

# Jaarrapportage 2022

## Zorgcalamiteiten UMCG

De Jaarrapportage Zorgcalamiteiten beschrijft welk soort zorgcalamiteiten er in het UMCG voorgevallen zijn en hoe het UMCG hiermee omgaat. Daarnaast geeft het de belangrijkste verbeterpunten weer die in het UMCG zijn geïmplementeerd.



# 1. Procedure, methode en aantallen

## Procedure

Onverwachte of onvoorziene gebeurtenissen in de directe patiëntenzorg, met ernstige schade voor de patiënt, moeten direct aan het afdelingshoofd of diens plaatsvervanger worden gemeld. Deze meldt de gebeurtenis bij de Commissie Calamiteiten Patiëntenzorg (CCP) via het meldformulier dat beschikbaar is op de intranetsite van het UMCG. De CCP oordeelt of er sprake is van een zorgcalamiteit op basis van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). Als inderdaad sprake is van een zorgcalamiteit dan wordt deze gemeld bij de Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Vervolgens wordt een onderzoeksteam samengesteld uit een pool van opgeleide en getrainde onderzoekers om een PRISMA-analyse uit te voeren.

Na ongeveer 6 weken wordt een conceptrapportage besproken in de CCP en daarna met betrokkenen en onderzoekers, onder voorzitterschap van een lid van de CCP of de directeur Patiëntenzorg, Kwaliteit en Veiligheid.

Een samenvatting van het rapport wordt met een bestuurlijke reflectie van de Raad van Bestuur opgestuurd naar de IGJ. Na ongeveer 4 weken volgt een reactie van de IGJ. Directeur Patiëntenzorg, Kwaliteit en Veiligheid (PZKV) verzoekt de betrokken afdelingshoofden de verbetermaatregelen n.a.v. het prisma onderzoek te implementeren.

## Methode

In het UMCG wordt gebruik gemaakt van een PRISMA (Root Cause Analyses) RCA-methodiek om gemelde (potentiële) zorgcalamiteiten 'systeem-gericht' te onderzoeken. Deze systeembenadering richt zich op achterliggende basisoorzaken die hebben bijgedragen aan het ontstaan van de zorgcalamiteit. Zo kunnen ook latente faalfactoren opgespoord worden. De systeembenadering gaat ervan uit dat mensen fouten kunnen maken en dat fouten in iedere organisatie voorkomen. Door basisoorzaken van deze fouten te achterhalen kunnen structurele verbetermaatregelen geïmplementeerd worden waarmee een bijdrage geleverd wordt aan de kwaliteit van zorg. Denk hierbij bijvoorbeeld aan processen om fouten te voorkomen of het effect van fouten te verminderen.

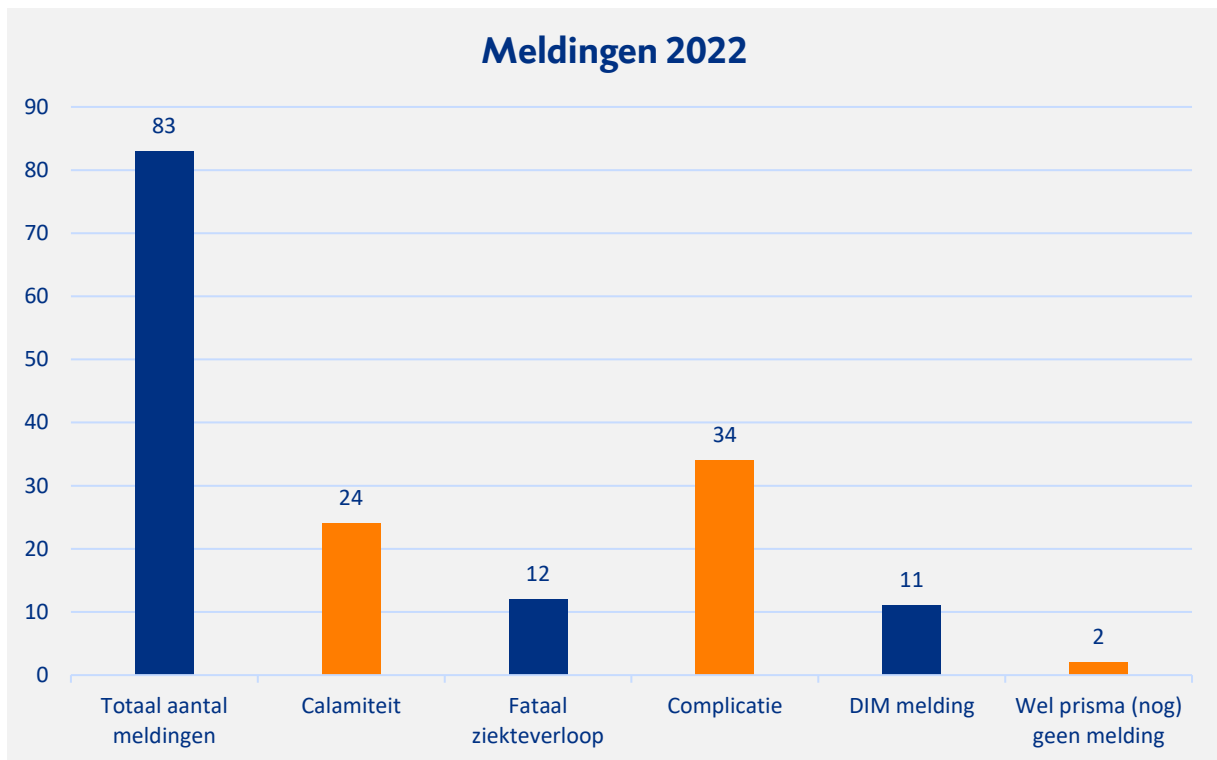
Voor valincidenten waarbij sprake is van ernstig letsel is een valincidenten-checklist ontwikkeld. Dit is een verkorte analyse methode om na te gaan of er bij de oorzaak van de val sprake is van een tekortkoming in de kwaliteit van zorg en deze gemeld moet worden aan de IGJ.

