



## Overzicht calamiteiten Isala 2021

Overzicht opgesteld op basis van jaarverslag MIP commissie 2021

<b>1a. Korte beschrijving procedure melden</b>	Zie website
<b>1b. Methode van analyse en classificatiemodel.</b>	Prisma in combinatie met de dagelijkse praktijk
<b>1c. Totaal aantal meldingen aan IGJ, waarbij de oorzaak geheel of gedeeltelijk binnen ziekenhuis lag</b> Alle meldingen op grond van leidraad calamiteiten met één of meerdere oorzaken binnen eigen ziekenhuis.	24
<b>1<sup>D</sup>. Aantal VIM-meldingen</b> Totaal aantal, inclusief verkorte en transmurale meldingen.	5947
<b>2. Aantal calamiteiten in eigen ziekenhuis waarbij patiënt of diens familie betrokken was</b> (d.w.z. bij de analyse betrokken)	21* Bij 3 onderzoeken heeft de patiënt of diens familie zelf aangegeven niet geïnterviewd te willen worden
<b>3. De meest voorkomende basisoorzaken van de daadwerkelijke calamiteiten in eigen ziekenhuis</b>	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 2020 vielen de meeste basisoorzaken in het menselijk – redeneren (12 keer) en organisatie – protocollen (12 keer)
<b>4. Aantal verbetermaatregelen bij daadwerkelijke calamiteiten in eigen ziekenhuis</b>	Minimaal 24. Iedere calamiteit heeft tot minstens 1 verbetermaatregel geleid en soms tot meer. Gericht op: Organisatie - verbeteren op naleven van procedures gebaseerd op de dagelijkse praktijk  Organisatie – onderling samenwerken en afstemmen
<b>4a. Type verbetermaatregel evt. per oorzaak</b> (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) bij het formuleren van gerichte verbetermaatregelen. Daarnaast is standaard het advies om de uitkomsten van het onderzoek te delen binnen het verantwoordelijke specialisme. Vervolgens wordt de opvolging gemonitord door het Bestuursteam. Er zijn voornamelijk verbetermaatregelen geformuleerd over het verbeteren van formele en informele procedures. Ook zijn verbetermaatregelen geformuleerd over beschikbare informatiebronnen, communicatiestromen en dossiervoering.
<b>5. Zorgvuldigheid</b>	Voor zorgvuldig onderzoek naar een mogelijke calamiteit is meestal meer tijd nodig dan de acht weken die IGJ daar formeel voor geeft. Indien nodig vraagt Isala daarom uitstel aan de IGJ.
<b>6a. Verbeteronderwerpen</b> Welke onderwerpen/thema's (max.5) zijn de belangrijkste geweest voortkomend uit daadwerkelijke calamiteiten in eigen ziekenhuis?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kritieke nevenbevindingen bij onderzoek</li> <li>• Gemiste / onjuiste diagnostiek</li> <li>• Operatief proces</li> </ul>



<b>6b. Verbetereffect</b> Welke concrete resultaten zijn voor de patiënt of de organisatie bereikt op de verbeteronderwerpen?	<ul style="list-style-type: none"><li>• Continu opvolging nevenbevindingen door radiologie</li><li>• Multidisciplinaire besprekingen tussen de verschillende behandelaren</li><li>• Toezicht operatief proces is focus thema</li></ul>
<b>7. Begeleiding van patiënt en familie</b>	Naast het melden aan de IGJ wordt door de hoofdbehandelaar betrokken patiënt of diens nabestaanden op de hoogte gesteld van het onderzoek. Ook wordt de patiënt-contactpersoon ingelicht. 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.
<b>Opmerkingen</b>	