

# Jaarverslag 2025

Gemelde incidenten en calamiteiten

Kwaliteit & Veiligheid  
Máxima MC



## 1 Inhoudsopgave

|           |   |           |
|-----------|---|-----------|
| <b>2</b>  | <b>Inleiding</b> .....  | <b>3</b>  |
| <b>3</b>  | <b>Commissie Zorggerelateerde Schade</b> .....  | <b>4</b>  |
| 3.1       | Samenstelling van de commissie .....  | 4         |
| 3.2       | Afhandeling van meldingen door de CZS.....  | 4         |
| 3.3       | Verbeteracties en borging .....   | 5         |
| <b>4</b>  | <b>Centrale Commissie VIM</b> .....   | <b>6</b>  |
| 4.1       | Samenstelling van de commissie .....  | 6         |
| 4.2       | Werkwijze en organisatie .....  | 6         |
| <b>5</b>  | <b>Decentrale VIM-commissies</b> .....  | <b>7</b>  |
| <b>6</b>  | <b>TEL VIM meldingen</b> .....  | <b>8</b>  |
| <b>7</b>  | <b>Beloop totaal aantal meldingen 2011-2025</b> .....                                     | <b>9</b>  |
| 7.1       | Totaal aantal CZS meldingen .....   | 9         |
| 7.2       | Totaal aantal VIM-meldingen .....   | 11        |
| <b>8</b>  | <b>Betrokken zorggroepen</b> .....  | <b>12</b> |
| 8.1       | Betrokken zorggroepen bij de CZS meldingen.....   | 12        |
| <b>9</b>  | <b>Ernst incidenten</b> .....   | <b>14</b> |
| <b>10</b> | <b>Oorzaken</b> .....   | <b>15</b> |
| <b>11</b> | <b>Verbeteradviezen en trends</b> .....   | <b>17</b> |
| 11.1      | Medicatieveiligheid (antistolling, opiaten, epiduraal/veneus onderscheid, dosering) ..... | 17        |
| 11.2      | Communicatie en overdracht tussen disciplines en specialismen .....                       | 17        |
| 11.3      | Acute zorgketen en capaciteit .....   | 17        |
| 11.4      | Protocollen, documentatie en professionalisering van processen.....                       | 18        |
| 11.5      | Conclusie.....  | 18        |
| <b>12</b> | <b>Betrokkenheid patiënt of nabestaanden</b> .....  | <b>19</b> |
| <b>13</b> | <b>Nazorg medewerkers</b> .....   | <b>20</b> |
| 13.1      | Individuele nazorg: Peer Support .....  | 20        |
| 13.2      | Teamgerichte nazorg: de Senza-methode .....   | 20        |
| 13.3      | Learning Teams: leren en herstellen als team .....  | 20        |
| <b>14</b> | <b>Gesprekken met IGJ</b> .....   | <b>21</b> |
| 14.1      | IGJ bezoek verbeteren in vizier.....  | 21        |
| <b>15</b> | <b>Conclusies</b> .....   | <b>22</b> |
| <b>16</b> | <b>Aanbevelingen</b> .....  | <b>23</b> |
| <b>1</b>  | <b>Bijlage: Risicomatrix MMC</b> .....  | <b>24</b> |



## 2 Inleiding

Veiligheid vormt een essentieel onderdeel van het kwaliteitsdenken binnen MMC. Wij leren van situaties waarin het goed gaat, maar ook van situaties waarin iets misgaat. Dit doen we niet om elkaar af te rekenen, maar om structureel te verbeteren en herhaling te voorkomen.

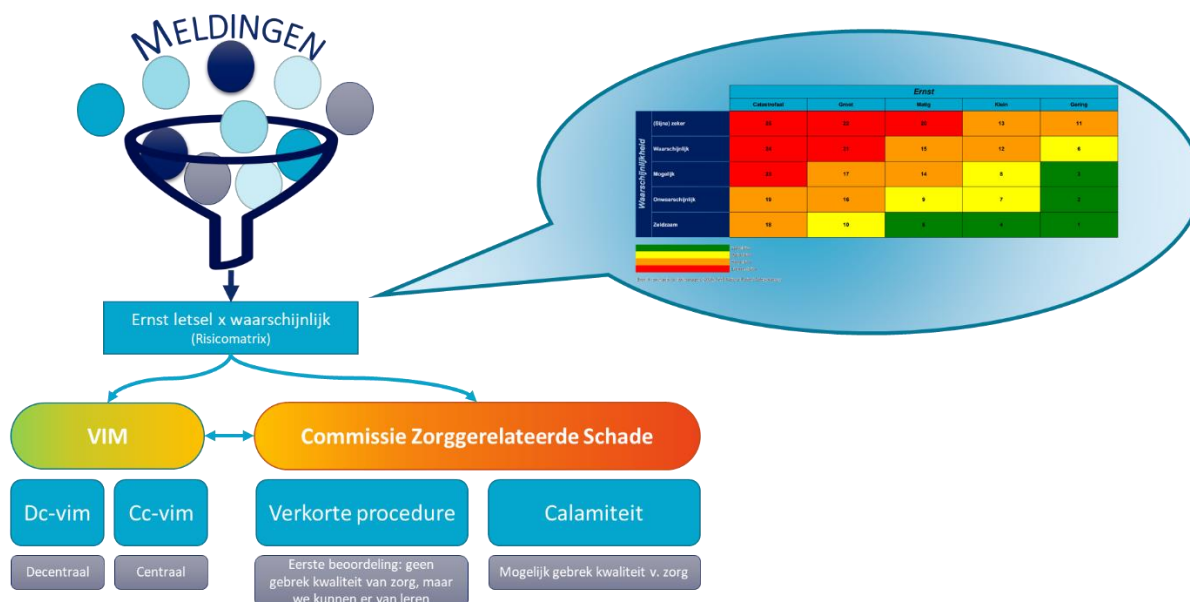
Het melden en analyseren van (ernstige) incidenten is hierbij een belangrijk instrument. Een incident is een onbedoelde gebeurtenis in het zorgproces die schade aan een patiënt heeft veroorzaakt, had kunnen veroorzaken of nog kan veroorzaken. Niet alleen formele calamiteiten, maar ook andere incidenten waarbij (mogelijke) significante patiëntschaade optreedt, worden nader onderzocht. Het uitgangspunt hierbij is: "MMC leert van incidenten en calamiteiten."

Alle incidenten worden gemeld via een meldformulier in Zenya, het digitale kwaliteitssysteem van MMC. Op basis van de risicoclassificatie (zie Bijlage 1) wordt elke melding automatisch naar het juiste loket gestuurd:

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

De melder ontvangt altijd een terugkoppeling vanuit de betreffende commissie. De commissies hebben onderling regelmatig afstemming om te beoordelen waar een incident het beste kan worden geanalyseerd en afgehandeld, vooral wanneer een melding niet in het juiste loket is terechtgekomen (bijvoorbeeld door een te hoog of te laag ingeschatte risicoclassificatie).

Met deze werkwijze wordt geborgd dat incidenten op de juiste wijze worden onderzocht, gerapporteerd en (indien van toepassing) gemeld bij de IGJ.





## 3 Commissie Zorggerelateerde Schade

Incidenten die via het meldformulier in Zenya bij de Commissie Zorggerelateerde Schade (CZS) terechtkomen, betreffen situaties waarin een patiënt ernstige zorggerelateerde schade heeft opgelopen. De CZS verzamelt deze meldingen en vervult een centrale rol in de beoordeling van de aard van het incident en in de coördinatie en uitvoering van het vervoltraject dat hierbij nodig is.

Deze werkwijze staat los van de complicatieregistratie en -besprekingen die binnen de vakgroepen plaatsvinden.

### 3.1 Samenstelling van de commissie

De commissie bestond in 2025 uit de volgende leden:

- Ad de Gooijer, intensivist, stafarts kwaliteit, tevens voorzitter;
- Lennie van de Berg, neuroloog, lid, tevens voorzitter Centrale Commissie VIM;
- Maarten Loos, chirurg, (waarnemend) arts;
- Dianne van de Ven, anesthesist, (waarnemend) arts;
- Linde Schutgens, Arts assistent niet in opleiding interne geneeskunde;
- Hanneke Kuijten, manager kwaliteit & veiligheid;
- Alex Jansen, afdelingshoofd
- Jeske van Gassel, adviseur kwaliteit & veiligheid, ambtelijk secretaris.

### 3.2 Afhandeling van meldingen door de CZS

Wanneer een melding bij de CZS binnenkomt, beoordeelt de commissie deze melding en bepaalt welk van onderstaande trajecten hierop volgt. Afhankelijk van de ernst van het incident kan gekozen worden voor:

- 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<sup>e</sup> drie situaties is het doel om leerpunten te formuleren en te komen tot één of meer verbeteracties.

#### Ad. a.

Wanneer er sprake is van een calamiteit wordt deze gemeld bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Vervolgens wordt een multidisciplinair onderzoeksteam samengesteld, bestaande uit een getraind voorzitter (medisch specialist), een adviseur kwaliteit & veiligheid, betrokken medisch specialisten en indien nodig een afdelingshoofd en/of verpleegkundige).

