

Jaarrapportage 2023

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.

De IGJ hanteert een deadline van acht weken waarbinnen het onderzoeken afgerond moet worden. Een conceptrapportage wordt eerst besproken in de CCP en daarna met betrokkenen, onderzoekers en betrokken afdelingshoofden, onder voorzitterschap van een lid van de CCP.

Een samenvatting van het rapport wordt met een bestuurlijke reflectie van de Raad van Bestuur opgestuurd naar de IGJ. Na ongeveer vier weken volgt een reactie van de IGJ. De manager patiëntenzorg en medische dossiervorming verzoekt, samen met het team van Dwarsverband patiëntenzorg de betrokken afdelingshoofden de verbetermaatregelen n.a.v. het prisma onderzoek te implementeren en daarover een terugkoppeling te geven.

Methode

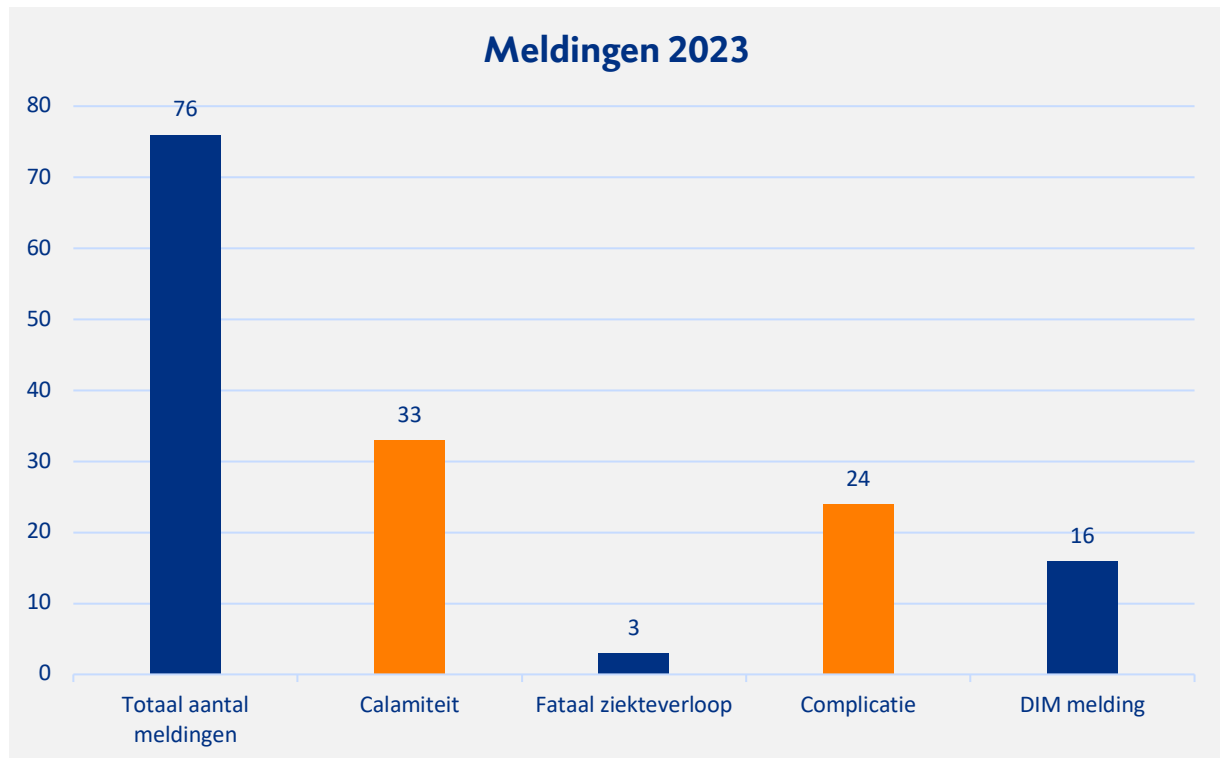
In het UMCG wordt gebruik gemaakt van een PRISMA (Root Cause Analyses) RCA-methodiek om gemelde (potentiële) zorgcalamiteiten 'systeem-gericht' te onderzoeken. Deze systeembenadering richt zich op achterliggende basisoorzaken die hebben bijgedragen aan het ontstaan van de zorgcalamiteit. Zo kunnen ook 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. In het onderzoek wordt ook in toenemende mate gekeken naar ontwikkelingen in onderzoek van Safety-2.

