



Calamiteitenrapportage 2021

1. Calamiteitenrapportage Maastricht UMC+ 2021

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 incidentenonderzoeken, calamiteiten en verbetermaatregelen binnen het MUMC+ over het jaar 2021.

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 (Iris). Iedere medewerker wordt geacht (bijna)incidenten en mogelijke calamiteiten via dit

systeem 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 decentrale incident 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, Innovatie en Onderzoek (KIO) die hierbij professionele ondersteuning kan bieden.

Betreft het incident een 'calamiteit' (zie kader hierboven voor definitie) calamiteit, dan worden direct de directeur Patiëntenzorg en de Raad van Bestuur in kennis gesteld. In geval van een mogelijke calamiteit adviseert de calamiteitencommissie Patiëntenzorg (bestaande uit artsen en verpleegkundigen) de directeur Patiëntenzorg hierin. 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.

Binnen het MUMC+ is een grote groep artsen, verpleegkundigen, afdelingshoofden en kwaliteitsfunctionarissen opgeleid voor het uitvoeren van dergelijke onderzoeken. Uit deze groep worden twee of drie personen aangesteld die, onder leiding van een stafadviseur patiëntveiligheid van

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)

KIO, onderzoek uitvoeren. Tijdens dit onderzoek worden niet alleen alle direct en indirect betrokken medewerkers gehoord, maar eventueel ook onafhankelijke (medisch) experts en inhoudsdeskundigen geraadpleegd. Ook aan de patiënt en/of diens familie wordt gevraagd of zij willen meewerken aan het onderzoek door hun ervaringen met de onderzoekers te delen.

Gedurende de periode dat het onderzoek loopt wordt patiënt/familie bijgestaan door een zogenaamde 'familiecoach'. Deze persoon inventariseert o.a. welke vragen er zijn bij patiënt/familie en welke eventuele behoeften (bijv.: emotionele ondersteuning). Daarnaast neemt deze regelmatig (bijv. 2-wekelijks) contact op om te informeren over de voortgang van het onderzoek. Ook nadat het onderzoek is afgerond blijft de familiecoach aanspreekpunt, mochten er op een later tijdstip bijvoorbeeld nieuwe vragen zijn.

Over de uitkomsten van het onderzoek worden patiënt en/of familie of nabestaanden altijd persoonlijk geïnformeerd door de hoofdbehandelaar én de onderzoeksleider, in aanwezigheid van de familiecoach. Het onderzoeksrapport (met conclusies en aanbevelingen) wordt, samen met een verbeterplan, voorgelegd aan de IGJ. In het verbeterplan wordt niet alleen aangegeven welke personen verantwoordelijk zijn voor welke verbeteracties, maar ook wanneer

iedere afzonderlijke verbeteractie gerealiseerd moet zijn. De IGJ kan na bestudering van deze documenten aangeven of zij van oordeel is dat het incident voldoende zorgvuldig is onderzocht en de verbeteracties akkoord zijn. 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. Ten slotte wordt na een afgesproken periode (bijv. 3-6 maanden) door een onafhankelijke auditor een zogenaamde Traceraudit uitgevoerd. 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.

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.

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 de kans op een incident aanzienlijk kunnen vergroten. Deze factoren kunnen hun oorsprong vinden in bijvoorbeeld: techniek/ICT, protocollen en richtlijnen, communicatie etc. De onderliggende, structurele problemen die hieraan ten grondslag liggen, worden 'latente factoren' genoemd.

Onderzoek heeft 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 2021 zijn 2019 incidenten gemeld in het intern meldsysteem 'Iris', waarvan 105 meldingen 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 conform de daarvoor geldende

