

OVERLAP, GATEN EN GEBREKEN

Informatieoverdracht in preoperatief traject is zeer gebrekkig

De Inspectie voor de Gezondheidszorg onderzocht de kwaliteit van het preoperatieve proces en constateerde ernstige tekortkomingen. De dossiervorming is onvoldoende, de multidisciplinaire afstemming niet goed geregeld, de regie ontbreekt. Met onnodige risico's voor de patiënt.

DE FOTO IS HELAAS
NIET BESCHIKBAAR
VOOR INTERNET

WILLEM NUGTEREN
JAN MAARTEN VAN DEN BERG
NELLIE VEEKE

Het operatieve proces is een kernactiviteit voor ziekenhuizen en kent vele stappen tussen het moment van verwijzing, behandeling en ontslag. Die stappen worden gelijktijdig en/of opeenvolgend uitgevoerd door een groot aantal hulpverleners. Het operatieve proces is dan ook een complex proces.¹

Al in 1983 werd in een speciale uitgave van een damesblad gemeld dat bij een eenvoudige, ongecompliceerd verlopen verwijdering van de blinde darm van een jonge man tenminste 31 ziekenhuismedewerkers waren betrokken.² Ieder had een kleine of grote bijdrage geleverd, van het geven van anesthesie en het bezorgen van een kaart tot het bereiden van een maaltijd en het verwijderen

van de appendix. Dat aantal is sindsdien niet afgenomen, integendeel.

BIJWERKINGEN

Oorzaken van de toegenomen fragmentering van de zorg en de daarbij behorende verantwoordelijkheden zijn maatschappelijke en politieke ontwikkelingen, zoals een duidelijker scheiding tussen werk en vrije tijd, (wettelijk) striktere arbeidstijden, meer deeltijdwerk, maar ook verdere differentiatie en taakverschikking. Dit geldt ook voor het operatieve proces.

Zowel bij verpleegkundigen als bij medici is het aantal bij de behandeling betrokkenen fors toegenomen. Deze ontwikkeling heeft positieve, maar ook negatieve gevolgen. Vooral de 'bijwerkingen' ervan, zoals onbekend zijn met elkaars gegevens, kunnen ernstig zijn en worden onvoldoende opgevangen. Dit blijkt uit onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) naar

het eerste deel van het operatieve proces: het preoperatieve traject. 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.

Van de bevindingen wordt verslag gedaan in het deze week gepubliceerde rapport 'Preoperatief traject ontbeert multidisciplinaire en gestandaardiseerde aanpak en teamvorming'.³

De conclusies zijn opmerkelijk, maar voor het veld ook zeer herkenbaar; vooral het gevoel van onvermogen en het wijzen naar de ander als (eind)verantwoordelijke. Kennelijk ontbreekt het managers en zorgverleners aan mogelijkheden of inzicht om tot een afgestemde aanpak te komen.

MEDICATIELIJSTEN

Een doel van het preoperatieve onderzoek is het verkrijgen van een betrouw-

bare inschatting van het operatierisico. Ten behoeve hiervan verzamelen meerdere disciplines veel, vaak dezelfde gegevens over de patiënt. Dit levert lang niet altijd eenzelfde resultaat op.

De inspectie trof in de dossiers medicatielijsten aan die niet altijd met elkaar in overeenstemming waren. Eenmaal werden in een dossier zelfs zes verschillende overzichtlijsten voor medicatie aangetroffen. Veelal worden alleen zelf verzamelde gegevens vertrouwd en deelt men die slechts in wisselende mate, maar vaak ook niet, met andere disciplines. Hoewel de anesthesioloog in 53 procent van de ziekenhuizen elektronisch toegang heeft tot bevindingen van het chirurgisch spreekuur, wordt die informatie maar bij 28 procent van de ziekenhuizen gebruikt.

