



Jaarverslag
CCIP
Centrale Commissie Incidenten in de Patiëntenzorg
2019

Datum	11.06.2020
Auteur	CCIP
Versie	Definitief

Inhoudsopgave

Inleiding.....	3
Algemeen	4
Doel van de commissie	4
Samenstelling	4
1. Trendanalyses	5
A. Informatie overdracht en informatieveiligheid en informatieveiligheid/privacy	5
B. Medicatie	6
C. Laboratorium incidenten	7
D. Voeding.....	9
E. ICT gerelateerde incidenten	10
F. Onderzoek/behandeling/verzorging.....	10
G. Apparatuur/hulpmiddelen/materialen.....	10
H. Bloedproducten/bloedtransfusie.....	11
2. Aanbevelingen	13
3. Calamiteiten.....	13
4. Terugblik	14
5. Conclusie en vooruitblik	16

Inleiding

De Centrale Commissie Incidenten Patiëntenzorg maakt onderdeel uit van het Kwaliteit- Veiligheidsmanagement Systeem (KVMS) in het Zuyderland Medisch Centrum. In het KVMS zijn kwaliteit en veiligheidsthema's ondergebracht in een commissiestructuur.

Patiëntveiligheid is één van de veiligheidsthema's.

Van patiëntveiligheid is sprake bij het (nagenoeg) ontbreken van (de kans op) aan de patiënt toegebrachte (lichamelijk/psychisch) schade die is ontstaan door het niet volgens de professionele standaard handelen van hulpverleners en/of door tekortkoming van het zorgsysteem.

Het Kwaliteit- Veiligheidsmanagement Systeem (KVMS) in het Zuyderland Medisch Centrum Zuyderland is er op gericht om de kans op onnodige schade aan de patiënt zoveel mogelijk te verminderen. Een KVMS omvat het geheel aan activiteiten, procedures en afspraken dat erop gericht is de patiëntveiligheid te bewaken en continu te verbeteren. Het registreren en analyseren van incidenten en het implementeren van verbetermaatregelen is een belangrijk onderdeel van het KVMS.

De ervaring dat naar aanleiding van een gemeld (bijna) incident maatregelen ter voorkoming worden genomen én dat het melden van incidenten geen negatieve gevolgen voor de melder heeft, stimuleert medewerkers (bijna) incidenten te melden.

Het Zuyderland Medisch Centrum kent decentrale PIM-teams en de Centrale Commissie Incidenten in de Patiëntenzorg (CCIP). De PIM-teams bestaan uit medewerkers van één afdeling en analyseren meldingen die op hun afdeling hebben plaatsgevonden. De CCIP voert trendanalyses uit. Dit wil zeggen, zij analyseert meldingen van bepaalde aard, bijvoorbeeld apparatuur, medicatie of vallen, die in een bepaalde periode, op alle afdelingen zijn gemeld. Doel van de trendanalyses is het signaleren van structurele knelpunten in de organisatie van de patiëntenzorg en op basis hiervan, gevraagd en ongevraagd advies uitbrengen aan de RvB en in afschrift aan de manager RVE Kwaliteit, Veiligheid en Bedrijfsvoering.

Dit jaarverslag van de CCIP bestrijkt de analyse-periode 2019, waarin voor een groot deel de meldingen uit 2018 zijn geanalyseerd. Hierbij is tevens gekeken naar ontwikkelingen in de afgelopen jaren.

Algemeen

De Centrale Commissie Incidenten Patiëntenzorg vergadert maandelijks. De bijeenkomsten vinden alternerend op de locatie Heerlen en Sittard plaats. In 2019 heeft de commissie 10x vergaderd. Tijdens de bijeenkomsten worden trendanalyse uitgevoerd volgens een jaarlijks opgesteld schema. In dit jaarverslag worden de trendanalyses van incidenten gemeld in 2018 en eerste helft van 2019 besproken: Informatie overdracht en informatie veiligheid, medicatie (2x), laboratoriumincidenten (2x), voeding, ICT, onderzoek/behandeling/verzorging, apparatuur/hulpmiddelen/materialen, bloedproducten / bloedtransfusie.

Sinds november 2019 worden maandelijks incidenten met een potentieel hoog risico voor de patiëntveiligheid, gemeld in de voorafgaande maand, besproken en waar nodig actie ondernomen. Daarnaast ontvangt de CCIP van de decentrale PIM-teams signalen over situaties die een risico voor de patiëntveiligheid kunnen vormen.

Doel van de commissie

De Centrale Commissie Incidenten patiëntenzorg heeft als doel de patiëntveiligheid te bevorderen door:

- Het signaleren van structurele knelpunten in de organisatie van de patiëntenzorg door trendanalyse,
- Het toezien op de kwaliteit van incidentanalyses en verbetermaatregelen,
- Op basis van bovenstaande advies uitbrengen aan de RvB en in afschrift aan de manager RVE Kwaliteit, Veiligheid en Bedrijfsvoering,
- Bij calamiteiten een of meerdere leden afvaardigen naar de samen te stellen calamiteitencommissie.