## Aantallen

In 2022 zijn in totaal 83 gebeurtenissen aan de Commissie Calamiteiten Patiëntenzorg (CCP) gemeld als mogelijke zorgcalamiteit, waarvan 24 meldingen zijn onderzocht en doorgeleid aan de Inspectie. Twee meldingen zijn wel onderzocht maar hebben niet tot een melding bij de Inspectie geleid.

Ter vergelijking met de twee voorgaande jaren:

- In 2021 werden 105 gebeurtenissen bij de CCP gemeld, waarvan er 29 werden doorgeleid aan IGJ.
- In 2020 werden 95 gebeurtenissen bij de CCP gemeld, waarvan er 20 werden doorgeleid aan IGJ.



In 34 van de totaal 83 meldingen heeft de CCP geoordeeld dat er sprake was van een complicatie (2021: 47). Wanneer er sprake lijkt van een complicatie wordt de afdeling gevraagd de casus in een complicatiebespreking (multidisciplinair) te bespreken en hier zelf leerpunten uit te identificeren. In 12 gevallen bleek er sprake te zijn van fataal beloop (2021: 12) en 11 meldingen zijn als incident geduid (2021: 16) en zijn terugverwezen naar de Decentrale Incidentmelding Commissie (DIM) van de betrokken afdeling.

