

CALAMITEITENONDERZOEK in de ZORG

Een calamiteitenonderzoek is, idealiter, méér dan enkel het incident uitpluizen en basisoorzaken vaststellen.

Een compleet uitgevoerd calamiteitenonderzoek stelt alle betrokkenen (patiënt en diens familie, zorgverleners, zorginstelling, ketenpartners) in staat om lering te trekken uit het gebeurde. Een calamiteit betekent altijd dat er iets ergs is gebeurd, iets wat niemand van de betrokkenen heeft gewild. En ook nooit meer mee hoopt te maken. Dat houdt in dat er een grote bereidheid is om mee te werken aan het kunnen voorkomen van een vergelijkbaar incident in de toekomst.

Emoties bij patiënt/familie:

- Boosheid
- Verdriet
- Rouw

Helaas wordt deze bereidheid om te leren nogal eens ondergesneeuwd door alle emoties die, begrijpelijkerwijze, met een ernstig incident zoals een calamiteit gepaard gaan. De patiënt en/of diens familie voelen niet zelden boosheid, verdriet, rouw. Betrokken zorgverleners voelen schuld, angst en onzekerheid. Wanneer de calamiteit in de zorgketen heeft plaatsgevonden treedt vaak wantrouwen ten

opzichte van de zorgverleners onderling op. Kortom: veel emoties die, wanneer ze niet erkend worden, het willen en kunnen leren van het incident vertroebelen.

Juist hierom benadrukken wij het belang van goede ondersteuning van zowel patiënt/familie als van betrokken zorgverleners: de ruimte die erkenning van alle emoties biedt is essentieel om verder te kunnen kijken dan de directe pijn, en om verbeteringen te kunnen formuleren.

Emoties bij zorgverlener:

- Schuldgevoel
- Angst
- Onzekerheid

Het is vervolgens aan de zorginstelling en/of ketenpartners om deze verbeteringen daadwerkelijk in praktijk te brengen. Helaas zien we ook dat nogal eens misgaan. Verbetering betekent verandering, en is dus een proces op zich. In de complexiteit van het managen van (een) zorginstelling(en) kan het lastig zijn om de implementatie van een verbetermaatregel die wellicht niet direct te maken heeft met de dagelijks voorbijkomende zaken, prioriteit te geven. Met het risico dat de verbetermaatregel steeds lager op de to do-list belandt. Uitstel verwordt helaas vaak tot afstel.



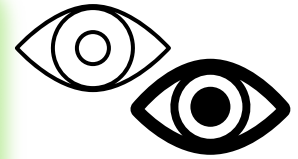
Steun voor patiënt en/of familie

Steun voor betrokken zorgverleners

In onderstaande casusbeschrijving van een ketencalamiteit willen we laten zien hoe datgene wat in de eerste alinea van dit artikel is beschreven gerealiseerd is.



CASUS: MAN LOOPT BLIJVENDE SCHADE OP AAN OOG



Een 55-jarige man krijgt op vrijdagavond last van zijn linkeroog.

In de loop van de nacht wordt hij wakker van de toenemende pijn, en hij neemt twee tabletten Paracetamol. In de vroege zaterdagochtend wordt hij opnieuw wakker: naast last van zijn oog heeft hij nu ook hoofdpijn. Extra Paracetamol biedt geen verlichting van de klachten. Hij wordt nu ook misselijk en koortsig. Wanneer hij flauwvalt belt zijn 16-jarige dochter in paniek 112. Er komt een ambulance en omdat het midden in de Covid-pandemie is komt de bemanning in beschermende kleding binnen. De verpleegkundige controleert de vitale functies van patiënt en concludeert dat hij niet vervoerd hoeft te worden naar de SEH. Ze belt de huisartsenpost en verzoekt hen om de patiënt over te nemen. De triagist plant een consult in op het Covid-spreekuur, drie uur later.

