



Overzicht calamiteiten Isala 2022

Overzicht is opgesteld op basis van het jaarverslag MIP commissie 2022

1a. Korte beschrijving procedure melden	https://www.isala.nl/over-isala/kwaliteit-en-veiligheid
1b. Methode van analyse en classificatiemodel.	<p>Prisma in combinatie met safety II</p> <p>Met de Prisma methode bereik je een zo effectief mogelijk leereffect. De methode haalt de emotie en schuld uit het incident en richt de aandacht op het vinden van onderliggende oorzaken. De methode brengt technische, menselijke en organisatorische oorzaken in kaart. Het gaat dus niet om individueel falen, maar het vinden van gebreken in de hulpmiddelen, werkwijze en de organisatie.</p> <p>Safety I gaat uit van onderzoek naar de dingen die niet goed gaan. Het gedachtegoed van safety II is om juist te onderzoeken wat goed gaat en daar meer op te sturen om zo in de dagelijkse praktijk te kunnen verbeteren. In 2021 is de MIP commissie gestart om de onderzoeken te analyseren met behulp van Prisma (safety I) en safety II. Hierdoor is er bij zowel de betrokkenen als bij de onderzoekers meer inzicht ontstaan in de dagelijkse praktijk en de mogelijkheden om van hieruit te verbeteren.</p>
1c. Totaal aantal meldingen aan IGJ, waarbij de oorzaak geheel of gedeeltelijk binnen ziekenhuis lag Alle meldingen op grond van leidraad calamiteiten met één of meerdere oorzaken binnen eigen ziekenhuis.	15
1^D. Aantal VIM-meldingen Totaal aantal, inclusief verkorte en transmurale meldingen.	6093
2. Aantal calamiteiten in eigen ziekenhuis waarbij patiënt of diens familie betrokken was (d.w.z. bij de analyse betrokken)	15
3. De meest voorkomende basisoorzaken van de daadwerkelijke calamiteiten in eigen ziekenhuis	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 2022 vielen de meeste basisoorzaken in menselijke- (redeneren en coördineren) en organisatieoorzaken (protocollen en transfer van kennis)
4. Aantal verbetermaatregelen bij daadwerkelijke calamiteiten in eigen ziekenhuis	<p>Minimaal 15 verbetermaatregelen. Iedere calamiteit leidt tot minstens een verbetermaatregel, maar meestal meer.</p> <p>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 het standaardadvies om de uitkomsten van het onderzoek te delen binnen het verantwoordelijke specialisme en waar van belang ook binnen de gehele organisatie.</p>

	Vervolgens wordt de opvolging gemonitord door het Bestuursteam
4a. Type verbetermaatregel evt. per oorzaak (bv. onderwijskundig, organisatorisch, communicatief of type uit classificatie model)	Er zijn voornamelijk verbetermaatregelen geformuleerd over het verbeteren van de dossiervoering, formele en informele procedures, en communicatiestromen.
5. Zorgvuldigheid	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.
6a. Verbeteronderwerpen Welke onderwerpen/thema's (max.5) zijn de belangrijkste geweest voortkomend uit daadwerkelijke calamiteiten in eigen ziekenhuis?	<ul style="list-style-type: none"> - Continuïteit van zorg - Veilig toepassen van medische hulpmiddelen - Operatief proces
6b. Verbetereffect Welke concrete resultaten zijn voor de patiënt of de organisatie bereikt op de verbeteronderwerpen?	<p><i>Enkele voorbeelden gerelateerd aan het borgen van de continuïteit van zorg zijn:</i></p> <p>1)Maak de kennis van instellingen orderlijst in EPD onderdeel van het medisch inwerkprogramma EPD en herhaal dit periodiek m.b.t. kennisdeling en draag zorg voor Isala brede borging van deze kennis. Hierdoor wordt voorkomen dat interne doorverwijzingen niet opgevolgd worden;</p> <p>2)In de order voor de radiologie moet ook de informatie staan door wie het weefsel onderzocht moet worden. Hierdoor wordt voorkomen dat het weefsel door de verkeerde diagnostische afdeling wordt beoordeeld;</p> <p>3)Closed loop communicatie vast onderdeel binnen het inwerkprogramma van arts assistenten en Isala CRM programma.</p> <p><i>Enkele voorbeelden gerelateerd aan het veilig toepassen van medische hulpmiddelen:</i></p> <p>1)Bij aanvang van de verpleegkundige dienst, de werking van het VOS en valpreventie maatregelen zoals cameratoezicht en optiscan standaard controleren. Hiermee wordt voorkomen dat onbewust het ingezette hulpmiddel niet werkt;</p> <p>2)Geluid alarmering aanpassen naar hoger frequentie. Hiermee wordt voorkomen dat het alarm van cruciale apparatuur niet wordt gehoord.</p> <p><i>Een voorbeeld gerelateerd aan het Toezicht operatief proces buiten de operatiekamer:</i></p> <p>1)Neem kritische controle momenten op in de sign-out procedure;</p>
7. Begeleiding van patiënt en familie	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.
Opmerkingen	