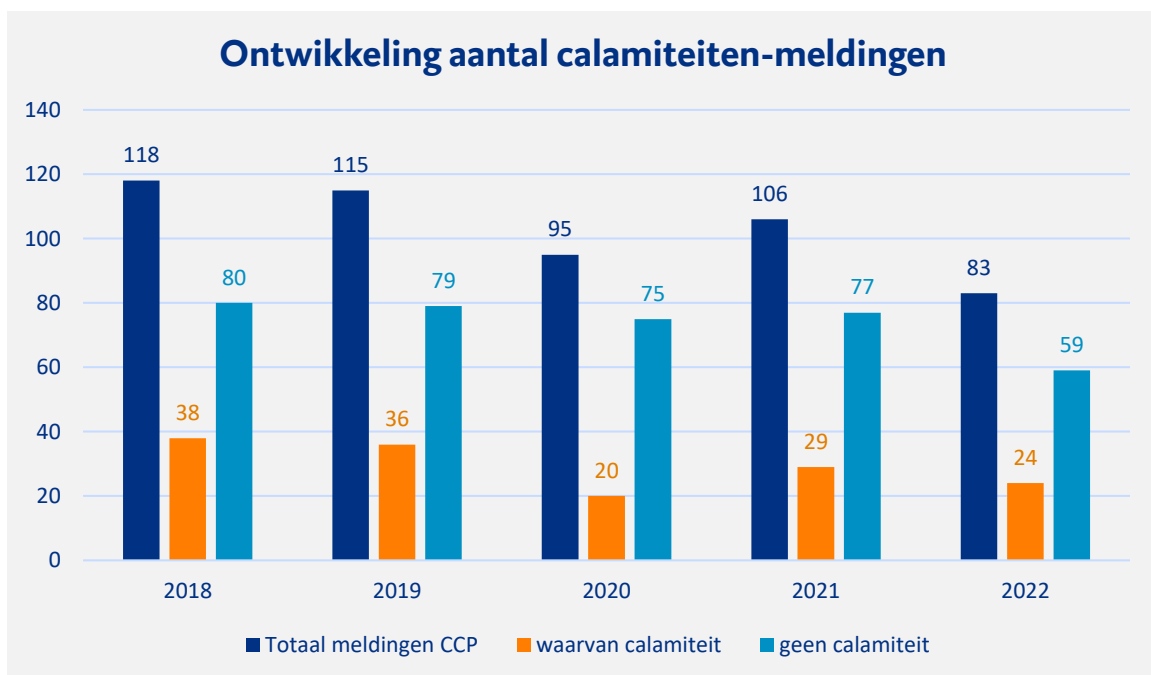
Evenals in 2021 werd veelvuldig uitstel aangevraagd bij de IGJ. Helaas is het in 2022 in geen enkel geval gelukt om de rapportage binnen 8 weken na melding naar de IGJ te sturen. Redenen voor het vragen van uitstel waren divers: soms nam het enige tijd in beslag voordat een onderzoeksteam was geformeerd; soms ook was het moeizaam om met direct betrokken zorgprofessionals en/of (familie van de) patiënt een gesprek te plannen; soms leverde het plannen van een plenaire bespreking vertraging op gezien de volle agenda's. De Inspectie heeft de verzoeken tot uitstel zonder uitzondering gehonoreerd.

De Inspectie beoordeelt de rapportages en geeft daarover een terugkoppeling aan de Raad van Bestuur. In 2022 heeft de Inspectie in zes gevallen bij haar terugkoppeling opmerkingen geplaatst ten aanzien van het onderzoek. In twee gevallen zijn telefonisch aanvullende vragen gesteld waarna de melding gesloten kon worden. Twee keer is een aanvulling op de bestuurlijke reflectie gevraagd. Een keer is aangegeven dat de IGJ de verbeterpunten onvoldoende SMART geformuleerd vond maar daar volgde geen actie uit.

In één geval heeft de IGJ besloten zelf onderzoek naar de casus te doen. Dit onderzoek heeft in december plaatsgevonden door middel van een IGJ bezoek waarbij de inspectie betrokkenen gesproken heeft en dossiers ingezien heeft. Afronding van dit onderzoek zal in 2023 plaatsvinden.

Het verloop van de aantallen meldingen schommelt iets in de afgelopen jaren en laat dit met name vorig jaar een daling zien. In 2020 is dit voornamelijk terug te voeren op de COVID-19 pandemie, waardoor de geplande zorg in 2020 voor een deel werd afgeschaald. In 2021 loopt het aantal meldingen weer iets op.

Het aantal meldingen over 2022 ligt iets lager dan het voorgaande jaar. Dit is grotendeels te verklaren doordat de meldcriteria voor melden aan de CCP begin 2022 zijn aangepast. In het verleden is er voor gekozen om aan de afdelingen te vragen om alle overlijden binnen 24 uur na een ingreep (de zogenoemde 'dood op tafel') bij de CCP te laten melden. Ook als dit overlijden te verwachten was. De bedoeling daarvan was om afdelingen te laten wennen aan het melden en de meldingsbereidheid te verhogen. Omdat de ervaring van de CCP is dat inmiddels de meldingsbereidheid en de bekendheid met het melden van voldoende niveau is, is dit meldcriterium komen te vervallen.



## **2. Betrokkenheid patiënten / familie / nabestaanden**

Binnen het UMCG is het standaard beleid dat patiënten, familie of nabestaanden de beschikking krijgen over de PRISMA-rapportage. De rapportage van het onderzoek naar de zorgcalamiteit, die gemeld is aan de IGJ en door de IGJ is afgesloten, wordt door de hoofdbehandelaar besproken met de patiënt, familie of nabestaanden. Daarna ontvangt de patiënt, familie of nabestaanden een kopie van de rapportage.

