



Inspectie voor de Gezondheidszorg  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

[www.igz.nl](http://www.igz.nl)

Jaarbeeld

# 2011

Deskundig en doortastend  
risico's verminderen





Inspectie voor de Gezondheidszorg  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

[www.igz.nl](http://www.igz.nl)

**Jaarbeeld**

**2011**

**Deskundig en doortastend  
risico's verminderen**

Utrecht, juni 2012



# Inhoud

Inleiding	
<b>Vertrouwen versterken</b>	4
Kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid	
<b>Bijdragen aan behoud gezondheid, genezing en kwaliteit van leven</b>	14
Preventie	
<b>Continue aandacht voor effectiviteit</b>	44
Kwetsbare groepen	
<b>Toezien op integrale zorgverlening</b>	58
Organisatie	
<b>Samen bouwen aan eigentijds toezicht</b>	74
Cijfers	
<b>Productie, personeel en financiën</b>	82
Bijlage	
<b>Overzicht thematische rapporten IGZ 2011</b>	91

# Voorwoord



# Vertrouwen versterken

**Wij voeren ons werk uit binnen vier domeinen: publieke en geestelijke gezondheidszorg, curatieve gezondheidszorg, verpleging en langdurige zorg, geneesmiddelen en medische technologie.**

De samenleving verwacht dat wij alles doen om de kwaliteit en veiligheid van de gezondheidszorg te bewaken. Burgers moeten daarop kunnen vertrouwen. Wij minimaliseren zorgrisico's door proactief te zijn, bij ondermaatse kwaliteit in te grijpen, handhavingresultaten actief openbaar te maken, handhavingsmethoden te innoveren en het effect van ons werk te meten. Desondanks lag het toezicht op de gezondheidszorg in 2011 onder vuur, zowel in de Tweede Kamer als in de samenleving.

## Moderne handhavingsorganisatie

Het jaar 2011 vormde het laatste jaar van ons Meerjarenbeleidsplan (MJB) 2008-2011. Zowel in dit MJB als in ons nieuwe MJB 2012-2015 schetsen wij hoe wij ons ontwikkelen tot een moderne handhavingsorganisatie. Met vernieuwing van onze werkprocessen willen wij het vertrouwen in onze inspectie versterken. Daarbij namen wij de kritiek van de Tweede Kamer, de samenleving en de Nationale ombudsman in het afgelopen jaar ter harte en trokken hier vervolgens lessen uit. In 2011 startten wij met behulp van middelen uit het regeerakkoord met het aantrekken van honderd extra inspectiemedewerkers. Daarmee liepen wij vooruit op de structurele financiering die het kabinet vanaf 2012 aan ons toekent. Met deze extra medewerkers voerden we onder andere al meer (onaangekondigde) inspecties op de werkvloer uit en zetten we mysteryguests in. Ook met interne organisatieveranderingen – zoals de omvorming van ons Loket naar een Meldpunt – en het herontwerpen van ons werkproces rondom meldingen (Incidententoezicht) richtten wij ons op snellere behandeling van meldingen en een meer empathische omgang met burgers.

## Verwachtingen van het publiek

De verwachtingen van de samenleving en de politiek nemen steeds verder toe. Wij willen realistische verwachtingen scheppen naar publiek en media over wat onze wettelijke taken en bevoegdheden zijn. Het is onze taak om op basis van risico's systeemtoezicht te houden

en in te grijpen als een zorgaanbieder zich niet aan de regels houdt. Dat doen wij in het belang van alle burgers.

Wij zien graag dat patiënten/cliënten of hun naasten, maar ook zorgverleners ondermaatse zorg melden. Ze kunnen dan contact opnemen met ons Meldpunt. Patiënten of hun familieleden die zich hier melden, moeten dan wel duidelijk van ons te horen krijgen wat zij van ons kunnen verwachten. De zorgaanbieder is immers primair verantwoordelijk voor verantwoorde zorg en moet klachten goed afhandelen. Wij kunnen geen behandelinstantie voor individuele klachten zijn. Duidelijkheid over onze taak moet voorkomen dat patiënten/cliënten, hun naasten of nabestaanden zich van het kastje naar de muur gestuurd voelen. Wij moeten hen adequaat doorverwijzen naar de juiste instantie. Wij moeten empathie tonen en burgers die bij ons melden goed op de hoogte houden van de onderzoeksvoortgang en -resultaten. Wij moeten ons werk deskundig en doortastend uitvoeren, met respect voor de burger. Objectief en met een onafhankelijk oordeel, zowel naar politiek als zorgaanbieder. Wij betrekken alle meldingen bij ons toezicht als signaal voor mogelijke structurele tekortkomingen in de kwaliteit van zorg. Op deze manier willen wij voorkomen dat toekomstige patiënten of cliënten ook gezondheidsschade oplopen.

### **Proactief toezicht en stevige handhaving**

Naast kritische geluiden was er in 2011 ook waardering voor ons werk, bijvoorbeeld over de effecten van onze rapporten en onderzoeken. Zo leidde de aanpak van ons onderzoek naar de zorgverlening op grote *intensive care* afdelingen in ziekenhuizen ertoe dat alle ziekenhuizen op dat punt nu voldoen aan de minimale voorwaarden voor verantwoorde zorg. Ook zetten wij meer handhavingsmaatregelen in bij bijvoorbeeld tandartspraktijken, in de thuiszorg, verpleeghuiszorg en de GGZ. Die maatregelen varieerden van aanwijzingen en verscherpt toezicht tot bevelen tot sluiting.

Op het gebied van medische producten handelen we proactief door controle en verstrekking van vergunningen en erkenningen. Dit deel van ons werk is misschien niet direct zichtbaar, maar vormt wel een belangrijk onderdeel van ons toezicht. Op deze manier leveren wij namelijk een aanzienlijke bijdrage aan de veiligheid van medische producten. Wij werken op dit terrein samen met (toezicht)autoriteiten in Nederland, Europa en daarbuiten.

## Jaarbeeld 2011

Dit jaarbeeld geeft een beeld van het laatste jaar van ons MJB 2008-2011. Zowel met ons nieuwe MJB als met de inmiddels verschenen toezichtvisie IGZ van de bewindspersonen van VWS zetten we de ingezette omslag naar een doortastende, duidelijke en deskundige toezichthouder voort.

Het Jaarbeeld is opgedeeld in drie thema's: kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid, preventie en kwetsbare groepen. Daarnaast vindt u een hoofdstuk over onze interne organisatie en een hoofdstuk met cijfermatige gegevens over productie, personeel en financiën.

Dit document biedt al met al een overkoepelende blik op de resultaten en de effecten van ons toezicht en op onze belangrijkste projecten en activiteiten in 2011.

Gerrit van der Wal,  
Inspecteur-generaal voor de Gezondheidszorg





Wij traden strenger op tegen het aanprijzen, aanbieden of toepassen van het zwangerschapshormoon HCG als afslankmiddel door klinieken, artsen, apothekers en via websites.

