



Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Kenniscahier

Effecten van toezicht op ziekenhuizen

De bijdrage van de IGZ aan patiënt-
veiligheid

Redactie: Lya den Ouden, Paul Robben

De uitgever heeft ernaar gestreefd de auteursrechten van de illustraties volgens de wettelijke bepalingen te regelen. Zij die menen nog zekere rechten te kunnen doen gelden, kunnen zich tot de uitgever wenden.

Inhoud

Voorwoord	5
Agenderen	7
Volumebeleid staat op de kaart	8
Overdracht van medicatiegegevens	10
Minimaal invasieve chirurgie	12
Stimuleren	15
Het veiligheidsprogramma voor ziekenhuizen	16
KNMG Kwaliteitskader medische zorg	18
ICT en NEN 7510	20
Geboortezorg	22
Adviseren	25
Organisatie zorg aangeboren hartafwijkingen	26
Drang en dwang	29
Collegiale bereiding en levering van geneesmiddelen	30
Zorgaanbod van kleine ziekenhuizen	32
Verscherpt toezicht Maasstad ziekenhuis	34
Concentratie van Oesophaguscardia resecties	36
Het tuchtrecht	39
Risicoindicatoroetoezicht	41
De basisset indicatoren voor ziekenhuizen	42
Verpleegkundige indicatoren, zorg voor alle kwetsbare patiënten in beeld	44
Toezicht op de particuliere klinieken	46
Thematoezicht	49
Een TOP-prestatie	50
Intensive Care	52
Spoedeisende hulpverlening	55
Abortusklinieken	57
Incidentoetoezicht	59
Patiëntveiligheid voor verpleegkundigen	60
Buitenlandse operatieassistenten	62
Methotrexaat, van melding naar richtlijn	64
Lijst van termen en afkortingen	67

Voorwoord

Het doel van de IGZ is door toezicht op de naleving van wet- en regelgeving, beroepsnormen en richtlijnen, gezondheidschade te voorkomen. Dit gebaseerd op de visie: hoe beter de naleving, des te beter de risicobeheersing, de kwaliteit van zorg en des te rechtvaardiger het vertrouwen van burgers in de zorg.

Dit doel wordt bereikt door de inzet van een breed palet van handhavingsmethoden en -instrumenten. Ter gelegenheid van het afscheid van prof. dr. Gerrit van der Wal, Inspecteur-generaal van de Inspectie voor de Gezondheidszorg van 2006-2012, hebben de medewerkers van het Programma Specialistische somatische zorg dit kenniscahier samengesteld.

De auteurs delen met de lezers hun ervaringen uit zes productieve jaren. Niet om zelfvoldaan terug te kijken maar om over het effect van hun werk te reflecteren en daaruit bruikbare ervaringen voor de toekomst te destilleren.

De rode draad in hun succesverhalen is de inzet van een breed scala van werkwijzen. Het gaat niet alleen om de inzet van handhavingsinstrumenten in enge zin maar ook om het stimuleren en samenwerken met het gezondheidszorg veld. Steeds weer blijkt de stimulerende en dwingende rol die IGZ neemt bij het ontbreken van richtlijnen voor de praktijk of het ontbreken van een veiligheidscultuur essentieel om vooruitgang te realiseren. Samenwerking met veldpartijen, het zoeken van de openbaarheid en zo nodig het inzetten van druk en het gebruik maken van de wettelijke mogelijkheden zijn in deze werkwijze onontbeerlijk. De beschreven casuïstiek laat zien dat een slimme combinatie van deze elementen leidt tot een veilige en betere zorg. Deze ervaring geldt ook voor de andere programma's van de IGZ

In deze bundel ligt het accent op het toezicht op de ziekenhuizen. De auteurs verhalen op narratieve wijze van hun werk en bieden de lezers een goed inzicht in de effectiviteit van de inspectie. Achtereenvolgens komen aan de orde de thema's: agenderen, adviseren, drang en dwang, risicoindicatorentoezicht, thematoezicht en incidententoezicht.

We verwachten dat deze bundel de medewerkers inspireert om ook in de toekomst van het toezicht te blijven zoeken naar een slimme mix van toezichtmethoden en -instrumenten ter verbetering van de patiëntveiligheid en kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg.

Dr. Lya den Ouden, coördinerend senior inspecteur IGZ
Prof. dr. Paul Robben, adviseur IGZ/bijzonder hoogleraar Toezicht iBMG Erasmus
Universiteit Rotterdam

Agenderen

Volumebeleid staat op de kaart

Jan Maarten van den Berg

Wat was het risico?

Ingewikkelde handelingen gaan beter als ze vaker worden uitgevoerd. Omgekeerd, patiënten lopen een groter risico op overlijden als een operatieteam een ingreep zelden uitvoert. Het kwam zeer regelmatig voor dat een complexe ingreep (bijvoorbeeld een operatieve ingreep bij pancreascarcinoom) één keer per jaar werd uitgevoerd in een ziekenhuis. Soms kwam een ingreep zo zelden voor dat vrijwel niemand in Nederland boven de vier á vijf ingrepen per jaar uitkwam. Het risico was goed gedocumenteerd. Maar omdat het betrouwbaarheidsinterval van een meting zo groot was kon niemand met zekerheid zeggen dat hij degene was waar teveel doden vielen. Het is een mooi voorbeeld van de rol die een slecht gebruik van statistiek kan spelen bij het in stand houden van het probleem. De kans op overlijden is een getal omgeven door onzekerheid, maar het besluit om te stoppen is een zeker alles of niets besluit. Zonder duidelijke handhaving wordt dit besluit dan ook niet genomen.

Wat gaat nu beter?

Het aantal ziekenhuizen waar hoogrisico ingrepen worden uitgevoerd met onvoldoende ervaring is spectaculair gedaald. Waren er in 2007 nog 15 ziekenhuizen die één pancreasresectie per jaar uitvoerden, in 2012 is dat er geen één meer. De landelijke mortaliteit hierbij is gehalveerd van 9,8 naar 5,1 procent. De meeste ingrepen waar volumennormen voor bestaan, laten dezelfde trend zien.

Dit illustreert dat spectaculaire verbeteringen in de zorg te bereiken zijn door het beter organiseren van een proces. Ziekenhuizen zijn inmiddels op grote schaal profielen gaan kiezen: samenhangende groepen verrichtingen waar zij goed in zijn en goed in kunnen blijven. De cultuur is ook duidelijk veranderd binnen de snijdende beroepsgroepen. Was het uitgangspunt eerst 'hoe kunnen we vermijden dat we iets kwijtraken', nu is het 'natuurlijk moet je voldoende ervaring hebben en hoe regelen we dat'.

Hoe te objectiveren?

De verschuiving in het aantal ziekenhuizen dat een complexe ingreep verricht zijn duidelijk zichtbaar in de resultaten van de kwaliteitsindicatoren 2003-2011. Op dit moment heeft elk goed functionerend ziekenhuis een beleid voor concentratie en elk slecht functionerend huis problemen met het ontbreken van beleid op dit gebied. In 2005-2006 had nog geen enkel ziekenhuis beleid op dit gebied.

Deze concentratie van complexe ingrepen leidde ook aantoonbaar tot verbeterde resultaten bij patiënten met slokdarm en pancreaskanker. De Wilde et al toonde het effect van de concentratie van pancreasoperaties in Nederland aan de hand landelijke KiwaPrismant-cijfers aan^[1]. Tussen 2004 en 2009 nam het aantal ziekenhuizen dat deze ingreep verrichtte af van 48 naar 30. Hierdoor daalde het percentage patiënten dat werd geopereerd in een 'laag-volume' ziekenhuis (< 10 ingrepen per jaar) van 47% naar 9% en daalde de landelijke

sterfte na deze ingreep van 9,8 naar 5,1%. Er bestond een duidelijke relatie tussen het jaarlijkse aantal ingrepen en de kans op overlijden: De sterfte in ziekenhuizen met een hoog volume (> 20 ingrepen per jaar) was 3,3%, in ziekenhuizen met een gemiddeld volume (10-20 ingrepen) 6,3%, in ziekenhuizen met een laag volume (5-10 ingrepen) 9,8% en in ziekenhuizen met een zeer laag volume (<5 ingrepen) 14,7%. De resultaten van een recent overzicht van internationale reviews en meta-analyses laten hetzelfde patroon zien: duidelijke daling van de morbiditeit, bij een verbeterde overleving.^[2]

De auteurs waarschuwen overigens dat volume zeker niet de enige factor is. Naast de expertise van de chirurg spelen de IC-voorzieningen, de beschikbaarheid van radiologische interventies, effectieve preventie en behandeling van complicaties en adequate patiëntselectie een rol, die misschien nog wel belangrijker is dan het volume.

Wat was de rol van de IGZ hierbij?

In 2003 had geen enkel ziekenhuis beleid op dit gebied. De resultaten van de eerste prestatie-indicatoren over het aantal oesofaguscardiaresecties waren aanleiding voor de inspectie om Raden van Bestuur te vragen hoe zij de kwaliteit van zorg bewaakten bij complexe weinig voorkomende ingrepen. Deze informatie was ook de directe aanleiding met de beroepsverenigingen het gesprek over 'volume en kwaliteit' aan te gaan. Een aanwijzing dat dit ook door de buitenwereld zo wordt gevoeld blijkt uit de Nederlandse vertaling van het artikel van de Wilde et al.^[3] Een citaat uit dit artikel: "Naast de aanhoudende oproep tot centralisatie vanuit de beroepsgroep is waarschijnlijk de invoering van de prestatie-indicatoren door de IGZ in 2003 de belangrijkste oorzaak voor centralisatie geweest". Het gebruik door de IGZ van indicatoren voor het zichtbaar maken van veranderingen en daar vervolgens actie op ondernemen heeft het voor wetenschappelijke verenigingen mogelijk gemaakt om lang gewenste veranderingen door te voeren. Er is ook bewijs van het omgekeerde: gebieden waarbij de IGZ zich niet bemoeit met de invoering van dit beleid, zoals bij veel voorkomende ziekten, laten vrijwel geen veranderingen zien. Betrokkenheid van de IGZ is een noodzakelijke voorwaarde voor het laten slagen van de concentratie van hoogrisico verrichtingen.

Informatie en bronnen

- [1] R. F. de Wilde, M. G. H. Besselink, I. van der Tweel, I. H. J. T. de Hingh, C. H. J. Van Eijck, C. H. C. Dejong, R. J. Porte, D. J. Gouma, O. R. C. Busch, I. Q. Molenaar, for the Dutch Pancreatic Cancer Group. Impact of nationwide centralization of pancreaticoduodenectomy on hospital mortality. *British Journal of Surgery*, 2012;99:404-410.
- [2] Tol JA, van Gulik TM, Busch OR, Gouma DJ. Centralization of Highly Complex Low-Volume Procedures in Upper Gastrointestinal Surgery. A Summary of Systematic Reviews and Meta-Analyses. *Dig Surg*. 2012 Oct 31;29(5):374-383.
- [3] Roeland F. de Wilde, Marc G. H. Besselink, Inne H. M. Borel Rinkes, Ignace H. J. T. de Hingh, Casper H. J. van Eijck, C. H. C. (Kees) Dejong, Robert J. Porte, Dirk J. Gouma, Olivier R. C. Buschen I. Quintus Molenaar. Centralisatie pancreaschirurgie reduceert postoperatieve sterfte in Nederland. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2012;156:A4791.w.

Overdracht van medicatiegegevens

Caroline de Bruijn

Wat was het risico?

Hoewel er al verschillende (veld)normen waren voor farmaceutische zorg, constateerde de IGZ een leemte op het gebied van overdrachtsituaties. Bij calamiteiten waarbij meerdere organisaties waren betrokken wezen zorgverleners nog al eens naar elkaar in plaats van te reflecteren op hun mogelijk eigen tekortkomingen. Regelgeving en gedragscodes waren gericht op het terrein binnen de eigen 'muren'.

Wat gaat nu beter?

Op 1 januari 2011 is de richtlijn "Medicatieoverdracht" van kracht geworden, na een lange periode van afstemming met veldpartijen en een implementatieperiode van ruim anderhalf jaar. Partijen realiseren zich hun verantwoordelijkheid om het medicatieoverzicht van patiënten actueel te houden, ook voor de volgende zorgverlener. Zij zijn zich bewuster geworden van de werking van hun eigen informatiesystemen.

Hoe te objectiveren?



De veldnorm is ondertekend door alle relevante beroepsorganisaties (ActiZ, FNT, GGZ Nederland, IGZ, KNMG, KNMP, LEVV, LHV, NFU, NHG, NICTIZ, NMT, NPCF, NVVA, NVZ, NVZA, Orde, VGN, V&VN, VWS en ZN). Het belang van een goede medicatieoverdracht wordt onderschreven in het Veiligheidsprogramma Ziekenhuizen. Het verifiëren van het medicatieoverzicht bij opname en ontslag van patiënten is één van de tien veiligheidsthema's. Softwareleveranciers hebben per 1 september 2011 een standaard medicatieoverzicht ter beschikking gesteld aan alle zorgverleners.

Wat was de rol van de IGZ hierbij?

Als IGZ hebben we hier een belangrijke bijdrage aan geleverd door, al in 2005, met kennisorganisaties, beroepsgroepen, branche- en koepelorganisaties om tafel te gaan en onze zorgen over medicatiefouten te delen.

Samen met VWS organiseerden we meerdere invitationale conferenties met veldpartijen waarin levendig gediscussieerd werd over de onderlinge taken en verantwoordelijkheden. Het CBO kreeg van VWS de opdracht om de conceptrichtlijn van april 2008 onder de aandacht te brengen van de zorgprofessionals in het primaire proces. Het CBO deed dat voort-

varend met zogenoemde "regiocarroussels" en het lanceren van de website www.medicatieoverdracht.nl. Op deze website staat de toespraak die de Inspecteur-generaal hield op de landelijke kickoff kenniscarroussel op 1 juli 2010 in het Spoorwegmuseum te Utrecht. Een citaat uit de toespraak:

"Staat u wel vaak genoeg stil bij uw eigen manier van overdragen? Hoe klantvriendelijk zijn uw huidige overdrachtsdocumenten bijvoorbeeld? Weet u zeker dat de ander leest wat u bedoeld heeft? Is het wel volkomen duidelijk dat de Lanoxin moet worden doorgebruikt in een onderhoudsdosering na het ontslag van de patiënt? Zodat de volgende instelling niet opnieuw begint met de startdosering? Is duidelijk langs welke route u de informatie overdraagt? Ik moet nog denken aan die bejaarde dame die met de ontslagbrief in haar tasje vanuit het ziekenhuis werd teruggeplaatst in het verpleeghuis. De brief bleef in de tas en het gewijzigde diabetesbeleid kwam daardoor niet over. De oude dame overleed door het onbewuste en onbedoelde foutief handelen van de zorgverleners in de nieuwe instelling. Dergelijke fouten moeten voorkomen worden."