Uitgangspunt voor gegevensverzameling is vaak niet de communicatie over de patiënt of de overdracht, maar een oriëntatie die sterk naar binnen, op de eigen professe of praktijk, is gericht. Communicatie over en overdracht van deze patiëntgegevens zou een onlosmakelijk deel van het proces moeten zijn. In de praktijk blijkt dat anders uit te werken. De dossiervorming is namelijk niet aangepast aan de fragmentering van de zorg; ieder specialisme hanteert een eigen (deel)dossier.

BETROUWBAARHEID

De opmaak van formulieren en de plaatsing van gegevens verschilt meestal per discipline, waardoor uitwisseling praktisch is uitgesloten. Van tien door de inspectie getypeerde gegevensbronnen zijn in 23 ziekenhuizen 71 vormen aangetroffen.

Iedere discipline noteert op een eigen formulier en/of (deel)dossier de patiëntgegevens die zij belangrijk acht. Dat leidt tot overlap, zo blijkt uit de dossiers die de IGZ screende. Dezelfde gegevens zijn op meerdere plaatsen in het gebundelde dossier terug te vinden. Anderzijds zijn door de opsplitsing van de zorg taken (ook) toebedacht aan anderen en wordt, zoals uit de gesprekken bleek, makkelijk verondersteld dat deze hun taken ook vervullen, zonder dat daarover heldere afspraken zijn gemaakt.

Als het wenselijk zou zijn om bepaalde gegevens meerdere malen te vermelden, moet het op zijn minst duidelijk zijn of het daarbij gaat om eigen waarnemingen of om overgeschreven, (veel) eerder gedane waarnemingen. De

betrouwbaarheid van elk gegeven daalt immers rechtvenredig met het aantal keren dat het wordt overgeschreven.

Ook blijken veel gegevens niet aanwezig op plaatsen in de dossiers waar daar wel om wordt gevraagd. Vijf essentiële gegevensbronnen hebben een speciaal gemarkeerde plaats voor het noteren van informatie over allergieën bij de patiënt. Dit item was in 49,5 procent van de beoordeelde dossiers niet ingevuld.

Het ontbreken van gegevens wordt niet veroorzaakt door tijdgebrek. Als de beleidslijn zou zijn: verzamel elk gegeven één keer goed, dan zou dat meer tijd besparen door het verminderen van dubblures, dan tijd kosten door het verzamelen van extra gegevens.

SPATADEREN

Standaardisatie van werkwijzen, informatievoorziening, overdracht en verslaglegging ontbreekt in het basisproces. Het veld is zich bewust van deze tekortkomingen, maar bijna nergens is een afdoende aanpassing gerealiseerd. Een goede uitzondering hierop is te vinden bij poliklinische verwijzingsprojecten, waarin duidelijke afspraken zijn gemaakt tussen regionale huisartsengroepen en specialisten.⁴ Voor de behandeling van de meest voorkomende aandoeningen bestaat zodoende duidelijkheid over de gewenste gegevens en eventuele voorbereidende onderzoeken. Een dergelijke algemene verwijzingsaanpak is echter in geen van de 23 bezochte ziekenhuizen aangetroffen. De nu ingevoerde goede procedures rond bepaalde ziektebeelden,

deeldossiers naar één centraal (elektronisch) patiëntendossier volgens een gestructureerde opzet.

Essentieel is dat eenduidig wordt vastgesteld aan welke regels de verslaglegging moet voldoen. Daarbij valt te denken aan een regel die aangeeft dat het vastleggen van enkelvoudige gegevens, bijvoorbeeld over de voorgeschiedenis van een patiënt, zijn allergiestatus of medicatie bij opname, ook echt enkelvoudig gebeurt en dat daarvoor slechts één persoon verantwoordelijk is. De verantwoordelijke legt de gegevens vast, anderen kunnen die controleren.

Het gedrag van gebruikers in het gegevensverkeer is verder op eenzelfde manier te reguleren als dat in het wegverkeer: de gebruiker blijft autonoom in de wijze waarop en de richting en het tempo waarin hij een resultaat of doel bereikt, maar bevindingen worden gestandaardiseerd vastgelegd en gecommuniceerd.

