

## **Uniform NFU-format voor een geaggregeerde rapportage “transparantie rondom calamiteiten”, bijdrage Amsterdam UMC, locatie AMC.**

### **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 calamiteiten<sup>1</sup>. 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 AMC 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  $\beta$  of Prisma methodiek<sup>2</sup>, 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 IGJ en gedeeld met de patiënt of nabestaanden en 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.

---

<sup>1</sup> 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.'

<sup>2</sup> Tripod  $\beta$  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 werden op locatie AMC door verschillende professionals 47 ongewenste gebeurtenissen gemeld bij de medische directie. Alle casus werden multidisciplinair besproken. Er werden 9 casus gemeld bij IGJ als mogelijke calamiteit, de overige 38 casus werden volgens NFU algoritme niet als calamiteit geclassificeerd. Daarnaast werden 2 meldingen gedaan door derden (bijvoorbeeld patiënt, familie, fabrikant, ketenpartner of IGJ) waar locatie AMC 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 VUmc. 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.

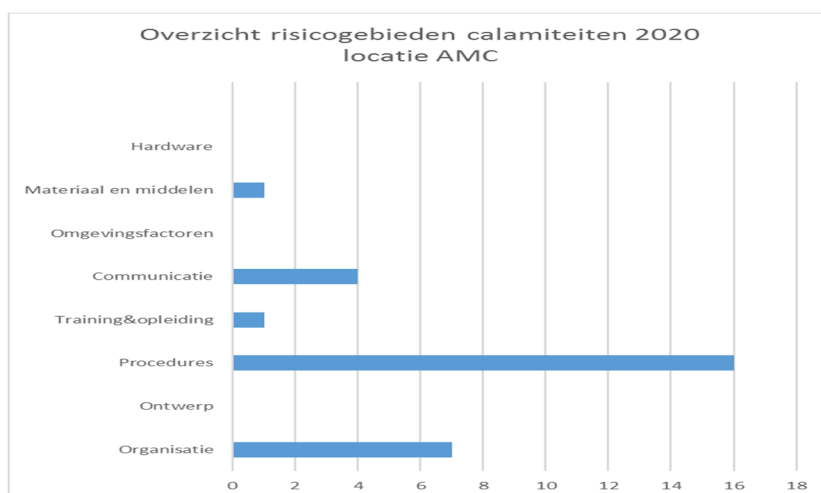
## 2. Betrokkenheid patiënt/familie/nabestaanden bij calamiteiten

Het Amsterdam UMC, locatie AMC is transparant naar de patient of diens familie over het calamiteitenonderzoek. Patiënt en/of familie worden geïnformeerd over de melding bij IGJ door de hoofdbehandelaar. Een gesprek met de patiënt of diens familie vindt plaats, indien gewenst, in het kader van het onderzoek en indien gewenst bij de patiënt thuis. Verder krijgen patiënt of 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.

Patientsupport wordt sinds 2020 structureel aangeboden aan patient, familie en nabestaanden na een ongewenste gebeurtenis. Hierbij gaat men in gesprek met een van de functionarissen van patientsupport en wordt desgewenst het gehele traject van het onderzoek begeleid. In 2020 is voor 9 patiënten/families ondersteuning verleend naar aanleiding van een (mogelijke) calamiteit.

## 3. Belangrijkste oorzaken van calamiteiten

In 2020 werden bij alle calamiteitsonderzoeken in totaal 29 achterliggende oorzaken gevonden, welke werden geclassificeerd volgens de basis risico factoren die in de Tripod bèta analyse methode worden gebruikt. De meest voorkomende basisrisicofactor was procedures (16 keer), er was sprake van niet beschikbare, onduidelijke of incorrecte of anderszins ineffectieve werkinstructies/procedures/beleid. Zie voor de verdeling van basisrisicofactoren het overzicht hieronder.



Op basis van de basisrisicofactoren werden verbetermaatregelen vastgesteld.

#### **4. Verbetermaatregelen**

In haar rapportages formuleerde het onderzoeksteam in samenspraak met de desbetreffende afdelingen verbetermaatregelen. Deze verbetermaatregelen werden ingevoerd in het verbetervolgsysteem. De afdelingen zelf zijn verantwoordelijk voor de uitvoering en implementatie van deze verbetermaatregelen. De calamiteitencommissie monitort dit ter borging. In 2020 formuleerde de calamiteitencommissie 22 verbetermaatregelen. 8 van deze verbetermaatregelen waren op 31 december 2020 gerealiseerd. In 2020 is in totaal 1 discipline overstijgende verbetermaatregel geformuleerd.

#### **5. Peer Support**

Na een ongewenste gebeurtenis wordt altijd peer support aangeboden aan de betrokken zorgverleners. In 2020 is aan 37 medewerkers peer support verleend. Een aantal afdelingen hebben een eigen peer support team; Neonatologie, Psychiatrie, Anesthesiologie, Kinderafdelingen, SEH, (kinder)ICU, Verloskunde, Neurocentrum, Interne Geneeskunde, Oncologie, Hartcentrum en de Beveiliging. Deze gegevens worden niet centraal geregistreerd.