

Rapportage Calamiteiten St Jansdal 2025

Wat is een calamiteit?

Zorgaanbieders moeten (mogelijke) calamiteiten melden bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Volgens de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) is een calamiteit:

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

Als een zorgverlener denkt dat er een calamiteit is, meldt hij dit bij de Raad van Bestuur. Deze meldt het probleem aan een speciale commissie die het incident onderzoekt. Bij St Jansdal heet deze commissie "CZO" (Commissie Zorganalyse & Optimalisatie). De commissie, die geen directe betrokkenheid heeft bij de gebeurtenis, beoordeelt of er aanwijzingen zijn voor een (mogelijke) calamiteit.

Hoe verloopt een onderzoek?

Als er een (mogelijke) calamiteit is, wordt het hele incident onderzocht. Het dossier van de patiënt wordt bekeken, zorgverleners worden gesproken, en vervolgens wordt naar oorzaken gekeken en wordt geleerd. Dat betekent dat wij verbetermaatregelen doorvoeren om eenzelfde situatie in de toekomst te voorkomen. Als de patiënt of zijn/haar familie dit wil, kunnen zij ook meewerken aan het onderzoek.

Het ziekenhuis doet het onderzoek naar een (mogelijke) calamiteit zelf. Het onderzoek wordt gedaan door artsen, verpleegkundigen en kwaliteitsadviseurs die zelf niet betrokken zijn bij de (mogelijke) calamiteit. Door zelf het onderzoek te doen, kan het ziekenhuis optimaal leren van wat er is gebeurd. Het onderzoek duurt meestal 2 tot 4 maanden.

De (mogelijke) calamiteit wordt onderzocht met speciale analyses, zoals een SIRE (Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie) of leersessie. Bij een leersessie worden alle betrokkenen tegelijk uitgenodigd om de (mogelijke) calamiteit na te bespreken. Een voordeel hiervan is dat er direct geleerd wordt in het team door onderlinge feedback aan de hand van de casus. Deze analyse methode leent zich vooral voor incidenten die een kort tijdsbeloop hebben gehad. In 2025 analyseerden we in St Jansdal volgens de "Safety-II" methodiek. Dit wil zeggen dat in plaats van uitsluitend naar oorzaken van falen te zoeken (Safety-I) we ook kijken naar wat doorgaans goed gaat en waarom, zodat deze condities versterkt kunnen worden (Safety- II).

Een (mogelijke) calamiteit wordt binnen drie werkdagen nadat wij hebben vastgesteld dat het om een (mogelijke) calamiteit gaat, altijd onverwijld (binnen drie dagen) gemeld bij de IGJ. Daarna volgt het onderzoek. De Inspectie kijkt mee of het St Jansdal het onderzoek goed heeft uitgevoerd en of er voldoende wordt verbeterd. Het belangrijkste doel van het onderzoek is te zorgen dat een vergelijkbaar incident niet opnieuw gebeurt. Of iets een calamiteit is, hangt af van het zorgproces. Soms is het zorgproces goed, maar wordt een diagnose bijvoorbeeld te laat gesteld. Het is dan niet altijd makkelijk te zeggen of de zorg tekort heeft geschoten. Daarom kan het onderzoeksteam ook besluiten om geen uitspraak over te doen of er wel of geen calamiteit is in strikte zin. De belangrijkste focus is altijd leren van het incident en het doorvoeren van verbetermaatregelen. Dit is ook wat de IGJ belangrijk vindt. Elk jaar komt de Inspectie langs om de (mogelijke) calamiteiten te bespreken en te beoordelen of het ziekenhuis heeft geleerd van de (mogelijke) calamiteiten.

Betrokkenheid van patiënten en naasten

Aan patiënten en hun naasten wordt verteld als er een onderzoek naar een (mogelijke) calamiteit start. Ze worden ook betrokken omdat wij het belangrijk vinden om hun ervaring mee te nemen in ons onderzoek. In 2025 zijn alle betrokken patiënten en hun familie geïnformeerd en is gevraagd of zij deel willen nemen aan het

onderzoek. Als het onderzoek afgerond is, wordt het rapport uitgelegd door de hoofdbehandelaar en soms ook door de leider van het onderzoeksteam, als de patiënt of familie dat wil.

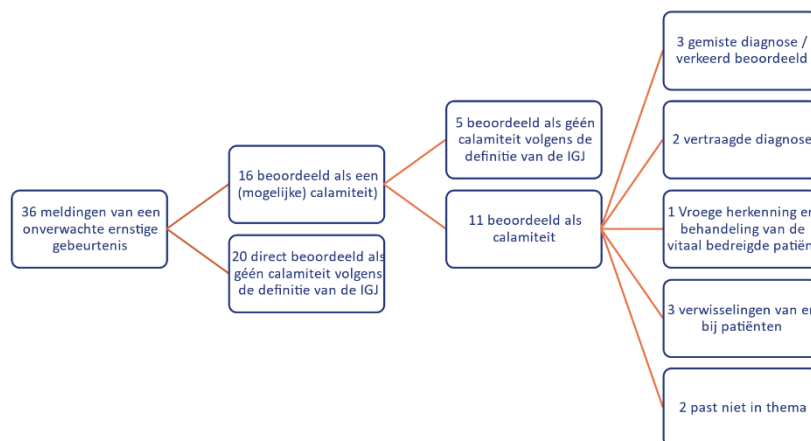
Aantal meldingen in 2025

In 2025 zijn er 36 (mogelijke) calamiteiten gemeld bij de Raad van Bestuur van St Jansdal. Van deze 36 meldingen beoordeelde de CZO dat 20 geen calamiteit waren volgens de bestaande definitie. De andere 16 meldingen zijn naar de inspectie gestuurd en geanalyseerd door het interne onderzoeksteam.

