



# Calamiteitenrapportage 2017

# 1. Calamiteitenrapportage MUMC+ 2017

Het Maastricht UMC+ levert maximale inspanningen om kwalitatief goede en vooral veilige zorg te bieden. Hiervoor gebruiken we onder andere: richtlijnen, protocollen, 'best practices', training en scholing van medewerkers en uitgebreide kwaliteits- en veiligheidssystemen.

Ondanks al deze inspanningen kan het toch voorkomen dat er iets mis gaat in onze zorgverlening. Belangrijk is dat wij leren van incidenten en bijna-incidenten. Door een gedegen onderzoek naar de (combinaties van) oorzaken van een incident kunnen we achterhalen waar nog mogelijkheden zijn om de zorg te verbeteren. Zo kunnen we passende maatregelen nemen om onze zorg veiliger te maken. Deze aanpak focust op structurele, onderliggende knelpunten in zorgprocessen.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) ziet erop toe dat zorginstellingen hun onderzoek naar incidenten en calamiteiten goed georganiseerd hebben. Van sommige incidenten ('calamiteiten') toetst de IGJ niet alleen of het onderzoek adequaat heeft plaatsgevonden, maar ook of de verbetermaatregelen naar haar oordeel afdoende zijn. Voor meer informatie hoe de IGJ dit doet, zie: <https://www.igj.nl/zorgsectoren/ziekenhuizen-en-klinieken>

Hieronder vindt u informatie over incidenten-onderzoeken, calamiteiten en verbetermaatregelen binnen het MUMC+ over het jaar 2017.

## 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'.

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

Het MUMC+ heeft een digitaal meldsysteem voor het melden en opvolgen van incidenten en bijna-incidenten, genaamd 'Iris'. Iris staat voor 'Incidentregistratie- en informatiesysteem'. Indien meteen duidelijk is wat er is misgegaan en welke acties noodzakelijk zijn om herhaling te voorkomen, worden de verbetermaatregelen onmiddellijk uitgevoerd. Indien dit niet meteen duidelijk is, of misschien wel moeilijker is om op te lossen, wordt het incident eerst besproken binnen één van de 22 Iris-commissies in het MUMC+. Een Iris-commissie bestaat veelal uit verpleegkundigen en artsen. De melder kan de afhandeling van het incident voortdurend via Iris volgen. De melder vermeldt ook wanneer hij/zij van oordeel is dat het een 'calamiteit' betreft (zie definitie). In dat geval wordt direct en automatisch via mail de afdeling Kwaliteit & Veiligheid en de directeur Patiëntenzorg geïnformeerd. Mocht blijken dat het inderdaad een calamiteit betreft dan wordt zo snel mogelijk melding gedaan aan de IGJ én een uitgebreid intern onderzoek gestart.

Dit onderzoek is erop gericht te achterhalen wát er is fout gegaan en niet wíé iets fout heeft gedaan. Met andere woorden: het gaat om het achterhalen van kwetsbare schakels in het zorgsysteem zodat wij hier als ziekenhuis van kunnen leren, verbeteren én uiteindelijk de zorgverlening veiliger maken.

## 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'.

Het onderzoek van calamiteiten vindt plaats door een aantal leden van de zogenaamde Tripod-commissie. Deze commissie van veertig leden bestaat o.a. uit artsen, verpleegkundigen, afdelingshoofden en kwaliteitsfunctionarissen. Zij zijn uitgebreid geschoold in incidentanalyses.

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

Vanzelfsprekend wordt ook de patiënt of familie gevraagd of zij willen meewerken aan het onderzoek door hun ervaringen met de onderzoekers te delen. De patiënt/ familie wordt altijd geïnformeerd over de uitkomsten van het onderzoek.

Het onderzoeksrapport (met conclusies en aanbevelingen) wordt, samen met een verbeterplan, naar de IGJ gestuurd die dit kritisch beoordeelt en een eindoordeel geeft. Uiteindelijk leiden de conclusies van het onderzoek tot een plan van aanpak waarbij niet alleen wordt aangegeven wie welke verbeteractie moet oppakken, maar ook wanneer deze verbeteractie gerealiseerd moet zijn.

## b. De methode van analyse van de calamiteiten

Binnen het MUMC+ wordt de Tripod-methodiek toegepast voor het analyseren van incidenten. Een belangrijk uitgangspunt bij deze methodiek is dat bepaalde factoren in de directe werkomgeving (zogenaamde 'pre-condities') de kans op een menselijke fout aanzienlijk kunnen vergroten. Voorbeelden zijn: werkdruk, verouderde protocollen of slechte communicatie. Door op zoek te gaan naar de achterliggende verklaringen voor het bestaan van deze 'pre-condities' worden vervolgens de zogenoemde 'latente factoren' in kaart gebracht. Latente factoren zijn tekortkomingen in het zorgsysteem die soms al langere tijd bestaan. Latente factoren liggen vaak ten grondslag aan meerdere en

op het eerste gezicht totaal verschillende incidenten. Uit onderzoek is aangetoond dat door het verwijderen van deze latente factoren de directe werkomgeving veiliger wordt. Maar de omgeving (de zorg) verandert voortdurend. Om die reden is het dus noodzakelijk voortdurend alert te zijn op dergelijke 'latente factoren'.

