

**Gestructureerde communicatie tussen zorgverleners
op een OK, maar toch niet altijd glashelder**

Versie: 31 mei 2018

Auteurs:

Marlou Buiten, opleider VUmc Amstel Academie, m.buiten@vumc.nl

Martin Veldhoen, opleider VUmc Amstel Academie, m.veldhoen@vumc.nl

Carol Timmer, opleidingsadviseur VUmc Academie, c.timmer@vumc.nl

Inleiding.

Dit voorliggend artikel gaat over de kwaliteit van (interprofessionele) communicatie tussen zorgverleners op een operatiecentrum. Heldere communicatie bij calamiteiten, uniforme terminologie tijdens ingrepen, duidelijke overdrachten en elkaar aanspreken om van elkaar te leren, zijn belangrijk tijdens het werk op een operatiekamer. Fouten en onduidelijkheden in de communicatie tijdens een operatie of bij een patiëntoverdracht kunnen ernstige gevolgen hebben voor de patiënt.ⁱ

Miscommunicatie tijdens een operatie leidt tot openthoud gedurende de ingreep en verstoort het verloop van de procedures. Ook informatieoverdrachten tussen zorgverleners tijdens preoperatieve en perioperatieve transitie van patiënten gaan met risico's voor de patiënt gepaard. De World Health Organization geeft aan dat problemen met betrekking tot patiëntoverdrachten ontstaan doordat de communicatie tussen de zorgverleners onvoldoende is.ⁱⁱ

Zorgverleners besteden in een operatiecentrum veel aandacht aan zorgvuldig uitvoeren van protocollen en procedures, aan werken met checklists en aan de structuur van hun (interprofessionele) communicatie. Hiervoor zijn methodieken beschikbaar zoals TOP-procedure, Pretime-out, Sign-out, Debriefing, Check-back, Call-out en SBAR. Ondanks deze toegepaste methoden ontstaan door allerlei oorzaken, toch regelmatig communicatiefouten. Risico's voor de patiëntveiligheid ontstaan door verstoringen in de communicatie zoals afleiding, verschillen in kennisniveau tussen het OK-personeel, grote werkdruk, slecht leer- en werkklimaat of doorgeven van irrelevante of foute informatie. Ook niet dezelfde taal spreken door zorgverleners uit verschillende disciplines is bij miscommunicatie een belangrijke factor.

We pleiten er voor om naast aandacht voor de structuur van de onderlinge communicatie, tevens oog te hebben voor de kwaliteit van de communicatie op een operatiekamer. Door het bieden van een theoretisch kader en de (interprofessionele) communicatie tussen zorgverleners op de operatiekamer te analyseren aan de hand van het communicatiemodel van de Duitse psycholoog Friedemann Schulz von Thun, leveren we een bijdrage aan het optimaliseren van de kwaliteit van de communicatie en aan het vergroten van patiëntveiligheid.ⁱⁱⁱ

Gestructureerde communicatie.

Er zijn verschillende methoden ontwikkeld voor een gestandaardiseerde aanpak van de communicatie in de gezondheidszorg. In Nederland gebruiken we acroniemen als SBAR, SOEP en MIST.^{iv} Hoewel qua opzet en doel verschillend, blijft de basis de gestructureerde communicatie tussen zorgverleners. In de zorgverlening hanteren we voornamelijk de SBAR-methodiek. Deze methode geeft een raamwerk voor communicatie in de patiëntenzorg en zorgt voor een korte, bondige en gestructureerde werkwijze om informatie over te dragen.

Vooral bij acute situaties op de OK waarin de gezondheidstoestand van een patiënt snel achteruit gaat, biedt de methode een handvat voor eenduidige communicatie. Met de SBAR-methode is het voor zorgverleners duidelijk over wat en door wie gecommuniceerd moet worden.

Hoe duidelijker de informatie- of patiëntoverdracht door zorgverleners in de zorgketen en OK-medewerkers is, des te adequater start het personeel van de ontvangende discipline of afdeling met het voorbereiden en inzetten van de noodzakelijke zorgverlening en medische behandeling. Nu blijken in een operatiecentrum communicatiemomenten en patiëntoverdrachten met behulp van overdrachtsmethodes toch niet altijd goed te verlopen zonder dat precies duidelijk is wat de oorzaak hiervan is. Om na te gaan welke verbeteringen kunnen worden aangebracht, analyseren we de kwaliteit van de communicatie aan de hand van het tamelijk eenvoudig communicatiemodel van Schulz von Thun. Hiermee kunnen we:

- communicatie bij informatie- en patiëntoverdracht analyseren;
- storingen in de communicatie doorzien;
- structuur aanbrengen in de communicatie.