Samenstelling

Leden van de commissie in 2019:

mw. N. Heitink, voorzitter	internist – nefroloog	
dhr. A. Krings, vice voorzitter	ziekenhuisapotheker	
dhr. R. Aardenburg	gynaecoloog	
dhr. P. Tilman	orthopedisch chirurg	
dhr. R. van der Horst	longarts	tot juni 2019
mw. V. Wanrooy	Arts-assistent interne	tot februari 2019
dhr. R-J Gielen	Arts-assistent interne/IC	vanaf februari 2019
mw. M. Erkens Prevo	verpleegkundig zorgcoördinator Longziekten. VAR	
dhr. T. Ehren	IC-verpleegkundige, verpleegkundige VAR	vanaf juli 2018
mw. M. Ottink	Dialyse verpleegkundige, VAR Vervangster verpleegkundige leden	
mw. W. Krämer	senior medewerker functioneel beheer Informatie Management	
dhr. H. Nelissen	RVE manager	tot mei 2019
mw. M. Feijen	RVE manager	vanaf mei 2019
mw. I. Lempens	Beleidsadviseur kwaliteit en veiligheid	november 2019
mw. A. Vanthoor	Beleidsadviseur kwaliteit en veiligheid	vanaf december 2019
mw. E. Kroonen	Beleidsadviseur kwaliteit en veiligheid	

1. Trendanalyses

Om inzicht te krijgen in de incidenten en daarmee de patiëntveiligheid in Zuyderland MC, wordt voor iedere bijeenkomst van de CCIP een overzicht uit het digitale meldingssysteem gegenereerd van incidenten gemeld onder een bepaald label. In dit overzicht staat een beschrijving van de melding. Op deze manier worden trends ontdekt. De analyse en verbetermaatregelen die voortvloeien uit de meldingen kunnen niet uit het systeem gegenereerd worden. De CCIP brengt adviezen uit aan het management of de RvB om aan specifieke onderdelen van de zorg aandacht te besteden of verbetermaatregelen in gang te zetten.

Onderstaand worden de in 2019 besproken incidenten per label beschreven. Voor de bespreking van de labels medicatie, laboratorium, apparatuur/ hulpmiddelen/ materialen en bloedproducten/bloedtransfusie werd de sleutelfiguur uitgenodigd.

A. Informatie overdracht en informatieveiligheid en informatieveiligheid/privacy.

In de periode 01.01.2018 tot en met 31.12.2018 zijn 241 incidenten met betrekking tot Informatie overdracht en informatieveiligheid gemeld.

De specialismen die het meest frequent betrokken zijn bij meldingen over informatieoverdracht zijn neurologie (39), chirurgie (34), cardiologie (22) en interne geneeskunde (21).

De meeste meldingen hebben betrekking op de overdracht tussen afdelingen. Twee van 241 meldingen hadden betrekking op overdracht tussen de locaties.

Volgens de rapportage is slechts 47% van de meldingen geanalyseerd en heeft dit geleid tot 106 (geadviseerde) verbetermaatregelen.

De verbetermaatregelen die benoemd zijn, waren:

- Bespreken, informeren collega's, onder de aandacht gebracht
- Mogelijke oorzaken benoemd (*hetgeen geen verbetermaatregel betreft*)
- Verzoek om analyse (*hetgeen geen verbetermaatregel betreft*)
- Proces aanpassen:
 - a. werkschema maken
 - b. folder aangepast
 - c. ontwikkelen tekstblok overdracht
 - d. protocollen uniformeren
- Huisartsen op de hoogte brengen van wijzigingen TIA beleid
- Scholing betrokken hulpverlener

In hoeverre de verbetermaatregelen zijn uitgevoerd/ geïmplementeerd is voor de CCIP niet duidelijk. Aangezien verbetermaatregelen op verschillende plaatsen in het systeem genoteerd kunnen worden, heeft de CCIP geen totaal overzicht. Het werkelijke aantal verbetermaatregelen is misschien hoger.

Overigens blijkt uit bovenstaande dat of niet duidelijk is wat verstaan wordt onder een verbetermaatregel, of dat analyse niet (op de juiste plek) wordt genoteerd of niet wordt gedaan alvorens verbetermaatregelen te formuleren.

Specifiek gekeken naar de patiëntveiligheid is het aantal gemelde incidenten afgenomen. De meeste incidenten hebben betrekking op het niet of niet volledig ingevuld zijn van het dossier en de gegevens in het verkeerde dossier genoteerd. Dit laatste betreft dan patiëntverwisselingen.

Informatieveiligheid en privacy

	aantal	
	2017	2018
gegevens verkeerd geadresseerd	8	4
gegevens in verkeerde dossier	5	8
documenten/dossier niet (volledig) ingevuld	23	12
divers	19	6
totaal	55	30

Conclusie:

Het proces van de overdracht is in verschillende protocollen vastgelegd.

Oorzaak van de incidenten betreft vaak menselijk handelen, waarbij een protocol niet gevolgd is.

Onderliggende oorzaak wordt vaak niet benoemd. Een hoge werkdruk zou een oorzaak kunnen zijn.

Echter juist het overdrachtmoment is van groot belang om fouten te voorkomen.

B. Medicatie

In 2019 werden de medicatie incidenten tweemaal geagendeerd.

In maart besprak de CCIP de incidenten gemeld in de periode juli - december 2018 en in september de incidenten gemeld in de periode januari - juni 2019.

In de periode 01.07.2018 tot en met 31.12.2018 werden 474 medicatie incidenten gemeld. De meeste meldingen hadden betrekking op toedienen/gebruik (203) en voorschrijven (110).