## De calamiteitenjaarcijfers

In 2017 zijn 2.783 incidenten gemeld in Iris, waarvan er 118 door de melder aangemerkt werden als 'calamiteit'. Van ieder incident aangemerkt als calamiteit wordt door de directeur Patiëntenzorg en de beleidsadviseur Patiëntveiligheid beoordeeld of er daadwerkelijk sprake is van een calamiteit (conform bovenstaande definitie). De vraag aan de melder in het Iris-meldsysteem of het een calamiteit betreft, staat los van de aangegeven ernst. Zo bleek bij 91 als calamiteit aangemerkte meldingen achteraf geen sprake te zijn van een fataal of zeer ernstig incident. Deze incidenten worden wel in het MUMC+ verder onderzocht. De 27 resterende meldingen zijn wel als calamiteit gemeld aan de IGJ en intern onderzocht via de Tripod-methode.

Van 18 incidenten kwamen de Tripod-onderzoekers tot de conclusie dat het incident géén calamiteit betrof. De IGJ deelde in al deze gevallen de mening van de onderzoekers.

Bij 8 incidenten kwamen zowel de onderzoekers van het MUMC+ als de IGJ tot de conclusie dat het inderdaad een calamiteit betrof. Bij één incident was het, ondanks grondig onderzoek, niet (meer) vast te stellen of er sprake was van een calamiteit dan wel een complicatie.

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

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

Wanneer een Tripod-onderzoek wordt verricht waarbij een patiënt is betrokken, wordt altijd overlegd met de patiënt of, in geval van overlijden, met diens familie/nabestaanden of hij/zij wil(len) meewerken aan het onderzoek. Indien dit het geval is, worden zij door de Tripod-onderzoekers geïnterviewd. Een dergelijk gesprek heeft voor de onderzoekers dezelfde waarde als de gesprekken met iedere afzonderlijk zorgverlener.

In 2017 heeft in vrijwel alle gevallen de patiënt en/of familie te kennen gegeven mee te willen werken aan een interview.

De patiënt/familie ontvangt altijd het gespreksverslag ter beoordeling op eventuele feitelijke onjuistheden alvorens dit definitief wordt vastgesteld. De hoofdbehandelaar van de patiënt en de beleidsadviseur Patiëntveiligheid informeren tenslotte de patiënt/familie over de uitkomst van het onderzoek. Mocht de patiënt/familie naar aanleiding van dit onderzoek in een later stadium nog vragen hebben, extra informatie willen of bijvoorbeeld een klacht willen indienen, dan kan de beleidsadviseur Patiëntveiligheid fungeren als intermediair.

## 3. Belangrijkste oorzaken van calamiteiten

Via een (Tripod)-onderzoek worden, zoals al aangegeven, zogenoemde latente factoren in kaart gebracht. Latente factoren zeggen veelal iets over barrières ('vangnetten') die afwezig waren dan wel niet goed gefunctioneerd hebben. Het kan barrières betreffen die hadden moeten/kunnen voorkomen dat het incident plaatsvond of barrières die de gevolgen voor de patiënt hadden kunnen voorkomen dan wel beperken.

De mogelijkheid bestaat om aan deze latente factoren een classificatie te geven (protocollen, organisatie, ontwerp, training, communicatie etc.). In de beginperiode heeft deze classificatie plaatsgevonden en zijn hiervan overzichten gemaakt. De informatieve waarde hiervan was echter gering. Voor meer begrip was het toch noodzakelijk terug te gaan naar de specifieke casus en context. Bovendien is het de ervaring dat het veelal niet gaat om de afzonderlijke 'basisoorzaken' maar om de relaties tussen de verschillende onderdelen van een zorgproces. Dit doet meer recht aan de complexiteit van zorg.

Vanuit de afgeronde onderzoeken zijn 109 latente factoren benoemd die samenhangen met verbetermogelijkheden ten aanzien van:

• Open disclosure/ informatie naar patiënt	12
• OK-planning/-logistiek	5
• ICT-systemen (**)	13
• Protocollen/beleid/werkwijzen	33
• Kennis/scholing/training	22
• Omgevingsfactoren (***)	7
• Hoofdbehandelaarschap/supervisie	6
• Logistiek in het algemeen	5
• Techniek in het algemeen	2
• Organisatie van zorg	2

(\*) Open disclosure is het proces waarin door de zorgverlener aan de behoefte van patiënt wordt tegemoetgekomen door open in gesprek te gaan over een incident dat heeft plaatsgevonden tijdens de behandeling en tot letsel bij de patiënt heeft geleid. Door de zorgverlener wordt openheid gegeven over de toedracht van het incident, de tijdelijke of blijvende gevolgen voor de patiënt, wat de (medische) vervolgstappen zijn en wat voor maatregelen er genomen worden om een vergelijkbaar incident in de toekomst te voorkomen.

