

Mogelijke calamiteit? Santeon leert en verbetert!

Jaarpublicatie calamiteitenonderzoek
in de Santeon ziekenhuizen 2020



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



Santeon Utrecht, www.santeon.nl

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

Inhoud

4	Inleiding
5	Calamiteit en calamiteitenonderzoek
6	Praktijkvoorbeeld casus 1
8	Afspraken binnen Santeon
12	Praktijkvoorbeeld casus 2
15	Wat hebben we geleerd in 2020?
16	Voorbeelden van behandelde onderwerpen
17	Verbetermaatregelen
18	Praktijkvoorbeeld casus 3
20	Waarschuwingen
21	Wat is er te verwachten in 2021
22	Calamiteitenonderzoek 2020 in cijfers
24	Praktijkvoorbeeld casus 4



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 406.000 patiënten opgenomen. Er werken 33.800 medewerkers. Hoewel onze zorgprofessionals hun uiterste best doen om goede zorg te bieden, kan er soms 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 kunnen 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 dit verslag geven we openheid over hoe we samenwerken op dit onderwerp in de zeven Santeon ziekenhuizen. 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. Veel mensen hebben moeite als dit zomaar door vreemden gelezen kan worden. Wel geven we in deze jaarpublicatie vier voorbeelden van calamiteiten die in 2020 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.

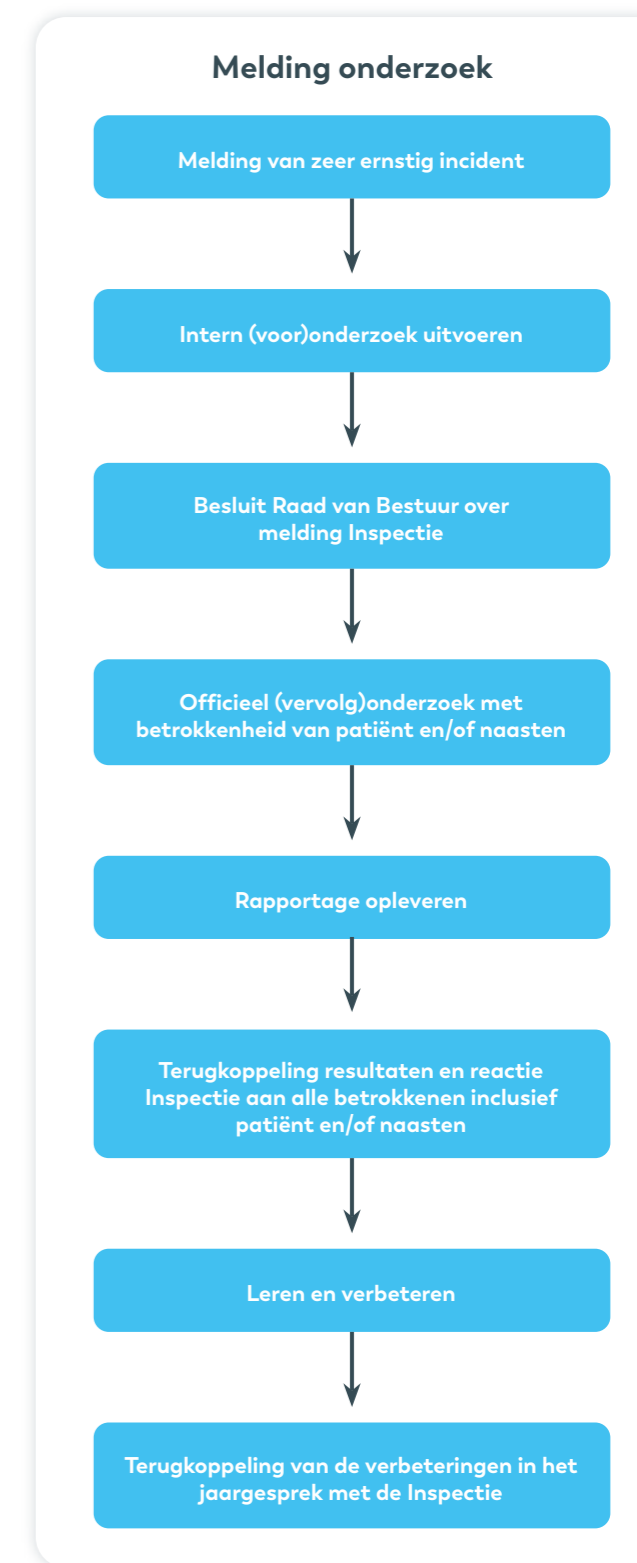
Verder geven we niet alleen in woord maar ook in getal inzicht in calamiteitenonderzoeken. Zo ontstaat een beter beeld wat er in het bijzondere jaar 2020, waarin corona centraal stond, is onderzocht. Santeon vindt het belangrijk om te laten zien hoe de ziekenhuizen samenwerken en hoe we leren en verbeteren, dus wat er met de resultaten van het calamiteitenonderzoek gebeurt. Daarin proberen we u zo veel mogelijk mee te nemen.

Calamiteit en calamiteitenonderzoek

Bij een calamiteit is er 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. 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 Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (voortaan noemen we dit 'de Inspectie'), om zo tot kwaliteitsverbetering te komen. Dit is wettelijk vastgelegd in de Wkkgz. Daarom vragen de Santeon ziekenhuizen aan alle medewerkers in het ziekenhuis om alles te melden wat misschien een calamiteit is. Ook als ze niet zeker zijn of het een calamiteit is. De Santeon ziekenhuizen hebben deskundigen in huis die meteen actie ondernemen om te beoordelen of er sprake kan zijn van een calamiteit. Is dat zo, dan meldt het ziekenhuis dit bij de Inspectie.