Communicatie bij informatie- en patiëntoverdracht.

Hieronder geven we een simpel raamwerk dat helpt om op eenvoudige wijze na te denken over communicatie tussen twee zorgverleners van een operatiecentrum. Echter, in de dagelijkse vaak hectische praktijk van een OK is communicatie tussen de professionals aanmerkelijk gecompliceerder.

In de communicatie tussen mensen is sprake van een zender, een boodschap en een ontvanger.



De zender is in ons geval een OK-medewerker die een mondelinge boodschap uitzendt naar de ontvanger. Middels *encoderen* verzendt de OK-medewerker als zender een boodschap verpakt in een bepaalde vorm of code via een medium. De keuze voor een medium is van grote invloed op de kwaliteit van de communicatie. Het maakt verschil in de kwaliteit van de communicatie of een patiëntoverdracht *warm* via een persoonlijke overdracht plaatsvindt tussen personeel van de OK en de verkoeper of via een formulier.

Een voorbeeld van miscommunicatie op een OK waarbij de keuze van een medium om de boodschap te encoderen van belang was: een patiënt die voor een vaatoperatie komt, krijgt tijdens de operatie een grote bloeding. De anesthesioloog geeft de opdracht om meteen bloed te bestellen. Op de betreffende OK staan twee computers voor de anesthesie namelijk één bij het toestel en één ergens aan de wand. De computer aan het toestel kan geen bloed bestellen, dus moest dit op de computer aan de wand gedaan worden.

De anesthesiemedewerker rent daar naartoe en drukt in het elektronisch patiëntendossier meteen op <orders> en op <bloed bestellen>. 'Bloed is besteld' wordt er teruggedroepen terwijl de patiënt gestabiliseerd wordt met medicatie en vocht. Als na 15 minuten het bloed er nog niet is, wordt er naar de bloedbank gebeld om te vragen waar het bloed blijft.

De laborant geeft aan nooit een order te hebben ontvangen. De AIOS was op de wandcomputer bezig geweest met premediceren voor de volgende dag en dus stonden daar andere patiëntgegevens open. Het bloed was dus niet voor de juiste patiënt besteld.

In een operatiecentrum gaat het verzenden van een boodschap bij een patiëntoverdracht of tijdens de operatie door de OK-medewerker vaak in de vorm van een digitale en schriftelijke overdracht of een verbale conversatie via de telefoon of rechtstreeks face-to-face. De ontvangende zorgverlener pakt de boodschap uit, dat noemen we *decoderen*. Hierbij zet de zorgverlener de ontvangen informatie om naar de door haar veronderstelde betekenis.



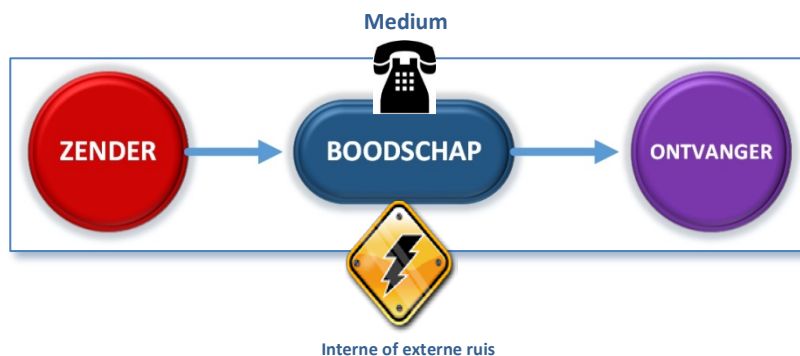
Bij het encoderen en decoderen van de boodschap kunnen misverstanden makkelijk ontstaan met name in acute zorgsituaties.

Een voorbeeld van het belang van zorgvuldig encoderen en decoderen van de inhoud van een boodschap is de communicatie tijdens een reanimatie op een kinderafdeling. Een zuigeling is in een reanimatiesetting gekomen vanwege hypoxie. De anesthesioloog van het reanimatieteam vraagt de kinderverpleegkundige om een mantouxspuitje met adrenaline (encoderen). De verpleegkundige snapt niet wat hiermee bedoeld wordt en kan de inhoud van de boodschap niet decoderen. Na een aantal maal vragen wat er bedoeld wordt met een mantouxspuitje, komt de verpleegkundige erachter dat het om een 1cc spuitje gaat. Op de OK wordt een 1cc spuitje een mantouxspuitje genoemd. Hierdoor is de adrenaline later gegeven aan de zuigeling en ontstaan er irritaties over de miscommunicatie.

