

Leren van calamiteiten

Meander Medisch Centrum streeft 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 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 naasten en onze zorgverleners. Een (vermoedelijke) calamiteit krijgt aandacht door het inzetten van onderzoeksteams, waardoor we leren van (vermoedelijke) calamiteiten met als doel te voorkomen dat het nog een keer voorkomt.



Jaarcijfers 2018 calamiteiten

In 2018 zijn er bij de Raad van Bestuur in totaal 23 meldingen gedaan van een vermoedelijke calamiteit. Na interne beoordeling hiervan zijn tien casussen gemeld bij de Inspectie (IGJ) als vermoedelijke calamiteit. Na onderzoek bleken zes casussen een calamiteit te zijn en vier niet. Tevens zijn wij driemaal door andere instellingen gevraagd deel te nemen aan een onderdeel van hun calamiteitenonderzoek. Dit betrof meldingen die bij de IGJ gedaan zijn door andere instellingen.

1. Betrokkenheid van patiënt, familie en nabestaanden bij calamiteiten

Bij elk onderzoek van een vermoedelijke calamiteit nodigen we de patiënt en/of zijn naasten uit om hun verhaal te delen. 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/of zijn naasten mee te nemen in het onderzoek. Incidenteel wil een patiënt of zijn naasten hier geen gebruik van maken en dan respecteren wij dat.

2. Belangrijkste oorzaken van calamiteiten

Om effectief te kunnen verbeteren is het bij 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, patiënt gerelateerd en overig. De aantallen per type basisoorzaak zijn hieronder 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.

Technische factoren

In 2018 hebben we 4 keer een technische basisoorzaak vastgesteld. Een technische basisoorzaak heeft bijvoorbeeld te maken met fouten als gevolg van een slecht ontwerp van een apparaat of materiële defecten. Een voorbeeld hiervan was in 2018 een technische beperking van het alarm op een apparaat. Hierdoor ontstond vertraging in het afgaan van dit alarm.

Organisatorische factoren

In 2018 hebben we 10 keer een organisatorische basisoorzaak vastgesteld. Een organisatorische oorzaak heeft te maken met bijvoorbeeld kennisoverdracht, protocollen, managementprioriteiten of cultuur. Een voorbeeld hiervan was dat de afspraken in een protocol niet duidelijk en onvolledig waren. Hierdoor was het onduidelijk voor medewerkers.

Menselijke factoren

In 2018 hebben we 8 keer een menselijke basisoorzaak vastgesteld. Een menselijke factor heeft te maken met bijvoorbeeld menselijk redeneren, kwalificaties, coördinatie, verificatie of motoriek. In deze categorie was in 2018 de redenatie van zorgverleners de meest voorkomende oorzaak. Een voorbeeld hiervan was dat bij de behandeling van een patiënt een tunnelvisie bij de zorgverleners ontstond. De ingezette behandeling leek het probleem op te lossen en de behandeling ten goede te komen. Achteraf bleek dit niet het geval te zijn.

Patiënt gerelateerde factoren

In 2018 hebben we 6 keer een patiënt gerelateerde basisoorzaak vastgesteld. Patiënt gerelateerde factoren zijn fouten die gerelateerd zijn aan kenmerkende eigenschappen van de patiënt die buiten de controle van medewerkers liggen en die de behandeling beïnvloeden. Een voorbeeld is bijvoorbeeld een afwijking in de anatomie van de patiënt.

3. Verbetermaatregelen

Op basis van een calamiteitenonderzoek stellen we (indien van toepassing) verbeteracties op met vastlegging wie verantwoordelijk is voor de uitvoering hiervan. De afdeling Kwaliteit & Veiligheid helpt de Raad van Bestuur hier op toe te zien dat deze worden opgevolgd. In 2018 zijn er in totaal 26 verbeteracties geformuleerd, zoals het herzien van werkwijzen, het herschrijven van protocollen, het organiseren van scholingen en het uitvoeren van onderzoek naar technische aanpassingen. De casussen zijn besproken met de direct betrokkenen en binnen de teams. Op deze manier leert ook het team van een calamiteit.

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.