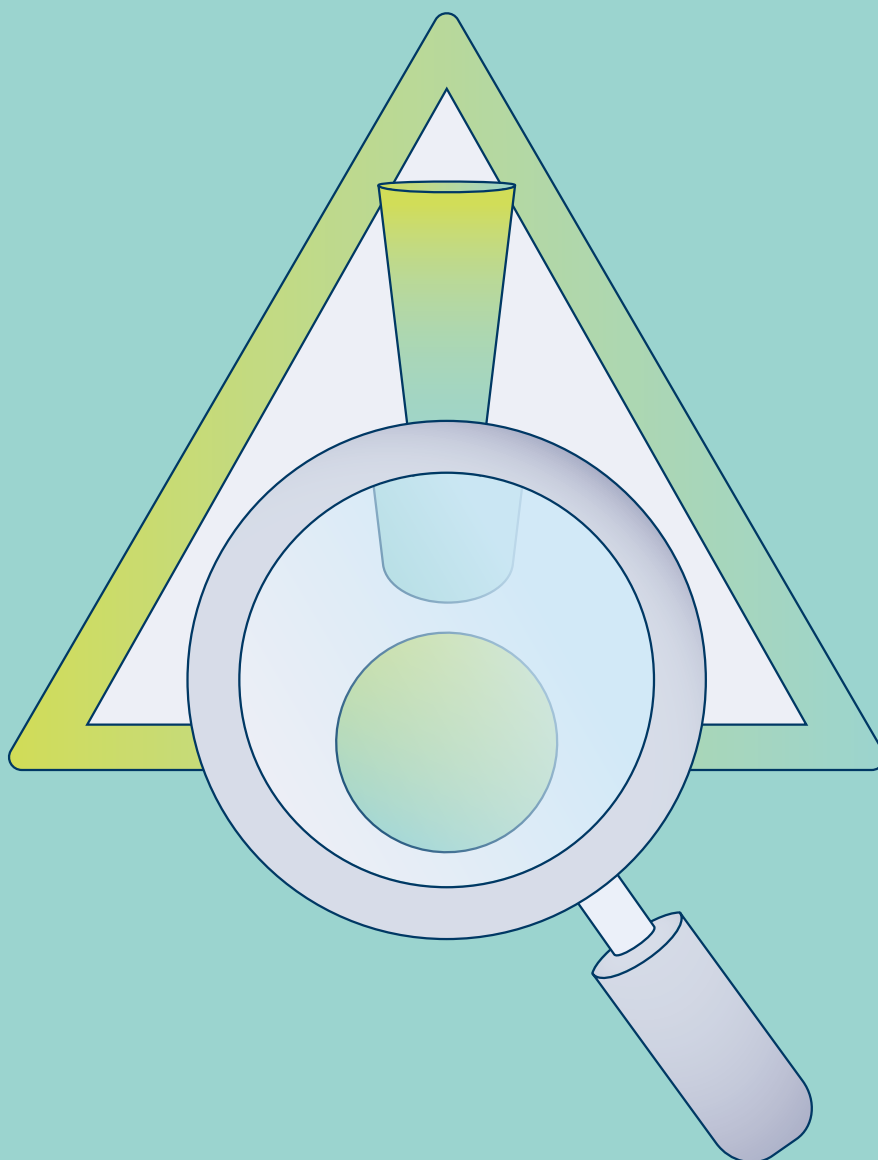


# Gezamenlijk Jaarverslag Calamiteiten 2024

Umc's van Nederland





## Inhoudsopgave

|                                              |           |
|----------------------------------------------|-----------|
| <b>Inleiding</b>                             | <b>3</b>  |
| <b>1. Werkwijze calamiteitenanalyses</b>     | <b>5</b>  |
| <b>2. Nazorg</b>                             | <b>9</b>  |
| <b>3. Wat hebben we geleerd in 2024?</b>     | <b>10</b> |
| <b>4. Casussen en verbeterpunten per umc</b> | <b>14</b> |
| <b>5. Cijfers per umc</b>                    | <b>17</b> |



# Inleiding

UMCNL verbindt en ondersteunt de universitaire medische centra (umc's) bij gemeenschappelijke kerntaken.

Er zijn 7 umc's in Nederland:



De umc's hebben gezamenlijk acht maatschappelijke opgaven, waaraan zij een belangrijke bijdrage leveren:

- Complexe zorg, kennis en expertise
- Beschikbare en toegankelijke zorg
- Netwerkvorming en samenwerking
- Coördinatie van de acute zorgketen
- Opleidingsvraagstukken
- Regionale en academische motor
- Dure geneesmiddelen
- Digitale gegevensuitwisseling

Als gezamenlijke umc's vinden we het belangrijk om deze acht maatschappelijke opgaven op te pakken, zodat er met en van elkaar geleerd kan worden. Dit doen wij over de verschillende onderwerpen en op verschillende niveaus. Binnen UMCNL zijn daarvoor verschillende werkgroepen ingericht. Een daarvan is de werkgroep Zorgcalamiteiten.