De meldingen hebben geleid tot de volgende verbetermaatregelen:

- Controle bij instellen pompstand
- Schriftelijk vastleggen van medicatieopdrachten in EMS
- Op de juiste wijze vastleggen van allergieën in SAP
- Barcodecontrole bij bereiden en toedienen van medicatie
- Bij opname ASP/apotheek direct betrokken bij invoer en controle van thuismedicatie
- Optimaliseren van overdracht bij overplaatsing van patiënt
- Verbeteringen/verduidelijkingen aangebracht in protocollen in het kwaliteitsportaal naar aanleiding van meldingen

In de periode 01.01.2019 tot en met 31.05.2019 werden 268 medicatie incidenten gemeld.

De meeste meldingen hadden betrekking op toedienen/gebruik (137) en voorschrijven (56).

Voorbeelden van medicatiemeldingen met bijbehorende verbetermaatregelen:

- In het handboek Parenteralia is de link in het protocol Nozinan aangepast
- In het handboek Parenteralia is het protocol calciumgluconaat aangepast zodat verpleegkundigen niet meer hoeven te rekenen
- Onderzocht wordt of een medicijn dat niet scanbaar is en waarvan de verpakking van de snelwerkende en de retard versie hetzelfde zijn, in twee verschillende vormen aangeleverd kan worden. Bijvoorbeeld snelwerkende medicatie in capsulevorm en retard preparaat in tabletvorm.

Categorisering meldingen

	2018	2019
Voorschrijven	135	110
Overschrijven/overdracht	28	44
Receptverwerking/medicatiebewaking	4	1
Bereiden/voor toediening gereed maken	27	30
Uitzetten / klaarzetten / afleveren	57	50
Toedienen / gebruik	133	203
Monitoring van patiënt m.b.t. medicatiegebruik	8	24
Opslag / logistiek	7	0
ICT	5	12
Totaal	404	474

Conclusie:

In de laatste jaren is het proces van de medicatie-voorziening in het ziekenhuis sterk verbeterd.

Waar mogelijk is het proces geautomatiseerd, en zijn processen vastgelegd in protocollen.

Bij het merendeel van de meldingen bleek het menselijk handelen de oorzaak van het incident. Het protocol was duidelijk, maar werd niet gevolgd.

Wat de reden voor het niet volgen van het protocol was, werd vaak niet goed benoemd. Mogelijke oorzaken kunnen zijn een hoge werkdruk, onbekendheid met het protocol, het protocol niet kunnen vinden, etc. .

Bekendheid met EMS en verantwoordelijkheidsgevoel van de artsen neemt steeds meer toe blijkens een duidelijke afname van het aantal meldingen waarbij medicatie niet is ingevoerd in EMS.

C. Laboratorium incidenten

Ook de onder dit label gemelde incidenten werden in 2019 tweemaal geagendeerd.

In april werden de incidenten gemeld in de periode juli-december 2018 en in oktober de incidenten gemeld in de periode januari-juni 2019 besproken.

In april werden de incidenten die in de periode juli- december 2018 gemeld zijn in het IKA systeem besproken. De meeste meldingen betreffen aanvraag/aanmelding (109), onjuiste patiënt identificatie/verwisseling (96), voorraad beheer (26) en monsterafname (21).

De kwaliteitsmedewerkers van het laboratorium lichtten in oktober het melden en afhandelen van laboratorium-gerelateerde incidenten toe.

Algemeen

Laboratorium medewerkers melden incidenten in twee verschillende systemen. IKA's (Incidenten, Klachten en Afwijkingen) die plaatsvinden op het laboratorium worden gemeld in TOPDESK en incidenten die hebben plaatsgevonden op een afdeling niet zijnde lab in IProva. Alle patiëntverwisselingen/identificatiefouten worden gemeld. Aangezien patiëntverwisseling/identificatie een kritieke stap in het proces is wordt deze, als een afdeling buiten het laboratorium betrokken is, zowel in TOPDESK als IProva gemeld. Melden in IProva is niet altijd mogelijk omdat de melding te weinig gegevens bevat om de melding aan een afdeling toe te wijzen.

De kwaliteitsmedewerkers hebben geen zicht op de manier waarop de lab gerelateerde meldingen op de afdelingen worden afgehandeld.

Door dubbele registratie en afhandelen van incidenten door verschillende PIM-commissies is er geen

totaal overzicht van verbetermaatregelen. Ook ontbreekt het totaal overzicht van lab incidenten. Oorzaak is dat lab-incidenten door drie PIM-commissies binnen de laboratoria afgehandeld worden. Hier is organisatorisch voor gekozen.

Incidenten

De meeste incidenten traden op in de pre-analytische fase (in augustus 2019 53 van de totaal 63 meldingen). Van deze 53 meldingen hadden 40 betrekking op patiënt indentificatie/ verwisseling. Van deze 40 meldingen kwamen 25 meldingen op conto van de POCT(point of care testen). Volgens de werkwijze dient de verpleegkundige alvorens bloed te prikken het naambandje patiënt, eigen badge en barcode stick te scannen. De volgorde is van belang en verschilt per POCT apparaat (glucose-meter, Hb-meter, PT-INT meter, CRP meter etc.). Alleen dan worden de gegevens bij de juiste patiënt in het dossier opgenomen.

In het scannen van deze volgorde gaat het frequent mis.

Binnen Zuyderland zijn patiëntnummers in omloop variërend van 6 tot 10 karakters . Het inscanneld voor patiëntnummer in de POCT-apparaatjes is dus vrijgegeven voor inscannen van 6 tot maximaal 10 karakters. Barcodes van personeelsnummers, lotnummers van strips (reagentia) en controles bestaan ook uit 6 tot 10 karakters.

