

Leren van calamiteiten

Meander Medisch Centrum streeft naar de beste zorgverlening voor onze patiënten. Ondanks de aandacht hiervoor, kan een behandeling soms anders verlopen dan voorzien. Wanneer dit zeer ernstige schadelijke gevolgen heeft voor de patiënt en deze niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis betrekking heeft op de kwaliteit van zorg, noemen wij dit een calamiteit. Een calamiteit heeft grote impact op de patiënt, zijn of haar naasten en onze zorgverleners.

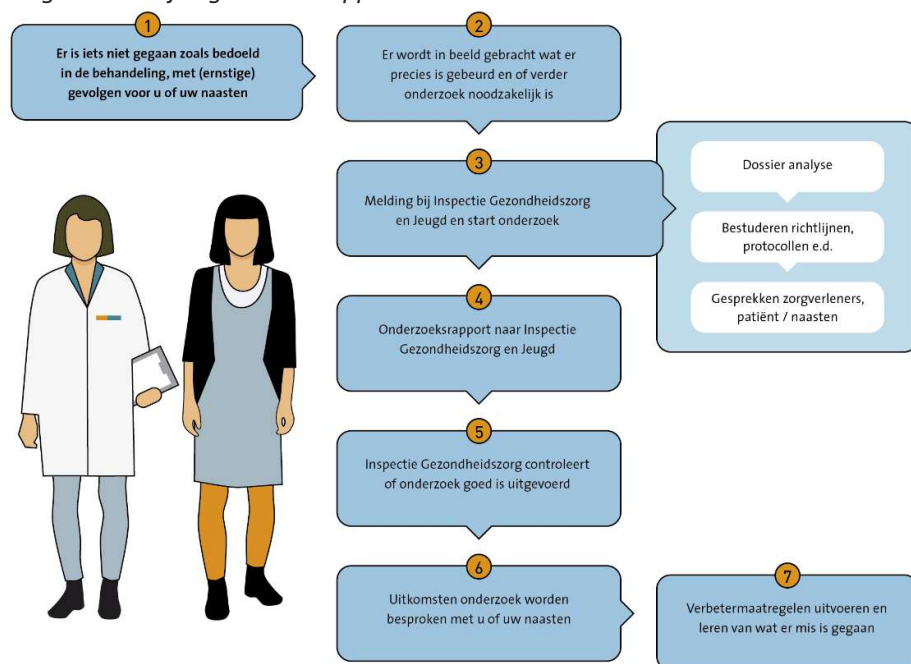
Een calamiteitenonderzoek

Een (vermoedelijke) calamiteit krijgt aandacht door het inzetten van een onderzoeksteam. Dit onderzoeksteam bestaat uit een medisch specialist, teammanager, ambtelijk secretaris en een deskundige in de PRISMA methodiek. De leden van het onderzoeksteam zijn nooit direct betrokken bij de (vermoedelijke) calamiteit. Als wij vermoeden dat mogelijk sprake is van een calamiteit dan melden wij dit bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd.

Na de melding voert het onderzoeksteam een uitgebreid onderzoek uit. Het ziekenhuis stuurt het rapport naar de Inspectie. De Inspectie beoordeelt of het onderzoek goed is uitgevoerd.

Het doel van het onderzoek is om hiervan te leren en verbeteringen door te voeren, om op die manier te voorkomen dat het in de toekomst om dezelfde reden mis gaat. Daarnaast kunnen we de patiënt en naasten door het onderzoek meer duidelijkheid geven over wat er precies is gebeurd. In onderstaande afbeelding wordt uitgelegd hoe een calamiteitenonderzoek in zijn werk gaat:

Afbeelding 1: Beschrijving van de stappen in een calamiteitenonderzoek



Zelf een (vermoedelijke) calamiteit melden

Wilt u als patiënt of naaste zelf een (vermoedelijke) calamiteit melden? Neem dan contact op met de arts, die bij de behandelingen betrokken was. Wilt u liever geen contact met hem/haar opnemen, dan kunt u zich ook richten tot de medisch manager van de vakgroep. Mocht dat ook niet goed voelen, neemt u dan contact op de klachtenfunctionaris. U kunt de klachtenfunctionaris bereiken op 033-8502253 of via klachten@meandermc.nl.

Jaarcijfers 2020 calamiteiten

In 2020 zijn er bij de Raad van Bestuur in totaal 28 meldingen gedaan van een vermoedelijke calamiteit. Na interne beoordeling hiervan zijn 10 casussen gemeld bij de Inspectie als vermoedelijke calamiteit. Overige casussen bleken een incident te zijn of een complicatie van de behandeling, waarbij de kwaliteit van zorg niet in het geding is geweest. Bij elk onderzoek nodigen we ook de patiënt en/of zijn naasten uit om hun verhaal te delen. De klachtenfunctionaris biedt hierbij de nodige begeleiding. Wanneer het onderzoek is afgerond, wordt door de hoofdbehandelaar in een gesprek met de patiënt en/of zijn naasten het rapport inclusief de conclusies en aanbevelingen toegelicht. In 2020 is hier negen keer gebruik van gemaakt en eenmaal heeft de patiënt aangegeven hier geen gebruik van te willen maken, omdat zij al diverse malen had gesproken met de behandelend arts. Dit respecteren wij ook. Zij heeft schriftelijk de conclusies en aanbevelingen ontvangen.

