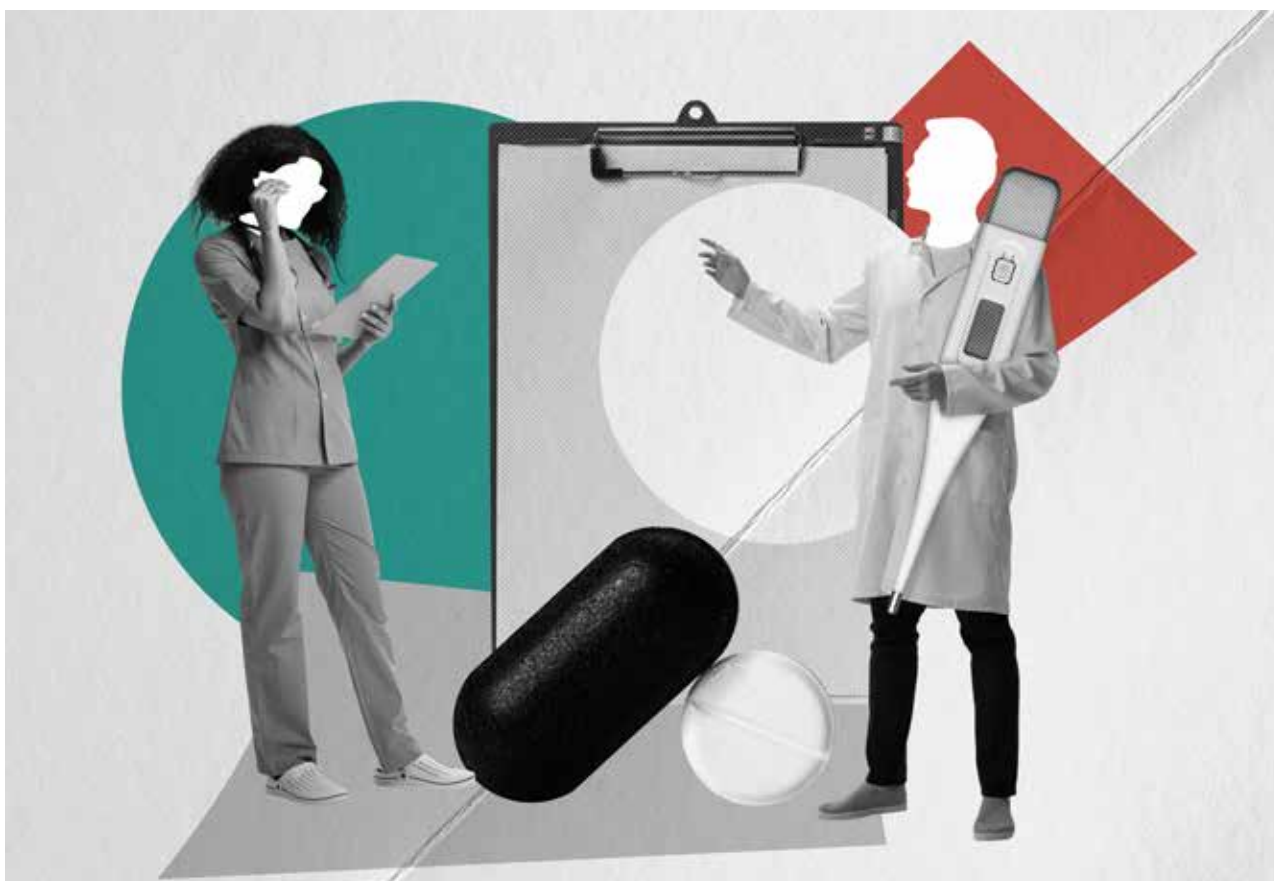


De praktijk van het wettelijk verplichte incidentonderzoek in Den Bosch

Jeroen Bosch beziet elk risico door een veiligheidsbril

Door structureel en drempelloos onderzoek te doen naar alle situaties waarbij de patiëntveiligheid in het geding was – of nog is –, weet het Jeroen Bosch Ziekenhuis een cultuuromslag te bewerkstelligen.



