

Mogelijke calamiteit? Santeon leert en verbetert!

Jaarpublicatie calamiteitenonderzoek
in de Santeon ziekenhuizen 2023



Santeon is een samenwerking van zeven topklinische ziekenhuizen. Samen zetten we ons in voor betere zorg in onze ziekenhuizen en in heel Nederland. Dat doen we door bij elkaar in de keuken te kijken, van elkaar te leren en continu te verbeteren.



Santeon Utrecht, www.santeon.nl

Canisius Wilhelmina Ziekenhuis Nijmegen • Catharina Ziekenhuis Eindhoven
Maasstad Ziekenhuis Rotterdam • Martini Ziekenhuis Groningen
Medisch Spectrum Twente Enschede • OLVG Amsterdam
St. Antonius Ziekenhuis Utrecht/Nieuwegein

Inhoud

5	Inleiding
7	De kracht van alerts
9	Ontwikkelingen in 2023
12	Voorbeelden van doorgevoerde verbeteringen
14	Calamiteitenonderzoek in cijfers
19	Bijlage 1: Calamiteit en calamiteitenonderzoek
23	Bijlage 2: Samenwerking binnen Santeon



Personen op de foto zijn niet gerelateerd aan calamiteiten.

Inleiding

2023 heeft weer laten zien dat we als zeven topklinische ziekenhuizen door intensief met elkaar samen te werken mogelijkheden creëren om te vernieuwen en te verbeteren, bijvoorbeeld door mooie innovaties van elkaar over te nemen. Dagelijks vinden er veel patiëntcontacten plaats in onze ziekenhuizen, waarbij de zorg en behandelingen heel goed gaan.

Maar ook als de zorg soms niet verloopt zoals verwacht, is dit juist een kans om van elkaar te leren. Dat is precies wat we doen binnen het Santeon netwerk. Door als ziekenhuis open te zijn naar elkaar over wanneer de patiëntenzorg of behandeling niet zo is gegaan als verwacht, is het een kans voor de andere ziekenhuizen om binnen de eigen organisatie na te gaan of er herkenbare risico's zijn. Zo kan mogelijk worden voorkomen dat er bij hen iets vergelijkbaars gebeurt.

Dit jaar publiceert Santeon haar vierde gezamenlijke jaarpublikatie over calamiteitenonderzoek in de zeven ziekenhuizen. Niet voor iedereen zal het begrip 'calamiteit' bekend zijn. Daarom geven we in de bijlage inzicht in wat een calamiteit is, wat er van een ziekenhuis verwacht wordt als zich een calamiteit voordoet en hoe we binnen Santeon met elkaar samenwerken op het gebied van calamiteiten.

Zoals inmiddels gebruikelijk brengen we binnen de jaarpublikatie in beeld wat zich in het afgelopen

jaar in de ziekenhuizen heeft voorgedaan en hoe we hiervan hebben geleerd. In de eerste jaarpublikaties deden we dit vooral door middel van het benoemen van cijfers en het beschrijven van voorbeelden van casuïstiek die zich in de ziekenhuizen hebben afgespeeld. De ziekenhuizen delen alerts met elkaar. Dit zijn waarschuwingen voor iets wat zich in het ene ziekenhuis heeft voorgedaan, om te voorkomen dat het zich dat ook bij anderen voordoet. Tevens wordt er onderling gesproken over het onderzoek naar onbedoelde gebeurtenissen of incidenten en alles wat daarbij komt kijken. Inmiddels hebben we steeds meer de verschuiving naar het leren gemaakt: wat is er binnen het ziekenhuis geleerd van het incident, op welke manier kun je het bespreekbaar maken? En hoe kunnen de andere ziekenhuizen de geleerde lessen overnemen?

Het blijkt zinvol om calamiteiten breed te bespreken en te delen met zorgverleners binnen een ziekenhuis. Verbeteringen in het proces kunnen soms ook op afdelingen worden doorgevoerd waar de calamiteit zich niet heeft afgespeeld. Doordat meer collega's weten wat zich heeft voorgedaan, creëren we een bredere bewustwording en kan een grotere groep zorgverleners of ondersteuners meedenken over het nog verder ontwikkelen en veiliger maken van de zorg.

In de beschreven voorbeelden in deze jaarpublikatie geven we een inkijk in hoe we als Santeon geleerd en verbeterd hebben.



De kracht van alerts

Als er in een Santeon ziekenhuis iets is gebeurd wat ook in een ander ziekenhuis zou kunnen gebeuren dan informeren de Santeon ziekenhuizen elkaar. Dat noemen we een alert. Vanuit elk ziekenhuis zijn adviseurs of een kwaliteitsarts betrokken; zij beoordelen of het risico ook in hun ziekenhuis aanwezig is. De meeste alerts worden 4 keer per jaar met elkaar gedeeld tijdens de fysieke en digitale besprekingen, zodat deze intern gedeeld kunnen worden door de ziekenhuizen. Maar als een alert om directe actie vraagt, informeren de ziekenhuizen elkaar tussentijds.

