippen

AG(N)IO	Assistent Geneeskundig (Niet) In Opleiding
Aios	Arts in opleiding tot specialist
ALS	Advanced Life Support
ATLS	Advanced Trauma Life Support
CCU	Coronary Care Unit
CRM	Crew Resource Management
CSA	Centrale Sterilisatie Afdeling
CSC	Centrale Sterilisatie Club
CT-scan	Computertomografie-scan
EPD	Elektronisch Patiënten Dossier
EUG	Extra-uteriene graviditeit; buitenbaarmoederlijke zwangerschap
Fte	Fulltime equivalent
IC(U)	Intensive Care (Unit)
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
LVO	Landelijke Vereniging van Operatie-assistenten
MIC	Minimale Invasieve Chirurgie
MIP	Melding Incident Patiëntenzorg
MRI	Magnetic Resonance Imaging
NFU	Nederlandse Federatie van Universitair medische centra
NVA	Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie
NVaM	Nederlandse Vereniging van Anesthesie Medewerkers
NVEC	Nederlandse Vereniging voor Endoscopische Chirurgie
NVLO	Nederlandse Vereniging van leidinggevenden operatiekamer
NVvH	Nederlandse Vereniging voor Heelkunde
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
OK	Operatiekamer
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SEH	Spoedeisende Hulpverlening
VCCN	Vereniging Contamination Control Nederland
VDSMH	Vereniging van Deskundigen Steriele Medische Hulpmiddelen
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WIP	Stichting Werkgroep Infectiepreventie

BIJLAGE 2 Literatuurverwijzingen

- 1 Prismant. Landelijke Medische Registratie (LMR). (2006). Utrecht.
- 2 Institute of Medicine. (1999). To err is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academies Press.
- 3 Healey, M.A., Shackford, S.R., Osler, T.M. et al. (2002). Complications in surgical patients. *Arch Surg.* 2002;137: 611-618.
- 4 Utah Colorado Medical Practice Study (2001). Enhancing Patient Safety. In: *Clinical Risk Management*. Vincent C.A., ed. BMJ Publications 2001.
- 5 MediRisk B.A. (2004) Risico's op de operatieafdeling. Publicatie, juni 2004. Drukkerij Van de Ridder bv, Nijkerk.
- 6 Go, P.M.B.Y.H., Bom, L.P.A. (2003). Richtlijn 'Vermijden verkeerde kant operatie'. Namens de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde en de Nederlandse Orthopedie Vereniging. Oktober 2003.
- 7 MediRisk B.A. (2005) Stappers, J.W.M., Cremers, J.E.L. Voorkom verwisselingen: identificeer, verifieer en markeer. December 2005.
- 8 Rapport naar aanleiding van het onderzoek naar de organisatie en kwaliteit van het medisch specialistisch functioneren in het Diaconessenhuis te Meppel; juli 2006
- 9 Intensief toezicht op Maasziekenhuis Pantein te Boxmeer door de Inspectie voor de Gezondheidszorg van maart tot en met juni 2006, Naar Ziekenhuisbrede Transparantie en Veiligheid; 28 augustus 2006
- 10 Een tekortschietend zorgproces. Een onderzoek naar de kwaliteit en veiligheid van de cardiochirurgische zorgketen voor volwassenen in het UMC St Radboud te Nijmegen; 24 april 2006
- 11 Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH). (2001). Preoperatief onderzoek. Richtlijnen Heelkunde. A-II. Utrecht.
- 12 Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NvA). (2004). Standpunt over de anesthesiologische zorgverlening. NVA verenigingsstandpunt versie mei 2004. Utrecht.
- 13 MediRisk B.A. (2006). Special: Informed consent, Utrecht. September 2006. Drukkerij Van de Ridder bv, Nijkerk.
- 14 Davenport, D.L. et al. (2005). Preoperative Risk Factors and Surgical Complexity Are More Predictive of Costs Than Postoperative Complications. A Case Study Using the National Surgical Quality Improvement Program (NSQIP) Database. *Ann Surg* 242(4):463-471, 2005.
- 15 Rooijen, A., van. (2006). Taakherschikking: wie is eindverantwoordelijk? Column KNMG in *Medisch Contact*, jaargang 61, nr. 35. Pagina 1386. 1 september 2006.
- 16 Kehlet, H. (2004) in *ACS Surgery*. ©2004 WebMD Inc.
- 17 Westert, G. (2006) Oratie Universiteit Tilburg.
- 18 MediRisk B.A. (2004) Risico's op de operatieafdeling. Publicatie, juni 2004. Drukkerij Van de Ridder bv, Nijkerk.
- 19 Mednet Magazine (2006). Jee, wat lijkt ik ongeïnteresseerd. Nr. 4, 23 februari 2006.

