

## **Uniform NFU-format voor een geaggregeerde rapportage “transparantie rondom calamiteiten”, bijdrage Amsterdam UMC.**

### **Inleiding**

Amsterdam UMC stelt hoge eisen aan haar patiëntenzorg en het verbeteren van patiëntveiligheid is een essentieel onderdeel van de cultuur. Er wordt continue gewerkt aan het leveren van de beste zorg, we willen continue de zorg verbeteren. Amsterdam UMC is open over calamiteiten<sup>1</sup>. Veiligheid en vertrouwen voor alle betrokkenen bij een calamiteit is hierin van groot belang. Alleen zo kunnen we blijven leren en verbeteren ten behoeve van de veiligheid van de patiënt.

### **1. Procedure, methode en aantallen**

Incidenten in Amsterdam UMC worden gemeld door betrokkenen. Wanneer in geval van een ongewenste gebeurtenis of uitkomst het vermoeden bestaat dat sprake is van een calamiteit, wordt hiervan direct melding gedaan aan de medische directie. Deze belegt een bespreking met de betrokken medewerkers en hoofden van de betrokken afdelingen om te beoordelen of er sprake is van een (mogelijke) calamiteit. In dat geval doet de medische directie melding bij Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ).

Als er melding bij IGJ wordt gedaan, wordt conform de procedure een onderzoeksteam gevormd met de opdracht 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 Tripod  $\beta$  of Prisma methodiek<sup>2</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 calamiteiten te voorkomen. Het onderzoeksteam doet daarvoor aanbevelingen. Na bespreking van de onderzoeksrapportage door de medisch directeur met de hoofden van de betrokken afdelingen worden de aanbevelingen omgezet in concrete verbetermaatregelen. Daarbij worden de personen die verantwoordelijk zijn voor de implementatie hiervan aangewezen. Deze rapportage wordt vervolgens toegezonden aan IGJ en gedeeld met de patiënt en/of diens naaste(n), de (medisch) afdelingshoofd(en) en verpleegkundig directeur(en).

Er is een Amsterdam UMC brede calamiteitencommissie ingesteld, die toezicht houdt op het proces van melding, beoordeling, onderzoek en implementatie van verbetermaatregelen. Een open en veilige discussie over incidenten en calamiteiten in de patiëntenzorg is essentieel om veilige en goede zorg te blijven bieden.

---

<sup>1</sup> Calamiteiten volgens de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg: 'Een calamiteit, is een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van of een ernstig schadelijk gevolg voor een cliënt heeft geleid.'

<sup>2</sup> Tripod  $\beta$  en Prisma zijn methodes 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 organisatie niveau, waardoor het incident kon gebeuren.

In 2021 werden in Amsterdam UMC door verschillende professionals 81 ongewenste gebeurtenissen gemeld bij de medische directie. Alle casus werden multidisciplinair besproken. Er werden 29 casus gemeld bij IGJ als (mogelijke) calamiteit, de overige 52 casus werden volgens NFU algoritme niet als (mogelijke) calamiteit geïdentificeerd. Daarnaast werden 4 meldingen gedaan door derden (bijvoorbeeld patiënt, familie, fabrikant, ketenpartner of IGJ) waar Amsterdam UMC bij betrokken was. Het onderzoeksteam onderzocht deze incidenten vervolgens.

Het afgelopen jaar is het gehele proces ten aanzien van het melden, onderzoeken en opvolgen van calamiteiten geharmoniseerd. Er bestaat een gezamenlijke Amsterdam UMC calamiteitencommissie en calamiteiten onderzoeksteam. Van alle gemelde incidenten in Amsterdam UMC wordt de voortgang wekelijks in de gezamenlijke calamiteitencommissie besproken. Vier keer per jaar wordt een intervisie bijeenkomst georganiseerd voor de leden van het calamiteiten onderzoeksteam. Hierin worden werkwijze en casuïstiek gedeeld. In 2021 is gestart met het inrichten van een calamiteitenmodule in het digitale systeem ITask: Het gehele proces van melden en afhandelen van calamiteiten en monitoren van verbetermaatregelen wordt hierin geïntegreerd. Dit proces in ITask zal medio 2022 het proces in het Incident Melding Systeem vervangen.

## **2. Betrokkenheid patiënt en/of diens naaste(n) bij (mogelijke) calamiteiten**

Amsterdam UMC is transparant naar patiënt en/of diens naaste(n) over het calamiteitenonderzoek. Patiënt en/of diens naaste(n) worden geïnformeerd over de melding bij IGJ door de hoofdbehandelaar. Een gesprek met patiënt en/of diens naaste(n) vindt plaats, indien gewenst, in het kader van het onderzoek en indien gewenst bij patiënt thuis. Verder krijgen patiënt en/of diens naaste(n) de onderzoeksrapportage en het eindoordeel van IGJ toegestuurd. Tenslotte wordt aangeboden in gesprek te gaan met de medische directie en het betrokken afdelingshoofd over de bevindingen van het onderzoek.

