

# Mogelijke calamiteit? Santeon leert en verbetert!

Jaarpublicatie calamiteitenonderzoek  
in de Santeon ziekenhuizen 2021



Santeon is een samenwerking van zeven topklinische ziekenhuizen. Samen zetten we ons in voor betere zorg in onze ziekenhuizen en in heel Nederland. Dat doen we door bij elkaar in de keuken te kijken, van elkaar te leren en continu te verbeteren.



Santeon Utrecht, [www.santeon.nl](http://www.santeon.nl)

Canisius Wilhelmina Ziekenhuis Nijmegen • Catharina Ziekenhuis Eindhoven  
Maasstad Ziekenhuis Rotterdam • Martini Ziekenhuis Groningen  
Medisch Spectrum Twente Enschede • OLVG Amsterdam  
St. Antonius Ziekenhuis Utrecht/Nieuwegein

# Inhoud

5	Inleiding
7	Praktijkvoorbeeld casus 1. Verwisseling pompstanden
9	Wat hebben we geleerd in 2021?
15	Verbetermaatregelen
16	Praktijkvoorbeeld casus 2. Medicatieverwisseling
18	Waarschuwingen
19	Wat pakken we in 2022 op?
21	Praktijkvoorbeeld casus 3. Baby overlijdt na bevalling
22	Calamiteitenonderzoek 2021 in cijfers
24	Praktijkvoorbeeld casus 4. IC-opname na medicatieverwisseling
27	Bijlage 1: Calamiteit en calamiteitenonderzoek
31	Bijlage 2: Samenwerking binnen Santeon



Personen op de foto zijn niet gerelateerd aan calamiteiten.

## Inleiding

Binnen Santeon werken zeven topklinische ziekenhuizen open met elkaar samen aan betere zorg in Nederland. Dat doen we door van elkaar te leren, continu te vernieuwen en te verbeteren. Wat onze samenwerking uniek maakt, is dat onze professionals bij elkaar in de keuken kijken. Met onze aanpak kunnen we beter en sneller verbeteren, iets wat de patiënt en de zorg regionaal en landelijk ten goede komt.

Jaarlijks worden in de Santeon ziekenhuizen samen ongeveer 359.000 patiënten opgenomen. Er werken 33.800 medewerkers. Hoewel onze zorgprofessionals hun uiterste best doen om goede zorg te bieden, kan er soms toch iets mis gaan. Dit kan leiden tot een langere ziekenhuisopname, tijdelijke beperkingen en soms tot blijvende schade voor de patiënt of zelfs overlijden. Als dit gebeurt, dan heeft dat een grote impact op zowel patiënt en naasten als op de betrokken zorgprofessionals. We willen hier graag van leren om herhaling te voorkomen. Daarom onderzoeken we als er iets mis gaat altijd wat er precies is gebeurd, hoe het heeft kunnen gebeuren en het belangrijkste: hoe we het kunnen voorkomen en verbeteren. Dat doen we zorgvuldig.

Als de zorg niet verloopt zoals we verwachten en de patiënt schade oploopt, noemen we dit een incident. Als de kwaliteit van zorg in het geding is en er is ernstige schade ontstaan spreken we van een calamiteit. Dit is wettelijk gedefinieerd in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz): *'een niet beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van zorg en die tot de dood van een cliënt of een ernstig schadelijk gevolg voor een cliënt heeft geleid.'* Het onderzoek hiernaar noemen we calamiteitenonderzoek.

In 2021 heeft Santeon voor het eerst een gezamenlijk jaarverslag over calamiteitenonderzoek in de zeven ziekenhuizen gepubliceerd. Dit jaar

geven we voor de tweede keer openheid over hoe we samenwerken op dit onderwerp binnen het Santeon calamiteiten netwerk. Transparantie over behaalde resultaten is essentieel voor onze aanpak, evenals openheid hierover naar de patiënt. Dat doen we niet door de rapporten over calamiteiten op onze website te plaatsen zoals soms gevraagd wordt. Als Santeon ziekenhuizen vinden we dit geen goed idee. In een rapport staan veel details over de ziekte van de patiënt. Niet iedereen vindt het acceptabel als dit door vreemden gelezen kan worden. Wel geven we in deze jaarpublicatie vier voorbeelden van calamiteiten die in 2021 in onze ziekenhuizen hebben plaatsgevonden en onderzocht zijn. De personen over wie het gaat zijn niet te herkennen. We laten zien wat er is gebeurd, wat er uit het onderzoek kwam en wat er is verbeterd. De patiënten of hun naasten en de betrokken artsen hebben hiervoor hun toestemming gegeven.

Verder geven we niet alleen in woord maar ook in getal inzicht in calamiteiten en de onderzoeken daarnaar. Zo ontstaat een beter beeld van wat er in het jaar 2021, waarin corona wederom centraal stond, is onderzocht. Santeon vindt het belangrijk om te laten zien hoe de ziekenhuizen samenwerken en hoe we leren en verbeteren, dus wat er met de resultaten van het calamiteitenonderzoek gebeurt. Daarin proberen we u zo veel mogelijk mee te nemen. In 2021 zijn we als Santeon ziekenhuizen gestart met het verkennen van de mogelijkheden om (leerpunten uit) calamiteitenonderzoek te koppelen aan de Samen Beter/Value Based Health Care trajecten. Zo krijgen de verbeterteams van deze trajecten naast de kwantitatieve uitkomsten die zij al gebruiken voor kwaliteitsverbetering, ook kwalitatieve input. Met als doel om in 2022 te bekijken hoe de geleerde lessen en verbetermaatregelen uit calamiteitenonderzoek de verbeterkracht van uitkomstgerichte zorg nog meer kunnen versterken.

# Calamiteitenonderzoek

## Casus 1. Verwisseling pompstanden

### Wat is er gebeurd?

Een patiënt met kanker heeft uitzaaiingen in zijn wervelkolom. Vanwege heftige pijn wordt een spinaalkatheter (een dunne katheter in het ruggewervelkanaal) ingebracht waardoor pijnmedicatie wordt toegediend met een uitwendige infuuspomp. Daarnaast heeft hij een infuus in zijn arm (intraveneus) waarmee andere medicatie wordt gegeven via een pomp. Als de verpleegkundige antibiotica wil geven via dat intraveneuze infuus stelt zij per abuis de verkeerde pomp (de infuuspomp met pijnmedicatie) in op een hoge snelheid waardoor niet de antibiotica maar de pijnmedicatie snel inloopt. Patiënt wordt vervolgens niet meer aanspreekbaar en verlamd aangetroffen. Hij wordt overgebracht naar de Intensive Care waar hij weer bij kennis komt. Hij overlijdt de volgende dag aan een longontsteking.

### Wat is er niet goed gegaan?

Uit het onderzoek bleek dat de verpleegkundige haar collega hielp en zelf de patiënt niet kende. Zij was dus ook niet op de hoogte van het feit dat patiënt een spinaal katheter had. Daarnaast leken de twee pompen veel op elkaar. Het was niet in één oogopslag duidelijk welke pomp voor de spinaalkatheter was en welke voor het gewone infuus. Ondanks dat dit op de betreffende afdeling

een zeldzame vorm van medicatietoediening is, was de pomp door iedereen te bedienen. Als laatste heeft de verpleegkundige niet aan een collega gevraagd om te controleren bij de toediening van de medicatie (de zogenaamde dubbelcheck), zoals is voorgeschreven in het protocol.

### Wat doen we eraan?

Naar aanleiding van de casus is er een aantal spuitpompen speciaal aangewezen voor spinaal toediening. Zij hebben een andere kleur voorkant gekregen en zijn begrensd op een maximale snelheid. Daarnaast zijn de pompen beveiligd met een code waardoor alleen gespecialiseerde medewerkers de pompinstellingen kunnen wijzigen. Als laatste heeft de afdeling onderzoek gedaan op welke wijze geborgd kan worden dat te allen tijde (dus ook bij drukte en in de nachtdienst) toch de dubbelcheck uitgevoerd kan worden conform protocol. Eind 2021 verscheen het rapport 'De tweede controle bij het toedienen van high-risk medicatie: nieuwe benadering vanuit een Safety-I en Safety-II perspectief'. Dit project is uitgevoerd door het Nivel in samenwerking met Amsterdam Public Health (APH) research institute en maakt onderdeel uit van de Monitor patiëntveiligheid 2019-2022. De uitkomsten hiervan worden meegenomen in de verbeteringen die worden uitgevoerd.

Het is belangrijk om de geleerde lessen breed te delen, zodat zoveel mogelijk zorgverleners hier ook van kunnen leren.