Standaardisatie werkt, zo blijkt uit ontwikkelingen rond 'snelspoor'-chirurgie (*fast track* colonchirurgie), straten (zoals de liesbreukstraat), klinische paden en *joint care*-programma's.⁶ Die laten namelijk zien dat goed georganiseerde zorg, met inhoudelijk en logistiek nauwkeurig omschreven taken en verantwoordelijkheden, betere resultaten opleveren.

GELE PLAKBRIEFJES

De overdracht van gegevens tussen specialismen is niet goed gewaarborgd. De kans is beperkt dat het operatieteam

De verantwoordelijke legt de gegevens vast, anderen kunnen die controleren

zoals spataderen of een mammatumor, moeten én kunnen worden gebruikt als voorbeeld voor veel voorkomende ziektebeelden.

De mogelijkheid om gegevens op landelijk niveau uit te wisselen vereist een landelijke standaard van werken en informatie. De ontwikkeling van minimale datasets, waarvoor KNMG, Orde en NHG zich inzetten, kan daarbij behulpzaam zijn, maar is onvoldoende.⁵ Er wordt namelijk voorbijgegaan aan de noodzakelijke omzetting van decentrale

tijdig kennis neemt van alle relevante bevindingen in het preoperatieve traject en daar het beleid volledig en nauwkeurig op kan afstemmen. In driekwart van de ziekenhuizen zijn de chirurg en de anesthesioloog niet wederzijds actief geïnformeerd over de bevindingen van hun preoperatieve onderzoek en is er routinematig geen feitelijke afstemming tussen beiden. Dankzij hardwerkende en toegewijde zorgverleners zijn er veel correctiemechanismen (zoals gele plakbriefjes), waardoor regelmatig >>

<< schade wordt voorkomen. Dit kost echter veel tijd en energie - en als er conflicten zijn, is er te weinig organisatie om op terug te vallen.

Wellicht komt men daardoor evenmin toe aan goede onderlinge afstemming over de mededelingen aan de patiënt. Juist de fragmentering in de zorg maakt het nodig dat men elkaar afdoende informeert over hetgeen met de patiënt is besproken en afgesproken. Maar de uitwisseling van informatie hierover is duidelijk onvoldoende. Wat met de patiënt is besproken, wordt slechts sporadisch vastgelegd: slechts in 7 van de 83 dossiers (8,4%) is hierover iets ingevuld.

Voor goede zorgverlening is het essentieel dat zij die de behandeling overnemen of voortzetten, weten wat er met de patiënt is besproken. De verslaglegging over de communicatie met patiënten schiet echter tekort en verloopt ook zelden geheel conform de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). In 45 ziekenhuizen (48%) zijn er geen afspraken vastgelegd over de wijze waarop de toestemming van de patiënt in het dossier wordt genoteerd.

Overzicht en regie over het gehele preoperatieve traject zijn, zeker in de grotere ziekenhuizen, onvoldoende

en/of onduidelijk aanwezig. De opzet en organisatie van zelfs de eenvoudigere (basis)processen blijkt zodanig, dat geen van de deelnemers aan het proces het volledige overzicht nog heeft.

GEEN NIEUWS, GOED NIEUWS

Als uit oogpunt van efficiëntie en productiviteit de activiteiten in het preoperatieve traject zijn opgesplitst, wordt samenwerking minder vanzelfsprekend gerealiseerd. Er is onduidelijkheid over de verdeling van de verantwoordelijk-

operaties (oncologie, cardio- en neurochirurgie), waarbij de bundeling van expertise noodzakelijk is. Bij veelvoorkomende en minder complexe ingrepen, zoals galblaas-, liesbreuk- en borstoperaties, blijkt het nog steeds mogelijk om vast te houden aan de eigen vertrouwde cultuur en werkwijze.

De gezamenlijke verantwoordelijkheid van anesthesioloog en operateur voor het preoperatieve traject blijkt in de praktijk een verdeelde in plaats van een gedeelde verantwoordelijkheid, zonder

Goede samenwerking en effectieve afstemming overbruggt kloven tussen disciplines

heden voor het betrouwbaar bepalen en vastleggen van gegevens. Dit bleek tijdens het onderzoek uit de manier waarop met consulten en de verzameling van algemenere gegevens wordt omgegaan.

