

Calamiteitenbeleid in Nederlandse ziekenhuizen

Over (het voorkomen van) onnodige fouten, incidenten en calamiteiten in Nederlandse ziekenhuizen wordt al jarenlang gediscussieerd. Het streven is om zo weinig mogelijk fouten te maken. Toch ontstaan er geregeld incidenten omdat fouten door de veiligheidsbarrières kunnen glijpen. Het in dit artikel beschreven onderzoek richt zich op de vraag hoe ziekenhuizen hun calamiteitenbeleid hebben vormgegeven en beschrijft ervaringen met de inrichting van het beleid.

Door: G. Heuver, L. Heijboer, J. Schilp en prof. dr. C. Wagner

Een incident wordt een calamiteit wanneer er sprake is van blijvende schade voor de patiënt, mogelijk zelfs met de dood tot gevolg (Kwaliteitswet, art. 4a). Belangrijk is dat ziekenhuizen hun beleid ten aanzien van calamiteiten goed vormgeven en uitvoeren, en zij hier zelf de regie op hebben. Zij zijn hierbij gebonden aan richtlijnen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) (IGZ, 2013). IGZ verwacht dat het omgaan met calamiteiten goed in het kwaliteitsbeleid van de organisatie is geborgd, en dat de focus ligt op leren van de calamiteit en transparantie in de rapportering hierover. Specifiek is in hun leidraad opgenomen dat (1) een calamiteit altijd aan de IGZ gemeld moet worden, (2) er onderzoek gedaan moet worden naar de calamiteit en (3) verbetermaatregelen opgesteld moeten worden om de fout in de toekomst te voorkomen (IGZ, 2013). Ook beschrijft de IGZ in de leidraad dat de patiënt geïnformeerd moet worden bij een calamiteit. Doordat de verantwoordelijkheid voor inrichting van het beleid bij het ziekenhuisbestuur ligt, is variatie tussen ziekenhuizen waarschijnlijk.

Methode

Om inzicht te krijgen in de vormgeving van het

calamiteitenbeleid in Nederlandse ziekenhuizen, hebben we een vragenlijst afgenomen bij stafmedewerkers, betrokken bij patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg. De vragenlijst bevatte 45 meerkeuze- en open vragen over drie fasen van het proces: de meldingsfase, de onderzoeksfase en de besprekingsfase.

De werving van ziekenhuizen verliep via de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), ondersteund door de verenigingen van de Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen (STZ) en de Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen (SAZ). In totaal meldden 49 van de 83 algemene (STZ/SAZ) ziekenhuizen zich aan. De digitale vragenlijst is in totaal naar 66 stafmedewerkers uit deze 49 ziekenhuizen verstuurd.

In totaal hebben 42 stafmedewerkers uit 42 verschillende ziekenhuizen de vragenlijst ingevuld: 27 (64%) stafmedewerkers waren werkzaam in een SAZ-ziekenhuis, 8 (19%) in een STZ-ziekenhuis en 7 (17%) in de overige ziekenhuizen. De kenmerken van de respondenten zijn weergegeven in tabel 1.

In verschillende ziekenhuizen worden verschillende termen gehanteerd voor organen die een rol spelen bij het calamiteitenbeleid. De in dit onderzoek en de vragenlijst gehanteerde begrippen zijn opgenomen in het begrippenkader bij dit artikel.

Meldingsfase

Calamiteiten melding

Bijna de helft van de respondenten (43%) geeft aan een specifieke calamiteitencommissie in hun ziekenhuis te hebben die bepaalt of er sprake is van een (potentiële) calamiteit. Deze calamiteitencommissie bestaat vaak uit: het hoofd van de afdeling Patiëntveiligheid, een medisch specialist (patiëntveiligheid) en de Raad van Bestuur (RvB). Verder zijn een onafhankelijke¹ verpleegkundige en een directeur

