

Het Motorkapoverleg

Ontwikkeling en implementatie van een multidisciplinair
reflectiemoment in het diagnostisch proces op de spoedeisende
hulp

Mees Baartmans
Lisa Jansen
Maaïke Langelaan
Ria Klein Koerkamp
Anne Willems
Lilian van Tuyl



NIVEL
Kennis voor betere zorg

gelre ziekenhuizen

Het Nivel levert kennis om de gezondheidszorg in Nederland beter te maken. Dat doen we met hoogwaardig, betrouwbaar en onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek naar thema's met een groot maatschappelijk belang. 'Kennis voor betere zorg' is onze missie. Met onze kennis dragen we bij aan het continu verbeteren en vernieuwen van de gezondheidszorg. We vinden het belangrijk dat mensen in staat zijn om deel te nemen aan de samenleving. Ons onderzoek draait uiteindelijk om de vraag hoe we de zorg voor de patiënt kunnen verbeteren. Alle onderzoeken publiceert het Nivel openbaar, dat is statutair vastgelegd.

Mei 2024

ISBN 978-94-6122-848-2

030 272 97 00

nivel@nivel.nl

www.nivel.nl

© 2024 Nivel, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Gegevens uit deze uitgave mogen worden overgenomen onder vermelding van Nivel en de naam van de publicatie. Ook het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Voorwoord

Dit rapport beschrijft de ontwikkeling en implementatie van een multidisciplinair reflectiemoment in het diagnostische proces van semi-acute patiënten op de spoedeisende hulp. Het onderzoek is uitgevoerd binnen het ZonMw programma 'Safety-II en veiligheidsergonomie' en vond plaats op de spoedeisende hulp van Gelre ziekenhuizen, locatie Apeldoorn.

Gedurende het project is de spoedzorg in Gelre ziekenhuizen onderhevig geweest aan verschillende organisatorische veranderingen, wat van invloed is geweest op het onderzoek. Desalniettemin heeft het onderzoek, ook onder deze moeilijke omstandigheden, doorgang kunnen vinden dankzij de inzet van velen.

We willen alle medewerkers van de afdeling spoedeisende hulp Gelre ziekenhuizen die op enige wijze hebben bijgedragen aan het project bedanken. In het bijzonder danken wij Jolanda Beekman, Melissa Jansen en Karen Swart voor hun inzet.

De auteurs

Inhoud

Voorwoord	3
Samenvatting	5
1 Inleiding	7
1.1 Doel en onderzoeksvragen	8
1.2 Leeswijzer	9
2 Methode	10
2.1 Ontwikkelcycli	10
2.2 Voor- en nameting	11
3 Resultaten	13
3.1 Ontwikkeling van een multidisciplinair reflectiemoment: het motorkapoverleg	13
3.2 Voor- en nameting	18
4 Discussie en conclusie	25
4.1 Conclusie	28
Literatuur	29
Bijlage A Adapter vragenlijst	32
Bijlage B Motorkapoverleg	41

Samenvatting

Op de Spoedeisende Hulp (SEH) kunnen patiënten terecht met dringende zorgvragen. Bij binnenkomst wordt een inschatting gemaakt van de urgentie van de klachten van de patiënt. Patiënten met acute of zeer urgente klachten worden (bijna) direct geholpen, andere patiënten moeten iets langer wachten. Bijvoorbeeld de patiënten die als semi-acuut worden ingeschat. Deze patiëntgroep ligt over het algemeen langer op de SEH en patiënten hebben vaak minder duidelijke klachten, waardoor uitgebreid onderzoek nodig is om te achterhalen wat er aan de hand is.

Het stellen van een tijdige en juiste diagnose bij deze semi-acute patiënten op de SEH is een complex proces, waarbij veelal meerdere verpleegkundigen, arts-assistenten en medisch specialisten met elkaar samenwerken. Ook is men op de SEH afhankelijk van andere afdelingen voor het stellen van een diagnose, zoals de radiologie of het diagnostisch laboratorium. Wanneer zich in dit diagnostische proces problemen voordoen, kan dit ernstige gevolgen hebben voor de patiënt en het ziekenhuis. Het is daarom belangrijk problemen in dit proces vroegtijdig te herkennen en op te lossen.

Binnen Gelre ziekenhuizen bestond het idee dat een stopmoment in het diagnostisch proces op de SEH, naar analogie van de 'time-out' in het operatieve proces, zou kunnen helpen om eventuele problemen tijdig te onderkennen en aan te pakken. Tijdens dit stopmoment kan men multidisciplinair reflecteren op de situatie en gezamenlijk nadenken over noodzakelijke vervolgstappen. Meer dan het operatieve proces, is het diagnostisch proces op de SEH vaak onderhevig aan onverwachte situaties en steeds veranderende omstandigheden. Een werkwijze voor een stopmoment op de SEH moet aansluiten op deze complexe setting.

Doel

Dit onderzoek heeft als doel een werkwijze voor een multidisciplinair reflectiemoment te ontwikkelen voor het diagnostisch proces van semi-acute patiënten op de SEH van Gelre ziekenhuizen, locatie Apeldoorn, en deze af te stemmen op het bestaande werkproces. Uiteindelijk dient dit bij te dragen aan een snellere juiste diagnose en behandeling van de semi-acute patiënt op de SEH, en mogelijk het verder verbeteren van de patiëntveiligheid en de doorstroom op de afdeling.

Methode

Middels actieonderzoek werd een werkwijze ontwikkeld. Gedurende drie ontwikkelcycli werden observaties uitgevoerd en groeps gesprekken gehouden met medewerkers van de SEH. Hierbij werd de werkwijze steeds in de praktijk getest, geëvalueerd en waar nodig aangepast. Met behulp van een voor- en nameting is getracht de impact van de ontwikkelde werkwijze te meten. Hierbij werden verschillende uitkomsten gemeten die relevant zijn voor patiëntveiligheid en/of het verloop van het diagnostisch proces op de SEH. Zo werden twee vragenlijsten onder medewerkers van de SEH uitgezet om de patiëntveiligheidscultuur en aspecten van (team)veerkracht te meten. Daarnaast werden patiëntendossiers onderzocht, waarbij werd gekeken naar enkele uitkomstmaten relevant voor de geleverde zorg en het diagnostisch proces op de SEH; het aantal in consult gevraagde specialismen, de ligduur op de SEH en het vóórkomen van aanwijzingen voor suboptimale zorg.

Resultaten

Uit de ontwikkelcycli volgde een werkwijze die 'het motorkapoverleg' werd genoemd. Dit motorkapoverleg wordt door SEH-verpleegkundigen gestart wanneer meerdere medisch specialisten

in consult zijn gevraagd, een patiënt onnodig lang op de SEH ligt of er een gebrek aan coördinatie in het diagnostisch proces wordt opgemerkt. In het overleg worden vaste punten besproken met de arts-assistent en eventuele betrokken specialisten, zoals het verloop op de SEH tot dan toe, de huidige situatie, eventuele knelpunten en de stappen voor vervolg.

Uit de observaties en groeps gesprekken bleek dat zorgverleners de toegevoegde waarde van een dergelijke werkwijze wel zagen, maar dat de ontwikkelde methode maar beperkt werd ingezet in de praktijk. Dit was onder andere het gevolg van organisatorische veranderingen die gedurende het project gaande waren in de spoedzorg van Gelre ziekenhuizen.

Uit de voor- en nameting bleek dat in de patiëntveiligheidscultuur en (team)veerkracht geen relevante veranderingen werden waargenomen. De response op deze vragenlijsten was, met name bij de nameting, zeer beperkt.

Het dossieronderzoek liet zien dat de ligduur voor alle semi-acute patiënten bij de nameting gemiddeld iets lager lag dan bij de voormeting. Ook het gemiddeld aantal in consult gevraagde specialismen lag iets lager. Dit zou kunnen duiden op een beter verlopen diagnostisch proces op de SEH. Uit een steekproef waarbij werd gekeken naar aanwijzingen voor suboptimale zorg, kon geen duidelijke verandering worden waargenomen.

Gezien de beperkte toepassing van het motorkapoverleg in de praktijk en de gekozen onderzoeksopzet, is het lastig de uitkomsten te relateren aan de invoering van de nieuwe werkwijze.

Conclusie

Het onderzoek beschrijft de ontwikkeling en implementatie van het motorkapoverleg, een werkwijze voor multidisciplinaire reflectie tijdens het diagnostisch proces van semi-acute patiënten op de SEH. De ontwikkeling en implementatie van het motorkapoverleg verliepen in dit project moeizaam, met name vanwege organisatorische veranderingen in de spoedzorg van Gelre ziekenhuizen. Verdere ontwikkeling en implementatie behoeven nog aandacht. Desalniettemin gaf een deel van de zorgprofessionals van de SEH aan dat een dergelijke werkwijze kan helpen bij het tijdig creëren van overzicht in het diagnostische proces van semi-acute patiënten op de SEH, wat kan bijdragen aan het verder verbeteren van de patiëntveiligheid en doorstroom op de afdeling.

1 Inleiding

Op de SpoedEisende Hulp (SEH) kunnen patiënten terecht voor dringende medische zorg. Bij binnenkomst wordt een inschatting gemaakt van de urgentie van de patiënt, variërend van 'niet urgent' tot 'acuut'. Dit wordt ook wel de triage genoemd[1]. Na de triage worden acute klachten of letsels direct behandeld. Wanneer niet gelijk duidelijk is wat er met de patiënt aan de hand is, wordt verder onderzoek gedaan om zo snel mogelijk een diagnose te stellen. Dit blijkt in de praktijk complex. Bij ongeveer 12% van de patiënten is de diagnose bij ontslag uit het ziekenhuis anders dan de gestelde diagnose bij opname via de SEH.[2, 3]

In sommige gevallen is de verkeerde diagnose het gevolg van problemen in het diagnostisch proces op de SEH. Bijvoorbeeld wanneer, door miscommunicatie tussen zorgprofessionals of een niet doorgekomen lab uitslag, een diagnose vertraagd of verkeerd wordt gesteld. Dergelijke problemen tijdens het diagnostisch proces op de SEH kunnen grote gevolgen hebben voor de individuele patiënt en het ziekenhuis. Zo kan een suboptimaal diagnostisch proces op de SEH van invloed zijn op het aantal onverwachte heropnames, en het optreden van incidenten, zorggerelateerde schades en calamiteiten.[3-8] Tevens kan een gebrek aan overzicht tijdens het diagnostisch proces gevolgen hebben voor de doorstroom van patiënten[9], omdat zij dan (onnodig) lang op de SEH verblijven.

Reflectie tijdens het diagnostisch proces bij semi-acute patiënten

Met name bij semi-acute patiënten is het soms lastig tijdig een juiste diagnose te stellen. Semi-acute patiënten zijn patiënten die bij aankomst op de SEH door een triageverpleegkundige op grond van hun letsel of klachten met triagecode geel (urgent) zijn beoordeeld. Dat betekent dat zij niet in acute nood zijn, maar wel binnen een uur geholpen moeten worden.[10] Dit gaat bijvoorbeeld om patiënten met hoge koorts of buikkoliek, waarbij de klachten soms wat vaag of onduidelijk zijn. Wanneer zulke patiënten op de SEH komen, zijn er veelal meerdere verpleegkundigen, arts-assistenten en medisch specialisten betrokken en wordt uitgebreid diagnostisch onderzoek verricht, waarbij verschillende afdelingen nauw moeten samenwerken[11].

Jaarlijks bezoeken zo'n 13.000 semi-acute patiënten de SEH van Gelre ziekenhuizen. Uit een interne analyse van calamiteiten in Gelre ziekenhuizen, bleek onvoldoende reflectie tijdens een langer durend complex diagnostisch proces op de SEH bij deze patiënten een rode draad te zijn. Het zorgbestuur van de SEH en de Raad van Bestuur van Gelre ziekenhuizen onderschrijven dat op dit punt mogelijkheden voor verbetering liggen. Vandaar dat het ziekenhuis op zoek is naar een wijze voor het verbeteren van reflectie gedurende het diagnostisch proces op de SEH.

Een stopmoment op de spoedeisende hulp

In het operatieve proces is het onderdeel van het standaardprotocol om op verschillende, vaste momenten een stopmoment of 'time-out' te hebben.[12, 13] Zo is er bijvoorbeeld vlak voor de patiënt daadwerkelijk geopereerd wordt een stopmoment, zodat de operateur, anesthesioloog en het OK-personeel kunnen overleggen. Tijdens dit stopmoment worden essentiële zaken gecontroleerd en wordt de uit te voeren procedure multidisciplinair doorgenomen, met als doel fouten te voorkomen en de veiligheid van de patiënt te borgen.[12, 14]

Ook tijdens het diagnostisch proces op de SEH zou een dergelijk stopmoment een strategie kunnen zijn om gezamenlijk na te denken over de te nemen stappen.[15] Bijvoorbeeld wanneer een patiënt lang op de SEH ligt, meerdere specialisten in consult zijn gevraagd en verschillende diagnostische

tests zijn aangevraagd. In deze situaties kan een gezamenlijk, multidisciplinair reflectiemoment mogelijk bijdragen aan het tijdig stellen van een juiste diagnose bij complexe semi-acute patiënten. Dit zou eveneens kunnen bijdragen aan een efficiëntere zorgverlening en betere doorstroming op de SEH.