BIJLAGE 3 Opzet van het onderzoek

1 Opzet van het onderzoek

1.1 Het toezichtgebied

In alle Nederlandse algemene ziekenhuizen worden operatieve ingrepen uitgevoerd. Op het moment van onderzoek zijn dat 94 algemene ziekenhuizen, waarvan een aanzienlijk deel meerdere locaties heeft, en 8 academische ziekenhuizen. Binnen deze instellingen wordt een scala aan operatieve activiteiten ontplooid. Dat varieert van poliklinische operaties ('kleine' verrichtingen) tot soms complexe open hartchirurgie, van cataract-operaties in dagbehandeling tot complexe reconstructieve chirurgie na oncologische ablaties. Met de grootte van de ingrepen neemt de complexiteit toe, vinden er meer overleggen plaats, meer consulten en meer multidisciplinaire afwegingen. Dit alles is te uitgebreid en divers om binnen één project volledig te beoordelen. Aan elk operatief proces liggen echter dezelfde handelingen en beoordelingen ten grondslag.

Uitgangspunt voor het toezicht is de beoordeling of zorgaanbieders verantwoorde en veilige zorg aanbieden en leveren aan patiënten die een operatie moeten ondergaan. Er zijn veel elementen te onderscheiden die potentieel bedreigend zijn voor de basisveiligheid van het operatieve proces. Enerzijds zijn er actoren (met hun kennis en kundigheid) en hen ter beschikking staande faciliteiten (van een bepaalde kwaliteit), anderzijds worden in de loop van het proces grote hoeveelheden gegevens gegenereerd die op passende wijze beschikbaar moeten zijn (communicatie).

Kenmerkend voor het operatieve proces is de actieve betrokkenheid van veel deskundigen en medewerkers die allen op basis van veel gegevens afzonderlijk en met elkaar tot beslissingen komen die moeten leiden tot een veilige operatie en verantwoorde peri-operatieve zorg voor een en dezelfde patiënt. De mate van beschikbare kennis, voldoende (des-)kundigheid, de opzet en werkwijze van spreekuren en opnameplanning, van de verschillende facilitaire diensten en systemen, zoals laboratoria, ICT-toepassingen, telefoonsysteem, geschikte en adequate apparatuur, de zogenaamde structurelementen; het zijn allemaal bronnen voor risico's.

Op basis van de ernst van risico's voor veilige en verantwoorde zorg, de complexiteit van het operatieve proces, de frequentie van nagenoeg identieke processen en de planbaarheid van het proces is het toezichtgebied afgebakend. Door uitsluitend naar basishandelingen te kijken, komt ook het fundament van de patiëntveiligheid in het operatieve proces in zicht.

Het vakgebied van het specialisme heelkunde biedt een brede keuze aan frequenter voorkomende processen met een relatief eenduidige opbouw, waardoor deze goed te bundelen zijn. De heelkunde maakt evenzeer gebruik van componenten die ook door andere vakgroepen worden toegepast. Logistiek van spreekuur en preoperatief anesthesiologisch onderzoek, patiëntinformatie, onderhoud en controle van instrumentarium, consulteren, inkoopbeleid en protocollair werken zijn slechts een paar componenten. Verbeteringen in die onderdelen hebben daardoor een uitstralend effect op de werkwijze van andere vakgroepen.

Afgaande op de signalen uit het veld en op de aard van de meldingen over klachten en calamiteiten bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg wordt een zeer groot risico gevormd door overdracht en uitwisseling van gegevens. Dit betreft zowel de communicatie met de patiënt als de communicatie tussen alle betrokkenen in het

gehele proces. (18,19) Communicatie is een kernelement van het operatieve proces. Het kan niet zonder goede dossiervorming als basis van overdracht en feedback. Zodoende richt zich het 'toezicht operatief proces' op weinig complexe, veel voorkomende electieve ingrepen bij de heelkunde in algemene en academische ziekenhuizen, met de focus op communicatie.

1.2 Fasering

Het proces laat zich het best vanuit het perspectief van de patiënt (als enig continuüm) beschrijven: deze komt met een vraag en doorloopt dan het gehele proces. Door onderzoek wordt een diagnose gesteld, waarvoor een (operatieve) behandeling wordt voorgesteld en uitgevoerd. Na het herstel wordt de behandelingsrelatie beëindigd of volgt nog controle. Dat is na een operatie vaak een duidelijk aan te geven moment. Dan is evaluatie van het behaalde resultaat mogelijk.

Kortom: patiënt met probleem → diagnose → therapie → herstel → ontslag → evaluatie.