Patiënten, familie of nabestaanden kunnen hun visie geven tijdens een PRISMA onderzoek. Dit gebeurt altijd in overleg met de patiënt, familie of nabestaanden. Zij hebben uiteraard het recht af te zien van het leveren van een bijdrage aan het onderzoek. Bij alle onderzoeken is het aan patiënt en/of familie aangeboden een bijdrage te leveren aan het onderzoek.

### **Patiënt Support**

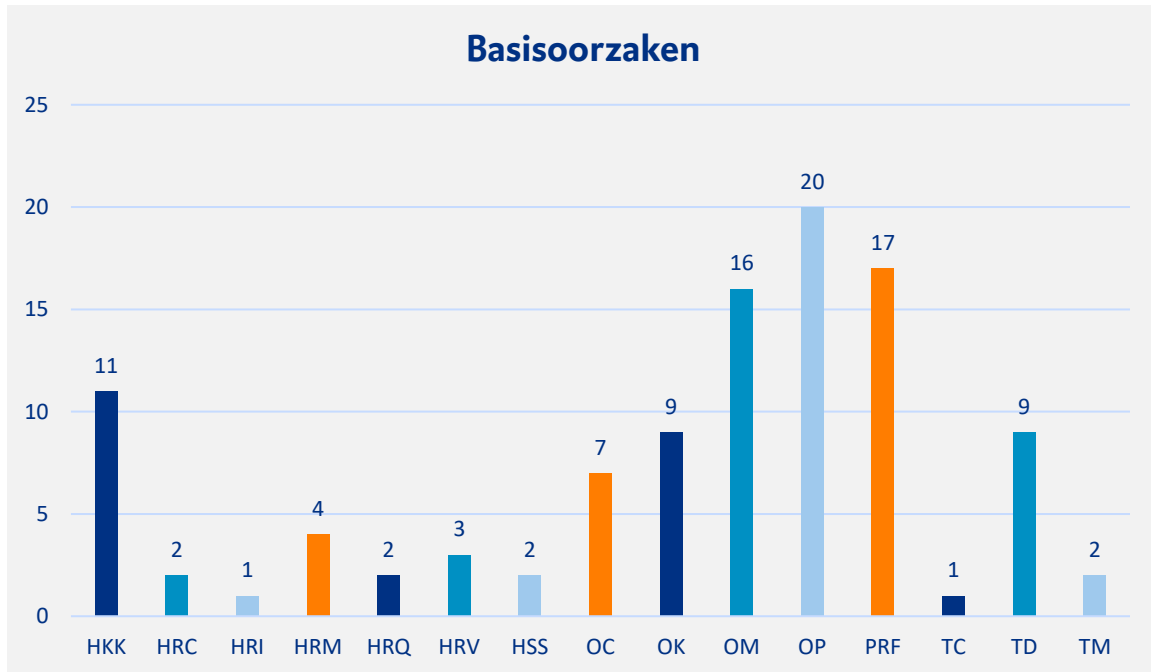
In 2022 is een plan opgesteld voor het aanstellen van een patiënt ondersteuner. De patiënt ondersteuner staat naast de patiënt en is er voor de patiënt. De support die de patiënt krijgt aangeboden is gratis.

De patiënt ondersteuner heeft in algemene zin kennis van de organisatie van de zorg rondom de patiënt, kent de UMCG-organisatie en heeft kennis over relevante wetgeving en de klachtenprocedure UMCG. De patiënt ondersteuner wordt de verbinding tussen de patiënt en het ziekenhuis en kan de patiënt helpen zijn weg te vinden in het UMCG.

Tevens kan de patiënt ondersteuner bij de nagesprekken met de betrokken zorgverleners aanwezig zijn om de patiënt hierin bij te staan. Voor het implementeren van de functie van patiënt ondersteuner zal in 2023 een kwartiermaker benoemd worden die de functie verder uit zal werken.

