

Evaluatie cataractstraat

Onderzoek naar de doelmatigheid en patiënttevredenheid ten aanzien van de cataractstraat in Het Oogziekenhuis Rotterdam

Student: C.M. van Gaalen
Studentnummer: 300791
Opleiding: Master Zorgmanagement
Erasmus Universiteit Rotterdam
Instituut Beleid en Management in de Gezondheidszorg (iBMG)
Begeleider: Prof. dr. ir. J.M.H. Vissers
Meelezer: Mr. dr. drs. M.A.J.M. Buijsen
Instelling: Het Oogziekenhuis Rotterdam (OZR)
Begeleidster: Drs. E.J. van Vliet
Datum: 18-06-2007

Voorwoord

Voor u ligt het onderzoek naar de doelmatigheid en patiënttevredenheid ten aanzien van de cataractstraat in Het Oogziekenhuis Rotterdam. Deze scriptie is geschreven ter afronding van de Master Zorgmanagement aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Het is voor mij een periode geweest met veel leerzame momenten.

Aan de totstandkoming van deze scriptie hebben veel mensen een bijdrage geleverd. Allereerst wil ik Ellen van Vliet bedanken voor het geven van de mogelijkheid om bij Het Oogziekenhuis Rotterdam onderzoek te doen. Tevens wil ik haar bedanken voor de fantastische begeleiding die ik heb gekregen. Ik heb ontzettend veel gehad aan de discussies, feedbackmomenten en het vertrouwen. Daarnaast wil ik mijn begeleider vanuit de universiteit, Jan Vissers, bedanken voor zijn inzet. Het was prettig om te merken dat hij altijd bereid was om feedback te geven. Tevens wil ik mijn meezeer, mr. dr. drs. M.A.J.M. Buijsen, danken voor het lezen en beoordelen van het onderzoeksvoorstel en de scriptie. Ik bedank mijn student-meezeer Anne-Marie Schoonhoven voor de overlegmomenten en haar commentaar op mijn stukken.

Via deze weg wil ik tevens alle medewerkers van Het Oogziekenhuis Rotterdam bedanken voor hun medewerking, zonder hen was deze scriptie niet tot stand gekomen.

Tot slot wil ik mijn familie en vrienden, met name mijn ouders, broer en mijn vriend, bedanken voor de steun en het vertrouwen dat ze me hebben gegeven tijdens mijn studie.

Claudia van Gaalen
Juni 2007

Samenvatting

Dit onderzoek betreft de evaluatie van de cataractstraat in Het Oogziekenhuis Rotterdam op doelmatigheid en patiënttevredenheid. De volgende probleemstelling staat in het onderzoek centraal: 'In hoeverre is de huidige cataractstraat van Het Oogziekenhuis Rotterdam doelmatig ingericht met behoud van goede kwaliteit van zorg?'

Er zijn verschillende dataverzamelmethodeën ingezet om antwoord te kunnen geven op de probleemstelling en de deelvragen, namelijk dossieronderzoek, semi-gestructureerde interviews met medewerkers, documentanalyse, databaseonderzoek en vragenlijstonderzoek onder cataractpatiënten.

Uit de verzamelde data kwam naar voren dat het cataractproces geen 'black box' is zoals in veel ziekenhuizen. Het proces bestaat uit heldere stappen waarin standaardisatie en taakherschikking is toegepast. Naast de fysieke controle door de operateur, kan er een telefonische controle door de verpleegkundige plaatsvinden 1 dag na de operatie. Een andere vorm van taakherschikking is de inzet van de optometrist 4 weken na de operatie. Standaardisatie is toegepast in de vorm van een papieren screening door de operateur. In elke processtap, met uitzondering van de vooronderzoeken, worden kritieke beslissingen genomen die gevolgen hebben voor het proces. Verschillende formulieren bevatten belangrijke informatie. Indien gegevens of formulieren missen, moeten er extra inspanningen gedaan worden om de informatie te achterhalen.

Aan de hand van de resultaten kan geconcludeerd worden dat het cataractproces doelmatig is ingericht waarbij sprake is van tevreden patiënten. De processtappen zijn onderling van elkaar afhankelijk, waardoor goede overdracht van informatie van groot belang is. In het proces bevinden zich enkele foutgevoeligheden, aangezien gegevens op meerdere plaatsen ingevuld worden en formulieren niet altijd aanwezig zijn. Als de afgesproken gegevens worden ingevuld en aanwezig zijn, worden extra werkzaamheden om fouten te herstellen vermeden. In het proces is weinig sprake van 'waste', dit betekent dat het cataractproces doelmatig verloopt.

Over het algemeen zijn patiënten tevreden over het cataractproces. Bij de meeste processtappen zijn patiënten tevreden over de zorg die zij krijgen en komt dit overeen met de wensen. Ten aanzien van de continuïteit van zorg kan geconcludeerd worden dat de meeste patiënten vinden dat de operateur de oogarts van de polikliniek moet zijn. Opvallend is dat van de patiënten die een revisie door de optometrist hebben gehad, meer dan de helft een revisie door de operateur had willen hebben. Er moet verder onderzoek gedaan worden naar de oorzaak hiervan, aangezien dit onderzoek geen inzicht hierin biedt.

Uit de resultaten en conclusies zijn enkele aanbevelingen naar voren gekomen. De belangrijkste aanbeveling is het uitbreiden van de operaties onder druppelanesthesie en het verminderen van de operaties onder retrobulbair anesthesie. Bij druppelanesthesiepatiënten hoeven geen vooronderzoeken meer plaats te vinden en er is geen anesthesiologische screening nodig. Dit betekent een verkorting van de doorlooptijd van het proces.

Summary

This study concerned the evaluation of the production street for cataract patients in The Rotterdam Eye Hospital on efficiency and patient satisfaction. The central question in this study is: 'to what extent is the present cataractstreet of The Rotterdam Eye Hospital organized in an efficient way, with preservation of the quality of care?'

To answer the central question, several types of data collection methods were used: file investigation, semi-structured interviews with employees, document analysis, database investigation and questionnaire with cataract patients.

The collected data shows that the cataractprocess is not a 'black box' as it is in many hospitals. The process consists clear steps in which standardization and the allocation of tasks has been applied. One day after the surgery, there is not only a physical control possible by the surgeon; there can also be a telephone control by the nurse. Another type of allocation of tasks is the use of an optometrist 4 weeks after the operation. Standardization has been applied in the form of a paper screening by the surgeon. Each step of the process, with exception of the preliminary investigations, is important because all decisions have consequences for the process. Different forms contain very important information. When information is not available, extra effort needs to be put into completing the information

The overall conclusion of this study is that the cataract process is functionally organized and patients are satisfied. The process steps are dependent on each other and this is why good transfer of information is very important. In the process some defects were found, because the information has to be filled in at several places and forms are not always present. If the information is filled in and the forms are present, the searching for missing information can be avoided. In the process there is very little 'waste', this means that the cataract process is efficiently organised.

Most of the patients are satisfied with the cataract process. Patients are satisfied with the care they get and it corresponds with their wishes. Most patients would like the surgeon to be the same person as on the outpatient clinic. It is striking that most patients who have had a revision by the optometrist, actually preferred the surgeon. Further investigation to determine the cause of this is necessary, since there is no direct explanation.

This study presents also some recommendations. The most important recommendation is the expanding of the operations with drop-anesthesia and the decreasing of the operations with retrobulbair anesthesia. Patients with drop-anesthesia do not have to undertake preliminary investigations and the anesthesiological screening is not necessary. This means a shortening of the process time.

Inhoudsopgave

VOORWOORD	2
SAMENVATTING	3
SUMMARY	4
INHOUDSOPGAVE	5
1 INLEIDING	6
1.1 ACHTERGROND	6
1.2 PROBLEEMVERKENNING.....	7
1.3 AANLEIDING VOOR HET ONDERZOEK.....	8
2 PROBLEEM –EN DOELSTELLING	10
2.1 PROBLEEMSTELLING	10
2.2 DOELSTELLING ONDERZOEK	10
3 THEORETISCH KADER	11
3.1 LOGISTIEK.....	11
3.2 VORMEN VAN LOGISTIEK.....	11
3.3 ZORGLOGISTIEK	11
3.4 LOGISTIEK MET BETREKKING TOT DE CATARACTSTRAAT	12
3.5 KENMERKEN VAN PROCESSEN	12
3.6 STURING VAN ZORGPROCESSEN	12
3.7 STROMINGEN VANUIT DE INDUSTRIE	13
4 ONDERZOEKSMETHODIEK	17
4.1 TYPE ONDERZOEK	17
4.2 METHODE VAN DATAVERZAMELING.....	18
4.3 AFBAKENING	19
4.4 STEEKPROEF.....	19
4.5 DATA-ANALYSE.....	20
4.6 VALIDITEIT EN BETROUWBAARHEID.....	21
5 RESULTATEN	22
5.1 BESCHRIJVING CATARACTPROCES	22
5.2 DOORGEVOERDE VERANDERINGEN	26
5.3 KRITIEKE INFORMATIE EN EXTRA INSPANNINGEN	26
5.4 DOELMATIGHEID CATARACTSTRAAT	30
5.5 PATIËNTTEVREDENHEID	39
6 CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN	46
6.1 CONCLUSIE	46
6.2 AANBEVELINGEN.....	49
7 DISCUSSIE	52
8 LITERATUURLIJST	53
BIJLAGE 1: PATIËNTTEVREDENHEIDSENQUÊTE	55
BIJLAGE 2: ONDERZOCHE VARIABELEN	64
BIJLAGE 3: BESCHRIJVING CATARACTPROCES	65

1 Inleiding

Dit onderzoek betreft een evaluatie van de cataractstraat in Het Oogziekenhuis Rotterdam, waarbij is gekeken naar de doelmatigheid en de tevredenheid van patiënten.

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de achtergrond van het onderzoek de probleemverkenning en de aanleiding tot het onderzoek.

1.1 Achtergrond

Dit onderzoek is uitgevoerd bij Het Oogziekenhuis Rotterdam, het enige categorale oogziekenhuis in Nederland. Het vervult als topzorginstituut oogheelkundige zorg waarbij innovatie hoog in het vaandel staat. Het Oogziekenhuis Rotterdam profileert zich als een 'Center of Excellence'. Dit houdt in dat de geleverde zorg op medisch, paramedisch en verpleegkundig gebied voorbeeldig moet zijn.

Er zijn vijf hoofdtaken van Het Oogziekenhuis te onderscheiden: Tweedelijns oogheelkundige zorg voor de regio Rijnmond verzorgen; derdelijns (top)zorg voor Nederland verzorgen, artsen opleiden tot oogarts, het doen van klinisch-wetenschappelijk onderzoek en onderwijs geven.

Binnen Het Oogziekenhuis worden verschillende subspecialistische groepen onderscheiden, onder andere cataract (staar), glaucoom (verhoogde oogdruk met uitval van het gezichtsveld), diabetes (suikerziekte), cornea (hoornvliesafwijking) en retina (glasvocht –en netvliesafwijkingen).

Het Oogziekenhuis besteedt veel aandacht aan medische en bedrijfskundige innovatie en is voorloper op het gebied van het ontwikkelen van systemen voor ziekenhuisplanning. Bij het inboeken van de polikliniekbezoeken wordt de metafoor van het reisbureau gehanteerd. Dit betekent dat er een samenhangende planning wordt gemaakt waarbij, net als in de reiswereld, afzonderlijke stappen achter elkaar worden 'geboekt'. Bij het boeken van een reis wordt er immers meestal ook de gehele route gepland, waarbij niet alleen de vlucht, maar ook het verblijf is geboekt (Hiddema & de Vries 2001).

Bij Het Oogziekenhuis worden jaarlijks circa 13.400 operaties uitgevoerd en 140.000 bezoeken op de polikliniek afgelegd. Opvallend hierbij is dat ruim de helft van de patiënten van buiten het verzorgingsgebied komt (Het Oogziekenhuis Rotterdam 2007a). Het merendeel van de patiënten, 93%, wordt in dagbehandeling geopereerd. Er zijn zes operatiekamers (OK's), waarvan twee zich op het dagcentrum bevinden (ibid).

Dit onderzoek richt zich op het proces dat cataractpatiënten doorlopen. Jaarlijks worden in Het Oogziekenhuis ongeveer 7.000 patiënten aan cataract geholpen. Cataract, oftewel staar, is een vertroebeling van de ooglens. Deze lens bevindt zich direct achter de pupil en bestaat uit lenseiwit, omgeven door een kapsel. Door het troebel worden van de lens kunnen lichtstralen de binnenkant van het oog (netvlies) minder goed bereiken, waardoor men wazig gaat zien. Cataract ontstaat meestal door veroudering van het weefsel van de lens. Het kan echter ook aangeboren zijn, ontstaan door een ongeval of door ontsteking van het oog. Cataractpatiënten kunnen behandeld worden door een operatie waarbij de troebele lens wordt vervangen door een kunstlens (Het Oogziekenhuis Rotterdam 2007a).

Er zijn twee separate stromingen van cataractpatiënten te onderscheiden binnen Het Oogziekenhuis. Er is een stroming met standaard cataracten en een met complexe cataracten. De wijze waarop Het Oogziekenhuis de zorg voor standaard cataractpatiënten heeft georganiseerd, wordt ook wel een cataractstraat genoemd. Dit houdt in dat er voor een aparte patiëntenstroom, namelijk standaard cataractpatiënten, een gestandaardiseerd proces is ontworpen.

Volgens Hiddema en Sol (2002) speelt angst een grote rol onder cataractpatiënten. Iedereen met een oogprobleem is bang om blind te worden. Daarnaast veroorzaakt de ingreep zelf een angstgevoel, aangezien het oog wordt verdoofd door een prik met een injectienaald aan de achterkant van de oogbol¹. Tot slot speelt het feit dat men volledig bij bewustzijn is tijdens de operatie ook een rol bij de angstvorming. De cataractstraat is ingericht vanuit de filosofie om angst onder patiënten te reduceren. Dit wil men bereiken door goede voorlichting, een begeleider die met de patiënt mee gaat bij de operatie en tot slot transparantie in de vorm van openheid (ibid).

Operaties van standaard cataracten worden uitgevoerd op het dagcentrum, waarbij patiënten plaatselijk worden verdoofd. De cataractpatiënt komt samen met een begeleider naar Het Oogziekenhuis toe voor de operatie. Deze begeleider kan in de wachtkamer de operatie op een monitor volgen. Op de dag van de operatie is de patiënt ongeveer twee uur in Het Oogziekenhuis. Operaties van complexe cataracten worden niet op het dagcentrum uitgevoerd, maar op één van de vier 'grote' OK's (ibid). Aangezien dit onderzoek zich richt op cataractoperaties op het dagcentrum, wordt er niet verder ingegaan op complexe cataracten.

1.2 Probleemverkenning

De gezondheidszorg heeft voortdurend te maken met veranderingen. Deze veranderingen gaan om de context waarin de zorg wordt verleend en de inhoud van de zorgverlening (Hiddema & de Vries 2001). Volgens het RIVM (2006) is er sprake van een veranderende context in de vorm van vergrijzing, waardoor de algehele vraag naar zorg toeneemt.

Hiddema en Sol (2002) stellen dat de totale vraag naar cataractoperaties steeds groter wordt. Dit komt volgens hen deels door de vergrijzing en deels door de hogere eisen die mensen stellen aan het gezichtsvermogen. Uit het rapport Vision 2020 (2005) komt naar voren dat er in het jaar 2000 ongeveer 300.000 cataractpatiënten in Nederland waren. De prognose is dat er in 2020 ruim 410.000 cataractpatiënten zijn. In Het Oogziekenhuis Rotterdam is er een groei te zien van het aantal cataractoperaties: van 5.100 operaties in 2001 naar 7.040 operaties in 2006 (Het Oogziekenhuis Rotterdam 2007b).

Naast de genoemde veranderingen is er druk vanuit de overheid op de zorg waardoor er veranderingen plaatsvinden. Deze druk uit zich in de eis vanuit de overheid om capaciteiten steeds intensiever en doelmatiger aan te wenden; hierbij speelt kostenbeheersing een belangrijke rol (Vissers & Beech 2005). In 2005 zijn de DBC's (Diagnose Behandeling Combinaties) ingevoerd. Dit betekent voor ziekenhuizen dat zij niet langer verrichtingen, maar DBC's declareren. De invoering hiervan heeft ervoor gezorgd dat voor een geheel

¹ Dit geldt niet bij druppelanesthesie, waarbij het oog door vloeistof wordt verdoofd. Deze vorm van anesthesie is in opkomst.

zorgproces één vergoeding wordt gegeven (Folpmers & de Bruijn 2005). DBC's zijn in twee segmenten in te delen: het A -en B-segment. DBC's in het A-segment hebben een vaste landelijke prijs, in de meeste ziekenhuizen gaat het hier om 90% van de ziekenhuiszorg. Over DBC's in het B-segment mag onderhandeld worden over volume, prijs en kwaliteit. Waar het in het B-segment bij de meeste ziekenhuizen om 10% van de ziekenhuiszorg gaat, gaat het bij Het Oogziekenhuis Rotterdam om 50%. Dit is planbare, electieve zorg zoals cataractoperaties. Het is de bedoeling dat er onder andere door de invoering van de DBC's marktwerking ontstaat (ibid).

Er zijn dus veranderingen gaande waarbij concurreren met andere zorginstellingen steeds belangrijker wordt. Hiddema en de Vries (2001) zien naast veranderingen van buitenaf ook veranderingen binnen organisaties. Zij noemen de komst van de verschillende disciplines als een belangrijke verandering. Dit heeft te maken met de steeds complexere zorg. Er zijn hierdoor meer verschillende professionals die (een stukje van de) zorg leveren aan dezelfde patiënt. Hierdoor zijn er multidisciplinaire teams nodig, waar meer coördinatie voor nodig is (ibid).

De genoemde veranderingen zorgen ervoor dat het voor organisaties steeds belangrijker wordt om processen zo effectief en doelmatig mogelijk in te richten, waarbij wordt voldaan aan de behoeftes van de patiënt (Vissers & de Vries 2005). Op die manier kan er een maximale output gerealiseerd worden binnen een bepaald budget. De vraag is nu hoe organisaties effectiviteit en doelmatigheid kunnen bereiken en behouden, waarbij de service naar patiënten toe optimaal is. Volgens de Vries et al (1993) kan de inzet van zorglogistiek hier een belangrijke bijdrage aan leveren. Wat zorglogistiek precies inhoudt wordt uitgewerkt in het theoretisch kader.

1.3 Aanleiding voor het onderzoek

Dit onderzoek kent een empirische en een wetenschappelijke aanleiding welke in deze paragraaf worden beschreven.

1.3.1 Empirische aanleiding

Het Oogziekenhuis Rotterdam besteedt veel aandacht aan logistiek binnen de organisatie. Voorheen was er sprake van een cataractstraat, waarbij alleen het operatieproces zodanig was ingericht. Het onderzoek van Van Strien (2006) heeft het idee bevestigd om zich te gaan richten op het realiseren van een cataractstraat waarbij niet alleen het operatieproces, maar het gehele proces van voor -tot achterdeur als straat wordt ingericht. Om dit te bereiken is binnen Het Oogziekenhuis Rotterdam een stuurgroep aangesteld om een klinische pad cataract te ontwerpen.

Vanhaecht (2002) definieert een klinisch pad als: *'een verzameling van methoden en hulpmiddelen om de leden van het multidisciplinair en interprofessioneel team op elkaar af te stemmen en taakafspraken te maken voor een specifieke patiëntenpopulatie. Het is een concretisering van een zorgprogramma met als doel kwalitatieve en efficiënte zorgverlening te verzekeren.'* Het verschil tussen een klinisch pad en een straat is te vinden in het feit dat een klinisch pad een beschrijving is van een traject en de afspraken met professionals, terwijl een zorgstraat een strakke vorm van een logistieke organisatie is voor een homogene groep patiënten (Vissers 2007).

Het doel van het klinisch pad cataract is om concurrerend te zijn in kwaliteit en prijs. Daarnaast moet het pad voldoen aan de volgende doelstellingen: klant centraal, innovatief, doelmatig, veilig, simpel en medisch verantwoord (Het Oogziekenhuis Rotterdam 2005). Het opgestelde plan voor het klinische pad cataract is niet in zijn geheel uitgevoerd. Op projectmatige basis zijn door leden van het cataractteam aanpassingen op het gebied van standaardisatie en taakherschikking in de cataractzorg doorgevoerd. Een voorbeeld van standaardisatie is de invoering van papieren screening naast fysieke screening. De patiënt hoeft bij papieren screening niet naar het ziekenhuis te komen. Het kan echter wel voorkomen dat een patiënt na de papieren screening alsnog door de oogarts wordt opgeroepen voor een fysieke screening. Dit betekent een extra inspanning om na de papieren screening alsnog fysiek te screenen. Dit is slechts een voorbeeld van mogelijke gevolgen die de gekozen vormen van standaardisatie met zich mee brengen. Een voorbeeld van taakherschikking is de inzet van de verpleegkundige bij de eerste revisie, een dag na de operatie. Indien de oogarts aangeeft dat de patiënt hiervoor in aanmerking komt, dan wordt de patiënt een dag na de operatie door de verpleegkundige gebeld, zodat de patiënt niet naar het ziekenhuis hoeft te komen. Er wordt dan aan de hand van een gestandaardiseerde vragenlijst nagegaan hoe het met de patiënt gaat en of de patiënt nog naar het ziekenhuis moet komen voor inspectie van het geopereerde oog. Wederom is dit slechts een voorbeeld van de mogelijke gevolgen van taakherschikking. De empirische aanleiding is de vraag of de aanpassingen in de cataractzorg tot de gewenste effecten hebben geleid.

1.3.2 Wetenschappelijke aanleiding

Er is veel literatuur beschikbaar over logistiek, maar er is maar door weinig verschillende auteurs geschreven over zorglogistiek. De literatuur over zorglogistiek is voornamelijk geschreven voor zorginstellingen die weinig tot geen logistieke concepten hebben toegepast en waarbij het logistiek denken nog niet een vanzelfsprekendheid is. Het gaat dan voornamelijk in de literatuur om processen die aan verbetering toe zijn. Er is weinig tot geen literatuur over organisaties die al verder zijn met logistieke concepten en dit willen bijstellen of verfijnen. In veel literatuur komt ook naar voren dat bijvoorbeeld een cataractstraat hét voorbeeld is van een goed ingericht proces. Er is echter weinig bekend over de realisatie van een cataractstraat. Onduidelijk is in hoeverre patiënten hier tevreden over zijn en in hoeverre een cataractstraat doelmatig is. Het Oogziekenhuis wil de cataractzorg, verder cataractstraat te noemen, evalueren op doelmatigheid en patiënttevredenheid.

2 Probleem –en doelstelling

Naar aanleiding van de probleemverkenning is een probleemstelling geformuleerd met bijbehorende deelvragen. Deze deelvragen helpen om antwoord te kunnen geven op de probleemstelling. Dit hoofdstuk bevat tevens de uitwerking van begrippen die hierin naar voren komen en de doelstelling van dit onderzoek.

2.1 Probleemstelling

Dit onderzoek gaat in op de doelmatigheid van de cataractstraat en de patiënttevredenheid. De volgende probleemstelling staat in dit onderzoek centraal:

'In hoeverre is de huidige cataractstraat van Het Oogziekenhuis Rotterdam doelmatig ingericht met behoud van goede kwaliteit van zorg?'

2.1.1 Deelvragen

Om antwoord te kunnen geven op de probleemstelling zijn de volgende deelvragen benoemd:

1. Hoe ziet het logistieke proces er uit van patiënten die een cataractbehandeling ondergaan op het dagcentrum?
2. Welke veranderingen zijn doorgevoerd bij het ontwerpen van de cataractstraat?
3. Welke kritieke informatie is nodig bij de processtappen en welke extra inspanningen moeten er geleverd worden indien de informatie niet aanwezig is?
4. In hoeverre is de cataractstraat doelmatig ingericht?
5. In hoeverre zijn cataractpatiënten tevreden over de cataractstraat?

Door middel van bovenstaande deelvragen wordt er inzicht verkregen in de werking van de cataractstraat. Vervolgens wordt er gekeken naar de doelmatigheid en patiënttevredenheid.

2.1.2 Uitwerking begrippen

Uit de probleemstelling en deelvragen komen twee begrippen naar voren die meer uitleg vragen. Het gaat hierbij om de volgende begrippen:

- Doelmatig: geschikt voor het doel waarvoor het gemaakt is, nuttig effect hebbend (Van Dale 1992). Het gaat er hierbij om met zo min mogelijk middelen of bronnen een actie op gang houden of krijgen. Dit zegt iets over de mate van doelmatigheid met betrekking tot tijd, inspanning, grondstoffen en/of geld
- Goede kwaliteit van zorg: kwaliteit wordt ingedeeld in zes dimensies: veilig (juiste oog), effectief (doeltreffend), efficiënt (doelmatig), tijdig (toegangstijd en wachttijd), voor ieder gelijk (medische urgentie) en patiëntgericht (IOM 2001). In het kader van dit onderzoek wordt er gekeken naar doelmatigheid, tijdig leveren van zorg en patiëntgerichtheid.

2.2 Doelstelling onderzoek

Het doel van dit onderzoek is het evalueren van de huidige cataractstraat van Het Oogziekenhuis Rotterdam, waarbij inzichten worden verkregen in de doelmatigheid van de cataractstraat zoals die nu is ingericht en de servicegraad naar patiënten met de huidige werkwijze. Tenslotte beoogt het onderzoek om resultaten en conclusies om te zetten in bruikbare aanbevelingen.

3 Theoretisch kader

Dit theoretisch kader gaat in op enkele logistieke theorieën. Allereerst worden algemene logistieke begrippen uitgewerkt, waarna specifiek op zorglogistiek wordt ingezoomd. Tot slot worden concepten van productiesturing benoemd vanuit de industrie.

3.1 Logistiek

De term logistiek werd vroeger gebruikt als een militaire term voor het op de juiste manier bevoorraden van het front (Visser & van Goor 1996). Dit komt ook naar voren in de definitie van Van Dale (1992): 'alle voorbereidingen en handelingen die nodig zijn om de troepen op de meest doeltreffende wijze van goederen en voorraden te voorzien en onder de gunstige omstandigheden te doen strijden.' Later werd logistiek meer toegespitst op het bedrijfsleven. Volgens Visser en van Goor (1996) stond hierbij de effectiviteit voorop, kosten noch moeite werden bespaard om de overwinning te behalen. In de loop der jaren is het werkkterrein van logistiek zich steeds meer gaan verruimen. Hierdoor gaat het niet alleen meer om fysieke goederen, maar ook om dienstverlening zoals in de gezondheidszorg waarbij er ook steeds meer aandacht gekomen voor wensen van klanten (ibid).

