

Jaarverslag 2024

Gemelde incidenten en calamiteiten

Kwaliteit & Veiligheid
Máxima MC



1 Inhoudsopgave

2	Inleiding.....	3
3	Commissie Zorggerelateerde Schade	3
3.1	Samenstelling van de commissie	3
3.2	Werkwijze en organisatie	4
4	Centrale Commissie VIM	4
4.1	Samenstelling van de commissie	4
4.2	Werkwijze en organisatie	5
5	Decentrale VIM-commissies.....	5
6	TEL VIM.....	5
7	Beloop totaal aantal meldingen 2014-2024.....	6
7.1	Totaal aantal CZS meldingen	6
7.2	Totaal aantal VIM-meldingen	8
8	Betrokken zorggroepen	8
8.1	Betrokken zorggroepen bij de CZS meldingen.....	8
8.2	Betrokken zorggroepen bij de VIM-meldingen	9
9	Ernst incidenten.....	10
10	Oorzaken	10
11	Verbeteradviezen	11
11.1	Protocoloptimalisatie	11
11.2	Scholing en training	12
11.3	Communicatie en casusbesprekingen	12
11.4	Medicatieveiligheid en dubbelcheck	12
11.5	Coördinatie van zorg en overdracht	12
11.6	Voorlichting en patiëntbetrokkenheid	12
11.7	Hygiëne en materiaalbeheer	12
12	Betrokkenheid patiënt of nabestaanden.....	12
13	Nazorg medewerkers.....	13
13.1	Individuele nazorg	13
13.2	Teamgerichte nazorg: de Senza-methode.....	13
13.3	Learning Teams: leren en herstellen als team	13
13.4	Peer support	13
14	Conclusies.....	14
15	Aanbevelingen	14
Bijlage 1.	Risicomatrix MMC	16

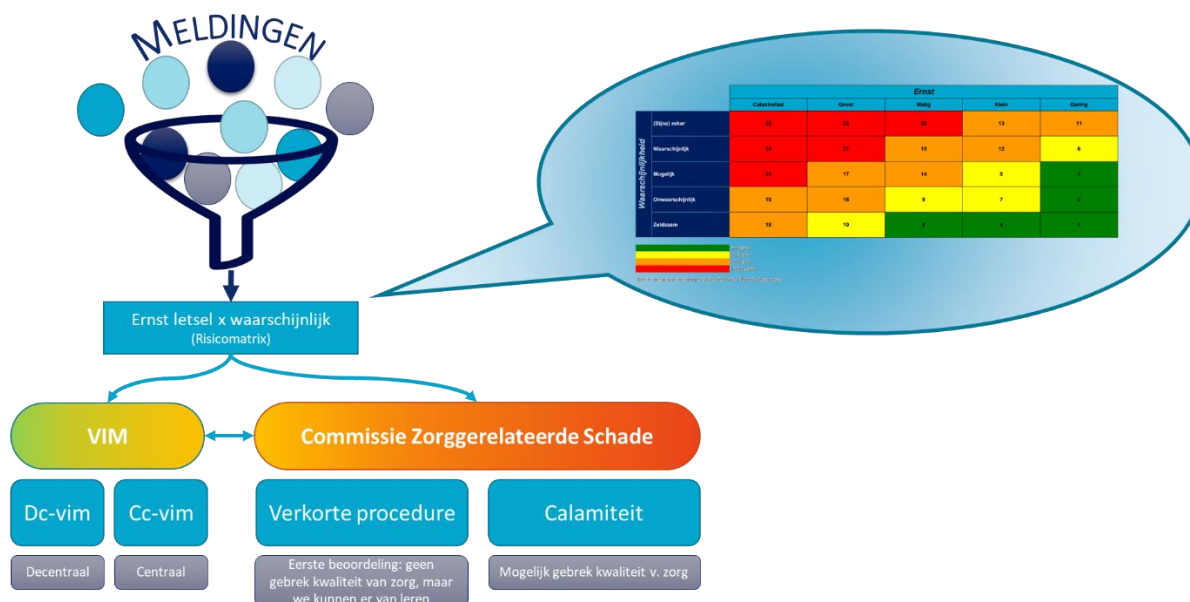


2 Inleiding

Veiligheid is een belangrijk onderdeel in het kwaliteitsdenken. In MMC leren we van wat er fout en goed gaat. Niet om elkaar hierop af te rekenen, maar om hiervan te leren. Het melden en het analyseren van (ernstige) incidenten is hier een belangrijk onderdeel van. Een incident is een onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de patiënt heeft geleid, had kunnen leiden of (nog) kan leiden. De bedoeling is dat niet alleen de calamiteiten in formele zin, maar ook andere incidenten waarbij de patiënt (mogelijk) (significante) schade oploopt nader worden onderzocht waarbij het centrale uitgangspunt is: 'MMC leert van incidenten en calamiteiten'. Alle incidenten worden gemeld via een meldformulier in Zenya (het digitale kwaliteitssysteem van MMC). Een melding van een incident wordt op basis van de risicoclassificatie (zie Bijlage 1) naar het juiste loket gestuurd. Te weten:

- Commissie Zorggerelateerde Schade (CZS)
- Centrale Commissie VIM (CCVIM)
- Decentrale VIM-commissie (dc-VIM)

Er vindt altijd terugkoppeling plaats aan de melder via één van de bovenstaande commissies. Deze commissies hebben onderling veelvuldig contact over waar een incident het beste geanalyseerd en afgehandeld kan worden indien een melding niet bij het juiste loket is beland (bijvoorbeeld omdat een melder de risicoclassificatie te hoog of te laag heeft ingeschat). Op deze manier worden incidenten altijd op de juiste wijze geanalyseerd, gerapporteerd en (indien nodig) gemeld bij de IGJ.



3 Commissie Zorggerelateerde Schade

Incidenten die gemeld worden aan Commissie Zorggerelateerde Schade (CZS) via het meldformulier in Zenya zijn incidenten waarbij de patiënt ernstige zorggerelateerde schade heeft ondervonden.

De CZS verzamelt niet alleen alle meldingen, maar vervult tevens een centrale rol in het beoordelen van de aard van de melding, alsmede bij de coördinatie en uitvoering van het hierbij horende vervolgtraject. Dit staat los van de complicatieregistratie en –besprekingen zoals dit binnen de vakgroepen gebeurt.

3.1 Samenstelling van de commissie

De commissie bestond in 2024 uit de volgende leden:

- Ad de Gooijer, intensivist, stafarts kwaliteit, tevens voorzitter;
- Lennie van de Berg, neuroloog, lid, tevens voorzitter Centrale Commissie VIM;
- Mart Bender, chirurg, (waarnemend) arts, opgevolgd door Maarten Loos;
- Dianne van de Ven, anesthesist, (waarnemend) arts;
- Hanneke Kuijten, manager kwaliteit & veiligheid;
- Alex Jansen, afdelingshoofd
- Jeske van Gassel, adviseur kwaliteit & veiligheid, ambtelijk secretaris.



3.2 Werkwijze en organisatie

Wanneer een melding bij de CZS binnengekomen is beoordeelt de commissie deze melding en bepaalt welk van onderstaande trajecten hierop volgt:

- a. het instellen van een onderzoeksteam ten behoeve van een calamiteitenonderzoek;
- b. het instellen van een (kleiner) onderzoeksteam ten behoeve van een verkorte procedure onderzoek;
- c. het doorgeven van de melding aan de centrale commissie Veilig Incident Melden (CCVIM);
- d. registratie van de melding.

In de 1^e drie gevallen is het streven om leerpunten te formuleren en te komen tot één of meer verbeteracties.

Ad. a.

Indien er sprake is van een calamiteit wordt dit gemeld bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en wordt een onderzoeksteam samengesteld (getraind voorzitter (medisch specialist), adviseur kwaliteit & veiligheid, medisch specialist(en) van betrokken specialismen en indien noodzakelijk een afdelingshoofd en/of verpleegkundige). Dit onderzoeksteam verricht een SIRE-onderzoek, maakt een PRISMA-analyse en rapporteert middels een vast format aan de CZS. MMC neemt deel aan “Verbeteren in Vizier” van de IGJ: de rapportage wordt toegezonden aan de raad van bestuur. De raad van bestuur schrijft vervolgens een bestuurlijke reactie. Alleen de bestuurlijke reactie wordt toegestuurd aan de IGJ.

