

Veilig Incident Melden in de Acute Zorgketen

Eindrapportage 2014

Datum	Versie	Status	Auteurs
4 sept 2015	Versie 2	Opgesteld door NAZ VUmc; resultaten besproken in OKAZ en in eindrapport verwerkt; eindrapport toegestuurd aan OKAZ	M. Rhebergen A. Toor

Auteurs

Drs. Annelies EJ Toor (Adviseur Netwerk acute zorg, regio VUmc)

Dr. Martijn DF Rhebergen (Adviseur Netwerk acute zorg, regio VUmc)

Datum

4 september 2015

Disclaimer

Dit rapport is zo zorgvuldig mogelijk samengesteld. Alle informatie in het rapport is afkomstig uit externe bronnen. Mochten er desondanks onjuistheden in het rapport staan, dan kan het Netwerk acute zorg, regio VUmc hiervoor niet aansprakelijk gesteld worden. Aan eventuele onjuistheden of onvolledigheden kunnen geen rechten ontleend worden. De lezer is verantwoordelijk voor keuzes die hij/zij maakt op grond van de informatie in dit rapport, alsmede voor het gebruik van deze informatie.

Aan de informatie uit dit rapport kunnen geen rechten worden ontleend. De informatie en gegevens in dit rapport mogen zonder nadrukkelijke schriftelijke toestemming niet worden vermenigvuldigd of gepubliceerd.

Inhoud

Inhoud	3
Samenvatting.....	4
Aanleiding en doelstelling	6
Doelstelling VIM-project ROAZ VUmc	6
Deelnemers	7
Definitie (bijna)ketenincident	7
Werkwijze.....	8
Stap 1 - Melden en registreren.....	8
Stap 2 - Analyseren en prioriteren	8
Stap 3 - Verbeteren	8
Stap 4 - Regionale verzameling, analyse en rapportage	9
Resultaten	10
Kerngetallen	10
Aantallen, trends en voorbeelden a.d.h.v. inhoud melding.....	12
Analyse frequentie, ernst en basisoorzaken	13
Kwalitatieve analyse.....	15
Van resultaat naar verbetering	15
Conclusie en aanbevelingen	16
Bijlage 1 Basisoorzaken volgens Eindhoven Classificatie model van de PRISMA-methodiek.....	18
Bijlage 2 Resultaat vragenlijst stand van zaken gestelde uitgangspunten.....	19
Bijlage 3 Literatuurlijst	20

Samenvatting

Aanleiding en doelstelling

Het ROAZ en Netwerk acute zorg, regio VUmc (NAZ VUmc) voeren verschillende projecten uit om de spoedzorgketen in de regio Noordwest-Nederland verder in kaart brengen en te optimaliseren. Vanuit het Operationeel Ketenoverleg Acute Zorg groot-Amsterdam (OKAZ) is de behoefte geuit om meer zicht te hebben op incidenten tussen de verschillende ketenpartners. N.a.v. een eerder project is het NAZ VUmc benaderd hierin mee te denken.

De volgende doelstellingen zijn geformuleerd:

1. (Half)jaarlijks inzicht krijgen in de (bijna)incidenten in de acute keten en hun basisoorzaken van de betreffende ketenpartner(s).
2. (Half)jaarlijks bespreken van de belangrijkste (hoogste geprioriteerde) incidenten/best practices en zo mogelijk oppakken van één hiervan in werkgroepvorm, opdat incidenten op dit gebied worden teruggedrongen.

Dit rapport beschrijft de werkwijze, resultaten over 2014 en conclusies/aanbevelingen die hieruit voortkwamen.

Werkwijze

Er wordt aangesloten bij de huidige processen van incidentmelden binnen de zorginstellingen. Hierin is gesteld dat het melden van ketenincidenten mogelijk moet zijn en dat deze meldingen uit de systemen gedestilleerd moeten kunnen worden. Van de ketenincidenten wordt naast de omschrijving, datum/tijd melding, meldende organisatie en betrokken organisatie, ook de frequentie en ernst, en zo mogelijk ook de basisoorzaak op basis van PRISMA en het Eindhoven classificatiemodel aangeleverd. Deze data wordt op regionaal (OKAZ) niveau verzameld en geanalyseerd door NAZ VUmc. De belangrijkste uitkomsten zijn aantallen incidenten per meldende (type) zorgorganisatie, per ontvangende organisatie, per onderwerp (retrospectief bepaald) en per patiëntengroep. Indien relevant is er een PRISMA-basisoorzaak benoemd. Daarnaast zijn a.d.h.v. een risicomatrix de hoog risico-meldingen geïdentificeerd en zijn met behulp van een aanvullende meer kwalitatieve analyse ook de opvallende meldingen met een hoog leerrendement en eventuele trends vastgesteld. In een plenaire discussie zijn de resultaten vertaald naar mogelijke regionale verbetertrajecten.

Conclusie en aanbevelingen

In totaal hebben 8/13 leden van het OKAZ gezamenlijk 65 bruikbare ketenincidenten aangeleverd. Geclusterd op onderwerp/thema kwamen meldingen over verwijsafspraken (21/65) en triage/inschatting ziektebeeld (15/65) het meest voor; geclusterd op patiëntengroep/specialisme interne (13/65), trauma/ortho (13/65) en cardiologie (7/65). Ook over de psychiatrie (crisisdienst), cardiologie (EHH/CCU), verloskunde (verloskamers) en ouderengeneeskunde (VVT) werd veel gemeld, alleen participeren deze partners (nog) niet in dit project.

Concluderend vanuit verschillende analyses lijken de belangrijkste verbetermogelijkheden in de keten:

- Triage (gestelde vragen, urgentie categorieën en vervolgcacties) van specifieke ziektebeelden (denk aan specifieke beelden aneurysma, respiratoire insufficiëntie baby, wervel# na val van 4m, paniekaanval, diabetes mellitus, pijn op borst).