3.2 Vormen van logistiek

Logistiek komt in allerlei sectoren voor. In de zorg draait logistiek om de analyse, het ontwerp, de planning en de beheersing van alle stappen die nodig zijn om een service te verlenen aan een cliënt (Vissers & Beech 2005). Het gaat daarbij om het identificeren van behoeftes van patiënten en het organiseren en leveren van zorg wat aan deze behoeftes voldoet, en dat op een zo effectieve en doelmatige manier met optimale service naar patiënten toe.

Zorglogistiek verschilt van logistiek in productieorganisaties door het soort proces; bij een productieorganisatie gaat het om de beheersing van goederenstromen in het productieproces. Bij zorginstellingen heeft logistiek vooral betrekking op het primaire proces: de zorgprocessen. De goederenstroom is hier een secundair proces en biedt ondersteuning aan het primaire proces (Hiddema & de Vries 1999).

Een ander verschil tussen productieorganisaties en zorginstellingen is de onzekerheid van de eindproducten. In een productieorganisatie zijn de specificaties van een eindproduct van tevoren bekend en op basis daarvan kan het proces worden ingericht. In zorginstellingen kan pas op het punt dat de patiënt de instelling verlaat, worden bekeken welk proces een patiënt heeft doorlopen (Hiddema & de Vries 1999).

3.3 Zorglogistiek

Bij zorglogistiek is een onderscheid te maken tussen drie vormen van logistiek: unitlogistiek, ketenlogistiek en netwerklogistiek.

Unitlogistiek richt zich op de logistiek van een individuele unit, zoals een verpleegafdeling of OK. Het accent van unitlogistiek ligt op de benutting van capaciteiten (Vissers 1999). Bij unitlogistiek bestaat het gevaar van suboptimalisatie indien de units als eilanden fungeren en niet op elkaar zijn afgestemd.

Waar het bij unitlogistiek gaat om de activiteiten binnen de unit, richt ketenlogistiek zich op de coördinatie van stappen die verricht moeten worden om de zorg voor een bepaalde

patiëntengroep goed te organiseren (ibid). Dit kan gaan om een transmurale keten, maar het kan ook gaan om een proces binnen een ziekenhuis waarbij meerdere afdelingen worden aangedaan, zoals bij cataractpatiënten het geval is. Bij ketenlogistiek, oftewel proceslogistiek (Vissers & de Vries 2005), wordt er een integrale planning gemaakt voor ongelijksoortige activiteiten die voor het proces van de patiënt nodig zijn. De focus van ketenlogistiek is het maximaliseren van de service naar een bepaalde patiëntengroep toe, waarbij wacht -en doorlooptijden van belang zijn. Dit verschilt van unitlogistiek, waar de focus benutting van capaciteiten is (Vissers & Beech 2005).

Perspectieven van unit –en ketenlogistiek worden geïntegreerd bij netwerklogistiek. Daarbij worden sterke kanten van beide benadering in één vorm van logistiek gecombineerd. Het gaat om de focus op doelmatigheid vanuit unitlogistiek en de focus op service vanuit ketenlogistiek (Vissers & de Vries 2005).

3.4 Logistiek met betrekking tot de cataractstraat

Cataractpatiënten doorlopen binnen Het Oogziekenhuis Rotterdam een proces waarbij meerdere afdelingen worden aangedaan. Dit onderzoek richt zich op de cataractstraat, waarbij voornamelijk sprake is van keten –en netwerklogistiek, aangezien er gekeken wordt naar de doelmatigheid van de gehele keten en het maximaliseren van de service naar patiënten toe. Hierbij komt de vraag naar voren; wanneer is er sprake van optimale service naar patiënten toe? Volgens Vissers en Beech (2005) willen patiënten doelmatige zorg in de vorm van het voorkomen van onnodige wachtmomenten en effectieve zorg in de zin van het gebruik van best-practices (de best denkbare zorg die voortkomt uit wetenschappelijk onderzoek).

3.5 Kenmerken van processen

Zorgverlening komt tot stand door een directe wisselwerking tussen zorgverlener en patiënt. Dit betekent dat zorg ook niet op voorraad gelegd kan worden. Routineprocessen zoals liesbreuk -en cataractoperaties kunnen bijna voor 100% voorspeld worden. Voor niet-routineprocessen daarentegen is de voorspelbaarheid een stuk lager. Volgens Vissers en de Vries (2005) vormen processen in de zorg een 'black box', omdat het proces niet zichtbaar is voor buitenstaanders. Veel processen zijn niet beschreven, terwijl dit de belangrijkste aspecten van een zorginstelling zijn. Dit komt doordat het procesdenken in de gezondheidszorg nog niet volledig is ingeworteld. Op dit moment worden in de zorg meestal de activiteiten binnen afdelingen georganiseerd en niet de processen. Een ander probleem dat door Vissers en de Vries (2005) is geconstateerd, is het ontbreken van de procesregie. Professionals zijn erg belangrijk binnen het proces, zij nemen immers de belangrijkste beslissingen. Het ontbreekt echter aan iemand die het totale proces van de patiënt bekijkt en verantwoordelijk is voor het managen van het gehele proces (Vissers & Beech 2005).

3.6 Sturing van zorgprocessen

Volgens Vissers en de Vries (2005) voorkomt een slimme keuze van de logistieke vorm problemen met planning en coördinatie. Coördinatie en planning van activiteiten is van belang om processen goed te laten verlopen voor cliënten. Er moet op verschillende niveaus

afstemming plaatsvinden van vraag en aanbod. Het gaat daarbij om de niveaus van strategisch niveau tot het patiënteniveau. Uitgangspunt hierbij is dat beslissingen op alle niveaus invloed hebben op elkaar (ibid).

Zorgprocessen worden gekenmerkt door input, throughput en output. Input is er in de vorm van een patiënt met een hulpvraag. Throughput kan bijvoorbeeld materiaal zijn dat voor het proces wordt verbruikt, zoals verband. Daarnaast worden er capaciteiten voor het proces ingezet, zoals artsen, verpleegkundigen, maar ook bedden en operatiekamers. Een capaciteit wordt een productiefactor indien het gecombineerd wordt met een andere capaciteit (Hiddema & de Vries 2001). Een voorbeeld hiervan is dat een OK een productiefactor is in combinatie met een operatieteam. Afzonderlijk van elkaar kan er geen productie gegenereerd worden. Productiefactoren worden niet verbruikt maar gebruikt. Er is altijd een beperkende capaciteitssoort: de bottleneck. Dit zijn productiefactoren waarvan onvoldoende aanwezig is, zoals bijvoorbeeld personeel (ibid).

Voor de sturing van processen is het van belang dat vraag en aanbod op elkaar zijn afgestemd. De vraagzijde bestaat uit de patiënt met een zorgvraag. Hierop heeft een instelling weinig grip. Dit is niet het geval bij de aanbodzijde; hierbij stelt een instelling zijn capaciteiten beschikbaar, zoals personeel en behandelvoorzieningen. Om schommelingen in vraag en aanbod op te vangen en het niet aansluiten van het aanbod op de vraag te verhelpen, zijn buffers nodig. Dit is functioneel in de sturing van zorgprocessen. Aan de vraagzijde wordt tijd als buffer gebruikt. Dit kan zowel virtueel (indien de patiënt op een wachtlijst staat) als fysiek (indien de patiënt in de wachtkamer zit) wachten voor patiënten betekenen. Daarbij wordt door Vissers en Beech (2005) onderscheid gemaakt tussen 'loketwachtijd' (wachten in een rij), 'perronwachtijd' (wachten door de frequentie van de dienst) en 'stapelwachtijd' (wachten tot er voldoende patiënten zijn). Aan de aanbodzijde wordt beschikbaarheid van capaciteit als buffer gebruikt. Het gaat daarbij om de afstemming van flexibiliteit en onzekerheid. Indien er sprake is van een onzekere vraag naar zorg, dan is meer flexibiliteit vereist om op het juiste moment het juiste aanbod beschikbaar te kunnen stellen. Er wordt in dat geval meer capaciteit ter beschikking gesteld. Een voorbeeld hiervan is de Spoed Eisende Hulp (SEH), waarbij het moment en de ernst van de vraag onzeker is. Buffervorming aan de vraagzijde komt de doelmatigheid ten goede, maar zet de servicekwaliteit onder druk. Anderzijds komt buffervorming aan de aanbodzijde ten goede van de servicekwaliteit, maar gaat ten koste van de doelmatigheid (Hiddema & de Vries 2001).

3.7 Stromingen vanuit de industrie

Er zijn verschillende stromingen van productiesturing te onderscheiden die afkomstig zijn vanuit de industrie. Gezien de vele verschillen tussen de gezondheidszorg en productiebedrijven, moeten sommige stromingen aangepast worden voor zij in de zorg kunnen worden toegepast (Vissers 1999). Vissers en Beech (2005) benoemen verschillende concepten, waaronder het 'focused factory concept' en het 'just-in-time concept'. Beide concepten kunnen bij ketens of processen toegepast worden om de doelmatigheid te verbeteren en de kwaliteit te verhogen. Aangezien elementen van deze concepten in meer of

mindere mate naar voren komen in de cataractstraat bij Het Oogziekenhuis Rotterdam, worden alleen deze twee concepten eruit gelicht.

3.7.1 'Focused factory concept'

Het 'focused factory concept' gaat ervan uit dat het operationele proces zodanig is ingericht dat het optimaal de productie en levering van een homogene groep producten of diensten realiseert. Homogeniteit gaat hier om de kwaliteit en benodigdheden voor de producten of services. Het concept is gebaseerd op een leercurve. Dit houdt in dat de tijd die nodig is voor een bepaalde taak afneemt naarmate iemand deze taak vaker uitvoert (Vissers & Beech 2005). Het gaat daarbij om leereffecten zowel op individueel niveau als op groepsniveau. De essentie van het 'focused factory concept' ligt in de manier waarop capaciteiten zijn ingezet en gecoördineerd. Als er meer variëteit zit in producten of services, dan zijn er ook meer verschillende soorten capaciteiten en is meer coördinatie nodig. Daarnaast heeft een grote variëteit in producten of services ook minder effect op de leercurve. Volgens van Merode e.a. (2004) stelt het 'focused factory concept' de behoeftes van patiënten centraal en wordt met dit concept hoge kwaliteit verzekerd.

Het 'focused factory concept' is toepasbaar bij patiëntengroepen indien er sprake is van:

1. Goede voorspelbaarheid: de mate van voorspelbaarheid van het verloop van het proces
2. Voldoende kennis: kennis van de stappen in het proces
3. Voldoende volume: voldoende patiënten, waardoor de routine bevordert wordt

(Bredenhoff et al 2004).

Naast de voordelen van het 'focused factory concept' is er een nadeel: het 'forgetting' effect. Dit betekent dat men zo bekend raakt met een bepaalde handeling, waardoor de doelmatigheid met betrekking tot de geleerde taak kan afnemen. Het is daarom belangrijk om de hoeveelheid producten of services goed af te stemmen (Vissers & Beech 2005).

3.7.2 'Just-in-time concept'

Het 'just-in-time concept' is een organisatorische benadering en is gebaseerd op de principes van het Toyota Production System. Het ligt geheel in lijn met het 'focused factory concept', maar voegt hier enkele aspecten aan toe. Het gaat bij het 'just-in-time concept' om het kunnen leveren van een grote variëteit aan eindproducten met korte levertijden zonder te hoeven investeren in voorraden (Vissers & Beech 2005). Het 'just-in-time concept' heeft drie onderliggende principes:

1. Foutloze productie (zero-defect production);
2. Snelle omschakeltijd van de ene productlijn naar de andere;
3. Voorraadloze productie.

Het 'focused factory concept' heeft als voordeel dat er beter gekeken kan worden naar oorzaken van fouten dan bij het 'just-in-time concept'. Dit komt door de homogeniteit van producten of diensten, waardoor er makkelijker gefocust kan worden op oorzaken (ibid). Dit wordt bereikt bij het bekijken van enkele processen van een klein aantal producten. Het nadeel van het 'focused factory concept' is de kleine range producten of processen. Dit betekent ook dat door dit concept de flexibiliteit naar de markt toe gering is. Dit vangt het

'just-in-time concept' weer op, door de variëteit aan producten en een proces waarbij geen grote investeringen gedaan hoeven worden ten behoeve van voorraden (Vissers & Beech 2005).

Naast het 'just-in-time concept' vindt ook lean manufacturing zijn oorsprong in het Toyota Productie Systeem. Lean manufacturing houdt in dat door het wegnemen van 'waste' (verspilling) het proces doelmatiger verloopt (Steens 2005). Uitgangspunt hierbij is dat elke vorm van 'waste' moet worden voorkomen of moet worden gereduceerd. De effecten van 'waste' vermenigvuldigen zich bij elke transactie binnen het patiëntenproces. Er worden zeven vormen van 'waste' onderscheiden:

1. Overproductie: bijvoorbeeld inzet van meer personeel dan nodig is, overschrijding van productieafspraken;
2. Wachten: bijvoorbeeld wachten bij weinig vraag, wachten van capaciteiten;
3. Onnodige verplaatsing van materiaal en informatie: bijvoorbeeld ondoelmatig transport van bijvoorbeeld dossiers;
4. Verwerking: bijvoorbeeld onjuiste bewerking van patiëntengegevens of facturen;
5. Voorraad: bijvoorbeeld overschot van personeel door een verkeerde planningsystematiek;
6. Onnodige beweging: bijvoorbeeld elke niet-noodzakelijke verplaatsing van personeel of patiënten tijdens het proces;
7. Corrigeren: bijvoorbeeld corrigeren van verkeerd uitgevoerd werk, repareren kapot materiaal.

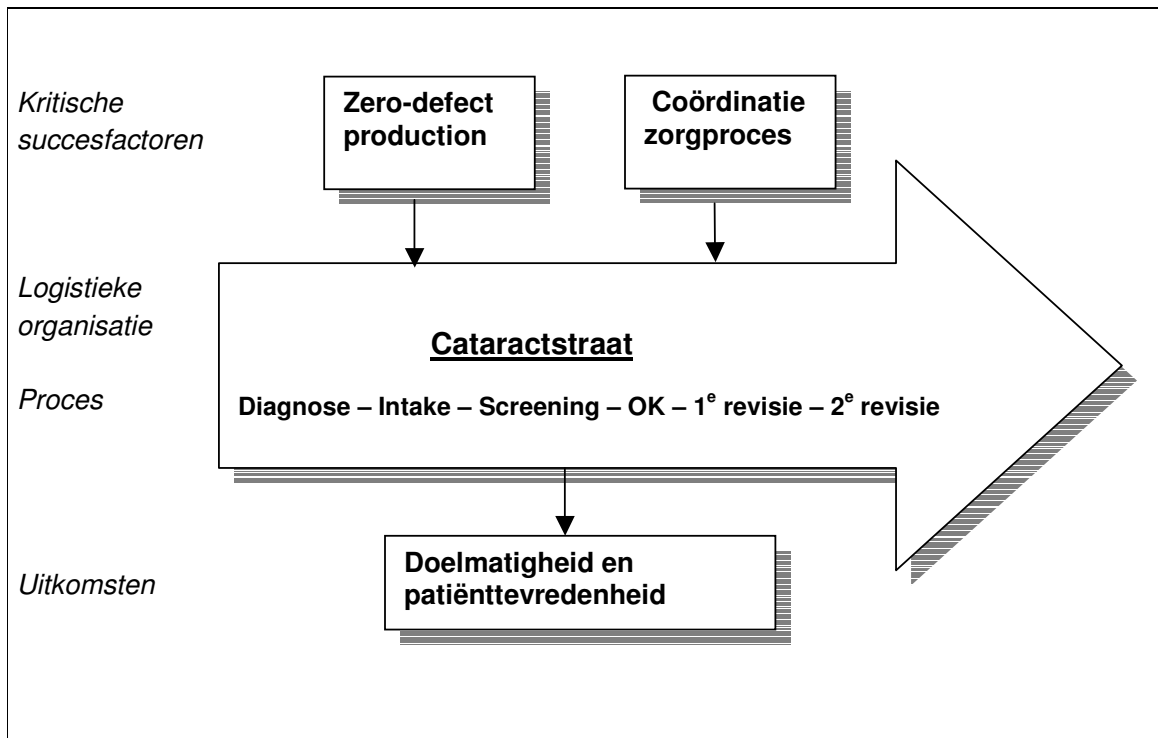
(ibid).

Bij 'waste' komt de vraag naar voren of sommige vormen hiervan niet gezien kunnen worden als functionele 'smeerolie'. Op de Spoed Eisende Hulp (SEH) kan het bijvoorbeeld functioneel zijn om meer personeel dan nodig (overproductie) in te zetten om aan de vraag te kunnen voldoen.

Logistieke theorieën zijn gericht op het leveren van zorg die aansluit bij de behoeftes van patiënten en dit zo doelmatig mogelijk organiseren. Bij de cataractstraat, een vorm van ketenlogistiek, moeten de verschillende stappen in het proces zo goed mogelijk gecoördineerd worden waarbij de service naar patiënten toe maximaal is. Bij de doelmatigheid van het proces speelt homogeniteit van stromen binnen het proces een belangrijke rol. Hoe meer variëteit in producten, hoe meer coördinatie en capaciteit er nodig is. Tot slot spelen het 'focused factory concept' en het 'just-in-time concept' een belangrijke rol door de voorspelbaarheid van het proces en zero-defect production. Maximale service en doelmatigheid worden gezien als uitkomsten van het zorgproces.

3.8 Conceptueel model

Op basis van het theoretisch kader is een conceptueel model opgesteld (zie figuur 1). Dit model geeft het verband tussen begrippen schematisch weer. In het model staat de cataractstraat centraal, hier wordt de logistieke organisatie van de cataractzorg onder verstaan. De cataractstraat bestaat uit verschillende stappen die chronologisch plaatsvinden. Bij de patiënt wordt een diagnose gesteld, in dit geval cataract. Daarna vinden een verpleegkundige intake, de lensmeting en eventuele verdere vooronderzoeken plaats. Binnen twee weken voor de operatie screent de oogarts de patiënt fysiek of op papier aan de hand van het dossier. Na de screening vindt de operatie plaats. Een dag hierna vindt de 1^e revisie plaats en na vier weken vindt de 2^e revisie plaats. Zoals in de aanleiding van dit onderzoek in paragraaf 1.3.1 is aangegeven, kunnen de aanpassingen op het gebied van standaardisatie en taakherschikking leiden tot bijvoorbeeld uitval van ingeplande operaties, extra inspanningen en tevreden of juist minder tevreden patiënten.



Figuur 1: conceptueel model

Het doel is om het cataractproces doelmatig te laten verlopen, waarbij de patiënttevredenheid maximaal is. Dit wordt in het model aangeduid als de uitkomsten van het proces. Het uitgangspunt bij het model is dat hieraan twee belangrijke kritische succesfactoren verbonden zijn: coördinatie van het zorgproces en het creëren van een zero-defect production systeem. Beide factoren kunnen zorgen voor een doelmatig proces en maximale patiënttevredenheid.

4 Onderzoeksmethodiek

In het voorgaande hoofdstuk is de theoretische achtergrond van dit onderzoek weergegeven. Dit hoofdstuk bestaat uit een beschrijving van de uitvoering van het onderzoek. Er wordt ingegaan op de ingezette dataverzamelingmethoden. Tot slot wordt aandacht besteed aan de validiteit en betrouwbaarheid van dit onderzoek.

4.1 Type onderzoek

Dit onderzoek is beschrijvend van aard, waarbij een case studie centraal staat. Dit houdt in dat er een focus is op omstandigheden, dynamiek en complexiteit van een case. De case die in dit onderzoek onderzocht wordt, is de cataractstraat in Het Oogziekenhuis Rotterdam. Deze vorm van onderzoek is uitermate geschikt om diep op een situatie in te gaan en veel informatie te achterhalen en onderzoeken (Bowling 2002). Dit onderzoek is voornamelijk kwantitatief, omdat op deze manier achter logistieke kenmerken zoals doorlooptijden gekomen kan worden. Daarnaast is er een kwalitatief onderzoek uitgevoerd, om onder andere beslismomenten en extra inspanningen te achterhalen.

In dit onderzoek zijn items onderzocht die horen bij zero-defect production, coördinatie, doelmatigheid en patiënttevredenheid. In tabel 1 worden deze items gekoppeld aan de onderzoeksmethode waarmee het betreffende item is onderzocht

Item	Onderzoeksmethode
Procesbeschrijving	Documentanalyse / interviews / dossieronderzoek
Doorgevoerde veranderingen in het proces	Documentanalyse / interviews
Beslismomenten in het cataractproces	Interviews
Kritieke informatie / overdracht	Interviews
Extra inspanningen naar aanleiding van het ontbreken van informatie	Interviews / dossieronderzoek
Foutgevoeligheid	Interviews / dossieronderzoek
Patiënttevredenheid (contact met zorgverleners, toegankelijkheid en doorlopen van processtappen)	Vragenlijstonderzoek
Benutting capaciteiten	Dossieronderzoek
Doorlooptijd / wachttijd / aantal bezoeken	Dossieronderzoek + databaseonderzoek

Tabel 1: overzicht onderzochte items en onderzoeksmethodes

Naast de onderzoeksmethodes die genoemd staan in tabel 1, zijn er voor alle items informatieve gesprekken gevoerd in Het Oogziekenhuis, met uitzondering van het item patiënttevredenheid. De methoden van dataverzameling worden verder toegelicht in paragraaf 4.2.

4.2 Methode van dataverzameling

De gegevens die nodig zijn voor het beantwoorden van de deelvragen zijn verkregen uit dossieronderzoek, patiëntenenquête, documentanalyse, interviews en informatieve gesprekken. In dit onderzoek is vanuit verschillende invalshoeken data verzameld om het proces in kaart te brengen. In deze paragraaf wordt verder ingegaan op het hanteren van deze verschillende dataverzamelmethodes en er wordt beschreven op welke deelvraag er antwoord wordt gegeven.

Bij het dossieronderzoek zijn dossiers onderzocht van patiënten die een cataractoperatie hebben ondergaan op het Dagcentrum in Het Oogziekenhuis Rotterdam. Er zijn dossiers geïncorporeerd van patiënten die tussen 08-02-2007 en 02-04-2007 aan staar zijn geopereerd op het Dagcentrum van Het Oogziekenhuis. Door middel van het dossieronderzoek wordt gekeken naar doelmatigheid van het proces in de vorm van foutgevoeligheid van formulieren in het dossier, continuïteit van zorgverleners, benutting van capaciteiten (welk traject wordt doorlopen), aantal bezoeken van patiënten, doorlooptijd en wachttijd. Er wordt dus antwoord gegeven op de deelvragen *'Hoe ziet het logistieke proces er uit van patiënten die een cataractbehandeling ondergaan op het dagcentrum?'* en *'In hoeverre is de cataractstraat doelmatig ingericht?'* De dossiers zijn na de eerste revisie voor dit onderzoek ter beschikking gesteld. Om te controleren of alle dossiers daadwerkelijk onderzocht zijn, zijn de verzamelde dossiers vergeleken met de uitgevoerde cataractoperaties. Enkele gegevens konden meteen uit de database van Het Oogziekenhuis worden gehaald, waardoor het niet noodzakelijk was om deze gegevens uit het dossier over te nemen.

Om antwoord te kunnen geven op de deelvraag *'In hoeverre zijn cataractpatiënten tevreden over de cataractstraat?'* is een schriftelijke enquête opgesteld, deze is te vinden in bijlage 1. De patiënttevredenheidsenquête is afgenomen bij dezelfde groep patiënten waarvan ook het dossier is ingezien. Zij ontvingen de schriftelijke enquête na de tweede revisie, 4 weken na de operatie. De enquête is gebaseerd op de QUOTE-Cataract en de internationaal gebruikte CAHPS® vragenlijst en is ontwikkeld door het NIVEL. Dit is een gevalideerde enquête speciaal voor cataractpatiënten, waarbij enkele vragen zijn toegevoegd. De enquête bestaat enkel uit gesloten vragen, waarbij voornamelijk schalen gehanteerd zijn met nooit-meestal-soms-altijd en ja-nee. Er is gekozen voor gesloten vragen, zodat de uitkomsten goed te analyseren zijn en daarnaast geeft dit een betrouwbaarder beeld dan open vragen.

Door middel van documentanalyse is er antwoord gegeven op de deelvragen *'Hoe ziet het logistieke proces er uit van patiënten die een cataractbehandeling ondergaan op het dagcentrum?'* en *'Welke veranderingen zijn er doorgevoerd bij het ontwerpen van de cataractstraat?'* Er zijn enkele documenten beschikbaar gesteld door Het Oogziekenhuis Rotterdam met betrekking tot de vroegere werkwijze en de voorgestelde -en doorgevoerde veranderingen.

Om het cataractproces beter te leren kennen en de werkwijze te achterhalen, zijn er momenten ingepland om mee te lopen met enkele medewerkers die een rol spelen in het cataractproces. Door informatieve gesprekken te houden met deze medewerkers kwam belangrijke informatie naar voren. Daarnaast hebben acht semi-gestructureerde interviews

plaatsgevonden om het huidige zorgproces gedetailleerd in kaart te brengen. Het gaat daarbij om personen met de volgende functies:

- Oogartsen
- Arts-assistenten
- Optometrist
- Hoofd planning & logistiek
- Teamleider behandelteam cataract
- Teamleider intake/screening

Door de interviews en informatieve gesprekken wordt er antwoord gegeven op de deelvragen *'Hoe ziet het logistieke proces er uit van patiënten die een cataractbehandeling ondergaan op het dagcentrum?'* en *'Welke kritieke informatie is nodig bij de processtappen en welke extra inspanningen moeten er geleverd worden indien de informatie niet aanwezig is?'*. Er wordt specifiek ingezoomd op de volgende aspecten:

- Informatiebehoefte
- Herstelwerkzaamheden
- Overdracht van informatie
- Afstemming
- Foutgevoeligheid
- Samenwerking

4.3 Afbakening

Dit onderzoek maakt deel uit van een promotieonderzoek en dat heeft ertoe geleid dat de dataverzameling uitgebreider was dan strikt noodzakelijk. Er zijn bijvoorbeeld vragen gesteld bij het patiënttevredenheidsonderzoek, die in het kader van dit onderzoek niet worden geanalyseerd.

