

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

### **Inleiding**

Amsterdam UMC stelt hoge eisen aan zijn patiëntenzorg en het verbeteren van patiëntveiligheid is een essentieel onderdeel van de cultuur. Er wordt continu 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, locatie VUmc worden gemeld door betrokkenen. Wanneer ingeval van een ongewenste gebeurtenis of uitkomst het vermoeden bestaat dat sprake is van een calamiteit, wordt hiervan 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 de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ).

Als er melding bij de 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 of zijn nabestaanden, tenzij de patiënt of nabestaanden dit nadrukkelijk niet willen. Op basis van de reconstructie wordt een incidentanalyse verricht met behulp van de zogeheten Prisma methodiek, waarna conclusies worden geformuleerd. Het onderzoek beoogt met name antwoord te geven aan de patiënt (nabestaanden, familie) 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 de IGJ en gedeeld met de patiënt of nabestaanden, de (medisch) afdelingshoofd(en) en verpleegkundig directeur(en).

Op locatie VUmc heeft de Raad van Bestuur een 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 2019 legden verschillende professionals op locatie VUmc de medische directie 49 maal een eventueel meldenswaardig incident voor volgens de procedure 'calamiteiten patiëntenzorg: 10 stappenplan'.

---

<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.'

Na bestudering van het incident en veelal een multidisciplinair overleg besloot de medische directie 9 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 7 van de 9 gemelde casus sprake was van een calamiteit volgens de wet kwaliteit klachten en geschillen zorg (WKKGZ), de 2 andere casussen waren dat niet. De inspectie deelde deze conclusies zonder uitzondering.

De IGJ droeg VUmc 7 maal op een onderzoek te doen na aanleiding van een melding van buitenaf (bijvoorbeeld patiënt, familie, fabrikant of ketenpartner). VUmc participeerde hierbij 2 maal in calamiteitenonderzoeken van andere ziekenhuizen.

Van de 7 verzoeken blijkt na onderzoek dat bij 2 van de 7 gemelde casussen 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.

De calamiteiten waren zeer divers zowel ten aanzien van 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 als meest voorkomende basisoorzaak. De commissie vindt dit passend bij de kennisintensieve werkzaamheden die de professionals in VUmc verrichten.

Voor voldoende breed, diepgaand en betrouwbaar onderzoek in geval van een (mogelijke) calamiteit en om in te kunnen spelen op de informatie die bij het onderzoek is verzameld en die aanleiding is om de scope van het onderzoek aan te passen, is soms meer tijd nodig. Indien het onderzoeksteam dit gerechtvaardigd vindt wordt, via de medische directie, uitstel gevraagd bij de IGJ. De doorlooptijd (8 weken) voor het afronden van een calamiteitenonderzoek werd in 8 van de 16 onderzoeken overschreden. Uitstel werd aangevraagd bij de IGJ en gehonoreerd.

Op dit moment wordt het gehele proces ten aanzien van het melden, onderzoeken en opvolgen van calamiteiten geharmoniseerd met locatie AMC. Er zal een gezamenlijke Amsterdam UMC calamiteitencommissie en calamiteiten onderzoeksteam worden geformeerd. Van alle gemelde incidenten in Amsterdam UMC wordt de voortgang wekelijks in de gezamenlijke calamiteitencommissie besproken. Elke 6 weken wordt er een intervisie bijeenkomst georganiseerd voor de leden van het calamiteiten onderzoeksteam van beide locaties. Hierin worden werkwijze en casuïstiek gedeeld.

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

VUmc is transparant naar de patiënt of diens nabestaanden over het calamiteitenonderzoek. Patiënt en/of nabestaande(n) krijgen een brief over de melding bij de IGJ. Verder krijgen zij het eindoordeel van de IGJ 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.

Na een ongewenste gebeurtenis bestaat de mogelijkheid voor patiënt, familie en nabestaanden om een beroep te doen op patiënt/familiebegeleider. De patiënt/familiebegeleider fungeert als vast aanspreekpunt tijdens het traject van het onderzoek. De patiënt/familiebegeleider wordt structureel aangeboden voor alle patiënten die met een (mogelijke) calamiteit geconfronteerd worden.

### 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 patiëntgebonden basisoorzaken onderscheiden.

De gevonden basisoorzaken zijn als volgt:

#### Organisatie

Kennis (OK)	5
Protocollen (OP)	5
Cultuur (OC)	3
Management prioriteiten (OM)	4

#### Menselijk

Verificatie (HRV)	7
Kennis(HKK)	8
Interventie (HRI)	2
Management	4

#### Technisch

Ontwerp (TD)	7
Extern (Tex)	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 Amsterdam UMC.

### 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 2019 formuleerde de calamiteitencommissie 36 verbetermaatregelen. 29 van deze verbetermaatregelen waren op 31 december 2019 reeds gerealiseerd.

### 5. Peer support

In 2019 is 44 keer peer support verleend. In de meeste gevallen ging dit om een (ernstig) patientincident, 5 x vanwege een klacht en 4 x vanwege een agressie incident.

Drie keer heeft peer support met bedrijfsmaatschappelijk werk een groepsbijeenkomst georganiseerd vanwege een calamiteit.

Er zijn 4 medewerkers na het peer support traject doorverwezen naar bedrijfsmaatschappelijk werk en 1 medewerker is doorverwezen naar de vertrouwenspersoon.