- Organisatie triage-beleid gecombineerde SEH/HAP.
- Beleid agressieve patiënten (met name bij gecombineerde SEH/HAP).
- Beleid bij verschillen in opvatting behandeling en verwijzing huisarts en specialist.
- Beleid aanvraag 112-vervoer vanuit 2^e lijn.
- HAP's (onderling) patiëntverwijzing indien patiëntlocatie afwijkt van woonplaats.
- Beleid omtrent overdracht, fysiek dan wel schriftelijk, bij visite huisarts die leidt tot ambulancevervoer.
- SEH medewerkers die melden dat ambulanceverpleegkundigen bepaalde verrichtingen niet hebben uitgevoerd (denk aan infuus prikken, planken/kragen, medicatie geven, controles doen).
- (Shockroom) stops.
- Beleid ter voorkoming van persoonsverwisseling.

Omdat het aantal aangeleverde basisoorzaken erg laag lag, kon er geen verdere analyse worden uitgevoerd op de onderliggende oorzaken van de ketenincidenten.

Aangezien het OKAZ de ambitie heeft geuit om te komen tot schriftelijke samenwerkingsafspraken tussen alle ketenpartners, verdient het de aanbeveling om bovenstaande punten daarin goed af te dekken, met name de genoemde voorbeelden van 'verwijsafspraken'. Er zal een 'best practice' van samenwerkingsafspraken tussen HAP en SEH op één terrein, inclusief een bijbehorende scholing worden gedeeld in het OKAZ.

Concluderend over de gehanteerde werkwijze bleek dat nog niet alle instellingen ketenincidenten konden aanleveren. Daarnaast hebben ook niet alle instellingen kunnen voldoen aan de gestelde uitgangspunten. Het gaat hier met name om het aanleveren van de ingeschatte ernst en frequentie van de incidenten, en indien relevant de bijbehorende basisoorzaken. Dit zijn verbeterpunten voor de komende jaren. Een aantal leden uit het OKAZ heeft aangegeven hier in een werkgroep verder over mee te willen denken. Hierbij zou het een goed streven zijn om ook (de) andere relevante ketenpartners in het project te betrekken (bv. Crisisdienst en EHH/CCU). Het OKAZ heeft aangegeven behoefte te hebben aan jaarlijkse herhaling, zodat er nog beter trends en ontwikkelingen geïdentificeerd kunnen worden.

Aanleiding en doelstelling

Tijdig handelen is bij spoedzorg een essentiële factor om onbedoelde schade aan de patiënt te voorkomen (NFU, 2010; Breedveld et al., 2009). De eerste die de keten van spoedeisende hulpverlening in gang zet, is de patiënt of diens onmiddellijke omgeving. De patiënt heeft pijn, is ongerust of ondervindt ernstig ongemak. Bij de acute zorgvrager valt op een gegeven moment het besluit: *nu* moet er wat gebeuren. Tijdig handelen is bij acute zorg een levensreddende factor. Het merendeel van de acute zorgvragen komt terecht bij de huisartsenposten en de afdelingen voor Spoed Eisende Hulpverlening (SEH's) van ziekenhuizen, al dan niet via een ambulancedienst.

Omdat een patiënt met een spoedeisende hulpvraag in aanraking komt met verschillende zorgorganisaties wordt de uitkomst van zorg mede bepaald door een snelle en goede samenwerking in de keten (Panteia, 2013). Voor het verbeteren van de kwaliteit van de spoedeisende zorg is het in kaart te brengen en verbeteren van de keten daarmee essentieel. Het ROAZ en Netwerk acute zorg, regio VUmc voeren verschillende projecten uit om de spoedzorgketen in de regio Noordwest-Nederland verder in kaart brengen en te optimaliseren. Inzicht in de ketenincidenten en onderliggende organisatorische en logistieke oorzaken (en bijbehorende prioriteiten en verbeterinitiatieven) kan hieraan bijdragen. Bij een incident gaat het om een onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de patiënt kan leiden, heeft geleid, of nog zou kunnen leiden (Nivel, 2014). Het is vanzelfsprekend dat onbedoelde ketenincidenten zoveel als mogelijk voorkomen dienen te worden.

Al in 2009 is hiervoor middels een pilot aangehaakt bij het landelijke LIZ (Leren van Incidenten in de Zorg)-project van ZonMw. Het LIZ-project werd uitgevoerd door het NIVEL in samenwerking met het EMGO⁺/VUmc, IQ Healthcare en het Trimbos Instituut. Recent werd vanuit het OKAZ (operationeel ketenoverleg acute zorg van regio Groot-Amsterdam) de behoefte uitgesproken om knelpunten tussen HAP's, RAV's en SEH's structureel te inventariseren met behulp incident melden om zo verbeteringen in de acute keten tot stand te brengen.

Het NAZ VUmc is gevraagd de PDCA-cyclus voor het incident melden en verbeteren in het Operationeel Ketenoverleg Acute Zorg groot-Amsterdam (OKAZ) verder vorm te geven. Hiervoor heeft het NAZ VUmc in samenspraak met de ketenpartners besloten een nieuwe werkwijze/procedure op te stellen. Hiernaast beoogt het Netwerk deze ge-update procedure als best-practice aan te bieden in de andere veiligheidsregio's in de ROAZ- regio.

Doelstelling VIM-project ROAZ VUmc

1. (Half)jaarlijks inzicht krijgen in de (bijna)incidenten in de acute keten en hun basisoorzaken van de betreffende ketenpartner(s).
2. (Half)jaarlijks bespreken van de belangrijkste (hoogste geprioriteerde) incidenten/best practices en zo mogelijk oppakken één hiervan in werkgroepvorm, , opdat incidenten op dit gebied worden teruggedrongen.