4.4 Steekproef

Dit onderzoek heeft betrekking op de patiënten die op het Dagcentrum in Het Oogziekenhuis Rotterdam worden geopereerd aan cataract. Het gaat jaarlijks om 7.000 patiënten; dit is dan ook de onderzoekspopulatie. Het is niet haalbaar om deze populatie in zijn geheel te onderzoeken, daarom is er voor gekozen om een steekproef te trekken. De steekproef moest groot genoeg zijn om er betrouwbare uitspraken over te doen; bij dit onderzoek komt het neer op een steekproefgrootte van 553 patiënten. Bij het berekenen van de steekproefgrootte is er een nauwkeurigheid van 4% gehanteerd, dit betekent de grootte van de fout die er toegelaten wordt bij het onderzoek (Baarda & de Goede 2001). Er moet altijd rekening worden gehouden met toevallige steekproeffouten (sampling errors). De betrouwbaarheid is ingesteld op 95%, dit is de mate van onzekerheid die wordt toegelaten. Het gaat hier een algemeen aanvaardbare norm voor nauwkeurigheid en betrouwbaarheid. In de praktijk betekent dit dat indien 50% van de respondenten het eens is met een stelling, er dan met 95% zekerheid gezegd kan worden dat de populatie die het eens is met de stelling tussen de 46% en 54% ligt (ibid). Naast de genoemde waardes voor nauwkeurigheid en betrouwbaarheid is gekozen voor een maximale spreiding van 50%; dit heeft te maken met de verwachte resultaten (ibid).

De patiënten uit de getrokken steekproef ontvangen tevens een patiënttevredenheidsenquête. Het uitgangspunt daarbij is de verwachting dat ongeveer 50% van de patiënten de enquête retourneert. Om zeker te zijn van voldoende respons, is er voor gekozen om de steekproefgrootte naar boven af te ronden door 600 dossiers te onderzoeken en enquêtes te versturen. Daarbij is 08-02-2007 de eerste operatiedatum voor dit onderzoek geweest en er is geïnccludeerd tot er ongeveer 600 patiëntendossiers onderzocht waren. De laatste datum was 02-04-2007, waarna er in totaal 654 dossiers waren geïnccludeerd. De beschrijving van de respons is te vinden in paragraaf 5.4.1.

Deze personen zijn schriftelijk benaderd voor de tevredenheidsenquête; in totaal zijn 641 patiënten benaderd. De beschrijving van de respons is in paragraaf 5.5.1 te vinden. Daar wordt tevens het verschil tussen de 654 onderzochte dossiers en de 641 benaderde patiënten uitgelegd. De enquêtes zijn in vier fases verstuurd, aangezien de patiënten op verschillende momenten zich aan het eind van het proces bevonden en de enquête moesten ontvangen.

4.5 Data-analyse

Alle verkregen data vanuit het dossieronderzoek en de patiënttevredenheidsenquête is ingevoerd en geanalyseerd in SPSS. De vragen uit de enquête of de onderdelen uit het dossier waar in het kader van dit onderzoek niets mee wordt gedaan, zijn wel ingevoerd in SPSS zodat Het Oogziekenhuis dit later kan gebruiken. Het was dus nodig om een selectie te maken bij beide delen om te bekijken wat wel en wat niet geanalyseerd zou gaan worden in het kader van dit onderzoek. Aan de hand van de selectie is het SPSS bestand geanalyseerd. Het gaat daarbij om onder andere de volgende onderwerpen vanuit het dossieronderzoek:

- Routes van cataractpatiënten (vooronderzoeken, soort screening, eerste revisie, tweede revisie)
- ASA-indeling² en vergelijking ASA-scores anesthesist en verpleegkundige
- Doorlooptijd en wachttijd
- Aantal bezoeken van patiënten aan Het Oogziekenhuis / Hoeveel keer Het Oogziekenhuis bezocht in het kader van de staaroperatie

Het gaat om onder andere de volgende analyses uit het patiënttevredenheidsonderzoek:

- Continuïteit van zorg
- Eerder geopereerd kunnen en willen worden
- Mening over revisievormen

Een volledig overzicht van de onderzochte variabelen is te vinden in bijlage 2.

Als eerste zijn statistische berekeningen gemaakt met behulp van SPSS. Er is een overzicht van frequentieverdelingen gemaakt per variabele. Daarbij is er apart vermeld wat de non-respons bij de betreffende vraag was.

² Score op basis van anamnese, waarbij de patiënt wordt ingedeeld op basis van algehele gezondheidstoestand. ASA-indeling heeft invloed op de vooronderzoeken en de keuze van operatie-locatie.

Het kwalitatieve onderdeel van dit onderzoek is gebruikt om specifieke onderdelen van het cataractproces helder te krijgen. Aangezien dit niet het hoofdonderdeel van dit onderzoek was, is er voor gekozen om geen officiële analyses uit te voeren met behulp van labels. De interviews zijn uitgeschreven en belangrijke informatie is direct overgenomen.

4.6 Validiteit en betrouwbaarheid

Validiteit houdt in dat er in het onderzoek daadwerkelijk wordt gemeten wat men beoogt te meten. Hierbij kan onderscheid gemaakt worden tussen interne en externe validiteit. Interne validiteit gaat om de juiste afspiegeling tussen verzamelde gegevens en de werkelijkheid (Baarda & de Goede 2001). Door methodische triangulatie toe te passen is in dit onderzoek de interne validiteit gewaarborgd. Dit houdt in dat er op verschillende manieren gegevens worden verzameld, namelijk door documentanalyse, informatieve gesprekken, semi-structureerde interviews, dossier -en vragenlijstonderzoek. Daarnaast is er gebruik gemaakt van peer debriefing, aangezien de totstandkoming van dit onderzoek is gevolgd door een begeleider en een medestudent.

Bij het dossieronderzoek zijn gegevens rechtstreeks uit patiëntendossiers overgenomen. De kans op fouten is hierbij gering, aangezien de gegevens in het dossier worden ingevuld door ervaren zorgverleners en de ingevulde gegevens letterlijk zijn overgenomen.

De interviews zijn afgenomen bij verschillende respondenten die nauw betrokken zijn bij het cataractproces. Hierdoor kon gedetailleerd worden beschreven hoe het proces werkelijk verloopt.

Bij externe validiteit draait het om het generaliseren van de onderzoeksresultaten naar andere doelgroepen of settings (ibid). De uitkomsten van dit onderzoek hebben betrekking op Het Oogziekenhuis en zijn generaliseerbaar naar andere settings. Het is niet mogelijk om de uitkomsten te generaliseren naar allerlei andere doelgroepen, aangezien het hier om een doelgroep gaat met specifieke kenmerken. Dit is wel mogelijk voor doelgroepen die te maken hebben met zorgstraten zoals de knie/heupstraat.

Onderzoek moet naast valide tevens betrouwbaar zijn. Het gaat hier om de consistentie en herhaalbaarheid van de methoden, de omstandigheden en de resultaten van het onderzoek (ibid). Interne betrouwbaarheid draait om de mate van consistentie. In dit onderzoek zijn gegevens verzameld door één onderzoeker, er is geen overeenstemming nodig tussen onderzoekers binnen hetzelfde onderzoek. De individuele consistentie, de mate waarin telkens op dezelfde manier data wordt verzameld, is gewaarborgd door vast te leggen welke variabelen er onderzocht moesten worden en hier niet vanaf te wijken.

Bij externe betrouwbaarheid draait het om de mate waarin het onderzoek in gelijke situaties herhaald zou kunnen worden. Dit betekent dat een willekeurige onderzoeker met dezelfde onderzoeksmethoden tot hetzelfde resultaat zal komen (ibid). Deze vorm van betrouwbaarheid wordt gewaarborgd door triangulatie en het vastleggen van de aanpak, methode en uitvoering van het onderzoek.

Tot slot is de objectiviteit gewaarborgd, aangezien ik niet werkzaam ben geweest bij Het Oogziekenhuis Rotterdam gedurende de onderzoeksperiode. Hierdoor beschikte ik niet over voorkennis dat voor vertekening van de onderzoeksresultaten zou zorgen.

5 Resultaten

De resultaten zijn verkregen aan de hand van verschillende dataverzamelmethodes, zoals beschreven in hoofdstuk 4. Dit hoofdstuk staat in het teken van de resultaten die worden weergegeven per deelvraag. De respons wordt beschreven waarna er wordt ingegaan op de belangrijkste resultaten.

5.1 Beschrijving cataractproces

In deze paragraaf wordt in grote lijnen beschreven hoe het cataractproces verloopt. De procesbeschrijving begint bij de diagnose en eindigt bij de laatste controle, 4 weken na de operatie. Er wordt beschreven welke keuzes er gemaakt kunnen worden bij de processtappen en wat besloten moet worden. De uitgebreide beschrijving van het cataractproces is te vinden in bijlage 3. Daarin staat tevens beschreven wat er precies ingevuld moet worden in het dossier. Aan het eind van deze paragraaf, in figuur 2, is een grafische weergave te zien van het cataractproces.

Diagnose

Het cataractproces start op de polikliniek van Het Oogziekenhuis. De patiënt kan op een algemeen spreekuur terecht komen of op een specifiek spreekuur zoals een cataract-, glaucoom³-, cornea⁴- of retina⁵spreekuur. Bij welk spreekuur nieuwe patiënten binnenkomen is afhankelijk van de verwijzer. Indien deze persoon aangeeft dat het om een cataractpatiënt gaat, kan deze patiënt naar het betreffende spreekuur. Indien er niets bekend is over de klacht, worden patiënten bij een algemeen spreekuur door de oogarts gezien.

Aan de hand van een oogheelkundig onderzoek wordt de diagnose cataract gesteld en er wordt besloten om de patiënt te opereren. De oogarts geeft bij de diagnose voorkeuren aan voor anesthesie en opnamelocatie. Daarnaast bepaalt de oogarts onder andere de urgentie en of het hier om een standaardcataract gaat of om een patiënt die nog fysiek gescreend moet worden door de operateur. In principe worden standaardcataracten op papier gescreend, dit zijn patiënten zonder preoperatieve risicofactoren. Er wordt een fysieke screening ingepland in het geval er sprake is van een of meerdere preoperatieve risicofactoren. Tot slot kan de oogarts aangeven welke postoperatieve controle hij/zij wil 4 weken na de operatie hebben, revisie door de optometrist of de oogarts. De patiënt krijgt een recept voor een geneesmiddel voor de operatie mee.

Intake

Nadat de patiënt gediagnosticeerd is, vindt een intakegesprek plaats met een intake-verpleegkundige. Aan de hand van dit gesprek en de medische historie wordt er door de intake-verpleegkundige een ASA-score⁶ ingevuld op de patiëntenvragenlijst. Patiënten met een ASA-score van I tot en met III kunnen op het dagcentrum geopereerd worden.

³ Verhoogde oogdruk met uitval van het gezichtsveld

⁴ Hoornvliesafwijking

⁵ Glasvocht –en netvliesafwijkingen

⁶ ASA staat voor American Society of Anesthesiologists

Er wordt standaard voor dagcentrumpatiënten met de opnameplanning gebeld om een operatiedatum in te plannen in het bijzijn van de patiënt. Dit is mogelijk binnen een planningshorizon van 3 kalendermaanden. De voorlopige operatiedatum en operatielocatie worden ingepland op basis van de urgentie, ASA-score, operatielocatie en de anesthesievorm zoals de intake-verpleegkundige dit heeft vastgesteld.

Vooronderzoeken

Op basis van de ASA-score die de intake-verpleegkundige heeft gegeven, is er inzicht in de vooronderzoeken die moeten plaatsvinden voor de operatie. Er moet van alle patiënten een geldige oculometrie, oftewel lensmeting, aanwezig zijn. Indien dit vooronderzoek nog niet eerder is uitgevoerd, moeten patiënten een oculometrie krijgen. Afhankelijk van de ASA-score worden er vooronderzoeken uitgevoerd. Het kan hier gaan om bloed afnemen, een ECG⁷ maken en/of een afspraak bij de internist inplannen.

Papieren screening anesthesist

De anesthesist noteert een ASA-score, die leidend is ten opzichte van de ASA-score van de intake-verpleegkundige. De anesthesist neemt de uiteindelijke beslissing met betrekking tot de operatielocatie, anesthesievorm en welke vooronderzoeken er plaats moeten vinden. Officieel kan alleen de anesthesist een patiënt verwijzen naar de internist, maar op basis van een medische beslisboom kan de intake-verpleegkundige aan de hand van de ASA-score alvast een afspraak bij de internist maken.

Papieren of fysieke screening door de operateur

In het geval van een fysieke screening komt de patiënt naar de polikliniek toe, op een andere dag dan het eerste bezoek waarbij de diagnose werd gesteld. De screening gaat om het berekenen van de lenssterkte en het bepalen van het lenstype. Indien er een speciale lens is geselecteerd, zoals de Restor-lens⁸, moet deze besteld worden. Standaardlenzen, zoals Acrysof, zijn over het algemeen op voorraad.

Operatie op dagcentrum

Vlak voor aanvang van de operatie vindt de Time-outprocedure⁹ plaats. Na de operatie wordt er besloten welke controle er een dag na de operatie wordt uitgevoerd. Hierbij valt te kiezen tussen een controle op de polikliniek door de operateur, telefonische controle door de verpleegkundige of geen controle. In de standaard gevallen, waarbij geen risico's zijn, geen complicaties zijn opgetreden of verwacht worden en de patiënt geschikt is, wordt hij/zij gebeld door een verpleegkundige op een van tevoren aangegeven tijdstip. Indien de operateur dit wenst, kan de 4 weken controle gewijzigd worden.

⁷ Elektrocardiogram oftewel hartfilmpje

⁸ Type kunstlens waarbij rekening is gehouden met het scherpstellende vermogen van de menselijke lens. Deze lens is ontwikkeld om zonder bril dichtbij, veraf en alles er tussenin goed te kunnen zien

⁹ De 'Time-Out procedure' houdt in dat vlak voor de behandeling een 'time-out'-moment gecreëerd wordt. De oogarts, anesthesioloog, chirurgie- en anesthesiemedewerker gebruiken dit moment om zich er gezamenlijk van te overtuigen dat alle informatie en gegevens betreffende de operatie corresponderen.

1^e controle: een dag na de operatie

Een dag na de operatie vindt de eerste controle plaats: telefonische controle door de verpleegkundige, controle door de operateur of geen controle.

Bij de telefonische controle wordt een standaardvragenlijst afgewerkt. Er worden onder andere vragen gesteld of de pupil rond is, of de patiënt helder ziet en of het zicht is verbeterd. De antwoorden op de vragen kunnen leiden tot drie categorieën: alles goed, twijfel of klachten. Er kan actie worden ondernomen bij twijfel of klachten: vandaag bij de operateur komen, vandaag naar de SpoedEisende Hulp komen (indien de operateur niet beschikbaar is) of bij toename van klachten naar de SpoedEisende Hulp komen.

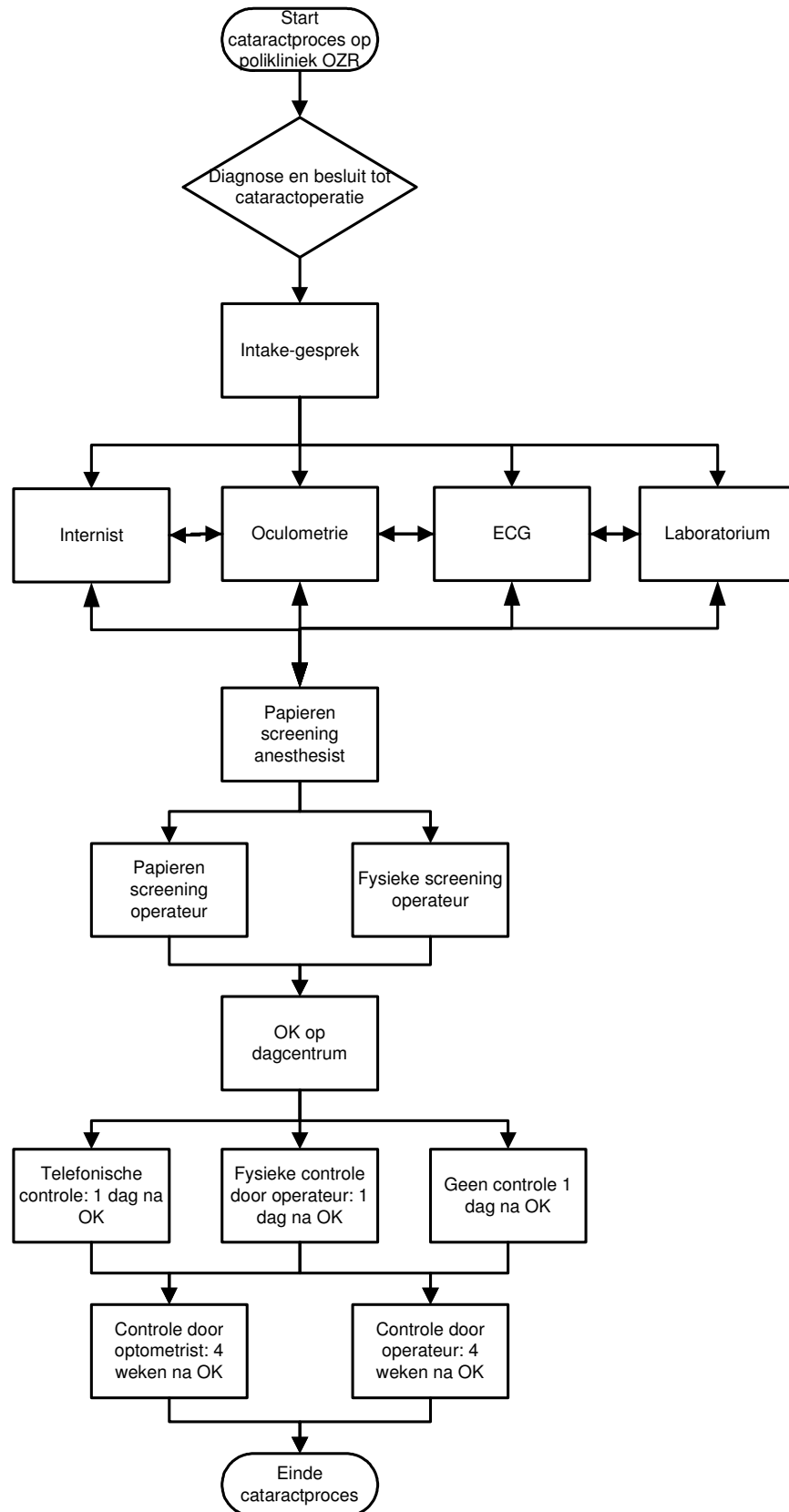
Bij de controle door de operateur of arts-assistent op de polikliniek wordt gekeken naar het geopereerde oog en er wordt geïnformeerd hoe de patiënt zich voelt. De verwachte visuswaarde, oftewel verwacht zicht, wordt vergeleken met het gemeten gezichtsvermogen. Er kan gekozen worden voor het aanpassen van het medicatiegebruik van de patiënt.

2^e controle: 4 weken na de operatie

De 4 weken revisie kan uitgevoerd worden door de operateur of de optometrist. De optometrist is in staat het gezichtsvermogen en de gezondheid van het oog te beoordelen in de vorm van 'pluis' of 'niet-pluis'. Bij de controle wordt gekeken naar het geopereerde oog en het resultaat van de operatie. De optometrist stuurt de patiënt door in het geval het resultaat 'niet-pluis' is.

In het geval dat de patiënt geopereerd is aan het eerste oog en bij het tweede is tevens cataract gediagnosticeerd, kan het proces voor het tweede oog worden gestart door de oogarts. Daarnaast wordt er een nieuw recept uitgeschreven voor medicatie voor de operatie, dit moet ook ondertekend worden door de oogarts.

Figuur 3 in paragraaf 5.3 laat schematisch zien welke kritieke beslissingen er genomen moeten worden bij welke processtap. Dit betekent dat indien de beslissing niet of niet op dat moment is genomen, er een extra inspanning gedaan moet worden om dit te herstellen.



Figuur 2: Grafische weergave cataractproces

5.2 Doorgevoerde veranderingen

In het begin van deze scriptie is kort ingegaan op de totstandkoming van de cataractstraat. Het opgestelde plan voor het klinische pad is niet in zijn geheel uitgevoerd, maar er zijn wel veranderingen doorgevoerd de afgelopen jaren. In deze paragraaf wordt ingegaan op deze aanpassingen.

De doorgevoerde veranderingen zijn vormen van standaardisatie, taakherschikking en organisatie van het cataractproces. Hieronder wordt kort per aspect beschreven wat er is veranderd:

1. Druppelanesthesie ingevoerd: naast retrobulbaire verdoving is er nu ook de mogelijkheid om druppelanesthesie toe te passen
2. Papieren screening door operateur: naast fysieke screeningen zijn er nu papieren screeningen mogelijk. Er worden voornamelijk papieren screeningen uitgevoerd bij standaard cataracten zonder preoperatieve risicofactoren. Het maakt daarbij niet uit of de oogarts op de polikliniek tevens de operateur is
3. Er is een checklist ontwikkeld voor oogartsen speciaal voor cataractpatiënten. Middels deze checklist kan aangegeven worden of het om een standaardcataract gaat of dat de patiënt gescreend moet worden door de operateur. Daarnaast is er ruimte om aan te geven welke anesthesievorm en welke 4 weken revisie de oogarts preferereert.
4. Telefonische controle door verpleegkundige 1 dag na de operatie: ongecompliceerde cataractpatiënten worden de 1^e dag na operatie door een verpleegkundige gebeld die een vragenlijst met hen doorneemt. Dit betekent een extra revisievorm naast de bestaande fysieke controle door de operateur op de polikliniek
5. Tweede revisie na minimaal 4 weken: de revisietermijn van de tweede controle na de operatie is verlengd van 3 naar minimaal 4 weken
6. Tweede revisie door optometrist: de revisie door de oogarts 4 weken na de operatie kan in bepaalde gevallen uitgevoerd worden door de optometrist: een HBO-opgeleide zorgverlener. De optometrist beoordeelt het oog op plus/niet plus. De revisie wordt uitgevoerd met supervisie van de oogarts
7. Insuline diabetes opereren op het dagcentrum: insuline diabetes hoeven niet meer persé op de grote OK geopereerd worden, zij kunnen onder bepaalde voorwaarden op het dagcentrum worden geopereerd
8. Logistiek van vooronderzoek verbeterd: verruiming openingstijden intake en inloopsprekuren ingesteld voor de oculometrie, waardoor minder patiënten apart terug hoeven te komen voor een intake en/of oculometrie

5.3 Kritieke informatie en extra inspanningen

In paragraaf 5.1 is ingegaan op de processtappen en de beslissingen die worden genomen. Bij deze beslissingen zitten kritieke beslissingen, die noodzakelijk zijn voor het kunnen vervolgen van het proces. Een overzicht van de kritieke beslissingen is te vinden in figuur 3 aan het eind van deze paragraaf. Daarnaast is er kritieke informatie, dit zijn gegevens die persé voor een processtap aanwezig moeten zijn. Deze paragraaf staat in het teken van kritieke informatie en de herstelwerkzaamheden die uitgevoerd moeten worden, indien de benodigde gegevens niet compleet of aanwezig zijn. Er wordt gestart met de eerste

processtap na het bezoek aan de oogarts op de polikliniek. In het hele proces geldt dat indien het dossier niet aanwezig is, dit moet worden opgelost door het dossier te achterhalen.

Intake

Om de intake uit te kunnen voeren moet het opnameformulier en de checklist ingevuld zijn. Bij het opnameformulier gaat het om het betreffende oog, anesthesievorm, operatielocatie en diagnose. De patiënt moet van de oogarts een recept hebben gekregen voor medicatie vlak voor de operatie. Er moet tevens een paraaf en stempel van de oogarts aanwezig zijn. Indien er gegevens niet zijn ingevuld kan de intake niet plaatsvinden en moet de intake-verpleegkundige weer terug naar de oogarts of telefonisch contact opnemen om de informatie te achterhalen. In het geval van een missend recept moet de intake-verpleegkundige terug naar de oogarts.

Vooronderzoeken en papieren screening anesthesist

Om vooronderzoeken uit te voeren is het nodig dat de intake-verpleegkundige bepaald heeft welke vooronderzoeken er moeten plaatsvinden. Uiteindelijk neemt de anesthesist de beslissing welke vooronderzoeken de patiënt moet ondergaan. Indien de anesthesist meerdere onderzoeken wil, betekent dit dat de patiënt hier alsnog voor moet langskomen. In het geval de anesthesist juist minder onderzoeken wil laten plaatsvinden dan de intake-verpleegkundige, dan is er sprake van 'waste' indien de betreffende onderzoeken al zijn uitgevoerd.

De anesthesist heeft voor de papieren screening het hele dossier nodig. Er wordt onder andere gekeken naar voorgeschiedenis en medicatiegebruik om zo de anesthesievorm en operatielocatie definitief vast te stellen. De vooronderzoeken die uitgevoerd kunnen worden zijn onafhankelijk van informatie uit het proces.

Papieren/fysieke screening oogarts

Voor de screening is het hele dossier nodig en dan met name het ingevulde opnameformulier, voorgeschiedenis, oculometrie en refractie en de lenssterkte van het eerder geopereerde oog. Indien er een papieren screening plaatsvindt, kan het zijn dat de operateur tegenstrijdigheden of onduidelijkheden tegenkomt. In dat geval moet de patiënt alsnog fysiek gescreend worden. Dit heeft als gevolg dat de operatie wellicht uitgesteld moet worden en er een gat in het operatieprogramma ontstaat dat op korte termijn moet worden opgevuld.

Operatie op dagcentrum

Om te kunnen opereren moet het dossier aanwezig zijn met daarin het ingevulde preoperatieve plan. Daarop moet het betreffende oog zijn ingevuld, lenstype, lenssterkte, OK-datum, operateur, adresgegevens van de patiënt en de gegevens ingevuld door de anesthesist. De benodigde gegevens worden ingevuld bij de papieren/fysieke screening door de operateur en de papieren screening door de anesthesist.

Naast het preoperatieve plan moet het opnameformulier, de medische historie, operatieformulier, oculometrie en de checklist in het dossier aanwezig zijn. Tot slot moet de juiste lens op het juiste moment aanwezig zijn.

Als onderzoeken niet zijn uitgevoerd, wordt er ad hoc gekeken naar de mogelijkheden om deze alsnog uit te voeren. Als er een speciale lens besteld had moeten worden, maar deze is niet aanwezig, kan de operatie niet doorgaan. Dit is een vrij ernstig gevolg van het ontbreken van materiaal, aangezien de patiënt naar huis wordt gestuurd, er een nieuwe operatiedatum moet worden afgesproken en dit een gat in het operatieprogramma betekent.

1^e controle: telefonische controle door de verpleegkundige

Om de telefonische controle uit te kunnen voeren, moet het hele dossier aanwezig zijn. Het is van belang dat gegevens aanwezig zijn waaruit blijkt wat de historie is en welke processtappen er zijn doorlopen. Het gaat hier voornamelijk om het hele operatieformulier en de checklist.

