



Calamiteitenrapportage 2020

1. Calamiteitenrapportage Maastricht UMC+ 2020

Het Maastricht UMC+ (MUMC+) levert maximale inspanningen om kwalitatief uitstekende en veilige zorg te bieden. Hiervoor gebruiken we onder meer richtlijnen, protocollen, 'best practices', training en scholing van onze medewerkers en uitgebreide kwaliteits- en veiligheidssystemen.

Ondanks al deze inspanningen kan het voorkomen dat er helaas toch iets mis gaat in onze zorgverlening. Op zo'n moment is het niet alleen belangrijk dat eventuele schade voor de patiënt zoveel mogelijk beperkt of hersteld wordt. Het is ook van groot belang dat wij leren van het incident om herhaling in de toekomst te voorkomen. Door een onafhankelijk en grondig onderzoek naar de (combinaties van) oorzaken die tot het incident hebben geleid, kunnen wij vaststellen waar verbeteringen noodzakelijk zijn om de zorgverlening nog veiliger te maken.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) ziet er structureel op toe dat zorginstellingen het onderzoek naar dergelijke incidenten goed georganiseerd hebben. Van sommige incidenten ('calamiteiten') toetst de IGJ niet alleen of het onderzoek adequaat heeft plaatsgevonden, maar ook of de verbetermaatregelen afdoende zijn.

Voor meer informatie hoe de IGJ dit doet, zie: <https://www.mumc.nl/patienten-en-bezoekers/uw-welzijn/kwaliteit-van-de-zorg-patientveiligheid/calamiteitenrapportage>

Hieronder vindt u informatie over incidenten-onderzoeken, calamiteiten en verbetermaatregelen binnen het MUMC+ over het jaar 2020.

1a. De procedure voor het melden van incidenten en calamiteiten

Het MUMC+ heeft een digitaal systeem voor het melden en opvolgen van incidenten en bijna-incidenten, genaamd 'Iris'. Iris staat voor 'Incidentregistratie- en informatiesysteem'. Iedere medewerker wordt geacht (bijna)incidenten en (mogelijke) calamiteiten via Iris te melden. Indien meteen duidelijk is waardoor het is misgegaan en welke acties noodzakelijk zijn om herhaling te voorkomen, worden direct de noodzakelijke verbetermaatregelen uitgevoerd. Dit is de verantwoordelijkheid van het verpleegkundig en/of medisch hoofd van de betreffende afdeling of dienst. Indien niet meteen duidelijk is waardoor het is misgegaan, wordt het incident eerst besproken binnen een zogenaamde Iris-commissie. Een dergelijke commissie bestaat o.a. uit verpleegkundigen en artsen en wordt ondersteund door een kwaliteitsfunctionaris. Tijdens deze bespreking wordt gezamenlijk getracht de onderliggende oorzaak of oorzaken van het incident in kaart te brengen en te inventariseren welke verbeteringen noodzakelijk zijn. Hierbij kan een beroep worden gedaan op de centrale afdeling Kwaliteit en Veiligheid. Vanuit deze afdeling kan professionele ondersteuning worden geboden bij het analyseren en het opstellen van verbetervoorstellen.

Betreft het incident een 'calamiteit' (zie kader hiervoor voor definitie) óf een vermoeden van een calamiteit, dan worden direct de directeur Patiëntenzorg en de

Definitie 'Incident':

'Een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en heeft geleid, had kunnen leiden of zou kunnen leiden tot schade bij de cliënt.'

Definitie 'Calamiteit':

'Een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van een cliënt of een ernstig schadelijk gevolg voor een cliënt heeft geleid.'

Bron: Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)

Raad van Bestuur in kennis gesteld. De Raad van Bestuur meldt de (mogelijke) calamiteit zo snel mogelijk aan de IGJ en geeft opdracht om per direct een uitgebreid onderzoek te starten. Ook hier gaat het wederom om het achterhalen van eventuele tekortkomingen in het zorgsysteem en het op basis hiervan initiëren van verbeteracties.

Het onderzoek van calamiteiten vindt plaats door twee of drie leden uit het 'calamiteiten onderzoeksteam'. Dit team bestaat onder andere uit artsen, verpleegkundigen, afdelingshoofden en kwaliteitsfunctionarissen. Zij zijn opgeleid in het onderzoeken van (bijna)incidenten.

Tijdens dit onderzoek worden niet alleen alle direct en indirect betrokken medewerkers gehoord, maar eventueel ook onafhankelijke (medisch) experts en inhoudsdeskundigen geraadpleegd.