Dit onderzoeksteam voert een SIRE-onderzoek uit, maakt een PRISMA-analyse en rapporteert in 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 die een bestuurlijke reactie opstelt. Alleen de bestuurlijke reactie wordt aan de IGJ toegezonden.

De betrokken patiënt of diens familie wordt vooraf geïnformeerd over het opstarten van het onderzoek, waar mogelijk betrokken bij het onderzoek en achteraf geïnformeerd over de bevindingen van het onderzoeksteam. De (geanonimiseerde) rapportage wordt aan de patiënt of familie verstrekt; hierbij 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 gekozen voor een verkorte onderzoeksprocedure. 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 volgens een vastgesteld format gerapporteerd aan de CZS. Indien de onderzoeksresultaten daartoe aanleiding geven, kan de CZS alsnog besluiten het incident als calamiteit bij IGJ te melden.



**Ad. c.**

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

### 3.3 Verbeteracties en borging

Uit zowel calamiteitenonderzoeken als verkorte onderzoeken worden verbeteracties geformuleerd. Deze acties worden vastgelegd in het kwaliteitssysteem Zenya. Elke actie heeft een eigenaar die verantwoordelijk is voor het uitvoeren van de actie. De voortgang van de verbeteracties wordt standaard opgenomen in de halfjaarlijkse kwaliteitsrapportage en besproken door de manager en hoofdzorggroep, bestuur medische staf en de raad van bestuur in de Quality Reviewgesprekken in mei en november.

In 2024 is de CZS gestart met het periodiek bespreken van openstaande verbeteracties die afgewezen zijn of waarvan de deadline is verlopen om zo de voortgang en borging van de verbetermaatregelen verder te versterken.



## 4 Centrale Commissie VIM

De Centrale Commissie VIM (CCVIM) is verantwoordelijk voor de verwerking en analyse van incidentmeldingen in MMC, waarbij sprake is van een hoge risicoscore. De commissie concentreert zich met name op incidenten met een ernstiger karakter en meldingen die door melder of de decentrale VIM commissies (dc-VIM's) direct naar de CCVIM worden verwezen. Tevens houdt de CCVIM toezicht op meldingen die in eerste instantie worden beoordeeld en afgehandeld door de decentrale VIM commissies.

### 4.1 Samenstelling van de commissie

De commissie bestond in 2025 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
- Marieke Staatsen, Anesthesioloog
- Sjoukje Troost, ziekenhuisapotheker
- Linda van de Ven, Afdelingshoofd
- Wilma Verheyden, medicatieveiligheidsfunctionaris
- Michela Zanetti, manager

### 4.2 Werkwijze en organisatie

Alle VIM-meldingen worden geregistreerd in Zenya en krijgen een uniek meldingsnummer. Een melding wordt door de melder geclassificeerd volgens de Risicomatrix MMC (zie 1). Meldingen met de classificatie laag, matig of hoog worden op de betreffende afdeling door de decentrale VIM-commissie geanalyseerd en afgehandeld.

Wanneer een melding wordt geclassificeerd als 'Extreem' (zie bijlage 1) wordt deze automatisch doorgestuurd naar de CCVIM. De CCVIM beoordeelt vervolgens of de melding door de afdeling zelf, door de CCVIM of de Commissie Zorggerelateerde Schade (CZS) afgehandeld kan/moet worden. Wanneer de melding wordt doorgeleiding naar de CZS wordt de melder hiervan op de hoogte gesteld.

Het komt ook voor dat een mogelijk incident eerst door de CZS wordt ontvangen en daarna op basis van beoordeling wordt overgedragen aan de CCVIM.

De CCVIM vergadert plenair op de tweede dinsdag van iedere twee maanden. Indien nodig brengt de commissie naar aanleiding van één of meerdere meldingen een advies uit aan de raad van bestuur, medische staf of betrokken afdeling.



## 5 Decentrale VIM-commissies

MMC telt 69 decentrale VIM-commissies, waarvan:

- 21 in de kliniek
- 27 in de polikliniek
- 21 bij overige afdelingen

Volgens het reglement (iDoc 5824) dient in iedere decentrale VIM-commissie een medisch specialist deel te nemen. In één klinische en één poliklinische commissie is dit niet het geval. Deze commissies geven aan dat zij met meerdere artsen VIM-meldingen bespreken en dat de betreffende arts waar nodig acties onderneemt. Daarnaast zijn er één klinische en één poliklinische commissie waarin een physician assistant of verpleegkundig specialist zitting heeft in plaats van een medisch specialist.

### **PRISMA-analyses**

In 2025 zijn 22 PRISMA-analyses uitgevoerd, een stijging van 12 t.o.v. het voorgaande jaar. Met de PRISMA-methodiek worden de basisoorzaken van een incident systematisch opgespoord.

### **Ondersteuning en netwerkbijeenkomsten**

De decentrale VIM-commissies worden twee keer per jaar uitgenodigd door de Projectmedewerker K&V om ontwikkelingen rondom de VIM-meldingen te bespreken. In 2025 lag hierbij bijzondere nadruk op de ontwikkeling van TIM (Transmuraal Incident Melden). TIM is een gestructureerde methode voor het melden van onbedoelde gebeurtenissen of bijna-incidenten tussen verschillende zorgorganisaties zoals een melding van een huisarts richting ziekenhuis). Doel is het verbeteren van transmurale samenwerking en patiëntveiligheid door het analyseren van ketenfouten, zoals bijvoorbeeld verpleegkundige overdrachtsproblemen. In de netwerkbijeenkomsten is specifiek stilgestaan bij de rol van de decentrale VIM-commissie bij TIM-meldingen. Daarnaast doen VIM-commissies regelmatig een beroep op Kwaliteit & Veiligheid voor laagdrempelige ondersteuning, onder andere bij het uitvoeren van een PRISMA-analyse of het opstellen van een TEL-VIM.



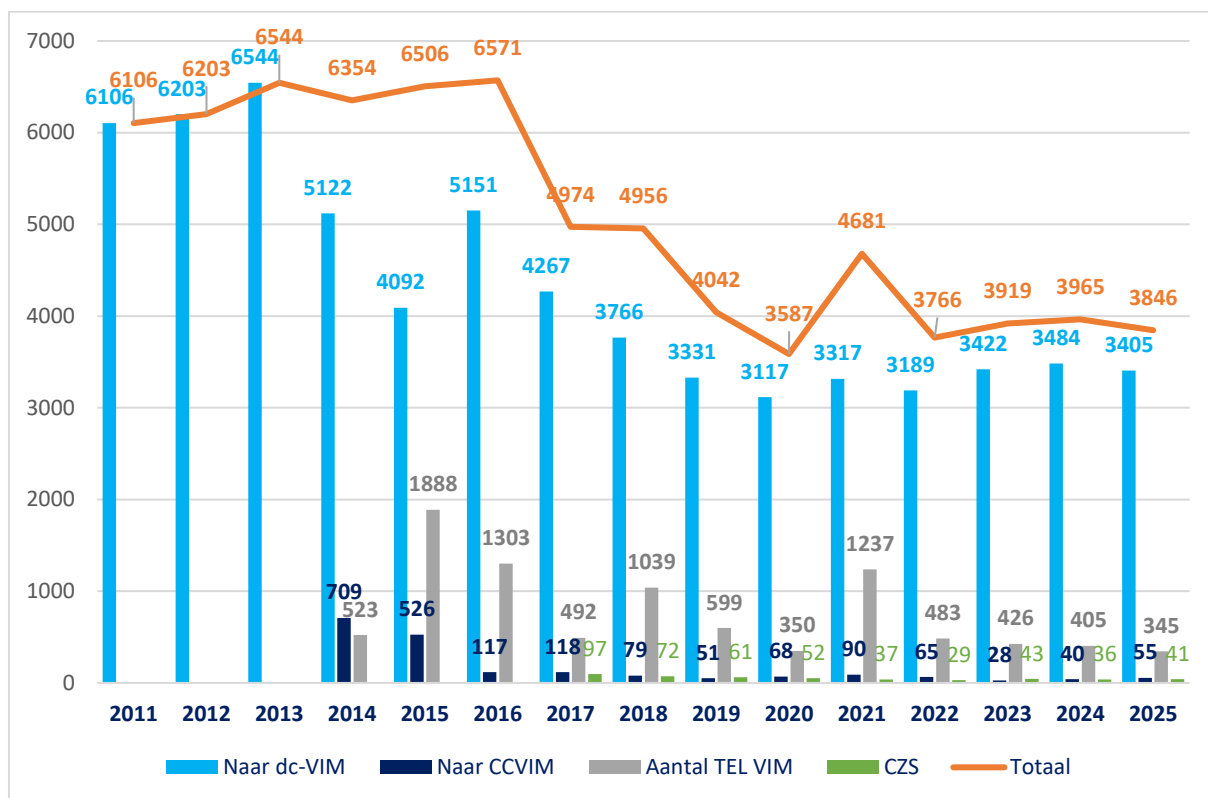
## 6 TEL VIM meldingen

Een aantal afdelingen maakt gebruik van een TEL-VIM om incidenten rond een specifiek onderwerp systematisch te registreren. Een TEL-VIM wordt ingezet wanneer de mogelijke oorzaken van een bekend probleem al eerder zijn geïnventariseerd, maar nog niet duidelijk is welke oorzaken het meest voorkomen. Gedurende een periode van twee maanden worden alle incidenten binnen dat onderwerp gemeld, waarbij per melding wordt aangegeven welke van de vooraf vastgestelde oorzaken een rol speelde. De afhandeling van deze meldingen gebeurt door de decentrale VIM-commissie van de betreffende afdeling. Na afloop van deze periode wordt een rapportage opgesteld, waarmee de afdeling inzicht krijgt in de meest frequente oorzaken en zo gericht kan bepalen welke verbeteringen prioriteit hebben.