Deelnemers

Alle zorgorganisaties/partners die deelnemen aan het OKAZ, d.w.z. groot Amsterdam, hebben ingestemd om in maart 2015 deel te nemen aan dit hernieuwde project. In dit project gaat het voornamelijk om:

- 9 ziekenhuizen
- 1 RAV, Ambulance Amsterdam
- 3 huisartsenpost-organisaties (HAP's)

Definitie (bijna)ketenincident

Onder een (bijna) ketenincident wordt binnen dit project verstaan:

“Een onbedoelde gebeurtenis ontstaan tijdens de samenwerking tussen ketenorganisaties die tot schade aan de patiënt kan leiden, heeft geleid, of nog zou kunnen leiden.”

Werkwijze

Om te komen tot de genoemde doelstellingen, wordt zoveel mogelijk aangesloten bij de huidige processen van incidentmelden binnen de zorginstellingen. Hieronder worden deze processen kort geschetst en aangegeven aan welke uitgangspunten/voorwaarden het proces zou moeten voldoen voor de aanlevering van de gevraagde gegevens aan het NAZ VUmc.

Stap 1 - Melden en registreren

Zorgorganisaties hebben, mede vanuit hun accreditatie, de verplichting om binnen het interne VeiligheidsManagement Systeem (VMS) het melden van incidenten mogelijk te maken.

Uitgangspunt:

In het digitale incidentmeldsysteem van de ketenpartners is de mogelijkheid tot het melden van ketenincidenten. Bij voorkeur worden deze als zodanig gelabeld, zodat ze eenvoudig te extraheren zijn uit het systeem.

Stap 2 - Analyseren en prioriteren

Na melding vindt bij de zorgorganisaties in de meeste gevallen een prioritering en analyse plaats van de incidenten (zie figuur 1 voor de gehanteerde terminologie). Het gebruik en de toepassing van een risicomatrix gebaseerd op een combinatie van ernst en frequentie helpt organisaties om de afhandeling van incidenten te prioriteren. Alle ketenpartners in het OKAZ maken gebruik van de PRISMA-methodiek met bijbehorende basisoorzaken volgens het Eindhoven Classificatie Model (zie bijlage 1)

Uitgangspunt:

Alle incidenten zijn ten minste geprioriteerd, waarbij de keuze wordt gemaakt om het incident wel of niet te analyseren volgens de PRISMA-methodiek en op te pakken. Indien een PRISMA-analyse is uitgevoerd dan wordt ook de basisoorzaak van het incident aangeleverd bij het NAZ VUmc.

Stap 3 - Verbeteren

Het oppakken en het oplossen van een ketenincident liggen bij de desbetreffende zorgorganisaties zelf, maar niet altijd alle ketenincidenten worden opgepakt en opgelost, en dit wordt tevens verschillend geregistreerd.

Uitgangspunt :

Om op regionaal niveau verbetering te bewerkstelligen is het belangrijk dat trends, regionale incidenten en/of best practices worden opgepakt. Dit wordt in de regionale procedure (hieronder) verder uitgewerkt.

Prioriteren:

a.d.h.v. mogelijke frequentie en ernst, kiezen welke wel/niet worden geanalyseerd en opgepakt en in welke volgorde

Analyseren:

een basisoorzaak benoemen; wel of niet met aanvullend contact met melder/tegenpartij.

Opgepakt:

een verbetervoorstel doen, een verbetering is al daadwerkelijk in gang gezet, In de praktijk zullen ook de verbeteracties/-voorstellen worden geprioriteerd a.d.h.v. haalbaarheid, kosten en tijdsinvestering.

Opgelost:

de verbeteractie heeft geleid tot verbetering van het knelpunt.

Figuur 1 Gehanteerde terminologie

Stap 4 - Regionale verzameling, analyse en rapportage

Na stap 3 heeft het NAZ VUmc alle ketenincidenten van 2014 die aangeleverd konden worden door de leden van het OKAZ verzameld en geanalyseerd. Voor de aanlevering is gevraagd gebruik te maken van de opgestelde minimale dataset/format, met de variabelen:

- Datum en tijd incident
- Meldende organisatie
- Betrokken organisatie
- Beschrijving incident/voorval melder (open beschrijving meldkaart)
- Beschrijving incident/voorval door organisatie (open beschrijving bv na aanvullend onderzoek)
- Mogelijke frequentie/herhalingskans
- Mogelijke ernst
- Basisoorzaak o.b.v. PRISMA indeling (indien PRISMA is doorlopen)
- Voorgestelde of genomen verbeteractie/ maatregel (optioneel)
- Bijzonderheden/opmerkingen (optioneel)

De belangrijkste uitkomsten zijn aantallen incidenten per meldende (type) zorgorganisatie, per ontvangende organisatie, per onderwerp (retrospectief bepaald), per patiëntengroep indien relevant en per PRISMA basisoorzaak. Daarnaast zijn a.d.h.v. een risicomatrix de hoog risico-meldingen geïdentificeerd en zijn met behulp van een aanvullende meer kwalitatieve analyse ook opvallende meldingen met een hoog leerrendement en eventuele trends vastgesteld.

Aan de hand van bovenstaande resultaten heeft in het OKAZ van 30 juni 2015 een discussie plaats gevonden welke (groep) incidenten regionale verbetering behoeven en/of welke best-practices er regionaal te implementeren zijn.

Indien er een ketenincident/best-practice wordt geselecteerd voor regionale kwaliteitsverbetering, kan dit worden opgepakt door een kleinere werkgroep die wordt samengesteld met leden vanuit het OKAZ . Het Netwerk acute zorg regio VUmc kan deze werkgroep ondersteunen. Voortgang en resultaten van de werkgroep(en) zullen worden teruggekoppeld aan het OKAZ.

Door jaarlijks deze stappen te herhalen is het mogelijk om te monitoren of er regionale trends zichtbaar zijn en of knelpunten daadwerkelijk worden opgelost. Op deze manier kan er duurzaam verbeterd worden.

