

# Mogelijke calamiteit? Santeon leert en verbetert!

Jaarpublicatie calamiteitenonderzoek  
in de Santeon ziekenhuizen 2024



Santeon is een samenwerking van zeven topklinische ziekenhuizen. Samen zetten we ons in voor betere zorg in onze ziekenhuizen en in heel Nederland. Dat doen we door bij elkaar in de keuken te kijken, van elkaar te leren en continu te verbeteren.



Santeon Utrecht, [www.santeon.nl](http://www.santeon.nl)  
Canisius Wilhelmina Ziekenhuis Nijmegen • Catharina Ziekenhuis Eindhoven  
Maasstad Ziekenhuis Rotterdam • Martini Ziekenhuis Groningen  
Medisch Spectrum Twente Enschede • OLVG Amsterdam  
St. Antonius Ziekenhuis Utrecht/Nieuwegein

# Inhoud

|    |                                                                        |
|----|------------------------------------------------------------------------|
| 5  | Inleiding                                                              |
| 7  | Cijfers                                                                |
| 10 | Safety II                                                              |
| 13 | Verbetermaatregelen                                                    |
| 14 | Contact en veranderde werkwijze Inspectie voor Gezondheidszorg & Jeugd |
| 17 | Praktijkvoorbeelden van doorgevoerde verbeteringen                     |
| 20 | Calimiteitenonderzoek in cijfers                                       |
| 23 | Bijlage 1:<br>Calamiteit en calamiteitenonderzoek                      |
| 27 | Bijlage 2:<br>Samenwerking binnen Santeon                              |





## Inleiding

Voor u ligt de vijfde gezamenlijke jaarpublicatie over calamiteitenonderzoek van de Santeon ziekenhuizen. Deze publicatie heeft als doel het informeren over calamiteitenonderzoeken en middels deze onderzoeken het continu verbeteren van de zorg in de ziekenhuizen binnen Santeon. Deze jaarlijkse publicatie verschijnt sinds 2020. In de tussengelegen periode is er over onderzoek rondom calamiteiten veel geleerd in de ziekenhuizen. Waar de eerste jaarpublicatie zich voornamelijk richtte op de basis van calamiteiten en de bijbehorende jaarcijfers, wordt in deze editie meer aandacht besteed aan de ontwikkeling die is doorgemaakt op het continu verbeteren.

Het doel van deze publicatie blijft het delen van informatie over calamiteiten en calamiteitenonderzoek, maar staat daarnaast meer in het teken van wat de ziekenhuizen hebben geleerd en de meerwaarde van de gedeelde verbetermaatregelen. In deze jaarpublicatie gaan wij in op het leren van verbetermaatregelen en de ontwikkelingen binnen de patiëntveiligheid, zoals het Safety II gedachtengoed.

Wanneer zorg niet verloopt zoals bedoeld, en als gevolg daarvan onverwachte gebeurtenissen plaatsvinden, is het van belang om op zorgvuldige wijze onderzoek te doen. Een onderzoek dient om te leren van de gebeurtenis, verbetermaatregelen te formuleren en uit te voeren om herhaling te voorkomen. In elk onderzoek is aandacht voor de impact die dit kan hebben op de patiënt, naasten en de betrokken zorgprofessionals. De ziekenhuizen voeren de calamiteitenonderzoeken intern uit, maar binnen Santeon hebben de betrokken adviseurs op reguliere basis overleg over de verschillende facetten die komen kijken bij calamiteiten en aanverwante onderwerpen. Ook binnen dit overleg komt het thema verbetermaatregelen steeds vaker op de agenda, evenals het bespreken van complexe casuïstiek binnen de calamiteitenonderzoeken, waarbij gebruik kan worden gemaakt van elkaars expertise en ervaringen. In de bijlage is meer informatie opgenomen over wat een calamiteit is, wat er van een ziekenhuis verwacht wordt als zich een calamiteit voordoet en hoe we binnen Santeon met elkaar samenwerken op het gebied van calamiteiten.

Een oorzaak voor een structurelere daling kan mogelijk zijn dat de ziekenhuizen beter in beeld hebben wat er gemeld moet worden aan de IGJ.

## Cijfers

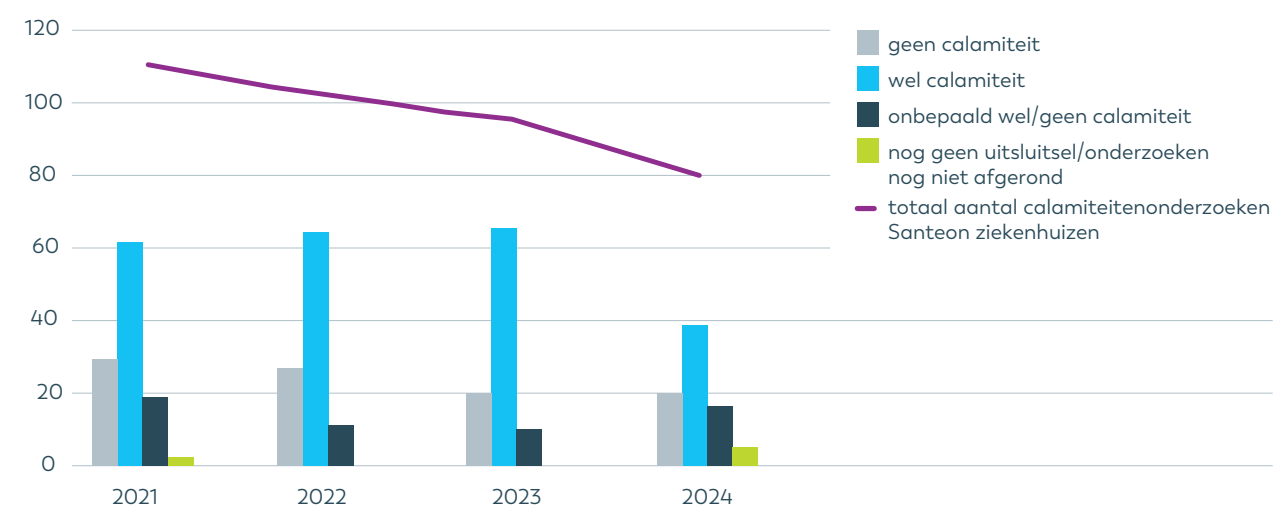
In deze publicatie wordt zoals elk jaar aandacht besteed aan de verzamelde cijfers van de uitgevoerde calamiteitenonderzoeken. Dat doen wij in het kader van transparantie en openheid over het aantal mogelijke calamiteiten dat zich voordoet in de zeven ziekenhuizen. De cijfers van de Santeon ziekenhuizen verschillen ten opzichte van elkaar. Hier is geen eenduidige vergelijking in te maken, mede door verschillen in omvang en geboden patiëntenzorg. Het feit dat sommige ziekenhuizen minder meldingen (of andersom) van calamiteiten hebben, is geen indicatie voor de mate van kwaliteit, noch van de mate van inbedding van verbetercultuur in dat betreffende ziekenhuis.

Terugkijkend naar de periode van 2021 tot en met 2024 is te zien dat er nu minder calamiteiten bij de Inspectie voor Gezondheidszorg & Jeugd (IGJ) worden gemeld door de Santeon ziekenhuizen ten opzichte van eerdere jaren (figuur 1). De ervaring leert dat er vaker fluctuaties zijn in het aantal meldingen.

Dit kan per periode verschillen waarbij er periodes kunnen bestaan van meer of minder meldingen aan de IGJ. Een mogelijke verklaring hiervoor is niet hard te maken. Een oorzaak voor een structurelere daling kan mogelijk zijn dat de ziekenhuizen beter in beeld hebben wat er gemeld moet worden aan de IGJ (zie hiervoor ook figuur 3). In 2021 blijkt bij 29 van de 111 meldingen aan de IGJ geen sprake was van een calamiteit (32%). Dat aantal is in de daaropvolgende jaren gedaald naar 19 van de 83 meldingen in 2024 (16%).

