

Mogelijke calamiteit? Santeon leert en verbetert!

Jaarpublicatie calamiteitenonderzoek
in de Santeon ziekenhuizen 2022



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
- 6 [Praktijkvoorbeeld casus 1a. Delen om te leren](#)
[casus 1b. Leren van...bijeenkomsten](#)
- 9 Wat hebben we geleerd in 2022?
- 17 [Praktijkvoorbeeld casus 2. Kleurcodering bij epidurale medicatietoediening stickers van cruciaal belang](#)
- 19 Wat is er te verwachten in 2023?
- 21 [Praktijkvoorbeeld casus 3. Signaleren, terugkoppelen en opvolgen van kritieke- of nevenbevindingen](#)
- 22 Calamiteitenonderzoek Santeon 2022 in cijfers
- 24 [Praktijkvoorbeeld casus 4. Video's leiden tot gesprekken over veilig werken met medicatie](#)
- 27 Bijlage 1:
Calamiteit en calamiteitenonderzoek
- 31 Bijlage 2:
Samenwerking binnen Santeon



Personen op de foto zijn niet gerelateerd aan calamiteiten.

Inleiding

Wanneer zeven topklinische ziekenhuizen intensief met elkaar samenwerken, geeft dit mogelijkheden om te vernieuwen en te verbeteren. Dat kan bijvoorbeeld door mooie innovaties van elkaar over te nemen. 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 open naar elkaar te zijn over wat er mis is gegaan in één ziekenhuis, is het een kans voor de andere ziekenhuizen om in de eigen organisatie na te gaan of er risico's zijn. Zo kan mogelijk worden voorkomen dat er bij hen iets soortgelijks gebeurt. Voorop blijft staan dat een calamiteit veel impact heeft op de patiënt, naasten en betrokken zorgverleners.

Dit jaar publiceert Santeon alweer haar derde gezamenlijke jaarpublicatie over calamiteitenonderzoek in de zeven ziekenhuizen. Niet voor iedereen zal het begrip 'calamiteit' bekend zijn. Daarom geven we in de bijlagen 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.

In de eerste jaarpublicaties benoemden we vooral de cijfers en gaven we voorbeelden van casussen die

zich in de ziekenhuizen hebben afgespeeld. Dit jaar maken we de verschuiving naar het leren: wat is er binnen het ziekenhuis geleerd van calamiteiten? Op welke manier kun je ze bespreekbaar maken? En hoe kunnen de andere ziekenhuizen de geleerde lessen overnemen? Dit is zowel binnen de ziekenhuizen als binnen Santeon het belangrijkste doel van calamiteitenonderzoek: leren om (herhaling van) calamiteiten zoveel mogelijk te voorkomen.

We hebben in 2022 gemerkt dat het zinvol is om calamiteiten te bespreken en te delen met verschillende zorgverleners in één ziekenhuis. Zo kunnen verbeteringen ook op afdelingen door worden gevoerd waar een 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 meedenken over het nog beter en veiliger maken van de zorg.

Ook het delen van de verbeteringen buiten het eigen ziekenhuis heeft mooie resultaten opgeleverd. In de beschreven voorbeelden in deze jaarpublicatie geven we een inkijk in hoe we als Santeon geleerd en verbeterd hebben. Want ook leren, moet geleerd worden.

Casus 1a en 1 b

Delen om te leren én Leren van... bijeenkomsten

Casus 1a Delen om te leren

Bij één Santeon ziekenhuis worden geleerde lessen op verschillende manieren met het hele ziekenhuis gedeeld. Dit doen zij met een rubriek op hun intranet die 'Delen om te leren' heet. Zo hopen ze nog meer te leren van elkaar en de geleerde lessen. Op deze manier kunnen ook verbetermaatregelen onder de aandacht gebracht worden van de medewerkers die niet direct betrokken waren. Ze laten zien wat er is gebeurd, wat er uit het onderzoek kwam en wat er is verbeterd. In deze casus beschrijven we voorbeelden uit deze rubriek.

Het onbewust onbekwaam uitvoeren van een voorbehouden handeling door een verpleegkundige in opleiding

Tijdens de opleiding tot verpleegkundige worden risicovolle en voorbehouden handelingen aangeleerd met hulp van coaching door een werkbegeleider. In een bepaalde situatie was voorafgaand aan de uitvoering van de zorg door een student een voorbehouden handeling niet expliciet besproken tussen werkbegeleider en student. Een perifeer ingebrachte katheter was niet juist afgekoppeld. Deze handeling mocht niet door de student worden uitgevoerd. De student wist niet dat dit een voorbehouden handeling was en heeft het zelfstandig uitgevoerd. De patiënt is hierdoor onwel geworden en er ontstond een acute situatie.

Leerpunten voor de organisatie

Hoe kun je bovenstaand scenario voorkomen? Stel een aantal vragen voordat de student aan de dienst begint.

- 1 Vraag naar het opleidingsniveau en jaar van de student
- 2 Plan een moment in om te bespreken wat de student wel/niet zelfstandig kan uitvoeren
- 3 Bekijk bij welke handelingen hulp nodig is of welke handelingen niet zelfstandig uitgevoerd mogen worden door de student

En tot slot. Bespreek tijdens een werkoverleg/MDO op welke manier vangnetten aangebracht kunnen worden om het 'onbewust onbekwaam' uitvoeren van werkzaamheden te voorkomen.

Hoeveel pop-ups worden er per dag weggeklikt in een patiëntendossier?

Er zijn calamiteitenonderzoeken geweest waarbij alarmmoeheid ofwel 'alert-fatigue' bij pop-ups in het patiëntendossier één van de oorzaken van het incident is geweest. Twee patiënten hebben een beroerte gekregen als gevolg van het niet krijgen of niet aanpassen van de dosering benodigde medicatie. Voorbeeld: een vrouw werd opgenomen wegens nierfunctiestoornissen. Tijdens de opname werd gekeken naar de thuismedicatie die van invloed kon zijn op de nierfunctie. Er werd niet gekeken naar welke medicatie aangepast moest worden als gevolg van de verstoorde nierfunctie. Verschillende arts(assistent)en hebben een pop-up gekregen bij raadpleging van het dossier van de patiënte. Deze pop-up meldingen zijn allemaal weggeklikt zonder actie te ondernemen, omdat er aangenomen werd dat het thuismedicatie betrof.