- **Verscherpt toezicht ZANOB**

Wij stelden ziekenhuisapotheek Noord-Oost Brabant (ZANOB) in 's-Hertogenbosch onder verscherpt toezicht, omdat wij constateerden dat ZANOB zowel in hygiënisch als organisatorisch opzicht tekortschoot. Een aantal bereidingen werd stopgezet en overgedragen.

- **Overlijden asielzoekster niet verwijtbaar**

Op 27 juni 2010 overleed een Somalische asielzoekster in het asielzoekerscentrum (AZC) in Leersum. Hoewel dit een zeer tragische gebeurtenis was, concludeerden wij na onderzoek dat geen sprake was van verwijtbaar handelen rond het overlijden. Wel zagen wij een aantal structurele tekortkomingen in de medische zorg voorafgaand aan het overlijden.

- **Strenger optreden tegen misbruik zwangerschapshormoon**

Sinds januari 2011 traden wij strenger op tegen het aanprijzen, aanbieden of toepassen van het zwangerschapshormoon Humane Choriongonadotropine (HCG) als afslankmiddel door klinieken, artsen, apothekers en via websites. HCG wordt gebruikt voor de productie van een geneesmiddel om de vruchtbaarheid van vrouwen te bevorderen. In de praktijk blijkt dat het geneesmiddel – onder de naam Pregnyl of andere namen – eveneens wordt aangeboden in schoonheidsklinieken en op internet om af te slanken. Het geneesmiddel is niet geregistreerd voor het gebruik als afslankmiddel. Daarom is het verboden om het buiten de geregistreerde indicatie voor te schrijven.

Wij adviseerden consumenten  
geen geneesmiddelen te  
kopen via internet, zonder  
recept van een arts en tussen-  
komst van een apotheek.

- **Verscherpt toezicht OK ziekenhuis Winterswijk**

Wij stelden het operatief proces van Streekziekenhuis Koningin Beatrix in Winterswijk onder verscherpt toezicht. Omdat niet werd voldaan aan een aantal veiligheidsnormen en richtlijnen, was de patiëntveiligheid in het operatieve proces onvoldoende gegarandeerd. Ook constateerden wij dat de Raad van Bestuur, inclusief het medisch stafbestuur, zijn verantwoordelijkheid voor dit risicovolle zorgproces onvoldoende had genomen.

- **Waarschuwing kopen geneesmiddelen op internet**

Wij adviseerden consumenten geen geneesmiddelen te kopen via internet, zonder recept van een arts en tussenkomst van een apotheek. Zonder controleerbare herkomst kunnen consumenten niet vertrouwen op de veiligheid van deze geneesmiddelen. Wij ondersteunden hiermee de waarschuwing van de Consumentenbond in het tv-programma 'Uitgesproken EO'. Om meer mogelijkheden te hebben, drongen wij ook aan op aanscherping van de Geneesmiddelenwet.

- **Huisartsenposten Midden Limburg onder verscherpt toezicht**

Wij stelden de Stichting Huisartsenposten Midden Limburg in Weert en Roermond onder verscherpt toezicht. De organisatie en de aangesloten huisartsen waren onvoldoende in staat een goede kwaliteit van zorg te garanderen.

- **Bevel tot sluiting vijf tandartspraktijken Noord-Holland**

Wij gaven vijf tandartspraktijken in Noord-Holland het bevel de praktijk te sluiten. Met onmiddellijke ingang mochten zij geen patiënten meer behandelen. Tijdens onaangekondigde bezoeken constateerden wij namelijk grote tekortkomingen die ernstig gevaar opleverden voor de patiëntveiligheid.

Verpleeghuis Huize Mater  
Misericordiae in Tilburg kwam  
onder verscherpt toezicht te  
staan vanwege structurele  
tekortkomingen in de medicatie-  
veiligheid.

### • **Tandartspraktijk onder verscherpt toezicht**

Wij stelden een tandartspraktijk in Groningen onder verscherpt toezicht. De praktijk was onvoldoende in staat een goede kwaliteit van zorg te garanderen. Tijdens een onaangekondigd bezoek in juli 2010 constateerden wij dat verbeteringen nodig waren. Om te controleren of de noodzakelijke maatregelen waren gerealiseerd, brachten wij op 22 maart 2011 opnieuw een bezoek. Tijdens dat bezoek bleken de toegezegde verbeteringen niet of onvoldoende uitgevoerd.

### • **Verscherpt toezicht Huize Mater Misericordiae**

Verpleeghuis Huize Mater Misericordiae in Tilburg kwam onder verscherpt toezicht te staan vanwege structurele tekortkomingen in de medicatieveiligheid. Het verpleeghuis had sinds 2009 de tijd verbeteringen door te voeren, maar wij constateerden onvoldoende vorderingen.

### • **Osira Amstelring onder verscherpt toezicht**

Wij stelden voor zes maanden verscherpt toezicht in bij de Stichting Osira Amstelring. Deze maatregel gold voor de intramurale zorgsector verpleging & verzorging en de zorgsector lichamelijk gehandicapten. Reden: structurele tekortkomingen in de kwaliteit en veiligheid van zorg. Aanleiding voor onze inspectie-bezoeken, voorafgaand aan het instellen van verscherpt toezicht, was een reeks van ernstige meldingen en signalen. Uit de inspectiebezoeken kwam een zeer zorgelijk beeld naar voren.

### • **Geïntensiveerd toezicht GGZ-instelling Breburg**

Wij onderzochten zelf de calamiteit waarbij in GGZ-instelling Breburg een patiënt overleed door een brand in de separeerel. Conclusie? Er was geen sprake van verwijtbaar individueel handelen. Wel constateerden wij tekortkomingen, met name in het beleid voor dwang en drang van deze GGZ-instelling. Wij volgden de vervolgens door GGZ Breburg ingestelde verbetermaatregelen intensief.

# Kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid



# Bijdragen aan behoud gezondheid, genezing en kwaliteit van leven

**Wij willen dat patiënten en cliënten te maken krijgen met goede zorg én met minder risico's en schade.**

**Patiëntveiligheid krijgt hierbij top-prioriteit. Wij willen dat Nederlanders gerechtvaardigd kunnen vertrouwen op verantwoorde zorg. Daarom is de kwaliteit en veiligheid van zorg bevorderen één van onze hoofdoelen.**

Iedere burger moet zich met gerechtvaardigd vertrouwen kunnen wenden tot een aanbieder van zorg of medische producten. Om gezond te blijven, om te genezen van een ziekte of aandoening. Of om een leefbare kwaliteit van leven te hebben als een ziekte of aandoening blijvend is. Burgers moeten ervan kunnen uitgaan dat het volksgezondheidsbeleid effectief is én dat de zorg en medische producten verantwoord en veilig zijn, zeker waar ze dat zelf niet kunnen beoordelen of beïnvloeden. Zorgaanbieders willen goede zorg leveren en daarin continu verbeteren. Het is onze taak de naleving van wetten en normen door zorgaanbieders te bevorderen en daarmee de ondergrens te bewaken. Dat is onze bijdrage aan gezondheid, genezing en kwaliteit van leven. Oók in 2011 maakten wij ons hiervoor sterk. In dit hoofdstuk nemen wij u mee in de belangrijkste activiteiten, resultaten, effecten en ontwikkelingen binnen het thema kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid.