Anders dan in het operatieve proces, is het diagnostische proces op de SEH minder planbaar en meer onderhevig aan veranderende omstandigheden; zo zijn de klachten van de patiënt vooraf niet altijd duidelijk en kunnen deze bovendien gedurende het SEH verblijf plotseling verergeren. Ook is men op de SEH in hoge mate afhankelijk van andere afdelingen, zoals de radiologie of het lab voor het stellen van tijdige en juiste diagnose. Tenslotte kan de werkdruk sterk verschillen per dag(deel). Een stopmoment op de spoedeisende hulp zal daarom minder goed op vaste momenten in het proces kunnen worden ingebed, maar moet worden ingezet passend bij het verloop van de specifieke casus.

Safety-II en resilience

Een dergelijke werkwijze waarbij afhankelijk van de situatie een moment wordt genomen voor multidisciplinair overleg wanneer een proces niet helemaal verloopt zoals verwacht, past bij het denken over veiligheid waar nu naar gerefereerd wordt als Safety-II. Waar het Safety-I veiligheidsdenken is opgezet vanuit het idee dat veiligheid vooral draait om het volgen van vooropgezette protocollen en richtlijnen, zien we dat deze soms niet voldoen aan de variatie in de complexe dagelijkse praktijk met de daarbij horende onverwachte gebeurtenissen.[16] Binnen het Safety-II gedachtegoed wordt veiligheid gezien als het vermogen om succesvol te zijn in veranderende en onverwachte omstandigheden.[17]

Voor het inbedden van Safety-II om zo onveilige situaties in het diagnostisch proces op de SEH te voorkomen en tijdig proactief een multidisciplinair reflectiemoment te initiëren, zijn specifieke vaardigheden van professionals nodig. Binnen Safety-II is *'resilience'* een belangrijke vaardigheid.[18] Het Engelse *'resilience'* laat zich niet zo goed vertalen naar het Nederlands, maar omvat een combinatie van de termen *'veerkracht'*, *'wendbaarheid'* en *'aanpassingsvermogen'*. [18] In dit rapport gebruiken we de term *'veerkracht'*, maar hiermee wordt de combinatie van deze drie termen bedoeld. Wanneer zorgprofessionals *'veerkrachtig'* zijn, kan men omgaan met onverwachte situaties door zich steeds aan te passen aan veranderende omstandigheden en daar proactief op te acteren. Daarmee zou men bijvoorbeeld in staat zijn proactief een multidisciplinair reflectiemoment te initiëren, wanneer het diagnostisch proces op de SEH bij een patiënt niet verloopt zoals verwacht.

1.1 Doel en onderzoeksvragen

In dit onderzoek wordt middels actieonderzoek een werkwijze ontwikkeld waarbij zorgverleners gedurende het diagnostisch proces van een semi-acute patiënt op de SEH van Gelre ziekenhuizen, een moment nemen om multidisciplinair te reflecteren op de situatie en gezamenlijk te besluiten welke vervolgacties noodzakelijk zijn. Actieonderzoek helpt hierbij om draagvlak te creëren op de SEH en daarmee de ontwikkeling en implementatie te vergemakkelijken.

Doel van dit onderzoek is namelijk samen met zorgprofessionals van de SEH een nieuwe werkwijze te ontwikkelen en deze te integreren op de werkvloer, daarmee de *'veerkracht'* van zorgverleners te vergroten en sneller tot een juiste diagnose en behandeling van de patiënt te komen. Uiteindelijk dient dit bij te dragen aan het verder verbeteren van de patiëntveiligheid en kan het helpen de doorstroom op de SEH te verbeteren.

De onderzoeksvragen die worden beantwoord zijn de volgende:

1. Wat is een passende werkwijze voor een multidisciplinair reflectiemoment binnen het diagnostische proces voor semi-acute patiënten op de SEH van Gelre ziekenhuizen, en hoe kan deze worden geïntegreerd in de dagelijkse praktijk?
2. Wat is de impact van de invoering van een multidisciplinair reflectiemoment op:
 - a. de veerkracht van en patiëntveiligheidscultuur onder zorgprofessionals op de SEH;
 - b. de geleverde zorg en het verloop van het diagnostisch proces op de SEH bij semi-acute patiënten (aantal medisch specialisten in consult, de gemiddelde verblijfsduur en het aantal aanwijzingen voor suboptimale zorg);

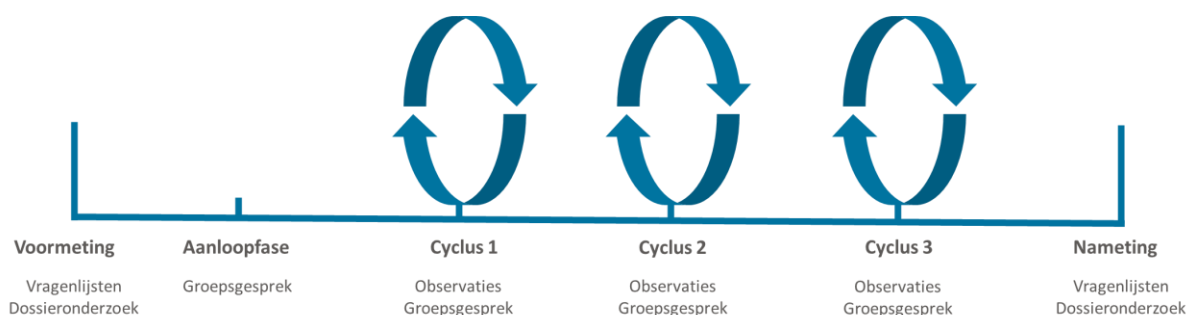
1.2 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 wordt beknopt beschreven hoe het onderzoek is uitgevoerd. Vervolgens gaat hoofdstuk 3 in op de ontwikkeling van de werkwijze voor een multidisciplinair reflectiemoment en geeft het inzicht in de belangrijkste resultaten ten aanzien van de veerkracht, patiëntveiligheidscultuur en enkele uitkomstmaten voor de geleverde zorg en het verloop van het diagnostisch proces op de SEH. Hoofdstuk 5 vat de belangrijkste bevindingen kort samen, waarna deze verder worden geïnterpreteerd en enkele suggesties voor de praktijk en voor vervolgonderzoek worden gedaan.

2 Methode

In dit onderzoek zijn meerdere onderzoeksmethoden gecombineerd en is nauw samengewerkt tussen het onderzoeksteam en verschillende zorgprofessionals van de Spoedeisende Hulp (SEH). Het onderzoeksteam bestond uit twee leden van de afdeling kwaliteit en veiligheid van Gelre ziekenhuizen en vier onderzoekers van het Nivel. Op hoofdlijnen omvatte het onderzoek een voor- en nameting en verschillende ontwikkelcycli, waarin de werkwijze voor multidisciplinair overleg werd ontwikkeld. Deze fasen worden hieronder verder toegelicht. In Figuur 1 is de methodiek schematisch weergegeven.

Figuur 1 Schematisch overzicht van het onderzoeksproces



2.1 Ontwikkelcycli

In verschillende cycli van actieonderzoek werd een multidisciplinaire gespreksstructuur ontwikkeld voor op de SEH van Gelre Ziekenhuizen. Het onderzoeksteam werkte hierbij nauw samen met zorgverleners en een leidinggevende van de SEH.

Voorafgaand aan de daadwerkelijke ontwikkelcycli is in een aanloophase een eerste versie van de structuur voor een multidisciplinair reflectiemoment ontwikkeld in samenwerking met professionals werkzaam op de SEH. In een groepsbijeenkomst werden zorgverleners gevraagd hun input te geven op hoe een dergelijke werkwijze eruit zou moeten zien. De onderzoekers hebben aan de hand hiervan een eerste werkwijze vastgesteld en deze gedeeld met de afdeling.

Na de aanloophase werd de gespreksstructuur cyclisch getest, geëvalueerd en bijgesteld. De cycli bestonden steeds uit: 1) het observeren van de werkwijze, 2) het ophalen van meningen over de werkwijze middels (multidisciplinaire) groepsgesprekken, en 3) het aanpassen/verfijnen van de werkwijze.

In totaal werden drie cycli doorlopen. In iedere cyclus was ruimte om de werkwijze verder te ontwikkelen op basis van de praktijkervaringen van de betrokken zorgverleners. De duur van een cyclus was afhankelijk van het verloop van de observaties, het plannen van een groepsgesprek en de bevindingen tijdens de cyclus.

Observaties

De observaties werden uitgevoerd door een arts-assistent en/of een medewerker van de afdeling kwaliteit en veiligheid. Gedurende de observaties werd op de SEH meegekeken met de verleende

zorg aan enkele semi-acute patiënten en met overlegmomenten op de SEH. Hierbij werd vooral gelet op de werkwijze met betrekking tot het multidisciplinair overleggen en de coördinatie van het zorgproces bij deze patiëntgroep. Specifiek werd gekeken naar de toepassing van de ontwikkelde overlegstructuur en/of de bespreking daarvan.

Groepsgesprek

Iedere cyclus werd afgesloten met een groepsgesprek (waar mogelijk multidisciplinair) met zorgverleners van de SEH om te reflecteren op de werkwijze, waarna deze werd aangescherpt en opnieuw uitprobeerde kon worden in een volgende cyclus. De gesprekken werden geleid door de betrokken onderzoekers van de afdeling kwaliteit en veiligheid. Nivel onderzoekers waren aanwezig om aantekeningen te maken, maar namen niet actief deel. In de gesprekken werden steeds een aantal punten besproken:

- Teamsamenstelling en -gevoel op de SEH
- Algemene werkwijze met betrekking tot (multidisciplinair) overleg op de SEH
- Toepassing van en ervaringen met de ontwikkelde methode, en ideeën om deze te verbeteren

Daarnaast was er ruimte voor het bespreken van meer algemene zaken met betrekking op het diagnostisch proces op de SEH.

De groepsgesprekken werden opgenomen via Microsoft Teams. Deze opnames werden vervolgens getranscribeerd en geanalyseerd door twee Nivel onderzoekers. De belangrijkste thema's uit de gesprekken en suggesties voor verbetering van de werkwijze werden hier uit verzameld.

Op basis van de bevindingen uit de groepsgesprekken en de observaties werd de ontwikkelde werkwijze steeds bijgesteld en verfijnd.

2.2 Voor- en nameting

Voordat werd gestart met de ontwikkeling en implementatie van het multidisciplinaire reflectiemoment werden verschillende metingen uitgevoerd. Zo werden aspecten van (team)veerkracht en de patiëntveiligheidscultuur gemeten middels vragenlijsten en werd dossieronderzoek uitgevoerd om enkele uitkomsten met betrekking tot de geleverde zorg te meten.

Vragenlijstonderzoek

De patiëntveiligheidscultuur en de vermogens passend bij (team)veerkracht werden gemeten met daarvoor bestaande en gevalideerde vragenlijsten; respectievelijk de COMPaZ en Adapter vragenlijst.

De COMPaZ (Cultuur Onderzoek onder Medewerkers over de Patiëntveiligheid in Ziekenhuizen) is een veelgebruikt instrument voor het meten van de patiëntveiligheidscultuur in Nederlandse ziekenhuizen.[19] De lijst bestaat uit 50 items verdeeld over elf domeinen die verschillende aspecten van patiëntveiligheidscultuur meten (o.a. samenwerking tussen afdelingen, teamwork binnen afdelingen, niet-straffende reactie, open communicatie, feedback en leren van fouten).[20, 21]

In de vragenlijst worden stellingen voorgelegd waarop gereageerd kan worden door de respondent op een vijfpuntsschaal. Hiervoor worden twee antwoordschalen gebruikt; de ene loopt van 'Zeer mee oneens' tot 'Zeer mee eens', de andere van 'Nooit' tot 'Altijd'. Ook wordt aan het eind van de vragenlijst een algemeen oordeel over de patiëntveiligheid uitgevraagd, evenals het aantal gemelde incidenten door de respondent.

De Adapter (Analysing and developing adaptability and performance in teams to enhance resilience) vragenlijst is relatief nieuw en bevat stellingen passend bij de bekende domeinen van veerkracht zoals beschreven door Hollnagel[17, 18]; reflecteren, anticiperen, leren en monitoren.[22] Hier zijn

de thema's 'samenwerking met andere afdelingen' en 'gedeeld leiderschap' aan toegevoegd.[22] Een suggestie van de ontwikkelaars van de vragenlijst was om de lijst verder te contextualiseren. In dit onderzoek zijn de vragen zo aangepast dat deze past bij de context van het diagnostisch proces op de SEH. Zie bijlage A voor de volledige vragenlijst.