Figuur 1

### Totaal aantal calamiteiten Santeon ziekenhuizen





Basisoorzaken calamiteiten

Zoals te zien is in onderstaand figuur (2) kunnen de oorzaken en omstandigheden van het ontstaan van calamiteiten worden teruggebracht zes hoofdcategorieën. Deze oorzaken en omstandigheden verschillen bij elke onverwachte gebeurtenis. Opvallend is de stijging in het aantal meldingen rondom het operatieve proces. Hier is geen directe verklaring voor en wordt het komende jaar gemonitord. Desondanks levert het vergelijken van de hoofdgebeurtenissen geen bijdrage aan het proces van continu verbeteren. Het grootste

leerpotentieel is het continu leren, van en met elkaar, van de verbetermaatregelen.

Vooronderzoeken

De ziekenhuizen hebben na een incident zes weken de tijd om uit te zoeken wat er gebeurd is en of er mogelijk sprake is van een calamiteit. We noemen dit een vooronderzoek. Het aantal uitgevoerde vooronderzoeken is in 2021 en 2022 ongeveer gelijk en laat in 2023 en 2024 een lichte daling zien (figuur 3). Figuur 3 laat de ontwikkeling zien binnen een ziekenhuis. Er kan geen conclusie worden getrokken

op basis van een vergelijking tussen de ziekenhuizen. De daling van het aantal vooronderzoeken kan wel tegen het dalend aantal meldingen aan de IGJ worden gehouden. Een verklaring kan zijn dat uit sommige vooronderzoeken voorheen wel een melding aan de IGJ zou volgen, maar waarbij nu geconcludeerd wordt dat het geen calamiteit betreft. Uit vooronderzoeken waarbij uiteindelijk geen calamiteitenonderzoek wordt uitgevoerd, kunnen wel verbetermaatregelen naar voren komen.

Een voorbeeld hiervan is een ziekenhuisbreed traject bij een van de ziekenhuizen dat is voortgekomen uit een aantal vooronderzoeken (en calamiteitenonderzoeken). Vanuit verschillende vooronderzoeken is geconstateerd dat er niet goed werd gewerkt met de ‘Early Warning Score’ (EWS) (een instrument dat wordt gebruikt om een vitaal bedreigde patiënt vroegtijdig te signaleren). Er is een ziekenhuisbreed traject opgezet waarin onder meer onderzoek is gedaan naar een eventuele vervanger van de EWS. Hier zijn meerdere verbetermaatregelen uit voortgekomen. Het bestaande protocol is volledig herzien en er wordt bijbehorend scholingsmateriaal ontwikkeld.

De ziekenhuizen delen ervaringen over het betrekken van patiënten bij een vooronderzoek. Een van de Santeon ziekenhuizen heeft een aantal jaren de werkwijze gehad om patiënten te betrekken bij een vooronderzoek. Ondanks dat dit een meerwaarde kan hebben, bleek dit in de praktijk lastig. Dit had

| Calamiteitenonderzoek                                             |   |
|-------------------------------------------------------------------|---|
| Canisius Wilhelmina Ziekenhuis                                    |   |
| IGJ-meldingen en vooronderzoeken                                  |   |
| Aantal IGJ meldingen                                              | 9 |
| Patiënt en/of naasten betrokken bij onderzoek                     |   |
| Patiënt/naaste is betrokken bij het onderzoek                     | 8 |
| Patiënt/naaste wil of kan niet betrokken worden bij het onderzoek | - |
| Patiënt/naaste is niet betrokken bij het onderzoek                | 1 |
| Conclusie onderzoek                                               |   |
| Geen calamiteit                                                   | 5 |
| Wel calamiteit                                                    | - |
| Onbepaald wel of geen calamiteit?                                 | 1 |
| Nog geen uitsluitsel/onderzoek nog niet afgerond                  | 2 |

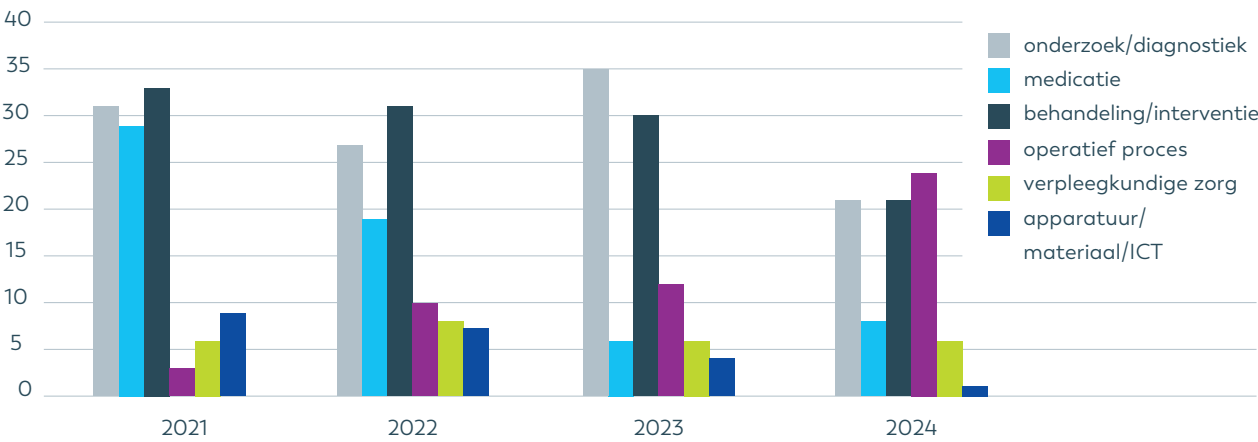
onder meer te maken met verwachtingen die werden gecreëerd. In de praktijk bleek dat het meer onduidelijkheden en vragen gaf dan antwoorden. Voor de patiënt kan het moeilijk zijn wanneer uiteindelijk geen calamiteitenonderzoek wordt uitgevoerd, ondanks dat in vooronderzoek ook kan worden vastgesteld dat de kwaliteit van zorg niet optimaal is geweest. In algemeenheid geldt dat de klachtenprocedure voor patiënten beter aansluit op hun behoeften. De ziekenhuizen die als standaardprocedure patiënten bij het vooronderzoek betrekken, zijn hier uiteindelijk weer mee gestopt. In individuele gevallen kan hier soms nog wel voor gekozen worden.

| Calamiteitenonderzoek                                             |   |
|-------------------------------------------------------------------|---|
| Medisch Spectrum Twente                                           |   |
| IGJ-meldingen en vooronderzoeken                                  |   |
| Aantal IGJ meldingen                                              | 9 |
| Patiënt en/of naasten betrokken bij onderzoek                     |   |
| Patiënt/naaste is betrokken bij het onderzoek                     | 8 |
| Patiënt/naaste wil of kan niet betrokken worden bij het onderzoek | 1 |
| Patiënt/naaste is niet betrokken bij het onderzoek                | - |
| Conclusie onderzoek                                               |   |
| Geen calamiteit                                                   | - |
| Wel calamiteit                                                    | 8 |
| Onbepaald wel of geen calamiteit?                                 | 1 |

| Calamiteitenonderzoek                                             |    |
|-------------------------------------------------------------------|----|
| Catharina Ziekenhuis                                              |    |
| IGJ-meldingen en vooronderzoeken                                  |    |
| Aantal IGJ meldingen                                              | 11 |
| Patiënt en/of naasten betrokken bij onderzoek                     |    |
| Patiënt/naaste is betrokken bij het onderzoek                     | 7  |
| Patiënt/naaste wil of kan niet betrokken worden bij het onderzoek | 4  |
| Patiënt/naaste is niet betrokken bij het onderzoek                | -  |
| Conclusie onderzoek                                               |    |
| Geen calamiteit                                                   | 5  |
| Wel calamiteit                                                    | 5  |
| Onbepaald wel of geen calamiteit?                                 | 1  |