Leerpunten

- Laat medewerkers bewust nagaan hoe snel zij een pop-up* wegklikken en hoe bewust zij deze lezen.
- Praat binnen een team of vakgroep eens over:
 - de impact van al die pop-ups
 - hoe er minder onbewust weggeklikt kan worden
 - het bewust kijken wat er eigenlijk in de pop-ups staat en of deze aangeklikt kunnen worden waardoor er belangrijke informatie te zien is

* bij pop-up wordt bedoeld: alle waarschuwingmeldingen en Best Practice Advisory (BPA) meldingen in het dossier



Personen op de foto zijn niet gerelateerd aan calamiteiten.

Casus 1b Leren van... bijeenkomsten

Naast de rubriek 'delen om te leren' zijn er ook 'leren van... bijeenkomsten'. Ze laten zien wat er is gebeurd, wat er uit het onderzoek kwam en wat er is verbeterd. In deze casus beschrijven we twee voorbeelden.

Tijdens de bijeenkomsten (die plaatsvinden binnen lunchtijd) kunnen alle belangstellenden vrij inlopen. Er wordt een calamiteit, klacht of claim besproken en uiteengezet waarbij de nadruk ligt op het lerende vermogen. Het doel van de 'leren van... bijeenkomsten' is tijd maken om met en van elkaar te leren. In een veilige omgeving kijken naar situaties die anders lopen dan we eigenlijk willen. Hiermee zet het ziekenhuis zich in op een 'growth mindset' waarbij altijd ruimte is voor verbetering. Zo raken we geïnspireerd door elkaars ervaringen en verbeteringen op de eigen afdeling. Voorbeelden van besproken onderwerpen zijn:

Leren van Safety II

In het nieuwe 'veiligheidsdenken' wordt met Safety II een ander perspectief aangebracht.

Door regelmatig met een team te reflecteren en leren van alle ervaringen, kunnen we de zorg elke dag iets beter maken. De mens is in het nieuwe 'veiligheidsdenken' niet het probleem maar de oplossing. Tijdens de bijeenkomst worden medewerkers geïnspireerd om het Safety II gedachtengoed invulling te geven op de eigen afdeling. Om zo de kwaliteit van zorg nog verder te verbeteren binnen hun ziekenhuis.

Leren van ingrijpende gebeurtenissen

Ruimte voor emoties en praten over een ingrijpende gebeurtenis met collega's is erg belangrijk, maar lang niet altijd vanzelfsprekend. Artsen denken vaak: 'dat kan ik zelf wel', ook als het gaat om het verwerken van een heftige gebeurtenis. Het betreft vaak niet één collega maar het gaat ook om het team. De teamleden waren erbij betrokken of hebben op een andere manier te maken gehad met de gevolgen. Het helpt een team om een dergelijke ervaring te bespreken en ruimte te geven voor emoties. Tijdens een 'leren van...bijeenkomst' kunnen meerdere artsen hun ervaringen delen en reflecteren op een ingrijpende gebeurtenis die zij meegemaakt hebben.

We leren en verbeteren
op basis van uitkomsten
van de geleverde zorg en
toegevoegde waarde voor
onze patiënten.

Wat hebben we geleerd in 2022?

Bespreekbaar maken van calamiteiten

In 2021 gingen de Santeon ziekenhuizen aan de slag met het breder bespreekbaar maken van calamiteiten. Waar dat voorheen voornamelijk gebeurde met de direct betrokkenen, was het nu de intentie om zo breed mogelijk in de ziekenhuizen te leren van wat er gebeurd is. Dat lukte niet altijd optimaal door de COVID-omstandigheden. In 2022 is er meer ervaring opgedaan. Vaak vond dit leren plaats tijdens overleggen die voor veel zorgverleners toegankelijk zijn, soms ook voor zorgverleners die niet in het ziekenhuis werken. Medisch specialisten, arts-assistenten, co-assistenten, verpleegkundig specialisten, physician assistants, verpleegkundigen, anesthesiemedewerkers en OK-assistenten spraken bijvoorbeeld over hoe er veilig gewerkt kan worden met medicatiepompen. Bij een bespreking over bloedverdunners waren daarnaast ook huisartsen en apothekers aanwezig. De uitkomsten van deze besprekingen gaan voornamelijk over bewustwording, het delen van best-practices en verbeterplannen. Laagdrempelig (mogelijke) calamiteiten (blijven) melden bij de IGJ (Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd) is hierbij van belang. Ook als een casus geen calamiteit blijkt te zijn. Het gaat tenslotte om het lerende vermogen wat uitgaat van casuïstiekbespreking.

Waardegedreven zorg en calamiteitenonderzoek

Patiënten en naasten die met calamiteitenonderzoek te maken hebben, geven vaak aan dat ze niet willen dat een andere patiënt hetzelfde overkomt. Daarom vinden zij het belangrijk dat het ziekenhuis leert van wat er gebeurd is. Verbeteren kan op verschillende manieren en leerpunten komen op verschillende manieren naar voren. Santeon wil graag de leerpunten van de individuele ziekenhuizen aan elkaar verbinden en daardoor versterken. Eén van de speerpunten van Santeon is samenwerken op het gebied van waardegedreven zorg. Daarmee wordt bedoeld dat we zorg bieden die waarde toevoegt aan de kwaliteit van leven van onze patiënten. We kijken niet alleen naar medische resultaten en kosten, maar ook naar andere

aspecten die voor patiënten belangrijk zijn. [Hier](#) is veel ervaring mee opgedaan. We leren en verbeteren op basis van uitkomsten van de geleverde zorg en toegevoegde waarde voor onze patiënten. Ook van calamiteitenonderzoek leren we en nemen we elkaars beste voorbeelden over. In 2022 zijn we gestart met het koppelen van beide leer- en verbetertrajecten, om zo te ervaren hoe deze elkaar kunnen versterken en aanvullen.