In 2011 hebben we als IGZ een onderzoek gedaan onder huisartsen en apothekers in de eerste lijn naar medicatieoverdracht, waarbij we uitgingen van medicatieoverzichten van patiënten die zich via de NPCF bij ons hadden aangemeld. De uitkomsten van het onderzoek zijn gepubliceerd in verschillende vakbladen. De zorgverleners zijn er nog niet, maar boeken wel steeds meer successen, zoals gepresenteerd werd in de uitverkochte workshop medicatieoverdracht tijdens het IGZ Congres Patiëntveiligheid op 21 juni 2012.

Minimaal invasieve chirurgie

Reinder Tamminga

Wat was het risico?

In de afgelopen decennia werd minimaal invasieve chirurgie (MIC) geïntroduceerd als een nieuwe operatietechniek. Laparoscopieën deden de gynaecologen al lang, de chirurgen hadden het gaandeweg geleerd en de urologen waren op zoek naar geschikte indicaties hiervoor.

De inspectie kreeg signalen dat die introductie niet zeer doordacht gebeurde: meerdere calamiteitenmeldingen, voornamelijk te laat onderkende darmlaesies, met vaak fatale afloop.

Richtlijnen die eisen stelden aan de voorwaarden waaronder verantwoord kon worden gewerkt waren er niet.



De bekwaamheid was niet geborgd: alleen de gynaecologen hadden de laparoscopie in het opleidingscurriculum opgenomen, bij de chirurgen en urologen was dat niet het geval. Bovendien zou er bij die laatste twee disciplines voor een aanzienlijke groep zittende medisch specialisten een opleidingssituatie gecreëerd moeten worden om de laparoscopische vaardigheden onder de knie te krijgen.

Voor wat betreft de technische aspecten speelden niet alleen de eisen aan de apparatuur een rol maar ook de risicoanalyse van het medisch handelen op de OK vanuit technisch perspectief. Bij de infectiepreventie was het al lang gemeengoed dat, welke voorzorgsmaatregel je ook neemt, het gedrag op de OK bepaalt of de maatregel ook effectief is. Toch waren er op het gebied van reinigen, desinfecteren en steriliseren van holle lumina onzekerheden

en professioneel dispuut over de juiste methode van uitvoeren en controleren. In deze situatie met zijn vele potentiële actoren was er geen richting en moest iedere (aspirant) laparoscopist in zijn eigen ziekenhuis het wiel uitvinden.



Wat gaat nu beter?

Sinds het inspectierapport^[1] hebben inspectie noch de Nederlandse Vereniging voor Endoscopische Chirurgie (NVEC) stil gezeten waardoor het onderwerp steeds op de agenda heeft gestaan. De NVEC publiceerde een plan van aanpak en bracht onder redactie van prof. dr. I.A.M.J. Broeders en drs. S.S. Kalisingh het 'Handboek endoscopische chirurgie' uit. Technici en deskundigen steriele medische hulpmiddelen publiceerden specifieke deeldocumenten onder de titel MICADO. In alle curricula werden laparoscopische vaardigheden opgenomen die toetsbaar waren. Aan de onderkant hield de inspectie druk op de ketel met een follow-up onderzoek bij 20 ziekenhuizen met een hoge risicoprofiel voor minimaal invasieve chirurgie. Ook het onderzoek dat de inspectie deed naar overhaaste introductie van operatierobots paste in het beleid om bestuurders en professionals bij de les te houden.^[2]

Hoe te objectiveren?

Sinds februari 2012 is de "Richtlijn minimaal invasieve chirurgie" zoals voorbereid door de NVEC goedgekeurd door NVOG, NVvH, NVU en NVA. Het heeft weliswaar ruim vier jaar geduurd, maar het proces ernaartoe heeft een grote bijdrage geleverd aan het bewustzijn bij besturen, medische staven en bij de deskundigen uit de ziekenhuisorganisatie. Het besef groeide dat alleen hun gezamenlijk optreden kan leiden tot patiëntveilig laparoscopisch opereren. Uiteraard is er wisselwerking met de volumediscussies en de zich steeds verder ontwikkelende visie op medische technologie bij de Orde en bij NVZ en NFU. Inmiddels verbreedt de aandacht zich tot governance en kan het voorbeeld van de aanpak bij MIC dienen om good governance voor bestuurders en professionals tastbaar te maken.

Wat was de rol van de IGZ hierbij?

Eind 2007 kwam het inspectierapport 'Risico's minimaal invasieve chirurgie onderschat' uit. Het rapport bestrijkt het complete krachtenveld tussen bestuurders en professionals om een complexe techniek verantwoord en dus veilig in het zorgproces te introduceren en onderhouden.

Het inspectierapport was bij het ontbreken van enig richting normstellend op alle gebieden: opleiding, vaardigheidsverwerving, multidisciplinaire voorbereiding en evaluatie door de operateurs, risicoanalyse met technici en deskundigen op het gebied van reinigen, desinfecteren en steriliseren.

Dit had niet gekund zonder de betrokkenheid van de NVEC. Vanuit een oprechte bezorgdheid dat het kind van de minimaal invasieve ingreep met het badwater van de schade door onzorgvuldige implementatie zou worden weggegooid, heeft het bestuur van de NVEC steeds een actieve rol gespeeld.

Informatie en bronnen

- [1] Inspectie voor de Gezondheidszorg. Risico's minimaal invasieve chirurgie onderschat. Kwaliteitssysteem voor laparoscopische operaties ontbreekt. Den Haag 2007.
- [2] Inspectie voor de Gezondheidszorg. Onvoldoende zorgvuldigheid bij introductie van operatierobots. Den Haag, mei 2010.

Stimuleren

Het veiligheidsprogramma voor ziekenhuizen

Jan Vesseur

Wat was het risico?

Het risico was dat individuele ziekenhuizen onvoldoende invulling gaven aan de belofte die door hun koepelorganisaties op 16 juni 2007 op het IGZ patiëntveiligheidscongres is gedaan. Zij namen zich toen voor dat de vermijdbare sterfte en schade aan patiënten in vijf jaar met 50% moest zijn teruggebracht door het implementeren van een Veiligheids Management Systeem (VMS) in ieder ziekenhuis en door interventies in te zetten op tien thema's waarvan bekend is dat daar veel patiëntschade bij optreedt. De koepelorganisaties zouden over het doel op geaggregeerd niveau rapporteren. IGZ zou bewaken dat individuele ziekenhuizen aan die verplichting voldeden.

Wat gaat nu beter?

Alle ziekenhuizen hebben een patiëntveiligheidsbeleid geformuleerd waarin zij aangeven welke activiteiten zij inzetten om de patiëntveiligheid te vergroten. Een belangrijk onderdeel van het beleid is het realiseren van een goed functionerend meldingsysteem waarmee incidenten en calamiteiten, worden gemeld, worden onderzocht en worden vertaald in verbetermaatregelen. Alle ziekenhuizen hebben inmiddels een dergelijk systeem. Patiëntveiligheid staat in ieder ziekenhuis op de agenda. Het management is er op aanspreekbaar. De patiëntveiligheidscultuur is verbeterd. Men is minder reactief. Een beperkt aantal ziekenhuizen is actief geweest om de risico's die de patiënt loopt prospectief in beeld te brengen. De bedoeling van het VMS is, dat ieder ziekenhuis de risico's van de patiënt kent en beheerst. Jammer genoeg zijn nog niet alle ziekenhuizen in staat gebleken om prospectief de risico's voor de veiligheid van de patiënt systematisch in beeld te brengen.

Hoe te objectiveren?

Het aantal incidenten dat in ziekenhuizen gemeld wordt en geanalyseerd wordt is explosief gestegen. Ieder ziekenhuis beschikt over een veelal elektronisch systeem om incidenten te melden. De analyse van de incidenten vindt bijna overal decentraal plaats, waardoor de impact van de analyse en de implementatie van verbeteringen beter verloopt. Het gegeven dat niet uitsluitend verpleegkundigen, maar ook artsen en andere medewerkers, incidenten melden is een teken dat de cultuur rond het melden van incidenten is veranderd. Veiligheidsrondes door leden van het management zijn nagenoeg in ieder ziekenhuis gebruikelijk. Ook dat is een teken van toegenomen veiligheidsbewustzijn en verbeterde veiligheids-cultuur. Een aantal ziekenhuizen kan laten zien dat ze een groot aantal processen hebben geanalyseerd om de risico's voor de patiënt in beeld te brengen.

Wat was de rol van de IGZ hierbij?

De inspectie heeft in de jaren 2009, 2010, 2011 en 2012 aan de hand van een toezichts-instrument telkens ongeveer 20 ziekenhuizen beoordeeld^[1,2]. Het instrument richtte zich op het voldoen aan de speerpunten zoals die door de organisatie van het veiligheidsprogramma van de ziekenhuizen waren geformuleerd. De speerpunten zijn afgeleid van de NTA 8009:2007, de norm waar het VMS in is beschreven. Individuele ziekenhuizen kregen een rapportage van de beoordeling. Bij eventuele tekortkomingen kwam de inspecteur daarop terug in het jaargesprek. Ieder jaar bracht de inspectie op geaggregeerd niveau een rapport uit over de bevindingen en conclusies van de inspectiebezoeken.



Pictogrammen van het VMS veiligheidsprogramma

Informatie en bronnen

- [1] Inspectie voor de Gezondheidszorg. Invoering Veiligheidsmanagementsysteem in ziekenhuizen komt op gang. Den Haag, 2009.
- [2] Inspectie voor de Gezondheidszorg. Accreditatie van het Veiligheidsmanagementsysteem in ziekenhuizen is haalbaar, van integraal risicomangement is nog geen sprake. Utrecht, november 2012.

KNMG Kwaliteitskader medische zorg

Ian Leistikow

Wat was het risico?

Dat patiënten risico lopen in de zorg was al bekend. Dat dat ook in Nederland het geval is werd aangetoond in het eerste EMGO-Nivel rapport.^[1]

Wat gaat nu beter?

Patiëntveiligheid speelt in alle ziekenhuizen en in alle patiënt-zorgverlener relaties een belangrijke rol.

Hoe te objectiveren?

In april 2012 werd het 'KNMG Kwaliteitskader medische zorg 'Staan voor kwaliteit'' gepubliceerd. De directe aanleiding, aldus het voorwoord, waren de SGZ 2009 'De vrijblijvendheid voorbij' en het 'Toezichtskader bestuurlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid' van de inspectie. De KNMG heeft de aanbevelingen uit dit rapport opgepakt en stelt dat "de beroepsgroep zelf voor de gewenste verbeteringen [kan] zorgen." Zij hebben de handschoenen opgepakt. Het thema patiëntveiligheid staat solide op de agenda van de ziekenhuizen en de koepelorganisaties, en daar heeft de inspectie een doorslaggevende rol in gespeeld.

In 2004 werd de eerste **Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie (SIRE)** uitgevoerd. Aan het einde van 2012 zullen alle Nederlandse ziekenhuizen in staat zijn tot kwalitatief goede calamiteitenanalyse. Honderden zorgprofessionals zijn getraind in, en enthousiast over, incidentanalyse.

In 2003 de eerste HFMEA (Healthcare Failure Mode and Effect Analysis, een prospectieve risico-analyse). Al vanaf 2010 passen alle ziekenhuizen een vorm van proactieve analyse (zoals HFMEA) toe, mede dankzij de druk die de inspecteurs hebben gezet om te voldoen aan de eisen van het Landelijke Veiligheidsprogramma.

Wat was de rol van de IGZ hierbij?

Wat veel mensen vergeten is dat het woord 'patiëntveiligheid' in 2002, slechts tien jaar geleden, nog niet eens bestond. Dat weet ik want toen kon ik nog alle domeinnamen op internet claimen (patiëntveiligheid.nl etc.). In 2003 werd de eerste HFMEA in een Nederlands ziekenhuis uitgevoerd. In 2004 werd, in één ziekenhuis, de incidentanalyse methode SIRE voor het eerst organisatiebreed ingevoerd. De analysemethode PRISMA (Prevention and Recovery System for Monitoring and Analysis) werd toen eigenlijk nog nergens toegepast, na een matig geslaagde pilot in Eindhoven enkele jaren daarvoor. Tot 2005 waren er maar een paar ziekenhuizen die iets met het thema patiëntveiligheid deden, en dan veelal op één afdeling (neonatalogie Isala klinieken, kinder-IC Sophia Kinderziekenhuis, Maastricht Clinics). Het UMC Utrecht was toen het enige ziekenhuis met een organisatiebreed patiëntveiligheidsbeleid. Een grote drempel voor de ontwikkeling van het patiëntveiligheidsbeleid was de angst van zorgprofessionals dat het melden van een incident tegen hen gebruikt zou

worden. Dit was de aanleiding voor het beleidsdocument 'Veilig melden' dat in 2007 verscheen.^[2] Een belangrijke bijdrage hieraan was dat de Inspecteur Generaal duidelijk uitdroeg dat: "De IGZ is van mening dat het systeem van Veilig melden 100% veilig moet zijn". Dat een inspectie zichzelf beperkingen oplegde om daarmee de veiligheid te vergroten, sprak van inzicht en lef. Zelfs de luchtvaartsector was hier jaloers op! Dit is slechts één voorbeeld van de essentiële rol die de inspectie heeft gespeeld in het tot stand komen van het patiëntveiligheidsbeleid. Nu, vijf jaar later hebben alle ziekenhuizen veilig melden ingevoerd. Sterker nog: men weet niet beter dan dat dit normaal is. Vijf jaar is kort voor een nationale implementatie.

Het landschap is permanent veranderd, in alle ziekenhuizen van het land. Ook internationaal gezien is dit een uitstekende prestatie. De rol van de inspectie hierin is cruciaal geweest. Zonder inzicht bij de inspectie over hoe je daadwerkelijke veiligheid kunt verbeteren (dat hierbij soms ook terughoudendheid van de inspectie past) en zonder het gericht toepassen van het 'handhavingskwartet' (adviseren, stimuleren, drang, dwang), was de veiligheid van de Nederlandse Ziekenhuiszorg nooit in zo'n korte tijd zo structureel verbeterd.

Maar daar houdt het niet op. De volgende stap voor het toezicht op de ziekenhuizen is de ambitie voor '2017':

*aantoonbaar de veiligste ziekenhuiszorg ter wereld,
met de smalste bandbreedte in onderling verschil.*



Informatie en bronnen

- [1] De Bruijne MC, Zegers M, Loonhout LHF, Wagner C. Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen. Dossieronderzoek van ziekenhuisopnames in 2004. EMGO instituut, Nivel 2007, ISBN 978-90-6905-845-0.
- [2] KNMG. Beleidsdocument veilig melden. Februari 2007. <http://knmg.artsennet.nl/Publicaties/KNMGpublicatie/Beleidsdocument-veilig-melden-2007.htm>.

ICT en NEN 7510

Jan Vesseur



Wonderlijk maar waar...
Na de computercrash was ze
van alle kwaaltjes verlost.

Bron: Canary Pete,
Medisch Contact

Wat was het risico?