Het operatieve proces kent een drietal duidelijk van elkaar te onderscheiden trajecten:

- 1 Het preoperatieve traject: doorloopt vanaf het moment van verwijzing een aantal stappen: het chirurgische spreekuur met diagnose- en indicatiestelling voor operatie, het preoperatieve spreekuur met de risicobeoordeling door de anesthesiologie, eventuele andere specialismen en verpleegkunde, de planning op OK en opnamebureau, de feitelijke opname, de voorbereiding op OK op de verpleegafdeling inclusief het transport tot aan de operatiedeur.
- 2 Het preoperatieve traject met de voorbereiding op de OK van apparatuur, instrumenten en medicatie, de ontvangst van de patiënt op de OK-afdeling en op de operatiekamer, de inleiding en onderhouden van anesthesie, de operatie zelf, de uitleiding, de registraties en verslagleggingen en de overdracht naar de uitslaapkamer.
- 3 Het postoperatieve traject: de ontvangst en controle op de recovery (soms IC), de daarop volgende overdracht naar de verpleegafdeling met controles, verzorging, informatie aan patiënt, het ontslag van de afdeling, eventueel de poliklinische controle en tenslotte het ontslag uit behandeling.

Om het onderzoek overzichtelijk te houden worden deze drie trajecten afzonderlijk beoordeeld en wordt hierover afzonderlijk gerapporteerd.

1.3 Onderzoeksvragen

Onderzoeksvragen van het eerste, het preoperatieve traject:

- Over welke informatie dient de operateur te beschikken bij aanvang van een operatie om deze verantwoord/veilig te kunnen uitvoeren?
- Op welke manier wordt deze beschikbaarheid/toegankelijkheid van informatie gewaarborgd binnen de ziekenhuizen (organisatie/communicatiestructuur, protocollen, verantwoordelijkheidstoedeling)?

1.4 Onderzoeksmethode

- Analyse landelijke gegevens (o.a. Prismant) over aard, aantal en plaats van ingrepen waarbij ook wordt gekeken naar de preoperatieve opnameduur, snijtijden, uitstel en aflasten van operaties.

- Beoordelen van richtlijnen en verenigingsstandpunten van wetenschappelijke verenigingen, verenigingen/federatie van ziekenhuizen, beroepsgroepen, wetgeving en jurisprudentie, e.d.
- Opstellen screeningsmodel op basis van door het veld/koepels geformuleerde standaarden. Pilot screeningsmodel in drie ziekenhuizen.
- Selectie maken van twintig ziekenhuizen. De ziekenhuizen ad random selecteren uit een op basis van prestatie-indicatoren gestratificeerde lijst.
- Onaangekondigde inspectie ter plaatse in die twintig ziekenhuizen met onderzoek van patiëntendocumentatie met behulp van screeningsmodel:
 - 1 Bij welke van de op de ochtend van de inspectie geopereerde patiënten is essentiële informatie wel of niet voldoende gedocumenteerd aanwezig.
 - 2 Welke technische of logistieke infrastructuur is aanwezig ter waarborging van aanwezigheid van essentiële gegevens.
- Opstellen enquête (aan alle chirurgische, OK- en anesthesieafdelingen van alle ziekenhuizen) mede op basis van resultaten van de inspectie ter plaatse.

Inhoud:

 - Beoordeling organisatiestructuur; hoe is de verantwoordelijkheidstoedeling voor de verschillende proceseigenaren en hun onderlinge afstemming.
 - Reglementen en informatiemodellen; over welke informatie kunnen proces-eigenaren beschikken ter sturing van de communicatie in het operatief proces en welke taken en verantwoordelijkheden zijn gedefinieerd.
- Opstellen bezoekinstrument op basis van resultaten enquête over gebruiken op OK, toepassing protocollen, wijze van evalueren van problemen. Tevens aandacht voor kwaliteitsregistraties: in welke mate levert het proces een uitkomst op die als veilig kan worden beschouwd.
- Inspectiebezoek bij dezelfde twintig ziekenhuizen met gebruikmaking van bezoek-instrument; interview van betrokkenen: vertegenwoordigers van Raad van Bestuur van de instelling, van de anesthesiologen, de chirurgen, de operatieafdeling en de opname- en planningsafdeling.

BIJLAGE 4 Resultaat landelijke enquête**94 ingevulde vragenlijsten^[8]**

Vraag 1

Zijn er in uw ziekenhuis schriftelijke afspraken over de procedure van verwijzing naar het spreekuur van de chirurgen?

