

Calamiteitencijfers 2019

Incidenten en calamiteiten ziekenhuis St Jansdal in 2019

In ziekenhuis St Jansdal doen we er alles aan om incidenten en calamiteiten te voorkomen. Wanneer er toch iets gebeurt, zijn we daar open over en proberen we ervan te leren.

Achtergrond

Kwaliteit en veiligheid staan binnen ziekenhuis St Jansdal hoog in het vaandel. Patiënten mogen erop vertrouwen dat zij geen onnodige schade oplopen bij een bezoek of verblijf. Toch kan het voorkomen dat de geleverde zorg onbedoelde uitkomsten heeft. In sommige gevallen had dit níet voorkomen kunnen worden (we spreken dan van een complicatie), in andere gevallen wel (we spreken dan van een incident of calamiteit). Van alles wat mis gaat willen we leren, zodat we onze zorg kunnen verbeteren.

Verskil tussen complicatie, incident en calamiteit

Als een patiënt iets overkomt, kan hij of zij dat al snel als een calamiteit zien. Er is echter een verschil tussen complicaties, incidenten en calamiteiten. **Complicaties** gaan over schade die niet voorkómen had kunnen worden. Veel behandelingen brengen risico's met zich mee. Patiënten worden over de meest voorkomende risico's geïnformeerd door hun behandelaar, zodat zij hierin zelf een afweging kunnen maken. Bij **incidenten** is er ondanks voorzorgsmaatregelen iets mis gegaan in de kwaliteit van zorg, waardoor een patiënt beperkte schade oploopt. Bij **calamiteiten** is er ook iets mis gegaan in de kwaliteit van zorg, maar is er sprake van ernstige schade of de dood als gevolg.

Leren van complicaties

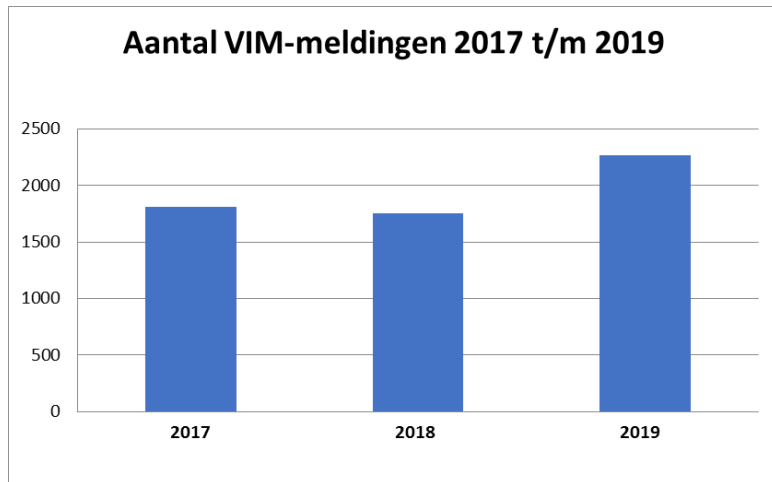
Op dit moment wordt er vooral op vakgroepniveau geleerd van complicaties die optreden. Specialisten bespreken deze met elkaar en kijken hoe ze de zorg zo kunnen verbeteren dat het risico op complicaties geminimaliseerd wordt. Zij reflecteren hierop in hun jaargesprek. Op ziekenhuisniveau is het nu nog niet zinvol om hier wat over te zeggen. Wel is er de wens om hier vanuit breder perspectief zicht op te krijgen, zodat we deze informatie kunnen combineren met de informatie over incidenten en calamiteiten en mogelijke trends zichtbaar worden.

Leren van incidenten

In het St Jansdal registreren we (bijna-) incidenten in ons VIM-systeem met als doel hiervan te leren. VIM staat voor Veilig Incidenten Melden. Die veiligheid slaat op de melder, die zich niet geremd mag voelen om een melding te doen als het verhogen van de patiëntveiligheid daarom vraagt. Deze meldingen worden op afdelingsniveau besproken en er worden verbeteracties bedacht. Dit 'leren van incidenten' is een wettelijke eis vanuit de Wkkgz (wet kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg).