Als er is gekozen voor een telefonische controle, wordt er vanuit gegaan dat de patiënt geschikt is (geen taalbarrière, in staat zelf het oog te controleren, geen demente mensen etcetera), er geen complicaties zijn opgetreden of worden verwacht. Indien dit tijdens de telefonische controle niet het geval blijkt, moet er een extra inspanning voor worden gedaan om de patiënt alsnog te begrijpen in het geval van een taalbarrière. Het kan voorkomen dat de patiënt hierdoor alsnog langs moet komen voor een controle. Er zijn geen duidelijke afspraken over de terugkoppeling hiervan gemaakt.

1^e en 2^e controle: controle door de operateur of assistent

Om de controle uit te kunnen voeren, moet het hele dossier aanwezig zijn. Vooral het operatieverslag, het preoperatieve plan en de verwachte visus-waarde is van belang. Het is tevens noodzakelijk om bij de 2^e controle te kunnen zien of de patiënt een bezoek aan de SEH heeft gebracht of nog extra op de polikliniek is langsgeweest.

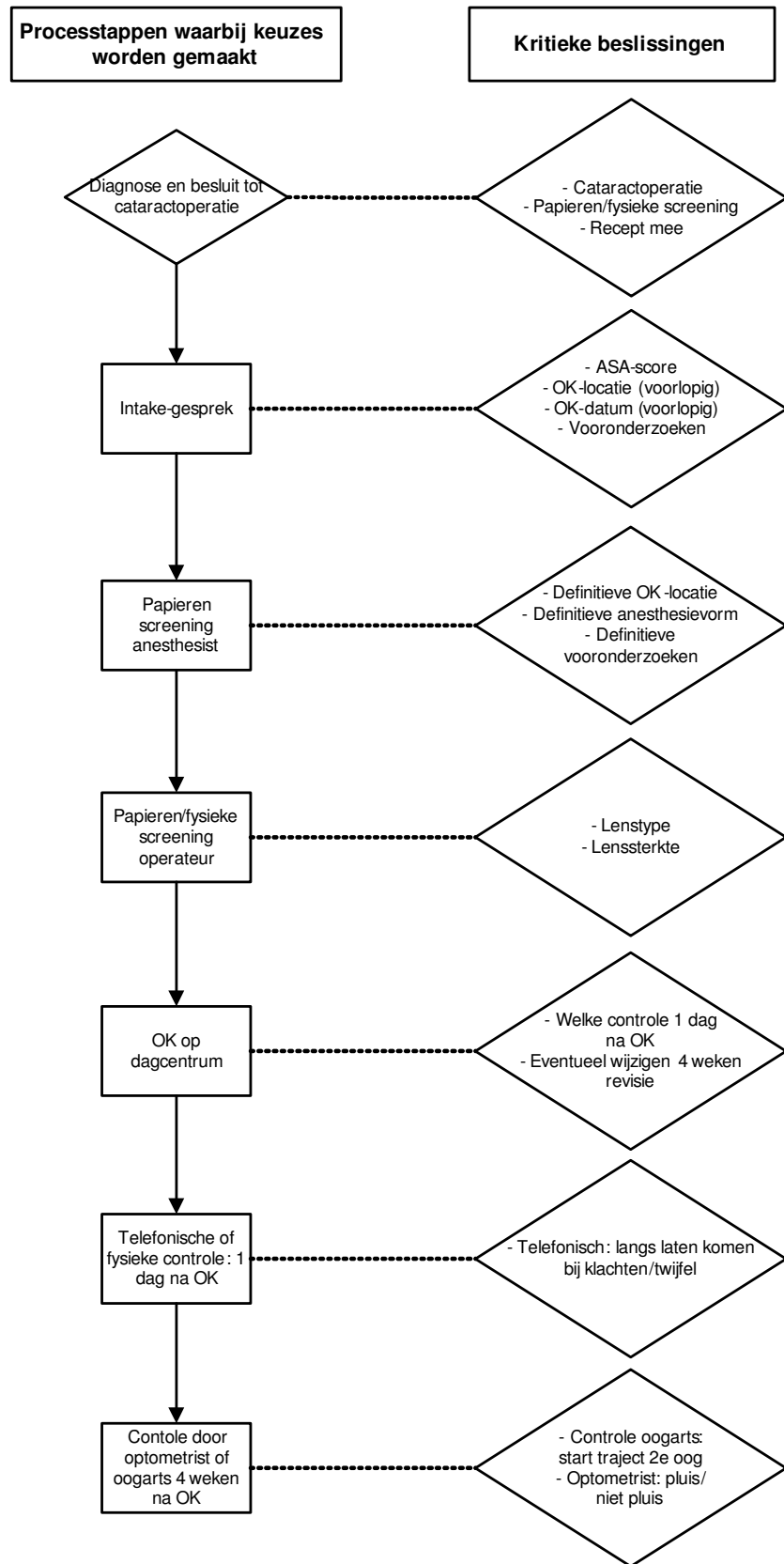
Als het operatieverslag niet is ingevuld, moet dit ter plekke alsnog gebeuren. Mocht de operateur of assistent niet de controle uitvoeren, dan moet later de betreffende persoon opgezocht worden en moeten de gegevens ingevuld worden. De controle kan daarbij wel doorgang vinden, dit is blijkbaar geen kritieke informatie voor het uitvoeren van de controle.

2^e controle: controle door de optometrist

De optometrist heeft voor het uitvoeren van deze controle het operatieverslag (vooral de complicaties en de complicatiebehandeling) en de verwachte visuswaarde nodig. Het is daarnaast ook fijn als het preoperatieve plan en het opnameformulier ingevuld aanwezig zijn. Indien de verwachte visuswaarde mist, is er geen uitgangspunt waar de patiënt vandaan kwam. Als het zicht weer volledig is, hoeft er verder geen actie worden ondernomen. Als het zicht niet volledig is dan wordt de patiënt doorgestuurd naar de supervisor/operateur.

Inplannen van operatie

De afdeling planning heeft in eerste instantie bij het telefonisch regelen van een operatiedatum door de intake-verpleegkundige alleen het patiëntnummer, operatielocatie, anesthesievorm en adresgegevens nodig. Na de papieren screening van de anesthesist gaat de voorkant van het opnameformulier naar de afdeling planning en worden definitieve gegevens overgenomen: diagnose, operatielocatie en anesthesievorm. Indien hierbij gegevens missen of onduidelijk zijn wordt er contact opgenomen met de intake-verpleegkundige, oogarts of anesthesist.



Figuur 3: Kritieke beslissingen in het cataractproces

5.4 Doelmatigheid cataractstraat

In deze paragraaf wordt ingegaan op de doelmatigheid van de cataractstraat. Aangezien de doelmatigheid onderzocht is middels het dossieronderzoek, wordt in deze paragraaf de respons hiervan besproken. Daarna worden kenmerken van de respondenten beschreven, waarna wordt ingegaan op de resultaten van het dossieronderzoek. Hierbij wordt per processtap aangegeven welke (on)doelmatigheden er uit het onderzoek naar voren zijn gekomen.

5.4.1 Respons dossieronderzoek

Het dossieronderzoek is gestart met dossiers van operaties op 08-02-2007 en er is geïnccludeerd tot en met de operatiedatum 02-04-2007. Om te controleren of alle dossiers daadwerkelijk onderzocht zijn, zijn de verzamelde dossiers vergeleken met de uitgevoerde cataractoperaties. Indien er sprake was van missende dossiers, zijn deze in het archief opgezocht of opgevraagd. In totaal zijn er 654 dossiers waarvan de patiënt binnen de gestelde periode op het dagcentrum aan staar is geopereerd. Van deze dossiers zijn 9 dossiers geëxcludeerd, met de volgende redenen:

- 4 dossiers: dossiers werden gebruikt voor een digitale proef, waardoor gegevens in de dossiers misten
- 2 dossiers: geen gegevens bekend in de database van Het Oogziekenhuis Rotterdam
- 1 dossier: patiënt is na de operatie naar buitenland gegaan voor onbepaalde tijd
- 1 dossier: er trad een complicatie op na de operatie waardoor de patiënt in korte tijd twee keer is geopereerd
- 1 dossier: patiëntnummer in het dossier komt niet voor in de database van Het Oogziekenhuis Rotterdam

Er zijn 5 patiënten geïnccludeerd die in de betreffende periode aan twee ogen zijn geopereerd. Van deze personen zijn de operaties van beide ogen in dit onderzoek meegenomen. Dit betekent dat er hierdoor minder unieke patiënten zijn onderzocht. Van de 645 geïnccludeerde bruikbare dossiers, zijn er 54 dossiers niet achterhaald. Het gaat hier om dossiers die zich niet in het medisch archief bevonden, maar bij de decentrale archieven in het ziekenhuis. Er is meerdere keren geprobeerd deze dossiers te vinden, zonder resultaat. Uiteindelijk zijn 591 dossiers geanalyseerd.

In de database van het Oogziekenhuis worden gegevens geregistreerd die van belang zijn voor dit onderzoek. De database is in het kader van dit onderzoek aan de geïnccludeerde dossiers gekoppeld. Van de 645 geïnccludeerde patiënten/dossiers zijn er 69 patiënten die niet aan de inclusiecriteria voldeden. Van deze patiënten zijn om onbekende redenen geen gegevens aanwezig in de database over de begin –en/of einddatum van het proces. Dit betekent dat er bij bepaalde analyses wordt uitgegaan van 576 patiënten.

5.4.2 Beschrijving populatie

Van de 591 patiënten hebben 366 respondenten (61,9%) een operatie aan het eerste oog ondergaan en 225 respondenten (38,1%) hebben een operatie ondergaan aan het tweede oog in Het Oogziekenhuis. De verdeling eerste-tweede oog wijkt af van de bevinding van van Strien (2006), dat de verhouding eerste en tweede oog staaroperaties op 70%-30% ligt.

De respondenten bestaan uit 258 mannen (40%) en 387 vrouwen (60%). De gemiddelde leeftijd is 70 jaar, met een standaarddeviatie van 11 jaar.

5.4.3 Resultaten dossieronderzoek

Invullen van gegevens

Uit het dossieronderzoek blijkt dat op meerdere formulieren dezelfde gegevens ingevuld moeten worden. Het gaat hier om het oog, de aandoening, voorkeur voor anesthesievorm, voorkeur voor operatielocatie, operateur, preoperatieve risicofactoren en operatiedatum.

Ontbreken van formulieren

Van alle 591 onderzochte dossiers ontbrak in geen enkel geval een opnameformulier, preoperatief plan of operatieverslag. De speciaal voor cataract ontwikkelde checklist daarentegen ontbrak in 208 dossiers (35,2%). Dit is opvallend, aangezien uit de interviews bleek dat dit formulier noodzakelijk zou zijn voor het kunnen doorlopen van de stappen in het gehele proces. De geïnterviewden gaven aan niet te kunnen werken zonder dit formulier. Van de 383 aangetroffen checklisten was in 232 keer (60,6%) de vier weken revisievorm niet genoteerd. In 36 van deze gevallen is het te verklaren dat dit afwezig was, aangezien de checklist een keer niet goed is gekopieerd en daardoor dit invulvak van het formulier is afgevallen. Tot slot is 56 keer (14,6%) niet ingevuld welke anesthesievorm de oogarts wenste.

Intake en ASA-score

Van alle 591 respondenten hebben 584 patiënten (98,8%) een fysiek of telefonisch intake-gesprek gehad. Er zijn 7 respondenten (1,2%) die geen intake-gesprek hebben gehad. De intake-verpleegkundige vult tijdens de intake een ASA-score in. Afhankelijk van deze score worden vooronderzoeken gestart. Daarna wordt pas door de anesthesist een ASA-score ingevuld, dit kan betekenen dat er andere vooronderzoeken nog moeten worden uitgevoerd of dat uitgevoerde onderzoeken niet nodig waren geweest. Dit laatste wordt 'waste' genoemd.

Van de 591 geanalyseerde dossiers zijn er missende ASA-scores van de anesthesist (3 dossiers) en van de intake-verpleegkundige (19 dossiers). Dat er in 22 van de 591 dossiers (3,7%) een ASA-score mist, betekent dat er in die gevallen geen uitgangspunt is met betrekking tot de vooronderzoeken en de operatielocatie.

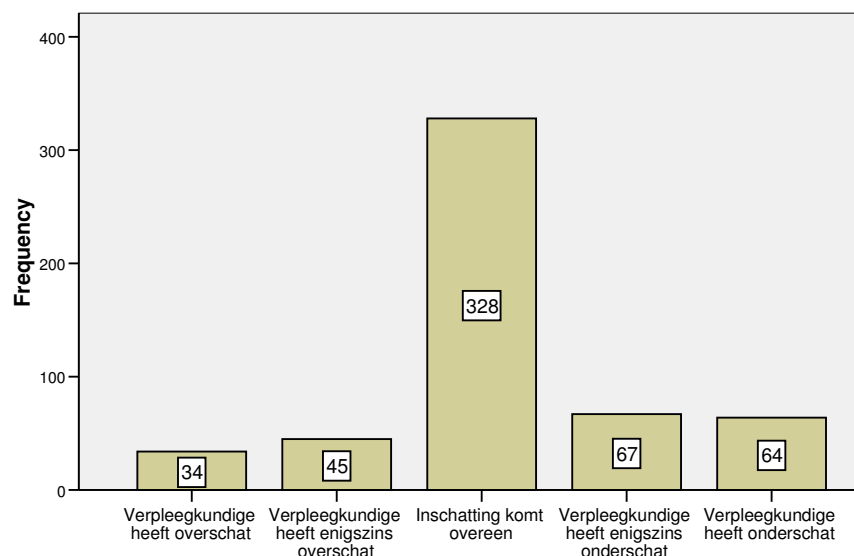
Naast de missende ASA-scores zijn er 32 dossiers waarbij sprake is van een herhaalde opname binnen korte tijd, waardoor de anesthesist geen ASA-score heeft ingevuld. In totaal zijn er 538 dossiers waarbij twee ASA-scores aanwezig zijn, waarvan bekeken is of de ASA-score overeenkomt.

In de praktijk blijkt dat een ASA-score niet altijd uit één cijfer bestaat, maar dat er ook twee cijfers omcirkeld worden. In het geval de score iets afwijkt maar wel in de buurt¹⁰ ligt, is er sprake van 'enigszins overschat/onderschat'. Indien er een punt verschil in zit, wordt dit

¹⁰ Voorbeeld: anesthesist heeft ASA-score III omcirkeld en de verpleegkundige heeft ASA-score II/III omcirkeld.

aangeduid met 'overschat/onderschat'. In figuur 4 is een overzicht van de vergelijking te vinden.

Vergelijking ASA-score anesthesist met ASA-score verpleegkundige



Figuur 4: vergelijking ASA-scores (N=538)

Figuur 4 laat zien dat in 328 van de gevallen (61%) de inschatting precies overeen komt. De verpleegkundige heeft overschat in 34 van de gevallen (6,3%). Dit kan betekenen dat er onderzoeken zijn uitgevoerd die de anesthesist niet nodig vond. Het is interessant om te kijken naar de gevallen waarbij de verpleegkundige heeft onderschat, namelijk 64 keer (11,9%). Dit kan op ondoelmatigheid duiden, omdat er in deze gevallen vooronderzoeken moesten plaatsvinden die de verpleegkundige niet heeft gestart. In hoeverre deze onder- of overschatting invloed heeft op de vooronderzoeken wordt verderop in deze paragraaf uitgewerkt. Uit deze grafiek is op te maken dat als de score niet overeenkomt, de verpleegkundige eerder onderschat dan overschat.

Vooronderzoeken

Er kunnen verschillende vooronderzoeken uitgevoerd worden. Tabel 2 geeft weer welke vooronderzoeken er zijn uitgevoerd en wanneer het betreffende onderzoek heeft kunnen plaatsvinden: in combinatie met de intake, in combinatie met de screening of tijdens een apart bezoek.

Vooronderzoeken (N=576)	Frequentie	Vooronderzoek in combinatie met intake	Vooronderzoek in combinatie met screening	Apart bezoek voor vooronderzoek
Oculometrie	374 (64,9%)	340 (90,9%)	8 (2,1%)	26 (7%)
ECG	233 (40,5%)	181 (77,7%)	35 (15%)	17 (7,3%)
Laboratorium	173 (30%) ¹¹	-	-	-
Internist	72 (12,5%)	1 (1,4%)	65 (90,3%)	6 (8,3%)

Tabel 2: vooronderzoeken en verloop (N=576)

Uit tabel 2 komt naar voren dat in de meeste gevallen een oculometrie of ECG meteen gecombineerd kan worden met het intake-gesprek. Dit valt te verklaren door het feit dat dit inlooppreekuren betreft en er geen afspraak gemaakt hoeft te worden. Dit is wel het geval bij de internist; dat verklaart ook waarom 98,6% dit niet meteen kan combineren met het intake-gesprek.

Afwijking ASA-score in combinatie met vooronderzoeken

Bij de 64 gevallen waarin de verpleegkundige heeft onderschat, gaat het om 31 scores die van ASA I (verpleegkundige) naar ASA II (anesthesist) zijn gegaan. Dit is opmerkelijk, aangezien ASA I patiënten geen bijzonderheden hebben betreffende de medische historie, terwijl ASA II patiënten lichte aandoeningen hebben zoals hoge bloeddruk of diabetes met medicatie in tabletvorm. Deze patiënten gaan dus van 'geen vooronderzoeken' naar eventueel 'lab en ECG'. Van de 64 gevallen waarin de verpleegkundige heeft onderschat, zijn 33 scores van ASA II (verpleegkundige) naar ASA III (anesthesist) gegaan. Het verschil hierbij is dat het om recente ernstigere aandoeningen gaat bij ASA III en dat er standaard een bezoek wordt gebracht aan het lab en er wordt een ECG gemaakt.

Er zijn 34 gevallen waarbij de verpleegkundige heeft overschat. Het gaat om 23 gevallen waarbij van ASA II (verpleegkundige) naar ASA I (anesthesist) is gegaan. Dit is opvallend, aangezien men van eventueel 'lab en ECG' naar 'geen vooronderzoeken' is gegaan. Dit betekent 'waste' indien de betreffende vooronderzoeken zijn uitgevoerd. Van de 23 gevallen binnen dit onderzoek zijn bij 2 patiënten een ECG gemaakt. In theorie zijn deze vooronderzoeken onnodig geweest.

In 9 gevallen is van ASA III naar ASA II gegaan. Dit is een lichtere vorm van 'waste', aangezien hier alleen eventueel een consult bij de internist onnodig was volgens de anesthesist. Aangezien de anesthesist dit consult mag aanvragen en dit ook wel door de intake-verpleegkundige wordt gedaan, is hier in principe geen sprake van 'waste'. In de praktijk blijkt dat van de 9 patiënten er 3 patiënten (33,3%) een consult bij de internist hebben gehad. Daarnaast is 'lab en ECG' bij ASA III automatisme, dit is niet het geval bij ASA II. Dit betekent 'waste' indien de betreffende vooronderzoeken zijn uitgevoerd en dit niet nodig was.

Tot slot is een keer van ASA III/IV naar ASA II/III gegaan en een keer van ASA II/III naar ASA I. Dit laatste geval is opvallend, aangezien II/III betekent dat van ernstigere

¹¹ Dit wordt niet in de database bijgehouden. Het percentage is gebaseerd op onderzoek van Van Strien (2006).

aandoeningen sprake kan zijn, terwijl ASA I geen bijzonderheden betekent. Hier zou sprake kunnen zijn van 'waste', alleen in dit geval zijn er geen vooronderzoeken uitgevoerd. Bovenstaande geeft een weergave van de betekenis van verschil in ASA-score. Uit interviews blijkt dat in de praktijk veelal door inschatting alsnog een bepaald onderzoek nodig wordt geacht door de verpleegkundige, terwijl de ASA-score dit niet weergeeft. Dit betekent dat er niet bij alle ASA-scores uit de database te herleiden valt of onderzoeken al dan niet gedaan hadden moeten worden. Dit is alleen mogelijk bij ASA I, aangezien bij deze score geen vooronderzoeken worden uitgevoerd naast de oculometrie. Uit het dossieronderzoek blijkt dat van de 67 ASA I patiënten er 3 patiënten (4,5%) een ECG hebben gehad, terwijl dit vanuit de beslisboom gezien niet had moeten.

Het uitgangspunt bij standaardisatie is dat het merendeel van de situaties binnen de beslisboom valt en dat het mogelijk is om van de beslisboom af te wijken. Toch kan hieruit geconcludeerd worden dat het wel betekenis moet hebben wat iemand invult, aangezien het middel anders het doel voorbij streeft.

Het is opmerkelijk dat er bij de ASA-score regelmatig twee cijfers worden omcirkeld. Bij een score als ASA I/II is onduidelijk wat het uitgangspunt is ten aanzien van de vooronderzoeken.

Papieren of fysieke screening

Bij 204 van de 576 patiënten (35,4%) is er een fysieke screening uitgevoerd. Dit betekent dat bij 372 patiënten (64,6%) een papieren screening is uitgevoerd door de operateur. Bij de papieren screening door de operateur kan het voorkomen dat een patiënt alsnog opgeroepen kan worden voor een fysieke screening. Dit wordt niet geregistreerd in een database, maar in een map met screeningsafspraken. Uit interviews met de intake/screening is naar voren gekomen dat het hier om ongeveer 1 tot 2 patiënten van de 400 patiënten per maand gaat. Het gaat hier om een afdeling waarbij de screeningsafspraken genoteerd worden en daarom wordt het gezien als een betrouwbare bewering.

Voorlopige operatiedatum

Tijdens het intake-gesprek krijgen in principe alle patiënten een voorlopige operatiedatum mee naar huis. Van de 591 patiënten hebben 422 patiënten (62,3%) een voorlopige operatiedatum gekregen. Van deze patiënten is in 400 gevallen (94,8%) de voorlopige operatiedatum daadwerkelijk de operatiedatum geweest. Er zijn 6 patiënten (1,4%) eerder geholpen dan de voorlopige operatiedatum, namelijk 24 (1 patiënt), 14 (3 patiënten) of 4 dagen (2 patiënten) eerder dan de voorlopige operatiedatum. Dit kan voorkomen indien er een operatie uitvalt en het betreffende gat wordt opgevuld door de afdeling planning. Er zijn 16 patiënten (3,8%) die later werden geopereerd dan de voorlopige operatiedatum. Het gaat hier om een uiteenlopend aantal dagen, variërend van 1 tot 96 dagen met een gemiddelde van 32 dagen. Een reden hiervoor kan de gezondheid van de patiënt zijn, zoals uit enkele dossiers naar voren kwam.

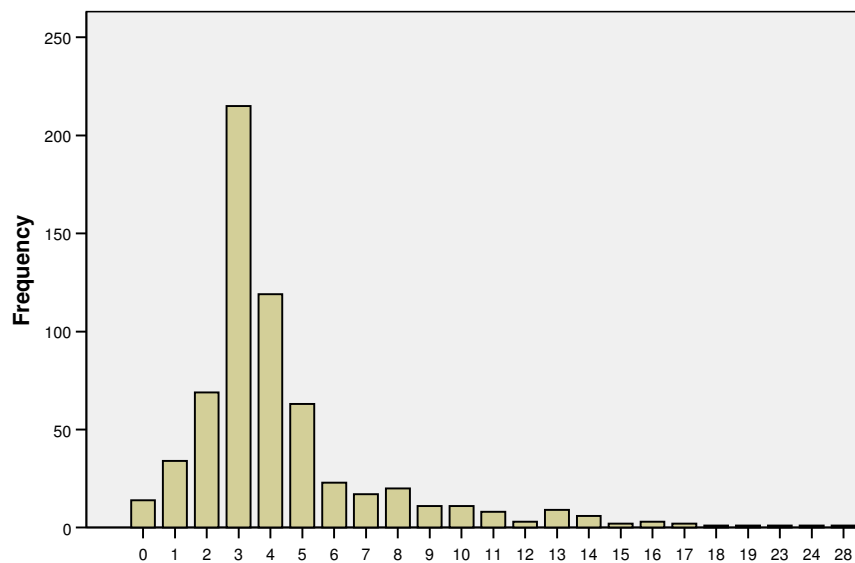
Van de 591 hebben 169 patiënten (28,6%) geen voorlopige operatiedatum meegekregen. Dit komt niet overeen met het uitgangspunt dat alle patiënten standaard een operatiedatum meekrijgen. Uit interviews is gebleken dat dit komt doordat de operatie nog niet in te plannen is doordat de planningshorizon te kort is. Er wordt een horizon van 3 kalender maanden gehanteerd, waarbij het voor kan komen dat er nog maar 2 maanden van de planningshorizon beschikbaar is. De planningshorizon verschuift niet mee met de dagen, er

is dus niet altijd 3 maanden beschikbaar om operaties in te plannen. Door lange wachtlijsten voor bepaalde oogartsen en de lange wachttijd voor druppelanesthesie is het dan niet mogelijk om een operatiedatum in te plannen. Uit het dossieronderzoek komt inderdaad naar voren dat er bepaalde oogartsen zijn die patiënten hebben geopereerd met een langere wachttijd. Daarnaast zijn er in verhouding meer patiënten die onder druppelanesthesie geopereerd zijn en geen voorlopige operatiedatum hebben meegekregen. Van de 75 patiënten die onder druppelanesthesie geopereerd zijn, hebben er 53 (70,7%) geen voorlopige operatiedatum meegekregen. Bij patiënten die onder retrobulbaire verdoving geopereerd zijn, hebben 116 van de 516 patiënten (22,5%) geen voorlopige operatiedatum gehad.

Wachttijd

De wachttijd tussen de intake en de operatie varieert van 0 tot 28 weken. Gemiddeld wordt er vanaf de intake tot de operatie 1,5 bezoek gebracht. De wachttijd bedraagt gemiddeld 4 weken. Dit valt ruim binnen de Treek-norm van 6 weken, dit is de maximaal aanvaardbare wachttijd voor dagopname waarbinnen 80% van de patiënten geholpen moeten zijn (RIVM 2007). Bij Het Oogziekenhuis wordt 80% van de cataractoperaties op het dagcentrum binnen 5 weken uitgevoerd. Binnen de Treek-norm wordt 84,7% van de cataractpatiënten geopereerd. In figuur 5 is de verdeling van de wachttijd te zien.

