

## **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 de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ).

Als er melding bij de 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  $\beta^2$  methodiek, 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 de IGJ en gedeeld met de patiënt of nabestaanden en de (medisch) afdelingshoofd(en).

Op locatie AMC heeft de Raad van Bestuur een 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  $\beta$  is een methode 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 2019 werden op locatie AMC door verschillende professionals 51 ongewenste gebeurtenissen gemeld bij de medische directie. Alle casus werden multidisciplinair besproken. Er werden 21 casus gemeld bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) als mogelijke calamiteit, de overige 30 casus werden volgens NFU algoritme niet als calamiteit geëvalueerd. Daarnaast werden 5 meldingen gedaan door derden (bijvoorbeeld patiënt, familie, fabrikant, ketenpartner of IGJ) waar locatie AMC bij betrokken was. Het onderzoeksteam onderzocht deze incidenten vervolgens.

Voor voldoende breed, diepgaand en betrouwbaar onderzoek in geval van een (mogelijke) calamiteit en om in te kunnen spelen op de informatie die bij het onderzoek is verzameld en die aanleiding is om de scope van het onderzoek aan te passen, is soms meer tijd nodig. Indien het onderzoeksteam dit gerechtvaardigd vindt wordt, via de medische directie, uitstel gevraagd bij IGJ. De doorlooptijd (8 weken) voor het afronden van een calamiteitenonderzoek werd in 8 van de 21 onderzoeken overschreden. Uitstel werd aangevraagd bij IGJ en gehonoreerd.

Op dit moment wordt het gehele proces ten aanzien van het melden, onderzoeken en opvolgen van calamiteiten geharmoniseerd met locatie VUMC. Er zal een gezamenlijke Amsterdam UMC calamiteitencommissie en calamiteiten onderzoeksteam worden geformeerd. Van alle gemelde incidenten in Amsterdam UMC wordt de voortgang wekelijks in de gezamenlijke calamiteitencommissie besproken. Elke 6 weken wordt er een intervisie bijeenkomst georganiseerd voor de leden van het calamiteiten onderzoeksteam van beide locaties. Hierin worden werkwijze en casuïstiek gedeeld.

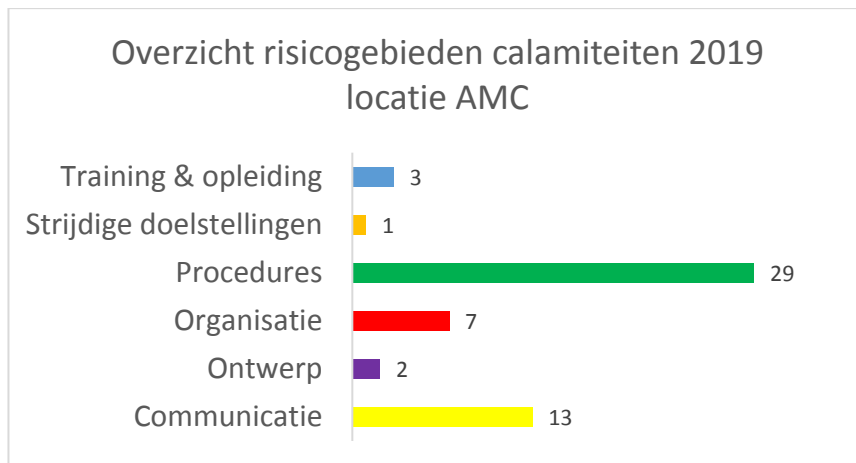
## **2. Betrokkenheid patiënt/familie/nabestaanden bij calamiteiten**

Het AMC is transparant naar de patient of diens familie over het calamiteitenonderzoek. Patiënt en/of familie worden geïnformeerd over de melding bij de inspectie 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 de IGJ toegestuurd. Tenslotte wordt aangeboden in gesprek te gaan met de medische directie en het betrokken afdelingshoofd over de bevindingen van het onderzoek.

Na een ongewenste gebeurtenis bestaat de mogelijkheid voor patiënt, familie en nabestaanden om een beroep te doen op patiënt/familiesupport. Hierbij gaat men in gesprek met een van de functionarissen en wordt desgewenst het eventuele traject van het onderzoek begeleid. In Q4 2019 werd de pilot gestart en is voor 4 patiënten/families ondersteuning verleend. De pilot is positief geëvalueerd; patiëntsupport wordt daarom sindsdien structureel aangeboden voor alle patiënten die met een incident dan wel calamiteit geconfronteerd worden.

## **3. Belangrijkste oorzaken van calamiteiten**

In 2019 werden bij alle calamiteitsonderzoeken in totaal 55 achterliggende oorzaken gevonden, welke werden geëvalueerd volgens de basis risico factoren die in de Tripod bèta analyse methode worden gebruikt. De meest voorkomende basisrisicofactor was procedures, er was sprake van niet beschikbare, onduidelijke of incorrecte of anderszins ineffectieve werkinstructies/procedures/beleid. Zie voor de verdeling van basisrisicofactoren de tabel hieronder.



Op basis van de achterliggende oorzaken, ook wel basisrisicofactoren genoemd, werden verbetermaatregelen vastgesteld.

#### 4. Verbetermaatregelen

In haar rapportages formuleerde het onderzoeksteam in samenspraak met de desbetreffende afdelingen verbetermaatregelen. Deze verbetermaatregelen worden ingevoerd in het verbetervolgsysteem. De afdelingen zelf zijn verantwoordelijk voor de uitvoering en implementatie van deze verbetermaatregelen. De calamiteitencommissie monitort dit ter borging. In 2019 zijn in totaal 16 discipline overstijgende verbetermaatregelen geformuleerd.

#### 5. Peer Support

Na een ongewenste gebeurtenis wordt altijd peer support aangeboden aan de betrokken zorgverleners. In 2019 is voor 41 medewerkers peer support aangevraagd. Daar is 19 keer gebruik van gemaakt naar aanleiding van een ongewenste gebeurtenis. Twee medewerkers zijn doorverwezen naar Bedrijf Maatschappelijk Werk van Amsterdam UMC.

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. Hierover zijn geen gegevens bekend qua aantallen.