Resultaten

Kerngetallen

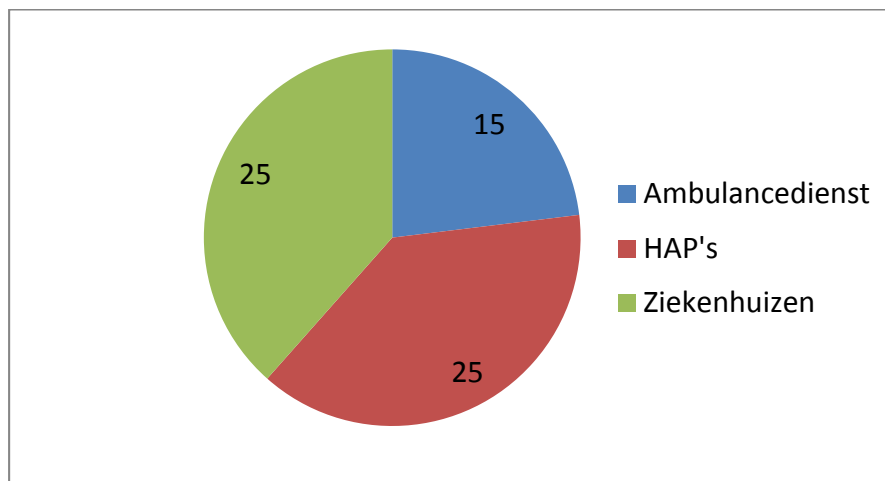
In totaal zijn 13 organisaties benaderd om deel te nemen. Twee ziekenhuizen hebben aangegeven dat het registreren van ketenincidenten (nog) niet mogelijk is, c.q. gedaan wordt. Hiernaast hebben drie instellingen geen ketenincidenten aangeleverd, zonder een reden aan te geven (zie bijlage 2 voor uitkomsten vragenlijst in hoeverre de instellingen aan de gestelde uitgangspunten in de procedure kunnen voldoen).

In tabel 1 is te zien dat er in totaal 8 organisaties 99 meldingen aangeleverd hebben. Uiteindelijk waren er 65 incidenten die binnen de scope vielen. Dat wil zeggen: het betrof daadwerkelijk een **keten**incident én de betrokkenen zijn onderdeel van het OKAZ. De andere 34 incidenten zijn niet meegenomen in verdere analyses, tenzij nadrukkelijk vermeld. Van 29 incidenten werd ook de een inschatting gegeven van de ernst, van 26 van de frequentie. Van 8 incidenten is een basisoorzaak beschreven, vastgesteld a.d.h.v. een PRISMA-analyse.

Tabel 1 Kerngetallen aangeleverde incidenten

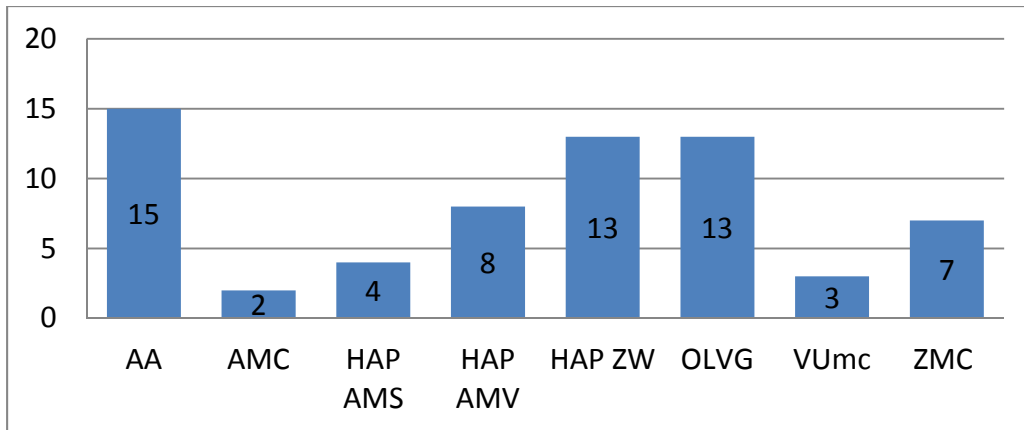
Aantallen	
Aantal ingestuurde meldingen	99
Aantal instellingen waarvan meldingen binnen	8
Aantal bruikbare meldingen (zog. 'ketenincident' én binnen scope OKAZ)	65
Aantal meldingen met aangeleverde inschatting van de ernst	29
Aantal meldingen met aangeleverde inschatting van de frequentie	26
Aantal meldingen met aangeleverde PRISMA basisoorzaak	8
Aantal meldingen met aangeleverd voorgesteld/ingezet verbetervoorstel	17

Zowel de HAP's (N=3) als de ziekenhuizen (N=4) maakten over 2014 25 meldingen; Ambulance Amsterdam 15 meldingen (zie figuur 2).