Na een ongewenste gebeurtenis bestaat de mogelijkheid voor patiënt en/of diens naaste(n) een beroep te doen op familiebegeleiding. De familiebegeleider fungeert als vast aanspreekpunt tijdens het gehele traject van het onderzoek. Familiebegeleiding wordt structureel aangeboden aan alle patiënten en/of diens naaste(n) die met een (mogelijke) calamiteit geconfronteerd worden. In 2021 is in Amsterdam UMC aan 23 patiënten en/of naaste(n) ondersteuning verleend naar aanleiding van een (mogelijke) calamiteit.

## **3. Belangrijkste oorzaken van (mogelijke) calamiteiten**

In 2021 werden bij alle calamiteitsonderzoeken in totaal 67 achterliggende oorzaken gevonden, welke werden geïdentificeerd volgens de basis risico factoren die in de Tripod bèta analyse en de Prisma methode worden gebruikt.

De (mogelijke) calamiteiten waren zeer divers zowel ten aanzien van de afdelingen waar zij plaats vonden als ten aanzien van de oorzaken. In haar analyses identificeerde de calamiteitencommissie de menselijke fout in de toepassing van (bekende) kennis en werkwijzen als meest voorkomende basisoorzaak. Er was sprake van niet beschikbare, onduidelijke of incorrecte of anderszins ineffectieve werkinstructies, procedures en/of beleid. De commissie vindt dit passend bij de kennisintensieve werkzaamheden die de professionals in Amsterdam UMC verrichten.

Op basis van de basisrisicofactoren werden verbetermaatregelen vastgesteld.

#### **4. Verbetermaatregelen**

In haar rapportages formuleerde het onderzoeksteam in samenspraak met de desbetreffende afdelingen verbetermaatregelen. De afdelingen zelf zijn verantwoordelijk voor de uitvoering en implementatie van deze verbetermaatregelen. De calamiteitencommissie monitort dit ter borging. In 2021 zijn er in Amsterdam UMC van de 78 geformuleerde verbetermaatregelen 64 geïmplementeerd. Bij terugkerende thema's binnen calamiteiten werden verbetermaatregelen ziekenhuisbreed aangepakt en gedeeld. In 2021 zijn in totaal 4 discipline overstijgende verbetermaatregelen geformuleerd.

In 2021 is besproken hoe de implementatie en borging van verbetermaatregelen naar aanleiding van een calamiteit praktisch nog beter vorm gegeven kan worden :

- De afdeling toetst zelf of de verbetermaatregel voortvloeiend uit een calamiteit op de betreffende afdeling is geïmplementeerd, wordt nageleefd en leidt tot betere resultaten. Verbetermaatregelen voortvloeiend uit een calamiteit, die ook op andere afdelingen in het ziekenhuis van toepassing zijn, worden op meerdere afdelingen geïmplementeerd. De implementatie wordt ondersteund door (de)centrale stafadviseurs.
- Per kwartaal wordt gekeken naar trends binnen calamiteiten en tussen calamiteiten en andere gremia. Aan de hand van deze analyses worden thema's geselecteerd. Met behulp van een focustracer op het betreffende thema kan op de verschillende afdelingen worden getoetst of de verbetermaatregel is geborgd in de organisatie en leidt tot het gewenste effect.
- In het geval de implementatie, borging of effect van de verbetermaatregelen aanleiding geeft tot nader onderzoek op een afdeling of binnen de organisatie wordt een interne audit ingezet. Het doel van deze interne audit is dieper in te gaan op de reden van de achterblijvende resultaten om vervolgens aanvullende verbetermaatregelen met de betreffende afdeling(en) te bepalen.
- De acties die uit de focustracer of interne audit komen, worden uitgevoerd door de lijn met ondersteuning van (de)centrale stafadviseurs.

#### **5. Peer Support**

Na een ongewenste gebeurtenis wordt altijd peer support aangeboden aan betrokken zorgverleners. In 2021 is in Amsterdam UMC aan 45 medewerkers peer support verleend. Een aantal afdelingen heeft een eigen peer support team; Neonatologie, Psychiatrie, Anesthesiologie, Kinderafdelingen, SEH, (kinder)ICU, Verloskunde, Neurocentrum, Interne Geneeskunde, Oncologie, Hartcentrum en de Beveiliging. Deze gegevens worden niet centraal geregistreerd.