Enkele voorbeelden die in 2023 met elkaar besproken werden:

- Een aantal meldingen had betrekking op materialen:
 - Eén van de ziekenhuizen heeft een alert uitgezet over een probleem met de software van een operatierobot, waardoor de scoop niet de beweeglijkheid heeft die nodig is om de operatie veilig uit te voeren.
 - In een ander ziekenhuis zijn metaaldeeltjes geconstateerd in een oog na een cataractoperatie. De oorzaak hiervan wordt verder onderzocht maar de andere ziekenhuizen zijn reeds hierover geïnformeerd.
 - In een ziekenhuis bleek een sheath na een ingreep (punctie) te zijn beschadigd, waardoor een deel is losgeraakt en achtergebleven. Met de andere ziekenhuizen is gedeeld om welke sheath het gaat en wat zich heeft voorgedaan.
- In een ziekenhuis is een afwijking in de darm niet operatief verwijderd, omdat de locatie niet duidelijk was. Afwijkingen in de darm worden voor een operatie niet altijd gemarkeerd. Bij navraag blijkt dat ziekenhuizen hier verschillend mee omgaan. De verbeterpunten naar aanleiding van deze casus zijn binnen Santeon gedeeld.

- Een andere alert betrof de situatie waarbij een patiënt een kuur van een bepaalde medicatie moet volgen, maar alleen medicatie voor de eerste paar dagen wordt meegegeven. Het herhaalrecept is mogelijk verloren gegaan, waardoor de kuur niet is afgemaakt.
- In een ziekenhuis is na een operatie een gaas achtergebleven, omdat op het telformulier de verschillende afmetingen van gazen niet apart is beschreven en hierdoor een gaas is gemist. De ziekenhuizen hebben met elkaar de procedures voor gazentellen gedeeld.
- Verschillende toepassingen van hartmedicatie bij een bepaalde behandeling, heeft ertoe geleid dat onvoldoende tussen behandelaars (specialisten) werd gecommuniceerd, waardoor de behandeling niet optimaal is verlopen.
- Het opvolgen van patiëntuitslagen; bij een aantal meldingen werd de follow-up (verantwoordelijkheid, eigenaarschap) niet uitgevoerd door de aanvragend arts, waardoor de uitslag uit beeld is geraakt.

In 2023 hebben de ziekenhuizen 15 alerts met elkaar gedeeld. Dit is iets minder dan gebruikelijk. Dat is deels omdat er zich minder geschikte casus voordeden om met elkaar te delen, maar ook omdat we steeds beter weten welke casussen wel of niet geschikt zijn voor een alert.

Omdat we nu minder tijd hebben besteed aan de alerts, hebben we ook de mogelijkheid geopend om een casus door te nemen waar een ziekenhuis graag input van anderen over wil. Dat kan gaan over een complexe of ongewone casus, of een casus waarbij het lastig is om goede verbetermaatregelen te benoemen.

‘Als de verbetermaatregel bijvoorbeeld ander gedrag of ander handelen benoemt, dan wordt het vaak lastiger.’

Ontwikkelingen in 2023

Gezamenlijk bespreken van verbetermaatregelen

Na het uitvoeren van het onderzoek worden in de meeste gevallen de oorzaken van een incident of de calamiteit vastgesteld. De onderzoekers formuleren in het rapport waar mogelijk aanbevelingen. Deze worden omgezet naar verbetermaatregelen gericht op het wegnemen van de oorzaken, ter voorkoming van een herhaling van het incident.

Als het technische oplossingen of het aanpassen van protocollen betreft, dan is vaststellen van de maatregel meestal niet zo moeilijk. Maar als de verbetermaatregel bijvoorbeeld ander gedrag of ander handelen benoemt, dan wordt het vaak lastiger.

De afgelopen jaren zijn de werkprocessen in ziekenhuizen sterk verbeterd en dit maakt dat het lastig wordt om goede/sterke verbetermaatregelen te benoemen. Dit maakt dat binnen Santeon samen is gekeken naar wat een verbetermaatregel doet, wat de meerwaarde van een bepaalde verbetermaatregel is en hoe we ons kunnen ontwikkelen in het formuleren van ‘sterke’ maatregelen. In 2023 hebben we hier een bijeenkomst aan besteed. Ter voorbereiding op deze bijeenkomst hebben alle ziekenhuizen naar aanleiding van een reeds uitgevoerd calamiteitenonderzoek een verbetermaatregel gecategoriseerd volgens de methode van het Institute for Healthcare Improvement (IHI, www.IHI.org). In deze methode worden verbetermaatregelen ingedeeld van minder effectief naar sterk. Een ‘zwakke’-minder effectieve verbetermaatregel, zoals ‘bespreek de casus in het team’, zorgt vaak niet voor een verbetering voor een langere periode. Een noodzakelijke aanpassing in een protocol is een ‘sterke’ verbetermaatregel, omdat deze dan structureel in het proces wordt opgenomen.

Gezamenlijk is gekeken in welke categorie onze verbetermaatregelen vielen en/of een ‘sterkere’ verbetermaatregel geformuleerd kan worden. Bij

de bespreking hiervan blijkt dat het soms lastig kan zijn om een verbetermaatregel te categoriseren, omdat deze bij interpretatie onder meerdere categorieën ingeschaald kan worden. In de praktijk wordt er veelal een combinatie van sterkere en zwakkere verbetermaatregelen opgesteld. Tijdens de bespreking blijkt dat er - ook in gezamenlijkheid - veelal niet gekomen kon worden tot een andere (sterkere) verbetermaatregel naar aanleiding van het gebeuren. Wel kan de verbetermaatregel sterker worden gemaakt door er een stevige PDCA (Plan-Do-Check-Act) aan te koppelen.

