



Calamiteitenrapportage 2019

1. Calamiteitenrapportage Maastricht UMC+ 2019

Het Maastricht UMC+ levert maximale inspanningen om kwalitatief goede 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 toch iets mis gaat in onze zorgverlening. Op zo'n moment is het niet alleen belangrijk dat wij de eventuele schade voor de patiënt zoveel mogelijk proberen te beperken of te herstellen, maar ook dat wij leren van het incident. Door een gedegen onderzoek naar de (combinaties van) oorzaken die tot een dergelijk 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 hun 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 naar haar oordeel afdoende zijn. Voor meer informatie hoe de IGJ dit doet, zie: <https://www.igj.nl/zorgsectoren/ziekenhuizen-en-klinieken/toezicht-op-ziekenhuizen>)

Hieronder vindt u informatie over incidenten-onderzoeken, calamiteiten en verbetermaatregelen binnen het Maastricht UMC+ over het jaar 2019.

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

Het Maastricht UMC+ heeft een digitaal systeem voor het melden en opvolgen van incidenten en bijna-incidenten, genaamd 'Iris'. Iris staat voor 'Incidentregistratie- en informatiesysteem'. 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. Indien niet meteen duidelijk is waardoor het is misgegaan, wordt het incident eerst besproken binnen één van de 22 Iris-commissies in het Maastricht UMC+. Een Iris-commissie bestaat veelal uit verpleegkundigen en artsen. 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 eigen kwaliteitsfunctionaris of een functionaris van de centrale afdeling Kwaliteit en Veiligheid. Zij kunnen professionele ondersteuning bieden bij het analyseren van een incident en het opstellen van verbetervoorstellen.

Wanneer het incident een 'calamiteit' betreft (zie onderstaande definitie) óf er een vermoeden bestaat dat het een calamiteit betreft, worden direct de directeur Patiëntenzorg en de Raad van Bestuur

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.'

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

hiervan in kennis gesteld. Deze melden de (mogelijke) calamiteit zo snel mogelijk aan de IGJ en geven opdracht om per direct een uitgebreid intern onderzoek te starten. Ook dit onderzoek is erop gericht te achterhalen waardoor het is misgegaan. Met andere woorden: het gaat om het achterhalen van zwakke schakels in het zorgsysteem zodat er aanpassingen kunnen worden doorgevoerd die de zorgverlening veiliger maken.

Het onderzoek van calamiteiten vindt plaats door twee of drie leden uit het calamiteiten onderzoeksteam. Dit team van veertig leden bestaat onder andere uit artsen, verpleegkundigen, afdelingshoofden en kwaliteitsfunctionarissen. Zij zijn geschoold 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. Het onderzoeksrapport (met conclusies en aanbevelingen) wordt, samen met een voorlopig verbeterplan, naar de IGJ gestuurd die dit kritisch beoordeelt. Zo kan de IGJ bijvoorbeeld aangeven dat zij van oordeel is dat het incident voldoende zorgvuldig is onderzocht en de verbeteracties akkoord zijn. De IGJ kan ook om aanvullend onderzoek vragen. Uiteindelijk wordt het voorlopig verbeterplan door het ziekenhuis definitief vastgesteld, waarbij niet alleen wordt aangegeven wie welke verbeteractie oppakt, maar ook wanneer iedere verbeteractie gerealiseerd moet zijn.

1b. De methode van analyse van de calamiteiten

Binnen het Maastricht UMC+ 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') het risico op een menselijke vergissing 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 'latente factoren' genoemd. 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 (nieuwe) 'latente factoren'.

De calamiteitenjaarcijfers

In 2019 zijn 1.990 incidenten gemeld in Iris, waarvan er negentig door de melder aangemerkt werden als 'calamiteit'. Wanneer een incident is aangemerkt als calamiteit wordt door de directeur Patiëntenzorg beoordeeld of er daadwerkelijk sprake is van een calamiteit (conform bovenstaande definitie). Bij 72 meldingen die oorspronkelijk waren aangemerkt als calamiteit bleek geen sprake te zijn van een (mogelijke) calamiteit. Vanzelfsprekend worden deze incidenten wel door de betreffende afdeling verder onderzocht. Bij acht meldingen, die niet voldeden aan de definitie van een (mogelijke) calamiteit, was de directeur Patiëntenzorg van oordeel dat een uitvoerig onderzoek toch gerechtvaardigd was.

De overgebleven achttien meldingen werden middels de Tripod-methodiek onderzocht. Bij vier van de achttien meldingen kwamen de onderzoekers tot de conclusie dat het géén calamiteit betrof. De IGJ deelde in al deze gevallen de mening van de onderzoekers. Bij veertien meldingen kwamen zowel de onderzoekers van het Maastricht UMC+ als de IGJ tot de conclusie dat het inderdaad een calamiteit betrof.

