

Calamiteitenonderzoek

QUASIR 

Voorkomen en leren van fouten in de zorg



Pijlers van incident en calamiteitenonderzoek

Doel
Methodisch
Onafhankelijk
Multidisciplinair
Systeemen denken
Verbeteren

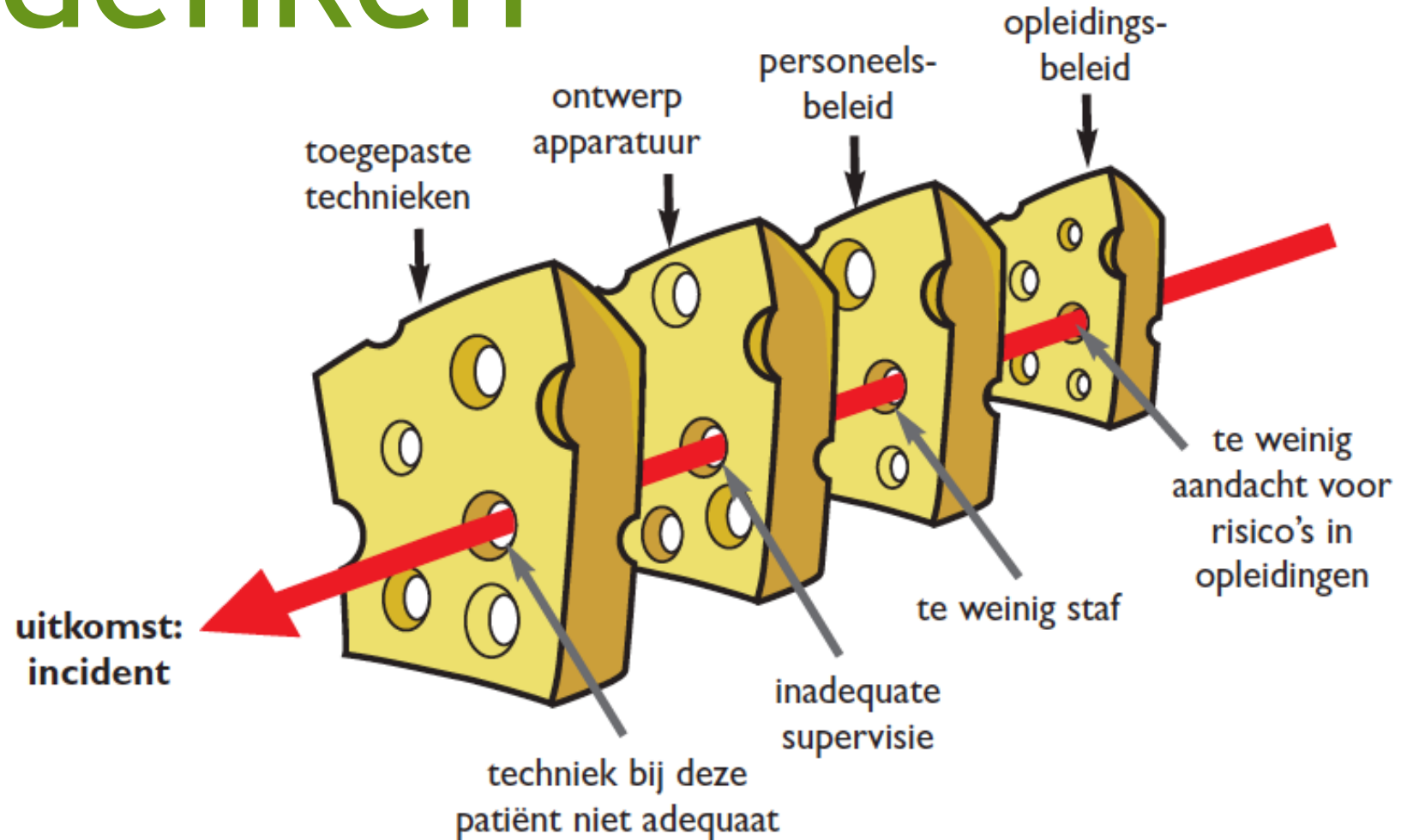


Doel van calamiteitenonderzoek

Het identificeren van falende processen en systemen, zodat soortgelijke fouten in de toekomst kunnen worden voorkomen.