Wachttijd tussen intake en OK in weken



Figuur 5: wachttijd in weken (N=634)

De meeste patiënten worden geopereerd na een wachttijd van 3 of 4 weken, respectievelijk 215 (33,9%) en 119 (18,8%) patiënten. In de grafiek is een lange uitloper naar rechts te zien, het gaat hier om enkele patiënten die een veel langere wachttijd hebben dan anderen. Uit het dossieronderzoek blijkt dat dit komt door de langere wachttijd voor druppelanesthesie en/of door persoonlijke omstandigheden zoals vakanties of gezondheid. Patiënten die onder druppelanesthesie geopereerd worden, hebben een gemiddelde wachttijd van 7 weken,

terwijl patiënten onder retrobulbaire verdoving gemiddeld 4 weken wachten op de operatie. Daarnaast wordt 52,8% van de druppelanesthesie-patiënten binnen 6 weken geopereerd, terwijl dit voor retrobulbaire verdoving-patiënten 89,6% bedraagt. Dit heeft te maken met de perronwachtijd van druppelanesthesie, aangezien deze vorm slechts een paar keer per maand wordt aangeboden. Verderop in deze paragraaf wordt ingegaan op de keren dat beide anesthesievormen voorkomen in dit onderzoek.

Urgentie

Op het opnameformulier wordt de urgentie aangegeven, waarmee de patiënt geopereerd moet worden. Van de 540 dossiers is er 2 keer (0,4%) sprake van een A-urgentie, wat spoed betekent. Er is 33 keer (6,1%) een B-urgentie ingevuld, hierbij moeten patiënten binnen 6 weken geopereerd zijn. Er is 495 keer (91,6%) een C-urgentie genoteerd. Tot slot is in 10 van de gevallen (1,9%) een B/C-urgentie ingevuld. Het is opmerkelijk dat er twee A-urgentie-patiënten in de steekproefpopulatie zitten, aangezien bij cataract geen sprake kan zijn van spoed. Het kan op basis van medische urgentie wel voorkomen dat iemand sneller geholpen moet worden dan andere patiënten. Uit het dossieronderzoek kwam enkele keren naar voren dat er sprake was van een B-urgentie gezien het verlopen van het rijbewijs. Dit zou geen invloed moeten hebben op de urgentie, aangezien hier alleen medische urgentie een rol speelt.

Het is belangrijk om te achterhalen of de A –en B-urgentiepatiënten daadwerkelijk binnen de afgesproken termijn geopereerd zijn. De twee A-urgentiepatiënten zijn binnen 1 en 3 weken geopereerd. Van 3 weken kan niet gezegd worden dat er met spoed is geopereerd. Het merendeel van de B-urgentiepatiënten, 30 van de 33 patiënten (90,9%), is binnen de afgesproken termijn van 6 weken geopereerd. Er zijn drie patiënten waarbij langer dan 6 weken is gewacht op de operatie. Bij deze patiënten is de operatiedatum niet verzet geweest, dit blijkt uit de patiënttevredenheidsenquête.

Verzetten van operaties

Er is alleen uit de patiënttevredenheidsenquête te achterhalen hoeveel operaties er daadwerkelijk verzet zijn. In het Oogziekenhuis wordt dit niet duidelijk bijgehouden; dit komt doordat er veel data verzet wordt zonder dat de patiënt hier iets van merkt. Van de 384 patiënten hebben er 23 (6%) aangegeven dat Het Oogziekenhuis de datum heeft verzet en 25 patiënten (6,5%) hebben de datum zelf verzet.

Anesthesievorm

In de 591 onderzochte dossiers is op het operatieverslag ingevuld welke anesthesievorm er is toegepast. Het gaat daarbij om 442 retrobulbaire verdovingen (74,8%) en 52 druppelverdovingen (8,8%). Opvallend daarbij is dat de anesthesievorm 97 keer (16,4%) niet is ingevuld. In dat geval kan alleen de anesthesievorm achterhaald worden aan de hand van een rood druppelanesthesie-formulier. Indien dit formulier aanwezig is, is er druppelanesthesie gebruikt. Uit interviews is gebleken dat het ingevulde operatieverslag noodzakelijk is om de controle de eerste dag na de operatie uit te kunnen voeren. De anesthesievorm op dit formulier wordt aangeduid als kritieke informatie, al blijkt dit in de praktijk niet kritiek te zijn, aangezien de controle door kan gaan bij het ontbreken hiervan.

Indien er druppelanesthesie is toegepast, wordt er een rood druppelanesthesie-formulier in het dossier gedaan. Bij het analyseren van de rode druppelanesthesie-formulieren, is naar voren gekomen dat in totaal 516 retrobulbaire verdovingen (87,3%) en 75 druppelverdovingen (12,7%) zijn toegepast. Bij het vergelijken van deze resultaten met de anesthesievorm op het operatieformulier, blijkt dat het al dan niet invullen van de anesthesievorm niet afhankelijk is van de anesthesievorm.

Het is opmerkelijk dat uit de dossiers naar voren komt dat er regelmatig patiënten en oogartsen druppelanesthesie prefereren, maar hiervan af wordt gezien, omdat er een langere wachttijd is. Dit is in de loop van het dossieronderzoek opgemerkt aan de hand van de vrije ruimte op het opnameformulier en daarom niet systematisch bijgehouden.

Controle 1 dag na de operatie

De eerste dag na de operatie zijn er drie verschillende revisies mogelijk. Van de 591 patiënten zijn er 361 (61,1%) gebeld door een verpleegkundige. Er zijn 142 (24%) patiënten langsgesproken bij het Oogziekenhuis. Daarnaast zijn er 32 patiënten (5,4%) die zijn langsgesproken in verband met een cataractstudie. Het is niet duidelijk in welke categorie deze patiënten hadden gevallen indien deze studie er niet was geweest. Tot slot zijn er 56 patiënten (9,4%) die geen controle hebben gehad, dit is voornamelijk het geval bij patiënten die op vrijdag zijn geopereerd, zo blijkt uit verschillende interviews.

Controle 4 weken na de operatie

Vier weken na de operatie zijn er twee verschillende revisies mogelijk. Van de 576 patiënten zijn er 141 patiënten (24,5%) door de optometrist gezien. In totaal worden er 324 patiënten (56,2%) door de operateur of een andere oogarts gezien. Daarnaast is van 111 patiënten (19,3%) niet bekend welke revisie zij hebben gehad. De gemiddelde revisietermijn is 31 dagen, dit komt neer op ruim 4 weken. Gemiddeld wordt tussen de operatie en de vier weken revisie 1,2 bezoek gebracht aan Het Oogziekenhuis.

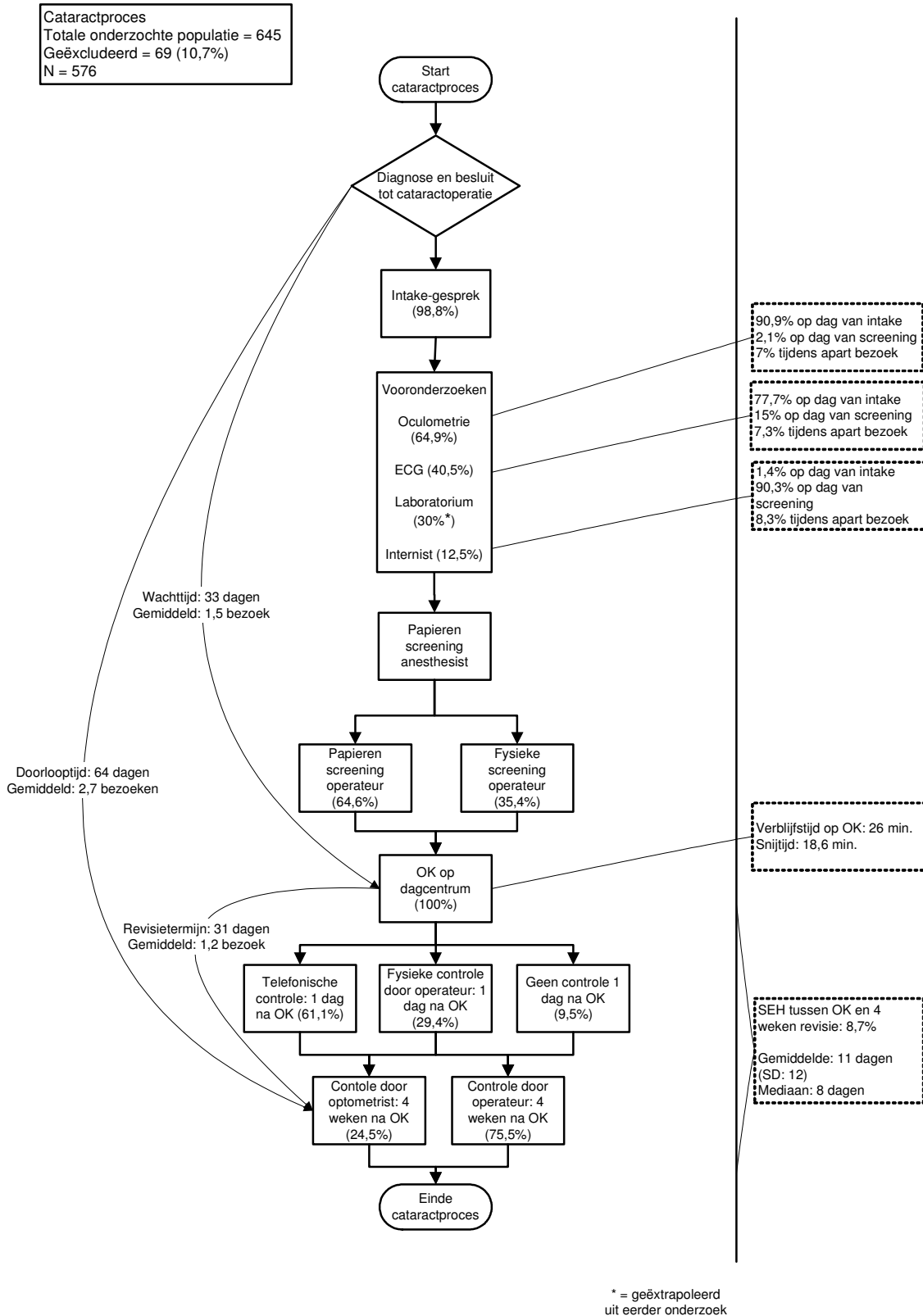
SEH

Over de Spoed Eisende Hulp (SEH) is bekend dat 8,7% van de patiënten tussen de operatie en de 4 weken revisie een bezoek brengt aan deze afdeling. Gemiddeld is dit bezoek 11 dagen na de operatie, met een standaarddeviatie van 12 dagen. Dit komt ongeveer overeen met eerdere metingen in Het Oogziekenhuis.

Doorlooptijd

De gemiddelde totale doorlooptijd van het proces van de diagnose tot en met de vier weken controle bedraagt 64 dagen, waarbij gemiddeld 2,7 bezoeken zijn gebracht.

In deze paragraaf zijn de verschillende processtappen aan de orde gekomen met daarbij het percentage dat deze stap doorloopt, wachttijd en doorlooptijd. Om een totaalbeeld te creëren, zijn deze logistieke kenmerken samengevoegd in figuur 6.



Figuur 6: overzicht doorlooptijd, wachttijd en percentages per processtap

5.5 Patiënttevredenheid

In deze paragraaf wordt de respons besproken. Daarnaast worden kenmerken van de respondenten beschreven. Tot slot worden de belangrijkste resultaten weergegeven.

5.5.1 Respons enquête

Zoals in paragraaf 5.3.1 is beschreven zijn er van de 654 geïnccludeerde dossiers 9 dossiers geëxcludeerd in verband met uiteenlopende redenen. Eén van deze patiënten is pas later geëxcludeerd bij het koppelen van het dossieronderzoek aan de database. Dit betekent dat deze patiënt wel de enquête heeft ontvangen. Daarnaast zijn er 5 patiënten die in de onderzoeksperiode aan beide ogen zijn geopereerd. Zij hebben allemaal één enquête ontvangen, dit betekent dat bij deze personen één operatie is geëxcludeerd in het patiënttevredenheidsonderzoek.

In totaal zijn er van de 654 dossiers 13 dossiers geëxcludeerd. Dit betekent dat er 641 patiënten schriftelijk zijn benaderd voor de patiënttevredenheidsenquête. Van deze patiënten is tevens het dossier geanalyseerd. De patiënten ontvingen de enquête vlak na de tweede revisie, 5 tot 6 weken na de operatie. In de enquête is vermeld dat zij binnen twee weken de enquête moesten terugsturen; in de praktijk bleken er vaak ook enquêtes na deze periode terug te komen. De laatste lichte enquête is verstuurd op 10-05-07. De enquêtes die voor 25-05-07 zijn teruggestuurd, zijn meegenomen in dit onderzoek.

Patiënten hebben ervoor kunnen kiezen om de enquête niet in te vullen. In dit geval is hen gevraagd om dit met behulp van een kruis aan te geven en de enquête te retourneren. In totaal zijn er 24 enquêtes teruggestuurd waarbij de enquête bewust niet is ingevuld. Daarnaast is er 1 enquête geretourneerd aangezien het om een onvolledig adres ging. Het is niet gelukt om het volledige adres te achterhalen. In totaal zijn er 225 enquêtes niet teruggestuurd en is er een respons van 391 enquêtes. Dit betekent een respons van 64,9%. Opvallend is dat er veel vragen niet zijn ingevuld. Er worden regelmatig hele bladzijden niet ingevuld en soms een reeks vragen die niet altijd wat met elkaar te maken hebben. Dit is waarschijnlijk te verklaren door de vrij hoge leeftijd van de respondenten.

5.5.2 Beschrijving respondenten

Van de 391 patiënten hebben 236 respondenten (60,4%) een operatie aan het eerste oog ondergaan en 148 respondenten (37,8%) hebben een operatie ondergaan aan het tweede oog, al dan niet in Het Oogziekenhuis. Van 7 respondenten (1,8%) is niet bekend of zij eerder zijn geopereerd aan staar. De respondenten bestaan uit 155 mannen (39,6%) en 236 vrouwen (60,4%). De gemiddelde leeftijd is 71 jaar, met een standaarddeviatie van 10 jaar. De beschrijving van de respondenten komt vrijwel overeen met de beschrijving van de respondenten van het dossieronderzoek.

5.5.3 Resultaten enquête

In deze paragraaf worden de belangrijkste resultaten van de enquête weergegeven, die te maken hebben met de logistieke kenmerken van het proces, continuïteit van zorg en wensen ten aanzien van het proces.

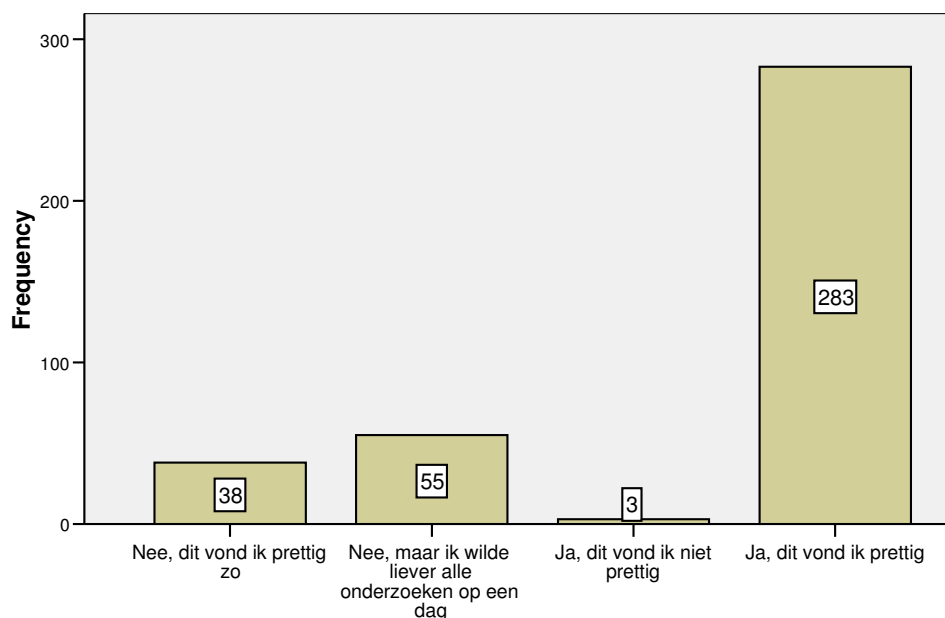
Contact met de oogarts

Aan de respondenten is gevraagd hoe vaak er contact is geweest met dezelfde oogarts. Hierop antwoordden 293 respondenten (78,6%) van de 373 met altijd of meestal, 50 respondenten (13,4%) met soms en 30 respondenten (8%) antwoordden met nooit. Naast de vraag over hoe vaak er contact is geweest met dezelfde oogarts, is er ook een vraag gesteld over het aantal contactmomenten met de oogarts. Van de 379 respondenten die deze vraag hebben beantwoord, vond 352 respondenten (92,9%) dat dit voldoende was, 27 respondenten (7,1%) waren het hier niet mee eens en vinden het aantal contactmomenten met de oogarts niet voldoende.

Vooronderzoeken

In het kader van de vooronderzoeken is er de vraag gesteld of alle onderzoeken op één dag konden plaatsvinden en wat hun mening hierover is. In figuur 7 zijn de antwoorden op deze vraag te vinden.

Konden de voorbereidende onderzoeken op een dag plaatsvinden

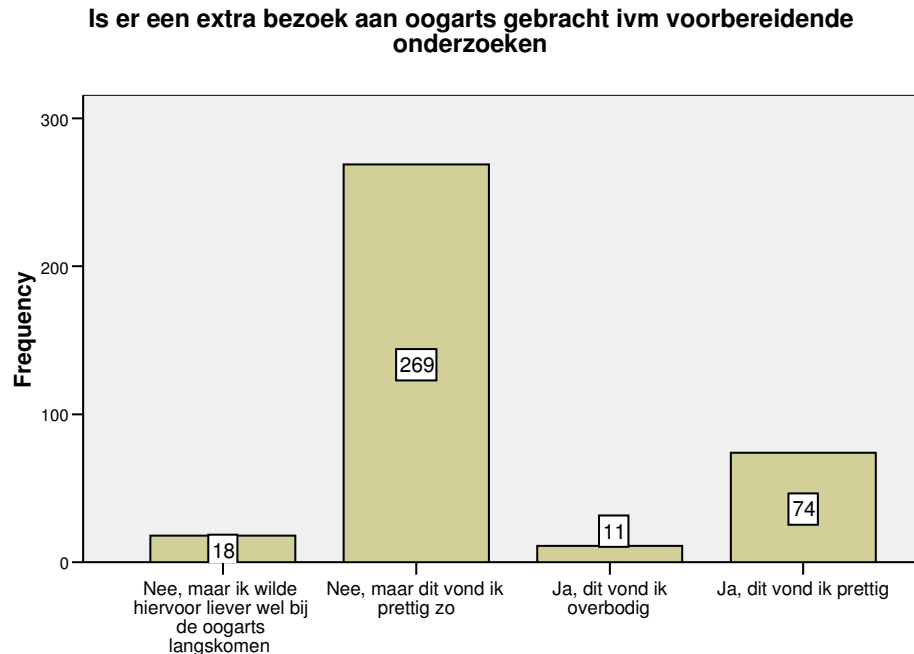


Figuur 7: vooronderzoeken op één dag en mening hierover (N=379)

Uit figuur 7 komt naar voren dat er een kleine groep respondenten is, namelijk 55 patiënten (14,5%), waarbij de voorbereidende onderzoeken niet op één dag konden plaatsvinden, terwijl zij dit wel hadden gewild. Er is een grote groep respondenten (74,7%) waarbij dit wel kon en dit vonden de respondenten ook prettig. Tot slot zijn er 38 respondenten (10%) die het prettig vonden dat de vooronderzoeken niet op één dag hebben plaatsgevonden. Hieruit valt op te maken dat het merendeel de vooronderzoeken op dezelfde dag willen hebben, maar dat er ook patiënten zijn die dit niet prefereren. Bij 91 respondenten konden vooronderzoeken niet op één dag plaatsvinden. Dit kan betekenen dat de capaciteit te laag was op dat moment of dat de anesthesist een hogere ASA-score heeft genoteerd en dat hierdoor extra onderzoeken ingepland moesten worden.

Langskomen voor screening operateur

De operateur kan zoals eerder genoemd op papier of fysiek de patiënt screenen. In het geval het een fysieke screening betreft, moet de patiënt hiervoor een keer extra langskomen. In de patiënttevredenheidsenquête is de vraag gesteld of patiënten hiervoor langs moesten komen en wat hun mening hierover is. Een overzicht van de antwoorden is in figuur 8 weergegeven.



Figuur 8: extra bezoek in verband met screening operateur en mening hierover (N=372)

Het merendeel, namelijk 269 respondenten (72,3%), is niet langsgesproken voor een fysieke screening en vond dit prettig. Er zijn 74 respondenten (19,9%) die hiervoor wel langs zijn gekomen en dit prettig vonden. Opvallend is de antwoordcategorie dat men wel is langsgesproken maar dit overbodig vond. Er zijn 11 respondenten (3%) die dit antwoord hebben ingevuld, dit is erg weinig maar hieruit blijkt wel dat er patiënten zijn die zelf inschatten of iets overbodig is of niet.

Wachttijd

Uit het dossieronderzoek is achterhaald hoeveel weken er tussen de diagnose en de daadwerkelijke operatie zat. Het was echter niet te beoordelen waar een bepaalde (lange) wachttijd door kwam, daarom is er een vraag opgenomen in de enquête hierover. Er is gevraagd of men eerder geopereerd had kunnen en willen worden.

Van de 366 respondenten hadden er 251 (68,6%) niet eerder geopereerd willen en kunnen worden. Deze respondenten zijn verspreid over alle categorieën te vinden. Bij alle categorieën is de groep met patiënten die niet eerder geopereerd hadden gekund en gewild groter dan de groepen met patiënten die wel eerder hadden gekund en gewild.

De respondenten die wel eerder geopereerd hadden willen en kunnen worden, in totaal 115 patiënten (32,4%), zijn enigszins gelijkmatig over de categorieën verspreid. In verhouding is er wel een grote groep patiënten die eerder geopereerd gekund en gewild had in de

categorie 10 weken of langer. Een verklaring hiervoor kan zijn dat er een langere wachttijd is voor druppelanesthesie dan voor retrobulbaire anesthesie en dat de betreffende patiënten onder druppelanesthesie verdoofd zijn. De kanttekening die hierbij te maken is, is dat patiënten vaak beweren eerder beschikbaar zijn, maar dat dit in de praktijk niet zo uitpakt. Dit is gebleken uit een interview met het hoofd planning & logistiek.

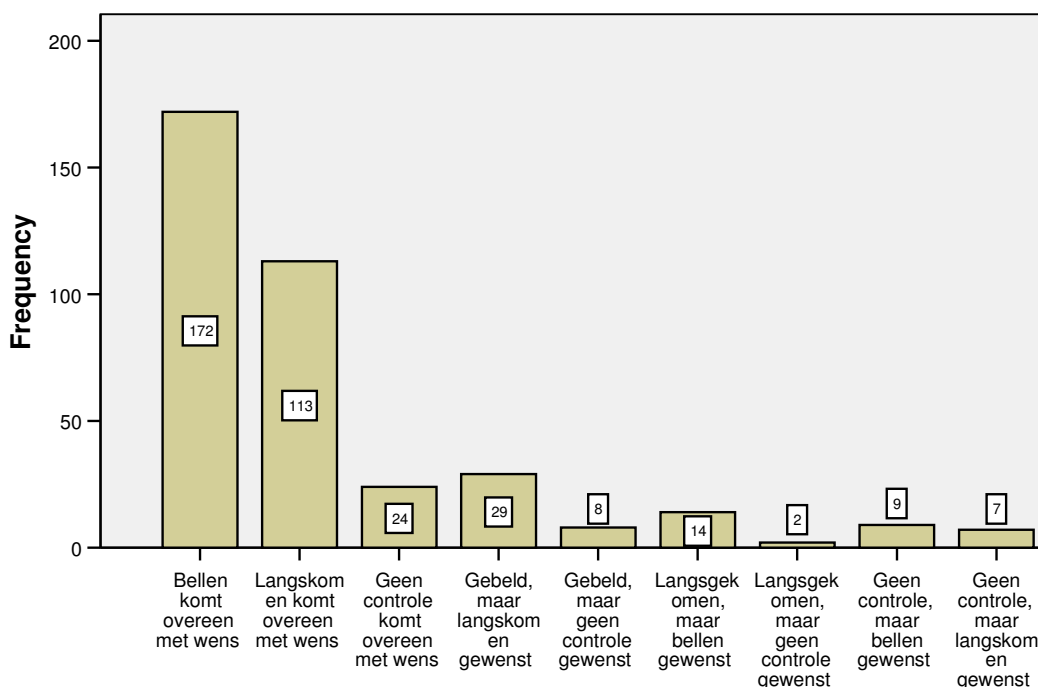
Continuïteit

In het cataractproces is er de afspraak dat de oogarts op de polikliniek niet persé de operateur moet zijn, tenzij dit is aangegeven. In de patiëntenenquête is gevraagd of de operateur dezelfde arts was als op de polikliniek. Van de 373 patiënten vinden 282 patiënten (75,6%) dat de operateur de oogarts van de polikliniek moet zijn. Hiermee zijn 91 patiënten (24,4%) het niet eens, zij vinden dat dit wel moet. Daarnaast is gevraagd naar de mening van de respondent hierover. Indien de operateur niet de oogarts was op de polikliniek en dit van de betreffende respondent ook niet zo hoeft te zijn, is er sprake van de antwoordcategorie tevreden over de situatie. Deze categorie is tevens van toepassing indien de operateur wel de oogarts op de polikliniek was en dit volgens de respondent ook zo moet zijn. Van de 368 zijn 294 respondenten (79,9%) tevreden over de situatie. Opvallend is de categorie waarbij de operateur niet de oogarts van de polikliniek was, maar dit wel had moeten volgens de respondent. Deze categorie hebben 66 respondenten (18,3%) ingevuld. Tot slot zijn er 8 respondenten (1,8%) die aangeven dat het hen niet uitmaakt.

Controle 1 dag na de operatie

De eerste dag na de operatie zijn er drie revisievormen: gebeld worden door een verpleegkundige, langskomen bij het OZR of geen revisie. Bij de vraag welke revisie respondenten hadden willen hebben kwamen dezelfde categorieën naar voren en daarnaast ook de categorieën: 'gebeld worden door een oogarts' en 'gebeld worden door een oogarts of verpleegkundige'. Om het overzicht te bewaren, is van deze categorie samen met 'gebeld worden door een verpleegkundige' de categorie 'bellen' gemaakt. Van de 379 respondenten willen er 195 patiënten (51,5%) gebeld worden, 150 patiënten (39,5%) willen langskomen en 34 patiënten (9%) willen geen controle. In figuur 9 zijn beide vragen gecombineerd weergegeven. Van de 195 patiënten die gebeld willen worden, zijn er 159 patiënten (81,5%) die door een verpleegkundige gebeld willen worden, 29 patiënten (14,9%) willen gebeld worden door een oogarts en 7 patiënten (3,6%) willen gebeld worden door één van beide.