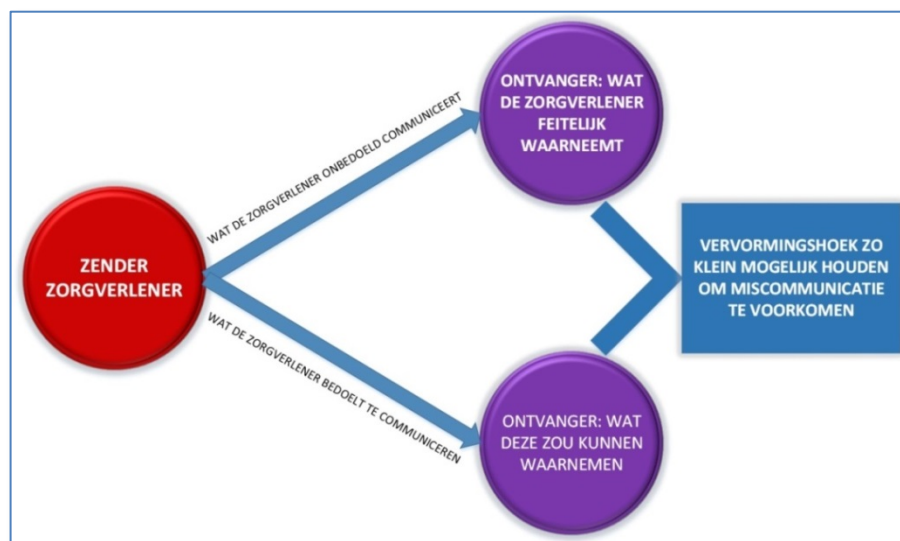
Storingen in communicatie.

Tijdens het communiceren kunnen storingen in de communicatie ontstaan. Dit heet ruis. Er zijn twee soorten ruis: interne en externe ruis.

Interne ruis houdt in dat een ontvanger een andere betekenis geeft aan de informatie van de boodschap dan de zender bedoelt. De woorden Flumazenil en Fluimucil lijken op elkaar maar zijn verschillende medicijnen zodat er ruis kan ontstaan.



Er kan in de communicatie tussen de OK-medewerker en een collega een vervorming van de boodschap ontstaan. Zodat de laatste iets anders begrijpt dan de OK-medewerker als zender bedoelt. Hoe groter de vervormingshoek, hoe groter het misverstand en de mogelijke nadelige gevolgen voor de patiënt.



Een voorbeeld van miscommunicatie tijdens een operatie betreft een inleiding van een patiënte voor een laparoscopische operatie. De AIOS doet de ademweg en de anesthesiemedewerker in opleiding dient de medicatie toe. De patiënte krijgt zuurstof via het kapje en de student anesthesiemedewerker gaat de medicatie geven. 'Vijf Sufentanil i.v.' wordt er opgedragen. Vervolgens zegt de anesthesiemedewerker: 'Vijf Sufentanil' als hij deze toedient. Daarna volgt de Propofol en de Rocuronium. Mevrouw slaapt en krijgt een tube. Alles gaat goed tot de incisie: patiënte lijkt veel pijn te hebben tijdens de incisie. Haar hartslag en bloeddruk schieten omhoog. De AIOS besluit mevrouw extra pijnmedicatie te geven. Hij pakt de spuit en ziet dat er maar één milliliter Sufentanil uit is in plaats van de vijf milliliter die hij bedoelde. De anesthesiemedewerker had begrepen dat er vijf microgram Sufentanil gegeven moest worden en had daarom één milliliter gegeven.

Externe ruis houdt in dat op het moment van communiceren de boodschap verstoord wordt door bijvoorbeeld omgevingslawaaï op de OK. Hierdoor mist de zorgverlener als ontvanger bepaalde delen van de boodschap of decodeert de informatie verkeerd.