Thomas Macken
longarts, expert patiëntveiligheid, Jeroen Bosch
Ziekenhuis, Den Bosch

De Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) verplicht zorgaanbieders de kwaliteit te bewaken en te verbeteren. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) ziet toe op de naleving van deze wet. Zo moet er een klachtenregeling zijn, moeten incidenten veilig kunnen worden gemeld en dienen zorg-

aanbieders calamiteiten te melden aan de IGJ. Verder moet er een interne procedure zijn over het omgaan met signalen van incidenten. Ook zijn er plichten rond kwaliteitsregistraties en wordt bij vakgroep- of ziekenhuisvisitaties getoetst hoe met incidenten wordt omgegaan. Zorg is mensenwerk, intrinsiek complex, vaak niet voorspelbaar en risicovol. De huidige ziekenhuiszorg gaat gepaard met zo'n grote

hoeveelheid informatie dat het menselijk brein niet altijd in staat is dit te overzien. Dit speelt zich allemaal af in de gevoelige communicatie tussen zorgverlener, patiënt en diens naasten. Dus: zorg is menselijk en in essentie feilbaar. Perfecte zorg is onbereikbaar.

Incidentonderzoek is wettelijk verplicht en moreel noodzakelijk. Een ziekenhuis bekostigt dit onderzoek vanuit de algemene begroting, dus uit zorggelden, waar zorgvuldig mee moet worden omgegaan. Daarom moet het kwaliteitssysteem kostenefficiënt georganiseerd zijn. Een onvolkomen zorgkwaliteit leidt tot hogere herstelkosten en veel leed. Hoe een ziekenhuis deze incidentcontrole organiseert, is niet omschreven. We beschrijven de onderdelen van het systeem dat is gegroeid in het Jeroen Bosch Ziekenhuis.

Altijd verbeterpunten

■ Het verschil tussen een (bijna-)incident, calamiteit of complicatie is niet altijd helder. Zo is een nabloeding na darmoperatie een complicatie. Maar als de hechting niet zorgvuldig is uitgevoerd of bloedingen vaker voorkomen dan bij beroepsgenoten, wijst dit op onvolkomen zorg. Ook kan een complicatie-uitkomst (bijvoorbeeld overlijden) niet in verhouding staan tot de aanleiding (een kleine ingreep). Een calamiteit is gedefinieerd op basis van 'een tekort aan kwaliteit van zorg' plus 'een ernstige uitkomst'. Maar eenzelfde tekort zónder deze uitkomst (een operatie aan de verkeerde zijde wordt net voor de start opgemerkt) zou tot een even belangrijke verbetering van de kwaliteit van zorg moeten leiden hoewel er geen schade is opgetreden.

► In het JBZ gebruiken wij voor alle belangrijke zorgincidenten en bijna-incidenten de term 'onverwacht ernstige gebeurtenis' (OEG). Dezelfde adviseurs zijn betrokken bij alle soorten incidenten en kunnen na zorgvuldig afweging snel af- of opschalen. Zo leidt een melding van foute medicatietoediening altijd tot verbeterpunten, ongeacht of het tot ernstige schade (calamiteit) of niet (VIM, Veilig Incident Melden) heeft geleid.

Expert patiëntveiligheid

■ We onderzoeken steeds meer casussen. Dit wijst op toenemende openheid en bereidheid tot melden. De ziekenhuisorganisatie hecht aan het feit dat onderzoeken gebeuren door professionals die de zorg begrijpen, maar ook buiten de kring staan van de betrokkenen.

► Drie zorgverleners (een verpleegkundige en twee artsen) zijn daarom deels werkzaam als



'expert patiëntveiligheid' (EP). Dit komt geloofwaardig over bij degenen die betrokken zijn bij een incident: wie zelf begaan is met de zorg voor patiënten en bij een incident kan betrokken raken, zal duidelijker verwoorden wat goed gaat of beter moet.