De patiënt moet, eenmaal aangekomen op de post, bijna anderhalf uur wachten voordat hij aan de beurt is: het Covid-spreekuur loopt erg uit. Eenmaal in de spreekkamer onderzoekt de huisarts het oog en stelt hij vast dat er sprake is van cornea erosie (hoornvliesbeschadiging). Met chlooramfenicol zalf en oogverband gaat patiënt weer naar huis. De huisarts heeft hem verteld dat de klachten met uiterlijk 24 uur af moeten nemen, en dat na 48-72 uur een herbeoordeling door de eigen huisarts van patiënt moet plaatsvinden.

De klachten van patiënt nemen echter niet af – integendeel. De volgende dag belt hij opnieuw naar de Huisartsenpost en hij krijgt opnieuw een consult aangeboden. Omdat hij inmiddels negatief is getest op Covid dit keer op het reguliere spreekuur, twee uur nadat hij gebeld heeft. De huisarts die hem ditmaal beoordeelt treft een patiënt met gezwellen oogleden en een hevig pussend oog. Ze stuurt hem direct door naar de oogarts, die een pseudomonas infectie vaststelt (een door een bacterie veroorzaakte hoornvliesontsteking). Patiënt moet worden opgenomen omdat het oog ieder uur met antibiotica moet worden gedruppeld.

Twee maanden later dient de patiënt een klacht in, zowel bij de ambulancedienst als bij de huisartsenpost. Hij stelt blijvende schade te hebben opgelopen door de te late onderkenning van de pseudomonas infectie: zijn gezichtsvermogen in het linkeroog is significant afgenomen.

Gezien de ernst van de gevolgen besluit de huisartsenpost om een calamiteitenonderzoek te starten, en om hierin samen op te trekken met de ambulancedienst en met het ziekenhuis waar patiënt verbleven heeft.

De calamiteitencommissie spreekt met:

- De eigen huisarts van patiënt
- De patiënt en zijn dochter
- De ambulanceverpleegkundige en de ambulancechauffeur
- De twee betrokken triagisten van de huisartsenpost
- De twee betrokken huisartsen van de huisartsenpost
- De oogarts



De eigen huisarts van patiënt

Voor het verkrijgen van relevante zaken in de medische voorgeschiedenis van patiënt spreekt de commissie met de eigen huisarts van patiënt.

Die geeft aan patiënt nauwelijks te kennen: hij gebruikt geen medicatie, heeft een vrijwel blanco voorgeschiedenis en is voor het laatst vier jaar geleden bij de huisarts geweest.

De patiënt en zijn dochter

Uit het gesprek met de patiënt en zijn dochter komt naar voren dat beiden zich niet gehoord hebben gevoeld door de ambulancebemanningsleden. Het communiceren met de verpleegkundige en de chauffeur werd sowieso bemoeilijkt door het mondkapje en de rest van de beschermende materialen, en

toen de verpleegkundige telefonisch ging overleggen met de huisartsenpost deed zij dat in de tuin, buiten gehoorsafstand. Ze kwam vervolgens terug met de mededeling dat patiënt zelf naar het coronaspreekuur op de post moest gaan, waarop de ambulance weer vertrok. Het voelde alsof er 'over' hem beslist werd, in plaats van 'samen' met hem. Als hij direct was meegenomen had de oogarts in het ziekenhuis veel eerder vast kunnen stellen dat er een bacteriële infectie gaande was, zo redeneert de patiënt.

Ook over de huisartsenpost is hij niet tevreden: het onderzoek heeft hij als vluchtig ervaren en hij heeft de indruk dat de huisarts heel snel, té snel, tot de diagnose 'hoornvliesbeschadiging' is gekomen. De daaropvolgende 24 uur heeft hij veel pijn gehad maar omdat hij had begrepen dat hij een etmaal moest wachten voordat hij opnieuw contact op mocht nemen heeft hij niet eerder naar de huisartsenpost gebeld.

Al met al heeft de bacteriële infectie veel te lang haar verwoestende werking kunnen uitoefenen, stelt patiënt, met een visusvermindering van > 60% in zijn linkeroog tot gevolg.

Patiënt wil graag van de voortgang en de resultaten van het onderzoek op de hoogte gehouden worden, en er wordt afgesproken dat een patiëntbegeleider contact met hem opneemt. Deze biedt tevens een luisterend oor en emotionele ondersteuning tijdens het onderzoek.