Ook in de zorg wordt ruimschoots gebruik gemaakt van ICT. Oorspronkelijk werd ICT alleen ingezet ter ondersteuning van administratieve processen, sinds de jaren negentig van de vorige eeuw in toenemende mate ook ter ondersteuning van zorginhoudelijke processen. Daarmee kreeg ICT ook effecten op de kwaliteit en veiligheid van de zorg. ICT werd natuurlijk ingezet om de kwaliteit en veiligheid te vergroten, maar bij onjuist gebruik kan ICT ook de kwaliteit en veiligheid bedreigen. Patiënten kunnen schade oplopen wanneer door onjuist gebruik van ICT informatie ten behoeve van hun zorgproces niet beschikbaar is, niet betrouwbaar is of zelfs onjuist is. Wanneer de patiëntenzorg papierloos wordt, en met de introductie van ziekenhuisbrede EPD's duurt dat niet lang meer, wordt de afhankelijkheid van ICT steeds groter en het risico dat de patiënt loopt, wanneer er iets misgaat met ICT, ook.

Wat gaat nu beter?

Ziekenhuizen volgen de NEN 7510^[1] en hebben daarmee een basisveiligheid in de toepassing van hun ICT voorzieningen. Ziekenhuizen hebben inmiddels ook een eigen auditsystematiek opgezet waarmee ze zich periodiek door elkaar laten beoordelen op hun informatiebeveiliging.

Hoe te objectiveren?

De NEN 7510 is de veldnorm voor informatiebeveiliging in de zorg. Door na te gaan of ziekenhuizen de voorschriften van de NEN 7510 volgen is de kans dat informatie niet beschikbaar is, niet betrouwbaar is of onjuist is, aanmerkelijk beperkt.

Wat was de rol van de IGZ hierbij?

De inspectie heeft in 2003 een eerste onderzoek uitgevoerd bij een steekproef van 20 ziekenhuizen om na te gaan in hoeverre zij hun informatievoorziening veilig hadden ingericht. De conclusie was dat de beveiliging van informatie nog onvoldoende was voor een papierloze patiëntenzorg. Toen in 2004 de NEN 7510 werd gepubliceerd gaf de inspectie aan dat ziekenhuizen die dienden te volgen en dat de inspectie na zou gaan of ze dat ook daadwerkelijk deden. Het onderzoek daarnaar werd in 2007 samen met het College ter Bescherming van Persoonsgegevens (CBP) uitgevoerd. Naast individuele rapportages werd in 2008 ook een geaggregeerd rapport uitgebracht onder de titel: 'Informatiebeveiliging voldoet niet aan de norm'. Alle Nederlandse ziekenhuizen kregen de opdracht om in 2010 zich door een externe onafhankelijke auditeur te laten beoordelen op de implementatie van de NEN 7510 norm. In 2011 stelde de inspectie vast dat bijna 60% van de ziekenhuizen nog steeds niet voldeed aan de minimumnormen die de eigen koepelorganisatie had geformuleerd. Op straffe van een bevel eiste de inspectie maatregelen en een heraudit die aan moest tonen dat ze wel aan de minimumeisen voldeden. Begin 2012 konden alle ziekenhuizen, op één na, laten zien dat ze aan de minimumnormen voldeden.

Informatie en bronnen

[1] Nederlandse norm NEN 7510 'Medische informatica - Informatiebeveiliging in de zorg' <https://www.nen7510.org/>.

Geboortezorg

Marianne Amelink-Verburg, Renske Wentzel

Wat was het risico?

In 2008 bleek uit een Europese vergelijkende studie (Peristat) dat de perinatale sterfte in Nederland (meetjaren 1999 en 2004) relatief hoog was.^[1] Dit sloeg in als een bom in ons land, dat zo trots was op zijn verloskundige systeem met onderscheid tussen fysiologie en pathologie, zelfstandig werkende verloskundigen en de – voor Europa unieke – keuzevrijheid van vrouwen voor de plaats van bevallen.

Minister Klink stelde daarop de multidisciplinaire Stuurgroep zwangerschap en geboorte in. Begin 2010 bracht deze het adviesrapport 'Een goed begin' uit met aanbevelingen rond zeven thema's (van 'gezond oud worden begint in de baarmoeder' tot 'veilige acute zorg' en 'samen verantwoordelijk').

Een inventarisatie van de IGZ liet zien dat veel ziekenhuizen eind 2011 nog niet voldeden aan een aantal cruciale door de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte (SZG) opgestelde normen. Een kwart van de ziekenhuizen had bijvoorbeeld geen samenwerkingsovereenkomst met verloskundigen waarmee ze samenwerkten. En een derde had geen expliciet systeem om, als een verloskundige een acuut probleem in de thuissituatie meldt, een parallelle actie in te zetten zodat de benodigde professionals klaar staan bij aankomst van de vrouw in het ziekenhuis.

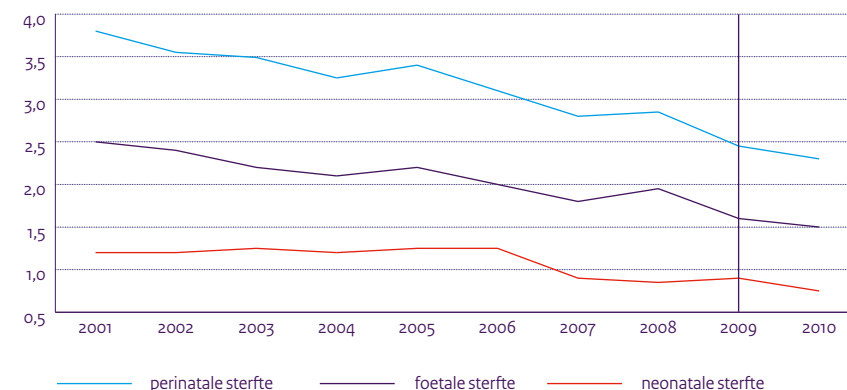
Wat gaat nu beter?

Ondanks vele onderzoeken is de relatief slechte positie van Nederland nog steeds niet verklaard. Het Peristat-onderzoek en het Stuurgroepadvies veroorzaakten nieuwe dynamiek in de geboortezorg. Veldpartijen zijn meer dan voorheen met elkaar in gesprek en werken op lokaal of regionaal niveau initiatieven uit voor (integrale) zorg die de zwangere centraal stelt, en niet de zorgverleners.

Op 1 juli 2012 meldden op drie na alle ziekenhuizen die nog niet aan de normen voldeden in een verantwoordingsrapportage aan IGZ dat zij deze zaken inmiddels geregeld hadden of in 2012 nog zouden regelen.

Hoe te objectiveren?

De perinatale sterfte onder voldragen kinderen is de afgelopen tien jaar met 40 procent gedaald (van 3,8 per duizend in 2001 tot 2,3 per duizend in 2010; PAN-rapport^[2]). Onbekend is of Nederland hiermee internationaal nu beter scoort (de nieuwe Peristat cijfers verschijnen in 2013). Het drama van perinatale sterfte, met een levenslange impact op de nabestaanden, dwingt iedere professional tot continue evaluatie en verbetering waar mogelijk, ongeacht de positie van Nederland op de PERISTAT-ranglijst.



PAN Bron: www.perinatreg.nl (jaarboeken) en ongekoppelde gegevens

De objectivering van de verbeterde samenwerkingsafspraken moet nog plaatsvinden bij inspectiebezoeken die zijn gepland voor het najaar van 2012 en het voorjaar van 2013.

Wat was de rol van de IGZ hierbij?

De IGZ besloot dat het breed gedragen Stuurgroepadvies voor haar niet vrijblijvend was en beloofde de minister toezicht te houden op de implementatie. Uit de vele aanbevelingen koos de IGZ de speerpunten die ze vanuit het incidententoezicht als belangrijkste risicofactoren kent: deskundigheid, communicatie, duidelijke verantwoordelijkheidstoedeling en ketenzorg in acute en niet-acute situaties. IGZ vroeg beroepsgroepen eerst een aantal kernaanbevelingen uit te werken tot concrete, toetsbare normen. Deze waren basis voor het Thematisch Toezichtproject Geboortezorg waarmee IGZ de risico's in de verloskundige zorg (en daarmee de perinatale sterfte) wil reduceren, door er op toe te zien dat het veld de aanbevelingen voor verantwoorde zorg naleeft. Dit TT loopt van medio 2011 tot medio 2013 in de hele keten van zorgverlening van preconceptie tot overdracht van de pasgeborene aan de jeugdgezondheidszorg. Het begon met een inventarisatie van de implementatie van de normen in ziekenhuizen, bij verloskundigen en bij verloskundig actieve huisartsen. Vervolgens vroeg IGZ de ziekenhuizen die nog niet voldeden aan de norm om een verantwoordingsrapportage. De IGZ geeft hieraan een vervolg door een toetsing op de werkvloer in ziekenhuizen, bij verloskundigen, bij verloskundig actieve huisartsen, bij kraamzorginstellingen en bij de JGZ, afzonderlijk en in hun onderlinge samenwerking. Dit gebeurt ondermeer door jonge ouders te vragen naar hun ervaringen in de zorg tijdens zwangerschap, bevalling en kraambed.

Voor goede verloskundige zorg is meer nodig dan het voldoen aan normen en is toetsing op de werkvloer noodzakelijk. We zien dat alleen het vragen naar (rand)voorwaarden en het expliciteren van aanbevelingen al tot effect leidt. Het TT geboortezorg heeft daarmee nu al een bijdrage geleverd aan een kwaliteitsslag in de verloskundige zorg.

Informatie en bronnen

- [1] Jennifer Zeitlin, Katherine Wildman, Gérard Bréart, Sophie Alexander, Henrique Barros, Béatrice Blondel, Simone Buitendijk, Mika Gissler, Alison Macfarlane and The PERISTAT Scientific Advisory Committee. PERISTAT Indicators for monitoring and evaluating perinatal health in Europe. Eur J Public Health (2003) 13 (suppl 1): 29-37.
- [2] <http://www.perinataleaudit.nl/bibliotheek/nieuws/details/646perinatale-sterfte-onder-voldragen-kinderen-is-afgelopen-10-jaar-fors-gedaald>.

Adviseren

Organisatie zorg aangeboren hartafwijkingen

Irene Hellemans, Lya den Ouden

Wat was het risico?

Patiënten met een aangeboren hartafwijking worden op te veel verschillende locaties in Nederland behandeld en begeleid. Deskundige begeleiding en behandeling vereisen een ervaren multidisciplinair team. Versnippering leidde tot landelijke verschillen in aanpak, begeleiding en resultaat. Afspraken hierover waren niet helder; richtlijnen ontbraken en volumes van bepaalde hoog risico interventies waren klein. Eerdere adviezen voor concentratie waren niet opgevolgd en stuitten op grote weerstand in het veld.

De minister vroeg de IGZ advies over de gewenste mate van concentratie van kinderhart-interventies. Voor wat betreft de volwassen patiënten verzocht zij in dit advies ook de vraag te betrekken welke afspraken tussen het centrum voor aangeboren hartafwijkingen en de satellietklinieken in ieder geval moesten worden gemaakt om verantwoorde zorg te kunnen blijven leveren.



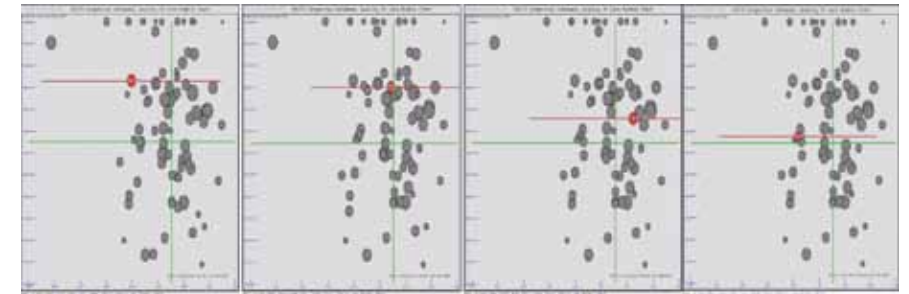
Wat gaat nu beter?

De samenwerking tussen de centra is verbeterd. Er is een landelijk netwerk van enkele centra, waarin de taken en verantwoordelijkheden duidelijk zijn verdeeld. De zorg voor volwassenen met een aangeboren hartafwijking is ingebed in deze structuur. Er is een proces in gang gezet om te komen tot landelijke eisen en richtlijnen en er worden geen patiënten meer buiten de erkende teams om behandeld. Het verder verbeteren van kwaliteit, transparantie en opleiding is een van de opdrachten waar de centra en beroeps-groepen samen aan werken.

Hoe te objectiveren?

De centra houden hun operatieresultaten op een vergelijkbare manier bij. Samenwerkingsverbanden krijgen een officiële status en worden gefaciliteerd door de Raden van Bestuur van de instellingen. Onderlinge visitaties (vanaf 2012 multidisciplinair), databases, richtlijn-bijeenkomsten en complicatiebesprekingen versterken de landelijke samenwerking. Aan

een verdere concentratie van hoog risico/klein volume verrichtingen wordt gewerkt. De beroepsgroep rapporteert jaarlijks aan de minister over de bereikte resultaten.



Gecorrigeerde overlevingscijfers van de 4 Nederlandse centra (6 jaar, pasgeborenen) ten opzichte van andere Europese centra: ernst/overlijdensrisico op de horizontale as respectievelijk gemiddeld, iets hoger en 2x lager, overleving bij alle vier boven gemiddeld.

Wat was de rol van de IGZ hierbij?

De inspectie voerde intensief overleg met vertegenwoordigers van de betrokken beroeps-groepen, NFU, VWS, zorgverzekeraars, NZA en patiëntenvereniging. Zij inventariseerde wat de belemmeringen waren voor de noodzakelijke en al vele malen geadviseerde concentratie van zorg.

Vervolgens bracht een team inspecteurs een inspectiebezoek aan alle ziekenhuizen die aan deze doelgroep zorg verleenden. De bezoeken bestonden uit interviews met bestuurders en betrokken professionals, observaties bij multidisciplinair overleg en overdrachten, inzage in patiëntendossiers, complicatieregistraties en uitkomsten van zorg. Zij hield de gevisiteerde centra een spiegel voor en vroeg waar nodig om verbetermaatregelen.

De IGZ besprak in een *invitational conference* de resultaten met het veld en overlegde zij over de beste wijze om de kwaliteit van zorg te verbeteren en het risico op schade door versnippering van de zorg te voorkomen.

Op grond van deze gegevens bracht de inspectie het volgende advies uit aan de minister: De vier centra voor aangeboren hartafwijkingen (AHA centra) dienen in een geformaliseerd samenwerkingsverband te komen tot één virtueel centrum voor aangeboren hartafwijkingen waarin ook de zorg voor volwassenen is ingebed. Om de gewenste mate van concentratie te bereiken is een (verdere) bundeling van krachten noodzakelijk. Voor de kwaliteit van zorg moet dit samenwerkingsverband worden opgericht per 1 januari 2013 en voldoen aan een aantal heldere eisen.

De minister liet in een brief van 7 juni 2012 aan de tweede kamer weten dat zij instemde met dit advies. Omdat de centra al waren gestart met de samenwerking sprak zij haar vertrouwen uit dat de centra de aanbevelingen van harte onderschrijven en onverkort zullen uitvoeren. Niettemin zal zij het uitvoeringstraject op de voet volgen.