Een concreet voorbeeld van het leren en verbeteren is de situatie van een patiënt met een gebroken heup die niet de zorg heeft gekregen zoals we met elkaar hebben afgesproken. De patiënt heeft hierbij ernstige schade opgelopen die mogelijk voorkomen had kunnen worden. In dit voorbeeld liepen meerdere zaken niet zoals bedoeld of afgesproken. Het vochtbeleid is niet conform protocol voorgeschreven en in verband met een mogelijke spoedoperatie is de patiënt onterecht lang nuchter gehouden. De vochtafdrijvende medicatie is onterecht doorgebruikt, ook tijdens een volgend uitstel van de operatie. De patiënt kon niet op de afdeling van eerste keuze worden opgenomen, waardoor de juiste expertise niet altijd voorhanden was. Vanuit het calamiteitenonderzoek is met het verbetersteam bij de aandoening heupfractuur de zorg, het zorgproces en de behandeling bekeken. De mogelijke oorzaken

Calamiteitenonderzoek

Catharina Ziekenhuis

IGJ-meldingen en vooronderzoeken

Aantal IGJ meldingen	11
----------------------	----

Patiënt en/of naasten betrokken bij onderzoek

Patiënt/naaste is betrokken bij het onderzoek	3
Patiënt/naaste wil of kan niet betrokken worden bij het onderzoek	4
Patiënt/naaste is niet betrokken bij het onderzoek	4

Conclusie onderzoek

Geen calamiteit	6
Wel calamiteit	2
Onbepaald wel of geen calamiteit?	3

en risicovolle punten in het zorgtraject werden samen besproken. Data-analyse van de patiëntenstromen en uitgevoerd beleid bij deze doelgroep vanuit het elektronisch patiëntendossier was hierbij zinvol. Wanneer volgen patiënten de gebruikelijke route en wanneer wijkt deze route af? Deze vorm van samenwerken was waardevol voor het maken van aangescherpte afspraken over de zorg én de naleving ervan voor patiënten met een gebroken heup. In dit voorbeeld ging het met name om een juist vocht- en nuchterbeleid met een aanpassing in elektronisch patiëntendossier en het altijd betrekken van de juiste medisch specialistische expertise ongeacht afdeling waar de patiënt wordt opgenomen.

In 2022 blijkt 38% van de calamiteitenonderzoeken binnen de zeven ziekenhuizen betrekking te hebben op één van de 16 Samen Beter trajecten. De verbeterteams werden achteraf geïnformeerd over de calamiteit en de verbeterpunten. Uit het genoemde voorbeeld hebben we geleerd dat het beter is om al tijdens het calamiteitenonderzoek de samenwerking te zoeken. Daarom is vanaf 2023 afgesproken om direct bij de start van een calamiteitenonderzoek samen met het verbeterteam te onderzoeken of samenwerken bij het calamiteitenonderzoek meerwaarde biedt. Als er verbeteringen uit het onderzoek komen die ook de andere ziekenhuizen kunnen helpen, neemt het verbeterteam deze mee naar het Santeonbrede overleg rond de betreffende aandoening. Soms kunnen inzichten en verbetermaatregelen

ook landelijk van meerwaarde zijn. Dan wordt dit op de agenda gezet bij landelijke besprekingen waar alle medisch- en verpleegkundig leiders van het waardegedreven zorg traject vertegenwoordigd zijn. Zo hopen we in 2023 nog meer te kunnen leren van calamiteitenonderzoek.

Ervaringen met 'Verbeteren in Vizier'

In 2020 nam het eerste Santeon ziekenhuis deel aan een pilot die door de IGJ 'Verbeteren in Vizier' wordt genoemd. Dit wil zeggen dat de IGJ niet meer het volledige calamiteitenonderzoeksrapport ontvangt, maar een reflectiebrief van de Raad van Bestuur. In de reflectiebrief staat een samenvatting van het onderzoek en wordt vooral ingegaan op wat er geleerd is en hoe er verbeterd wordt naar aanleiding van wat er is gebeurd. Eind 2021 sloten meer ziekenhuizen aan. Vanaf nu koppelen alle zeven Santeon ziekenhuizen op deze manier hun calamiteitenonderzoeken terug aan de IGJ. De ervaringen met deze terugkoppeling zijn wisselend. Voor sommige ziekenhuizen betekende dit een kleine aanpassing binnen het onderzoeks- en verbeterproces. Andere ziekenhuizen geven aan dat zij ervaren dat ze nu meer van de casus leren. Doordat er betere verbetermaatregelen worden vastgesteld, worden deze breder toegepast in de organisatie en wordt het eigenaarschap beter erkend. De focus ligt meer op het verbeteren en kan doorgetrokken worden naar andere calamiteitenonderzoeken. Voor een aantal ziekenhuizen geldt dat zij nog korter en bondiger aan de IGJ mogen gaan rapporteren omdat de IGJ heeft aangegeven vertrouwen te hebben in de werkwijze en kwaliteit van het onderzoek. De pilot is inmiddels afgerond en de werkwijze is landelijk ingevoerd door de IGJ.

Leren en inspireren binnen netwerken

De Santeon calamiteitenwerkgroep is op de Kwaliteitsdag van Ambulance Zorg Nederland (AZN) als keynote spreker gevraagd de ervaringen van bovenregionaal samenwerken op het gebied van calamiteiten te delen. Aan de hand van de eerder uitgebrachte calamiteiten jaarpublicaties van Santeon werden voorbeelden gegeven hoe we elkaar verder brengen. Goede ervaring met

Calamiteitenonderzoek

Canisius Wilhelmina Ziekenhuis

IGJ-meldingen en vooronderzoeken

Aantal IGJ meldingen	17
----------------------	----

Patiënt en/of naasten betrokken bij onderzoek

Patiënt/naaste is betrokken bij het onderzoek	13
Patiënt/naaste wil of kan niet betrokken worden bij het onderzoek	4
Patiënt/naaste is niet betrokken bij het onderzoek	0

Conclusie onderzoek

Geen calamiteit	4
Wel calamiteit	11
Onbepaald wel of geen calamiteit?	2

een workshop die eerder gegeven is, was de basis voor het verstevigen van de band tussen de Santeon ziekenhuizen en de ambulancezorg. Het calamiteitenonderzoek bij patiënten waarbij zowel het ziekenhuis als de ambulancezorg betrokken zijn, geven we steeds meer samen vorm in ketenonderzoeken. De Santeon ziekenhuizen voeren onderzoek bij calamiteiten die zich voordeden in de zorgketen gezamenlijk met de ketenpartner uit. Wederzijds begrip, nieuwe inzichten in elkaars werkprocessen, kortere lijnen en een intensievere samenwerking in een veranderend zorgketenlandschap zijn het gevolg.