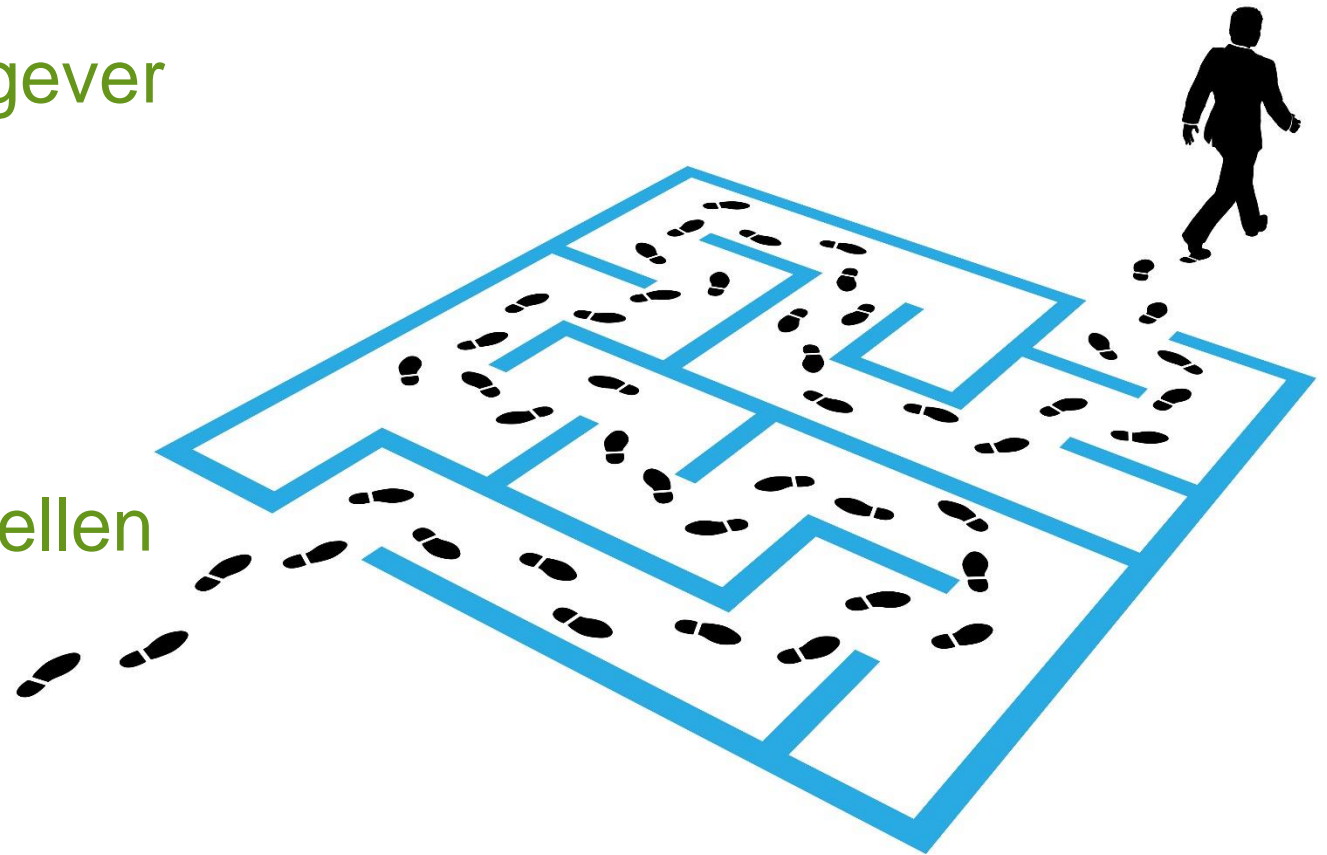
Systemdenken

Geheel van aaneengesloten elementen die invloed hebben op elkaar en op de uitkomst van het zorgproces.