1e revisie: 1 dag na OK: praktijk vs wens



Figuur 9: mening over revisie 1 dag na OK in de praktijk en wat de respondent wens (N=378)

Uit figuur 9 valt op te maken dat de revisievorm in 309 van de 378 gevallen (81,7%) overeenkomt met de wens. Hieruit blijkt dat het merendeel van de patiënten tevreden is met de revisie. Dit duidt op een relatie waarbij de revisie die is uitgevoerd ook de revisie is die men wil hebben.

Van de 209 patiënten die gebeld zijn, komt bij 172 patiënten (82,3%) de revisie overeen met de wens, 29 patiënten (13,9%) hadden liever langsgekomen bij Het Oogziekenhuis en 8 patiënten (3,8%) hadden geen controle gewenst. Opvallend is de categorie met patiënten die liever langs waren gekomen gewenst. Dit is in verhouding een vrij grote groep met respondenten die liever langs waren gekomen.

Van de 129 patiënten die zijn langskomen voor een revisie, komt bij 113 patiënten (87,6%) de revisie overeen met de wens, 14 patiënten (10,9%) hadden liever gebeld willen worden en 2 patiënten (1,5%) hadden geen controle gewenst.

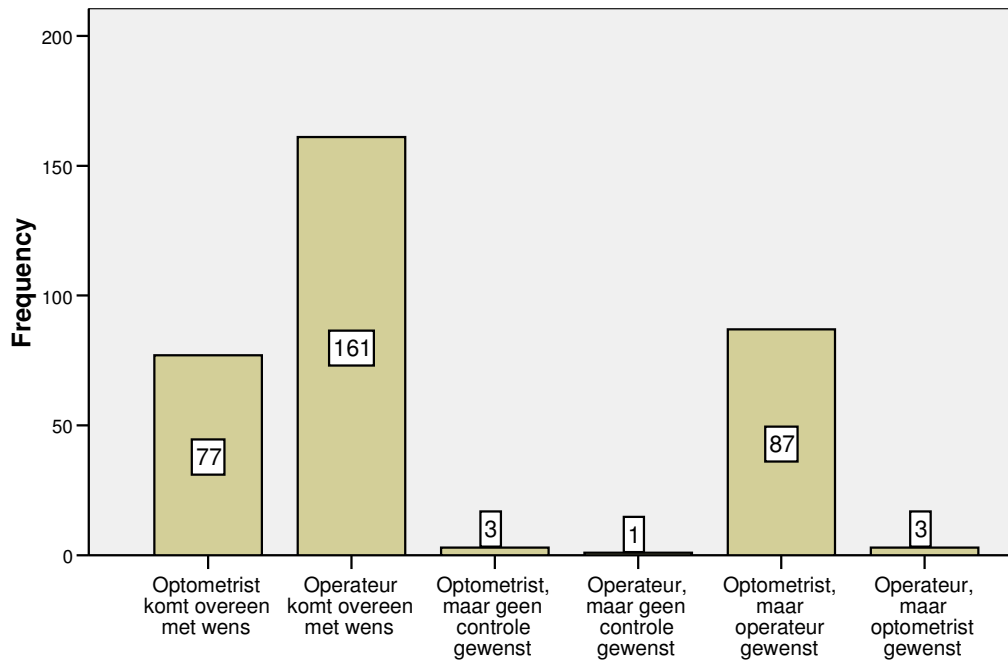
Van de 40 patiënten die geen controle hebben gehad, komt bij 24 patiënten (60%) de revisie overeen met de wens, 9 patiënten (22,5%) hadden liever gebeld willen worden en 7 patiënten (17,5%) hadden langs willen komen. Het is opvallend dat 40% wel een vorm van controle had gewild.

Controle 4 weken na de operatie

Ten aanzien van de controle 4 weken na de operatie is er hetzelfde onderzocht als bij bovenstaande resultaten. Er is gevraagd wie de revisie heeft uitgevoerd, de optometrist of de operateur, en welke revisie de respondent zou willen hebben. Deze vragen zijn gecombineerd en weergegeven in figuur 10. Indien de optometrist de revisie uitvoerde en dit

tevens de wens van de betreffende respondent was, is er sprake van de antwoordcategorie 'Optometrist komt overeen met wens'. Ditzelfde geldt voor de revisie voor de operateur, in het geval dit tevens naar wens was, is er sprake van de antwoordcategorie 'Operateur komt overeen met wens'. Daarnaast zijn er ook antwoordcategorieën waarbij de revisie uit is gevoerd door de operateur of optometrist, maar men dit niet wenste.

2e revisie: 4 weken na OK: praktijk vs wens



Figuur 10: mening over 4 weken revisie in de praktijk en wat de respondent wenst (N=332)

In figuur 10 is te zien dat de 4 weken-revisievorm bij 238 van de 332 respondenten (71,7%) overeenkomt met de wens. Hieruit blijkt dat het merendeel van de patiënten tevreden is met de revisie. Van de 165 patiënten die een revisie door de operateur hebben gehad, komt bij 161 patiënten (97,6%) de revisie overeen met de wens, 1 patiënt (0,6%) had liever geen controle gehad en 3 patiënten (1,8%) hadden een revisie door de optometrist willen hebben. Van de 167 patiënten die een revisie hebben gehad door de optometrist, komt bij 77 patiënten (46,1%) de revisie overeen met de wens, 3 patiënten (1,8%) hadden geen controle willen hebben en 87 (52,1%) hadden liever een revisie door de operateur gehad. Opvallend is dat er een grote groep is die de operateur had gewenst maar de optometrist hebben gezien. Dit is niet te verklaren door de antwoorden op de vraag of men zich veilig voelde na de revisie door de optometrist, deze uitkomsten komen namelijk overeen met het resultaat op de vraag of men zich veilig voelde na de revisie door de operateur. Het is enigszins te verklaren door de meningen van patiënten over het aantal contactmomenten erbij te betrekken. Van de 87 respondenten vinden 68 respondenten (78,2%) dat zij voldoende contact met een oogarts hebben gehad. Er zijn 17 respondenten (19,5%) die vinden dat er niet genoeg contact is geweest met een oogarts. Twee respondenten (2,3%) hebben de vraag over het aantal contactmomenten niet ingevuld. De exacte reden waarom patiënten liever de operateur hadden willen zien, is niet volledig te achterhalen middels dit onderzoek.

Bij het vergelijken van alle groepen, zoals weergegeven in figuur 10, met de beoordeling van het aantal contactmomenten met de oogarts, komt naar voren dat deze resultaten niet overeenkomen. Als er naar alle beoordelingen wordt gekeken, blijkt dat 27 respondenten (7,1%) vinden dat er niet vaak genoeg contact is geweest met een oogarts. Hiervan hebben 21 respondenten de enquête ingevuld, waardoor alleen van deze patiënten te achterhalen valt welke revisie zij gehad hebben en welke revisie gewenst is. Van de 21 respondenten hebben 17 een revisie van de optometrist hebben gehad, maar de operateur was gewenst. Van de overige 4 respondenten die vinden dat zij niet vaak genoeg contact hebben gehad met een oogarts, hebben 3 respondenten een revisie van de operateur gehad naar wens en 1 respondent heeft een revisie van de optometrist gehad naar wens.

Algehele tevredenheid

Over het algemeen zijn patiënten erg tevreden over Het Oogziekenhuis. Oogartsen krijgen gemiddeld het cijfer 9 (N=385) en verpleegkundigen krijgen een 8,9 (N=377). Gemiddeld krijgt het hele ziekenhuis het rapportcijfer 9,1 (N=376). Opvallend is dat bij de drie vragen over rapportcijfers voor oogartsen, verpleegkundigen en het totale ziekenhuis ongeveer 45% tot 50% van de patiënten het cijfer 8 of 9 geeft. Daarnaast geeft 25% tot 30% van de patiënten bij de betreffende vragen het cijfer 10.

Van de 383 patiënten zouden 342 patiënten (89,3%) Het Oogziekenhuis beslist wel en 37 patiënten (9,7%) waarschijnlijk wel aanbevelen. Er zijn 3 patiënten (0,8%) die het ziekenhuis waarschijnlijk niet zou aanbevelen en tot slot is er 1 patiënt (0,3%) die Het Oogziekenhuis beslist niet zou aanbevelen.

6 Conclusie en aanbevelingen

Dit hoofdstuk staat in het teken van de conclusie en aanbevelingen van het onderzoek naar het functioneren van de cataractstraat in Het Oogziekenhuis Rotterdam. De belangrijkste conclusies worden eerst per deelvraag behandeld, vervolgens wordt de probleemstelling beantwoord. Daarna worden enkele aanbevelingen gedaan die uit dit onderzoek naar voren zijn gekomen.

6.1 Conclusie

In dit onderzoek staat een probleemstelling centraal met daarbij vijf bijbehorende deelvragen. In deze paragraaf vormt elke deelvraag een afzonderlijke subparagraaf, waarbij de belangrijkste resultaten en conclusies worden weergegeven. Aan het eind van de paragraaf wordt antwoord gegeven op de probleemstelling.

6.1.1 Hoe ziet het logistieke proces er uit van patiënten die een cataractbehandeling ondergaan op het dagcentrum?

Er kan geconcludeerd worden dat het cataractproces geen 'black box' is zoals in veel ziekenhuizen. Het proces bestaat uit voorspelbare stappen, waarbij medewerkers bekend zijn met het gedeelte van het proces waar men werkzaam is.

Het proces dat cataractpatiënten doorlopen in Het Oogziekenhuis Rotterdam begint bij een algemeen of specifiek spreekuur. Specifieke spreekuren zijn onder te verdelen in: retina-, cornea-, glaucoom- of cataractsprekuren. Na het stellen van de diagnose door de oogarts vindt er in de meeste gevallen een intake-gesprek met de verpleegkundige plaats. Tijdens dit gesprek wordt de voorlopige operatiedatum en locatie vastgesteld. Aan de hand van het intake-gesprek worden er vooronderzoeken gestart. Na de vooronderzoeken gaat het dossier naar de anesthesist voor een papieren screening. Opvallend is dat er op dat moment pas wordt bepaald welke vooronderzoeken er moeten plaatsvinden, de keuze van de anesthesist is namelijk leidend.

Na de screening door de anesthesist vindt er een papieren of fysieke screening door de operateur plaats. Na deze processtap is de patiënt klaar om geopereerd te worden. De operatie vindt plaats onder druppelverdoving of door een retrobulbaire injectie. Eén dag na de operatie vindt er een telefonische controle door de verpleegkundige, een fysieke controle door de operateur of geen controle plaats. Tot slot wordt er 4 weken na de operatie een controle uitgevoerd door de operateur of de optometrist.

In het cataractproces is sprake van gestandaardiseerde processtappen. Niet alle processtappen worden door alleen oogartsen uitgevoerd, dit gebeurt ook door optometristen en verpleegkundigen. Het proces kenmerkt zich door de voorspelbaarheid van het traject en het gaat om een ziektebeeld dat zich niet kenmerkt als complex.

Uit de literatuur komt naar voren dat er iemand moet zijn met de procesregie. In de cataractstraat komt de patiënt vanaf de intake tot en met de vooronderzoeken telkens terug bij de intake/screening. Deze afdeling heeft voor een klein deel van het proces de regie in handen, er is geen overall regie.

6.1.2 Welke veranderingen zijn doorgevoerd bij het ontwerpen van de cataractstraat?

De belangrijkste veranderingen die bij het ontwerpen van de cataractstraat zijn doorgevoerd, zijn vormen van standaardisatie en taakherschikking. Het gaat om standaardisatie in de vorm van papieren screening door de operateur. Taakherschikking is doorgevoerd in de vorm van het inzetten van de verpleegkundige bij de telefonische controle 1 dag na de operatie en het inzetten van de optometrist bij de tweede revisie. Daarnaast zijn enkele medisch inhoudelijke veranderingen doorgevoerd waarbij de invoering van druppelanesthesie de belangrijkste verandering vormt.

6.1.3 Welke kritieke informatie is nodig bij de processtappen en welke extra inspanningen moeten er geleverd worden indien de informatie niet aanwezig is?

In elke processtap, met uitzondering van de vooronderzoeken, worden er beslissingen genomen die kritieke informatie vormen voor het kunnen vervolgen van het proces. Dit betekent dat er in het proces veel belangrijke momenten zitten, die gevolgen hebben voor andere stappen. Dit maakt de uitvoerders van deze processtappen afhankelijk van het traject voorafgaand aan de betreffende processtap. Bij de vooronderzoeken is er geen kritieke informatie nodig om deze uit te kunnen voeren. Dit geldt ook voor de tweede revisie, 4 weken na de operatie. Hiervoor is geen kritieke informatie noodzakelijk om de controle uit te voeren.

Uit de resultaten kan geconcludeerd worden dat het opnameformulier, de checklist, het recept, de oculometrie, voorgeschiedenis en het operatieverslag aspecten in het dossier zijn die kritieke informatie vormen. In de meeste gevallen moeten er bij het ontbreken van deze gegevens extra inspanningen gedaan worden in de vorm van het achterhalen van de betreffende gegevens bij de verantwoordelijke processtap. Dit geldt echter niet voor het ontbreken van gegevens over de te implanteren lens. In het geval van een speciale lens die niet op voorraad is, kan het zijn dat de patiënt naar huis gestuurd wordt, omdat de operatie niet door kan gaan. Dit betekent dat het ontbreken van een speciale lens grote gevolgen kan hebben.

6.1.4 In hoeverre is de cataractstraat doelmatig ingericht?

Het invullen van dezelfde gegevens op meerdere formulieren zorgt voor foutgevoeligheid. Alle noodzakelijke formulieren zijn in de dossiers aanwezig, met uitzondering van de checklist. Dit formulier is niet standaard aanwezig of ingevuld. Dit duidt op ondoelmatigheid, aangezien het formulier noodzakelijk zou zijn in het proces. Daarnaast ontbreekt op sommige momenten informatie, zoals de anesthesievorm, wat zorgt voor een foutgevoelig systeem. Deze bevinding wordt bevestigd door de IGZ (2007), aangezien onvoldoende dossievoering betekent dat de randvoorwaarden voor verantwoorde zorg onvoldoende worden ingevuld, waardoor risico's ontstaan.

Bij het ontbreken van een ASA-score is er geen uitgangspunt voor de vooronderzoeken. Het is opmerkelijk dat er meerdere cijfers worden omcirkeld, aangezien hierbij sprake is van meerdere uitgangspunten. Bij het vergelijken van de ASA-scores van de anesthesist en verpleegkundige komt een zekere mate van 'waste' naar voren. Verpleegkundigen schatten eerder hoger dan lager dan de anesthesist in. In de gevallen van onderschatting moeten sommige patiënten alsnog bepaalde vooronderzoeken ondergaan. Bij overschatting is er sprake van 'waste', aangezien er vooronderzoeken zijn uitgevoerd die niet hadden hoeven

volgens de anesthesist. Het feit dat verpleegkundigen door inschatting bepaalde vooronderzoeken laten uitvoeren, terwijl de ASA-score dit niet weergeeft, betekent dat er wordt afgeweken van de standaard beslisboom. Dit komt niet overeen met de focused factory benadering, waarbij de betreffende taak steeds op dezelfde manier wordt uitgevoerd. Wat betreft de vooronderzoeken kan er geconcludeerd worden dat de oculometrie en ECG in de meeste gevallen gecombineerd kunnen worden met de intake. Dit is niet het geval met de internist, aangezien hier geen inloopspreekuur is.

Er zijn weinig patiënten die op papier en fysiek worden gescreend, zoals van tevoren werd gedacht. Dit betekent dat de uitgevoerde papieren screenings vrijwel geen fysieke screenings als gevolg hebben.

Aan de meeste patiënten wordt een voorlopige operatiedatum meegegeven. Daarvan worden bijna alle patiënten op de betreffende dag geopereerd. Dit duidt op doelmatigheid van het meegegeven van voorlopige operatiedata. Opvallend is dat niet iedereen een operatiedatum meekrijgt, terwijl dit wel het uitgangspunt is. Dit is waarschijnlijk te verklaren door de beperkte planningshorizon van 3 kalendermaanden en de langere wachttijd voor operaties onder druppelanesthesie.

De wachttijd valt ruim binnen de Treek-norm van 6 weken. Patiënten die onder druppelanesthesie geopereerd worden, hebben een gemiddelde wachttijd van 7 weken, terwijl patiënten onder retrobulbaire verdoving gemiddeld 4 weken wachten op de operatie. Dit is een groot verschil tussen beide anesthesievormen.

Patiënten met een bepaalde urgentie worden over het algemeen binnen de gestelde termijn geopereerd. Het is opmerkelijk dat de urgentie niet alleen bepaald wordt door medische urgentie, maar ook door andere aspecten zoals het verlopen van het rijbewijs.

Het overgrote deel van de patiënten wordt onder retrobulbaire verdoving geopereerd. Het is opvallend dat de gebruikte anesthesievorm niet altijd op het operatieformulier is genoteerd. Het heeft geen invloed op de vervolgstappen in het proces, maar duidt wel op onnauwkeurigheid.

6.1.5 In hoeverre zijn cataractpatiënten tevreden over de cataractstraat?

Het merendeel van de patiënten is tevreden over het aantal contactmomenten met de oogarts. Dit betekent dat er naast contact met de verpleegkundigen en/of optometrist voldoende contact met een oogarts is geweest.

De meeste patiënten willen de vooronderzoeken op één dag hebben en bij een overgroot gedeelte van deze patiënten is dit in de praktijk ook gebeurd. Bij een aantal patiënten konden de vooronderzoeken niet op één dag plaatsvinden. Dit betekent een te lage capaciteit om aan de vraag te voldoen. Opvallend hierbij is dat sommige patiënten het prettig vonden om hiervoor apart langs te komen.

Patiënten zijn tevreden over het al dan niet extra langskomen bij de operateur in verband met de screening. Indien zij niet hoefden langs te komen, werd dit als prettig ervaren en indien zij wel moesten langskomen werd dit tevens prettig gevonden. Hieruit kan geconcludeerd worden dat patiënten tevreden zijn met de zorg die zij ontvangen.

De groep patiënten die niet eerder geopereerd hadden kunnen en willen worden is groter dan de groep die wel eerder had gekund en gewild. Van de patiënten die wel eerder gekund en gewild hadden, kan de langere wachttijd voor de operatie komen door de langere wachttijd voor druppelanesthesie. Uit het dossieronderzoek blijkt dat de langere wachttijd

voor druppelanesthesie ervoor zorgt dat sommige patiënten en oogartsen kiezen voor een retrobulbair verdoving. Dit duidt op een ontwikkeling waarbij patiënten kiezen voor de korte of langere wachttijd en niet voor de anesthesievorm.

Ten aanzien van de continuïteit van zorg kan geconcludeerd worden dat de meeste patiënten vinden dat de operateur de oogarts van de polikliniek moet zijn.

De controlevorm één dag na de operatie sluit over het algemeen aan bij de wensen van de patiënt. Er zijn patiënten waarbij de controle niet aansloot op de wens. Opvallend hierbij is een groep patiënten die gebeld is, maar langs had willen komen. Het was ook opmerkelijk dat binnen de groep zonder controle een groot gedeelte een vorm van controle wilde.

Bij het merendeel van de patiënten komt de 4 weken revisie overeen met de wens. Van de patiënten die door een optometrist zijn gezien, had meer dan de helft liever de operateur gezien. Dit is enigszins te verklaren door de mening over het aantal contactmomenten met een oogarts erbij te betrekken. De betreffende groep heeft namelijk opvallend vaker geantwoord dat er niet voldoende contact is geweest met een oogarts.

De patiënten zijn over het algemeen erg tevreden over Het Oogziekenhuis, de oogartsen en verpleegkundigen. Dit blijkt uit rapportcijfers en het gegeven dat vrijwel alle patiënten Het Oogziekenhuis zouden aanraden bij vrienden en familie.

6.1.6 Eindconclusie

De conclusies zijn weergegeven aan de hand van de deelvragen. In deze paragraaf wordt antwoord gegeven op de probleemstelling die in dit onderzoek centraal staat:

'In hoeverre is de huidige cataractstraat van Het Oogziekenhuis Rotterdam doelmatig ingericht met behoud van goede kwaliteit van zorg?'

Er kan geconcludeerd worden dat het cataractproces doelmatig is ingericht, al zijn er stappen in het proces die de doelmatigheid verminderen. Het gaat hier met name om de ASA-scores in combinatie met de vooronderzoeken. Dit brengt 'waste' met zich mee of dat patiënten terug moeten komen voor onderzoeken. Er is sprake van foutgevoeligheid, doordat gegevens op meerdere plaatsen worden ingevuld en niet alle formulieren aanwezig zijn. Patiënten zijn tevreden over het proces, met uitzondering van de 4 weken revisie door een optometrist, waar meer dan de helft een revisie door de operateur preferereert.

6.2 Aanbevelingen

Aan de hand van de resultaten en de daaraan verbonden conclusies kunnen enkele aanbevelingen worden gedaan. Het gaat hier om aanbevelingen voor verbeteringen en voor verder onderzoek.

Druppelanesthesie

De belangrijkste aanbeveling met de meeste impact is het uitbreiden van de operaties met druppelanesthesie. Deze anesthesievorm moet daarbij als standaard worden gezien. Momenteel is de 'perronwachttijd' voor operaties met druppelanesthesie te lang. Indien hiervoor voldoende capaciteit beschikbaar is, neemt de wachttijd voor operaties met deze anesthesievorm af. De voordelen van druppelanesthesie zijn te vinden in het feit dat er geen

anesthesiologische screening hoeft plaats te vinden en er geen vooronderzoeken nodig zijn in de vorm van lab, ECG of internist. Er hoeft geen ASA-score toegekend te worden. Deze veranderingen betekenen een aanzienlijke verkorting van de doorlooptijd.

Het moet wel mogelijk zijn om te kunnen kiezen voor een retrobulbaire verdoving, enkele keren per maand moeten er dagen worden ingepland met alleen retrobulbaire verdovingen.

Vergroten instroom gelabelde cataractpatiënten

Cataractpatiënten komen momenteel via verschillende spreekuren het proces binnen. Het is aan te bevelen om de instroom van gelabelde cataractpatiënten te vergroten. Indien vantevoren bekend is of een vermoeden is dat het om een cataractpatiënt gaat, kan de patiënt op het cataractspreekuur komen. Hierdoor komt de patiënt meteen in aanraking met de cataractarts. Dit kan betekenen dat de operateur vaker de oogarts van de polikliniek is. Om de gelabelde instroom te vergroten, moeten verwijzers geïnstrueerd worden om de patiënten gelabeld naar Het Oogziekenhuis te verwijzen. De huidige capaciteit van cataractspreekuren is te laag om deze instroom te verwerken, en zou derhalve verruimd dienen te worden.

Lenstype en lenssterkte bepalen

Bij het vergroten van de instroom van gelabelde cataractpatiënten, kan voorafgaand aan het bezoek aan de oogarts een oculometrie worden uitgevoerd. Bij het eerste bezoek aan de polikliniek kan na het stellen van de diagnose direct het lenstype en de lenssterkte bepaald worden. Dit zorgt ervoor dat oogartsen niet op andere momenten op papier moeten screenen.

Screenen van patiënten

Indien er wordt uitgegaan van het standaard toepassen van druppelanesthesie, zijn er veel minder patiënten die een retrobulbaire verdoving krijgen. De patiënten die dit wel krijgen en een ASA I, I/II of II score hebben, hoeven net als de druppelanesthesie-patiënten geen vooronderzoeken te ondergaan in de vorm van lab, ECG en internist. Uit interviews blijkt dat Het Oogziekenhuis in die gevallen meer screent in vergelijking met andere ziekenhuizen. Het is aan te bevelen om te onderzoeken hoe het komt dat de ASA-scores van de verpleegkundige en anesthesist afwijken.

Inloopspreekuur internist

Een inloopspreekuur bij de internist zou betekenen dat de meeste patiënten meteen terecht kunnen op het moment dat zij in Het Oogziekenhuis zijn. Het is service naar patiënten toe, omdat zij dan niet standaard voor dit vooronderzoek hoeven terug te komen op een andere dag.

Inplannen operatie en controles

Tijdens het intake-gesprek kan de verpleegkundige naast de operatie meteen de controle 1 dag na de operatie en de 4 weken revisie inplannen. Het moet voor de verpleegkundige mogelijk worden om dit middels de computer te doen, zonder tussenkomst van de afdeling opnameplanning. Er kan standaard gekozen worden voor de telefonische controle 1 dag na de operatie, tenzij er sprake is van risico's, bepaalde medische voorgeschiedenis of

ongeschiktheid van de patiënt. In deze gevallen moet er een fysieke controle op de eerste dag na de operatie ingepland worden. De ingeplande controlevorm kan postoperatief gewijzigd worden, indien er complicaties optreden tijdens of na de operatie.

Bij de 4 weken controle moet eerst achterhaald worden waarom de helft van de patiënten die door een optometrist zijn gezien, liever de operateur hadden willen hebben. Indien dit achterhaald is, kan er een standaard controlevorm worden aangewezen. De ingeplande controlevorm kan postoperatief gewijzigd worden, indien er complicaties optreden tijdens of na de operatie.

Planningshorizon verbreden

Door de huidige vaste planningshorizon van drie kalendermaanden, kunnen op bepaalde momenten geen operaties ingepland worden aangezien de planningshorizon is verstreken. Door de planningshorizon mee te laten schuiven, is dit probleem verholpen en kunnen operaties en controles tot drie maanden verder ingepland worden. Naast het frequenter verleggen van de horizon is het tevens aan te bevelen om de planningshorizon langer te maken dan 3 maanden, bijvoorbeeld 5 maanden.

Continuïteit van zorg

In het kader van de continuïteit zorg moet er aan patiënten voorgelegd worden of zij liever snel geholpen willen worden, met de kans dat de operateur niet de oogarts van de polikliniek is, of dat zij kiezen voor continuïteit en de operateur tevens de oogarts is, waarbij men langer moet wachten op de operatie. Door patiënten hierin te betrekken, kunnen zij zelf een keuze maken en zijn zij op de hoogte van de consequentie.

Protocollen

Er is redelijk veel gestandaardiseerd in het cataractproces, maar weinig is daadwerkelijk vastgelegd in een protocol. Er moet een protocol opgesteld worden voor het standaard-cataractproces en dit vindbaar gedocumenteerd worden. Dit vermindert de foutgevoeligheid, omdat duidelijk wordt voor iedereen welke afspraken er zijn gemaakt.