Na de melding voert een onderzoekscommissie bestaande uit diverse deskundigen een uitgebreid onderzoek uit. Dit doen ze volgens een vastgestelde methode. Het ziekenhuis stuurt een kopie van het onderzoeksrapport naar de Inspectie. De Inspectie beoordeelt of het onderzoek goed is uitgevoerd. Soms heeft de Inspectie nog aanvullende vragen. Ook kan de Inspectie besluiten het onderzoek (voor een deel) zelf over te doen.



Calamiteitenonderzoek

Casus 1. Baby met allergische reactie naar kinder intensive care (PICU)

Wat is er gebeurd?

Een baby wordt met een virusontsteking van de bovenste luchtwegen, een verminderd zuurstofgehalte in het bloed en in diepe slaap overgenomen van de SEH van een universitair centrum. Gedacht wordt aan "viral induced wheezing" (een door virussen veroorzaakt hoesten, benauwdheid en piepen). Er wordt een behandeling gestart met zuurstof en vernevelen met medicatie. Het kind blijft daarna stabiel, maar knapt niet echt op en blijft zuurstofbehoefstig. Op een röntgenfoto wordt een longontsteking vastgesteld.

Het kind is bekend met een anafylaxie (acute allergische reactie) voor koemelkeiwit. Na het eten van de avondmaaltijd ontstaat een benauwdheid met acute vermindering van het zuurstofgehalte in het bloed en een huiduitslag. De moeder geeft aan dat het kind een noten- en koemelkallergie heeft. Er wordt direct gestart met continu vernevelen van medicatie, waarna het zuurstofgehalte toeneemt. Echter blijft er sprake van matige ademhaling en fors piepen. Geconcludeerd wordt dat met name sprake is van een lage luchtweg probleem en niet zozeer van hoge luchtweg obstructie bij een acute allergische reactie. Het kind wordt overgeplaatst naar kinder intensive care (PICU) in een universitair centrum. Na behandeling in het universitair centrum herstelt het kind volledig en wordt in goede conditie ontslagen.

Wat is er niet goed gegaan?

Het kind is op vrijdag overgekomen vanuit een universitair centrum. Op de derde dag spreekt de diëtist een koemelk- en notenvrij dieet af. Het kind krijgt alle dagen flesjes kunstvoeding (een melkvoeding voor medisch gebruik, vanaf 6 maanden bij koemelkallergie), wat goed gaat. Op de vierde dag heeft het kind een allergische reactie kort na de warme maaltijd. De warme maaltijd wordt geanalyseerd door Allergeen Consult. Uit de analyse blijkt dat er een zodanige hoeveelheid

koemelkeiwit in het gerecht aanwezig is, dat er hoogstwaarschijnlijk koemelk in het gerecht terecht gekomen is. De hoeveelheid koemelk is groter dan zou zijn aangetroffen als er alleen sprake zou zijn van (geringe) sporen van koemelk.

Door een vergissing van één van de keukenmedewerkers is lactosevrije melk gebruikt in plaats van sojamelk. Bij het uitdelen van de maaltijd op de verpleegafdeling heeft het kind de voor hem bestemde maaltijd gekregen, maar heeft het voor hem gevaarlijke koemelkallergeen binnengekregen door een bij de bereiding gemaakte menselijke fout.

Wat doen we eraan?

- 1 Bij een kind met allergie voor enkele specifieke noten wordt notenallergie geregistreerd en wordt een voeding aangevraagd waarin geen enkele noot is verwerkt.
- 2 Bij kinderen met voedingsallergieën wordt geen gemengde groente aangevraagd om te voorkomen dat onverhoopt in een gemengde groente variant toch een ongewenst allergeen aanwezig is.
- 3 De werkinstructie betreffende de verschillende allergeenvrije diëten wordt opnieuw bij de werknemers onder de aandacht gebracht door de teamleider Centrale Keuken en Voedingsadministratie.
- 4 Wanneer keukenmedewerkers betrokken zijn bij de bereiding van maaltijden voor patiënten met een speciaal dieet in verband met voedingsallergieën worden de te gebruiken producten voorafgaand aan de bereiding gecontroleerd door een kok of door de teamleider Centrale keuken.
- 5 Er wordt een nieuw concept voor de maaltijdverstrekking ingevoerd. Daarbij worden alle producten (waaronder allergeenvrije producten) betrokken van externe leveranciers en zijn alle producten voor specifieke diëten op voorraad aanwezig.

Afspraken binnen Santeon

Binnen Santeon werken de zeven ziekenhuizen samen rondom calamiteitenonderzoek. De ziekenhuizen wisselen ervaringen en goede voorbeelden van calamiteitenonderzoeken uit, kijken bij elkaar in de keuken en waarschuwen elkaar als er dingen misgaan die zij en andere partijen moeten weten. Daarbij hebben we goede afspraken gemaakt over de vertrouwelijkheid van de gegevens die we uitwisselen. Bovendien worden de onderzoeken altijd geanonimiseerd en worden er 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 er voor 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 zorgverleners en de patiënt en/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 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 het doen van deze vooronderzoeken hebben ingericht verschilt. Daarom delen we onze ervaringen met vooronderzoek met elkaar en kunnen we van elkaar leren. Sommige ziekenhuizen voeren nu altijd een vooronderzoek uit voordat ze een melding doen bij de Inspectie. 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 ingaan. Ook leren we als ziekenhuizen veel van deze gesprekken. We horen hoe onze zorg is ervaren. Of we krijgen nieuwe informatie die niet in het dossier stond. Ook denken patiënten 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.

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 kennen 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 (ook wel 'peer support' genoemd). 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.