## Wat hebben we geleerd in 2021?

### Leren en verbeteren na calamiteiten, elk ziekenhuis een leerpunt

Eén van de belangrijkste doelstellingen van het Santeon calamiteitenennetwerk is leren van elkaar. Deels gaat dat over de inhoud van de calamiteiten: wat is er in een ziekenhuis gebeurd en zou dat in een van de andere ziekenhuizen ook kunnen gebeuren? En hoe zouden we dat kunnen voorkomen? Maar we delen ook met elkaar HOE we leren. Hoe we tot goede verbetermaatregelen komen, of hoe we ervoor zorgen dat niet alleen de afdeling waar het incident plaatsvond daar iets van leert, maar ook de andere afdelingen in het ziekenhuis. In 2020 hebben we het 'HOE' van het leren met elkaar gedeeld en heeft elk ziekenhuis voor zichzelf bepaald hoe zij in 2021 verder willen gaan met leren van calamiteiten in hun organisatie. Alle ziekenhuizen hebben een cyclus van het opvolgen van verbetermaatregelen in hun organisatie, bijvoorbeeld doordat een raad of commissie hier toezicht op houdt en er gesprekken over zijn met de Raad van Bestuur. Maar het is juist belangrijk om de geleerde lessen te delen met zorgverleners zodat zij hier ook van kunnen leren.

Enkele ziekenhuizen wilden aan de slag met het volgen van verbetermaatregelen in een digitaal

systeem. Bij één ziekenhuis is dit uitgesteld. Anderen konden er wel mee aan de slag gaan zodat de maatregelen nu breder in de organisatie inzichtelijk zijn en de voortgang ervan nog beter opgevolgd kan worden. In dit systeem staan vaak niet alleen acties die voortkomen uit calamiteiten maar ook uit bijvoorbeeld audits en allerlei andere bronnen van kwaliteitsinformatie. Dit stimuleert het leren van elkaar binnen de organisatie omdat iedereen inzicht heeft in waar men mee bezig is.

Naast digitale systemen, hebben de ziekenhuizen ook gekeken hoe zij op andere manieren de lessen uit calamiteiten onder de aandacht kunnen brengen en op kunnen volgen. Zo worden bijvoorbeeld de uitkomsten van calamiteitenonderzoeken gepresenteerd in de Kwaliteitsraad van het ziekenhuis, of aan de Raad van Toezicht. Of als blijkt dat een geleerde les uit een calamiteit ook van toepassing is op een andere afdeling, dan wordt dat besproken met de leidinggevenden en het team van die afdeling.

Zes van de zeven ziekenhuizen hadden zich voorgenomen om calamiteiten breder bespreekbaar te maken binnen hun organisatie. Bijvoorbeeld door het organiseren van 'Leren van...' bijeenkomsten, het bespreken van calamiteiten in bijeenkomsten waar veel artsen en andere zorgverleners samenkomen, of het samen bekijken en bespreken van video's die gemaakt zijn naar aanleiding van calamiteiten. Door COVID was het niet mogelijk om in (grotere) groepen bij elkaar te komen waardoor de bijeenkomsten vaak niet door konden gaan. In sommige ziekenhuizen kon een enkele bijeenkomst toch doorgaan of is gezocht naar een digitaal alternatief. Het is niet altijd goed mogelijk om digitaal over deze soms moeilijke onderwerpen te praten. Daarom kozen andere ziekenhuizen ervoor om in 2022 met deze bijeenkomsten verder te gaan. We hopen dit jaar meer ervaring met dit soort bredere besprekingen op te kunnen doen.

#### Calamiteitenonderzoek

##### Catharina Ziekenhuis

###### IGJ-meldingen en vooronderzoeken

Aantal IGJ meldingen	14
----------------------	----

###### Patiënt en/of naasten betrokken bij onderzoek

Patiënt/naaste is betrokken bij het onderzoek	7
---	---

Patiënt/naaste wil of kan niet betrokken worden bij het onderzoek	7
---	---

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

###### Conclusie onderzoek

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

Wel calamiteit	6
----------------	---

Onbepaald wel of geen calamiteit?	4
-----------------------------------	---

## Verbeteren binnen Value-Based Health Care op basis van calamiteitenonderzoek

Als Santeon ziekenhuizen gaan we verkennen of het mogelijk is om (leerpunten uit) calamiteitenonderzoek te koppelen aan de Samen Beter/Value-Based Health Care trajecten.

Zo krijgen de verbeterteams van deze trajecten naast de kwantitatieve uitkomsten die zij al gebruiken voor kwaliteitsverbetering, ook kwalitatieve input. De zorgverleners die bij de aandoeningen in deze trajecten betrokken zijn kunnen mogelijk voordeel hebben van uitkomsten van (geanonimiseerd) calamiteitenonderzoek. Als start hiervan is in 2021 begonnen om bij het delen van calamiteitenonderzoek tussen de ziekenhuizen onderling aan te geven of het onderwerp van het onderzoek past bij één van de aandoeningen, wat in ongeveer 20% van de onderzoeken het geval blijkt te zijn. Op deze manier kunnen onderzoeken bij eenzelfde aandoening gemakkelijk worden teruggevonden zodat de verbeterteams deze periodiek kunnen bespreken. In 2022 bekijken we hoe de geleerde lessen en verbetermaatregelen uit calamiteitenonderzoek de verbeterkracht van uitkomstgerichte zorg nog meer kunnen versterken.

### Calamiteitenonderzoek

#### Canisius Wilhelmina Ziekenhuis

##### IGJ-meldingen en vooronderzoeken

Aantal IGJ meldingen	15
----------------------	----

##### Patiënt en/of naasten betrokken bij onderzoek

Patiënt/naaste is betrokken bij het onderzoek	13
Patiënt/naaste wil of kan niet betrokken worden bij het onderzoek	2
Patiënt/naaste is niet betrokken bij het onderzoek	0

##### Conclusie onderzoek

Geen calamiteit	3
Wel calamiteit	8
Onbepaald wel of geen calamiteit?	4

## Open communiceren na een incident

Na een incident of calamiteit is het belangrijk dat betrokken zorgverleners open met de patiënt of nabestaanden communiceren. Hierdoor kan de patiënt de gebeurtenissen beter verwerken en meer vertrouwen houden in de zorgverlener en organisatie. Ook voor de zorgverlener zelf is het goed om open te zijn. Het kan de zorgverlener helpen de gebeurtenissen achter zich te laten. De ervaringen van de patiënt zijn een belangrijk onderdeel van het calamiteitenonderzoek. Het helpt om te achterhalen wat er precies is gebeurd en hoe daarvan geleerd kan worden. Dit zijn allemaal redenen voor een open gesprek en communicatie met de patiënt.

Het is niet altijd makkelijk om als zorgverlener zo'n gesprek te voeren. De zorgverlener kan denken dat openheid problemen veroorzaakt voor hemzelf of de organisatie. Er kunnen gevoelens van schuld, onzekerheid of boosheid zijn. Of ze weten niet goed wat wel en niet te zeggen en op welke manier. De Stichting Openheid na Incidenten heeft ons meegenomen in wat er komt kijken bij het goed en open communiceren met patiënten na een incident. We kregen praktische handvatten voor behandelaren en zorgprofessionals om daadwerkelijk het open gesprek na incidenten te voeren. Zo is het belangrijk om aandachtig te luisteren en dat ook in lichaamstaal te laten zien. Als de patiënt emoties toont, mogen deze zeker benoemd worden. Het stellen van open vragen en het betuigen van spijt helpt om de behoeften van de patiënt te erkennen.

## Evaluatie van calamiteitenonderzoek met patiënt en naasten

In 2021 is een derde Santeon ziekenhuis gestart met het evalueren van calamiteitenonderzoek bij patiënten en naasten middels een schriftelijke vragenlijst. De andere ziekenhuizen zijn ook van plan om dit te gaan doen, of evalueren het onderzoekstraject op een andere manier met de patiënt en naasten. Zo is het bijvoorbeeld ook mogelijk om in het gesprek waarbij de uitkomsten van het onderzoek met hen besproken worden het

onderzoeksproces mondeling te evalueren. Voor de ervaringen van patiënt en naasten is in alle ziekenhuizen ruimte tijdens dit gesprek.

