

Leren van calamiteiten in de ziekenhuiszorg

Welke nieuwe inzichten komen naar boven bij een ziekenhuisoverstijgende analyse van calamiteiten?



NIVEL

Kennis voor betere zorg

Leren van calamiteiten in de ziekenhuiszorg

Welke nieuwe inzichten komen naar boven bij een ziekenhuisoverstijgende analyse van calamiteiten?

Marleen Smits, PhD, onderzoeker
Maaïke Langelaan, PhD, senior onderzoeker
Janke de Groot, PhD, programmaleider

Mei 2018

ISBN 978-94-6122-497-2

<http://www.nivel.nl>
nivel@nivel.nl
Telefoon 030 2 729 700
Fax 030 2 729 729

© 2018 Nivel, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Gegevens uit deze uitgave mogen worden overgenomen onder vermelding van Nivel en de naam van de publicatie. Ook het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Dankwoord	4
Samenvatting	5
1 Inleiding	7
1.1 Onderzoeksvraag	8
2 Methode	9
2.1 Design	9
2.2 Procedure	9
3 Literatuuronderzoek	13
3.1 Ontwikkelingen in het denken over veiligheid	13
3.2 Voorbeelden van sectorbreed leren	13
3.3 Analysemethoden calamiteiten in Nederlandse ziekenhuizen	15
4 Analyse kader	17
4.1 Elementen voor in analyse kader	17
4.2 Praktijkvoorbeeld: (antistollings)medicatie	19
5 Meerwaarde en randvoorwaarden	22
5.1 Voor- en nadelen ziekenhuisoverstijgende analyse	22
5.2 Manieren om te delen en rolverdeling	23
6 Conclusie	25
Referenties	28
Bijlage A Topic list interviews	30
Achtergrondinformatie	30
Algemene topic list	30
Bijlage B Presentaties bijeenkomsten	31

Dankwoord

Aan de totstandkoming van dit rapport hebben velen bijgedragen. Op deze plaats willen wij hen hartelijk danken voor hun inzet.

Deelnemende ziekenhuizen eerste werksessie

Admiraal De Ruyter Ziekenhuis
Albert Schweitzer Ziekenhuis
Bravis ziekenhuis
Deventer ziekenhuis
Diakonessenhuis
Elkerliek ziekenhuis
Haaglanden Medisch Centrum
Haga ziekenhuis
Isala
Maxima Medisch Centrum
Ommelander ziekenhuis
Reinier de Graaf ziekenhuis
Rivas Zorggroep / Beatrix Ziekenhuis
Slingeland Ziekenhuis
Spaarne Ziekenhuis
Tergooij
VieCuri Medisch Centrum
IJsselland Ziekenhuis
ZiekenhuisGroep Twente (ZGT)
Ziekenhuis De Tjongerschans
Zuyderland Medisch Centrum

Calamiteitenonderzoekers ziekenhuisoverstijgende analyse

Mw. Francis Bongers, Slingeland ziekenhuis
Dhr. Angelo Clous, Spaarne Ziekenhuis
Mw. Marian Elshof, Slingeland Ziekenhuis
Mw. Carolien Hoogstede, IJsselland Ziekenhuis
Mw. Ite Priems, Diakonessenhuis
Dhr. Dirk Schellings, Slingeland Ziekenhuis
Dhr. Ralph So, Albert Schweitzer Ziekenhuis
Mw. Pia Svanborg, Rivas Zorggroep / Beatrix Ziekenhuis

Bovendien bedanken wij de leden van de “NVZ Begeleidingscommissie Calamiteiten” voor hun reflectie op de resultaten tijdens de afsluitende discussiebijeenkomst.

Samenvatting

Aanleiding onderzoek

Calamiteiten worden binnen ziekenhuizen uitgebreid onderzocht en gedeeld met de IGJ. Tot nu toe gebruiken ziekenhuizen de calamiteitenonderzoeken vooral intern om van de individuele calamiteiten te leren. Door recente wijzigingen in de Gezondheidswet en de Wet op de jeugdzorg gaat de IGJ informatie uit calamiteitenonderzoeken openbaar maken. Hierdoor zou de zorgsector in staat zijn om van elkaar te leren. Het openbaar maken van individuele calamiteitenrapportages wordt in eerste instantie alleen gedaan bij calamiteitenonderzoeken die de IGJ zelf uitvoert. Door het veld wordt terughoudend gereageerd op de plannen om individuele calamiteitenonderzoeken openbaar te maken. Redenen voor de terughoudendheid zijn: Calamiteiten zijn situatie specifiek, openbaar maken van calamiteiten kan hierdoor zowel de betrokken patiënten als de betrokken zorgverleners schaden, openbaar maken ondermijnt het vertrouwen in de zorg, de focus ligt niet meer op het verbeteren, maar op de gevolgen van de calamiteit, met mogelijk een negatieve invloed op de veiligheidscultuur en een afname van de meldingsbereidheid.

Of het leren van calamiteiten uit andere ziekenhuizen ook echt een meerwaarde heeft, is nog een belangrijke vraag voor de NVZ. In dit kader heeft de NVZ aan Nivel gevraagd om onderzoek te doen naar de vraag of en wat de toegevoegde waarde is van het delen van calamiteiten voor het verbeteren van de patiëntveiligheid ten opzichte van een analyse in een enkel ziekenhuis. In dit onderzoek in opdracht van de NVZ zullen we de volgende onderzoeksvraag beantwoorden:

Welke nieuwe inzichten komen naar boven bij een ziekenhuisoverstijgende analyse van calamiteiten ten opzichte van een individuele analyse.

Belangrijkste bevindingen

Of ziekenhuizen kunnen leren van elkaar calamiteiten, daar zijn calamiteitenonderzoekers en bestuurders van Nederlandse ziekenhuizen het wel over eens. De analyse en openbaarmaking geschiedt bij voorkeur op geaggregeerd niveau. Op die manier wordt de belangrijkste voorwaarde voor het open delen van informatie uit calamiteiten, namelijk anonimiteit, voldoende gewaarborgd.

De toegevoegde waarde van het analyseren van meerdere calamiteiten van verschillende ziekenhuizen is dat het onderliggende patronen laat zien die niet naar voren komen tijdens een analyse van één calamiteit binnen één ziekenhuis. Dit geeft meer urgentie om samen met elkaar te werken aan verbetermaatregelen of verder onderzoek te doen naar bepaalde thema's.

Als onderdeel van het project is samen met de calamiteiten onderzoekers van 21 ziekenhuizen een analysekader ontwikkeld waarmee calamiteiten gedeeld kunnen worden met als doel van elkaar te leren. Het bestaat uit kenmerken van de patiënt en calamiteit, contextfactoren, basisoorzaken en verbetermaatregelen. Het analysekader is in de praktijk gebruikt om 19 calamiteiten van verschillende ziekenhuizen met elkaar te delen. Door deze methode werden mogelijke risicofactoren en patronen in de oorzaken en verbetermaatregelen genoemd die in meerdere ziekenhuizen een belangrijke rol speelden bij het ontstaan van de calamiteit.

Hoewel de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) een database heeft van calamiteiten die als basis zou kunnen dienen voor het aggregeren van calamiteiten en (jaarlijkse) terugkoppeling van deze informatie, is de IGJ vanuit haar rol als toezichthouder volgens de geraadpleegde ziekenhuisbestuurders en IGJ zelf niet de aangewezen instantie hiervoor. Het uitvoeren van ziekenhuisoverstijgende analyses past beter bij de ziekenhuizen zelf vanwege het eigendom van en regie over de informatie, maar vooral ook vanwege hun primaire verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid in het eigen ziekenhuis. Een optie is om een register van calamiteiten op te stellen, zoals bijvoorbeeld het National Reporting and Learning System (NRLS) uit Engeland en Wales. Hier wordt een calamiteit gemeld vanuit het ziekenhuis zelf via een gestandaardiseerd digitaal formulier. Alle meldingen worden regelmatig ge-upload in het systeem en op geaggregeerd niveau teruggekoppeld aan de deelnemende ziekenhuizen in termen van aantallen meldingen per organisatie, de mate van schade en de typen incidenten. Op basis van de meldingen worden nationale actieplannen om de patiëntveiligheid te verbeteren ontwikkeld in overleg met zorgprofessionals, patiënten en professionele organisaties.

Aanbevelingen

De bevindingen uit dit rapport bieden de NVZ aanknopingspunten om het ziekenhuisoverstijgend leren van calamiteiten verder vorm te geven. Het gaat dan om de wenselijkheid van een landelijk register zoals de NRLS, het gebruik van een gestandaardiseerd kader om calamiteiten te delen, maar ook bestaande structuren om ziekenhuisoverstijgend leren vorm te geven. Tenslotte is er ook de vraag over de rol van leren van wat goed gaat. Dit past binnen het nieuwe denken over veiligheid, de Safety II benadering. Er is meer exploratief onderzoek nodig naar manieren waarop dit precies vormgegeven kan worden.

Voor de lange termijn is het aan te bevelen te evalueren in hoeverre de ziekenhuiszorg ook daadwerkelijk verbetert van het systematisch gezamenlijk delen van calamiteiten. Een mooie aanname die nog niet wetenschappelijk is onderzocht en buiten de reikwijdte van dit onderzoek valt.

Onderzoeksmethode

We voerden kwalitatief onderzoek uit, bestaande uit deskresearch, vier interviews, twee werksessies en een discussiebijeenkomst. De deskresearch bestond uit het bestuderen van binnen- en buitenlandse literatuur, calamiteitenprocedures en geanonimiseerde calamiteitenrapporten. De interviews werden gehouden met een medisch specialist patiëntveiligheid, expert kwaliteitsadviseur, onderzoeker en twee voorzitters van onderzoekscommissies van de IGJ. Op basis van de deskresearch, de interviews en de eerste werksessie met calamiteitenonderzoekers uit 21 ziekenhuizen werd een concept analysekader ontwikkeld. Een selectie van zes calamiteitenonderzoekers vulde hierna het analysekader in voor 3-5 calamiteiten uit het eigen ziekenhuis op het gebied van antistolling. Tijdens de tweede werksessie werden de resultaten met elkaar besproken en werden risicofactoren en patronen in oorzaken en verbetermaatregelen gezocht. In een afsluitende bijeenkomst met ziekenhuisbestuurders werden de voorlopige eindresultaten van het onderzoek gepresenteerd en werd gesproken over vervolgactiviteiten en benodigde randvoorwaarden.

1 Inleiding

In elk ziekenhuis komen calamiteiten in de patiëntenzorg voor. In 2016 werden ruim 1300 calamiteiten gemeld door aanbieders van medisch specialistische zorg bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Een calamiteit wordt door de IGJ gedefinieerd als: “Een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van of een ernstig schadelijk gevolg voor een cliënt van de instelling heeft geleid.”[1]

Calamiteiten worden door de raad van bestuur van het ziekenhuis gemeld bij de IGJ en intern in het ziekenhuis uitgebreid geanalyseerd. Veelal wordt de patiënt en/of diens naasten bij de analyse van de gebeurtenissen betrokken en wordt de eindrapportage met de patiënt gedeeld of wordt de patiënt hier ten minste over geïnformeerd. Ieder ziekenhuis heeft hiervoor een eigen protocol ontwikkeld, waarbij de IGJ eisen heeft opgesteld voor een dergelijk onderzoek.[2]

De resultaten van de calamiteitenanalyse worden tot nu toe intern en met de IGJ gedeeld en gebruikt om vooral intern van de individuele calamiteit te leren en een mogelijke herhaling in de toekomst te voorkomen. In sommige gevallen doet de IGJ een eigen onderzoek, bijvoorbeeld als de eigen calamiteitenanalyse van het ziekenhuis onder de maat is, als sprake is van ernstige verwijtbaarheid of disfunctioneren of bij specifieke thema's.

Op dit moment vinden er veranderingen plaats in het beleid van de IGJ met betrekking tot de openbaarmaking van calamiteitenonderzoek. In 2016 zijn de Gezondheidswet en de Wet op de jeugdzorg gewijzigd, waardoor de IGJ ruimere kaders wordt geboden voor het openbaar maken van toezichtinformatie. Het nieuwe openbaarheidsbeleid van de IGJ is gericht op het verbeteren van de zorg door te leren van elkaar en het vergroten van het vertrouwen van de burger in de zorg.[1] De IGJ maakte bepaalde toezichtinformatie al actief openbaar, zoals rapporten naar aanleiding van inspectiebezoeken op basis van risicotoezicht en thematisch toezicht en diverse opgelegde maatregelen.[3] De IGJ bereidt zich erop voor om de komende jaren ook informatie openbaar te maken uit calamiteitenonderzoeken, binnen de grenzen van medisch beroepsgeheim en privacybescherming. Het openbaar maken van individuele calamiteitenrapportages wordt in eerste instantie alleen gedaan bij calamiteitenonderzoeken die zij zelf uitvoert.[1] De implementatie van het openbaarheidsbeleid zal gefaseerd worden uitgevoerd.[3] Vooruitlopend op de inwerkingtreding van de wetswijziging in 2018 is een eerste vorm van openbaarmaking van calamiteiten reeds uitgevoerd: het uitbrengen van rapporten met geaggregeerde meldingen- en boete-besluitinformatie waarmee de zorgsector in staat zou moeten worden gesteld om van elkaar te leren.[1,4] In het veld is men kritisch over het openbaar maken van individuele calamiteitenrapportages, omdat hierdoor het gevoel van veiligheid van artsen en verpleegkundigen om calamiteiten te melden en daarmee de meldingsbereidheid in het geding komt.[5]

Een alternatief voor het delen van individuele calamiteitenrapportages is een analyse van calamiteiten over een aantal ziekenhuizen heen. Dit zou een toegevoegde waarde kunnen hebben voor ziekenhuizen bij het verbeteren van de patiëntveiligheid ten opzichte van een individuele analyse per casus. Door calamiteiten te bundelen en met elkaar te delen kunnen mogelijk patronen worden herkend in het ontstaan van calamiteiten waar alle ziekenhuizen van kunnen leren. Dit kan andere ziekenhuizen helpen met het opstellen van verbeterplannen, nog voordat een calamiteit heeft plaatsgevonden. In andere gezondheidszorgsectoren in Nederland heeft een overkoepelende analyse van meerdere calamiteiten bruikbare informatie opgeleverd.[6-10] In Engeland en Wales zijn er positieve ervaringen met een dergelijke analyse in de ziekenhuissector.[11-13] De ervaringen met sectorbreed leren uit andere sectoren of het buitenland zijn niet zonder meer door te trekken naar de

Nederlandse ziekenhuissector, vanwege verschillen in zorgsystemen en organisatiecultuur. Die ervaringen zijn wel zo interessant dat deze in het onderhavige onderzoek nader zijn onderzocht op de relevantie voor de Nederlandse situatie.