De uitgezette Adaptervragenlijst bestond uit 51 stellingen¹ waarop de respondenten konden antwoorden op een vijfpuntsschaal, lopend van 'Helemaal mee oneens' tot 'Helemaal mee eens'.

Beide vragenlijsten werden uitgezet onder medewerkers werkzaam op de SEH van Gelre ziekenhuizen (verpleegkundigen, arts-assistenten, medisch specialisten, doktersassistenten en leidinggevenden) via de afdeling kwaliteit en veiligheid van het ziekenhuis. Het totaal aantal te benaderen professionals was moeilijk exact vast te stellen, vanwege personele wisselingen en veranderende organisatie van dienststructuren voor arts-assistenten en medisch specialisten. Ten tijde van de voor- en nameting waren ongeveer 55 verpleegkundigen werkzaam, en waren per dienst drie tot vier arts-assistenten en drie medisch specialisten (als supervisor) aan het werk.

Om de response te vergroten zijn de vragenlijsten zowel op papier als digitaal aangeboden aan de zorgverleners van de SEH. Tevens heeft de afdeling kwaliteit en veiligheid medewerkers persoonlijk benaderd met de vraag of zij de lijsten wilden invullen, en is het verzoek voor invullen meermaals in de wekelijkse nieuwsbrief van de afdeling opgenomen.

De lijsten werden zowel uitgezet voorafgaand aan de eerste ontwikkelcyclus, als na afloop van de laatste ontwikkelcyclus. Zo konden de resultaten voor en na de invoering van het multidisciplinaire reflectiemoment met elkaar worden vergeleken. Tevens zijn bij de nameting enkele vragen opgenomen over de bekendheid met de ontwikkelde werkwijze en de ervaringen hiermee.

Dossieronderzoek

Om de impact van de ontwikkelde werkwijze op de geleverde zorg en het verloop van het diagnostisch proces op de SEH te evalueren werd dossieronderzoek uitgevoerd. Zowel voorafgaand aan als na afronding van de ontwikkelcyclus werd data over semi-acute SEH patiënten verzameld en geanalyseerd om te kijken naar enkele zorguitkomsten op de SEH. De data werden uit het informatiesysteem van het ziekenhuis gehaald.

Voor een periode vóór invoering van het multidisciplinaire reflectiemoment (1 januari 2023 t/m 14 februari 2023) en na invoering (1 januari 2024 t/m 14 februari 2024), werd voor alle patiënten opgenomen met de triagecode passend bij de semi-acute patiënt gekeken naar: 1) het aantal in consult gevraagde medische specialismen, en 2) de verblijfsduur op de SEH. Deze uitkomsten zijn een indicatie voor het verloop van het diagnostisch proces op de SEH. Wanneer de ligduur op de SEH en het aantal consulten afnemen, kan dit duiden op een beter verlopen diagnostisch proces.

Vervolgens werd over dezelfde perioden een steekproef getrokken van 25 semi-acute patiënten, waarin werd onderzocht of er aanwijzingen (triggers) voor suboptimale zorg konden worden vastgesteld. Dit gaat dan bijvoorbeeld om complicaties, onverwachte heropnames snel na het SEH bezoek, of onverwachte acute overplaatsingen naar zwaardere zorgafdelingen, zoals de intensive care. Het dossieronderzoek werd uitgevoerd door een lid van het onderzoeksteam, bekend met de door het EMGO en Nivel ontwikkelde methode voor dergelijk dossieronderzoek.[23]

¹ Non en cross loading items zoals gevonden in het artikel van Van der Beek en Schraagen[17] werden uit de vragenlijst verwijderd.

22. van der Beek, D. and J.M. Schraagen, *ADAPTER: Analysing and developing adaptability and performance in teams to enhance resilience*. Reliability engineering & system safety, 2015. **141**: p. 33-44.

3 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten gepresenteerd. Eerst worden de bevindingen uit de aanloopfase en de drie ontwikkelcycli beschreven. Hier wordt zowel ingegaan op hoe de gespreksstructuur er uitzag (*work-as-imagined*) als hoe het in de praktijk werd uitgevoerd (*work-as-done*) en ervaren. Daarna worden de resultaten van de voor- en nametingen gepresenteerd.

3.1 Ontwikkeling van een multidisciplinair reflectiemoment: het motorkapoverleg

In de aanloopfase werd een multidisciplinair groepsgesprek georganiseerd met professionals werkzaam op de SEH (verpleegkundigen, teamleider, medisch specialist en arts-assistent) om een eerste versie van de nieuwe werkwijze te ontwikkelen en de invoering hiervan te organiseren. In dit gesprek werd het belang van een multidisciplinair reflectiemoment op de SEH benadrukt door de aanwezige zorgprofessionals.

Gedurende de bijeenkomst werd gekomen tot een eerste structuur, die de naam ‘motorkapoverleg’ kreeg. Hierbij wordt een moment genomen om multidisciplinair bij elkaar te komen en te bespreken wat er met de patiënt aan de hand is, en waarom deze eventueel al lang op de SEH ligt. Bedacht werd het reflectiemoment primair tijd gestuurd te maken; als een patiënt langer dan twee uur op de SEH ligt, wordt een motorkapoverleg opgestart. Maar ook wanneer er vanwege een andere reden behoefte is aan een reflectiemoment en/of meer overzicht kan een motorkapoverleg worden geïnitieerd, om zo sneller tot een juiste diagnose te komen en de doorlooptijd op de SEH te versnellen.

Het initiatief voor het opstarten van dit overleg wordt belegd bij de arts-assistent, daar zij het overzicht hebben over het aantal consulten dat ze aangevraagd hebben en de onderzoeken die er lopen. Zij hebben daardoor een goede positie voor het initiëren van een motorkapoverleg.

Het motorkapoverleg

De globale structuur die wordt afgesproken voor het motoroverleg is als volgt: Wanneer een semi-acute patiënt langer dan twee uur op de SEH ligt, of er is een andere aanleiding, initieert de betrokken arts-assistent een motorkapoverleg. Hierbij wordt een moment genomen om gezamenlijk en multidisciplinair, in ieder geval met de verpleegkundige en arts-assistent, de volgende punten te bespreken:

- Zorgproces tot nu toe: Wat is er tot nu toe gedaan voor de patiënt? Bijvoorbeeld er is een anamnese afgenomen, bloed geprikt en opgestuurd voor analyse, radiologie aangevraagd, etc.
- Huidige status: Wat is de situatie op dit moment? Bijvoorbeeld wat zijn de klachten van de patiënt op dit moment, eventuele achteruitgang ten opzichte van binnenkomst, de huidige ligduur, etc.
- Knelpunten: Loopt het ergens op vast? Bijvoorbeeld een lab uitslag die nog niet terug is, een medisch specialist die in consult is gevraagd maar nog geen tijd heeft gehad om langs te komen, etc.

- Volgende stappen: Welke stappen kan men nemen om de patiënt te helpen? Bijvoorbeeld nog eens achter een uitslag aanbellen, contact opnemen met de superviserende medisch specialist, etc.

3.1.1 Cyclus 1

Na het afronden van de aanloopfase werd de afgesproken werkwijze gedeeld op de afdeling via de betrokken arts-assistent en de wekelijkse nieuwsbrief van de afdeling.

Observaties

Uit de observaties bleek dat men op de afdeling het nut en de noodzaak van de reflectiemomenten steeds meer begon te voelen, maar dat de werkwijze (het motorkapoverleg) nog niet veel werd toegepast in de praktijk. Dit hing samen met de vele organisatorische veranderingen die op dat moment gaande waren binnen Gelre ziekenhuizen. Zo ging de SEH op locatie Zutphen van Gelre ziekenhuizen² over naar een spoedplein³. Ook werd een Medisch Coördinator⁴ (MedCo) geïntroduceerd, waardoor de werk- en overlegstructuur op de afdeling veranderende.

Groepsgesprek

Bij het eerste groepsgesprek waren twee SEH verpleegkundigen, een internist werkzaam op de SEH en een teamleider van de SEH aanwezig.

Tijdens de bijeenkomst werd opgemerkt dat het motorkapoverleg nu eigenlijk vooral geïntegreerd werd met de dagstart en -evaluatie van de MedCo. Tijdens deze overleggen – op vaste momenten op de dag – wordt multidisciplinair met zorgprofessionals van de SEH de patiëntenzorg van die dag besproken. De zorgverleners gaven aan dat deze vaste overlegmomenten de coördinatie van het zorgproces verbeterde. Tegelijkertijd sluit dit nog niet aan bij de werkwijze waarbij een overleg wordt geïnitieerd op uiteenlopende momenten, wanneer dit volgens de zorgverleners zelf nodig is.

Tijdens het gesprek werd tevens vastgesteld dat het motorkapoverleg het meest waardevol is wanneer dit niet door tijd gestuurd wordt, maar door het diagnostisch proces van de individuele patiënt. Het voorstel wordt gedaan om, naast de duur van het verblijf op de SEH, ook het aantal consulten dat wordt aangevraagd bij een patiënt als startpunt te nemen voor een motorkapoverleg. Nadat twee keer een medisch specialist wordt geconsulteerd, kan een motorkapoverleg worden geïnitieerd met de betrokken zorgverleners.

Daarnaast wordt benoemd dat de verpleegkundige wellicht beter zicht heeft op de patiënt en daardoor gemakkelijker het initiatief kan nemen. Arts-assistenten, die deze rol op zich zouden nemen, hebben hier mogelijk onvoldoende ervaring en overzicht voor. De SEH verpleegkundigen zijn vaak degene die als eerste signaleren dat er twee of meer specialismen in consult zijn. Dit betekent

² Dit onderzoek vond alleen plaats op de SEH van locatie Apeldoorn. Toch zullen de veranderingen op locatie Zutphen ook invloed hebben gehad op de organisatie als geheel.

³ Het spoedplein Gelre Zutphen is een zorglocatie waar tijdens avonden en nachten patiënten terecht kunnen voor spoedeisende zorg, geleverd door huisartsen, spoedartsen en verpleegkundigen. Wanneer een opname of acute operatie noodzakelijk is, wordt de patiënt overgebracht naar Gelre Apeldoorn.

⁴ De MedCo is een medisch specialist die dienst doet op de SEH en tijdens deze dienst de zorg op de SEH coördineert, vaak in samenwerking met de Verpleegkundig Coördinator (VeCo).

dat zij het motorkapoverleg het beste kunnen initiëren; zelf, of in samenwerking met de Medisch Coördinator (MedCo) van de dag.

Plannen voor de volgende cyclus

Concreet worden de volgende aanpassingen voor het motorkapoverleg afgesproken:

- het initiatief voor het organiseren van een motorkapoverleg ligt niet meer bij de arts-assistent, maar bij de SEH-verpleegkundige.
- het inlassen van een motorkapoverleg hoeft niet primair tijd gestuurd te zijn, maar een overleg kan ook gestart worden wanneer bijvoorbeeld twee of meer medisch specialisten in consult zijn gevraagd.

Om meer bewustwording te creëren voor het motorkapoverleg wordt een flyer gemaakt met daarop de mogelijke aanleiding om een overleg te initiëren en de opzet van de gesprekstructuur (zie Figuur 2). Deze flyer zal verspreid worden in verschillende fysieke ruimtes op de afdeling. Ook zal iedere week een korte reminder in de digitale nieuwsbrief worden geplaatst.

Figuur 2 het motorkapoverleg



3.1.2 Cyclus 2

De aangepaste werkwijze voortkomend uit cyclus één werd geobserveerd en geëvalueerd in de tweede cyclus.

Observaties

Bij observaties op de afdeling wordt opgemerkt dat de flyers van het motorkapoverleg inderdaad zijn verspreid op de SEH-afdeling. Zo hangen deze bijvoorbeeld in de koffiekamer van de verpleegkundigen. Ook wordt het motorkapoverleg benoemd bij de dagstart op de afdeling.

Uit observaties blijkt dat verpleegkundigen heel goed signaleren wanneer een patiënt lang ligt of wanneer er meerdere specialisten in consult zijn gevraagd. Echter, de stap naar het daadwerkelijk opstarten van een motorkapoverleg wordt niet vaak gezet. Tijdens de observatiemomenten werd geen enkele keer een motorkapoverleg geïnitieerd, maar bij navraag aan verpleegkundigen gaven zij aan dat wanneer zij dit noodzakelijk achtte zij wel degelijk een motorkapoverleg inlasten.

Groepsgesprek

Bij het tweede groepsgesprek waren twee SEH-verpleegkundigen en de teamleider van de SEH aanwezig. Vanwege drukte op de afdeling, mede door organisatorische veranderingen binnen het ziekenhuis, konden andere zorgprofessionals niet deelnemen aan het groepsgesprek.