In **2025** zijn **345 meldingen** geregistreerd via een TEL-VIM, een lichte daling ten opzichte van 2024



## 7 Beloop totaal aantal meldingen 2011-2025

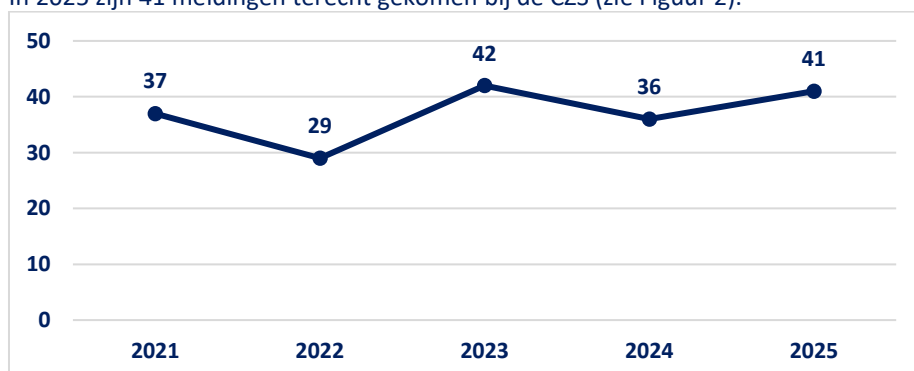


Figuur 1: Aantal incidenten per jaar verdeeld per gemeld loket

In 2025 is het totale aantal VIM-meldingen nagenoeg stabiel gebleven. Het aantal meldingen dat door de CCVIM is beoordeeld, laat echter een lichte stijging zien ten opzichte van het voorgaande jaar. Wanneer de TEL-VIM's buiten beschouwing worden gelaten, blijkt het aantal gemelde incidenten over de afgelopen vijf jaar relatief constant te zijn gebleven.

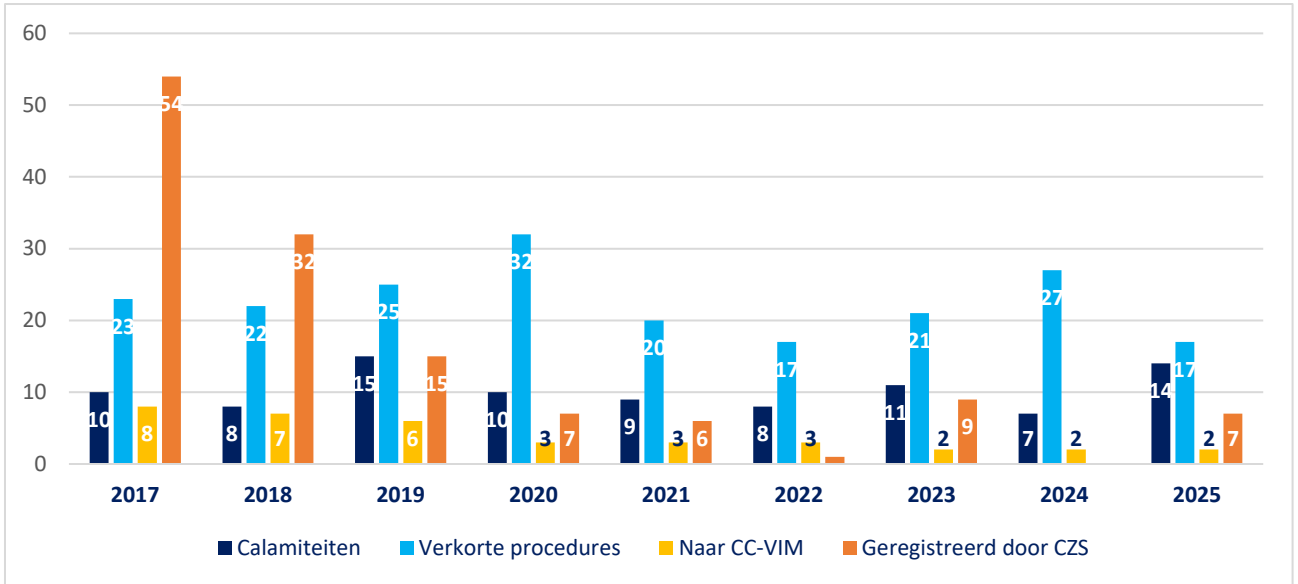
### 7.1 Totaal aantal CZS meldingen

In 2025 zijn 41 meldingen terecht gekomen bij de CZS (zie Figuur 2).



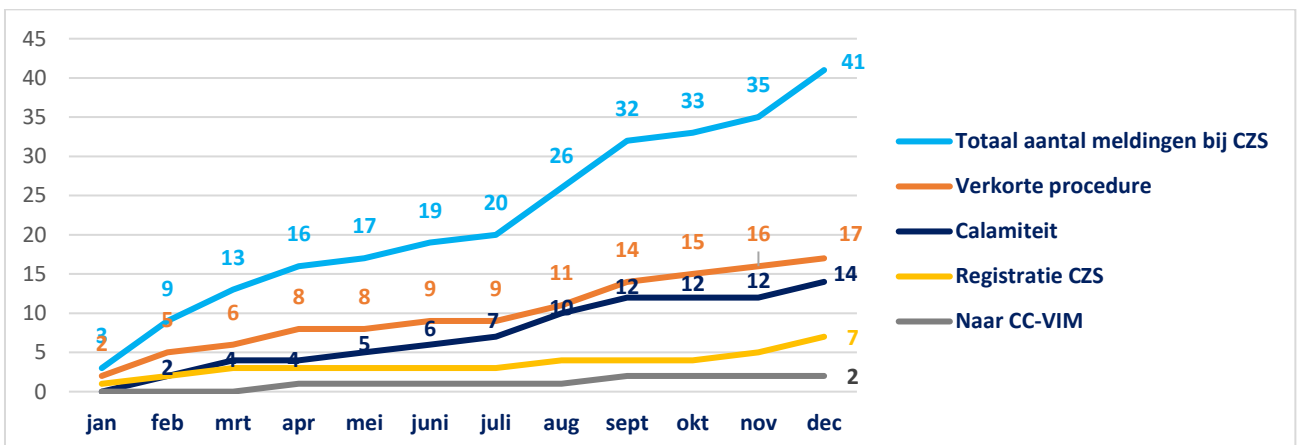
Figuur 2: Totaal aantal meldingen bij de CZS per jaar

Figuur 3 toont het totaal aantal meldingen per type onderzoek per jaar. Het aantal calamiteitenonderzoeken blijft schommelen rond de tien, terwijl het aantal verkorte procedures in de afgelopen twee jaar een duidelijke stijgende lijn laat zien.

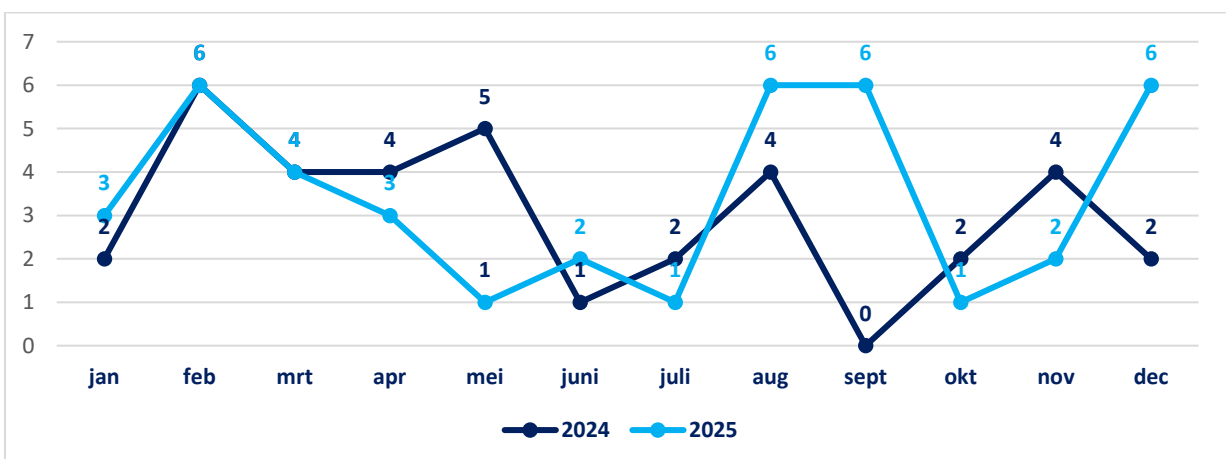


Figuur 3 Totaal aantal meldingen CZS per soort per jaar

Figuur 4 laat zien dat van de 41 meldingen die in 2025 aan de CZS zijn gedaan, er in totaal 31 hebben geleid tot een onderzoek. Hiervan zijn 17 meldingen opgepakt via een verkorte procedure en zijn 14 meldingen bij de IGJ aangemeld als potentiële calamiteit. Daarnaast is één melding doorgeleid naar de CCVIM.