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 2023 zijn in totaal 76 gebeurtenissen aan de Commissie Calamiteiten Patiëntenzorg (CCP) gemeld als mogelijke zorgcalamiteit, waarvan 33 meldingen zijn onderzocht en doorgeleid aan de Inspectie. Ter vergelijking met de twee voorgaande jaren:

- In 2022 werden 83 gebeurtenissen bij de CCP gemeld, waarvan er 24 werden doorgeleid aan IGJ.
- In 2021 werden 105 gebeurtenissen bij de CCP gemeld, waarvan er 29 werden doorgeleid aan IGJ.



In 24 van de totaal 76 meldingen heeft de CCP geoordeeld dat er sprake is van een complicatie (2022: 34). 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 drie gevallen bleek er sprake te zijn van fataal beloop (2022: 12); 16 meldingen zijn als incident geduid (2022: 11) en terugverwezen naar de Decentrale Incidentmelding Commissie (DIM) van de betrokken afdeling.

Evenals in 2022 werd veelvuldig uitstel aangevraagd bij de IGJ. Helaas is het ook in 2023 in geen enkel geval gelukt om de uitkomsten van het onderzoek binnen acht weken na melding naar de IGJ te sturen. Redenen voor het vragen van uitstel waren divers; de Inspectie heeft de verzoeken tot uitstel zonder uitzondering gehonoreerd.

Bij een bezoek van de IGJ begin 2024 heeft de Inspectie aangegeven dat het UMCG een gemiddeld lange doorlooptijd heeft vergeleken met andere ziekenhuizen. Deze langere doorlooptijd heeft een negatieve invloed op zowel de werkbeleving van de betrokken zorgverleners als op de betrokken patiënt en eventuele naasten. Het is voor alle partijen belangrijk dat een onderzoek snel start en ook snel afgerond is, opdat iedereen het kan afsluiten.

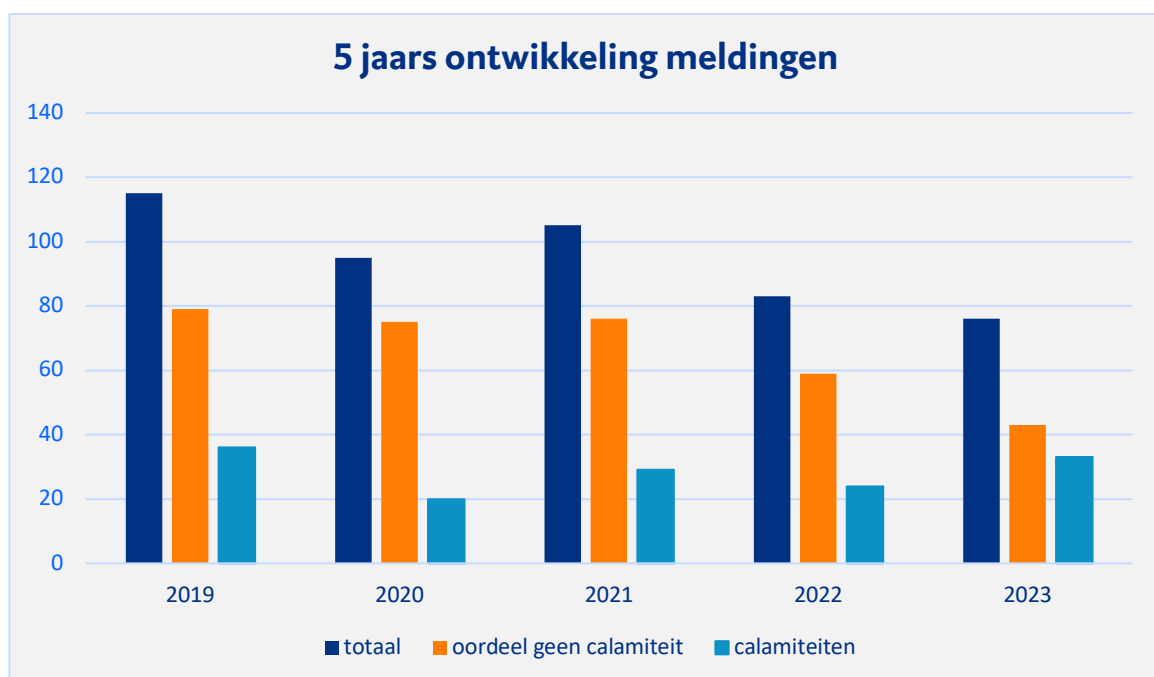
Er zijn verschillende redenen aan te geven waarom deze doorlooptijd hoog is. Er speelden in 2023 een aantal casus die significant langer geduurd hebben, wat het gemiddelde verhoogd heeft. Daarnaast duurt het vaak enige tijd voordat een onderzoeksteam is geformeerd, het plannen van gesprekken met direct betrokken zorgprofessionals en/of (familie van de) patiënt is soms moeizaam, en het organiseren van een plenaire bespreking, waarvoor alle betrokkenen en de leidinggevenden en afdelingshoofden uitgenodigd worden, loopt vaak vertraging op door de volle agenda's. In 2024 zal er extra aandacht zijn voor het verkorten van de doorlooptijden en wordt met alle stakeholders gekeken hoe dit gerealiseerd kan worden.