	<i>Aantal</i>	<i>%</i>
Ja	29	30,8
Nee	53	56,4
Onduidelijk	12	12,8

Vraag 2

Hoe kan de afspraak voor het spreekuur bij de chirurg worden gemaakt? (meerdere antwoorden mogelijk)

	<i>Aantal</i>	<i>%</i>
Centraal afsprakenbureau	45	47,9
Secretariaat	67	71,3
Internet	9	9,6
Anders	45	47,9
Onduidelijk	2	2,1

Vraag 3

Wie kan de afspraak maken? (meerdere antwoorden mogelijk)

	<i>Aantal</i>	<i>%</i>
Patiënt	89	94,7
Huisarts	92	97,9
Andere Specialist	86	91,5
Anders, nl.	15	16,0
Onduidelijk	2	2,1

[8] Vraag 5 van de enquête is weggelaten, omdat hierin werd gevraagd naar een webadres.

Vraag 4

Is patiënteninformatie over het chirurgisch spreekuur op internet beschikbaar?

	<i>Aantal</i>	<i>%</i>
Ja	56	59,6
Nee	34	36,2
Onduidelijk	4	4,2

Vraag 6

Is er een vastgestelde regeling voor de wijze waarop gegevens in het chirurgisch (poliklinisch) dossier worden vastgelegd?

	<i>Aantal</i>	<i>%</i>
Ja	39	41,5
Nee	52	55,3
Onduidelijk	3	3,2

Vraag 7

Zo ja, wie toetst deze regeling?

	<i>Aantal</i>	<i>%</i>
Niemand	4	4,3
Ziekenhuis- of stafcommissie	10	10,6
Maatschap	23	24,5
Kwaliteitsmedewerker	3	3,2
Anders, nl.	13	13,8
Onduidelijk	4	4,3
Er is geen regeling	37	39,4

Vraag 8

Zijn er schriftelijke afspraken over het vastleggen van informed consent in het dossier (chirurgisch en/of anesthesiologisch)?

	<i>Aantal</i>	<i>%</i>
Ja, beide	22	23,4
Ja, chirurgie	16	17,0
Ja, anesthesiologie	8	8,5
Nee	45	47,9
Onduidelijk	3	3,2

Vraag 9

Op welk moment wordt aan de patiënt de identiteit van zijn/haar operateur bekend gemaakt? (meerdere antwoorden mogelijk)

	<i>Aantal</i>	<i>%</i>
Chirurgisch spreekuur	88	93,6
Contact	45	47,9
Operatiekamer	18	19,1
Onbekend	1	1,1
Preoperatief spreekuur	7	7,4
Voor	50	53,2
Na	6	6,4
Onduidelijk	3	3,2

Vraag 10

Wordt in uw ziekenhuis preoperatief spreekuur gehouden?

	<i>Aantal</i>	<i>%</i>
Ja	85	90,4
Nee	9	9,6
Onduidelijk	0	0,0

Vraag 11

Wie nemen deel aan het preoperatief spreekuur? (meerdere antwoorden mogelijk)

	<i>Aantal</i>	<i>%</i>
Anesthesist	83	88,3
Nurse practitioner	12	12,8
Chirurg	8	8,5
Co-assistent	7	7,4
Intake verpleegkundige	51	54,3
Consulent	6	6,4
Arts-assistent	20	21,3
Andere(n), nl.	26	27,7
Onduidelijk	0	0,0

Vraag 12

Wie maakt (het samenvattende) verslag van het preoperatief spreekuur? (meerdere antwoorden mogelijk)

	<i>Aantal</i>	<i>%</i>
Anesthesist	84	89,4
Nurse practitioner	9	9,6
Chirurg	8	8,5
Co-assistent	4	4,3
Intake-verpleegkundige	31	33,0
Consulent	1	1,1
Arts-assistent	17	18,1
Andere(n)	8	8,5
Onduidelijk	0	0,0

Vraag 13

Aan wie wordt dit verslag gestuurd? (meerdere antwoorden mogelijk)

	<i>Aantal</i>	<i>%</i>
Chirurg	23	24,5
Huisarts	6	6,4
Anesthesie-afdeling	62	66,0
Andere(n)	38	40,4
Onduidelijk	4	4,3

Vraag 14

Is elektronische verslaglegging van het spreekuurbezoek aan de chirurg toegankelijk op het preoperatieve spreekuur?

	<i>Aantal</i>	<i>%</i>
Ja	26	27,7
Nee	24	25,5
N.v.t.	44	46,8
Onduidelijk	0	0,0

Vraag 15

Wordt van de bevindingen, conclusies en voorgenomen behandeling verslag gedaan aan de verwijzer vóór de operatie?

	<i>Aantal</i>	<i>%</i>
Altijd	28	29,8
Soms	29	30,9
Meestal	19	20,2
Nooit	9	9,6
Onduidelijk	2	2,1
Geen preoperatief spreekuur	7	7,4

Vraag 16

Welke patiënten bezoeken het preoperatief spreekuur?