Figuur 4: Cumulatief aantal incidenten gemeld bij CZS per soort 2025

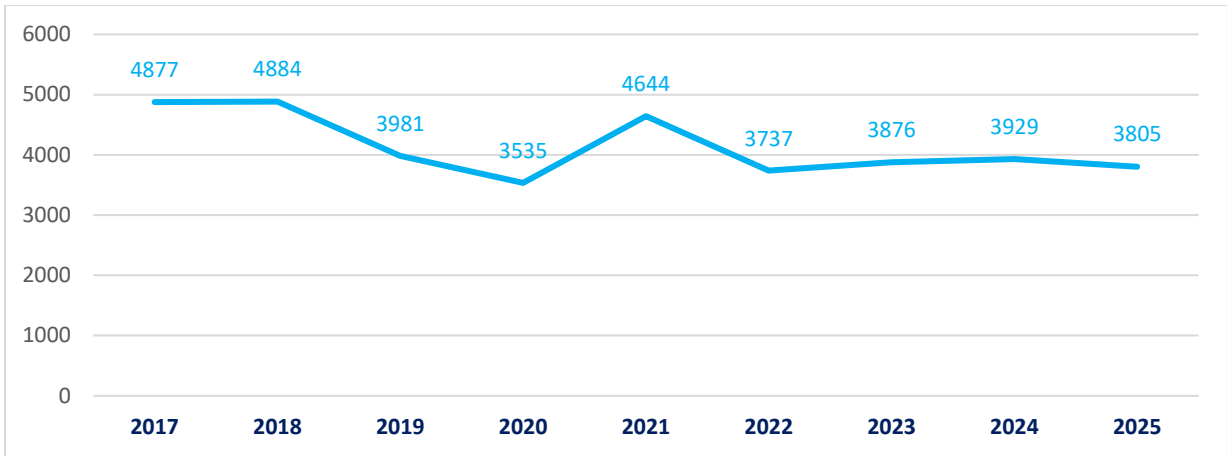


Figuur 5: Aantal gemelde incidenten bij de CZS per maand

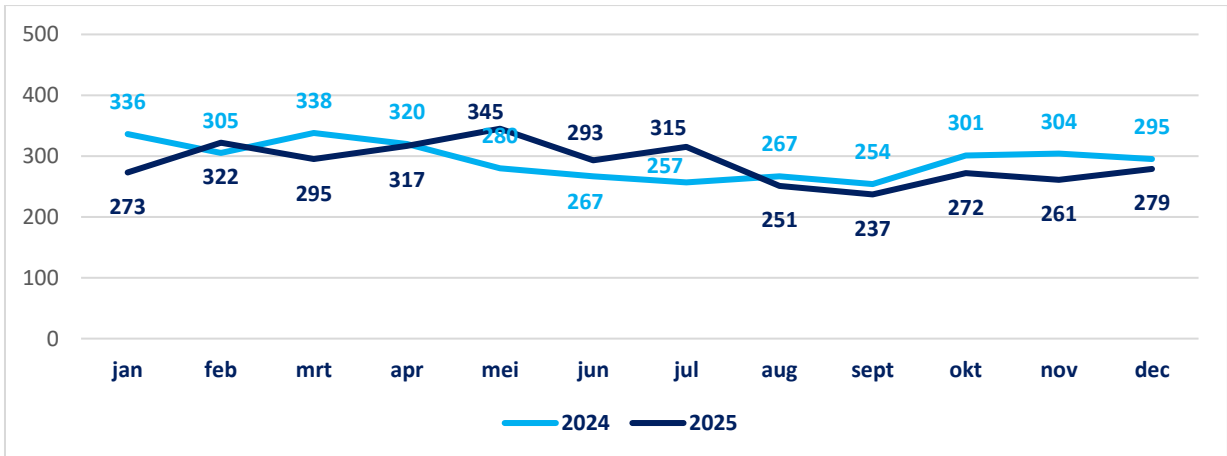


## 7.2 Totaal aantal VIM-meldingen

Het aantal VIM-meldingen, inclusief TEL-VIM's, is de afgelopen jaren redelijk stabiel gebleven, met aantallen variërend tussen circa 3.500 en 5.000 meldingen. Zie Figuur 6.