De Inspectie beoordeelt de bestuurlijke reacties en geeft daarover een terugkoppeling aan de Raad van Bestuur. Alle meldingen uit 2023 die teruggekoppeld zijn aan de IGJ, zijn als voldoende beoordeeld door de IGJ. In twee casus heeft de IGJ aanvullende vragen gesteld die door het UMCG beantwoord zijn.

Het verloop van de aantallen meldingen schommelt iets in de afgelopen jaren. In 2020 is de daling 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 waarna in 2022 er weer een daling is gezien.

Dit is grotendeels te verklaren doordat de meldcriteria voor melden aan de CCP begin 2022 zijn aangepast. In het verleden is ervoor gekozen om aan de afdelingen te vragen 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 vervallen. De daling van het aantal meldingen beoordeeld als 'fataal beloop' bevestigt deze aanname.

Het aantal meldingen dat aan de IGJ is doorgeleid zou kunnen betekenen dat men beter weet wanneer iets daadwerkelijk een potentiële calamiteit is omdat hier een toename is te zien.



2. Betrokkenheid patiënten / familie / nabestaanden

Binnen het UMCG is het standaardbeleid 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. De PRISMA-commissie nodigt hiervoor de patiënt, familie of nabestaanden uit voor een gesprek. Zij hebben uiteraard het recht af te zien van het leveren van een bijdrage aan het onderzoek. Bij alle onderzoeken is het de patiënt en/of familie aangeboden een bijdrage te leveren aan het onderzoek.

Patiënt Support

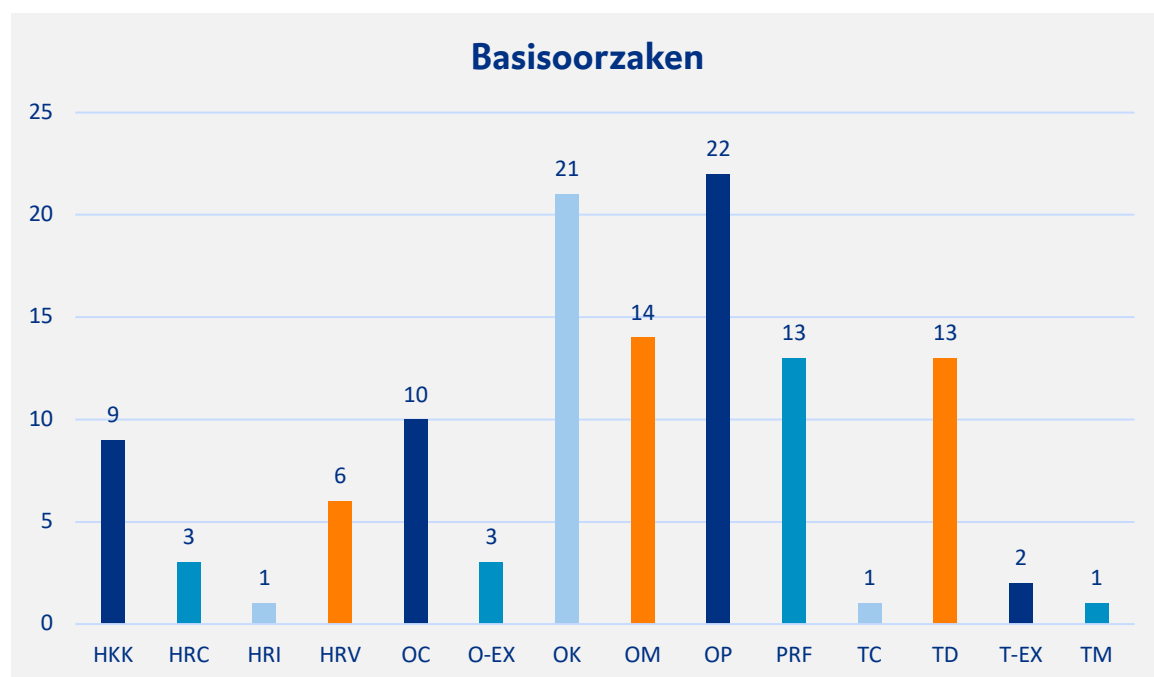
In 2023 is het UMCG gestart met patiëntondersteuners. De patiëntondersteuner staat naast de patiënt en is er voor de patiënt.

