



# Jaarpublicatie calamiteitenonderzoek

*VieCuri Medisch Centrum 2017*

## Inleiding

Elke patiënt heeft recht op behandeling met zorg, aandacht en respect. In VieCuri hechten we veel waarde aan de kwaliteit en veiligheid van de zorg die we leveren en zetten we ons in om die continu te verbeteren. Jaarlijks worden in VieCuri ruim 18.000 patiënten opgenomen en vinden er ruim 333.000 polikliniekbezoeken plaats. Hoewel onze zorgverleners hun uiterste best doen om goede zorg te bieden, kan er soms iets mis gaan. Dit kan leiden tot een langere ziekenhuisopname, tijdelijke beperkingen en soms tot blijvende schade of zelfs overlijden. In VieCuri willen we leren van wat er fout en goed gaat en spreken we elkaar daar op aan. We hechten hierbij veel waarde aan transparantie. We communiceren open met patiënten en hun familie over wat er mis is gegaan en hoe VieCuri hiervan kan leren.

## Definities incident en calamiteit

Als de zorg niet verloopt zoals we verwachten en de patiënt schade oploopt, noemen we dit een incident. Bij ernstige (blijvende) schade spreken we van een calamiteit. Incidenten waarbij de patiënt blijvende ernstige schade oploopt of overlijdt, meldt VieCuri bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Dit is conform de Wet kwaliteit klachten geschillen in de zorg (Wkkgz).

In dit document blikken we terug op (potentiële) calamiteiten in het jaar 2017.

## Kader

Definitie calamiteit volgens de Wet kwaliteit klachten geschillen in de zorg (Wkkgz):

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.

## 1. Procedure, methode en aantallen

Alle medewerkers van VieCuri melden incidenten (in relatie tot de patiëntenzorg) in een meldsysteem. Hierbij vermelden ze de risicoscore op basis van de kans op herhaling en de ernst van het incident. Ernstige incidenten worden onderzocht door een centrale commissie. Minder ernstige incidenten worden onderzocht door de afdelingen zelf. Bij de ernstige incidenten wordt altijd gekeken of er sprake is van een mogelijke calamiteit. Deze wordt dan onmiddellijk gemeld bij de Raad van Bestuur.

Daarnaast kan iedere medewerker van VieCuri een mogelijke calamiteit rechtstreeks melden bij de Raad van Bestuur. Na bestudering door de Raad van Bestuur en overleg met deskundigen wordt, indien er sprake is van een mogelijke calamiteit, overgegaan tot een calamiteitenmelding bij de IGJ. Tegelijkertijd krijgt de calamiteitencommissie opdracht tot het verrichten van een calamiteitenonderzoek. Vaak blijkt pas na uitvoerig onderzoek of er daadwerkelijk sprake is van een calamiteit.

## Methode van onderzoek

Het calamiteitenonderzoek vindt plaats door gebruik te maken van een combinatie van de methodieken PRISMA (Prevention and Recovery System for Monitoring and Analyse) en SIRE (Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie).

Het onderzoek wordt uitgevoerd door hiervoor getrainde onderzoekers die zelf niet bij het incident betrokken zijn. Soms wordt ook externe deskundigheid ingeschakeld. Het onderzoeksteam verkrijgt de benodigde informatie door het bestuderen van het patiëntendossier, relevante richtlijnen en wetenschappelijke literatuur. Daarnaast voeren zij gesprekken met de betrokken zorgverleners, inhoudsdeskundigen en de patiënt en/of diens nabestaanden.

Om zorgvuldig onderzoek te kunnen verrichten en de patiënt cq familie op een voor de familie passend moment te bevragen, is meestal meer tijd nodig dan de acht weken die door de IGJ zijn vastgesteld. Het is dan mogelijk om uitstel aan te vragen bij de IGJ. Bij meerdere onderzoeken is dit ook gedaan.

Aan de hand van de verkregen informatie maakt het onderzoeksteam een reconstructie en een analyse, waarbij het team probeert te achterhalen waardoor het incident is ontstaan. Dit doen ze door het benoemen van de basisoorzaken. Belangrijk om te benoemen, is dat het bij dit onderzoek niet gaat om schuld of disfunctioneren, maar er wordt gezocht naar knelpunten in het totale systeem. De bevindingen van het onderzoeksteam worden uitgewerkt in een uitgebreide rapportage volgens een vast format. Belangrijk onderdeel van de rapportage zijn de verbetermaatregelen die geformuleerd worden.