Figuur 6: Aantal VIM-meldingen per jaar



Figuur 7: Aantal VIM-meldingen per maand



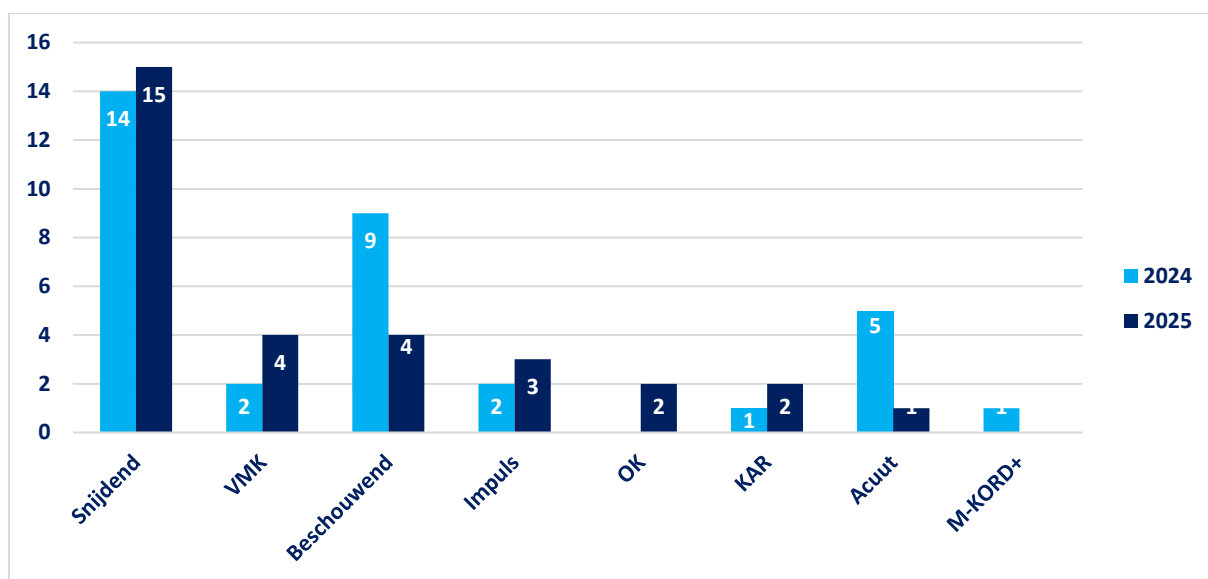
## 8 Betrokken zorggroepen

### 8.1 Betrokken zorggroepen bij de CZS meldingen

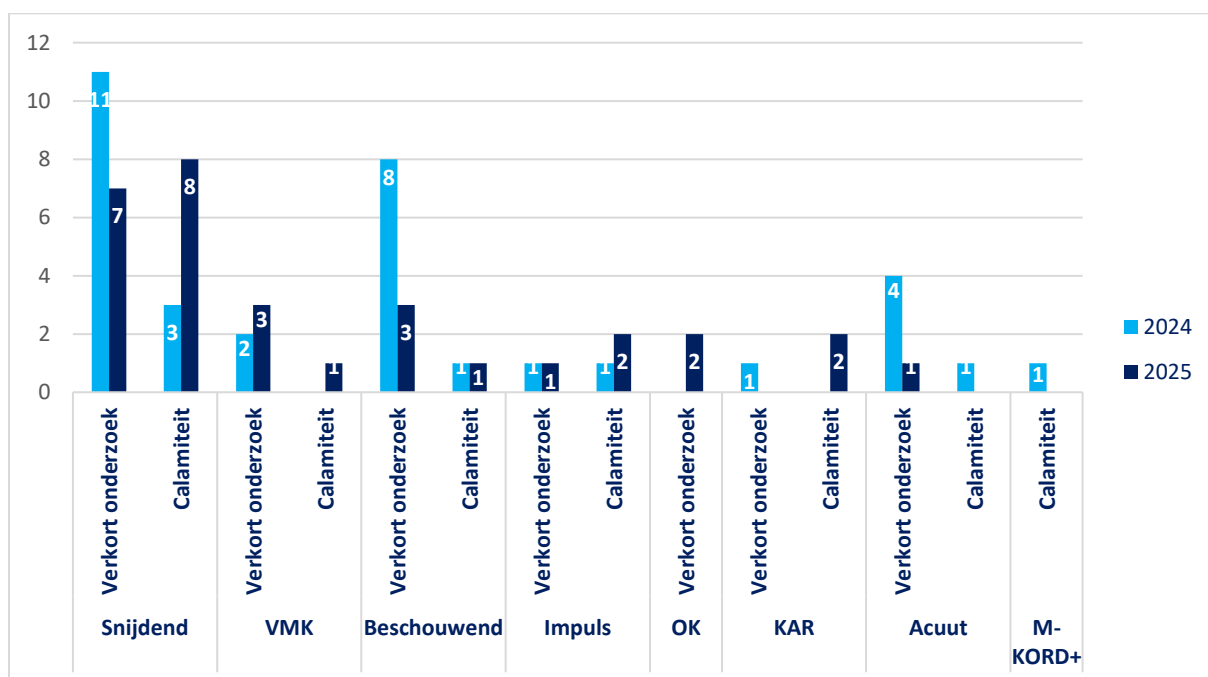
Figuur 8 en Figuur 9 laten zien dat het aantal meldingen per zorggroep sterk varieert. In totaal zijn er 41 incidenten gemeld, waarvan er 31 hebben geleid tot een onderzoek (een verkorte procedure of een calamiteitenonderzoek). De meeste meldingen bij de CZS zijn afkomstig uit de zorggroepen Snijdend (15 meldingen), Beschouwend (4 meldingen) en VMK (4 meldingen).

Om de meldingsbereidheid binnen de organisatie te blijven stimuleren, gaat de stafarts kwaliteit en veiligheid regelmatig in gesprek met vakgroepen en de medische staf over het bestaan van de CZS en het belang van melden.

Daarnaast is vier keer per jaar een actuele casus besproken tijdens de lunchbijeenkomsten voor de medische staf en arts-assistenten. In 2024 zijn voor het eerst ook verpleegkundigen voor deze bijeenkomsten uitgenodigd. Veel verpleegkundigen hebben hierna aan deze sessies deelgenomen.



Figuur 8: Aantal onderzoeken uitgevoerd in 2024 en 2025

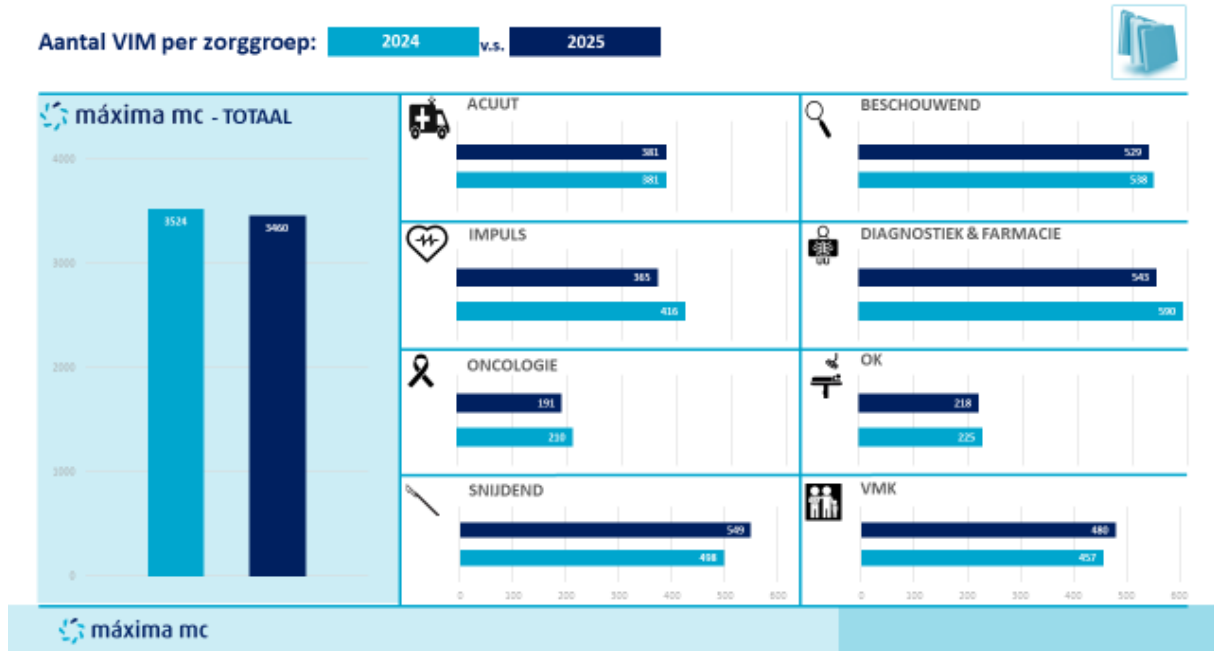


Figuur 9: Aantal soorten onderzoeken uitgevoerd in 2024 en 2025 per zorggroep



Bij de VIM-meldingen (dc-VIM en CCVIM) is de verdeling anders. De zorggroep Snijdend heeft de meeste incidenten gemeld (549 meldingen), gevolgd door Diagnostiek & Farmacie (voorheen KAR) met 543 meldingen en Beschouwend met 529 meldingen.

Door het vervallen van de zorggroep MKORD+ zijn de zorggroepen anders ingedeeld. Deze nieuwe indeling is verwerkt in de tabel voor zowel 2024 als 2025 in Figuur 10.

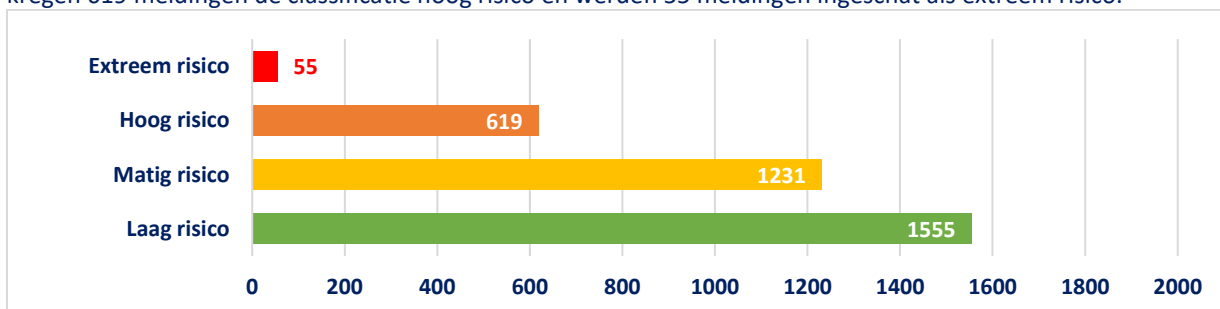


Figuur 10: Aantal VIM-meldingen 2024 en 2025 per zorggroep



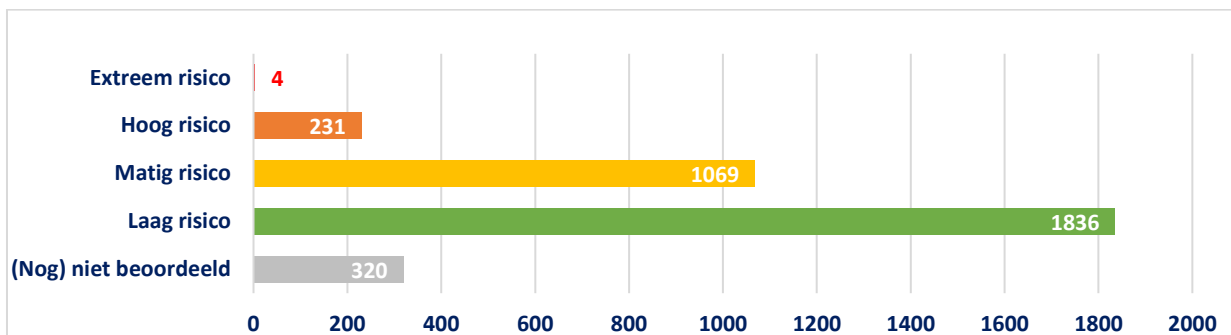
## 9 Ernst incidenten

De VIM-meldingen worden door de melder geïnclassificeerd met behulp van de risicomatrix (zie Bijlage 1). In totaal beoordeelden melders 1.555 incidenten als laag risico en 1.231 incidenten als matig risico. Daarnaast kregen 619 meldingen de classificatie hoog risico en werden 55 meldingen ingeschat als extreem risico.



Figuur 11: Aantal VIM-meldingen verdeeld per risicoscore

De decentrale VIM-commissies beoordelen iedere VIM-melding opnieuw. In totaal zijn 3.140 meldingen door deze commissies herbeoordeeld. Daarbij is zichtbaar dat de commissies in de meeste gevallen een lagere risicoscore toekenden dan de oorspronkelijke melder. Uitzondering hierop vormen de meldingen die aanvankelijk als 'laag risico' waren beoordeeld: 281 daarvan kregen door de commissies een hogere risicoscore.