Een minder effectieve verbetermaatregel kan sterker worden gemaakt door deze SMART te formuleren. Dit staat voor **S**pecifiek, **M**eetbaar, **A**ceptabel, **R**ealistisch en **T**ijdgebonden. In de vast te stellen verbetermaatregel staat wat men wil bereiken en op welke wijze en binnen welke termijn. Tevens kan de minder effectieve verbetermaatregel ‘bespreken in de vakgroep, teams of clusters’ sterker worden gemaakt door het verbeterpunt op te nemen in een inwerkplan, nieuwsbrief, scholing en een introductie van nieuwe medewerkers (zodat het niet bij één bespreking blijft). In de rapportage over verbetermaatregelen kan het handig zijn om te beginnen met de sterke verbetermaatregelen en te eindigen met de minder effectieve. Zo wordt duidelijk dat de ‘zwakkere’ minder effectieve maatregelen een ‘extra’ zijn.

Ook is in dit verband gesproken over wie erop toeziet dat de verbetermaatregelen worden uitgevoerd. Sommige ziekenhuizen leggen het opvolgen van de maatregelen bij een manager bedrijfsvoering of de medisch coördinator. In enkele ziekenhuizen vindt borging plaats door een stuurgroep kwaliteit die op frequente basis bij elkaar komt en de stand van zaken van de verbetermaatregelen opvolgt. De opvolging van de verbetermaatregelen blijft ook onder de aandacht van de kwaliteitsadviseurs.

Onze conclusie was dat de methode van de IHI helpend zijn kan bij het formuleren van

verbeterpunten, maar dat het ons geen inzichten bood die er nog niet waren. Soms is het gewoon niet mogelijk om sterke maatregelen te formuleren. Goed gebruik van de PDCA (plan do check act) kan elke verbetermaatregelen zo sterk mogelijk maken. De kwaliteitsafdeling van de ziekenhuizen stuurt op deze verbetermaatregelen, waardoor deze geborgd worden en de kwaliteit van zorg ten goede komt. Streven is om in de toekomst de patiënt (nog) meer te betrekken bij het opstellen van verbetermaatregelen.

Initiatieven naar aanleiding van alerts

In 2023 heeft een verkenning plaatsgevonden met betrekking tot de mogelijkheid alerts niet alleen met de zeven ziekenhuizen te delen, maar ook buiten Santeon. Het heeft tot nu toe nog niet geleid tot het zetten van concrete stappen.

Patiënten betrekken bij vooronderzoek

Betrokken patiënten en of naasten worden altijd gevraagd of zij willen meewerken aan een onderzoek indien zich een calamiteit heeft voorgedaan. Zij worden dan uitgenodigd voor een gesprek. Via een contactpersoon in het ziekenhuis worden zij op de hoogte gehouden van de stand van zaken.

In het kader van transparantie betrekken een aantal van de Santeon ziekenhuizen nu ook patiënten en of naasten bij een vooronderzoek. Een dergelijk onderzoek vindt plaats om te bepalen of er sprake is van een calamiteit. Er heeft in deze fase van het onderzoek nog geen melding bij de IGJ plaatsgevonden. Of dit gebeurt, hangt af van de uitkomst van het vooronderzoek.

Er is gesproken over de ervaringen hiermee. Het betrekken van familie bij een vooronderzoek blijkt complex te zijn. De patiënt en of naasten hebben vaak zelf al een overtuiging dat er sprake is van een calamiteit. Als de uitkomst van het vooronderzoek is dat er geen sprake is van een calamiteit en dat er geen melding bij de IGJ hoeft plaats te vinden, dan vinden ze dit soms lastig te accepteren. Het is niet ongebruikelijk dat wordt gevraagd de uitkomst van het onderzoek aan te passen. Ook het rapport, dat over het algemeen korter is dan het calamiteitenrapport, kan vragen oproepen bij de patiënt of naasten. Niet ieder ziekenhuis deelt

het rapport met patiënt of naasten. Daarnaast heeft de patiënt of naaste soms vragen over de zorg die buiten de scope van het onderzoek liggen. Dit alles maakt dat het betrekken van patiënten en hun naasten bij vooronderzoeken als lastiger wordt ervaren dan het betrekken bij een calamiteitenonderzoek.

Doorontwikkeling samenwerking verbeterteams Waardegedreven zorg

In 2023 heeft een vervolg plaatsgevonden van het implementeren van het voorstel om in een vroeg stadium vanuit het calamiteitenonderzoek aansluiting te zoeken bij de Waardegedreven zorg trajecten. Het doel daarbij was te komen tot betere verbetermaatregelen door de bredere blik die dit biedt. In de Santeon calamiteiten database werd in 2023 bijgehouden welke casussen zijn besproken in welk Waardegedreven zorg traject en zijn ervaringen hieromtrent uitgewisseld. In de praktijk bleek het erg lastig om te bepalen welke casus in welk traject zou moeten worden besproken. Een patiënt kan bijvoorbeeld een kwetsbare oudere zijn met een gebroken heup. Dat betekent dat de patiënt al in twee trajecten thuis hoort. Maar wat er precies is misgegaan, kan daar juist helemaal los van staan. Bij de evaluatie bleek dat er geen meerwaarde werd ervaren van het bespreken van de casussen, niet voor de verbeterprojecten in de trajecten en niet voor het calamiteitenonderzoek. Daarna is besloten dit stop te zetten.