Gemiste bevindingen in de radiologie

Soms is er bij een calamiteit sprake van een afwijking die bij beoordeling van beeldvorming (röntgenfoto's, MRI etc.) niet is gezien. Het is in de radiologie een bekend gegeven dat dit kan gebeuren, ook als een deskundig radioloog geconcentreerd naar de beelden heeft gekeken. Vijf radiologen uit de Santeon ziekenhuizen hebben overlegd hoe zij omgaan met gemiste bevindingen bij beeldvorming waarbij het proces van beoordeling correct is uitgevoerd. Zaken die opvallend en evident gemist zijn, worden besproken in een goed functionerende complicatiebespreking. Tijdens deze bespreking zijn we kritisch naar onszelf door een lerende, open en transparante houding aan te nemen binnen een veilig werken leerklimaat. Omdat het beoordelen van beeldvormend materiaal lastig kan zijn, maken we binnen de Santeon ziekenhuizen gebruik van elkaars expertise. Er bestaat inmiddels de mogelijkheid om deze expertise extern in te huren, maar hier zijn hoge kosten aan verbonden. Daarom blijft het inschakelen van radiologische expertise van collega Santeon ziekenhuizen belangrijk bij calamiteitenonderzoeken.

Waarschuwingen

Als er in één Santeon ziekenhuis iets is gebeurd wat ook in een ander ziekenhuis zou kunnen gebeuren dan waarschuwen de Santeon ziekenhuizen elkaar. Dat noemen we een alert. Elk ziekenhuis beoordeelt of het risico ook in hun ziekenhuis aanwezig is. De meeste waarschuwingen delen we met elkaar

Calamiteitenonderzoek

Medisch Spectrum Twente

IGJ-meldingen en vooronderzoeken

Aantal IGJ meldingen	17
----------------------	----

Patiënt en/of naasten betrokken bij onderzoek

Patiënt/naaste is betrokken bij het onderzoek	14
Patiënt/naaste wil of kan niet betrokken worden bij het onderzoek	2
Patiënt/naaste is niet betrokken bij het onderzoek	1

Conclusie onderzoek

Geen calamiteit	4
Wel calamiteit	10
Onbepaald wel of geen calamiteit?	3

tijdens de besprekingen waar we bij elkaar komen. Maar als een waarschuwing om directe actie vraagt informeren de ziekenhuizen elkaar tussentijds. In 2022 zijn onder andere onderstaande alerts met elkaar gedeeld:

- Bij twee ziekenhuizen deden zich problemen voor met de apparatuur waarmee patiënten warm worden gehouden wanneer zij geopereerd worden. Dit leidde bij een patiënt tot brandwonden. Door het delen van de informatie over deze apparatuur, maar ook over de manier waarop het apparaat gebruikt, opgeruimd en bewaard wordt, konden de andere ziekenhuizen nagaan op welke manier zij patiënten verwarmen en of daar mogelijk ook risico's aan verbonden zijn.
- Een patiënt, die totaal parenterale voeding (TPV) kreeg, moest een operatie ondergaan. Bij TPV wordt voeding via de bloedbaan toegediend wanneer de darmen dit niet voldoende kunnen opnemen. Het is hierbij van belang om bepaalde waarden in het bloed regelmatig te controleren. Dat is bij deze patiënt niet volgens de afspraken gedaan. De bloedwaarden stegen daardoor sterk. De patiënt moest vervolgens opgenomen worden op de IC. In het ziekenhuis waar dit gebeurde, zijn de alarmwaarden voor deze

bloedwaarden verlaagd. Dit betekent dat vanuit het laboratorium al bij een lagere waarde gebeld wordt om door te geven dat de waarden verhoogd zijn. Ook wordt tijdens scholing en overleggen meer aandacht besteed aan het opvolgen en overdragen van deze bloedwaarden. De andere ziekenhuizen zijn op basis van dit incident nagegaan of zij goede afspraken hebben gemaakt over welk bloedonderzoek moet plaatsvinden bij deze patiënten, hoe vaak dit moet en wie de uitslagen daarvan bekijkt.

- Bij twee patiënten deden zich problemen voor met betrekking tot een allergische reactie na toediening van antibiotica. Belangrijk was de herkenning van de juiste soort antibiotica en op welke wijze kruisreacties ontstaan. Er is gedetailleerde kennis van antibiotica nodig om te kunnen beoordelen welke antibiotica bij een vermoedelijke of bewezen allergie veilig toegediend kunnen worden. Daarom is het belangrijk om advies in te winnen bij de medisch microbioloog, apotheker of infectioloog. Het gebruik van de landelijke richtlijn (met vragenlijst) en een goede registratie in het patiëntendossier is een vereiste. Dit werd binnen de Santeon ziekenhuizen besproken.
- Bij een patiënt met een pacemaker leek het op de monitor alsof de patiënt nog hartritme had, maar dit was de activiteit van de pacemaker.