- Bij elk onderzoek is een adviseur uit het team van Kwaliteit en Veiligheid betrokken. Zij hebben academisch werk- en denkniveau, maar zijn geen zorgverlener. Het is een steun om samen gesprekken te voeren en dossiers na te kijken. Zeker bij gevoelige gesprekken met zorgverleners geeft minimaal twee onderzoekers (vaak een spontane rol van spreker en toehoorder) een extra laag van beschouwing achteraf.

Begrip

■ In de zorg werk je dagelijks in een risicovolle omgeving. Hoewel alle zorgverleners bewust moeten zijn van wat goede kwaliteit van zorg bepaalt, moet iedereen vrij kunnen werken en de risico's durven nemen die horen bij het vak. Weinigen buiten de zorg beseffen hoe dun de scheidingslijn is tussen te veel of te weinig voorzichtigheid. Wie betrokken is bij een incident neigt snel tot defensief gedrag. Dit kan zowel de kwaliteit van zorg als het werkplezier aantasten.

- Wij houden hiermee rekening door bij elk gemeld incident zo snel als mogelijk contact op te nemen met de melder. We starten met begrip: zorg is mensenwerk, wij steunen je daarin onvoorwaardelijk en vragen actief

Een incident wordt vaak erg persoonlijk opgevat en kan leiden tot zelfverwijt en onzekerheid

waar de betrokkenen behoefte aan hebben in deze impactvolle situatie. Ook de patiënt of naasten worden actief betrokken, via de hoofdbehandelaar, onderzoekers of patiënt-contactpersoon.

Verantwoordelijkheid

■ Zorgverleners zijn vrijwel altijd gedreven persoonlijkheden, bewust van hun verantwoordelijkheid en daarom veeleisend voor zichzelf en hun omgeving. We zien daarom vaak dat een incident erg persoonlijk wordt opgevat en kan leiden tot zelfverwijt, onzekerheid of uitval (second victim).

- Niemand is alléén verantwoordelijk voor de uitkomsten van zorg: noch voor het succes, evenmin voor het falen. We bekijken altijd het hele systeem rondom de patiënt bij het onderzoek van een incident, inclusief het perspectief van de patiënt en eventueel

diens naasten. Zo zal de verpleegkundige zich hoofdschuldige voelen bij een verkeerd toegediend infuus, maar kan bij nader onderzoek blijken dat bijvoorbeeld de voorschrijfmodule niet veilig genoeg was ingericht of de geautomatiseerde controle niet heeft gewerkt.

Redelijke bekwaamheid

■ Onderzoek van incidenten veronderstelt een maat voor wat de zorgkwaliteit zou moeten zijn. Dit is wettelijk beschreven als ‘zorg die de beroepsbeoefenaar in die hoedanigheid behoort te betrachten’. Er wordt uitgegaan van een redelijke bekwaam beroepsbeoefenaar die werkt volgens richtlijnen, protocollen of aanvaarde stand van wetenschap en praktijk. Maar het is niet altijd duidelijk wat een redelijke zorgverlener had kunnen weten. Niet alleen speelt de kennis van de slechte uitkomst en de herinterpretatie van het verleden een rol bij de onderzoekers, ook kan onhaalbare perfectie onmogelijk de maatstaf zijn omdat iedereen dan zou falen.

► We hebben oog voor onze eigen ‘bias’. We stellen ons voor hoe we dezelfde casus zouden bespreken als de uitkomst wél goed was geweest. We hanteren redelijke bekwaamheid als norm – wat continu leren en verbeteren niet uitsluit. Zo zullen we na een onverwachte reanimatie bij een opgenomen patiënt kritisch kijken naar de gemeten waarden en onderzoeken vooraf. Was dit redelijkerwijs te voorzien? Maar ook: hoe bekijken we dezelfde uitslagen als er géén hartstilstand was geweest?

Objectieve blik

■ Onderzoek van incidenten gebeurt – binnen de wettelijke zorgkwaliteitskaders – door mensen, met hun eigen standaarden, interpretaties en normenkaders. De interpretatie van de feiten staat in relatie met de persoon.