Bij 11 van de voorgenoemde 16 meldingen bleek het na onderzoek om een calamiteit te gaan volgens de definitie van de inspectie. Bij 5 meldingen was dit niet het geval.

Calamiteiten kunnen worden ingedeeld in categorieën. Het komt in Nederlandse ziekenhuizen het meeste voor dat een hoofdgebeurtenis te maken heeft met onderzoek/diagnostiek. Voorbeelden zijn: een verkeerde diagnose, verkeerde uitleg van de resultaten van een onderzoek of geen actie ondernemen op resultaten van een onderzoek. Ook in St Jansdal heeft de hoofdgebeurtenis het meest te maken met onderzoek/diagnostiek.

Onderstaand de meldingen van calamiteiten in St Jansdal in 2025 geïllustreerd:



Wat viel op?

Als we kijken naar de (mogelijke) calamiteiten van 2025, zien we in St Jansdal een hoge bereidheid tot melden aan de Commissie Zorganalyse en Optimalisatie. Het merendeel (20/36) van de meldingen werd direct beoordeeld als geen calamiteit in strikte zin. Bij twijfel hierover wordt de casus alsnog door de Raad van Bestuur gemeld aan de IGJ. En dan blijkt in ruim 30% (5/16) van de onderzochte gebeurtenissen geen sprake van een calamiteit. Deze meldingsbereidheid door zorgmedewerkers willen we graag behouden. Het staat voor een open meldcultuur wat op zichzelf een belangrijke kwaliteitsfactor is.

Het meest opvallend in 2025 (rode draad) was een toename aan complexe en kwetsbare patiënten in de kliniek, waarbij veel verschillende medisch specialisten tegelijk betrokken waren. Dan kan het ontbreken aan voldoende regie ervoor zorgen dat bij deze patiënten hoofd- en bijzaak niet altijd voldoende van elkaar onderscheiden werd.

Daarnaast zien we dat er dit jaar in St Jansdal meer gevallen waren dan voorgaande jaren waar sprake was van een gemiste/vertraagde diagnose. Ook waren er 3 verwisselingen van/bij patiënten ondanks extra maatregelen die genomen waren in 2024.

Welke verbeteringen zijn doorgevoerd?

Na elk onderzoek worden er verbetermaatregelen getroffen om te zorgen dat het probleem niet opnieuw optreedt. Dit gebeurt niet alleen als het onderzoek laat zien dat er echt een calamiteit was, maar ook als er geen calamiteit was, maar er wel verbeterpunten gevonden werden.

In 2025 zijn er verschillende verbetermaatregelen opgesteld, die voor het grootste deel reeds uitgevoerd zijn. Naar aanleiding van de 3 verwisselingen van/bij patiënten zijn de verbetermaatregelen ter voorkoming van links/rechts verwisseling van 2024 aangescherpt en opnieuw uitgerold in zowel kliniek als polikliniek.

Een voorbeeld van een verbetermaatregel naar aanleiding van een vertraagde diagnose is dat duidelijker werkafspraken voor verwijzing naar het "Spineteam" in het UMC Utrecht nodig waren. Er werd een transmuraal protocol opgesteld in samenwerking met het UMCU met betrekking tot indicatiestelling voor doorverwijzing/routing van overplaatsing van patiënten naar de derde lijn voor neurochirurgische behandelingen. Daarnaast werd in ons ziekenhuis het Wervel Overleg Team (WOT) opgericht om ook binnen St Jansdal laagdrempelig overleg mogelijk te maken.

Naar aanleiding van onderzoek/diagnostiek waarop de diagnose werd gemist werd in 2024 een werkgroep opgesteld "Analyse van Diagnostische Discrepanties en Hoe deze te voorkomen" (ADDH), waarvan alle verbetermaatregelen in 2025 werden afgerond. Voorbeelden hiervan zijn verbetering in zichtbaarheid voor de radioloog van medische achtergrondinformatie, bewustwording van belang van een goede aanvraag vergroten bij aanvragers van radiologisch onderzoek, kritieke bevindingen geprotocolleerd terugkoppelen aan de aanvrager.

Wat hebben we geleerd?

Aanspreekcultuur is belangrijk als het gaat om veiligheid in de zorg. Wij zien in St Jansdal in toenemende mate een cultuur waarin heroverweging en herbeoordeling als kracht wordt gezien en we willen deze cultuur verder versterken.

Tevens heeft een (mogelijke) calamiteit en de analyse die plaatsvindt naast de impact op patiënt en zijn/haar naasten veel impact op betrokken zorgverleners. Meer aandacht hiervoor past bij de "just culture" in het kader van de Safety-II benadering, waarmee wij in 2025 verder zijn gegaan. In plaats van te zoeken naar schuldigen wanneer er iets misgaat, richt een just culture zich op het begrijpen hoe mensen in de praktijk werken en waarom beslissingen logisch leken op dat moment. Waarom processen meestal goed gaan, is minstens zo belangrijk als wanneer ze falen. In 2026 willen we dit Safety-II gedachtegoed verder uitdragen in het hele ziekenhuis.

We blijven ons inzetten voor een open cultuur waarin twijfels door zorgverleners uitgesproken worden en waarin ook signalen van patiënten en naasten expliciet onderdeel zijn het klinisch besluitvormingsproces.