

Incidenten patiëntenzorg gemeld bij Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) 2020

In het kader van continue verbeteren worden ernstige incidenten / calamiteiten in de patiëntenzorg op een specifieke wijze door de calamiteitencommissie Noordwest onderzocht.

1. Procedure

Noordwest Ziekenhuisgroep heeft een calamiteitencommissie die momenteel bestaat uit 5 medisch specialisten en 2 beleidsmedewerkers afdeling kwaliteit. De calamiteitencommissie vergadert wekelijks. Minimaal twee keer per maand heeft de calamiteitencommissie een structureel overleg met de raad van bestuur en zo nodig vaker.

Mogelijke calamiteiten worden binnen Noordwest gemeld volgens de calamiteitenprocedure patiëntenzorg. De hoofdbehandelaar meldt de casus bij de raad van bestuur, waarna de raad van bestuur deze voorlegt aan de calamiteitencommissie. De (waarnemend) voorzitter van de calamiteitencommissie doet per direct navraag over het incident. De calamiteitencommissie adviseert de raad van bestuur over wel/niet melden bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en/of er nadere analyse dient plaats te vinden. Hierbij wordt de volgende definitie van een calamiteit gehanteerd: Een calamiteit is een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van een patiënt of een ernstig schadelijk gevolg voor de patiënt of cliënt heeft geleid (Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, artikel 1.

Zodra duidelijk is dat er sprake is van een calamiteit wordt er binnen 3 werkdagen aan IGJ gemeld, waarna diepergaand onderzoek wordt gestart.

De calamiteitenprocedure is beschikbaar via het documentbeheersysteem. De calamiteitenprocedure en uitkomsten van onderzoeken worden regelmatig onder de aandacht gebracht in de medische staf, algemene ledenvergadering medische staf, discipline overstijgend onderwijs, Verpleegkundige Adviesraad, organisatorisch managers, unithoofden, beleidsmedewerkers van de zorgeenheden en leden van de Veilig Incidenten Melden - commissies (VIM)-leden.

2. Methode

Noordwest maakt gebruik van de PRISMA methodiek om een calamiteit te onderzoeken, analyseren en verbetermaatregelen te treffen.

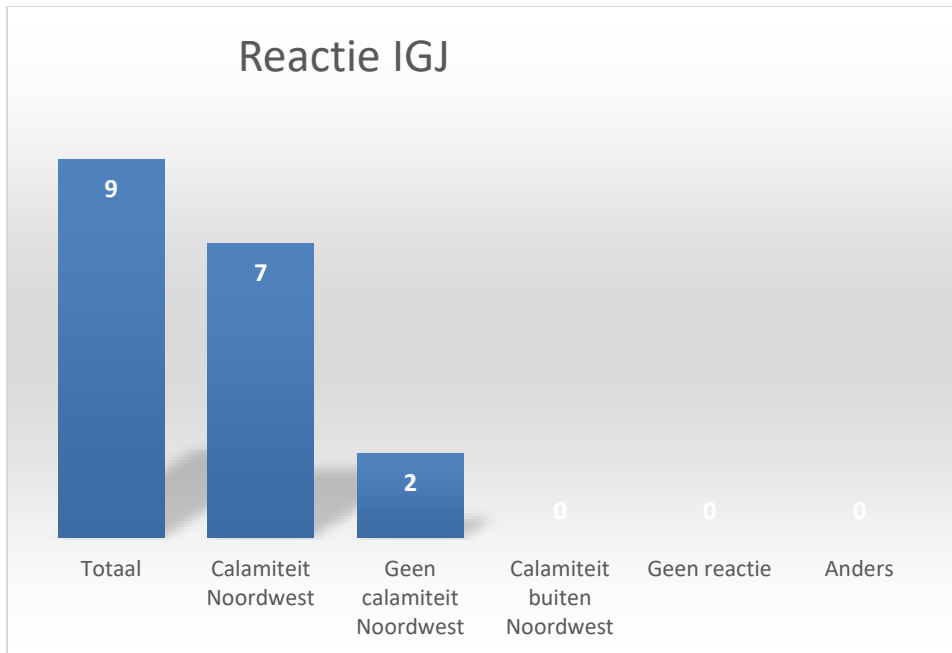
Per casus wordt er een onderzoekscommissie ingesteld met (niet bij de casus betrokken) leden van de calamiteitencommissie en zo nodig andere (niet betrokken) zorgverleners. Afhankelijk van de casus wordt ook het advies van onafhankelijke (externe), deskundigen gevraagd via de betreffende wetenschappelijke vereniging.