Over een technische aanpassing, waarbij het systeem waarschuwt als de barcode van de verpleegkundige gescand wordt ipv barcode van patiënt, is contact geweest met de firma's.

Dergelijke aanpassingen zijn niet mogelijk.

Enkele controlestappen zijn ingebouwd:

- De analist monitort de aanvragen en neemt bij opgemerkte fout telefonisch contact op met verpleegkundige/afdeling en corrigeert fout. Dit vraagt veel correctietijd. Gebruikers ID wordt gecontroleerd: certificaat (E-learning) moet geldig zijn om te kunnen meten.
- Bij inscannen van een patiëntnummer in het POCT-apparaat wordt het nummer gecontroleerd in de Software die gekoppeld zit aan de POCT-meter en het ZIS (SAP). De gescande patiënt moet een opname in SAP hebben om door te gaan met meten en de uitslag digitaal te kunnen koppelen aan het patiëntendossier.
- Bij een afwijking moet je als gebruiker altijd bevestigen (of annuleren) of je de juiste gebruiker, patiënt, strip of controle gescand/ingetikt hebt. Als je bevestigt, kan je doorgaan.
- Problemen/fouten met inscannen en meten komen terecht bij de POCT medewerker van het Lab. Deze zoekt uit wat er fout gegaan is en koppelt dit terug aan de verpleegkundige, met tips en advies om dit in de toekomst te voorkomen.

In de TOPDESK meldingen bestaat 75 % van de meldingen uit incidenten in de pre-analytische fase: identificatie/verwisseling, monsteraanname en aanvraag.

Verbetervoorstellen:

- een labmodule in IProva zodat een totaal overzicht van alle lab gerelateerde incidenten aanwezig is. Reden dat lab overgegaan is op TOPDESK is dat bij de afhandeling van meldingen in IProva de PDCA-cyclus onvoldoende aantoonbaar geborgd is en dit voldeed niet aan de ISO norm.
- Klinische bloedafname door dedicated medewerkers

Conclusie:

Doordat incidenten op meerdere plekken worden gemeld, komt niet het juiste beeld naar voren uit Iprova. Echter er is een duidelijk systeem waarbinnen meldingen binnen het laboratorium worden afgehandeld (TOPDESK). Meldingen van incidenten die buiten het laboratorium zijn opgetreden,

worden wel in Iprova gemeld. Meerdere PIM-commissies zijn betrokken. Wellicht is het raadzaam dit aan te passen en één PIM-commissie over de laboratoria heen te formeren.

Hoewel op de klinische afdelingen waar mogelijk zoveel mogelijk geautomatiseerd is, blijkt hier toch een risico op patiënt verwisseling. Oorzaak hiervan is menselijk handelen, waarbij niet altijd in de juiste volgorde de codes van verpleegkundige en patiënt gescand worden. Echter kan de scanner geen onderscheid maken tussen de codes, en is op dit moment een juiste herkenning afhankelijk van het scannen van de codes in de juiste volgorde. Indien het systeem de verschillende codes kan herkennen kan het systeem waarschuwen als de verkeerde code gescand wordt. Een verbeterde technologie op dit punt zou een relevant verschil kunnen maken, ook voor het vergemakkelijken van het werkproces van de verpleegkundige.

D. Voeding

In de periode januari-december 2018 zijn 14 incidenten gemeld die betrekking hadden op voeding. Hiervan werd één incident als hoog risico gescoord. De melder gaf aan dat als gevolg van onvoldoende logopedistencapaciteit het slikprotocol van patiënten niet werd geactualiseerd. De CCIP vroeg nadere informatie op en bleek dat in het weekend geen logopediste beschikbaar is om het slikken te beoordelen. Het is dan aan de arts en/of de verpleegkundige om een inschatting te maken. Dit houdt een risico in. Aanbieden van verkeerde voeding (te dun) aan patiënten met slikproblemen kan leiden tot een aspiratiepneumonie.

Gezien de afwezigheid van de logopedie in het weekend is er wel een protocol hoe te handelen bij patiënten met slikstoornissen.

Om zicht te krijgen hoe groot het probleem is inventariseerde de CCIP hoeveel incidenten mbt slikproblemen in 2017 en 2018 zijn gemeld en hoeveel verslikpneumonieën in 2017 en 2018 zijn geregistreerd.

In 2019 (01.01.2019 t/m 13.06.2019) werden 7 aspiratie-pneumonieën als complicatie gemeld. Het is niet bekend of dit geaccepteerde aspiratiepneumonieën zijn, bijvoorbeeld als voedselinname per os de voorkeur heeft boven sondevoeding.

In het kwaliteitsportaal zijn in 2017, 3 en in 2018, 4 (bijna) incidenten mbt verslikken of screenen van slikken gemeld.

In Zuyderland is een slikprotocol waarin de screening wordt beschreven. Scholing is gestart.

Logopedisten scholen/trainen BIG-verantwoordelijken en zij scholen/trainen collega's. Vooralnog ziet de CCIP geen reden actie te ondernemen.

Conclusie:

Er zijn geen wezenlijke problemen op gebied van voeding.