Aantallen (meldingsbereidheid)

In 2019 zijn in totaal 2271 meldingen gedaan. Dit is veel in vergelijking met 2018 (1752 meldingen) en 2017 (1811 meldingen), zie ook figuur 1. De stijging is te verklaren door het feit dat het St Jansdal een groot deel van de zorg van het ziekenhuis in Lelystad (MC-groep) per 1 maart 2019 heeft overgenomen. Met de doorstart van de locatie in Lelystad is het St Jansdal een groter ziekenhuis geworden, ook heeft de transitie een aantal incidenten met zich meegebracht. De melders geven aan dat in 6% van de gevallen de oorzaak gerelateerd was aan de overname van de zorg in Lelystad.



Figuur 1: Aantal VIM-meldingen 2017 t/m 2019

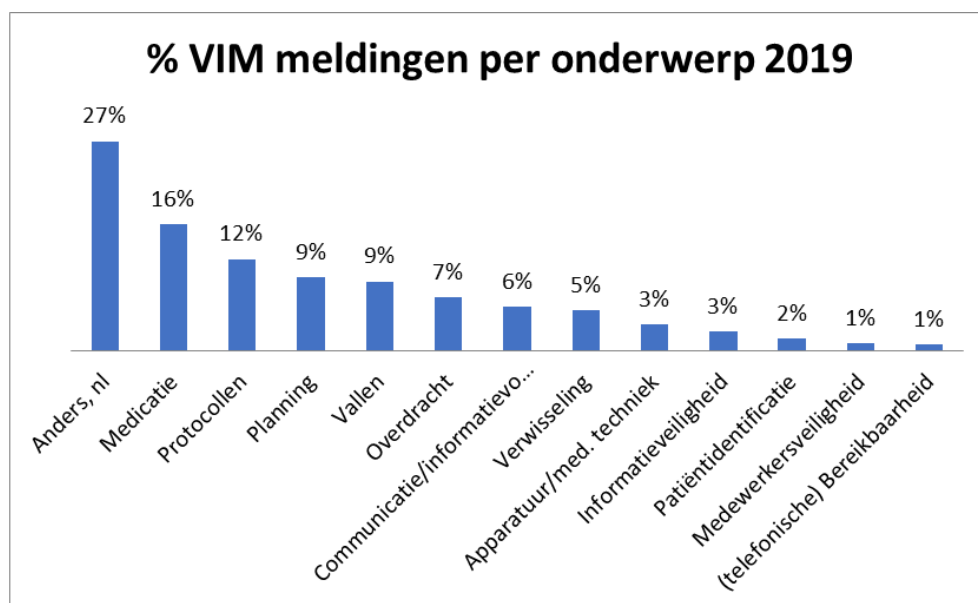
Onderwerpen

Trend 1: We zien veel meldingen m.b.t. de logistiek en afstemming tussen de verschillende locaties.

Trend 2: Van alle meldingen betreft 16% het onderwerp 'medicatie' (zie figuur 2). Dit is vergelijkbaar met eerdere jaren. Binnen deze categorie is een aantal meldingen gedaan over antistolling / kruisbloed. Dit is in beeld bij de antistollingscommissie (hier loopt ook een project op) en de klinisch chemici.

Trend 3: Er zijn relatief veel meldingen (11% in de periode juli t/m december 2019) gedaan over communicatie/informatievoorziening naar patiënten. Dit is een nieuw onderwerp voor het St Jansdal. Eén van de oorzaken bleek het ontbreken van papieren patiëntenfolders, doordat m.i.v. 1 april 2019 gekozen is voor digitalisering van de patiëntenfolders. In augustus 2019 is naar aanleiding hiervan een project gestart, met als doel de informatievoorziening richting patiënten te verbeteren binnen de gestelde uitgangspunten van digitalisering.