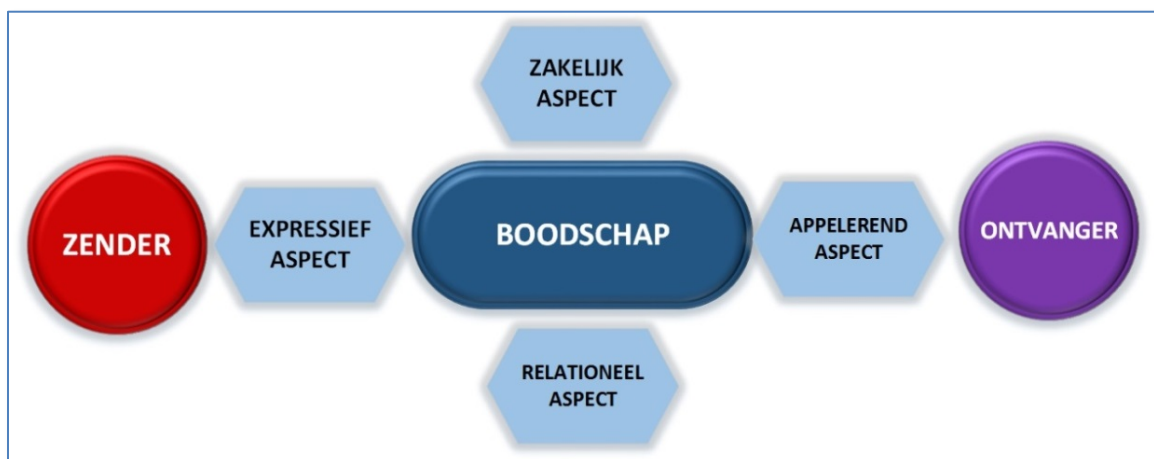
Een voorbeeld van miscommunicatie op de OK door ruis in de communicatie die ontstaat als er teveel zorgverleners aanwezig zijn, betreft een patiënt in reanimatiesetting op de verpleegafdeling neurologie. Anesthesie wordt opgeroepen om hier naar toe te gaan. Bij aankomst op een patiëntenkamer is een afdelingsverpleegkundige aan het reanimeren en haar collega haalt de crashkar. De gearriveerde anesthesioloog besluit zich te concentreren op de ademweg. De anesthesiemedewerker van het reanimatieteam bedient de crashkar en trekt de medicatie op. Er komen steeds meer mensen de kamer binnen en er ontstaat veel externe ruis aanwezig. Een afdelingsarts prikt een infuus en roept of er iemand snel een infuussysteem kan klaarmaken. De afdelingsverpleegkundige die aan het reanimeren is stopt hiermee en zegt: 'Ja, ik doe het.' Ze loopt vervolgens weg om een infuussysteem voor de reanimatieleider te gaan maken. Op dat moment voert niemand meer de thoraxcompressies uit.

Structuur in communicatie.

We richten ons vaak op wat er feitelijk wordt gezegd, maar communicatie bestaat uit meer.

Bij iedere boodschap van een zender worden vier aspecten onderscheiden, het:

1. **zakelijk aspect:** informatie over de feitelijke inhoud van de boodschap;
2. **expressief aspect:** informatie over de zender van de boodschap;
3. **appellerend aspect:** informatie over de invloed die de zender wil uitoefenen op de ontvanger, het doel dat zij wil bereiken;
4. **relationeel aspect:** informatie over hoe de zender tegenover de ontvanger staat, wat zij van hem vindt en hoe zij hem ziet.



Hieronder worden deze vier aspecten van de menselijke communicatie kort toegelicht:

1. Het zakelijk aspect van de boodschap:

Elke boodschap bestaat uit een zakelijk aspect oftewel de feitelijke informatie die wordt gegeven door de OK-medewerker als zender. Er zijn vier middelen om de begrijpelijkheid van de boodschap te bevorderen:

1. eenvoud van stijl: begrijpelijke gangbare woorden, concreet en heldere stijl van formuleren;
2. structuur: duidelijk en overzichtelijk betoog en logische ordening van de inhoud;
3. bondigheid: korte zinnen en zo min mogelijk bijzinnen en uitweidingen;
4. aantrekkelijkheid: alles wat de aandacht vasthoudt zoals intonatie, plaatjes en dergelijke.

Om de begrijpelijkheid van de boodschap te bevorderen, gebruiken zorgverleners vaak de gemakkelijk te onthouden SBAR-methode. De onderdelen van de methode bepalen de structuur en de feitelijke inhoud van de boodschap. De SBAR-methode is in Amerika ontworpen om het aantal vermijdbare fouten te verminderen en tegelijk de patiëntveiligheid te verbeteren. Bij patiëntoverdrachten en vooral bij communicatie in kritieke situaties, maakt het deze voorspelbaar en georganiseerd. Tevens overbruggt het verschillen in interdisciplinaire communicatie doordat men min of meer dezelfde taal spreekt.