of zorgmanager ook vaak onderdeel van deze commissie. Soms wordt de commissie aangevuld met een adviseur technische dienst, afdelingshoofd van een andere afdeling, jurist, apotheker, secretaris RvB of een beleidsmedewerker (eventueel als ambtelijk secretaris). De commissie beslist na een melding of de (potentiële) calamiteit gemeld moet worden bij de IGZ of dat deze eerst intern onderzocht wordt. De andere helft van de respondenten geeft aan meldingen van (potentiële) calamiteiten op een andere wijze aan te pakken. Zij doen de melding bijvoorbeeld bij de Raad van Bestuur, ondersteund door de medische staf of stafdienst kwaliteit en veiligheid. Zij vormen dus geen officiële calamiteitencommissie die bepaalt of de melding onderzocht moet worden. Een klein gedeelte geeft aan de melding te doen bij de VIM of MIP-commissie (10%). De meeste respondenten geven echter aan dat een (potentiële) calamiteit direct gemeld wordt aan de IGZ voordat deze wordt onderzocht (93%). Een klein deel van de ziekenhuizen doet eerst intern onderzoek voordat ze overgaan tot melding.

Calamiteitenonderzoek

Onderzoekscommissie

De meeste respondenten geven aan dat in hun ziekenhuis een specifieke onderzoekscommissie het calamiteitenbeleid uitvoert. Driekwart van deze commissies wordt ondersteund door een ambtelijk secretaris (74%). De commissie heeft een wisselende samenstelling van calamiteitenonderzoekers en bestaat gemiddeld uit 5 personen (range: 2-10). De respondenten geven aan dat bijna alle calamiteitenonderzoekers worden getraind in het onderzoeken van calamiteiten. Er zijn gemiddeld 7 medewerkers (range 0-50 personen) getraind, zij volgden een opleiding van gemiddeld 7 uur (range 0-16 uur).

De meest voorkomende functies in deze onderzoekscommissies zijn: het hoofd van de afdeling Patiëntveiligheid, een onafhankelijk medisch specialist², een onafhankelijk verpleegkundige en een medisch specialist patiëntveiligheid. Een klein aantal respondenten geeft aan dat het afdelingshoofd van de betrokken afdeling zitting heeft in de onderzoekscommissie.

Externe deskundige(n)

De helft van de respondenten geeft aan dat regelmatig een externe deskundige betrokken wordt bij het calamiteitenonderzoek, vanwege een te technische vraagstelling of het ontbreken van eigen expertise. Soms wordt een externe deskundige aangetrokken bij twijfel over



Fouten kunnen door veiligheidsbarrières glijpen en tot uitglijders leiden.

professioneel correct handelen, gevoelige problematiek of als zich een ziekenhuis overstijgende calamiteit voor doet.

Betrokkenheid patiënt

De meerderheid van de respondenten geeft aan dat patiënten bericht krijgen zodra een calamiteit bij de IGZ wordt gemeld (93%). In twee derde van de gevallen wordt aan het begin van het calamiteitenonderzoek ook met patiënten en/of nabestaanden gesproken. Een kwart van

Delen met patiënt kan meldingsbereidheid in het ziekenhuis verminderen

de ziekenhuizen levert daarnaast de patiënt informatie aan over het onderzoek. Enkele respondenten (4%) betrekken de patiënt bij het formuleren van de onderzoeksvraag.

Besprekingsfase

In veel gevallen is de raad van bestuur betrokken bij het bespreken van de calamiteitenrapportage van de onderzoekscommissie. Bij meer dan de helft zijn de directeur/zorgmanager/clustermanager, vertegenwoordiger medisch specialisten en hoofdbehandelaar betrokken. In een kwart van de gevallen is hierbij de

Begrippen

- Just culture = een vertrouwenssituatie waar werknemers worden gestimuleerd tot het aanleveren van veiligheidsinformatie, maar ook verantwoordelijk worden gehouden voor hun gedrag (Dekker, 2012).
- Blame free = het melden van incidenten/calamiteiten binnen het Veilig Incidenten Melden (VIM) of Meldingen Incidenten Patiëntenzorg (MIP) systeem, zonder consequenties voor de betrokken zorgverlener(s)
- Calamiteit = een niet-beoogde gebeurtenis gerelateerd aan kwaliteit van zorg, met een ernstig schadelijk gevolg, zoals overlijden, voor een patiënt.
- Calamiteitenonderzoek = het (medisch) inhoudelijk onderzoek naar een calamiteit, volgens bijvoorbeeld PRISMA of SIRE methodiek
- Onderzoekscommissie = verantwoordelijk voor het calamiteitenonderzoek.
- Calamiteitencommissie = voert minimaal uit: beoordeling van de (potentiële) calamiteit, aanstelling van de onderzoekscommissie, IGZ-melding en beoordeling van het onderzoeksverslag.