De ervaringen van de drie ziekenhuizen die de vragenlijst uitsturen zijn wisselend. In het ziekenhuis dat hier in 2021 mee begonnen is, ervaart men dat het lastig is om een goede respons op de vragenlijst te krijgen. Van de vijftien patiënten/naasten die zijn gevraagd of ze hieraan wilden deelnemen gaven er vijf aan dit niet te willen. Van de tien die aangaven dit wel te willen, is uiteindelijk één vragenlijst ingevuld. Ook een ander ziekenhuis geeft aan dat de respons laag is en overweegt daarom op een andere manier te gaan evalueren. Het ziekenhuis dat het langst met deze vragenlijst werkt, heeft andere ervaringen. Zeven van de negen in 2021 benaderde patiënten stuurden de vragenlijst ingevuld terug. In totaal heeft dit ziekenhuis sinds medio 2018 van dertig patiënten of naasten een ingevulde vragenlijst ontvangen. Omdat het om kleine aantallen gaat moeten we voorzichtig zijn met het veralgemenen van de uitkomsten. Doorgaans beoordelen de patiënten en naasten het proces van onderzoek positief. Zij waarderen het om betrokken te worden bij het onderzoek en dat daarbij begrip en inlevingsvermogen wordt getoond.

Ze vinden het belangrijk dat het ziekenhuis aandacht besteedt aan het voorkomen van herhaling en verantwoordelijkheid neemt. Ook het betuigen van spijt wordt vaak door hen genoemd, daar is gericht op verbeterd door een spijtbetuiging ook expliciet te benoemen. Het bespreken van de gevolgen van de gebeurtenis voor de patiënt en naasten wordt ook als belangrijk geïdentificeerd. Het ziekenhuis heeft naar aanleiding van de feedback het begeleidings- en nazorgtraject door onafhankelijke professionals geïntensiveerd. De Santeon ziekenhuizen vinden het belangrijk dat het calamiteitenonderzoek aansluit bij de wensen en behoeften van patiënten en hun naasten en zullen daarom blijven verkennen hoe de evaluatie op een goede en prettige manier kan plaatsvinden.

### Calamiteitenonderzoek

#### Medisch Spectrum Twente

##### IGJ-meldingen en vooronderzoeken

Aantal IGJ meldingen	15
----------------------	----

##### Patiënt en/of naasten betrokken bij onderzoek

Patiënt/naaste is betrokken bij het onderzoek	10
Patiënt/naaste wil of kan niet betrokken worden bij het onderzoek	2
Patiënt/naaste is niet betrokken bij het onderzoek	3

##### Conclusie onderzoek

Geen calamiteit	4
Wel calamiteit	8
Onbepaald wel of geen calamiteit?	3

## Beoordeling calamiteitenonderzoek door de Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)

Wanneer een ziekenhuis het onderzoek naar een melding heeft afgerond, moeten zij hierover rapporteren aan de IGJ. Tot voor kort stuurden de Santeon ziekenhuizen hiervoor de onderzoeksrapporten naar de IGJ zodat zij konden beoordelen of het onderzoek goed was uitgevoerd en het ziekenhuis hier voldoende van geleerd heeft. In 2019 heeft de IGJ aan één van de Santeon ziekenhuizen gevraagd of zij wilden meewerken aan een pilot waarin niet meer het volledig onderzoeksrapport wordt toegestuurd. In plaats daarvan ontvangt de IGJ een samenvatting van het onderzoeksrapport en de reflectie van de Raad van Bestuur van het ziekenhuis op de gebeurtenissen en wat daarvan geleerd is. Hiermee komt de nadruk meer te liggen op leren en verbeteren, dan op onderzoeken en rapporteren. Het voornemen van de IGJ is om vaker bij de ziekenhuizen langs te gaan om te horen hoe de verbetermaatregelen in de dagelijkse praktijk hebben uitgedaakt.

In 2020 heeft het gevraagde ziekenhuis meegedaan aan de pilot. Naar aanleiding van positieve ervaringen van zowel dit ziekenhuis als de IGJ met deze pilot zijn eind 2021 ook bijna alle andere Santeon ziekenhuizen overgestapt op deze werkwijze die door de IGJ 'Verbeteren in Vizier' wordt genoemd. Het is zowel voor de IGJ als voor de ziekenhuizen een leerproces: wat verwachten we van elkaar, en wat werkt goed en wat juist niet? Deze nieuwe manier van rapporteren aan de IGJ verandert niets aan de manier waarop de ziekenhuizen hun onderzoek naar calamiteiten doen. Zij blijven ook een volledig rapport maken wat met patiënt en naasten besproken wordt.

### Verdieping onderwerp 'opvolging kritieke (neven)bevindingen'

In 2020 hebben we met elkaar gekeken naar het onderwerp gemiste diagnoses. Elk ziekenhuis heeft elk jaar één of meerdere calamiteiten waarbij op een of andere manier een diagnose later is gesteld dan wenselijk. Dat kan zijn omdat iets niet gezien is op een foto of scan. Maar het kan ook voorkomen dat het wel is gezien maar dat die bevinding door verschillende oorzaken niet heeft geleid tot een juiste behandeling. Het blijkt dat het heel moeilijk is om dit helemaal te voorkomen. In 2021 heeft een verdere verdieping plaatsgevonden van het deelonderwerp 'opvolging van kritieke radiologische nevenbevindingen'.

#### Calamiteitenonderzoek

##### Maasstad Ziekenhuis

###### IGJ-meldingen en vooronderzoeken

Aantal IGJ meldingen	20
----------------------	----

###### Patiënt en/of naasten betrokken bij onderzoek

Patiënt/naaste is betrokken bij het onderzoek	9
Patiënt/naaste wil of kan niet betrokken worden bij het onderzoek	2
Patiënt/naaste is niet betrokken bij het onderzoek	9

###### Conclusie onderzoek

Geen calamiteit	8
Wel calamiteit	10
Onbepaald wel of geen calamiteit?	1
Geen uitsluitsel of niet afgerond	1

#### Calamiteitenonderzoek

##### St. Antonius Ziekenhuis

###### IGJ-meldingen en vooronderzoeken

Aantal IGJ meldingen	27
----------------------	----

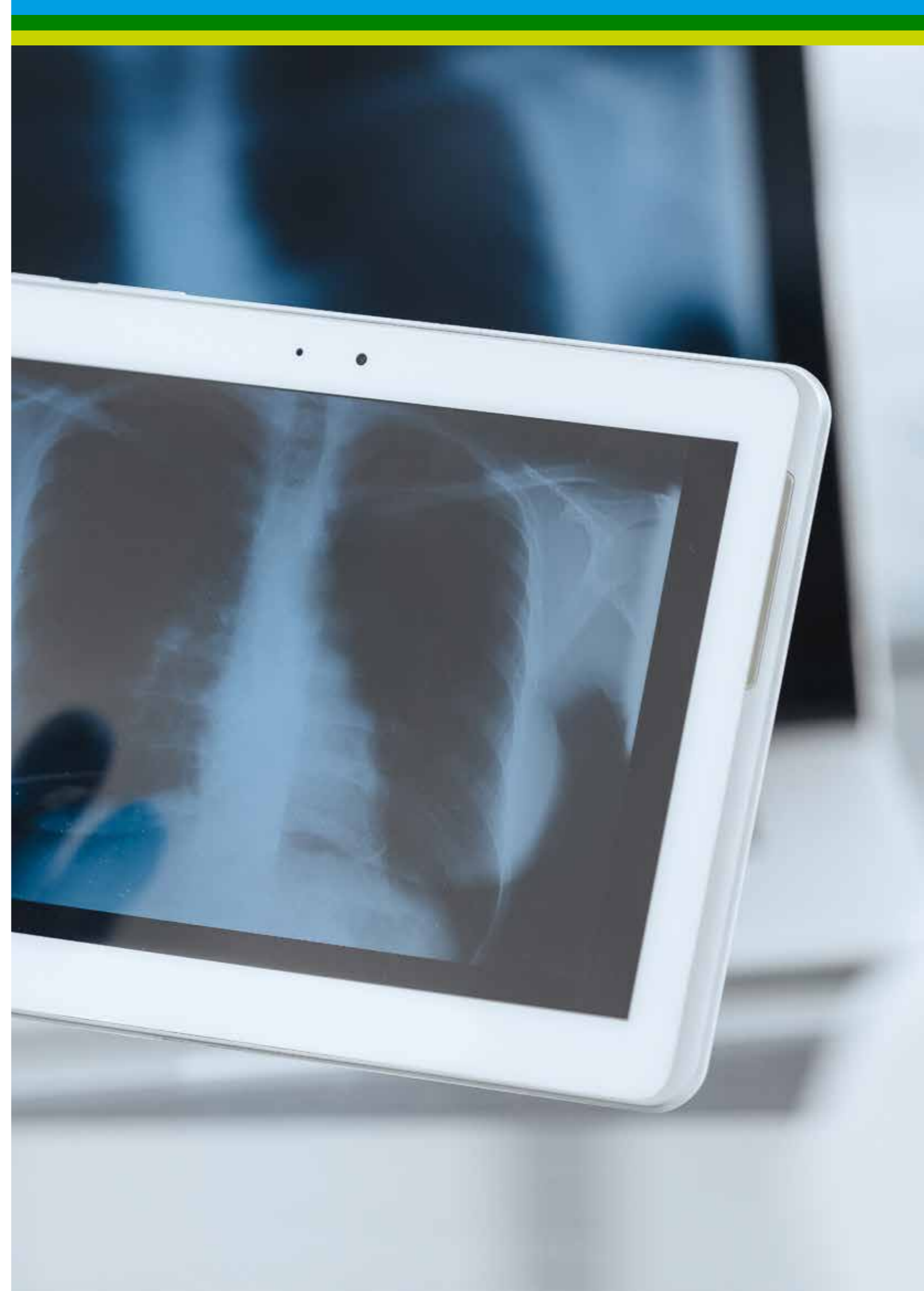
###### Patiënt en/of naasten betrokken bij onderzoek