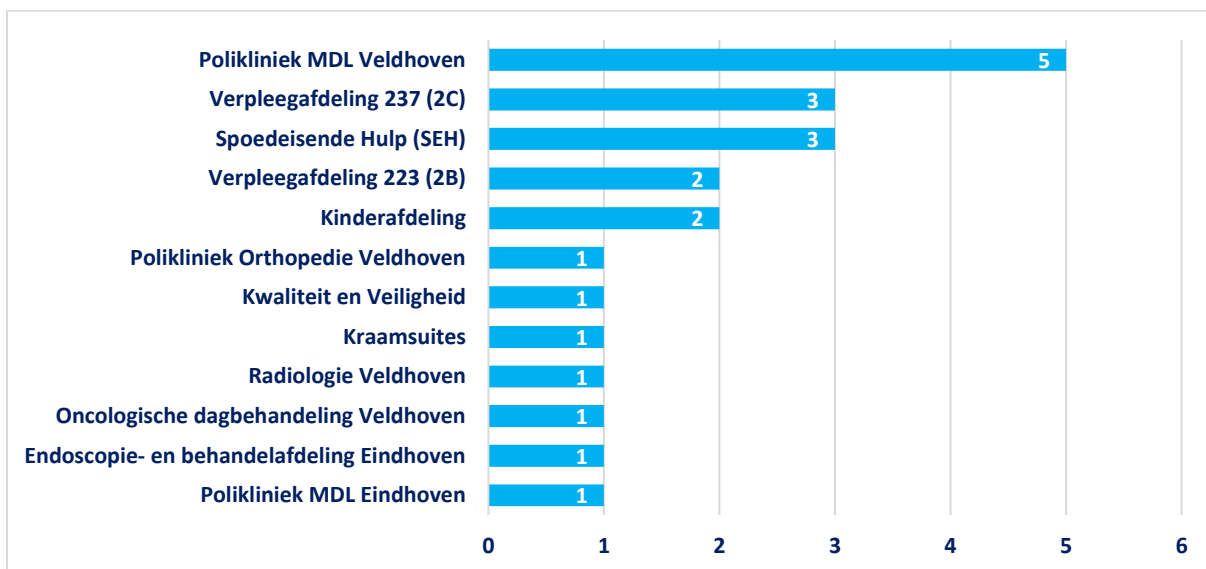
Figuur 12: Aantal VIM-meldingen beoordeeld door de decentrale VIM-commissies



## 10 Oorzaken

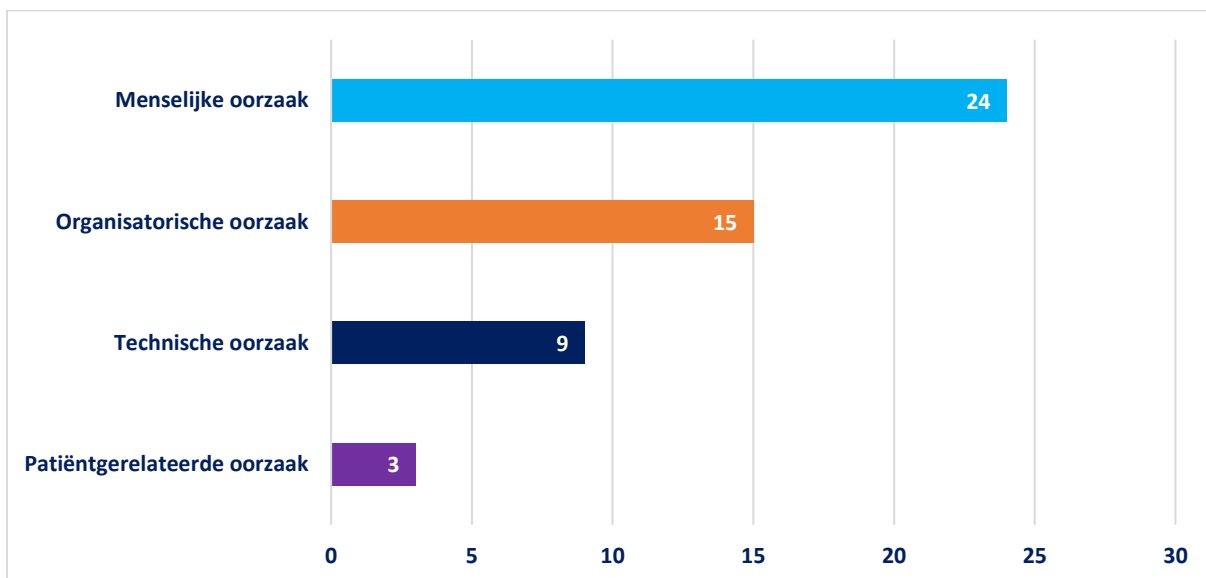
De calamiteitenonderzoeken en verkorte procedures worden uitgevoerd met behulp van de PRISMA-analyse. De gevonden oorzaken worden geclassificeerd volgens het Eindhoven Classificatie Model (ECM) en vastgelegd in het kwaliteitssysteem Zenya.

Ook de decentrale VIM-commissies maken gebruik van de PRISMA-methode om de oorzaken van incidenten te achterhalen. Het aantal uitgevoerde PRISMA-analyses per afdeling voor de VIM-meldingen is hieronder weergegeven. Hieruit blijkt dat de Polikliniek MDL Veldhoven het hoogste aantal PRISMA-analyses heeft uitgevoerd.

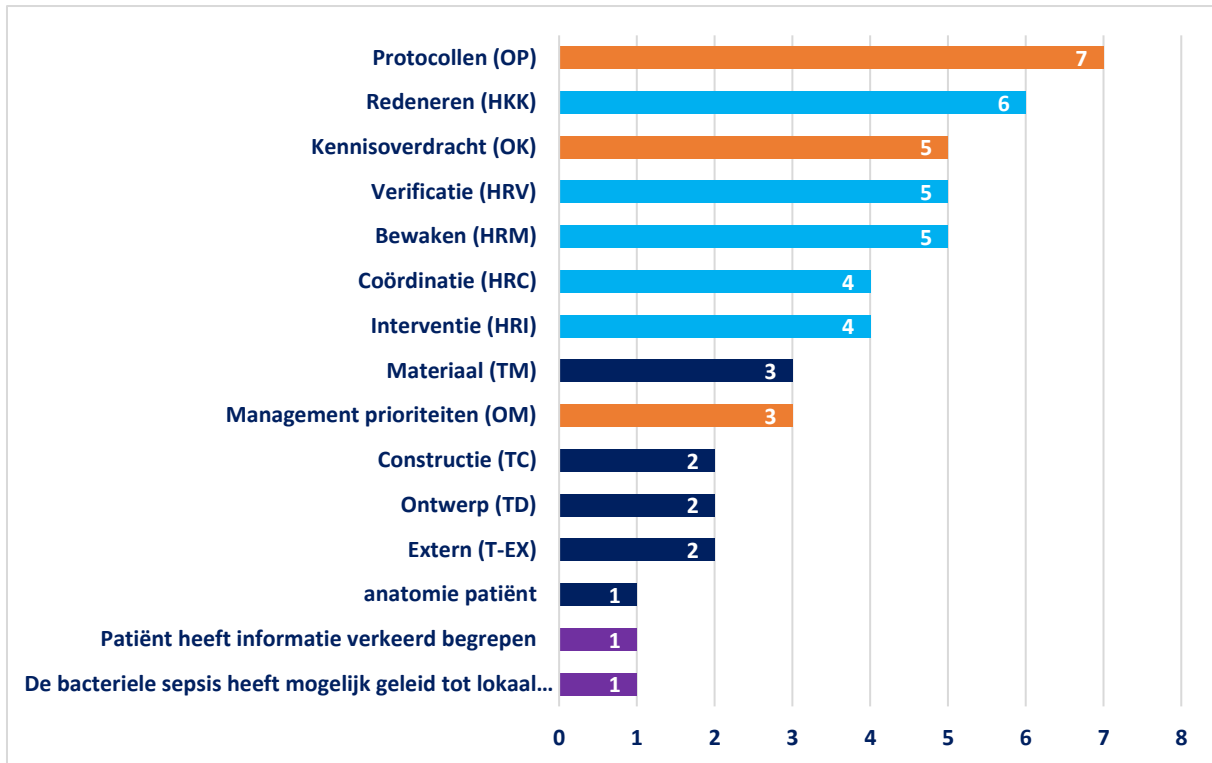


Figuur 13: Aantal PRISMA-analyses m.b.t. VIM-meldingen 2025 per afdeling

Figuur 14 en Figuur 15 tonen de geclassificeerde basisoorzaken uit de verkorte procedures en calamiteitenonderzoeken. Hierbij blijkt dat menselijke oorzaken het meest voorkomen.



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 vaakst voor bij zowel de incidenten die zijn onderzocht door de CCVIM als door de CZS:

- Protocollen
- Bevoegd- en bekwaamheid van zorgverleners
- Communicatie
- Medicatie
- Coördinatie van zorg en overdracht

Per incident is de onderliggende oorzaak vastgesteld en zijn passende verbeteradviezen geformuleerd (zie hoofdstuk 11).