Calamiteitenonderzoek

Canisius Wilhelmina Ziekenhuis

Aanmeldingen bij Inspectie

Aantal meldingen bij Inspectie (Wkkgz)	12
--	----

Patiënt en/of naasten betrokken bij onderzoek

Patiënt/naaste is betrokken bij het onderzoek	12
Patiënt/naaste wil of kan niet betrokken worden bij het onderzoek	0
Patiënt/naaste is niet betrokken bij het onderzoek	0

Conclusie onderzoek

Geen calamiteit	1
Wel calamiteit	11
Onbepaald wel of geen calamiteit?	0

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. En het kunnen grote veranderingen zijn, die veel tijd kosten om in te voeren. Maar soms zijn er ook hele kleine aanpassingen die de zorg toch veel veiliger maken. Sommige calamiteiten worden besproken in een ziekenhuis brede bijeenkomst met artsen en andere zorgprofessionals, zodat iedereen er van 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. Alle Santeon ziekenhuizen schrijven het onderzoeksrapport in hetzelfde format, om zo de beste manier van rapporteren te

Calamiteitenonderzoek

St. Antonius Ziekenhuis

Aanmeldingen bij Inspectie

Aantal meldingen bij Inspectie (Wkkgz)	22
--	----

Patiënt en/of naasten betrokken bij onderzoek

Patiënt/naaste is betrokken bij het onderzoek	21
Patiënt/naaste wil of kan niet betrokken worden bij het onderzoek	1
Patiënt/naaste is niet betrokken bij het onderzoek	0

Conclusie onderzoek

Geen calamiteit	2
Wel calamiteit	18
Onbepaald wel of geen calamiteit?	2



bereiken. De Santeon ziekenhuizen overleggen met elkaar over wat geschikte verbetermaatregelen zijn. 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 (20-25 per jaar)
- 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.

Calamiteitenonderzoek

Catharina Ziekenhuis

Aanmeldingen bij Inspectie

Aantal meldingen bij Inspectie (Wkkgz)	19
--	----

Patiënt en/of naasten betrokken bij onderzoek

Patiënt/naaste is betrokken bij het onderzoek	12
Patiënt/naaste wil of kan niet betrokken worden bij het onderzoek	5
Patiënt/naaste is niet betrokken bij het onderzoek	2

Conclusie onderzoek

Geen calamiteit	8
Wel calamiteit	9
Onbepaald wel of geen calamiteit?	2

Calamiteitenonderzoek

Casus 2. Delay hartkatheterisatie (CAG)

Wat is er gebeurd?

De patiënte wordt door de internist-nefroloog naar de cardioloog verwezen voor screening in verband met voorbereiding voor een grote operatie. Zij heeft geen cardiologische klachten. Een echo van het hart en een hartfilmpje laten geen bijzonderheden zien. De patiënte heeft wel een verhoogd risico op hartproblemen vanwege een hoge bloeddruk, overgewicht en een te hoog cholesterol. Daarom wordt een nucleair cardiologisch onderzoek (MIBI-scan) uitgevoerd. Bij een MIBI scan wordt het hart door medicatie in een stresssituatie gebracht en kan door radioactieve vloeistof aangetoond worden of er voldoende doorbloeding van het hart is. Ondanks dat patiënt geen klachten had die verdacht waren voor onvoldoende doorbloeding (ischemie) of andere hartklachten, is een dergelijk onderzoek standaard binnen het screeningstraject voor de operatie die patiënte moest ondergaan.

De MIBI scan toont omkeerbare ischemie in een groot gebied van het hart. Daarom wordt een hartkatheterisatie aangevraagd, waarbij onderzocht zal worden of en waar er vernauwingen in de kransslagaders zitten. Ook wordt gestart met medicatie. De hartkatheterisatie wordt uiteindelijk gepland voor half juni, drie maanden na de aanvraag. De oproep hiervoor wordt een maand van tevoren aan de patiënte verzonden. Vlak na de oproep wordt de patiënte na hartstilstand buiten het ziekenhuis opgenomen op de intensive care, waar ze na een aantal dagen overlijdt wegens onherstelbare schade na de hartstilstand.

Wat is er niet goed gegaan?

Vanaf half maart is vanwege de COVID-19 epidemie het aantal patiënten dat onderzocht of behandeld kon worden op de hartkatheterisatie kamers (HCK's) verminderd naar ongeveer 30% van de gebruikelijke capaciteit. Door de beperking van de capaciteit is de wachttijd tijdelijk toegenomen. Bij patiënten

die ná het ingaan van de capaciteitsbeperking zijn aangemeld voor hartkatheterisatie is door een cardioloog beoordeeld wat de maximale tijd op de wachtlijst zou mogen zijn. Ook patiënten die vóór de capaciteitsbeperking aangemeld zijn en waarbij een maximale tijd op de wachtlijst was aangegeven zijn door de cardioloog beoordeeld.

De patiënte was aangemeld vlak voor de capaciteitsbeperking. Ze was aangemeld zonder maximale tijd op de wachtlijst. Dit was omdat ze geen klachten had en de aanwijzing voor ischemie gevonden was op screenend onderzoek bij voorbereiding op een grote operatie. Men ging ervan uit dat de CAG binnen twee tot drie weken (en maximaal vier weken) zou plaatsvinden, wat onder normale omstandigheden de gebruikelijke termijn is. Haar dossier is niet opnieuw beoordeeld om alsnog een maximale tijd af te spreken waarbinnen het onderzoek zou moeten plaatsvinden, maar is regulier ingepland op volgorde van binnenkomst. Of dat bij herbeoordeling, gezien het feit dat zij geen klachten had, anders geweest zou zijn is niet met zekerheid te zeggen. Gezien de uitkomst van de MIBI scan zou tijdens het screenen van het dossier gekozen kunnen zijn geweest om haar eerder op te roepen. Het is onwenselijk om bij deze patiënten langer dan vier weken te wachten, aangezien bij deze patiënten regelmatig problemen ontstaan ondanks dat ze (nog) geen klachten hebben.

Wat doen we eraan?