(\*\*) Het betreft hier o.a. het elektronisch patiëntendossier (EPD) en het elektronisch voorschrijfsysteem (EVS) voor medicatie.

(\*\*\*) Denk hierbij met name aan de inrichting/vormgeving van de werkplek/afdeling.

## 4. Verbetermaatregelen

Het onderzoeksrapport en de resultaten van het onderzoek worden altijd door de onderzoekers teruggekoppeld naar het (medisch) management van de bij het incident betrokken personen en afdelingen. Dan wordt ook met het management afgestemd welke verbeteracties worden geïnitieerd.

Verbeteracties naar aanleiding van Tripod-onderzoeken in 2017 betroffen o.a.:

- Aanpassing protocollen, werkwijzen en/of richtlijnen
- Aanpassing processen of organisatie van zorg
- Introductie van nieuwe protocollen
- Herhalen van ziekenhuisbrede bewustwordingscampagnes (medicatie, handhygiëne, nieuwe protocollen etc.)
- Verbetering van overlegstructuren binnen/ tussen afdelingen
- Aanpassingen in gebouwen, werkomgeving, etc.
- Aanpassingen in IT-systemen
- Training en scholing (bijv.: klinisch redeneren, e-learnings, pijn)
- Uitvoeren van interne audits, risico-inventarisaties etc.
- Bespreking casus/ problematiek in landelijke overlegorganen

Vanuit enkele Tripod-onderzoeken zijn organisatiebrede knelpunten als thema's benoemd binnen de Centrale Incident Commissie (CIC). Deze commissie brengt bindende adviezen uit richting Raad van Bestuur. Voorbeelden zijn:

- Multidisciplinaire overleggen (MDO's)
- Overdracht van zorg
- Doorstroom spoedpatiënt
- Antistolling
- Regievoering/hoofdbehandelaarschap
- Tijdige aanwezigheid OK-materialen ('material management')
- Patiënt op 'buitengewest'
- Allergieën
- Kritieke uitslagen van diagnostisch onderzoek
- Bereikbaarheid artsen
- Meld- en verbetercultuur

## 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, via de directeur Patiëntenzorg, uitstel aangevraagd bij de IGJ.

De IGJ beoordeelt rapportages op een zevental onderdelen (proces, reconstructie, analyse, conclusies, verbetermaatregelen, nazorg patiënt/ familie/ medewerkers en reactie Raad van Bestuur). De beoordeling per onderdeel kan variëren van: onvoldoende, matig, voldoende tot goed. Van alle onderzoeken is een overzicht gemaakt van de scores. Hierbij werd in 82% van de gevallen 'goed' gescoord en 16% 'voldoende'. Eenmaal was de score met betrekking tot 'verbetermaatregelen niet te beoordelen omdat het hier een uitgebreid plan van aanpak betrof waarbij twee externe partijen bij betrokken waren.

Bij één onderzoek is door de IGJ een aantal aanvullende vragen gesteld. Deze zijn uiteindelijk naar tevredenheid van de IGJ beantwoord. De IGJ heeft bij geen enkel incident aanvullend onderzoek gevraagd nadat het onderzoeksrapport door het MUMC+ was aangeleverd.

### Disclaimer:

Dit is de tweede keer dat de umc's gelijktijdig rapporteren over (mogelijke) calamiteiten die zij aan de Inspectie melden. De umc's werken het komende jaar verder aan een uniform proces van melden, zodat rapportages in de toekomst beter vergelijkbaar zijn.

## 6. Overig

Sinds 2008 is binnen het MUMC+ de zogenaamde Commissie Onderzoek Overleden Patiënten (COOP) actief. Deze commissie onderzoekt van iedere patiënt die in het ziekenhuis overlijdt, het medisch dossier. Eerst wordt het dossier aan de hand van een vaste set van 'triggers' gescreend door ervaren en (in deze methodiek) getrainde verpleegkundigen.

Wanneer een dossier voldoet aan een of meerdere van deze triggers, wordt het vervolgens uitvoerig onderzocht door een vaste groep van medisch specialisten (longarts, neuroloog, vaatchirurg, internist, anesthesist etc.) die met conclusies komen. De betreffende arts/ medische vakgroep wordt vervolgens om een reactie gevraagd op deze conclusie(s).

Doelstelling van de COOP is om daar waar mogelijk te leren van (potentieel) vermijdbare schade. Centraal hierbij staat een 'open cultuur' waarbij iedereen bereid is te reflecteren op, en te leren van, het eigen handelen.

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 vijf keer per jaar bij elkaar om ervaringen en ideeën rond calamiteitenonderzoek te delen (analyse-methodieken, verbetermaatregelen etc.). Sinds 2017 organiseert deze themagroep ook jaarlijks een symposium voor NFU-leden waarbij o.a. 'best practices' rondom dit thema worden gepresenteerd.



Maastricht UMC+  
P. Debyelaan 25  
6229 HX Maastricht  
E. d.nagelhout@mumc.nl

[www.mumc.nl](http://www.mumc.nl)

Vormgeving: Grafische Dienst Maastricht UMC+, Facilitair Bedrijf