Stappen in calamiteiten onderzoek

1. Gesprek met de opdrachtgever
2. Informatie verzamelen
3. Informatie ordenen
4. Focus zoeken
5. Basisoorzaken vaststellen
6. Verbetermaatregelen opstellen
7. Nazorg beschrijven
8. Rapporteren
9. Terugkoppelen



Veel gebruikte methodieken

Prisma

Prevention and Recovery Information System
for Monitoring and Analysis

Sire

Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie

Kenmerken PRISMA:

- Onderzoeksproces in 3 stappen.
- Voor de meeste incidenten.
- Opbouwen oorzakenboom en classificeren van basisoorzaken centraal.
- Bij grotere aantallen geeft invoeren van classificaties in een database inzicht in verbeteropties uit verschillende onderzoeken en in trends.

Kenmerken SIRE:

- Onderzoeksproces in 7 stappen.
- Meer doorgevoerde incidentanalyse met keuze aan in te zetten analysetechnieken.
- Inzicht in het ontstaan van fouten en optimale verbetermaatregelen.
- Geschikt voor ernstige of complexe incidenten en als aanvulling op de PRISMA methodiek.

Als iets is misgegaan.....

Herstel en vertel

Communicatie met de patiënt
Steun aan de patiënt en familie
Follow up aan patiënt en familie
Steun aan de hulpverlener
Training en scholing

Management van het incident

Volgens de regels van de instelling
Eerste reactie op het incident, waarborgen veiligheid



Analyse van het incident

Verantwoording



Rapportage

Verbeteringen

Toezicht kwaliteit en veiligheid in de zorg

QUASIR 

Vormen van toezicht

- risicotoezicht
- incidententoezicht
- handhaving, opsporing en boetes

<https://www.igj.nl/onderwerpen/hoe-werkt-ons-toezicht>

Incident, complicatie of calamiteit?