Drang en dwang

Collegiale bereiding en levering van geneesmiddelen

Henk Scheepers



Wat was het risico?

Collegiale bereiding en levering van geneesmiddelen zijn al jarenlang een probleem. De wet verbiedt het maar het voorziet wel in een reële behoefte in de patiëntenzorg.

Er zijn patiënten die behoefte hebben aan op maat gemaakte geneesmiddelen, omdat er voor hen geen geschikt handelspreparaat beschikbaar is. De laatste jaren is er sprake van een trend waarbij kleine apotheken stoppen met bereiden en dit willen overdragen aan collegiaal leverende apotheken. Het risico is dat via het doorleveren het registratiebeginsel – geneesmiddelen op de markt hebben een handelsvergunning en de werkzaamheid/schadelijkheid is beoordeeld door het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen – wordt ondergraven. Daarnaast

moet de kwaliteit van de productie geborgd zijn op het niveau vergelijkbaar aan dat van een fabrikant: de Goede Manieren van Produceren (GMP).

Kentering in beleid

Het feit dat met de inwerkingtreding van de Geneesmiddelenwet op 1 juli 2007 (die collegiale levering verbiedt), direct daarop de circulaire op 22 augustus van datzelfde jaar werd gepubliceerd, geeft aan hoe nijpend de problematiek voor de patiëntenzorg was om geneesmiddelen beschikbaar te hebben die niet als handelsproduct te verkrijgen zijn.

De circulaire beschrijft de kwalitatieve randvoorwaarden waaraan apotheken die collegiaal doorleveren dienen te voldoen. Voor het verschijnen van de circulaire waren er geen specifieke kwalitatieve randvoorwaarden voor collegiaal doorleveren.

Acceptatie van kwalitatieve randvoorwaarden door het veld

De circulaire collegiale bereiding en levering beschrijft de randvoorwaarden waaronder collegiale bereiding en levering is toegestaan. De randvoorwaarden vereisen forse inspanningen van de doorleverende apotheken.

Inmiddels wordt duidelijk dat de meeste apotheken, al dan niet met inschakeling van externe expertise, kunnen voldoen aan de eisen.

Wat was de rol van de IGZ hierbij?

IGZ heeft zich ervoor ingezet dat de volgende eisen in de circulaire zijn opgenomen:

- 1 Technische productdossiers opstellen;
- 2 farmacotherapie moet rationeel en onderbouwd zijn;
- 3 geen farmacotherapeutische alternatieven op de markt;
- 4 Good Manufacturing Practice (GMP).

IGZ zet in op handhaving, hierbij rekening houdend met het gegeven dat een dergelijk kwaliteitssysteem niet van de ene dag op de andere kan worden geïmplementeerd. De farmaceutische industrie heeft indertijd ook meerdere jaren gedaan over de implementatie van GMP.

Zorgaanbod van kleine ziekenhuizen

Willeke Helthuis-Groote Beverborg

Wat was het risico?

Kleine ziekenhuizen zijn en worden door het tempo waarin wet- en regelgeving verandert steeds kwetsbaarder. Die kwetsbaarheid heeft te maken met het niet langer kunnen voldoen aan bijvoorbeeld volume-eisen voor risicovolle ingrepen, waardoor bepaalde ingrepen niet meer mogen worden verricht. Mede hierdoor is voor hen het ‘vasthouden’ van deskundig personeel steeds moeilijker waardoor de continuïteit in de zorgverlening, waaraan ook steeds hogere eisen worden gesteld, in gevaar dreigt te komen. Van belang is daarbij hoe de bestuurder in dit proces zijn verantwoordelijkheid neemt.

Wat zijn de verschillen?

De inspecteur-accounthouders van diverse kleine ziekenhuizen constateren dat de wijze waarop bestuurders omgaan met risico's op onverantwoorde zorg grote verschillen laten zien.

Ziekenhuis A informeert de inspectie proactief over de plannen om de zorg verantwoord te houden en maakt keuzes in het zorgaanbod.

Ziekenhuis B laat de keuze van het zorgaanbod op zijn beloop. Zolang de ondergrens wordt gehaald gaat het ziekenhuis door. Over de mogelijke risico's wordt niet nagedacht tot het moment dat zich een calamiteit voordoet.

Ziekenhuis C heeft grote moeite om zich staande te houden. Dit ziekenhuis wil het zorgaanbod zolang mogelijk in de volle breedte uitvoeren, waarbij nadenken over de toekomst vooruit geschoven wordt tot het moment dat het feitelijk te laat is. Het ziekenhuis wordt ingehaald door onvoldoende anticiperen op de landelijke ontwikkelingen en voelt zich ‘gedwongen’ om met bepaalde functies te stoppen.

Hoe te objectiveren?

De bijdrage van de inspectie is bij het toezicht op verantwoorde zorg niet in harde cijfers uit te drukken, maar doet er wel degelijk toe.

Wat was de rol van de IGZ hierbij?

Bij ziekenhuis A is de rol van de inspectie hen te stimuleren om de plannen ook voor te leggen aan de wetenschappelijke verenigingen. Dit wordt gedaan en over de resultaten wordt de inspectie geïnformeerd. Afgesproken wordt dat de bestuurder de inspectie informeert wanneer er risico's zijn op onverantwoorde zorg. Toezicht op basis van vertrouwen!

Bij ziekenhuis B stelt de inspectie kritische vragen. Ook de vraag, met iets meer drang, om het zorgaanbod toekomstbestendig in te richten en een prospectieve risico-inventarisatie en -evaluatie uit te voeren. Zij verzoekt het ziekenhuis haar over het resultaat te informeren. De inspectie houdt een vinger aan de pols.

Bij ziekenhuis C kan de inspectie niet anders dan een verscherpt toezicht in te stellen, overgaan tot een bevel of het vragen van een aanwijzing aan de minister. De inspectie heeft geen vertrouwen dat het goed komt zonder een dergelijke maatregel. De inspectie bepaalt wanneer de maatregel kan worden opgeheven en het vertrouwen is hersteld. Door proportioneel te handhaven wordt in deze situaties bereikt dat de zorg verantwoord blijft.

ZIEKENHUIS
ZORG VOOR DE REGIO
AAN DE MONITOR

Verscherpt toezicht Maasstad ziekenhuis

Leo Ravensbergen

Wat was het risico?

In een veel te laat stadium – en onder druk van de NOS – werd in mei 2011 door het bestuur van het Maasstad ziekenhuis melding gedaan van de Klebsiella uitbraak. In de confrontatie met bestuur en medewerkers volgden hierna verrassend negatieve bevindingen. Het uitgangspunt dat het Maasstad een ziekenhuis was dat redelijk tot goed functioneerde moesten op dat moment loslaten. Het functioneren van het bestuur, de medische staf en individuele medewerkers was beneden de maat. Er bleek een cultuur van eilanden waarbij ieder een eigen weg kon gaan en sturing met het oog op kwaliteit en veiligheid niet aan de orde was. De bestuurder was uit op een steeds groter en financieel gezonder krijgen van het ziekenhuis. Interne sturing en toetsing werd overgelaten aan anderen die niet op die taak berekend waren. De medische staf – in gesprekken getypeerd als de apenrots – functioneerde onder een voorzitter die ruim 10 jaar deze positie bekleedde en niet kritisch reageerde naar de bestuurder. Kwaliteit was voor de staf geen onderwerp. Kortom een *mer à boire* aan narigheid.

Een adequaat inschatten van de risico's die patiënten lopen bij een Klebsiella uitbraak was er niet. De artsen-microbioloog werden nauwelijks serieus genomen. Volgens de voorzitter van de staf stonden zij laag in de hiërarchie. Dat dit aangepakt moest worden kwam niet bij de collega specialisten op. De samenwerking van artsen-microbioloog met hygiënist was verstoord. Dat was bekend maar ook dit pijnpunt liet men voor wat het was. Het was geen gebruik om alle noodzakelijke gegevens correct vast te leggen, elkaar te informeren en waar nodig te alarmeren. Hygiënist beperkten zich tot een advies over isolatie van een patiënt en deden zelden tot nooit een audit op een afdeling. Zodoende is de uitbraak niet goed in kaart gebracht. De bestuurder kwam niet tot een krachtdadige aanpak, reageerde defensief en bleek niet in staat het tij te keren.

Wat gaat nu beter?

Een interim-bestuurder kwam. Deze bevestigde onze analyse en deed daar zelfs nog een schepje bovenop. Problemen werden door hem niet alleen erkend maar er volgde ook een adequate aanpak. Daarbij veranderde veel doordat Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMCU) medewerkers de afdeling ziekenhuishygiëne en medische microbiologie leerden werken volgens beproefde UMCU methoden. Alle in het ziekenhuis werkzame personen namen verplicht deel aan wekelijkse bijeenkomsten over de preventie van infecties. Teamleiders van afdelingen voerden dagelijks een check uit of medewerkers voldoende op de hoogte waren van de noodzakelijke maatregelen en werkwijzen. Er vonden wijzigingen plaats in de functies van coördinator van de afdeling ziekenhuishygiëne en de voorzitter medische staf. In september 2011 waaide daardoor een frisse wind in de organisatie en kregen we weer vertrouwen in het ziekenhuis. De artsen-microbioloog komen meer dan voorheen op afdeling voor overleg, de infectiecommissie is nieuw leven ingeblazen.

Hoe te objectiveren?

In de kamer van de interim-bestuurder waren tot januari 2012 de muren volgehangen met maatregelen en acties van de inspectie. In de reeks van bezoeken die inspecteurs brachten konden steeds meer onderwerpen worden afgevinkt.

De cultuur van een organisatie laat zich niet snel en makkelijk ombuigen, daar is langere tijd voor nodig. De nieuwe Raad van Toezicht en de nieuwe Raad van Bestuur zien dit nadrukkelijk als opdracht. Ook regionaal is samenwerking in ontwikkeling. In reactie op een aantal calamiteiten waaronder de klebsiella-uitbraak in het Maasstadziekenhuis en de propofol casus van het Haven ziekenhuis^[1] hebben de Rijnmond ziekenhuizen vanaf juni 2012 een convenant gesloten om kwaliteit en veiligheid structureel onderdeel te maken van de dagelijkse gang van zaken.

Wat was de rol van de IGZ hierbij?

Na de melding door het ziekenhuis vroeg de inspectie, zoals gebruikelijk, aan het ziekenhuis een onderzoek te starten en de inspectie op de hoogte te houden van de resultaten en hieruit voortvloeiende maatregelen. De IGZ hield een stevige vinger aan de pols toen het ziekenhuis niet voortvarend was met de informatie en drong aan op het inschakelen van – voldoende gemandateerde – externe adviseurs uit RIVM en UMC Utrecht. Omdat het ziekenhuis hier onvoldoende op reageerde en bovendien bij nieuwe media-aandacht geen antwoord kon geven op de vraag of er inderdaad opnieuw patiënten waren overleden zegde de inspectie het vertrouwen in de effectiviteit van de bestuurder op en stelde in juli verscherpt toezicht in.

Het was opmerkelijk dat in de vele gesprekken die de inspecteurs voerden het klimaat van het gesprek ondanks alle narigheid goed bleef. Een enkele keer liepen zij – zoals bij een onverwacht avondbezoek – tegen de arrogantie van een heelkunde assistent aan, maar de boventoon bleef positief. Ondanks de misère, de media aandacht en de pijnpunten die men zich vaak ook persoonlijk aantrok, groeide het besef dat uit de crisis verbetering kon volgen. Die drive, die rode draad zit er stevig in.

Informatie en bronnen

[1] Jan Klein, Inge Huisman, Anand G. Menon, C.M. (Ineke) Leenders, K.H.A. (Lien) van Eeghem, M. (Greet) C. Vos en Johan J. Dorresteyn. Postoperatieve infectie door gecontamineerde propofol. Ned Tijdschr Geneesk. 2010;154:A767.

Concentratie van oesophaguscardiaresecties

Kris Smolders, Lya den Ouden

Wat was het risico?

Oesofaguscardiaresecties (OCR) zijn complexe operatieve ingrepen bij patiënten met slokdarmkanker. Het is bekend dat het risico op blijvende schade en sterfte bij complexe ingrepen veel hoger is in ziekenhuizen die deze ingrepen zelden uitvoeren dan in ziekenhuizen die hiermee veel ervaring hebben. In 2003 besloot de inspectie in overleg met de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVVH) om het aantal OCR op te nemen in de eerste Basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen. Het bleek dat op dat moment al sprake van een zekere concentratie: bijna de helft van de ziekenhuizen deed deze operaties niet en verwees patiënten hiervoor naar een ander ziekenhuis. Maar ook deed een aanzienlijk aantal ziekenhuizen zo'n operatie slechts een paar keer per jaar.

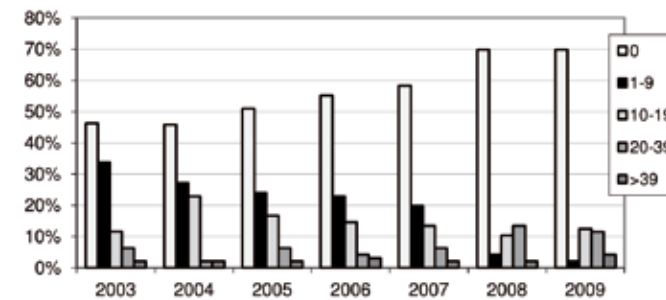
De openbaarheid van deze gegevens leidde ertoe dat de NVVH in 2005 een al veel langer bestaande conceptrichtlijn accordeerde waarin het minimum aantal ingrepen op 10 per jaar werd gesteld. De openbaarheid van de gegevens, de minimumafspraken in de richtlijn en de in 2006 opgevoerde druk van de IGZ riepen in sommige ziekenhuizen veel weerstand op. Kwade tongen beweerden dat sommige chirurgen onjuiste aantallen opgaven of nog erger patiënten zouden opereren bij wie geen goede indicatie (meer) bestond om maar aan de juiste aantallen te komen.

Wat gaat nu beter?

De behandeling van patiënten met slokdarmkanker is inmiddels geconcentreerd in minder dan 30 ziekenhuizen die allemaal ten minste 10 OCR per jaar verrichten. Er zijn goede regionale afspraken over afstemming en de verontwaardiging over wat je als chirurg 'niet meer mag' is verdwenen doordat chirurgen samenwerken en soms met hun patiënt meegaan en mee-opereren in een concentratieziekenhuis. De verwachting is dat het aantal ziekenhuizen dat deze zorg biedt nog verder zal afnemen en dat alle patiënten terecht kunnen in een ziekenhuis dat ten minste 20 operaties per jaar uitvoert, conform de aangescherpte volumennorm van de NVVH. En het gaat niet alleen om patiënten met slokdarmkanker. Naast andere algemeen chirurgische ingrepen gaat dit ook om urologische en gynaecologische operaties en om interventies in andere vakgebieden. Volumebeleid staat op de kaart.

Hoe te objectiveren?

