

Inspiratiesessie kwaliteitsverbetering verpleeghuiszorg - deel 2

Calamiteiten en PRISMA-methode

Door Elly van Haaren – in opdracht van Waardigheid en trots

Calamiteiten zullen helaas altijd voorkomen in de zorg. Waar gehakt wordt, vallen spaanders. Waar mensen werken worden fouten gemaakt. Calamiteiten moeten gemeld worden bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). In deze verdiepingssessie gaan we in op wat een calamiteit is en wat er gedaan moet worden als het heeft plaatsgevonden. PRISMA is een goede methode om de calamiteit te onderzoeken, analyseren en verbetermaatregelen te treffen. Deze methode kan ook gebruikt worden voor (bijna-)incidenten.

Bij incidenten en calamiteiten gaat het om drie aspecten, dat is de essentie (Ian Leistikow):

1. Achterhaal wat er mis ging.
2. Zoek uit wat de oorzaak is.
3. Tref maatregelen ter voorkoming van herhaling.

Calamiteiten

Uit:

Brochure voor zorgaanbieders:

Calamiteiten melden aan de IGZ

Inspectie voor de gezondheidszorg

<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brochures/2016/12/13/brochure-voor-zorgaanbieders-calamiteiten-melden-aan-de-igz>

Definities

Complicatie (uit literatuur) = een onbedoelde en ongewenste uitkomst tijdens of volgend op het handelen van een zorgverlener, die voor de gezondheid van de cliënt zodanig nadelig is dat aanpassing van het (be)handelen noodzakelijk is dan wel sprake is van onherstelbare schade. Er is iets niet goed gegaan, maar de zorg is goed gedaan.

Incident (Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, Wkkgz) = een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg, en heeft geleid, had kunnen leiden of zou kunnen leiden tot schade bij de cliënt.

Er is iets niet goed gegaan, en de zorg is niet goed gedaan.

Calamiteit (Wkkgz) = een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van een cliënt of een ernstig schadelijk gevolg voor een cliënt heeft geleid.

Er is iets niet goed gegaan, en de zorg is niet goed gedaan.

Complicatie gaat over de uitkomst van zorg, incident over de wijze waarop de zorg is geleverd, calamiteit is een incident met een ernstig schadelijk gevolg of overlijden.

Melding bij de inspectie

Zorgorganisaties zijn wettelijk verplicht (Wkkgz) drie zaken te melden bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd:

1. Calamiteiten.
2. Geweld in de zorgrelatie. Dit wordt erg weinig gemeld terwijl de verwachting is dat het veel voorkomt nu de doelgroep complexer wordt en er meer probleemgedrag voorkomt. Door het geringe aantal meldingen is er landelijk geen duidelijk beeld van wat er speelt in de ouderenzorg (complexiteit, onbegrepen gedrag).
3. Ontslag bij disfunctioneren.

Gebeurt dit niet dan kan de organisatie een bestuurlijke boete krijgen.

We bespreken hier alleen de calamiteiten als is de route voor het melden van geweld in de zorgrelatie hetzelfde. Ontslag bij disfunctioneren kent een andere meldingsroute.

Route:

1. Als er sprake is van een calamiteit moet dit binnen 3 werkdagen gemeld worden aan de IGJ.
2. Als nog niet duidelijk is of het een calamiteit is:
 - a. Bij twijfel kan meteen gemeld worden.
 - b. Eerst zelf onderzoek doen (binnen 6 weken). Als blijkt dat het een calamiteit is, dan alsnog binnen 3 werkdagen (vanaf het moment dat duidelijk is dat het calamiteit is) melden.
3. Na melding verder onderzoek:
 - a. Acht weken de tijd.
 - b. Rapport naar inspectie.
4. Inspectie beoordeelt:
 - a. Of het onderzoek zorgvuldig is gedaan.
 - b. Of betrokken cliënt(vertegenwoordiger) of nabestaanden zijn betrokken en geïnformeerd.
 - c. Of getroffen maatregelen voldoende zijn.

Zowel zorgorganisaties (<https://www.igi.nl/zorgsectoren/verpleeghuiszorg>) als burgers (<https://www.landelijkmeldpuntzorg.nl/burger/home>) kunnen melden. Hier gaat het alleen over meldingen door zorgorganisaties.

