



Overzicht calamiteiten Isala 2018

Overzicht opgesteld op basis van jaarverslag MIP-commissie 2018

1a Korte beschrijving procedure melden	Zie website www.igj.nl
1b Methode van analyse en Classificatie model	Prisma
1c Totaal aantal meldingen van mogelijke calamiteiten in het verslagjaar aan IGJ met (gedeeltelijke) oorzaak binnen eigen ziekenhuis. D.w.z. alle meldingen op grond van leidraad calamiteiten met één of meerdere oorzaken binnen eigen ziekenhuis.	46
1d Aantal daadwerkelijke calamiteiten gemeld aan IGJ uit eigen ziekenhuis Dit is een deel van het totaal aantal meldingen van mogelijke calamiteiten.	18
1e Aantal VIM-meldingen (Veilig Incident Melden) Totaal aantal, inclusief verkorte en transmurale meldingen.	8004
2a Aantal daadwerkelijke calamiteiten in eigen ziekenhuis waarbij patiënt of diens familie bij de analyse betrokken was.	16
2b Aantal daadwerkelijke calamiteiten in eigen ziekenhuis, waarbij van patiënt of diens familie niet bij de analyse betrokken was.	2
3a De meest voorkomende basisoorzaken van de daadwerkelijke calamiteiten in eigen ziekenhuis en het aantal keren dat het voorkomt. (op basis van aantal bij 1d).	Het doel van retrospectief onderzoek is achterliggende basisoorzaken op te sporen en te komen tot gerichte verbetermaatregelen. De basisoorzaken worden geclassificeerd volgens een theoretisch model (Eindhovense Classificatie Model) van technische, organisatorische en menselijke oorzaken. In 2018 vielen de meeste basisoorzaken in het organisatorische deel namelijk; aanwezigheid en naleving protocollen en communicatie schriftelijk / mondeling. Binnen het menselijk deel vielen de basisoorzaken voornamelijk in menselijk redeneren
4a Aantal verbetermaatregelen bij daadwerkelijke calamiteiten in eigen ziekenhuis	Iedere calamiteit heeft tot minstens 1 verbetermaatregel geleid.

op basis van aantal bij 1d).	
4b Type verbetermaatregel evt. per oorzaak bv. onderwijskundig, organisatorisch, communicatief of type uit classificatie model.	Het leren van calamiteiten staat voorop in Isala. Daarom betreft de centrale MIP-commissie bij ieder onderzoek de betrokken zorgverlener(s) voor het formuleren van gerichte verbetermaatregelen. Daarnaast is standaard het advies om de uitkomsten van het onderzoek te delen binnen het verantwoordelijke specialisme. Vervolgens monitort het Bestuursteam de opvolging . Er zijn voornamelijk verbetermaatregelen geformuleerd over de onderlinge samenwerking en afstemming tussen de verschillende zorgverleners.
5 Zorgvuldigheid	Voor zorgvuldig onderzoek naar een mogelijke calamiteit is meestal meer tijd nodig dan de acht weken die de IGJ daar formeel voor geeft. Indien nodig vragen wij daarom uitstel aan bij de IGJ.
6a Verbeteronderwerpen Welke (max.5) onderwerpen/thema's zijn de belangrijkste geweest uit daadwerkelijke calamiteiten in eigen ziekenhuis?	<ul style="list-style-type: none"> • Onderlinge samenwerking • Gemiste/onjuiste diagnostiek • Vermijdbare valincidenten met ernstige schade
6b Verbetereffect Welke resultaten zijn voor de patiënt of de organisatie bereikt op de verbeteronderwerpen uit 6a? Wat is er concreet veranderd in het zorgproces?.	<ul style="list-style-type: none"> • Afstemming tussen verschillende zorgverleners middels vaste multidisciplinair overlegmomenten • Valpreventie als strategische doelstelling voor 2019 • Reflectie met betrekking tot veilig handelen
Begeleiding van patiënt/familie	De hoofdbehandelaar meldt de calamiteit bij de IGJ. Daarnaast stelt hij de betrokken patiënt of diens nabestaanden op de hoogte van het onderzoek. Ook licht hij de contactpersoon voor de patiënt in. Deze neemt ook contact op met patiënt of diens nabestaanden voor het vervolgtraject. Het onderzoeksrapport wordt in bijzijn van patiënt of diens nabestaanden, hoofdbehandelaar en patiënt contactpersoon besproken en schriftelijk overhandigd.