1.1 Onderzoeksvraag

Of het leren van calamiteiten uit andere ziekenhuizen ook echt een meerwaarde heeft, is nog een belangrijke vraag voor de NVZ. Het is niet duidelijk of en wat ziekenhuizen nog meer kunnen leren van een vergelijkende analyse van basisoorzaken van calamiteiten uit verschillende ziekenhuizen.

In dit kader heeft de NVZ gevraagd om een antwoord te geven op de vraag of en wat de toegevoegde waarde is van het delen van calamiteiten voor het verbeteren van de patiëntveiligheid ten opzichte van een analyse in een enkel ziekenhuis. In dit onderzoek in opdracht van de NVZ zullen we de volgende onderzoeksvraag beantwoorden:

Welke nieuwe inzichten komen naar boven bij een ziekenhuis overstijgende analyse van calamiteiten ten opzichte van een individuele analyse.

Antistolling (tromboseprofylaxe) als voorbeeld

In overleg met de NVZ en projectadviseurs van dit onderzoek is gekozen om de analyses toe te spitsen op één type calamiteit, namelijk calamiteiten gerelateerd aan antistollingsmedicatie (tromboseprofylaxe), omdat deze relatief vaak voorkomen. Dit biedt de mogelijkheid om te experimenteren of ziekenhuizen kunnen leren van het delen van vergelijkbare casuïstiek. De IGJ ontvangt regelmatig meldingen van calamiteiten met betrekking tot antistolling. Van alle zorg gerelateerde schade bij overleden patiënten in Nederlandse ziekenhuizen is 33% gerelateerd aan medicatie. Van al deze medicatie gerelateerde gebeurtenissen heeft 16% betrekking op antistolling. Hiervan is 38% potentieel vermijdbaar.[14] Een deel van deze zorg gerelateerde schade kan mogelijk worden bestempeld als een calamiteit, afhankelijk van de ernst van de schade.

2 Methode

2.1 Design

De onderzoeksvraag werd beantwoord door middel van een kwalitatief mixed methods onderzoek bestaande uit deskresearch, vier interviews, twee werksessies en een afsluitende discussiebijeenkomst. Voor de eerste werksessie werden calamiteitenonderzoekers uit alle algemene en topklinische ziekenhuizen in Nederland uitgenodigd. De tweede werksessie werd gehouden met calamiteitenonderzoekers uit een selectie van zes ziekenhuizen. Om tot de selectie te komen werd een random steekproef van acht ziekenhuizen getrokken, waarvan er zes bereid waren om deel te nemen: vier algemene en twee topklinische ziekenhuizen. Tijdens de afsluitende discussiebijeenkomst werd het concept rapport besproken met de NVZ Begeleidingscommissie Calamiteiten, waarin bestuurders uit ziekenhuizen zitting hebben.

2.2 Procedure

Het onderzoek vond plaats in de periode november 2017 tot en met maart 2018 en bestond uit acht stappen (zie ook figuur 1):

1. Deskresearch en interviews;
2. Eerste werksessie: verder ontwikkelen concept analysekader;
3. Raadpleging expert en vaststellen analysekader;
4. Analyseren van circa 25 calamiteiten met betrekking tot antistolling;
5. Tweede werksessie: bespreking uitkomsten analyse;
6. Interview met IGJ;
7. Discussiebijeenkomst: bespreking eindresultaten en randvoorwaarden met bestuurders;
8. Interne en externe kwaliteitsbeoordeling rapport.

Stap 1: Deskresearch en interviews

Als voorbereiding op de werksessies is in de eerste twee maanden van het onderzoek een deskresearch uitgevoerd met als doel in kaart brengen wat er al bekend is over het leren van calamiteiten in de zorg, hoe calamiteiten nu gerapporteerd worden en hoe een overstijgend kader om calamiteiten met elkaar te delen om van te leren eruit zou kunnen zien.

De deskresearch bestond uit:

- Een literatuuronderzoek naar binnen- en buitenlandse publicaties, inclusief “grijze” literatuur naar a) ontwikkelingen in patiëntveiligheidsdenken, b) voorbeelden van sectorbreed leren van calamiteiten in de zorg en c) analysemethoden van calamiteiten in Nederlandse ziekenhuizen. Vanwege het korte tijdsbestek van het onderzoek is niet systematisch gezocht naar buitenlandse literatuur en zijn voorbeelden uit andere sectoren dan de zorg, zoals de luchtvaart, buiten beschouwing gelaten.
- Het bestuderen van de calamiteitenprocedures van de deelnemende ziekenhuizen uit de steekproef;
- Het bestuderen van geanonimiseerde calamiteitenrapporten op het gebied van antistolling. Deze rapporten werden door de deelnemende ziekenhuizen uit de steekproef via een beveiligde verbinding geüpload voor de Nivel onderzoekers. Er werd per ziekenhuis een

geheimhoudingsovereenkomst opgesteld en getekend door de directie van het Nivel en het ziekenhuis.

Ter aanvulling op de deskresearch zijn in deze voorbereidende fase ook drie interviews gehouden (voor topic list, zie Bijlage A):

- medisch specialist patiëntveiligheid;
- expert kwaliteitsadviseur;
- onderzoeker betrokken bij NFU onderzoek naar leren van calamiteiten in de universitaire medische centra.

Op basis van de informatie uit stap 1 is ter voorbereiding op de eerste werksessie een opzet gemaakt van een concept analyse kader.

Stap 2: Eerste werksessie: verder ontwikkelen concept analysekader

Calamiteitenonderzoekers van alle algemene en topklinische ziekenhuizen verspreid door heel Nederland zijn uitgenodigd om deel te nemen aan een eerste werksessie. Doel van deze eerste werksessie was het verder ontwikkelen van een analysekader om calamiteiten ziekenhuisoverstijgend te kunnen delen met het doel om van elkaar te leren. Van alle ziekenhuizen meldden 25 ziekenhuizen zich aan, waarvan er 21 konden deelnemen gezien de grootte van de zaal en beoogde werkvorm. Alle deelnemende calamiteitenonderzoekers ondertekenden een geheimhoudingsverklaring, zodat binnen de groep vrijelijk informatie kon worden uitgewisseld.

Tijdens de werksessie werd aan de calamiteitenonderzoekers gevraagd welke informatie over de calamiteiten volgens hen essentieel was om met elkaar te delen om van elkaar te kunnen leren. Via een interactieve en activerende werksessie werden de elementen onder leiding van de onderzoekers van het Nivel gegroepeerd in hoofdcategorieën om te komen tot een concept analysekader.

Stap 3: Raadpleging expert en vaststellen analysekader

Het concept analysekader bestaande uit elementen vanuit de deskresearch en met input van de 21 ziekenhuizen werd voorgelegd aan de projectadviseur (hoogleraar patiëntveiligheid) en besproken in de onderzoeksgroep. Hierbij werden de elementen die naar voren kwamen in stap 1 en 2 naast elkaar gezet. De projectadviseur deed voorstellen voor aanpassing van het concept analysekader, waarna de NIVEL onderzoekers het analysekader vaststelden voor gebruik in stap 4.

Stap 4: Analyseren van circa 25 calamiteiten met betrekking tot antistolling

De zes deelnemende ziekenhuizen uit de steekproef vulden zelfstandig het analysekader in voor 3-5 calamiteiten uit het eigen ziekenhuis, bij voorkeur met calamiteiten rondom antistolling, maar indien nodig aangevuld met andere medicatie gerelateerde calamiteiten. Zij gebruikten hierbij de informatie uit de bij de IGJ ingediende calamiteitenrapporten en anonimiseerden deze informatie waar nodig en/of gewenst. Inclusiecriteria voor de selectie van calamiteiten waren dat deze betrekking hadden op problemen rondom antistollingsmedicatie (of andere medicatie indien er onvoldoende calamiteiten met betrekking tot antistolling waren), dat deze calamiteiten bij de IGJ waren gemeld, dat het interne onderzoek van het ziekenhuis in de periode 2014-2017 was afgerond en dat alle relevante documenten met betrekking tot de calamiteitenanalyse beschikbaar waren. Hierbij ging het bijvoorbeeld om correspondentie en analyses van het ziekenhuis zelf of van de IGJ.

Stap 5: Tweede werksessie: bespreking uitkomsten analyse

Tijdens de tweede werksessie met de calamiteitenonderzoekers van de zes ziekenhuizen uit de steekproef en de Nivel onderzoekers werden de bevindingen besproken van alle geanalyseerde calamiteiten. Hierbij werd via een interactieve werksessie dieper ingegaan op de vraag of en wat er te leren valt van een ziekenhuisoverstijgende analyse. Tevens werd gevraagd naar ervaringen met het invullen van het analysekader en eventuele suggesties voor aanpassingen.

Stap 6: Interview met IGJ

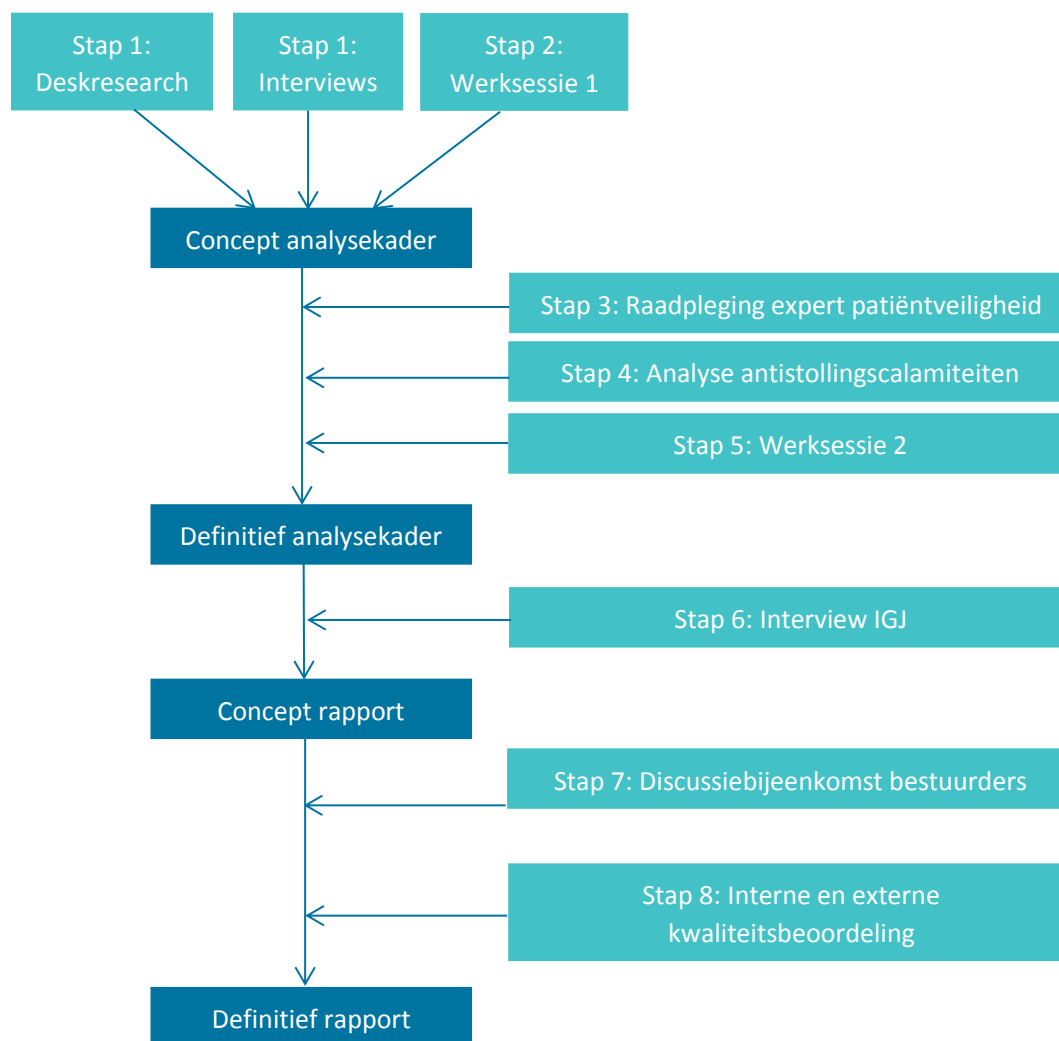
In aanvulling op bovenstaande stappen hebben we ook gesproken met de voorzitter van het “Meldingenoverleg” en voorzitter van het team “Eigen onderzoek” van de IGJ. Tijdens dit interview werden thema’s ten aanzien van onder meer het voorgenomen openbaarheidsbeleid met betrekking tot calamiteiten nagevraagd, wat op dit moment op geaggregeerd niveau met calamiteitenmeldingen wordt gedaan en welke rol de IGJ zou kunnen hebben bij het ziekenhuisoverstijgend leren van calamiteiten. Zie bijlage A voor de topic list van het interview met de IGJ.

Stap 7: Discussiebijeenkomst: bespreking eindresultaten en randvoorwaarden met bestuurders

Er werd een afsluitende bijeenkomst georganiseerd met de NVZ Begeleidingscommissie Calamiteiten. Tijdens deze bijeenkomst werden de eindresultaten gepresenteerd en werd gesproken over de eventuele voor- en nadelen van een ziekenhuisoverstijgende analyse van calamiteiten ten opzichte van individuele casuïstiek en benodigde randvoorwaarden.