patiënt zelf betrokken. Minder dan een kwart (22%) van de respondenten geeft aan dat de patiënt volledig inzicht krijgt in de rapportage en een derde (29%) geeft aan dat een beknopte samenvatting wordt gestuurd. De helft van de patiënten krijgt geen inzicht in de calamiteitenrapportage. Deze ziekenhuizen vinden dat het delen van het verslag met de patiënt de meldingsbereidheid in het ziekenhuis vermindert. Meer dan de helft (54%) van de respondenten geeft aan dat ze vindt dat de patiënt en/of nabestaande(n) voldoende geïnformeerd worden over het calamiteitenonderzoek. Een aantal respondenten (10%) vindt dat de patiënt onvoldoende wordt geïnformeerd.

Verbetermaatregelen

Alle respondenten geven aan dat het calamiteitenonderzoek tot verbeteracties in de organisatie leidt. Bijna iedereen is het ermee eens dat het de zorg op de afdeling veiliger maakt, maar een kwart geeft aan dat verbeteracties niet geborgd blijven in de organisatie.

Discussie

Uit dit onderzoek blijkt dat Nederlandse ziekenhuizen hun calamiteitenbeleid op verschillende manieren organiseren.

Meldingsfase

Het valt op dat ziekenhuizen verschillend om-

gaan met direct melden van een mogelijke calamiteit aan de IGZ. Ziekenhuizen die altijd direct een calamiteit aan de IGZ melden zijn in de meerderheid, terwijl een klein deel eerst intern onderzoek doet. Bij de route die gekozen wordt kunnen gevoelens van angst meespelen. Maar het kan ook zijn dat in het ziekenhuis alleen al de discussie over het melden van een potentiële calamiteit spanning bij de betrokken zorgverleners oproept.

De grote betrokkenheid van de raad van bestuur in de eerste fase is logisch gezien de juridische verantwoordelijkheid die in het kader van de Kwaliteitswet bij hen is neergelegd. In enkele ziekenhuizen heeft een jurist zitting in de calamiteitencommissie. Dit valt op gezien de ontwikkeling in de ziekenhuiscultuur, waar sprake is van verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid, met de nadruk op het zo weinig mogelijk juridiseren van het calamiteitenonderzoek (Reason, 1997, Dekker, 2013).

Calamiteitenonderzoek

De omvang en samenstelling van de onderzoekscommissie wisselt per ziekenhuis. Een relatief nieuw fenomeen zijn de medisch specialisten patiëntveiligheid, ook wel 'medical safety officers' genoemd. Het verdient aanbeveling om nader onderzoek te doen naar de rollen en functies van deze relatief nieuwe functionarissen.

De manier waarop de patiënt betrokken wordt bij het onderzoek en de mate van openheid en transparantie naar de patiënt, lopen uiteen. Bijna alle respondenten geven aan dat de patiënt bericht krijgt zodra de (potentiële) calamiteit gemeld wordt bij de IGZ, zoals de IGZ dit ook verwacht. In veel minder gevallen worden de patiënt en/of zijn nabestaande(n) ook als informatiebron betrokken bij het onderzoek. Het is onduidelijk waarom dit niet gedaan wordt, de patiënt zou essentiële informatie voor het onderzoek kunnen leveren.

Besprekingsfase

De grote betrokkenheid van de raad van bestuur bij bespreking van de rapportage van de onderzoekscommissie is wederom logisch gezien de juridische verantwoordelijkheid. Het is opvallend dat een klein aantal ziekenhuizen echter toch aangeeft dat de RvB in deze fase niet betrokken is. Hieruit kan mogelijk geconcludeerd worden dat de afwikkeling in mandaat van de raad van bestuur plaatsvindt. De IGZ verwacht dat de patiënt geïnformeerd wordt over 'de calamiteit en de maatregelen die de zorgaanbieder naar aanleiding van de calamiteiten neemt of zal nemen' (IGZ, 2013). Zie-

Karakteristieken (n=42)	N (%)
% man	8 (19)
Functie,	
beleidsadviseur/ -medewerker	27 (64)
management	8 (19)
jurist	2 (5)
overig (o.a. medisch specialist en medewerker functieafdeling)	5 (12)