Ook als de zorg soms niet verloopt zoals beoogd was, zijn er mogelijkheden om van elkaar te leren en dat is precies wat wij doen binnen deze werkgroep.

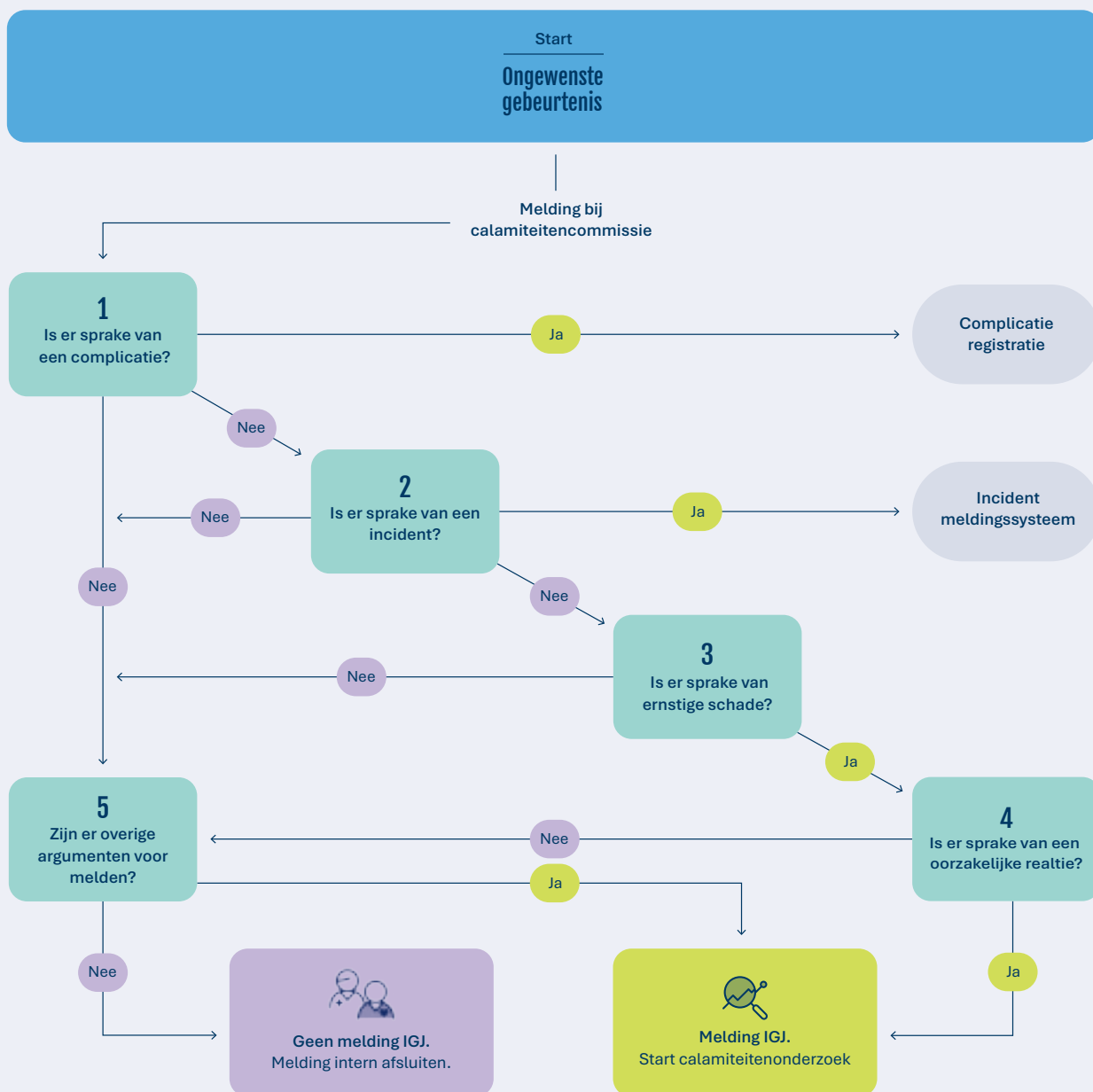
Door open naar elkaar te zijn over wat er geleerd wordt van calamiteiten, kunnen andere umc's leren en nagaan of er ook bij hen soortgelijke verbeteringen te realiseren zijn.

Voorop blijft staan dat een calamiteit veel impact heeft op de patiënt, naasten en betrokken zorgverleners.