## **Blijvende aandacht voor resistentiebeleid ziekenhuizen**

In het jaarbeeld van 2010 meldden wij dat het van groot belang is voor de volksgezondheid om ziekenhuizen vrij te houden van (multi)resistente bacteriën. Dat vraagt van ziekenhuizen veel inspanningen op het gebied van onder meer diagnostiek en infectiepreventie. Dat die inspanningen niet altijd afdoende zijn, bleek in 2011 bijvoorbeeld bij de uitbraak van de *Klebsiella oxa-48* bacterie in het Maasstad Ziekenhuis in Rotterdam. Om verdere verspreiding van deze multiresistente bacterie te voorkomen, stelden wij het ziekenhuis in juli voor een periode van twee maanden onder verscherpt toezicht. Het Maasstad Ziekenhuis trof daarop adequate maatregelen en bracht de uitbraak tot staan. Toen wij in september voldoende vertrouwen hadden in de aanpak van het bestuur, hieven wij het verscherpt toezicht op. Wij blijven het ziekenhuis wel intensief volgen om in het belang van de patiëntveiligheid te controleren of de genomen maatregelen leiden tot verdere



verbetering van de infectiepreventie. Omdat het falen bij de aanpak van de uitbraak verwijtbaar was, besloten wij tevens een tuchtklacht in te dienen tegen meerdere artsen-microbiologen.

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) zal aanvullende richtlijnen opstellen voor ziekenhuizen, omdat (multi)resistente bacteriën een toenemend probleem vormen. In 2012 zien wij scherp toe op de naleving hiervan.



### **Vergunningssysteem publieksevenementen risicovol**

Gemeenten moeten beschikken over een adequaat vergunningssysteem om problemen bij zowel groot- als kleinschalige publieksevenementen te voorkomen. Jammer genoeg bewees de praktijk van de laatste jaren dat de vergunningverlening rondom dit soort evenementen nog steeds risicovol is. Daarom deden wij in 2011 – in navolging van ons onderzoek uit 2008 – samen met de Inspectie Openbare Orde en Veiligheid onderzoek naar gemeentelijke vergunningverlening bij publieksevenementen. Daaruit bleek dat verbeteringen nodig zijn in het vergunningenbeleid. Risico's zaten vooral in onvoldoende afstemming en samenwerking tussen gemeenten, Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR) en andere hulpdiensten, onvoldoende toezicht op de naleving van vergunningvoorwaarden, het ontbreken van één afgestemde evenementenkalender in de regio én onduidelijkheid over wat risicovolle evenementen zijn. De volledige resultaten van het onderzoek maken wij in 2012 bekend.



### Risico's bij proefbevolkingsonderzoeken goed afgedekt

Voordat de overheid een bevolkingsonderzoek voor een bepaalde ziekte – bijvoorbeeld prostaatcancer – invoert, vindt een proefbevolkingsonderzoek plaats. Onderzoekers kijken dan of screening op deze ziekte zinvol en verantwoord is én welke screeningsmethode zij het best kunnen gebruiken. Gaat het onderzoek om kanker, onbehandelbare aandoeningen of onderzoek met ioniserende straling, dan is een vergunning nodig van de minister van VWS in het kader van de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO).

Bij (proef)bevolkingsonderzoeken zijn veelal duizenden mensen betrokken. Een niet-optimale testmethode kan leiden tot een groot aantal vals-positieve uitslagen met nodeloze ongerustheid en diagnostiek tot gevolg. Daarnaast vindt ná de vergunningverlening geen externe toetsing meer plaats op de uitvoering van het onderzoek door een medisch-ethische toetsingscommissie. Dat is wel het geval bij wetenschappelijk onderzoek dat valt onder de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (Wmo).

Deze risico's waren voor ons aanleiding een onderzoek te starten naar proefbevolkingsonderzoeken en te toetsen of deze onderzoeken worden uitgevoerd volgens de vergunningsvoorwaarden én volgens de voorwaarden voor verantwoorde zorg. Wij toetsten in 2011 tien lopende onderzoeken: negen voor diverse vormen van kanker en één voor osteoporose (botontkalking). De resultaten waren positief. De uitvoering van proefbevolkingsonderzoeken levert nauwelijks risico's op voor de patiënt. Slechts één onderzoek voldeed op één onderdeel niet aan de vergunningsvoorwaarden. Verder moet de overheid bij enkele andere onderzoeken de afspraken of procedures op onderdelen (beter) formaliseren.

### **Onderzoek handhaving richtlijn Overdracht van medicatiegegevens**

Problemen in de medicatieveiligheid ontstaan vaak door gebreken in het overdragen van medicatiegegevens door zorgverleners. Ter verbetering van de communicatie is sinds 1 januari 2011 de richtlijn Overdracht van medicatiegegevens onverkort van kracht. Deze richtlijn geldt voor alle situaties in de zorg waarin medicatie wordt voorgeschreven, gewijzigd, toegediend of ter hand wordt gesteld. Om de naleving door zorgaanbieders te toetsen, onderzochten wij in 2011 bij apotheken en huisartsenpraktijken de overdracht van medicatiegegevens van 24 'gezamenlijke' reumapatiënten. Hieruit kwam naar voren dat de bezochte zorgverleners de richtlijn medicatie-overdracht onvoldoende toepassen in hun dagelijkse praktijk. Samenwerkingsafspraken ontbraken, het uitwisselen van informatie verliep met gebreken en zorgverleners betrokken de patiënt te weinig bij het actualiseren van zijn medicatie-overzicht. Wij constateerden dat alle professionals wel met hun patiënten in gesprek gingen om gegevens te controleren, maar dat dit te veel naar eigen inzicht en niet gestandaardiseerd gebeurde. Bij dit inspectieonderzoek namen de patiënten een centrale plaats in. Wij betrokken hen actief bij ons toezicht door hen in de eerste plaats te vragen naar hun medicatie. Vervolgens toetsten wij of de werkelijkheid van de patiënt overeen kwam met de gegevens van de zorgaanbieders.

Resultaten en aanbevelingen zijn gepubliceerd in diverse vakbladen en gecommuniceerd met de betrokken veldpartijen. In onze diverse toezichtactiviteiten blijven wij de richtlijn handhaven.