### 3. Belangrijkste oorzaken van calamiteiten

Het UMCG gebruikt het Eindhoven Classificatiemodel voor het classificeren van basisoorzaken. Het afgelopen jaar heeft dit tot het volgende overzicht geleid:



In de PRISMA-methodiek worden de volgende classificeringen gebruikt:

- Menselijke basisoorzaken die het gevolg zijn van
  1. HKK: Redeneren
  2. HRC: Coördinatie
  3. HRI: Interventie
  4. HRQ: Kwalificaties
  5. HRV: Verificatie
- Organisatorische basisoorzaken die het gevolg zijn van
  1. OC: Cultuur
  2. O-EX: Extern
  3. OK: Kennisoverdracht
  4. OM: Management prioriteiten
  5. OP: Protocollen
- Technische basisoorzaken die het gevolg zijn van
  1. TC: Constructie
  2. TD: Ontwerp
  3. T-EX: Extern
  4. TM: Materiaal
- Overige basisoorzaken:
  1. PRF: Patient Related Factor
  2. X: Overige factoren

Uit bovenstaande valt af te lezen dat, naast patiënt gerelateerde factoren, de basisoorzaak in de categorie “protocollen” het meest werd gescoord. Dit was ook 2021 de meest gescoorde categorie.

Bij 13 verschillende meldingen zijn protocollen als basisoorzaak bijdragend geweest. In 10 gevallen is er sprake geweest van een aanscherping of aanvulling bij een protocol. Eén keer is er een nieuw protocol ontwikkeld en één keer is een protocol anders geïnterpreteerd dan nodig was in die specifieke situatie. Bij één calamiteit is er afgeweken van de werkwijze zoals deze is beschreven in het geldende protocol.

Er is een stijging te zien van de basisoorzaak 'management prioriteiten'. Bij 11 calamiteiten is deze factor bijdragend geweest. De achterliggende oorzaak is hierin divers. Opvallend is wel dat er in 5 keer sprake is van te hoge werkdruk en onderbezetting. Dit is een onderwerp dat, met de huidige arbeidsmarkt, lastig op te lossen is. Hieraan wordt in het gehele UMCG op verschillende manieren aandacht aangegeven. Andere oorzaken hebben met name te maken met de beschikbaarheid van middelen of de keuze om juist spaarzaam met middelen om te gaan.

De menselijke basisoorzaken 'redeneren', 'verificatie' en 'kennisoverdracht' blijven moeilijker oplosbaar. Vanuit een landelijke NFU werkgroep was al in 2020 gekeken naar deze menselijke basisoorzaken. Daaruit is naar voren gekomen dat menselijke basisoorzaken in alle UMC's ongeveer evenveel voorkomen. In NFU verband wordt nagedacht over een manier om tussen de UMC's laagdrempelig calamiteiten te kunnen delen met als doel om van elkaar te kunnen leren en zijn in 2022 de eerste afspraken gemaakt om een 'cloud-omgeving' te creëren waarin uitwisseling van basisoorzaken en verbetermaatregelen per UMC opgenomen zullen worden.

Naast deze basisoorzaken heeft de CCP geconstateerd dat er een aantal casussen geweest zijn waarbij de MEWS een rol gespeeld heeft. Ook zijn er twee ketenonderzoeken met andere (perifere)ziekenhuizen uitgevoerd.

## 4. Verbetermaatregelen

Als uitgangspunt voor het beleid ten aanzien van kwaliteit en veiligheid heeft het UMCG gekozen voor de principes van “Clinical Governance”. Een filosofie die de praktijk van de zorgprofessional verbindt met de wereld van regels, financiën en beleid. Er wordt gewerkt vanuit de 5 basiselementen: denken in processen, samenwerken in teams, communicatie, leiderschap en eigenaarschap. Op grond van dezelfde principes heeft het UMCG ook gekozen voor ISO-certificering als kwaliteitsmanagementsysteem. Binnen de ISO-systematiek is het namelijk mogelijk, uiteraard binnen de daartoe aanwezige wettelijke en professionele kaders, zelf doelen te formuleren, performance indicatoren vast te stellen en vervolgens deze in een Plan Do Check Act (PDCA)-cyclus te volgen.

Om hoogstaande kwalitatieve en veilige zorg te kunnen bieden, streeft het UMCG naar een hoge patiënt tevredenheid en naar een minimum aantal calamiteiten en ernstige (categorie 3 en 4) incidenten, terwijl tegelijkertijd het UMCG de meldingsbereidheid onder medewerkers blijvend wil stimuleren. Jaarlijks wordt naar aantallen, soorten, oorzaken en common denominators van de gemelde incidenten en calamiteiten gekeken en worden vanuit de Centrale Incidentmeldingencommissie (CIM) en de CCP in afstemming met de Kerngroep kwaliteit en eventueel andere relevante stakeholders in het UMCG, kwantitatieve en concrete doelstellingen voor de komende jaren geformuleerd.