Calamiteitenonderzoek

Maasstad Ziekenhuis

IGJ-meldingen en vooronderzoeken

Aantal IGJ meldingen	11
----------------------	----

Patiënt en/of naasten betrokken bij onderzoek

Patiënt/naaste is betrokken bij het onderzoek	10
Patiënt/naaste wil of kan niet betrokken worden bij het onderzoek	0
Patiënt/naaste is niet betrokken bij het onderzoek	1

Conclusie onderzoek

Geen calamiteit	4
Wel calamiteit	7
Onbepaald wel of geen calamiteit?	0

Calamiteitenonderzoek

St. Antonius Ziekenhuis

IGJ-meldingen en vooronderzoeken

Aantal IGJ meldingen	25
----------------------	----

Patiënt en/of naasten betrokken bij onderzoek

Patiënt/naaste is betrokken bij het onderzoek	21
Patiënt/naaste wil of kan niet betrokken worden bij het onderzoek	2
Patiënt/naaste is niet betrokken bij het onderzoek	2

Conclusie onderzoek

Geen calamiteit	5
Wel calamiteit	18
Onbepaald wel of geen calamiteit?	1
Nog geen uitsluitel	1

Daardoor werd niet opgemerkt dat het niet goed ging met de patiënt. Het is belangrijk om bijvoorbeeld ook naar het zuurstofgehalte in het bloed te kijken. Bij enkele andere ziekenhuizen bleek het bewakingsproces bij patiënten met een pacemaker ook voor verbetering vatbaar, deze casus heeft hen daarop gewezen.

Verbetermaatregelen

Voorbeelden van verbetermaatregelen die naar aanleiding van onderzoeken uit 2022 zijn genomen binnen één of meer Santeon ziekenhuizen zijn:

- Een patiënt gebruikte vier in plaats van zes weken een bloedverdunner, waarna hij een hartstilstand kreeg doordat een bloedpropje in een ader voor een verstopping zorgde. Door het recept voortaan op een ander formaat papier en in kleur te printen is het duidelijker wat er met de medicatie moet gebeuren.
- Soms kan een calamiteit aanleiding zijn voor een landelijke verbetering. Naar aanleiding van een calamiteitenonderzoek waarbij sprake was van een patiënt met GHB gebruik, werd een multidisciplinair ziekenhuisbreed protocol 'Ongeplande detoxificatie' opgesteld. Op advies van de IGJ werd dit landelijk gedeeld binnen de NVvP (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie). Omdat afspraken binnen de regio's verschillen, is dit document gedeeld als voorbeeld om regionaal af te stemmen en aan te passen naar het regionale beleid.



Personen op de foto zijn niet gerelateerd aan calamiteiten.



Personen op de foto zijn niet gerelateerd aan calamiteiten.

- Wanneer een patiënt geopereerd wordt, moeten materialen als gazen en naalden geteld worden om te voorkomen dat er mogelijk materialen in het lichaam van de patiënt achterblijven. Tijdens een operatie bleef een gaas achter, terwijl de telling wel klopte. Door voortaan alle formaten van de gazen afzonderlijk te tellen, wordt het eerder ontdekt als er bij een telling een gaas mist.
- Een patiënt kreeg nierproblemen nadat hij een dubbele dosering antibiotica had gekregen. Een waarschuwing wanneer dosering en tijdstip van de medicatie afwijken ten opzichte van het oorspronkelijke medicatievoorschrift, had dit kunnen voorkomen. Ook voor andere medicatie zou dit behulpzaam kunnen zijn. De leverancier van het patiëntendossier is een verbetertraject gestart om dit te realiseren, zodat alle ziekenhuizen die dit systeem gebruiken veiliger medicatie kunnen voorschrijven en toedienen.
- In een ziekenhuis bleek uit calamiteitenonderzoek dat het proces bij het oproepen van het reanimatieteam niet altijd goed verloopt.

Niet alle verpleegkundigen bleken goed te weten hoe je het team correct moet oproepen en soms werkte het reanimatiesein niet goed. Daarom wordt er nu onderwijs gegeven op het skillslab met een 'dummy-sein', zodat verpleegkundigen hiermee kunnen oefenen. Daarnaast wordt onderzocht of het mogelijk en wenselijk is om het huidige reanimatiesysteem te vervangen door een ander systeem.

- Bij een patiënt met een pacemaker werkte de pacemaker niet goed op het moment dat de patiënt een hartritmestoornis kreeg die vervolgens een verhoogde hartslag veroorzaakte. Het bleek dat bij een wissel van de pacemaker de instellingen verkeerd waren overgenomen. Om dit in de toekomst te voorkomen is er een 'sign out' ingevoerd. Bij het wisselen van een pacemaker worden de instellingen samen geëvalueerd en geaccordeerd.