Voeding		2017	2018
		Aantal	
Toediening	sondevoeding		3
	verslikken/aspiratie	1	2
	beleid niet opgevolgd	5	3
Dossiervoering	beleid onduidelijk	1	3
	rapportage	2	
Consult diëtetik	Pat met urgentie meer dan maand wachten	1	
Logistiek	Voeding niet beschikbaar	2	
Patiëntverwisseling		1	
Divers		2	3
Totaal		15	14

E. ICT gerelateerde incidenten

In de periode januari-december 2018 zijn 26 incidenten gemeld onder het label ICT. Wat opvalt is het aantal meldingen met betrekking tot SAP(9) en de toegang tot PDMS(3). De meldingen over SAP hadden betrekking op patiënten niet zichtbaar zijn voor de specialist omdat de patiënt op een verkeerd specialisme was geboekt(6), problemen met printen formulier en etiketten uit SAP (2) en niet werkzaam zijn van SAP(1). De toegang tot PDMS betrof een ontbreken van de koppeling PDMS-SAP. Deze is inmiddels hersteld.

Conclusie:

Vastgestelde problemen zijn waar mogelijk inmiddels opgelost.

ICT	2017	2018
SAP	6	9
PDMS niet in te zien op afdeling	1	3
EMS	3	1
dienstseinen/ telefoon	5	2
PCS/Palga/LIMS/ EVOCS		
mitralis/orthovison	7	2
noodbel	0	2
WIFI storing: COW's, MOW's		
monitoren alarmen	2	0
gegevens gewist	2	
pat verwisseling	0	1
divers	7	6
Totaal	33	26

F. Onderzoek/behandeling/verzorging

In de periode 01.01.2018 tot en met 27.06.2018 zijn 216 incidenten onder het label Onderzoek/behandeling/verzorging gemeld.

Opvallend was het grote aantal verwisselingen: 31x was sprake van een patiëntverwisseling, 1x van verwisseling van monstermateriaal, 2x verwisseling behandelzijde. Verder waren de meldingen zeer divers.

G. Apparatuur/hulpmiddelen/materialen

In de periode 01.07.2018 tot en met 31.06.2019 werden onder het label Apparatuur/hulpmiddelen/materialen 176 incidenten gemeld.

De meeste incidenten werden gemeld op de verpleegafdelingen (64), OK-anesthesie-recovery (38) en dialyse (19). Aanleiding voor de meeste meldingen(158) waren onjuiste bediening en defecte apparaten, niet voorradig zijn of defect zijn van materialen. Deze incidenten hebben tot 95 verbetervoorstellen geleid.

De sleutelfiguur apparatuur gaf aan dat de meeste meldingen onder dit label geen betrekking hebben op apparatuur maar hulpmiddelen, waardoor zijn commentaar niet altijd van toepassing is. Verder heeft hij geen zicht op wat er met zijn commentaar gebeurt. Hij ontvangt geen feedback van de PIM-commissies.

Indien meldingen een risico voor de patiëntveiligheid vormen, onderneemt hij direct actie. Hij mist een overzicht van wat de organisatie geleerd heeft van de meldingen.

Conclusie:

Er zijn geen specifieke problemen aan te wijzen.

H. Bloedproducten/bloedtransfusie

Voor de bespreking van de incidenten die onder dit label zijn gemeld, werd de hemovigulantiefunctionaris uitgenodigd.

In de periode 01.11.2018 tot en met 31.10.2019 werden 148 incidenten gemeld. De meeste meldingen hadden betrekking op niet correct gebruik van Cybertrack (114).

Cybertrack is geïntroduceerd om toedienen van bloed(producten) veiliger te maken. Het systeem/ de werkwijze was operationeel in Sittard en is na de fusie ook in Heerlen geïmplementeerd. De verpleegkundigen zijn geschoold via E-learning en klinische lessen door de hemovigulantiefunctionarissen. De BIG-tutores zijn getraind en zij scholen verpleegkundigen “on the job”. Op basis van opmerkingen van gebruikers is het cybertrack-formulier aangepast c.q. gebruikersvriendelijker gemaakt.

De formulieren worden frequent niet correct en/of volledig ingevuld. In cybertrack wordt de toediening regelmatig niet gestart en/of gestopt. Hier worden PIM-meldingen van gemaakt die de hemovigulantiefunctionaris van commentaar voorziet. Dit om de werkwijze uit te leggen en het belang van een juiste werkwijze voor de patiëntveiligheid te benadrukken.

Een analist controleert dagelijks de formulieren op volledigheid.

Een oorzaak van niet juist invullen van formulieren (controles) is overdracht en overplaatsing tijdens bloedtransfusie. In de bijscholing wordt aandacht geschonken aan hoe bloedtransfusie afgesloten kan worden als deze op een andere afdeling is gestart.

De hemovigulantiefunctionarissen geven op verzoek scholingen op afdelingen.

De meest recente bijscholing van BIG tutores werd op beide locaties aangeboden (12 x Heerlen, 12 x Sittard) en werd slecht bezocht (60 van de 200 BIG tutores). Ook in 2020 staat scholing voor een deel van deze medewerkers weer op het programma.

Voor toedienen van bloedproduct dient verpleegkundige achtereenvolgend het bloedproduct, de patiënt en eigen badge te scannen. Aangezien de nummers anders zijn samengesteld geeft cybertrack een foutmelding bij scannen in verkeerde volgorde.