Stap 8: Interne en externe kwaliteitsbeoordeling rapport

Het concept rapport werd voorgelegd aan de calamiteitenonderzoekers uit de zes ziekenhuizen en intern getoetst in de wetenschappelijk onderzoek vergadering van het Nivel.



Figuur 1 *Schematische weergave van het onderzoeksproces*

3 Literatuuronderzoek

3.1 Ontwikkelingen in het denken over veiligheid

In veel Westerse landen is sinds de jaren '90 veel aandacht voor de patiëntveiligheid in ziekenhuizen. Er wordt dossieronderzoek gedaan om de incidentie, aard en vermijdbaarheid van adverse events te onderzoeken [15,16], er zijn incidentmeldingssystemen opgezet [17] en de veiligheidscultuur onder de medewerkers wordt gemeten.[18,19] Ziekenhuizen volgen intern een kwaliteitscyclus, waarbij incidenten structureel worden geagendeerd en besproken in medewerkersbijeenkomsten om ervan te kunnen leren. Zo nodig worden naar aanleiding van de incidenten verbeteringen geïmplementeerd en geëvalueerd, bijvoorbeeld het aanscherpen van procedures of extra training van personeel.

In de loop der jaren heeft er in het denken over veiligheid een verschuiving plaatsgevonden van een retributieve veiligheidscultuur naar een restauratieve veiligheidscultuur. Bij een *retributieve* veiligheidscultuur is men op zoek naar een schuldige, verantwoordelijke persoon die gestraft moet worden. Een *restauratieve* cultuur is gericht op herstel en zoekt naar wát er verantwoordelijk is in plaats van wie.[20] Dit laatste past binnen het gedachtegoed van 'Just culture'. Belangrijke aspecten hierbij zijn (a) leren van fouten zonder de schuldvraag te stellen; (b) medewerkers coachen in plaats van afstraffen wanneer er een fout is gemaakt en; (c) duidelijkheid scheppen over wat acceptabel en onacceptabel gedrag is.[20-23] Volgens 'Just culture' zijn leren en straffen niet verenigbaar.[23]

Een andere ontwikkeling binnen het veiligheidsdenken is dat men zich minder wil richten op wat mis gaat en meer op wat goed gaat. Dit wordt ook wel de '*Safety II*' benadering genoemd. Er is hierbij aandacht voor het alledaagse proces en de bijbehorende capaciteiten die maken dat dit meestal wél veilig verloopt. Complexe werkprocessen en hun onderlinge samenhang worden doorgrond, om te begrijpen hoe het meestal goed, maar soms ook fout kan gaan.[23]

Na het optreden van een calamiteit is er vaak spanning tussen leren (volgens 'Just culture') en sanctioneren. Ziekenhuizen zelf worstelen hiermee, maar ook de ambities en het handelen van de IGJ en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) zijn tegenstrijdig: zij stimuleren leren vanuit een situatie van vertrouwen, maar spreken ook over 'maatregelen' en 'sancties'. Bovendien is de aanleiding voor een calamiteitenonderzoek iets wat fout is gegaan en dit lijkt daarom niet te stroken met de 'Just culture' en 'Safety II' benadering.

In een recente publicatie van De Vos et al. worden echter bruikbare suggesties gegeven voor vragen die tijdens een calamiteitenonderzoek kunnen worden gesteld die in de geest zijn van 'Just culture' en 'Safety II'. Klinische leiders en calamiteitenonderzoekers kunnen met behulp van deze vragen verantwoording op een andere manier vormgeven door de focus na een calamiteit te verleggen naar herstel voor alle betrokkenen. Dit stimuleert veilig leren omdat de schuldvraag, die onverenigbaar is met leren, ontbreekt en er ook oog is voor de schade die zorgprofessionals hebben opgelopen.[23]

3.2 Voorbeelden van sectorbreed leren

In Nederland zijn er in de jeugdzorg, geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en huisartsenzorg voorbeelden van een overkoepelende analyse van meerdere calamiteiten binnen een sector. Deze analyses laten zien dat duidelijke patronen te herkennen zijn in het ontstaan van calamiteiten en algemeen geldende knelpunten die sectorbreed zijn aangepakt.[6-10] In het buitenland zijn er voorbeelden van sectorbreed onderzoek naar incidenten (waaronder calamiteiten) in ziekenhuizen en

apotheken.[11-13] Het is echter onbekend of de voorgestelde verbetermaatregelen naar aanleiding van deze sectorbrede onderzoeken ook effectief in de praktijk zijn geïmplementeerd en of er dus daadwerkelijk sprake is geweest van leren.

Jeugdzorg

In het Samenwerkend Toezicht Jeugd (STJ) werkten vijf rijksinspecties samen die taken hadden op het gebied van jeugdzorg. Het betrof destijds de Inspectie voor de Gezondheidszorg, de Inspectie van het Onderwijs, de Inspectie Jeugdzorg, de Inspectie Veiligheid en Justitie en de Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid. In 2013 en 2016 bracht STJ een rapport uit met adviezen voor verbetering van de jeugdzorg op basis van de bevindingen uit meerdere calamiteitenonderzoeken (8 calamiteitenonderzoeken in 2013 en 11 in 2016).[6,7] Uit de analyse in 2013 kwam naar voren dat, hoewel elke casus verschillend is, er duidelijk rode draden te herkennen zijn en algemeen geldende verbeterpunten te benoemen zijn. Zo bleek uit de calamiteitenonderzoeken dat er vaak onveiligheid voor het kind ontstond als de leefomstandigheden van het kind veranderden, bijvoorbeeld door een verhuizing, nieuwe partner van ouder, ontslag van ouder of behandeling of opname van ouder in de GGZ. Het invoeren van een standaardprocedure voor het steeds opnieuw inschatten van de veiligheidsrisico's voor het kind bij veranderende gezinssituaties of leefomstandigheden werd als algemene verbetermaatregel voorgesteld.[6] In 2016 voelden de inspecties nog steeds de urgentie om de lessen uit (nieuwe) calamiteitenonderzoeken met zowel bestuurders als professionals van gemeenten en organisaties te delen, zodat zij hier gezamenlijk op konden reflecteren en er gezamenlijk van konden leren. Beide rapporten zijn tijdens een symposium gepresenteerd.[7]

GGZ

In 2017 is een boek uitgebracht met daarin beschrijvingen van 11 incidenten en calamiteiten binnen de GGZ. Het boek eindigt met een synopsis, waar de onderlinge samenhang wordt besproken. Het doel van het delen van de casus en leerpunten was dat andere organisaties er ook van zouden kunnen leren.[8]

Huisartsenpost

Binnen de huisartsenzorg is recent een onderzoek gepubliceerd met betrekking tot sectorbreed leren van calamiteiten op de huisartsenpost. De aard van dit onderzoek was kwantitatief: er werd dossieronderzoek verricht naar alle 240 calamiteiten die bij de IGJ waren gemeld in het jaar 2012. Doel van het onderzoek was inzicht te krijgen in terreinen waarop zich calamiteiten voordoen, basisoorzaken en verbetermaatregelen. Een nevenproduct was een meetinstrument dat de IGJ in de toekomst zou kunnen gebruiken om zelf calamiteiten op geaggregeerd niveau te analyseren. Uit dit onderzoek kwamen meerdere knelpunten in de zorg op de huisartsenpost naar voren waar de sector van kon leren.[10]

National Reporting and Learning System

In Engeland en Wales worden er ziekenhuisoverstijgende kwantitatieve analyses gedaan op basis van gegevens uit meldingen van medische incidenten in het National Reporting and Learning System (NRLS); een systeem voor het verzamelen, analyseren en leren van incidenten.[11-13] Sinds 2003 zijn

in deze database meer dan vier miljoen incidenten gerapporteerd door zorgprofessionals werkzaam bij zorgaanbieders van de National Health Service (NHS).[<https://report.nrls.nhs.uk>]

Wat wordt gemeld?

Het systeem is niet alleen bedoeld voor meldingen van calamiteiten, maar ook van onbedoelde gebeurtenissen die niet tot schade hebben geleid. Er worden geen gegevens opgeslagen die herleidbaar zijn naar individuele patiënten of professionals, maar de naam van de zorgorganisatie wordt wel opgeslagen. Er zijn 75 invulvelden, bijvoorbeeld het type incident, specialisme, de mate van schade, locatie en vrije tekst beschrijvingen van het incident.[11]

Hoe wordt gemeld?

De meest effectieve manier om een melding te doen in het NRLS is via het eigen lokale meldingssysteem van de zorgorganisatie. Er kan dan lokaal actie worden ondernomen en de melding wordt tegelijkertijd anoniem gedeeld met het NRLS door een wekelijkse of maandelijkse data-upload. Melders kunnen ook inloggen op een centrale website en daar direct meldingen invoeren via een e-formulier, maar dit is alleen bedoeld voor kleine organisaties, zoals apotheken. Ook patiënten en het publiek kunnen meldingen doen via een publiek meldingsportaal.[<https://report.nrls.nhs.uk>]

Hoe wordt de informatie gebruikt?

De informatie uit het NRLS wordt gebruikt voor feedback over incidenten naar individuele ziekenhuizen, waarbij de gegevens van het eigen ziekenhuis ook worden vergeleken met andere ziekenhuizen van dezelfde grootte (benchmark). Het systeem wordt ook gebruikt voor ziekenhuisoverstijgende analyses. Op de website worden ieder half jaar statistieken geplaatst van aantallen meldingen per organisatie, de mate van schade en de typen incidenten. De naam van de organisatie wordt hierbij vermeld. De NHS maakt aan de hand van de meldingen nationale actieplannen om de patiëntveiligheid te verbeteren en publiceert ook deze ieder half jaar op hun website. Zij pakken de grote bekende patiëntveiligheidsthema's aan in lange-termijn programma's en gebruiken hiervoor de gegevens uit de NRLS. Maar een nationaal systeem kan ook problemen identificeren die nieuw zijn en niet worden herkend op lokaal niveau. Samen met zorgprofessionals, patiënten en professionele organisaties beslist de NHS dan welke actie het beste ondernomen kan worden.[<https://report.nrls.nhs.uk>]

Tenslotte kunnen gegevens worden gebruikt door onderzoekers en gepubliceerd in wetenschappelijke artikelen en gepresenteerd op conferenties. Zo is er bijvoorbeeld gekeken naar de subgroep van chirurgische incidenten en om meer inzicht te verkrijgen in welke specialismen het betrof, hoe vaak er schade was en welk type fouten het betrof.[11] Onderzoekers die gebruik hebben gemaakt van de gegevens uit het NRLS stellen dat door analyse van deze gegevens algemene patronen kunnen worden ontdekt [12] en de meest relevante verbetermaatregelen kunnen worden geformuleerd waardoor in de toekomst vermijdbare schade door incidenten gereduceerd kan worden.[13]

3.3 Analysemethoden calamiteiten in Nederlandse ziekenhuizen

Calamiteiten worden door de raad van bestuur van het ziekenhuis gemeld bij de IGJ en intern in het ziekenhuis uitgebreid geanalyseerd. Ieder ziekenhuis heeft hiervoor een eigen protocol ontwikkeld aan de hand van de eisen van de IGJ.[2]

In Nederlandse ziekenhuizen worden voornamelijk drie analysemethoden gebruikt bij het onderzoeken van calamiteiten: PRISMA (Prevention and Recovery Information System for Monitoring and Analysis), SIRE (Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie) en Tripod. Ook worden combinaties van methoden gebruikt, zoals het maken van een tijdlijn (volgens SIRE) en het maken van

een oorzakenboom en classificeren van de daaruit volgende basisoorzaken (volgens PRISMA). Al deze methoden zijn gericht op het vinden van latente technische en organisatorische factoren, aanwezig in de werkomgeving, die de kans op een incident door een menselijke handeling vergroten.

PRISMA

Bij een PRISMA-analyse wordt een oorzakenboom gemaakt en worden de basisoorzaken met het Eindhoven Classificatie Model (ECM) geclassificeerd.[24,25] Oorzakenbomen vormen een visuele representatie van het incident. Bovenaan staat de topgebeurtenis: de zichtbare aanleiding voor de analyse. Hieronder worden alle noodzakelijke directe oorzaken vermeld. Deze hebben vaak hun eigen oorzaken. Door steeds de “waarom” vraag te stellen, worden uiteindelijk onderaan de boom de basisoorzaken gevonden. Deze worden geclassificeerd met het ECM, dat bestaat uit vier hoofdgroepen basisoorzaken met meerdere subcategorieën: technisch, organisatorisch, menselijk, patiënt gerelateerd.[24] PRISMA is bedoeld voor het opbouwen van een kwantitatieve database van incidenten, waaruit conclusies zijn te trekken over optimale maatregelen.[25] De frequenties van de categorieën uit het ECM worden dan weergegeven in een zogenaamd PRISMA-profiel. Voor het maken van een betrouwbaar PRISMA-profiel zijn ten minste 50 incidenten nodig.[26]

SIRE

SIRE omvat palet aan methoden om het ontstaan en verloop van incidenten inzichtelijk te maken. Hierdoor wordt het mogelijk de basisoorzaken van een incident te identificeren. Tegelijkertijd identificeert SIRE potentiële interventies waarmee kan worden voorkomen dat deze oorzaken zich herhalen of in de toekomst opnieuw leiden tot een incident.[27] Technieken die bij SIRE gebruikt worden zijn onder andere een tijdlijn, visgraatdiagram (oorzaak-gevolg-diagram), barrière-analyse (het onderzoeken van mogelijke falende barrières die incident hadden kunnen voorkomen) en procesveranderingsanalyse (het onderzoeken van mogelijke afwijkingen van procedures).