Onderstaand overzicht van het aantal OCR per ziekenhuis uit de indicatoren 2003 tot 2009 laat zien dat in 2009 nog maar twee ziekenhuizen minder dan 10 ingrepen hadden verricht.



Het ene ziekenhuis gaf aan inmiddels verwijzing naar een ander ziekenhuis te hebben geregeld. Het tweede ziekenhuis behandelde één patiënt samen met de chirurg uit een concentratieziekenhuis dat op dat moment een opnamestop had.

Dat Nederland inmiddels een breed gedragen volumebeleid kent, blijkt uit de toename van richtlijnen waarin een minimum aantal voor complexe ingrepen is opgenomen en de overzichten van volumennormen bij verschillende wetenschappelijke verenigingen. Ook hebben zorgverzekeraars volumecriteria opgenomen in hun inkoopbeleid.

Wat was de rol van de IGZ hierbij?

In 2003 nam de inspectie in overleg met de wetenschappelijke vereniging het aantal OCR op in de eerste Basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen. De publiciteit over de indicatoren en het uitkomen van de richtlijn hielpen om het beleid in de gewenste richting om te buigen, maar dat ging (te) langzaam.

Toen in 2006 nog steeds 22 ziekenhuizen minder dan tien resecties uitvoerden voerde de inspectie de druk op. Zij vroeg alle ziekenhuizen die vanaf 2003 structureel minder dan tien resecties uitvoerden (n=14) hiermee te stoppen of aan te tonen dat zij zodanige regionale afspraken hadden dat het aantal in de toekomst voldoende zou zijn. Hierop besloten elf ziekenhuizen hun patiënten te verwijzen naar meer gespecialiseerde centra. De overige drie ziekenhuizen maakten zodanige regionale afspraken dat het aannemelijk was dat zij in de toekomst tien of meer resecties zouden uitvoeren.

Om na te gaan of de ziekenhuizen het aantal OCR naar waarheid hadden opgegeven voerde de inspectie in 2007 een verificatieonderzoek uit.^[1] Zij vroeg aan tien ziekenhuizen om geanonimiseerde operatieverslagen van alle slokdarmkankeroperaties verricht in 2005 en 2006. Dit betrof alle ziekenhuizen die in 2006 tien of elf resecties uitvoerden en de ziekenhuizen die in 2006 meer dan elf maar over de periode 2003-2006 minder dan 40 resecties uitvoerden. Aan de hand van een geblindeerde beoordeling van geanonimiseerde

operatieverslagen stelde de inspectie vast dat enkele ziekenhuizen inderdaad een onjuist aantal had opgegeven. Twee ziekenhuizen stopten op aandringen van de inspectie met het uitvoeren van resecties en vier andere moesten op korte termijn aannemelijk maken dat zij de volgende jaren aan de norm zouden voldoen. Het onderzoek heeft duidelijk gemaakt dat verificatie van openbare gegevens, zoals die van de kwaliteitsindicatoren, onontbeerlijk is.

De discussie over de relatie tussen volume en kwaliteit heeft in 2011 en 2012 geleid tot het vaststellen van meer en betere volumennormen door de beroepsgroep. Drang en dwang bij het handhaven van een minimum aantal verrichtingen en controle op de aangeleverde gegevens bleken een goed begin voor de concentratie van veel meer hoogrisico laagvolume operaties.

Informatie en bronnen

[1] JKris H.A. Smolders, A. Lya den Ouden, Willem A.H. Nugteren, Gerrit van der Wal. Does public disclosure of quality indicators influence hospitals' inclination to enhance results? International Journal for Quality in Health Care Advance Access published February 7, 2012.

Het tuchtrecht

Christien Hofstra-van Benthem



Wat was het risico?

Er staat de inspectie een heel scala aan handhavingsmiddelen ter beschikking om, daar waar de zorg (nog) niet verantwoord plaats vindt, op te treden. Van advies en stimuleren tot zware bestuursrechtelijk maatregelen zoals bevel en aanwijzing. Eén ervan is ook het tuchtrecht. In de afgelopen jaren zijn er door tuchtcolleges gezondheidszorg vele tuchtklachten behandeld. Daaronder ook diverse zaken door de inspectie voorgelegd. Wat was nu het risico van de zorg die geleverd werd en die noodzaak gaf tot een oordeel van de tuchtrechter? Dat zijn er velen, variërend van schending van patiënten rechten (informed consent) tot het onvoldoende invulling geven aan de verantwoordelijkheid (supervisie) en niet of fout handelen, de (onnodige) dood van patiënten tot gevolg hebbend.

Het doel van tuchtrecht is bewaking van de kwaliteit van het professioneel handelen.

Wat gaat nu beter?

Gaat het nu beter en wordt de zorg veiliger na de uitspraken van de tuchtrechter? Eén ding is zeker: het medisch tuchtrecht verlost elk jaar de Nederlandse Gezondheidszorg van enkele – overigens opvallend over de specialismen verdeelde – wanpresteerders. Dat is heel wat, want het tuchtrecht is naast het strafrecht de enige weg om een disfunctionerende arts definitief zijn of haar bevoegdheid te kunnen ontnemen’.

De afgelopen jaren zijn meerdere artsen waaronder een (basis)arts, een psychiater, een psychotherapeut, een gynaecoloog, een huisarts, een oogarts door toedoen van de inspectie door de tuchtrechter hun bevoegdheid kwijtgeraakt. Ook een gynaecoloog en een tandarts moesten het veld ruimen na klachten van patiënten. In totaal gaat het om 33 doorhalingen in het BIG-register.

Ook het handelen van alternatieve genezers heeft de inspectie meerdere malen voorgelegd aan de tuchtrechter met als gevolg dat een aantal ‘verantwoorde zorg’-normen door de tuchtrechter scherp zijn neergezet en als jurisprudentie staan. Zo zal een arts die de niet

Risicoindicator toezicht

reguliere geneeskunde bedrijven zijn patiënten moeten onderzoeken, diagnosticeren en behandelen als van een regulier arts mag worden verwacht. Mocht hij daarna toch overgaan op alternatieve geneeswijzen dan moet hij de patiënt de keus laten door deze voor te lichten over wat in het reguliere circuit de mogelijkheden zijn en mocht dan toch gekozen worden voor alternatieve geneeswijzen, dan dient ook dit alles goed in het dossier te worden vastgelegd.

Hoe te objectiveren?

Uit een onderzoek van Hout et al blijkt dat de tuchtrechter jaarlijks gemiddeld 120 beroepsbeoefenaren een maatregel oplegt.^[1] Dit gaat maar bij een kleine minderheid (2%) om doorhaling uit het register of ontzegging van de bevoegdheid tot beroepsuitoefening. Uit onderzoek naar de effectiviteit van tuchtmaatregelen blijkt echter dat ook lichte maatregelen weldegelijk effect hebben^[2]. In meerderheid leidden ook een waarschuwing of berisping tot veranderingen in de praktijkvoering van de door de inspectie aangeklaagde beroepsbeoefenaren en op hun beroepsgenoten. Ook ongegrondverklaringen blijken, met name in geval van publicatie, effectief voor aangeklaagden en de beroepsgroep door het verschaffen van juridische duidelijkheid en normontwikkeling. Het is dan ook aannemelijk dat de zorg veiliger is geworden door het inschakelen van het tuchtrecht.

Wat was de rol van de IGZ hierbij?

Het genoemde onderzoek van Hout liet zien dat slechts een fractie van het totale aantal tuchtklachten (2%) door de inspectie werd ingediend. Van de door de inspecteur ingediende klachten eindigde wel driekwart in een maatregel, terwijl dat bij door patiënten ingediende klachten bij minder dan 20 procent het geval was. De zwaarste maatregel, ontzegging van de bevoegdheid of doorhaling van de inschrijving in het BIG-register, werd in tweederde van de gevallen opgelegd na klachten ingediend door de inspecteur.

Informatie en bronnen

- [1] Hout FAG, Cuperus-Bosma JM, de Peuter OR, Hubben JH, van der Wal G. Tuchtrechtspraak voor de gezondheidszorg in Nederland; 1983-2002. Ned Tijdschr Geneeskd. 2007;151:881-6.
- [2] Erik Hout, Eline Nienhuis, Brenda Frederiks, Johan Legemaate. De Inspectie voor de Gezondheidszorg en het Tuchtrecht. Verslag van een onderzoek in opdracht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. 2009. Vrije Universiteit Amsterdam EMGO+.

De basisset indicatoren voor ziekenhuizen

Sytske de Jong



Wat was het risico?

De wetgever vraagt van de IGZ toezicht te houden op de kwaliteit van de geleverde zorg. Binnen de Leidschendam conferenties werd extra aandacht besteed aan de kwaliteit van zorg. En de IGZ wilde een omslag maken naar meer selectief toezicht: slechter presterende ziekenhuizen opsporen en extra aandacht geven. Alleen hoe? Wat is kwaliteit van zorg? Wanneer presteert een ziekenhuis ondermaats? En hoe kan dat landelijk overzien worden? Het risico was de afwezigheid van maten en uitkomsten en daardoor geen zicht of grip en evenzo geen gezamenlijke visie op (het erg ruime begrip) kwaliteit van zorg.

Wat gaat nu beter?

Met de komst van de basisset kwaliteitsindicatoren (aanvankelijk prestatie-indicatoren) in 2003 is de IGZ een intensieve dialoog gestart met de veldpartijen (de Orde, de NVZ, de NFU, de V&VN) evenals met de wetenschappelijke verenigingen van de verschillende specialismen over wat de kwaliteit van zorg in ziekenhuizen omvat. Voortdurend is er dialoog over de grote risico's van de ziekenhuiszorg, waarvoor en waarover indicatoren ontwikkeld moeten worden, wat opvallende uitkomsten betekenen en waar normen of richtlijnen ontbreken. Er zijn nu landelijke maten en uitkomsten beschikbaar er is een gezamenlijke visie op kwaliteit van zorg. Vanaf de start van het ontwikkeltraject van indicatoren door de wetenschappelijke verenigingen komt er extra aandacht voor dit potentiële risico binnen de ziekenhuiszorg. Vaak al voor dat een indicator voor het eerst door de IGZ wordt uitgevraagd zijn de resultaten op dat gebied door de aandacht en de gesprekken rond de ontwikkeling van de indicator al verbeterd.

Hoe te objectiveren?

De ontwikkeling van de basisset indicatoren is bedoeld om kwaliteit en veiligheid te objectiveren. Alle ziekenhuizen leveren de gegevens voor de indicatoren aan. De signaleringslijsten met opvallende uitkomsten per ziekenhuis geven de inspecteurs een instrument om de kwaliteit van het ziekenhuis te beoordelen. Elk jaar laat zien dat risico's waar indicatoren voor zijn ontwikkeld afnemen.^[1,2] Het percentage decubitus was nog nooit zo laag. Ondervoeding krijgt veel meer aandacht. Heupoperaties en trombolysen vinden in het belang van de patiënt veel sneller na de opname plaats. En nog belangrijker, wanneer er problemen zijn rond de basisset indicatoren wordt de IGZ gesteund door de veldpartijen die achter deze ontwikkeling blijven staan.

Wat was de rol van de IGZ hierbij?

De IGZ was de initiator van de basisset van indicatoren. Was het in het begin nog een zoekproces waar velen niets in zagen, met vallen en opstaan leerden we van onze fouten. Vanaf 2006 werden ook de analyses van de indicatoren geprofessionaliseerd in een analyse-unit. Inmiddels zijn die analyses voor inspecteurs en accounthouders *on line* bereikbaar binnen IRIS. Jaarlijks houdt programma 4 de 'tweede fase dagen' waar de resultaten en de interpretaties worden doorgesproken. Inspecteurs brengen de gegevens samen met de overige kennis over een ziekenhuis uit thema toezicht, meldingen en uit de pers. Zo gaan zij goed voorbereid het 'jaargesprek' in. Zij merken dat ook bestuurders de indicatoren belangrijk vinden en het jaargesprek steeds meer gebruiken om te sturen op het beperken van risico's.

Dankzij dit succes hebben de indicatoren een duidelijke plaats bij het (systeem)toezicht op de ziekenhuizen.

Informatie en bronnen

[1] Inspectie voor de Gezondheidszorg. Het resultaat telt 2010. Utrecht, maart 2012.

[2] Jan Maarten van den Berg, Jan Haeck, Maaïke van der Kolk, Lya den Ouden. (Toe)zicht op ziekenhuizen. Vijf jaar presteren met indicatoren. Uitgeverij de Tijdstroom. 2009.

Verpleegkundige indicatoren, zorg voor alle kwetsbare patiënten in beeld

Annette de Bruijne-Dobben

Wat was het risico?

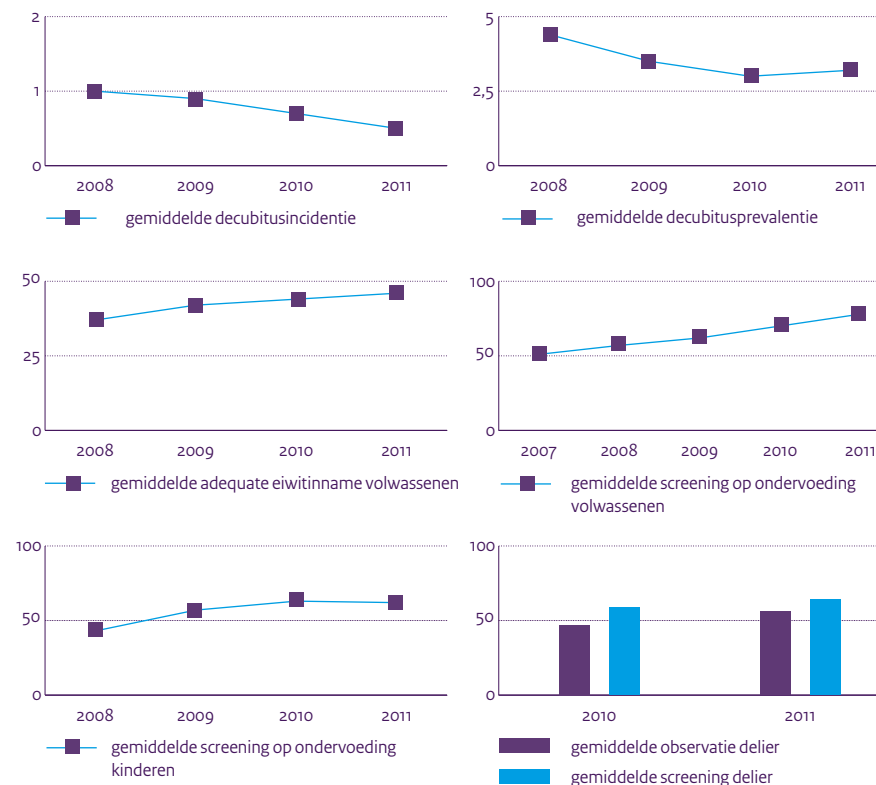
Verpleegkundigen zijn de zorgverleners die de patiënt vierentwintig uur per dag meemaken. Zonder het meten van uitkomsten binnen de verpleegkundige zorgprofessie, missen we gegevens over de kwaliteit van zorg die grotendeels door verpleegkundigen wordt uitgevoerd. Het risico op verpleegkundige zorgverlening die als ondermaats kan worden gekwalificeerd, is dan groot. Verpleegkundige indicatoren zijn vanaf het begin van de basisset opgenomen. Dit begon met de indicator decubitus. Later zijn de indicatoren Ondervoeding en Delier toegevoegd aan de basisset. Daarmee staat de verpleegkundige professie, binnen het stelsel van indicatoren, stevig op de kaart.