De ambulancebemanningsleden

Uit het gesprek met de ambulancebemanningsleden komt naar voren dat de vitale functies van patiënt niet bedreigd waren. Ook was de Covid-verdenking laag maar gezien de koorts is er geen risico genomen. Dat patiënt misselijk was vermoedde de ambulanceverpleegkundige als voortkomend uit de hevige pijn in

het oog. De casus speelde midden in de tweede golf van de Covid-pandemie waardoor het erg druk was voor de ambulancedienst. Nadat ze patiënt had overgedragen aan de huisartsenpost moesten zij en de chauffeur meteen door naar een volgende oproep. Ze vindt het heel naar voor patiënt en zijn dochter dat zij en haar collega op hen de indruk hebben gemaakt dat ze de klachten niet serieus genomen hebben. Ze voelen zich hier erg schuldig over, en weten niet goed hoe dit in de toekomst te voorkomen. Afgesproken wordt dat iemand van het peer supportteam contact met hen opneemt, zodat ze een luisterend oor en niet-oordelende ondersteuning geboden krijgen.

De triagisten

Wanneer de commissie met de betrokken triagisten spreekt blijkt dat het eerste consult volgens protocol op het Covid-spreekuur moest worden ingepland, en dat het tweede consult na triage uitkwam op urgentie U3 (= patiënt moet binnen vier uur door een huisarts beoordeeld worden). Of hierbij de mogelijke

urgentieverhogende factor van de hevige pijn voldoende is meegewogen is echter discutabel. Met name de tweede triagist vindt het verschrikkelijk dat patiënt nóg langer heeft moeten wachten met,

zoals later bleek, een voortwoekerende bacteriële infectie. Hij voelt zich verantwoordelijk voor het gezichtsverlies dat patiënt geleden heeft en wil dit graag persoonlijk overbrengen aan patiënt. Ook voor hem wordt peer support geregeld, en de commissie belooft zijn aanbod aan patiënt en zijn dochter over te brengen.

De huisartsen

Ook de huisartsen zijn ontdaan over het verloop. De huisarts van het eerste consult kan zich enerzijds niet voorstellen dat hij gehaast te werk is gegaan – anderzijds wil hij ook het gevoel van patiënt niet negeren. Het zit hem tevens dwars dat patiënt ervan overtuigd was dat hij de eerste 24 uur geen contact mocht opnemen met de huisartsenpost; in zijn beleving geeft hij altijd een duidelijk vangnetadvies om direct aan de bel te trekken wanneer de klachten verergeren of wanneer patiënt het niet vertrouwt. Ook deze huisarts zou graag in gesprek gaan met patiënt. Aanvankelijk slaat hij het aanbod voor peer support af; hij kan de casus in zijn HAGRO bespreken. Na twee dagen belt hij één van de commissieleden: hij merkt dat er meer nodig is dan de casus aanklaarten bij zijn directe collega's. De peer supporter die hem belt blijkt de juiste snaar te raken, en de huisarts vindt gehoor voor zijn onzekere gevoel dat de calamiteit bij hem heeft losgemaakt.

De oogarts

Tenslotte spreekt de calamiteitencommissie met de oogarts die patiënt heeft opgenomen. Die beaamt dat patiënt ernstige schade aan zijn oog heeft opgelopen – echter niet enkel door de laat onderkende hoornvliesinfectie. Toen patiënt in het ziekenhuis verbleef bleek dat de antibiotica goed aansloeg en het oog verbeterde. Het was echter niet direct mogelijk voor patiënt om goed diepte in te kunnen schatten met het aangedane oog. Dat komt vaker voor omdat de gebruikte medicatie het diepte-zien beïnvloedt. Op de ziekenhuiskamers waren mooie, maar ook nogal fors uitstekende kapstokhaken bevestigd, waaraan patiënt zich verwondde toen hij zijn ochtendjas wilde pakken. Het hoornvlies was zeker beschadigd ten gevolge van de bacteriële infectie maar de grootste schade bleek te zijn ontstaan door het trauma, opgelopen in de ziekenhuiskamer.