Calamiteitenonderzoek

Martini Ziekenhuis

IGJ-meldingen en vooronderzoeken

Aantal IGJ meldingen	8
----------------------	---

Patiënt en/of naasten betrokken bij onderzoek

Patiënt/naaste is betrokken bij het onderzoek	8
---	---

Patiënt/naaste wil of kan niet betrokken worden bij het onderzoek	0
---	---

Patiënt/naaste is niet betrokken bij het onderzoek	0
--	---

Conclusie onderzoek

Geen calamiteit	0
-----------------	---

Wel calamiteit	8
----------------	---

Onbepaald wel of geen calamiteit?	0
-----------------------------------	---

Calamiteitenonderzoek

OLVG

IGJ-meldingen en vooronderzoeken

Aantal IGJ meldingen	13
----------------------	----

Patiënt en/of naasten betrokken bij onderzoek

Patiënt/naaste is betrokken bij het onderzoek	12
---	----

Patiënt/naaste wil of kan niet betrokken worden bij het onderzoek	1
---	---

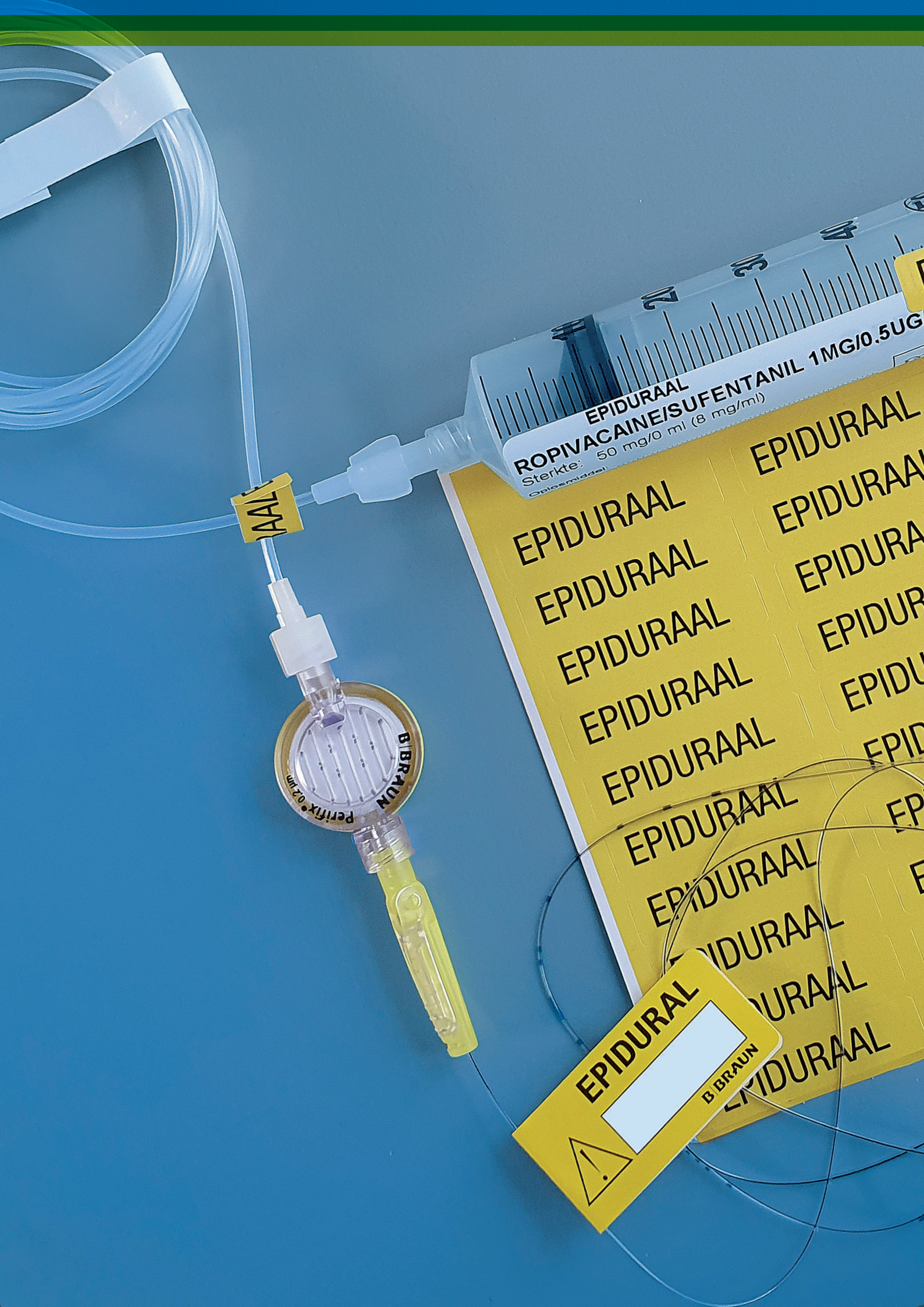
Patiënt/naaste is niet betrokken bij het onderzoek	0
--	---

Conclusie onderzoek

Geen calamiteit	4
-----------------	---

Wel calamiteit	7
----------------	---

Onbepaald wel of geen calamiteit?	2
-----------------------------------	---



EPIDURAAL
ROPIVACAINESUFENTANIL 1MG/0.5UG
Sterkte: 50 mg/0 ml (8 mg/ml)
Oplossing

EPIDURAAL
EPIDURAAL
EPIDURAAL
EPIDURAAL
EPIDURAAL
EPIDURAAL
EPIDURAAL
EPIDURAAL
EPIDURAAL
EPIDURAAL
EPIDURAAL

EPIDURAAL

BIBRAUN
Perifix 0.2µm

EPIDURAL
BIBRAUN
EPIDURAAL

Casus 2

Kleurcodering bij epidurale medicatie-toediening stickers van cruciaal belang

Wat is er gebeurd?

Een patiënt met kanker is opgenomen in het ziekenhuis met uitzaaiingen in zijn wervelkolom. Vanwege hevige pijn wordt een spinaalkatheter (een dunne katheter in de ruimte binnen het wervelkanaal) ingebracht waardoor pijnmedicatie wordt toegediend met een uitwendige infuuspomp. Daarnaast heeft hij een infuus in zijn arm (intraveneus) waarmee andere medicatie wordt gegeven via een infuuspomp.

Wat is er mis gegaan?

De verpleegkundige wil antibiotica geven via het intraveneuze infuus maar ze stelt per ongeluk de verkeerde pomp (de infuuspomp met pijnmedicatie) in op een hoge snelheid. Hierdoor loopt de pijnmedicatie snel in de patiënt en krijgt hij te snel en te veel pijnmedicatie. De patiënt wordt vervolgens niet meer aanspreekbaar en verlamd aangetroffen. Hij wordt overgebracht naar de Intensive Care waar hij weer bij kennis komt. Achteraf bleek dat het niet duidelijk genoeg was welke pomp de intraveneuze medicatie bevatte en welke pomp de epiduraal toegediende medicatie. De opvallende gele medicatiesticker voor epidurale toedieningen was niet zichtbaar voor de verpleegkundige.

Hoe is dit opgepakt?

Er zijn maatregelen genomen door het ziekenhuis om de kans op herhaling te voorkomen. De casus (verwisseling epidurale of spinale met intraveneuze medicatietoediening) is als waarschuwing met de andere Santeon ziekenhuizen gedeeld.

De analyse naar aanleiding van deze waarschuwing maakte duidelijk dat in een ander Santeon ziekenhuis het risico op verwisseling epiduraal-intraveneus nog steeds bestond. Zo waren er voorheen altijd geel gekleurde geprinte medicatiestickers voor epidurale toedieningen. De felle kleur gaf duidelijk een 'waarschuwing' aan dat het een epidurale medicatietoediening betrof.