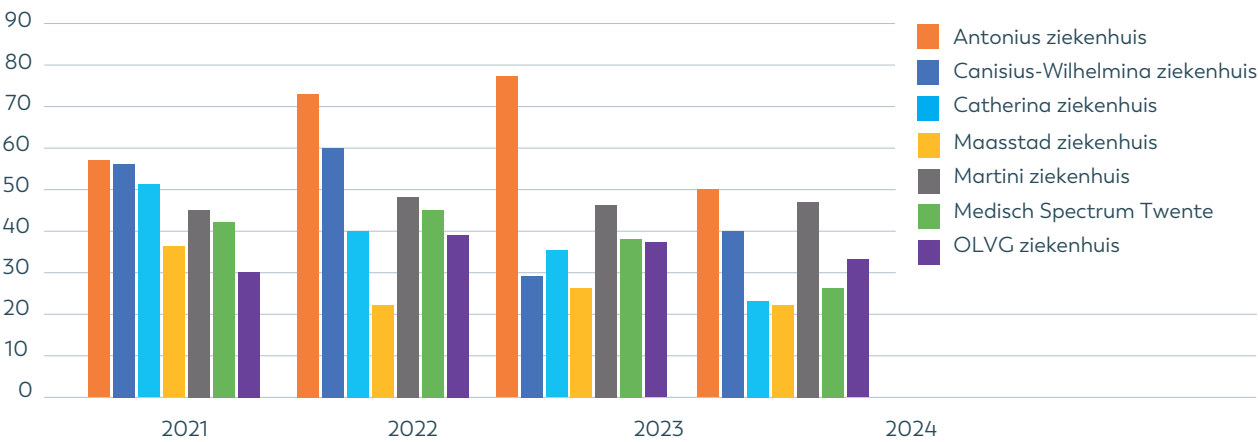
Figuur 2

Oorzaken calamiteiten Santeon ziekenhuizen 2021-2024



Figuur 3

Totaal aantal calamiteiten Santeon ziekenhuizen



# Safety II

Er is steeds meer aandacht voor het Safety II gedachtegoed binnen de Santeon ziekenhuizen. Dit gedachtegoed is gebaseerd op de visie dat de gezondheidszorg een complex en dynamisch systeem is dat constant verandert op onverwachte en onvoorspelbare manieren. Safety II gaat over leren in de dagelijkse praktijk en kiest voor een positieve benadering van veiligheid. Veiligheid wordt onderzocht in haar aanwezigheid, in plaats van onderzoek uitsluitend naar fouten. Het doel is het vergroten en ondersteunen van het aanpassingsvermogen en de veerkracht (‘resilience’) van professionals in de context waarin zij werken. Onderdeel van Safety II is veiligheidsergonomie dat zich ten doel stelt patiëntveiligheid te bevorderen door ongewenste variatie in zorg- en werkprocessen te verminderen, en het zorgproces beter te ondersteunen, onder andere door inzet van technologische hulpmiddelen.

De Safety II methode kan niet zonder Safety I. Ze horen bij elkaar en hebben beiden hun sterke en zwakke punten. Ondanks het feit dat calamiteitenonderzoek zijn wortels heeft in Safety I, kan het met veel elementen uit Safety II vorm krijgen, waardoor het juist sterker wordt. Er wordt bij een (mogelijke) calamiteit nog steeds melding gemaakt bij de IGJ waarna een onderzoek wordt uitgevoerd. Maar de benadering en uitvoering is

onderhevig aan verandering. Waar de focus van een calamiteitenonderzoek eerder lag in het bepalen van basisoorzaken en het analyseren van de gebeurtenissen, verschuift dit inmiddels meer naar leren in groepsverband en leren van de dagelijkse praktijk.

Binnen een aantal Santeon ziekenhuizen is ervaring opgedaan met andere onderzoeksmethoden. Alle Santeon ziekenhuizen passen elementen van de Safety II methode toe in de calamiteitenonderzoeken. Er zijn wel verschillen in de wijze en mate waarin dit wordt gedaan. Er wordt bij calamiteitenonderzoeken bijvoorbeeld vaker gebruik gemaakt van multidisciplinaire bijeenkomsten in plaats van individuele interviews en de gesprekstechnieken worden op een waarderende manier toegepast. Er wordt gekeken naar de dagelijkse praktijk en hoe het op de werkvloer verloopt. Daarbij wordt de aandacht meer gelegd op de analyse van processen, in plaats van het analyseren van incidenten. Hier worden de interviews of groepsbijeenkomsten op ingericht. Dit maakt de basis van een onderzoek anders en kan er meer vanuit verbeterpotentieel worden gewerkt.

Een voorbeeld van een onderzoeksmethode vanuit Safety II is de Learning Team methode. Bij deze methode gaat een groep deelnemers (direct of

indirect betrokkenen) reflecteren op de calamiteit waarna er verbetermaatregelen worden opgesteld. Het doel is om te leren van de gebeurtenis en oplossingen aan te dragen. Om de methode gedegen te kunnen implementeren worden trainingen gevolgd rondom de onderwerpen die betrekking hebben op het Safety II gedachtengoed en de verschillende onderzoeksmethoden. In de ziekenhuizen zijn trainingen gevolgd om meer kennis te vergaren over bijvoorbeeld de Learning Team methode of ‘Restorative Just Culture’ (de herstelgerichte aanpak) en om deze toe te kunnen passen in de praktijk. Deze ervaringen worden binnen Santeon gedeeld met elkaar zodat de andere ziekenhuizen hier ook van kunnen leren bij het gaan toepassen van deze methode.

Een ander voorbeeld is een training die is gevolgd rondom ‘Human Factors’ <sup>1</sup>. In deze training is onder andere ingezoomd op het formuleren van verbetermaatregelen waarbij eerst een inschatting gemaakt wordt van het risico op herhaling van het incident en de impact. Vervolgens wordt bij het formuleren van de verbetermaatregelen gekeken naar het veiligheidseffect en de haalbaarheid. Op deze manier kunnen de Santeon ziekenhuizen met elkaar leren van het toepassen van de verschillende Safety II methodieken en werkwijzen. Zie hiervoor ook het hoofdstuk ‘verbetermaatregelen’.

## Calamiteitenonderzoek

### OLVG

| IGJ-meldingen en vooronderzoeken                                  |    |
|-------------------------------------------------------------------|----|
| Aantal IGJ meldingen                                              | 16 |
| Patiënt en/of naasten betrokken bij onderzoek                     |    |
| Patiënt/naaste is betrokken bij het onderzoek                     | 15 |
| Patiënt/naaste wil of kan niet betrokken worden bij het onderzoek | 1  |
| Patiënt/naaste is niet betrokken bij het onderzoek                | 0  |
| Conclusie onderzoek                                               |    |
| Geen calamiteit                                                   | 1  |
| Wel calamiteit                                                    | 8  |
| Onbepaald wel of geen calamiteit?                                 | 4  |
| Nog geen uitsluitel/onderzoek nog niet afgerond                   | 3  |

## Calamiteitenonderzoek

### Maasstad Ziekenhuis

| IGJ-meldingen en vooronderzoeken                                  |   |
|-------------------------------------------------------------------|---|
| Aantal IGJ meldingen                                              | 4 |
| Patiënt en/of naasten betrokken bij onderzoek                     |   |
| Patiënt/naaste is betrokken bij het onderzoek                     | 2 |
| Patiënt/naaste wil of kan niet betrokken worden bij het onderzoek | 1 |
| Patiënt/naaste is niet betrokken bij het onderzoek                | 1 |
| Conclusie onderzoek                                               |   |
| Geen calamiteit                                                   | 1 |
| Wel calamiteit                                                    | 2 |
| Onbepaald wel of geen calamiteit?                                 | 1 |