Patiënt/naaste is betrokken bij het onderzoek	26
Patiënt/naaste wil of kan niet betrokken worden bij het onderzoek	0
Patiënt/naaste is niet betrokken bij het onderzoek	1

###### Conclusie onderzoek

Geen calamiteit	8
Wel calamiteit	17
Onbepaald wel of geen calamiteit?	2

Het gaat daarbij om onverwachte bevindingen bij beeldvormend onderzoek die relevant en onverwacht zijn binnen de medische situatie van de patiënt en waarbij vertraging in de communicatie met de aanvrager kan leiden tot ernstige nadelige gevolgen voor de patiënt. Een voorbeeld van zo'n kritieke nevenbevinding is een longfoto die gemaakt wordt om na te gaan of iemand een longontsteking heeft maar waarbij per toeval ook een tumor gezien wordt. Het is belangrijk dat de behandelend arts daar zo snel mogelijk van op de hoogte is en vervolgonderzoek en behandeling instelt. Een werkgroep met professionals uit vier Santeon ziekenhuizen heeft de knelpunten besproken die de ziekenhuizen tegenkomen, welke beheersmaatregelen ze daarvoor hebben ingesteld en welke mogelijke toekomstige ontwikkelingen hierin te verwachten zijn. Er is geconcludeerd dat de werkafspraken in alle ziekenhuizen voldoende zijn vastgelegd maar dat het in de praktijk lastig blijkt om die werkafspraken altijd goed op te volgen. Er zijn verschillende adviezen opgesteld om de patiëntveiligheid op dit gebied nog verder te verbeteren. Die adviezen hebben betrekking op het beleid, op het inrichten van het elektronisch patiëntendossier en op het in kaart brengen van de risicovolle processen.





Personen op de foto zijn niet gerelateerd aan calamiteiten.

# Verbetermaatregelen

Voorbeelden van verbetermaatregelen die naar aanleiding van onderzoeken uit 2021 zijn genomen binnen een of meerdere Santeon ziekenhuizen zijn:

- Als een complexe nierpatiënt niet wordt opgenomen door een nefroloog maar wel voor het specialisme interne geneeskunde, komt de nefroloog altijd in medebehandeling. Zo kan beter rekening gehouden worden met de specifieke omstandigheden van een complexe nierpatiënt.
- Door de bepaling van de werking van bepaalde antistollingsmedicatie in het bloed door het eigen laboratorium uit te laten voeren in plaats van door een extern laboratorium is het diagnostisch proces versneld en het borgen van de uitslagen minder foutgevoelig gemaakt.
- In 2021 is gewerkt aan een plan om het gebruik van algemene specialismecodes in het elektronisch patiëntendossier bij het aanvragen van diagnostiek te stoppen. Diagnostiek moet altijd op naam van de aanvragend arts worden aangevraagd. Zo komt de uitslag van het onderzoek altijd binnen in de postbus van de aanvrager en wordt deze minder snel over het hoofd gezien. Daarnaast kan de diagnostische

afdeling makkelijker contact opnemen met de aanvrager als er bijzonderheden of urgente situaties zijn.

- Op de verkoeverafdeling wordt medicatie bijna altijd intraveneus (via het infuus) toegediend. Orale medicatie (via de mond) is een uitzondering en kan, met name bij minder ervaren medewerkers, tot verwarring leiden. Daarom wordt het medicatie-assortiment doorgenomen om te bekijken of er een intraveneus alternatief is voor orale medicatie. Als dat er niet is, wordt visueel duidelijk gemaakt dat het om orale medicatie gaat.
- De werkwijze rondom het stoppen van bepaalde medicatie in het elektronisch patiëntendossier is aangepast, om te voorkomen dat deze op een verkeerd tijdstip wordt gestart bij het stoppen en starten van een nieuw medicatievoorschrift.
- In 2021 is gestart met een onderzoek bij alle betrokken disciplines om dubbele inschrijvingen van patiënten te voorkomen zodat alle beschikbare gegevens in hetzelfde dossier aanwezig zijn. Het betreft met name verwijzingen van patiënten die niet digitaal binnen komen en patiënten waarvan geen BSN bekend is.
- De Patiënt Informatie Map (PIM) Hersentumoren is aangepast zodat alle belangrijke gegevens in één overzicht te raadplegen zijn. Voor patiënten die chemotherapie krijgen, is er tevens een belkaart met pictogrammen aan toegevoegd. De nieuwe structuur van de PIM wordt uitgebreid naar andere tumorgroepen.
- De veiligheidsprocedure (ook wel Time Out procedure genoemd) bij de start van een poliklinische ingreep is aangescherpt en is nu vergelijkbaar met de veiligheidsprocedure bij ingrepen op de operatiekamer.

## Calamiteitenonderzoek

### Martini Ziekenhuis

#### IGJ-meldingen en vooronderzoeken

Aantal IGJ meldingen	6
----------------------	---

#### Patiënt en/of naasten betrokken bij onderzoek

Patiënt/naaste is betrokken bij het onderzoek	5
Patiënt/naaste wil of kan niet betrokken worden bij het onderzoek	1
Patiënt/naaste is niet betrokken bij het onderzoek	0

#### Conclusie onderzoek

Geen calamiteit	0
Wel calamiteit	5
Onbepaald wel of geen calamiteit?	1



# Calamiteitenonderzoek

## Casus 2. Medicatieverwisseling

### Wat is er gebeurd?

Een patiënt komt op de polikliniek cardiologie via een doorverwijzing vanuit een ander ziekenhuis voor een tweede opinie. Sinds twee jaar heeft de patiënt thoracale klachten die niet inspanning gerelateerd zijn en klachten lijkend op hyperventilatie. Er wordt een hartkatheterisatie onderzoek ingepland.

Enkele maanden later vindt op de dagbehandeling de hartkatheterisatie plaats. Deze wordt uitgevoerd door de interventiecardioloog in aanwezigheid van gespecialiseerde verpleegkundigen. Voorafgaand aan het onderzoek wordt de medicatie klaargelegd door de gespecialiseerde verpleegkundige, een zoutoplossing waarin heparine is opgelost die wordt gebruikt als 'doorspoel'-vloeistof en een zak zoutoplossing met adenosine die dient als middel voor het onderzoek. Het eerste deel van het onderzoek verloopt zoals gebruikelijk, echter heeft de patiënt klachten die op dat moment geïnterpreteerd worden als bijwerking van het onderzoek. In het tweede deel van het onderzoek starten de klachten weer en wordt er doorgespoeld. Dit wordt per abuis gedaan met de zoutoplossing met adenosine in plaats van de zoutoplossing met heparine. Na ongeveer 30 seconden treedt er een hartritmestoorning op en patiënt verliest ongeveer 10 seconden het bewustzijn. Daarna herstelt de patiënt spontaan. Dit is een abnormale reactie op dit gedeelte van het onderzoek. Het onderzoek wordt direct gestaakt. De patiënt heeft het kortdurend buitenbewustzijn als traumatisch ervaren. De patiënt is in verband met de opgetreden klachten ter observatie opgenomen in de kliniek.