'Verbeteren in Vizier'

In 2023 zijn alle Santeon ziekenhuizen gaan werken volgens de nieuwe werkwijze van de Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) genaamd 'Verbeteren in Vizier'. Dit houdt in dat - naast een calamiteitenrapport dat wordt opgesteld door een onafhankelijke commissie - er een samenvatting inclusief reflectie wordt opgesteld door de Raad van Bestuur. De intentie van de IGJ is om zo meer de nadruk te leggen op leren en verbeteren en hier de Raad van Bestuur meer bij te betrekken. Het verschilt per ziekenhuis of dit een andere werkwijze is of een voortzetting van een werkwijze die al werd gehanteerd.

In de loop van het jaar heeft de IGJ alle Santeon ziekenhuizen bezocht en gesproken over ervaringen met het verbeteren in de praktijk naar aanleiding



Personen op de foto zijn niet gerelateerd aan calamiteiten.

van een calamiteit. Aan de hand van één of enkele casussen zijn gesprekken gevoerd op de werkvloer en met het bestuur van het ziekenhuis. Er werd met name gekeken naar de wijze waarop verbetermaatregelen worden vastgesteld en geïmplementeerd en of deze ook op de werkvloer worden herkend.

Eind 2023 heeft de IGJ een vragenlijst naar de deelnemende ziekenhuizen verstuurd met betrekking tot de ervaringen met 'Verbeteren in Vizier'. In april 2024 wordt door de IGJ een webinar georganiseerd waarin de eerste inzichten worden besproken en waarin we als ziekenhuizen onze ervaring kunnen delen.

Publicatie

Het doel van deze publicatie is ziekenhuizen buiten Santeon een kijkje in onze keuken geven om van te leren. In november 2023 is in 'Kwaliteit in Bedrijf' een artikel gewijd aan het samenwerken aan calamiteiten binnen Santeon: 'Calamiteitenonderzoek helpt zorg te verbeteren.*' Het artikel beschrijft de inmiddels 14-jarige samenwerking van de zeven Santeon ziekenhuizen in het delen van alle calamiteiten met elkaar. Het leidt tot mooi verbeteren en breed leren in de organisaties. Benoemd wordt dat één van de redenen waarom de transparantie binnen Santeon goed werkt is dat alle Santeon ziekenhuizen de beste waarde voor de patiënt willen.

* Door Eveline van Herwaarden in www.kwaliteit-in-bedrijf.nl

Voorbeelden van doorgevoerde verbeteringen

Hieronder beschrijven we vier ontwikkelingen uit 2023 die naar aanleiding van onderzoeken in een of meerdere Santeon ziekenhuis zijn doorgevoerd.

1 Behandelbeperking

Uit calamiteitenonderzoeken komen met enige regelmaat signalen die niet altijd concreet in een verbetermaatregel kunnen worden vastgelegd of buiten de focus van het onderzoek liggen, maar wel van belang zijn voor de organisatie om te verbeteren, omdat het op meerdere afdelingen kan voorkomen. Zo ook bij de volgende situatie:

Bij patiënten die worden behandeld of opgenomen in het ziekenhuis worden samen met de behandelend arts afspraken gemaakt over mogelijke behandelbeperkingen. Dit wordt het behandelbeleid genoemd en heeft betrekking op het besluit om bijvoorbeeld wel of niet te reanimeren in acute situaties of over wel of geen opname op de intensive care.

In 2023 kwamen bij twee calamiteitenonderzoeken situaties aan het licht die betrekking hebben op het behandelbeleid van de patiënt. Ondanks dat deze situaties niet direct aanleiding waren voor het ontstaan van de calamiteit, zijn deze voorbeelden wel van meerwaarde geweest om van te leren. In beide gevallen was wegens een geplande operatie het beleid tijdelijk aangepast, maar niet terug veranderd. Hierdoor bleef bij deze patiënten een beleid in het dossier staan dat aangeeft dat er volledig behandeld moest worden, terwijl dit niet het geval was. Dit heeft als gevolg gehad dat in acute situaties het beleid besproken en aangepast moest worden. Daarnaast is gebleken dat wijzigingen in het beleid voor de zorgprofessionals niet duidelijk terug zijn te vinden in het patiëntendossier.

Het ziekenhuisbrede protocol uit het betreffende ziekenhuis dat betrekking heeft op de behandelbeperkingen is niet meer actueel en wordt aangepast. De beschreven situaties uit de praktijk zijn meegenomen in de herziening van het beleid en

zijn van meerwaarde gebleken in de aanpassingen van het beleid.

Daarnaast is uit overleggen met de anesthesisten en de reanimatiecommissie van het ziekenhuis gebleken dat afspraken rondom behandelbeleid niet altijd aangepast hoeven te worden wanneer patiënten geopereerd moeten worden. Dit besluit is ook meegenomen in het nieuwe beleid.

In een van de ziekenhuizen zijn inmiddels stappen gezet om de arts-assistenten beter te onboarden. Vanaf Q3 2024 worden arts-assistenten pas ingeroosterd als een proeve van bekwaamheid is afgerond. Pas dan worden de rechten in het EPD (Elektronisch Patiënten Dossier) vrijgegeven. Hiervoor wordt een uitgebreide EPD-training met verplichte en facultatieve modules aangeboden waarin de meest voorkomende processen in het EPD worden doorlopen. Denk onder andere aan medicatie voorschrijven, antistolling, visite lopen, behandelbeperkingen, aanvraag intercollegiaal consult, registratie van ingebrachte materialen, klinische ontslagbrief et cetera.