► We doen daarom een onderzoek nooit alleen. Alle interviews gebeuren met minimaal een zorgverlener-onderzoeker en een adviseur. Alle onderzoeken bespreken we met experts patiëntveiligheid en adviseurs. De complexe onderzoeken worden besproken in een multidisciplinair overleg (mdo) waarbij er intervisie plaatsvindt en de betrokken onderzoekers de casus voorstellen en alle mogelijke inzichten aan bod komen. We onderzoeken nooit een casus van onze eigen vakgroep of afdeling; dit zou een objectieve blik vertroebelen.



Risico minimaliseren

■ Het werkelijke aantal incidenten is moeilijk te schatten omdat ‘niet melden’ ook betekent: gebeurtenis is niet bekend bij de afdeling Kwaliteit en Veiligheid (K&V).

► We sporen mogelijke onvolkomenheden in de kwaliteit van zorg op zonder te wachten op een melding. Dit begon met dossieronderzoek bij overleden patiënten. Het overlijden zelf is echter een onnauwkeurige parameter voor de uitkomst van zorg. We zijn daarom gestart om gericht te zoeken naar specifieke signalen van risico's in de kwaliteit van zorg. Nadien hebben we zelf risicovolle triggers toegevoegd. Een voorbeeld hiervan is het monitoren of de antistollingprotocollen zijn opgevolgd bij een invasieve ingreep. De gevolgen kunnen ernstig zijn: dit is een onderwerp waarbij het terugkijken na een incident te laat is om blijvende patiëntschade te vermijden. Het is beter prospectief, vóór het incident plaatsvindt, het risico te onderzoeken en te minimaliseren. Deze onderzoeken gebeuren op basis van data-analyse uit het patiëntendossier en/of handmatige dossieranalyse.

Onderzoekformats

■ Onderzoeken kunnen verschillen in complexiteit, aantal betrokkenen en doorlooptijd. Elk onderzoek is belastend voor alle betrokkenen. Een vast onderzoekformat is zeer compleet, maar vaak te uitgebreid en te langdurig voor een concrete afgebakende gebeurtenis.

► We hanteren daarom verschillende onderzoekformats zoals:

- Volledig uitgebreid SIRE-onderzoek (Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie) voor calamiteiten gemeld aan de IGJ, inclusief start- en slotbijeenkomst met alle betrokkenen.
- Focusonderzoek: volgens dezelfde SIRE-methodiek, maar kort en bondig gerapporteerd, na één enkel volledig gesprek met alle betrokkenen. Bijvoorbeeld: op een drukke SEH-dag wordt een uitslag over het hoofd gezien met gevolgen voor de patiënt.
- Complexe complicatiebespreking door de vakgroep met een expert patiëntveiligheid en adviseur, in geval van een complicatie met mogelijk een calamiteit. Bijvoorbeeld: een chirurgische ingreep leidt tot een lang ic-traject met veel behandelaars en uiteindelijk overlijden van de patiënt.
- Casuïstiekbespreking: als het geen calamiteit betreft, maar betrokkenen steun onder vinden om het gebeurde samen te bespreken, begeleid door een expert patiëntveiligheid en adviseur. Bijvoorbeeld: na een ongelukkige val heeft patiënt ernstig letsel en komen er verwijten vanuit de familie. De valprotocollen zijn wel opgevolgd.

Flexibel en gemotiveerd

■ Een grondig incidentonderzoek kost veel tijd. Snel tot een oordeel komen doet geen recht aan alle, vaak impliciete overwegingen van de betrokken zorgverleners. Ook leidt een diep-

gaander onderzoek vaak tot onverwachte maar zinvolle bijkomende leerpunten. Zo is het rendement van een incident breder dan alleen het voorkómen van precies dezelfde gebeurtenis in de toekomst. Hiervoor zijn metingen nodig.

- We vragen recentelijk gepensioneerde artsen uit ons eigen ziekenhuis of ze willen fungeren als arts-onderzoeker.