## Calamiteitenonderzoek

### St. Antonius Ziekenhuis

| IGJ-meldingen en vooronderzoeken                                  |    |
|-------------------------------------------------------------------|----|
| Aantal IGJ meldingen                                              | 18 |
| Patiënt en/of naasten betrokken bij onderzoek                     |    |
| Patiënt/naaste is betrokken bij het onderzoek                     | 15 |
| Patiënt/naaste wil of kan niet betrokken worden bij het onderzoek | 3  |
| Patiënt/naaste is niet betrokken bij het onderzoek                | -  |
| Conclusie onderzoek                                               |    |
| Geen calamiteit                                                   | 6  |
| Wel calamiteit                                                    | 7  |
| Onbepaald wel of geen calamiteit?                                 | 5  |

1. De wetenschap van menselijke factoren ofwel ergonomie bestudeert de mens in relatie tot zijn omgeving.





# Verbetermaatregelen

Een calamiteitenonderzoek heeft als doel om te leren van de gebeurtenis. De focus is sterk gericht op het vaststellen van de verbetermaatregelen en de wijze van implementeren. Hoe en door wie worden de verbetermaatregelen vastgesteld en welke verbetermaatregel heeft ziekenhuisbrede potentie? Verbetermaatregelen worden opgesteld met de betrokkenen en de uiteindelijke eindverantwoordelijken. Het kan gaan om kleine aanpassingen die de zorg veiliger maken, maar verbetermaatregelen kunnen ook ziekenhuisbrede impact hebben. De verbetermaatregelen worden geregistreerd in een systeem en er vindt sturing plaats door het management, zodat er borging plaatsvindt. Er zijn ook calamiteiten die worden besproken in een bijeenkomst waar alle artsen en andere zorgprofessionals uit het ziekenhuis bij aanwezig mogen zijn, zodat iedereen ervan kan leren.

In de bestuurlijke reactie die naar de IGJ wordt gestuurd, waarin de samenvatting van het onderzoek is opgenomen, wordt zo goed mogelijk verwoord of en op welke wijze ziekenhuisbreed van de casus geleerd kan worden. In onze bijeenkomsten in 2024 is uitgebreid gesproken over hoe een goede verbetermaatregel kan worden opgesteld. Sterke verbetermaatregelen zijn minder afhankelijk van menselijk handelen om correct te worden uitgevoerd. Minder effectieve verbetermaatregelen zijn afhankelijk van menselijk handelen of bestaan bijvoorbeeld uit een eenmalige bewustwordingscampagne. Het kan complex zijn om goede verbetermaatregelen SMART te formuleren, zeker als bij analyse blijkt dat gedrag hieraan ten grondslag ligt.

Het komt in toenemende mate voor dat een verbetermaatregel verder onderzocht en uitgewerkt moet worden alvorens kan worden overgegaan op uitvoering in de praktijk. Het kan zijn dat de onderzoekstermijn daar te kort voor is, of dat de praktische uitvoerbaarheid ingewikkelder is dan van tevoren verwacht. Binnen de Santeon ziekenhuizen zien we bijvoorbeeld verbetermaatregelen die betrekking hebben op het elektronisch patiëntendossier (EPD). Het kan

zijn dat er afstemming nodig is met de leverancier van de software voordat een verbetermaatregel rondom het EPD doorgevoerd kan worden. Dit soort aanpassingen kunnen veel tijd in beslag nemen, waarbij het kan voorkomen dat een maatregel niet doorgevoerd kan worden vanuit de leverancier van het EPD. Hier moet vervolgens op geanticipeerd worden waardoor een verbetermaatregel aangepast moet worden en met vertraging wordt uitgevoerd. In een van de gezamenlijke bijeenkomsten is een presentatie gegeven door een expert op het gebied van calamiteitenonderzoek van de organisatie 'LFI24', waarin uitgebreid is stil gestaan bij het ontwikkelen van effectieve verbetermaatregelen. De aspecten van effectieve verbetermaatregelen bestaan uit het veiligheidseffect (arbeidshygiënische strategie, structureel effect, sense-decide act en afhankelijkheid) en de haalbaarheid van een maatregel (implementatietijd, financiële investering, aantal betrokken partijen en de mate van inspanning). Een goede maatregel ontwikkelen en implementeren is intensief. Hierbij gaat kwaliteit boven kwantiteit, goede maatregelen bieden veranderingen in de hele organisatie. De matrix 'prioritering van verbetermaatregelen' kan hierbij tot hulp zijn. Voorbeelden van verbetermaatregelen die ziekenhuisbreed zijn geïmplementeerd, zijn in deze publicatie opgenomen en beschreven in kaders, indien relevant met bijbehorende casuïstiek.

| Calamiteitenonderzoek                                             |    |
|-------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Martini Ziekenhuis</b>                                         |    |
| <b>IGJ-meldingen en vooronderzoeken</b>                           |    |
| Aantal IGJ meldingen                                              | 13 |
| <b>Patiënt en/of naasten betrokken bij onderzoek</b>              |    |
| Patiënt/naaste is betrokken bij het onderzoek                     | 13 |
| Patiënt/naaste wil of kan niet betrokken worden bij het onderzoek | -  |
| Patiënt/naaste is niet betrokken bij het onderzoek                | -  |
| <b>Conclusie onderzoek</b>                                        |    |
| Geen calamiteit                                                   | 2  |
| Wel calamiteit                                                    | 8  |
| Onbepaald wel of geen calamiteit?                                 | 1  |





# Contact en veranderde werkwijze Inspectie voor Gezondheidszorg & Jeugd

Bij een calamiteitenonderzoek wordt een melding gedaan bij IGJ. Binnen de gezamenlijke overleggen rondom de calamiteiten binnen de Santeon ziekenhuizen worden ervaringen gedeeld rondom het contact met de IGJ. Bijvoorbeeld reacties van de IGJ naar aanleiding van uitgevoerde calamiteitenonderzoeken en hoe de ziekenhuizen hier mee omgaan. In 2023 heeft de IGJ de werkwijze ‘Verbeteren in Vizier’ ingevoerd, welke in 2024 is geëvalueerd, onder meer middels een enquête waar de Santeon ziekenhuizen aan hebben meegewerkt. Op 2 april 2024 is een digitale bijeenkomst georganiseerd door de IGJ (een jaar Verbeteren in Vizier: wat hebben we geleerd) en deze is vanuit Santeon goed vertegenwoordigd. Hier zijn verschillende ervaringen opgehaald welke gedeeld zijn.

De ervaring met het toezicht van de IGJ, inclusief de vernieuwde werkwijze, wordt op reguliere basis besproken binnen Santeon. Het contact met de IGJ wordt als persoonlijker ervaren. Vanuit de IGJ ligt de nadruk steeds meer op reflecteren op gebeurtenissen binnen een calamiteitenonderzoek en minder op de uitvoering van het onderzoek zelf. Dat de focus meer op de verbetermaatregelen ligt in plaats van de inhoud van een uitgevoerd onderzoek wordt als positief ervaren. De IGJ vraagt niet meer om de gehele onderzoeksrapportage, maar om een bestuurlijke reactie na een calamiteitenonderzoek. Deze nieuwe manier van rapporteren, in het bijzonder de toevoeging van een bestuurlijke reflectie heeft strategische meerwaarde omdat hier met een bredere blik naar de calamiteit wordt gekeken.

Echter zorgt het ook voor meer administratieve druk omdat naast de onderzoeksrapportage een separate samenvatting wordt geschreven aan de IGJ. Daarnaast wordt niet enkel meer schriftelijk gecommuniceerd, maar is sprake van meer persoonlijk contact met de medewerkers van de IGJ. Bijvoorbeeld bij vragen rondom een calamiteitenonderzoek of indien er vragen zijn over het mogelijk niet onverwijd melden van een calamiteit.