Goede samenwerking en effectieve afstemming overbruggt kloven tussen disciplines. Dit vindt echter vooral plaats rond grote complexe ziektebeelden of

waarborgen voor onderlinge afstemming. Over de hardheid van de indicatie en de risico's van de operatie vindt tussen chirurgen en anesthesiologen slechts zeer beperkt afstemming plaats. In slechts een kwart van de ziekenhuizen ontvangt de chirurg een verslag van de bevindingen uit het preoperatief anesthesiologisch spreekuur. Zowel de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde als de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie stelt nadrukkelijk dat de preoperatieve risicobeoordeling een gezamenlijke verantwoordelijkheid van chirurg en anesthesioloog is.⁷ Er dient dus onderlinge afstemming te zijn tussen deze specialismen.⁸ Dat vereist een andere aanpak, waarbij om te beginnen afscheid wordt genomen van het principe 'geen nieuws, goed nieuws'.

Gestandaardiseerde en toegankelijke verslaglegging met adequate dossiervoering zijn daarbij onontbeerlijk, maar teamvorming hoort er evenzeer bij. Het erkennen en respecteren van elkaars verantwoordelijkheden, ongeacht de achtergrond of discipline van het teamlid, is gezien de huidige cultuur in zorginstellingen nog geen vanzelfsprekendheid. Dat is een belangrijke reden voor de inspectie om medewerking te verlenen aan het ATOM-project over teamvorming, standaardisatie en transparantie op de OK, dat samen met het Erasmus MC en steun van het ministerie van VWS dit voorjaar start.⁹ Het project gaat uit van de principes van *Crew Resource Management* en de succesvolle ATLS-aanpak bij traumaopvang.¹⁰

In driekwart van de ziekenhuizen zijn de chirurg en de anesthesioloog niet wederzijds actief geïnformeerd over de bevindingen van hun preoperatieve onderzoek.

DE FOTO IS HELAAS
NIET BESCHIKBAAR
VOOR INTERNET

SAMENVATTING

- De (multidisciplinaire) dossiervoering is onvoldoende aangepast aan de fragmentering van het preoperatieve traject. Dit leidt tot verwarrende verslaglegging van gelijke patiëntgegevens.
- Standaardisatie van verslaglegging en -geving vormen de basis voor goede communicatie en overdracht. Deel dossiers over de patiënt moeten gecentraliseerd worden in één dossier per patiënt; dan krijgt het EPD ook een kans.
- De gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het preoperatieve traject van anesthesioloog, operateur, verpleegkundigen en planner moet naar een gedeelde verantwoordelijkheid door teamvorming. Het model voor Crew Resource Management biedt daartoe mogelijkheden.

De huidige wijze van werken, verslaglegging en dossiervoering, de afwezigheid van standaardisatie en het gebrek aan een efficiënte en effectieve communicatie levert onnodige risico's voor de patiëntveiligheid op. Bij voortgaande fragmentering van de zorg en meer complexiteit zullen deze risico's toenemen. Dat is uiteraard om meerdere redenen ongewenst; zowel voor de patiënt als voor de zorgverleners.

Ook in economisch opzicht is verandering noodzakelijk: preoperatieve interventies die de risico's verminderen, leiden immers tot een daling van de ziekenhuiskosten.¹¹

WONDERMIDDEL

Naar het oordeel van de inspectie vermindert standaardisatie van het basisproces de risico's, waardoor het proces veiliger wordt. In multidisciplinair teamverband moet vaststaan welke gegevens primair noodzakelijk zijn, wie deze verzamelt, hoe ze worden vastgelegd en wie de regie heeft. Het gaat hierbij niet alleen om automatisering van processen. De verwachting dat ICT een wondermiddel is om de hier geschetste problematiek op te lossen, is een illusie. Effectief en efficiënt gebruik van ICT en het EPD is pas mogelijk als de basisstructuur van het zorgproces - en dus ook het operationele proces - is gestandaardiseerd en als de gebruikte terminologie, logistiek en organisatie eenduidig is voor alle betrokkenen.