Deze collega's zijn erg flexibel inzetbaar en vaak gemotiveerd om de zorg te helpen verbeteren. Omdat ze bekend zijn met het patiëntdossier is een inwerkperiode onnodig. De inzet is tijdelijk: na drie jaar vinden we de afstand tot het dagelijks werk te groot om met gezag onderzoeken te kunnen uitvoeren.

Daarnaast zijn er werkzame collega's die participeren als onderzoeker. Die zijn minder flexibel maar wel volledig in de praktijk ingebed. Door de combinatie van beide groepen onderzoekers kan de K&V-afdeling snel schakelen en kunnen onderzoekers de zorgverleners geloofwaardig bijstaan in het verbeteren van de zorg. Alle onderzoeken worden begeleid en gesuperviseerd door de adviseurs en experts patiëntveiligheid.

Vallen en opstaan

Is onze kwaliteitsorganisatie af? Zeker niet, we bekijken nog dagelijks hoe we dit onderzoek op een grondige, betekenisvolle manier inrichten. Dat gaat met vallen en opstaan. Tegenover de tijdsinvestering van zorgprofessionals en adviseurs staat een hogere veiligheidscultuur, sterk toegenomen bereidheid tot melden (van 23 meldingen in 2016 naar 85 in 2021), nauwe verwevenheid tussen verpleegkundigen en artsen, en spontane consultaties over incidenten of veiligheid als uiting van lage drempel tot contact.

Ons volgende traject is het inbouwen van steeds meer 'real world'-data bij het onderzoeken en voorkómen van incidenten in de zorg, door samenwerking tussen zorgverleners en datascientists. Zo proberen we steeds vroeger te zijn in het herkennen van een risico dat zou kunnen leiden tot een incident. ●

contact
t.macken@jzbz.nl
cc: redactie@medischcontact.nl



→ Meer over dit onderwerp vindt u bij dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.

VELDWERK

Carmen Vleggeert-Lankamp
is neurochirurg in het LUMC



Luisteren

Er komt een mail binnen bij het secretariaat. De heer G., die jaren bij mij 'onder behandeling' is geweest, vraagt of ik contact met hem wil opnemen. Hij woont in het buitenland, maar heeft nu veel pijn na een val en wil graag mijn mening. Ik herinner me de heer G. Hij is een zwaarlijvige man met een gedeformeerde wervelkolom. Hij had bij tijd en wijle wat pijn in zijn armen, dan weer in zijn benen, maar de MRI liet nooit evidente compressie van ruggenmerg of zenuwwortels zien. Hij leidt een groot bedrijf, is een echte vip, en heeft graag controle. Ook over zijn lijf. Hij had dan ook altijd een waslijst aan vragen, wilde het naadje van de kous weten, maar luisterde goed en begreep dat opereren meer schade dan goed zou doen. Op een gegeven moment moest hij verhuizen naar de Verenigde Staten en kwam hij, onder uitgebreid dankzeggen, afscheid van me nemen.

Nu, jaren later, wil hij graag contact met mij. In zijn schrijven aan het secretariaat meldt hij inmiddels drie keer aan rug en nek geopereerd te zijn. In de VS. Het wekt mijn nieuwsgierigheid. Ik bel hem op. Hij begint zich te verontschuldigen en is heel gelukkig dat ik contact met hem

Al die operaties hebben geen bal geholpen

opneem. Hij legt uit dat hij weer last had, goed geluisterd heeft naar de specialisten daar en onder het mes is gegaan. Maar al die operaties hebben geen bal geholpen en hij heeft besloten alleen nog maar naar mij te luisteren. Hij laat daar een MRI maken en komt daarna graag overvliegen voor een consult.

Hij heeft aan een half schamper woord van mij genoeg bij zijn mededeling dat er ook schroeven geplaatst zijn. Ongetwijfeld wilden mijn collega's in het buitenland iets goeds doen voor deze patiënt. Maar hij luisterde beter naar hen dan zij naar hem, zoveel is wel duidelijk. Wel ontluisterend dat alleen die collega's daar beter van zijn geworden.