Tripod

Bij de Tripod-methode [28,29] wordt een diagram gemaakt met een causale reeks van gebeurtenissen of factoren, gelijkend op de oorzakenboom bij PRISMA en visgraatdiagram bij SIRE. Uiterst rechts staat het incident. De gebeurtenissen of factoren die een rol speelden bij het incident staan aan de linkerkant van het diagram en zijn in te delen als basis risico factoren (latente fouten), preconditions (context), onveilige handelingen/falende apparatuur (directe oorzaken) en doorbroken barrières (voorkomen van incident of voorkomen van gevolgen is mislukt). Als latente factoren onderscheidt Tripod: middelen, ontwerp, onderhoud, procedures, omgevingsfactoren, orde en netheid, strijdige doelstellingen, communicatie, organisatie, training en opleiding, en beschermingsmiddelen en – methoden. Op basis van meerdere analyses kan, net zoals bij PRISMA, een profiel worden opgesteld van basis risico factoren. Hiervoor zijn minimaal 20 incidenten nodig.[29]

4 Analysekader

4.1 Elementen voor in analysekader

Op basis van de deskresearch en de interviews werd door de Nivel onderzoekers een concept analysekader opgesteld om op ziekenhuisoverstijgend niveau calamiteiten te delen en te analyseren. Elementen voor in het analysekader werden geselecteerd op basis van het literatuuronderzoek, geanonimiseerde calamiteitenrapporten en interviews (stap 1). De elementen die hieruit naar voren kwamen staan weergegeven in de linker kolom van tabel 1. In de tweede kolom staan de elementen die genoemd werden door de calamiteitenonderzoekers tijdens de eerste werksessie (stap 2) en in de derde kolom staan de elementen zoals vastgesteld door de Nivel onderzoekers op basis van het advies van de projectadviseur bij vergelijking van de eerste twee kolommen (stap 3). Tijdens de tweede werksessie (stap 5) bleek dat er op basis van de praktijkervaringen geen inhoudelijke aanpassingen aan het analysekader nodig waren, wel adviseerde men om bij toekomstig gebruik per element een invulinstructie te geven.

Tabel 1 Ontwikkeling analysekader

Deskresearch / interviews	Werksessie 1	Definitief
Patiëntkenmerken	Patiëntkenmerken	Patiëntkenmerken
Leeftijd	Leeftijd	Leeftijd
Comorbiditeit/ voorgeschiedenis	Comorbiditeit	Comorbiditeit
Medicatie	Medicatie	Medicatie
Opnamereden/ diagnose	Diagnose	Diagnose
Geslacht	-	Geslacht
Gewicht	-	-
-	ADL	ADL
Risicofactoren	-	-
Taal/communicatiebarrière	-	-
Patiënt wil naar huis	-	-
Herhaalde opname	-	-
Psychiatrische problematiek	-	-
Kenmerken calamiteit	Kenmerken calamiteit	Kenmerken calamiteit
Type	Thema/ type/ aard	Thema/ type/ aard
Datum en tijdstip	Tijdstip	Datum en tijdstip
Korte beschrijving	Verloop calamiteit	Verloop calamiteit
Gevolg	-	Gevolg
-	Topgebeurtenis	Topgebeurtenis
-	Belangrijkste barrières	-
-	Interventie	Interventie
-	Hoe onderzocht	Hoe onderzocht
Zorgproces	Zorgproces	Context¹
Specialisme	Afdeling	Afdeling
Overdracht	Overdracht	Overdracht
Multidisciplinaire zorg	Multidisciplinaire samenwerking	Multidisciplinaire samenwerking
Betrokken specialismen	Betrokken zorgverleners	Betrokken zorgverleners
Verantwoordelijk specialisme	Hoofdbehandelaarschap	Hoofdbehandelaarschap
-	Verkeerd bed	Verkeerd bed
-	Ketenzorg	Ketenzorg
-	Gebruikt materiaal	Gebruikt materiaal
-	Gebruikte apparatuur	Gebruikte apparatuur
-	-	Type ziekenhuis (academisch/ topklinisch/

Deskresearch / interviews	Werksessie 1	Definitief
		algemeen)
Kennis	-	Context¹
-	Nieuwe techniek	Nieuwe techniek
-	Richtlijnen/protocollen	Richtlijnen/protocollen
Basisoorzaken	Basisoorzaken	Basisoorzaken
Technisch	-	-
Organisatorisch	-	-
Menselijk	-	-
Patiënt gerelateerd	-	-
	Basisoorzaken	-
		Technisch-Ontwerp (P)/ Ontwerp (T)
		Technisch-Constructie (P)
		Technisch-Materialen (P)
		Technisch-Extern (P)
		Organisatorisch-Kennisoverdracht (P)
		Organisatorisch-Protocollen (P) / Procedures (T)
		Organisatorisch-Management prioriteiten (P)
		Organisatorisch-Cultuur (P)
		Organisatorisch-Extern (P)
		Middelen (T)
		Onderhoud (T)
		Orde en netheid (T)
		Menselijk-Redeneren (P)
		Menselijk-Kwalificaties (P)
		Menselijk-Coördinatie (P)
		Menselijk-Verificatie (P)
		Menselijk-Interventie (P)
		Menselijk-Bewaken (P)
		Menselijk-Fijne motoriek (P)
		Menselijk-Grove motoriek (P)
		Patiëntgerelateerd (P)
		Omgevingsfactoren (T)
		Strijdige doelstellingen (T)
		Training en opleiding (T)
		Beschermingsmiddelen-/ methoden (T)
		Communicatie (T)
		Falende barrières (S)
		Andere latente factoren
		Niet te classificeren (P)
Niet-pluis gevoel	-	-
Patiënt/familie	-	-
Zorgverlener	-	-
Verbetermaatregelen	Verbetermaatregelen	Verbetermaatregelen
Verbetermaatregelen	Verbetermaatregelen	Verbetermaatregelen

¹ Het advies van de expert was dat wanneer contextfactoren bijdroegen aan de slechte uitkomst, deze ook bij de oorzaken te vermelden. De lijst met contextfactoren kan indien relevant worden uitgebreid door de calamiteitenonderzoeker.

P: afkomstig uit Eindhoven Classificatiemodel behorende bij PRISMA-methode

T: afkomstig uit classificatie van latente factoren uit Tripod-methode

S: afkomstig uit SIRE-methode

Mate van detail

De geïnterviewden uit stap 1 en deelnemers aan de eerste werksessie werd gevraagd naar de mate van detail waarin de informatie zou moeten worden gedeeld. Zij noemden dat er een goede balans moet worden gezocht tussen detail en oppervlakkigheid. Bij teveel kwantificeren in categorieën verlies je de inhoud. Daarom is de beschrijving belangrijk. Maar bij teveel detail ligt het gevaar op de loer dat je door de bomen het bos niet meer ziet. De mate van detail hangt ook af van de vraag die je wilt beantwoorden.

Een getrapte aanpak werd voorgesteld, waarbij wel gebruik wordt gemaakt van categorieën als je een groot aantal calamiteiten gaat bundelen (bijvoorbeeld van één jaar). Vervolgens kun je op basis van frequentie selecteren op een bepaald type en dan binnen dat thema de diepte in gaan en op het niveau van beschrijvende teksten verder analyseren.

Het thematisch analyseren kwam ook tijdens de werksessies aan de orde. Hier stelde men ook voor om per thema de calamiteiten met elkaar delen, om zodoende voldoende diepgang te verkrijgen. Het delen van calamiteiten die heel specifieke situaties betreffen vond men minder zinvol, omdat deze zich in een ander ziekenhuis niet zo snel zullen voordoen. Men was van mening dat het laaghangend fruit zit in het delen van gebeurtenissen op de grote thema's. Men noemde als voorbeelden: vallen, medicatie, medische technologie, antistolling en hoofdbehandelaarschap.

Analysemethode individuele onderzoeken

De analysemethoden die de deelnemers aan de werksessies gebruikten om de calamiteiten uit hun ziekenhuis te onderzoeken waren PRISMA [24,25], SIRE [27], Tripod [28,29] of een combinatie daarvan. Zij zagen de diversiteit aan analysemethoden om te komen tot basisoorzaken en verbetermaatregelen niet als problematisch voor het delen van calamiteiten, wél het ontbreken van een uniforme oorzakenclassificatie.

4.2 Praktijkvoorbeeld: (antistollings)medicatie

Om te experimenteren of ziekenhuizen kunnen leren van het delen van vergelijkbare casuïstiek leverden de zes ziekenhuizen in totaal 19 calamiteiten aan: 13 op het gebied van antistolling en 6 op het gebied van andere medicatie. Drie antistollingscalamiteiten werden pas na de tweede werksessie aangeleverd en konden dus niet betrokken worden in de ziekenhuisoverstijgende analyse. De Nivel onderzoekers oordeelden achteraf dat de aanvullende casuïstiek aansloot bij resultaten van de analyse; er werden geen nieuwe patronen gevonden.

Patiëntkenmerken

De achtergrondkenmerken van de patiënt werden door de Nivel onderzoekers voorafgaand aan de tweede werksessie geanalyseerd en tijdens de sessie ter verificatie teruggekoppeld aan de calamiteitenonderzoekers uit de zes ziekenhuizen.

Uit de analyse van deze kenmerken (Box 1) kwam naar voren dat calamiteiten op het gebied van antistolling veelal bij oudere mensen met meerdere aandoeningen voorkomen. Een aantal patiëntkenmerken (bv diagnose en medicatie) waren verklaarbaar gezien de aard van de casuïstiek. De calamiteitenonderzoekers vonden het belangrijk om deze elementen toch op te nemen in een analysekader, omdat dit het totale plaatje van de patiënt compleet maakt.

Box 1 Analyse patiëntkenmerken

Leeftijd:

- Antistolling: leeftijd vaak rond 70-80 jaar; overige medicatie: leeftijd meer gevarieerd

Geslacht:

- Iets meer vrouwen

Algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL):

- Antistolling: bijna alle patiënten zelfstandig; overige medicatie: ADL vaak niet bekend

Comorbiditeit:

- Bijna allemaal comorbiditeit
- Veel cardiovasculair
- Meerdere patiënten met diabetes

Diagnose:

- Veel cardiovasculaire aandoeningen

Medicatie:

- Veel diuretica, antibiotica, β -blokkers, vit K antagonisten, antistolling

Kenmerken calamiteit

De achtergrondkenmerken van de calamiteit werden ook voorafgaand aan de werksessie door de Nivel onderzoekers geanalyseerd en tijdens de sessie geverifieerd. Het tijdstip einde middag/vroege avond kwam naar voren als risicofactor. Volgens de calamiteitenonderzoekers zou dit te maken kunnen hebben met de wisseling van diensten en bijbehorend overdrachtsmoment, maar ook het verschijnsel dat het laat in de middag in het ziekenhuis vaak erg druk is waardoor er dingen kunnen misgaan. Uit de beschrijvingen van de calamiteiten kwamen voorschrijven, overdracht en overbruggingsbeleid als risicofactoren naar voren (Box 2).

Box 2 Analyse kenmerken calamiteit

Tijdstip:

- Veelal eind van de middag/ vroege avond

Type:

- Medicatie, uitgesplitst in -overdracht, -verificatie of –voorschrijven

Beschrijving calamiteit en contextfactoren:

(De vrije teksten van een aantal kenmerken werden samengenomen voor de analyse: topgebeurtenis, interventie, verloop, gevolg en contextfactoren).

- Vaak m.b.t. voorschrijven:
 - antistolling: verkeerde dosering (meestal te hoog), onterecht geen antistolling
 - overige medicatie: Verkeerde dosering (meestal te hoog), verkeerde toedieningswijze, interactie medicatie
- Vaak m.b.t. overdracht: binnen ziekenhuis, tussen ziekenhuizen of bij overgang ziekenhuis naar huis
- Vaak m.b.t. overbruggingsbeleid rondom operatie: stoppen/starten van antistolling

Oorzaken

De oorzaken van de calamiteit werden tijdens de tweede werksessie door de calamiteitenonderzoekers geanalyseerd. Zij konden patronen in de oorzaken ontdekken op het gebied van EPD, organisatie, menselijk redeneren en informatie naar de patiënt (Box 3). Algemeen werd opgemerkt dat er vrij vaak menselijke oorzaken zijn. Ook zagen de calamiteitenonderzoekers dat er vaak een combinatie van factoren is of een opeenstapeling van zaken die misgaan, bijvoorbeeld een controlemechanisme dat niet werkte.

Box 3 Analyse oorzaken

Patronen in oorzaken:

- Technisch: Elektronisch Patiënten Dossier (EPD); onmogelijkheden of ongemak in het ontwerp van de software
- Organisatorisch:
 - hoge werkdruk
 - geen protocollen/procedures met betrekking tot hoofdbehandelaarschap, verantwoordelijkheden en verificatie
- Menselijk redeneren: signalen opmerken, maar er niet naar handelen
- Informatie naar patiënt/familie onvoldoende of onduidelijk

Verbetermaatregelen

De verbetermaatregelen werden ook door de calamiteitenonderzoekers geanalyseerd. De ziekenhuisoverstijgende verbetermaatregelen sloten nauw aan bij patronen die gevonden werden in de oorzakenanalyse (Box 4).

Box 4 Analyse verbetermaatregelen

Ziekenhuis overstijgende verbetermaatregelen:

- ICT inrichting die klinische besluitvorming optimaal ondersteunt
- Heldere overdracht
- Antistollingsbeleid: state of the art ontwikkelen, delen van best practices
- Vindbaar maken protocollen
- Dubbelcheck invoeren
- Kennis delen
- Goede informatie naar patiënt (bij ontslag)

5 Meerwaarde en randvoorwaarden

5.1 Voor- en nadelen ziekenhuisoverstijgende analyse

Tijdens de interviews in stap 1 en de werksessies zijn meerdere voor- en nadelen van een ziekenhuisoverstijgende analyse van calamiteiten naar voren gebracht.

Voordelen

Het meest genoemde voordeel van een ziekenhuisoverstijgende analyse was dat andere ziekenhuizen kunnen profiteren van het werk dat in een ander ziekenhuis gedaan is; gemakkelijke oplossingen uit andere ziekenhuizen kunnen in het eigen huis geïmplementeerd worden (bv ICT ondersteuning) en best practices kunnen ontwikkeld worden. Ziekenhuizen kunnen zo preventief aan de slag gaan in plaats van reactief. Hiernaast werd genoemd dat toepasselijkere verbetermaatregelen bedacht kunnen worden; het voorkomt dat na iedere individuele calamiteit weer een nieuw protocol geschreven wordt. Bij het overnemen van verbetermaatregelen uit andere ziekenhuizen moet het wel gaan om algemene aanbevelingen die toepasbaar zijn of op maat gemaakt kunnen worden voor het eigen ziekenhuis. Hierbij helpt het als de verbetermaatregelen SMART zijn geformuleerd (Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdsgebonden). Tenslotte zorgt het delen van calamiteiten tussen ziekenhuizen voor transparantie naar de buitenwacht; het is een teken dat zaken niet in de doofpot worden gestopt en laat zien dat je als ziekenhuis wilt leren. Voor patiënten geeft deze openheid vertrouwen.

