

Overzicht meldingen onverwacht ernstige gebeurtenissen /calamiteiten 2022

In Adrz willen we graag continu beter worden in de zorgverlening aan onze patiënten. Als er een onverwacht ernstige gebeurtenis in de patiëntenzorg heeft plaatsgevonden wordt deze gemeld door betrokken zorgverlener. Dit toont dat we willen leren van incidenten, waardoor ook de kwaliteit van zorg kan verbeteren.

Adrz wil met dit artikel openheid geven in de onderzoeken die naar aanleiding van een melding zijn gedaan en zo ook onze opgedane kennis en ervaringen met andere ziekenhuizen delen. Door deze onderzoeken wordt dan bepaald of de onverwacht ernstige gebeurtenis gezien moet worden als een calamiteit.

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 onverwacht ernstige gebeurtenis, meldt de hoofdbehandelaar dit direct bij de Raad van Bestuur. In een overleg tussen Raad van Bestuur, hoofdbehandelaar en medisch manager patiëntveiligheid wordt beoordeeld of dit een mogelijke calamiteit betreft. Indien dit het geval is of wanneer er enigszins twijfel is wordt deze onverwacht ernstige gebeurtenis gemeld bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) als mogelijke calamiteit.

Ons ziekenhuis meldt mogelijke calamiteiten bij de IGJ, omdat we transparant willen zijn en willen leren en verbeteren. De IGJ heeft daarom van Adrz in 2022 9 meldingen van onverwacht ernstige gebeurtenissen/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 onverwacht ernstige gebeurtenis. 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 in gesprek met de patiënt en/of zijn familie.

Rol patiënt en/of familie/nabestaanden

Bij alle 9 in 2022 uitgevoerde onderzoeken naar aanleiding van een onverwacht ernstige gebeurtenis 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. In 6 van de onderzoeken is de patiënt en/of familie uitgebreid gesproken middels een interview met de onderzoekscommissie van de PVC. In de overige onderzoeken is –soms uitgebreid- telefonisch contact geweest met patiënt en/of zijn familie en patiënt support en bleek er geen behoefte aan een gesprek met de onderzoekscommissie. Als reden werd aangegeven dat men geen toegevoegde waarde zag voor een gesprek omdat 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. Er is in alle gevallen terugkoppeling gegeven van de resultaten van het onderzoek.

Analyse, oorzaken en verbetermaatregelen

De analyse van de verzamelde gegevens wordt via de PRISMA-methodiek uitgevoerd. Deze heeft het systeemdenken als uitgangspunt, waarbij ervan 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 "mis" heeft gedaan, maar *waarom* het niet goed is gegaan en wat de achterliggende oorzaken waren.

De PRISMA-methode brengt het ontstaan van de onverwacht ernstige gebeurtenis 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 onderzoekscommissie maatregelen opgesteld, ook als de gebeurtenis geen calamiteit betreft.

Er zijn in 2022 in totaal 44 maatregelen opgesteld naar aanleiding van genoemde onderzoeken. 29 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 of werkafspraken	11	5	3	Procedure, informatie/communicatie
<i>Menselijk, interventie HRI</i>	Heeft betrekking op fouten die ontstaan door een verkeerde planning en uitvoering van de taak	6	2	2	Procedure, informatie/communicatie
<i>Menselijk, bewaking HRM</i>	Heeft betrekking op fouten die opgetreden zijn tijdens het bewaken van het proces of de status van de bewoner	5	2	2	Informatie/communicatie
<i>Organisatorisch, managementprioriteiten</i>	Heeft betrekking op fouten die veroorzaakt zijn door het verschuiven van veiligheid naar een lagere prioriteit als er conflicten in vraag of doelen optreden	4	3	2	Procedure
<i>Patiëntgerelateerd</i>	Heeft betrekking op fouten gerelateerd aan kenmerkende eigenschappen van de patiënt die buiten de controle van de staf vallen en die de behandeling beïnvloeden	3	2	2	Niet mogelijk

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.