



verslag

Omschrijving	Verslag jaargesprek 2016 van de Inspectie voor de Gezondheidszorg met het Flevoziekenhuis
Vergaderdatum	25 november 2016
Vergaderplaats	Flevoziekenhuis in Almere
Dossier nummer	V1011960
Documentnummer	2017-1370059

Dit verslag is een beknopte weergave van hetgeen besproken is.

1. Opening

Het jaargesprek maakte deel uit van het risicogestuurde toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: inspectie). In dit jaargesprek staat de verantwoordelijkheid van de raad van bestuur voor het kwaliteitsbeleid in het algemeen, en risicosignalering in het bijzonder, centraal. Na afloop van dit jaargesprek toetste de inspectie in het bijzonder van de raad van bestuur het thema antistolling, waarbij specifiek items van de Landelijke Standaard Ketenzorg Antistolling (LSKA), versie 2 (2014) werd getoetst. Hiervan wordt een separaat verslag opgesteld.

2. Mededelingen actualiteiten ziekenhuis

- Het ziekenhuis heeft twee vacatures uitstaan voor de aanvulling van de raad van bestuur. Voor de portefeuille kwaliteit en veiligheid wordt een bestuurder met medisch specialistische achtergrond geworven.
- Een ondertekende overeenkomst tussen het Flevoziekenhuis en MC Zuiderzee voor wat betreft de IC van MC Zuiderzee is aanwezig. De intensivisten van het Flevoziekenhuis verzorgen de medische specialistische IC zorg in het MC Zuiderzee, voor zover de capaciteit dat toelaat.
- Momenteel lopen er drie zaken voor het tuchtcollege; één ervan is inmiddels ongegrond verklaard.
- Het ziekenhuis heeft een aantal maal de SEH (kortdurend) moeten sluiten omdat er onvoldoende personeel was. In januari 2017 is de verpleegkundige formatie weer op orde.

Mededelingen inspectie:

In de afgelopen periode heeft de inspectie, onder meer tijdens onaangekondigde inspectiebezoeken, diverse tekortkomingen geconstateerd. De inspectie heeft de

raad van bestuur om een algemene reactie op deze inspectiebevindingen gevraagd, om zich zo een aanvullend beeld te kunnen vormen van de wijze waarop de raad van bestuur zijn verantwoordelijkheid neemt. De inspectie heeft haar zorgen uitgesproken over de wijze waarop de raad van bestuur risico's signaleert en beheersbaar maakt. De inspectie volgt of de raad van bestuur voldoende vorderingen maakt op deze terreinen.

3. Presentatie door raad van bestuur

3.1 Analyse van uitkomsten indicatoren

Indicatoren borstkankerszorg:

Het door het ziekenhuis gerapporteerde percentage patiënten waarbij tumorweefsel is achtergebleven na eerste borstsparende operatie is 5,6%; dit ligt onder de landelijke norm van 15%. Van twee patiënten is niet bekend of er tumorweefsel is achtergebleven na een borstbesparende operatie. De inspectie verzoekt het ziekenhuis hier een analyse op te doen.

Het percentage patiënten waarbij de wachttijd tussen diagnose en neo-adjuvante therapie bij mammacarcinoom minder dan vijf weken is, is in het ziekenhuis lager dan gemiddeld. Het ziekenhuis laat hier een procesanalyse op uitvoeren. In het eerste kwartaal 2017 verwacht het ziekenhuis de rapportage gereed te hebben. Er lijkt vertraging te zijn doordat er te weinig plekken voor het toedienen van chemotherapie aanwezig zijn. Het proces wordt opnieuw veranderd en geevalueerd of dit voldoende effect heeft. In 2015 heeft geen evaluatie plaatsgevonden op de ingezette acties, de inspectie heeft geconstateerd dat de getallen over 2015 verder zijn gedaald. De inspectie wil graag vóór 1 februari 2017 een analyse hebben van de uitkomsten en een plan van aanpak op welke wijze het ziekenhuis gaat sturen op de uitkomsten.