## 11 Verbeteradviezen en trends

Zowel de CZS als de CCVIM hebben naar aanleiding van incidentonderzoeken verbeteradviezen opgesteld. Deze verbeteracties zijn onderverdeeld in vier categorieën, die in paragraaf 11.1 tot en met 11.4 verder worden toegelicht.

De voortgang van de verbeteradviezen wordt gemonitord door de afdeling Kwaliteit & Veiligheid en ieder half jaar besproken in de reviewgesprekken tussen het management en de raad van bestuur. Verbeteracties die worden afgewezen of waarvan de deadline is overschreden, worden periodiek opnieuw besproken in de Commissie Zorggerelateerde Schade.

Binnen het totaalbeeld over alle vakgroepen heen komen vier hoofdthema's naar voren:

1. Medicatieveiligheid (o.a. antistolling, opiaten, onderscheid epiduraal/veneus, dosering)
2. Communicatie en overdracht tussen disciplines en specialismen
3. Acute zorgketen en capaciteitsvraagstukken
4. Protocollen, documentatie en professionalisering van processen

### 11.1 Medicatieveiligheid (antistolling, opiaten, epiduraal/veneus onderscheid, dosering)

Medicatieveiligheid vormt het grootste organisatiebrede risico dat naar voren komt uit zowel de VIM-meldingen als de meldingen bij de CZS. Dit komt doordat:

- Meerdere calamiteiten direct te herleiden waren tot het antistollingsbeleid, waarbij sprake was van verkeerde doseringen of onduidelijke verantwoordelijkheden.
- Bijwerkingen van medicatie soms laat worden gesignaleerd of niet worden herkend.
- De betrokkenheid van meerdere disciplines (Anesthesiologie, MDL, Neurologie, Chirurgie, Apotheek, Stollingscommissie) leidt tot een verhoogd ketenrisico.

De bijbehorende verbeteracties richten zich onder meer op:

- Het opstellen of uniformeren van één eenduidig antistollingsprotocol.
- Het aanbieden van verplichte of periodiek herhaalde scholing (e-learning).
- Verbeterde dossiervorming en expliciete verslaglegging (bijvoorbeeld bij spinale en epidurale procedures en het gebruik van heparinewater).
- Het fysiek scheiden en opbergen van risicovolle medicatie, zoals het achter slot bewaren van opiaten.
- Het invoeren van nieuwe aansluitingen, zoals NR-fit, om verwisselingen te voorkomen.

Medicatieveiligheid is daarmee een toprisico dat herhaaldelijk heeft geleid tot calamiteiten en dat een groot aantal verbeteracties genereert. Dit vraagt om een integrale, organisatiebrede aanpak in plaats van zorggroep of specialisme gebonden maatregelen.

### 11.2 Communicatie en overdracht tussen disciplines en specialismen

Communicatie en overdracht vormen het tweede organisatiebrede risico dat naar voren komt uit zowel de VIM-meldingen als de meldingen bij de CZS. Dit heeft verschillende oorzaken:

- Overdrachten die niet of niet tijdig plaatsvinden, bijvoorbeeld van de SEH naar Neurocare.
- Onvoldoende duidelijkheid over wie verantwoordelijk is voor het uitvoeren van een actie, zoals het starten van een DOAC.
- Onduidelijke of onvolledige verslaglegging in HiX.
- Signalen die niet worden opgevolgd, zoals afwijkende ECG-uitslagen, CT-planning of spoedprocedures.

Deze bevindingen laten zien dat er een duidelijke behoefte is aan uniforme communicatieafspraken en een betere afstemming tussen afdelingen en disciplines.

### 11.3 Acute zorgketen en capaciteit

De acute zorgketen en de beschikbare capaciteit vormen het derde organisatiebrede risico dat zichtbaar wordt uit zowel de VIM-meldingen als de meldingen bij de CZS. Dit wordt onder meer veroorzaakt door:

- Wachtlijnen bij spoedsituaties, wat leidt tot uitstel van operaties en mogelijke verslechtering van de patiënt, zoals bij een geperforeerde appendicitis of een sectio bij foetale nood.



- Onvoldoende paraatheid op de SEH, OK of bij de beeldvorming, bijvoorbeeld door een tijdelijk beperkte beschikbaarheid van de CT-scanner of door vertragingen.
- Een incident op de NICU waarbij cruciaal materiaal niet tijdig beschikbaar was tijdens een reanimatie.

Deze signalen wijzen op een structurele kwetsbaarheid binnen de acute zorgketen, die meerdere disciplines raakt, waaronder SEH, Radiologie, OK, NICU, Neurologie en Chirurgie. Een betere samenwerking en afstemming tussen deze disciplines is noodzakelijk om de risico's te beperken.

#### 11.4 Protocollen, documentatie en professionalisering van processen

Protocollen, documentatie en de professionalisering van zorgprocessen vormen het vierde organisatiebrede risico dat naar voren komt uit zowel de VIM-meldingen als de meldingen bij de CZS. Hoewel protocollen doorgaans aanwezig zijn, blijken zij regelmatig niet uniform, niet volledig of niet consequent toegepast te worden. Voorbeelden van oorzaken en verbeterpunten op dit gebied zijn:

- Inktmarkeringen in scopieverslagen worden inconsistent beschreven.
- Het POS-zorgpad is niet in alle stappen voldoende helder, wat aanleiding vormde voor een brown-paper-sessie.
- Het protocol *Postoperatieve zorg* moest worden herzien vanwege incidenten met antistolling.
- De documentatie rond microwave-ablatie bleek onvoldoende en is aangepast.
- Nieuw materiaal of nieuwe apparatuur is soms nog onvoldoende ingebed in bestaande werkprocessen.

De reeds uitgevoerde verbeteracties richten zich op:

- Het actualiseren en uniformeren van protocollen.
- Consistente en volledige documentatie in HiX.
- Het invoeren of aanscherpen van formats voor verslaglegging.
- Het beter borgen dat medewerkers nieuwe werkwijzen kennen en toepassen.

#### 11.5 Conclusie

Naar aanleiding van de opgestelde verbeteracties bevindt de organisatie zich in een fase waarin:

- **Procesprofessionaliteit groeit**  
Veel acties gaan over uniformeren, borgen, documenteren, protocolleren.
- **Acute ketens aandacht vragen**  
Er zijn meerdere ketenproblemen zichtbaar rondom SEH–Radiologie–OK–Neurologie–NICU.
- **Medicatieveiligheid topprioriteit is**  
Veel calamiteiten en meldingen komen voort uit medicatieprocessen → multidisciplinair risico.
- **Samenwerking tussen vakgroepen beter moet**  
Bij enkele casussen zagen we miscommunicatie over taken en verantwoordelijkheden.



## 12 Betrokkenheid patiënt of nabestaanden

Binnen MMC is afgesproken dat patiënten en/of nabestaanden, waar mogelijk, worden betrokken bij calamiteitenonderzoeken. Zij worden geïnformeerd over het lopende onderzoek, gehoord door de onderzoekscommissie en ontvangen, indien gewenst, een toelichting op de onderzoeksresultaten van de raad van bestuur en de hoofdbehandelaar.

Bij twee calamiteitenonderzoeken in 2025 hebben patiënten en/of nabestaanden geen gesprek gehad met de raad van bestuur en de hoofdbehandelaar, bij twaalf calamiteitenonderzoeken heeft er wel een gesprek plaatsgevonden, wat aangeeft dat er duidelijke behoefte bestaat aan een nagesprek. In twee gevallen zijn patiënten en/of nabestaanden niet actief bij het onderzoek betrokken; dit gebeurde op uitdrukkelijke wens van de betrokkenen zelf. In alle overige onderzoeken hebben zij wél een rol gespeeld. Alle patiënten en/of nabestaanden hebben de definitieve onderzoeksrapportage ontvangen.

Bij verkorte procedures en de analyse van VIM-meldingen worden patiënten en/of nabestaanden niet standaard betrokken, tenzij dit noodzakelijk is om de gebeurtenissen volledig en zorgvuldig in kaart te brengen. In 2023 deed zich geen situatie voor waarin aanvullende betrokkenheid nodig was.



## 13 Nazorg medewerkers

In MMC hechten we veel waarde aan goede 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** ingericht.

### 13.1 Individuele nazorg: Peer Support

Aan medewerkers die betrokken zijn bij een (ernstig) incident wordt laagdrempelig Peer Support aangeboden. 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 en krijgen daarmee individuele nazorg.

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

Als bij de eerste melding van een mogelijke calamiteit nog geen nazorg is ingeschakeld, neemt de Commissie Zorggerelateerde Schade (CZS) proactief contact op met het Team van Peer Support om Peer Support laagdrempelig aan te bieden. Tijdens gesprekken in het kader van het calamiteitengesprekken wordt altijd nagegaan of betrokkenen een gesprek met Peer Support hebben gehad. Medewerkers geven aan deze gesprekken als zeer waardevol te ervaren en dit wordt ook 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

In 2025 is 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. Alle voorzitters van calamiteitenonderzoeken hebben de training Learning Teams gevolgd, gegeven door Q-Consult. Het plan is om in 2026 een aantal calamiteitenonderzoeken middels de methode Learning Teams uit te voeren.