definitie. Bij 92 meldingen die, door de melder van het incident, oorspronkelijk waren aangemerkt als calamiteit bleek 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 10 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) en zijn gemeld aan de IGJ. Van deze incidenten werd een uitgebreid incidentonderzoek uitgevoerd door onderzoekers vanuit het calamiteiten onderzoeksteam, ondersteund door de afdeling Kwaliteit en Veiligheid. Uiteindelijk werden negen incidenten aangemerkt als 'calamiteit', conform de wettelijke definitie (zie kader pagina 1). Bij één calamiteit heeft de IGJ, nadat het MUMC+ haar onderzoeksresultaten had aangeleverd, nog aanvullende vragen gesteld. Deze zijn beantwoord. Bij één onderzoek heeft de IGJ besloten aanvullend onderzoek uit te voeren. 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 het calamiteitenonderzoeksteam. Een dergelijk gesprek heeft voor de onderzoekers dezelfde waarde als de gesprekken met de afzonderlijke zorgverleners. In 2021 heeft in zeven gevallen de patiënt en/of familie te kennen gegeven mee te willen werken aan het onderzoek, in drie gevallen was van de patiënt en/of familie geen betrokkenheid.

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 IGJ met hen besproken.

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, zo nodig ziekenhuisbreed, actie ondernomen. Dergelijk oorzaken zijn globaal in te delen in een aantal categorieën.

Voor 2021 zijn de belangrijkste:

- Onvolkomenheden m.b.t. verslaglegging (volledigheid, éénduidigheid, tijdigheid, etc.)
- Tekortkomingen m.b.t. overdracht (intra-/extramuraal)
- Ruimte voor verbetering m.b.t. communicatie tussen zorgverleners en/of met van familie en naasten
- Onduidelijkheid m.b.t. hoofdbehandelaarschap
- Ruimte voor verbetering scholing, kennis en vaardigheden
- Tekortkomingen in ICT-systemen (*)
- Nadelige invloeden van omgevingsfactoren (**)
- Ruimte voor verbetering in, of aanpassing van, 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 het verbeterplan. Tijdens deze terugkoppeling wordt voor iedere verbetermaatregel een eigenaar benoemd én een termijn afgesproken waarbinnen deze gerealiseerd dient te zijn.

Verbeteracties in 2021 betroffen onder meer:

- Verslaglegging en opvolging n.a.v. afwijkende vitale parameters bij patiënten.
- Verbetering afspraken m.b.t. verslaglegging in verpleegkundig/medisch dossier.
- Standaardisatie m.b.t. uitwisseling patiëntinformatie bij dienstwissel en overdracht patiënt.
- Verbetering toepassing checklist en time-out bij operatieve ingreep.
- Scholing ten aanzien van (handelen bij) geneesmiddel allergie.
- Scholing ten aanzien van medische apparatuur.
- Verbetering medicatieverificatie.
- Documentatie in geval van (gerechtvaardigd) afwijken van het protocol.
- Verbetering communicatie met patiënt/familie m.b.t. doel/perspectief van een behandeling.
- Verbeteren beleid rondom toepassing perfusoren.
- Verbetering regierol hoofdbehandelaar.
- Verbetering afstemming overdacht hoofdbehandelaarschap.
- Onderzoek naar verbeteren medische farmaceutische beslisregels.
- Verbeteren Multidisciplinair overleg.

Vanuit enkele calamiteiten onderzoeken zijn ook organisatiebrede thema's benoemd die vanuit het oogpunt van patiëntveiligheid langere tijd extra aandacht verdienen. Dit betreft o.a.:

- Overdracht van zorg
- Antistolling/bloedingen
- Kwetsbare (oudere) patiënt
- Pijnbeleid
- Valincidenten
- 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.

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 2021 het 'Platform Patiëntveilige Zorg' (PPZ) opgericht. Dit platform bundelt de conclusies van de verschillende meldsystemen (incidenten, klachten, claims, etc.) tot een samenhangend overzicht op basis waarvan ziekenhuisbrede thema's (in volgorde van urgentie) worden gedefinieerd die vervolgens ieder afzonderlijk kunnen leiden tot één of meerdere grotere projecten. Deze projecten staan los van de verbetermaatregelen die worden genomen op basis van de afzonderlijke incident- en calamiteitenanalyses, maar kunnen er zeker een relatie mee hebben.

Disclaimer:

Dit is de zesde keer dat de umc's gelijktijdig rapporteren over de calamiteiten die zij aan de Inspectie melden. Dat doen we om van elkaar te leren en te voorkomen dat dezelfde incidenten, zich elders ook kunnen voordoen. 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