De betrokken patiënt of diens familie wordt vooraf geïnformeerd over het opstarten van het onderzoek, betrokken bij het onderzoek en achteraf geïnformeerd over de bevindingen van het onderzoeksteam. De (geanonimiseerde) rapportage wordt aan de patiënt of familie verstrekt; er wordt gestreefd naar maximale transparantie.

Er vindt tweemaal per jaar een intervisiebijeenkomst plaats met de vaste onderzoeksvoorzitters en de adviseurs K&V om ervaringen uit te wisselen en nieuwe ontwikkelingen te bespreken.

Ad. b.

Indien er sprake is van een ernstig incident maar geen calamiteit in strikte zin, wordt besloten om middels een verkorte procedure het incident te onderzoeken. Dit onderzoek wordt uitgevoerd door een adviseur kwaliteit & veiligheid en een medisch specialist van het betrokken specialisme zonder behandelrelatie met de betrokken patiënt. Het onderzoek wordt via een vooraf afgesproken format gerapporteerd aan de CZS. Naar aanleiding van dit onderzoek kan de CZS, indien de onderzoeksresultaten daar aanleiding toe geven, alsnog overgaan tot het melden van dit incident als calamiteit bij IGJ.

Ad. c.

Indien er geen sprake is van een calamiteit of incident dat wordt onderzocht middels een verkorte procedure, kan de melding ofwel worden doorgegeven aan de centrale VIM commissie, of geregistreerd worden door de CZS.

Uit het onderzoek, verkorte procedure cq calamiteitenonderzoek, worden verbeteracties opgesteld. Deze worden vastgelegd in het kwaliteitssysteem Zenya. Elke verbeteractie heeft een eigenaar. De eigenaar is verantwoordelijk voor het uitvoeren van de verbeteractie. De verbeteracties zijn een standaard onderdeel van de halfjaarlijkse kwaliteitsrapportage en worden halfjaarlijks besproken door de manager en hoofdzorggroep, bestuur medische staf en de raad van bestuur middels de Quality Reviewgesprekken in mei en november.

In 2024 is door de CZS gestart met het bespreken van de openstaande verbeteracties die afgewezen zijn of een verlopen deadline hebben, zodat de voortgang van de verbeteracties geborgd is.

4 Centrale Commissie VIM

De Centrale Commissie VIM (CCVIM) is een ziekenhuiscommissie die verantwoordelijk is voor de verwerking en analyse van incidentmeldingen in MMC, waarbij de risicoscore van de melding hoog is. De commissie concentreert zich in het bijzonder op incidenten met een ernstiger karakter en meldingen die door melders en de decentrale VIM commissies (dc-VIM's) primair naar de CCVIM worden verwezen. Tevens “kijkt de commissie mee” naar meldingen die in eerste instantie worden gezien en afgehandeld door de decentrale VIM commissies.

4.1 Samenstelling van de commissie

De commissie bestond in 2024 uit de volgende leden:

- Lennie van den Berg, neuroloog en tevens voorzitter



- Jeske van Gassel, adviseur Kwaliteit & Veiligheid, ambtelijk secretaris
- Tamara Klopmeijer, projectleider Klinische Fysica
- Linda Sanders, NICU verpleegkundige
- Julia Smith, Arts-assistent SEH
- Sjoukje Troost, ziekenhuisapotheker
- Linda van de Ven, Afdelingshoofd
- Wilma Verheyden, medicatieveiligheidsfunctionaris
- Judith Visser, verpleegkundige SEH
- Stijn van Vugt, anesthesioloog en tevens vicevoorzitter
- Michela Zanetti, manager

4.2 Werkwijze en organisatie

Alle VIM-meldingen worden gemeld in Zenya. De meldingen krijgen een uniek nummer. Een melding wordt door de melder geclassificeerd volgens de Risicomatrix MMC (zie Bijlage 1). Een melding die geclassificeerd wordt als laag, matig of hoog wordt op de betreffende afdeling door de decentrale VIM-commissie geanalyseerd en afgehandeld. Wanneer de melder een melding als 'Extreem' (zie bijlage 1) heeft geclassificeerd gaat deze naar de CCVIM. De CCVIM beoordeelt of de melding door de afdeling zelf, de CCVIM of de Commissie Zorggerelateerde Schade (CZS) afgehandeld kan/moet worden. In geval van doorgeleiding naar de CZS wordt de melder hiervan op de hoogte gesteld. Het kan ook voorkomen dat een mogelijk incident eerst gemeld is bij de CZS, en vervolgens door de CZS overgedragen wordt aan de CCVIM.

De CCVIM vergadert plenair steeds op de tweede dinsdag van iedere twee maanden. Indien nodig wordt er naar aanleiding van één of meerdere meldingen een advies uitgebracht naar de raad van bestuur, medische staf of afdeling.

5 Decentrale VIM-commissies

Er zijn 64 decentrale VIM-commissies in MMC, waarvan 21 in de kliniek, 27 in de polikliniek en 16 bij overige afdelingen.

In het reglement (iDoc 5824) staat dat in iedere decentrale VIM-commissie een medisch specialist dient te zitten. In 1 klinische en 3 poliklinische decentrale VIM-commissies neemt geen medische specialist zitting en in VIM-commissie. Deze VIM-commissies geven aan dat ze met meerdere artsen VIM-meldingen kunnen bespreken en dat de arts waar nodig is actie onderneemt. 1 klinische en 1 poliklinische decentrale-VIM-commissies neemt een PA of verpleegkundig specialist i.p.v. een medische specialist zitting in VIM-commissie.

In 2024 zijn er 10 PRISMA-analyses uitgevoerd. Dit is een daling van 5 PRISMA-analyses t.o.v. het jaar ervoor. De PRISMA-analyse is een methode om de basisoorzaken van een incident op te sporen.

In 2024 zijn er 25 brown-papersessies uitgevoerd. Dit is een bijeenkomst om multi disciplinair inzicht te krijgen in processen en eventuele verbeteringen in het proces. Deze sessies kunnen begeleid worden door een adviseur Kwaliteit & Veiligheid.

De decentrale VIM-commissies worden twee keer per jaar uitgenodigd door de Projectmedewerker K&V om de zaken rondom de VIM-meldingen te bespreken. In 2024 is het integreren van Safety-II bij VIM-meldingen het hoofdonderwerp geweest. Dit wordt in 2025 in deze netwerkbijeenkomsten verder opgepakt.