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 Gesprekken met IGJ

### 14.1 IGJ bezoek verbeteren in vizier

Op 5 november 2025 bracht de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) een bezoek aan MMC in het kader van het programma *Verbeteren in Vizier*. Aanleiding vormden drie calamiteitenonderzoeken uit 2024–2025 en de daarbij horende verbetermaatregelen. De IGJ sprak hierover met een afvaardiging van MMC. De IGJ constateerde dat MMC calamiteiten zorgvuldig analyseert en zich actief inzet op leren en verbeteren.

Belangrijkste aandachtspunten:

- **Formulering van de verbetermaatregelen:** Verbetermaatregelen zijn regelmatig breed of algemeen geformuleerd (zoals “onderzoek”, “overweeg”), wat opvolging en monitoring kan bemoeilijken. MMC geeft aan dit bewust te doen om afdelingen ruimte te bieden voor praktische invulling. Afdeling Kwaliteit & Veiligheid bewaakt de voortgang.
- **Onderliggende oorzaken:** MMC analyseert gebeurtenissen zorgvuldig en signaleert rode lijnen in overstijgende medische thema’s. De IGJ adviseert om daarbij ook organisatiebrede onderliggende oorzaken systematische te betrekken.
- **Expertise in onderzoeksteams:** De inspectie moedigt een bredere samenstelling van onderzoeksteams aan (bijv. verpleegkundigen, gedragsdeskundigen) om het leerpotentieel te vergroten. MMC past samenstelling van teams per casus al contextgericht toe.

Positieve bevindingen:

- MMC beschikt over een open, collegiale organisatiecultuur, wat onder andere zichtbaar is in de lage personeelsuitstroom.
- Er is een duidelijk en consistente focus op leren naar aanleiding van ongewenste gebeurtenissen.

Aanbevelingen van de IGJ:

- Zoek vaker naar overkoepelende patronen tussen verschillende calamiteiten.
- Betrek meer diverse professionals (zoals verpleegkundigen en artsen in opleiding) bij het formuleren verbetermaatregelen om de effectiviteit te vergroten.

### IGJ overleg naar aanleiding van een melding

Op 27 februari 2025 vond een online overleg plaats tussen de IGJ en Máxima MC naar aanleiding van een melding. Op verzoek van de inspectie onderzocht de afdeling Kwaliteit & Veiligheid of in de periode 2023–februari 2025 calamiteiten mogelijk ten onrechte niet aan de IGJ waren gemeld. Hiervoor zijn interne meldingen met een hoge of extreem hoge risicoscore beoordeeld op basis van de meldcriteria uit de IGJ-brochure Calamiteiten Wkkgz melden aan IGJ (april 2023).

Het onderzoek beschreef de gehanteerde methodiek, de beoordeling volgens de Wkkgz- en IGJ-definitie van een calamiteit en de wijze van opschaling binnen de organisatie (CC-VIM/CZS). De analyse laat zien dat het meldingssysteem van MMC naar behoren functioneert: meldingen worden zorgvuldig beoordeeld en waar nodig tijdig opgeschaald. Er zijn geen aanwijzingen gevonden dat calamiteiten onterecht niet aan de IGJ zijn gemeld.



## 15 Conclusies

Op basis van de analyses in dit jaarverslag kunnen de volgende conclusies getrokken worden:

- In 2025 is het totaal aantal gemelde incidenten nagenoeg gelijk gebleven ten opzichte van 2024 (3.846 in 2025 tegenover 3.965 in 2024). Over de afgelopen vijf jaar schommelt het aantal VIM-meldingen stabiel tussen de 3.500 en 4.000 meldingen.
- De Commissie Zorggerelateerde Schade (CZS) heeft in 2025 41 meldingen ontvangen, één minder dan in 2024 (42 meldingen). Ook dit aantal laat over de afgelopen vijf jaar een stabiel beeld zien, met jaarlijks tussen de 35 en 50 meldingen.
- Het aantal calamiteitenonderzoeken is in 2025 verdubbeld ten opzichte van 2024 (14 in 2025 tegenover 7 in 2024). Het aantal verkorte procedures is juist afgenomen: van 27 in 2024 naar 17 in 2025.
- Binnen zowel de VIM-meldingen als de CZS-meldingen valt op dat sommige zorggroepen relatief weinig incidenten melden. De zorggroep Diagnostiek & Farmacie heeft het hoogste aantal VIM-meldingen (n=545), terwijl de zorggroep Snijdend het grootste aantal onderzoeken kent (7 verkorte onderzoeken en 8 calamiteitenonderzoeken).
- De belangrijkste onderliggende oorzaken van incidenten zijn consistent met eerdere jaren en komen overeen tussen CZS-meldingen en VIM-meldingen. Het gaat om vier organisatiebrede thema's:
  - Medicatieveiligheid, waaronder antistolling, opiaten, het onderscheid epiduraal/veneus en doseringsfouten.
  - Communicatie en overdracht tussen disciplines en specialismen.
  - Kwetsbaarheden in de acute zorgketen en capaciteitsproblemen.
  - Protocollen, waaronder onvolledige, niet-uniforme of niet-nageleefde werkwijzen.
- Omdat de oorzaken voor beide meldingsstromen grotendeels overeenkomen, liggen ook de verbeteradviezen in elkaars verlengde. De belangrijkste verbeteracties richten zich op:
  - Optimaliseren en uniformeren van protocollen.
  - Scholing, training en professionalisering van zorgteams.
  - Verbetering van communicatie en structurele casusbesprekingen.
  - Versterken van medicatieveiligheid, inclusief dubbelchecks.
  - Betere coördinatie van zorg en overdracht.
  - Voorlichting en waar mogelijk betrokkenheid van patiënten en/of nabestaanden.
- Op het gebied van medewerkersondersteuning wordt Peer Support structureel en laagdrempelig aangeboden, en medewerkers ervaren deze ondersteuning als zeer waardevol.
- Ook de Senza-methode voor teamgerichte verwerking wordt goed ontvangen en wordt in 2026 verder uitgebreid. Daarnaast wordt in 2026 gestart met bredere implementatie van de Learning Teams-methodiek, gericht op gezamenlijk leren en het versterken van het lerend vermogen van de organisatie.



## 16 Aanbevelingen

Op basis van de bevindingen uit zowel de VIM-meldingen als de CZS-meldingen worden de volgende aanbevelingen gedaan om de veiligheidscultuur en het lerend vermogen binnen MMC verder te versterken:

- Blijf meldingsbereidheid actief stimuleren binnen alle vak- en zorggroepen van de medische staf. Structurele aandacht voor het belang van melden blijft noodzakelijk om incidenten tijdig te signaleren en van te leren.
- Zorg voor continue aandacht voor incidenten op afdelingen, bijvoorbeeld via casusbesprekingen of teamoverleggen. Dit draagt aantoonbaar bij aan een hogere meldingsbereidheid en een open leerklimaat.
- Bespreek CZS-meldingen en VIM-meldingen standaard tijdens de Quality Review met de raad van bestuur en het bestuur medische staf, zodat trends, risico's en bijbehorende verbeteracties op strategisch niveau worden gevolgd.
- Breid de inzet van de Learning Teams-methodiek verder uit bij calamiteitenonderzoeken. Deze methode bevordert gezamenlijke reflectie, versterkt het lerend vermogen en ondersteunt medewerkers in het verwerken van ingrijpende gebeurtenissen.
- Breng PRISMA-analyse en trendanalyse binnen de decentrale VIM-commissies nadrukkelijker onder de aandacht, zodat analyses eenduidiger worden uitgevoerd en trends sneller kunnen worden herkend en omgezet in verbeteracties.
- Zoek vaker naar overkoepelende patronen tussen verschillende calamiteiten.
- Betrek meer diverse professionals (zoals verpleegkundigen en artsen in opleiding) bij het formuleren verbetermaatregelen om de effectiviteit te vergroten.



# 1 Bijlage: Risicomatrix MMC

|                           |                         | <b>Ernst</b>        |              |              |              |               |
|---------------------------|-------------------------|---------------------|--------------|--------------|--------------|---------------|
|                           |                         | <b>Catastrofaal</b> | <b>Groot</b> | <b>Matig</b> | <b>Klein</b> | <b>Gering</b> |
| <b>Waarschijnlijkheid</b> | <b>(Bijna) zeker</b>    | 25                  | 22           | 20           | 13           | 11            |
|                           | <b>Waarschijnlijk</b>   | 24                  | 21           | 15           | 12           | 6             |
|                           | <b>Mogelijk</b>         | 23                  | 17           | 14           | 8            | 3             |
|                           | <b>Onwaarschijnlijk</b> | 19                  | 16           | 9            | 7            | 2             |
|                           | <b>Zeldzaam</b>         | 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