Er is uitgebreid onderzoek gedaan naar de wijze waarop dit heeft kunnen plaatsvinden en er is een aantal verbetermaatregelen ingevoerd:

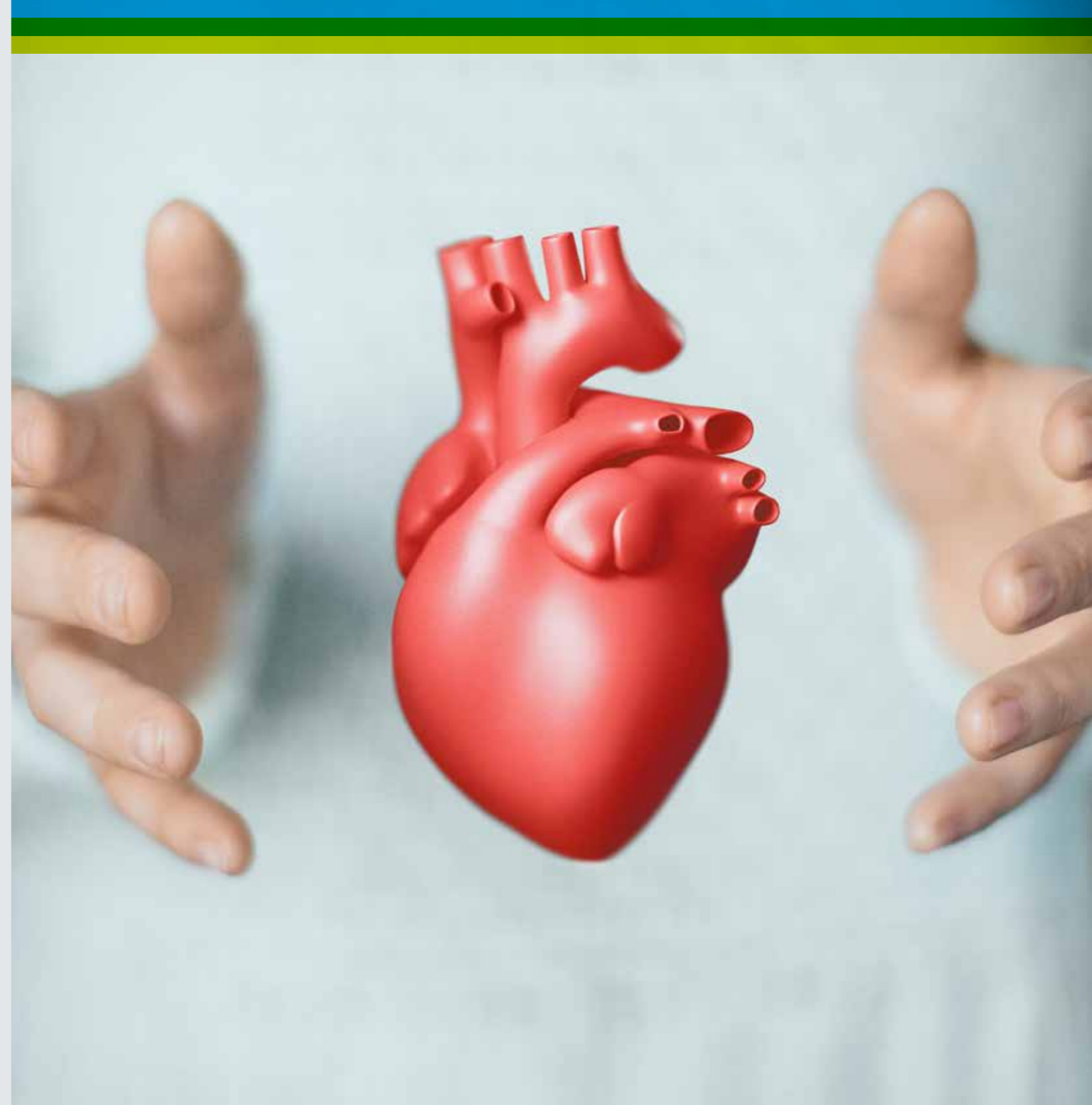
- 1 Maximale termijn benoemen bij alle aanvragen voor hartkatheterisatie. Bij de aanvraag voor de hartkatheterisatie is geen maximale termijn benoemd, omdat deze (in de normale situatie) eigenlijk altijd binnen maximaal vier weken

worden gepland. Door toch bij elke patiënt een maximale termijn te benoemen is het bij onvoorziene omstandigheden makkelijker te screenen op urgentie.

- 2 Het ontwikkelen van een goede werkwijze over hoe te handelen als een afspraak of onderzoek niet doorgaat, de wachttijd onverwacht langer duurt dan gepland of door een patiënt wordt afgezegd. Dit kan een extra vangnet vormen om

te voorkomen dat patiënten ongemerkt tussen wal en schip vallen.

- 3 Met patiënten bespreken hoe lang het ongeveer gaat duren voordat het onderzoek zal plaats vinden. En afspreken wat een patiënt moet doen als de termijn verstreken is. Ook dit kan een extra vangnet vormen, patiënten kunnen zelf contact opnemen als de planning langer duurt dan ze mogen verwachten.



Wat hebben we geleerd in 2020?

Door regelmatig bijeenkomsten te organiseren en uit te wisselen leren we met elkaar meer en pakken we de juiste zaken aan die op dat moment spelen. Of door gerichte video opnames en interviews te gebruiken waarin medewerkers en patiënten of naasten delen wat de calamiteit en het onderzoek ernaar met hen heeft gedaan.

Leren van elkaar: hoe te leren en verbeteren na calamiteiten

In 2020 hebben we in kaart gebracht hoe er intern in elk ziekenhuis van calamiteitenonderzoek wordt geleerd. En hoe we concreet verbeteren na calamiteitenonderzoek. Hierbij komen punten aan de orde als:

- hoe deel je ziekenhuisbreed de resultaten van calamiteitenonderzoek
- hoe kom je tot goede verbetermaatregelen en hoe volg je die op
- hoe reflecteer je op uitkomsten van calamiteitenonderzoek
- hoe kom je tot afdeling overstijgend en tot ziekenhuisbreed leren.

