

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 calamiteiten¹. Veiligheid en vertrouwen voor alle betrokkenen bij een calamiteit zijn hierbij 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 het duidelijk is dat er sprake is van een (mogelijke) calamiteit, wordt door de medische directie zo spoedig mogelijk melding gedaan bij Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Wanneer er onduidelijkheid bestaat of er sprake is van een (mogelijke) calamiteit wordt het incident besproken met afdelingshoofd(en), hoofdbehandelaar en betrokkenen in een gepland overleg en wordt besloten, eventueel na doen van vooronderzoek, om wel of niet te melden. Wanneer direct duidelijk is dat het een complicatie betreft, wordt besloten niet te melden bij IGJ. Altijd wordt geadviseerd een multidisciplinaire incident-/complicatiebespreking over het incident te houden.

Als er melding bij IGJ wordt gedaan, wordt conform onze 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 Prisma methodiek², 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. Het onderzoeksteam doet daarvoor aanbevelingen. Na bespreking van het onderzoeksrapport en de bestuurlijke reactie naar IGJ door de medisch directeur met de hoofden van de betrokken afdelingen worden de aanbevelingen omgezet in concrete verbetermaatregelen. Daarbij worden ook de personen aangewezen die verantwoordelijk zijn voor de implementatie hiervan. De bestuurlijke reactie naar IGJ met de verbetermaatregelen worden vervolgens toegezonden aan IGJ en gedeeld met de patiënt en/of diens naaste(n), de betrokken (medisch) afdelingshoofd(en) en verpleegkundig directeur(en).

¹ 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.'

²Prisma 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 organisatie niveau, waardoor het incident kon gebeuren.

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.

In 2022 werden in Amsterdam UMC door verschillende professionals 92 ongewenste gebeurtenissen gemeld bij de medische directie. Alle casus werden multidisciplinair besproken. Er werden 24 casus gemeld bij IGJ als (mogelijke) calamiteit, de overige 68 casus werden volgens NFU algoritme niet als (mogelijke) calamiteit geclassificeerd. Daarnaast werden 6 meldingen bij IGJ gedaan door derden (bijvoorbeeld patiënt, familie, fabrikant, ketenpartner of IGJ) waar Amsterdam UMC bij betrokken was. Het onderzoeksteam onderzocht deze incidenten vervolgens.

In Amsterdam UMC bestaat een calamiteitencommissie en een calamiteiten onderzoeksteam. Van alle gemelde incidenten in Amsterdam UMC wordt de voortgang wekelijks in de calamiteitencommissie besproken. Twee keer per jaar wordt een intervisie bijeenkomst georganiseerd voor de leden van het calamiteiten onderzoeksteam. Hierin worden werkwijze en casuïstiek gedeeld. In 2022 is een calamiteitenmodule ingericht in het digitale systeem ITask. Het gehele proces van melden en afhandelen van calamiteiten en het monitoren van verbetermaatregelen wordt hierin geregistreerd. De implementatie en het effect van verbetermaatregelen worden gemonitord m.b.v. (focus)tracers. In 2023 wordt gestart met het inrichten van de verbetervolgmodule in ITask.

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

Amsterdam UMC is transparant naar patiënt en/of diens naaste(n) over het calamiteiten-onderzoek. 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, tenzij niet gewenst, in het kader van het onderzoek en indien gewenst bij patiënt thuis. Verder krijgen patiënt en/of diens naaste(n) de bestuurlijke reactie naar IGJ en het eindoordeel van IGJ toegestuurd. Tenslotte wordt aangeboden in gesprek te gaan met de hoofdbehandelaar eventueel tezamen met de medisch directeur en/of het 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 2022 is in Amsterdam UMC aan 22 patiënten en/of naaste(n) ondersteuning verleend naar aanleiding van een (mogelijke) calamiteit.

3. Belangrijkste oorzaken van (mogelijke) calamiteiten

Alle (mogelijke) calamiteiten worden na afronding van het onderzoek ingedeeld in een categorie, die is vastgesteld door de NFU. Deze wordt eveneens gebruikt bij de indeling van incident meldingen. In 2022 kwamen de categorieën “Behandeling & Verzorging” en “Diagnostisch Onderzoek” het meest voor.

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, 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.

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. Bij terugkerende thema's binnen calamiteiten werden verbetermaatregelen ziekenhuisbreed aangepakt en gedeeld. In 2022 zijn in totaal 5 discipline overstijgende verbetermaatregelen geformuleerd.

In 2022 is de implementatie en borging van verbetermaatregelen naar aanleiding van een calamiteit praktisch nog beter vormgegeven:

- 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 wordt op de verschillende afdelingen 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 2022 is in Amsterdam UMC aan 65 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.

6. Raad van Bestuur

Alle meldingen, onderzoeksrapportages en bestuurlijke reacties naar IGJ zijn met de Raad van Bestuur van Amsterdam UMC besproken. De Raad van Bestuur onderschrijft de conclusies en verbetermaatregelen.