

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

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

In 2017 legden verschillende professionals in VUmc de medisch directeur 52 maal een eventueel meldenswaardig incident voor volgens de procedure 'calamiteiten patiëntenzorg: 10 stappenplan'. Na bestudering van het incident en veelal een multidisciplinair overleg besloot de directeur medische zaken 15 maal over te gaan tot een calamiteitenmelding bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). De calamiteitencommissie onderzocht deze incidenten vervolgens. De commissie concludeerde dat in 10 van de 15 gemelde casus sprake was van een calamiteit volgens de wet kwaliteit klachten en geschillen zorg (WKKGZ), de 5 andere casussen waren dat niet. De inspectie deelde deze conclusies zonder uitzondering.

VUmc diende na melding binnen 8 weken een rapportage volgens een vast format aan IGJ aan te leveren. Een van de doelen van de commissie in 2017 was deze termijn altijd te halen. Dit lukte bij 5 van de 15 rapportages, VUmc vroeg dus bij tweederde van de rapportages uitstel.

In haar rapportages formuleerde de calamiteitencommissie 81 verbetermaatregelen. 74 van deze verbetermaatregelen waren op 31 december 2017 reeds gerealiseerd.

De IGJ beoordeelde de 10 rapportages, waarbij de calamiteitencommissie concludeerde dat er sprake was van een calamiteit, op een 7-tal criteria. Van deze 7 maal 10, dus totaal 70 rapportcijfers, waren er 65 goed en 5 voldoende.

Ten aanzien van bovenstaande procesindicatoren concludeert de calamiteitencommissie dat de meldingsbereidheid bij VUmc professionals voldoende is, dat het behalen van de termijnen niet eenvoudig is en dat de rapportages gemiddeld als goed beoordeeld zijn door de inspectie. De mate van implementatie van verbetermaatregelen is toegenomen, mogelijk mede doordat het de calamiteitencommissie steeds beter lukt om deze maatregelen 'SMART' te formuleren. Een andere factor die hiertoe bijdraagt, is dat verbetermaatregelen afgestemd zijn met de verantwoordelijke afdelingshoofden.

De calamiteiten waren zeer divers ten aanzien van afdelingen waar zij plaats vonden en de oorzaken. In haar analyses identificeerde de calamiteitencommissie de menselijke fout in de toepassing van (bekende) kennis als meest voorkomende basisoorzaak. De commissie vindt dit passend bij de kennisintensieve werkzaamheden die de professionals in VUmc verrichten.

### **2. Betrokkenheid patiënt/familie/nabestaanden bij calamiteiten**

VUmc is transparant naar de patient of diens nabestaanden over het calamiteitenonderzoek. Patiënt en/of nabestaande(n) krijgen een brief over de melding bij de inspectie. Verder krijgen zij het eindoordeel van de inspectie en op verzoek ook de onderzoeksrapportage toegestuurd. Tenslotte wordt hen aangeboden in gesprek te gaan met de medisch directeur over de bevindingen van de calamiteitenonderzoekers.

Behalve dat VUmc de patient of diens nabestaande informeert, vraagt VUmc dezen, met enige omzichtigheid, om te participeren aan het onderzoek. Praktisch betekent dat dat de calamiteitenonderzoekers de patient of nabestaanden spreken en wanneer dat nodig is, daartoe op huisbezoek gaan.

### 3. Belangrijkste oorzaken van calamiteiten

Voor de analyse van de calamiteiten maken de onderzoekers gebruik van de zogenaamde Prisma methodiek. Door gebruik te maken van deze methodiek konden de onderzoekers menselijke, organisatorische, technische en patient-gebonden basisoorzaken onderscheiden.

De gevonden basisoorzaken zijn als volgt:

#### Organisatie

|                              |   |
|------------------------------|---|
| Kennis (OK)                  | 4 |
| Protocollen (OP)             | 9 |
| Cultuur (OC)                 | 8 |
| Management prioriteiten (OM) | 4 |

#### Menselijk

|                   |    |
|-------------------|----|
| Coördinatie (HRC) | 3  |
| Verificatie (HRV) | 5  |
| Kennis(HKK)       | 10 |
| Interventie (HRI) | 3  |
| Management        | 6  |

#### Patiënt

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| Patiënt, ziekte gerelateerd (PRF) | 4 |
|-----------------------------------|---|

#### Technisch

|                  |   |
|------------------|---|
| Ontwerp (TD)     | 3 |
| Constructie (TC) | 2 |
| Management (TM)  | 1 |
| Anders (T-X)     | 1 |

Uit bovenstaande blijkt dat de toepassing van bekende kennis, of kennis die er achteraf wel was, de grootst geïdentificeerde basisoorzaak is. (HKK) De calamiteitencommissie vindt het uitermate moeilijk om verbetermaatregelen te formuleren die deze basisoorzaak zou kunnen wegnemen. Deze basisoorzaak is inherent aan de kennisintensieve bedrijfsvoering van VUmc. Wel signaleert de calamiteitencommissie onverminderd een toegenomen ervaren werkdruk. Deze toename kan de kans op menselijke fouten doen toenemen.

### 4. Verbetermaatregelen

Naar aanleiding van calamiteiten worden verbetermaatregelen geformuleerd, meestal op afdelingsniveau.

De onderzoekers bemerken onverminderd groot verdriet en schaamte over een calamiteit bij betrokken medewerkers. De calamiteitencommissie is verheugd dat het 'peer support' programma is gestart.

Het elektronisch patientendossier biedt de mogelijkheid om tijdig beter geïnformeerd te zijn over de gezondheid van patient. De informatiestroom kan echter zo groot zijn, dat deze als

onoverzichtelijk ervaren wordt waardoor de kans op het niet opvolgen van afwijkende uitslagen aanwezig is. In de voortdurende verbetering van het EPD zal dit risico meegenomen worden.