Indicator colonchirurgie:

Het ziekenhuis heeft over 2015 'nee' gerapporteerd met toelichting ten aanzien van de indicator screening op kwetsbaarheid voor colonchirurgie. Het ziekenhuis heeft sinds 1 oktober 2015 een internist-ouderengeneeskunde in dienst. Er wordt nu structureel een score afgenomen (Groningen Frailty Indicator) en patiënten gaan indien nodig preoperatief naar de internist-ouderengeneeskunde. De score wordt ook gebruikt voor het postoperatief beleid; bij een hoge score wordt de patiënt de eerste nacht postoperatief opgenomen op de Intensive Care.

Indicator polikliniek Kindergeneeskunde:

Het ziekenhuis had bij de indicatoren aangegeven dat er op de polikliniek kindergeneeskunde niet elektronisch werd voorgescreven met de toelichting dat het ziekenhuis geen polikliniek kindergeneeskunde heeft, alle kinderen worden poliklinisch behandeld in de Kinderkliniek. In de Kinderkliniek maakt men gebruik van een Elektronisch Voorschrijf Systeem.

Indicator HSMR:

De voorlopige HSMR was aan de hoge kant, de definitieve HSMR is recent bekend geworden en is niet significant verhoogd. Er wordt structureel dossieronderzoek verricht naar aandoeningen met een verhoogde SMR. Ook analyseert de HSMR-commissie standaard de oorzaak van een gestegen aantal overledenen bij

specifieke specialismen (in 2015 bleek de influenza epidemie bijvoorbeeld een belangrijke verklaring).

3.2 Verbetermaatregelen patientveiligheid

De inspectie heeft het overzicht met de stand van zaken ten aanzien van de verbetermaatregelen naar aanleiding van de laatste tien onderzoeken ontvangen van het ziekenhuis. Lopende projecten en initiatieven ter verbetering van patientveiligheid zijn onder andere:

- Volledige dossiervoering.
- Uniform papieren verpleegkundig dossier per medio oktober jongstleden ingevoerd als voorloper op het EVD.
- Medicatiebeleid vastgesteld van oktober 2016; instelling Medicatiecommissie.
- Convenant Medische Techniek (recent externe audit gehouden op implementatie).
- Ouderengeneeskunde en valpreventie.

De inspectie heeft hier verder geen aanvullende vragen over.

Het bestuur geeft aan dat binnen het ziekenhuis meer calamiteiten gemeld worden. Men is zich met toenemende mate bewust van de casussen die gemeld moeten worden. Overigens is dit een landelijk beeld. De acties die naar aanleiding van de verbetermaatregelen zijn ingesteld, worden gevolgd door de manager Kwaliteit en Veiligheid en het bestuursteam.

3.3 Interne en externe audits, visitaties, klachten en patienttevredenheid

In januari 2016 heeft het NIAZ de stand van zaken op de actieplannen getoetst naar aanleiding van de laatste NIAZ-accreditatie. Op één punt was de voortgang niet voldoende: het instellen van een medisch ethische commissie. Dit is inmiddels opgestart. Het ziekenhuis is nu bezig met de voorbereiding van de Q-mentum accreditatie van NIAZ in juli 2018.

Het ziekenhuis is druk doende een verbeterslag te maken ten aanzien van de medicatieverificatie bij ontslag; dit gebeurt nu door artsen en verpleegkundigen. Onderzocht wordt op welke manier dit verbeterd kan worden. Zodra het technisch mogelijk is, gaat het ziekenhuis werken met Medeye. Een pilot op de afdeling Cardiologie is in voorbereiding.