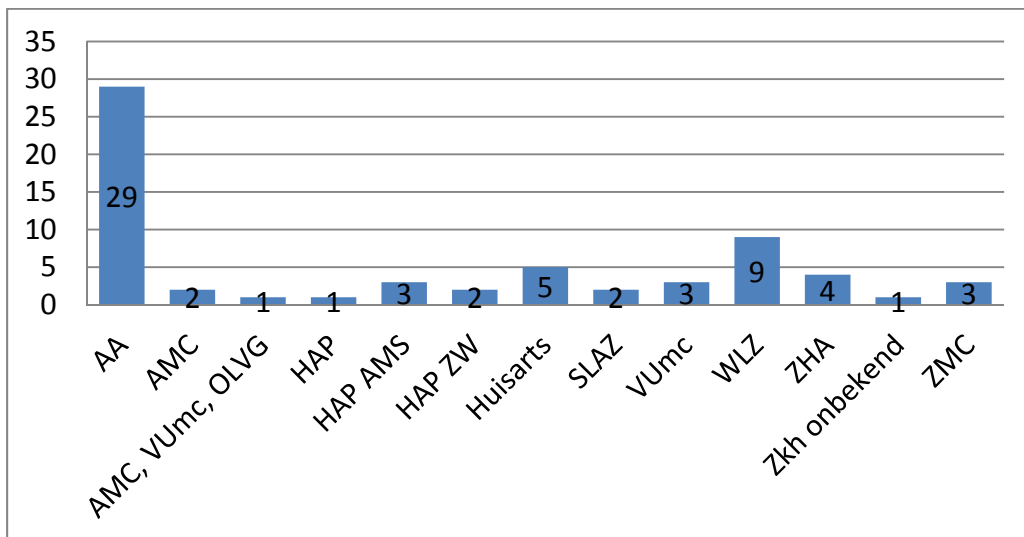
Figuur 2 Aantal aangeleverde ketenincidenten per soort melder (N=65)

Per Instelling varieerde het aantal meldingen van 2 tot 15 (figuur 3). De individuele ziekenhuizen deden gemiddeld minder meldingen dan de HAP's en de ambulancedienst.



Figuur 3 Aantal aangeleverde ketenincidenten per meldende instelling (N=65)

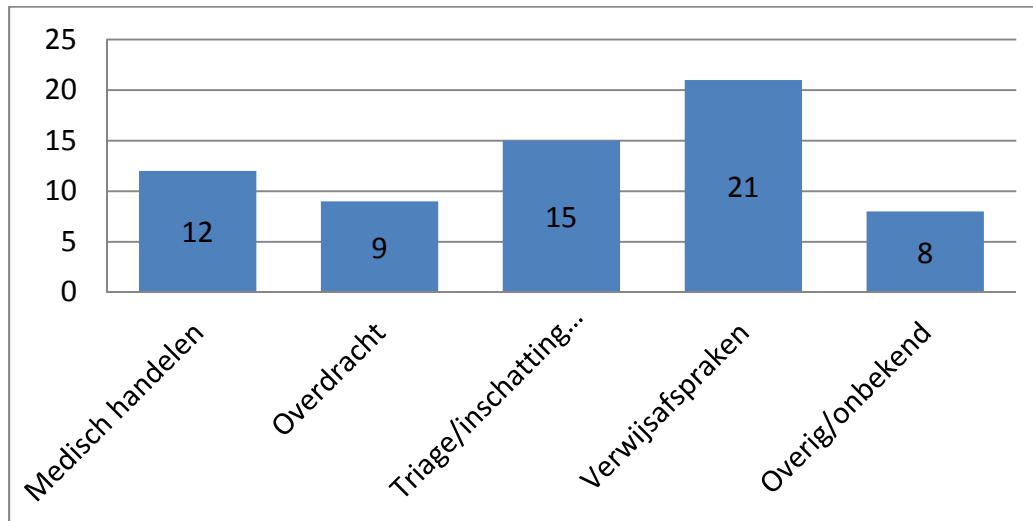
De meeste ketenincidenten gingen over de ambulancedienst Amsterdam (AA) (figuur 4). Bij een aantal meldingen was alleen het type ketenpartners bekend en zijn ze onder 'HAP', 'Huisarts' of 'ziekenhuis onbekend' gegroepeerd.



Figuur 4 Aantal aangeleverde ketenincidenten per instelling waarover gemeld is (N=65)

Aantallen, trends en voorbeelden a.d.h.v. inhoud melding

Op basis van een kwalitatieve analyse van alle 65 meldingen is er een vierdeling gemaakt in de meest voorkomende onderwerpen/thema's. Er zijn ook andere indelingen mogelijk. De meeste meldingen hebben betrekking op 'verwijsafspraken' (21/65), gevolgd door meldingen over 'triage/inschatting ziektebeeld' (15/65) en 'medisch handelen' (12/65) (figuur 5).



Figuur 5 Aantal aangeleverde ketenincidenten per onderwerp/thema (N=65)

Voorbeelden:

Hieronder per onderwerp/thema een aantal illustratieve voorbeelden.

Medisch handelen:

- Presentatie van kind met ondertemp. (31,7) na neardrowning zonder verdere controles en waaknaald.
- Geen venflon geprikt bij val van 4 à 5 m hoogte.
- Explosie op boot. Inhalatietrauma, geen interventies gedaan in vorm van infuus of o2 gift.

Overdracht:

- Huisarts belt ambulance voor vervoer van patiënt, maar laat vervolgens geen overdracht achter en is zelf niet meer aanwezig.
- HAP belt ambulance voor vervoer van patiënt vanaf huis, maar meldt niet dat deze patiënt MRSA verdacht is.
- Persoonsverwisseling in ziekenhuis door foutieve informatie van ambulance.

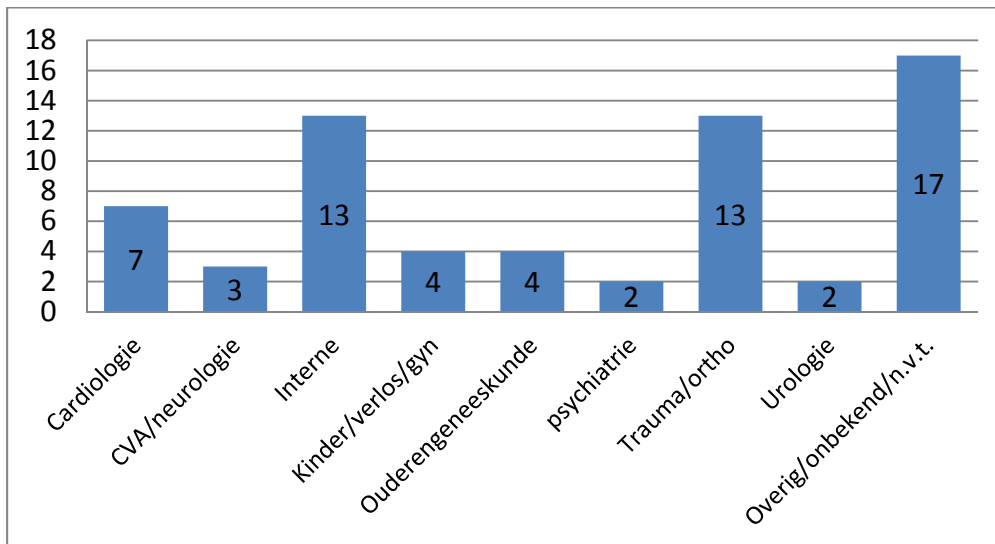
Triage/inschatting ziektebeeld:

- Patiënt met uitval links die zowel door ambulance als door SEH verpleegkundige niet getrieerd was als trombolysen melding, maar uiteindelijk wel zo bleek te zijn, waardoor er een door-to-needle-time was van 65 min.
- Patiënt meldt zich bij HAP met een DM de novo (gluc 23). HAP vindt dit reden voor insturen SEH. SEH arts vond dat patiënt toch eerst beoordeeld moest worden door huisarts.

Verwijsafspraken:

- Incidenten over wachten op besteld vervoer.
- Incidenten over welke HAP een telefonisch consult aanneemt als patiënt in een andere plaats woont dan waar hij vandaan belt.
- Incidenten over specialisten die geen ambulance mogen/kunnen bellen voor een patiënt die ze aan de telefoon hebben.
- Verschil in mening of een patiënt voor de HAP of voor de SEH is.

Naast onderwerp/thema zijn de incidentmeldingen geclusterd op patiëntengroep/specialisme, indien relevant en te achterhalen. (zie figuur 6). De ketenincidenten betreffen vooral de interne geneeskunde (13/65), trauma/ortho (13/65) en cardiologie (7/65). Uit een aanvullende analyse waarin alle meldingen (N=99) zijn meegenomen blijkt dat er relatief vaak meldingen plaatsvinden over de psychiatrie (met crisisdienst), cardiologie (met EHH/CCU), verloskunde (met verloskamers) en ouderengeneeskunde (met VVT).¹

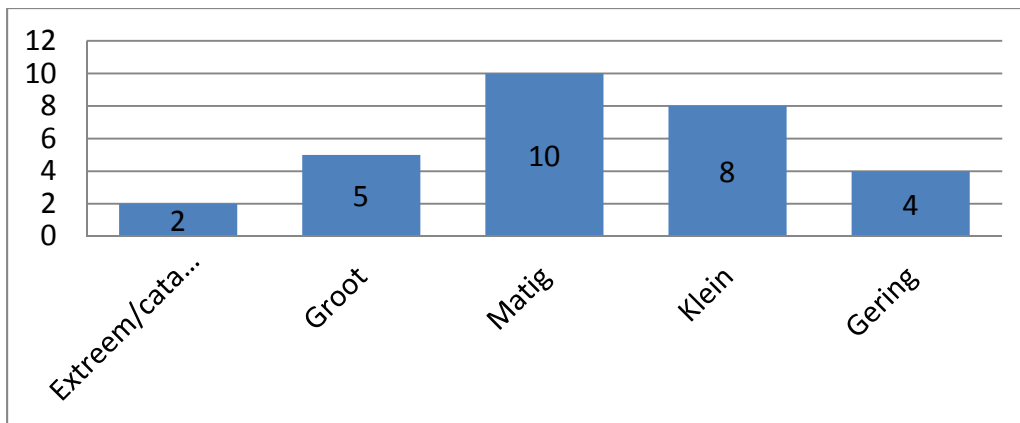


Figuur 6 Aantal aangeleverde ketenincidenten per patiëntengroep (indien relevant) (N=65)

Analyse frequentie, ernst en basisoorzaken

Van 29/65 incidenten heeft de melder of meldende organisatie een inschatting gemaakt van de ernst van het incident, waaronder 2/65 'extreem/catastrofaal', 5/65 'groot' en 10/65 'matige ernst' (figuur 7). De incidenten waarbij de ernst wordt ingeschat als 'extreem/catastrofaal' of 'groot' besloegen veelal incidenten over 'triage/inschatting ziektebeeld' (4/7) en een enkele keer over 'medisch handelen', 'verwijsafspraken' en één keer over een niet nagekomen terugbelverzoek ('overig').

¹ In Noord-Holland en Flevoland zijn een aantal focusgroepen opgestart, vallend onder het ROAZ van Netwerk acute zorg, regio VUmc en TraumaNet AMC. Deze focusgroepen richten zich op de acute ketenzorg van een aantal patiëntengroepen, te weten Acute Neurologie (CVA), Cardiologie (AMI), Verloskunde en Psychiatrie. Het valt te overwegen om, waar mogelijk, de meldingen die buiten de scope van het OKAZ vallen, te laten passeren in de focusgroepen.



Figuur 7 Aantal aangeleverde ketenincidenten per ernst (N=29)

De risicomatrix (tabel 2) kruist de ingeschatte ernst van incidenten met de ingeschatte herhalingskans. Incidenten gecategoriseerd als 'extreem/catastrofaal', 'groot' of 'matige ernst', waarbij de herhalingskans op 'mogelijk' tot 'vrijwel zeker' is geschat zijn in dit project gedefinieerd als 'hoog risico' (omcirkeld). In tabel 3 wordt aangegeven wat voor soort meldingen dit betroffen.