Wat gaat nu beter?

Door verpleegkundige zorgaspecten te meten, wordt niet alleen de kwaliteit van zorg inzichtelijk maar worden ook verbeterpotentieel, 'best practices' en 'worst scenario's' duidelijk. Verpleegkundigen worden betrokken bij output registraties zodat indicatoren niet alleen een 'dokters-ding' zijn, maar een instrument worden voor diverse aspecten van de patiëntenzorg in het ziekenhuis. Het kan niet anders dan dat dit voor de patiënt resulteert in toename van de kwaliteit van zijn of haar zorgverlening.

Hoe te objectiveren?

Het resultaat van het werken met indicatoren is te illustreren met cijfers en grafieken. De gemiddelde decubitus incidentie vertoont een dalende trend, de prevalentie van decubitus is gedaald en blijft op een acceptabel niveau. Verder zien we een toename van adequate eiwitopname bij volwassenen evenals een toename van het aantal patiënten dat gescreend wordt op ondervoeding (zowel volwassenen als kinderen). Tot slot een toename van het aantal patiënten dat gescreend en specifiek geobserveerd wordt bij het ziektebeeld delier.



Wat was de rol van de IGZ hierbij?

De IGZ heeft actief overleg gevoerd met diverse stakeholders waaronder V&VN, vertegenwoordigers van de stuurgroep Ondervoeding en de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie. Door de verpleegkundige indicatoren in de basisset Kwaliteitsindicatoren op te nemen, heeft de IGZ als aanjager gefungeerd en bovengenoemde onderwerpen op de agenda's van bestuurders en zorgprofessionals geplaatst. Door opvallende resultaten tijdens het jaargesprek te bespreken kregen de verpleegkundigen ook steun van hun bestuurder bij de implementatie van verbetertrajecten. De basisset is ooit begonnen uitgaande van het motto 'better done than perfect', gebaseerd op de wijsheid: "You can have it fast; You can have it cheap; Or you can have it perfect. But you only get to pick two".



Toezicht op de particuliere klinieken

Lies Lunsing

Wat was het risico?

In de jaren negentig van de vorige eeuw werden de eerste privéklinieken opgericht en meestal snel weer gesloten. Private zorg was ongewenst en werd weg geconcentreerd door de reguliere ziekenhuizen. Aarzelend kwamen toch meer initiatieven van de grond. Er waren incidenten, waar de inspectie ad hoc op reageerde. Het was pionieren zowel voor de klinieken als voor de inspectie.

In 2002 waren er 94 privé klinieken bij de inspectie bekend. Er was toen beperkte politieke belangstelling. Het beleid hield zich niet zo met dit onderwerp bezig. Veel was onduidelijk en daarom deed de inspectie in 2002 een eerste inventarisatie naar de voorwaarden voor verantwoorde zorg. Daarbij bleek dat er veel mis was bij 20 onderzochte klinieken. Ook toen al werd door IGZ geconstateerd dat goed toezicht op basis van de vigerende wetgeving niet mogelijk was. Daarom vroeg zij om verdere concretisering van wet en regelgeving. Een vraag die anno 2012 nog steeds actueel is!

Wat gaat nu beter?

Het IGZ rapport van juni 2003 maakte veel los.^[1] Verbeteringen waren noodzakelijk. Dat betrof vooral de organisatie van de zorgprocessen, maar ook het (on)professioneel handelen van de medisch specialisten en basisartsen.

In september 2004 verscheen een vervolgonderzoek nu bij 45 van de 110 bij de inspectie bekende klinieken. In de jaren daarna onderzocht de inspectie jaarlijks 10 klinieken aan de hand van een gestructureerde vragenlijst. Klinieken die cosmetische behandelingen aanboden waren door de aard van de ingrepen, de matige kwalificaties van de dokters en het feit dat het niet noodzakelijke zorg betrof, vaak onderwerp van inspectieonderzoek.

Hoe te objectiveren?

Nagedacht werd over de verdere vormgeving van het inspectietoezicht. Naar analogie van de prestatie indicatorenset ziekenhuizen werd gewerkt aan een soortgelijke set voor de particuliere klinieken. De ontwikkeling van deze kwaliteitsindicatorenset werd en wordt enthousiast ondersteund door de Orde, NVA, NOG, NOV en NVPC. Inmiddels is de lijst met wetenschappelijke verenigingen uitgebreid (NVK, NVDV, MDL en NVVC). Op onderdelen zoals oogheelkunde en orthopedie wordt bij laag risico patiënten, gebaseerd op een risicoscore van de *American Society of Anesthesiology* volwaardige ziekenhuiszorg geleverd.

Wat was de rol van de IGZ hierbij?

In de jaren 2007-2012 was een door IGZ gestimuleerde ontwikkeling naar verdere verbetering van indicatoren en systematisch toezicht. Kwaliteitsindicatoren werden voor het eerst over 2008 uitgevraagd. Inmiddels zijn de resultaten over 2011 gepubliceerd.^[2]

De belangrijkste verbetering is de professionalisering van de klinieken.

In deze periode zijn er ook meerdere richtlijnen voor dit veld ontwikkeld, meestal op aandringen van de inspectie. Zo waren er veel meldingen over misstanden bij de refractie-chirurgie (ooglaseren). Mede door het inspectierapport "Kwaliteit van behandeling van ooglasers klinieken meestal goed"^[3] is er op het gebied van de refractiechirurgie een goede norm ontwikkeld en een belangrijke kwaliteitsslag gemaakt. Ook normen over een leeftijdsgrens voor cosmetische behandelingen (18 jaar), cosmetische gynaecologische ingrepen en ooglidcorrecties hadden een belangrijke impact. Een bijzonder rapport was gebaseerd op een onderzoek in 2007 naar het voorkomen van vrouwenbesnijdenis in Nederland.^[4] Gelukkig kon niet worden aangetoond dat een dergelijke ingreep in Nederland werd gedaan.

Zorgenkinderen blijven de cosmetische chirurgie en cosmetische ingrepen. Het ziet ernaar uit dat er nu normen en wellicht zelfs een aanvullende opleiding voor basisartsen komen. Echter de patiënt blijft de zwakke schakel. Die heeft hoge verwachting en herkent eigenlijk niet de risico's die dergelijke behandelingen met zich meebrengen. Er blijft wel degelijk werk te doen door de IGZ!

Informatie en bronnen

- [1] Inspectie voor de Gezondheidszorg. Onvoldoende waarborgen voor kwaliteit en veiligheid in 'snijdende' privéklinieken. Den Haag, 2003.
- [2] Inspectie voor de Gezondheidszorg. Het resultaat telt particuliere klinieken. Utrecht, oktober 2012.
- [3] Inspectie voor de Gezondheidszorg. Kwaliteit van behandeling van ooglasers klinieken meestal goed, maar infectiepreventie kan beter. Den Haag, 2009
- [4] Inspectie voor de Gezondheidszorg. Geen vrouwenbesnijdenis in klinieken aangetroffen. 's Hertogenbosch, november 2009.

Thematoezicht

Een TOP-prestatie

Ed Schoemaker

De pioniersjaren

In het operatieve proces is het risico op vermijdbare schade en overlijden groot (To err is human, Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen en de monitor Zorggerelateerde schade^[1]). Hoewel die schade vaak direct zichtbaar is, was hiervoor enkele jaren geleden nog nauwelijks aandacht. Een onderwerp waarin veel vooruitgang is geboekt op het gebied van veilig werken en voorkómen van vermijdbare schade en overlijden is het operatieve proces.



Wat gaat nu beter?

Het Toezicht Operatief Proces (TOP) van de inspectie heeft geleid tot een bewustwording van kwaliteit en veiligheid op de operatiekamers (OK's) in Nederland; zo wordt er geen operatie meer uitgevoerd zonder dat er een time-out is uitgevoerd. Onze ziekenhuizen zijn daarmee uniek in de wereld.

Daarnaast hebben we ook op andere punten ingezet om de zorg rond de operatiepatiënt te verbeteren, zoals hygiëne en infectie-

preventie, veiligheid van medische apparatuur, standaardisatie van overdrachten door het gebruik van checklists en veiliger medicatiegebruik.

Mijlpalen zijn de richtlijnen die het veld heeft ontwikkeld om de operatieve zorg te normeren; de perioperatieve richtlijn die nu bijna klaar is en de zorg inzichtelijker en controleerbaar maakt door het gebruik van stopmomenten en de richtlijn van de operatieassistenten die het onbedoeld achterblijven van operatiemateriaal moeten voorkómen. Ten slotte is nu een richtlijn in ontwikkeling met normen over de luchtbehandeling op operatiekamers. Deze richtlijnen zijn niet het doel geweest maar wel het middel voor een cultuurverandering te bewerkstelligen in het operatieve proces.

Hoe te objectiveren?

De vermindering van postoperatieve complicaties en sterfte door invoering van een checklist blijkt uit meerdere onderzoeken. Haynes et al publiceerden in 2009 hoe een chirurgische checklist aantoonbaar tot minder complicaties en overlijden leidde.^[2] De sterfte verminderde in het onderzoek bij bijna 8.000 patiënten in 8 ziekenhuizen van 1,5 procent vóór de invoering van de checklist tot 0,8 procent erna. In diezelfde periode daalde het aantal postoperatieve complicaties tijdens opname van 11 naar 7 procent. Deze dalingen waren significant. De SURPASS-groep van het AMC publiceerde in 2010 voor 6 Nederlandse ziekenhuizen vergelijkbare resultaten. Een sterfte daling van 1,5 naar 0,7 procent en een afname van het aantal patiënten met één of meer complicaties van 15 naar 10 procent. In

diezelfde periode trad bij een controlegroep in 5 andere ziekenhuizen geen daling van sterfte en complicaties op.^[3]

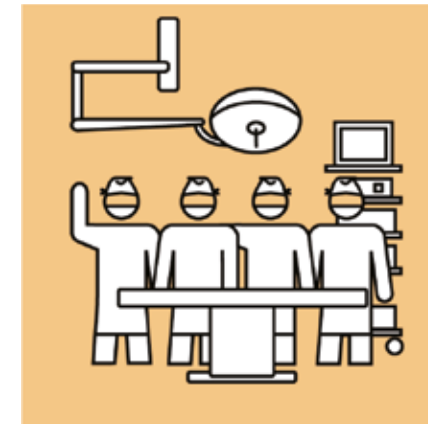
Wat was de rol van de IGZ hierbij?

De inspectie heeft op de zorg vóór, tijdens en na de operatie een serie thema onderzoeken uitgevoerd van 2006 tot 2012. Geen enkel thema heeft zoveel jaren achtereen bij de inspectie zo prominent op de agenda gestaan. En die vasthoudendheid was een van de belangrijke succesfactoren.

Dat geldt ook voor de samenwerking met professionals in de zorg. Continu overleg en begrip voor ieders eigen rol hebben hun vruchten afgeworpen. Niet langer wordt de vinger gewezen naar de IGZ 'van wie alles moet', maar merken wij tijdens de inspectiebezoeken dat het de normen van de professionals zelf zijn geworden.

'TOP' is een begrip geworden en dat is goed omdat men weet waar het om draait: patiëntveiligheid in het operatieve proces!

Het loont om vasthoudend te zijn in de eis tot verbetering en daarbij de samenwerking te zoeken met de veldpartijen.



Pictogram van het VMS-veiligheidsprogramma

Informatie en bronnen

- [1] Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, Molla S. Donaldson, Editors. To Err Is Human. Building a Safer Health System. Committee on Quality of Health Care in America. 1999. IHI National Academy Press. Washington, D.C.
- [2] Alex B. Haynes, M.D., M.P.H., Thomas G. Weiser, M.D., M.P.H., William R. Berry, M.D., M.P.H., Stuart R. Lipsitz, Sc.D., Abdel-Hadi S. Breizat, M.D., Ph.D., E. Patchen Dellinger, M.D., Teodoro Herbosa, M.D., Sudhir Joseph, M.S., Pascience L. Kibatala, M.D., Marie Carmela M. Lapitan, M.D., Alan F. Merry, M.B., Ch.B., F.A.N.Z.C.A., F.R.C.A., Krishna Moorthy, M.D., F.R.C.S., Richard K. Reznick, M.D., M.Ed., Bryce Taylor, M.D., and Atul A. Gawande, M.D., M.P.H. for the Safe Surgery Saves Lives Study Group. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. N Engl J Med 2009; 360:491-499 January 29, 2009.
- [3] Eefje N. de Vries, M.D., Ph.D., Hubert A. Prins, M.D., Ph.D., Rogier M.P.H. Crolla, M.D., Adriaan J. den Outer, M.D.,* George van Andel, M.D., Ph.D., Sven H. van Helden, M.D., Ph.D., Wolfgang S. Schlack, M.D., Ph.D., M. Agnès van Putten, B.Sc., Dirk J. Gouma, M.D., Ph.D., Marcel G.W. Dijkgraaf, Ph.D., Susanne M. Smorenburg, M.D., Ph.D., and Marja A. Boermeester, M.D., Ph.D., for the SURPASS Collaborative Group. Effect of a Comprehensive Surgical Safety System on Patient Outcomes. N Engl J Med 2010;363:1928-37.

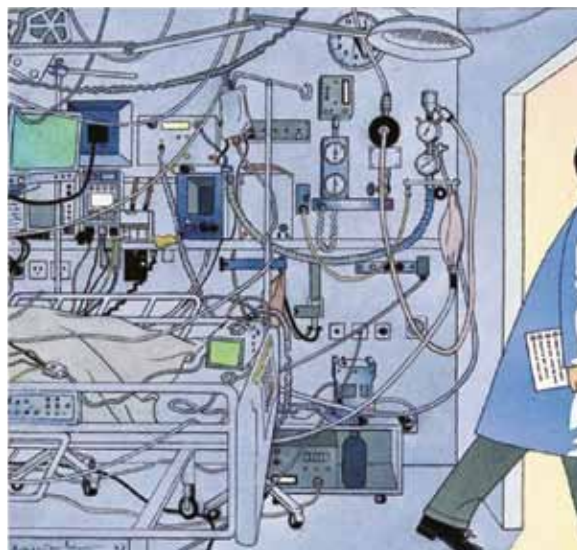
Intensive Care

Lya den Ouden, Franske Keuter

Wat was het risico?

Een inspectieonderzoek naar de patiëntveiligheid op kleine IC-afdelingen^[1] leidde tot grote aanpassingen in de organisatie van de IC in kleinere ziekenhuizen. Vóór het afsluiten van het toezicht hadden alle kleine IC-afdelingen in een zorgbeleidsplan vastgelegd welke zorg veilig en verantwoord kon worden verleend en hadden zij allemaal tenminste één geregistreerde intensivist. Enkele ziekenhuizen, die hier niet aan konden voldoen, hebben erkend dat zij géén IC hebben en dus ook geen zorg meer aanbieden waarbij IC nodig of te verwachten is.