# 1. Werkwijze calamiteitenanalyses

Uit inventarisatie blijkt dat het proces voor het beoordelen van de calamiteitmeldingen per umc verschilt. Het verschil is dusdanig dat het gelijktrekken van alle beoordelingsprocessen voor ieder umc veel tijd en inspanning zou kosten. Voor het uniform rapporteren is het ook niet nodig dat de umc's het proces op dezelfde manier inrichten. Het beoordelen van een calamiteit gebeurt wel in alle umc's op dezelfde manier, namelijk aan de hand van de definitie van een calamiteit vanuit de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). Besloten is dat niet het proces van beoordeling van belang is, maar wel de uitkomst van deze beoordeling, aangezien dat de informatie is die wordt gerapporteerd.

Om in hoofdlijnen tot eenzelfde beoordeling te kunnen komen hebben de umc's gezamenlijk een algoritme ontwikkeld:



Per umc wordt hieronder beschreven hoe de calamiteitenanalyse plaatsvindt.

## Radboudumc

In het Radboudumc worden de calamiteiten geanalyseerd op basis van de PRISMA-methodiek en met de SIRE methodiek geanalyseerd. De onderzoekstappen van SIRE creëren structuur in het onderzoek. Met het gebruik van een tijdlijn komt de feitelijke reconstructie van het incident stapsgewijs in beeld. Inzichtelijk wordt waar de onduidelijkheden zitten en welke onderzoeksvragen nog uitgezocht moeten worden.

Vervolgens kan met de oorzakenboom van Prisma gecontroleerd worden of alle basisoorzaken in beeld zijn en kunnen de basisoorzaken geclassificeerd worden naar menselijke, organisatorische, technische en patiëntgerelateerde factoren. Alle analisten zijn aantoonbaar PRISMA/SIRE geschoold. Naast de PRISMA/SIRE methodiek wordt in het Radboudumc ook gebruik gemaakt van de FRAM-methodiek (Functional Resonance Analysis Method). Dit is passend op de verschuiving van Safety I naar Safety II. FRAM biedt een dieper inzicht in zowel verbeterpunten als sterke punten in complexe processen. Enkele analisten zijn geschoold in deze methode en hebben deze methode toegepast naar aanleiding van een herhaling van eenzelfde type calamiteitenmelding.



Het Erasmus MC wil leren van ongewenste uitkomsten in de zorg. Als er sprake is van een (mogelijke) calamiteit volgt een melding bij de (IGJ) en wordt een calamiteitenonderzoek (Tripod-analyse) opgestart. Ieders visie en inbreng is hierbij van belang, die van de betrokken artsen, paramedici, verpleegkundigen en/of andere professionals, evenals die van de patiënt, familie of nabestaanden. De patiënt, familie of nabestaanden worden altijd geïnterviewd in de vorm van een huisbezoek. Na het afronden van het onderzoek wordt de Tripod onderzoeksrapportage omgezet in een bestuurlijke reactie en na akkoord van de betrokken afdelingshoofden en de Raad van Bestuur voor externe toetsing aan de IGJ aangeboden.

Na afronding van de melding door de inspectie worden de onderzoeksresultaten van het calamiteitenonderzoek in een persoonlijk gesprek teruggekoppeld aan de patiënt, familie, naasten of nabestaanden. Na deze terugkoppeling wordt een samenvatting van het onderzoek schriftelijk verstrekt, voorzien van de conclusie, tijdslijn en verbeteracties.

De eerste beoordeling van een incident wordt verricht en verwerkt door het IGJ-team, dat bestaat uit vier leden. Het IGJ-team wordt in diens beoordeling getoetst door een brede Calamiteiten Commissie, bestaand uit ongeveer 20 leden met een brede vertegenwoordiging van medewerkers uit het ziekenhuis, deels direct in de zorg, deels door medewerkers met een andere niet-direct zorg gerelateerde functie. Er is één extern lid met een hoge mate van deskundigheid op het gebied van veiligheid, met belangrijke inbreng vanuit diens perspectief.

Na een melding van een zeer ernstig incident wordt in het LUMC een onderzoek gestart door een commissie van twee speciaal getrainde veiligheidsonderzoekers. Deze onderzoekers zijn onafhankelijk en niet betrokken bij de afdeling(en) waarop de melding betrekking heeft. Het onderzoek richt zich op het helder reconstrueren van de aanloop naar het incident en het verklaren van de omstandigheden die tot het voorval hebben geleid. De benadering is systeemgericht: er wordt geanalyseerd hoe de zorg in de dagelijkse praktijk wordt verleend en waar kansen voor verbetering liggen. Daarbij worden alle perspectieven van betrokkenen zorgvuldig meegenomen. Het onderzoek is primair gericht op leren, niet op het aanwijzen van schuldigen, geheel in lijn met het Safety II-gedachtengoed.