### **Aandacht voor veiligheid in huisartsenzorg**

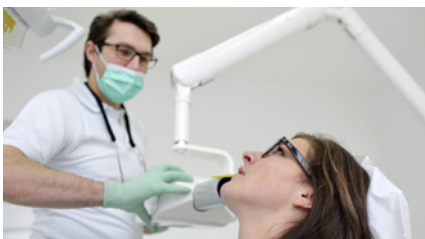
Net als in 2010 besteedden wij in 2011 veel aandacht aan toezicht op huisartsen(posten). Zo spanden wij tien tuchtzaken aan tegen huisartsen. Verder stelden wij de Stichting Huisartsenposten Midden Limburg in Weert en Roermond onder verscherpt toezicht. De organisatie en de aangesloten huisartsen waren onvoldoende in staat een goede kwaliteit van zorg te garanderen. Toch lijken huisartsenposten de aandacht voor veiligheid en kwaliteit steeds prominenter op de agenda te hebben staan. Daarom ontwikkelen wij een toezichtinstrument dat ons in staat stelt een risico-inschatting te maken voor huisartsenposten. Zo kunnen wij wat meer afstand nemen van goed presterende huisartsenposten en de administratieve lasten voor hen zoveel mogelijk beperken. Mede daardoor kunnen wij ons toezicht concentreren op huisartsenposten waar mogelijk risico's zijn te verwachten. Op die manier brengen wij het principe 'dichtbij waar het moet, veraf waar het kan' in de praktijk.





### **Telefonische bereikbaarheid huisartsen voldoet aan norm**

In 2011 voerden wij een groot onderzoek uit naar de telefonische bereikbaarheid van huisartsen. Hierbij richtten wij ons speciaal op de spoedlijn. De beroepsgroep zelf stelde de norm waaraan huisartsenpraktijken moeten voldoen op ‘opnemen binnen dertig seconden’. Wij belden ruim vierduizend praktijken. In eerste instantie voldeed een kwart daarvan niet aan de norm: deze praktijken namen niet binnen dertig seconden de telefoon op. Na een intensief toezichttraject, waarin wij 42 aanwijzingen gaven, voldeden uiteindelijk alle praktijken aan de norm.



### **Intensief toezicht op tandartsen**

In 2011 hielden wij intensief toezicht op tandartsen. In de maandspreids kunt u lezen dat wij veel maatregelen oplegden. Wij gaven zes keer een bevel tot sluiting. Drie keer gaven wij een bevel rechtstreeks aan een tandarts, die daarop moest stoppen met werken. Ook stelden wij vier maal een praktijk onder verscherpt toezicht. Wij richtten ons in het toezicht op de meest cruciale zaken, zoals hygiëne en infectiepreventie, het verantwoord omgaan met straling, taakherschikking en dossiervoering.

### **Ambulancezorg in beweging**

Wij zien dat de ambulancezorg enorm in beweging is. Zo kwamen er veel nieuwe vormen van ambulancevervoer op de zorgmarkt. Omdat de nieuwe wet op de ambulancezorg nog niet van kracht is, handhaven wij nog steeds op de huidige wet. Wij kijken daarbij natuurlijk ook naar de nieuwe situatie. Zo publiceerden wij een standpunt over de ambulancezorg op Texel. Daar maakten de huisartsen zich ernstige zorgen over het plan van de Veiligheidsregio Noord-Holland Noord om de tweede ambulance niet meer in te zetten. Wij delen deze zorgen. Het plan is voorlopig nog niet uitgevoerd.

### **Veiligheidsmanagementsysteem in ziekenhuizen stap dichterbij**

In vergelijking met voorgaande jaren ondernamen ziekenhuizen in 2011 meer om de veiligheid voor patiënten systematisch te vergroten. Ze kwamen daardoor een stap dichterbij de mogelijkheid om hun veiligheidsmanagementsysteem (VMS) in 2012 te laten certificeren of accrediteren. Toch bleek uit een extra toets

die wij in 2011 deden dat ze nog forse stappen moeten zetten. Een belangrijk aspect van veiligheidsmanagement is het in beeld brengen van risico's, bijvoorbeeld wat betreft het voorkomen van post-operatieve wondinfecties of borging van de medicatieveiligheid bij opname. Dat was lang niet in alle ziekenhuizen vanzelfsprekend. Sommige ziekenhuizen hadden het wel goed voor elkaar. Ze brachten via een quickscan tientallen processen in kaart, beoordeelden die op mogelijke risico's voor de patiënt en zetten die risico's om in beheersmaatregelen. De meeste ziekenhuizen doorliepen zo'n quickscan slechts voor enkele risicovolle processen. Al met al is de invoering van het VMS in ziekenhuizen wel iets dichterbij, maar er is nog geen sprake van een volwassen systeem. Ziekenhuizen moeten daarom prioriteit geven aan het beheersen van risico's en het doorvoeren van verbeteringen. Met die extra inzet kunnen zij eind 2012 beschikken over een volwaardig VMS. Wij besteden hieraan in 2012 expliciet aandacht in onze jaargesprekken met ziekenhuizen.



### **Kwaliteit integraal operatief proces aanzienlijk verbeterd**

Net als in voorgaande jaren onderzochten wij in 2011 het operatief proces in ziekenhuizen. Met één groot verschil: voor het eerst toetsten wij het volledige operatieve proces, dus zowel vóór, tijdens als ná een operatie. In 33 ziekenhuizen observeerden wij aspecten als medicatieveiligheid, gebruik van medische apparatuur, opvolging van geldende richtlijnen door medewerkers, samenstelling van en bijhouden van dossiers én informatie-uitwisseling met patiënten. Onze conclusie was dat de kwaliteit van het operatieve proces op veel onderdelen aanzienlijk vooruit gaat. Wij constateerden onder meer grote verbeteringen bij het controleren van gebruikte materialen,

hygiënemaatregelen en zichtbaar onderhoud van medische apparatuur. Ook voerde driekwart van de ziekenhuizen de time-out procedure op een goede manier uit.

De medicatieveiligheid blijft een aandachtspunt. In één ziekenhuis waren veel kritische onderdelen niet op orde. Dat ziekenhuis stelden wij drie maanden onder verscherpt toezicht. Dankzij deze maatregel voerde het ziekenhuis de benodigde verbeteringen voortvarend door. Het operatieve proces voldoet nu aan de gestelde voorwaarden. Eerder in 2011 stond het operatieve proces van een ander ziekenhuis ook onder verscherpt toezicht. Dit ziekenhuis verbeterde in korte tijd eveneens veel, zodat het nu voldoet aan de voorwaarden.

Wat ons vooral tevreden stemde, is dat de beroepsgroep zelf veel energie stak in optimalisatie van het integrale operatieve proces. Zo publiceerde ze eind 2011 de richtlijn 'peroperatief traject'. Om de invoering van deze richtlijn te stimuleren en te controleren, leggen wij ook in 2012 onaangekondigde inspectiebezoeken af.