De veranderende werkwijze bij calamiteitenonderzoeken richting de Safety II methodiek en de aanpassingen in de verslaglegging als gevolg hiervan, kan in relatie tot de bestuurlijke reactie als uitdagend worden ervaren. De richtlijn van de calamiteitenrapportage vanuit de IGJ wordt door de ziekenhuizen nog aangehouden in het format. Bij een calamiteitenonderzoek wordt in de meeste gevallen nog een volledig onderzoeksrapport geschreven. Maar de verslaglegging bij calamiteitenonderzoeken die zijn uitgevoerd volgens de Safety II methodieken is niet altijd meer in lijn met de richtlijn van de IGJ. Bij een Learning Team wordt bijvoorbeeld geen standaard uitgebreide onderzoeksrapportage opgesteld omdat de focus meer ligt op de verbetermaatregelen. Dit kan als gevolg hebben dat niet meer exact wordt voldaan aan de richtlijn van een calamiteitenrapportage. In de bestuurlijke reactie voor de IGJ wordt de toegepaste onderzoeksmethodiek beschreven. In de praktijk wordt ervaren dat de IGJ niet kritisch stuurt op de gekozen onderzoeksmethode. Door de ziekenhuizen wordt immers actief gewerkt aan continu (ziekenhuisbreed) verbeteren en leren van de calamiteiten.

Het melden van calamiteit, die voldoet aan de definitie van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), is een wettelijke verplichting. Door het onderzoeken en het implementeren van passende verbetermaatregelen is veel bereikt. Een goede analyse, waarbij gedegen ziekenhuisbrede verbetermaatregelen kunnen worden vastgesteld en geïmplementeerd, kost tijd. De ziekenhuizen ervaren dat sommige meldingen, die aan de Wkkgz-definitie voldoen, geen verbeterpotentieel meer hebben. Andere incidenten zonder meldplicht bieden juist mogelijkheden om tot goede verbeteringen te komen. Dit heeft als gevolg dat niet alle meldingen

en calamiteitenonderzoeken de meerwaarde hebben waar wel naar gestreefd wordt. Wanneer meer ruimte wordt gecreëerd om hier een onderbouwde keuze in te kunnen maken, kan deze ontwikkeling meer vorm krijgen met als gevolg sterkere verbetermaatregelen die de patiëntveiligheid verhogen. De Santeon ziekenhuizen hopen dat de IGJ hierin zal meebewegen en -groeien.





## Voorbeelden van doorgevoerde verbeteringen

Hieronder beschrijven we vier ontwikkelingen uit 2024 die naar aanleiding van onderzoeken in een of meerdere Santeon ziekenhuis zijn doorgevoerd.

### 1 Morfinedosering

In een van de ziekenhuizen is een onderzoek uitgevoerd waarbij er sprake was van een overdosering van morfine.

#### Casus: overdosering morfine

Een patiënt wordt opgenomen op de verpleegafdeling wegens ernstige pijnklachten bij een carcinoom in een palliatief stadium. Er wordt gestart met een morfinepomp tegen de pijn. Patiënt geeft aan graag naar huis te willen. De dosering van de morfine moet in de ochtend voor het ontslag opgehoogd worden. Uit de analyse blijkt dat bij het ophogen van de morfinedosering de pompstand niet is aangepast aan de verhouding van de concentratie morfine in de toe te dienen vloeistof (van 1mg/ml naar 5mg/ml). Hierdoor ontstaat een overdosering van de morfine.

Er wordt een morfinepomp aangevraagd voor thuistoediening en deze wordt al op de verpleegafdeling aangesloten. Bij het aansluiten van de morfinepomp voor thuistoediening is berekend op de onjuiste eerdere berekening waardoor de overdosering voortduurt. Daarnaast wordt deze pomp ingesteld op milliliters per uur en niet op milligrammen, zoals bij de pompen voor thuistoedieningen normaal gesproken wordt gedaan. Het aansluiten van een morfinepomp voor thuistoediening in het ziekenhuis is een zeldzame situatie en komt bijna niet voor. Na ontslag wordt ontdekt dat de patiënt een overdosering heeft gehad sinds de ochtend voor het ontslag.

#### Analyse & verbetermaatregelen

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van de methode Learning Teams. Het betreft een ketenonderzoek waarbij de ambulancedienst en de thuiszorg is betrokken. De casus is besproken en geëvalueerd, de oorzaken van het incident zijn besproken en er zijn gezamenlijk verbetermaatregelen opgesteld.

De verbetermaatregelen hebben zich onder meer gericht op de bestaande werkaafspraken rondom het klaarmaken en toedienen van parenterale geneesmiddelen in het ziekenhuis en bij situaties waarbij patiënten met een infuuspomp met ontslag gaan. In de meeste gevallen wordt een infuuspomp pas in de thuissituatie aangesloten door de thuiszorg, in dit geval gebeurde dit voorafgaand aan ontslag omdat de patiënt ernstige pijn had en een bolus voor het vervoer niet zou volstaan. Met de afdeling nazorg is gekeken naar hoe dit proces normaal gesproken verloopt en hoe een afwijkend verloop ondervangen kan worden. Een dergelijk zeldzame situatie of werkwijze kan niet altijd in een protocol worden beschreven, maar door de taken en verantwoordelijkheden in het protocol rondom morfine in de thuissituatie specifieker te beschrijven wordt verduidelijkt wat de route normaal gesproken is.

De casus is ziekenhuisbreed (geanonimiseerd) gedeeld in een casusbeschrijving en toegevoegd aan een 'toolbox' rondom medicatieveiligheid. Deze is onderdeel van verschillende toolboxes rondom kwaliteitsonderwerpen die regulier onder de aandacht worden gebracht. Voor de arts-assistenten is de module medicatieveiligheid van de introductiescholing aangepast. Er zal aandacht worden besteed aan automatische aanpassingen in het EPD bij het invoeren van een medicatieorder.

### 2 Agressie verwarde patiënten

Er zijn bij twee ziekenhuizen calamiteitenonderzoeken uitgevoerd waarbij sprake is van agressie bij verwarde patiënten. Uit deze complexe casuïstiek komt de uitdaging naar voren die wordt ervaren binnen de ziekenhuizen rondom deze patiënten. Dit heeft effect op de veiligheid van zorgprofessionals en de kwaliteit van zorg. Deze voorbeelden

benadrukken het belang van duidelijke protocollen, effectieve communicatie en goed geïnformeerde zorgprofessionals om dergelijke situaties tijdig te herkennen en te voorkomen.

**Casus 1: onvoldoende Interventie bij onttrekkingsdelier**

In een ziekenhuis wordt een patiënt zonder vaste verblijfsplaats opgenomen met een fractuur, waarvoor een operatie wordt gepland. De patiënt is bekend met alcohol- en amfetaminegebruik. Door een te grote zwelling kan de operatie niet doorgaan en volgt een opname op een verpleegafdeling. Gedurende de opname ontwikkelt de patiënt een onttrekkingsdelier. De patiënt vertoont toenemende onrust en verward gedrag, waarna de artsen starten met de toediening van orale Lorazepam. Desondanks trekt de patiënt een mes en bedreigt daarmee het verplegend personeel, wat leidt tot de tussenkomst van de politie. Omdat de patiënt onrustig blijft, wordt besloten de patiënt te fixeren. Uiteindelijk moet de patiënt voor eigen comfort worden gesedeerd en opgenomen op de Intensive Care (IC).