Tabel 1. Kenmerken respondenten (n=42)

kenhuizen vullen dit op verschillende manieren in; meer dan de helft van de respondenten antwoordt dat patiënten en/of nabestaanden geen inzicht krijgen in de calamiteitenrapportage. Mogelijk speelt hier de vrees voor juridische consequenties in tuchtrechtelijke zin of met betrekking tot wettelijke aansprakelijkheid. Ook kan het zo zijn dat ziekenhuizen hun specialisten en medewerkers op deze wijze willen beschermen. Toch is het de vraag of deze strategie de beste is. In de literatuur wordt aangegeven dat openheid eerder de-escalerend werkt en daardoor helpt procedures te voorkomen of in ieder geval te vereenvoudigen (Dekker, 2013). Op het gebied van implementatie en borging van verbeteracties is nog winst te behalen. Maar 74% van de respondenten geeft aan dat verbeterplannen die voortkomen uit het calamiteitenonderzoek ook daadwerkelijk tot een verbetering in de praktijk leiden. Met als uitgangspunt dat het calamiteitenbeleid uitgevoerd wordt om in de toekomst fouten te voorkomen, ligt hier een punt van aandacht om het onderzoek echt als instrument voor kwaliteitsverbetering in te zetten.

Conclusie

Dit onderzoek toont aan dat er verschillen zijn in de manier waarop het calamiteitenbeleid in ziekenhuizen is georganiseerd. Het uitwisselen van ervaringen tussen ziekenhuizen zou een stap kunnen zijn om te leren van elkaars beleid en best practices, bijvoorbeeld over het uitvoeren van het calamiteitenonderzoek, de communicatie naar de patiënt, het omgaan met de betrokken zorgverlener(s) en borging van verbetermaatregelen. Maar dat betekent dat ziekenhuizen, medisch specialisten en andere ziekenhuismedewerkers zich kwetsbaar moeten durven opstellen. Bij calamiteiten gaat het om

gevoelige zaken die op organisatieniveau tot imagoschade kunnen leiden, en op individueel niveau tot persoonlijke problemen bij de betrokken hulpverleners. Maar uit calamiteiten moeten lessen geleerd worden. Een goede wijze van calamiteitenonderzoek en de opvolging van de uit deze onderzoeken komende verbetermaatregelen zijn van essentieel belang om de gezondheidszorg veiliger te maken.

Noten

- 1 Onafhankelijk = niet betrokken bij calamiteiten, bijvoorbeeld van een andere afdeling, maar wel van hetzelfde ziekenhuis.
- 2 Een medisch specialist patiëntveiligheid is een lid van de medische staf die door de medische staf of het stafconvent is belast met het beleid ten aanzien van patiëntveiligheid en de implementatie hiervan binnen het ziekenhuis.

Literatuur

- Dekker, H.A.L., Dekker, S.W.A., *Rechtvaardige veiligheidscultuur – hoe bouw je een ‘just culture’?*, NuMij, 2013.
- Kwaliteitswet zorginstellingen (KWZ), 1996, via: <http://wetten.overheid.nl>
- Langelaan, M., Bruijne, M.C. de, Baines, R.J., Broekens, M.A., Hammink, K., Schilp, J., Verweij, L., Asscheman, H., Wagner, C. *Monitor Zorggerelateerde Schade 2011/2012: dossieronderzoek in Nederlandse ziekenhuizen*. EMGO+ Instituut/VUmc/NIVEL, Amsterdam/ Utrecht, 2013.
- Leidraad Meldingen IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Utrecht, oktober 2013.
- Reason, J. *Managing the risks of organizational accidents*, Ashgate Publishing Group, 1997.

Informatie over de auteurs

Drs. Gerjan Heuver, lid RvB, Gelre ziekenhuizen. **Liza Heijboer (MSc)**, programmamanager en onderzoeker, Gelre ziekenhuizen. **Dr. Janneke Schilp**, adviseur, Kennisinstituut van Medisch Specialisten. **Prof. dr. Cordula Wagner**, directeur NIVEL, hoogleraar Patiëntveiligheid, EMGO+ Instituut/VUmc Amsterdam.