Dit andere ziekenhuis had vanwege bezuinigingen alle kleurenmedicatieprinters vervangen door zwart-wit printers waardoor de epidurale gele medicatiestickers alleen in zwart-wit afgedrukt werden. De gewenste kleurcodering ontbrak en dit was nog niet goed afgedekt met de komst van zwart-wit medicatieprinters. Daarnaast waren er geen heldere afspraken waar deze kleurcodering moest worden aangebracht. Verpleegkundigen moeten altijd snel kunnen zien dat de spuit en infuuslijn alleen bedoeld zijn voor de epidurale toegangsweg. Deze waarschuwing maakte duidelijk dat voor het nog ontbreken van een kleurcodering een oplossing moest worden bedacht.

Een ziekenhuisapotheker, adviseur Kwaliteit & Veiligheid en de geneesmiddelencommissie hebben in kaart gebracht of er in hun ziekenhuis ook een verwisseling tussen epidurale en intraveneuze medicatie zou kunnen plaatsvinden. Allereerst is er bekeken welke afdelingen patiënten epidurale of spinale medicatie geven. Deze afdelingen hebben samen met de (IC-)verpleegkundigen, OK-assistenten, de medisch specialisten, pijnteam, ziekenhuisapothekers, medische techniek, inkoop en logistiek en andere betrokkenen een werkgroep gevormd. Zij hebben samen de risico's in kaart gebracht. Deze waren het grootst bij de epidurale medicatietoedieningen.

Hoe heeft de waarschuwing het proces verbeterd of veiliger gemaakt?

Er zijn eenduidige werkafspraken gemaakt die voor alle epidurale toedieningen gelden. Er zijn gele epiduraal stickers aangeschaft en er zijn afspraken gemaakt waar deze precies moeten worden aangebracht. De epiduraalkatheter, lectrokatheter (perfusorslang) en 'medicatie spuit epiduraal' zijn voorzien van een gele epiduraal sticker. Dat zorgt dat er hetzelfde gehandeld wordt ongeacht de afdeling waar de epidurale pomp wordt gebruikt. De herkenbaarheid door middel van zichtbare gele coderingen is op deze wijze eenduidig geregeld.

In 2023 willen we onderzoeken of het mogelijk is om de meldingen niet alleen met de zeven ziekenhuizen, maar ook buiten Santeon te delen.

Wat is er te verwachten in 2023?

- Binnen Santeon leren we van elkaar door actief meldingen met elkaar te delen waarvan we denken dat deze ook in een ander ziekenhuis mis zouden kunnen gaan. In 2023 willen we onderzoeken of het mogelijk is om deze alerts niet alleen met de zeven ziekenhuizen, maar ook buiten Santeon te delen.
- Met het calamiteitennetwerk van de samenwerkende universitaire medische centra is in 2022 verbinding gelegd. In 2023 zullen we werkwijzen, geleerde lessen en inzichten uitwisselen. De jaarpublikaties calamiteitenonderzoek van Santeon uit 2020 en 2021 waren de aanleiding om elkaar op dit onderwerp te vinden. De afspraken voor ontmoetingen en nadere verkenning in 2023 zijn gemaakt.
- We gaan onderzoeken hoe we patiënten nog meer kunnen betrekken bij het verbeteren van de manier waarop we calamiteitenonderzoek doen en hoe we daarvan kunnen leren.





Personen op de foto zijn niet gerelateerd aan calamiteiten.

Casus 3

Signaleren, terugkoppelen en opvolgen van kritieke- of nevenbevindingen

Wat is er gebeurd?

In een ziekenhuis wordt veel diagnostiek aangevraagd. Bij radiologisch onderzoek kan het voorkomen dat de radioloog een afwijking ziet op beeld die om snel medisch handelen vraagt. Dat wordt een kritieke bevinding genoemd. Daarnaast kan het voorkomen dat de radioloog (nog) een andere afwijking ziet dan de arts verwacht had; een nevenbevinding. In beide gevallen is het belangrijk dat de arts die het onderzoek heeft aangevraagd hiervan op de hoogte is zodat de bevindingen verder onderzocht of behandeld kunnen worden. Het opvolgen van radiologische uitslagen met kritieke- en nevenbevindingen was soms onvoldoende geborgd. Daardoor is het voorgekomen dat bij patiënten een diagnose later werd gesteld dan gewenst en werd eventuele behandeling ook later gestart.

Wat is er misgegaan?

Bij één patiënt werd bijvoorbeeld een röntgenfoto van de borstkas gemaakt om te bekijken of de patiënt een longontsteking had. Dat bleek niet zo te zijn. De radioloog dacht wel een ander verdacht plekje te zien. Daarom gaf de radioloog in het verslag van de röntgenfoto het advies om de foto na een bepaalde periode te herhalen. De aanvragend arts heeft dat advies niet gezien en niet uitgevoerd. Vier jaar later blijkt het verdachte vlekje het begin van kanker te zijn geweest.

Wat doet Santeon om dit te verbeteren?

De Santeon ziekenhuizen hebben de afgelopen jaren veel over dit onderwerp gesproken en elkaars werkwijzen en protocollen gedeeld. Het is een lastig

maar belangrijk onderwerp onderwerp, en daarom is het nodig om dit met elkaar te blijven bespreken. In verschillende ziekenhuizen zijn aanpassingen gedaan in het proces rondom het signaleren, terugkoppelen en opvolgen van de kritieke- en nevenbevindingen. In één van de Santeon ziekenhuizen zijn de aanpassingen die andere ziekenhuizen hebben gedaan, afgelopen jaar met een project in hun ziekenhuis getest.

Wat gebeurde er in dat project?

Het doel van dit project was het inrichten van een 'closed-loop'-proces. Hierdoor is het missen van kritieke- of nevenbevindingen te voorkomen. In één ziekenhuis heeft een pilotproject plaatsgevonden bij drie specialismen. Zij hebben een nieuwe werkwijze getest. Door het noteren van een signaal door de radioloog in het elektronisch dossier van de patiënt, ziet de aanvragend arts in zijn werklijst dat er een kritieke- of nevenbevinding in het verslag van de uitgevoerde diagnostiek staat vermeld. De arts kan bij dat signaal aangeven dat de bevinding gezien is. De afdeling Radiologie houdt in de gaten of de arts dat doet. Als dat na een afgesproken periode niet gedaan is neemt de afdeling Radiologie telefonisch contact op met het secretariaat van de betreffende arts en zo wordt de bevinding in het verslag nogmaals onder de aandacht gebracht totdat de bevinding gezien is. De pilot is positief ontvangen. Door de nieuwe werkwijze is er extra controle bijgekomen en is er meer bewustwording ontstaan. De uitkomsten zijn zowel in de medische staf als op bestuurlijk niveau besproken. Deze nieuwe werkwijze zal nu in het hele ziekenhuis zo uitgevoerd worden.