### **Grote IC-afdelingen leveren verantwoorde zorg**

De grote intensive care afdelingen (IC's) in Nederlandse ziekenhuizen voldoen, deels na getroffen maatregelen, aan de voorwaarden voor verantwoorde zorg. Bovendien werken ze continu aan het verbeteren van hun kwaliteit. Dat bleek uit thematisch onderzoek onder alle 46 ziekenhuizen met een IC op niveau 2 of 3 (geschikt om de meest complexe patiënten te behandelen). Alle ziekenhuizen ontvingen van ons een uitgebreide vragenlijst. Daarnaast voerden wij meerdaagse observaties en ook onverwachte avondbezoeken uit bij zestien ziekenhuizen. Zo konden wij de dagelijkse praktijk in de ziekenhuizen goed toetsen.

Tijdens het onderzoek deden wij direct aanbevelingen om te verbeteren. De betreffende ziekenhuizen volgden deze aanbevelingen snel op, bijvoorbeeld op het gebied van behandeling van patiënten met multi-orgaanfalen buiten de IC en bij het tegengaan van risico op kruisinfecties en medicatiefouten. De regionale samenwerking tussen ziekenhuizen moet nog wel verbeteren om patiënten met een complexe zorgvraag goed te kunnen opvangen. Wij riepen de beroepsgroepen op hiervoor een richtlijn te ontwikkelen. Wij blijven dat traject natuurlijk van dichtbij volgen.







### **Ziekenhuiszorg in avond, nacht en weekend moet beter**

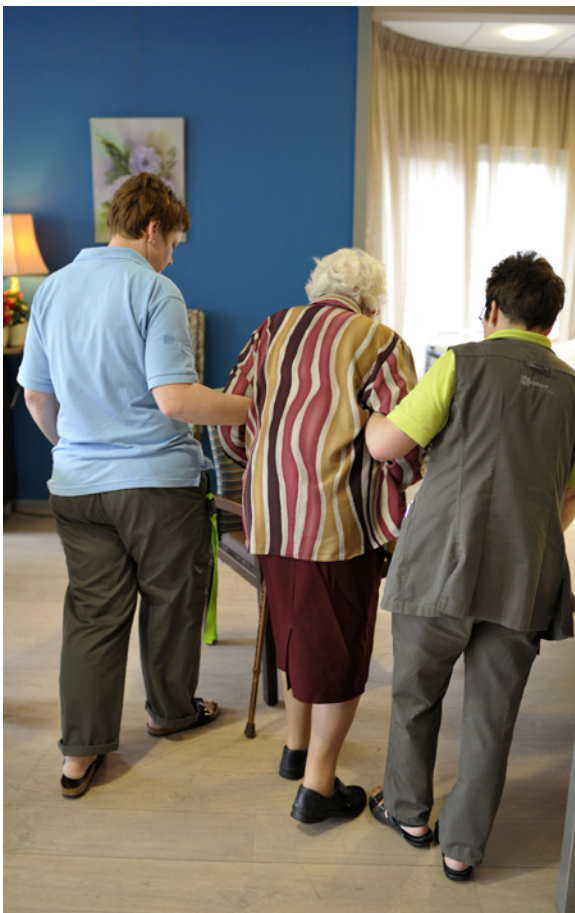
In 2011 publiceerden wij het eindrapport van ons uitgebreide onderzoek naar de veiligheid van de zorgverlening in ziekenhuizen buiten kantooruren. Dit onderzoek startten wij al in 2008 op verzoek van de toenmalige minister van VWS. De minister wilde weten of de patiëntveiligheid overdag verschilt van die in avond, nacht en weekend. Hiernaar deden wij samen met onderzoeksinstituut TNO en het RIVM uitgebreid onderzoek.

Eén van de belangrijkste conclusies was dat er buiten kantooruren risico's ontstaan als er onvoldoende gekwalificeerd personeel beschikbaar is. Vooral tijdens piekdrukke en in situaties waarin specifieke deskundigheid is vereist. Buiten kantooruren kunnen ziekenhuizen minder improviseren met personeel om aan eventuele onverwachte vragen te voldoen. Met name in de verloskunde kunnen ieder moment veranderingen optreden bij moeder en kind. Soms ervaren zorgverleners drempels om 's avonds of 's nachts de dienstdoende behandelaar te bellen. Dit kan leiden tot later – of té laat – genomen cruciale beslissingen.

Er is dus genoeg werk aan de winkel voor ziekenhuizen en voor ons. Wij gebruiken dit rapport en de uitkomsten van alle deelonderzoeken bij verdere inspectieonderzoeken. Zo passen wij de bevindingen uit dit onderzoek toe bij het inspectieonderzoek naar geboortezorg.

### **Spoedeisende hulp onderzocht**

In 2011 deden wij onderzoek op de afdelingen spoedeisende hulp (SEH) van 33 ziekenhuizen. Wij keken daarbij naar de mate waarin de ziekenhuizen voldoen aan de normen die de, door de minister van VWS ingestelde, werkgroep 'Kwaliteitsindeling SEH' heeft opgesteld. Van de 33 ziekenhuizen voldeden er vijf volledig aan de gestelde voorwaarden. Bij één ziekenhuis waren de tekortkomingen ernstig. Wij stelden het daarom in 2011 onder verscherpt toezicht. Dit kleine ziekenhuis besloot uiteindelijk de afdeling SEH op te heffen en te herinrichten als afdeling Acute Zorg. Deze maatregel leidde tot een grote landelijke discussie over het voortbestaan van het ziekenhuis. In de komende jaren zal blijken welke keuzes het ziekenhuis hierin maakt en welke zorgkwaliteit het ziekenhuis levert.



### **Versterking toezicht ouderenzorg**

Wij kregen van het kabinet de opdracht ons toezicht op de ouderenzorg te versterken. In 2011 gingen wij daarom van start met een intensiveringsrond in de ouderenzorg. Van alle zorgconcerns bezoeken wij één of meer locaties. Wij doen dit aangekondigd, maar ook steeds meer onaangekondigd. Verder gebruiken wij mysteryguests om ons te voorzien van informatie over zorgaanbieders. Wij verwachten deze intensiveringsslag eind 2012 af te ronden. Naast dit toezicht begonnen wij met het programma 'Zorg voor kwetsbare ouderen'. Wij kijken hierbij zo breed mogelijk naar de risico's voor kwetsbare ouderen (van preventie tot palliatieve zorg); dat doen wij bovendien inspectiebreed. Om vorm en richting te geven aan het toezicht, betrekken wij ouderenorganisaties bij het programma.