Bij analyse van de casus blijkt dat bij binnenkomst op de Spoedeisende Hulp (SEH) al bekend is dat de patiënt een geschiedenis van alcohol- en middelenmisbruik heeft. In een poging om een onttrekkingsdelier te voorkomen, wordt er oxazepam voorgeschreven. Uit het medicatievoorschrift blijkt echter dat het middel als ‘zo nodig’ is voorgeschreven in plaats van ‘standaard’. Dit leidt tot verwarring en onzekerheid onder zorgprofessionals over de noodzaak van medicatie, wat resulteert in het niet tijdig toedienen van de benodigde medicatie. Wanneer de situatie escaleert, blijkt dat de verantwoordelijkheden niet goed verdeeld zijn en dat er onvoldoende communicatie is over de ingezette interventies en de vervolgstappen. Hierdoor wordt de ernst van de situatie niet volledig ingeschat. De casus leidt tot de oprichting van een werkgroep die zich richt op het opstellen van een ziekenhuisbrede structuur voor het omgaan met uitdagend gedrag van klinisch opgenomen patiënten.

**Casus 2: escalatie van agressie bij psychiatrische patiënt**

Bij deze casus wordt een patiënt, bekend met psychoses en het gebruik van psychofarmaca, op de IC opgenomen met hoge koorts en hemodynamische instabiliteit, vermoedelijk door lachgasintoxicatie. Na een kort verblijf op de IC wordt hij overgeplaatst naar de verpleegafdeling, waar zijn achterdocht en verward gedrag toenemen. Omdat hij weigert verder behandeld te worden en het ziekenhuis wil verlaten, wordt de psychiater geraadpleegd en wordt de patiënt tijdelijk gefixeerd. Na het opheffen van de fixatie escaleert de situatie echter verder, waarbij de patiënt een verpleegkundige verwondt en aanzienlijke materiële schade veroorzaakt. De patiënt wordt vervolgens buiten het ziekenhuis door de politie gearresteerd.

Zowel het ziekenhuis als de psychiatrische instelling constateert een toenemende frequentie van agressieve patiënten met verward gedrag, wat leidt tot een aanzienlijke belasting van de zorgmedewerkers. De situatie veroorzaakt een verhoogd gevoel van onveiligheid, vooral omdat de kennis over het omgaan met deze problematiek niet altijd toereikend blijkt. Dit resulteert in een gewelddadige escalatie, met een grote impact op het zorgteam, waarvan enkele leden langdurig uitvallen. De instroom van zorgmedewerkers neemt af, met name op de afdelingen waar deze patiëntengroep zich concentreert. Er zijn verbetermaatregelen opgesteld, zoals het vergroten van de kennis van verpleegkundigen over ziektebeelden en omgang met deze patiënten, evenals het verbeteren van de communicatie met psychiatrische instellingen. Tevens wordt besloten om een werkgroep op te richten die zich richt op het ontwikkelen van een multidisciplinaire en organisatiebrede aanpak om deze complexe uitdaging effectief aan te pakken.

**Analyse & verbetermaatregelen**  
uit bespreking met de betrokken professionals, maar ook binnen de Santeon ziekenhuizen, blijkt dat ‘uitdagend gedrag’ bij patiënten in een

toenemende mate een probleem is, waarbij het voor zorgprofessionals niet altijd duidelijk is hoe hiermee om te gaan en binnen welke kaders bewogen mag worden. De verbetermaatregelen die naar voren zijn gekomen richten zich op het vergroten van kennis bij de zorgprofessionals in het omgaan met deze patiëntengroep. Hierbij is, zeker in acute situaties, duidelijke communicatie tussen verschillende betrokken partijen van groot belang. Dit thema vraagt om een ziekenhuisbrede, gestructureerde aanpak voor de omgang met verwarde en mogelijk agressieve patiënten die worden opgenomen in het ziekenhuis.

**3 Follow-up**  
Bij een ziekenhuis is een onderzoek uitgevoerd waarbij een follow-up coloscopie niet is uitgevoerd.

**Casus coloscopie follow-up**  
bij een patiënt wordt tijdens een coloscopie een maligniteit in het rectum ontdekt. De patiënt wordt doorverwezen naar een universitair centrum, alwaar de tumor wordt verwijderd en een colostoma aangelegd. Bij de verwijzing wordt vermeld dat na herstel van de ingreep een follow-up coloscopie moet plaatsvinden ter inspectie van het proximale colon, omdat de eerste coloscopie niet volledig uitgevoerd kon worden. Protocollair is vastgelegd dat de coloscopie in het verwijzende ziekenhuis moet plaatsvinden.

Ruim anderhalf jaar later wordt bij de patiënt tijdens een coloscopie een maligniteit in het colon transversum vastgesteld. De follow-up coloscopie is uiteindelijk nooit gepland. Er is een gerede kans dat de tumor in een vroeger stadium opgemerkt zou zijn, wanneer de follow-up coloscopie tijdig had plaatsgevonden.

**Analyse & verbetermaatregelen**  
bij 4% van dit soort bevindingen bestaat de kans op een dubbeltumor. Daarom dient bij een onvolledige scopie binnen een redelijke termijn (bij voorkeur binnen 6 maanden en na herstel van de operatie)

opnieuw een coloscopie te worden verricht om het eerder niet-geïnspecteerde deel van het colon te kunnen beoordelen. Deze werkwijze is eenduidig vastgelegd in de protocollen in zowel het perifere als het universitaire ziekenhuis.

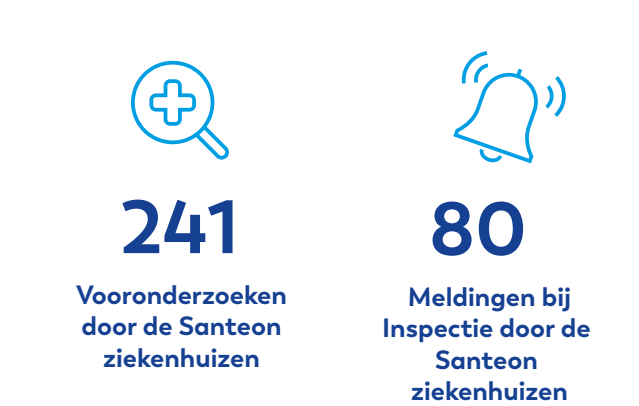
Door het calamiteitenonderzoek werd duidelijk dat een follow-up coloscopie in het gezamenlijke multidisciplinaire overleg (MDO) van het verwijzende en het universitaire centrum geen standaard bespreekpunt is. Als ziekenhuisbrede verbetermaatregel is afgesproken om in het MDO rondom colorectale aandoeningen hier een vast onderwerp van te maken. Ook is het proces met betrekking tot de monitoring van het uitvoeren van een follow-up coloscopie aangepast. De casemanager van de maag-, darm & leverziekten van het verwijzende ziekenhuis vervult hierin de bewakende rol.



# Calamiteitenonderzoek in cijfers

In 2024 hebben de zeven Santeon ziekenhuizen 80 meldingen bij de IGJ gedaan omdat er (mogelijk) sprake was van een calamiteit.