Vanzelfsprekend wordt ook aan de patiënt en/of diens familie gevraagd of zij willen meewerken aan het onderzoek door hun ervaringen met de onderzoekers te delen. Over de uitkomsten van het onderzoek worden patiënt en familie altijd persoonlijk geïnformeerd door de hoofdbehandelaar en de beleidsadviseur Patiëntveiligheid. Het onderzoeksrapport (met conclusies en aanbevelingen) wordt, samen met een voorlopig verbeterplan, voorgelegd aan de IGJ. Deze kan na bestudering aangeven of zij van oordeel is dat het incident voldoende zorgvuldig is onderzocht en de verbeteracties akkoord zijn. Maar de IGJ kan ook om aanvullend onderzoek vragen of zélf onderzoek verrichten. Uiteindelijk wordt het voorlopig verbeterplan door het ziekenhuis definitief vastgesteld, waarbij niet alleen wordt aangegeven welke personen verantwoordelijk zijn voor welke verbeteracties, maar ook wanneer iedere afzonderlijke verbeteractie gerealiseerd moet zijn. Tevens wordt na een afgesproken periode (bijv. 6 maanden) door een onafhankelijk team een zogenaamde Traceraudit gehouden. Dit houdt in dat 'op locatie' het gehele betreffende zorgproces kritisch wordt onderzocht en getoetst of de verbeteracties daadwerkelijk geleid hebben tot het gewenste resultaat.

1b. De methode van analyse van de calamiteiten

Binnen het MUMC+ wordt de 'Tripod-methodiek' toegepast voor het analyseren van calamiteiten. Een

belangrijk uitgangspunt bij deze methodiek is dat bepaalde factoren in de directe werkomgeving (zogenaamde 'pre-condities') de kans op een incident aanzienlijk kunnen vergroten. Deze 'pre-condities' kunnen hun oorsprong vinden in bijvoorbeeld: techniek/ICT, protocollen en richtlijnen, of communicatie. De onderliggende, structurele problemen die ten grondslag liggen aan deze 'pre-condities' worden weer 'latente factoren' genoemd.

Uit onderzoek is aangetoond dat door het verwijderen van deze latente factoren de directe werkomgeving veiliger wordt en hiermee de kans op een incident wordt verkleind. Maar de zorg verandert voortdurend. Om die reden is het dus noodzakelijk alert te blijven op dergelijke (nieuwe) 'latente factoren'.

De calamiteitenjaarcijfers

In 2020 zijn 1.990 incidenten gemeld in Iris, waarvan er 65 door de melder aangemerkt werden als 'calamiteit'. Wanneer een incident is aangemerkt als calamiteit wordt door de directeur Patiëntenzorg, in overleg met direct betrokkenen, beoordeeld of er daadwerkelijk sprake is van een calamiteit. Bij 39 meldingen die, door de melder van het incident, oorspronkelijk waren aangemerkt als calamiteit bleek achteraf géén sprake te zijn van een (mogelijke) calamiteit. Vanzelfsprekend zijn deze incidenten wél door de betreffende afdeling onderzocht en waar nodig werden op basis van de conclusies van het onderzoek verbeteracties geïnitieerd.

Bij 26 meldingen was de conclusie dat het wél een calamiteit of mogelijke calamiteit betrof (NB.: veelal is juist pas na uitgebreid onderzoek helder of het wel of geen calamiteit betreft). Van al deze incidenten werd een uitgebreid incidentonderzoek uitgevoerd door onderzoekers vanuit het calamiteiten onderzoeksteam, ondersteund door de afdeling Kwaliteit en Veiligheid.

Uiteindelijk werden 17 incidenten aangemerkt als 'calamiteit', conform de wettelijke definitie (zie kader pagina 1) en dus aan de IGJ gemeld. Bij vier incidenten heeft de IGJ, nadat het MUMC+ haar onderzoeksresultaten had aangeleverd, nog aanvullende vragen gesteld. Deze zijn vanzelfsprekend beantwoord. Uiteindelijk heeft de IGJ in alle gevallen geoordeeld dat de calamiteiten zorgvuldig zijn onderzocht en voldoende verbetermaatregelen zijn genomen.

2. Betrokkenheid patiënt/familie/ nabestaanden bij calamiteiten

In geval van een calamiteitenonderzoek wordt altijd overlegd met de patiënt en familie (of, in geval van overlijden, met diens nabestaanden) of zij willen meewerken aan het onderzoek. Is dit het geval, dan worden zij geïnterviewd door de onderzoekers. Een dergelijk gesprek heeft voor de onderzoekers dezelfde waarde als de gesprekken met de afzonderlijke zorgverleners. In 2020 heeft in 16 gevallen de patiënt en/of familie te kennen gegeven mee te willen werken aan het onderzoek.

