

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 calamiteiten¹. 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 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 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 Tripod β of Prisma methodiek², 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).

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.

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.'

² Tripod β 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 2020 legden verschillende professionals op locatie VUmc de medische directie 41 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 medische directie 17 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 11 van de 17 gemelde casus sprake was van een calamiteit volgens de wet kwaliteit klachten en geschillen zorg (WKKGZ), de 6 andere casus waren dat niet. De inspectie deelde deze conclusies zonder uitzondering.

Daarnaast werden 2 meldingen gedaan door derden (bijvoorbeeld patiënt, familie, fabrikant, ketenpartner of IGJ) waar locatie VUmc 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 met locatie AMC. Er bestaat reeds een gezamenlijke Amsterdam UMC calamiteitencommissie en calamiteiten onderzoeksteam. Van alle gemelde incidenten in Amsterdam UMC wordt de voortgang wekelijks in de gezamenlijke calamiteitencommissie besproken. Elke 8 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

Het Amsterdam UMC, locatie VUmc is transparant naar de patiënt of diens familie over het calamiteitenonderzoek. Patiënt of diens familie wordt mondeling geïnformeerd over de melding bij IGJ door de hoofdbehandelaar en ontvangt vervolgens een officiële brief van de medische directeur over de melding bij IGJ. Indien gewenst vindt in het kader van het onderzoek een gesprek met de patiënt of diens familie plaats, eventueel indien gewenst bij de patiënt thuis. Verder krijgt, indien gewenst, patiënt of diens familie het onderzoeksrapport 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, familie en nabestaanden om een beroep te doen op patiënt/familiebegeleider. De patiënt/familiebegeleider fungeert als vast aanspreekpunt tijdens het gehele 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)	6
Protocollen (OP)	5
Cultuur (OC)	2
Management prioriteiten (OM)	3

Menselijk

Verificatie (HRV)	3	
Kennis(HKK)	8	
Interventie (HRI)	2	
Management (HRM)		3
Technisch		
Ontwerp (TD)	5	

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 Amsterdam UMC, locatie VUmc 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. In 2020 formuleerde de calamiteitencommissie 41 verbetermaatregelen. 25 van deze verbetermaatregelen waren op 31 december 2020 gerealiseerd.

5. Peer support

Na een ongewenste gebeurtenis wordt altijd peer support aangeboden aan de betrokken zorgverleners. In 2020 is 20 keer Peer support aangevraagd; 10 keer vanwege een (ernstig) patiëntincident, 1 keer vanwege een calamiteit, 3 keer vanwege een agressie incident, 4 keer vanwege het zogeheten “stapeleffect” (meerdere incidenten achter elkaar) en 2 keer vanwege een klacht.