

## Leren van calamiteiten

Meander Medisch Centrum is transparant over de geleverde kwaliteit en veiligheid van onze zorg. Wij streven naar steeds betere zorgverlening voor onze patiënten. Ondanks de aandacht hiervoor kan een behandeling soms anders verlopen dan voorzien. Wanneer dit zeer ernstige gevolgen heeft voor de patiënt, noemen wij dit een calamiteit. Een calamiteit heeft grote impact op de patiënt, zijn naasten en onze zorgverleners. We besteden hier dan ook veel aandacht aan. We zetten onderzoeksteams in om te leren van (vermoedelijke) calamiteiten met als doel te voorkomen dat het nog een keer voorkomt. Daarom maken wij informatie over onze calamiteiten openbaar.



## Jaarcijfers 2017 calamiteiten

In 2017 zijn er bij de Raad van Bestuur in totaal 36 meldingen gedaan van mogelijke calamiteiten. Na interne beoordeling zijn hiervan 15 casussen gemeld bij de IGJ. De overige 21 meldingen bleken geen calamiteit te zijn maar een complicatie. Twee hiervan waren onderzoek waardig en zijn door middel van een intern onderzoek geanalyseerd en de hieruit voortkomende verbeteracties zijn geïmplementeerd.

### 1. Betrokkenheid van patiënt / familie / nabestaanden bij calamiteiten

Bij elke analyse van een calamiteit nodigen we de patiënt en zijn naasten uit om hun verhaal te delen. Incidenteel wil een patient of zijn naasten hier geen gebruik van maken. Zij gaan dan in gesprek met een delegatie van de onderzoekscommissie. De Klachtenfunctionaris biedt hierbij de nodige begeleiding aan patiënt en zijn naasten. Wanneer het onderzoek is afgerond wordt door de hoofdbehandelaar in een persoonlijk gesprek met de patiënt en/of zijn naasten het rapport toegelicht. Wij hebben ervaren dat het veel meerwaarde heeft om ook het perspectief van de patiënt en zijn naasten mee te nemen in het onderzoek.

### 2. Belangrijkste oorzaken van calamiteiten

Hier vindt u de belangrijkste oorzaken van de calamiteiten in 2017. Een calamiteit heeft vaak meerdere oorzaken. Binnen Meander wordt de PRISMA methode gebruikt om mogelijke calamiteiten te onderzoeken, hierbij worden de basisoorzaken ingedeeld volgens het Eindhoven classificatiemodel.

De top 3 aan basisoorzaken is hieronder vermeld met daaronder ook weer een onderscheid in de meest voorkomende oorzaken.

#### *Organisatorische factoren (17 keer)*

Het gaat hier vooral om de beschikbaarheid en volledigheid van protocollen en werkafspraken. Dat zijn de afspraken en richtlijnen voor onze zorghandelingen (10 keer). Daarnaast gaat het om kennisoverdracht, er is niet bekend wat de werkwijze van een andere afdeling is of men is onwetend over het bestaan van een specifiek document. (7 keer).

#### *Menselijk handelen (14 keer)*

Het gaat hier vooral om gebrek aan afstemming, coordinatie en overdracht tussen verschillende medewerkers (6 keer) en fouten die ontstaan omdat een verificatie voorafgaand aan het uitvoeren van de taak op juistheid en/of compleetheid niet of niet goed heeft plaatsgevonden (4 keer). Tot slot wordt ook het niet goed beredeneren van ziekteverschijnselen in relatie tot onderzoekuitslagen genoemd (4 keer).

### *Technische factoren (7 keer)*

Onduidelijkheden in het elektronisch patiëntendossier waardoor zaken niet goed vindbaar zijn worden hier gemeld (5 keer). Daarnaast is er een melding over gebruik van verschillende apparaten (1 keer) en een apparaat dat geen duidelijke melding geeft of deze aan of uit staat (1 keer).

### **3. Verbetermaatregelen**

We willen leren van een calamiteit en voorkomen dat het nog een keer voorkomt. Daarom stellen we op basis van ieder calamiteitenonderzoek verbeteracties op met vastlegging wie verantwoordelijk is voor de verbeteracties. De afdeling Kwaliteit & Veiligheid helpt de Raad van Bestuur hier op toe te zien dat deze worden opgevolgd. In 2017 zijn er in totaal 70 verbetermaatregelen geformuleerd. Ter illustratie: om de beschikbaarheid en vindbaarheid van nauwkeurige en volledige protocollen en werkafspraken te verbeteren is een ziekenhuisbreed project gestart om dit in samenwerking met specialisten en verpleegkundigen te verbeteren.

### **DISCLAIMER**

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