EPD

Om de administratieve last te beperken en het overzicht te behouden, moet er gewerkt worden aan de invoering van het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD). Op die manier zijn de patiëntengegevens digitaal inzichtelijk voor alle zorgverleners binnen Het Oogziekenhuis. Er kan voor gekozen worden om op bepaalde momenten kritieke punten in te bouwen in het systeem, waarbij bepaalde gegevens persé ingevoerd moeten worden, voor men verder kan. Hierdoor wordt tegengegaan dat er gegevens missen of dat er dubbele gegevens ingevoerd worden.

Aanbevelingen voor verder onderzoek

Uit de resultaten van de patiënttevredenheidsenquête is gebleken dat een groot deel van de patiënten die een revisie door de optometrist hebben gehad, liever een controle door de operateur hadden gehad. Het is uit dit onderzoek niet te achterhalen waarom dit zo is. Het is aan te bevelen om hier verder onderzoek naar te doen.

Daarnaast is het aan te bevelen om verder onderzoek te doen naar het vergroten van de gelabelde instroom van cataractpatiënten, omdat onduidelijk is of dit haalbaar is.

7 Discussie

Bij ieder onderzoek is er in meer of mindere mate sprake van beperkingen. In dit onderzoek is sprake van enkele beperkingen op het gebied van de methodologie en de verkregen resultaten.

In de onderzoeksopzet is beschreven dat er een meting zou plaatsvinden onder medewerkers over de organisatie van het zorgproces aan de hand van de 'Klinisch Pad ZelfEvaluatie Tool (KPZET)'. Dit onderdeel is niet uitgevoerd, aangezien het teveel tijd zou gaan kosten naast de uitvoering van het dossier –en patiënttevredenheidsonderzoek en de interviews. De meting heeft inmiddels wel plaatsgevonden buiten het kader van dit onderzoek.

Het patiënttevredenheidsonderzoek is uitgevoerd in naam van Het Oogziekenhuis Rotterdam. Dit kan gezien worden als een beperking, omdat patiënten hierdoor sociaal wenselijke antwoorden kunnen gaan geven. Patiënten kunnen bijvoorbeeld denken dat de gegeven antwoorden invloed hebben op hun verdere behandeling, ondanks dat in de toelichting van de vragenlijst duidelijk is vermeld dat de gegevens anoniem worden verwerkt. De patiënttevredenheidsenquête bestaat uit veel vragen die niet in het kader van dit onderzoek zijn geanalyseerd. De omvang van de enquête kan invloed gehad hebben op de respons. Ondanks dat de respons vrij hoog is, 64,9%, had dit wellicht hoger kunnen zijn bij een kortere enquête. Daarnaast kan de lengte van de enquête invloed gehad hebben op het aantal niet ingevulde vragen. Er worden in de enquêtes af en toe vragen overgeslagen, terwijl deze wel ingevuld hadden moeten worden. Er zijn tevens enquêtes waarbij een gehele bladzijde is overgeslagen. Dit brengt een beperking met zich mee met betrekking tot de betrouwbaarheid van het onderzoek.

8 Literatuurlijst

- Baarda, D.B. & M.P.M. de Goede. 2001. *Basisboek methoden en technieken: handleiding voor het opzetten en uitvoeren van onderzoek*. Derde herziene druk. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff bv.
- Bowling, A. 2002. *Research methods in health: investigating health and health services*. Tweede druk. London: Open University Press.
- Bredenhoff et al. 2004. *Zorg in focus: op zoek naar routine in het zorgproces*. In: Medisch Contact. Nummer 59: 1304-1308.
- Folpmers, M. & J. de Bruijn. 2005. *Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) in de Nederlandse ziekenhuizen*. [internet]. Handboek Management Accounting juli 2005. http://www.werkenmetdbcs.nl/fileadmin/dbc/documenten/Nieuws/dbc_uitleg.pdf
- Groot, P.M.A. e.a. 1993. 'Raamwerk voor productiebesturing in ziekenhuizen.' *Acta Hospitalita 2* (1993). 29-39.
- (Het Oogziekenhuis Rotterdam). 2005. *Plan van aanpak Klinisch Pad Cataract 2005* (intern document).
- (Het Oogziekenhuis Rotterdam). 2006. *Presentatie Rotterdamse cataractstraat* (intern document).
- (Het Oogziekenhuis Rotterdam). 2007a. *OZR in het kort*. [internet]. Het Oogziekenhuis Rotterdam. 25-01-2007. [aangehaald op 25-01-2007] Bereikbaar op <http://www.oogziekenhuis.nl/algemeen.asp?glD=5280>
- (Het Oogziekenhuis Rotterdam). 2007b. *Intern rapport logistieke gegevens* (intern document).
- Hiddema, U.F & K. Sol. 2002. *Moderne patiëntenzorg in Nederland: van kennis naar actie*. Hoofdstuk 5: een cataractstraat voor Rotterdamse oogpatiënten: bedrijfsmatig, persoonlijk en hoge kwaliteit. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Hiddema, U.F & G. de Vries. 2001. *Management van patiëntenstromen*. Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu van Loghum.
- (IGZ). 2007. *Toezicht Preoperatief Traject: onderzoek naar het preoperatieve traject van het operatief proces* [internet]. Inspectie voor de Gezondheidszorg. Bereikbaar op http://www.igz.nl/15451/475693/2007-02_Rapport_Preoperatie1.pdf
- (IOM). 2001. *Crossing the Quality Chasm*. Institute Of Medicine (IOM). report.
- Merode, F. van e.a. 2004. 'Gum and six sigma approaches positioned as deterministic tools in quality target engineering.' *Accred Qual Assur*. 10:32-36.

- (RIVM). 2006. *Vergrijzing samengevat*. [internet]. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. 14 december 2006. [aangehaald op 10-02-2007] Bereikbaar op http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o3097n21018.html
- (RIVM). 2007. *Sectoroverstijgende zorg: wachten op zorg*. [internet]. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. [aangehaald op 22-05-07] Bereikbaar op http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o2302n29636.html
- Steens, L. 2005. 'Meer ingrepen in minder tijd: efficiënter proces op de OK verkort wachttijden.' *Medisch Contact*. 23-09-2005: 60 nr. 38.
- Strien, Y. van. 2006. *Cataractstraat gaat integraal: onderzoek naar het preoperatieve zorgproces van een cataractpatiënt in Het Oogziekenhuis Rotterdam*. Scriptie Beleid en Management van de Gezondheidszorg (BMG).
- (Van Dale). 1992. *Groot woordenboek der Nederlandse Taal*. Utrecht: Van Dale Lexicografie.
- Vanhaecht et al, 2006. *Development and validation of a Care Process Self Evaluation Tool (CPSET)*. Health Services Management Research, Accepted for publication.
- (VISION 2020). 2005. *Vermijdbare blindheid en slechthoortheid in Nederland*. [internet]. VISION 2020. maart 2005. [aangehaald op 29-01-2007] Bereikbaar op http://www.oogfonds.nl/projects/oogfonds/data/voorpagina/Informatiecentrum/vermijdbaarheid/rapport_Vision_2020.pdf
- Visser, H.M. & A.R. van Goor. 1996. *Werken met logistiek*. Tweede druk. Houten: Educatieve Partners Nederland BV.
- Vissers, J.M.H. 1999. Logistieke processen in zorgbedrijven. In: R. Lapre & G. van Montfort, *Bedrijfseconomie van gezondheidszorg*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg
- Vissers, J.M.H. & R. Beech. 2005. *Health operations management. Patient flow logistics in health care*. London and New York: Routledge
- Vissers, J.M.H. & G. de Vries. 2005. *Sleutelen aan Zorgprocessen*. Een visie op Zorglogistieke Bedrijfsvoering. Leiderdorp: Demmenie Grafimedia.
- Vissers, J.M.H. 2007. 'Zorgpaden en zorgstraten: een bedrijfskundig perspectief'. Congres Zorgstraten in Ziekenhuizen, UMCU, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen, 26 januari 2007. Powerpointpresentatie bereikbaar op <http://www.integratedcare.nl/downloads/con07vissers.pdf>

Bijlage 1: Patiënttevredenheidsenquête



Geachte heer/mevrouw,

Uit de gegevens van Het Oogziekenhuis Rotterdam blijkt dat u onlangs een staaroperatie heeft ondergaan. Het Oogziekenhuis doet samen met de Katholieke Universiteit Leuven en de Erasmus Universiteit Rotterdam onderzoek naar de kwaliteit van zorg. Met deze vragenlijst willen we nagaan wat u als patiënt van de zorg vond tijdens de behandeling van uw staar in Het Oogziekenhuis. De resultaten gebruiken we om de service aan u en andere bezoekers te verbeteren en voor wetenschappelijk onderzoek. Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 10 minuten. Alle informatie waardoor iemand u zou kunnen herkennen wordt vertrouwelijk gehouden.

Wij stellen het bijzonder op prijs als u deze vragenlijst wilt invullen. Als u ervoor kiest de vragenlijst niet in te vullen, zet u dan in dit vak een kruisje en stuurt u alstublieft deze bladzijde terug in de bijgevoegde antwoordenvelop. Een postzegel is niet nodig.

Instructies voor het invullen van deze vragenlijst

- Beantwoord alle vragen door een kruisje te zetten in het vakje dat links van uw antwoord staat.
- Indien u in korte tijd aan beide ogen een staaroperatie heeft ondergaan, vult u dan de vragenlijst in voor het laatst geopereerde oog.
- Soms wordt u gevraagd om enkele vragen in deze vragenlijst over te slaan. In dat geval ziet u een pijl met een opmerking die u vertelt welke vraag u daarna moet beantwoorden, op de volgende manier:
 - Ja → *indien ja, ga door naar vraag 1*
 - Nee

Terugsturen van de vragenlijst

De ingevulde vragenlijst kunt u terugsturen in de bijgevoegde antwoordenvelop. Is de antwoordenvelop niet in uw bezit, wilt u de lijst dan sturen naar:

Het Oogziekenhuis Rotterdam
t.a.v. Claudia van Gaalen
Antwoordnummer 730
3000 VB Rotterdam

Een postzegel is niet nodig.

Wilt u de vragenlijst alstublieft uiterlijk twee weken na ontvangst terugsturen?

Hartelijk dank voor uw medewerking aan dit onderzoek.

Mw. Claudia van Gaalen en mw. drs. Ellen J. van Vliet

Telefoon: 010-4017698 E-mail: vangaalen@oogziekenhuis.nl

ALGEMEEN

1. In hoeverre is het een probleem geweest om na een verwijzing zo snel als u wilde een afspraak bij Het Oogziekenhuis te krijgen voor uw staar?
 - Een groot probleem
 - Een klein probleem
 - Geen probleem
2. Heeft u al eerder een staaroperatie ondergaan?
 - Ja
 - Nee
3. Heeft u naast staar nog één of meerdere andere oogandoeningen?
 - Ja → *Indien ja, ga door naar vraag 4*
 - Nee → *Indien nee, ga door naar vraag 5*
4. Welke oogandoening is dit?
(Meerdere antwoorden mogelijk)
 - Ouderdomsslijtage van het netvlies (maculaire degeneratie)
 - Verhoogde oogdruk met gezichtveldschade (glaucoom)
 - Suikerziekte-afwijkingen op het netvlies
 - Ziekte van het hoornvlies
 - Inwendige oogontstekingen
 - Netvliesloslating
 - Lui oog
 - Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

DE ZORG VOOR U DOOR OOGARTSEN

De volgende vragen gaan over al uw contacten met uw oogarts voor de behandeling van uw staar. Als u met meer dan één oogarts te maken heeft gehad, geef uw oordeel dan over de oogarts met wie u het meest te maken heeft gehad.

5. Hoe lang duurde een afspraak met uw oogarts gemiddeld?
 - Korter dan 5 minuten
 - Tussen de 5 en 10 minuten
 - Tussen de 10 en 15 minuten
 - Langer dan 15 minuten
6. Hoe vaak behandelde uw oogarts u beleefd?
 - Nooit
 - Soms
 - Meestal
 - Altijd
7. Hoe vaak luisterde uw oogarts aandachtig naar u?
 - Nooit
 - Soms
 - Meestal
 - Altijd
8. Hoe vaak legde uw oogarts dingen op een begrijpelijke manier uit?
 - Nooit
 - Soms
 - Meestal
 - Altijd
9. Hoe vaak besteedde uw oogarts voldoende tijd aan u?
 - Nooit
 - Soms
 - Meestal
 - Altijd
10. Hoe vaak ging uw oogarts serieus in op al uw vragen die te maken hadden met uw staaroperatie?
 - Nooit
 - Soms
 - Meestal
 - Altijd
11. Hoe vaak nam uw oogarts u serieus?
 - Nooit
 - Meestal
 - Altijd
12. Hoe vaak gaf uw oogarts u de ruimte om mee te beslissen over uw behandeling?
 - Nooit
 - Soms
 - Meestal
 - Altijd

13. Hoe vaak hield uw oogarts rekening met uw specifieke wensen?

- Nooit
 Soms
 Meestal
 Altijd

14. Hoe vaak werd u binnen 15 minuten na de afgesproken tijd door uw oogarts geholpen?

- Nooit
 Soms
 Meestal
 Altijd

15. Hoe vaak had u contact met dezelfde oogarts?

- Nooit
 Soms
 Meestal
 Altijd

16. Vindt u dat u vaak genoeg contact heeft gehad met een oogarts tijdens de behandeling van uw staar?

- Ja
 Nee

17. Hoe vaak was uw oogarts bereid met u over zaken te praten die naar uw mening niet goed waren verlopen?

- Nooit
 Soms
 Meestal
 Altijd
 Er zijn geen zaken geweest die naar mijn mening niet goed zijn verlopen

18. Heeft uw oogarts u verteld wat de risico's van een staaroperatie waren?

- Ja
 Nee

19. Was uw oogarts op de hoogte van uw algemene gezondheidstoestand?

- Ja
 Nee

20. Heeft uw oogarts u tijdens uw staaroperatie precies verteld wat er gebeurde?

- Ja
 Nee
 Kan ik me niet meer herinneren

21. Geef hieronder uw totale oordeel over de zorg die u van uw oogarts kreeg, waarbij 0 de slechtst mogelijke zorg en 10 de best mogelijke zorg weergeeft.

- 0 Slechtst mogelijke zorg van de oogarts
 1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10 Best mogelijke zorg van de oogarts

*DE ZORG VOOR U DOOR
 VERPLEEGKUNDIGEN*

De volgende vragen gaan over de contacten die u met de verpleegkundigen heeft gehad in Het Oogziekenhuis.

22. Hoe vaak behandelden verpleegkundigen u beleefd?

- Nooit
 Soms
 Meestal
 Altijd

23. Hoe vaak luisterden verpleegkundigen aandachtig naar u?

- Nooit
 Soms
 Meestal
 Altijd

24. Hoe vaak legden verpleegkundigen dingen op een begrijpelijke manier uit?

- Nooit
 Soms
 Meestal
 Altijd

25. Geef hieronder uw totale oordeel over de zorg die u van verpleegkundigen kreeg, waarbij 0 de slechtst mogelijke en 10 de best mogelijke zorg weergeeft.
- 0 Slechtst mogelijke zorg van
 1 verpleegkundigen
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10 Best mogelijke zorg van verpleegkundigen

INFORMATIE

In de volgende vragen wordt ingegaan op de verschillende aspecten van informatievoorziening rondom de behandeling van uw staar.

26. Heeft u Het Oogziekenhuis gebeld om hulp of raad te vragen?
 Ja → *indien ja, ga door naar vraag 27*
 Nee → *indien nee, ga door naar vraag 28*
27. In hoeverre is het een probleem geweest om Het Oogziekenhuis telefonisch te bereiken?
 Een groot probleem
 Een klein probleem
 Geen probleem
28. Konden alle voorbereidende onderzoeken voor uw staaroperatie op één dag plaatsvinden?
 Ja, dit vond ik prettig
 Ja, dit vond ik niet prettig
 Nee, maar ik wilde liever alle onderzoeken op één dag
 Nee, dit vond ik prettig zo
29. Heeft u in verband met de voorbereidende onderzoeken nog een extra bezoek gebracht aan de oogarts?
 Ja, dit vond ik prettig
 Ja, dit vond ik overbodig
 Nee, maar dit vond ik prettig zo

Nee, maar ik wilde hiervoor liever wel bij de oogarts langskomen

30. Heeft iemand met u besproken wat u na uw staaroperatie moest doen in geval van nood?
 Ja
 Nee
31. Heeft iemand u verteld wat de gevolgen van uw staaroperatie zijn voor het gebruik van uw bril?
 Ja
 Nee
 Ik draag geen bril
32. Hoe vaak gaven de verschillende artsen en andere hulpverleners u tegenstrijdige informatie?
 Nooit
 Soms
 Meestal
 Altijd
33. Hoe vaak is de zorg die u kreeg, afgestemd op de zorg van andere hulpverleners (optometrist, verpleegkundige, huisarts, etc.)?
 Nooit
 Soms
 Meestal
 Altijd
34. Heeft u informatie gekregen over welke activiteiten u wel en niet kon doen na uw staaroperatie?
 Ja
 Nee
35. Heeft u met iemand gesproken over in hoeverre u thuis de nodige hulp zou hebben na uw staaroperatie?
 Ja
 Nee
36. Heeft u informatie gekregen over de symptomen of gezondheidsproblemen waarop u na uw staaroperatie moest letten?
 Ja
 Nee

MEDICATIE

De volgende vragen gaan over medicatie met betrekking tot uw staaroperatie.

37. Hoe vaak vroegen oogartsen, verpleegkundigen of ander ziekenhuispersoneel u of u allergisch bent voor jodium?

- Nooit
 Soms
 Meestal
 Altijd

38. Hoe vaak vroegen oogartsen, verpleegkundigen of ander ziekenhuispersoneel u of u allergisch bent voor bepaalde geneesmiddelen?

- Nooit
 Soms
 Meestal
 Altijd

39. Hoe vaak hebben oogartsen, verpleegkundigen of ander ziekenhuispersoneel u mogelijke bijwerkingen uitgelegd op een manier die u kon begrijpen?

- Nooit
 Soms
 Meestal
 Altijd

UW STAAROPERATIE

De volgende vragen gaan over uw staaroperatie.

40. Hoeveel weken zat er tussen het vaststellen van uw staar door de oogarts en de staaroperatie?

- 0-1 weken/week
 2-3 weken
 4-5 weken
 6-7 weken
 8-9 weken
 10 weken of langer

41. Had u eerder geopereerd willen worden en had dit wat u betreft ook gekund?

- Ja
 Nee

42. Is de afgesproken operatiedatum verzet?

- Nee
 Ja, ik heb de operatiedatum verzet
 Ja, Het Oogziekenhuis heeft de operatiedatum verzet

43. Was de oogarts die uw staaroperatie uitvoerde dezelfde oogarts als op de polikliniek?

- Ja
 Nee

44. Vindt u dat de oogarts die de staaroperatie uitvoert, dezelfde oogarts moet zijn als op de polikliniek?

- Ja
 Nee

45. Heeft u pijn gehad tijdens uw staaroperatie?

- Ja
 Nee

46. Heeft u na uw staaroperatie volgens uw oogarts nog last gehad van complicaties?

- Ja
 Nee

CONTROLES NA UW STAAROPERATIE

De volgende vragen gaan over de controle één dag na uw staaroperatie.

47. Hoe verliep uw controle één dag na uw staaroperatie?

- Ik ben gebeld door Het Oogziekenhuis → *Indien gebeld, ga door naar vraag 48*
 Ik ben naar Het Oogziekenhuis geweest voor controle → *Indien bezoek, ga door naar vraag 51*
 Ik kreeg geen controle en mocht op eigen verzoek contact opnemen met Het Oogziekenhuis door te bellen of te komen → *Indien geen controle, ga door naar vraag 54*

48. Hoe vaak luisterde de verpleegkundige aandachtig naar u bij de telefonische controle?

- Nooit
 Soms
 Meestal
 Altijd

49. Hoe vaak legde de verpleegkundige dingen op een begrijpelijke manier uit tijdens de telefonische controle?
- Nooit
 Soms
 Meestal
 Altijd
50. Voelde u zich veilig na afloop van de telefonische controle van de verpleegkundige?
- Ja → *ga door naar vraag 56*
 Nee → *ga door naar vraag 56*
51. Hoe vaak luisterde de oogarts aandachtig naar u bij de controle één dag na de operatie?
- Nooit
 Soms
 Meestal
 Altijd
52. Hoe vaak legde de oogarts dingen op een begrijpelijke manier uit bij de controle één dag na de operatie?
- Nooit
 Soms
 Meestal
 Altijd
53. Voelde u zich veilig na afloop van de controle van de oogarts één dag na de operatie?
- Ja → *ga door naar vraag 56*
 Nee → *ga door naar vraag 56*
54. Voelde u zich veilig toen u geen controle kreeg één dag na de operatie?
- Ja
 Nee
55. Heeft u een dag na de operatie contact opgenomen met Het Oogziekenhuis?
- Ja, ik heb gebeld met Het Oogziekenhuis
 Ja, ik ben naar het Oogziekenhuis gekomen
 Nee
56. Als u nogmaals een staaroperatie zou moeten ondergaan, welke afspraak zou u één dag na uw operatie willen?
- Ik zou naar het ziekenhuis willen komen voor een controle
 Ik zou gebeld willen worden door een verpleegkundige
 Ik zou gebeld willen worden door een oogarts
- Ik zou geen controle hoeven
57. Wie verrichtte uw controle ± 4 weken na uw staaroperatie?
- De optometrist → *Indien optometrist, ga door naar vraag 58*
 De oogarts → *Indien oogarts, ga door naar vraag 62*
58. Hoe vaak luisterde de optometrist aandachtig naar u bij de controle ± 4 weken na uw staaroperatie?
- Nooit
 Soms
 Meestal
 Altijd
59. Hoe vaak legde de optometrist dingen op een begrijpelijke manier uit bij de controle ± 4 weken na uw staaroperatie?
- Nooit
 Soms
 Meestal
 Altijd
60. Voelde u zich veilig na afloop van de controle van de optometrist ± 4 weken na uw staaroperatie?
- Ja
 Nee
61. Heeft u de oogarts nog gezien tijdens het bezoek aan de optometrist?
- Ja, op mijn verzoek → *ga door naar vraag 66*
 Ja, de optometrist stuurde mij door → *ga door naar vraag 66*
 Nee → *ga door naar vraag 66*
62. Wat is de reden geweest dat de oogarts deze controle uitvoerde?
- Op mijn verzoek
 Door mijn medische historie
 Door complicaties tijdens de operatie
 Ik weet het niet
 Anders, namelijk:.....
63. Hoe vaak luisterde de oogarts aandachtig naar u bij de controle ± 4 weken na uw staaroperatie?
- Nooit
 Soms
 Meestal
 Altijd

64. Hoe vaak legde de oogarts dingen op een begrijpelijke manier uit bij de controle \pm 4 weken na uw staaroperatie?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

65. Voelde u zich veilig na afloop van de controle van de oogarts \pm 4 weken na uw staaroperatie?

- Ja
- Nee

66. Als u nogmaals een staaroperatie zou moeten ondergaan, welke controle zou u \pm 4 weken na uw staaroperatie willen ondergaan?

- Ik zou een controle willen door de oogarts
- Ik zou een controle willen door de optometrist
- Ik zou geen controle willen hebben

TOTALE BEOORDELING

De volgende vragen gaan over de totale beoordeling van Het Oogziekenhuis.

67. Geef hieronder uw totale oordeel over Het Oogziekenhuis, waarbij 0 het slechtst mogelijke en 10 het best mogelijke ziekenhuis weergeeft.

- 0 Slechtst mogelijke ziekenhuis
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 Best mogelijke ziekenhuis

68. Zou u Het Oogziekenhuis bij uw vrienden en familie aanbevelen?

- Beslist niet
- Waarschijnlijk niet
- Waarschijnlijk wel
- Beslist wel

ALGEMENE GEGEVENS

69. Werd uw staaroperatie volledig vergoed door uw zorgverzekeraar?

- Ja
- Nee

70. Hoe vaak, sinds u onder behandeling bent voor uw staar, schreef uw oogarts medicijnen voor die volledig vergoed worden door uw zorgverzekering?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

71. Heeft iemand u geholpen bij het invullen van deze vragenlijst?

- Ja \rightarrow *Indien ja, ga naar vraag 72*
- Nee \rightarrow *Indien nee, ga naar vraag 73*

72. Hoe heeft die persoon u geholpen? *(Meerdere antwoorden mogelijk)*

- Heeft de vragen voorgelezen
- Heeft mijn antwoorden opgeschreven
- Heeft de vragen in mijn plaats beantwoord
- Heeft de vragen in mijn taal vertaald
- Heeft op een andere manier geholpen, namelijk: *(a.u.b. in blokletters)*

73. Hoe zou u over het algemeen uw gezondheid noemen?

- Uitstekend
- Zeer goed
- Goed
- Matig
- Slecht

74. Heeft u inmiddels een aangepaste bril?

- Ja \rightarrow *Indien ja, ga door naar vraag 75*
- Nee \rightarrow *Indien nee, ga door naar vraag 76*
- Ik draag geen bril \rightarrow *Indien geen bril, ga door naar vraag 75*

75. Deze vragen gaan over hoe u zich voelt en hoe het met u ging in de afgelopen 4 weken. Wilt u a.u.b. bij elke vraag het antwoord geven dat het best benadert hoe u zich voelde? Maak op elke regel 1 vierkantje zwart.