Tabel 2 Risicomatrix van de aangeleverde ketenincidenten (N=64)

Ernst incident vs herhalingskans	Extreem/catastrofaal	Groot	Matig	Klein	Gering	(leeg)	Eindtotaal
Vrijwel zeker							0
Waarschijnlijk						1	1
Mogelijk	1	4	6	3	1		15
Onwaarschijnlijk	1	1			5	2	9
(leeg)				4			35
Eindtotaal	2	5	10	8	4	35	64

Tabel 3 Onderwerpen van de omcirkelde hoog-risico meldingen (N=11)

Ondewerp/thema	Aantal
Medisch handelen	2
Triage/inschatting ziektebeeld	5
Verwijsafspraken	2
Overig	2
Eindtotaal	11

Hieronder een aantal illustratieve voorbeelden van deze hoog risico meldingen:

- Verkeerde triage/inschatting ziektebeeld (denk aan aneurysma, respiratoire insufficiëntie baby, wervel# na val van 4m, paniekaanval) door ambulanceverpleegkundige of huisarts.
- Een U2 patiënt die zich bij de balie van spoedpost meldt. Triageverpleegkundige is nog bezig en vervolgens wordt patiënt 'vergeten'.
- Zeer agressieve man wordt door portier de SEH opgelaten.
- Verschil van mening over behandeling patiënt tussen huisarts en specialist.
- Assistent HAP beoordeelt patiënt als zijnde direct voor SEH (DM, POB), maar de SEH vindt dit niet.

Aangezien er slechts 8 basisoorzaken zijn aangeleverd (12%), is het analyseren van de basisoorzaken niet representatief en zal dit in deze rapportage achterwege gelaten worden.

Kwalitatieve analyse

Uit de aanvullende kwalitatieve analyse van alle meldingen vallen een aantal meldingen op doordat ze vaker voorkomen, en/of dat het leerrendement of verbeterrendement hoog zou kunnen zijn.

- Specialisten die geen ambulance mogen/kunnen bellen voor een patiënt die ze aan de telefoon hebben.
- Incidenten over welke HAP een telefonisch consult aanneemt als patiënt in een andere plaats woont dan waar hij vandaan belt.
- Huisarts belt ambulance voor vervoer van patiënt vanaf huis, maar laat vervolgens geen overdracht achter en is zelf niet meer aanwezig.
- SEH-medewerkers die melden dat ambulanceverpleegkundigen bepaalde verrichtingen niet hebben uitgevoerd (denk aan infuus prikken, planken/kragen, medicatie geven, controles doen).
- (Shockroom) stops.
- Persoonsverwisseling op SEH na verkeerde informatie van ambulancedienst.

Van resultaat naar verbetering

Bovenstaande resultaten (de betrokken patiëntengroepen, de hoog risico-meldingen en de opvallende incidenten uit de kwalitatieve analyse) bieden aanknopingspunten voor verbetering. In het OKAZ van 30 juni 2015 zijn de leden uitgenodigd om hierover mee te denken. De volgende punten werden benoemd:

- Het OKAZ heeft de ambitie uitgesproken om te komen tot samenwerkingsafspraken tussen de verschillende ketenpartners. Het is aan te bevelen de resultaten uit dit rapport hierin mee te nemen. Zo kunnen op een aantal onderwerpen, patiëntengroepen of delen van de keten, specifieke afspraken opgenomen worden.
- Het SLAZ en de HAP op hun terrein zijn vergaande samenwerkingsafspraken tussen de HAP en de SEH aan het opstellen en ontwikkelen hiervoor ook een gezamenlijke scholing. Dit wordt in een volgende OKAZ als 'best practice' worden gepresenteerd.
- De psychiatrie wordt als ingewikkelde patiëntengroep benoemd als het gaat om ketenzorg. Hier wordt al vanaf verschillende kanten aan gewerkt, zoals in de focusgroep psychiatrie van ROAZ AMC/VUmc. Dit onderwerp zal hier niet worden opgepakt.
- Tenslotte wordt nog opgemerkt dat incidenten in het onderwerp 'verwijsafspraken' goed bekeken zouden kunnen worden op ruimte voor verbetering. Concrete voorbeelden hiervan zijn of een specialist (behandelend arts) wel/niet een ambulance mag bellen voor een patiënt, wie wanneer verantwoordelijk is voor de juiste verwijzing van een patiënt, hoe er gecommuniceerd wordt bij afwijken van de originele verwijzingsroute, welke HAP een consult aanneemt als woonplaats afwijkt van locatie patiënt.

Conclusie en aanbevelingen

In totaal hebben 8/13 leden van het OKAZ 65 bruikbare ketenincidenten aangeleverd. Deze ketenincidenten zijn o.a. geanalyseerd per onderwerp/thema, per patiëntengroep/specialisme en op hoog-risico meldingen. Gekeken per onderwerp/thema kwamen meldingen over verwijsafspraken en triage/inschatting ziektebeeld het meest voor. Hiernaast kwamen de patiëntengroepen/specialismes interne, trauma/ortho en cardiologie veel voor. Sommige instellingen hebben per abuis ook incidenten aangeleverd die andere ketenpartners dan leden van het OKAZ betroffen. Opvallend hieraan was dat dit met name de psychiatrie (crisisdienst), cardiologie (EHH/CCU), verloskunde (verloskamers) en ouderengeneeskunde (VVT) aanging. Deze meldingen zijn buiten de scope gelaten, maar het OKAZ bevestigt dat verbeteringen in het beleid ten aanzien patiënten met psychiatrische klachten mogelijk lijkt.