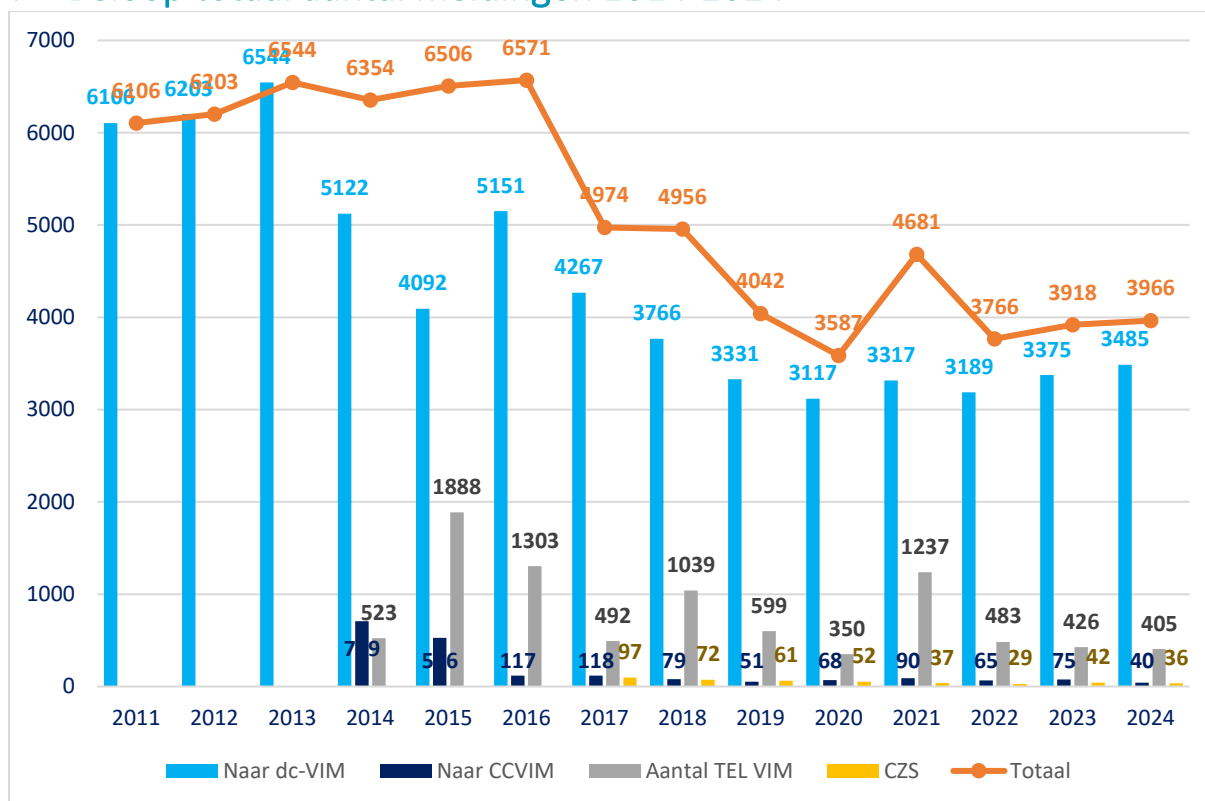
De VIM-commissies vragen laagdrempelig hulp aan Kwaliteit & Veiligheid bij bijvoorbeeld het maken van een PRISMA analyse of het maken van een TEL-VIM.

6 TEL VIM

Een aantal afdelingen zet een TEL VIM in om incidenten te melden. Een TEL VIM is een melding van een specifiek onderwerp, waarbij de oorzaken bekend zijn. Van deze oorzaken is echter niet bekend welke oorzaken het meeste voorkomen. Gedurende twee maanden worden de incidenten van dat onderwerp gemeld en daarbij wordt aangegeven welke oorzaken bij het incident voorkomen. De afhandeling van de melding gebeurt door de dc-VIM commissie van de afdeling. Na twee maanden kan er rapportage gemaakt worden en weet de afdeling welke oorzaken het meeste voorkomen en prioriteit hebben om aan te pakken. In 2024 zijn 405 meldingen gemeld via een TEL VIM. Een lichte daling ten opzichte van 2023.



7 Beloop totaal aantal meldingen 2014-2024

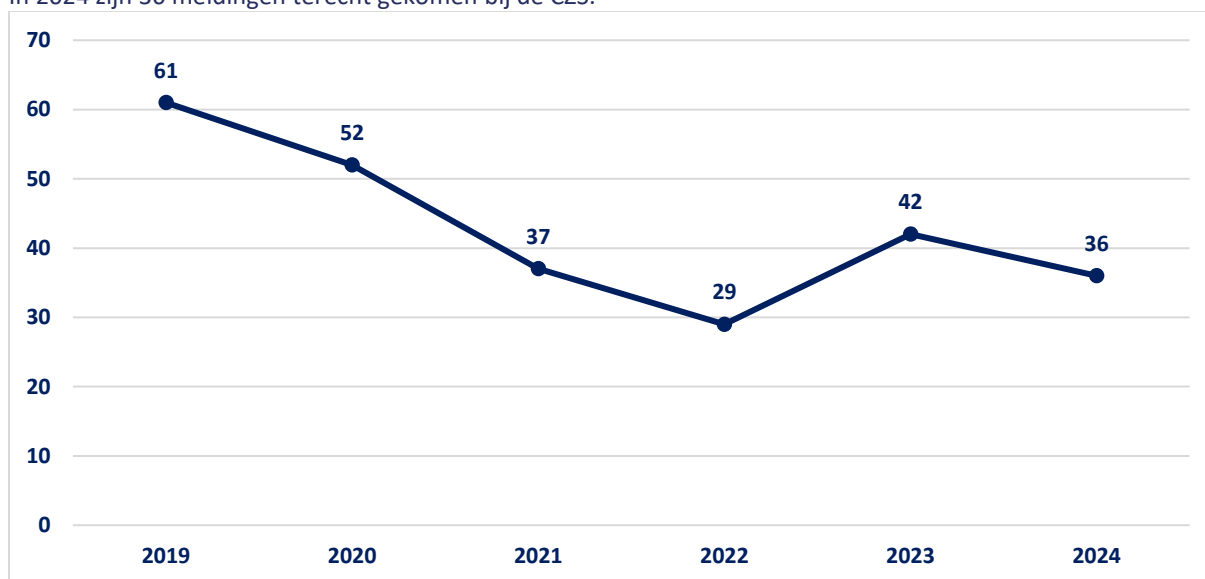


Figuur 1: Aantal incidenten per jaar verdeeld per gemeld loket

In het jaar 2024 is het aantal VIM-meldingen nagenoeg gelijk gebleven. Het aantal meldingen dat bij de CCVIM terecht is gekomen is bijna gehalveerd dan het jaar ervoor. Zonder het meerekenen van de TEL VIM's lijkt het beloop van het aantal gemelde incidenten redelijk stabiel in de afgelopen 5 jaar.

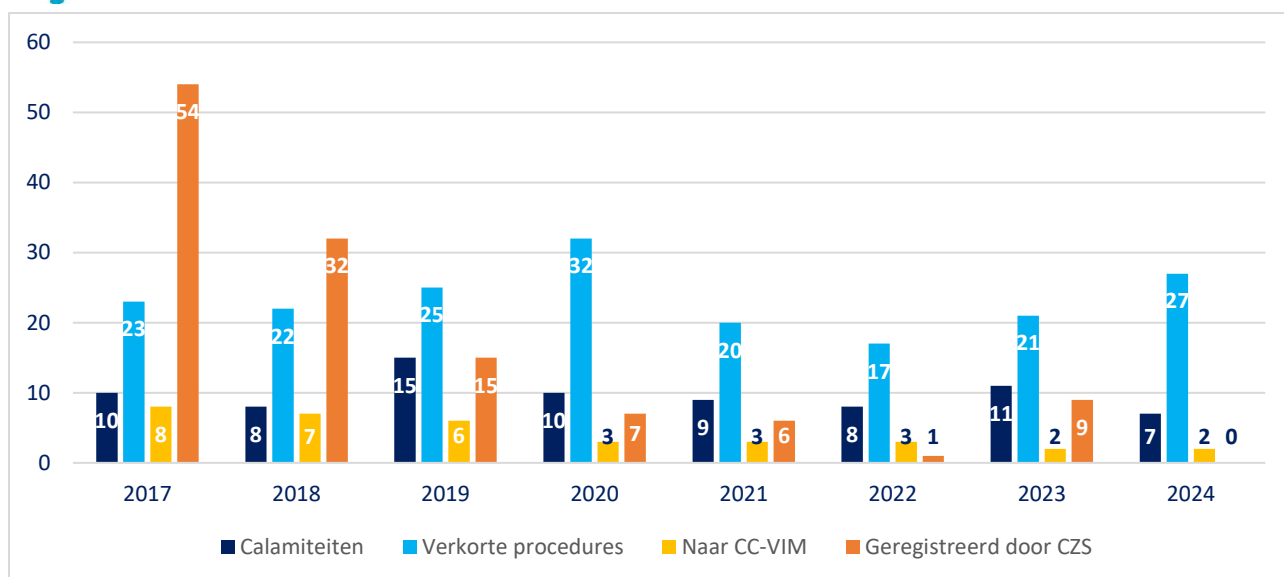
7.1 Totaal aantal CZS meldingen

In 2024 zijn 36 meldingen terecht gekomen bij de CZS.