Het ziekenhuis heeft al veel predicaten en keurmerken behaald, waaronder het CZ Beste zorg borstkanker, het Roze linkje borstkanker, Smiley's voor dagbehandeling kinderen en kinderafdeling en het Planetree internationale label voor mensgerichte zorg. Aanvullend is het doel om in 2018 het predicaat Senior Friendly Hospital te halen.

Het ziekenhuis neemt deel aan de CQI, de respons hierop wordt echter steeds lager. Het ziekenhuis kijkt daarom ook naar andere, meer directe, manieren om de patienttevredenheid te meten. Ook naar aanleiding van reacties op Zorgkaart Nederland wordt actief beleid gevoerd evenals op andere social media uitingen.

Het aantal klachten is stabiel. De wisseling van oogartsen begin 2016 heeft enige onrust veroorzaakt onder een deel van de patienten. Alle huisartsen zijn geïnformeerd. Hierdoor is het aantal klachten over de oogartsen tijdelijk verhoogd geweest. Inmiddels zijn er nieuwe vaste oogartsen gecontracteerd.

Het ziekenhuis heeft besloten de klachtencommissie te behouden, wel met een minder juridische insteek. Het klachtenbureau zal conform de Wkkgz worden ingericht.

3.4 Risicobeheersing: hoe en welke risico's signaleert het ziekenhuis

Het ziekenhuis heeft nog geen keuze gemaakt voor een integraal risicomanagementsysteem. De beslissing hierover wordt in het eerste kwartaal van 2017 met de raad van toezicht besproken. De inspectie wil hierover graag worden geïnformeerd zodra een besluit is genomen.

Het bestuur geeft aan dat risicomanagement al wel geïntegreerd is in besluitvorming en kwaliteitscyclus en is structureel onderwerp van aandacht.

Het ziekenhuis maakt kwaliteitsindicatoren zichtbaar in het dashboard dat onder andere wordt gebruikt voor de tertiaalrapportages. Er vindt steeds meer realtime monitoring plaats van - met name - verpleegkundige indicatoren. De keuze welke indicatoren worden gevolgd wordt bepaald door de technische mogelijkheden en zorgelijke signalen (medisch en verpleegkundig). Deze signalen kunnen zowel van binnen als van buiten de organisatie komen.

De effectiviteit van de VIM-commissies is wisselend, hier wordt actief op gestuurd. De centrale VIM-commissie begeleidt de decentrale commissies actief op het verbeteren van de analyses. Het laatste half jaar zijn de analyses van betere kwaliteit.

Het ziekenhuis laat een onderzoek uitvoeren door een extern bureau dat gericht is op een aantal zaken met betrekking tot veiligheid en kwaliteit. Zaken die hierbij onder andere aan de orde moeten komen zijn: het veiligheidsbewustzijn binnen de organisatie, proactief leiderschap op gebied van kwaliteit en veiligheid, mate van beheersing van (mogelijke) risico's en mate van borging VMS-thema's. De discussie hoe dit adequaat uitgevoerd kan worden loopt nog. De inspectie wil graag het rapport ontvangen zodra dit gereed is.

Voor het thema 'Vitaal bedreigde patient' heeft het ziekenhuis een aantal interventies gedaan. Dit heeft tot gevolg dat er een toenemend aantal SIT-oproepen plaatsvindt. Bij een aantal vakgroepen loopt dit nog minder goed. Begin volgend jaar start op drie hoogrisico-afdelingen de scholing voor EWS/SIT. Daarna volgt de rest van de kliniek. Op iedere afdeling komt een EWS-ambassadeur.

In het ziekenhuis wordt gestreefd naar een verdeling HBO-MBO verpleegkundige van 35%/65%, dit is nu 27%/73%. HBO-opgeleide verpleegkundigen zijn schaars, 'Groot Amsterdam'-breed is afgesproken zo veel mogelijk op te leiden. Binnen het ziekenhuis is een programma om MBO-opgeleide verpleegkundigen die geschikt zijn en dat willen, een HBO-opleiding aan te bieden.