Elk ziekenhuis heeft een keuze gemaakt welke leerpunten uit een ander Santeon ziekenhuis in het eigen ziekenhuis over worden genomen. Zo zijn er meerdere ziekenhuizen die de verbetermaatregelen gaan volgen in een digitaal systeem. Op die manier is breed in de organisatie zichtbaar welke verbetermaatregelen er zijn genomen, maar ook hoe de uitvoering verloopt en wat de maatregel heeft opgeleverd.

Ook zijn er afspraken gemaakt om de verbetermaatregelen breder in de organisatie te verspreiden. Om zo de geleerde lessen en verbetermaatregelen dichterbij de medewerkers, die niet direct betrokken waren, te brengen. Zo kijk je naar het bredere plaatje en stel je de vraag of we het risico lopen dat hetzelfde kan gebeuren in andere situaties. Door regelmatig bijeenkomsten te organiseren en uit te wisselen leren we met elkaar meer en pakken we de juiste zaken aan die op dat moment spelen. Of door gerichte video opnames en interviews te gebruiken waarin medewerkers en patiënten of naasten delen wat de calamiteit en het onderzoek ernaar met hen heeft gedaan. Dat maakt dat er nog meer begrip komt voor het effect van een calamiteit. In 2021 worden deze leerpunten uitgevoerd en binnen de werkgroep calamiteiten van Santeon koppelen we de voortgang en de resultaten terug. Zo brengen we als Santeon het

leren en verbeteren naar een aantoonbaar hoger plan.

Evaluatie van het calamiteitenonderzoek met patiënten en naasten

We zijn benieuwd hoe patiënten en hun naasten het calamiteitenonderzoek ervaren en hoe we ook als ziekenhuis kunnen leren. In 2020 hebben twee Santeon ziekenhuizen na afloop van het calamiteitenonderzoek aan patiënten en naasten die bij onderzoeken betrokken zijn geweest een vragenlijst aangeboden. De vragenlijst is in de tweede helft van 2018 ontwikkeld in een van de Santeon ziekenhuizen. In 2020 is deze vragenlijst samen met een universiteit waarmee wordt samengewerkt geëvalueerd en aangepast. Niet alle betrokkenen hebben de behoefte om de vragenlijst invullen. Zij kunnen ook mondeling hun feedback geven aan het ziekenhuis en een groot deel heeft dat gedaan.

In 2020 heeft een tiental patiënten en/of naasten hun ervaringen gedeeld door de vragenlijst in te vullen. Het bleek goed zicht te geven op hoe deze kleine groep patiënten het onderzoek en het gebeurde heeft ervaren. Dit onderzoek is nog in ontwikkeling en we willen meer ervaring opdoen met dit evaluatieonderzoek. Daarom gaan we in 2021 met drie Santeon ziekenhuizen verder om terugkoppeling te krijgen en onze werkprocessen daar waar het aan de orde is te verbeteren. Ook hebben andere ziekenhuizen interesse getoond in de vragenlijst en is deze in enkele ziekenhuizen geïmplementeerd of er zijn plannen om dit te gaan doen.

Beoordeling Inspectie

De Inspectie heeft uitgesproken veel vertrouwen te hebben in de wijze waarop we als Santeon ziekenhuizen het calamiteitenonderzoek uitvoeren en daarbij ook van elkaar leren. Over het algemeen wordt de conclusie van de onderzoekscommissie door de Inspectie overgenomen, waarbij af en toe eerst nog aanvullende vragen worden gesteld. Ook de reacties van de Inspectie delen we met elkaar en bespreken we in het gezamenlijk overleg, zodat we ook daar onderling van kunnen leren.

Voorbeelden van behandelde onderwerpen

Gemiste diagnose

Dit is een onderwerp dat regelmatig terugkomt, ook landelijk zien we dat beeld. Elk ziekenhuis heeft elk jaar wel een 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. Daarom hebben we in één ziekenhuis op een hele nieuwe manier naar het werkproces gekeken. Door niet te kijken naar wat er fout gaat maar vooral naar hoe het komt dat het proces meestal wel goed gaat. Daar leren we van en nemen we maatregelen om ervoor te zorgen dat het nóg vaker goed gaat. Voorbeelden daarvan zijn het verminderen van het aantal verstoringen tijdens het verslaan van een foto. En het gebruik maken van een gestructureerde verslaglegging met vaste onderdelen die beschreven moeten worden. Een aantal andere ziekenhuizen heeft hun werkproces stap voor stap doorgenomen op

mogelijke risico's. Alle kennis die is opgedaan is met de andere ziekenhuizen gedeeld.

Stollingsbeïnvloedende medicatie en beleid

Bij een aantal calamiteiten is stollingsbeïnvloedende medicatie betrokken. Dit zijn geneesmiddelen die de stolling van het bloed beïnvloeden, zoals bloedverdunners. Artsen schrijven dit voor om trombose of een embolie (bloedprop) te voorkomen. Tegelijk willen ze het risico op een bloeding niet te groot maken. Deze risicoafweging is soms lastig te maken, wat weegt het zwaarst? Als beide risico's spelen, neemt de arts samen met de patiënt een weloverwogen besluit. In 2018-2019 hebben we dit onderwerp opgepakt naar aanleiding van calamiteiten. Verschillende professionals van Santeon die hiermee te maken hebben, hebben zich verenigd en weten elkaar makkelijk te vinden. Zij delen procedures, documenten, scholingsmateriaal en werken samen. Hierbij maken ze gebruik van elkaars ervaring, bijvoorbeeld om een stollingsteam (S-team) op te zetten en dit optimaal te laten functioneren. In 2020 heeft dit een vervolg gekregen en zoeken ze elkaar op waar nodig.

