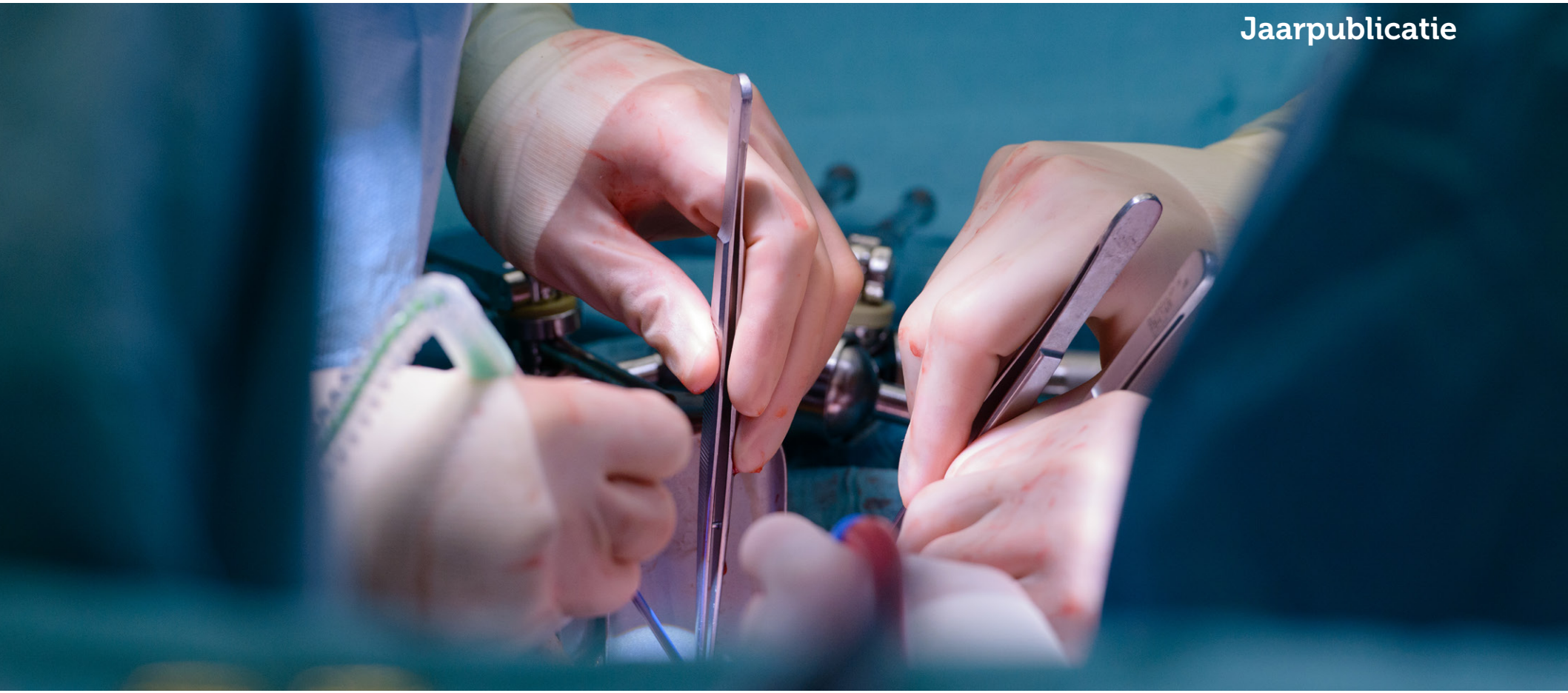
Medisch Spectrum Twente
een santeon ziekenhuis

Calamiteitenonderzoek 2018

Jaarpublicatie



Gebruikersinformatie

Dit interactieve document kan het beste bekeken worden met Acrobat Reader. Download hier gratis de laatste versie van Acrobat Reader: http://get.adobe.com/nl/reader

START

Inleiding

Elke patiënt heeft recht op behandeling met zorg, aandacht en respect. In Medisch Spectrum Twente (MST) 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 MST ongeveer 30.000 patiënten opgenomen en zijn er 375.000 polikliniekbezoeken. 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. Als de zorg niet verloopt zoals we verwachten en de patiënt schade oploopt, noemen we dit een incident. Bij ernstige schade spreken we van een calamiteit. Dit is wettelijk gedefinieerd in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz, art.1): 'een niet beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van zorg en die tot de dood van een cliënt of een ernstig schadelijk gevolg voor een cliënt heeft geleid.'