Tijdens de bijeenkomst wordt bevestigd dat veel verpleegkundigen wel herkennen wanneer een multidisciplinair reflectiemoment gewenst zou zijn, maar nog niet altijd wordt overgegaan tot het opstarten van een dergelijk overleg. Soms worden dit soort situaties wel achteraf met de betrokken arts besproken, maar wordt dus nog niet de stap gezet om tussendoor al gezamenlijk te reflecteren.

“Het is nog niet altijd zo dat als je merkt dat je twee consulten hebt dat je dan even een time-out neemt en dat je dan zegt, ‘joh, het tweede consult is in gang gezet, wat gaan we nu doen?’ Dus dat stukje, dat je eigenlijk wil, dat wordt nog niet gedaan. Terwijl het wel opgemerkt wordt dat je meerdere consulten hebt, maar het is niet zo dat je dan echt een time-out gaat nemen. En soms is het daar ook te druk voor hoor. Het is soms gewoon een gekkenhuis.” – teamleider SEH

Hierbij speelt ook dat verpleegkundigen in dergelijke situaties soms twijfelen over de rol die zij kunnen innemen in het bespoedigen van het diagnostisch proces, ten opzichte van bijvoorbeeld de arts-assistenten en medisch specialisten.

“Ja, dat vind ik altijd lastig. Want het is bijvoorbeeld ook wel eens zo dat ze [arts-assistenten of medisch specialisten op de SEH] een consult aanvragen voor bijvoorbeeld de cardiologie en dat is soms best wel lang wachten. Dan vind ik het lastig of ik daar dan tussen moet gaan zitten, of de dokter de cardiologie dan moet bellen, of dat ik dat dan moet doen.” – SEH verpleegkundige

Een ander punt dat wordt genoemd en bij zou kunnen dragen aan het implementeren van het motorkapoverleg is het loskoppelen van de functie van triage verpleegkundige en Verpleegkundig Coördinator (VeCo)⁵. De functie van triage verpleegkundige is nu gecombineerd met de functie van VeCo. Wanneer dit zou worden losgekoppeld, dan kan de VeCo mogelijk de regie nemen voor het motorkapoverleg.

Plannen voor de volgende cyclus

Inhoudelijk blijft de opzet voor het motorkapoverleg ongewijzigd, maar er wordt besloten meer te doen om verpleegkundigen te stimuleren het motorkapoverleg te initiëren in de praktijk. Hiervoor worden zakkaartjes (A6 formaat) met daarop de punten van het motorkap overleg uitgedeeld bij de dagstart en wordt gevraagd de werkwijze nog eens vanuit de SEH leiding onder de aandacht te brengen.

⁵ De VeCo is een verpleegkundige die gedurende een dienst op de SEH een belangrijke rol heeft in het coördineren van patiëntenzorg en zorgprocessen om zo efficiënte en effectieve zorg te leveren.

3.1.3 Cyclus 3

Deze derde en laatste cyclus bekijkt hoe de werkwijze zoals afgestemd aan het eind van cyclus twee wordt toegepast en wat de ervaringen hier mee zijn.

Observaties

Gedurende de observaties wordt opgemerkt dat de zakkaartjes van het motorkapoverleg bij de dagstart op de SEH worden uitgedeeld aan de verpleegkundigen. Tevens wordt tijdens de dagstart het belang van het motorkapoverleg nog eens onderstreept door verschillende MedCo's en de teamleider van de SEH.

Bij de observaties blijkt dat patiënten in voorkomende gevallen wat langer op de SEH liggen, maar dat dat soms ook passend is bij hetgeen er moet gebeuren. Bijvoorbeeld wanneer opvolgend meerdere specialismen in consult moeten worden gevraagd en er daarna nog aanvullend diagnostisch onderzoek moet worden uitgevoerd. In dergelijke situaties wordt dan geen motorkapoverleg geïnitieerd, omdat het in dit soort situaties volgens de verpleegkundigen niet nodig is en past bij het diagnostisch proces van de patiënt.

Tevens wordt opgemerkt dat soms lang moet worden gewacht op uitslagen vanuit ondersteunende afdelingen. Door onderbezetting en een groot verloop van personeel op deze afdelingen kunnen noodzakelijke onderzoeken soms niet of niet tijdig worden uitgevoerd.

Ook drukte op bijvoorbeeld de Acute Opname Afdeling kan ervoor zorgen dat patiënten soms lang op de SEH liggen. In dit geval is het eveneens niet noodzakelijk een motorkapoverleg op te starten, omdat er overzicht is over het zorgproces en het knelpunt al duidelijk is.

Verpleegkundigen merken bij de observaties op dat zij al veel overlegmomenten tussendoor hebben, waarbij zij ook de werkdruk bespreken en eventueel taken verdelen. De suggestie wordt gedaan om op een digitaal bord waarop de SEH bezetting wordt weergegeven, ook te vermelden hoeveel consulten er voor een patiënt zijn aangevraagd. Ook wordt opgemerkt dat het initiëren van een motorkapoverleg wordt bemoeilijkt omdat soms niet duidelijk is wie de hoofdbehandelaar is of wordt. Dit zou eveneens op een dergelijk dashboard kunnen worden vermeld.

Groepsgesprek

Aan het laatste groepsgesprek namen twee SEH verpleegkundigen deel. Ondanks het verzoek om een grotere en multidisciplinaire groep bijeen te brengen, bleek dit in de praktijk niet haalbaar. Mogelijk speelde hierbij mee dat er een verhuizing gaande was op verschillende afdelingen binnen het ziekenhuis.

Een belangrijk punt dat uit het gesprek naar voren komt is dat het motorkapoverleg in de praktijk nog steeds niet veel wordt toegepast. Hier worden verschillende redenen voor gegeven. Zo geeft een verpleegkundige aan dat er in de dagelijkse praktijk eigenlijk al veel overleg wordt gevoerd tussen de verschillende zorgprofessionals op de SEH. Bij problemen in de afstemming met artsen wordt nu vooral geschakeld met de MedCo, zonder dat een officieel motorkapoverleg te noemen.

“Je hebt nu het officiële motorkapmoment, maar ik denk dat wij na een kwartier, een half uur of drie kwartier, eigenlijk toch al achter die dokter aangaan met vragen als; wat wil je straks? Oké, wat kunnen we naar voren halen? Kan de patiënt al naar boven? Nou, dan hebben we alvast een plekje geregeld, dan is het bloedwerk weg, de urine is weg, de antibiotica staat klaar, [...]. Wij proberen continu daarin vooruit te denken.” – SEH verpleegkundige

“Als wij als verpleegkundigen met elkaar vastlopen met de dokters, dan gaan we naar de MedCo en dan moet de MedCo het oplossen. Dat is eigenlijk, sec gezegd, wat we doen” – SEH verpleegkundige

Andere aspecten spelen ook een rol. Zo wordt opgemerkt dat drukte op de afdeling en de inrichting van de SEH bijdragen aan het feit dat een motorkapoverleg soms niet als zodanig wordt geïnitieerd.

“Die motorkapmomenten lukt eigenlijk het makkelijkste als het nog niet al te druk is, hoe drukker het wordt, hoe lastiger het is.” – SEH Verpleegkundige

“Maar dat heeft deels ook met deze SEH te maken. Met de bouw van onze SEH. Dat wij allemaal heel ver uit elkaar zitten. En als de dokter helemaal achter zit, ver weg van de patiënt, dat is echt een hiaat in of voor deze SEH” – SEH Verpleegkundige

Plannen voor het vervolg

Uit de observaties en het groepsgebesprek is duidelijk dat de implementatie van de werkwijze voor een multidisciplinair reflectiemoment nog aandacht verdient. Voor het verder implementeren van het motorkapoverleg in de dagelijkse praktijk zijn vanuit de afdeling SEH en de afdeling kwaliteit en veiligheid verschillende ideeën:

- de werkwijze kan worden opgenomen in de periodieke trainingen van het SEH personeel
- technische ondersteuning kan helpen bij verdere implementatie (zoals een bord op de centrale afdeling met het aantal consulten en de hoofdbehandelaar per patiënt)
- er kan nagedacht worden over het versterken van het verpleegkundig leiderschap
- een andere fysieke inrichting van de SEH kan bijdragen aan een betere multidisciplinaire samenwerking

Deze punten worden verder uitgewerkt in het volgende hoofdstuk onder de aanbevelingen. Bijlage B geeft een overzicht van de uiteindelijke werkwijze voor het motorkapoverleg.

3.2 Voor- en nameting

Voorafgaand aan en na afloop van de ontwikkelcycli zijn enkele parameters gemeten om de impact van de ontwikkelde werkwijze te meten. De uitkomsten hiervan worden hieronder verder beschreven.

3.2.1 Patiëntveiligheidscultuur

In de voormeting vulden 22 medewerkers de COMPaZ vragenlijst in. Het grootste deel hiervan was SEH verpleegkundige (n=15) en bijna alle respondenten hadden direct patiëntencontact. Over het algemeen waren de respondenten zeer ervaren binnen de ziekenhuiszorg, de SEH en de SEH van het Gelre.

Bij de nameting vulden slechts tien respondenten de vragenlijst in, nagenoeg alleen SEH verpleegkundigen. Onderstaande tabel 1 geeft de karakteristieken van de respondenten.

Tabel 1 Karakteristieken respondenten COMPaZ vragenlijst.

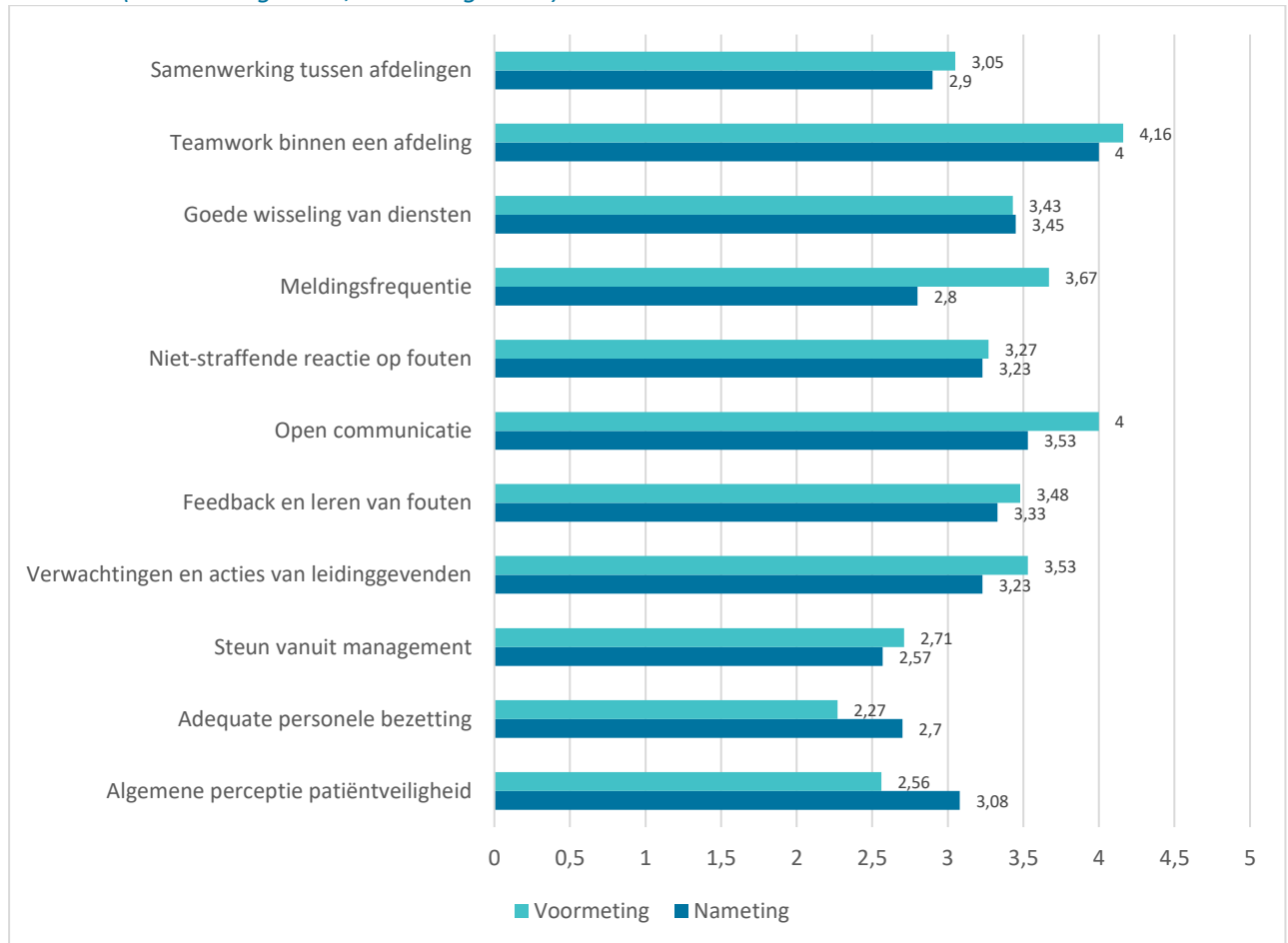
	Voormeting	Nameting
Totaal respondenten (n)	22	10
Functie (n)		
• SEH verpleegkundige (in opleiding)	15	9
• A(N)IOS	1	-
• Medisch specialist	-	-
• Doktersassistente	4	1
• Leidinggevende/afdelingshoofd	2	-
Interactie met patiënten (Ja, n)	19	10
Jaren werkzaam in Gelre (n)		
• Minder dan 1 jaar	1	-
• 1-5 jaar	1	3
• 6-10 jaar	1	1
• 11-15 jaar	5	1
• 16-20 jaar	4	1
• 21 jaar of meer	10	4
Jaren werkzaam op SEH (n)		
• Minder dan 1 jaar	2	2
• 1-5 jaar	7	3
• 6-10 jaar	4	-
• 11-15 jaar	4	-
• 16-20 jaar	1	2
• 21 jaar of meer	4	3
Jaren werkzaam op de SEH Gelre (n)		
• Minder dan 1 jaar	3	3
• 1-5 jaar	6	2
• 6-10 jaar	4	-
• 11-15 jaar	4	1
• 16-20 jaar	-	1
• 21 jaar of meer	4	3
Werkuren per week (n)		
• Minder dan 20	2	1
• 20 - 39	20	9
• 40 of meer	-	-

Een response percentage kon niet worden berekend, vanwege het ontbreken van exacte data over de personeelssamenstelling ten tijde van de voor- en nameting bij het onderzoeksteam. Bij benadering waren 55 verpleegkundigen werkzaam en werkten iedere dienst ongeveer drie tot vier arts-assistenten en drie tot vier medisch specialisten als supervisor en/of MedCo.