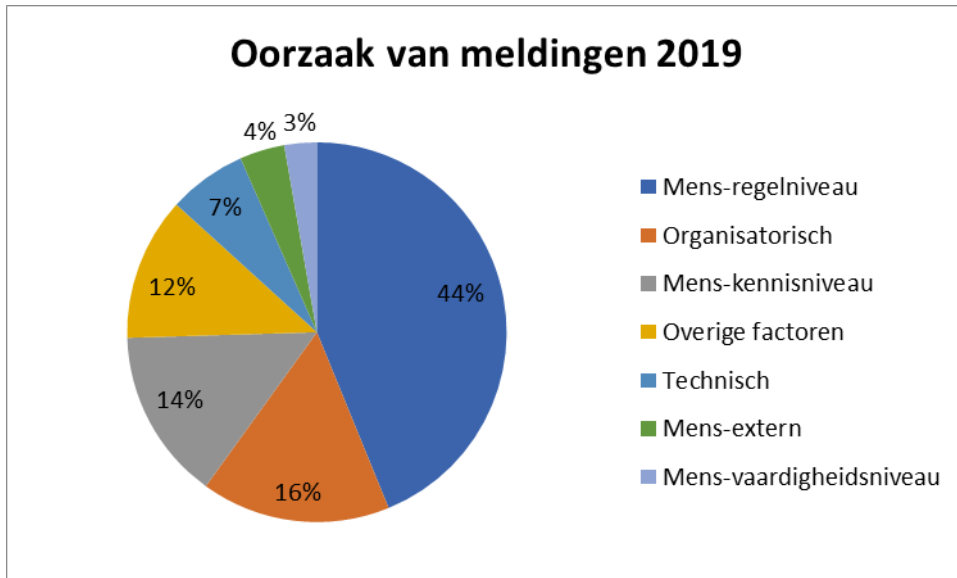
Trend 4: We zien een aantal meldingen t.g.v. problemen met lab-bepalingen. Dit is mogelijk te wijten aan het feit dat in 2019 een groot deel van de labapparatuur vervangen is. Dit is bekend bij de klinisch chemici en hier wordt aan gewerkt.



Figuur 2: Percentage meldingen per onderwerp 2019

Oorzaken

Incidenten worden geïnclassificeerd volgens het Eindhovens Classificatie Model. Dit is een veel gebruikt model in Nederlandse ziekenhuizen en zegt iets over de bron van de incidenten. Zie figuur 3:



Figuur 3: percentage oorzaken volgens het Eindhovens Classificatie Model (ECM) 2019

Trend 5: figuur 3 laat zien dat ruim 40% van de oorzaken valt binnen de categorie 'mens-regelniveau'. Deze categorie betekent dat protocollen aanwezig zijn, maar dat hier om verschillende redenen van afgeweken wordt, of dat de afstemming niet goed loopt. Dit is een belangrijke trend die we ook zien ook bij de gemelde calamiteiten, zie onderstaande.

De verhouding in ernst van de incidenten (klein risico – extreem risico) is de afgelopen jaren niet gewijzigd. Het aantal incidenten met een 'extreem risico' is jaarlijks +/- 1%. Deze incidenten worden in veel gevallen gemeld als calamiteit bij de raad van bestuur.

Leren van calamiteiten

Incidenten die mogelijk aan de definitie van een calamiteit voldoen, moeten gemeld worden bij de raad van bestuur. Deze worden besproken in de centrale calamiteitencommissie, die beoordeelt of het incident ook gemeld moet worden bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). De raad van bestuur stelt hierbij een onderzoekscommissie aan die onderzoek doet naar de basisoorzaken van de mogelijke calamiteit, ook weer met als doel om hiervan te leren. De onderzoekscommissie bestaat altijd uit daarvoor opgeleide professionals, namelijk een arts (voorzitter), iemand met een verpleegkundige achtergrond en een kwaliteitsadviseur. Zij interviewen de betrokkenen, waaronder zorgverleners, evt. ketenpartners en de betrokken patiënt / familie. De rapportage gaat naar de IGJ, die het onderzoek beoordeelt. Daarnaast bespreken we de rapportage met de patiënt / familie.

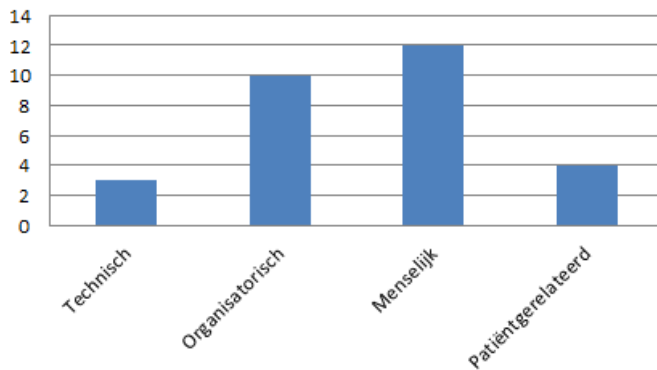
Aantallen en onderwerpen

In 2019 heeft de raad van bestuur in totaal negen (vermeende) calamiteiten gemeld bij de IGJ. De onderzoeken wezen uit dat het bij het merendeel inderdaad om een calamiteit ging, waarbij dus sprake was van een tekortkoming in het zorgproces. Onderstaand delen we onze leerpunten hieruit. De onderwerpen zijn zo divers dat daar geen trend in te ontdekken valt.