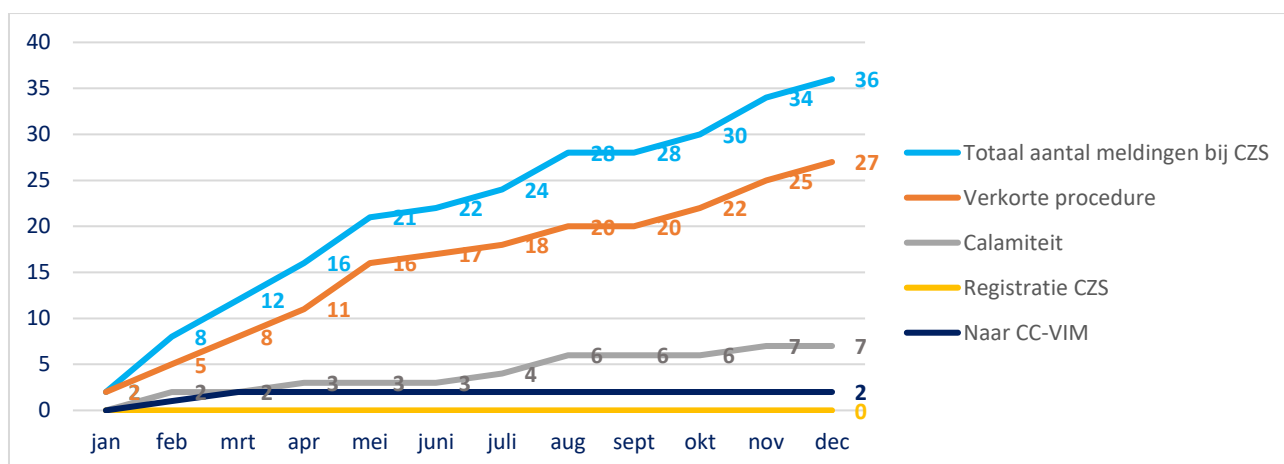
Figuur 2: Totaal aantal meldingen bij de CZS per jaar

Figuur 3 geeft het totaal aantal meldingen per soort onderzoek per jaar aan. Het aantal calamiteitenonderzoek schommelt rond de 10 en het aantal verkorte procedures is de afgelopen 2 jaar aan het toenemen.

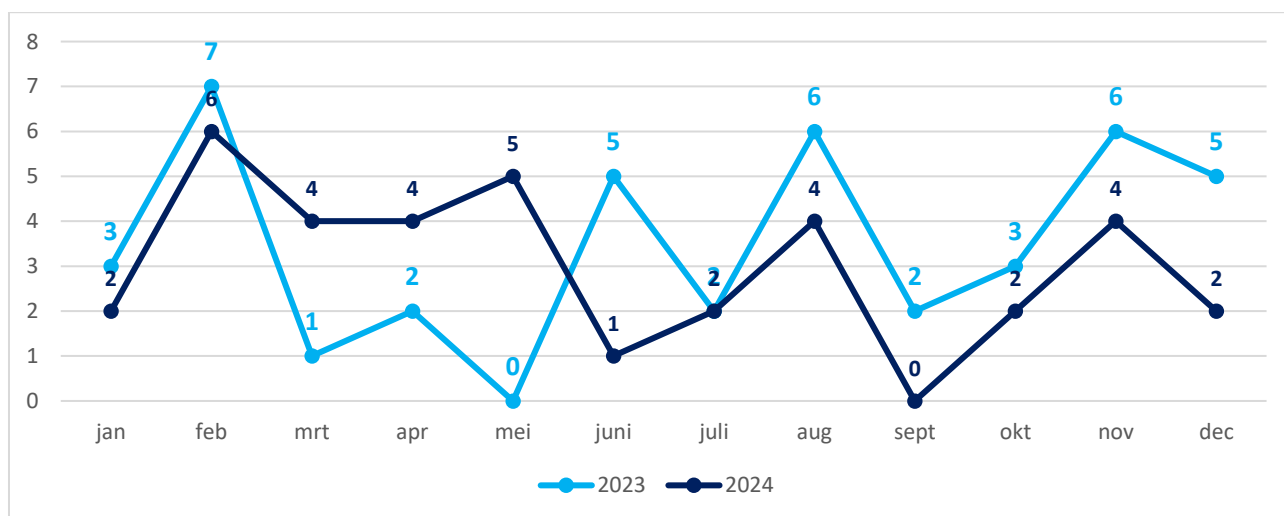


Figuur 3 Totaal aantal meldingen CZS per soort per jaar

Onderstaande Figuur 4 laat zien dat er van de 36 meldingen die gemeld zijn aan de CZS in 2024 er in totaal 34 meldingen tot een onderzoek hebben geleid: 27 meldingen tot een verkorte procedure en 7 meldingen gemeld bij IGI als potentiële calamiteit. Daarnaast werden 2 meldingen doorgeleid naar de CCVIM.