COVID-19 pandemie

Het jaar 2020 stond in de ziekenhuizen en daarbuiten in het teken van de COVID-19 pandemie. Veel reguliere zorg werd uitgesteld en de ziekenhuizen moesten heel flexibel omgaan met de inzet van hun mensen en middelen. De ziekenhuizen hebben met elkaar besproken of er hierdoor meer, of andere soorten incidenten en calamiteiten hebben plaatsgevonden. Dat bleek niet zo te zijn. Er zijn niet veel calamiteiten gemeld die een relatie bleken te hebben met de zorg voor patiënten met corona. Een van de risico's die we met elkaar hebben gedeeld was het feit dat patiënten een hoger risico lopen om te vallen omdat ze in isolatie liggen en er daardoor minder toezicht is door de verpleegkundigen. De oplossingen die de ziekenhuizen daarvoor bedacht

hebben, zoals het plaatsen van vensterglas in de deuren van de isolatiekamer, bij isolatie het bed zo neer te zetten dat de patiënt vanuit de gang zichtbaar is voor de zorgverleners en het gebruiken van babyfoons, camera's en andere hulpmiddelen bij valpreventie hebben we met elkaar gedeeld.

Calamiteitenonderzoek

Martini Ziekenhuis

Aanmeldingen bij Inspectie

Aantal meldingen bij Inspectie (Wkkgz)	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	5
Wel calamiteit	9
Onbepaald wel of geen calamiteit?	0

Calamiteitenonderzoek

Maasstad Ziekenhuis

Aanmeldingen bij Inspectie

Aantal meldingen bij Inspectie (Wkkgz)	8
--	---

Patiënt en/of naasten betrokken bij onderzoek

Patiënt/naaste is betrokken bij het onderzoek	4
Patiënt/naaste wil of kan niet betrokken worden bij het onderzoek	1
Patiënt/naaste is niet betrokken bij het onderzoek	3

Conclusie onderzoek

Geen calamiteit	5
Wel calamiteit	2
Onbepaald wel of geen calamiteit?	1

Verbetermaatregelen

Voorbeelden van verbetermaatregelen die naar aanleiding van onderzoeken uit 2020 zijn genomen binnen een of meerdere Santeon ziekenhuizen zijn:

- Het protocol rondom antistollingsmedicatie is verbeterd en vereenvoudigd, waardoor het voor artsen veel overzichtelijker is geworden.
- Het ziekenhuis belt vanaf een telefoon met waarbij het nummer van het ziekenhuis zichtbaar is in plaats van een anoniem ziekenhuisnummer. Het blijkt dat patiënten minder vaak opnemen als er met een anoniem nummer wordt gebeld. De communicatie verloopt beter als een patiënt een telefoonnummer in beeld heeft en eventueel terug kan bellen.
- Software van de machine in het Klinisch Laboratorium is aangepast zodat enzymbepalingen waarbij de uitslag extreem hoog is, worden voorzien van een waarschuwing.
- Alle reanimatiekarren worden op eenzelfde

manier ingedeeld en worden op een vast tijdstip gecontroleerd en bijgevoerd.

- Er is een vaste plaats afgesproken voor specifieke buisjes voor bloedafname op de verloskamers, zodat de verpleegkundige niet hoeft te zoeken.
- Verpleegkundigen kunnen voortaan zelf logopedie inschakelen als dit nodig lijkt, bijvoorbeeld bij slikproblemen.
- Er zijn nieuwe nachtkastjes besteld met een rem en slimme bedden met een functionaliteit om vallen te voorkomen.
- Het planningsproces voor het maken van echo's van het hart is verbeterd waardoor de wachtlijsten zijn afgenomen.
- In de database van de landelijke pathologie verslagen (PALGA) is een extra waarschuwingssignaal ingebouwd zodat de patholoog en de aanvragend arts bij bepaalde waarden gewaarschuwd worden dat er een vervolgonderzoek nodig is.

Calamiteitenonderzoek

Casus 3. Medicatieverwisseling

Wat is er gebeurd?

De patiënte wordt opgenomen voor de behandeling van koorts bij een positieve bloedkweek (bloed besmet met een bacterie) en krijgt antibiotica toegediend middels een spuitpomp. Tijdens een verwisseling van de spuit wordt een spuit morfine aangesloten in plaats van antibiotica. De patiënte krijgt 50 mg morfine toegediend waarna ze suf wordt en een (tijdelijke) verlaging van de ademhaling optreedt. De patiënte wordt kortdurend ter observatie overgeplaatst naar de intensive care waar een medicijn om de morfinewerking tegen te gaan wordt toegediend. Ze herstelt hierdoor goed.

Wat is er niet goed gegaan?

Wanneer tijdens een hectisch verlopende dienst en overdrachtsmoment blijkt dat de spuit met antibiotica leeg is en een nieuwe spuit aangesloten moet worden, wordt door de verpleegkundige een nieuwe, door de apotheek aangeleverde medicatiespuit gepakt uit de medicatie (koel) kast. De verpleegkundige kijkt op dat moment naar het etiket van de spuit, waarbij het de verpleegkundige niet opvalt een spuit met morfine in handen te hebben. De patiënt krijgt per abuis morfine toegediend in plaats van de benodigde antibiotica. Bij het toedienen van een nieuwe spuit moet altijd een controle plaatsvinden door een tweede verpleegkundige en een controle via het elektronisch patiëntendossier (EPD). De uitvoering van de tweede controle bij het wisselen van de spuit is in deze casus uiteindelijk niet vastgelegd in het EPD. Er is niet te achterhalen wat de precieze reden daarvan is. Alle controlestappen in het toedienproces worden normaal door één en dezelfde collega doorlopen samen met een collega. Tijdens het overdrachtsmoment was sprake van een

hectische situatie waardoor deze tweede controle bij de patiënte anders is verlopen en de controle niet volgens protocol is uitgevoerd.