De hoofdbehandelaar van de patiënt en de beleidsadviseur Patiëntveiligheid informeren de patiënt/familie altijd over de uitkomsten van het onderzoek (o.a.: wat is er misgegaan, wat wordt verbeterd?). Tevens wordt het oordeel van de IGG met hen besproken.

Om de patiënt, familie en/of nabestaanden tijdens het hele onderzoekstraject nog beter te kunnen ondersteunen is in 2020 een zogenaamde disclosure coach aangesteld. Deze persoon is voor hen het vaste aanspreekpunt voor het inventariseren en beantwoorden van vragen, structureel informeren over de voortgang van het onderzoek, het bemiddelen in geval van een klacht of claim, etc. Mocht de patiënt/familie naar aanleiding van het onderzoek in een later stadium nog vragen hebben, extra informatie willen of bijvoorbeeld een klacht willen indienen, dan kan de disclosure coach ook weer fungeren als aanspreekpunt.

3. Belangrijkste oorzaken van calamiteiten

Aan een incident ligt zelden één oorzaak ten grondslag. Vaak betreft het een combinatie van oorzaken, waarbij het cruciaal is de samenhang tussen deze verschillende oorzaken in kaart te brengen.

Uiterst belangrijk is om vervolgens breder te kijken: bestaat er een kans dat ook binnen andere zorgprocessen dergelijk combinaties zich voordoen die eventueel kunnen leiden tot (vergelijkbare) incidenten. Indien dat het geval is, wordt ook breder, zonodig ziekenhuisbreed, actie ondernomen. Dergelijk oorzaken zijn globaal in te delen in een aantal categorieën.

Voor 2020 zijn de belangrijkste:

- Dossiervoering/verslaglegging
- Overdracht (intra-/extramuraal)
- Communicatie tussen zorgverleners en/of met van familie en naasten
- Hoofdbehandelaarschap
- Scholing, kennis en vaardigheden
- ICT-systemen (*)
- Protocollen/beleid/werkwijzen
- Omgevingsfactoren (**)
- Apparatuur (***)

(*) Het betreft hier o.a. het elektronische patiëntendossier (EPD), het elektronisch voorschrijfsysteem (EVS) voor medicatie en de communicatie tussen de verschillende ICT-systemen.

(**) Denk aan de inrichting/vormgeving van de werkplek/afdeling, etc.

(***) Denk hierbij aan apparatuur die het werkproces onvoldoende ondersteunt/verwarrende lay-out of werking

4. Verbetermaatregelen

Het onderzoeksrapport en de resultaten van het onderzoek worden door de onderzoekers altijd teruggekoppeld naar het (medisch) management van de bij het incident betrokken afdelingen. Hierbij is ook standaard de stafadviseur Patiëntveiligheid aanwezig die verantwoordelijk is voor het monitoren van de opvolging van de implementatie van de verbeteracties. Tijdens deze terugkoppeling stemt hij met alle betrokkenen onder meer af wie welke verbeteracties gaat oppakken.

Verbeteracties naar aanleiding van calamiteiten onderzoeken in 2020 betroffen onder meer:

- Aanstelling disclosure coach.
- Aanpassingen in Laboratorium techniek en procedures.
- Verbetering afspraken m.b.t. verslaglegging in medisch dossier.
- Uitbreiding complicatie besprekingen van artsen met verpleegkundigen.
- Dubbelcheck medicatie: verhogen bewustwording, scholing en start ziekenhuisbreed project.
- Verbeteren landelijke uitwisseling met ziekenhuizen van beelden/verslagen CT onderzoek.
- Verbeteren Multidisciplinaire overleg rondom bepaalde doelgroep patiënten.
- Aanpassen protocol rondom delier IC-patiënten.
- Verbetering afspraken/communicatie rondom wijzigingen in assortiment medicatie op afdeling.
- Verbeteren beleid rondom toepassing perfusoren.
- Verbetering toepassing medicatieopdracht bij klaarmaken parenteralia.
- Verbeteren briefing voorafgaand aan endoscopische ingreep.