Voor het zover was had het rapport echter al veel stof doen opwaaien wat aanleiding gaf tot de vraag: maar hoe staat het dan met de kwaliteit op de grote(re) IC,s? Daar staat de jongste bediende aan het bed en gaat ook niet alles goed.



Illustratie Yan Nascimbene
http://www.newyorker.com/reporting/2007/12/10/071210fa_fact_gawande

In eerste instantie hadden de grotere IC-afdelingen grote bezwaren tegen het voorgenomen onderzoek, dat zij overbodig achtten omdat de inspectie geen meldingen had over calamiteiten op een grote IC.

Maar intensivisten en inspectie waren het eens over het risico voor de patiënten: meer nog dan op de kleine IC's liggen op de grote IC's de ernstig zieke patiënten, bij wie veel disciplines zijn betrokken, bij wie veel complexe ingrepen en behandelingen plaatsvinden en die te ziek zijn om zelf het proces te kunnen bewaken of grenzen te kunnen stellen. Er was geen enkele transparantie over uitkomsten en complicaties en de beroepsgroep erkende dat een grote variatie bestond in behandelmethoden en acceptatie van richtlijnen.

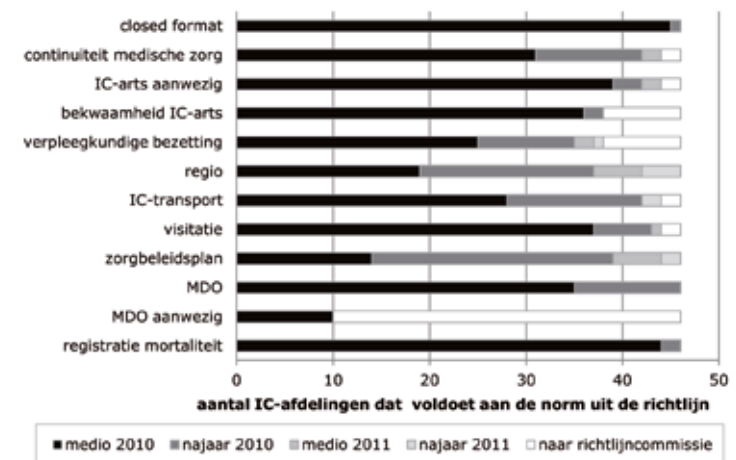
Wat gaat nu beter?

Alle ziekenhuizen werkten mee en werden steeds enthousiaster nadat bekend werd hoe de eerste bezoeken waren verlopen. Veel ziekenhuizen hebben de inspectie gebruikt om de noodzakelijke verandering binnen cultuur en gedrag het laatste zetje te geven dat nodig was. Het inspectieonderzoek bestond uit twee fasen, een vragenlijst voor alle grote IC-afdelingen en een inspectiebezoek aan 16 ziekenhuizen. De snelle tussentijdse feedback maakte dat knopen al tijdens het onderzoek werden doorgemaakt en dat afdelingen en ziekenhuizen hun beleid waar nodig aanpasten.

De beroepsgroep paste normen die onduidelijk of voor meerdere uitleg vatbaar waren aan. Ziekenhuizen namen maatregelen bij onverwachte risico's waar niemand bij stil had gestaan zoals de strengere gedragsregels (hygiëne, privacy) die nodig zijn bij verouderde afdelingen of de aanwezigheid van 'pseudo-IC-tjes' (afdelingen buiten de grote IC, waar wel IC werd verleend).

Hoe te objectiveren?

De aanloop naar het eerste gedeelte (de vragenlijst) was langer dan gepland door weerstand van het veld en de door de inspectie gehanteerde definities van kwaliteit. Er werd besloten de vragen op te delen in twee gedeeltes: één met bestaande normen en een handvingskader en één met aspecten van de kwaliteit van zorg waarvoor (nog) geen normen waren, maar die nodig waren om een goede inschatting te maken van de IC voorafgaand aan een inspectiebezoek. Uit het onderzoek bleek dat sommige normen onvoldoende duidelijk waren. Deze onduidelijk normen legde de inspectie voor aan de commissie voor richtlijnherziening. De figuur laat zien dat in de loop van het onderzoek alle grote IC-afdelingen voor het overige zorg conform de normen van de richtlijn (gingen) verlenen.



Wat was de rol van de IGZ hierbij?

Het onderzoek naar de kwaliteit en veiligheid op grote IC-afdelingen startte nadat het inspectieonderzoek naar de kwaliteit op de kleine IC's had geleid tot enkele essentiële verbeteringen in de verleende zorg door alle publiciteit niet overal goed was ontvangen. De *lessons learned* goed in de oren geknoopt, hebben we draagvlak gezocht en gevonden in het veld, zij het met vallen en opstaan. De bezoeken werden gedaan door inspecteurs met expertise op het gebied van de intensive care die de IC omgeving kenden en dus zo goed mogelijk konden in gaan op de geleverde zorg in de praktijk. De bezoeken duurden 2 dagen en werden aangevuld met een onaangekondigd bezoek in de avonduren.

Veel ziekenhuizen hebben de bevindingen van de inspectie gebruikt om de noodzakelijke verandering binnen cultuur en gedrag het laatste zetje te geven.

Door regelmatige terugkoppeling naar koepels en de wetenschappelijke vereniging en niet in de laatste plaats de richtlijncommissie voor de vernieuwde richtlijn IC werd er durante het onderzoek al bereikt wat we voor ogen hadden toen we begonnen.

De waardering voor en erkenning door de inspectie van de centrale positie van de IC binnen het kwaliteits en veiligheids beleid van een ziekenhuis en haar functie als waakhond van de kwaliteit, leverde veel op. Zelfbewustzijn, verantwoordelijkheidsgevoel, groter besef van de rol die de IC kan en moet spelen in de voor- en nazorg van IC-patiënten en meer openheid van het eigen presteren en functioneren.

Het wederzijdse respect dat is ontstaan is nog steeds merkbaar: inspecteurs hebben regelmatig contact met de richtlijncommissie. Zij leveren gespreksstof voor de denktank van de intensivisten en strijken plooiën glad. We zitten op één lijn als het gaat om de toekomst van de IC in Nederland, de inspectie stimuleert de regio's bij hun keuzes voor 'de juiste patiënt op het juiste bed'. Zij krijgt eenvoudig toegang voor overleg en verliest daarbij niet de eigen rol uit het oog.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en DBC- onderhoud vragen de IGZ om inhoudelijke informatie bij de keuzen die zij moeten maken en we praten met verzekeraars over hun rol bij de regionalisering van de IC.

Informatie en bronnen

[1] Inspectie voor de Gezondheidszorg. IC-afdelingen van niveau 1: Op weg naar verantwoorde zorg. Den Haag 2008.

Spoedeisende hulpverlening

Nelleke Sleuwenhoek



Wat was het risico?

Binnen de gezondheidszorg vormt de spoedeisende hulpverlening (SEH) een zorgcategorie met een hoog risicogehalte. Vroegtijdige en adequate triage, snel beschikbare, verantwoorde zorg en competente zorgverleners zijn vaak beslissend voor het overleven en de omvang van restverschijnselen van de ernstig zieke patiënt. Goede spoedeisende hulpverlening is alleen mogelijk als alle schakels van het zorgproces goed functioneren en goed op elkaar zijn afgestemd. Een essentiële schakel is de afdeling SEH van het ziekenhuis. Circa 30 procent van alle ziekenhuisopnames passeert de afdeling SEH. De kwaliteit van de op de afdeling SEH geboden zorg raakt direct de individuele patiënt en is mede bepalend voor de kwaliteit van het verdere zorgtraject.

In september 2004 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg het rapport 'Spoedeisende hulpverlening: Haastige spoed niet overal goed' gepubliceerd. In dit onderzoek werden nog veel tekortkomingen op de afdelingen SEH van de ziekenhuizen geconstateerd.

Een op initiatief van VWS ingestelde werkgroep kwaliteitsindeling SEH heeft eind 2009 in haar eindrapport 'Vanuit een stevige basis' normen gepubliceerd die van toepassing zijn op de afdelingen Spoed Eisende Hulp van de ziekenhuizen. Het betreffen minimale normen op het gebied van het kwaliteitssysteem SEH, de beschikbaarheid en competenties van de arts werkzaam op de SEH, de SEH verpleegkundige en luchtwegzekerers bij een patiënt. De minister heeft deze normen overgenomen en de IGZ verzocht dit te betrekken bij haar toezicht.

Wat gaat nu beter?

Ziekenhuizen zijn sinds de bovengenoemde normen zijn opgesteld voortvarend aan de slag gegaan met kwaliteitsverbetering op de SEH-afdelingen.

Hoe te objectiveren?

In 2010 bleek dat 32 van de 33 door de inspectie bezochte ziekenhuizen voldeden aan de minimale kwaliteitseisen voor een SEH. Wel is de inspectie van mening dat er verdere ver-

beteringen nodig zijn. De huidige normen zijn een ondergrens. De inspectie roept de medische beroepsverenigingen en ziekenhuizen op om de kwaliteitsnormen aan te scherpen. Op die manier kan de kwaliteit van de spoedeisende hulp naar een hoger niveau worden gebracht.

Het inspectierapport SEH valt samen met rapportage door de gezondheidsraad over dit onderwerp en de toegenomen maatschappelijke discussie over de wijze waarop spoedeisende hulp geneeskunde in het veranderende zorglandschap vorm moet krijgen.

Wat was de rol van de IGZ hierbij?

IGZ heeft gekozen voor het adgium “gerechtvaardigd vertrouwen in verantwoorde zorg”. Dit statement vormde uitgangspunt bij de keuze welke onderwerpen voor thematisch toezicht in aanmerking kwamen en was aanleiding om in 2010 opnieuw de afdeling spoedeisende hulp van ziekenhuizen als inspectie onder de loep te nemen.

Zij heeft in 2010-2011 onderzoek gedaan bij 33 ziekenhuizen.^[1] Uit dit onderzoek bleek dat nog steeds aandacht nodig is vooral voor een kwaliteitssysteem SEH, een op het ziekenhuis en de zorgomgeving afgestemd zorgbeleidsplan, verdere uitbreiding en vervolmaking van profielen en heldere afspraken over tijdige beschikbaarheid van medisch specialisten, met name in de ANW periode. Aan de niet bezochte ziekenhuizen heeft zij vervolgens gevraagd zich aan de onderzoeksresultaten te spiegelen, een interne audit uit te voeren en over de bevindingen aan de inspectie te rapporteren.

Het beoogd effect van dit onderzoek is te bewerkstelligen dat alle SEH-afdelingen aan de vigerende normen voldoen, een patiënt die SEH-zorg nodig heeft erop kan vertrouwen dat die SEH-zorg verantwoord is en dat de SEH-afdeling continu werkt aan verbetering van de zorg en aan maximale patiëntveiligheid. Afbakening van zorgverlening: wat doen we wel wat doen we niet op de SEH is daarbij essentieel. Dat komt overeen met het advies dat de Gezondheidsraad uitbracht over een nieuw raamwerk voor spoedeisende hulp en een bijpassende kwaliteitsstandaard.

In het veranderende ziekenhuislandschap acht ook de Gezondheidsraad een optimale organisatie van de keten nodig. De acute zorg moet bereikbaar blijven voor patiënten en patiënten moeten terecht komen op de plek waar passende acute zorg voor hen beschikbaar is. Hiervoor is nauwe samenwerking nodig tussen eerste en tweede lijn en ambulancediensten, maar ook duidelijke regionale afstemming tussen basis-SEH's, profiel-SEH's en super-specialistische SEH's.

Net als bij de IC en bij het operatieve proces vergt dit continue aandacht en stimulans van de inspectie.

Informatie en bronnen

[1] Inspectie voor de Gezondheidszorg. Ziekenhuizen goed op weg met implementatie normen voor afdelingen spoedeisende hulp. Kwaliteitssysteem nog niet volledig op orde. Utrecht, januari 2012.

Abortusklinieken

Sylvia van der Lans, Jessica Leseman

Wat was het risico?

In Nederland verzamelen de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en de Rutgers World Population Foundation gegevens over abortushulpverlening. Jaarlijks rapporteert de IGZ de gegevens over alle abortussen (inclusief de zogeheten overtijdbehandelingen) die in het voorafgaande jaar in Nederland werden uitgevoerd.^[1] Krachtens de Wet afbreking zwangerschap zijn abortusklinieken en ziekenhuizen met een vergunning verplicht ieder kwartaal het aantal abortusbehandelingen aan de inspectie te melden.

Internationaal gezien behoort Nederland tot de landen met de laagste abortuscijfers. Zwangerschapsafbreking is in Nederland geregeld bij wet. De Wet afbreking zwangerschap (Waz) 1984, is de belangrijkste wet die het kader waarbinnen de hulpverlening kan plaatsvinden bepaalt. In 2005 werd deze wet geëvalueerd. Geconcludeerd werd dat de wet in het algemeen goed wordt nageleefd. De kwaliteit van zorg is goed, maar zou nog kunnen worden verbeterd op het gebied van onder andere verwijzing, counseling en besluitvorming.

De inspectie heeft niet eerder dan 2012 een thematisch onderzoek uitgevoerd naar de kwaliteit van zorg in de Nederlandse abortusklinieken.^[2] Van belang is dat deze zorg op een zo verantwoord mogelijke wijze uitgevoerd wordt. Om haar toezichthoudende taak ten aanzien van deze abortusklinieken goed te kunnen uitvoeren is deze informatie onontbeerlijk. Recente problemen gaven aanleiding om gestructureerd toezicht te houden. Zo is in 2010 een abortuskliniek in Den Haag na een faillissement gesloten. Bestuur en curator bleken niet in staat om alle gegevens uit de dossiers op de juiste manier aan de inspectie aan te leveren. In Amsterdam werd in 2010, eveneens wegens financiële problematiek, een kliniek gesloten en een nieuwe abortuskliniek geopend.

Wat gaat nu beter?

De door het Nederlands Genootschap van Abortusartsen opgestelde richtlijnen worden nu (versneld) geïmplementeerd. Tijdens de voorbereiding en de uitvoering van het TT zijn al jaren bestaande, binnen de beroepsgroep slepende, controverses geconstateerd over de opleiding tot abortusarts, sedatie tijdens de ingreep en hygiëne. Thans bestaat draagvlak binnen de klinieken en de beroepsgroep om deze onderwerpen landelijk af te stemmen en tot meer eenduidigheid te komen.

Hoe te objectiveren?

In 2012 zijn alle 14 klinieken bezocht. De inspectie voerde gesprekken met het management en de werkvloer, bestudeerde documenten en observeerde tijdens behandelingen. Bij de bezoeken blijkt de praktijk soms zeer uiteenlopend te zijn en niet altijd van hetzelfde kwaliteitsniveau.

