

Adrz trots op open meldcultuur

In Adrz willen we graag continu beter worden in de zorgverlening aan onze patiënten. Het is gewoonte dat melding gedaan wordt van een onverwachte gebeurtenis in de patiëntenzorg. Dit toont dat we een open organisatie zijn die wil leren van incidenten waardoor ook de kwaliteit van zorg kan verbeteren. Wij zijn dan ook trots op deze hoge meldbereidheid van onze medewerkers. Naast calamiteitenmeldingen betreffen deze meldingen de voorstellen tot verbetermaatregelen en de VIM-meldingen (Veilig Incident Melden).

Adrz wil met dit artikel openheid in de calamiteitenonderzoeken geven en zo ook onze opgedane kennis en ervaringen met andere ziekenhuizen delen.

In de 'Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg' wordt een calamiteit omschreven als 'een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van een cliënt of een ernstig schadelijk gevolg voor een cliënt heeft geleid'.

Melden

Wanneer in Adrz mogelijk sprake is van een calamiteit, meldt de hoofdbehandelaar dit direct bij de Raad van Bestuur. In een overleg tussen Raad van Bestuur, hoofdbehandelaar en medisch specialist patiëntveiligheid wordt beoordeeld of dit daadwerkelijk een mogelijke calamiteit betreft. Indien dit het geval is of wanneer er enigszins twijfel is wordt deze gebeurtenis gemeld bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) als mogelijke calamiteit. Dit hoort binnen drie werkdagen na de melding bij de Raad van Bestuur uitgevoerd te zijn.

Ons ziekenhuis meldt mogelijke calamiteiten zeer ruimhartig bij de IGJ, omdat we transparant willen zijn en willen leren en verbeteren. De IGJ heeft daarom van Adrz in 2019 10 meldingen van mogelijke calamiteiten ontvangen, deze zijn allen afkomstig uit een interne melding. In 5 van deze meldingen was daadwerkelijk sprake van een calamiteit.

Onderzoeken

De onderzoekscommissie verzamelt alle feiten rondom de mogelijke calamiteit. Dit doet zij door alle betrokken zorgverleners omtrent de onverwachte gebeurtenis te spreken en door het doornemen van relevante onderdelen van het patiëntendossier, zoals bijvoorbeeld de medische notities, de verpleegkundige rapportage, maar ook uitslagen van verschillende diagnostische onderzoeken. De commissie bestudeert daarnaast wetten, richtlijnen, literatuur en protocollen en gaat samen met een lid van de cliëntenraad in gesprek met de patiënt en/of zijn familie.

Rol patiënt en/of familie/nabestaanden

Bij 9 van de 10 in 2019 uitgevoerde onderzoeken naar een mogelijke calamiteit zijn patiënt en/of familie ingelicht door de hoofdbehandelaar omtrent deze onverwachte gebeurtenis, het melden hiervan bij de IGJ en het daaropvolgend uitvoeren van een PVC onderzoek. De reden dat in 1 onderzoek geen contact is geweest, is dat deze een gebeurtenis betreft van 7 jaar geleden. Zowel PVC als IGJ meende dat contact met familie meer schade zou berokkenen, dan dat het goed zou doen. In 4 van de onderzoeken is de patiënt en/of familie uitgebreid gesproken middels een interview met de onderzoekscommissie van de PVC. Dit heeft een aantal maal bij de patiënt en/of familie thuis plaatsgevonden. In de overige onderzoeken is –soms uitgebreid- telefonisch contact geweest met patiënt en/of zijn familie en bleek er geen behoefte aan een gesprek met de onderzoekscommissie. Als reden werd aangegeven dat men geen toegevoegde waarde zag voor een gesprek gezien geen extra informatie gegeven kon worden, of dat men het gebeurde al uitgebreid had besproken met hoofdbehandelaar en er geen behoefte was nogmaals een gesprek hierover aan te gaan.

Analyse, oorzaken en verbetermaatregelen

De analyse van de verzamelde gegevens wordt via de PRISMA methodiek uitgevoerd. Deze heeft het systeemdenken als uitgangspunt, waarbij er van uitgegaan wordt dat aan elk incident een keten van gebeurtenissen vooraf gaat. Al deze gebeurtenissen samen vormen de basisoorzaken van een incident. Het

gaat bij systeemdenken niet om wie iets fout heeft gedaan, maar waarom het fout is gegaan en wat de achterliggende oorzaken waren.

De PRISMA methode brengt het ontstaan van een incident of calamiteit in beeld in de vorm van een oorzakenboom. In deze oorzakenboom wordt vanuit een topgebeurtenis steeds verder gezocht naar oorzaken middels de waarom vraag, totdat de basisoorzaken zijn gevonden. Deze basisoorzaken worden ingedeeld in categorieën middels het Eindhoven classificatie model (ECM): technisch, organisatorisch, menselijk, patiënt gerelateerd en overig. Deze worden weer onderverdeeld in subcategorieën waardoor snel overzien kan worden welke subcategorieën steeds terugkerend zijn en daardoor extra aandacht behoeven.

Aan de hand van de basisoorzaken worden in een plenaire bespreking met betrokkenen, verantwoordelijken en de cliëntenraad verbetermaatregelen opgesteld, ook als de gebeurtenis geen calamiteit betreft.

34 verbetermaatregelen

Er zijn in 2019 in totaal 34 verbetermaatregelen opgesteld naar aanleiding van calamiteitenonderzoek. 20 van deze maatregelen zijn opgesteld aan de hand van onderstaande 5 meest voorkomende basisoorzaken.

| Basisoorzaak | Toelichting | Aantal basisoorzaken | Aantal onderzoeken | Waarvan calamiteit | Type verbeter maatregel |
|--|--|----------------------|--------------------|--------------------|--|
| <i>Organisatorisch, protocollen</i> | Heeft betrekking op de kwaliteit en beschikbaarheid van protocollen | 10 | 5 | 3 | Procedure, techniek |
| <i>patiënt gerelateerde factor</i> | Gerelateerd aan de kenmerkende eigenschappen van de patiënt die buiten de controle van de medewerkers liggen en die de behandeling beïnvloeden | 9 | 8 | 4 | Niet mogelijk |
| <i>Menselijk, kwalificaties</i> | Er is een verschil tussen de kwalificaties, training of opleiding van een individu en de uit te voeren taak | 4 | 1 | 1 | Procedure |
| <i>Organisatorisch, kennisoverdracht</i> | In nieuwe situaties, beschikbare | 3 | 2 | 2 | Procedure, training, informatie/communicatie |

| | kennis niet of verkeerd toepassen | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|--|
| <i>Menselijk, bewaken</i> | Heeft betrekking op het bewaken van de staat van het proces of de patiënt | 2 | 2 | 1 | Informatie/communicatie, motivatie/reflectie |

Borging

De uitvoering van verbetermaatregelen wordt centraal vastgelegd en gemonitord –ook middels audits- door de afdeling Kwaliteit en Veiligheid. Periodiek wordt de voortgang van deze maatregelen besproken met de Raad van Bestuur. Zo is zij in staat om toezicht te houden op de uitvoering van de verbetermaatregelen.

Disclaimer

Alle lid instellingen van de NVZ rapporteren vanaf juli 2018 over de calamiteiten die zij aan de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) melden. 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.