In MST willen we leren van wat fout en wat 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 fout is gegaan en welke lessen de organisatie daaruit leert. Daarom vindt u hier informatie over calamiteiten in MST.

Procedure, methode en aantallen

a. De procedure van het melden en verzamelen van calamiteiten

Alle medewerkers van MST melden incidenten (in relatie tot patiëntenzorg) in het incident meldsysteem van MST. Elk incident wordt door de melder voorzien van een risicoscore op basis van de kans op herhaling en de ernst van het incident. Ernstige incidenten worden onderzocht door de centrale commissie Veilig Incident Melden (VIM), minder ernstige incidenten worden onderzocht door een van de ongeveer 50 decentrale VIM commissies. Bij de ernstige incidenten wordt altijd bekeken of er sprake is van een mogelijke calamiteit. De melder kan zelf ook aangeven of hij/zij van mening is dat er sprake is van een calamiteit. Daarnaast kunnen medewerkers altijd laagdrempelig overleggen met de voorzitter van de calamiteitencommissie of de Medical Safety Officer (MSO, een medisch specialist met het aandachtsgebied patiëntveiligheid) om te bekijken of er sprake is van een gebeurtenis die gemeld dient te worden.

Of er inderdaad sprake is van een calamiteit die voldoet aan de definitie van de Wkkgz wordt besproken in de calamiteitencommissie. Dit is een commissie bestaande uit een groep van zorgprofessionals die niet betrokken zijn bij de calamiteit. Ook de MSO is lid van de calamiteitencommissie. Soms is meer informatie nodig voor het besluit over wel/geen calamiteit wordt genomen. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) geeft een ziekenhuis hiervoor zes weken de tijd. Zodra duidelijk is dat er sprake is van een (mogelijke) calamiteit wordt deze zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk binnen drie werkdagen gemeld bij de IGJ.
Bij melding aan de IGJ wordt direct een onderzoek gestart. Hiervoor zijn meerdere methodieken mogelijk. MST heeft ervoor gekozen gebruik te maken van de SIRE methodiek.

b. De methode van analyse van de calamiteiten

SIRE staat voor Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie. Het doel van een SIRE is om de systeemoorzaken van een incident te achterhalen en zo te komen tot aanbevelingen die de kans op herhaling van het incident verkleinen.

Een SIRE onderzoek wordt uitgevoerd door getrainde SIRE-onderzoekers die zelf niet bij het incident zijn betrokken. Voor het onderzoek bestuderen SIRE-onderzoekers het patiëntendossier, relevante protocollen en richtlijnen en wetenschappelijke literatuur. Daarnaast voeren zij gesprekken met de direct betrokken zorgverleners en de patiënt of diens nabestaanden. Soms wordt ook externe deskundigheid ingeschakeld. Aan de hand van de verzamelde gegevens maken de

onderzoekers een reconstructie en een analyse, waarbij zij proberen te achterhalen waardoor het fout is gegaan. Het gaat bij een SIRE onderzoek niet om schuld of disfunctioneren, maar om faalwijzen in het hele systeem. De SIRE-onderzoekers zijn lid van de calamiteitencommissie en bespreken de reconstructie en analyse een of meerdere keren met de gehele commissie. De uitkomsten van het SIRE onderzoek worden beschreven in een SIRE rapportage. Deze rapportage volgt een vast format, wat gezamenlijk met de zeven Santeonziekenhuizen[1] is vastgesteld, en is geanonimiseerd, er worden geen namen van patiënten en/of zorgverleners genoemd. De SIRE rapportage wordt vervolgens besproken en vastgesteld door de Raad van Bestuur samen met het Medisch Stafbestuur waarna de rapportage wordt verstuurd aan IGJ.

c. Jaarcijfers calamiteiten

Op basis van het aantal meldingen kan geen uitspraak worden gedaan of de zorg in een ziekenhuis nu goed is of minder goed. Meer meldingen betekent niet dat er vaker iets mis gaat. Het kan ook juist betekenen dat de zorgverleners mogelijke calamiteiten beter leren herkennen. We zien elk jaar een toename van het aantal meldingen, wat laat zien dat de meldbereidheid en het lerend vermogen van de organisatie steeds toeneemt.