Standaardisatie van het preoperatieve traject is onontkoombaar. Door de risico's te verminderen neemt de schade aan patiënten af, evenals het verlies van tijd, menskracht en geld: er is dus veel winst te behalen. Vergelijk het maar met de gezondheidswinst bij de invoering van de veiligheidsgordel.

NIET VRIJBLIJVEND

Benodigde maatregelen moeten zich vooral richten op de standaardisatie van faciliteiten en dossiers, maar kunnen niet zonder het volledig naleven van afspraken over dossiervoering, verslaglegging en overdracht. De betrokkenheid van veel disciplines, zoals snijende specialisten, anesthesiologen, anesthesiemedewerkers, verpleegkundigen, planners, CSA-medewerkers en technici, maakt betere samenwerking en afstemming noodzakelijk; het is dan ook geen vrijblijvende taak meer. Vanuit landelijke sturing moeten regels voor

gegevensverkeer en organisatie van dit basisproces worden ingevuld en vastgesteld.

Samenwerking kan langs lijnen van Crew Resource Management worden vormgegeven. De resultaten ervan worden uiteindelijk zichtbaar in uitkomstgegevens. Hierbij valt te denken aan een indicator als de gestandaardiseerde ziekenhuissterfte (Hospital Standard Mortality Rate).¹² ■

drs. W.A.H. Nugteren,

drs. J.M.J. van den Berg,

mevrouw P.M. Veeke,

inspecteurs voor de gezondheidszorg

Correspondentieadres: wa.nugteren@igz.nl;
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

De literatuurlijst vindt u onder de digitale versie van dit artikel op www.medischcontact.nl/dezeweeek.

Het deze week verschenen IGZ-rapport 'Preoperatief traject ontbeert multidisciplinaire en gestandaardiseerde aanpak en teamvorming' vindt u via www.medischcontact.nl/dezeweeek.

VELDWERK

Overleg met de opleiders



Eens in de drie maanden worden wij, assistenten interne, uitgenodigd voor een overleg met

de opleiders. Ik kom nog maar net kijken en vind dus dat ik bij deze bijeenkomsten aanwezig moet zijn. Een leuke mogelijkheid om de opleidingsmomenten van de afgelopen maanden te evalueren. Dacht ik.

De werkelijkheid is iets anders. Al bij binnenkomst in de vergaderruimte voel ik de bedrukte sfeer. Mijn anders zo mondige en gezellige collega's zijn plots timide en vooral heel erg stil. Gelukkig is er meestal een oudere assistent die een heikel onderwerp naar voren durft te brengen. Hij staat er helaas altijd alleen voor.

Na enkele bijeenkomsten snap ik waarom. Het 'overleg' strandt immers stevast in een monoloog van één van de opleiders. Bij voorkeur niet over het aangesneden onderwerp.

Opleiders kunnen dat opvallend goed, monologen houden. Ik denk dat als je langer in een ziekenhuis verblijft, deze eigenschap werkt als een evolutionaire selectiemarker. De monologen vallen bij mij aanvankelijk goed, maar naarmate het verhaal vordert, bekruipt mij altijd een onbestemd gevoel. Zo ging de laatste monoloog over vertrouwen. Wij, assistenten, moesten vertrouwen hebben in de opleiders. Zij zouden naar onze problemen luisteren als wij hen in vertrouwen namen. Eigenlijk best een prettige boodschap.

Pas op de fiets naar huis beseft ik niet alleen dat de opleider zichzelf tegensprak - luisteren was er immers niet bij - maar ook de ongepastheid van zijn opmerking. Vertrouwen is toch iets wat een mens behoort te verdienen; je kunt een ander er niet toe dwingen. Waarom durf ik dat de opleider niet te zeggen? ■

Annemarie Bosch

de arts-assistent