Figuur 4: Cumulatief aantal incidenten gemeld bij CZS per soort 2024

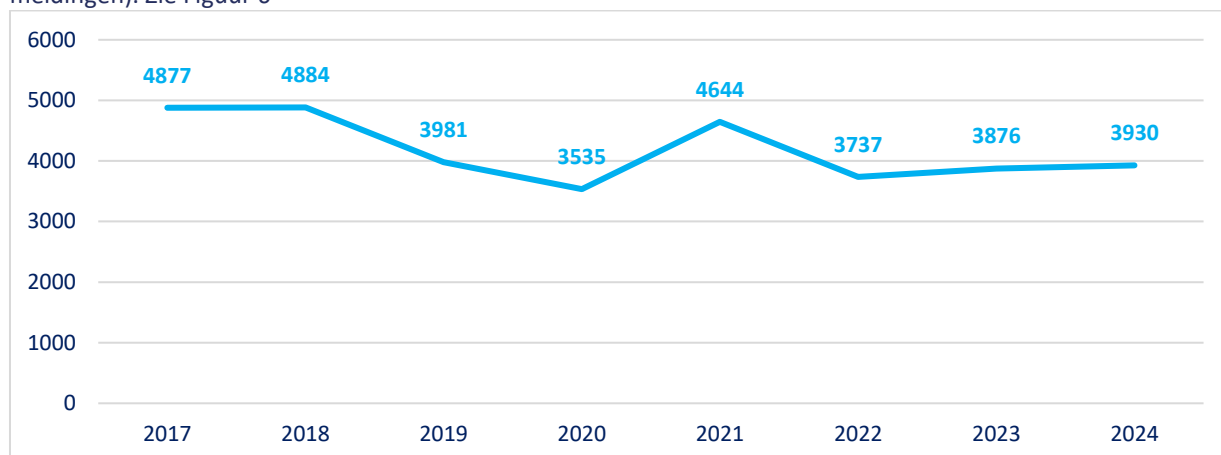


Figuur 5: Aantal gemelde incidenten bij de CZS per maand

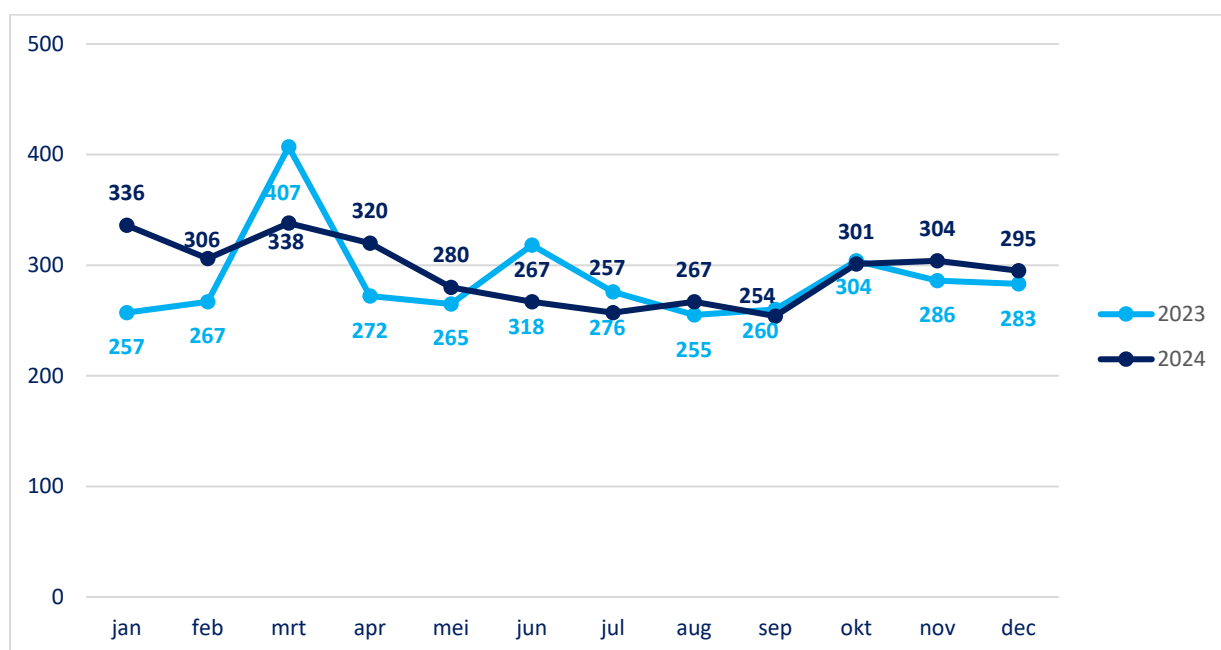


7.2 Totaal aantal VIM-meldingen

Het aantal VIM-meldingen (inclusief TEL-VIM) blijft over de afgelopen jaren redelijk stabiel (tussen 3500 en 5000 meldingen). Zie Figuur 6



Figuur 6: Aantal VIM-meldingen per jaar

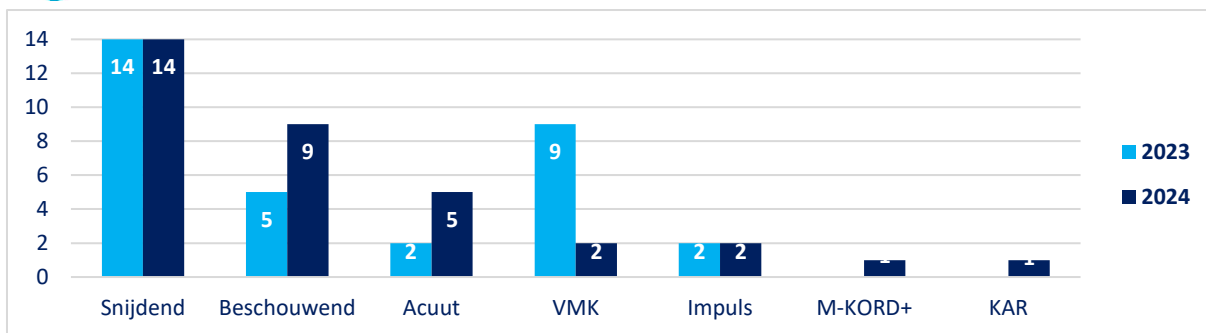


Figuur 7: Aantal VIM-meldingen per maand

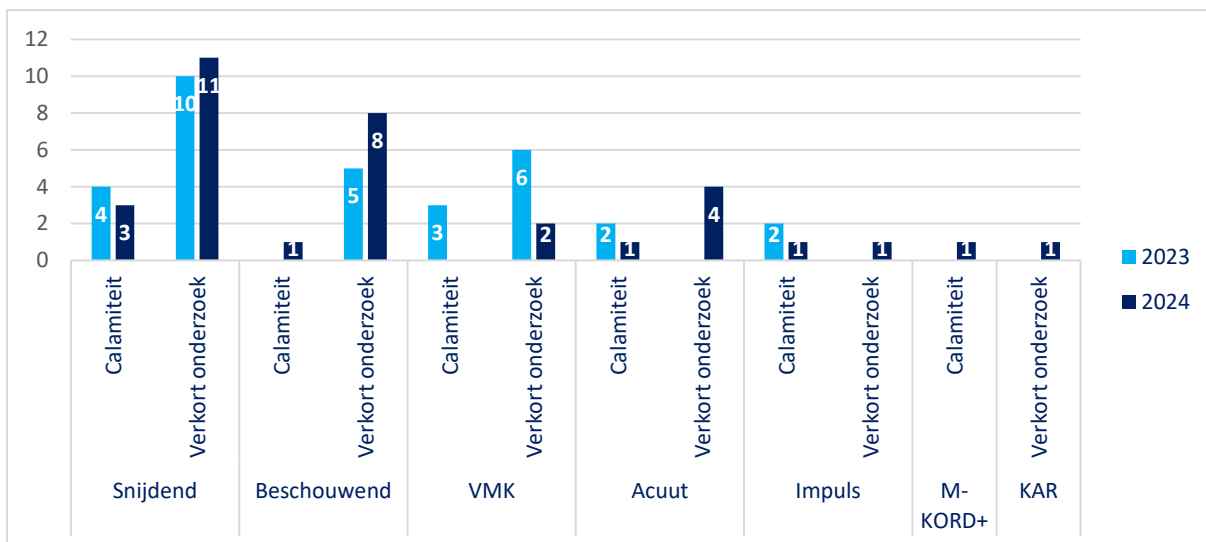
8 Betrokken zorggroepen

8.1 Betrokken zorggroepen bij de CZS meldingen

Er is gekeken naar de zorggroepen die meldingen hebben ingediend. In totaal zijn er in 2024 34 incidenten gemeld die tot een onderzoek hebben geleid (verkorte procedure of calamiteitenonderzoek). Bij de CZS is er vooral gemeld vanuit de zorggroepen snijdend (12 meldingen), Beschouwend (8 meldingen) en Acut (5 meldingen). In Figuur 8 en Figuur 9 is te zien dat het aantal meldingen per zorggroep uiteen loopt. Ook valt op dat VMK in 2023 9 meldingen en in 2024 2 meldingen heeft gedaan. Om de meldingsbereidheid binnenshuis onder de aandacht te houden spreekt de stafarts kwaliteit en veiligheid regelmatig met vakgroepen en medische staf over het bestaan van de CZS en het belang van melden. Daarnaast is vier keer per jaar een actuele casus besproken in de lunchbijeenkomsten voor de medische staf en arts-assistenten. Verpleegkundigen zijn in 2024 voor het eerst ook uitgenodigd voor deze bijeenkomsten. Veel verpleegkundige hebben hierna deze lunchbijeenkomsten bijgewoond.



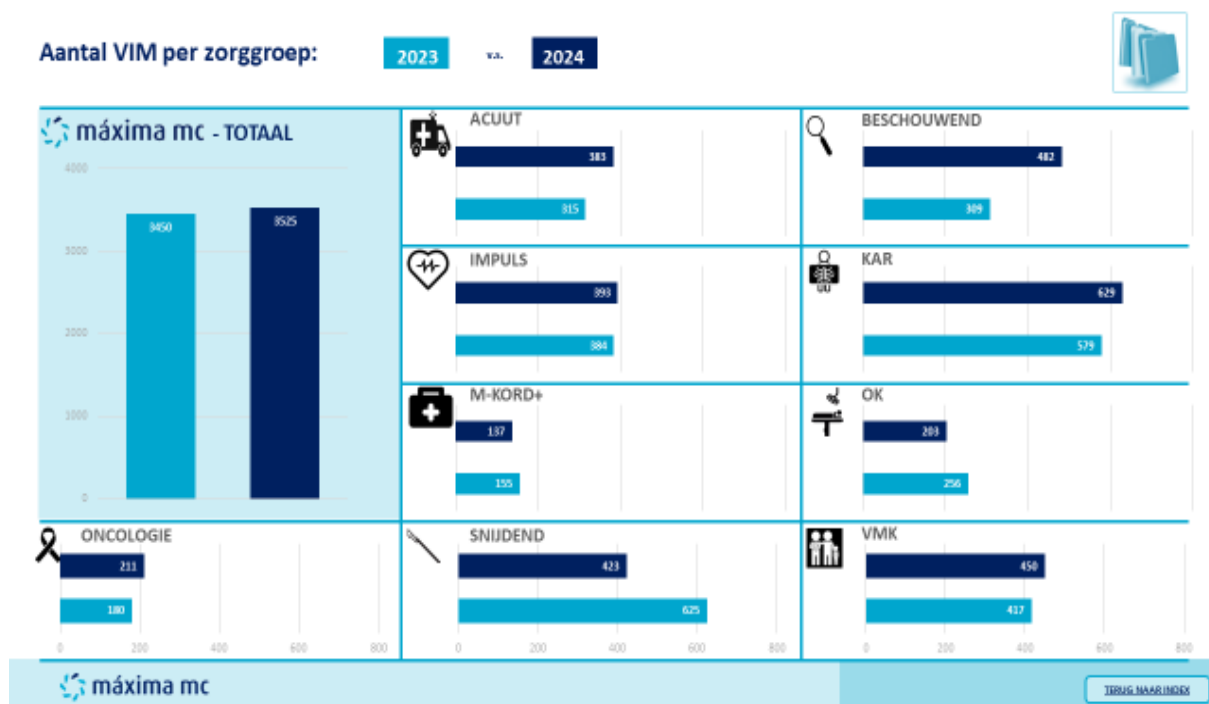
Figuur 8: Aantal onderzoeken uitgevoerd in 2023 en 2024



Figuur 9: Aantal soorten onderzoeken uitgevoerd in 2023 en 2024 per zorggroep

8.2 Betrokken zorggroepen bij de VIM-meldingen

Bij de VIM-meldingen (dc-VIM, CCVIM) is de verdeling anders. KAR heeft de meeste incidenten gemeld (629 meldingen), VMK (450 meldingen) en Beschouwend (482 meldingen).