Tegelijkertijd met de analyse van het incident en het formuleren van verbeterpunten, wordt actief ingezet op het herstel van zowel de patiënt (of diens naasten) als de betrokken zorgverleners. Voor de patiënt en diens naasten is professionele begeleiding beschikbaar. Zorgprofessionals krijgen toegang tot collegiale ondersteuning in de vorm van peer support.

In 2024 heeft het LUMC minder incidenten gemeld bij IGJ dan in voorgaande jaren. Na interne reflectie zijn wij tot de conclusie gekomen dat er sprake is van een natuurlijke fluctuatie in het aantal meldingen. Dit wordt tevens ondersteund door het feit dat het aantal meldingen in 2025 al evident hoger is dan in 2024.

Binnen het Maastricht UMC+ wordt de Tripod Bèta methodiek toegepast voor het analyseren van calamiteiten. Het doel van het Tripodonderzoek is het leren van de calamiteit door het analyseren van de procedures en het in kaart brengen van factoren die direct of indirect hebben bijgedragen aan het ontstaan van de calamiteit. In de loop van 2024 zijn er twee nieuwe methodieken vanuit het Safety-II gedachtegoed geïntroduceerd om mogelijke calamiteiten te onderzoeken, namelijk 'Learning Teams' en 'FRAM' (Functional Resonance Analysis Method). Bij een Learning Team komen medewerkers die betrokken waren bij de calamiteit of inhoudsdeskundige zijn op een bepaald gebied samen in twee sessies. Multidisciplinair wordt geëvalueerd waarom het proces gelopen is, zoals het gelopen is en wat eruit te leren valt. Een Learning Team heeft niet tot doel om tot in detail alle achterliggende oorzaken te vinden, maar wel om begrip te creëren over hoe de calamiteit kon gebeuren.

Bij de FRAM wordt als startpunt een 'Work-as-Imagined (WAI)' -model gemaakt van het proces zoals dit omschreven staat in de beschikbare protocollen. Vervolgens wordt aan de hand van interviews met een afvaardiging van alle betrokken disciplines, in kaart gebracht hoe het proces er in de dagelijkse praktijk op de werkvloer uitziet. De verkregen informatie wordt in een nieuw 'Work-as-Done (WAD)' -model gevisualiseerd. In een dialoogsessie wordt hierop door de zorgverleners gereflecteerd en worden gezamenlijk verbeterkansen geformuleerd.

<sup>1</sup> Prisma is een methode waarmee incidenten onderzocht worden. De focus ligt niet op het menselijk falen maar op het identificeren van de directe en onderliggende oorzaken op systeem- en organisatieniveau, waardoor het incident kon gebeuren.



Als er melding bij IGJ wordt gedaan, wordt conform de procedure een onderzoeksteam gevormd met de opdracht om na te gaan welke omstandigheden van belang zijn geweest bij het optreden van de ongewenste gebeurtenis of uitkomst. Geen van de leden van het onderzoeksteam is betrokken (geweest) bij de (mogelijke) calamiteit. Het onderzoeksteam beschrijft een feitelijke reconstructie van het incident. Daartoe heeft het toegang tot alle relevante informatie en spreekt met alle betrokkenen, onder wie in elk geval de zorgverleners als ook de patiënt en/of diens naaste(n), tenzij de patiënt en/of diens naaste(n) dit nadrukkelijk niet willen. Op basis van de reconstructie wordt een incidentanalyse verricht met behulp van de zogeheten PRISMA methodiek<sup>1</sup>, waarna conclusies worden geformuleerd. Het onderzoek beoogt met name antwoord te geven aan de patiënt en/of diens naaste(n) en de zorgverleners over hoe de (mogelijke) calamiteit heeft kunnen plaatsvinden en wat er gedaan kan worden om soortgelijke (mogelijke) calamiteiten te voorkomen.



In het UMCG wordt gebruik gemaakt van de PRISMA (Root Cause Analyses) RCA-methodiek om gemelde (potentiële) zorgcalamiteiten 'systeem-gericht' te onderzoeken. Deze systeembenadering richt zich op achterliggende basisoorzaken die hebben bijgedragen aan het ontstaan van de zorgcalamiteit. Zo kunnen ook latente faalfactoren opgespoord worden. De systeembenadering gaat ervan uit dat mensen fouten kunnen maken en dat fouten in iedere organisatie voorkomen. Door de basisoorzaken van deze fouten te achterhalen kunnen structurele verbetermaatregelen geïmplementeerd worden waarmee een bijdrage geleverd wordt aan de kwaliteit van zorg. Denk hierbij bijvoorbeeld aan processen om fouten te voorkomen of het effect van fouten te verminderen.