### **Medicatieveiligheid langdurige zorg en thuiszorg sterk verbeterd**

Ons vervolgonderzoek uit 2011 naar de medicatieveiligheid in de langdurige zorg en thuiszorg liet een mooie vooruitgang zien ten opzichte van 2010. In september 2010 publiceerden wij een rapport waaruit bleek dat de medicatieveiligheid in (een groot deel van) de bezochte instellingen voor gehandicaptenzorg, thuiszorg én verpleging en verzorging fors onder de maat was. Nog geen jaar later was de medicatieveiligheid in al die sectoren sterk verbeterd. In het vervolgonderzoek beoordeelden wij 196 instellingen opnieuw, omdat zij tijdens het eerdere onderzoek op één of meer punten een (zeer) hoog risico scoorden. Bij deze instellingen nam het aantal (zeer) hoge risico's met 80 procent of meer af. De grootste winst behaalden ze door het beschikbaar komen van medicatieoverzichten en -deellijsten vanuit de apotheek. Ook de oprichting van een Task Force Medicatieveiligheid in 2010 door de landelijke organisaties van cliënten, artsen, apothekers, zorgorganisaties en zorgmedewerkers werpt vruchten af. Bestuurders van alle zorginstellingen in de langdurige zorg en thuiszorg zijn nu aan zet om de medi-

catieveiligheid in hun organisatie blijvend te waarborgen. Wij volgen intensief of zorgaanbieders die verantwoordelijkheid nemen.

### **Reduceren vrijheidsbeperking in langdurige zorg**

Samen met het veld werken wij sinds 2008 aan het reduceren van vrijheidsbeperkende maatregelen in de langdurige zorg. In de voorbije drie jaar merkten wij dat instellingen in ouderen- en gehandicaptenzorg steeds kritischer zijn op de toepassing van dit soort maatregelen. Ook gaan ze meer en meer op zoek naar goede alternatieven voor vrijheidsbeperking. Wij vragen alle instellingen in de gehandicapten- en ouderen-zorg de dialoog met cliënten en hun verwanten te blijven zoeken over de toepassing van vrijheidsbeperking.

Ondanks dat er al veel is verbeterd op het gebied van vrijheidsbeperking in de langdurige zorg, bleek begin 2011 dat voor de groep cliënten met een zeer complexe zorgvraag – bijvoorbeeld omdat ze ernstige gedragsproblemen hebben – extra aandacht nodig is. Er ontstond veel maatschappelijke ophef over een jongen met een verstandelijke beperking die aan een muur was vastgebonden. Daarop deden wij onderzoek naar de zorg aan cliënten met ernstige gedragsproblemen in de gehandicaptenzorg. Wij beoordeelden de organisatie van de hulpverlening aan 28 cliënten op 24 verschillende zorglocaties. In het algemeen bleek dat de betreffende instellingen veel deden om zo optimaal mogelijke zorg te bieden aan deze complexe cliëntengroep. Ze beschikten bijvoorbeeld over adequaat personeel én ze investeerden waar nodig in het opleiden van hun zorgverleners. Er was één cruciaal aandachtspunt: zorgverleners zochten niet structureel de dialoog met cliënten en hun verwanten over bijvoorbeeld de invulling van het zorgplan. Daardoor konden cliënten en hun verwanten onvoldoende meepraten over de toepassing van vrijheidsbeperking en mogelijke alternatieven. Dat kan én moet beter. In 2012 volgen wij dit verbetertraject nauwgezet binnen de onderzochte instellingen.

### **Zelfstandig gevestigden GGZ op goede weg**

Over het algemeen leveren zelfstandig gevestigde psychotherapeuten en klinisch psychologen zorg van een goed niveau. Dat bleek uit ons onderzoek naar zelfstandig gevestigden in de GGZ. De kwaliteit en continuïteit van de praktijkvoering moet wel beter. Het gaat daarbij met name om wettelijke eisen, zoals het vastleggen van instemming met een behandelplan, naleving van de wettelijke bewaartermijn van dossiers,

informatieverstrekking aan verwijzers en het aangesloten zijn bij een klachtencommissie. Het onvoldoende naleven van deze wettelijke eisen vraagt direct actie van de beroepsgroep. Verder willen wij dat zelfstandig gevestigden en hun beroepsverenigingen uniforme afspraken maken over dossiervorming, waarneming en informatieverstrekking aan verwijzers. Ook moeten de drie beroepsverenigingen – de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP) en het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) – de kennis over én het gebruik van richtlijnen stimuleren. Wij willen in overleg met deze beroepsverenigingen en de zelfstandig gevestigden regelingen treffen voor signalering en registratie van (bijna-)calamiteiten, klachten en cliënttevredenheid én melding van notoir disfunctionerende zelfstandig gevestigden. De genoemde afspraken en regelingen moeten eind 2012 klaar zijn. In 2013 toetsen wij onaangekondigd en steekproefsgewijs of de beroepsgroep de nieuwe werkwijze heeft ingevoerd.

### **Brandveiligheid GGZ in het geding**

In het eerste kwartaal van 2011 werden wij geconfronteerd met drie ingrijpende brandincidenten in GGZ-instellingen in korte tijd. In één geval was sprake van één dodelijk slachtoffer onder patiënten en in een ander geval waren er meerdere dodelijke slachtoffers te betreuren. Over 2009 en 2010 kwam het aantal brandincidenten in de GGZ uit op 47. Dat zijn zorgwekkende cijfers.

Wij verkenden alle in 2009 en 2010 gemelde brandincidenten nader. De gemelde incidenten leidden veelal tot overlijden of ernstig blijvend letsel voor de patiënt of meerdere (mede-)patiënten. Binnen de GGZ bleek dat het overgrote deel van de branden actief was veroorzaakt door patiënten zelf (gevaarlijk gedrag, voortvloeiend uit de geestesstoornis). De GGZ is veel gevoeliger voor brandincidenten dan bijvoorbeeld de gehandicapten- en ouderenzorg. Uit de analyse bleek dat een aantal GGZ-instellingen zeer professioneel opereerde wat betreft risicotaxatie; voor andere instellingen gold dat minder. Ons toezicht was daarom gericht op optimalisering van risicotaxatie.

### **Richtlijn doorbreken medisch beroepsgeheim in GGZ aangescherpt**

Naar aanleiding van het schietincident in Alphen aan den Rijn op 9 april 2011 concludeerden wij dat de hulpverlening aan de dader op hoofdlijnen adequaat en redelijk zorgvuldig was. Wij hadden wel enkele kritische opmerkingen over de behandeling door de betrokken GGZ-instelling. Zo blijkt uit het medisch

dossier niet dat de instelling voldoende systematisch aandacht besteedde aan het risico van suïcide en het risico voor derden, als gevolg van eventueel vuurwapenbezit. Ook volgde zij de richtlijn over het medisch beroepsgeheim, en het al dan niet doorbreken daarvan op basis van een conflict van plichten, niet. Wij vinden het beroepsgeheim een groot goed. Toch kunnen uitzonderingen nodig zijn op die geheimhouding. Bijvoorbeeld wanneer een hulpverlener via een patiënt weet krijgt van gevaar voor derden. Hulpverleners moeten weten hoe zij in dergelijke complexe situaties beschikbare informatie dienen te wegen en te delen. Daarbij moeten zij de richtlijn van de landelijke artsenfederatie KNMG voor het doorbreken van het beroepsgeheim volgen en de afweging vastleggen in het patiëntdossier. Dit gebeurde bij de dader van het schietincident in Alphen aan den Rijn ten onrechte niet, waarmee overigens niet is gezegd dat betrokkenen het beroepsgeheim hadden moeten doorbreken. De betreffende GGZ-instelling gaat nu een andere werkwijze hanteren voor besluitvorming bij ingewikkelde en uitzonderlijke problematiek. Wij volgen de uitvoering daarvan nauwlettend.