In Figuur 3 zijn de gemiddelden op de domeinen van de COMPaZ vragenlijst weergegeven voor de voor- en nameting. De verschillen zijn klein en gevarieerd. Op enkele domeinen werd bij de voormeting hoger gescoord (o.a. meldingsfrequentie en open communicatie), bij andere domeinen (o.a. adequate personele bezetting en algemene perceptie patiëntveiligheid) lag het gemiddelde juist hoger bij de nameting. Hierbij moet worden bedacht dat de respondenten verschilden in de voor- en nameting.

Een positieve uitschieter is het teamwork binnen de afdeling. Hier scoort men gemiddeld bij de voor- en nameting respectievelijk een 4 en 4.16 uit 5. Een adequate personele bezetting lijkt een aandachtspunt. Hierop werd gemiddeld een 2.27(voor) en 2.7 (na) gescoord.

Figuur 3 Gemiddelde scores op de 11 dimensies van de COMPaZ bij de voor- en nameting (Voormeting: n=22; Nameting: n=10)



3.2.2 (Team)veerkracht

In de voormeting vulden 19 respondenten de Adaptervragenlijst in, waarvan het grootste deel SEH-verpleegkundigen waren. Over het algemeen hadden de respondenten veel ervaring; meer dan de helft werkte al 21 jaar of meer binnen de ziekenhuiszorg en al 11 jaar of meer op de SEH.

De response op de nameting was fors lager. Slechts vier respondenten, allen SEH verpleegkundigen, vulden de lijst volledig in.

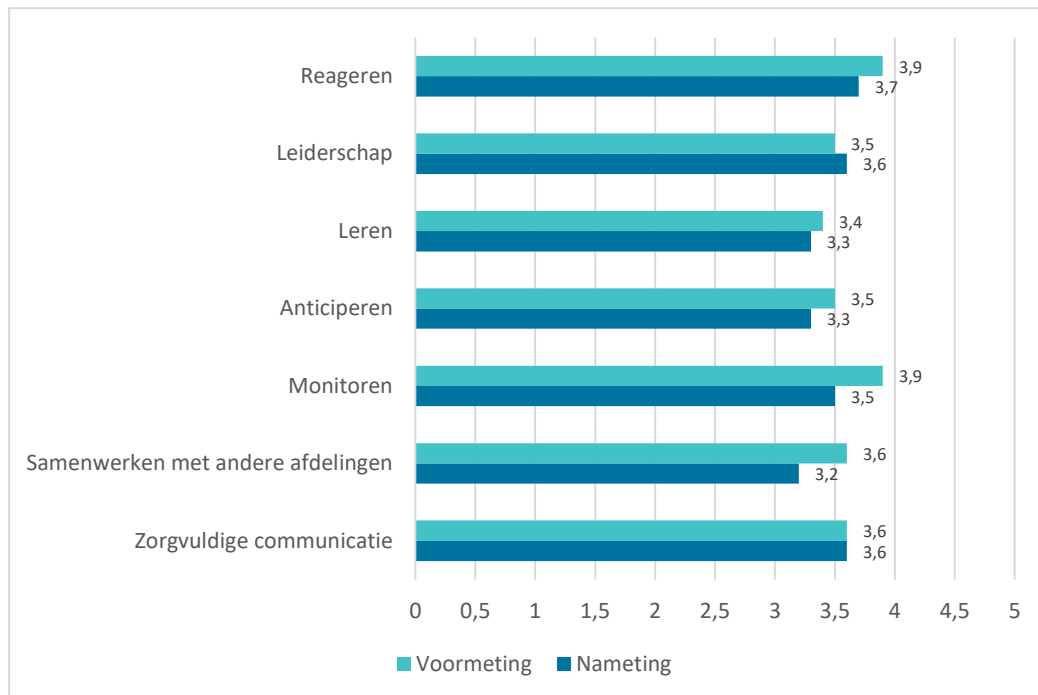
Tabel 2 Kenmerken van de respondenten die de Adapter vragenlijst invulden

	Voormeting	Nameting
Totaal respondenten (n)	19	4
Geslacht (n vrouw)	15	3
Functie (n)		
• SEH verpleegkundige	15	3
• A(N)IOS	4	1
• Medisch specialist	-	-
• Doktersassistente	-	-
• Leidinggevende	-	-
Jaren ervaring ziekenhuiszorg (n)		
• 1-5 jaar	4	2
• 6-10 jaar	1	-
• 11-15 jaar	1	-
• 16-20 jaar	2	1
• 21-25 jaar	2	1
• 26 jaar of meer	9	-
Jaren ervaring SEH (n)		
• 1-5 jaar	6	2
• 6-10 jaar	2	-
• 11-15 jaar	4	1
• 16-20 jaar	0	1
• 21-25 jaar	4	-
• 26 jaar of meer	3	-

Een response percentage kon niet worden berekend, vanwege het ontbreken van exacte data over de personeelssamenstelling ten tijde van de voor- en nameting bij het onderzoeksteam. Bij benadering waren 55 verpleegkundigen werkzaam en werkten iedere dienst ongeveer drie tot vier arts-assistenten en drie tot vier medisch specialisten als supervisor en/of MedCo.

De gemiddelde waarden op de verschillende veerkracht domeinen waren redelijk consistent en schommelden tussen de 3,2 en 3,9, zie ook figuur 4. Ook de scores voor de voor- en nameting lagen redelijk dicht bij elkaar.

Figuur 4 Gemiddelde scores op de veerkrachtthema's van de Adapter bij de voor- en nameting (Voormeting: n=19; Nameting: n=4)



Ervaringen zorgverleners met invullen adaptervragenlijst

Aan het eind van de vragenlijst hadden de respondenten de mogelijkheid opmerkingen of suggesties mee te geven in een open tekstveld. Hier werden door de respondenten bij de voormeting met regelmaat opmerkingen achtergelaten over de begrijpelijkheid van de vragen en de lijst als geheel. Over het algemeen werd het invullen als zeer complex ervaren. Veel respondenten hadden moeite met het begrip 'mijn team' in de vragenlijst. Op de SEH wordt namelijk dagelijks gewerkt met andere collega's, en er bestond onduidelijkheid over of bijvoorbeeld artsen en arts-assistenten bij het team van de verpleegkundigen hoorden.

In de nameting is dit geprobeerd te verduidelijken in de toelichting en begeleidende teksten bij de vragenlijst. Met het team werd de SEH als geheel bedoeld; alle functietypen en ongeacht in welke samenstelling die dag werd gewerkt. Ondanks deze aanpassingen werd ook bij de nameting door enkele respondenten aangegeven dat de vragen lastig te beantwoorden waren. Dit kwam met name vanwege het feit dat de vragenlijst uitgaat van het SEH-team als geheel (incl. arts-assistenten en medisch specialisten), terwijl de SEH-verpleegkundigen aangaven veelal alleen de andere SEH-verpleegkundigen als hun team te zien.

3.2.3 Uitkomsten dossieronderzoek: aantal in consult gevraagde specialismes, ligduur op de spoedeisende hulp en aanwijzingen voor suboptimale zorg

Voor alle patiënten op de SEH van Gelre ziekenhuizen met een triagecode passend bij de semi-acute patiënt, zijn uit het elektronisch patiëntendossier gegevens gehaald over het aantal specialismes dat in consult werd gevraagd en de ligduur op de SEH. Deze gegevens zijn verzameld voor de periode van vóór invoering van het motorkapoverleg (1 januari 2023 t/m 14 februari 2023), en na ontwikkeling en implementatie van het motorkapoverleg (1 januari 2024 t/m 14 februari 2024). In totaal bezochten in deze periode respectievelijk 1002 en 893 semi-acute patiënten de SEH van Gelre ziekenhuizen.

In de voormeting werd bij 79,5% van de patiënten één specialisme, bij 18,4% twee specialismes en bij 2,1% drie specialismes in consult gevraagd. In de nameting werden er iets minder vaak meerdere

specialismes in consult gevraagd, respectievelijk 81,5% (één specialisme), 16,2% (twee specialismes) en 2,4% (drie specialismes).

Wat betreft de ligduur op de SEH bleek dat deze voor semi-acute patiënten in de periode van de nameting iets lager lag dan ten tijde van de voormeting. Bij de voormeting was de gemiddelde ligduur op de SEH 3 uur (sd 1,4; mediaan 2,8 [1,1 - 4,4]) en bij de nameting 2,8 (sd 1,3; mediaan 2,6 [1,2 – 4,1]).

Tabel 3 Uitkomsten aantal specialismes in consult en ligduur op de SEH, voor alle semi-acute patiënten tijdens voor- en nameting

	Voor (n=1002)	Na (n=893)
Leeftijd in jaren, gemiddelde	56,8	57,5
Aantal in consult gevraagde specialismes		
• Eén, n (%)	797 (79,5 %)	728 (81,5%)
• Twee, n (%)	184 (18,4 %)	145 (16,2%)
• Drie, n (%)	21, (2,1 %)	21 (2,4%)
Ligduur op de SEH in uren		
• Gemiddeld (sd)	3 (1,4)	2,8 (1,3)
• Mediaan [IQR]	2,8 [1,1-4,4]	2,6 [1,2-4,1]

De verschillen zijn niet getoetst op significantie, vanwege de aannemelijke invloed van andere (niet gemeten) factoren op de uitkomstmaten en de beperkte implementatie van het motorkapoverleg in de praktijk.

Aanwijzingen voor suboptimale zorg

Voor de beoordeling van het aantal aanwijzingen voor suboptimale zorg is een steekproef van twee keer 25 patiënten getrokken, waarvan de dossiers verder werden onderzocht (zie tabel 4).

Uit de beoordeling van deze dossiers bleken er weinig aanwijzingen voor suboptimale zorg terug te vinden. Tijdens de voormeting werden vier aanwijzingen gevonden en bij de nameting vijf. Dit ging dan bijvoorbeeld om een eerdere opname, heropname of een overlijden tijdens opname. Bij verdere beoordeling van het dossier bleek dat deze uitkomsten (en aanwijzingen voor mogelijk suboptimale zorg) waarschijnlijk niet werden veroorzaakt door suboptimale zorg, maar passend waren bij het ziekteverloop van de betreffende patiënt.

Over het algemeen betroffen het (relatief) korte opnames, waarbij niet veel in de dossiers werd vastgelegd. De beoordelaar van de dossiers viel wel op dat het er bij de nameting op leek dat er sneller werd overgeplaatst naar andere afdelingen indien noodzakelijk. Dit strookt ook met de algemene ligduur op de SEH voor alle semi-acute patiënten, zoals hierboven beschreven. Verder viel op dat wanneer een diagnose kan worden gesteld op basis van lab uitslagen, het diagnostisch proces vrij snel verloopt. Indien radiologie moet worden aangevraagd, moet men veelal langer wachten. Mogelijk is de diagnose dan al wel bekend, maar moet deze nog worden bevestigd met een foto.