Daarnaast wordt aan een algemene introductie module gewerkt over beleid en werkafspraken ten aanzien van veilige zorg voor alle nieuwe medewerkers. Investeren in een goede start is de sleutel om zorgprofessionals goed voorbereid aan de slag te laten gaan en calamiteiten te voorkomen.

2 Verbetering overdracht in de keten

Het onderzoek dat in de ziekenhuizen wordt uitgevoerd, kan ook in de keten plaatsvinden. Dat betekent dat bijvoorbeeld de huisarts, de ambulancezorg of een ziekenhuis waarnaar patiënt vervolgens is doorverwezen ook een rol kan spelen in het geheel. Er wordt dan vanuit de betrokken organisaties gezamenlijk onderzoek verricht, zodat helder wordt wat en hoe

het gebeuren heeft kunnen plaatsvinden. Iedereen kan er zo van leren.

Uit onderzoeken komt steeds het belang van een goede, zorgvuldige overdracht naar voren. Doordat werkwijzen en systemen in de diverse organisaties vaak van elkaar verschillen is men hier extra alert op. In situaties waarbij een patiënt bij verschillende organisaties behandeling ondergaat, heeft de casemanager een duidelijke regiefunctie gekregen. De casemanager zorgt ervoor dat de nodige afspraken en acties naar aanleiding van uitslagen in afstemming met de hoofdbehandelaar voor de patiënt worden geregeld.

3 Verbetering verwijzbare patiënten naar opvolgend specialist

Binnen een ziekenhuis is naar aanleiding van een casus gekeken hoe er mee om te gaan als een patiënt afziet van de eerste keus van behandeling of doorverwijzing naar een opvolgend specialist voor verdere vervolging/ behandeling. Het bewust afzien van behandeling of doorverwijzing wordt vaker in de praktijk gezien, in het kader van Samen Beslissen. Vanuit het onderzoek is de vraag hoe om te gaan als het niet doorverwijzen of behandelen (ernstige) gevolgen kan hebben voor een patiënt, waarbij het onduidelijk is of de patiënt de gevolgen van deze keuze kan overzien. Dit bijvoorbeeld omdat het een 'kwetsbare' patiënt betreft en een klein sociaal netwerk heeft.

Om hier breed naar te kijken is deze vraagstelling in de kwaliteitsraad besproken, waar verschillende gremia aan deelnemen. Bij bespreking kwam naar voren dat dit niet enkel geldt voor kwetsbare patiënten, maar voor iedere patiënt. Een bezoek aan een medisch specialist kan bij een patiënt spanning veroorzaken. Hierdoor kan informatie mogelijk niet goed opgevangen worden, wat invloed kan hebben op een besluit voor de keuze van een behandeling. Tijdens bespreking kwam naar voren dat als een patiënt afziet van behandeling, waarbij het onduidelijk is of hij/zij de gevolgen van de keuze mogelijk niet goed kan overzien, er eventueel voor

gekozen kan worden om tijdens een tweede gesprek de eventuele gevolgen en risico's hiervan nogmaals te bespreken. Hier kan een contactpersoon en of huisarts bij betrokken worden. Om breder te leren zal het onderwerp besproken worden met de eerstelijnszorg om zo te kijken naar de onderlinge samenwerking bij dit vraagstuk. Ook kwam het belang naar voren van het uitgebreid vastleggen van de reden van afzien van een behandeling door een patiënt in het medisch dossier. De input vanuit de kwaliteitsraad wordt meegenomen in het opstellen van een handreiking, waarin staat hoe te handelen bij een patiënt die afziet van behandeling. Deze handreiking zal breed binnen de organisatie gedeeld worden en zo onder de aandacht worden gebracht.

4 Arbeidstekorten en hoge werkdruk

In meerdere ziekenhuizen werd door calamiteitenonderzoek een trend zichtbaar, waarbij arts-assistenten aangaven dat er soms onvoldoende kennis bestond van het EPD en de uniforme werkafspraken in het ziekenhuis. Dit werd als nevenbevinding gesignaleerd en vooral gezien bij onervaren arts-assistenten vroeg in de opleiding. Een van de ziekenhuizen heeft in samenwerking met de arts-assistenten vereniging een analyse uitgevoerd waarbij de focus lag op inwerken en kennisoverdracht.

Uit deze analyse blijkt dat in de afgelopen jaren, mede door Covid, de fysieke introductie sterk was gereduceerd. De introductie voor arts-assistenten bestond ten tijde van het onderzoek nog uit een korte integrale bijeenkomst, een niet verplichte e-learning voor het werken in het EPD en de reanimatie training. Overig beleid, protocollen en werkafspraken werden door de zittende arts-assistenten tijdens de eerste dagen overgedragen. Deze informatieoverdracht bleek ook per vakgroep verschillend.

De druk op dit inwerktraject was groot door tekorten, hoge werkdruk en in meerdere gevallen werden arts-assistenten al voor diensten ingepland zonder het hele traject te hebben doorlopen.

Calamiteitenonderzoek in cijfers

In 2023 hebben de zeven Santeon ziekenhuizen 95 meldingen bij de IGJ gedaan omdat er (mogelijk) sprake was van een calamiteit.