Oorzaken

Bij elke calamiteit zijn meerdere basisoorzaken aan te wijzen. Deze zijn geïnclassificeerd volgens het Eindhovens Classificatie Model. Zie onderstaande grafiek:

Classificatie basisoorzaken 2019



Om van alle categorieën een voorbeeld te geven:

1. **Technisch:** twee medische hulpmiddelen leken (vanwege Europese regelgeving) veel op elkaar, waarna verwisseling heeft plaatsgevonden.
2. **Organisatorisch:** doordat er veel nieuwe medewerkers zijn en er druk stond op de planning ontbrak het aan ervaring.
3. **Menselijk:** de protocollen waren wel duidelijk, maar er heeft door het doen van aannames geen goede afstemming plaatsgevonden.
4. **Patiënt-gerelateerd:** een patiënt had een atypisch beloop van klachten waardoor de diagnose later werd gesteld dan wenselijk was geweest.

Wat leren we hiervan?

Nieuw dit jaar was dat de laatste fase van het onderzoek bestond uit een bijeenkomst met alle betrokken zorgverleners, met als doel om gezamenlijk de verbeteracties te formuleren. Dit vergrootte het draagvlak voor de voorgestelde maatregelen en hier gaan we ook in 2020 mee door. Op deze wijze zijn er uit elk onderzoek verbeteracties voortgekomen. Een paar voorbeelden:

1. Afspraken met een verwijscentrum zijn aangescherpt.
2. Er is een folder gemaakt om familie te helpen een keuze te maken voor obductie.
3. Een groep zorgverleners heeft uitbreiding van bevoegdheden gekregen zodat men niet hoeft te wachten op een specialist die van huis moet komen.
4. Op elkaar lijkende medische hulpmiddelen zijn duidelijker gelabeld.
5. Er zijn diverse scholingsmomenten geweest voor specialisten om duidelijk te maken hoe een calamiteit kan ontstaan (m.n. wanneer het gebrek aan afstemming betrof).

Deze en andere verbeteracties dragen daadwerkelijk bij aan veiliger zorg. De resultaten van de rapporten worden ook gedeeld met andere ziekenhuizen, zodat we ook van elkaars incidenten kunnen leren.

Is er een rode draad?

Zoals gezegd zien we zowel bij incidenten als bij calamiteiten dat de oorzaak in veel gevallen draait om onderlinge afstemming. Hier is uitgebreid aandacht voor geweest in de scholingsmomenten en dit wordt ook teruggekoppeld in diverse gremia.

Daarnaast zagen we na de overname van de zorg in Lelystad dat een aantal onderwerpen boven kwam drijven, niet alleen uit incidenten, maar ook uit bijv. patiënttevredenheidsonderzoek en klachten. Het betrof de onderwerpen planning, informatievoorziening en telefonische bereikbaarheid. Op al deze punten zijn acties gezet waardoor dit nu (tenminste op deelgebieden) beter loopt.

Afsluiting

Een ziekenhuis is en blijft een omgeving met complexe zorgprocessen. Een incident-vrij ziekenhuis is niet reëel, maar het zorgvuldig onderzoeken van incidenten en calamiteiten én het nemen van de juiste verbetermaatregelen, leidt wel tot steeds veiligere zorg. Zo kunnen we herhaling van incidenten voorkomen en het risicobewustzijn van onze zorgverleners vergroten.

Door het publiceren over de (bijna)incidenten en calamiteiten willen we ook graag het bewustzijn bij patiënten vergroten. Patiënten die meedenken in hun behandelingsproces, informatie controleren en vertellen wanneer zij daar afwijkingen in zien, helpt ons om alert te blijven en incidenten in een vroeg stadium te signaleren en uiteindelijk te voorkomen.