Tabel 4 Steekproef dossieronderzoek voor- en nameting

	Voormeting (n=25)	Nameting (n=25)
Leeftijd in jaren (n)		
• 0-18	3	8
• 19-40	4	1
• 41-65	5	6
• 66-79	9	4
• 80 of ouder	4	6
Aanwijzingen (triggers) voor suboptimale zorg (n)	4	5

3.2.4 Bekendheid en ervaringen met het motorkapoverleg

Bij de nameting zijn aan het eind van de COMPaZ vragenlijst een aantal vragen opgenomen over de bekendheid en ervaringen met het motorkapoverleg. Tien respondenten hebben deze vragen beantwoord. Negen van hen gaven aan bekend te zijn met het motorkapoverleg. Vijf respondenten gaven aan het in de dagelijkse praktijk toe te passen. Wanneer respondenten het niet in de praktijk toepasten, had dit te maken met drukte of onbekendheid met de werkwijze. Ook gaven de respondenten aan dat multidisciplinair reflecteren op de situatie eigenlijk altijd al deel uitmaakt van hun dagelijks werk. Toch wordt ook benoemd dat als een motorkapoverleg wordt ingelast, dit snel overzicht geeft en het als meerwaarde wordt ervaren.

4 Discussie en conclusie

Dit rapport beschrijft de ontwikkeling van een multidisciplinair reflectiemoment in het diagnostisch proces bij semi-acute patiënten op de SEH van Gelre ziekenhuizen, en wat de impact hiervan is op de patiëntveiligheidscultuur, veerkracht en enkele karakteristieken voor het verloop van het diagnostisch proces op de SEH. Door middel van actieonderzoek is gedurende meerdere ontwikkelcycli, waarin observaties werden gedaan en groepsgesprekken werden gevoerd, samen met professionals van de SEH afdeling gekomen tot een werkstructuur voor multidisciplinaire reflectie, het zo genoemde ‘motorkapoverleg’.

Motorkapoverleg: een moment voor multidisciplinaire reflectie in het diagnostisch proces bij semi-acute patiënten op de spoedeisende hulp

Het motorkapoverleg wordt geïnitieerd door SEH verpleegkundigen wanneer er meerdere medisch specialisten in consult zijn gevraagd, een patiënt (onnodig) lang op de SEH ligt en/of de coördinatie van het diagnostisch proces van een semi-acute patiënt op een andere manier kwijt dreigt te raken. Wanneer een verpleegkundige het overleg start, wordt met de arts-assistent en eventueel de verschillende betrokken medisch specialisten een aantal vaste punten besproken. Hoofdzakelijk gaat het om; het verloop op de SEH tot dan toe, de huidige situatie, eventuele knelpunten en de te zetten stappen voor vervolg.

Een dergelijke werkwijze past binnen de veiligheidsstroming Safety-II, die uitgaat van variatie in de dagelijkse praktijk en leunt op de veerkracht van zorgverleners en het zorgsysteem.[16, 18] Het proactief organiseren van een multidisciplinair gesprek laat zien dat men zich kan aanpassen aan de variatie in de dagelijkse praktijk en daar naar kan handelen. Zo is het multidisciplinaire gesprek ook één van de kernthema's binnen het landelijke, Safety-II georiënteerde patiëntveiligheidsprogramma Tijd Voor Verbinding[24].

Het bleek niet gemakkelijk het motorkapoverleg te ontwikkelen en implementeren op de werkvloer. Naast de meer gebruikelijke problematiek rondom implementatie van patiëntveiligheidsinitiatieven in de zorg, zoals een gebrek aan tijd, middelen en menskracht[25] en het eventueel ontbreken van culturaspecten die essentieel zijn voor implementatie[26], speelde gedurende dit project nog specifieke zaken die ontwikkeling en implementatie bemoeilijkten. Gedurende het project waren er veel organisatorische veranderingen gaande binnen Gelre ziekenhuizen. Zo werd op locatie Zutphen van Gelre Ziekenhuizen de SEH vervangen voor een spoedplein. Dit had ook gevolgen voor de organisatie van de SEH op locatie Apeldoorn, waar dit project werd uitgevoerd.

Mogelijke gevolgen van de organisatorische veranderingen binnen Gelre ziekenhuizen tijdens de projectduur, waren dat medewerkers minder tijd en motivatie hadden voor veranderprojecten als deze. Zo hebben de veranderingen mogelijk geleid tot onrust binnen de organisatie en onder medewerkers, en extra werkdruk als van bijvoorbeeld een veranderende patiëntenstroom. Dergelijke gevolgen hebben waarschijnlijk bijgedragen aan het moeizame verloop van de werving van respondenten voor de voor- en nametingen, het feit dat de opkomst bij de groepsbijeenkomsten gedurende het project terugliep en de constatering dat de implementatie van het motorkapoverleg op de werkvloer moeizaam tot stand kwam.

Desondanks bleek bij navraag na het project dat het motorkapoverleg wel bekend was onder verpleegkundigen van de SEH. Al werd het niet door iedereen ingezet. Wanneer men wel bekend was

met de methode, maar hier geen gebruik van maakte, kwam dit vaak door drukte of omdat al via andere minder gestructureerde wegen multidisciplinair werd overlegd. Als wel een motorkapoverleg werd geïnitieerd, dan zag men hier de voordelen van in.

Impact van het motorkapoverleg

Ondanks de beperkte implementatie van het overleg op de werkvloer is getracht de impact hiervan te meten op de patiëntveiligheidscultuur, de (team)veerkracht en enkele indicatoren voor de veiligheid van de geleverde zorg (aanwijzingen voor suboptimale zorg) en het verloop van het diagnostisch proces bij semi-acute SEH patiënten (aantal specialismen in consult en gemiddelde verblijfsduur op de SEH).

Middels de COMPaZ vragenlijst werd de patiëntveiligheidscultuur gemeten onder personeel van de SEH afdeling van Gelre Ziekenhuizen, zowel vóór als na invoering van het motorkapoverleg. De resultaten laten zien dat er geen noemenswaardige verbetering in één richting op alle domeinen zichtbaar was. Een positieve uitschieter was het teamwork op de afdeling, een aandachtspunt lijkt de personele bezetting te zijn. Bij interpretatie moet rekening gehouden worden met de lage response bij met name de nameting.

De Adaptervragenlijst werd afgenomen om de ontwikkeling op vier vermogens die passen bij (team)veerkracht in kaart te brengen. De vergelijking tussen de voor- en nameting laat zien dat ook hier geen grote verschillen zijn waargenomen. Hier geldt zeker dat de zeer lage response, met name in de nameting, er voor zorgt dat de resultaten moeilijk te duiden zijn. Een belangrijke bevinding is dat de respondenten aangaven dat zij de Adapter een zeer complex te beantwoorden vragenlijst vonden.

Met behulp van dossieronderzoek werden enkele uitkomstmaten voor de geleverde zorg en het verloop van het diagnostisch proces op de SEH onderzocht, vóór en na invoering van het motorkapoverleg. Het aantal in consult gevraagde specialismen leek bij de nameting licht afgenomen. Ook de ligduur op de SEH leek wat korter tijdens de nameting. Dit zou kunnen wijzen op een beter verlopen diagnostisch proces op de SEH, maar de verschillen zijn klein en niet getoetst op significantie. Voor het aantal aanwijzingen voor suboptimale zorg, bood het dossieronderzoek weinig relevante inzichten.

Gezien de beperkte inzet van het motorkapoverleg in de praktijk, zijn de eventuele verschillen gevonden in het dossieronderzoek voor het aantal in consult gevraagde specialismen, de ligduur op de SEH en het aantal aanwijzingen voor suboptimale zorg moeilijk te relateren aan de invoering van de nieuwe werkwijze.

Beperkingen en sterke punten van het onderzoek

Een substantiële beperking van het onderzoek ligt in de lage response op de vragenlijsten en de afnemende deelname aan de groepsbijeenkomsten. De resultaten op de uitkomstmaten kunnen daarom niet, of moeten met voorzichtigheid, worden geïnterpreteerd.

Het onderzoeksteam heeft op meerdere manieren geprobeerd de respons te verhogen. Zo is bij het plannen van de groepsbijeenkomsten aangesloten bij de momenten die het meest praktisch waren voor de zorgprofessionals om aan te sluiten, zijn de vragenlijsten zowel op papier als digitaal aangeboden, zijn medewerkers persoonlijk benaderd om vragenlijsten in te vullen, maar is ook meermaals een oproep in de nieuwsbrief gezet en is het benoemd bij verschillende dagstart bijeenkomsten.

Verder is met het onderzoek de beroepsgroep van artsen (medisch specialisten en arts-assistenten) maar zeer beperkt bereikt. Dit maakt dat belangrijke perspectieven op de ontwikkelde werkstructuur

mogelijk zijn gemist. Al heeft deze groep op belangrijke momenten in het ontwikkelproces wel meegedacht met de wijze waarop het motorkapoverleg eruit zou moeten zien.

Een sterk punt aan het onderzoek is dat, ondanks de complexe context, toch een werkwijze is ontwikkeld samen met zorgprofessionals van de SEH, die door middel van actieonderzoek gedurende het project continue is bijgesteld. Dit zorgt er mogelijk voor dat de werkwijze alsnog aansluit bij de praktijk en verder doorontwikkeld en geïntegreerd kan worden op de SEH. Belangrijk is hierbij voldoende draagvlak voor de werkwijze bij het zorgpersoneel te creëren.

Aanbevelingen voor de praktijk en vervolgonderzoek

Voor verdere inbedding van het motorkapoverleg in de praktijk zijn enkele suggesties denkbaar. Deze werden deels aangedragen door de zorgprofessionals van de SEH tijdens de ontwikkelcyclus. Zo zou technische ondersteuning, bijvoorbeeld uitgebreidere patiënten dashboards, kunnen helpen om te herkennen wanneer een motorkapoverleg geïnitieerd zou moeten worden.

Ook zou bij toekomstige herinrichting van de SEH rekening gehouden kunnen worden met de fysieke indeling van de afdeling, zodat de verschillende disciplines dicht bij elkaar en de patiënten komen te zitten. Dit kan de multidisciplinaire samenwerking mogelijk stimuleren.

Ook kunnen de principes van het motorkapoverleg worden opgenomen in de periodieke trainingen die het SEH personeel al volgen, bijvoorbeeld in de trainingen over medisch teamwork (MTW).

Verder zou het stimuleren van het verpleegkundig (klinisch) leiderschap en zeggenschap een richting voor vervolg kunnen zijn. Hoewel verpleegkundigen de rol toebedeeld kregen om het motorkapoverleg te initiëren, gaven zij in de groepsessies aan het soms lastig te vinden welke rol zij zouden moeten pakken, en of zij de autoriteit of het mandaat hebben om bijvoorbeeld artsen of arts-assistenten aan te spreken op het verloop van het zorgproces. Verpleegkundig (klinisch) leiderschap heeft juist hier betrekking op. Het gaat over de leidende rol die verpleegkundigen kunnen hebben in de directe patiëntzorg en de invloed die zij daarbij kunnen uitoefenen op collega's in het zorgteam om tot goede zorguitkomsten komen, ook al is er geen formele autoriteit aan hen toegekend.[27, 28] In de internationale literatuur worden verschillende strategieën genoemd om leiderschap en zeggenschap te stimuleren, zoals de Nursing Leadership Perspectives Programme[29], Leadership Education and Development Program[30], Kansas Nurse Leader Residency[31], of de New Graduate Nurse Transition Programme[32]. Ook in Nederland zijn er initiatieven op dit vlak[33-35].

Bovendien is het verstandig om voor verdere implementatie experts op het gebied van implementatietechnieken te betrekken. Het implementeren van nieuwe kwaliteit en veiligheid interventies of werkwijzen in de zorg is namelijk complex[36-38], zeker op de spoedeisende hulp[39]. Implementatiedeskundigen zouden kunnen helpen de juiste strategieën te bepalen om draagvlak te creëren en tot betere daadwerkelijke implementatie op de werkvloer te komen[40, 41].

Uit de resultaten van dit onderzoek bleek verder dat de Adaptervragenlijst zeer complex werd gevonden om in te vullen. Vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op het verder ontwikkelen van deze vragenlijst, zodat deze beter geschikt is voor het meten van de verschillende domeinen van (team)veerkracht in de zorgcontext.

Daarnaast zou wanneer het motorkapoverleg beter geïmplementeerd is, de impact ervan nog eens kunnen worden onderzocht. Tevens zou gekeken kunnen worden of een dergelijke opzet ook op andere spoedzorglocaties en in andere context van meerwaarde kan zijn.

4.1 Conclusie

In dit onderzoek is geëxperimenteerd met een werkwijze voor een multidisciplinair reflectiemoment in het diagnostisch proces van semi-acute patiënten op de SEH, het zogenoemde motorkapoverleg. Hoewel de ontwikkelde werkwijze en de impact hiervan in de praktijk verder moet worden onderzocht, en implementatie verdere aandacht behoeft, gaven zorgprofessionals aan dat wanneer dit overleg plaatsvindt, het van meerwaarde kan zijn om snel over te krijgen in het diagnostisch proces van semi-acute patiënten op de SEH. Hiermee is weer een volgende stap gezet in het nog verder verbeteren van de patiëntveiligheid en doorstroom op de SEH.