Het op geaggregeerd niveau analyseren van calamiteiten heeft de voorkeur boven het delen van individuele calamiteiten, omdat er trends zijn te halen uit een meta-analyse. De trends kunnen leiden tot regionale of landelijke verbetermaatregelen of kunnen richting geven aan verder onderzoek binnen een bepaald thema. Aan de hand van de geaggregeerde informatie kan ook geëvalueerd worden of de landelijke implementatie van een verbetermaatregel effect heeft gehad.

Nadelen/barrières

Een nadeel (of barrière) dat door alle geïnterviewden werd genoemd is onvoldoende anonimiteit, met name bij het delen van individuele calamiteitenrapportages. Hierbij gaat het om herleidbaarheid naar betrokken zorgverleners, patiënten, familie van patiënten en het ziekenhuis. De betrokkenen hebben recht op privacy. Voor zorgverleners dreigt het gevaar voor onvoldoende privacy met name bij specialismen die weinig voorkomen, omdat het anonimiseren van persoonsgegevens in de rapportages in dat geval geen onherleidbaarheid garandeert. Anonimiteit is belangrijk voor de betrokken zorgverleners; zij zijn vaak 'second victim' en zeer kwetsbaar. Het hele netwerk van betrokkenen heeft emoties en moet toestemming geven. Ook is er een gevaar voor negatieve media aandacht.

Er werden meerdere manieren genoemd waarop omgegaan kan worden met de vertrouwelijkheid van de informatie. Waar anonimiteit niet gegarandeerd kan worden door middel van het anonimiseren van de individuele casuïstiek, kan dit wel door het presenteren van de informatie op geaggregeerd niveau: kwantitatieve meta-analyses van meerdere calamiteiten, zonder herleidbare gegevens. Het nadeel is echter dat hierdoor het patiëntverhaal en de details niet gedeeld worden. Door één ziekenhuis werd hiernaast genoemd dat men deelnemers aan de calamiteitenbesprekingen van tevoren laat aanmelden en bij iedereen een briefje op de stoel legt met spelregels, zoals "alles blijft binnenkamers", "niet oordelen" en "open vragen stellen".

Een tweede genoemde barrière is een gebrek aan ervaren relevantie. Andere ziekenhuizen kunnen het gevoel hebben dat de situatie niet van toepassing is op het eigen ziekenhuis. Zeker als een calamiteit ergens anders is gebeurd, is de urgentie om ermee aan de slag te gaan minder groot. Bovendien zijn calamiteiten maar één bron van informatie voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Een belangrijk thema was dat ook veel te leren valt van complicaties en van die dingen die juist wel goed gaan of van best practices. Calamiteiten vormen slechts het topje van de ijsberg en dat maakt het leren beperkt. Je zou tevens in het moeras van gebeurtenissen zonder ernstige afloop moeten kijken, bijvoorbeeld door aanvullend dossieronderzoek uit te voeren bij een random steekproef van patiënten. Hieruit kun je veel andere leerpunten trekken: kleinere onregelmatigheden die mogelijk wel grote gevolgen kunnen hebben. Er werd ook voorgesteld om eerst regionaal van elkaar te leren en het niet meteen te groot te trekken. De ervaren relevantie wordt hiermee vergroot. Een andere reden is dat de cultuur nog niet klaar is voor volledige openheid. Te snelle landelijke openbaarheid kan nadelig zijn voor de meldcultuur, die nu juist zo aan het verbeteren is.

Een derde barrière is de concurrentiegevoeligheid bij het delen van informatie tussen ziekenhuizen, waardoor openheid belemmerd wordt. Ten vierde vond men het ontbreken van een uniforme oorzakenclassificatie nadelig voor het aggregeren van calamiteiten. Tenslotte werd als barrière genoemd dat de kwaliteit van de informatie en uitgevoerde analyses in de afzonderlijke calamiteitenonderzoeken soms te laag is om te kunnen gebruiken in een ziekenhuisoverstijgende analyse.

5.2 Manieren om te delen en rolverdeling

Huidige manieren om calamiteiten te delen

Uit het literatuuronderzoek, de interviews uit stap 1, de twee werksessies en de afsluitende discussiebijeenkomst met bestuurders blijkt dat er in Nederland verschillende vormen van het delen van individuele calamiteiten bestaan. Meestal vindt dit binnen ziekenhuizen plaats, maar ook wel binnen de keten en tussen ziekenhuizen. Voorbeelden van het delen van informatie uit calamiteiten op geaggregeerd niveau waarbij ziekenhuizen van elkaar leren zijn niet gevonden in de literatuur of genoemd in de interviews en werksessies.

Binnen het ziekenhuis:

Er zijn verschillende manieren waarop informatie ziekenhuis breed wordt gedeeld:

- Ziekenhuis brede onderwijsbijeenkomsten;
- Calamiteitenbesprekingen, ook met niet-betrokkenen;
- Blogs op de intranetpagina;
- Veilig Incident Melden (VIM) nieuwsbrief met anonieme calamiteiten.

Tussen ketenpartners:

Bij sommige calamiteiten deelt het ziekenhuis de informatie met ketenpartners. Ook wordt ketenonderzoek gedaan, waarbij de ketenpartners gezamenlijk de calamiteit analyseren en verbetermaatregelen opstellen. Hierbij is dan bijvoorbeeld naast het ziekenhuis ook de ambulancehulpverlening, huisarts(enpost) of thuiszorg betrokken.

Tussen ziekenhuizen:

Individuele calamiteiten worden al via verschillende wegen gedeeld tussen ziekenhuizen:

- Binnen de beroepsgroepen worden calamiteiten/incidenten/complicaties besproken op symposia of beschreven in wetenschappelijke literatuur;

- Op bestuurlijk niveau worden intervisiegroepen tussen ziekenhuizen gehouden;
- De IGJ deelt informatie over calamiteiten in het kader van toezicht. Rapporten naar aanleiding van een inspectiebezoek op basis van risicotoezicht en thematisch toezicht en diverse maatregelen van de IGJ worden actief openbaar gemaakt;
- Medische tuchtcolleges publiceren hun uitspraken op hun website;
- Fabrikanten van medicatie en apparatuur verzamelen casuïstiek waarbij hun producten betrokken zijn en delen de informatie met ziekenhuizen;
- Bepaalde specialismen, onder andere radiologen, delen informatie over calamiteiten met DHD Zorg voor data;
- De Onderzoeksraad voor Veiligheid onderzoekt grote calamiteiten in ziekenhuizen en beschrijft de bevindingen uit het onderzoek in openbare rapporten, zoals de brand in een operatiekamer in het Twenteborgziekenhuis;
- Ieder kwartaal brengt de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra een casus uit om te delen, in de vorm van een boekje en op de website;
- Moeder- en dochterziekenhuizen wisselen calamiteitenonderzoeken uit en houden gezamenlijke eindbesprekingen van calamiteitenonderzoeken;
- Er zijn ziekenhuizen die samen een netwerk hebben gevormd, bijvoorbeeld Santeon of ImProve, en binnen dit netwerk gezamenlijk thema's oppakken waarop zich veel calamiteiten voordoen.

Een best practice voor het leren van calamiteiten zowel in de keten als tussen ziekenhuizen, die werd aangedragen door een geïnterviewde, is de Perinatale Audit Nederland van alle sterftegevallen van kinderen vlak voor of na de geboorte. Het is systematisch ketenonderzoek in de 1^e, 2^e en 3^e lijn waarvan de resultaten landelijk gedeeld worden. Pas drie maanden na de gebeurtenis wordt het besproken en dat werkt goed; alle emoties zijn dan gesust en het gesprek met elkaar vindt dan in een volledig veilige situatie plaats. Regionaal worden er thematische audits uitgevoerd en er vindt ook een landelijk overstijgende analyse van oorzaken plaats. De rapportages zijn openbaar en te verkrijgen via de website.

Rolverdeling

De calamiteitenonderzoekers gaven de suggestie om bestaande structuren te gebruiken voor ziekenhuisoverstijgende analyses, zoals de IGJ, NVZ en NIAZ (Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg). Als meest voor de hand liggende partij noemen zij de IGJ, waar alle calamiteiten worden gemeld. Zij hebben een database die als basis kan dienen voor het op geaggregeerd niveau analyseren van calamiteiten. De betrokken calamiteitenonderzoekers zouden een meer actieve rol van de IGJ willen zien in het (jaarlijks) terugkoppelen van calamiteiten, oorzaken en verbetermaatregelen vanuit alle rapporten die worden aangeleverd. Het in dit onderzoek ontwikkelde analysekader zou verder ontwikkeld kunnen worden als een vast format voor het digitaal aanleveren van de calamiteiten rapportages.

De medewerkers van de IGJ en bestuurders van ziekenhuizen die we hebben gesproken geven de voorkeur aan een rol voor de ziekenhuizen zelf. Ten eerste omdat het uitvoeren van een ziekenhuisoverstijgende analyse niet past bij de rol van de IGJ als toezichthouder. Dit sluit ook aan bij de literatuur over Safety II en Just Culture, waarin wordt gesteld dat leren onverenigbaar is met sanctioneren (als onderdeel van toezicht houden). Een andere reden is dat ziekenhuizen zelf eigenaar zijn van de informatie en zo regie kunnen blijven houden over wat er met de informatie gebeurt.

6 Conclusie

De vraag of je kunt leren van een ziekenhuisoverstijgende analyse van calamiteiten werd door de deelnemers aan dit onderzoek bevestigend beantwoord, zowel vanuit het oogpunt van calamiteitenonderzoekers als van bestuurders. De overweldigende respons op de uitnodiging voor de werksessies heeft tevens laten zien dat het een relevant thema is, waar ziekenhuizen zich voor willen inzetten.

Het antwoord op de hoofdvraag van dit onderzoek *‘Welke nieuwe inzichten komen naar boven bij een ziekenhuis overstijgende analyse van calamiteiten ten opzichte van een individuele analyse?’* is dat een analyse van calamiteiten op geaggregeerd niveau onderliggende patronen laat zien in waar en hoe vaak het mis gaat. Deze patronen geven inzicht in waar de grootste risico's liggen voor de gehele sector. Dit komt bij een individuele analyse niet naar boven. Bij het voorbeeld van de calamiteiten met antistolling kwam bijvoorbeeld naar boven dat calamiteiten meer voorkwamen aan het eind van de middag/vroege avond, maar ook dat het ontwerp van het EPD een veel voorkomende oorzaak is naast menselijke factoren die te maken hebben met overdracht van informatie. Bij het delen van de verbetermaatregelen werd genoemd dat het handiger zou zijn als ziekenhuizen gezamenlijk werken aan een beter ontwerp van het EPD om de besluitvorming optimaal te kunnen ondersteunen of aan informatie die de patiënten ontvangen. Het is zonde als elk ziekenhuis dat wiel elke keer opnieuw zelf moet uitvinden. Ziekenhuizen kunnen hier van elkaar leren en op die manier calamiteiten in hun eigen ziekenhuis mogelijk voorkomen en dus preventief aan de slag gaan in plaats van reactief. Als een calamiteit in één ander ziekenhuis gebeurd is, kan het gevoel heersen dat dit binnen het eigen ziekenhuis niet gebeurt, maar als vervolgens blijkt uit een geaggregeerde analyse dat de frequentie van een bepaald type calamiteit of verbetermaatregelen veel voorkomt, geeft dit volgens de deelnemers van de verschillende bijeenkomsten juist een verhoogd gevoel van urgentie om te prioriteren en te focussen om binnen een bepaald thema gezamenlijk verbetermaatregelen op te stellen.

Het onderzoek heeft ook deels antwoord gegeven op de vraag *hoe* men kan leren van calamiteiten uit andere ziekenhuizen. Voor het vinden van patronen en oorzaken geven de deelnemers aan dat het nodig is om over gedetailleerde informatie te beschikken, maar wel in een veilige omgeving waarin anonimiteit gewaarborgd blijft. Dat kan in een vorm waarin resultaten op geaggregeerd niveau worden gepresenteerd. Vanuit de bestaande literatuur wordt aanbevolen om hierbij 20-50 calamiteiten van eenzelfde soort samen te nemen voor een betrouwbare analyse.[26,29] In individuele ziekenhuizen zal dit aantal calamiteiten niet plaatsvinden, zeker niet binnen een bepaald thema, en al helemaal niet binnen kleinere ziekenhuizen. Dit is een aanvullende reden om calamiteiten uit meerdere ziekenhuizen te bundelen. Een optie is om een register van calamiteiten op te stellen, waarbij ter inspiratie gekeken kan worden naar het National Reporting and Learning System uit Engeland en Wales.[11-13] Aanbevelingen die voortvloeien uit de ziekenhuisoverstijgende analyses zouden vervolgens via de NVZ verdere invulling en uitwerking kunnen krijgen.

De belangrijkste randvoorwaarde die genoemd is voor het open delen van calamiteiten om van elkaar te leren is anonimiteit vanwege de vertrouwelijkheid van de informatie. Dit sluit ook aan bij het gedachtegoed van 'Just culture' waarin gesteld wordt dat leren en straffen niet samen kunnen gaan. Openheid in de vorm van met elkaar delen is dus belangrijk, maar openbaarheid waarbij de anonimiteit onvoldoende gewaarborgd is kan het delen en leren juist in de weg staan. Bij het geaggregeerd presenteren van de calamiteiten in de openbaarheid wordt anonimiteit wel voldoende gewaarborgd. Andere randvoorwaarden zijn een hoge ervaren relevantie van het kunnen leren van

elkaar, goede kwaliteit van de afzonderlijke calamiteitenonderzoeken, uniforme oorzakenclassificatie en SMART geformuleerde verbetermaatregelen.