### Wat is er niet goed gegaan?

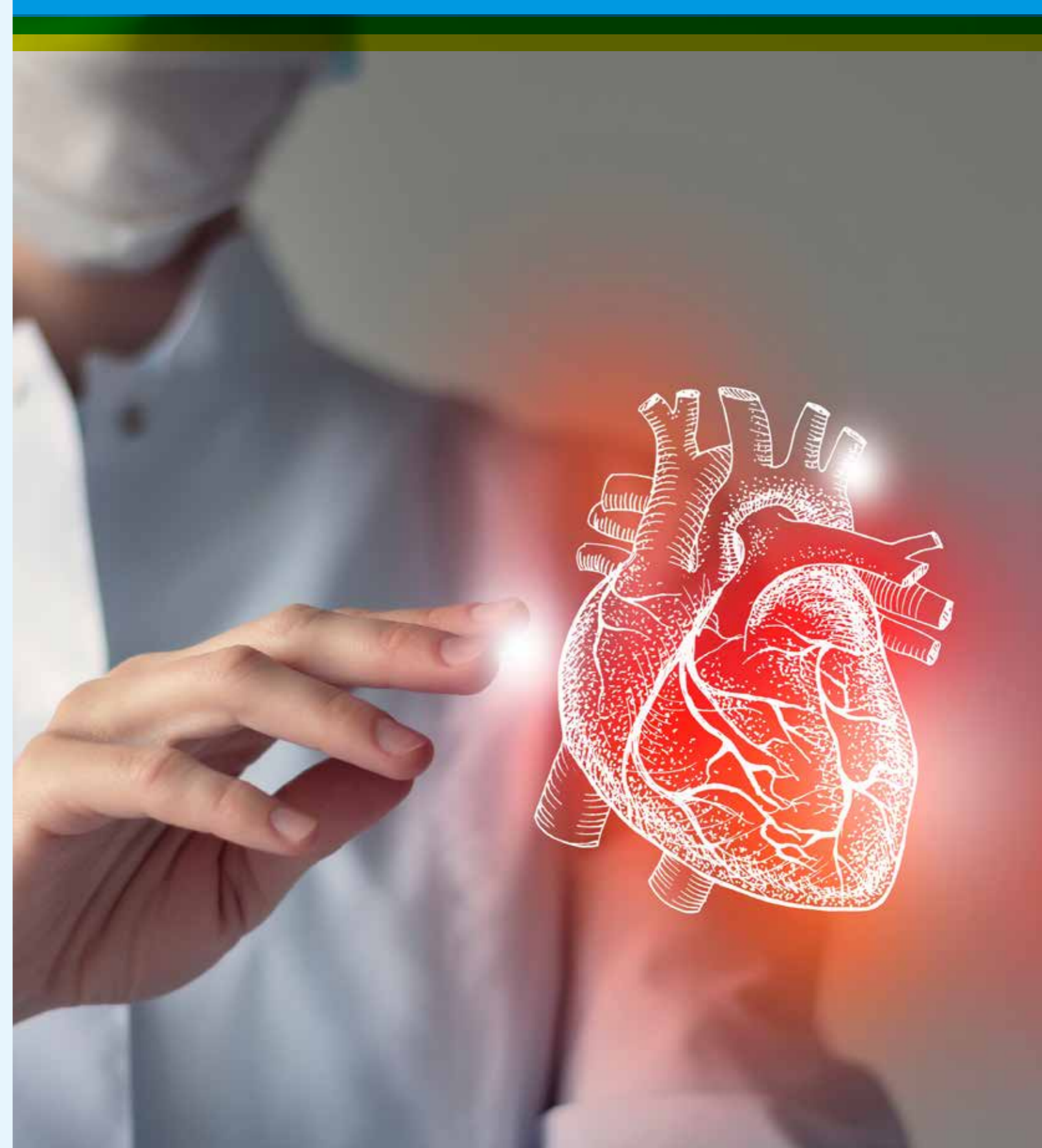
In de ochtend stonden twee hartkatheterisatie onderzoeken op het programma. Voorafgaand aan de start van het onderzoek bereidt de verpleegkundige zakken met medicatie voor door medicatie toe te voegen aan kant-en-klare

infuuszakken met zoutoplossing. Dit heet Voor Toediening Gereed Maken (VTGM).

Nadat de verpleegkundige adenosine had toegevoegd aan de zak zoutoplossing printte zij een etiket uit waarop vermeld staat welk middel is toegevoegd aan de zoutoplossing. Deze etiketten hebben dezelfde kleur, afmeting en lettertype. Eenmaal geplakt op de zak lijken de zakken daardoor erg op elkaar. Voor de zak met heparine hoefde geen vloeistof uit de initiële zak gehaald te worden, omdat Heparine in zoutoplossing een 'standaardproduct' is. De verpleegkundige legt de verschillende zakken zo ver mogelijk uit elkaar op tafel. Op dat moment liggen er twee zakken zoutoplossing met adenosine (voor twee verschillende patiënten) en meerdere zakken zoutoplossing met heparine op tafel. Vervolgens hangt de verpleegkundige per abuis zoutoplossing met adenosine aan zowel de drukpaal en de infuuspaal. Als na het gestaakte onderzoek de onderzoekskamer voorbereid wordt voor de volgende patiënt en een collega verpleegkundige vraagt waar de tweede zak zoutoplossing met adenosine is, realiseert de verpleegkundige zich dat er een medicatieverwisseling heeft plaatsgevonden. De onbedoelde toediening van adenosine tijdens het onderzoek verklaart de klachten van patiënt en het moment dat patiënt buiten bewustzijn raakte.

### Wat doen we eraan?

- 1 Vanwege de beperkte medicatiewerkruimte verricht slechts één verpleegkundige gelijktijdig VTGM-handelingen.
- 2 In alle omstandigheden is slechts één geneesmiddelensoort gelijktijdig op het werkblad aanwezig.
- 3 Het rondslingeren van etiketten wordt voorkomen door niet te veel etiketten in één keer te printen.
- 4 Heparine in zoutoplossing is het 'standaardproduct' dat dagelijks in



aanzienlijke aantallen wordt gebruikt bij de interventiecardiologie. Er is afgesproken de overige geneesmiddelen te beschouwen als uitzondering en deze ook als zodanig te behandelen. Sinds het voordoen van deze casus wordt onderscheid gemaakt door de

zoutoplossing met adenosine te labelen met zowel de gele medicatiesticker als een extra rood plastic bandje.

- 5 Er zijn afspraken gemaakt om verstoringen tijdens VTGM-handelingen te voorkomen.

# Waarschuwingen

Als er iets is gebeurd dat ook in een ander ziekenhuis kan gebeuren, waarschuwen de Santeon ziekenhuizen elkaar. We noemen dit alerts. Hierbij geven we ook aan welke verbetermaatregelen we hebben genomen om de kans op herhaling te verkleinen. Elk ziekenhuis beoordeelt voor zichzelf of het risico in hun ziekenhuis ook aanwezig is en of er actie ondernomen moet worden.

De meeste waarschuwingen delen we met elkaar tijdens de halfjaarlijkse bijeenkomsten. Dan bereidt ieder ziekenhuis een of twee waarschuwingen voor. Maar steeds vaker informeren de ziekenhuizen elkaar ook tussentijds, bijvoorbeeld direct als een onderzoek is afgerond. We hebben inmiddels geleerd welke onderzoeken het meest geschikt zijn voor waarschuwingen. In 2021 hebben we 12 waarschuwingen met elkaar gedeeld. Het gaat dan om onderzoeken die hebben geleid tot heel concrete verbetermaatregelen, zoals:

- In een ziekenhuis vonden twee situaties plaats waarbij de zuurstofklok en de vernevelklok werden verwisseld, waardoor patiënten een laag zuurstofgehalte in hun bloed kregen en een tijdelijke opname op de IC noodzakelijk was. De verwisseling kon gebeuren omdat de beide klokken dezelfde soort aansluitingen gebruikten. Door verschillende aansluitingen te gaan toepassen is een dergelijke verwisseling in de toekomst niet meer mogelijk. De andere ziekenhuizen zijn nagegaan welke aansluitingen

bij hen gebruikt worden en hebben hier zo nodig actie op ondernomen.

- Omdat verpleegkundigen niet altijd direct een computer bij de hand hebben om het elektronisch patiëntendossier te raadplegen, wordt in veel ziekenhuizen gebruik gemaakt van een 'looptijdschema'. Dit is een overzicht met de belangrijkste informatie over de patiënten die aan het begin van elke dienst wordt uitgedraaid. Toen een patiënt in een reanimatiesetting terecht kwam, is op basis van die looptijdschema gestart met reanimeren. Later bleek dat voor deze patiënt een niet-reanimeren beleid was afgesproken. Met de andere ziekenhuizen is het belang gedeeld van het beschikken over de actuele informatie van de patiënt en het goed nagaan welke informatie in ieder geval dient te worden weergegeven op de looptijdschema. Ziekenhuizen zijn nagegaan of alle relevante informatie altijd op de eventuele looptijdschema wordt weergegeven. Daarnaast gaf één van de andere ziekenhuizen aan dat bij hen de informatie over behandelbeperkingen wordt weergegeven op het polsbandje zodat dit in elke situatie en op elke plaats en tijd te raadplegen is.
- In een ziekenhuis vond een verwisseling plaats tussen de pompstanden van twee pompen met medicatie. Deze casus is verder uitgewerkt in praktijkvoorbeeld 1.