### Aantallen calamiteiten

Aan het aantal meldingen kan geen conclusie worden verbonden over de kwaliteit van zorg in een ziekenhuis. Meer meldingen betekent niet per definitie dat er vaker iets mis gaat (vaker dan andere jaren en/of vaker dan andere ziekenhuizen). Het is veelal juist een teken van een grote meldbereidheid en een groot lerend vermogen.

In 2017 werd door VieCuri dertien maal een mogelijke calamiteit gemeld bij de IGJ. Ook vroeg de IGJ ons om een burgermelding (rechtsreekse melding van een burger bij de IGJ) te onderzoeken. Van deze veertien onderzoeken was de conclusie dat er vier keer sprake was van een calamiteit en dat er bij tien onderzoeken geen sprake was van een calamiteit.

	Aantal	Calamiteit	Geen calamiteit
<b>Mogelijke calamiteiten gemeld bij IGJ</b>	14	4	10

De Inspectie beoordeelt de rapportages waarbij de conclusie is dat er sprake is van een calamiteit. De beoordeling vindt plaats op zeven criteria. De criteria worden beoordeeld met goed, voldoende of matig. Bij VieCuri werden vier rapportages beoordeeld. De beoordeling was als volgt:

1. proces; 4x goed
2. reconstructie; 4x goed
3. analyse, 4x goed,
4. conclusies; 4x goed
5. verbetermaatregelen; 4x goed
6. nazorg; 4x goed
7. reactie Raad van Bestuur; 3x goed, 1x voldoende

## 2. Betrokkenheid patiënt/familie/nabestaanden bij calamiteiten

Om goed onderzoek te verrichten, vraagt VieCuri altijd aan de patiënt en/of familie of zij mee willen werken aan het calamiteitenonderzoek. In 2017 werd dit bij alle onderzoeken gevraagd. In drie gevallen werd op verzoek van de patiënt c.q. nabestaanden niet deelgenomen aan het onderzoek. De meeste patiënten en naasten stellen het op prijs om

bij het onderzoek betrokken te zijn. Maar soms willen mensen niet betrokken zijn. Omdat het onderzoek binnen korte tijd moet plaatsvinden, is het soms te snel voor patiënt of naasten. Of ze zijn juist heel tevreden over de zorg en behandeling en hebben er geen behoefte aan. De patiënt/naasten die gesproken zijn ontvangen altijd het gespreksverslag ter beoordeling op eventuele feitelijke onjuistheden. Als het onderzoek is afgerond dan worden de uitkomstendaarvan door de hoofdbehandelaar besproken met patiënt en/of zijn naasten.

## 3. Belangrijkste oorzaken van calamiteiten

Met behulp van de PRISMA en SIRE methodiek kunnen menselijke, organisatorische, technische en patiëntgebonden basisoorzaken worden onderscheiden.

Menselijke en organisatorische basisoorzaken komen het meeste voor. Bij Menselijke oorzaken valt te denken aan een individuele vergissing, maar ook aan coördinatie en afstemming. Organisatorisch heeft veelal te maken met structuur, bijvoorbeeld het plaatsvinden van overdrachten op vaste tijdstippen. Ook kan organisatorisch te maken hebben met werkdrukke. Technisch heeft bijvoorbeeld te maken met het of het slecht functioneren van apparatuur. De categorie 'Patiënt' verwijst naar factoren gerelateerd aan de conditie van de patiënt. En de categorie 'Overige' wordt gebruikt bij een samenloop van omstandigheden, waarbij er geen duidelijke basisoorzaak te duiden is.

## 4. Verbetermaatregelen

In 2017 hebben de veertien onderzoeken tot diverse verbetermaatregelen geleid. De vier calamiteitenonderzoeken leidden tot in totaal 28 verbetermaatregelen. De aard van deze verbetermaatregelen was zeer divers, o.a.:

- Verbeteren van communicatiestructuren en supervisie
- Aanpassen en verfijnen protocollen en werkwijzen
- Aanvullende training.