Lerende organisatie

De IGJ vindt het belangrijk dat zorgorganisaties lerende organisaties zijn:

- Leren van incidenten binnen VIM
- Leren van complicaties in complicatiebesprekingen
- Leren van calamiteiten door calamiteitenonderzoek.

PRISMA-methode

Uit:
PRISMA Praktisch
Tijdig leren van (bijna-)incidenten
Ingewiets Hemmes en Pauline Zweekhorst
2014, MedInsight B.V.

Om een calamiteit te onderzoeken is de PRISMA-methode een goede manier. PRISMA staat voor: Prevention and Recovery Information System for Monitoring and Analysis.

De hele methode bestaat uit:

1. Basisoorzakenanalyse.
2. Classificeren van de basisoorzaken.
3. Nemen van verbetermaatregelen.

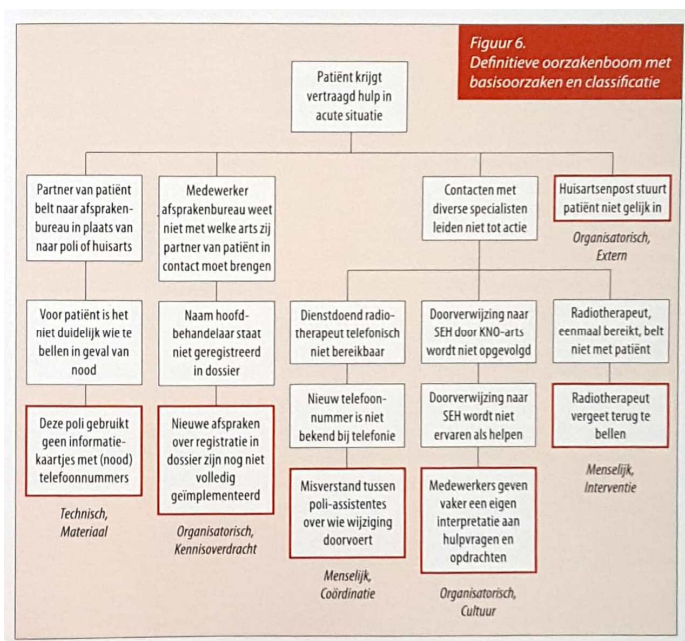
Als er iets misgaat, is daar altijd een keten van gebeurtenissen aan voorafgegaan, die in samenhang met elkaar het uiteindelijke incident hebben doen ontstaan.

De PRISMA-methode vraagt om een objectieve, feitelijk en systematische manier van denken en vragen stellen.

De PRISMA-methode brengt het ontstaan van een incident in beeld in de vorm van een oorzakenboom. Je pluist het incident uit en rangschikt de verzamelde feiten naar oorzaken, naar oorzaken achter die oorzaken en zo verder tot je uiteindelijk de basisoorzaken vindt. Door daar vervolgens iets aan te doen, pak je het probleem bij de wortels aan.

Je werkt vanuit een concept-oorzakenboom naar een definitieve oorzakenboom.

Oorzakenboom



Uit: PRISMA Praktisch

Uitleg van de figuur:

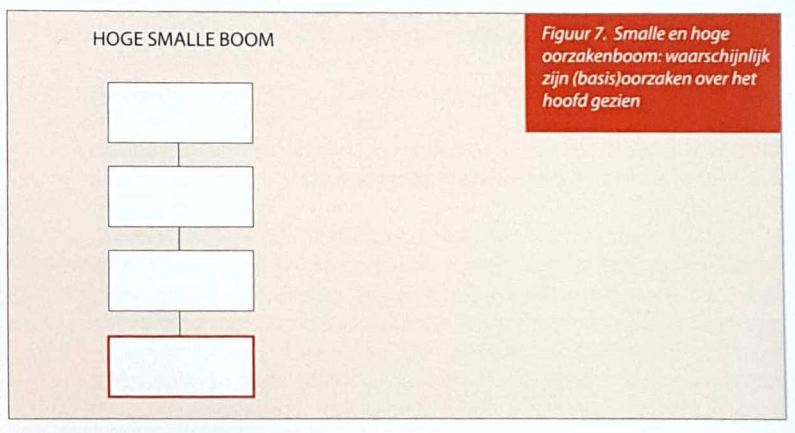
1. Topgebeurtenis = datgene wat niet is gegaan zoals eigenlijk de bedoeling was. Het is feitelijk en neutraal en bevat geen verwijzingen naar mogelijke oorzaken of personen.
2. Directe oorzaken van de gebeurtenis.
3. Indirecte oorzaken: een incident ontstaat meestal door een ongelukkige samenloop van omstandigheden, daarom zijn er onder de directe oorzaak altijd meerdere indirecte oorzaken te vinden. de directe oorzaak is het gevolg van deze onderliggende, indirecte oorzaken. Je stelt twee vragen: 'waarom' en 'waarom nog meer?'.
Je stelt twee vragen: 'waarom' en 'waarom nog meer?'.
4. Basisoorzaken: je gaat net zolang door met vragen stellen naar achterliggende oorzaken tot je bij deze basisoorzaken bent. Er zijn twee stopregels:
 - a. Geen nieuwe objectieve feiten meer.
 - b. Als het onderzoek en de daaruit voortvloeiende verbetermaatregelen buiten de mogelijkheden van het onderzoek en de invloedssfeer van de onderzoekscommissie vallen.

In de concept-oorzakenboom kunnen er OF-poorten en EN-poorten zijn, in de definitieve boom alleen EN-poorten.

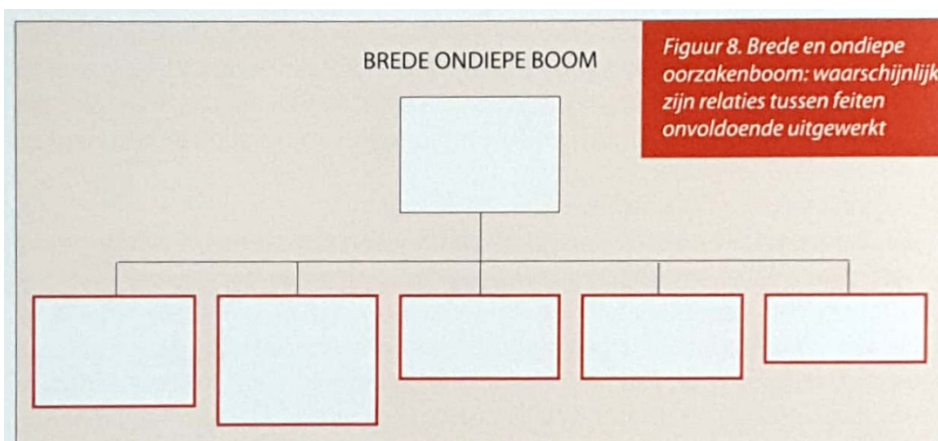
OF-poorten: óf dit óf dat is gebeurt, er moet nog meer onderzoek plaatsvinden om duidelijk te krijgen wat er daadwerkelijk heeft plaatsgevonden.

EN-poorten: veel gebeurtenissen kennen meerdere oorzaken, én én.

Niet goed uitgewerkte oorzakenbomen



Uit: PRISMA Praktisch



Uit: PRISMA Praktisch

Oorzakenprofiel

PRISMA biedt een classificatie met codes die zo profielen maken van steeds terugkerende typen oorzaken:

1. Technische basisoorzaken: apparatuur, technische hulpmiddelen, software: gebrekkig of gebruiksonvriendelijk, slecht onderhouden, defect.
2. Organisatorische basisoorzaken: omstandigheden, randvoorwaarden: onvoldoende kennis(overdracht), onvoldoende kwaliteit of beschikbaarheid van protocollen/procedures, vaak het gevolg van eerder genomen managementbeslissingen.
3. Menselijke basisoorzaken: menselijk falen: op basis van kennis en ervaring, regels en afspraken, en vaardigheden.
4. Patiëntgerelateerde basisoorzaken: kenmerkende eigenschappen van patiënten buiten controle van de medewerkers: taalproblemen, verzwijgen van symptomen, niet therapietrouw.
5. Overige basisoorzaken.

Verbetermaatregelen

Het uitgangspunt bij PRISMA is dat je de verbeteracties richt op de basisoorzaken. Doe je dat niet, dan doe je aan symptoombestrijding.