	<i>Aantal</i>	<i>%</i>
Alle	60	63,8
Behalve ASA-1	5	5,3
Behalve dagbehandeling	2	2,1
Indicatie chirurg	1	1,1
Anders, nl.	10	10,6
Onduidelijk	7	7,4
Geen preoperatief spreekuur	9	9,6

Vraag 17

Spreekt de patiënt de anesthesist op het preoperatief spreekuur?

	<i>Aantal</i>	<i>%</i>
Altijd	62	66,0
Soms	9	9,6
Meestal	10	10,6
Nooit	1	1,1
Onduidelijk	3	3,2
Geen preoperatief spreekuur	9	9,6

Vraag 18

Wie bepaalt of een patiënt de datum voor opname/operatie kan krijgen? (meerdere antwoorden mogelijk)

	<i>Aantal</i>	<i>%</i>
Chirurg	52	55,3
Opnamebureau	52	55,3
Anesthesist	26	27,7
Anders, nl	9	9,6
Onduidelijk	3	3,2

Vraag 19

Vindt kort (maximaal 24 uur) vóór de operatie nog een controle plaats van de daarvoor benodigde gegevens?

	<i>Aantal</i>	<i>%</i>
Ja	88	93,6
Nee	6	6,4
Onduidelijk	0	0,0

Vraag 20

Zo ja, is schriftelijk vastgelegd welke gegevens het betreft?

	<i>Aantal</i>	<i>%</i>
Ja	48	51,1
Nee	36	38,3
Onduidelijk	4	4,3
Geen controle	6	6,4

Vraag 21

Zo ja op vraag 19, wie is verantwoordelijk voor deze controle? (meerdere antwoorden mogelijk)

	<i>Aantal</i>	<i>%</i>
Chirurg	44	46,8
Opnamebureau	9	9,6
Anesthesist	32	34,0
Verplegingsafdeling	25	26,6
Anders, nl.	10	10,6
Onduidelijk	5	5,3

Vraag 22

**Heeft uw ziekenhuis een aparte afdeling voor dagbehandeling en/of shortstay (kortverblijf)?
(meerdere antwoorden mogelijk)**

	<i>Aantal</i>	<i>%</i>
Dagverpleging	88	93,6
Shortstay	67	71,3
Geen van beide	2	2,1
Onduidelijk	2	2,1

Vraag 23

Spreekt de patiënt bij nuchtere opname vóór de operatie met de operateur?

	<i>Aantal</i>	<i>%</i>
Altijd	37	39,4
Soms	21	22,3
Meestal	33	35,1
Nooit	2	2,1
Anders, nl.	0	0,0
Onduidelijk	1	1,1

BIJLAGE 5 Geaggregeerde resultaten van 23 bezochte ziekenhuizen

Tabel 1
Structuur en organisatie

Voor wat betreft:	Criteria (v) = vereist criterium		Score	
			Onvoldoende	Voldoende
1. Verwijzing en verwijsinfo	De wijze waarop	Er zijn afspraken over de wijze van communiceren tussen de verwijzer en het ziekenhuis/de chirurg	2	21
	Urgentiecategorieën	Er zijn afspraken over de manier van verwijzen voor verschillende urgentiecategorieën	3	20
	Verwijsinformatie	Er zijn afspraken over de verwijsinformatie tussen verwijzer en ziekenhuis	6	17
2. Chirurgisch spreekuur	Er is duidelijkheid over:			
	Afspraak maken voor spreekuur	Het is helder hoe en bij wie iemand een afspraak voor het chirurgisch spreekuur kan maken	0	23
	Urgentie categorieën	Het is duidelijk hoe electief en bij (enige) spoed een afspraak gemaakt kan worden	1	22
	Intercollegiale verwijzing	Het is duidelijk dat een patiënt door een specialist rechtstreeks naar het chirurgisch spreekuur kan worden verwezen	5	18
	Informatie over spreekuur aan patiënt	Het is duidelijk waar en hoe er informatie over het spreekuur voor de patiënt beschikbaar is.	11	12
	WachtlIJstregistratie	De wachtlIJstregistratie voor operaties is via de website van het ziekenhuis toegankelijk voor patiënten	5	18
	Dossiervoering (v)	Er is een schriftelijke afspraak / protocol over de wijze van verslaglegging	13	10
	Supervisie arts-assistent	Er zijn afspraken over de supervisie van een arts-assistent op het spreekuur (<i>indien van toepassing</i>)	0	5 Nvt: 18
3. Preoperatief spreekuur	Er is duidelijkheid over:			
	Welke patiënten worden gezien tijdens spreekuur (v)	Er zijn afspraken gemaakt over welke categorieën patiënten worden gezien tijdens spreekuur	4	18 Nvt: 1
	Maken afspraak voor spreekuur (v)	Er zijn afspraken gemaakt over wie de patiënten aanmeldt voor het spreekuur	1	21 Nvt: 1
	Opzet spreekuur	Er zijn afspraken gemaakt over wie het spreekuur verricht(en)	3	19 Nvt: 1
	Dossiervoering	Er is afgesproken op welke wijze verslaglegging plaatsvindt	8	14 Nvt: 1