## Wat kenmerkte deze 80 meldingen?



## Vooronderzoeken en meldingen bij Inspectie

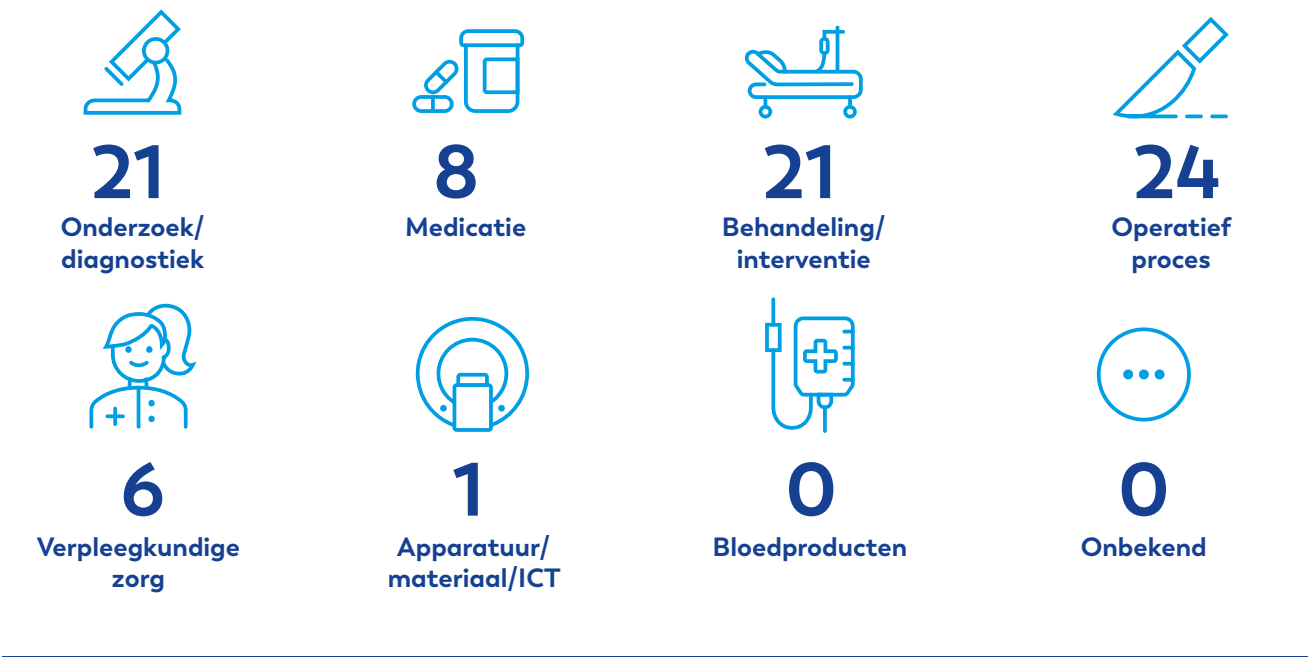
Ongeveer een derde van alle interne (voor)onderzoeken heeft geleid tot een melding bij de Inspectie. Het grote aantal meldingen dat intern wordt voorgelegd laat zien dat de bereidheid tot melden hoog is. Zorgverleners zijn kritisch op hun eigen handelen en stellen zich daarbij transparant op. De meeste vooronderzoeken concluderen dat de gebeurtenis niet blijkt te voldoen aan de definitie van een (mogelijke) calamiteit. Deze worden intern verder onderzocht om na te gaan of er verbeterd kan worden.

## Patiënt en/of naaste betrokken bij onderzoek

Bij de meeste onderzoeken is de patiënt of naaste betrokken bij het onderzoek. Soms is dit niet mogelijk of geven patiënten/naasten aan hier geen behoefte aan te hebben. Als patiënten of naasten niet betrokken zijn wordt dit altijd toegelicht in het onderzoeksrapport.



## Type hoofdgebeurtenis (Inspectie-melding)



## Conclusie onderzoek

Bij ongeveer twee derde van de onderzoeken die bij de Inspectie zijn gemeld, is de conclusie dat er daadwerkelijk sprake is van een calamiteit. Bij ongeveer een derde blijkt na uitvoerige analyse dat er geen sprake was van een tekortkoming in de zorg. Het kan ook zijn dat er geen relatie is gevonden tussen de geboden zorg en de schade voor de patiënt die de aanleiding was voor het onderzoek. Bij een klein aantal onderzoeken is, ook na uitgebreide analyse, niet met zekerheid te stellen of er sprake is van een calamiteit. Deze verdeling is vergelijkbaar met vorig jaar.





## Bijlage 1

### Calamiteit en calamiteitenonderzoek

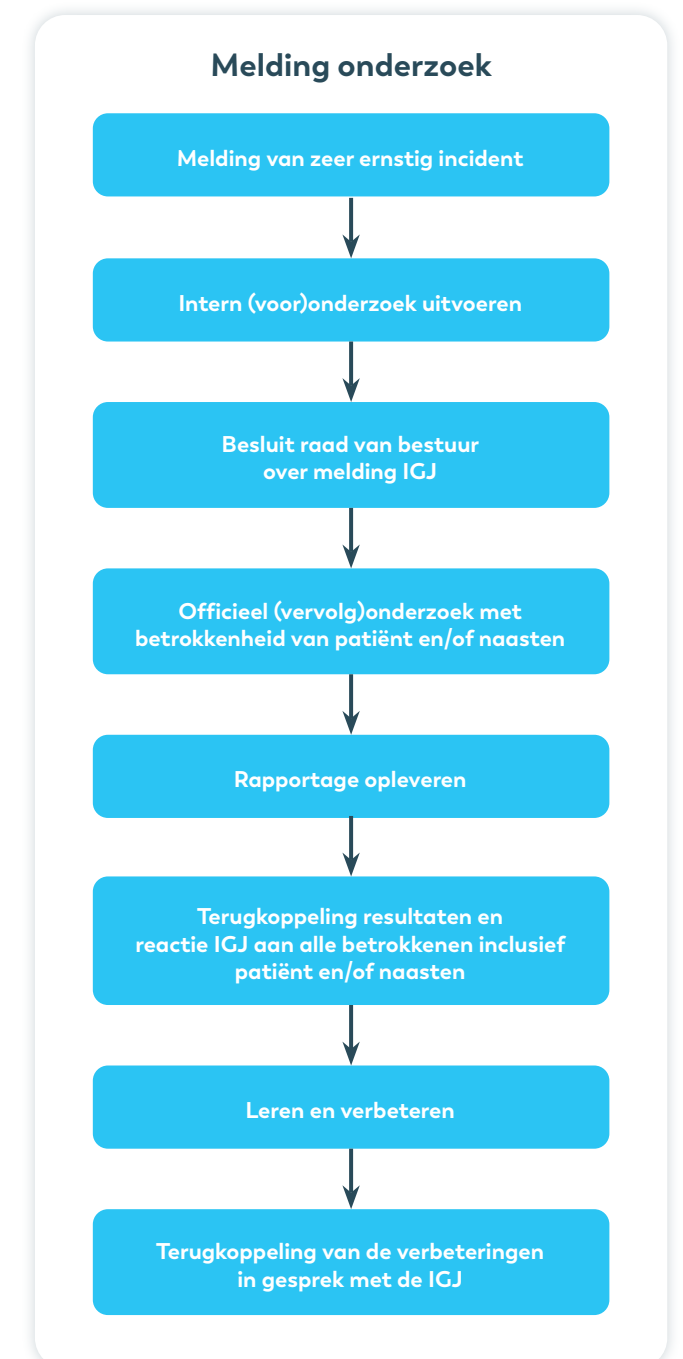


De uitkomsten van  
het calamiteitenonderzoek  
worden door het ziekenhuis  
met de patiënt of  
nabestaanden besproken.

# Calamiteit en calamiteitenonderzoek

Bij een calamiteit is de kwaliteit van zorg onvoldoende geweest wat ernstige gevolgen heeft voor de patiënt. Het herkennen van een calamiteit is niet altijd makkelijk. In een ziekenhuis overlijden soms patiënten aan hun ziekte of treden er complicaties op tijdens het behandelproces. Hoe weet je of er echt iets mis is gegaan? En wanneer vinden we de gevolgen zo ernstig dat er een calamiteitenonderzoek moet plaatsvinden?

Het is belangrijk om dit goed in te schatten, want ziekenhuizen moeten calamiteiten melden bij de IGJ (Inspectie voor Gezondheidszorg & Jeugd) om zo tot kwaliteitsverbetering te komen. Dit is wettelijk vastgelegd in de Wkkgz (Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg). Binnen de Santeon ziekenhuizen is het de afspraak dat medewerkers alles melden wat mogelijk een calamiteit kan zijn. Een melding kan ook vanuit de patiënt of naasten komen. De Santeon ziekenhuizen hebben deskundigen in huis die meteen actie ondernemen om te beoordelen of er sprake is van een calamiteit. Is dat het geval, dan meldt het ziekenhuis dit bij de IGJ. Na de melding voert een onderzoekscommissie, bestaande uit diverse deskundigen, een uitgebreid onderzoek uit. Dit doen ze volgens een vastgestelde methode. Als het onderzoek is afgerond informeert het ziekenhuis de IGJ over de uitkomsten van het onderzoek en wat daarvan geleerd is. De IGJ beoordeelt of het onderzoek goed is uitgevoerd. Soms heeft de IGJ nog aanvullende vragen. Ook kan de IGJ besluiten het onderzoek (voor een deel) zelf over te doen. Maar meestal concludeert de IGJ dat het ziekenhuis goed geleerd heeft van het onderzoek en sluit zij de melding af. De uitkomsten van het onderzoek worden door het ziekenhuis met de patiënt of nabestaanden besproken.