Los hiervan constateerde de GGZ-sector dat de KNMG-richtlijn soms onvoldoende handvatten biedt voor specifieke problematiek in de geestelijke gezondheidszorg. Daarom startte de sector met het aanscherpen van de bestaande richtlijn. Dat krijgt in de tweede helft van 2012 zijn beslag in een meldcode voor geweldsgerelateerde situaties, speciaal voor hulpverleners in de GGZ.

### **Doorlichting medicatieveiligheid klinische GGZ-instellingen**

Medicatieveiligheid is één van onze speerpunten, maar ook van het programma patiëntveiligheid van GGZ Nederland. Wij besteden de komende tijd via thematisch toezicht gericht aandacht aan de medicatieveiligheid in drie sectoren van de GGZ: klinische afdelingen van GGZ-instellingen (inclusief verslavingszorginstellingen), woonvormen voor psychiatrische patiënten en (langdurige) ambulante behandeling van GGZ-cliënten. In 2011 startten wij met een schriftelijke inventarisatie van de medicatieveiligheid onder alle GGZ-instellingen met klinisch verblijf. Mede op basis van de resultaten van dit online onderzoek bezochten wij in de laatste maanden van het jaar circa veertig (locaties van) meer risicovolle en ‘best practice’ GGZ-instellingen. In 2012 volgen wij de GGZ-instellingen nadrukkelijk bij het doorvoeren van de noodzakelijke verbeteringen.



### **Convenant veilige toepassing van medische technologie in het ziekenhuis**

Een veilige toepassing van medische technologie in ziekenhuizen staat vanzelfsprekend hoog op onze prioriteitenagenda en die van de minister van VWS. Ook de bij de NVZ vereniging van ziekenhuizen (NVZ) en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) aangesloten ziekenhuizen nemen duidelijk hun verantwoordelijkheid voor kwaliteitsborging van medische technologie. Het afgelopen november tot stand gekomen 'Convenant veilige toepassing van medische technologie in het ziekenhuis' is daarvan het bewijs. Dit convenant richt zich op de gehele levenscyclus van medische technologie in het ziekenhuis: van invoering en gebruik tot en met afstoting. Uitgangspunt daarbij is de eindverantwoordelijkheid van Raden van Bestuur voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Wij nemen de uitvoering van dit convenant vanaf nu mee in het toezicht op ziekenhuizen.

### **Toezicht op vaccinatiecampagne Q-koorts**

In 2010 en 2011 waren wij betrokken bij de vaccinatiecampagne tegen de Q-koorts. Daarmee werd het toezicht op de tijdigheid en de kwaliteit van dit vaccin geregeld, evenals de wijze van verzamelen van bijwerkingen. Bij vaccinatiecampagnes in het algemeen, en onverwachte campagnes in het bijzonder, speelt een aantal aspecten een rol: het verkrijgen, bewaren en toedienen van het vaccin én het bewaken van eventuele bijwerkingen. Bij de Q-koorts vaccinatiecampagne was sprake van een ad hoc campagne. Het vaccin was niet in Nederland verkrijgbaar. Hiervoor werd een ongeregistreerd vaccin geïmporteerd. Wij zagen toe op het verkrijgen van het vaccin, op het eenduidig kennismaken van de patiëntenpopulatie die dit vaccin zou krijgen toegediend én op de eventuele bijwerkingen van het vaccin. De campagne vond dus zo veilig mogelijk plaats in samenwerking met de uitvoerende partijen.





### **Recall ICD-lead**

Vlak voor de kerstdagen werd bekend dat een draad voor Implanteerbare Cardioverter Defibrillatoren (een zogenoemde ICD-lead) van een bepaald merk zodanig ernstige fouten kan vertonen dat dit levensbedreigend kan zijn.

In samenspraak met de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC) stelden wij een medisch beleid op en zijn alle centra verzocht de betreffende patiënten op te roepen en extra te controleren.

### **Tegengaan handel in vervalste medische hulpmiddelen**

In 2011 meldde een fabrikant ons over het op de markt beschikbaar zijn van vervalste zuurstofmeters (pulse oximeters). Alhoewel er regelmatig sprake is van vervalste geneesmiddelen, is dat bij medische hulpmiddelen zeldzaam. De betreffende zuurstofmeters zijn wel direct uit de handel gehaald. Het tegengaan van handel in vervalste medische hulpmiddelen kreeg later in het jaar ook intensieve aandacht van de Raad van Europa. Tijdens een Medicrime Convention in Moskou maakten de lidstaten op 28 oktober voor het eerst afspraken op dit gebied.

### **Toezicht op naleving reclameregels en regels voor gunstbetoon**

Het is onze taak toezicht te houden op reclame voor geneesmiddelen en naleving van reclameregels door onder andere de farmaceutische industrie en beroepsbeoefenaren in de zorg. In 2011 legden wij zowel bestuurlijke boetes op voor het maken van publieksreclame voor receptgeneesmiddelen als voor het overtreden van de regels voor gunstbetoon. Zelf maakten wij met de Stichting Code Geneesmiddelenreclame (CGR) werkafspraken voor verdere samenwerking. Op het vlak van gunstbetoon stelden zes koepels in de medische hulpmiddelensector een Gedragscode medische hulpmiddelen op die sinds 1 januari 2012 van kracht is. Met deze code voor zelfregulering toont de sector aan dat er draagvlak is voor het stellen van robuuste eigen regels rondom reclame en gunstbetoon.

### **Uitleveren geneesmiddelen door grootbereiders**

Omdat niet voor iedere patiënt een geschikt geregistreerd geneesmiddel op de markt is, is soms behoefte aan apothekers die geneesmiddelen 'op maat' kunnen leveren aan andere apothekers. Dit doorleveren van



ongeregistreerde geneesmiddelen door regionaal of landelijk bereidende apothekers – ook wel ‘collegiale levering’ genoemd – gebeurde de laatste jaren steeds vaker. De Geneesmiddelenwet kent geen mogelijkheid voor collegiale levering. Daarom is in 2007, met steun van de minister van VWS, gekozen voor het onder strikte voorwaarden toestaan van doorlevering van zelfbereide geneesmiddelen.