# Wat pakken we in 2022 op?

Naast de dingen die we altijd doen, pakken we elk jaar ook bepaalde onderwerpen op. In 2022 zijn dat:

- Nadat we in 2021 zijn gestart met het koppelen van de calamiteitenonderzoeken aan de verschillende aandoeningen binnen Value-Based Health Care onderzoeken we komend jaar verder hoe we een link kunnen leggen tussen de geleerde lessen en verbetermaatregelen uit calamiteitenonderzoek en het verbeteren binnen Value-Based Health Care en hoe we daarmee de verbeterkracht van uitkomstgerichte zorg nog meer kunnen versterken.
- Nu bijna alle ziekenhuizen werken met de nieuwe werkwijze van de IGJ in het kader van 'Verbeteren in Vizier' wisselen we de ervaringen met deze werkwijze uit en onderzoeken we of we onze eigen werkwijze op basis hiervan nog verder kunnen verbeteren.

- We vervolgen het onderwerp gemiste diagnoses door verder in te zoomen op de verschillende deelonderwerpen binnen dit thema.
- We gaan onderzoeken hoe we patiënten nog meer kunnen betrekken bij het verbeteren van de manier waarop we calamiteitenonderzoek doen en hoe we daarvan kunnen leren.

## Calamiteitenonderzoek

### OLVG Ziekenhuis

#### IGJ-meldingen en vooronderzoeken

Aantal IGJ meldingen	14
----------------------	----

#### Patiënt en/of naasten betrokken bij onderzoek

Patiënt/naaste is betrokken bij het onderzoek	14
Patiënt/naaste wil of kan niet betrokken worden bij het onderzoek	0
Patiënt/naaste is niet betrokken bij het onderzoek	0

#### Conclusie onderzoek

Geen calamiteit	2
Wel calamiteit	7
Onbepaald wel of geen calamiteit?	4
Geen uitsluitsel of niet afgerond	1



## Calamiteitenonderzoek

### Casus 3. Baby overlijdt na bevalling

#### Wat is er gebeurd?

Bij een zwangere patiënte werd bij 41 weken zwangerschap een stuitligging vastgesteld, waarvoor vergeefse pogingen tot versie (het draaien van de baby) werden verricht. Twee dagen later werd zij opgenomen voor de bevalling en werd gestart met oxytocine (medicatie voor het opwekken van de weeën). Vijf minuten nadat patiënte gestart was met persen, bij een volledige ontsluiting, ontstond er een afwijkend CTG (cardiotocogram, hartfilmpje van de baby). Er werd na een zeer moeizame bevalling besloten over te gaan tot een tangverlossing, waarmee de baby 55 minuten na het starten met persen werd geboren met een lage Apgarscore (test m.b.t. de algemene toestand/ conditie van de baby). De baby werd gereanimeerd en overgeplaatst naar de afdeling neonatologie van een universitair medisch centrum. Vanwege een ernstige hersenbeschadiging door zuurstoftekort en een hersenbloeding met een zeer slechte prognose (niet verenigbaar met het leven) werd de behandeling gestaakt, waarna de baby in bijzijn van de ouders is overleden.

#### Wat is er niet goed gegaan?

Bij het begin van de stuitbevalling werd het CTG abnormaal waarna te lang is doorgedaan met de vaginale bevalling; de medicatie (oxytocine) werd verhoogd bij het afwijkende CTG. Er is schade ontstaan bij de tangverlossing. Na de bevalling

is er vijf minuten vertraging opgetreden voor het verkrijgen van een goede longventilatie bij de baby en is het kind afgekoeld. Uit de verslaglegging werd niet duidelijk dat de hulpverleners zijn ingegaan op de twijfels van patiënt omtrent vaginaal bevallen. Er zijn meerdere tekortkomingen geweest in de kwaliteit van zorg, waarbij de baby is komen te overlijden. Het protocol stuitbevalling werd niet gevolgd, waarbij de mogelijkheid tot een sectio caesarea (keizersnede) diende te worden overwogen; het protocol was op dit punt echter onduidelijk. Tijdens de reanimatie is er een vertraging ontstaan in het herstel van de longventilatie en circulatie en is de baby onbedoeld afgekoeld. Het is niet vast te stellen of tijdens de gesprekken voldoende is ingegaan op de twijfels bij patiënte en haar partner. De ouders vinden dat ze niet optimaal zijn begeleid bij de keuze van de manier van baring.

#### Wat doen we eraan?

Het protocol stuitbevalling wordt aangepast zodat het voor alle zorgprofessionals eenduidig te interpreteren is en wordt met hen besproken. Bij de prenatale counseling worden expliciet de voor- en nadelen van vaginale stuitbevalling tegenover een keizersnede samen met de aantallen besproken; dit wordt gedocumenteerd in het medisch dossier evenals de begeleiding van de patiënte gedurende de bevalling.

# Calamiteitenonderzoek Santeon 2021 in cijfers

In 2021 hebben de zeven Santeonziekenhuizen 111 meldingen bij de IGJ gedaan omdat er (mogelijk) sprake was van een vermoedelijke calamiteit.

## Wat kenmerkte deze 111 meldingen?



**317**

Vooronderzoeken door de Santeon ziekenhuizen



**111**

Meldingen bij Inspectie door de Santeon ziekenhuizen

## Vooronderzoeken en meldingen bij Inspectie 2021

Ongeveer een derde van alle interne (voor)onderzoeken heeft geleid tot een melding bij de Inspectie. Het grote aantal meldingen dat intern wordt voorgelegd laat zien dat de bereidheid tot melden hoog is. Zorgverleners zijn kritisch op hun eigen handelen en stellen zich daarbij transparant op. De meeste vooronderzoeken concluderen dat de gebeurtenis niet blijkt te voldoen aan de definitie van een (mogelijke) calamiteit. Deze worden intern verder onderzocht en om na te gaan of er verbeterd kan worden.

## Patiënt en/of naasten betrokken bij onderzoek

Bij de meeste onderzoeken is de patiënt of naaste betrokken bij het onderzoek. Soms is dit niet mogelijk of geven patiënten/naasten aan hier geen behoefte aan te hebben. Als patiënten of naasten niet betrokken zijn wordt dit altijd toegelicht in het onderzoeksrapport.

**84** Patiënt/naaste is betrokken bij het onderzoek

**14** Patiënt/naaste wil niet betrokken worden bij het onderzoek

**13** Patiënt/naaste is niet betrokken bij het onderzoek

## Type hoofdgebeurtenis (Inspectie-melding)



**31**

Onderzoek/diagnostiek



**29**

Medicatie



**33**

Behandeling/interventie



**3**

Operatief proces



**6**

Verpleegkundige zorg



**9**

Apparatuur/materiaal/ICT



**0**

Bloedproducten

## Conclusie onderzoek

Bij ongeveer twee derde van de onderzoeken die bij de Inspectie zijn gemeld, is de conclusie dat er daadwerkelijk sprake is van een calamiteit. Bij ongeveer een derde blijkt na uitvoerige analyse dat er geen sprake was van een tekortkoming in de zorg. Het kan ook zijn dat er geen relatie is gevonden tussen de geboden zorg en de schade voor de patiënt die de aanleiding was voor het onderzoek. Bij een klein aantal onderzoeken is, ook na uitgebreide analyse, niet met zekerheid te stellen of er sprake is van een calamiteit. Deze verdeling is vergelijkbaar met het vorige jaar.



**29**

Geen calamiteit



**61**

Wel calamiteit



**19**

Onbepaald wel of geen calamiteit



**2**

Geen uitsluitel of niet afgerond

# Calamiteitenonderzoek

## Casus 4. IC-opname na medicatieverwisseling

### Wat is er gebeurd?

Patiënt ondergaat een operatie en wordt overgeplaatst naar de verpleegafdeling. Bij de verwisseling van een shirt op de verpleegafdeling zijn de spuiten van de PCA-pomp ('patiënt controlled analgesia', waarbij de patiënt zelf pijnstilling/morfine kan toedienen) en de paravertebrale katheter (katheter in de wervelkolom waarover pijnstilling/bupivacaïne gegeven wordt) verkeerd teruggeplaatst in het pompsysteem. Na deze verwisseling van spuiten is de morfine via de pomp van de paravertebrale katheter gelopen. Als gevolg hiervan moet de patiënt worden opgenomen op de Intensive Care vanwege ademhalingsproblemen.