Wat kenmerkte deze 95 meldingen?



287

Vooronderzoeken door de Santeon ziekenhuizen



95

Meldingen bij Inspectie door de Santeon ziekenhuizen

Vooronderzoeken en meldingen bij Inspectie

Ongeveer een derde van alle interne (voor)onderzoeken heeft geleid tot een melding bij de Inspectie. Het grote aantal meldingen dat intern wordt voorgelegd laat zien dat de bereidheid tot melden hoog is. Zorgverleners zijn kritisch op hun eigen handelen en stellen zich daarbij transparant op. De meeste vooronderzoeken concluderen dat de gebeurtenis niet blijkt te voldoen aan de definitie van een (mogelijke) calamiteit. Deze worden intern verder onderzocht om na te gaan of er verbeterd kan worden.

Patiënt en/of naaste betrokken bij onderzoek

Bij de meeste onderzoeken is de patiënt of naaste betrokken bij het onderzoek. Soms is dit niet mogelijk of geven patiënten/naasten aan hier geen behoefte aan te hebben. Als patiënten of naasten niet betrokken zijn wordt dit altijd toegelicht in het onderzoeksrapport.

74 Patiënt/naaste is betrokken bij het onderzoek

18 Patiënt/naaste wil niet betrokken worden bij het onderzoek

3 Patiënt/naaste is niet betrokken bij het onderzoek

Type hoofdgebeurtenis (Inspectie-melding)



34

Onderzoek/ diagnostiek



6

Medicatie



30

Behandeling/ interventie



12

Operatief proces



6

Verpleegkundige zorg



4

Apparatuur/ materiaal/ICT



0

Bloedproducten



1

Onbekend

Conclusie onderzoek

Bij ongeveer twee derde van de onderzoeken die bij de Inspectie zijn gemeld, is de conclusie dat er daadwerkelijk sprake is van een calamiteit. Bij ongeveer een derde blijkt na uitvoerige analyse dat er geen sprake was van een tekortkoming in de zorg. Het kan ook zijn dat er geen relatie is gevonden tussen de geboden zorg en de schade voor de patiënt die de aanleiding was voor het onderzoek. Bij een klein aantal onderzoeken is, ook na uitgebreide analyse, niet met zekerheid te stellen of er sprake is van een calamiteit. Deze verdeling is vergelijkbaar met vorig jaar.



19

Geen calamiteit



65

Wel calamiteit



10

Onbepaald wel of geen calamiteit



0

Geen uitsluitel of niet afgerond



Personen op de foto zijn niet gerelateerd aan calamiteiten.



Bijlage 1

Calamiteit en calamiteitenonderzoek

Personen op de foto zijn niet gerelateerd aan calamiteiten.

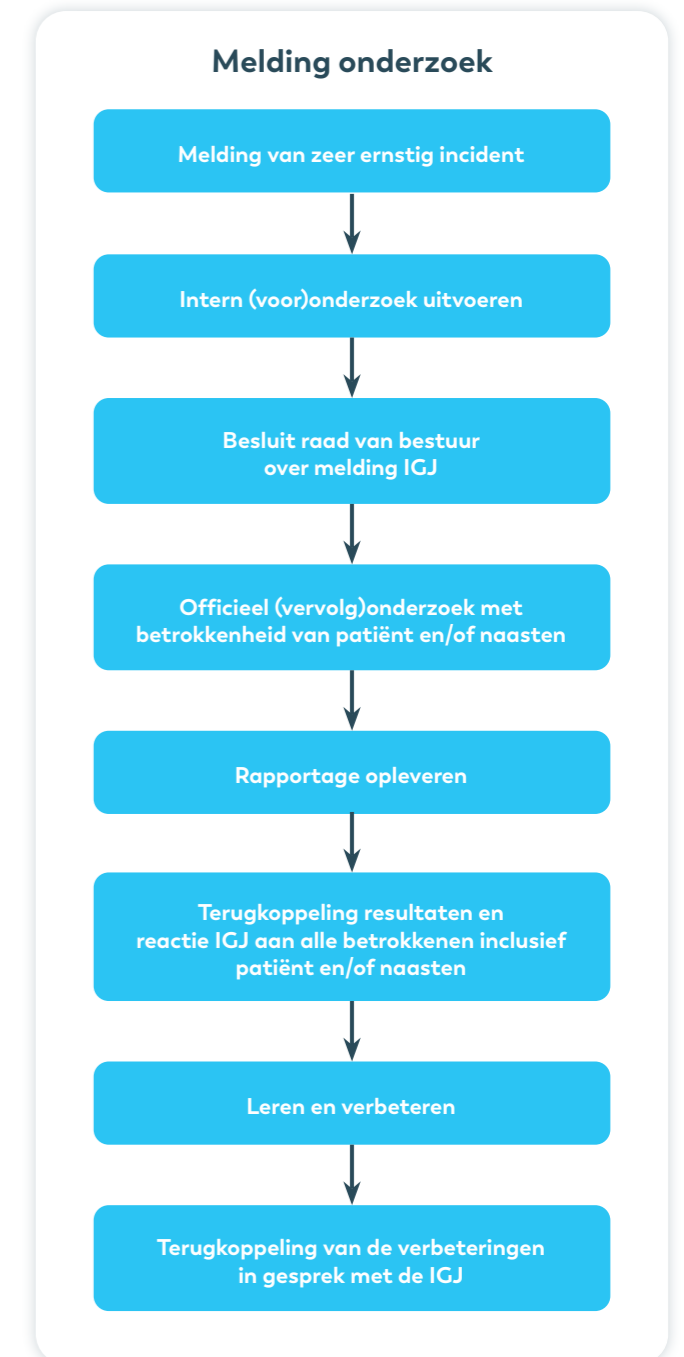
‘De Santeon ziekenhuizen hebben deskundigen in huis die meteen actie ondernemen om te beoordelen of er sprake is van een calamiteit.’