2. Betrokkenheid patiënt/familie/ nabestaanden bij calamiteiten

In geval van een calamiteitenonderzoek wordt altijd overlegd met de patiënt (of, in geval van overlijden, met diens familie/nabestaanden) of hij/zij wil 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 2019 heeft in vijftien van de achttien gevallen de patiënt en/of familie te kennen gegeven mee te willen werken aan het onderzoek.

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 conclusies van het onderzoek en het eventuele oordeel van de IGJ. 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 aanspreekpunt.

3. Belangrijkste oorzaken van calamiteiten

Via een calamiteiten onderzoek worden zogenoemde latente factoren in kaart gebracht. Latente factoren zeggen iets over onderliggende, structurele tekortkomingen in het zorgsysteem, veelal 'vangnetten' die niet goed gefunctioneerd hebben dan wel afwezig waren. Het betreft vaak vangnetten die hadden moeten/kunnen voorkomen dat het incident plaatsvond dan wel vangnetten die de (ernstige) gevolgen voor de patiënt hadden kunnen voorkomen dan wel beperken.

Aan een incident ligt zelden één oorzaak ten grondslag. Vaak betreft het een combinatie van factoren, waarbij het cruciaal is de samenhang tussen de verschillende factoren die een rol spelen in kaart te brengen. Uiterst belangrijk hierbij is om vervolgens ook breder te kijken: bestaat er een kans dat ook binnen andere zorgprocessen dergelijk 'fatale combinaties' zich kunnen voordoen die eventueel kunnen leiden tot (vergelijkbare) incidenten? Voornoemde oorzaken zijn globaal in te delen in een aantal categorieën. Voor 2019 zijn de belangrijkste:

- Dossiervoering/verslaglegging
- Overdracht (intra-/extramuraal)
- Communicatie tussen zorgverleners
- Communicatie met/betrekken van familie en naasten
- Supervisie/visites/consultschap
- Scholing, kennis en vaardigheden
- ICT-systemen (*)
- Capaciteit aan personeel
- Protocollen/beleid/werkwijzen
- Omgevingsfactoren (**)
- Zeldzaamheid van het ziektebeeld/ad hoc handelen
- Apparatuur (***)
- Ontbreken finale check/closed loop

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

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

(***) 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 beleidsadviseur 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 2019 betroffen onder meer:

- Aanpassing/introductie protocollen, werkwijzen en/of richtlijnen
- Aanpassing van zorgprocessen
- Bewustwordingscampagnes (medicatie, handhygiëne, decubitus, nieuwe protocollen, etc.)
- Verbetering van overlegstructuren binnen/tussen afdelingen
- Aanpassingen in gebouwen, werkomgeving, etc.
- Aanpassingen in IT-systemen
- Aanpassingen aan apparatuur
- Training en scholing, e-learning (bijv. klinisch redeneren, pijn)
- Bespreking casus/problematiek binnen de eigen afdeling
- Communicatie met patiënt/familie/naasten

Vanuit enkele calamiteiten onderzoeken zijn organisatiebrede knelpunten als thema's benoemd binnen de Centrale Incident Commissie (CIC). Deze commissie brengt adviezen uit richting Raad van Bestuur. Voorbeelden voor 2019 zijn:

- 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. Bij twee onderzoeken zijn door de IGJ aanvullende vragen gesteld. Deze zijn uiteindelijk naar tevredenheid van de IGJ beantwoord. In geen van de gevallen was er sprake van onderzoek door de IGJ zelf.

Bij vier van de achttien aan de IGJ gemelde incidenten in 2019 kwamen de onderzoekers tot de conclusie dat het geen calamiteit betrof. De IGJ deelde deze mening.

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/overdrachtsmomenten. In 2019 zijn twee onderzoeken uitgevoerd in samenwerking met een andere zorgorganisatie.

6. Overig

Sinds 2008 is binnen het Maastricht UMC+ de zogenaamde Commissie Onderzoek Overleden Patiënten (COOP) actief. Deze commissie onderzoekt het medisch dossier van iedere patiënt die in het ziekenhuis overlijdt. 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 één of meerdere van deze triggers, wordt het 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. Doelstelling van de COOP is om, daar waar mogelijk, als ziekenhuis 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 medisch en verpleegkundig handelen.

In 2019 is één calamiteitenonderzoek gestart naar aanleiding van de analyse van het medisch dossier door de COOP.

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 vierde 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