Iedere medewerker in het UMC Utrecht kan een melding doen van een gebeurtenis waarbij mogelijk sprake is van een calamiteit. Deze meldingen worden besproken tijdens de wekelijkse vergadering van de calamiteitencommissie van het UMC Utrecht. De leden van de commissie werken in het UMC Utrecht: verpleegkundigen, medisch en klinisch specialisten en een jurist. De commissie bepaalt of sprake is van een (mogelijke) calamiteit die bij de IGJ moet worden gemeld.

Nadat een (mogelijke) calamiteit bij de IGJ is gemeld, starten twee medewerkers van het UMC Utrecht een SIRE-onderzoek (Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie). Een medisch of verpleegkundig adviseur van de directie Kwaliteit van Zorg & Patiëntveiligheid begeleidt het onderzoek. Tijdens het onderzoek wordt gesproken met de betrokken zorgverleners en met de patiënt of familie. Doel van het onderzoek is het achterhalen van de basisoorzaken voor het optreden van het incident en het formuleren van effectieve verbetermaatregelen om herhaling van het incident te voorkomen. De verbetermaatregelen worden in een groepsgesprek afgestemd met de betrokkenen en afdelingsleiding. De onderzoekers bespreken het rapport met de leden van de calamiteitencommissie, waarna de commissie het rapport vaststelt en met de Raad van Bestuur deelt. De Raad van Bestuur rapporteert aan de IGJ. Het rapport wordt gedeeld met de betrokkenen en desgewenst met de patiënt en/of zijn naaste.







## 2. Nazorg

### Patiënt support

Bij een calamiteitenonderzoek wordt de patiënt, of in geval van overlijden diens nabestaande(n), geïnformeerd over de melding bij de IGJ. Er wordt met hen afgestemd of zij willen meewerken aan het onderzoek door middel van een gesprek met de onderzoekers.

Gedurende de periode dat het onderzoek loopt, wordt de patiënt of nabestaande(n) bijgestaan door een zogenaamde ‘familiebegeleider’ (ook worden de termen ‘patiëntondersteuner’ en ‘patiëntsupporter’ gebruikt). De familiebegeleider inventariseert onder andere welke vragen er zijn bij patiënt of nabestaande(n) en welke behoeften, bijvoorbeeld emotionele ondersteuning. Daarnaast neemt de familiebegeleider regelmatig contact met hen op om te informeren over de voortgang van het onderzoek. Ook nadat het onderzoek is afgerond, blijft de familiebegeleider het aanspreekpunt voor als er op een later tijdstip nieuwe vragen zijn. Over de resultaten van het calamiteitenonderzoek en het oordeel van de IGJ worden de patiënt of nabestaande(n) geïnformeerd.

### Peer support

Er wordt ook stil gestaan bij de emotionele impact van een calamiteit bij de betrokken medewerkers. Als zorgprofessionals betrokken raken bij een incident of calamiteit kan dit gevolgen hebben voor hun psychische gezondheid en het denken en doen langere tijd beheersen of het gewone functioneren ernstig ontregelen.

Peer Support kan een bijdrage leveren aan de verwerking van de gebeurtenis door deze bespreekbaar te maken. Peer supporters zijn collega's die geschoold zijn in opvang en nazorg van medewerkers na een heftige gebeurtenis in de werkomgeving. Inmiddels beschikken alle umc's over een peer support-programma en bieden zij bij ingrijpende gebeurtenissen Peer Support aan. Het idee is dat door direct na de gebeurtenis te kunnen spreken met een collega de negatieve effecten hiervan sneller kunnen worden verwerkt.

**Er wordt stil gestaan bij de impact van een calamiteit op alle betrokkenen.**



### 3. Wat hebben we geleerd in 2024?

#### Algemeen

In UMCNL-verband willen we als umc's graag van elkaar leren op het gebied van calamiteitenanalyses. Vanuit het College Medisch Directeuren van UMCNL is het inrichten van een besloten deel in het kwaliteitssysteem van de verschillende umc's daarvoor goedgekeurd. Dit heeft als doel het delen van informatie met betrekking tot calamiteiten en de hieruit voortvloeiende verbetermaatregelen. In 2025 zal deze (online)omgeving verder ingericht worden. Vanuit de UMCNL-werkgroep Calamiteiten is gestart met het eerste gezamenlijke jaarverslag waarvan u nu het resultaat leest.

Er is een Teamspagina ingericht waarin informatie tussen de verschillende calamiteitcommissies gedeeld kan worden. Onderling zijn protocollen en informatiefolders gedeeld.

#### Wetenschappelijk onderzoek

In 2024 is door de voorzitter van de calamiteitencommissie van het UMCG, in samenwerking met medewerkers van de Erasmus Universiteit Rotterdam, de TU Delft en de IGJ, een wetenschappelijk onderzoek gestart. Dit onderzoek richt zich op de vraag of een alternatieve benadering met hulp van veiligheidsexperts kan bijdragen aan een breder begrip van de factoren die van invloed zijn bij (het ontstaan van) medische calamiteiten. Bij dit wetenschappelijk onderzoek worden externe veiligheidsexperts betrokken bij lopende PRISMA-onderzoeken. Deze experts zullen zich richten op menselijke factoren en systemische perspectieven binnen traditionele Root Cause Analysis (PRISMA) onderzoeken.