Literatuur

1. Gelre Ziekenhuizen. Spoedeisende hulp (SEH). [cited 2024 21-3-2024]; Available from: <https://www.gelreziekenhuizen.nl/patient/afdelingen/seh/>.
2. Avelino-Silva, T.J. and M.A. Steinman, Diagnostic discrepancies between emergency department admissions and hospital discharges among older adults: secondary analysis on a population-based survey. *Sao Paulo Med J*, 2020. 138(5): p. 359-367.
3. Hautz, W.E., et al., Diagnostic error increases mortality and length of hospital stay in patients presenting through the emergency room. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*, 2019. 27(1): p. 1-12.
4. Baartmans, M., S. van Schoten, and C. Wagner, *Ziekenhuisoverstijgende analyse van calamiteiten*. Utrecht, The Netherlands: NIVEL, 2020.
5. Van Der Linden, M.C., et al., Assessing bottlenecks in Emergency Department flow of patients with abdominal pain. *International emergency nursing*, 2018. 40: p. 1-5.
6. Hussain, F., et al., Diagnostic error in the emergency department: learning from national patient safety incident report analysis. *BMC Emerg Med*, 2019. 19(1): p. 77.
7. Risicoprofiel diagnostisch proces, Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie. 2023.
8. Baartmans, M.C., et al., What Can We Learn From In-Depth Analysis of Human Errors Resulting in Diagnostic Errors in the Emergency Department: An Analysis of Serious Adverse Event Reports. *Journal of Patient Safety*, 2022. 18(8): p. e1135-e1141.
9. Esmaili, R., et al., Causes of Prolonged Emergency Department Stay; a Cross-sectional Action Research. *Adv J Emerg Med*, 2018. 2(2): p. e18.
10. Blijham, G., Tekortschietende opnamecapaciteit voor acute patiënten. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 2002. 146(15): p. 703-705.
11. Daniel, M., et al., Understanding diagnostic processes in emergency departments: a mixed methods case study protocol. *BMJ Open*, 2021. 11(9): p. e044194.
12. De Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie and De Nederlandse Vereniging voor Heelkunde, *Richtlijn: Perioperatief traject*. 2023.
13. Freundlich, R.E., et al., Prospective Investigation of the Operating Room Time-Out Process. *Anesth Analg*, 2020. 130(3): p. 725-729.
14. van Schoten, S.M., et al., Compliance with a time-out procedure intended to prevent wrong surgery in hospitals: results of a national patient safety programme in the Netherlands. *BMJ Open*, 2014. 4(7): p. e005075.
15. University of Iowa. Diagnostic Time-Out: A Randomized Clinical Trial of a Checklist to Improve Diagnostic Accuracy. 2016 [cited 2024; Available from: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT01868659#study-plan>].

16. Hollnagel, E., R.L. Wears, and J. Braithwaite, From Safety-I to Safety-II: a white paper. The resilient health care net: published simultaneously by the University of Southern Denmark, University of Florida, USA, and Macquarie University, Australia, 2015.
17. Hollnagel, E., J. Pariès, and D.D. Woods, Resilience engineering in practice : a guidebook. Ashgate studies in resilience engineering. 2013, Farnham ;: Ashgate.
18. Hollnagel, E., RAG-resilience analysis grid. Introduction to the Resilience Analysis Grid (RAG), 2015: p. 3-5.
19. Schlinkert, C., J. Jelsma, and C. Wagner, Patiëntveiligheidscultuur in Nederlandse Ziekenhuizen. 2021.
20. Smits, M., et al., Handleiding COMPaZ: cultuur onderzoek onder medewerkers over de patiëntveiligheid in ziekenhuizen. 2006.
21. Smits, M., et al., De validiteit van COMPaZ: een vergelijking tussen een Nederlandse en Amerikaanse vragenlijst naar patiëntveiligheidscultuur in ziekenhuizen. TSG, 2007. 85: p. 105-114.
22. van der Beek, D. and J.M. Schraagen, ADAPTER: Analysing and developing adaptability and performance in teams to enhance resilience. Reliability engineering & system safety, 2015. 141: p. 33-44.
23. Wagner, C. SAVE Stap 1 - Dossieronderzoek 1e fase - verpleegkundigen | Dossier Patiëntveiligheid. [cited 2024 12-12-2023]; Available from: <https://www.nivel.nl/nl/resultaten-van-onderzoek/dossiers/dossier-patientveiligheid/monitoren-patientveiligheid-2013-2014/interventie-save/stap-1#:~:text=De%20EMGO%2FNivel%2Dmethode%20voor,intern%20dossieronderzoek%20in%20individuele%20ziekenhuizen.&text=Daarnaast%20wordt%20gekeken%20naar%20de%20kwaliteit%20van%20dossiervoering>.
24. Tijd voor verbinding. Multidisciplinair gesprek; structureel reflecteren en leren in (of rondom) patiëntveiligheid. [cited 2023; Available from: <https://www.programmatvv.nl/thema-paginas/multidisciplinair-gesprek/>].
25. Janssen, M.A., et al., Factors influencing the implementation of the guideline Triage in emergency departments: a qualitative study. Journal of Clinical Nursing, 2012. 21(3-4): p. 437-447.
26. van Noord, I., M.C. de Bruijne, and J.W.R. Twisk, The relationship between patient safety culture and the implementation of organizational patient safety defences at emergency departments. International Journal for Quality in Health Care, 2010. 22(3): p. 162-169.
27. Chávez, E.C. and L.H. Yoder. Staff nurse clinical leadership: A concept analysis. in Nursing Forum. 2015. Wiley Online Library.
28. Guibert-Lacasa, C. and M. Vázquez-Calatayud, Nurses' clinical leadership in the hospital setting: A systematic review. J Nurs Manag, 2022. 30(4): p. 913-925.
29. Abraham, P.J., Developing nurse leaders: a program enhancing staff nurse leadership skills and professionalism. Nurs Adm Q, 2011. 35(4): p. 306-12.
30. Fitzpatrick, J.J., et al., A Leadership Education and Development Program for Clinical Nurses. J Nurs Adm, 2016. 46(11): p. 561-565.
31. Shen, Q., et al., Kansas nurse leader residency programme: advancing leader knowledge and skills. J Nurs Manag, 2018. 26(2): p. 148-157.

32. Chappell, K.B. and K.C. Richards, New graduate nurses, new graduate nurse transition programs, and clinical leadership skill: a systematic review. *J Nurses Prof Dev*, 2015. 31(3): p. 128-37; quiz E8.
33. ZonMw. Werken volgens de laatste wetenschappelijke inzichten in de verpleging en verzorging. 2023 [cited 2024; Available from: <https://www.zonmw.nl/nl/nieuws/werken-volgens-de-laatste-wetenschappelijke-inzichten-de-verpleging-en-verzorging>].
34. Wapenaar, J. Nieuw: 14 interventies om zeggenschap te versterken. 2023 [cited 2024; Available from: <https://www.tvznext.nl/nieuw-14-interventies-om-zeggenschap-te-versterken/>].
35. Vermeulen, H., et al., *Verpleegkundig leiderschap*. 2018: Bohn Stafleu van Loghum.
36. Alexander, C., et al., A qualitative study on barriers and facilitators of quality improvement engagement by frontline nurses and leaders. *J Nurs Manag*, 2022. 30(3): p. 694-701.
37. Geerligs, L., et al., Hospital-based interventions: a systematic review of staff-reported barriers and facilitators to implementation processes. *Implementation Science*, 2018. 13: p. 1-17.
38. Zecevic, A.A., et al., Improving safety culture in hospitals: Facilitators and barriers to implementation of Systemic Falls Investigative Method (SFIM). *International Journal for Quality in Health Care*, 2017. 29(3): p. 371-377.
39. Anaraki, N.R., et al., A Qualitative Study of the Barriers and Facilitators Impacting the Implementation of a Quality Improvement Program for Emergency Departments. 2023.
40. Tyler, A. and R.E. Glasgow, Implementing improvements: opportunities to integrate quality improvement and implementation science. *Hospital pediatrics*, 2021. 11(5): p. 536-545.
41. Klaic, M., et al., Implementability of healthcare interventions: an overview of reviews and development of a conceptual framework. *Implementation Science*, 2022. 17(1): p. 10.

Bijlage A Adapter vragenlijst

Hieronder vindt u de volledige vragenlijst zoals afgenomen in dit onderzoek. De lijst is gebaseerd op de Adapter-vragenlijst, zoals beschreven door Van der Beek en Schraagen[22].

INTRODUCTIE

Beste zorgverlener van de afdeling Spoedeisende hulp van Gelre Ziekenhuizen,

U ontvangt deze vragenlijst in het kader van het onderzoek naar patiëntveiligheid bij een semi-acute opname dat momenteel plaatsvindt op de spoedeisende hulp van Gelre ziekenhuizen, locatie Apeldoorn. Binnen dit onderzoek wordt gezamenlijk met de afdeling een werkstructuur geïmplementeerd waarbinnen structureel gereflecteerd kan worden op het verloop van het diagnostisch proces. Dit is het zogenoemde motorkapoverleg.

Eén van de onderdelen van dit onderzoek betreft het meten van veerkracht. Met *veerkracht* bedoelen we de manier waarop de SEH wendbaar is doordat het team zich kan aanpassen aan verschillende omstandigheden. Hierdoor blijft de SEH goed functioneren, zelfs wanneer er onverwachte gebeurtenissen plaatsvinden.

Het doel van deze vragenlijst is het meten van de veerkracht van zorgverleners gedurende het project.

In deze vragenlijst wordt gesproken over *mijn team*. Hiermee bedoelen we alle collega's met wie u samen aan de patiëntenzorg werkt op de SEH. Bijvoorbeeld: medisch specialisten, verpleegkundigen, ANIOS, fysiotherapeut en management & ondersteuning. De samenstelling van het team is dus iedere dag anders en altijd multidisciplinair.

Bij sommige stellingen vragen we u om na te denken over *onverwachte gebeurtenissen*. Dit is een gebeurtenis waarbij uw team verrast wordt: de gebeurtenis was niet gepland. Bijvoorbeeld: het Elektronisch patiëntendossier (EPD) werkt niet door een storing of de familie van een patiënt wordt agressief wat aandacht vraagt van meerdere collega's.

Wanneer het in deze vragenlijst gaat over een onverwachte situatie kunt u de volgende casus als uitgangspunt nemen: Een oudere patiënt meldt zich met vage buikklachten bij de SEH. Lichamelijk onderzoek wordt uitgevoerd en verschillende diagnostische tests worden aangevraagd en beoordeeld. Tijdens dit diagnostisch proces gaat het EPD in storing, waardoor medische gegevens en uitslagen niet meer geraadpleegd kunnen worden.

De vragenlijst bestaat uit 51 stellingen die beantwoord kunnen worden op een 5-puntsschaal lopend van helemaal niet mee eens, tot helemaal mee eens. Het duurt gemiddeld 15 minuten om deze vragenlijst in te vullen en de vragenlijst dient in één keer ingevuld te worden.

Alvast veel dank voor uw deelname.

ACHTERGRONDKENMERKEN

Om uw antwoorden op de vragen goed te kunnen interpreteren stellen wij u eerst een aantal achtergrondvragen.

Wat is uw leeftijd in jaren?

Bent u een man of een vrouw of identificeert u zich anders?

- Man
- Vrouw
- Anders

Werkt u alleen op de locatie in Apeldoorn of zowel in Apeldoorn als Zutphen?

- Alleen locatie Apeldoorn
- Zowel locatie Apeldoorn als locatie Zutphen

Wat is uw huidige functie?

- Medisch specialist, specialisme:
 - Chirurgie
 - Interne geneeskunde
 - Anders, namelijk: _____
- Verpleegkundige, specialisme:
 - SEH
 - Anders, namelijk: _____
- Verpleegkundige in opleiding
- A(N)IOS, specialisme:
 - Chirurgie
 - Interne geneeskunde
 - Anders, namelijk: _____
- Anders, namelijk: _____

Hoeveel jaar ervaring heeft u binnen de ziekenhuiszorg?

Hoeveel jaar ervaring heeft u bij de spoedeisende hulp?

REAGEREN

Hieronder volgen 8 stellingen die gaan over het reageren op onverwachte situaties. Probeer zo goed mogelijk aan te geven in hoeverre de stelling van toepassing is op het SEH team.

Met mijn team worden alle collega's bedoeld met wie u samen aan de patiëntenzorg werkt op de SEH. Bijvoorbeeld: medisch specialisten, verpleegkundigen, ANIOS, fysiotherapeut en management & ondersteuning. De samenstelling van het team is dus iedere dag anders en altijd multidisciplinair.