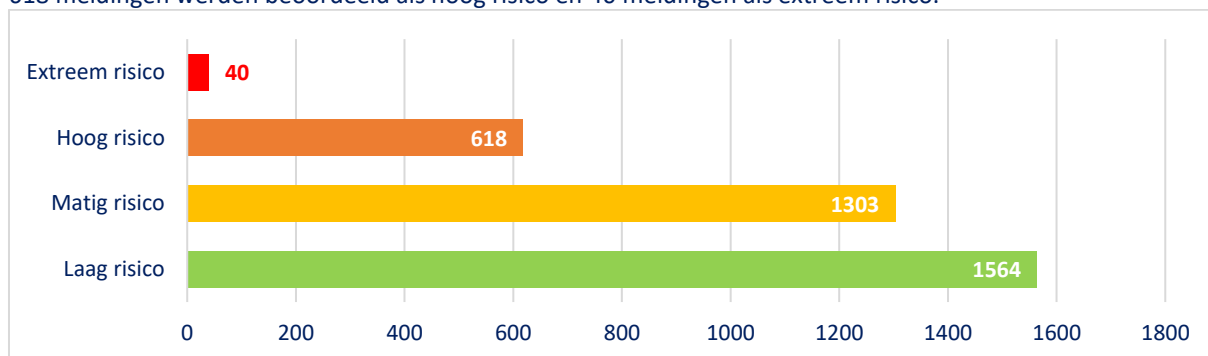


Figuur 10: Aantal VIM-meldingen 2023 en 2024 per zorggroep



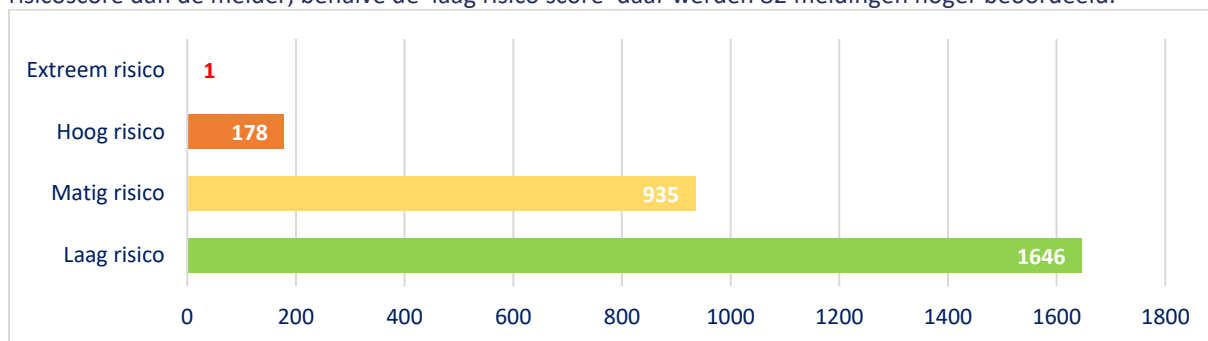
9 Ernst incidenten

De VIM-meldingen worden door de melder beoordeeld met behulp van de risicomatrix (zie Bijlage 1). De melder beoordeelde 1564 VIM-meldingen als een laag risico. 1303 VIM-meldingen kregen de risicoscore matig risico. 618 meldingen werden beoordeeld als hoog risico en 40 meldingen als extreem risico.



Figuur 11: Aantal VIM-meldingen verdeeld per risicoscore

De decentrale VIM-commissie beoordeelt een VIM-melding opnieuw. Er zijn 2760 VIM-meldingen beoordeeld door de decentrale VIM-commissies. De decentrale VIM-commissies beoordeelden de meldingen met een lagere risicoscore dan de melder, behalve de 'laag risico score' daar werden 82 meldingen hoger beoordeeld.

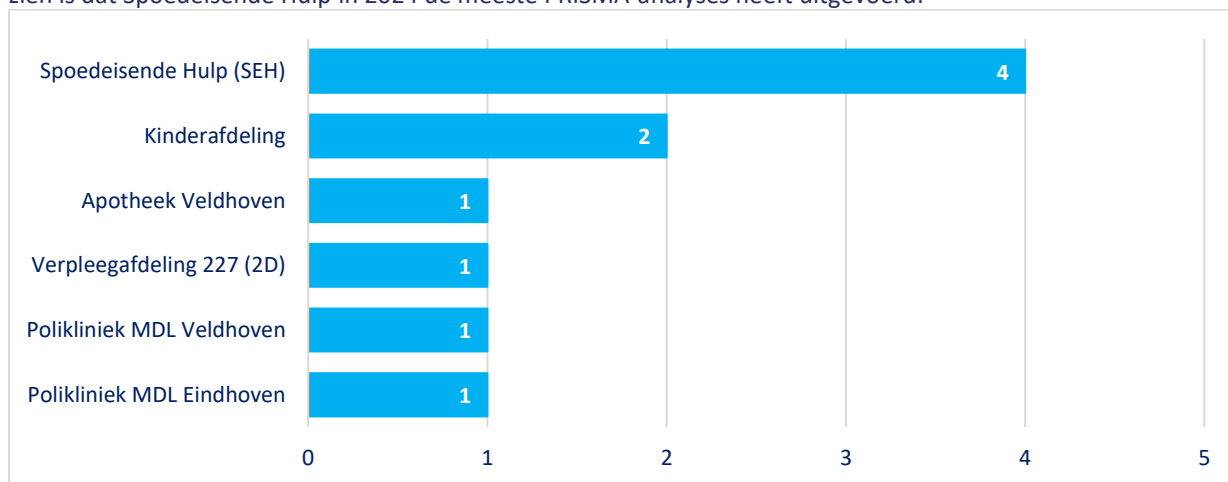


Figuur 12: Aantal VIM-meldingen beoordeelt door de decentrale VIM-commissies

10 Oorzaken

De calamiteitenonderzoeken en de verkorte procedures worden onderzocht via de onderzoeksmethode PRISMA-analyse. De oorzaken worden geclassificeerd via het Eindhoven Classificatie Model (ECM) en geregistreerd in het kwaliteitssysteem Zenya.