Normaal gesproken worden tijdens een dienstoverdracht, bijvoorbeeld van dag- naar avonddienst, de pompstanden gecontroleerd inclusief de namen van de medicamenten die op de spuitpomp staan. Controle of de naam overeenkomt met het medicament in de spuit zelf, wordt enkel gecontroleerd bij het aanhangen van een nieuwe spuit. In het bestaande protocol stond niet expliciet vastgelegd dat naast de pompstanden ook het medicament in de spuitpomp gecontroleerd moest worden. Om te controleren wat er op de spuit zelf staat, moet het klepje van de spuitpomp worden geopend. Dit klepje werd niet standaard geopend om het etiket te lezen op de spuit.

Wat doen we eraan?

- 1 Om ervoor te zorgen dat een risicovolle handeling in rust en zonder verstoringen plaats kan vinden, is de volgende ziekenhuis brede afspraak gemaakt en geïmplementeerd: spuitpompstanden worden in principe niet meer verwisseld tijdens overdrachtsmomenten.
- 2 De casus is besproken op de betrokken verpleegafdeling waarbij de focus lag op het belang van onderlinge communicatie en afstemming ten aanzien van het (laten) uitvoeren van een tweede controle bij toediening van medicatie.
- 3 In het protocol rondom controles van pompstanden is opgenomen dat naast de pompstanden ook het medicament gecontroleerd moet worden dat in de spuit zit om een volledige controle te borgen.

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 bijeenkomsten twee keer per jaar. 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. Het gaat dan om onderzoeken die hebben geleid tot heel concrete verbetermaatregelen, zoals:

- In een ziekenhuis bleek een wondinfectie veroorzaakt te zijn door boorgruis dat achter bleef bij een operatie. Met de andere ziekenhuizen, de fabrikant en de Inspectie is dit risico en om welk type boor het ging gedeeld. De andere ziekenhuizen zijn nagegaan of dit type ook bij hen werd gebruikt en hebben hier zo nodig actie op ondernomen.
- Bij een poliklinische patiënt werd bloedonderzoek gedaan. Toen de uitslag bekend werd bleek er een waarde te zijn die levensbedreigend was en waarvoor de patiënt direct behandeld zou moeten worden. De patiënt was echter al niet meer in het ziekenhuis en de artsen konden hem niet bereiken. Het ziekenhuis heeft een stappenplan gemaakt hoe in dit soort situaties te handelen, andere ziekenhuizen hebben dit overgenomen en/of het verwerkt in hun eigen werkwijze.

Calamiteitenonderzoek

Medisch Spectrum Twente

Aanmeldingen bij Inspectie

Aantal meldingen bij Inspectie (Wkkgz)	21
--	----

Patiënt en/of naasten betrokken bij onderzoek

Patiënt/naaste is betrokken bij het onderzoek	17
Patiënt/naaste wil of kan niet betrokken worden bij het onderzoek	4
Patiënt/naaste is niet betrokken bij het onderzoek	0

Conclusie onderzoek

Geen calamiteit	8
Wel calamiteit	11
Onbepaald wel of geen calamiteit?	2

Wat is er te verwachten in 2021?

Naast de dingen die we altijd doen, pakken we elk jaar ook bepaalde onderwerpen op. In 2021 zijn dat:

- Het aantal patiënten en naasten dat na afloop van het calamiteitenonderzoek hun ervaringen laten weten door een vragenlijst in te vullen wordt groter in 2021. Een 3e Santeon ziekenhuis gaat met de ontwikkelde vragenlijst werken om de mening en adviezen van patiënten en naasten terug te horen. Uitkomsten van de evaluaties en aanbevelingen worden geanonimiseerd gedeeld met alle Santeon ziekenhuizen. Zo leren we van elkaar wat patiënten en naasten belangrijk vinden en kunnen we ons calamiteitenonderzoek verbeteren.
- In 2020 hebben we onderzocht hoe elk ziekenhuis zoveel mogelijk leert van calamiteitenonderzoek. Wat doet elk ziekenhuis om de leerlessen en de verbetermaatregelen van het calamiteitenonderzoek zo breed mogelijk om de aandacht te brengen? Dit leidde tot een heel mooi en inspirerend overzicht. Ieder ziekenhuis heeft voor zichzelf een keuze gemaakt waardoor zij het leervermogen kunnen vergroten. En als we dit uitwisselen kunnen we dat ook binnen Santeon doen. De ervaringen en leerpunten die daar uit gaan komen worden

in 2021 verder samen opgepakt. Binnen de werkgroep calamiteiten van Santeon koppelen we de voortgang en de resultaten terug.

Calamiteitenonderzoek

OLVG

Aanmeldingen bij Inspectie

Aantal meldingen bij Inspectie (Wkkgz)	10
--	----

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	0
Patiënt/naaste is niet betrokken bij het onderzoek	1

Conclusie onderzoek

Geen calamiteit	4
Wel calamiteit	6
Onbepaald wel of geen calamiteit?	0



Calamiteitenonderzoek

Casus 4. Nabloeding na een operatieve ingreep en te veel antistolling

Wat is er gebeurd?

Een patiënt komt voor een operatieve ingreep. Hij heeft een mechanische hartklep en gebruikt daarvoor antistollingsmedicatie (acenocoumarol) om trombose te voorkomen. De arts besluit de acenocoumarol te stoppen voor de operatie. Omdat het risico om trombose te krijgen als hoog wordt ingeschat, adviseert hij tijdelijk antistollingspuitjes te gebruiken die de patiënt zelf kan toedienen. De antistolling wordt dan 'overbrugd' met antistollingsspuitjes (in vaktermen LMWH). De operatie verloopt zonder complicaties. Enkele dagen nadat de patiënt thuis is, ontstaat een forse nabloeding, waarvoor hij een week moet worden opgenomen. Na een aantal poliklinische controles wordt de ziekenhuiszorg voor de patiënt afgerond uiteindelijk zonder blijvende schade.