De thesis "Leren van calamiteitenanalyses in de ziekenhuiszorg" heeft als doel de patiëntveiligheid te verbeteren door het delen van de ziekenhuisbrede calamiteitenanalyses in het Radboudumc. Het onderzoek maakt gebruik van een interventieonderzoek met een 'before-after study design'. De interventie bestond uit twee ziekenhuisbrede calamiteitenbijeenkomsten in het Radboudumc. De patiëntveiligheids-cultuur werd gemeten met de COMPaZ-vragenlijst. De resultaten toonden geen significante verandering in de patiëntveiligheidscultuur, met uitzondering van verpleegkundigen, die lager scoorden op 'feedback en leren van fouten'. De conclusie is dat de bijeenkomsten niet significant bijdragen aan de patiëntveiligheids-cultuur, maar dat ze wel als leerzaam en relevant werden ervaren. Aanbevelingen zijn onder andere het structureel organiseren van calamiteitenbijeenkomsten en het betrekken van patiënten en diverse zorgprofessionals.





In UMCNL-verband willen we graag van elkaar leren op het gebied van calamiteitenanalyses.

## Onderwijs

Op 19 september 2024 vond de 11e editie van het jaarlijkse symposium “Incidenten in de patiëntenzorg” plaats in Amsterdam UMC. Dit jaar was het thema “Ste(r)kker in verbeteren”. Ruim 300 zorgprofessionals uit het hele land, kregen door sprekers uit diverse Nederlandse ziekenhuizen en IGJ, informatie en praktische tools aangereikt over Safety I en Safety II en over verbeteren in de praktijk.

Met het oog op het breder delen van verbetermaatregelen uit Tripod-onderzoeken zal het Erasmus MC binnenkort starten met het aanbieden van samenvattende factsheets. De factsheets worden aangeboden aan de decentrale kwaliteitsadviseurs, die verbetermaatregelen verder kunnen brengen in de kwaliteitsteams van de afdelingen tot diep in de organisatie. Daarnaast zal met ingang van 2025 het IGJ/calamiteitenteam van het Erasmus MC twee keer per jaar een presentatie geven aan de decentrale kwaliteitsadviseurs over de belangrijkste ‘lessons learned’ naar aanleiding van calamiteiten. Verder vindt er maandelijks een signalenoverleg plaats vanuit de Directie Kwaliteit & Patiëntenzorg, waarin de signalen vanuit de calamiteiten, MIP-meldingen, klachten en andere bronnen worden besproken en waar nodig worden gebundeld en voorzien van een advies worden aangeboden aan de Raad van Bestuur.

Tenslotte wordt er minimaal één keer per jaar een calamiteitenbespreking georganiseerd, waarbij een casus wordt gepresenteerd, zo mogelijk in aanwezigheid van de betrokken patiënt, familie of nabestaande. In 2024 werden ook inspiratiesessies georganiseerd rondom het thema ‘achtergebleven gazen’.

In het LUMC vond in januari 2024 een educatieve theatervoorstelling plaats voor alle medewerkers over de geschiedenis van het denken over (patiënt)veiligheid. Doel van deze sessie was medewerkers inzicht te geven in de oorsprong van het denken over veiligheid en de ontwikkelingen door de tijd (van Safety I naar Safety II) en medewerkers te inspireren om met deze (nieuwe) ideeën aan de slag te gaan. Daarnaast vond in december 2024 een masterclass Safety Science and Human Factors plaats voor collega's die zich wilden verdiepen in veiligheidswetenschap en/of in opleiding gaan tot veiligheidsonderzoeker.

In het Radboudumc hebben we in 2024 aandacht besteedt aan de verschuiving van Safety I naar Safety II. Als onderdeel hiervan is er een scholing ‘Waarderende gespreksvoering’ voor (calamiteiten)analisten georganiseerd. Deze training biedt (calamiteiten)analisten handvatten om op een waarderende en constructieve manier gesprekken te voeren tijdens analyses. De focus ligt op het begrijpen van zowel wat er misging als wat er goed ging, met als doel het leren en verbeteren binnen de organisatie te bevorderen. Door deze aanpak wordt niet alleen gekeken naar fouten en risico's (Safety I), maar ook naar veerkracht en succesfactoren in de dagelijkse praktijk (Safety II). Dit heeft tot gevolg dat de betrokken medewerker zich in de calamiteitsgesprekken veiliger voelt, het gesprek open is en de medewerker uitgenodigd wordt om zelf ook actief mee te denken in mogelijke verbeteringen.