In het kader van zorgvuldigheid onderzoek naar een calamiteit en transparantie is meestal meer tijd nodig dan de 8 weken die de Inspectie daar formeel voor geeft met name wanneer externe deskundigen geraadpleegd worden. Indien nodig vraagt Noordwest uitstel aan bij de IGJ.

3. Aantallen 2020

In 2020 zijn 53 incidenten gemeld bij de raad van bestuur. De raad van bestuur heeft alle incidenten voorgelegd aan de calamiteitencommissie. In samenspraak is er besloten om 9 incidenten te melden bij de IGJ.

Onderstaand figuur geeft aan in hoeveel gevallen na analyse bleek dat er sprake was van een calamiteit.



In totaal zijn 9 incidenten gemeld bij de IGJ.

7 incidenten bleken na analyse een calamiteit Noordwest te zijn.

2 incidenten bleken na analyse geen calamiteit te zijn.

4. Betrokkenheid patiënt/familie/nabestaanden bij calamiteiten

Bij alle gemelde calamiteiten bij de IGJ is de patiënt, familie of nabestaanden op de hoogte gebracht van de melding aan de IGJ door de hoofdbehandelaar en voorzitter onderzoekscommissie.

De voorzitter van de onderzoekscommissie neemt altijd contact op met de patiënt en/of nabestaanden en geeft informatie over de uit te voeren analyse en vraagt naar de beleving van de patiënt/nabestaanden en of zij vragen ten behoeve van de analyse hebben. Deze vragen worden integraal opgenomen in het onderzoeksrapport.

De patiënt/nabestaanden worden altijd uitgenodigd voor een gesprek over de analyse nadat de beoordeling van de IGJ over het onderzoeksrapport ontvangen is. Dit gesprek vindt plaats met de hoofdbehandelaar, de voorzitter van de onderzoekscommissie en de adviseur patiëntbeleving en, indien van toepassing, de zorgverleners die de patiënt/nabestaanden willen spreken.

In een aantal gevallen hadden de patiënt, familie of nabestaanden geen behoefte aan een nagesprek.

5. Belangrijkste oorzaken van calamiteiten

Bij elk onderzoek door de calamiteitencommissie Noordwest worden de basisoorzaken geclassificeerd volgens het Eindhovens Classificatie Model (ECM). Over het algemeen kan gesteld worden dat de kwaliteit van de communicatie tussen de zorgverleners en met de patiënt een belangrijke rol speelt.

Daarnaast komen de volgende basisoorzaken/aspecten vaker voor:

- bewakingsaspecten (HRM)
- verificatie-aspecten (HRV)
- cultuuraspecten (OC)
- protocolaspecten (OP)
- patiëntgerelateerde aspecten (PRF)

Oorzaken van calamiteiten

Meestal is een calamiteit het gevolg van een combinatie van meerdere oorzaken, soms ook gecombineerd met specifieke factoren die met de patiënt te maken hebben.

De oorzaken worden onderscheiden naar de volgende vier categorieën/basisoorzaken:



Menselijke factoren



Organisatorische factoren

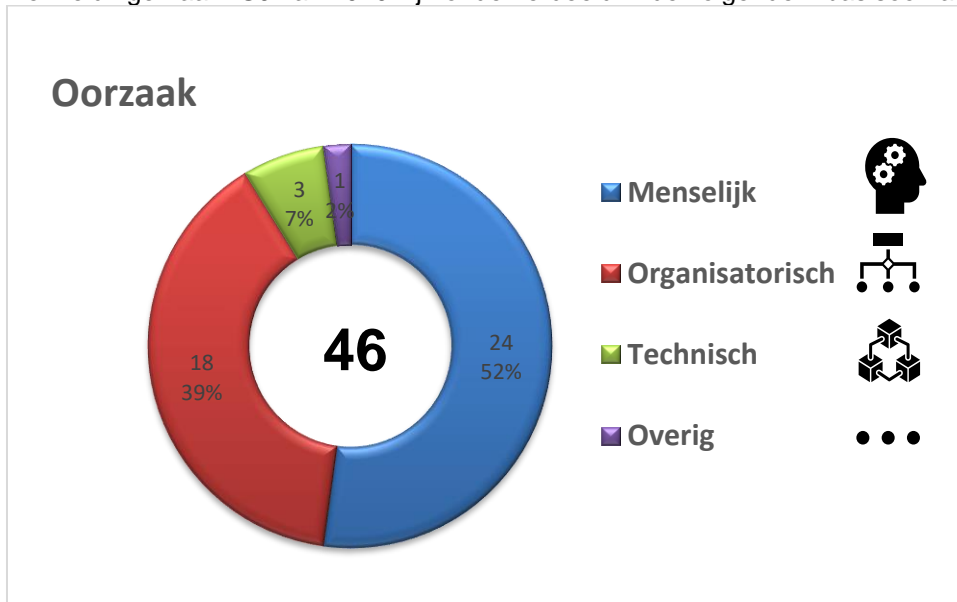


Technische factoren



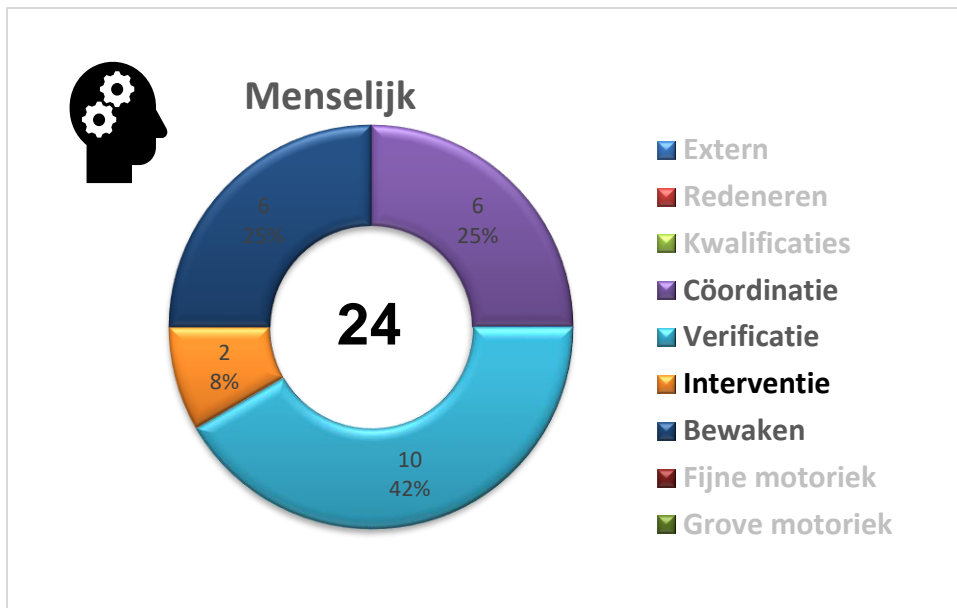
Overige factoren

De meldingen aan IGJ van 2020 zijn onderverdeeld in de volgende 4 basisoorzaken:

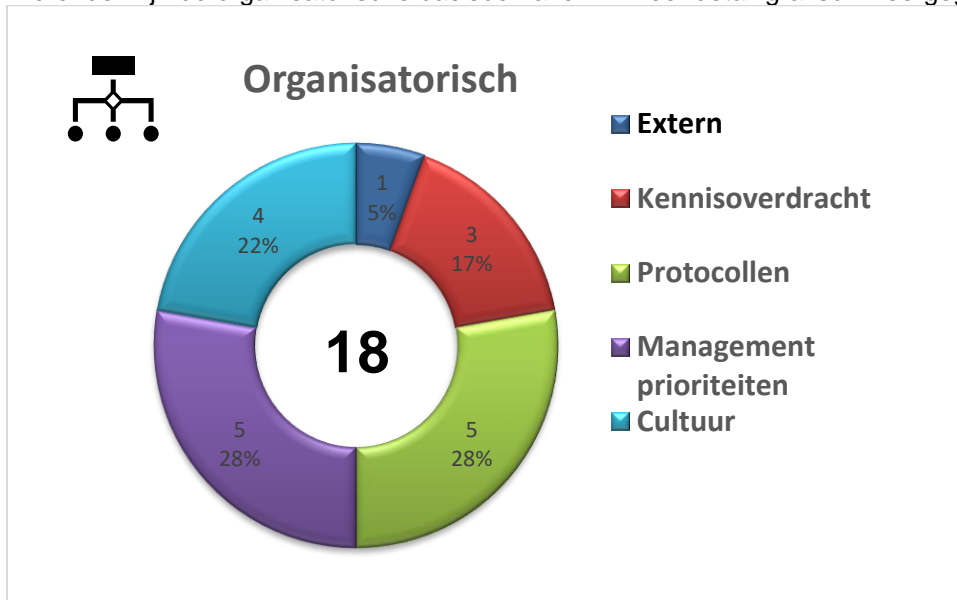


Bij de 9 meldingen aan de IGJ was er sprake van 46 basisoorzaken: 24 menselijke, 18 organisatorische, 3 technische en 1 overige oorzaak. Een melding werd dus veroorzaakt door meerdere basisoorzaken.