Voorbeeld SBAR(r)-structuur:

Situation (wat is volgens jou de huidige situatie?)

- Wie is wie: jouw naam en functie en die van patiënt;
- Probleem;
- Vitale functies;
- Actuele uitslagen van onderzoeken en gegevens.

Background (wat is de behandeling van de patiënt?):

- Reden opname en operatie;
- Voorgeschiedenis;
- Medicatie;
- Behandelbeperking.

Assessment (hoe beoordeel je de actuele situatie?):

- Acute problemen;
- Verwachte problemen;
- Urgentie.

Recommendation (wat wil jij dat er nu gebeurt?):

- Acties van andere zorgverlener(s);
- Acties van jou zelf.

(repeat: herhalen en bevestigen afspraken)

2. Het expressief aspect van de boodschap:

Naast het zakelijk aspect van de boodschap, laat de zender bij communiceren altijd wat van zichzelf zien. Zij geeft iets van haar eigenheid en gemoedstoestand bloot. Dat gaat over persoonlijke waarden of wat zij belangrijk vindt in de zorgverlening.

Bij het expressief aspect van de communicatie is intonatie belangrijk. Het verschaft ons informatie over de persoon van de OK-medewerker als zender, maar dat betekent niet dat zij zich daar altijd bewust van is. Ieder mens zendt voortdurend boodschappen uit naar zijn omgeving en wil daarmee een bepaald beeld van zichzelf neerzetten. Zij beïnvloedt dit deels door gebruik te maken van bepaalde technieken zoals imponeer- en façadetechnieken. Dat kan zijn het dragen van een kostbare ring, modieuze kleding en haardracht of een

dure stethoscoop om de nek van een zorgverlener. Een imponeertechniek is bijvoorbeeld het gebruik door een operatieassistent van vaktaal, gelezen onderzoek en medische termen: *‘Zoals ook in het basisboek operatieve zorg en technieken, in geloof ik het tweede hoofdstuk, al staat beschreven, is het van groot belang dat we bij het doorgeven van het disfunctioneren van medisch instrumentarium aan de centrale sterilisatieafdeling, duidelijk benoemen om welk onderdeel het gaat.’* Hiermee zet de operatieassistent zichzelf neer als een deskundige professional.

Of als imponeertechniek door archaïsch taalgebruik waarmee de zorgverlener een elitaire en geleerde indruk probeert te wekken: *‘Amice, tevens zou ik er gaarne op willen wijzen dat onze weledelgeleerde collega toch zijn arglistige plannen heeft ingebracht bij ons hooggeacht divisiebestuur. Dientengevolge zal de snoodaard ten overstaan van ons - zijn waarde collega-chirurgen - hierover rekenschap moeten afleggen, dunkt mij.’*

Een andere vorm van een mistgordijn opwerpen als façadegedrag, is het gesprek op een onderwerp brengen waar de OK-medewerker meer kennis over heeft. Dit om te verdoezelen dat iets niet gedaan is of dat zij iets niet weet. Voor het afschermen van de eigen persoonlijkheid of de gemoedstoestand, kunnen façadetechnieken worden ingezet zoals glimlachen of juist boos kijken.

Communicatie tussen zorgverleners op een operatiecentrum verloopt effectiever als de OK-professional congruent is. Dat wil zeggen zich bewust is van haar gemoedstoestand en gevoelens, deze erkent en tot uiting laat komen in haar gedrag. Incongruentie is bijvoorbeeld als tijdens een operatie de operatieassistent tegen de omloop met een boze gezichtsuitdrukking en cynische intonatie, zegt: *‘Dat heb je goed gedaan’*. Het is niet te verwachten dat de omloop zich geveleid en gewaardeerd zal voelen door haar collega.

Mensen reageren meer op de non-verbale informatie van de ander dan op de inhoud van de boodschap. Hoe congruenter de OK-medewerker als zender communiceert des te eenduidiger is de boodschap voor de ontvangende zorgverlener. Dit voorkomt verstoringen in de professionele relatie, verhoogt de kwaliteit van de communicatie en vergroot de patiëntveiligheid.

Bij de SBAR-methode is er voor de OK-medewerker gelegenheid om naast de zakelijke informatie in de stappen Situation en Background in de stap Assessment specifiek aandacht te besteden aan het expressief aspect van de boodschap bijvoorbeeld de eigen mening van de OK-medewerker: *‘Ik denk dat het een ernstig acuut respiratoir probleem is bij mijn patiënt, want ...’*.