In het UMCG is in het najaar een schrijftraining aan geboden aan PRISMA-analisten, vanuit het Instituut voor Talen en Academische Vaardigheden van de TU Delft.

In drie dagdelen is de cursisten geleerd:

1. Hoe we de informatie die we verzamelen rond een PRISMA-onderzoek goed gestructureerd een plek geven in de rapportage.
2. De schrijfstijl aan te passen aan de doelgroep.
3. Beknopt en duidelijk te schrijven.

De titel van de jaarlijkse Adrienne Cullen-lezing in het UMC Utrecht in 2024 was: 'Van zwakke schakel naar soepel schakelen'. Ondanks richtlijnen over tijdige en juiste informatieoverdracht, technologische middelen ter ondersteuning van het proces en wetenschappelijke studies naar verbeterinterventies, blijft de overdracht van patiënten een zwakke schakel in de zorg. In de lezing werd opgeroepen om onze kijk op zorg te veranderen: patiënten zijn niet te gast bij ons in het zorgsysteem, maar wij als zorgverleners zijn te gast in het leven van de patiënt. Als we dat goed voor ogen houden, kan dit helpen om de overdracht meer naar soepel schakelen te krijgen.

## UMCNL horizontaal leren

Umc's zijn grote organisaties met veel kennis en kunde. Het blijkt echter dat niet altijd optimaal gebruik wordt gemaakt van de aanwezige ervaringen en best practices om van elkaar te leren. Terwijl de kwaliteit van zorg wordt vergroot als medewerkers van en met elkaar leren en zich ontwikkelen.

Van en met elkaar leren doen wij ook binnen de UMCNL-werkgroep Calamiteiten. Het delen van goede voorbeelden (best practices), het samen bespreken van een gezamenlijk probleem of het meelopen met elkaars praktijk zijn manieren waarop van elkaar geleerd kan worden. Door het stimuleren van horizontaal leren binnen de umc's willen we beter gebruik maken van de aanwezige kennis en kunde in de verschillende organisaties.

Horizontaal leren onderscheidt zich van verticaal leren, waarbij meestal een expert komt vertellen hoe je iets 'moet' doen. Bij horizontaal leren leer je van collega's. Hierbij zijn psychologische veiligheid en gelijkwaardigheid belangrijke randvoorwaarden om succesvol van elkaar te kunnen leren.

## Regie- en hoofdbehandelaarschap

Naar aanleiding van de nieuw uitgebrachte KNMG-handreiking 'Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg' vond een bijeenkomst plaats waarin ervaringen met het inrichten van het regie- en hoofdbehandelaarschap uitgewisseld zijn. De inrichting van het regie- en hoofdbehandelaarschap blijft in alle UMCNL-huizen een lastig item. Met name bij multimorbiditeit en wanneer er sprake is van meerdere (hoofd)behandelaren is informatieoverdracht en regie op de behandeling essentieel. Bij verschillende calamiteiten is dit als basisoorzaak geïdentificeerd.

Het Centraal Tuchtcollege wil dat ziekenhuizen het hoofdbehandelaarschap vervangen door regiebehandelaarschap, zonder dat precies duidelijk is wat met die term wordt bedoeld. Het belang van goede regie is evident. Via horizontaal leren en/of het uitwisselen van goede voorbeelden, beoogt UMCNL de invulling van het regiebehandelaarschap in alle umc's uniform vorm te gaan geven.







## 4. Casussen en verbeterpunten per umc

### Radboudumc

Naar aanleiding van feedback van patiënten heeft het Radboudumc in 2024 de rol van patiëntencontactpersoon geïmplementeerd bij zorgcalamiteiten. Klachtenbemiddelaars vervullen deze onafhankelijke rol en begeleiden patiënten/naasten actief tijdens een calamiteitenanalyse. Zij informeren hen over de voortgang van de analyse en helpen bij de voorbereiding van gesprekken met calamiteitenanalisten of de betrokken afdeling. Omdat het proces vaak langdurig is, is het van belang dat patiënten en naasten proactief op de hoogte worden gehouden en laagdrempelig terechtkunnen bij de patiëntencontactpersoon met vragen. De eerste ervaringen met deze aanpak zijn zeer positief en dragen bij aan een transparanter en patiëntgerichte benadering.

### Erasmus MC

Naar aanleiding van meerdere medicatie gerelateerde calamiteiten, waaronder een zeer ernstige medicatiefout waarbij de dubbelcontrole bij toedienen niet werd uitgevoerd, werd een ziekenhuisbrede stuurgroep Medicatieveiligheid ingericht. Deze stuurgroep gaat breed naar dit thema kijken.