Indien verpleegkundigen bepaalde toetsen niet halen, zijn er afspraken over de consequenties.

3.5 Cultuurreflectie van de raad van bestuur

De raad van bestuur is van mening dat ze de risico's overwegend goed in beeld heeft. Er zijn verschillende systemen waaruit informatie gehaald kan worden. Het ziekenhuis heeft op een aantal onderwerpen recent een inhaalslag gemaakt, zoals het standaardiseren van patientendossiers en het monitoren van en sturen op verpleegkundige indicatoren.

De uitgangspunten van het ziekenhuis bij cultuur interventie zijn:

- Bij goede zorg hoort tijdige, juiste en volledige registratie.
- Registratie helpt voor juiste acties naar patienten.
- Gemeenschappelijkheid is de norm, boven 'eigen-wijze'.
- De 'Ijzn' neemt de verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid van zorg.
- Medische en verpleegkundige staf zijn ambassadeur en actieve voortrekker.

Het ziekenhuis is gestart met het programma 'Kwaliteit 2.0'. Dit behelst de volgende onderdelen:

- Proactief en persoonlijk leiderschap op kwaliteit en veiligheid; een *in-company training medisch leiderschap voor (toekomstige) EVR-voorzitters* en medisch specialisten met een specifieke voortrekkersrol op het gebied van kwaliteit en veiligheid. Start in 2017, in samenwerking met het Erasmus Centrum voor Zorgbestuur.
- Reorganisatie van de stafafdeling Kwaliteit en Veiligheid; verdere professionalisering, versterken van adviesfunctie en een duidelijkere positionering.
- Extra opleiden van HBO-verpleegkundigen (zie onder punt 3.4).
- Start NIAZ Q-mentum traject ten behoeve van accreditatie in 2018.
- Diverse nieuwe initiatieven, zoals het invoeren van PROM's, evenals Medeye ten behoeve van medicatieveiligheid en het invoeren van de I-taskmodule.
- Continue aandacht voor kwaliteit en veiligheid, bijvoorbeeld middels de organisatie van de patientveiligheidsweek in november met diverse ludieke acties.

4. Onaangekondigd inspectiebezoek tezamen met de bestuurder

Na afloop van het jaargesprek toetste de inspectie in het bijzijn van de raad van bestuur het thema antistolling. Hiervoor bezocht de inspectie de afdeling Orthopedie. Op de afdeling is gesproken met een orthooped, een cardioloog, een ANIOS orthopedie en de bedrijfsleider orthopedie. Tevens werd (met toestemming van de patient) een tweetal dossiers ingezien.

5. Afspraken en sluiting

Tijdens het jaargesprek zijn de volgende afspraken gemaakt:

- De inspectie vraagt het ziekenhuis vóór 1 februari 2017 een analyse van de uitkomsten te doen toekomen en de wijze waarop het ziekenhuis stuurt op de realtime uitkomsten ten aanzien van de wachttijd tussen diagnose en start neo-adjuvante therapie bij een mammacarcinoom.

- Het ziekenhuis informeert de inspectie zodra bekend is welk integraal risicomanagementsysteem zij gaat gebruiken.
- Bij twee patiënten is niet bekend of tumorweefsel is achtergebleven. De inspectie verzoekt het ziekenhuis hier een analyse naar uit te voeren en de inspectie vóór 1 februari 2017 hierover te informeren.
- De inspectie vraagt het ziekenhuis vóór 1 januari te informeren over de stand van zaken ten aanzien van de vakgroep kindergeneeskunde.
- Het ziekenhuis stuurt de inspectie het rapport van het onderzoek, met betrekking tot kwaliteit en veiligheid, dat wordt uitgevoerd door een extern bureau zodra dit beschikbaar is.
- Het ziekenhuis stuurt het definitieve verslag van de externe audit op de implementatie van het Convenant Medische Technologie naar de inspectie, zodra dit beschikbaar is.