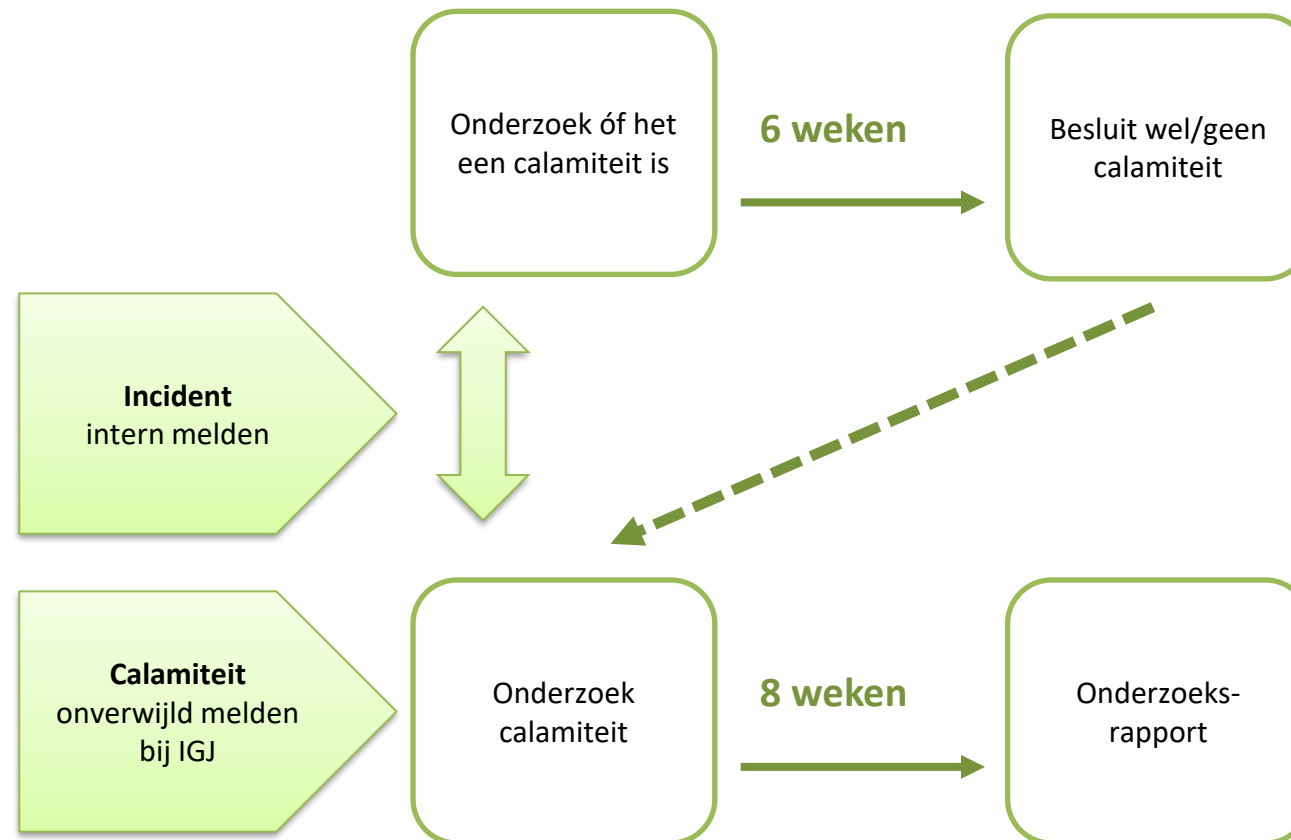
- **Incident:** alles wat niet de bedoeling is en de patiënt had kunnen schaden
- **Complicatie:** ongewenste schade bij een in principe goed uitgevoerde procedure
- **Calamiteit:** ongewenste gebeurtenis gerelateerd aan de kwaliteit van zorg, die geleid heeft tot ernstige schade of de dood van een cliënt



Wanneer is de kwaliteit van zorg in het geding?

- Onvoldoende risicotaxatie en/of toezicht op de cliënt.
- Onvoldoende volgen van multidisciplinaire behandelrichtlijnen, waaronder de MDR diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag.
- Onvoldoende overdracht, communicatie en/of samenwerking in de keten.
- Onvoldoende volgen professioneel statuut en/of interne richtlijnen en procedures.
- Gedwongen zorg en/of vrijheidsbeperkende maatregel.

Melden en tijdspad onderzoek



Bijzondere richtlijnen voor rapportage en onderzoek:

- Geweld in de zorgrelatie
 - Eerstelijns acute zorg
 - Suicide
-
- Zorg vallend onder toezicht van de gemeenten



Beoordelingscriteria IGJ



- Proces: tijdspad, commissie, methode
- Reconstructie
- Analyse: diepgang, literatuur
- Conclusies: basisoorzaken
- Aanbevelingen: SMART
- Nazorg: cliënt, familie en medewerkers
- Reactie Raad van Bestuur