De patiëntondersteuner 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 patiëntondersteuner wordt de verbinding tussen de patiënt en het ziekenhuis en kan de patiënt helpen zijn weg te vinden in het UMCG.

Tevens kan de patiëntondersteuner aanwezig zijn bij de nagesprekken met de betrokken zorgverleners om de patiënt hierin bij te staan.

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 grafiek valt af te lezen dat de basisoorzaak van een calamiteit het meest werd gescoord in de categorieën 'protocollen' en 'kennisoverdracht'. Dit is niet anders dan andere jaren.

Bij 18 verschillende meldingen zijn protocollen als basisoorzaak bijdragend geweest. In acht gevallen is er sprake geweest van een aanscherping of aanvulling bij een protocol. Vier keer is er een nieuw protocol ontwikkeld en één keer is een protocol anders geïnterpreteerd dan nodig was in die specifieke situatie. Bij zeven calamiteiten is afgeweken van de werkwijze zoals deze is beschreven in het geldende protocol.

Kennisoverdracht blijft een lastig punt. In 13 calamiteitenonderzoeken is gebleken dat er met name in de overdracht, informatie wordt gemist. Deze informatie wordt onvoldoende of niet altijd doorgegeven, of staat wel genoteerd in het EPD maar is niet gezien of gevonden. Ook vindt niet altijd overdracht op het juiste niveau plaats en vindt er geen overleg plaatst tussen stafleden maar alleen op het niveau van A(N)IOS.

De menselijke basisoorzaken 'redeneren' en 'verificatie' 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 is een werkgroep actief van afgevaardigden van de verschillende calamiteitencommissies.

Deze werkgroep is bezig met het ontwikkelen van een manier om tussen de UMC's laagdrempelig calamiteiten te kunnen delen met als doel om van elkaar te kunnen leren. Inmiddels werken alle UMC's binnen de registratietool Zenya en wordt met de leverancier van Zenya een cloud omgeving ingericht waarin uitwisseling van basisoorzaken en verbetermaatregelen per UMC opgenomen zullen worden.

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 vijf 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 patiënttevredenheid 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 basisoorzaken UMCG-breed te kunnen identificeren. Hiertoe vindt afstemming plaats tussen de secretaris van de CIM, de Klachtenfunctionaris en de coördinator van de CCP met een data-analist. Doel is 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.

De voorgestelde verbeteracties uit de verschillende PRISMA analyses zijn erg divers en verschillen per casus en afdeling.

Opvallend in 2023 was dat er in de zomer van 2023 in korte tijd vier calamiteitenmeldingen plaatsgevonden hadden op dezelfde verpleegafdeling. In overleg met de IGJ heeft het UMCG de onderzoeken naar deze calamiteiten gebundeld. Er zijn twee onderzoeksteams actief geweest die deze vier calamiteiten onderzocht hebben. Hieruit zijn specifieke maar ook overkoepelende verbetervoorstellen geformuleerd.

De overkoepelende verbetervoorstellen lagen met name op het vlak van onderlinge samenwerking en de wijze van invulling van het werk. Er werden bijvoorbeeld verschillende protocollen gehanteerd voor dezelfde onderwerpen. Er was sprake van een cultuur waarbij oudere medewerkers een te grote stempel drukten op de wijze van invulling van het werk. Het management van de verpleegafdeling heeft hierop een actieplan ontwikkeld en veel acties zijn direct gestart.

Ook opvallend is dat er in 2023 drie meldingen geweest zijn waarbij sprake was van links-rechtsverwisselingen. De overeenkomst tussen deze drie meldingen is dat ze alle drie buiten het operatiecentrum hebben plaatsgevonden. In alle 3 de gevallen was er wel sprake van een Time-Out procedure. Het toetsingskader perioperatief traject richt zich primair op het klinische en dag-chirurgisch

operatieve proces. Bij de drie calamiteiten werd er geen markering aangebracht aan de zijde waar de ingreep zou plaatsvinden. In deze gevallen was dit voor de behandelaren en de setting waarin de behandelingen plaatsvonden 'logisch', mede doordat de behandelsetting niet direct in het operatieve proces plaatsvond. Uit deze verschillende casus bleek dat een relatief simpel uit te voeren handeling, namelijk het met een pijl markeren van de zijde die behandeld dient te worden, de verwisseling had kunnen voorkomen. Binnen het UMCG geldt nu de afspraak dat bij elke ingreep waarbij sprake is van zijdigheid, het toetsingskader perioperatief traject van toepassing is en er altijd afgetekend moet worden voor het verrichten van de Time-out procedure.

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, twee verpleegkundigen en een 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 drie leden (een medicus, een verpleegkundige en een ondersteuner) 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 vijfde 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.