Calamiteitenonderzoek Santeon 2022 in cijfers

In 2022 hebben de zeven Santeon ziekenhuizen 102 meldingen bij de IGJ gedaan omdat er (mogelijk) sprake was van een calamiteit.

Wat kenmerkte deze 102 meldingen?



327

Vooronderzoeken
door de Santeon
ziekenhuizen



102

Meldingen bij
Inspectie door de
Santeon
ziekenhuizen

Vooronderzoeken en meldingen bij Inspectie 2022

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.

81 Patiënt/naaste is betrokken
bij het onderzoek

13 Patiënt/naaste wil niet betrokken
worden bij het onderzoek

8 Patiënt/naaste is niet betrokken
bij het onderzoek

Type hoofdgebeurtenis (Inspectie-melding)



26

Onderzoek/
diagnostiek



19

Medicatie



31

Behandeling/
interventie



10

Operatief
proces



8

Verpleegkundige
zorg



7

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.



27

Geen calamiteit



63

Wel calamiteit



11

Onbepaald wel of
geen calamiteit



1

Geen uitsluitel
of niet afgerond

Casus 4

Video's leiden tot gesprekken over veilig werken met medicatie

Wat is er gebeurd?

Enkele jaren geleden vond in één van de Santeon ziekenhuizen een incident plaats met medicatie. Een jong kind liep blijvende hersenschade op door een hartstilstand na een te hoge dosering van medicatie. De ouders van het kind hebben steeds aangegeven dat zij hopen dat veel zorgverleners leren van hoe het mis heeft kunnen gaan, zodat ze dit verdriet bij anderen kunnen voorkomen. Het ziekenhuis heeft samen met de ouders gezocht naar een passende manier om dit te realiseren.

De ouders hebben samen met betrokken zorgverleners een film gemaakt. Daarin is te zien wat er gebeurd is met het kind en welke impact dit heeft op de familie en de betrokken zorgverleners. Deze video is samen met twee andere video's over soortgelijke incidenten getoond aan zorgverleners. Met als doel om in gesprek te gaan over veilig werken met medicatie. Er is een bijeenkomst georganiseerd waarbij een groot aantal afdelingen en specialismen samen met de ouders aanwezig waren.

Hoe is dit opgepakt?

Zorgverleners zijn zich nu meer bewust van eigen professionele verantwoordelijkheid. Het zien van beelden met persoonlijke verhalen komt echt binnen. De bijeenkomst maakte duidelijk dat er nu nog vooral binnen de eigen afdeling geleerd en

verbeterd wordt. Terwijl verschillende afdelingen juist veel van elkaar kunnen leren en goede ideeën over veilig werken van elkaar kunnen overnemen.

Hoe gaat het ziekenhuis nu verder met dit belangrijke thema?

Deze sessie is een start geweest voor alle (klinische) afdelingen in het ziekenhuis om in gesprek te gaan over en aan de slag te gaan met veilig werken met medicatie. Aan de hand van eigen incidentmeldingen, uitkomsten uit audits en eventueel calamiteiten met medicatie bepaalt de afdeling zelf welke thema's van belang zijn en op welke manier ze deze willen bespreken.

Er is een draaiboek gemaakt met een opzet voor het programma, de video's en methodes om hierover met elkaar in gesprek te gaan. De ene afdeling kiest ervoor om een week het thema 'medicatieveiligheid' te geven en spreekt hierover in kleine groepen. De andere afdeling plant een grote bijeenkomst voor alle zorgverleners. Er wordt gebruik gemaakt van stellingen, quizvragen en het plakken van memo's. Daarnaast is er ook een koppeling gemaakt met een rekenles. Zo kan elke afdeling op een eigen, passende manier dit belangrijke thema bespreekbaar maken. In de toekomst worden dergelijke besprekingen een vast onderdeel van het veiligheidsprogramma van het ziekenhuis.





Personen op de foto zijn niet gerelateerd aan calamiteiten.

Bijlage 1

Calamiteit en calamiteitenonderzoek

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.

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 gemoeten), 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 naasten besproken.





Personen op de foto zijn niet gerelateerd aan calamiteiten.

Bijlage 2

Samenwerking binnen Santeon

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 (anonieme) rapporten en reflectiebrieven worden met elkaar gedeeld via een veilige database. Zo kunnen we van elkaars rapporten leren. De leden van de onderzoekscommissie 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.

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 op het gebied van calamiteitenonderzoek. 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 naasten of zij hierbij betrokken willen zijn. Er wordt dan een interview gehouden waarin de patiënt of naaste kan vertellen wat er is gebeurd. Ze kunnen ook aangeven waar ze vragen over hebben. Vaak hebben patiënten of naasten 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 ingaan. 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 naasten mee over mogelijke verbetermogelijkheden. De meeste patiënten en naasten 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 naasten 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 naasten teruggekoppeld, ook als zij niet betrokken zijn geweest bij het onderzoek.

Als er ondersteuning of begeleiding voor de patiënt of naasten nodig is, bekijken we welke steun we kunnen bieden. In elk ziekenhuis zijn er functionarissen aangewezen die vanuit hun onafhankelijke rol de patiënten en/of hun naasten 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 naasten 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,

stellen de betrokkenen in het ziekenhuis een verbeterplan op. Hierin staan maatregelen die herhaling van de calamiteit zoveel mogelijk moeten voorkomen. 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. 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):

Maartje de Beukelaar- Wielders (Santeon)
Debbie Eijgensteijn (Santeon)
Elles Neutkens (Catharina Ziekenhuis)
Eric Scheutjens (OLVG)

Vormgeving

Telvorm grafische vormgeving

Fotografie

Beeldbank Santeon

© Santeon 2023

Publicatie: juni 2023
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