Wanneer het gaat over een onverwachte situatie kunt u de volgende casus als uitgangspunt nemen: Een oudere patiënt meldt zich met vage buikklachten bij de SEH. Lichamelijk onderzoek wordt uitgevoerd en verschillende diagnostische tests worden aangevraagd en beoordeeld. Tijdens dit diagnostisch proces gaat het EPD in storing, waardoor medische gegevens en uitslagen niet meer geraadpleegd kunnen worden.

	Helemaal mee oneens	Oneens	Niet mee oneens, niet mee eens	Mee eens	Helemaal mee eens
Mijn team reageert goed op onverwachte situaties (bijv. bij EPD storing tijdens het diagnostisch proces van een oudere patiënt met onbegrepen buikklachten)					
Bij onverwachte situaties of gebeurtenissen, weet mijn team die goed onder controle te houden					
In mijn team zijn genoeg mensen en middelen beschikbaar om tijdig op onverwachte situaties te reageren					
In mijn team is het duidelijk wie de leiding heeft bij het oplossen van een onverwachte situatie					
Mijn team mag beslissen om zelfstandig een onverwachte situatie op te lossen					
Mijn team is voorbereid op onverwachte situaties die vaker voorkomen					
In mijn team weten we wanneer we hulp moeten inschakelen bij het oplossen van onverwachte situaties.					
Mijn team kan goed improviseren bij het oplossen van onverwachte situaties					

LEIDERSCHAP

Hieronder volgen 12 stellingen die gaan over leiderschap. Probeer zo goed mogelijk aan te geven in hoeverre de stelling van toepassing is op het SEH team.

Met mijn team worden alle collega's bedoeld met wie u samen aan de patiëntenzorg werkt op de SEH. Bijvoorbeeld: medisch specialisten, verpleegkundigen, ANIOS, fysiotherapeut en management & ondersteuning. De samenstelling van het team is dus iedere dag anders en altijd multidisciplinair.

Helemaal mee oneens	Oneens	Niet mee oneens, niet mee eens	Mee eens	Helemaal mee eens
------------------------	--------	--------------------------------------	-------------	----------------------

De mensen uit mijn team leggen de lat hoog, verwachten veel van elkaar

De mensen uit mijn team vinden het belangrijk dat je discussieert over elkaars aanpak als je met elkaar problemen wilt oplossen

De mensen uit mijn team luisteren met aandacht naar elkaar

De mensen uit mijn team bedenken nieuwe oplossingen voor bestaande problemen

De mensen uit mijn team moedigen elkaar aan om vanzelfsprekendheden ter discussie te stellen

De mensen uit mijn team richten zich op de verbetering van elkaars sterke punten

De mensen uit mijn team praten optimistisch over de toekomst

De mensen uit mijn team leren van elkaar en helpen elkaar

De mensen uit mijn team praten enthousiast over hun werk

De mensen uit mijn team laten elkaar in hun waarde

De mensen uit mijn team bekijken problemen vanuit verschillende invalshoeken

De mensen uit mijn team geven elkaar goed advies om te verbeteren

LEREN

Hieronder volgen 4 stellingen die gaan over het lerend vermogen van het SEH team. Probeer zo goed mogelijk aan te geven in hoeverre de stelling van toepassing is op het SEH team.

Met mijn team worden alle collega's bedoeld met wie u samen aan de patiëntenzorg werkt op de SEH. Bijvoorbeeld: medisch specialisten, verpleegkundigen, ANIOS, fysiotherapeut en management & ondersteuning. De samenstelling van het team is dus iedere dag anders en altijd multidisciplinair.

Helemaal mee oneens	Oneens	Niet mee oneens, niet mee eens	Mee eens	Helemaal mee eens
------------------------	--------	--------------------------------------	-------------	----------------------

In mijn team worden meningsverschillen onder vier ogen
uitgepraat en niet in de groep als geheel

Teamleden verzamelen zoveel mogelijk belangrijke
informatie bij anderen, buiten het team

Mijn team gaat regelmatig op zoek naar nieuwe informatie,
en dan kan het gebeuren dat we de situatie totaal anders
gaan aanpakken

Er is altijd wel iemand in mijn team die ervoor zorgt dat we
nadenken over hoe we ons werk doen

ANTICIPEREN

Hieronder volgen 5 stellingen die gaan over het anticiperen op situaties.

Probeer zo goed mogelijk aan te geven in hoeverre de stelling van toepassing is op het SEH team.

Met mijn team worden alle collega's bedoeld met wie u samen aan de patiëntenzorg werkt op de SEH. Bijvoorbeeld: medisch specialisten, verpleegkundigen, ANIOS, fysiotherapeut en management & ondersteuning. De samenstelling van het team is dus iedere dag anders en altijd multidisciplinair.

	Helemaal mee oneens	Oneens	Niet mee oneens, niet mee eens	Mee eens	Helemaal mee eens
Mijn team kijkt naar alle fouten of afwijkingen in het werk en probeert te begrijpen waarom die zijn gemaakt					
Als er iets onverwachts gebeurt, probeert mijn team uit te zoeken of we dit hadden kunnen voorkomen					
Als er iets 'nog net goed ging' (bijna incident) ziet mijn team dat als een tekortkoming waar aan gewerkt moet worden					
Mijn team past onze manier van werken aan nadat het 'nog net goed ging' (bijna incident)					
Teamleden melden fouten, ook als niemand anders die fout heeft opgemerkt					

MONITOREN

Hieronder volgen 10 stellingen die gaan over het monitoren van gedrag tijdens onverwachte situaties. Probeer zo goed mogelijk aan te geven in hoeverre de stelling van toepassing is op het SEH team.

Met mijn team worden alle collega's bedoeld met wie u samen aan de patiëntenzorg werkt op de SEH. Bijvoorbeeld: medisch specialisten, verpleegkundigen, ANIOS, fysiotherapeut en management & ondersteuning. De samenstelling van het team is dus iedere dag anders en altijd multidisciplinair.

Wanneer het gaat over een onverwachte situatie kunt u de casus van een EPD storing tijdens het verblijf op de SEH van een patiënt met vage buikklachten als uitgangspunt nemen.

	Helemaal mee oneens	Oneens	Niet mee oneens, niet mee eens	Mee eens	Helemaal mee eens
Binnen mijn team kennen we elkaar en weten we wat we aan elkaar hebben					
Binnen mijn team hebben we inzicht in elkaars vakmanschap (kennis en vaardigheden)					
Als er een onverwachte situatie opkomt (bijv. bij EPD storing tijdens het diagnostisch proces van een oudere patiënt met onbegrepen buikklachten) zoekt mijn team actief naar informatie om het beter te begrijpen					
Als er een onverwachte situatie opkomt controleert mijn team of de informatie klopt					
Als er een onverwachte situatie opkomt vormt mijn team zich een beeld van wat de informatie voor ieders eigen taak betekent					
Als er een onverwachte situatie opkomt vormt mijn team zich een beeld van hoe deze situatie zich ontwikkelt					
Als er een onverwachte situatie opkomt stellen mijn teamleden elkaar kritische vragen om de situatie en ieders taak helder te krijgen					
Als er een onverwachte situatie opkomt speelt mijn team relevante informatie tijdig en op eigen initiatief aan elkaar door					
Binnen mijn team spreken we elkaar aan als we verschillende interpretaties hebben van een situatie					
Mijn teamleden spreken zich openlijk uit als zij andere oplossingen zien voor het oplossen van een onverwachte situatie					

SAMENWERKEN MET ANDERE AFDELINGEN

Hieronder volgen 8 stellingen die gaan over het samenwerken met andere afdelingen. Probeer zo goed mogelijk aan te geven in hoeverre de stelling van toepassing is op het SEH team. Met 'andere afdelingen' worden alle afdelingen bedoeld die niet bij het SEH team horen, bijvoorbeeld het klinisch lab, intensive care of de acute opname afdeling.

Helemaal mee oneens	Oneens	Niet mee oneens, niet mee eens	Mee eens	Helemaal mee eens
------------------------	--------	--------------------------------------	-------------	----------------------

Managers van andere afdelingen waar veel mee wordt samengewerkt bezitten de juiste kennis en ervaring om de werkzaamheden uit te voeren

Werknemers van andere afdelingen bezitten de juiste kennis en ervaring om de werkzaamheden uit te voeren

Het is duidelijk welke afdelingen welke werkzaamheden moeten uitvoeren

De werkzaamheden (essentieel voor het tijdig stellen van een juiste diagnose) zijn uitgezet bij afdelingen met de juiste vakkennis

Bij samenwerking met andere afdelingen is het duidelijk wie de bevoegdheid heeft om beslissingen te nemen

Voor het uitvoeren van de werkzaamheden is mijn team afhankelijk van andere afdelingen

Het uitwisselen van informatie tussen mijn team en andere afdelingen verloopt goed

Het nemen van besluiten (die te maken hebben met het stellen van een diagnose op de SEH) verloopt bij andere afdelingen goed

ZORGVULDIGE COMMUNICATIE

Hieronder volgen 4 stellingen die gaan over het zorgvuldig communiceren tijdens onverwachte situaties. Probeer zo goed mogelijk aan te geven in hoeverre de stelling van toepassing is op het SEH team.

Met mijn team worden alle collega's bedoeld met wie u samen aan de patiëntenzorg werkt op de SEH. Bijvoorbeeld: medisch specialisten, verpleegkundigen, ANIOS, fysiotherapeut en management & ondersteuning. De samenstelling van het team is dus iedere dag anders en altijd multidisciplinair.

Wanneer het gaat over een onverwachte situatie kunt u de casus van een EPD storing tijdens het verblijf op de SEH van een patiënt met vage buikklachten als uitgangspunt nemen.

Helemaal mee	Oneens	Niet mee oneens, niet mee eens	Mee eens	Helemaal mee eens
-----------------	--------	--------------------------------------	-------------	----------------------

Er is een protocol beschikbaar voor mijn team als er op een onverwachte situatie moet worden gereageerd.

Als zich een onverwachte situatie voordoet (bijv. bij EPD storing tijdens het diagnostisch proces van een oudere patiënt met onbegrepen buikklachten) dan vormt mijn team een beeld van wat de informatie voor ieders eigen taak betekent om hier adequaat op te reageren.

Mijn team controleert of de overgedragen informatie over de patiënt goed is begrepen.

Tijdens het omgaan met onverwachte situaties bespreken teamleden expliciet met elkaar wie welke werkzaamheden heeft en wie waarvoor verantwoordelijk is.

Dit is het einde van de vragenlijst. Hartelijk dank voor het invullen. Heeft u opmerkingen/suggesties die u graag zou willen delen?

Bijlage B Motorkapoverleg

Hieronder wordt de ontwikkelde werkwijze voor het motorkapoverleg beschreven.

Aanleiding:

Een SEH-verpleegkundige kan een motorkapoverleg initiëren wanneer:

1. voor een semi-acute patiënt meerdere specialisten in consult zijn gevraagd dan normaal bij het type patiënt,
2. de patiënt lang (bijvoorbeeld langer dan twee uur) op de SEH ligt,
3. de coördinatie in het diagnostische proces verloren dreigt te gaan, of
4. er een andere (onverwachte) aanleiding is die het initiatief rechtvaardigt

Deelnemers:

Het motorkapoverleg wordt multidisciplinair bijgewoond, in ieder geval door de verpleegkundige en de arts-assistent. Maar waar nodig ook met betrokken medisch specialisten en/of de MedCo.

Bespreekpunten:

- A. Zorgproces tot nu toe: Bespreking van alle acties die tot op dat moment zijn ondernomen ten behoeve van de patiënt. Inclusief maar niet beperkt tot: uitgevoerde anamnese, uitgevoerde laboratoriumtests, aangevraagde radiologie, en andere relevante interventies.
- B. Huidige status van de patiënt: Evaluatie van de huidige toestand van de patiënt. Bespreking van de actuele klachten van de patiënt, eventuele verslechtering vergeleken met de aankomststatus, en de duur van het huidige verblijf op de SEH.
- C. Identificatie van knelpunten: Analyse van eventuele obstakels in het zorgproces. Bijvoorbeeld: vertraagde radiologie/laboratoriumresultaten, vertraging in het consult van een medisch specialist, en andere belemmeringen die de voortgang van de zorg vertragen.
- D. Bepalen van volgende stappen: Gezamenlijk besluit over de te nemen acties om de patiëntenzorg te optimaliseren. Dit omvat mogelijk het opnieuw contact opnemen voor ontbrekende resultaten, het benaderen van de superviserende medisch specialist voor overleg, en andere stappen om de zorg voor de patiënt te verbeteren.

Opvolging:

Na het motorkapoverleg worden de genomen acties opgevolgd en wordt de voortgang van de patiëntenzorg nauwlettend gevolgd door het behandelteam op de SEH.