### LUMC

In het LUMC zijn in de afgelopen twee jaar meerdere meldingen gedaan van achtergebleven operatiemateriaal, met name buikgazen. Naar aanleiding hiervan is een breed, proactief veiligheidsonderzoek uitgevoerd. Dit onderzoek omvatte onder meer ruim 50 observaties op de operatiekamer, verspreid over verschillende specialismen. De analyse van deze observaties heeft waardevolle inzichten opgeleverd in de dagelijkse praktijk van het tellen van operatiemateriaal. Op basis hiervan zijn verbeterpunten vastgesteld om de patiëntveiligheid verder te vergroten. Als gevolg van het onderzoek worden momenteel aanpassingen doorgevoerd in het telproces van operatiemateriaal.

### Maastricht UMC+

Uit het calamiteitenonderzoek bleek regelmatig dat het patiëntendossier niet altijd voldoende ondersteunend was voor het uitvoeren van de werkprocessen en informatieoverdracht. Per 29 november 2024 is het Maastricht UMC+ overgeschakeld op een nieuw patiëntendossier, namelijk Epic. Door de overstap naar Epic wordt er slimmer en veiliger omgegaan met patiëntgegevens en worden de werkprocessen verbeterd. Hiermee is het Maastricht UMC+ beter voorbereid voor de zorg van de toekomst, waarbij het fundament gecreëerd wordt voor datagedreven innovatie en een verminderde administratielast.



## Zo verbeteren wij onze zorg.

### Amsterdam UMC

Naar aanleiding van een calamiteit heeft het hoofdbehandelaarschap bij samenwerkingsverbanden opnieuw veel aandacht gekregen. Het is voor bestaande en toekomstige samenwerkingsverbanden belangrijk om vragen over het hoofdbehandelaarschap bij de onderlinge afspraken te betrekken. Antwoorden op vragen als “Wie is hoofdbehandelaar tijdens opname en welke rollen en taken zijn daarmee gepaard?” moeten helder zijn. Door het stellen van deze vragen zijn behandelaars goed op de hoogte van de bevindingen van collega's en verloopt de overdracht van patiënten soepel en duidelijk. Met het oog op toenemende samenwerking tussen ziekenhuizen zullen toekomstige samenwerkingsovereenkomsten getoetst worden door middel van een uitgebreide prospectieve risico-inventarisatie (PRI), waarin uitdrukkelijk ook het hoofdbehandelaarschap wordt meegenomen.

### UMCG

Naar aanleiding van een aantal meldingen in het UMCG kwam naar voren dat krapte in de zorg een terugkerend thema is. Er wordt daarom op verschillende afdelingen steeds meer ingezet op enerzijds het verbreden van de kennis van verpleegkundigen, zodat ze op meerdere afdelingen inzetbaar zijn, als anderzijds het opleiden van verpleegkundig specialisten. Voorbeelden hiervan zijn het inzetten van verpleegkundigen in plaats van anesthesiemedewerkers bij het bewaken van patiënten bij IAT-behandelingen. En bij de afdeling Chirurgie worden verpleegkundig specialisten opgeleid die taken van de zaalarts (vaak een ANIOS) kan overnemen en ‘vast’ op een verpleegafdeling werkt.

### UMC Utrecht

Enkele meldingen waren terug te voeren op het kleine aantal medewerkers dat opgeleid was en voldoende kennis en ervaring had om specifieke kritieke taken uit te voeren. De incidenten gebeurden op momenten dat de werkdruk extra hoog werd, bijvoorbeeld door ziekte van één zo'n medewerker. De verbetermaatregelen richten zich op het (extra) opleiden van collega's binnen het team om deze taken te kunnen uitvoeren. Het aantal medewerkers binnen de teams die gekwalificeerd zijn om deze taken uit te voeren is nu groter. Het uitvoeren van kritieke taken kan nu beter worden gespreid, waardoor het risico op incidenten is verkleind.





## 6. Cijfers per umc

### Aantal IGJ-meldingen in 2024

|                                       | Aantal meldingen | Totaal aantal poliklinische bezoeken | Totaal aantal ziekenhuisopnames |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
|  Amsterdam UMC                        | 18               | 560.088                              | 36.299                          |
|  Erasmus MC                          | 22               | 724.714                              | 31.515                          |
|  Leids Universitair Medisch Centrum | 9                | 461.169                              | 23.079                          |
|  Maastricht UMC+                    | 10               | 393.283                              | 23.580                          |
|  Radboudumc                         | 13               | 490.755                              | 22.324                          |
|  UMCG                               | 17               | 464.583                              | 27.432                          |
|  UMC Utrecht                        | 21               | 687.000                              | 29.175                          |





Oudlaan 4  
3515 GA Utrecht

E-mail: [umcnl@umcnl.nl](mailto:umcnl@umcnl.nl)  
Bel: 030 273 98 80

UMCNL is de koepel van de zeven umc's van Nederland