Voor wat betreft:	Criteria (v) = vereist criterium	Score		
		Onvoldoende	Voldoende	
4. Consultatie	Er is duidelijkheid over:			
	Termijn consult (v)	Er zijn afspraken over de termijn van uitvoering van een consult	15	8
	Uitvoering consult (v)	Het is duidelijk hoe en aan wie verslag van een consult wordt gedaan	6	17
5. Opname en opnameplanning	Er is duidelijkheid over:			
	Opzet planning opname	De inhoudelijke organisatie en opzet van de planning is duidelijk	0	23
	Opzet planning operatie	Er is een vast planningsmoment (bespreking) voor een vastgestelde planningsperiode	2	21
	Uitvoering	Het is duidelijk wie de planning voor opname maakt en de OK-datum vastlegt	1	22
	Betrouwbaarheid planning (v)	Men is bekend met een aantal minimale vereisten voordat opname gerealiseerd kan worden (zoals OK-capaciteit, prioritering, MRSA, ontstollingsbeleid, IC-beschikbaarheid, noodzakelijke nazorg)	7	16
	Betrouwbaarheid OK-datum (v)	Er is inzicht in de mate van afzeggen van een eerst geplande OK-datum	5	18
	Informatie(-voorziening) patiënt (v)	Het is duidelijk wanneer en hoe de patiënt informatie over opname en verblijf in het ziekenhuis krijgt	2	21
	Gegevenscontrole	Het is duidelijk wanneer controle van welke gegevens van de patiënt plaatsvindt	10	13

Tabel 2

Verantwoordelijkheden

Voor wat betreft:	Criteria (v) = vereist criterium		Uw score:	
			Onvoldoende	Voldoende
Verwijzing en verwijsinfo	Informatievoorziening	Er zijn vastgelegde afspraken/protocollen op welke wijze verwijzing (voorbereiding info aan patiënt) plaatsvindt	12	11
	Intercollegiale verwijzing	Er is beleid ten aanzien van intercollegiale verwijzing	11	12
Chirurgisch spreekuur	Er is duidelijkheid over de verantwoordelijkheidstoedeling mbt:			
	Toestemming patiënt (v)	Het is duidelijk wie verantwoordelijk is voor het vastleggen van informed consent	14	9
	Toetsing regeling dossiervoering	Het is duidelijk wie de afspraken over verslaglegging in het poliklinisch dossier toetst	15	8
	Parafering (v)	Het is duidelijk wie wat heeft vastgelegd en/of gepland door herkenbare parafering / naamsvermelding	13	10
	Supervisie	Het is duidelijk wie verantwoordelijk is voor de supervisie van een arts-assistent en er is voldoende tijd voor ingepland (<i>indien van toepassing</i>)	1	13 Nvt: 9
Preoperatief spreekuur	Er is duidelijkheid over:			
	Organisatie spreekuur	Het is bij betrokkenen bekend wie verantwoordelijk is voor de organisatie (mensen en middelen)	3	19 Nvt: 1
	Medische (eind)beoordeling (v)	Er is afgesproken wie verantwoordelijk is voor fiattering gegevens, conclusie en consulten	4	18 Nvt: 1
	Verslaglegging (dossier) (v)	In het screeningsverslag staan tenminste de bevindingen; alg. anamnese, vg, intoxicatie, medicatie, allergie, l.o., alg. tractus, bloeddruk, ASA, voorgenomen ingreep, voorgenomen wijze anesthesie, consent	12	10 Nvt: 1
	Maker verslag (v)	Het dossier is herleidbaar geparafeerd	13	9 Nvt: 1
Consultatie	Er is duidelijkheid over:			
	Aanvragen consult (v)	Het is duidelijk wie verantwoordelijk is voor het aanvragen van een consult	4	19
	Uitvoering consult (v)	Het is duidelijk wie verantwoordelijk is voor de adviezen van een consult	4	19