### Wat is er niet goed gegaan?

Patiënt draagt na de operatie een operatiejasje en wil op de verpleegafdeling in eerste instantie een pyjama met knopen aan, dus heeft de verpleegkundige van de avonddienst de lijnen door de pyjama met knopen gehaald. Hierna wil de patiënt toch liever een shirt aan, dus toen heeft de verpleegkundige de lijnen weer uit de pomp gehaald, vervolgens door de pyjama met knopen en het shirt gehaald en de spuiten teruggeplaatst in het pompsysteem. Volgens afspraak had een collega na deze handeling de spuiten, pompen en lijnen moeten controleren, maar deze dubbelcheck is niet uitgevoerd.

Bij aanvang van elke dienst controleert de verpleegkundige de spuiten/pompen en lijnen. Als de verpleegkundige van de nachtdienst patiënt wekt voor de controle van de lijnen reageert de patiënt suf. De verpleegkundige ziet dan dat de spuiten in de pomp zijn omgewisseld. Doordat vanwege het verkeerd terugplaatsen van de spuiten in de pomp patiënt teveel morfine toegediend had gekregen en hierdoor ademhalingsproblemen zijn ontstaan, is hij kortdurend opgenomen op de Intensive Care. Enkele uren later kan hij weer terug naar de afdeling.

### Wat doen we eraan?

- 1 In een pilot wordt gekeken of het zinvol is om patiënten waarbij meerdere infuuslijnen lopen een speciaal jasje met knopen te laten dragen. Bij succes wordt dit ziekenhuisbreed uitgerold.
- 2 Lijnen worden reeds gelabeld, de PCA lijn wordt vanuit de operatiekamer met een speciale kleurensticker gemarkeerd.
- 3 Het belang van dubbelcheck wordt op de afdeling besproken. Daarnaast wordt gekeken of overdracht aan het bed kan helpen bij risicoreductie van medicatie-incidenten.



Personen op de foto zijn niet gerelateerd aan calamiteiten.



## Bijlage 1

# Calamiteit en calamiteitenonderzoek

Personen op de foto zijn niet gerelateerd aan calamiteiten.

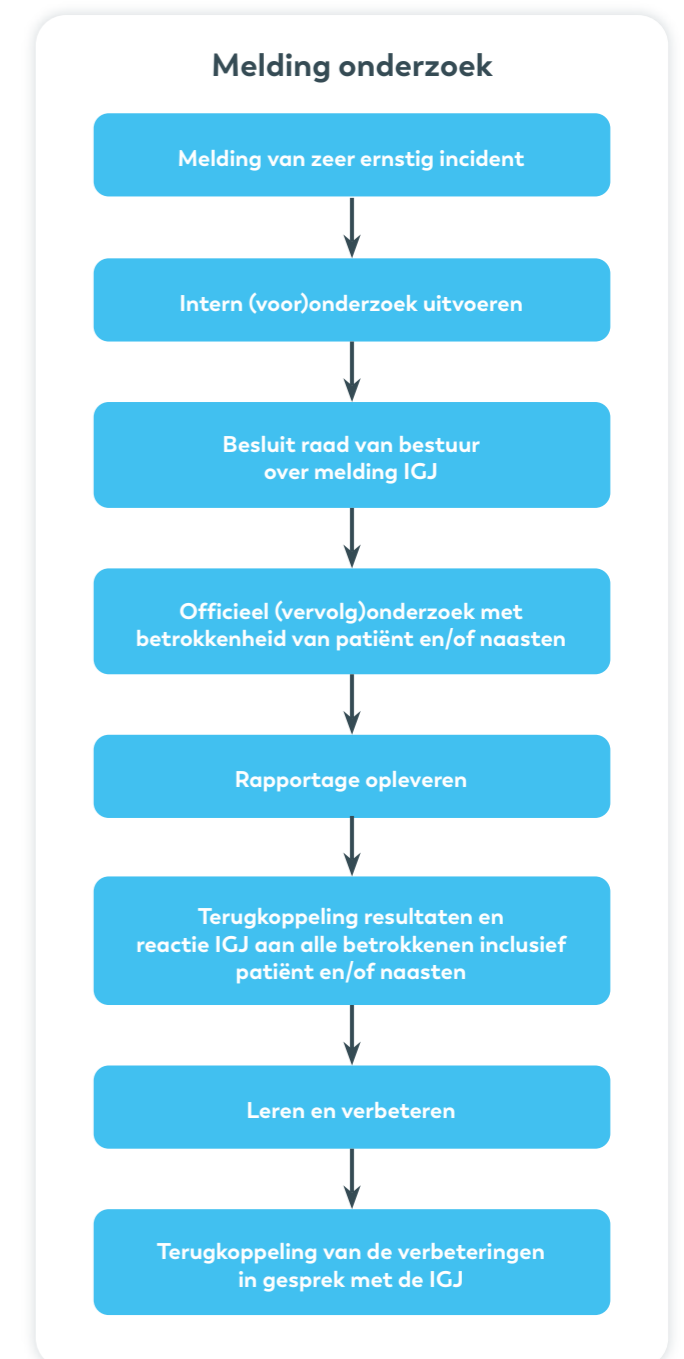
Binnen de Santeon ziekenhuizen is het de afspraak dat medewerkers alles melden wat mogelijk een calamiteit kan zijn. Een melding kan ook vanuit de patiënt of naasten komen.

## Calamiteit en calamiteitenonderzoek

Bij een calamiteit is iets misgegaan in de zorg met ernstige gevolgen voor de patiënt. Het herkennen van een calamiteit is niet altijd makkelijk. In een ziekenhuis overlijden soms patiënten aan hun ziekte of er treden complicaties op tijdens het behandelproces. Bij een complicatie is de zorg goed gedaan (er is volgens de richtlijnen/ professionele standaard gewerkt), maar is er wel een onbedoelde of ongewenste uitkomst. Hoe weet je of er echt iets mis is gegaan? En wanneer vinden we de gevolgen zo ernstig dat er een calamiteitenonderzoek moet plaatsvinden?

Het is belangrijk om dit goed in te schatten, want ziekenhuizen moeten calamiteiten melden bij de IGJ, om zo tot kwaliteitsverbetering te komen. Dit is wettelijk vastgelegd in de Wkkgz (Wet kwaliteit klachten en geschillen in de zorg). Binnen de Santeon ziekenhuizen is het de afspraak dat medewerkers alles melden wat mogelijk een calamiteit kan zijn. Een melding kan ook vanuit de patiënt of naasten komen. De Santeon ziekenhuizen hebben deskundigen in huis die meteen actie ondernemen om te beoordelen of er sprake is van een calamiteit. Is dat zo, dan meldt het ziekenhuis dit bij de IGJ.

Na de melding voert een onderzoekscommissie bestaande uit diverse deskundigen een uitgebreid onderzoek uit. Dit doen ze volgens een vastgestelde methode. Het ziekenhuis stuurt voorheen een kopie van het onderzoeksrapport naar de IGJ. Inmiddels is de werkwijze bij nagenoeg alle Santeon ziekenhuizen veranderd, aangezien niet het rapport wordt verstuurd, maar een reflectiebrief namens de Raad van Bestuur. Dit wordt nader toegelicht onder 'Beoordeling calamiteitenonderzoek door de IGJ'. De IGJ beoordeelt of het onderzoek goed is uitgevoerd. Soms heeft de IGJ nog aanvullende vragen en wordt het rapport alsnog opgevraagd. Ook kan de IGJ besluiten het onderzoek (voor een deel) zelf over te doen.





## Bijlage 2

### Samenwerking binnen Santeon



# Samenwerking binnen Santeon

Binnen Santeon werken de zeven ziekenhuizen samen rondom calamiteitenonderzoek. De ziekenhuizen wisselen ervaringen en voorbeelden van calamiteitenonderzoeken en goede verbetermaatregelen uit, kijken bij elkaar in de keuken en waarschuwen elkaar als er dingen misgaan die andere partijen moeten weten. Daarbij hebben we goede afspraken gemaakt over de betrouwbaarheid van de gegevens die we uitwisselen. Bovendien worden de onderzoeken altijd geanonimiseerd en worden nooit namen van betrokken patiënten of zorgverleners genoemd. Door op deze wijze samen te werken, verbeteren we de werkwijze bij calamiteitenonderzoeken en verbeteren we de zorgprocessen in alle zeven Santeon ziekenhuizen.