	Nu beter dan voor de operatie	Geen verschil	Nu slechter dan voor de operatie
a. Goed dichtbij kunnen zien (b.v. een krant of boek lezen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Samenwerking tussen beide ogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Gevoel van onafhankelijkheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Goed veraf kunnen zien (b.v. mensen aan de overkant van de straat herkennen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Doen van de normale bezigheden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Geen last hebben van felle lichten (b.v. lampen van tegemoet komende auto's 's nachts)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Mogelijkheid tot deelname aan het verkeer (b.v. als voetganger, fietser of automobilist)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Geen dingen dubbel zien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Goed op middelgrote afstand kunnen zien (b.v. het kunnen lezen van ondertitels op televisie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Helder en kleurrijk zien van dingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Goed erg dichtbij kunnen (b.v. borduren, knutselen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Geen dingen wazig zien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

76. Wat is het geboorteland van uzelf?

- Nederland
- Indonesië/voormalig Nederlands-Indië
- Suriname
- Marokko
- Turkije
- Duitsland
- Nederlandse Antillen
- Aruba
- Kaap Verdië
- Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

77. Wat is het geboorteland van uw vader?

- Nederland
- Indonesië/voormalig Nederlands-Indië
- Suriname
- Marokko
- Turkije
- Duitsland
- Nederlandse Antillen

- Aruba
- Kaap Verdië
- Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

78. Wat is het geboorteland van uw moeder?

- Nederland
- Indonesië/voormalig Nederlands-Indië
- Suriname
- Marokko
- Turkije
- Duitsland
- Nederlandse Antillen
- Aruba
- Kaap Verdië
- Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

79. Wat is de uw hoogst voltooide opleiding die u heeft afgerond? (een opleiding afgerond met een diploma of voldoende getuigschrift)

- Geen opleiding (lager onderwijs: niet afgemaakt)
- Lager onderwijs (basisschool, speciaal basisonderwijs)
- Lager of voorbereidend beroepsonderwijs (zoals LTS, LEAO, LHNO, VMBO)
- Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs (bv. MAVO, [M]ULO, MBO-kort, VMBO-t)
- Middelbaar beroepsonderwijs en beroepsbegeleidend onderwijs (zoals MBO-lang, MTS, MEAO, BOL, BBL, INAS)
- Hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (zoals HAVO, VWO Atheneum, Gymnasium, HBS, MMS)
- Hoger beroepsonderwijs (zoals HBO, HTS, HEAO, HBO-V, kandidaats wetenschappelijk onderwijs)
- Wetenschappelijk onderwijs (universiteit)
- Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

Ruimte voor eventuele opmerkingen:

(a.u.b. in blokletters)

– Einde van de vragenlijst –

Hartelijk dank voor het invullen van de vragenlijst.

Stuurt u de ingevulde vragenlijst a.u.b. terug in de bijgevoegde envelop naar:
 Het Oogziekenhuis Rotterdam
 t.a.v. mw. CM. van Gaalen
 Antwoordnummer 730
 3000VB Rotterdam

Een postzegel is niet nodig.

Bijlage 2: Onderzochte variabelen

De volgende variabelen zijn voor de resultaten uit het dossieronderzoek gehaald:

- Beschrijving steekproefgrootte: aantal patiënten, welk oog (linker of rechter oog, geslacht, leeftijd)
- Welke voorbereidende onderzoeken hebben er plaatsgevonden
- Papieren of fysieke screening
- Routes van cataractpatiënten (vooronderzoeken, soort screening, eerste revisie, tweede revisie)
- ASA-indeling
- Doorlooptijd: van bezoek aan de oogarts inclusief diagnose t/m 4 weken revisie
- Wachtijd voor operatie: bezoek aan de oogarts inclusief diagnose cataract t/m operatie
- Aantal bezoeken van patiënten aan Het Oogziekenhuis / Hoeveel keer Het Oogziekenhuis bezocht in het kader van de staaroperatie
- Hoe vaak voorlopige operatiedatum daadwerkelijk echte operatiedatum was (en hoe vaak dit eerder of later was)
- Hoe vaak is er geen voorlopige operatiedatum meegegeven
- Hoeveel patiënten zijn er op de Spoed Eisende Hulp (SEH) geweest

De volgende variabelen zijn voor de resultaten uit het patiënttevredenheidsonderzoek gehaald:

- Beschrijving steekproefgrootte: aantal patiënten, welk oog (linker of rechter oog, geslacht, leeftijd)
- Hoe vaak kunnen patiënten binnen 15 minuten bij de oogarts terecht
- Hoe vaak hebben patiënten contact met dezelfde oogarts
- Vinden patiënten dat zij vaak genoeg contact hebben gehad met een oogarts
- Oordeel oogarts in cijfer
- Oordeel verpleegkundige in cijfer
- Vooronderzoeken op een dag plaatsgevonden en mening hierover
- Bezoek aan oogarts ivm vooronderzoeken en mening hierover
- Aantal weken tussen diagnose en operatie
- Hadden patiënten eerder geopereerd kunnen en willen worden
- Is de operatiedatum verzet
- Was de operateur de oogarts op de polikliniek en mening hierover
- Controlevorm eerste dag na de operatie
- Welke controle willen patiënten de eerste dag na de operatie
- Controlevorm 4 weken na de operatie
- Contact gehad met de oogarts indien de optometrist de controle uitvoerde
- Op de hoogte van reden van controle door de oogarts
- Welke controle willen patiënten 4 weken na de operatie
- Oordeel gehele ziekenhuis en aanbevelen van Het Oogziekenhuis

Bijlage 3: Beschrijving cataractproces

Diagnose

Een patiënt met cataract kan gediagnosticeerd worden op het algemene oogheelkundige -of het specifieke cataract spreekuur. Om op een van deze spreekuren te komen, moet er een afspraak gemaakt worden bij het afsprakenbureau. Bij de afspraak op de polikliniek kan de patiënt onderzocht worden door een oogarts, phaco-fellow¹² of arts-assistent¹³. Patiënten die aan het eerste oog zijn geopereerd en hiervoor op controle zijn gekomen, kunnen ook onderzocht worden door een optometrist.

Tijdens de afspraak op de polikliniek wordt er een oogheelkundig onderzoek uitgevoerd. Aan de hand van dit onderzoek wordt de diagnose cataract gesteld. Op dat moment moet het bovenste deel van het opnameformulier ingevuld worden. Het gaat hier om de volgende aspecten op het opnameformulier:

- Diagnose
- Ingreep
- Welk oog (mogelijkheden: OD, OS of ODS)
- Datum aanvraag
- Naam aanvrager
- Operateur (mogelijkheden: oogh (oogheelkundig oftewel algemeen) of anders)
- Voorkeur anesthesie (mogelijkheden: lokaal, narcose en/of druppel)
- Voorkeur opname (mogelijkheden: dagcentrum, OK 1-4¹⁴ dagverpleging en/of OK 1-4 klinisch)
- Urgentie (mogelijkheden: A, B en/of C)
- Operatieduur
- Antistolling
- Diabetes (mogelijkheden: insuline of tabletten)
- Voorkeur voor 4 weken revisie (mogelijkheid: patiënt voor revisie naar oogarts, niet naar optometrist)

De oogarts geeft bij de diagnose voorkeuren aan voor anesthesie en opnamelocatie. Het gaat hier nadrukkelijk om voorkeuren, aangezien de anesthesist hierin het uiteindelijk voor het zeggen heeft. Standaard kiest de oogarts voor het dagcentrum. De urgentie bepaalt de periode waarbinnen de patiënt geopereerd moet worden. Er wordt bij urgentie onderscheid gemaakt in drie categorieën:

- A: het gaat hier om een spoedgeval, de patiënt moet zo snel mogelijk geholpen worden
- B: het gaat hier om een patiënt die binnen 6 weken geholpen moet worden. Het aantal weken wordt soms nog specifiek erbij vermeld
- C: het gaat hier om een reguliere patiënt

¹² Een fellow is een oogarts die gedurende twee maanden getraind wordt in het beheersen van de betreffende operatietechniek in Het Oogziekenhuis Rotterdam. In het geval van een phaco-fellow gaat het om phaco-emulsificatie, speciale techniek bij cataractoperaties.

¹³ Arts-assistenten zien officieel alleen nieuwe patiënten, dus geen patiënten die op controle komen.

¹⁴ Deze operatieruimte wordt ook wel grote OK genoemd

De meeste cataractpatiënten krijgen een C-urgentie. Naast het opnameformulier vult de oogarts een checklist in. Deze checklist is speciaal door cataractartsen voor cataractpatiënten ontwikkeld. Er wordt aan de hand van een beslisboom met betrekking tot preoperatieve risicofactoren bepaald of het hier om een standaardcataract gaat of om een patiënt die nog fysiek gescreend moet worden door de operateur. In principe worden standaardcataracten op papier gescreend, dit zijn patiënten zonder preoperatieve risicofactoren. Deze patiënten hebben aangegeven dat zij niet de operateur willen/moeten zien voor de operatie. In Het Oogziekenhuis wordt een systeem gehanteerd, waarbij patiënten niet altijd standaard door de oogarts worden geopereerd die zij op de polikliniek hebben gezien bij het stellen van de diagnose. Patiënten kunnen daarom aangeven dat zij, ongeacht er geen preoperatieve risicofactoren zijn, de operateur willen zien. In dat geval komt er een fysieke screening door de operateur. Er wordt tevens een fysieke screening ingepland in het geval er sprake is van een of meerdere preoperatieve risicofactoren en de oogarts op de polikliniek niet heeft aangegeven dat hij/zij ook de operateur moet zijn. Arts-assistenten hebben aangegeven dat zij tevens patiënten voor fysieke screening in aanmerking laten komen indien het om een moeilijk/lastig oog gaat of indien de patiënt na moet denken over het gebruik van de bril na de operatie.

Naast de keuze voor een standaardcataract of screening door de operateur, wordt er op de checklist aangegeven voor welke anesthesievorm de oogarts voorkeur heeft. Hierbij kan een keuze gemaakt worden tussen druppel, retrobulbair en/of narcose. De voorkeur voor anesthesievorm staat overigens ook op het opnameformulier. Tot slot kan de oogarts op dit formulier aangeven welke postoperatieve controle hij/zij wil 4 weken na de operatie hebben, revisie door de optometrist of de oogarts. Dit wordt aangegeven op de checklist en er wordt ook op het opnameformulier een mogelijkheid gegeven om aan te kruisen dat de patiënt door de operateur gezien moet worden bij deze controle. De patiënt krijgt een recept mee voor een geneesmiddel voor de operatie.

De oogarts is leidend wat betreft beslissingen over diagnose, ingreep, welk oog, voorkeur voor operateur en urgentie. Hierbij zijn geen andere personen in het cataractproces aan te wijzen die deze keuze mogen veranderen. De anesthesist is leidend in de beslissing over de anesthesievorm en de operatielocatie: dagcentrum of grote OK.

Intake

Nadat de patiënt gediagnosticeerd is, gaat de patiënt met het dossier naar de intake/screening. Hier vindt een intakegesprek plaats met een intake-verpleegkundige door middel van een inloopspreekuur. In principe kunnen patiënten van 9.00 tot 17.30 uur terecht voor een intakegesprek. Als een patiënt om 17.30 binnenkomt, wordt er op dat moment besloten of diegene gelijk geholpen kan worden, een telefonische intake krijgt of een andere dag moet terugkomen. Als het erg druk is op de intake worden patiënten die aan het tweede oog geopereerd worden, en dus ervaren zijn met het proces, gevraagd of zij willen wachten of dat zij gebeld willen worden zodat ze naar huis kunnen.

De intake-verpleegkundigen zien alle patiënten die een operatie ondergaan. Het dossier van de patiënt komt op een stapel terecht en op basis van binnenkomst hiervan vindt het intakegesprek met de patiënt plaats.

De intake-verpleegkundige vult de medische achtergrond van de patiënt in op de patiëntenvragenlijst, wat de patiënt ook moet ondertekenen. Aan de hand van dit gesprek en

de medische historie wordt er door de intake-verpleegkundige een ASA-score¹⁵ ingevuld op de patiëntenvragenlijst. Bij deze score wordt onderscheid gemaakt in vier categorieën. Het gaat te ver om de exacte indeling hier weer te geven, daarom wordt er een globaal overzicht gegeven van de scores:

- ASA I: geen bijzonderheden betreffende de medische historie: operatie op dagcentrum;
- ASA II: medische historie bestaande uit te controleren, lichte aandoeningen of aandoeningen enige tijd geleden, zoals hoge bloeddruk, hartinfarct zonder klachten op dit moment, onregelmatige polsslagen, diabetici met tabletten: operatie op dagcentrum;
- ASA III: medische historie bestaande uit (recente) ernstigere aandoeningen, zoals beklemmend gevoel op de borst bij inspanning, hartinfarct minder dan 6 maanden geleden, diabetici met insulinegebruik: operatie op dagcentrum;
- ASA IV: medische historie bestaande uit (recente) ernstige aandoeningen, zoals tevens benoemd staat bij ASA III: operatie op OK 1-4.

Zoals eerder is vermeld, wordt er op het dagcentrum alleen onder lokale verdoving geopereerd in de vorm van een retrobulbaire injectie of druppelanesthesie. Dit betekent dat patiënten met een ASA-score van I tot en met III op het dagcentrum geopereerd worden. Hierbij speelt ook een rol of de patiënt een half uur stil kan liggen, of de patiënt mobiel is – hij/zij moet namelijk zelf naar de operatie-trolley lopen-, en of er geen sprake is van een taalbarrière in verband met communicatie met de patiënt tijdens de operatie. Er wordt aan de patiënt gevraagd of hij/zij voorkeur heeft voor een bepaalde verdoving. Indien een patiënt met ASA-score I tot en met III voorkeur heeft voor algehele anesthesie, en de anesthesist gaat hiermee accoord, wordt diegene op OK 1-4 geopereerd.

Op het opnameformulier geeft de intake-verpleegkundige de volgende aspecten aan:

- Mogelijke anesthesie in overleg met de patiënt (mogelijkheden: lokaal of narcose)
- Patiënt kan een half uur stilliggen (mogelijkheden: ja of nee)
- Patiënt neemt begeleiding mee (mogelijkheden: ja of nee)
- Communicatie tijdens OK mogelijk (mogelijkheden: ja of nee)
- Soort opname (mogelijkheden: dagcentrum, OK 1-4¹⁶ dagverpleging en/of OK 1-4 klinisch)
- Antistolling
- Diabetes (mogelijkheden: insuline of tabletten)
- Screening (laboratorium, ECG, interne, anesthesie)
- Oogheekundige screening (oculometriedatum, kruisbloed, ophoptie)
- Relevante periode van afwezigheid
- Mogelijk voor patiënt om op korte termijn opgenomen te worden (mogelijkheden: ja of nee)

De intake-verpleegkundige geeft voorlichting over de operatie, waarbij nadrukkelijk tegen patiënten wordt gezegd dat zij begeleiding mee moeten nemen op de dag van de operatie indien dit op het dagcentrum gebeurt. Er wordt standaard met de opnameplanning gebeld

¹⁵ ASA staat voor American Society of Anesthesiologists

¹⁶ Deze operatieruimte wordt ook wel grote OK genoemd

om een operatiedatum in te plannen in het bijzijn van de patiënt. Dit is mogelijk binnen een planningshorizon van 3 kalendermaanden. De datum en operatielocatie worden ingepland op basis van de urgentie, ASA-score, operatielocatie en de anesthesie zoals de intake-verpleegkundige dit heeft vastgesteld. De urgentie is aangegeven door de oogarts en over de andere aspecten heeft de oogarts zijn/haar voorkeur aangegeven. De anesthesievorm heeft invloed op de operatiedatum, aangezien er slechts een paar druppeldagen per maand zijn, waarbij de hele dag operaties onder druppelverdooving worden uitgevoerd op het dagcentrum. Op de overige dagen wordt er verdoofd door middel van retrobulbaire anesthesie.

Op basis van de ASA-score die de intake-verpleegkundige heeft gegeven, is er inzicht in de vooronderzoeken die moeten plaatsvinden voor de operatie. Dit wordt deels mede bepaald door ervaringen inschatting van de intake-verpleegkundige, indien iemand ASA I scoort en diegene is op leeftijd, kan er voor gekozen worden om een ECG te laten maken. Over het algemeen zijn de ASA-scores verbonden aan bepaalde vooronderzoeken. Dit schema ziet er als volgt uit:

- ASA I: oculometrie
- ASA II: oculometrie + ECG + lab
(ECG alleen bij hartinfarct waarbij nu geen klachten, beklemmend gevoel op de borst in rust en/of hartritmestoornissen) (lab alleen bij diabetici die tabletten gebruiken)
- ASA III: oculometrie + ECG + lab + internist
(internist alleen bij diabetici die insuline gebruiken en/of gebruik acenocoumarol/fenprocoumon)
- ASA IV: oculometrie + ECG + lab + internist
(internist alleen bij diabetici die insuline gebruiken en/of gebruik acenocoumarol/fenprocoumon)

Vooronderzoeken

Bij de vooronderzoeken wordt er gewerkt met een strippenkaart, waarop wordt aangekruist welke vooronderzoeken er gedaan moet worden. Uit het overzicht van de ASA-scores blijkt dat alle patiënten een oculometrie moeten ondergaan. Dit is een lensmeting en wordt meteen voor twee ogen uitgevoerd, wat betekent dat patiënten die aan het tweede oog geopereerd worden, in principe al over een oculometrie beschikken. De geldigheid van de meting bedraagt 10 jaar. Er wordt gewerkt met een inloopspreekuur, alleen als een patiënt terug moet komen voor een screening, dan kan het zijn dat de oculometrie wordt ingepland. Het kan voorkomen dat een oculometrie met de standaardapparatuur niet lukt, in dat geval moet er een echo worden gemaakt.

Afhankelijk van de vooronderzoeken die uitgevoerd worden, moet er bloed afgenomen worden, een ECG¹⁷ en/of een afspraak bij de internist worden gemaakt.

Bij de afdelingen laboratorium en ECG, wordt gewerkt met een inloopspreekuur. Deze vooronderzoeken hebben een geldigheid van 6 maanden. De afdelingen zijn tot 17.00 uur geopend, wat betekent dat het voorkomt dat patiënten niet ter plekke onderzocht kunnen worden en naar huis worden gestuurd. In dat geval moeten zij een andere keer terugkomen voor het betreffende onderzoek.

¹⁷ Elektrocardiogram oftewel hartfilmpje

Een onderzoek door de internist gebeurt op afspraak. In principe mag alleen de anesthesist deze afspraak aanvragen. In het geval van een patiënt met antistollingsmiddelen of diabetes laat de verpleegkundige vaak wel al een afspraak maken. Het consult van de internist heeft een geldigheid van 3 maanden. De internist kan besluiten om een X-thorax¹⁸ uit te laten voeren op de röntgenafdeling. Deze afdeling werkt net als het laboratorium en ECG met een inloospreekuur.

De uitslagen van de onderzoeken komen in het dossier terecht. Na de vooronderzoeken gaat de patiënt met het dossier naar de afdeling intake/screening en daar wordt bekeken of de vooronderzoeken op de strippenkaart zijn uitgevoerd. Aansluitend gaat het dossier naar de anesthesist voor een papieren screening.

Papieren screening anesthesist

De anesthesist vult bij de papieren screening het preoperatieve plan in. Hierop worden medische gegevens, ASA-score, operatielocatie, anesthesievorm, medicatie van betekenis en preoperatieve onderzoeken en maatregelen ingevuld. De ASA-score van de anesthesist is de leidende informatie ten opzichte van de ASA-score van de intake-verpleegkundige. Bij de medicatie van betekenis wordt tevens ingevuld of de patiënt met bepaalde geneesmiddelen dient te stoppen op een bepaald aantal dagen voor de operatie.

De anesthesist neemt de uiteindelijke beslissing met betrekking tot de operatielocatie, anesthesievorm en welke vooronderzoeken er plaats moeten vinden. Officieel kan alleen de anesthesist een patiënt verwijzen naar de internist. Als het dossier weer retour is bij de intake/screening balie, wordt er gecontroleerd of er iets gewijzigd is en welke acties er ondernomen moeten worden. Indien er meer vooronderzoeken nodig zijn dan er reeds hebben plaatsgevonden, moet de patiënt alsnog hiervoor worden opgeroepen.

Na de papieren screening door de anesthesist wordt het voorste deel van het opnameformulier naar de afdeling opnameplanning gestuurd. Zij kunnen dan officieel de operatie inplannen en gegevens overnemen uit het dossier. Per email wordt een overzicht van de te opereren patiënten op het dagcentrum naar het behandelteam gestuurd. Het behandelteam mailt de opnameplanning terug met een overzicht van de data van de 4 weken revisie voor de betreffende patiënten. De opnameplanning verstuurt hierna een brief naar de patiënt met de operatiegegevens, eventuele vooronderzoeken en de 4 weken-revisiedatum.

Papieren of fysieke screening door de operateur

Bij de eerste afspraak op de polikliniek neemt de oogarts de beslissing tot fysieke of papieren screening. De operateur voert deze screening uit. Fysieke en papieren screenings worden nooit door arts-assistenten uitgevoerd, alleen bij hoge uitzondering.

In het geval van een fysieke screening komt de patiënt een keer extra naar de polikliniek toe, op een andere dag dan het eerste bezoek waarbij de diagnose werd gesteld. Bij papieren screening worden de dossiers per operateur verzameld bij de intake/screening. De operateur kan in de daarvoor bestemde blokken of tussen spreekuren door de papieren screenings uitvoeren. De screening gaat om het berekenen van de lenssterkte en het bepalen van het

¹⁸ Röntgenfoto van hart en longen

lenstype. Dit wordt ingevuld op het preoperatieve plan. Bij de fysieke screening wordt het oog door de operateur bekeken en kunnen afspraken met de patiënt gecontroleerd worden, zoals verwacht zicht na de operatie en de kans op infecties.

Indien er een speciale lens is geselecteerd, zoals de Restor-lens¹⁹, moet deze besteld worden. Standaardlenzen, zoals Acrysof, zijn over het algemeen op voorraad.

Na de vooronderzoeken en de screening door de anesthesist en operateur is de patiënt logistiek gezien klaar voor de operatie. De afdeling planning zorgt voor een stapel met panklare dossiers. Het gaat hier om 40 tot 60 patiënten, waarbij vooronderzoeken en screening zijn afgerond. Bij uitval van een operatie kunnen deze patiënten gebeld worden om dit betreffende gat op te vullen. Een dag voor de operatie wordt het dossier naar het dagcentrum verplaatst.

Operatie op dagcentrum

Voor de operatie wordt het operatieverslag al deels ingevuld. De operateur, assistent, de locatie en welk oog het betreft, wordt genoteerd. Vlak voor aanvang van de operatie vindt de Time-outprocedure²⁰ plaats.

Na de operatie wordt de duur van de phaco in minuten en het bijbehorende percentage ingevuld. De assistent vult de preoperatieve risicofactoren, complicaties, complicatiebehandeling en anesthesievorm in. Daarnaast wordt er bij druppelanesthesie een rood formulier toegevoegd aan het dossier.

Vlak na de operatie wordt er besloten welke controle er een dag na de operatie wordt uitgevoerd. Hierbij valt te kiezen tussen een controle op de polikliniek door de operateur (of arts-assistent), telefonische controle door de verpleegkundige of geen controle. Deze keuze wordt gemaakt aan de hand van het verloop van de operatie, aanwezigheid van risico's die van tevoren bekend waren (bv glaucoom) en verwachting van complicaties. In een van die gevallen vindt er een controle plaats door de operateur of assistent. Er wordt tevens een inschatting gemaakt of een patiënt geschikt is. Indien men van mening is dat de patiënt niet in staat is zelf het oog te bekijken en te beoordelen (in het geval van telefonische controle en bij geen controle) en er bijvoorbeeld een taalbarrière is, dan moet de patiënt een dag na de operatie naar het ziekenhuis toe komen voor een controle door de operateur of assistent. In de standaard gevallen, waarbij geen risico's zijn, geen complicaties zijn opgetreden of verwacht worden en de patiënt geschikt is, wordt hij/zij gebeld door een verpleegkundige op een van tevoren aangegeven tijdstip. Patiënten hebben hier de mogelijkheid tot inspraak, dit wordt niet actief gevraagd. In principe vindt er geen controle plaats indien patiënten op vrijdag geopereerd worden. Tijdens dit onderzoek is dit echter veranderd en krijgen alle patiënten een telefonische controle of worden ze gezien door de operateur of assistent in Het Oogziekenhuis. Indien de operateur dit wenst, kan de 4 weken controle gewijzigd worden.

¹⁹ Type kunstlens waarbij rekening is gehouden met het scherpstellende vermogen van de menselijke lens. Deze lens is ontwikkeld om zonder bril dichtbij, veraf en alles er tussenin goed te kunnen zien

²⁰ De 'Time-Out procedure' houdt in dat vlak voor de behandeling een 'time-out'-moment gecreëerd wordt. De oogarts, anesthesioloog, chirurgie- en anesthesiemedewerker gebruiken dit moment om zich er gezamenlijk van te overtuigen dat alle informatie en gegevens betreffende de operatie corresponderen.

Indien er is gekozen voor telefonische controle, wordt er een standaardvragenlijst toegevoegd aan het dossier en worden de betreffende dossiers klaargelegd voor de verpleegkundige van het dagcentrum die de dag erna de controle uitvoert. Bij controle door de operateur of assistent worden de dossiers klaargezet voor de betreffende balie waar de controle plaatsvindt.

1^e controle: een dag na de operatie

Bij de telefonische controle wordt de standaardvragenlijst afgewerkt. Er worden onder andere vragen gesteld of de pupil rond is, of de patiënt helder ziet en of het zicht is verbeterd. De antwoorden op de vragen kunnen leiden tot drie categorieën: alles goed, twijfel of klachten. Er wordt aangegeven wat de reden van twijfel of klacht is en de bijbehorende actie. Deze actie kan bestaan uit: vandaag bij de operateur komen, vandaag naar de SpoedEisende Hulp komen (indien de operateur niet beschikbaar is) of bij toename van klachten naar de SpoedEisende Hulp komen.

Bij de controle door de operateur of arts-assistent op de polikliniek wordt gekeken naar het geopereerde oog en er wordt geïnformeerd hoe de patiënt zich voelt. De verwachte visus-waarde, oftewel verwacht zicht, wordt vergeleken met het gemeten gezichtsvermogen. Er kan gekozen worden voor het aanpassen van het medicatiegebruik van de patiënt.

2^e controle: 4 weken na de operatie

Bij het stellen van de diagnose wordt tevens besloten wie de controle 4 weken na de operatie uitvoert, namelijk de operateur of de optometrist. De optometrist is een HBO-opgeleid persoon die in staat is het gezichtsvermogen en de gezondheid van het oog te beoordelen in de vorm van 'pluis' of 'niet-pluis'. De optometrist werkt onder supervisie van een oogarts.

Bij de controle wordt gekeken naar het geopereerde oog en het resultaat van de operatie. De verwachte visus-waarde, oftewel verwacht gezichtsvermogen, wordt vergeleken met de preoperatieve visus-waarde. Er worden enkele oogheekundige gegevens ingevuld in het dossier. De optometrist stuurt de patiënt door in het geval het 'niet-pluis' is.

Er kan gekozen worden voor het aanpassen van het medicatiegebruik van de patiënt. Indien de optometrist de controle uitvoert, gebeurt dit onder supervisie van de oogarts. In het geval dat de patiënt geopereerd is aan het eerste oog en bij het tweede is tevens cataract gediagnosticeerd, kunnen de betreffende gegevens op een nieuw opnameformulier gezet worden door de oogarts. De oogarts is hiertoe alleen bevoegd, de optometrist moet hiervoor de oogarts laten tekenen op het opnameformulier. Daarnaast wordt er een nieuw recept uitgeschreven voor medicatie voor de operatie, dit moet ook ondertekend worden door de oogarts.