Acties die de hemovigulantiefunctionarissen hebben ondernomen om het gebruik van Cybertrack te verbeteren:

- formulier aangepast
- E-learning ontwikkeld
- scholing/training BIG-tutores
- scholing artsen

Naar aanleiding van 93 meldingen formuleerden de afdelingen verbetermaatregelen:

- Protocol/incident bespreken in werkoverleg
- Protocol/incident opnemen in nieuwsbrief
- Incident bespreken met betrokkene(n)
- Klinische les: uitleg Cybertrack

Overzicht gemelde incidenten onder label bloedtransfusie naar onderwerp

Bloedtransfusie	2017		2018		2019	
	iProva	IKA's	iProva	IKA's	iProva	IKA's
	Cybertrack	39	1	88	13	107
Terugbrengen	7		3	65	6	52
Patiëntverwisseling	6	1	5	2	4	3
Toedienen	9		8		10	
Stikker van PC mat patiëntgegevens laat los					1	
Op verkeerde locatie besteld	1	1	1	1	3	3
Divers	15	4	4	12	16	5
Totaal	77		109		147	

Cybertrack: Binnen het laboratorium is afgesproken dat betreffende Cybertrack alleen een PIM gemaakt wordt en geen IKA.

Patiëntverwisseling: dit zijn de bloedgroepdiscrepancies. Dit betreft bloedgroepdiscrepancies bij het bepalen van het kruisbloed, dus geen verkeerd bloed dat naar de patiënt toe gaat.

Zodra een bloedgroepdiscrepancie is gezien, wordt eerst onderzocht hoe dit kan en vaak blijkt dan dat de verkeerde patiënt is geprikt of een verkeerde sticker is geplakt bij de afname.

In 2017 is per september/oktober gestart met de IKA module in Iprova.

Het verschil in meldingen met betrekking tot Cybertrack tussen Sittard en Heerlen wordt kleiner. 2019: Heerlen 78 (2018=66) en Sittard 61 (2018=36).

Overzicht totaal toegediende bloedproducten per jaar

	Heerlen			Sittard			Totaal
	Ery	Thr	Plasma	Ery	Thr	Plasma	Bloedproducten
2017	5011	179	543	4153	198	419	12520
2018	5011	192	292	4401	243	248	12405
2019	5125	149	253	4880	243	48	12717

Conclusie:

De invoering van Cybertrack heeft geleid tot een sterk verbeterd zicht op het gebruik van bloedproducten. Indien een transfusie plaatsvindt in een electieve of semi-acute setting, treden er minder problemen op dan wanneer dit in een spoed-situatie gebeurt, en de patiënt van afdeling wisselt. Oorzaak hiervoor ligt op technisch vlak.

Ook hier is sprake van een menselijke factor. Helaas blijken scholingen hiervoor slecht bezocht te worden.

2. Aanbevelingen

In april 2019 vroeg de CCIP de RvB schriftelijk om aandacht voor het feit dat niet alle PIM-commissies in staat te zijn om een goede analyse van de meldingen te verrichten. Tevens vroeg zij aandacht voor het feit dat het voor de CCIP niet duidelijk is of en zo ja tot welke verbetermaatregelen een incident heeft geleid.

In een reactie geeft de RvB aan dat een IProva-team is aangesteld dat versterkt is door een externe beleidsadviseur met uitgebreide kennis van IProva. Door dit team worden de klachten ten aanzien van rapportages geïnventariseerd en de inrichting aangepast. Tevens vindt scholing van de PIM-commissies plaats.

Er is informatie ingewonnen omtrent de planning van endoscopische ingrepen. De melding was van vóór de lateralisatie van de MDL. Met deze lateralisatie blijkt het proces van planning te zijn aangepast waarbij het genoemde probleem zich niet meer heeft voorgedaan.

Een melding over het foutief aanleveren van (mogelijk besmet) patiënten-materiaal, was voor de CCIP aanleiding nader onderzoek te doen. Het betrof patiënten materiaal dat was afgenomen om een besmettelijke infectie vast te stellen. Dit materiaal was niet correct verpakt waardoor niet alleen kans op besmetting van medewerkers bestond, maar ook bijvoorbeeld van de buizenpost indien het materiaal via deze weg wordt vervoerd. Het niet correct verpakken van patiënten materiaal is een vaker voorkomend probleem.

De CCIP is op zoek gegaan naar protocollen betreffende de werkwijze waarop patiënten-materiaal aangeleverd dient te worden. Deze bleken er niet te zijn.

De CCIP heeft de RvB geadviseerd dat de afdelingen die materiaal van patiënten verwerken, ieder een protocol opstellen hoe zij dat materiaal in ontvangst willen nemen. Het betreft het klinisch chemisch laboratorium, de medische microbiologie en de pathologie.

Tevens adviseerde de CCIP dat daarin duidelijk wordt vermeld wat wel en wat niet met de buizenpost vervoerd mag worden, aangezien hiermee vaker materiaal verstuurd wordt terwijl daarvoor een contra-indicatie bestaat.

3. Calamiteiten

Parate team

Mogelijke calamiteiten worden via het digitale meldingssysteem, door betrokken hulpverlener of een lid van de Raad van Bestuur bij het parate team gemeld. Het parate team beoordeelt of sprake is van een calamiteit. Als geen sprake is van een calamiteit behandelt het decentrale PIMteam de melding. Is het parate team van mening dat sprake is van een calamiteit of bestaat twijfel of sprake is van een calamiteit, dan wordt de gebeurtenis gemeld bij IGJ en volgt een intern onderzoek. Van 01.01.2019 tot en met 31.12.2019 heeft het parate team 75 meldingen van een mogelijke calamiteit ontvangen. 13 meldingen betroffen een onverwacht overlijden. Van de 75 meldingen zijn 16 meldingen door het parate team als mogelijke calamiteit beoordeeld en gemeld bij IGJ, 15 meldingen in 2019 en 1 in 2020. Na onderzoek was de conclusie van de onderzoekscommissie dat bij 6 casussen sprake was van een calamiteit. Bij twee casussen was de onderzoekscommissie van mening dat geen sprake was van een calamiteit en de IGJ een andere mening toegedaan.