Concluderend vanuit verschillende analyses lijken de belangrijkste verbetermogelijkheden in de keten:

- Triage (gestelde vragen, urgentie categorieën en vervolgacties) van specifieke ziektebeelden (in dit kader: aneurysma, respiratoire insufficiëntie baby, wervel# na val van 4m, paniekaanval, diabetes mellitus, pijn op borst).
- Organisatie triage-beleid gecombineerde SEH/HAP.
- Beleid agressieve patiënten (met name bij gecombineerde SEH/HAP).
- Beleid bij verschillen in opvatting behandeling en verwijzing huisarts en specialist.
- Beleid aanvraag 112-vervoer vanuit 2^e lijn.
- HAP's (onderling) patiëntverwijzing indien patiëntlocatie afwijkt van woonplaats.
- Beleid omtrent overdracht fysiek dan wel schriftelijk bij visite huisarts die leidt tot ambulancevervoer.
- SEH medewerkers die melden dat ambulanceverpleegkundigen bepaalde verrichtingen niet hebben uitgevoerd (infuus prikken, planken/kragen, medicatie geven, controles doen...).
- (Shockroom) stops.
- Beleid ter voorkoming van persoonsverwisseling.

Omdat het aantal aangeleverde basisoorzaken erg laag lag, is geen verdere analyse uitgevoerd op de onderliggende oorzaken van de ketenincidenten.

Aangezien het OKAZ de ambitie heeft geuit om te komen tot schriftelijke samenwerkingsafspraken tussen alle ketenpartners, verdient het de aanbeveling om bovenstaande punten daarin goed mee te nemen, met name de genoemde voorbeelden van 'verwijsafspraken'. Er zal een 'best practice' van samenwerkingsafspraken tussen HAP en SEH op één terrein, inclusief een bijbehorende scholing worden gedeeld in het OKAZ.

In het OKAZ van 30 juni is tevens gesproken over het belang van elkaar kennen en begrijpen. Om een voorbeeld te noemen: de omgevingsomstandigheden op straat kunnen er toe leiden dat er andere keuzes worden gemaakt dan op een SEH. Als hier begrip voor is en dit bekend is, zullen dit soort incidenten waarschijnlijk minder vaak gemeld worden. Verschillende partners binnen het OKAZ geven aan regelmatig besprekingen en scholingen met andere ketenpartners te houden wat hier aan bijdraagt. Het verdient de aanbeveling dit te continueren.

In de werkwijze van dit rapport zijn uitgangspunten geformuleerd waar de lokale incidentregistratie aan zou moeten voldoen om te komen tot een minimale dataset voor bruikbare regionale analyse en rapportage. Enerzijds hebben nog niet alle instellingen ketenincidenten aangeleverd. Daarnaast hebben ook niet alle instellingen kunnen voldoen aan de gestelde uitgangspunten (bijlage 2). Het gaat hier met name om het aanleveren van (verwachte) ernst en frequentie van de incidenten, en indien relevant de bijbehorende basisoorzaken. Dit zijn verbeterpunten voor de komende jaren. Hierbij zou het wellicht een goed streven zijn om ook (de) andere relevante ketenpartners in het project te betrekken (bv. Crisisdienst en EHH/CCU). Het OKAZ heeft aangegeven behoefte te hebben aan jaarlijkse herhaling, zodat er nog beter trends en ontwikkelingen geïdentificeerd kunnen worden.

Bijlage 1 Basisoorzaken volgens Eindhoven Classificatie model van de PRISMA-methodiek²

1. *Technisch:*

- Extern
- Ontwerp
- Constructie
- Materiaal

2. *Organisatorisch:*

- Extern
- Kennisoverdracht
- Protocollen
- Management prioriteiten
- Cultuur

3. *Menselijk gedrag:*

- Extern
- Knowledge-based
 - i.* Redeneren
- Rule-based
 - i.* Kwalificaties
 - ii.* Coördinatie
 - iii.* Verificatie
 - iv.* Interventie
 - v.* Bewaken
- Skill-based
 - i.* Fijne motoriek
 - ii.* Grove motoriek

4. *Patiënt gerelateerd*

5. *Overig*

² Er wordt binnen de PRISMA-methodiek een standaard categoriseringsboom geboden. Verdere typering van het incident of de oorzaak lijkt in dit ketenproject echter nodig om problemen in beschikbaarheid, bereikbaarheid en overdracht onder te kunnen brengen. Daarvoor zal aanvullend (aan de hand van de open antwoorden: beschrijving incident) kwalitatief onderzocht worden of de oorzaakcategorisering verder kan worden gespecificeerd, of dat er een algemene typering kan worden ontwikkeld.

Bijlage 2 Resultaat vragenlijst stand van zaken gestelde uitgangspunten

Vragen	ja	nee	onbekend	totaal
1a. Het incident-meldsysteem van de instelling voorziet in het melden van ketenincidenten	8	2	3	13
1b. Ketenincidenten kunnen als zodanig gelabeld worden (bijv. aanvinken dat het een incident betreft in de samenwerking met ketenpartners/andere instellingen).	6	2	5	13
1c. Naast een beschrijving van het incident worden ook gegevens over de frequentie en ernst vastgelegd.	5	1	6	12
2a. Voor de analyse wordt gebruik gemaakt van de PRISMA-methodiek	6	0	6	12
2b. Geschat percentage ketenincidenten die geanalyseerd worden tot een basisoorzaak aan de hand van de PRISMA-methodiek.			12% (N=3)	
2c. De basisoorzaken kunnen worden aangeleverd.	2	3	7	12
3a. Geschat percentage ketenincidenten dat na analyse een verbetervoorstel/verbetering oplevert (optioneel voor regionale project)			23% (N=3)	

Bijlage 3 Literatuurlijst

- Breedveld FC, et al. Spoedeisende hulp: Vanuit een stevige basis. Rapport, oktober 2009.
- Nederlandse Federatie voor Universitair medische Centra. Acute zorg – Het niet te plannen deel van de ziekenhuiszorg. Rapport, 2010.
- Panteia - Research to Progress. Onderzoek Begeleidend Onderzoek Spoedzorg. Rapport, 2013.
- <http://www.nationaalkompas.nl/zorg/acute-zorg/ambulancezorg/waaruit-bestaan-de-verwijzingen-naar-en-vanuit-de-ambulancezorg/>