## Werkwijze bij onderzoek

De Santeon ziekenhuizen hebben afgesproken dat alle onderzoeksrapporten op dezelfde wijze zijn opgebouwd. Alle (geanonimiseerde) rapporten worden met elkaar gedeeld via een veilige database. Zo kunnen we van elkaars rapporten leren. Hoe de ziekenhuizen het onderzoek uitvoeren, kan verschillen. We hebben ervoor gekozen om dit niet altijd op precies dezelfde manier te doen. Het is heel belangrijk dat ieder onderzoek maatwerk is. Het moet passen bij wat er is gebeurd. Soms spreken we bijvoorbeeld alle zorgverleners tegelijk, soms iedereen apart.

De leden van de onderzoekscommissie zijn allemaal getraind in het doen van onderzoek. Diverse methodieken kunnen hiervoor worden gebruikt. Binnen Santeon maken we gebruik van de Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie (SIRE methodiek) en de Prevention and Recovery Information System for Monitoring and Analysis (PRISMA methode). Dit zijn analysemethodes die zorgen dat het onderzoek systematisch en grondig gebeurt.

De onderzoekers gebruiken altijd het dossier van de patiënt. Ze spreken met de (in)direct betrokken zorgverleners en de patiënt of diens naasten. En

lezen protocollen en andere kwaliteitsdocumenten. Op basis van al deze informatie bepaalt de onderzoekscommissie wat er precies is gebeurd en of er iets mis is gegaan. Ze onderzoeken ook wat de oorzaken zijn geweest en hoe herhaling in de toekomst kan worden voorkomen.

## Vooronderzoek

De ziekenhuizen mogen na een incident zes weken de tijd nemen om uit te zoeken wat er gebeurd is en of er mogelijk sprake is van een calamiteit. We noemen dit een vooronderzoek. Hoe de ziekenhuizen deze vooronderzoeken uitvoeren verschilt. Daarom delen we onze ervaringen met vooronderzoek onderling om te leren van elkaar. Sommige ziekenhuizen voeren bijvoorbeeld altijd een vooronderzoek uit voordat ze een melding doen bij de IGJ. Andere ziekenhuizen doen ook meldingen zonder eerst vooronderzoek te doen.

## Hulp bij het doen van onderzoek

Normaal voert ieder ziekenhuis zijn eigen onderzoek uit met zijn eigen deskundigen op het gebied van calamiteitenonderzoek. Maar soms is een onderzoek heel erg ingewikkeld of is er behoefte aan speciale expertise. Er kan dan een deskundige uit een ander Santeon-ziekenhuis worden gevraagd om te helpen bij het onderzoek.

## Betrokkenheid van de patiënt

Bij elk onderzoek vragen we de patiënt of naasten of zij bij het onderzoek betrokken willen zijn. Er wordt dan een interview gehouden waarin de patiënt of naasten kunnen vertellen wat er is gebeurd. Ze kunnen ook aangeven waar ze vragen over hebben. Vaak hebben patiënten of naasten het gevoel dat er iets is misgegaan, maar ze weten niet precies wat. Het is van het grootste belang dat we weten welke vragen bij hen leven, dan kunnen we daar in het rapport of het eindgesprek op in gaan. Ook leren we als ziekenhuizen veel van deze gesprekken. We horen hoe onze zorg is ervaren. Of we krijgen nieuwe informatie die niet in het dossier stond. Ook denken patiënten en naasten mee over mogelijke verbetermogelijkheden. De meeste

patiënten en naasten vinden het fijn om bij het onderzoek betrokken te zijn. Maar niet iedereen wil of kan dit. De keuze ligt bij hen. Ook zijn er soms geen mogelijkheden om naasten te betrekken of zijn er andere overwegingen om hen dit niet te vragen. Als dit zo is wordt dit altijd onderbouwd en uitgelegd in de calamiteitenrapportage. Indien mogelijk wordt dit rapport wel altijd aan de patiënt of naasten teruggekoppeld, ook als zij niet betrokken zijn geweest bij het onderzoek.

Als er ondersteuning of begeleiding voor de patiënt of naasten nodig is, bekijken we welke steun we kunnen bieden. In elk ziekenhuis zijn er functionarissen aangewezen die vanuit hun onafhankelijke rol de patiënten en hun naasten ondersteunen bij het onderzoek. Denk dan aan het bieden van een luisterend oor of het begeleiden bij het contact met de zorgverleners. Na afloop van het onderzoek worden de onderzoeksresultaten met de patiënt en/of de naasten besproken, als zij hebben aangegeven dit te willen.

## Ondersteuning aan zorgprofessionals

Betrokken zorgverleners die te maken krijgen met een calamiteit ervaren vaak een gevoel van zelfverwijt. Zij vragen zich af of ze iets hebben gemist of iets hadden moeten doen om dit te voorkomen. Ook voor hen is in de ziekenhuizen opvang geregeld (door bijvoorbeeld peer support of het Bedrijfs Opvang Team). Hier kunnen ze altijd een beroep op doen. Ze moeten weer veilig en vol zelfvertrouwen hun werk kunnen doen. Het helpt bij de verwerking om duidelijkheid te hebben over waarom iets niet goed is gegaan.

## Verbetermaatregelen

Uit het onderzoek blijkt wat er is gebeurd en waarom dit zo heeft kunnen lopen. Op basis van deze oorzaken, stellen de betrokkenen in het ziekenhuis een verbeterplan op. Hierin staan maatregelen die herhaling van de calamiteit zoveel mogelijk moeten voorkomen. De maatregelen kunnen betrekking hebben op de werkwijze van

bepaalde vakgroepen of voor het hele ziekenhuis gelden. Dit kunnen grote veranderingen zijn, die veel tijd kosten om in te voeren. Maar soms zijn er ook kleine aanpassingen die de zorg toch veel veiliger maken. Sommige calamiteiten worden besproken in een ziekenhuisbrede bijeenkomst met artsen en andere zorgprofessionals, zodat iedereen ervan kan leren.

## Leren van elkaars calamiteitenonderzoek binnen Santeon

Sinds 2010 komen deskundigen in calamiteitenonderzoek uit de Santeon ziekenhuizen twee keer per jaar bij elkaar. Dit doen we om van elkaar te leren en de kwaliteit en veiligheid van de zorg te verbeteren. De Santeon ziekenhuizen overleggen met elkaar over geschikte verbetermaatregelen. En we helpen elkaar bij die verbeteringen, door bij elkaar te gaan kijken of documenten met elkaar te delen. Dit vraagt om vertrouwen in elkaar en openheid.

Er zijn vaste bespreekpunten, zoals:

- Het aantal calamiteitenmeldingen en vooronderzoeken
- Ervaringen met calamiteitenonderzoek; wat gaat goed, wat kan beter?
- Ervaringen met opvang van patiënten en naasten
- Ervaringen met opvang van zorgprofessionals
- Verdieping op onderdelen waar extra aandacht nodig is
- Gericht 'waarschuwingen' uitwisselen waar de collega-ziekenhuizen van kunnen leren
- Zijn er onderwerpen die vaker voorkomen in de meldingen? Dan zoeken we dit uit en kijken of we kunnen leren van elkaar en hierin gezamenlijk kunnen optrekken.

## Colofon

### Tekst en redactie

Namens de werkgroep  
Santeon Alert Systeem (SAS):

Elles Neutkens  
Marieke Holtslag  
Ton Claessen  
Carla Veldkamp  
Debbie Eijgensteijn

### Vormgeving

Telvorm grafische vormgeving

### Fotografie

Beeldbank Santeon

### © Santeon 2022

Publicatie: juni 2022  
Alle rechten voorbehouden

### Meer informatie

Santeon  
Herculesplein 38  
3584 AA Utrecht  
info@santeon.nl  
+31 30 25 24 180  
www.santeon.nl

Santeon is een samenwerking van zeven topklinische ziekenhuizen. Samen zetten we ons in voor betere zorg in onze ziekenhuizen en in heel Nederland. Dat doen we door bij elkaar in de keuken te kijken, van elkaar te leren en continu te verbeteren.

Kijk voor meer informatie op [santeon.nl](http://santeon.nl)



Santeon Utrecht, [www.santeon.nl](http://www.santeon.nl)

Canisius Wilhelmina Ziekenhuis Nijmegen · Catharina Ziekenhuis Eindhoven

Maasstad Ziekenhuis Rotterdam · Martini Ziekenhuis Groningen

Medisch Spectrum Twente Enschede · OLVG Amsterdam

St. Antonius Ziekenhuis Utrecht/Nieuwegein