Incidententoezicht

Gedurende het project zijn al een aantal veranderingen zichtbaar: de time out procedure werd geïntroduceerd en de sedatie wordt volgens de richtlijn gegeven, of niet.

De wereld van de abortushulpverlening in Nederland is – kortom – enorm in beweging ten behoeve van de kwaliteit van zorg. Effect van toezicht is hier duidelijk zichtbaar.

Wat was de rol van de IGZ hierbij?

Met de Wet afbreking zwangerschap is getracht een evenwicht te vinden tussen twee waarden: de rechtsbescherming van ongeboren menselijk leven en het recht van de vrouw op hulp bij ongewenste zwangerschap. Een zwangerschap mag alleen afgebroken worden door een arts in een ziekenhuis of een abortuskliniek waaraan een vergunning is afgegeven. Voor het verkrijgen en behouden van een dergelijke vergunning dient te worden voldaan aan de voorschriften zoals bepaald in de Waz en het Besluit afbreking zwangerschap (Baz). De Waz en het Baz – in werking getreden in 1984 – bevatten tevens een aantal bepalingen ten behoeve van toezicht op de naleving en handhaving van deze voorschriften.

Ondanks de wetgeving uit 1984 is abortushulpverlening nog steeds een beladen onderwerp in Nederland. De inspectie is zich bewust van het specifieke karakter van dit onderwerp en haar morele, ethische en politieke dilemma's.

De inspectie is in 2012 gestart met een thematisch onderzoek naar de kwaliteit van zorg in de Nederlandse abortusklinieken. Het belangrijkste doel van dit project is inzicht te verkrijgen of een patiënt die een beroep doet op de abortushulpverlening in Nederland erop kan vertrouwen dat die zorg verantwoord is en dat de abortuskliniek continue werkt aan een verbetering van de zorg en aan maximale patiëntveiligheid. Met dit project stimuleert de inspectie het veld haar eigen verantwoordelijkheid te nemen en verantwoording daarover af te leggen. Daarnaast is een doel van dit project te bewerkstelligen dat de abortusklinieken in Nederland voldoen aan vigerende veldnormen en geldende wetgeving rondom de uitvoering van zwangerschapsafbreking.

In het project zijn alle abortusklinieken bezocht. Door de vroege aankondiging, het voorleggen van het concept projectplan en het bezoekinstrument van dit project, met name bij het Nederlands Genootschap voor Abortusartsen, de PAN (Platform Abortus Nederland), VWS, NVOG en CVZ heeft het project 'in het veld' veel draagvlak gekregen.



Informatie en bronnen

[1] Inspectie voor de Gezondheidszorg. Jaarrapportage 2010 van de Wet afbreking zwangerschap. Utrecht, december 2011.

[2] Rapport verschijnt eerste helft 2013.

Patiëntveiligheid voor verpleegkundigen

Yvonne Tuitert, Yvonne van der Tuijn

Wat was het risico?

Sinds de publicatie van *To err is human* in 1999 heeft wereldwijd de aandacht voor patiëntveiligheid en het voorkómen van incidenten in de gezondheidszorg een grote vlucht genomen.^[1] ‘Beter opletten’, wat tot die tijd het belangrijkste advies was, bleek geen goede verbetermaatregel te zijn. Human factors spelen een belangrijke rol bij incidenten en calamiteiten. Gedegen onderzoek naar achterliggende factoren bij een incident kan leiden tot wel effectieve maatregelen. Voor dat onderzoek moet je openstaan en dat vergt een cultuur omslag.

Wat gaat nu beter?

In de opleiding van verpleegkundigen en artsen is steeds meer aandacht voor patiëntveiligheid. Daarnaast is nu een groter bewustzijn dat incidenten ontstaan door meerdere factoren. Het “schulddenken” heeft plaats gemaakt voor systeemdenken.



Hoe te objectiveren?

Het praktijkboek ‘Patiëntveiligheid voor verpleegkundigen’ laat zien dat er aansprekend studiemateriaal is. Het boek is goed ontvangen bij verpleegkundigen en verzorgenden in Nederland. Het staat vol voorbeelden uit de praktijk waar patiënt-(on)veiligheid een rol speelde. Daarnaast geeft het boek handvatten om te analyseren bij incidenten. Het *Systems Engineering Initiative for Patient Safety* (SEIPS) model, dat inzicht geeft in de processen die kunnen leiden tot calamiteiten, is hierin leidend. Het doel van dit boek is patiëntveiligheid goed in het onderwijs van verpleegkundigen en artsen te kunnen verankeren. Immers dan heeft iedereen de veiligheidsbril op en is zich bewust van de risico’s en het belang van patiëntveiligheid. Inmiddels is een

tweede druk en een digitale update beschikbaar met interactieve opdrachten en vragen voor studenten.

Wat was de rol van de IGZ hierbij?

Bij het in 2012 gestarte landelijke meldingenoverleg (LMO) vraagt de inspectie, nog net als voorheen, eerst aan de instelling zelf onderzoek te verrichten. Maar nu beoordeelt het LMO

nadrukkelijk ook de kwaliteit van dit onderzoek en gebruikt hierbij ondermeer het SEIPS-model. Voldoet het interne onderzoek niet aan de eisen dan volgt een eigen inspectie-onderzoek.

Maar ook proactief dragen inspecteurs bij aan de kennis over patiëntveiligheid en de noodzaak van goed onderzoek bij incidenten.

Inspecteur-accounthouders bespreken tijdens het jaargesprek met de bestuurders van ziekenhuizen het belang van melden en de wijze waarop zij intern incidenten onderzoeken.

De inspectie licht methodes voor incidentanalyse toe in ziekenhuizen zodat zij hierbij een verdiepingsslag kunnen maken bij het uitvoeren van onderzoek. Hoe beter een ziekenhuis zelf in staat is tot goed onderzoek en borgen van de verbetermaatregelen, des te beter zal het leereffect zijn. Leereffect leidt tot risicoreductie en risicoreductie betekent veilige zorg.

Informatie en bronnen

[1] Committee on Quality of Health Care & Institute of Medicine. *To err is human. Building a safer health system.* National Academies Press 2000.

Buitenlandse operatieassistenten

Maurice Vlemminx

Wat was het risico?

In 2011 meldde de landelijke vereniging voor operatieassistenten (LVO) bij de inspectie hun zorg over de werkzaamheden van Indiase operatieassistenten in Nederland. Deze zouden onder de maat zijn volgens sommige Nederlandse collega's. Problemen die in het LVO rapport genoemd werden waren de taalbarrière, onvoldoende kennis van het vakgebied, risico's tijdens de betreffende operaties en verkeerd omgaan met weefsel dat voor onderzoek was afgenomen. Als deze signalen terecht zouden blijken was er reden tot grote bezorgdheid, de inspectie had echter geen concrete signalen over deze problematiek. Hoewel de media hun oordeel al klaar hadden en ook de politiek verbolgen reageerde is de inspectie op neutrale wijze aan het onderzoek begonnen.

Wat gaat nu beter?

Vrij snel constateerde de inspectie dat het een storm in een glas water betrof. Hoewel de medewerkers uit India niet volledig aan de verwachtingen voldeden was dit in alle ziekenhuizen die de inspectie bezocht goed ondervangen. De conclusie van de IGZ was dat er geen sprake is geweest van extra risico's voor de patiëntveiligheid door de inzet van de Indiase operatieassistenten.

Hoe te objectiveren?

Ziekenhuizen hadden extra begeleiding, opleiding en een aangepast werkprogramma ingezet waardoor de operatieassistenten op een goede en veilige manier konden werken in de Nederlandse operatie kamers. Wel gaven ziekenhuizen, gezien de tijdsinvestering, aan niet snel opnieuw aan een dergelijk avontuur te zullen beginnen.



29/03/2012 Beroepsinhoud

Beeld Indiase operatieassistenten inderdaad te rooskleurig

Uiteindelijk hebben ziekenhuizen hun verantwoordelijkheid genomen door de opleiding te verlengen, zelfstandig werken langer uit te stellen of een contract te beëindigen, concludeert de IGZ. De betrokken

ziekenhuizen hebben aangegeven dat het de vraag is of zij een dergelijk traject, gezien de tijdsinvestering, opnieuw zullen uitvoeren.

Wat was de rol van de IGZ hierbij?

Inspecteurs bezochten 10 ziekenhuizen waar zij spraken met de raad van bestuur en Indiase medewerkers en hun Nederlandse collega's.^[1]

Het bleek dat ziekenhuizen en wervingsbureaus een verkeerde inschatting hadden gemaakt van de kennis en kunde van de medewerkers uit India. Hierdoor was veel onvrede ontstaan onder sommige Nederlandse collega's. Deze signalen waren in eerste instantie niet overal even goed opgepakt.

Dankzij het onderzoek heeft de inspectie kunnen bijdragen aan de nuancering van het beeld van de buitenlandse medewerkers. Het onderzoek heeft zowel in de digitale als de reguliere media de nodige aandacht gekregen. Daarmee is ook de maatschappelijke onrust verdwenen en is er recht gedaan aan de inspanningen van de ziekenhuizen en de buitenlandse en Nederlandse medewerkers om de tekorten aan personeel op korte termijn op te vangen.

Informatie en bronnen

[1] Inspectie voor de Gezondheidszorg. Bevindingen en conclusies van het onderzoek naar de inzet van buitenlandse operatieassistenten in Nederlandse ziekenhuizen en de mogelijke gevolgen daarvan voor de patiëntveiligheid. Nota maart 2012.

Methotrexaat, van melding naar richtlijn

Caroline de Bruijn

Wat was het risico?


Het risico wordt pijnlijk geïllustreerd met de volgende casus. Een verstandelijk gehandicapte vrouw gebruikte al heel lang methotrexaat voor gewrichtsklachten, in een forse dosering. Zij verblijft in een zorginstelling, staat onder controle bij een reumatoloog, ontvangt via een openbare apotheker haar geneesmiddelen welke door personeel van de zorginstelling worden toegediend. Mevrouw krijgt diarreeklachten die door de huisarts niet verklaard kunnen worden. De huisarts overlegt vervolgens met de reumatoloog over een eventuele relatie tussen de klachten en het gebruik van methotrexaat: deze relatie wordt uitgesloten. Mevrouw takelt steeds meer af, een reeds gepland polikliniek bezoek aan de reumatoloog voor controle wordt – vanwege de slechte gesteldheid van mevrouw – afgezegd, waarna zij uiteindelijk overlijdt.

Wat gaat nu beter?

De Richtlijn Methotrexaat van de Nederlandse Vereniging voor Reumatologie (NVR) stelt nu expliciet het gevaar van uitdroging en het gebruik van methotrexaat aan de orde.

Hoe te objectiveren?

In november 2011 liet de NVR per brief aan de inspectie weten dat zij in de richtlijn methotrexaat van 2009 een nieuwe waarschuwing heeft opgenomen:



Richtlijnen medicijnen: Methotrexaat
September 2009
Update 2011:

- beschikbaarheid Methotrexaat -spuiten.
- toevoeging relatieve contra-indicatie: Methotrexaat bij ernstige uitdroging door diarree en/of aanhoudend (>1dag) braken.

Wat was de rol van de IGZ hierbij?

De inspectie heeft eerst elke betrokken partij afzonderlijk bevraagd naar zijn/haar bijdrage in de zorg van patiënte in de afgelopen maanden. Vervolgens heeft zij de betrokken partijen verzocht om met elkaar om tafel te gaan en de inspectie gezamenlijk te rapporteren over de eventuele miscommunicatie binnen hun keten. Achteraf gaven de partijen aan dat deze opzet hen goed bevallen was. Ook de inspectie had hier profijt van: het kostte veel minder tijd en moeite om de situaties en ondernomen acties door betrokkenen in een overzichtelijke volgorde te krijgen.

Uiteindelijk heeft de inspectie geconcludeerd dat er sprake moest zijn geweest van een indirecte intoxicatie; de zorgverleners hadden zich teveel gericht op het achterhalen van de oorzaak en de bestrijding van patiëntes klachten. Het mogelijke effect van de klachten op haar methotrexaatspiegel was daarbij niet onderkend. De Richtlijn Methotrexaat van de NVR bleek hier ook niet op in te spelen. De contra-indicaties diarree en braken werden al wel vermeld in de bijsluitertekst van methotrexaat.

Deze richtlijn is nu, op basis van het inspectieonderzoek van deze melding, aangepast. Verder hebben de partijen binnen hun eigen organisatie verbetermaatregelen doorgevoerd.

Het was een inhoudelijk complexe casus met veel in- en externe afstemming. Dit toezicht naar aanleiding van een melding heeft ervoor gezorgd dat in mogelijk toekomstige vergelijkbare situaties eerder wordt stilgestaan bij foutief gebruik van methotrexaat en wél op tijd wordt ingegrepen.



Lijst van termen en afkortingen

ActiZ	ActiZ organisatie van zorgondernemers
AMC	Academisch Medisch Centrum Amsterdam
BAZ	Besluit afbreking zwangerschappen
BIG	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
CBO	Centraal BegeleidingsOrgaan / Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
FNT	Federatie van Nederlandse trombosediensten
GGZ Nederland	Brancheorganisatie voor de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg in Nederland
GMP	Good Manufacturing Practice / Goede Manieren van Produceren
HFMEA	Healthcare Failure Mode and Effect Analysis (prospectieve risico-analyse)
IC	Intensive care
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
KNMG	Koninklijke Nederlandse Maatschappij voor Geneeskunde
LEVV	Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (nu V&VN)
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LVO	Landelijke Vereniging voor Operatieassistenten
MDL	Nederlandse Vereniging voor Maag, Darm, Lever
MIC	Minimaal Invasieve Chirurgie
NFU	Nederlandse Federatie Universitair Medische Centra
NICTIZ	landelijke expertisecentrum dat ontwikkeling van ICT in de zorg faciliteert
NMT	Nederlandse Maatschappij voor Tandheelkunde
NOG	Nederlands Oogheelkundige Gezelschap
NOV	Nederlandse Orthopeden Vereniging
NPCF	Nederlands Patiënten en Consumenten Platform
NTA	Nederlands Technische Afspraak
NVA	Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie
NVDV	Nederlandse Vereniging voor Heelkunde
NVK	Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde
NVOG	Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
NVPC	Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie
NVR	Nederlandse Vereniging voor Reumatologie
NVVC	Nederlandse Vereniging voor Heelkunde
NVWH	Nederlandse Vereniging voor Heelkunde
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
NVZA	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers
NZA	Nederlandse Zorgautoriteit
Orde	Orde van Medisch Specialisten

PRISMA	Prevention and Recovery System for Monitoring and Analysis (retrospectieve incidentanalyse)
RIVM	Rijksinstituut Volksgezondheid en Milieuhygiene
SEH	Spoedeisende hulp
SIRE	Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie (retrospectieve incidentanalyse)
TOP	Toezicht Operatief Proces
UMC	Universitair Medisch Centrum
V&VN	Vereniging voor Verplegenden en Verzorgenden
VGN	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
VMS	Veiligheidsmanagementsysteem
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WAZ	Wet afbreking zwangerschap
ZN	Zorgverzekeraars Nederland