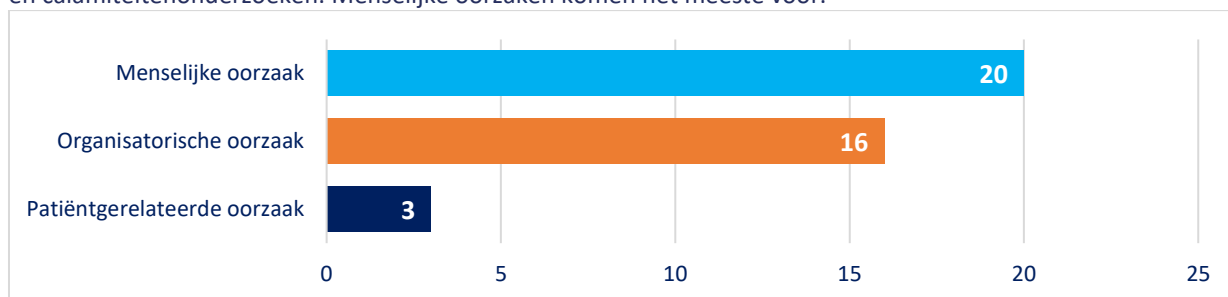
Ook de decentrale VIM-commissies hebben de methode PRISMA-analyse gebruikt om oorzaken van incidenten te vinden. Het aantal PRISMA-analyses per afdeling m.b.t. VIM-meldingen is hieronder weergegeven, waarin te zien is dat Spoedeisende Hulp in 2024 de meeste PRISMA-analyses heeft uitgevoerd:



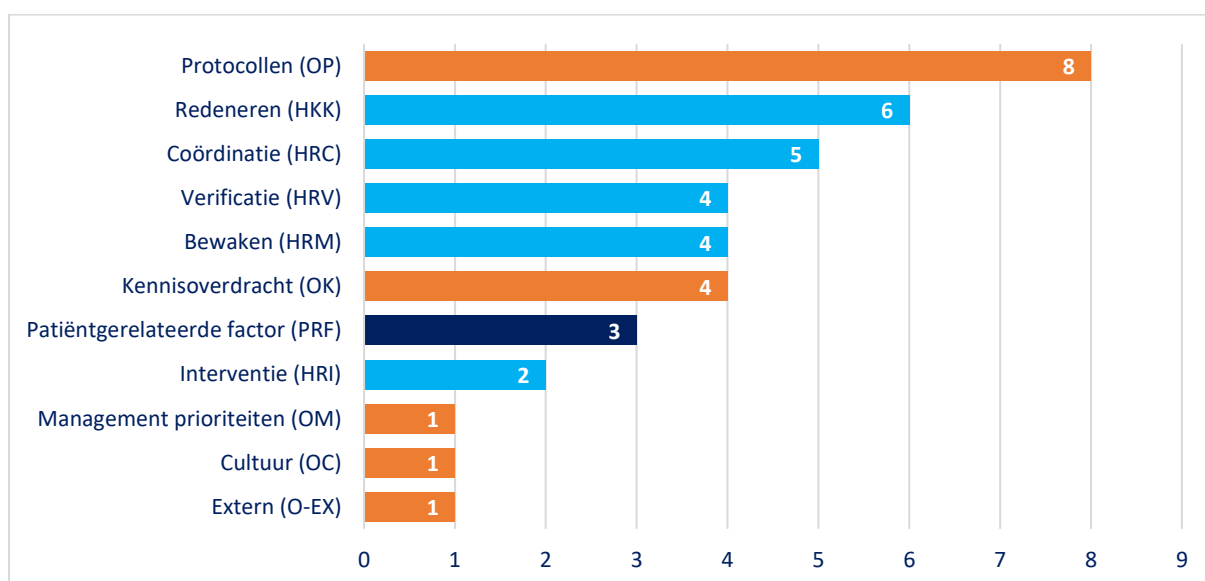
Figuur 13: Aantal PRISMA-analyses m.b.t. VIM-meldingen 2024 per afdeling



In Figuur 14 en Figuur 15 worden de basisoorzaken weergegeven die geclassificeerd zijn bij verkorte procedures en calamiteitenonderzoeken. Menselijke oorzaken komen het meeste voor.



Figuur 14: Basisoorzaken volgens het Eindhoven Classificatie Model (ECM) uit verkorte procedures en calamiteitenonderzoeken



Figuur 15: Uitwerking basisoorzaken volgens het ECM uit verkorte procedures en calamiteitenonderzoeken

De onderstaande oorzaken komen het meeste voor bij zowel de incidenten van de CCVIM als van de CZS:

- Protocollen niet up-to-date
- Bevoegd- en bekwaamheid van zorgverleners
- Communicatiefouten
- Medicatiefouten
- Coördinatie van zorg en overdracht

Per incident is de oorzaak opgespoord en zijn er verschillende verbeteradviezen gegeven (zie hoofdstuk 11).

11 Verbeteradviezen

Zowel de CZS als de CCVIM hebben naar aanleiding van onderzoek bij incidenten verbeteradviezen uitgebracht. De verbeteracties zijn onder te verdelen in zeven categorieën. Deze worden in paragraaf 11.1 t/m 11.7 uitgewerkt.

De verbeteradviezen worden gemonitord door de afdeling Kwaliteit & Veiligheid en elk half jaar in de reviewgesprekken door het management met de raad van bestuur besproken. Verbeteracties die afgewezen worden of waarbij de deadline overschreden wordt, worden periodiek besproken in de Commissie Zorggerelateerde Schade.

11.1 Protocoloptimalisatie

Veel verbetervoorstellen richten zich op het aanpassen, verduidelijken of standaardiseren van protocollen en werkafspraken. Dit komt terug in bijvoorbeeld:

- Aanpassen van het Trombolyse-protocol bij hersenbloedingen.



- Duidelijker beleid voor zorgweigering bij wilsonbekwaamheid.
- Uniformeren van labaanvragen en -beoordelingen binnen hematologie.
- Expliciet benoemen van beleid voor neurocontroles in dossiers.
- Duidelijkere afspraken over PEG-sondes en wie verantwoordelijk is.

11.2 Scholing en training

Er is een sterke focus op educatie en training van medisch personeel, onder andere via:

- Scholing over citraatintoxicatie voor verpleegkundigen.
- Scholing over wils(on)bekwaamheid en dwangmaatregelen.
- Alertheidstraining voor SEH-artsen m.b.t. neurologische problematiek bij middelengebruik.
- Terugkerende scholing over bloedafnames en nierfunctievervangende therapie.

11.3 Communicatie en casusbesprekingen

Een aantal incidenten benadrukt het belang van interprofessionele communicatie en structurele evaluaties, zoals:

- Casusbesprekingen binnen vakgroepen chirurgie, IC en SEH.
- MDO's tijdig en volledig beleggen bij complexe klinische problemen.
- Betere documentatie van acute hulpvragen en telefoonafspraken.

11.4 Medicatieveiligheid en dubbelcheck

Er zijn meerdere voorstellen die gericht zijn op voorkomen van medicatiefouten, zoals:

- Dubbelcheck van hoogrisico medicatie zoals Esketamine en Sendolor.
- Verminderen van ampullen hooggedoseerde Esketamine op SEH.
- Overweging van nieuwe pompen om verwisseling van pompijnen te voorkomen.

11.5 Coördinatie van zorg en overdracht

Er is behoefte aan betere coördinatie en borging van afspraken rondom patiëntenzorg, zoals:

- Vastleggen van wie verantwoordelijk is voor bloedafnames.
- Expliciet benoemen van obductiebeslissingen in dossiers.
- Overdrachtslijsten in Hix aanvullen met lopende onderzoeken.
- Patiënten zoveel mogelijk bij dezelfde behandelaar houden voor continuïteit.

11.6 Voorlichting en patiëntbetrokkenheid

Sommige verbeteracties richten zich op betere patiënteninformatie, bijvoorbeeld:

- Voorlichting voor partners van dialysepatiënten over complicaties.
- Borging van actuele patiëntenfolders in het systeem.
- Proactieve communicatie over klachtenprocedures na incidenten.

11.7 Hygiëne en materiaalbeheer

Verbeteringen op het gebied van hygiëne en schoonmaakstructuren, zoals:

- Schoonmaak van bedstoelen op de dialyse-afdeling.
- Voorkomen van overvolle handschoendozen in de medicatieruimte.

12 Betrokkenheid patiënt of nabestaanden

Binnen MMC is afgesproken dat bij calamiteitenonderzoeken de patiënt en/of nabestaanden waar mogelijk betrokken worden bij het onderzoek. Zij worden geïnformeerd over het lopende onderzoek, worden gehoord door de onderzoekscommissie en de onderzoeksresultaten worden aan hen toegelicht door de raad van bestuur en hoofdbehandelaar indien zij hier behoefte aan hebben. Bij alle calamiteitenonderzoeken hebben patiënten/nabestaanden een gesprek gehad met de raad van bestuur en de hoofdbehandelaar. Dit geeft aan dat er behoefte is aan het nagesprek. Bij alle calamiteiten onderzoeken is de patiënt en/of nabestaanden bij het onderzoek betrokken en hebben zij de onderzoeksrapportage ontvangen. Bij verkorte procedures en analyse van



de VIM-meldingen worden de patiënt en/of nabestaanden niet standaard betrokken, behalve als dit noodzakelijk lijkt voor het goed in kaart brengen van de gebeurtenissen. Hiervan was in 2023 geen sprake.