De onderzoekscommissie: onafhankelijk



Neutraliteit

Ten opzichte van

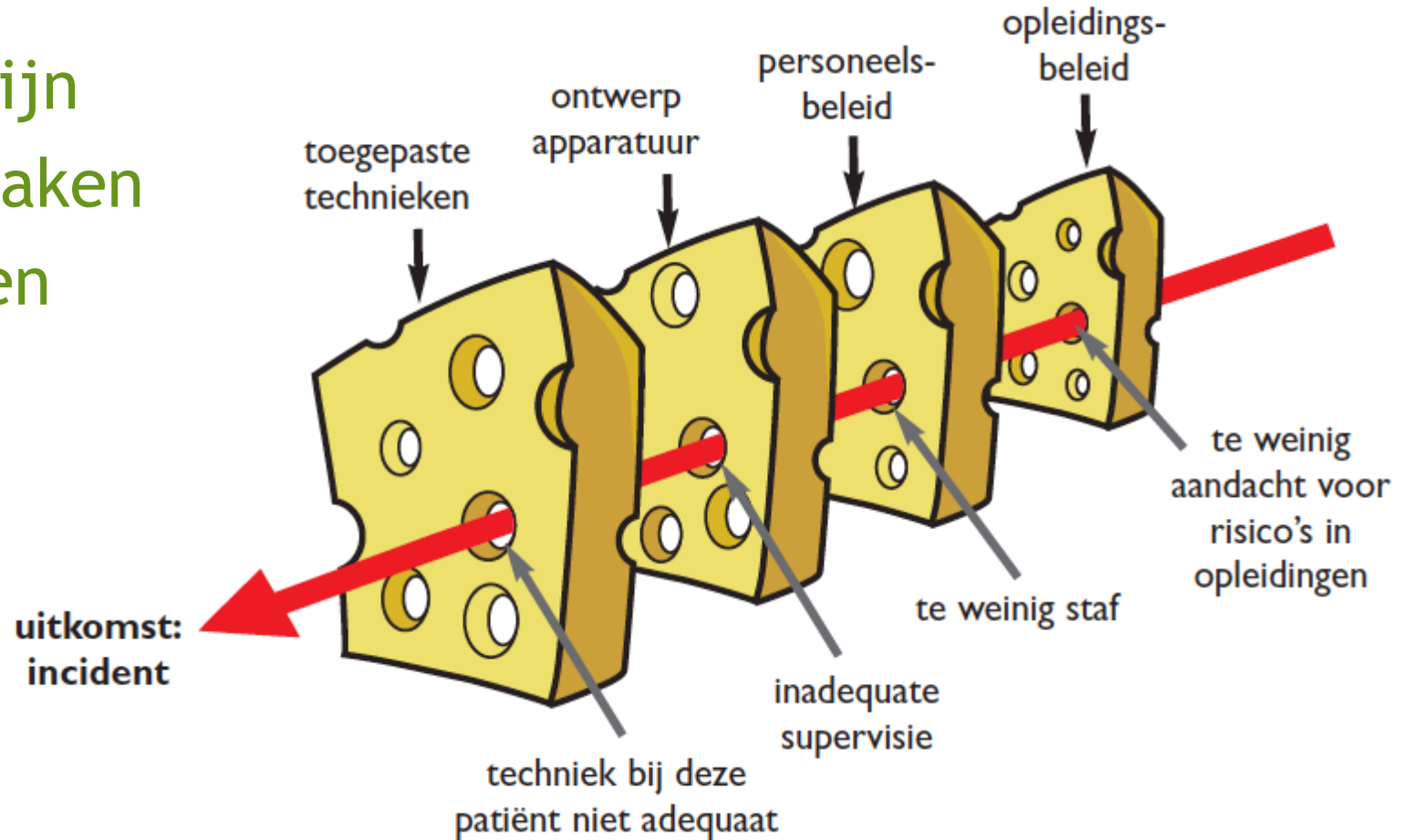
- de patiënt
- de medewerker
- de organisatie
- de uitkomst van het onderzoek

Systeembenadering

- Mensen zijn feilbaar
- Fouten komen in iedere organisatie voor
- Richt zich op de omstandigheden waaronder mensen werken
- Barrières vormen om fouten te vermijden
- Barrières vormen om de effecten van fouten te verminderen

Verbeteren

Verbetermaatregelen zijn vangnetten om de oorzaken (grotendeels) wegnemen



Vragen?

Leren van fouten in de zorg



Zie ook filmpje “Meneer Berghuis”

<https://www.youtube.com/watch?v=twfRcVIAB7c>