3. Het appellerend aspect van de boodschap:

Iedere boodschap oefent invloed op een ander uit, teneinde een bepaald doel te bereiken.

Het appellerend aspect gaat over: WAT probeert de OK-medewerker als zender te bereiken?

Dit in tegenstelling tot het relationeel aspect dat zich meer richt op: HOE probeert zij het te bereiken?

Bij de SBAR-methode wordt in de stap Recommendation voor een OK-medewerker expliciet ruimte gemaakt voor het appellerend aspect, de verwachting naar de ander: *‘Ik wil graag dat jij of een collega van je zo spoedig mogelijk nu naar OK twee komt.’*

4. Het relationeel aspect van de boodschap:

Uit de verzonden boodschap maken we op hoe de OK-medewerker als zender tegenover de zorgverlener als ontvanger staat. Dit blijkt meestal uit non-verbale signalen dat zeker 70% van onze communicatie vormt.

De OK-professional als ontvanger is bijzonder gevoelig voor de wijze waarop we dingen zeggen bijvoorbeeld met intonatie en woordkeus. Het relationeel aspect van de communicatie zegt iets over hoe de OK-medewerker de ontvanger van de boodschap ziet. Niet wat de zorgverlener zegt, maar hoe zij iets zegt is van doorslaggevend belang in de communicatie.

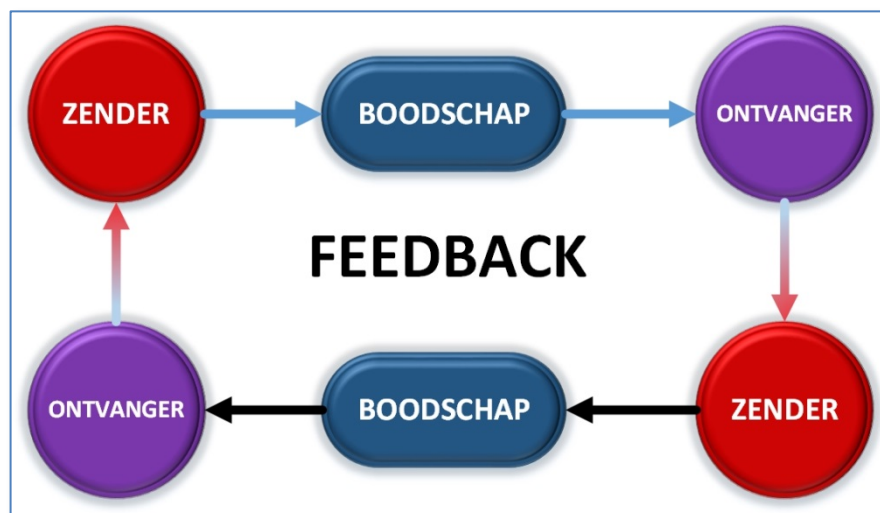
Er zijn twee dimensies in het relationeel aspect:

1. emotionele dimensie: waardering versus geringschatting naar collega's;
2. stuurdimensie: sturen versus vrijlaten van het gedrag van een ander.

In het geval van een operatiemedewerker die een patiëntoverdracht begint met: *'Hè, hè, eindelijk ben je er. Ik zit hier op de premedicatieafdeling al een kwartier op jou te wachten voor Jan met de korte achternaam'*, is het duidelijk dat de relatie met de collega meteen al flink onder druk komt te staan door het verstoren van de emotionele dimensie in het relationeel aspect van de communicatie.

Feedback en metacommunicatie.

Communiceren is vrijwel nooit eenrichtingsverkeer. Zender en ontvanger verkeren in een constante wisselwerking. Ook de ontvanger stuurt signalen en boodschappen terug naar de zender. Daarmee draaien de rollen even om. Wordt er tijdens communiceren zoals een patiëntoverdracht niet actief geluisterd en geen verbale en non-verbale feedback gegeven, dan heeft communicatie geen enkele zin. De kwaliteit van de overdracht of de interprofessionele communicatie hangt namelijk mede af van de feedback van de zorgverlener die ontvangt. Daarom kijkt tijdens de overdracht van een patiënt de zorgverlener als ontvanger of zij de zorgverlener als zender goed verstaat en begrijpt wat er wordt gezegd. Zij neemt een luisterhouding aan en luistert actief: humt, knikt, past haar toon en volume aan en stelt zo nodig vragen.