13 Nazorg medewerkers

In ons ziekenhuis hechten we veel waarde aan nazorg voor medewerkers die betrokken zijn bij calamiteiten of incidenten, ook wel 'de tweede slachtoffers' genoemd. Om hen te ondersteunen, is het **Peer Support-programma** ontwikkeld.

13.1 Individuele nazorg

Bij incidenten wordt nazorg doorgaans verleend via Peer Support of informele gesprekken met collega's. Als bij de eerste melding nog geen nazorg was ingeschakeld, neemt de Commissie Zorggerelateerde Schade (CZS) proactief contact op met het Team van Peer Support om Peer Support laagdrempelig aan te bieden. Tijdens calamiteitengesprekken wordt altijd nagegaan of betrokkenen een gesprek met Peer Support hebben gehad. Medewerkers geven aan deze gesprekken als zeer waardevol te ervaren. Deze ervaringen worden vastgelegd in de onderzoeksrapportage.

13.2 Teamgerichte nazorg: de Senza-methode

Bij een aantal calamiteiten is team support toegepast door middel van een groepsgesprek direct na het incident, uitgevoerd volgens de **Senza-methode**. Deze methode is specifiek ontwikkeld om de weerbaarheid van zorgteams te vergroten na een ingrijpende gebeurtenis.

De Senza-methode omvat vijf stappen:

- **S = Samen starten:** Het team komt bijeen om het incident te bespreken.
- **E = Ervaringen delen:** Betrokkenen delen hun persoonlijke ervaringen en gevoelens.
- **N = Normaliseren:** Het team krijgt inzicht in normale reacties op een stressvolle situatie.
- **Z = Zelfzorg stimuleren:** Er wordt aandacht besteed aan manieren om goed voor zichzelf te zorgen.
- **A = Afspraken maken:** Het team maakt afspraken over hoe verder te gaan en steun te bieden aan elkaar.

13.3 Learning Teams: leren en herstellen als team

Voor 2025 wordt een nieuwe methode geïntroduceerd: **Learning Teams**. Deze methode richt zich op leren van incidenten door groepsgesprekken te organiseren met alle betrokkenen.

Een Learning Team heeft als doel:

- **De perspectieven van alle betrokkenen samenbrengen** om inzicht te krijgen in wat er is gebeurd en waarom.
- **Een veilige omgeving creëren** waarin medewerkers open en zonder oordeel kunnen spreken over het incident.
- **Praktische verbeteringen identificeren**, die bijdragen aan de veiligheid en het welzijn van medewerkers en patiënten.

Door Learning Teams te integreren, willen we niet alleen het herstelproces ondersteunen, maar ook het lerend vermogen van ons ziekenhuis versterken.

13.4 Peer support

Aan medewerkers die betrokken zijn bij een (ernstig) incident wordt laagdrempelig Peer Support ingeschakeld. Binnen het MMC is hiertoe een collegiaal opvang systeem (Peersupport) ingericht. Collega's ('peer-group') zijn opgeleid om psychologische risico factoren te identificeren. Eenmaal geïdentificeerd, worden medewerkers effectief begeleid door hun collega's.

Peer support heeft de volgende doelen:

- Beperken van gevolgschade van incidenten voor medewerkers en organisatie;
- Bieden van deskundige en effectieve opvang en begeleiding aan getroffen;



- Vroegsignalering van dreigende verwerkingsproblematiek en zo nodig doorverwijzen naar externe deskundigen;
- Vergroten van het gevoel van veiligheid bij de medewerkers: 'als mij iets overkomt, is de organisatie er (ook) voor mij'.
- Bijdragen aan een open, lerende cultuur.

Met het Peer Support-programma, de Senza-methode, en de implementatie van Learning Teams blijft MMC zich inzetten voor de ondersteuning en ontwikkeling van medewerkers na ingrijpende gebeurtenissen.

14 Conclusies

- Ten opzichte van vorig jaar zijn is het aantal gemelde incidenten ongeveer gelijk (3930 t.o.v. 3876).
- In de afgelopen 5 jaar schommelt het totaal aantal gemelde incidenten tussen de 3500 en 4000.
- De CZS heeft minder meldingen ontvangen (36 t.o.v. 42). De afgelopen 5 jaren zit het aantal incidenten dat gemeld wordt bij de CZS tussen de 35 en 50.
- Het aantal calamiteitenonderzoek blijft de afgelopen jaar rond de 10. Het aantal verkorte procedures is de afgelopen 2 jaar aan het oplopen.
- Voor zowel de CZS als voor de VIM-meldingen geldt dat het aantal meldingen bij sommige zorggroepen laag is. De zorggroep KAR heeft juist het hoogste aantal VIM-meldingen (n=629) en het laagste aantal CZS meldingen (n=0).
- De aandacht op een afdeling voor het melden van incidenten heeft een positief effect op het aantal meldingen (voorbeeld is de VIM-battle in maart 2023 op twee verpleegafdelingen). Wanneer deze aandacht er niet meer is, neemt het aantal meldingen weer af. Dit is het geval binnen de zorggroep Snijdend (323 in 2024 t.o.v. 675 in 2023).
- Bij Snijdend is het aantal uitgevoerde onderzoeken het grootst (n=14). Dit is gelijk gebleven t.o.v. 2023.
- Overeenkomend met voorgaande jaren werd voor een groot aantal calamiteitenonderzoeken uitstel aangevraagd en werd voor zowel verkorte procedures als de calamiteitenonderzoeken de initiële oplevertermijn niet behaald;
- De belangrijkste oorzaken zijn voor zowel de CZS-meldingen als de VIM-meldingen hetzelfde:
 - Protocollen niet up-to-date
 - Bevoegd- en bekwaamheid van zorgverleners
 - Communicatiefouten
 - Medicatiefouten
 - Coördinatie van zorg en overdracht
- Doordat de oorzaken voor zowel de CZS als de VIM hetzelfde zijn, zijn de verbeteradviezen ook hetzelfde:
 - Protocoloptimalisatie
 - Scholing en training
 - Communicatie en casusbesprekingen
 - Medicatieveiligheid en dubbelcheck
 - Coördinatie van zorg en overdracht
 - Voorlichting en patiëntbetrokkenheid
 - Hygiëne en materiaalbeheer
- Peer support wordt bij ernstige incidenten als zeer waardevol ervaren. Ook de methode Senza (groepsgesprekken) wordt erg gewaardeerd en wordt in 2024 verder uitgebreid en ingezet.
- Naast de Senza methodiek wordt ook de methode Learning Teams geïmplementeerd

15 Aanbevelingen

- Blijven agenderen van meldingsbereidheid in de verschillende vak- en zorggroepen binnen de medische staf.
- Ook op de afdelingen dient continue aandacht besteed worden aan incidenten. Dit verhoogt de meldingsbereidheid.
- Tijdens de Quality Review de CZS meldingen en de VIM-meldingen bespreken met de Raad van Bestuur en bestuur medische staf;
- Groepsgesprekken via de Senza methode verder uitbreiden en inzetten.
- PRISMA-analyse bij de decentrale VIM-commissie verder onder de aandacht brengen.



- Safety II gedachte integreren bij ernstige incidenten en VIM-meldingen.



Bijlage 1. Risicomatrix MMC

		Ernst				
		Catastrofaal	Groot	Matig	Klein	Gering
Waarschijnlijkheid	(Bijna) zeker	25	22	20	13	11
	Waarschijnlijk	24	21	15	12	6
	Mogelijk	23	17	14	8	3
	Onwaarschijnlijk	19	16	9	7	2
	Zeldzaam	18	10	5	4	1

	Laag risico
	Matig risico
	Hoog risico
	Extreem risico

Bron: A risk matrix for risk managers (2008). NHS National Patient Safety Agency