Wat is er niet goed gegaan?

Meestal gaat de zorg voor deze patiënten goed. Bij deze patiënt zijn dingen niet gegaan zoals bedoeld. De patiënt heeft antistollings-spuitjes ter overbrugging gekregen, die hij bij nader inzien strikt genomen niet had hoeven hebben. Daarnaast is bij het voorschrijven van de bloedverdunnende medicatie per ongeluk een sterke concentratie voorgeschreven in plaats van een lage concentratie. Hierdoor heeft de patiënt voor en na de operatie te veel bloedverdunding gekregen. Er is een uitgebreid onderzoek uitgevoerd naar de achterliggende factoren die aan deze overdosering hebben bijgedragen. Wat begint met een voorschrijffout werkt door in de gehele opname en tot en met het eerste deel van de heropname. De volgende factoren spelen een rol:

- Overbruggen komt minder vaak voor en de voorschrijver dacht dat hij juiste beslissingen had genomen.
- Veelal worden patiënten met een mechanische hartklep overbrugd, maar er zijn situaties waarbij alleen het onderbreken van de

antistollingsmedicatie voldoende is. Dit bleek minder goed bekend te zijn.

- Bij het voorschrijven van antistollingsspuitjes bleek in het voorschrijfscherm van het elektronisch patiëntendossier (EPD) alleen de medicatie met de hoge concentratie in beeld te komen. Dit is de arts niet opgevallen.
- De anesthesioloog zag dat er voor de operatie antistollingsbeleid was afgesproken. En hij controleerde of de patiënt wist hoe de antistollingsspuitjes te gebruiken. De inhoudelijke keuzes en voorgeschreven medicatie zelf werden in deze situatie niet opnieuw beoordeeld.
- Bij het (her)starten van medicatie vindt er een medicatiecontrole plaats door de apotheek. De overdosering is hierbij niet gezien, ook niet bij de heropname. Op de 4e dag van de heropname viel de afwijkende dosering op.
- Zowel de voorschrijvend arts als de ziekenhuis-apotheek krijgen een algemene waarschuwing als er 2x daags een hoge concentratie van deze antistollingsspuitjes wordt voorgeschreven. Dit waarschuwingssignaal is zo algemeen en wordt veelvuldig getoond bij allerlei medicatie, waardoor de inhoud van de tekst niet meer opvalt en signaalmoetheid optreedt.

Wat doen we eraan?

- 1 De scholing en het inwerkprogramma voor nieuwe voorschrijvers over overbruggen bij antistollingsmedicatie zijn aangescherpt. Vraag waar nodig advies aan anesthesioloog of S-team.
- 2 Er zijn afspraken gemaakt over hoe de check op het afgesproken antistollingsbeleid en de antistollingsmedicatie door de anesthesiologen voorafgaand aan de operatie plaatsvindt.
- 3 Het Elektronisch Voorschrijfsysteem is door het ziekenhuis aangepast zodat bij het poliklinisch voorschrijven van antistollingsmedicatie alle

(LMWH) concentraties in het scherm worden getoond.

- 4 Er zijn aanpassingen gedaan en controles ingebouwd zodat overdosering van LMWH (bij tromboseprofylaxe bij de reguliere medicatiecontrole actief worden gecheckt door de ziekenhuisapotheek.
- 5 Er is melding gedaan bij de verantwoordelijke landelijke instanties, EPD-leverancier en de Inspectie, omdat een individueel ziekenhuis de instellingen van het elektronische patiënten-

Personen op de foto zijn niet gerelateerd aan calamiteiten.

dossier niet voldoende kan veranderen op het gebied van:

- Heldere omschrijving van medicatie en herkenbaarheid van specifieke kenmerken van het product.
- Heldere waarschuwingssignalen, deze zijn nu te vaag en worden niet consequent getoond. De Inspectie heeft actie ondernomen richting de EPD-leverancier om tot landelijke verbeteringen te komen.



Calamiteitenonderzoek Santeon 2020 in cijfers

In 2020 hebben de zeven Santeon ziekenhuizen 106 meldingen bij de Inspectie gedaan omdat er (mogelijk) sprake was van een calamiteit.

Wat kenmerkte deze 106 meldingen?



335

Vooronderzoeken door de Santeon ziekenhuizen



106

Meldingen bij Inspectie door de Santeon ziekenhuizen

Vooronderzoeken en meldingen bij Inspectie in 2020

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.

89 Patiënt/naaste is betrokken bij het onderzoek

11 Patiënt/naaste wil niet betrokken worden bij het onderzoek

6 Patiënt/naaste is niet betrokken bij het onderzoek

Type hoofdgebeurtenis (Inspectie-melding)



36

Onderzoek/
diagnostiek



13

Medicatie



29

Behandeling/
interventie



19

Operatief
proces



7

Verpleegkundige
zorg



2

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.



33

Geen calamiteit



66

Wel calamiteit



7

Onbepaald wel of
geen calamiteit

Colofon

Tekst en redactie

Namens de werkgroep
Santeon Alert Systeem (SAS):

Corinne Ardts
Marieke Holtslag
Ton Claessen
Karin Mulder-Dollekamp
Carla Veldkamp

Vormgeving

Telvorm grafische vormgeving

Fotografie

Beeldbank Santeon

© Santeon 2021

Publicatie: juni 2021
Alle rechten voorbehouden

Meer informatie

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

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

Kijk voor meer informatie op santeon.nl



Santeon Utrecht, www.santeon.nl

Canisius Wilhelmina Ziekenhuis Nijmegen · Catharina Ziekenhuis Eindhoven

Maasstad Ziekenhuis Rotterdam · Martini Ziekenhuis Groningen

Medisch Spectrum Twente Enschede · OLVG Amsterdam

St. Antonius Ziekenhuis Utrecht/Nieuwegein