Dit proces van permanente terugkoppeling is essentieel voor effectieve communicatie. Het helpt communicatiefouten en daarmee fouten in de patiëntenzorg te voorkomen of op tijd te corrigeren.

Crew Resource Management (CRM) is een in de luchtvaart beproefde methode om fouten te voorkomen, vroegtijdig fouten te herkennen en de gevolgen van gemaakte fouten te beperken. Deze methode past men ook toe in de patiëntenzorg en hierbij vormt het organiseren en zorgen voor continue feedback een belangrijk onderdeel. Binnen het werk op een operatiekamer kent men de technical- and non-technical skills. De technical skills staan hierbij voor de individuele (monodisciplinaire) kennis, bevoegdheden, bekwaamheden, expertise en ervaring van de verschillende teamleden. CRM-training is gericht op zogenaamde non-technical skills. Hieronder vallen communicatie, besluitvorming en leidinggeven, maar ook de persoonlijkheden, karakter en eigenschappen van de teamleden.^v

Als feedback om er zelf en anderen van te laten leren, kan ook het registreren en melden van fouten voor, tijdens en na de operatie worden gezien.

Vanuit de zender: Hoe kan ik als zender proberen miscommunicatie te voorkomen?

- **zakelijk aspect:** breng de informatie over de patiënt via de SBAR-methode zó dat die begrijpelijk is voor de ontvanger;
- **expressief aspect:** presenteer jezelf als een professionele en overtuigende OK-medewerker die graag de informatie over de patiënt goed wil overdragen zonder arrogant te lijken;
- **appellerend aspect:** probeer invloed op het denken, voelen en handelen van de andere zorgverlener uit te oefenen zonder haar het gevoel te geven dat zij betutteld of gestuurd wordt en laat duidelijk weten wat jij van haar wilt;
- **relationeel aspect:** behandel de zorgverlener als ontvanger op een respectvolle en positieve manier en toon vertrouwen in de zorg die zij gaan leveren.

Vanuit de ontvanger: Hoe kan ik als ontvanger invloed uitoefenen op het correct begrijpen van de boodschap?

- **zakelijk aspect:** probeer de informatie over de patiënt te begrijpen en na de boodschap van de zender, zo nodig feedback te geven door na te vragen en door te vragen. Check door samenvatten of je de boodschap goed begrijpt;
- **expressief aspect:** zeg wanneer je iets niet begrijpt of wanneer je je niet professioneel behandeld voelt. Laat merken dat je de tot nu toe geleverde zorg waardeert;
- **appellerend aspect:** probeer niet aan verborgen appellerende aspecten van een boodschap tegemoet te komen en je mag ook 'NEE' zeggen;
- **relationeel aspect:** vat niet alles persoonlijk op en sluit tegelijkertijd niet je oren voor de intonatie en het non-verbale gedrag van de OK-medewerker als zender. Toon waardering voor de samenwerking.

Communiceren over de communicatie.

Om de onderlinge communicatie te kunnen verbeteren, is het noodzakelijk dat de professionals min of meer dezelfde uitgangspunten hanteren rondom hun onderlinge communicatie, in staat zijn de communicatie te analyseren en hier met elkaar over communiceren. Dit laatste heet metacommunicatie. Er wordt dan niet gesproken over de inhoud van de boodschap, maar het betreft de expliciete communicatie over de communicatie zelf. Dit kan betrekking hebben op zowel verbale als non-verbale communicatie. Een voorbeeld is communiceren over de wijze waarop je met elkaar praat en de toon waarop, zoals: *'Zo praat je echt niet tegen een collega!'* Dit is wel metacommunicatie maar niet echt feedback die meteen tot verbetering van de onderlinge communicatie zal leiden. Het is effectiever, feedback te geven op het communicatieaspect waar je het probleem ervaart.

Bijvoorbeeld metacommuniceren over:

1. **Zakelijk aspect:** *'Wanneer ik hoor dat jij zegt: (de inhoudelijke boodschap van de ander, herhaal hier letterlijk de woorden die de ander uitsprak) dan denk ik toch dat het anders in elkaar steekt.'*
In het voorbeeld: *'Ik hoor dat je zegt dat ik zo niet tegen een collega behoor te praten, maar ik kan je zeggen dat ik haar de laatste weken geen één keer heb gesproken.'*
 2. **Expressief aspect:** *'Door wat jij nu zei, hoor ik daarin ook dat jij over jezelf zegt: '.. XXX ..' (vul bij XXX in wat jij meent te horen over hoe de ander zichzelf neerzet).'*
In het voorbeeld: *'Door wat je net zei over dat ik zo niet tegen onze collega moet praten, hoor ik dat jij meent dat je wel weet hoe het wel hoort en jij dit tegen mij mag zeggen. Is dat juist?'*
 3. **Appellerend aspect:** *'Hoor ik het nu goed dat jij aan mij vraagt: wil jij XXX doen?!' (vul bij XXX het gedrag in dat jij denkt dat er van jou gevraagd wordt).*
In het voorbeeld: *'Als ik je dit zo zegt, dan hoor ik dat jij graag wilt dat ik op een andere wijze tegen onze collega praat, klopt dat?'*
 4. **Relationeel aspect:** *'Dan hoor ik dat je over onze relatie zegt: 'jij bent voor mij een XXX die YYY' (vul hier de relatie in zoals jij dat denkt te horen).*
In het voorbeeld: *'Als ik je goed beluister, dan vind je het belangrijk om mij als jouw collega chirurg een goede raad te geven en mij als teamlid van ons OK-team te helpen door te zeggen dat ik zo niet tegen een anesthesiemedewerker behoor te praten. Is dat zo?'*
- Bij de laatste drie communicatieaspecten is het van belang om de feedback te eindigen met een vraagteken in je stem of een vraag te stellen als: *'Heb ik dat zo goed begrepen' of 'Is dat zo?'*

Metacommunicatie over de (inter)professionele communicatie verbetert het handelen van de betrokken OK-medewerkers. Het is daarom goed om dit altijd na afloop van een gezamenlijke professionele activiteit bijvoorbeeld in een debriefing, nog even met elkaar te bespreken: ‘Ben je tevreden?’ ‘Was mijn communicatie tijdens de operatie duidelijk en compleet?’ ‘Wat ging goed en wat kon beter vind jij?’

Tenslotte.

In dit artikel pleiten we er voor om ondanks het gebruik van methoden op de OK die helpen fouten te voorkomen of te reduceren, ook oog te hebben voor de algemene aspecten van de menselijke communicatie. Het is vanuit de bovenstaande theorie over de menselijke communicatie makkelijk te verklaren dat interprofessionele samenwerking niet gemakkelijk zal verlopen en metacommunicatie noodzakelijk is in het belang van een zo optimaal mogelijke operatieve zorg.

We bevelen aan om OK-teams regelmatig alle CanMEDS-competenties multidisciplinair te trainen en daarbij expliciet aandacht te besteden aan de CanMEDS-competenties samenwerken en communiceren.

De interprofessionele samenwerking kan worden verbeterd als de verschillende aspecten van de communicatie en de onderlinge beelden over elkaar tussen professies op de OK bijvoorbeeld chirurg en operatieassistent, kunnen worden besproken.

OK-medewerkers die na een operatie in het operatieteam of bij de overdracht van een patiënt feedback geven op de kwaliteit van de communicatie aan de hand van het communicatiemodel, leveren een bijdrage aan verbetering van de kwaliteit van de patiëntenzorg. Het is aan de collega's om wel of niet iets met dit gratis advies te doen.

Eindnoten:

ⁱ Lingard, L., Espin, S., Whyte, S., Regehr, G., Baker, G.R., Reznick, R., Bohnen, J., Orser, B., Doran, D. & Grober, E. (2004). Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. *Quality & Safety In Health Care*, 13(5), 330-334.

Lingard, L., Reznick, R., Espin, S., Regehr, G., & DeVito, I. (2002). Team communications in the operating room: talk patterns, sites of tension, and implications for novices. *Academic Medicine : Journal Of The Association Of American Medical Colleges*, 77(3), 232-237.

ⁱⁱ World Health Commission (2007) *Communication during patient hand-overs*. Patient Safety Solution Geraadpleegd op 06 november 2016 van, <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution3.pdf>.

ⁱⁱⁱ Schultz von Thun, F. (2010). *Hoe bedoelt u? Een psychologische analyse van menselijke communicatie*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.

Watzlawick, P., Beavin, J.H., Jackson, D.D. (1991), *Pragmatische aspecten van de menselijke communicatie*. Bohn Stafleu Van Loghum.

^{iv} SBAR: Situation - Background - Assessment - Recommendation;
SOEP: Subjectief – Objectief - Evaluatie – Plan;
MIST: Mechanism – Injury – Symptoms – Treatment.

^v Bijlsma, T. (2015). *Crew Resource Management. Veilig en effectief samenwerken in teams*. Vakmedianet.