Doel van dit onderzoek was niet om te evalueren of de ziekenhuiszorg daadwerkelijk verbetert door het ziekenhuisoverstijgend delen en analyseren van calamiteiten. Daar is nog vervolgonderzoek voor nodig.

Tenslotte, het leren van calamiteiten is slechts één manier om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. De deelnemers aan de verschillende gesprekken gaven aan dat binnen het nieuwe denken over veiligheid ook geleerd kan worden van wat goed gaat in de dagelijkse praktijk. Voorbeelden zijn het delen van 'best practices'. Hoewel Safety II ook in de literatuur steeds vaker genoemd wordt, is er meer exploratief onderzoek nodig naar manieren waarop dit precies vormgegeven kan worden en in hoeverre dit soort leren echt bijdraagt aan betere zorg.

De bevindingen van dit onderzoek bieden perspectief voor de NVZ om het ziekenhuisoverstijgend analyseren van calamiteiten verder uit te werken en te evalueren. Aanbevelingen richting NVZ op basis van dit onderzoek zijn als volgt:

1. Exploreer de wenselijk en mogelijkheden voor een platform waarin calamiteiten op eenduidige wijze worden verzameld. Als voorbeeld kan gekeken worden naar het National Reporting and Learning System uit Engeland en Wales. Een dergelijk platform kan systematisch worden ingezet om alle calamiteiten te verzamelen en te analyseren. In aansluiting hierop kunnen ziekenhuizen, zorgprofessionals en patiënten onderwerpen te kiezen voor een thematische analyse. Dit sluit aan bij aanbevelingen van de recent verschenen Monitor zorggerelateerde schade 2015/2016 [14], waarin wordt aanbevolen dat medisch specialisten en verpleegkundigen het voortouw kunnen nemen om in multidisciplinaire werkgroepen medisch inhoudelijk invulling te geven aan de gesignaleerde klinische thema's om op ziekenhuisoverstijgend niveau van elkaar te leren.
2. Voor het leren van calamiteiten op geaggregeerd niveau is een vorm van standaardisatie van het rapporteren van calamiteiten gewenst. Overwogen kan worden om samen met de IGJ en de ziekenhuizen te kijken naar een meer gestandaardiseerde methodiek van rapportage, die ook kan bijdragen aan het verminderen van de administratieve regeldruk. Het kader dat gedurende dit onderzoek samen met de calamiteiten onderzoekers is ontwikkeld kan daarvoor een eerste basis zijn. Ondanks de verschillen in calamiteiten onderzoek (SIRE, PRISMA, TRIPOD) was dit kader goed in te vullen voor alle betrokken calamiteiten onderzoekers, maar in de huidige vorm wel een dubbele invoer van de rapportage.
3. Indien een platform voor het delen van calamiteiten wenselijk is, gaat een volgende vraag over de analyse en de rapportage ervan op geaggregeerd niveau. Aanbevolen wordt om dit door een onafhankelijke partij te laten doen, maar wel in samenwerking met de ziekenhuizen die calamiteiten hebben aangeleverd.
4. De NVZ zou het ziekenhuisoverstijgend analyseren van calamiteiten kunnen stimuleren door hierin bestaande overlegstructuren op systematische wijze aandacht te besteden en ook bij de netwerken die nu ontstaan van samenwerkende ziekenhuizen te evalueren in hoeverre deze vormen van ziekenhuisoverstijgend analyseren van calamiteiten ook daadwerkelijk de zorg verbeteren ten opzichte van ziekenhuizen die dat niet doen.
5. Naast ziekenhuisoverstijgend analyseren, kan ook in de keten geleerd worden van het gezamenlijk analyseren van calamiteiten. Ziekenhuiszorg maakt steeds vaker onderdeel uit van een keten. Het is daarom aan te bevelen om ook daar naar goede voorbeelden te kijken, zoals de in eerder in het rapport genoemde 'Perinatale Audit Nederland'. Dit is een

mooi voorbeeld waarin in veiligheid en openheid sterfgevallen landelijk gedeeld worden, die vervolgens openbaar op geaggregeerd niveau gerapporteerd worden.

6. Als laatste aanbeveling is meer inzicht nodig over Safety II. Leren van wat goed gaat. Het lijkt een mooie gedachte, die ook goed aansluit bij leertheorieën. Tegelijkertijd is nog niet duidelijk hoe dit echt plaats kan vinden en in hoeverre het de ziekenhuiszorg verbetert.

Referenties

1. Inspectie voor de Gezondheidszorg. *In openheid leren van meldingen*. Utrecht: IGZ; 2018.
2. Inspectie voor de Gezondheidszorg. *Richtlijn calamiteitenrapportage*. Utrecht: IGZ; 2016.
3. Kamerbrief Wijziging van de Gezondheidswet en de Wet op de jeugdzorg teneinde een mogelijkheid op te nemen tot openbaarmaking van informatie over de naleving en uitvoering van regelgeving, besluiten tot het opleggen van sancties daarbij inbegrepen. Den Haag: VWS; 2016.
4. Inspectie voor de Gezondheidszorg. *In openheid leren van meldingen*. Utrecht: IGZ; 2016.
5. NVZ Effect magazine. *Calamiteiten*. p. 12.; 2017.
6. Samenwerkend Toezicht Jeugd, *Leren van calamiteiten*, Utrecht: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2013.
7. Samenwerkend Toezicht Jeugd/Toezicht Sociaal Domein (STJ/TSD). *Leren van calamiteiten 2: veiligheid van kinderen in kwetsbare gezinnen*. Utrecht: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2016.
8. Kleinsman, A.K., Kaptein, N. *Veiligheid in de GGZ: leren van incidenten en calamiteiten*. Leusden: Diagnosis Uitgevers; 2017.
9. Leistikow, I. *Voorkomen is beter: leren van calamiteiten in de zorg*. Leusden: Diagnosis Uitgevers; 2014.
10. Smits, M., Rutten, M., Giesen, P. *Calamiteiten op de huisartsenpost: analyse meldingen jaar 2012*. Nijmegen: IQ healthcare, Radboudumc; 2016.
11. Panesar, S., Carson-Stevens, A., Salvilla, S., Patel, B., Mirza, S., Mann, B. *Patient safety in orthopedic surgery: prioritizing key areas of iatrogenic harm through an analysis of 48,095 incidents reported to a national database of errors*. Drug, healthcare and patient safety 2013; 5: 57-65.
12. Phipps, D.L., Tam, W.V., Ashcroft, D.M. *Integrating Data From the UK National Reporting and Learning System With Work Domain Analysis to Understand Patient Safety Incidents in Community Pharmacy*. J Patient Saf 2017; 13: 6-13.
13. Cousins, D.H., Gerrett, D., Warner, B. *A review of medication incidents reported to the National Reporting and Learning System in England and Wales over 6 years (2005-2010)*. Br J Clin Pharmacol 2012;74:597-604.
14. Langelaan, M., Broekens, M., de Bruijne, M., de Groot J., Moesker, M., Porte, P., Schutijser, B., Singotani, R., Smits, M., Zwaan, L., Asscheman, H., Wagner, C. *Monitor Zorggerelateerde Schade 2015/2016: dossieronderzoek bij overleden patiënten in Nederlandse ziekenhuizen*. Utrecht/Amsterdam: NIVEL/EMGO; 2017.
15. De Vries, E.N., Ramrattan, M.A., Smorenburg, S.M., Gouma, D.J., Boormeester, M.A. *The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review*. Qual Saf Health Care 2008;216-223.
16. Vlayen A, Verelst S, Bekkering GE, Schrooten W, Hellings J, Claes N. *Incidence and preventability of adverse events requiring intensive care admission: a systematic review*. J Eval Clin Pract 2012;18:485-497.
17. European Commission, Patient Safety and Quality of Care working group. Key findings and recommendations on Reporting and learning systems for patient safety incidents across Europe; 2014. http://ec.europa.eu/health/patient_safety/policy/index_en.htm
18. Colla, J.B., Bracken, A.C., Kinney, L.M., Weeks, W.B. *Measuring patient safety climate: a review of surveys*. Qual Saf Health Care. 2005;14:364-6.
19. Jackson, J., Sarac, C., Flin, R. *Hospital safety climate surveys: measurement issues*. Curr Opin Crit Care. 2010 16:632-638.

20. Dekker, S.W.A. *Just Culture, Balancing Safety and Accountability*. Farnham (UK) Ashgate Publishers; 2012.
21. Marx, D. *Whack a Mole: the price we pay for expecting perfection*. Texas (USA): By Your Side Studio's; 2009.
22. Heuver, G., Heijboer, L., Schilp, J., Wagner, C. 'Just Culture': inzicht in calamiteitenbeleid in Nederlandse zorginstellingen. *KiZ, Tijdschrift over Kwaliteit en Veiligheid in Zorg* 2015;25:24-7.
23. De Vos, M., den Dijker, L., Hamming, J. Hoe we beter en veilig kunnen leren van calamiteiten: vertaling van 'Just Culture' en "Safety-II" naar de klinische praktijk. *Ned Tijdschr Geneesk* 2017; 161:D1090.
24. Van der Schaaf, T.W., Habraken, M.M.P. *PRISMA methode medische versie: een korte omschrijving*. Eindhoven: Technische Universiteit Eindhoven; 2005.
25. Habraken, M.M.P., van der Schaaf, T.W., van Beusekom, B.R., Huygelen, C. Beter analyseren van incidenten: PRISMA-methode biedt de inspectie meer inzicht in medische missers. *Medisch Contact* 2005; 60: 940-943.
26. Smits, M., Groenewegen, P.P., Timmermans, D.R.M., Wal, G. van der, Wagner, C.. *The nature and causes of unintended events reported at ten emergency departments*. *BMC Emergency Medicine* 2009; 9: 16.
27. Leistikow, I.P., Blijham, G.H. *Nieuw licht op incidenten: een methode voor risico-analyse in de patiëntenzorg*. *Medisch Contact* 2004; 16 juni.
28. Tan, H.S., Godfried, M.H., Goes, I., Köhlen, M.L.T.B.M. *Elk incident heeft een context: Tripod Beta-analyse richt zich op hele organisatie*. *Medisch Contact* 2010; 65: 2290-2291.
29. Safety Solutions Consultants. *Incidenten Analyse: inclusief gebruik Tripod Methode*. Apeldoorn: SSC.

Bijlage A Topic list interviews

Achtergrondinformatie

De resultaten van calamiteitenanalyses worden tot nu toe intern en met de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd gedeeld en gebruikt om vooral intern van de individuele calamiteit te leren. Het delen van de analyses met andere ziekenhuizen is nog niet gebruikelijk en het is daarom niet duidelijk of dit een meerwaarde kan hebben. De verwachting is dat door het delen van calamiteiten met andere ziekenhuizen mogelijke patronen worden herkend in het ontstaan van calamiteiten waar alle ziekenhuizen van kunnen leren. Dit kan andere ziekenhuizen helpen met het opstellen van verbeterplannen, nog voordat een calamiteit heeft plaatsgevonden. De NVZ heeft het Nivel gevraagd om een antwoord te geven op de vraag of en wat de toegevoegde waarde is van een ziekenhuisoverstijgende analyse van calamiteiten ten opzichte van een individuele analyse.

Algemene topic list

- Wat is uw ervaring/rol op het gebied van calamiteitenanalyses?
- Op welk niveau heeft het leren van calamiteiten de grootste meerwaarde? (binnen de afdeling, ziekenhuisbreed, sectorbreed/ziekenhuisoverstijgend)
- Als u door uw oogharen naar calamiteiten rapportages kijkt, komen er dan gemeenschappelijke zaken naar boven?
- Wat zijn de voordelen van ziekenhuisoverstijgend leren van calamiteiten?
- Wat zijn barrières voor ziekenhuisoverstijgend leren van calamiteiten?
 - Hoe om te gaan met vertrouwelijkheid/anonimiteit?
- Hoe kan een analysekader eruit zien voor ziekenhuisoverstijgend leren van calamiteiten?
 - Welke elementen zijn hierin essentieel? (bv type calamiteit, oorzaken, verbetermaatregelen)
 - Op welk niveau van detail moeten de elementen worden beschreven (bv type oorzaak of beschrijving oorzaak)?
- Zijn er al goede voorbeelden van het delen van calamiteiten om van elkaar te leren?

Extra vragen onderzoeker NFU:

- Hoe heeft u het onderzoek in de UMC's aangepakt?
- Wat was de toegevoegde waarde van de ziekenhuisoverstijgende analyse?

Vragen interview IGJ

- Hoe zal de IGJ de openbaarheid van calamiteiten vormgeven?
- Wat wordt op dit moment op geaggregeerd niveau met de calamiteitenrapporten gedaan? (naast jaarrapport)
- Hoe wordt bepaald op waarover thematisch toezicht wordt gehouden?
- Worden er ook best practices verzameld?
- Welke rol kan de IGJ hebben bij ziekenhuisoverstijgend leren van calamiteiten, op geaggregeerd niveau?
- Welke analysemethode (PRISMA, SIRE, Tripod) heeft de voorkeur bij ziekenhuisoverstijgend leren van basisoorzaken van calamiteiten?

Bijlage B Presentaties bijeenkomsten

Werkssessie 1

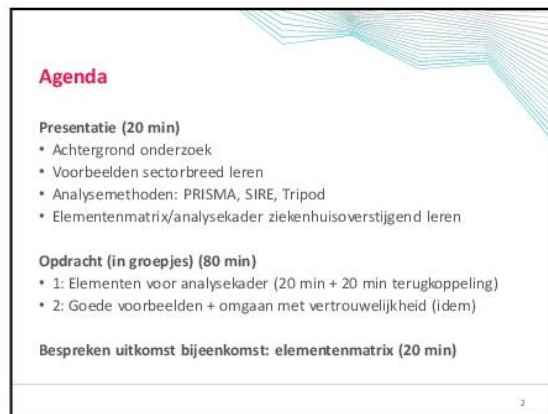


Kunnen we leren van calamiteiten in de ziekenhuiszorg?