Calamiteit en calamiteitenonderzoek

Bij een calamiteit is iets misgegaan in de zorg wat ernstige gevolgen heeft voor de patiënt. Het herkennen van een calamiteit is niet altijd makkelijk. In een ziekenhuis overlijden soms patiënten aan hun ziekte of treden er complicaties op tijdens het behandelproces. Bij een complicatie is de zorg goed gedaan (er is gewerkt zoals het had moeten), maar is er toch een onbedoelde of ongewenste uitkomst. Hoe weet je of er echt iets mis is gegaan? En wanneer vinden we de gevolgen zo ernstig dat er een calamiteitenonderzoek moet plaatsvinden?

Het is belangrijk om dit goed in te schatten, want ziekenhuizen moeten calamiteiten melden bij de IGJ om zo tot kwaliteitsverbetering te komen. Dit is wettelijk vastgelegd in de Wkkgz (Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg). Binnen de Santeon ziekenhuizen is het de afspraak dat medewerkers alles melden wat mogelijk een calamiteit kan zijn. Een melding kan ook vanuit de patiënt of naasten komen. De Santeon ziekenhuizen hebben deskundigen in huis die meteen actie ondernemen om te beoordelen of er sprake is van een calamiteit. Is dat het geval, dan meldt het ziekenhuis dit bij de IGJ.

Na de melding voert een onderzoekscommissie, bestaande uit diverse deskundigen, een uitgebreid onderzoek uit. Dit doen ze volgens een vastgestelde methode. Als het onderzoek is afgerond informeert het ziekenhuis de IGJ over de uitkomsten van het onderzoek en wat daarvan geleerd is. De IGJ beoordeelt of het onderzoek goed is uitgevoerd. Soms heeft de IGJ nog aanvullende vragen. Ook kan de IGJ besluiten het onderzoek (voor een deel) zelf over te doen. Maar meestal concludeert de IGJ dat het ziekenhuis goed geleerd heeft van het onderzoek en sluit zij de melding af. De uitkomsten van het onderzoek worden door het ziekenhuis met de patiënt of nabestaanden besproken.





Bijlage 2

Samenwerking binnen Santeon

Personen op de foto zijn niet gerelateerd aan calamiteiten.

Samenwerking binnen Santeon

Binnen Santeon werken de zeven ziekenhuizen samen op het gebied van calamiteitenonderzoek. De ziekenhuizen wisselen ervaringen en anonieme voorbeelden van calamiteitenonderzoeken en goede verbetermaatregelen uit, kijken bij elkaar in de keuken en waarschuwen elkaar als er dingen misgaan die andere ziekenhuizen moeten weten. Daarbij zijn goede afspraken gemaakt over de vertrouwelijkheid van de gegevens die we uitwisselen. Door op deze wijze samen te werken, verbeteren we de werkwijze bij calamiteitenonderzoeken en verbeteren we de zorgprocessen in alle zeven Santeon ziekenhuizen.

Werkwijze bij onderzoek

De Santeon ziekenhuizen hebben afgesproken dat alle onderzoeksrapporten op dezelfde wijze zijn opgebouwd. Alle (geanonimiseerde) rapporten en reflectiebrieven worden met elkaar gedeeld via een veilige database. Zo kunnen we van elkaars rapporten leren. De leden van de onderzoekscommissie (kwaliteitsartsen, artsen, verpleegkundigen, adviseurs kwaliteit) zijn allemaal getraind in het doen van onderzoek. De onderzoekers bestuderen altijd het dossier van de patiënt. Ze spreken met de (in)direct betrokken zorgverleners en de patiënt of hun naasten en lezen protocollen en andere kwaliteitsdocumenten.

Op basis van al deze informatie bepaalt de onderzoekscommissie wat er precies is gebeurd en of er iets mis is gegaan wat in de toekomst kan worden voorkomen. In een aantal ziekenhuizen werd ervaring opgedaan met andere onderzoeksmethoden zoals de FRAM en Learning teams. Dit zijn procesgerichte methoden waarbij de verbetermaatregelen in groepsverband samen worden opgesteld met zorgverleners. Dit zorgt ervoor dat zorgverleners direct kunnen reflecteren welke verbeteringen zouden kunnen bijdragen aan hun werk. Tevens wordt hiermee geborgd dat verbetermaatregelen haalbaar zijn en deze een goed draagvlak krijgen.

Vooronderzoek

De ziekenhuizen mogen na een incident zes weken de tijd nemen om uit te zoeken wat er gebeurd is en of er mogelijk sprake is van een calamiteit. We noemen dit een vooronderzoek. Hoe de ziekenhuizen deze vooronderzoeken uitvoeren verschilt. Daarom delen we onze ervaringen met vooronderzoek onderling om te leren van elkaar.