Belangrijkste oorzaken van calamiteiten

Het meest voorkomende onderwerp binnen de calamiteitenonderzoeken waren valincidenten (4). Verder hadden twee calamiteiten betrekking op medicatie, twee betrekking op een delay in diagnose, was er één links-rechts verwisseling en één calamiteit in relatie tot niet adequaat werkende apparatuur. Om effectief te kunnen verbeteren is het bij een calamiteitenonderzoek belangrijk om tot de kern (de basisoorzaak) te komen van het ontstaan van de calamiteit. Meander gebruikt hiervoor de PRISMA methode, waarbij basisoorzaken worden ingedeeld volgens het Eindhoven classificatiemodel: technisch, organisatorisch, menselijk en patiënt gerelateerd. De aantallen per type basisoorzaak zijn hieronder in de tabel vermeld met daaronder een voorbeeld. Het is belangrijk om te realiseren dat het in alle casussen een combinatie van meerdere oorzaken was, die uiteindelijk de calamiteit tot gevolg had.

Basisoorzaak	Aantal
Menselijk	17
Organisatorisch	8
Patiënt gerelateerd	8
Technisch	4

Menselijke factoren

Een menselijke factor heeft te maken met bijvoorbeeld menselijk redeneren, coördinatie, verificatie of overdracht. In deze categorie was in 2020 verificatie de meest voorkomende oorzaak. Voorbeelden hiervan zijn dat niet is opgemerkt dat een verkeerd medicament klaargelegd was of dat geen check heeft plaatsgevonden omdat werd aangenomen dat een collega al had gecontroleerd.

Organisatorische factoren

Een organisatorische oorzaak heeft te maken met bijvoorbeeld kennisoverdracht, protocollen, managementprioriteiten of cultuur. In deze categorie was in 2020 protocollen de meest voorkomende oorzaak. Een voorbeeld hiervan is dat het protocol niet gevolgd werd.

Patiënt gerelateerde factoren

Patiënt gerelateerde factoren zijn factoren die gerelateerd zijn aan kenmerkende eigenschappen van de patiënt, die buiten de controle van medewerkers liggen en die de behandeling beïnvloeden. Een voorbeeld is dat een patiënt bij een eerder controlemoment nog een adequate indruk maakte, waardoor niet gedacht werd aan het inzetten van extra maatregelen om een mogelijke val te voorkomen.

Technische factoren

Een technische basisoorzaak heeft bijvoorbeeld te maken met fouten als gevolg van een slecht ontwerp van een apparaat of materiële defecten. In 2020 werkte bijvoorbeeld een apparaat niet goed door falende beveiliging op de instellingen.

Verder is in 2020 één calamiteitenonderzoek uitgevoerd met een andere methode dan de PRISMA methodiek: de Functional Resonance Analysis Method (FRAM). Dit is een methode waarbij leren van de alledaagse praktijk nog meer centraal staat. De ervaringen met deze nieuwe methode zijn goed en deze ervaringen zijn ook met de Inspectie gedeeld. In 2021 zal deze methode ingezet worden bij bijvoorbeeld terugkomende thema's of complexe processen.

Verbetermaatregelen

Op basis van een calamiteitenonderzoek stellen we (indien van toepassing) verbeteracties op met vastlegging wie verantwoordelijk is voor de uitvoering hiervan. In 2020 zijn er in totaal 41 verbeteracties geformuleerd. In 2020 zijn ten aanzien van valpreventie een aantal verbeteringen doorgevoerd: apparatuur is aangepast, scholing is verbeterd en protocollen zijn versimpeld en opnieuw onder de aandacht gebracht. Ook op de andere thema's zijn diverse maatregelen doorgevoerd, zoals het veranderen of versimpelen van werkwijze, het benadrukken van het belang van controlemomenten, het aanpassen van apparatuur en het scholen van het team.

Centraal monitoren we de opvolging van alle verbeteracties. De afdeling Kwaliteit & Veiligheid helpt de Raad van Bestuur hier op toe te zien dat deze worden opgevolgd. De casussen worden besproken met de direct betrokkenen en binnen de teams. Op deze manier leert ook het team van een calamiteit.

DISCLAIMER

Alle instellingen die lid zijn van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen rapporteren vanaf juli 2018 over de calamiteiten die zij aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd melden. Het uitgangspunt van deze rapportage is het gebruik van een eenduidige modelrapportage waarbij elke instelling ruimte heeft voor nadere invullingen of toelichting op deze gepubliceerde informatie. De resultaten zijn niet één op één te vergelijken, omdat de werkwijze per instelling kan verschillen.