Eerste bijeenkomst
16-1-2018

NIVEL
Nederlandsche
Vereniging van
Ziekenhuizen

NVZ
Nederlandsche
Vereniging van
Ziekenhuizen



Agenda

Presentatie (20 min)

- Achtergrond onderzoek
- Voorbeelden sectorbreed leren
- Analysemethoden: PRISMA, SIRE, Tripod
- Elementenmatrix/analysekader ziekenhuisoverstijgend leren

Opdracht (in groepjes) (80 min)

- 1: Elementen voor analysekader (20 min + 20 min terugkoppeling)
- 2: Goede voorbeelden + omgaan met vertrouwelijkheid (idem)

Bespreken uitkomst bijeenkomst: elementenmatrix (20 min)

2



Achtergrond

- Jaarlijks circa 900 calamiteiten gemeld
- Resultaten calamiteitenanalyse: intern + IGJ
- Delen van analyses met andere ziekenhuizen nog niet gebruikelijk
- Meerwaarde?
 - patronen herkennen in ontstaan calamiteiten
 - andere ziekenhuizen helpen met verbeteren zorg (vóór calamiteit)
- Europese Commissie pleit voor sectorbreed leren van calamiteiten

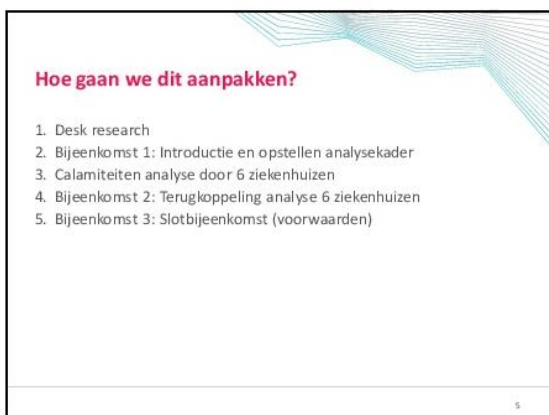
3



Opdracht NVZ → NIVEL

- Antwoord geven op de vraag "of en wat de toegevoegde waarde is van een ziekenhuis overstijgende analyse van calamiteiten ten opzichte van een individuele analyse".

4



Hoe gaan we dit aanpakken?

1. Desk research
2. Bijeenkomst 1: Introductie en opstellen analysekader
3. Calamiteiten analyse door 6 ziekenhuizen
4. Bijeenkomst 2: Terugkoppeling analyse 6 ziekenhuizen
5. Bijeenkomst 3: Slotbijeenkomst (voorwaarden)

5



Individueel

Afdelingsbreed

Ziekenhuisbreed

Sectorbreed

6



Desk research

- Veel over leren van calamiteiten binnen ziekenhuizen
- Ziekenhuisoverstijgend leren:
 - National Reporting and Learning System Engeland en Wales (chirurgische incidenten: specialismen, schade, type fouten)
 - Geen literatuur Nederland
- Wel voorbeelden uit andere zorgsectoren:
 1. Samenwerkend Toezicht Jeugd: IGZ, Onderwijs, Jeugdzorg, V&J, SZ&W
 2. GGZ
 3. Huisartsenposten

Voorbeeld Samenwerkend Toezicht Jeugd (STJ)

- Twee rapporten:
 - 2013: 8 calamiteiten
 - 2016: 11 calamiteiten
- Doel:
 - Lessen uit calamiteitenonderzoeken delen met bestuurders en professionals van gemeenten en organisaties.
 - Gezamenlijk reflecteren en leren
- Conclusie: "hoewel elke casus verschillend is, zijn er duidelijke patronen te herkennen en algemeen geldende verbeterpunten te benoemen"

Voorbeeld GGZ

- Boek (2017)
- 11 incidenten/calamiteiten
- Doel: "Door de casus en leerpunten te delen in dit boek kunnen andere organisaties er ook van leren"
- Conclusie: "Er is onderlinge samenhang tussen de calamiteiten"

Voorbeeld Huisartsenpost (HAP)

- Kwantitatief dossieronderzoek
- Alle calamiteiten HAP gemeld bij IGZ
- 240 calamiteiten uit 2012
- Doel: inzicht krijgen in:
 - Terreinen waarop zich calamiteiten voordoen
 - Basisoorzaken
 - Maatregelen HAP en IGZ
 - Nevenproduct: classificeringssysteem voor IGZ
- Methode: artsen scoorden documenten mbv meetinstrument

Meetinstrument

Items	
Patiëntkenmerken	Bv Leeftijd, geslacht, diagnose
Contactkenmerken	Bv type contact (telefonisch consult, consult, visite), tijdstip, urgentie, eerdere contacten, betrokken (typen) hulpverleners
Type calamiteit	Bv valincidenten, medisch inhoudelijk, communicatie/samenwerking, organisatie, materiaal
Risicofactoren	Bv taalbarrière, HAP contact gerelateerd aan ziekenhuisgreep, psychiatrische problematiek
Gevolgen	Delay, extra verrichting, opname ziekenhuis, tijdelijke fysieke schade, blijvende fysieke schade, emotionele schade, overlijden
Basisoorzaken	Technisch, Organisatorisch, Menselijk, Patientgerelateerd, Overig (+subcategorieën)
Verbetermaatregelen	Door HAP en IGZ

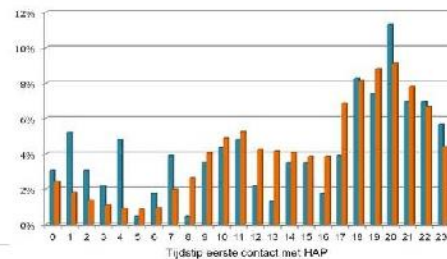
Resultaten: Diagnose

- 60% betrof 6 diagnosen:
 - 30% myocardinfarct
 - 8% beroerte
 - 8% geruptureerd aneurysma
 - 8% sepsis
 - 3% longembolie
 - 3% meningitis

13

Resultaten: Tijdstip

Nachtelijke uren verhoudingsgewijs veel calamiteiten



14

Resultaten: Oorzaken

- 57% menselijk
- 31% organisatorisch
- 8% patientgerelateerd
- 3% technisch

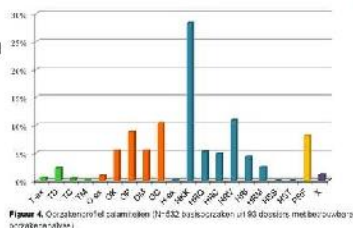


Figure 4. Oorzaken van calamiteiten (n=532) bij de HAP van 1998 tot 2008, met beschouwing op oorzaak en analyse

15

Resultaten: Beschrijving oorzaken

Voorbeelden mbt Organisatorisch-Protocolen:

- "Er zijn geen duidelijke richtlijnen hoe een superviserend arts moet handelen als een patiënt met een hoge urgentie niet telefonisch bereikbaar is"
- "Protocol schedeltrauma is niet opgenomen in het protocollenboekje"
- "Arts lag te slapen, geen duidelijke afspraak over verdeling van werk in nachtdienst"
- "Ontbrekende werkafspraken voor overdracht weglappende patiënten"

16

Resultaten: Verbetermaatregelen

Voorbeelden mbt protocollen

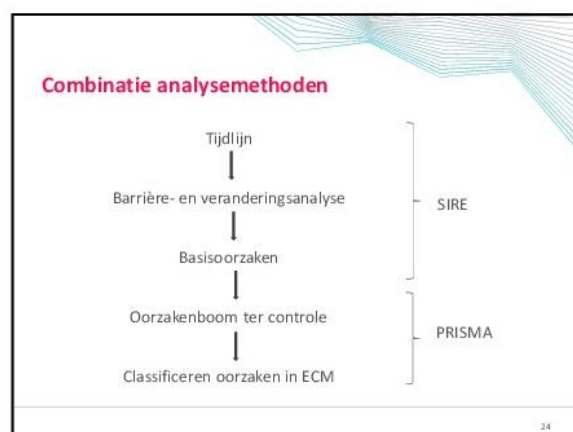
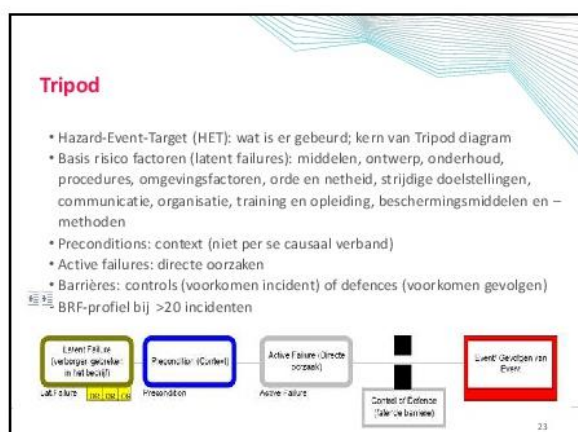
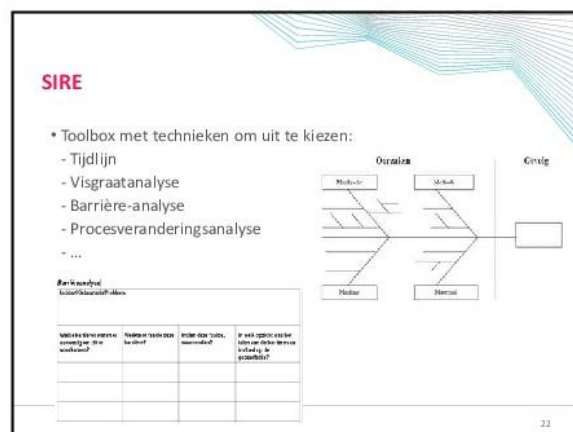
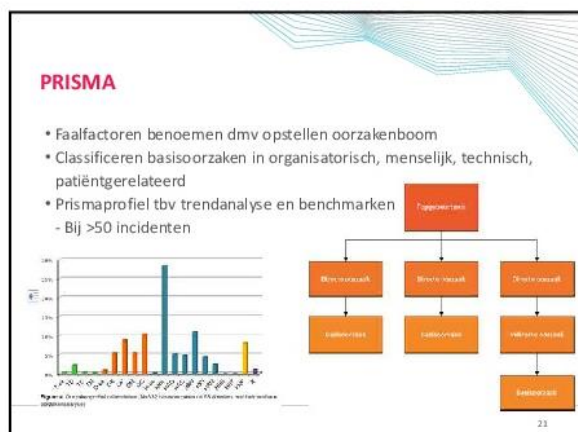
- Wijze van overleg triagist-regiearts opnemen in procedure intake en triage (3x)
- Vastleggen in procedure Triage dat verlagen van de urgentie moet worden overlegd met regiearts (2x)
- Toevoeging protocol Aanmelding en triage: 2e contact werkt urgentieverhogend (2x)
- Overdragen van weglappende patiënt naar 1e lijn: ontwikkeling werkafspraken (2x)

17

Aanbevelingen

- Verbetering diagnostisch handelen 6 aandoeningen:
 - specifieke scholing
 - aanvullende diagnostische testmogelijkheden
 - Aandacht voor risicogroepen:
 - patiënten in de nacht
 - patiënten met uitsluitend telefonisch contact
 - patiënten die >1x contact opnemen
 - Inzet van een van andere taken vrijgestelde, goed getrainde telefoonarts
- maar ook:
- Calamiteitenbesprekingen op de HAP
 - Stimuleren kwaliteit en kwantiteit van calamiteitenmeldingen

18



Analysekader/ Elementen- matrix

DOEL




Doel bijeenkomst

- Hoe kan een analysekader eruit zien voor het sectorbreed leren van calamiteiten in ziekenhuizen?
- Elementen bepalen waarvan jullie denken die relevant zijn om van elkaar te leren

26

Elementen huisartsenpost

Items	
Patëntenmerken	Bv Leeftijd, geslacht, diagnose
Contactmerken	Bv type contact (telefonisch consult, consult, visite), tijdstip, urgentie, eerdere contacten, betrokken (typen) hulpverleners
Type calamiteit	Bv valincidenten, medisch inhoudelijk, communicatie/samenwerking, organisatie, materiaal
Risicofactoren	Bv taalbarrière, HAP contact gerelateerd aan ziekenhuisgriep, psychiatrische problematiek
Gevolgen	Delay, extra verrichting, opname ziekenhuis, tijdelijke fysieke schade, blijvende fysieke schade, emotionele schade, overlijden
Basisoorzaken	Technisch, Organisatorisch, Menselijk, Patientgerelateerd, Overig (+subcategorieën)
Verbetermaatregelen	Door HAP en IGZ

27

Elementenmatrix

- Invullen per calamiteit ahv calamiteitendossier

- Elementen bv:
 - Type calamiteit
 - Afdeling
 - Diagnose
 - Tijdstip
 - Oorzaken
 - Verbetermaatregelen

→ Elementen + mate van detail samen bepalen!

	Zkh 1		Zkh 2		Zkh 3	
	Cal 1	Cal 2	Cal 1	Cal 1	Cal 2	Cal 3
Element 1						
Element 2						
Element 3						

28

Opdracht 1

- Welke **elementen** essentieel om van elkaar te leren?
- Op welk niveau van detail moeten de elementen worden beschreven (bv type oorzaak of beschrijving oorzaak)?
- Zijn deze voor alle typen calamiteiten toepasbaar?
- Zet de elementen op losse geeltjes

29

Opdracht 2

- Zijn er al **goede voorbeelden** van het delen van calamiteiten?
- Hoe om te gaan met **vertrouwelijkheid**?

30

Kennis voor betere zorg

Janke de Groot, programmeur
 Maaïke Langelaan, senior onderzoeker
 Marleen Smits, post doc onderzoeker

j.degroot@nivel.nl
 m.langelaan@nivel.nl
 m.smits@nivel.nl




Werksessie 2

Kunnen we leren van calamiteiten in de ziekenhuiszorg?

Tweede bijeenkomst
6-2-2018

 **NIVEL**
Kennis voor betere zorg

 **IVZ**
Nederlandse
Vereniging van
Ziekenhuizen

Agenda

Presentatie eerste analyse + discussie (30 min)

Opdracht (40 min)

- Groep 1: basisoorzaken (40 min)
- Groep 2: verbetermaatregelen (40 min)

Bespreken resultaten opdracht (40 min)

- Basisoorzaken (20 min) + verbetermaatregelen (20 min)

Discussie (30 min)

- Beantwoorden van de vraag: "of en wat we kunnen leren van ziekenhuisoverstijgende analyse?"