Voor wat betreft:	Criteria (v) = vereist criterium	Uw score:		
		Onvoldoende	Voldoende	
Opname en opnameplanning	Er is duidelijkheid over:			
	Eindbeslissing opname (v)	Het is duidelijk wie verantwoordelijk is voor het ‘finale groene licht’ met betrekking tot de opname (ten behoeve van operatie)	2	21
	Opnameplanning	Het is duidelijk wie verantwoordelijk is voor de planning van de opname bij weinig complexe ingrepen bij de heerkunde en wie aan een planningsbespreking deelnemen	2	21
	Wachttijdregistratie	Het is duidelijk wie verantwoordelijk is voor het verzamelen van de gegevens voor de wachttijden voor opname en operatie	6	17
	Gegevenscontrole (v)	Het is duidelijk wie voor de controle van de gegevens van de patiënt verantwoordelijk is	8	15
	Gezamenlijke afstemming (v)	Er is een herkenbare gezamenlijke afstemming tussen chirurg en anesthesioloog met betrekking tot opname en behandeling	12	11

Tabel 3
Communicatie

Voor wat betreft:	Criteria (v) = vereist criterium		Uw score:	
			Onvoldoende	Voldoende
Verwijzing en verwijsinfo	Informatievoorziening internet	Patiënteninformatie is beschikbaar op internet	6	17
Chirurgisch spreekuur	Er is duidelijkheid over:			
	Informatie aan patiënt operatie (v)	Patiënt wordt (mondeling en schriftelijk) geïnformeerd over diagnose en voorgenomen operatie	2	21
	Informatie patiënt risico en alternatief (v)	Patiënt wordt (mondeling en eventueel schriftelijk) geïnformeerd over risico's operatie en alternatieve behandeling	8	15
	Verslaggeving (v)	Er wordt (aantoonbaar) verslag gedaan van de bevindingen van het spreekuurbezoek ten behoeve van behandelaars en verwijzer	9	14
	Identiteit operateur	Patiënt wordt tijdens het spreekuur over de identiteit van de operateur geïnformeerd	3	20
Preoperatief spreekuur	Er is duidelijkheid over:			
	Bevindingen spreekuur (v)	Er zijn afspraken hoe de bevindingen met de operateur gecommuniceerd worden	12	10 Nvt: 1
	Conclusies spreekuur met patiënt	Er is afgesproken wie de conclusies van het spreekuur/screening met de patiënt bespreekt	12	10 Nvt: 1
	Vastlegging afspraken met patiënt	Afspraken worden schriftelijk vastgelegd en aan de patiënt meegegeven	17	5 Nvt: 1
Consultatie	Er is duidelijkheid over:			
	Consultverslag (v)	Er zijn afspraken over aan wie het consultverslag verzonden wordt	3	20
	Conclusies preoperatief spreekuur met consultant	Er zijn afspraken over de wijze van communiceren tussen consultant en aanvrager over conclusies consult en preoperatief spreekuur.	14	9
Opname en opnameplanning	Er is duidelijkheid over:			
	Opnameformulier	Er is een standaard aanvraagformulier voor opname	0	23
	Patiëntinformatie algemeen	De patiënt krijgt algemene informatie over opname en verblijf in het	1	22
	Patiëntinformatie specifiek	De patiënt ontvangt op schrift de afspraken voor opname en operatie	15	8
	Wachttijden	Er is een wachtlijstregistratie die gepubliceerd wordt op internet	5	18
	Contact operateur (v)	Er is duidelijkheid over het contact dat de patiënt nog met de operateur zal hebben	6	17
	Betrouwbaarheid afspraken	De afspraken met de patiënt ten aanzien van de operatievorm, verblijfsvorm, identiteit operateur en anesthesievorm zijn betrouwbaar (dat wil zeggen minder dan 5 procent veranderingen)	2; 1x: alleen anesthesievorm betrouwbaar	20

Tabel 4
Dossiervoering

Voor wat betreft:	Criteria (v) = vereist criterium		Uw score	
			Onvoldoende	Voldoende
Verwijzing en verwijsinfo	Aanwezigheid verwijsinfo in dossier (v)	De verwijsinfo is opgenomen in het dossier	4	19
Chirurgisch spreekuur	Er is duidelijkheid over:			
	Verslaglegging	Er zijn schriftelijke afspraken over de wijze waarop bevindingen in het dossier worden vastgelegd	17	6
	Vastlegging informed consent	Er zijn middelen voor het vastleggen van de instemming van de geïnformeerde patiënt	14	9
	Vastlegging operatievorm	Er zijn afspraken over het vastleggen van de operatievorm en eventuele alternatieven	9	14
	Vastlegging info aan patiënt	Er zijn afspraken over het vastleggen welke informatie aan patiënt is verstrekt (mondeling en schriftelijk)	18	5
	Elektronische verslaglegging	De bevindingen van het spreekuur worden elektronisch vastgelegd	18	5
	Opbouw dossier (v)	Het dossier is toegankelijk en inzichtelijk opgebouwd	6	17
Preoperatief spreekuur	Er is duidelijkheid over:			
	Samenvattend verslag spreekuur (v)	Er wordt een samenvattend verslag gemaakt van het spreekuur/screening	13	9 Nvt: 1
	Vastleggen afspraken met patiënt tijdens spreekuur	De bevindingen van het spreekuur/screening worden actief met de patiënt gecommuniceerd	9	13 Nvt: 1
Consultatie	Er is duidelijkheid over:			
	Ontslagbrief (v)	Het consult is (indien van toepassing) in het preop anesthesieverslag/-formulier gedocumenteerd	4	16 Nvt:3
Opname en opnameplanning	Er is duidelijkheid over:			
	Controle bij opname (v)	Er vindt binnen 24 uur vóór de operatie nog controle van de gegevens plaats	5	18
	Checklist (v)	Voor de controle van de gegevens kort vóór de operatie wordt een checklist gebruikt	15	8
	Medische fiattering (verslag) (v)	Fiattering wordt door anesthesioloog en/of chirurg vastgelegd	13	10