- Verbetering verpleegkundige verslaglegging.
- Verbetering regierol hoofdbehandelaar.
- Verbetering beleid rondom communicatie over kritieke uitslagen laboratoriumonderzoek.
- Verbetering beleid m.b.t. verslaglegging van motivatie voor afwijken van protocol.
- Verbetering beleid rondom opslag, registratie en uitgifte opiaten.
- Verbetering beleid rondom echogeleid inbrengen van centraal veneuze lijn.
- Onderzoek naar verbeteren medische farmaceutische beslisregels.
- Verbetering follow-up na ontslag.
- Verbetering informatiemateriaal voor patiënten m.b.t. eventuele complicaties bij specifieke ingreep.
- Verbetering overdrachtsprotocol tussen zorginstellingen over eventuele risico's en monitoring beleid.
- Verbeterpunten ter bespreking in landelijke werkgroep medische discipline.
- Verbetering afstemming overdacht hoofdbehandelaarschap.

Vanuit enkele calamiteiten onderzoeken zijn ook organisatiebrede thema's benoemd die vanuit patiëntveiligheidsoogpunt langere tijd extra aandacht krijgen. Dit betreft o.a.:

- Overdracht van zorg
- Antistolling/bloedingen
- Kwetsbare (oudere) patiënt
- Palliatieve zorg
- Reanimatiebeleid
- Multidisciplinair behandelen van hoog risico patiënten

5. Zorgvuldigheid

Voor voldoende breed, diepgaand en betrouwbaar onderzoek in geval van een calamiteit, waarbij onder meer rekening gehouden wordt met de belastbaarheid van de patiënt en/of diens naaste(n), is soms meer tijd nodig dan de termijn van acht weken die de IGJ hanteert. Indien de onderzoekers dit gerechtvaardigd vinden, wordt uitstel aangevraagd bij de IGJ.

De IGJ beoordeelt onderzoeksrapporten op zeven onderdelen (proces, reconstructie, analyse, conclusies, verbetermaatregelen, nazorg patiënt/familie/medewerkers en reactie Raad van Bestuur). Op basis van haar beoordeling kan de Inspectie tot de conclusie komen dat het incident voldoende zorgvuldig is onderzocht of dat er aanvullend onderzoek nodig is. Ook kan de IGJ besluiten zélf onderzoek uit te voeren in het betreffende ziekenhuis.

Steeds vaker wordt zorg geleverd in samenwerking met andere zorgorganisaties. Denk hierbij aan andere ziekenhuizen, revalidatie-instellingen of bijvoorbeeld de thuiszorg. Ook bij deze samenwerking kan er iets mis gaan in de zorgverlening.

Het is in zo'n geval niet alleen belangrijk om te leren van het incident binnen de eigen instelling, maar ook om samen met de andere zorginstelling het incident te onderzoeken en mogelijke verbeterpunten te identificeren in de samenwerking/overdrachtmomenten. In 2020 zijn twee onderzoeken uitgevoerd in samenwerking met een andere zorgorganisatie.

6. Overig

Binnen het MUMC+ zijn er vele commissies actief die zich bezig houden met een specifiek aspect van de zorg en patiëntveiligheid, zoals o.a. medicatieveiligheid, infectiepreventie, reanimatie en klachten.

Om een beter overzicht te krijgen van de verschillende conclusies en aanbevelingen van deze commissies is in 2020 gestart met het formeren van een 'Platform Patiëntveilige Zorg' (PPZ). Dit platform gaat deze conclusies bundelen tot een samenhangend overzicht op basis waarvan ziekenhuisbrede thema's (in volgorde van urgentie) worden gedefinieerd die vervolgens ieder afzonderlijk leiden tot één of meerdere projecten. Ondersteuning van deze projecten vindt plaats vanuit de eenheid Kwaliteit, Innovatie en Onderzoek.

Binnen de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), waarin alle academische ziekenhuizen vertegenwoordigd zijn, zijn verschillende themagroepen actief. De themagroep 'Leren van calamiteiten' is hier een voorbeeld van. Deze themagroep komt vier tot vijfmaal per jaar bij elkaar om ervaringen en ideeën rondom calamiteitenonderzoek te delen. Sinds 2017 organiseert deze themagroep ook jaarlijks een symposium voor NFU-leden waarbij onder meer 'best practices' rondom dit thema worden gepresenteerd.

Disclaimer:

Dit is de vijfde keer dat de umc's gelijktijdig rapporteren over de calamiteiten die zij aan de Inspectie melden. De processen voor het doen van de meldingen verschillen nu nog tussen de umc's onderling. Daardoor zijn de rapportages niet geheel vergelijkbaar. Het streven is deze meldprocessen uiteindelijk te uniformeren.



Maastricht UMC+
P. Debyelaan 25
6229 HX Maastricht
E. jos.hoofs@mumc.nl

www.mumc.nl

Vormgeving: Grafische Dienst Maastricht UMC+, Facilitair Bedrijf