2

Eerste analyse

16 calamiteiten: 10 antistolling, 6 overige medicatie

- Leeftijd
- Geslacht
- ADL
- Comorbiditeit
- Medicatie
- Diagnose
- Tijdstip
- Type
- Topgebeurtenis
- Verloop

3

Leeftijd, geslacht en ADL

Leeftijd

- Antistolling: leeftijd rond 70-80 jaar; overige medicatie: leeftijd meer gevarieerd.
- Vraag: in deze leeftijdsgroep meer antistolling voorgeschreven dan bij andere leeftijdsgroepen of is deze leeftijd een risicofactor?

Geslacht

- Antistolling: 6/10 vrouw; overige medicatie: 4/6 vrouw.

ADL

- Antistolling: bijna alle pt zelfstandig; overige medicatie: ADL vaak niet bekend

4

Comorbiditeit, diagnose en medicatie

Comorbiditeit

- Bijna allemaal comorbiditeit
- Veel cardiovasculair; 3 vd 16 patiënten diabetes

Diagnose

- Veel cardiovasculaire aandoeningen
- Vraag: is cardiovasculaire problematiek reden om antistolling te geven of is dit een risicofactor?

Medicatie

- Veel diuretica, antibiotica, β -blokkers, vit K antagonist, antistolling
- Vraag: Hier geïnterpreteerd als thuismedicatie of ook tijdens opname?

5

Tijdstip en type calamiteit

Tijdstip

Veelal middag of vroege avond.

Type

Medicatie, soms uitgesplitst in -overdracht, -verificatie of -voorschrijven.

6

Topgebeurtenis en verloop

- Vaak mbt voorschrijven:

Antistolling

- Verkeerde dosering: te hoog 2x
- Verkeerde dosering: te laag 2x
- Onterecht geen antistolling 4x

Overige medicatie

- Verkeerde dosering: te hoog 5x
- Verkeerde toedieningswijze 1x
- Interactie medicatie 1x

7

Topgebeurtenis en verloop

- Vaak mbt overdracht:

- binnen ziekenhuis, tussen ziekenhuizen of bij overgang zkh-thuis

- Vaak mbt overbruggingsbeleid rondom operatie:

- stoppen/starten van antistolling

8

Opdracht

Groep 1: Basisoorzaken

- Zijn er patronen in de oorzaken te ontdekken?

Groep 2: Verbetermaatregelen

- Zijn de verbetermaatregelen bruikbaar voor het eigen ziekenhuis?
- Hebben de verbetermaatregelen (van het eigen ziekenhuis) gewerkt?

Groep 1 + 2:

- Welke individuele casus is het meest leerzaam en waarom?

9

Kennis voor betere zorg

Janke de Groot, programmeur
Maaïke Langelaan, senior onderzoeker
Marleen Smits, post doc onderzoeker

j.degroot@nivel.nl
m.langelaan@nivel.nl
m.smits@nivel.nl



Bijeenkomst NVZ Begeleidingscommissie Calamiteiten

**Ziekenhuis
overstijgend leren
van calamiteiten**

Discussiebijeenkomst
NVZ Begeleidingscommissie
Calamiteiten
14-3-2018

 **NIVEL**
Kennis voor betere zorg

 **NVZ**
Nederlandse
Vereniging van
Ziekenhuizen

Komende 45 minuten

- Presentatie onderzoek in opdracht van NVZ
- Discussie:
 - Voorbeelden van ziekenhuisoverstijgend leren?
 - Meerwaarde van ziekenhuisoverstijgend leren?
 - Hoe kan ziekenhuisoverstijgend leren plaatsvinden?
 - Voorwaarden voor ziekenhuisoverstijgend leren?
 -

2

**Voorbeelden waarin u van een calamiteit uit een
ander ziekenhuis iets geleerd heeft?**

"Learn from the mistakes of
others. You don't have time
to make them all yourself."
- Unknown

3

Context vraagstelling

- Jaarlijks circa 1300 calamiteiten gemeld
- Europese Commissie pleit voor sectorbreed leren
- IGJ heeft nieuw openbaarheidsbeleid
- Resultaten calamiteitenanalyse: intern + IGJ
- Delen met andere ziekenhuizen nog niet gebruikelijk
- Mogelijke meerwaarde:
 - patronen herkennen in ontstaan calamiteiten
 - andere ziekenhuizen helpen met verbeteren zorg (voordat calamiteit optreedt)

4

De vraag van de NVZ

"Of en wat de toegevoegde waarde is van een ziekenhuis
overstijgende analyse van calamiteiten ten opzichte van een
individuele analyse"

 **NVZ**
Nederlandse
Vereniging van
Ziekenhuizen

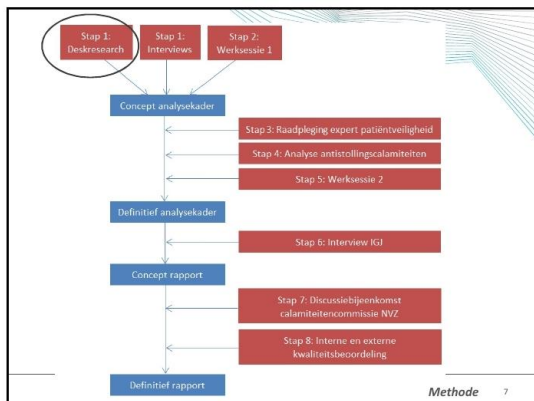
5

Hoe hebben we het onderzoek aangepakt?

1. Desk research en interviews
2. Bijeenkomst 1: Introductie en opstellen analysekader
3. Calamiteiten analyse door 6
4. Bijeenkomst 2: Bespreking ziekenhuisoverstijgende analyse
5. **Bijeenkomst 3: Slotbijeenkomst (vanuit bestuurlijk niveau)**



Methode 6



Ontwikkelingen leren van calamiteiten

• Just culture:

- openheid en bespreekbaar maken van fouten
- duidelijke grens tussen acceptabel en onacceptabel gedrag
- geen schuldvraag stellen
- coachen i.p.v. straffen



• Safety 2:

- aandacht voor alledaagse proces wat maakt dat het meestal wel goed gaat (ook n.a.v. een calamiteit; andere manier vragen stellen)

• Spanning met ambities VWS en IGI:

- mogelijkheid ingrijpen en sanctioneren vergroten
- nieuwe wet m.b.t. openbaarheid calamiteiten per 1 januari 2018 meldingsbereidheid ↓?

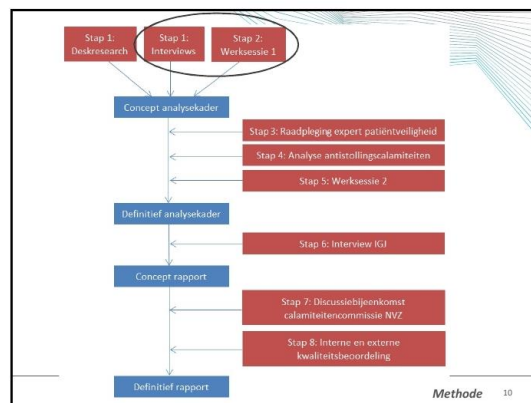
Desk research 8

Voorbeelden sectorbreed leren

- Samenwerkend Toezicht Jeugd
- GGZ
- Huisartsenpost
- National reporting and learning system (NLRs) in UK:
 - Verzamelen, analyseren en leren van incidenten
 - >4 miljoen incidenten gemeld sinds 2003
 - 75 invulvelden
 - Ziekenhuisoverstijgende analyses van subgroepen



Desk research 9



Interviews en werksessie 1

Interviews:

- medisch specialist patiëntveiligheid;
- expert kwaliteitsadviseur;
- onderzoeker betrokken bij NFU onderzoek naar leren van calamiteiten in de universitaire medische centra.

Werksessie 1:

- 23 calamiteitenonderzoekers uit 21 ziekenhuizen

Interviews + 1^e werksessie 11

Voordelen



- Profiteren van werk van ander ziekenhuis:
 - bv gemakkelijke ICT oplossingen implementeren
- Preventief ipv reactief handelen
- Toepasselijke verbetermaatregelen
- Transparantie naar de buitenwacht → vertrouwen
- Voordelen bij aggregeren:
 - Trends halen uit meta-analyse
 - Regionale/landelijke verbetermaatregelen
 - Richting geven aan verder onderzoek
 - Evaluatie implementatie verbetermaatregelen

Interviews + 1^e werksessie 12

Voordelen van ziekenhuisoverstijgende analyse van calamiteiten?

13

Knelpunten

- Vertrouwelijkheid:
 - Herleidbaarheid naar zorgverleners, patienten en ziekenhuizen
 - Anonimiseren lukt soms niet vanwege specifieke kenmerken
 - Negatieve media aandacht
 - → Geen probleem bij aggregeren (meta-analyse)
- Gebrek aan ervaren relevantie:
 - "Dit gebeurt bij ons niet"
 - Calamiteiten zijn maar 1 bron van informatie: ook leren van wat goed gaat
- Concurrentiegevoeligheid
- Geen uniforme oorzakenclassificatie
- Varierende kwaliteit afzonderlijke calamiteitenonderzoeken

Interviews + 1^e werksessie 14

Knelpunten van ziekenhuisoverstijgende analyse van calamiteiten?

15

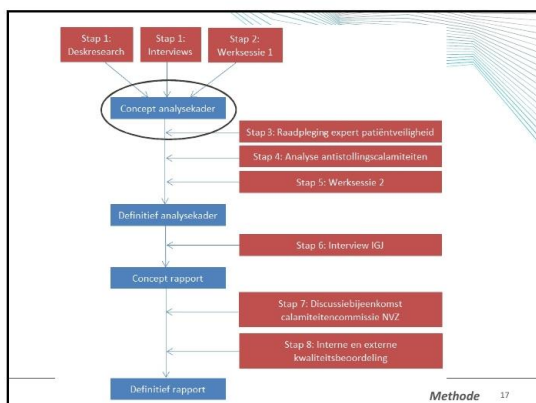
Bestaande niveaus/manieren om te delen

- Binnen ziekenhuis:
 - Onderwijsbijeenkomsten
 - Calamiteitenbesprekingen
 - Intranet
- Tussen ketenpartners: uitwisselen of gezamenlijk analyseren
- Tussen ziekenhuizen:
 - Symposia
 - Boeken/rapporten/vakbladen/folders
 - IGJ
 - Tuchtzaken
 - Fabrikanten

Leren van dingen die misgaan in de zorg

→ Vaak op individueel niveau

Interviews + 1^e werksessie 16



Opdracht werksessie 1

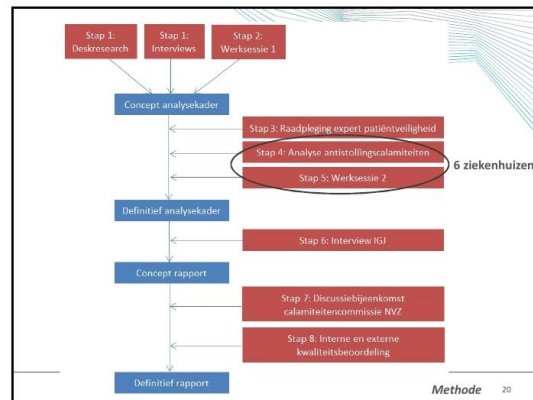
- Welke elementen essentieel om van elkaar te leren?
- Op welk niveau van detail moeten de elementen worden beschreven (bv type oorzaak of beschrijving oorzaak)?
- Zijn deze voor alle typen calamiteiten toepasbaar?

1^e werksessie 18

Elementen analysekader

- Patiëntkenmerken:
 - leeftijd, geslacht, diagnose, medicatie
- Kenmerken calamiteit:
 - type, tijdstip, topgebeurtenis, verloop
- Contextfactoren:
 - afdeling, betrokken zorgverleners, ketenzorg
- Basisoorzaken:
 - PRISMA- en Tripod categorieën en falende barrières (SIRE)
- Verbetermaatregelen

1^e werksessie 19



Methode 20

Analyse antistollingscalamiteiten

Vraag: invullen analysekader voor 3-5 calamiteiten op het gebied van antistolling (n=10) of medicatie (n=6) per ziekenhuis als uitgangspunt voor overstijgende analyse



2^e werksessie 21

Opdracht werksessie 2

Nivel: Patiëntkenmerken, kenmerken calamiteit, context

- Zijn er patronen te ontdekken?

Groep 1: Basisoorzaken

- Zijn er patronen in de oorzaken te ontdekken?

Groep 2: Verbetermaatregelen

- Zijn er patronen in de verbetermaatregelen te ontdekken?
- Zijn de verbetermaatregelen bruikbaar voor het eigen ziekenhuis?
- Hebben de verbetermaatregelen (van het eigen ziekenhuis) gewerkt?

2^e werksessie 22

Analyse patiënt, calamiteit en context

- Vaak oudere patienten met meerdere aandoeningen, vrouw>man
- Tijdstip: einde middag-vroege avond
- Verloop: voorschrijven, overdracht en overbruggingsbeleid

2^e werksessie 23

Analyse oorzaken

- Ontwerp EPD
- Werkdruk
- Geen protocollen hoofdbehandelaarschap, verantwoordelijkheden en verificatie
- Informatie naar patient onvoldoende
- Veel menselijke oorzaken (redeneren)
- Vaak opeenstapeling van zaken die misgaan

24

Komende 15 minuten

- Discussie vanuit bestuurlijk oogpunt:
 - Meerwaarde van ziekenhuisoverstijgend leren?
 - Hoe kan ziekenhuisoverstijgend leren plaatsvinden?
 - Taak en verantwoordelijkheid (individuele) ziekenhuizen?
 - Voorwaarden voor ziekenhuisoverstijgend leren?
-

31

Kennis voor
betere zorg

Janke de Groot, programmaleider
Maaïke Langelaan, senior onderzoeker
Marleen Smits, post doc onderzoeker

j.degroot@nivel.nl
m.langelaan@nivel.nl
m.smits@nivel.nl