Momenteel wordt in het UMCG gekeken naar een (nog) betere manier om calamiteiten, incidenten en klachten op inhoud te kunnen vergelijken en om basisoorzaken UMCG-breed te kunnen identificeren. Hiertoe vindt afstemming plaats tussen de secretaris van de CIM, de secretaris van de Klachtenfunctionaris en de coördinator van de CCP met een data-analist. Doel is om het registratiesysteem Zenya, dat zowel voor de incidenten, de calamiteiten als de klachtenregistratie gebruikt wordt, beter te kunnen ontsluiten om inhoudelijke vergelijkingen te vergemakkelijken.

De afgelopen jaren heeft dit geresulteerd in verschillende UMCG brede projecten. Zo is er een UMCG breed antistollingsprotocol ontwikkeld; hierna is het aantal meldingen waarbij antistolling een rol speelde significant verminderd. Er is een gezamenlijk scholingstool ontwikkeld voor het verpleegkundig protocol m.b.t. het inbrengen van neus-maag-sondes. In samenwerking met de CIM is een gezamenlijk programma met het thema ‘Vallen is dodelijk’ uitgevoerd in 2018. De voorgestelde verbeteracties uit de verschillende PRISMA analyses, gedaan in 2021, zijn erg divers en verschillen per casus en afdeling.

Opvallend is dat er in 2022 twee meldingen geweest zijn van patiënten die ongelukkigerwijs van een OK-tafel gevallen zijn. Na de tweede melding is hierop (vooruitlopende op de uitkomsten van het PIRSMA onderzoek) direct een strenger beleid ingesteld m.b.t. het kantelen van een OK-tafel. Dit beleid is direct UMCG-breed gecommuniceerd en na het onderzoek ook nogmaals bevestigd. Ook opvallend is een stijging van het aantal meldingen waarbij de bewaking van patiënten op de verpleegafdeling (middels de MEWS) en (het ontbreken van) de verpleegkundige notities een rol speelt.

Hierop heeft een vertegenwoordiging van de CCP een gesprek gevoerd met de directeur PZKV, een vertegenwoordigen vanuit de Chefs de Clinique en de CNIO. In dit gesprek is aangegeven dat er vanuit de verpleegkundige organisatie, samen met de CNIO gewerkt wordt aan het anders inrichten van de verpleegkundige notities.

Vanuit de Chefs de Clinique is een werkgroep opgesteld die zich met de MEWS bezig houdt. Een stafadviseur van de UMC-staf patiëntenzorg zal ook zitting nemen in deze werkgroep.



## 5. Zorgvuldigheid

Voor zorgvuldig onderzoek naar een mogelijke calamiteit heeft het UMCG een systeem ingericht, waarbij gestreefd wordt naar maximale zorgvuldigheid. Binnen het UMCG is de CCP opgericht waarin medici, een verpleegkundige en bedrijfskundige zitting hebben. De voorzitter is een medisch specialist die door de Raad van Bestuur wordt benoemd. De CCP komt wekelijks bijeen om nieuwe potentiële calamiteiten te beoordelen aan de hand van de vraag, of deze voldoen aan de definitie van een calamiteit zoals opgesteld door de IGJ. Ook worden de lopende calamiteitonderzoeken besproken.

Wanneer de CCP oordeelt dat een gebeurtenis voldoet aan de definitie van een zorgcalamiteit wordt dit gemeld bij de IGJ door de Raad van Bestuur. Hierna wordt uit de calamiteitanalyse-pool een PRISMA-team samengesteld. Deze pool omvat circa 70 getrainde en ervaren mensen die ingezet kunnen worden om een calamiteitanalyse te verrichten. Per calamiteit participeren doorgaans 3 leden uit de calamiteitanalysepool.

In zowel de CCP als in het calamiteitanalyse -team is een goede balans van belang voor wat betreft de inhoudelijke deskundigheid van de teamleden. Zo is er aandacht voor zowel de medisch inhoudelijke als de organisatorische, technische en menselijke factoren die een rol kunnen spelen bij iedere calamiteit.

### Disclaimer

Dit is de zesde keer dat de UMC's gelijktijdig rapporteren over (mogelijke) zorgcalamiteiten die zij aan de Inspectie melden. De UMC's werken continu verder aan een uniform proces van melden, zodat rapportages in de toekomst nog beter vergelijkbaar zijn.