IGJ

In de periode 01.01.2019 tot en met 31.12.2019 zijn 22 mogelijke calamiteiten gemeld bij IGJ; 3 meldingen die eind 2018 in het parate team werden besproken, 15 meldingen die in 2019 in het parate team werden besproken, één suïcide en 3 mogelijke calamiteiten werden door derden bij IGJ gemeld. Na afronden van het calamiteitonderzoek was de conclusie dat bij 9 melding inderdaad sprake was van een calamiteit.

Bij twee casussen deelde de IGJ de mening van de onderzoekscommissie dat geen sprake was van een calamiteit niet.

4. Terugblik

Evaluatie werkwijze CCIP

In februari 2019 evalueerde de CCIP haar werkwijze. De CCIP was hierover niet tevreden. Ze is niet slagvaardig. Dit wordt veroorzaakt door onvolledige informatie over hoe meldingen van incidenten worden afgehandeld door de PIMcommissies, of geleerd wordt van incidenten. De CCIP heeft geen/onvoldoende zicht op de risico's in de patiëntenzorg. Hier zijn verschillende oorzaken over aan te wijzen:

1. De inrichting van het incidentmeldingssysteem
Verbetermaatregel: IProva wordt heringericht zodat de rapportages aansluiten op de wensen van de CCIP.
2. De decentrale PIM commissies maken geen/onvoldoende gebruik van de analyse tool
Verbetermaatregel: scholing van leden in PIM-commissies uitbreiden
3. De verbetermaatregelen worden op verschillende plekken ingevoerd in het systeem
Verbetermaatregel: door scholing van de leden van de PIM-teams streven naar uniformiteit
4. Te weinig direct contact met de werkvloer
Verbetermaatregel: Beter contact met PIM-voorzitters.
PIMteams ondersteunen bij analyses van meldingen die gemeld zijn als mogelijke calamiteit maar door het parate team beoordeeld zijn als geen mogelijke calamiteit en meldingen waarbij meerdere afdelingen zijn betrokken.
Leden vande CCIP sluiten aan bij het PIM voorzitters overleg en/of PIM-teams overleggen

Maandelijks vinden bijeenkomsten van de PIM-voorzitters plaats, alternerend per locatie. Tijdens de bijeenkomsten wordt uitleg over IProva gegeven en vragen van PIMvoorzitters met betrekking tot afhandelen van meldingen en analyse besproken. De scholing betreffende analyseren van meldingen aan de hand van de PRISMA methode moet opnieuw worden opgestart.

Bij de PIM teams zit veel kennis over de risico's in de patiëntenzorg. Om het leren van incidenten de afdeling te laten overstijgen kan "leren van incidenten" een vast item op deze bijeenkomsten zijn. PIM-voorzitters kunnen aangeven welke geleerde lessen relevant zijn voor andere afdelingen in de organisatie. Soms uiten PIM-voorzitters hun frustratie over verbetermaatregelen die niet worden opgepakt. Hierdoor kunnen onveilige situaties ontstaan/ blijven bestaan. Afgesproken is dat ook dit soort punten doorgespeeld kunnen worden naar de CCIP.

Sinds maart 2019 staan aandachtspunten uit het PIM-voorzitters-overleg als vast agendapunt op de agenda van de CCIP. In de afgelopen maanden zijn met name PIM-meldingen de revue gepasseerd, waarbij het PIM team het gevoel had dit probleem niet te kunnen oplossen, omdat de oorzaak op een andere afdeling werd gezocht, of waarbij men het gevoel had niet gehoord te worden. De CCIP heeft met name adviezen gegeven over hoe om te gaan met deze meldingen, maar heeft zelf geen meldingen in behandeling genomen.

Met als doel de analyse/bespreking van de incidenten per label meer diepgang te geven wordt bij de bespreking de desbetreffende sleutelfiguur uitgenodigd of schriftelijk om informatie gevraagd.

Twee leden van de CCIP hebben aan de unitmanagers van het verpleegcentrum een presentatie gegeven over het functioneren van de CCIP om de CCIP meer bekendheid in huis te geven.

Om sneller te kunnen reageren op meldingen die een risico voor de patiëntveiligheid vormen screent de ambtelijk secretaris van de CCIP vanaf 01.10.2019 dagelijks alle incidentmeldingen. Bij ernstig letsel voor de patiënt wordt de melding ingebracht in het parate team om te beoordelen of sprake is van een calamiteit. Meldingen die aandacht behoeven maar geen direct risico voor de patiëntveiligheid zijn worden in de CCIP vergadering besproken en passende actie ondernomen.

De CCIP is ontevreden over de resultaten van haarwerkwijze in 2019.

Haar taak is de risico's voor de patiëntveiligheid te monitoren en daar advies over uit te brengen aan de RvB. Zij heeft een overkoepelende functie als het gaat om leren van incidenten. Door input te krijgen uit het systeem, van sleutelfiguren en de PIMvoorzitters zou zij deze taak kunnen vervullen. Het systeem faciliteert op dit moment onvoldoende. De CCIP gaat meer dan in de afgelopen periode gebruikmaken van de kennis van de sleutelfiguren. Door tijdens de PIM-voorzitters-overleggen expliciet naar risico's te vragen en de notulen van dit overleg aan de agenda van de CCIP toe te voegen wordt gebruik gemaakt van de decentraal beschikbare kennis over patiëntveiligheid.