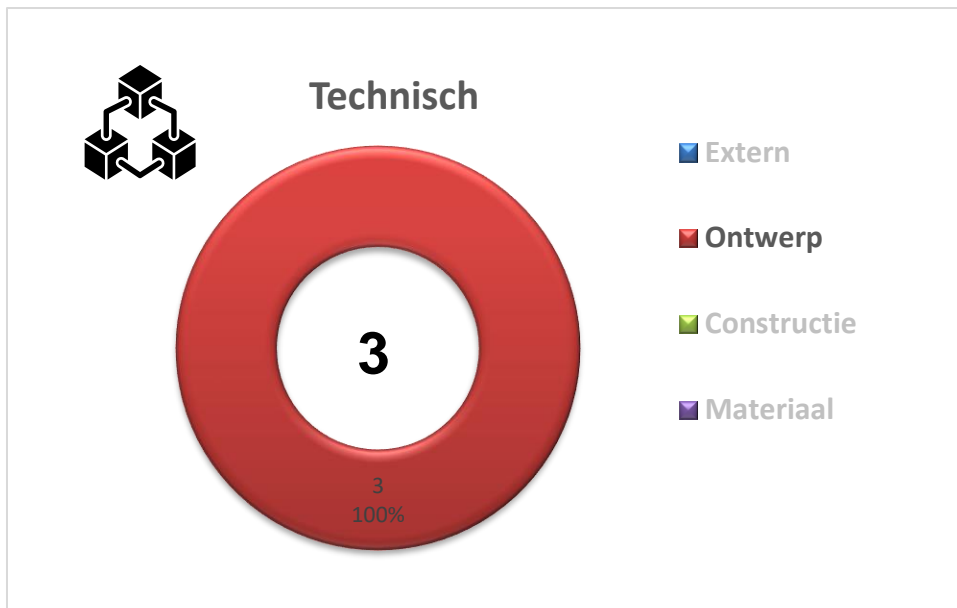
Hieronder zijn de factoren bij de menselijke basisoorzaken in meer detail grafisch weergegeven:



Hieronder zijn de organisatorische basisoorzaken in meer detail grafisch weergegeven:



Hieronder zijn de technische basisoorzaken in meer detail grafisch weergegeven:



Hieronder zijn de overige basisoorzaken in meer detail grafisch weergegeven:



6. Verbetermaatregelen

Per onderzoek worden, indien van toepassing, verbetermaatregelen vastgesteld. Deze worden opgenomen in het digitale verbetervolgsysteem, waarna gevolgd wordt of deze gerealiseerd worden. Met betrekking tot de oorzaken (zie 5) zijn er diverse verbetermaatregelen ingevoerd, die zowel van onderwijskundige, organisatorische, technische als van communicatieve aard zijn. Dit zijn o.a.:

- Het actualiseren van de scholing van zorgverleners op grond van de meest recente richtlijnen. Dit kan variëren van vakgroepspecifieke onderwerpen, zoals eenduidige afspraken m.b.t. het communiceren van kritieke onderzoeksbevindingen van de radiologie en het laboratorium tot ziekenhuisbrede onderwerpen als de signalering en bewaking van vitaal bedreigde patiënten, EWS, SBARR, SIT oproepen en kwetsbare ouderen delier/DOSS, valpreventie, VBI en postoperatieve zorg.
- Voorkomen van verwisselingen bij parenterale medicatie.
- Het verder ontwikkelen van het EPD HiX en de medicatiemodule.
- Communicatie tussen verschillende behandelaars.

De voortgang wordt gevolgd in de stuurgroep kwaliteit en veiligheid. Het verhogen van de veiligheidscultuur en de borging m.b.t. het voorkomen van verwisselingen is een speerpunt. Dit is opgenomen in een ziekenhuisbrede aanpak met een PDCA-cyclus.

7. Peer support

De incidenten/calamiteiten kunnen grote impact hebben op de zorgverleners. Noordwest heeft daarom meerdere functionarissen opgeleid voor de eerste opvang van de betrokken zorgverleners. De peer supporters worden proactief ingezet.

8. Nazorg

Incidenten kunnen een grote impact hebben op de patiënt en familie. Hier wordt met de nodige zorg mee omgegaan. De patiënt en/of familie krijgen altijd een nagesprek over de analyse aangeboden. Dit is vastgelegd in een procedure.