Na analyse van de feiten komt de calamiteitencommissie tot de volgende basisoorzaken die hebben geleid tot de ongewenste gebeurtenis:

'delay in patiëntbeoordeling door oogarts'

- Net voordat patiënt bij het eerste consult binnen werd geroepen ging hij naar het toilet, waarna hij zijn handen waste maar ook zijn gezicht, in de hoop de pijn in het oog zo iets te verlichten. Hierbij is de beginnende pusvorming weggespoeld, waardoor de huisarts die niet heeft waargenomen en tot de waarschijnlijkheidsdiagnose 'cornea erosie' kwam (pus hoort niet bij beschadigd hoornvlies)
- Omdat het vangnetadvies om bij toenemende klachten weer contact op te nemen uitsluitend mondeling wordt gegeven is dit niet goed overgekomen bij patiënt – vanwege de pijn en het ziekzijn daarvan heeft hij niet alles correct meegekregen
- In de tweede triage is niet meegewogen dat een tweede call voor dezelfde klachten urgentie verhogend is (m.a.w.: patiënt had de urgentie U2 moeten krijgen, beoordeling binnen één uur). Tevens is de mate van pijn onvoldoende uitgevraagd; ook die had mogelijk tot een verhoging van de urgentie geleid

Analyse van de feiten

FORMULERING VERBETERADVIEZEN

De calamiteitencommissie formuleert de volgende verbeteradviezen:

Voor de ambulancedienst:	maak het tot een vast onderdeel in de werkoverleggen om de wijze van communiceren met patiënten te bespreken. Met name tijdens drukke diensten, waarin het risico bestaat dat de patiënt onvoldoende wordt meegenomen in de overwegingen om hem niet te vervoeren
Voor de huisartsenpost/triage:	richt het registratiesysteem zo in dat het actief aangeeft dat een patiënt binnen 24 uur opnieuw contact opneemt voor dezelfde klachten. Hierdoor wordt de kans op het missen van deze urgentie verhogende factor verkleind
Voor de huisartsenpost/huisarts:	organiseer scholings- en discussiebijeenkomsten rondom het thema 'worst case scenario' (= het uitsluiten van de ernstigste aandoening waarbij gepresenteerde symptomen zouden kunnen horen. Op die manier krijgt de ernstigste mogelijkheid altijd aandacht in de anamnese en diagnosestelling)
Voor de huisartsenpost/organisatie:	maak leaflets met daarop het vangnetadvies en geef deze aan iedere patiënt mee na een bezoek aan de post
Voor het ziekenhuis:	vervang de uitstekende kapstokhaken op de verpleegafdeling door exemplaren waaraan (oog-)patiënten zich niet kunnen verwonden

Erkenning

De onderzoeksresultaten worden besproken met de patiënt en zijn dochter. Bij dit gesprek sluiten ook de ambulanceverpleegkundige, de tweede triagist en de eerste huisarts aan. De erkenning die zij patiënt geven voor het gebeure, en hun oprechte excuses dat zij de situatie op dat moment anders hebben ingeschat doet patiënt goed. Ditmaal voelt hij zich wel gehoord. Na lezing van de rapportage is ontstaan door De emotionele

Toelichting

hem tevens duidelijk dat de grootste schade aan zijn oog is de ongelukkige botsing met de kapstokhaak in het ziekenhuis. verwerking van deze 'domme pech' is minder moeilijk dan wanneer er sprake zou zijn van grove nalatigheid van de betrokken zorgverleners, zoals hij aanvankelijk dacht.

Excuses

Implementatie verbetermaatregelen

Voor het omzetten van de adviezen naar concrete verbetermaatregelen wordt een ervaren kwaliteitsadviseur in de arm genomen. Binnen drie maanden zijn de verbeteringen geïmplementeerd.

Disclaimer: deze casusbeschrijving is tot stand gekomen d.m.v. het combineren van diverse aspecten van verschillende calamiteitenonderzoeken, en derhalve niet herleidbaar tot een voor betrokkenen herkenbare situatie.