Tabel 5
Patiëntveiligheid

Voor wat betreft:	Criteria (v) = vereist criterium		Uw score	
			Onvoldoende	Voldoende
Verwijzing en verwijsinfo	Spoed	Er zijn duidelijke afspraken over hoe te handelen bij spoed	2	21
	Medicatie (v)	Het dossier is volledig voor wat betreft de medische gegevens en medicatie vanuit de thuissituatie	4	19
Chirurgisch spreekuur	Er is duidelijkheid over:			
	Wachttijd	De toegankelijkheid van het spreekuur: is bekend, evt door publicatie van de wachtlijsten	1	22
	Informed consent (v)	Er zijn schriftelijke afspraken over het vastleggen van informed consent	16	7
	Informatie aan patiënt	Voorgenomen operatie, eventuele alternatieven, risico's en bijzonderheden zijn aantoonbaar met patiënt besproken	19	4
	Informatie tbv preoperatief spreekuur	de op het spreekuur vastgelegde gegevens zijn elektronisch beschikbaar voor het preoperatief spreekuur	18	5
	Verslaggeving (v)	De verwijzer wordt vóór de operatie over de bevindingen, conclusies en voorgenomen behandeling geïnformeerd	8	15
	Betrouwbaarheid afspraken operatievorm	De betrouwbaarheid van de afspraken met de patiënt over de operatievorm is >95 procent	4	19
Preoperatief spreekuur	Er is duidelijkheid over:			
	Betrouwbaarheid afspraken anesthesievorm (v)	De betrouwbaarheid van de afspraken met de patiënt over de wijze van anesthesie is > 95 procent	4	18 Nvt: 1
	Betrouwbaarheid afspraken opnamevorm (v)	De betrouwbaarheid van de afspraken met de patiënt over de opnamevorm is >95 procent	1	21 Nvt: 1
	Houdbaarheid gegevens spreekuur/screening	De houdbaarheid van de gegevens van het spreekuur/screening is tenminste eenduidig voor de anesthesioloog en de opnameplanning	5	17 Nvt: 1
Consultatie	Er is duidelijkheid over:			
	Uitvoering adviezen (v)	Er is duidelijkheid over te nemen acties naar aanleiding van conclusies en adviezen consult	1	22

Voor wat betreft:	Criteria (v) = vereist criterium	Uw score		
		Onvoldoende	Voldoende	
Opname en opnameplanning	Er is duidelijkheid over:			
	Controle gegevens (v)	Er vind binnen 24 uur vóór de operatie nog controle van de gegevens plaats, aan de hand van een checklist	11	12
	Identificatie patiënt (v)	Er is een eenduidig systeem voor vastleggen persoonsgegevens patiënt (ponsplaatje e.d.)	2	21
	Behandeling (v)	De voorgenomen operatie is éénduidig vastgelegd en voor iedereen duidelijk	2	21
	Profylaxe (v)	Er is duidelijkheid over tromboseprofylaxe en eventueel antibiotica-profylaxe	12	11
	Zijdigheid (v)	De zijdigheid van de operatie wordt kort tevoren door tenmiste twee personen gecontroleerd en geparafeerd.	10	13
	Betrouwbaarheid planning	Men is bekend met een aantal minimale vereisten voordat opname gerealiseerd kan worden (zoals OK-capaciteit, prioritering, MRSA, ontstollingsbeleid, IC-beschikbaarheid, noodzakelijke nazorg)	8 1x: alleen MRSA onvoldoende	14
	Eindbeslissing opname (v)	Het is duidelijk wie verantwoordelijk is voor het 'finale groene licht' met betrekking tot de opname (ten behoeve van operatie)	3	20
	Opnameplanning	Het is duidelijk wie verantwoordelijk is voor de planning van de opname bij weinig complexe ingrepen bij de heekunde en wie aan een planningsbespreking deelnemen	0	23