In 2018 heeft het ziekenhuis 27 (mogelijke) calamiteiten bij de inspectie gemeld. Ook vroeg de IGJ ons om een burgermelding te onderzoeken. Van deze in totaal 28 onderzoeken was bij 24 onderzoeken de conclusie dat er sprake was van een calamiteit, en bij 4 dat er geen sprake was van een calamiteit.

	Totaal aantal	Waarvan conclusie calamiteit	Waarvan conclusie geen calamiteit
Mogelijke calamiteiten (door MST gemeld bij IGJ)	27	24	3
Burgermeldingen (door patiënt of naasten gemeld bij IGJ)	1	-	1

Naast de calamiteiten die gemeld worden bij IGJ heeft de calamiteitencommissie ook 32 onderzoeken uitgevoerd naar incidenten die uiteindelijk niet bleken te voldoen aan de definitie van een te melden (mogelijke) calamiteit.

De IGJ beoordeelt de calamiteitenrapportages op zowel de inhoud van de calamiteit als op de onder-

[1]Santeon is de Nederlandse ziekenhuisgroep waarbinnen zeven topklinische ziekenhuizen open samenwerken met als doel de medische zorg te verbeteren door continue vernieuwing.

zoeksmethode. Zij ronden het onderzoek als zij vinden dat:

- er geen sprake is van een ernstige bedreiging voor de veiligheid van cliënten,
- het onderzoek zorgvuldig is uitgevoerd,
- we de nodige maatregelen hebben getroffen.

Als het ziekenhuis de rapportage van het onderzoek naar de IGJ heeft verzonden kan IGJ daar op verschillende manieren mee om gaan. Bij 22 van de onderzoeken uit 2018 heeft IGJ de casus na ontvangst afgesloten en geconcludeerd dat de casus voldoende is onderzocht en er voldoende verbetermaatregelen zijn genomen. Bij 5 onderzoeken zijn er aanvullende vragen gesteld die schriftelijk zijn beantwoord, waarna de casus alsnog werd afgesloten. Bij één onderzoek heeft IGJ een eigen onderzoek uitgevoerd. Zij kwamen tot dezelfde conclusie als het calamiteitenonderzoek van MST, namelijk dat de richtlijn Introductie Nieuwe Technieken in de Klinische Praktijk niet was gevolgd, maar hebben besloten de calamiteit ter toetsing voor te leggen aan het regionaal tuchtcollege.

Betrokkenheid patiënt/familie/nabestaanden bij calamiteiten

Bij elk onderzoek vragen we of de patiënt en/of zijn naasten zelf een rol willen spelen in het SIRE onderzoek. Dit kan variëren van een gesprek met de onderzoekers over de ervaring rondom het incident van de patiënt/naasten en hun visie op wat er gebeurd is, tot het meegeven van onderzoeksvragen aan de commissie, waar de patiënt/naasten graag antwoord op zouden willen krijgen.

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 keuze ligt bij de patiënt en naasten. In zeer uitzonderlijke situaties kan worden besloten de patiënt of naasten niet te betrekken, bijvoorbeeld omdat er al vroeg in het onderzoek duidelijk is dat er geen sprake is van een calamiteit. Dit is in ons ziekenhuis een aantal keren voorgekomen. De Inspectie wordt hiervan op de hoogte gebracht. De IGJ ging akkoord met de hiervoor gegeven redenen. Als de patiënt of zijn naasten niet actief betrokken zijn bij het onderzoek worden ze veelal wel geïnformeerd over de uitkomsten er van.