Gesprek RvB

Tijdens het kennismakingsgesprek met een lid van de RvB, gaf de bestuurder aan een vergadering van de CCIP te willen bijwonen. In 2019 is het agendatechnisch niet gelukt een vergadering bij te wonen. Voor 2020 zal een nieuwe poging worden ondernomen.

Gesprek met management RVE KV&B 23.07.2019

De CCIP heeft het probleem dat zij "onzichtbaar" is voor de medewerkers.

In Zuyderland is een KVco (kwaliteit en veiligheid commissie) actief en een projectgroep KICCC (klachten, incidenten, calamiteiten, claims, complicatie) opgericht om de risico's van patiëntveiligheid in beeld te krijgen. Hoe de verschillende commissies zich tot elkaar verhouden is niet bekend.

De CCIP heeft daarom een gesprek gevoerd met de RVE manager kwaliteit en veiligheid om de verwachtingen die de organisatie van de CCIP heeft en wat nodig is om dit te realiseren te bespreken.

Op 23.07.2019 heeft een gesprek plaatsgevonden van de CCIP met de manager RVE KV&B.

Hierin is besproken wat de rol van de CCIP is, en waar volgens ons de problemen liggen voor het goed functioneren van deze cie. Met het instellen van de centrale coördinator verwachten wij een duidelijke verbetering op het gebied van effectiviteit. Deze coördinator biedt ons de gelegenheid om beter inzicht te hebben in de meest recente meldingen, zodat wij niet steeds ver achter de feiten aan blijven lopen, maar directer kunnen handelen. Overigens vindt er ook buiten de vergaderingen overleg plaats tussen de centrale coördinator en voorzitter/eventueel leden van de CCIP om direct na een melding eventueel actie te kunnen ondernemen.

Een echte 'herstructurering' van de commissie heeft niet plaats gevonden, maar inhoud van de vergadering is wel vernieuwd, en zal het komende jaar ook waar nodig worden aangepast.

Taak van de CCIP blijft het monitoren door middel van meldingen en signaleren van problemen. Zij heeft niet als taak om directe controle uit te oefenen op het implementeren van verbetermaatregelen.

5. Conclusie en vooruitblik

Concluderend valt in alle meldingen op dat de menselijke factor een belangrijke speler is in het ontstaan van incidenten. Veel zaken zijn vastgelegd in protocollen, maar deze protocollen worden niet altijd gevolgd. Oorzaak hiervan is niet geheel duidelijk. Hiervoor is een betere analyse per melding op de afdeling nodig. Werkdruk zou een oorzaak kunnen zijn, maar dat blijkt niet zozeer uit de analyses.

Tevens valt op dat de fusie inmiddels geland is in de organisatie, blijkt een sterke afname van het aantal meldingen over incidenten die op de een of andere manier gelinkt zijn aan de fusie. Protocollen zijn gelijk getrokken, processen zijn ingeregeld. Mensen zijn mogelijk meer gewend geraakt aan de nieuwe situatie.

De commissie maakt zich zorgen over het lage aantal analyses en verbetermaatregelen. Dit probleem kan samenhangen met de kunde om analyseren en verbetermaatregelen te formuleren, maar zou ook te maken kunnen hebben met het systeem. Er zijn meerdere mogelijkheden om verbetermaatregelen in het systeem te noteren. Het noteren van de verbetermaatregelen op één locatie binnen het systeem zal meer duidelijkheid geven. Met team IProva zal gekeken worden hoe dit verbeterd kan worden.

Met een toegankelijker systeem zal de bereidheid om te melden mogelijk toenemen, evenals de bereidheid om op een juiste manier te analyseren, om zo tot echte verbetermaatregelen te komen.

Overigens werd vaker genoemd dat belangrijke scholingen niet altijd goed bezocht/bekeken worden. Dit betreft bijvoorbeeld de scholing omtrent gebruik van Cybertrack, en scholing omtrent het analyseren van incidenten.

De CCIP komt ook in 2019 tot de conclusie dat de slagvaardigheid nog onvoldoende is en hoopt van harte dat een aantal wijzigingen in de RVE Kwaliteit, Veiligheid en Bedrijfsvoering en IProva tot verbetering zal leiden. Ook de commissie heeft haar werkwijze aangepast om daarmee een beter inzicht te hebben op de veiligheid in ons ziekenhuis, en zal op geleide van het resultaat zo nodig de werkwijze verder aanpassen.

In 2016 is op beide locaties van het Zuyderland een nieuw meldsysteem voor incidenten (IProva) in gebruik genomen. Het nieuwe meldsysteem voor incidenten en verbetermaatregelen genereert geen overzicht van meldingen en tot welke acties dit heeft geleid. Hierdoor kon de CCIP haar taak niet optimaal uitvoeren.

Gedurende 2019 zijn een aantal wijzigingen in Iprova doorgevoerd waardoor het mogelijk is een overzicht te genereren per melding (melding – analyse – verbetermaatregel).

Echter zoals hierboven beschreven, levert het systeem op andere punten mogelijk problemen op, waardoor voor de CCIP mogelijk alsnog het overzicht ontbreekt.