Zeven typen verbetermaatregelen:

1. Verbeteropties in de *techniek*.
2. Completeren of verbeteren van *procedures*.
3. Effectiever en toegankelijker maken van *informatie* en *communicatie*.
4. Aanbieden of verbeteren van *trainingen*.
5. Verbeteren van de *motivatie*.
6. Verbeteroptie *escalatie*: naar een hoger managementniveau tillen.
7. *Reflectie*: evalueren en bespreekbaar maken van huidige gedragspatronen.

Bevindingen IGJ

Uit het gesprek met de IGJ is naar voren gekomen wat zij belangrijk vinden en wat hun bevindingen zijn.

Wat vindt de inspectie belangrijk?

- De organisatie moet laten zien dat ze leert van fouten, een lerende organisatie is.
- Het denken in risico's is belangrijk.
- Het gaat niet alleen om de inhoud, maar zeker ook om het proces.
- De bestuurder is de eindverantwoordelijke en dat moet blijken uit zijn rol tijdens het hele proces. Durf als bestuurder open te zijn.
- Maar bestuurder moet niet in de onderzoekscommissie: dan durven medewerkers zich niet uit te spreken en bovendien ga je dan jezelf adviseren.
- Leg uit: waarom wijk je af van de regel?
- Betrek de familie erbij.
- Goede analyse. Vaak zijn er veel data verzameld, maar is er weinig analyse gepleegd.
- Een calamiteit zou emotioneel neutraal, zonder schaamte en woede, in goed gesprek moeten worden afgehandeld. Het kan niet anders dan dat er soms dingen fout gaan; we kunnen ervan leren.
- Voor de samenstelling van de onderzoekscommissie zijn geen vaste regels, maar over het algemeen moeten onderstaande disciplines/personen vertegenwoordigd zijn:
 - Inhoudelijk deskundige (bij geweld in zorgrelatie: Bopz-arts, SO of psycholoog).
 - Meerdere disciplines (kantoor/bureau, inhoud, primair proces).
 - Persoon die niet betrokken is bij het incident.
 - Extern voorzitter (alleen verplicht bij overlijden van de cliënt), maar ook handig bij moeizame communicatie met familie. Deze voorzitter kan iemand zijn van een andere zorgaanbieder (VVT, GZ, ziekenhuis).

Ervaringen van de inspectie

- Bestuurders kunnen zich soms niet voorstellen dat het fout gaat: "We hebben het toch geregeld?"
- Bestuurder is te weinig in beeld. Hij moet het onderzoek tot zich nemen, reflecteren op het onderzoek en maatregelen nemen.
- De bestuurder treedt soms te daadkrachtig op door bijvoorbeeld direct een medewerker te ontslaan terwijl nog niet duidelijk is dat de medewerker ook daadwerkelijk de oorzaak van het incident was. Daarna meldt niemand meer incidenten.
- Het gaat bijna **nooit** over een menselijk tekort; altijd over technische of organisatorische aspecten. Als geconcludeerd wordt dat het om een menselijk fout gaat, dan is de waarom-vraag niet uitputtend gesteld.
- PRISMA is een goede manier om incidenten en calamiteiten, meldingen geweld in de zorgrelatie en burgermeldingen te analyseren.
- De inspectie kijkt breder dan alleen de melding. Als bijvoorbeeld een organisatie geen tilliftcontrole doet, controleren ze dan wel op andere apparaten, kranen et cetera?

Waar moeten coaches Waardigheid en trots/zorgorganisaties op letten?

- Hoe stelt de bestuurder zich op?
- Is er een lerende cultuur? Geeft de bestuurder het goede voorbeeld?
- Hoe zit het met de meldingscultuur?
- Spreken mensen elkaar intern aan?
- Leren ze van fouten en zijn ze bezig met verbeteren? Bijvoorbeeld door regelmatig een zorgplan te pakken en te scannen op (mogelijke) incidenten?
- Wordt er geoefend met 'kleine' incidenten?
- Vragen medewerkers en management zich regelmatig af wat er niet goed is gegaan en waarom niet?
- Wordt er aan risico-inschatting gedaan?
- Zijn er prospectieve risico-inventarisaties (PRI)?
- Worden de verbetermaatregelen geïmplementeerd, niet alleen op één afdeling, op alle locaties?

Bel tijdig naar inspectie als je vragen hebt.