Hulp bij het doen van onderzoek

Normaal gezien voert ieder ziekenhuis zijn eigen onderzoek uit met zijn eigen deskundigen (kwaliteitsartsen, specialisten of inhoudsdeskundigen) op het gebied van calamiteitenonderzoek. Deze zijn niet betrokken bij de gebeurtenis/calamiteit. Maar soms is een onderzoek erg ingewikkeld of is er behoefte aan speciale expertise. Er kan dan een deskundige uit een ander Santeon ziekenhuis worden gevraagd om te helpen bij het onderzoek.

Betrokkenheid van de patiënt

Bij elk onderzoek vragen we de patiënt of nabestaanden of zij hierbij betrokken willen zijn. Er wordt dan een interview gehouden waarin de patiënt of nabestaande kan vertellen wat er is gebeurd. Ze kunnen ook aangeven waar ze vragen over hebben. Vaak hebben patiënten of nabestaanden het gevoel dat er iets is misgegaan, maar weten ze niet precies wat. Het is belangrijk dat we weten welke vragen bij hen leven, dan kunnen we daar in het rapport of het eindgesprek op in gaan. Ook leren we als ziekenhuizen veel van deze gesprekken. We horen hoe onze zorg is ervaren. Of we krijgen nieuwe informatie die niet in het dossier stond.

Ook denken patiënten of nabestaanden mee over mogelijke verbetermogelijkheden. De meeste patiënten en nabestaanden vinden het fijn om bij het onderzoek betrokken te zijn. Maar niet iedereen wil of kan dit. De keuze ligt bij hen. Soms is er geen mogelijkheid om patiënten of nabestaanden te betrekken of zijn er andere



overwegingen om hen dit niet te vragen. Als dit zo is, wordt dit altijd onderbouwd en uitgelegd in de calamiteitenrapportage. Indien mogelijk wordt dit rapport wel altijd aan de patiënt of nabestaanden teruggekoppeld, ook als zij niet betrokken zijn geweest bij het onderzoek.

Als er ondersteuning of begeleiding voor de patiënt of nabestaanden nodig is, bekijken we welke steun we kunnen bieden. In elk ziekenhuis zijn er functionarissen aangewezen die vanuit hun onafhankelijke rol de patiënten en hun naasten of de nabestaanden kunnen ondersteunen bij het onderzoek. Denk hierbij aan het bieden van een luisterend oor of het begeleiden bij het contact met de zorgverleners. Na afloop van het onderzoek worden de onderzoeksresultaten met de patiënt en/of de nabestaanden besproken, als zij hebben aangegeven dit te willen.

Ondersteuning aan zorgprofessionals

Betrokken zorgverleners die te maken krijgen met een calamiteit ervaren vaak een gevoel van zelfverwijt. Zij vragen zich af of ze iets hebben gemist of iets hadden moeten doen om dit te voorkomen. Ook voor hen is in de ziekenhuizen

opvang geregeld. Hier kunnen ze altijd een beroep op doen. Iedere zorgverlener wil weer veilig en vol zelfvertrouwen het werk kunnen doen. Het helpt bij de verwerking om duidelijkheid te krijgen over waarom iets niet goed is gegaan.

Verbetermaatregelen

Uit het onderzoek wordt vaak duidelijk wat er is gebeurd en waarom. Op basis van deze oorzaken, stelt de interne onderzoekscommissie een verbeterplan op. Hierin staan maatregelen die herhaling van de calamiteit zoveel mogelijk moeten voorkomen; deze worden afgestemd met alle betrokken zorgprofessionals. De maatregelen kunnen betrekking hebben op de werkwijze van bepaalde vakgroepen of voor het hele ziekenhuis gelden. Dit kunnen grote veranderingen zijn, die veel tijd kosten om in te voeren. Maar soms zijn er ook kleine aanpassingen die de zorg toch veel veiliger maken. De maatregelen worden geregistreerd in een systeem en er vindt sturing op door het management, zodat er een borging plaatsvindt. Er zijn ook calamiteiten die worden besproken in een bijeenkomst waar alle artsen en andere zorgprofessionals uit het ziekenhuis bij aanwezig mogen zijn, zodat iedereen ervan kan leren.

Colofon

Tekst en redactie

Namens de werkgroep
Santeon Alert Systeem (SAS):

Eric Scheutjens (OLVG)
Ineke Wieleman-Volman
(Martini Ziekenhuis)

Vormgeving

Telvorm grafische vormgeving

Fotografie

Beeldbank Santeon

© Santeon 2024

Publicatie: juni 2024
Alle rechten voorbehouden

Meer informatie

Santeon
Herculesplein 38
3584 AA Utrecht
info@santeon.nl
+31 30 25 24 180
www.santeon.nl

Santeon is een samenwerking van zeven topklinische ziekenhuizen. Samen zetten we ons in voor betere zorg in onze ziekenhuizen en in heel Nederland. Dat doen we door bij elkaar in de keuken te kijken, van elkaar te leren en continu te verbeteren.

Kijk voor meer informatie op santeon.nl



Santeon Utrecht, www.santeon.nl

Canisius Wilhelmina Ziekenhuis Nijmegen • Catharina Ziekenhuis Eindhoven
Maasstad Ziekenhuis Rotterdam • Martini Ziekenhuis Groningen
Medisch Spectrum Twente Enschede • OLVG Amsterdam
St. Antonius Ziekenhuis Utrecht/Nieuwegein