

## **Uniform NFU-format voor een geaggregeerde rapportage “transparantie rondom calamiteiten”, bijdrage VUmc.**

### **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**

In 2018 legden verschillende professionals in VUmc de medisch directeur 64 maal een eventueel meldenswaardig incident voor volgens de procedure 'calamiteiten patiëntenzorg: 10 stappenplan'. Na bestudering van het incident en veelal een multidisciplinair overleg besloot de directeur medische zaken 17 maal over te gaan tot een calamiteitenmelding bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). De calamiteitencommissie onderzoekt deze incidenten vervolgens. De commissie concludeerde dat in 8 van de 17 gemelde casus sprake was van een calamiteit volgens de wet kwaliteit klachten en geschillen zorg (WKKGZ), de 9 andere casussen waren dat niet. De inspectie deelde deze conclusies zonder uitzondering.

Er is 1 melding gedaan bij IGJ door een fabrikant. IGJ is het daarbij eens met de conclusie van de commissie dat deze externe gemelde casus geen calamiteit is volgens de wet kwaliteit klachten en geschillen zorg (WKKGZ).

Er zijn geen meldingen gedaan bij IGJ door patiënt/naasten of een andere zorgaanbieder.

In haar rapportages formuleerde de calamiteitencommissie 40 verbetermaatregelen. 33 van deze verbetermaatregelen waren op 31 december 2018 reeds gerealiseerd.

Ten aanzien van bovenstaande procesindicatoren concludeert de calamiteitencommissie dat de meldingsbereidheid bij VUmc professionals voldoende is, dat het behalen van de termijnen niet eenvoudig is en dat de rapportages gemiddeld als goed beoordeeld zijn door de inspectie. De mate van implementatie van verbetermaatregelen is toegenomen, mogelijk mede doordat het de calamiteitencommissie steeds beter lukt om deze maatregelen 'SMART' te formuleren. Een andere factor die hiertoe bijdraagt, is dat verbetermaatregelen afgestemd zijn met de verantwoordelijke afdelingshoofden.

De calamiteiten waren zeer divers ten aanzien van afdelingen waar zij plaats vonden en de oorzaken. In haar analyses identificeerde de calamiteitencommissie de menselijke fout in de toepassing van (bekende) kennis als meest voorkomende basisoorzaak. De commissie vindt dit passend bij de kennisintensieve werkzaamheden die de professionals in VUmc verrichten.

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

---

<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.'

VUmc is transparant naar de patient of diens nabestaanden over het calamiteitenonderzoek. Patiënt en/of nabestaande(n) krijgen een brief over de melding bij de inspectie. Verder krijgen zij het eindoordeel van de inspectie en op verzoek ook de onderzoeksrapportage toegestuurd. Tenslotte wordt hen aangeboden in gesprek te gaan met de medisch directeur over de bevindingen van de calamiteitenonderzoekers.

### 3. Belangrijkste oorzaken van calamiteiten

Voor de analyse van de calamiteiten maken de onderzoekers gebruik van de zogenaamde Prisma methodiek. Door gebruik te maken van deze methodiek konden de onderzoekers menselijke, organisatorische, technische en patient-gebonden basisoorzaken onderscheiden.

De gevonden basisoorzaken zijn als volgt:

#### Organisatie

Kennis (OK)	1
Protocollen (OP)	5
Cultuur (OC)	1
Management prioriteiten (OM)	1

#### Menselijk

Verificatie (HRV)	1
Kennis(HKK)	7
Interventie (HRI)	3
Management	2

#### Technisch

Ontwerp (TD)	2
--------------	---

Uit bovenstaande blijkt dat de toepassing van bekende kennis, of kennis die er achteraf wel was, de grootst geïdentificeerde basisoorzaak is. (HKK) De calamiteitencommissie vindt het uitermate moeilijk om verbetermaatregelen te formuleren die deze basisoorzaak zou kunnen wegnemen.

Deze basisoorzaak is inherent aan de kennisintensieve bedrijfsvoering van VUmc. Wel signaleert de calamiteitencommissie onverminderd een toegenomen ervaren werkdruk. Deze toename kan de kans op menselijke fouten doen toenemen.

### 4. Verbetermaatregelen

Naar aanleiding van calamiteiten worden verbetermaatregelen geformuleerd, meestal op afdelingsniveau.

### 5. Peer Support

De onderzoekers bemerken een onverminderd groot verdriet over een calamiteit bij betrokken medewerkers. De calamiteitencommissie is verheugd dat de weg naar het 'peer support' programma gevonden wordt door de medewerkers. In 2018 zijn er 6 aanvragen geweest welke allen zijn gehonoreerd.

Disclaimer:

- Dit is de derde keer dat de Universitair Medisch Centra (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.