## Bijlage 2

### Samenwerking binnen Santeon



# Samenwerking binnen Santeon

Binnen Santeon werken de zeven ziekenhuizen samen op het gebied van calamiteitenonderzoek. Het *Santeon Alert Systeem*, zoals het gezamenlijke overleg heet dat de Santeon ziekenhuizen hebben rondom de calamiteiten, heeft zich in de afgelopen jaren gevormd tot een overleg waarin dieper wordt ingegaan op de thema's die verwant zijn aan de calamiteiten. De ziekenhuizen wisselen ervaringen en anonieme voorbeelden van calamiteitenonderzoeken en goede verbetermaatregelen uit, kijken bij elkaar in de keuken en waarschuwen elkaar als er dingen misgaan die andere ziekenhuizen moeten weten. Daarbij zijn goede afspraken gemaakt over de vertrouwelijkheid van de gegevens die we uitwisselen. Door op deze wijze samen te werken, verbeteren we de werkwijze bij calamiteitenonderzoeken en verbeteren we de zorgprocessen in alle zeven Santeon ziekenhuizen.

## Werkwijze bij onderzoek

De Santeon ziekenhuizen hebben afgesproken dat alle onderzoeksrapporten op dezelfde wijze zijn opgebouwd. Alle (geanonimiseerde) rapporten en reflectiebrieven worden met elkaar gedeeld via een veilige database. Zo kunnen we van elkaars rapporten leren. De leden van de onderzoekscommissie (onder andere artsen, verpleegkundigen, adviseurs kwaliteit) zijn allemaal getraind in het doen van onderzoek. De onderzoekers bestuderen altijd het dossier van de patiënt. Ze spreken met de (in)direct betrokken zorgverleners en de patiënt of hun naasten en lezen protocollen en andere kwaliteitsdocumenten. Op basis van al deze informatie bepaalt de onderzoekscommissie wat er precies is gebeurd en of er iets mis is gegaan wat in de toekomst kan worden voorkomen. In een aantal ziekenhuizen wordt ervaring opgedaan met andere onderzoeksmethoden zoals de FRAM en Learning Team. Dit zijn procesgerichte methoden waarbij de verbetermaatregelen in groepsverband samen worden opgesteld met zorgverleners. Dit zorgt ervoor dat zorgverleners direct kunnen reflecteren

welke verbeteringen zouden kunnen bijdragen aan hun werk. Tevens wordt hiermee geborgd dat verbetermaatregelen haalbaar zijn en deze een goed draagvlak krijgen.

## Hulp bij het doen van onderzoek

Normaal gezien voert ieder ziekenhuis zijn eigen onderzoek uit met zijn eigen deskundigen op het gebied van calamiteitenonderzoek. Deze zijn niet betrokken bij de gebeurtenis/calamiteit. Maar soms is een onderzoek erg ingewikkeld of is er behoefte aan speciale expertise. Er kan dan een deskundige uit een ander Santeon ziekenhuis worden gevraagd om te helpen bij het onderzoek.

## Betrokkenheid van de patiënt

Bij elk calamiteitenonderzoek vragen we de patiënt of nabestaanden of zij hierbij betrokken willen zijn. Er wordt een interview gehouden waarin de patiënt of nabestaande kan vertellen wat er is gebeurd. Ze kunnen ook aangeven waar ze vragen over hebben. Vaak hebben patiënten of nabestaanden het gevoel dat er iets is misgegaan, maar weten ze niet precies wat. Het is belangrijk dat we weten welke vragen bij hen leven, dan kunnen we daar in het rapport of het eindgesprek op in gaan. Ook leren we als ziekenhuizen veel van deze gesprekken. We horen hoe onze zorg is ervaren. Of we krijgen nieuwe informatie die niet in het dossier stond. Ook denken patiënten of nabestaanden mee over mogelijke verbetermogelijkheden. De meeste patiënten en nabestaanden vinden het fijn om bij het onderzoek betrokken te zijn. Maar niet iedereen wil of kan dit. De keuze ligt bij hen. Soms is er geen mogelijkheid om patiënten of nabestaanden te betrekken of zijn er andere overwegingen om hen dit niet te vragen. Als dit zo is, wordt dit altijd onderbouwd en uitgelegd in de calamiteitenrapportage. Indien mogelijk wordt dit rapport wel altijd aan de patiënt of nabestaanden teruggekoppeld, ook als zij niet betrokken zijn geweest bij het onderzoek. Als er ondersteuning of begeleiding voor de patiënt of nabestaanden nodig is, bekijken we welke steun we kunnen bieden. In elk ziekenhuis



zijn er functionarissen aangewezen die vanuit hun onafhankelijke rol de patiënten en hun naasten of de nabestaanden kunnen ondersteunen bij het onderzoek. Denk hierbij aan het bieden van een luisterend oor of het begeleiden bij het contact met de zorgverleners. Na afloop van het onderzoek worden de onderzoeksresultaten met de patiënt en/of de nabestaanden besproken, als zij hebben aangegeven dit te willen.

## Ondersteuning aan zorgprofessionals

Betrokken zorgverleners die te maken krijgen met een calamiteit ervaren vaak een gevoel van zelfverwijt. Zij vragen zich af of ze iets hebben gemist of iets hadden moeten doen om dit te

voorkomen. Ook voor hen is in de ziekenhuizen nazorg en opvang geregeld. Hier kunnen ze altijd een beroep op doen. Iedere zorgverlener wil weer veilig en vol zelfvertrouwen het werk kunnen doen. Het helpt bij de verwerking om duidelijkheid te krijgen over waarom iets niet goed is gegaan.

Colofon

Tekst en redactie

Namens de werkgroep  
Santeon Alert Systeem (SAS):

Maartje de Beukelaar- Wielders (Santeon)  
Debbie Eijgensteijn (Santeon)  
Maartje Noordam  
(St. Antonius ziekenhuis)  
Ineke Wieleman-Volman  
(Martini Ziekenhuis)  
Elles Neutkens (Catharina Ziekenhuis)  
Eric Scheutjens (OLVG)

Vormgeving

Telvorm grafische vormgeving

Fotografie

Beeldbank Santeon  
Shutterstock

© Santeon 2025

Publicatie: juni 2025  
Alle rechten voorbehouden

Meer informatie

Santeon  
Kantoorgebouw Galghenwert C1  
Herculesplein 102  
3584 AA Utrecht  
info@santeon.nl  
+31 30 25 24 180  
www.santeon.nl



Santeon is een samenwerking van zeven topklinische ziekenhuizen. Samen zetten we ons in voor betere zorg in onze ziekenhuizen en in heel Nederland. Dat doen we door bij elkaar in de keuken te kijken, van elkaar te leren en continu te verbeteren.

Kijk voor meer informatie op [santeon.nl](http://santeon.nl)



Santeon Utrecht, [www.santeon.nl](http://www.santeon.nl)

Canisius Wilhelmina Ziekenhuis Nijmegen • Catharina Ziekenhuis Eindhoven

Maasstad Ziekenhuis Rotterdam • Martini Ziekenhuis Groningen

Medisch Spectrum Twente Enschede • OLVG Amsterdam

St. Antonius Ziekenhuis Utrecht/Nieuwegein