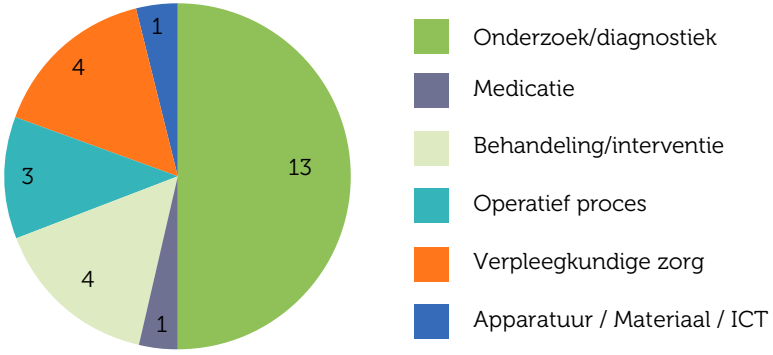
Patiënt/naasten zijn betrokken bij het onderzoek	Patiënt heeft aangegeven niet betrokken te willen zijn bij het onderzoek of is overleden en heeft geen familie	Patiënt/naasten zijn niet betrokken bij het onderzoek
24	2	2

De patiënt/naasten ontvangen altijd het gespreksverslag ter beoordeling op eventuele feitelijke onjuistheden. Als het onderzoek is afgerond worden de uitkomsten daarvan door de hoofdbehandelaar besproken met patiënt en/of zijn naasten. Zij ontvangen indien gewenst dan ook de onderzoeksrapportage.

Belangrijkste oorzaken van calamiteiten

Elk onderzoek is ingedeeld naar een hoofdgebeurtenis waarop de zorg vermoedelijk niet goed is verlopen. Deze indeling wordt ook door de IGJ gebruikt om de hoofdgebeurtenis te classificeren. Het doel is om inzicht te geven in waar in de zorg het mis is gegaan. De onderzoeken waarbij geconcludeerd is dat er geen sprake is van een calamiteit zijn niet ingedeeld. Het is mogelijk dat één gebeurtenis wordt ingedeeld in twee types hoofdgebeurtenis.

Type hoofdgebeurtenis



Verbetermaatregelen

In 2018 zijn naar aanleiding van de calamiteitenrapportages en het oordeel van de inspectie 60 verbetermaatregelen genomen. De maatregelen kunnen betrekking hebben op de werkwijze van bepaalde vakgroepen of een ziekenhuisbreed bereik hebben. De calamiteiten met een multidisciplinair karakter zijn besproken op een van de plenaire necrologiebesprekingen. De monitoring van de resultaten van de verbetermaatregelen naar aanleiding van een calamiteit is onderdeel van de reguliere planning- en controlcyclus op het gebied van kwaliteit en veiligheid. Vanwege de ernst en impact kiest MST er voor om (aanvullend op de reguliere planning- en controlcyclus) de voortgang van de verbetermaatregelen naar aanleiding van een calamiteit centraal te bewaken. De calamiteitencoördinator houdt op basis van de gegevens in Q-desk een overzicht bij van alle verbetermaatregelen naar aanleiding van een calamiteit en de stand van zaken daaromtrent, zowel qua tijdstermijnen als qua inhoud. Dit overzicht wordt één keer per twee maand besproken met de 'borgingscommissie', bestaande uit een lid Raad van Bestuur, de MSO, de manager Stafdienst Kwaliteit en Veiligheid en de calamiteitencoördinator. Eventuele acties die voortkomen uit dit overleg worden opgepakt binnen de reguliere afstemmingsafspraken en overleggen van strategisch (RvB/MSB)- en duaal management.

Voorbeelden van verbetermaatregelen die naar aanleiding van onderzoeken uit 2018 zijn genomen zijn het uniformeren van de software op alle echo apparaten,

het toevoegen van het 'niet pluis' gevoel aan de Early Warning Score (een meting die verpleegkundigen uitvoeren om een achteruitgang van een patiënt vroegtijdig te kunnen signaleren), het verbeteren van de gebruikershandleiding en de risicoanalyse van diverse apparatuur en het verbeteren van de procedures rondom uitslagenbeheer.

Zorgvuldigheid

Voor zorgvuldig onderzoek naar een mogelijke calamiteit is meestal meer tijd nodig dan de acht weken die de Inspectie daar formeel voor geeft. Indien nodig vragen wij daarom uitstel aan de IGJ.

Colofon

Medisch Spectrum Twente
een santeon ziekenhuis

Postbus 50 000
7500 KA Enschede
www.mst.nl

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 model-rapportage 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.