In de periode 2008-2009 bezochten wij een eerste groep van acht apotheken die eigen bereidingen aan collega-apothekers leverden. Geen van deze apotheken voldeed aan alle door ons gestelde eisen. Bij één apotheek gaf de aangetroffen situatie aanleiding om verscherpt toezicht in te stellen vanwege een risico voor de volksgezondheid. Hierna besloten wij een onderzoek op te zetten naar een grotere groep doorleverende apotheken. Daarvoor bezochten wij in 2011 twintig apotheken. Slechts drie daarvan voldeden aan al onze eisen. De overige zeventien apotheken hadden de waarborgen voor collegiale levering onvoldoende ingevoerd. De verwachting is wel dat zij binnen afzienbare tijd aan de eisen voldoen.

Om dat te verifiëren, bezoeken wij de apotheken in 2012 opnieuw. Waar nodig treden wij handhavend op. De te treffen maatregelen hangen af van de situatie bij een individuele apotheek. Aan de hand van één of meer geneesmiddelen stellen wij vast of sprake is van overtredingen van artikel 18 en 40 van de Geneesmiddelenwet. Is dat het geval, dan zijn dat strafbare feiten (economische delicten). Wij

hebben met de officier van justitie afgesproken dat dergelijke overtredingen in eerste instantie zullen worden afgedaan met een bestuurlijke boete.

### **Vervolg ‘Het resultaat telt apotheken’**

In 2010 maakten wij het rapport ‘Het resultaat telt apotheken 2009’ openbaar. Dit rapport was een nulmeting onder openbare apotheken, gebaseerd op de gegevens uit de basisset kwaliteitsindicatoren apotheken. Jaarlijks toetsen wij de openbare apotheken om zo risico’s op te sporen en inzicht te krijgen in de geleverde kwaliteit en veiligheid van farmaceutische zorg. In 2011 bezochten wij negentig apotheken om te kijken of de uitkomsten van de nulmeting overeenstemden met de dagelijkse praktijk. Het resultaat? Wij stelden één apotheek onder verscherpt toezicht en planden bij circa 25 apotheken een vervolfbezoek in. De overige apotheken voldeden wel aan de voorwaarden voor verantwoorde zorg.

### **Toezichtkader Bestuurlijke verantwoordelijkheid opgesteld**

Wij zien goed bestuur en intern toezicht in zorginstellingen als essentiële voorwaarden voor het leveren van verantwoorde zorg. Daarom stelden wij vorig jaar een Toezichtkader Bestuurlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid op. Raden van Bestuur zijn eindverantwoordelijk voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg in hun zorginstelling. Zorgprofessionals dienen verantwoording af te leggen over hoe zij zorg verlenen en over de bereikte resultaten. Raden van Bestuur kunnen hiermee bijdragen aan het gerechtvaardigd vertrouwen van burgers in de gezondheidszorg. Schiet de bestuurlijke kwaliteit in zorginstellingen tekort, dan is dat een ernstig risico voor de zorgkwaliteit. Daarom betrekken wij toezicht op de bestuurlijke verantwoordelijkheid bij ons reguliere toezicht. In het toezichtkader omschrijven wij expliciet welke aandachtspunten wij daarbij hanteren en hoe wij onderzoek doen.

Voor de langdurige zorg organiseerden wij in het najaar van 2011 drie invitationale conferences over het houden van bestuurlijk toezicht. Doel van deze bijeenkomsten was het bewustzijn over bestuurlijk toezicht bij het veld te vergroten. Dat wierp zijn vruchten af. Het veld had duidelijk behoefte aan meer informatie over dit onderwerp. Daarom organiseren wij in 2012 extra bijeenkomsten.





### **Eenduidige afspraken voor uitwisseling patiëntinformatie**

Uit ons onderzoek voor de Staat van de Gezondheidszorg bleek dat zorgrisico's door gebrekkige informatie-uitwisseling tussen zorgverleners en instellingen niet automatisch zijn op te lossen door toepassing van ICT. Er moeten eerst duidelijke afspraken komen over welke informatie relevant is. Om de informatie daarna te kunnen delen via ICT-systemen, moeten hierover ook afspraken komen. Wij roepen het zorgveld daarom op zo snel mogelijk zorgbrede normen en standaarden te ontwikkelen over welke informatie voor wie beschikbaar moet zijn, hoe ze deze opslaat, in welke terminologie en hoe de informatie-uitwisseling geautomatiseerd moet plaatsvinden. Wij vinden dat er per patiënt één dossier moet zijn waarin iedereen werkt. Dit verkleint de kans op fouten in informatie-uitwisseling tussen bijvoorbeeld eerste lijn, ziekenhuizen, verpleeghuizen en GGZ. Om dit tijdig te realiseren, pleiten wij voor het instellen van een commissie met gezag en draagvlak in het veld. Wij maken ons tevens sterk voor een grotere rol van de patiënt bij de uitwisseling van informatie tussen zorgverleners. Daarbij moet iedere patiënt zonder belemmeringen zijn patiëntendossier online kunnen inzien.

Wij waarschuwden voor-  
schrijvers, behandelaren en  
apothekers voor het gebruik  
van onderhuidse injecties om  
vetweefsel te laten slinken.

- **Vetoplossende injecties risicovol**

Wij waarschuwden voorschrijvers, behandelaren en apothekers voor preparaten die fosfatidylcholine (PC) en natrium deoxycholaat (DC) bevatten, zoals Lipostabil. Deze preparaten worden onderhuids geïnjecteerd om vetweefsel te laten slinken. Ze kunnen vervelende bijwerkingen hebben, zoals beschadiging van het omliggende spier- of huidweefsel. Dit bleek uit literatuuronderzoek van het RIVM in opdracht van ons. Aanleiding voor deze opdracht waren twee meldingen over patiënten die ernstige schade (weefseldood) hadden opgelopen na behandeling met zogenoemde injectie-lipolyse. Voor Lipostabil® is in Nederland geen handelsvergunning verleend.

- **Bevel voor verpleeghuis Bernardus**

Na een inspectiebezoek naar aanleiding van een melding, gaven wij verpleeghuis Bernardus (onderdeel van Osira Amstelring) het bevel met onmiddellijke ingang de veiligheid van de psychogeriatrische bewoners van verpleegafdeling de Varenhof te bewerkstelligen. Op deze afdeling was sprake van – een vermoeden van – lichamelijke en geestelijke mishandeling. Juist omdat de organisatie sinds 14 maart 2011 onder verscherpt toezicht stond, had dit niet mogen gebeuren. Het bevel gold voor zeven dagen. Na die periode bleek dat de directie van het verpleeghuis het bevel adequaat en zorgvuldig had opgevolgd. Wij vonden het daarom niet nodig de minister te vragen het bevel te verlengen.

- **Nieuwe procedure melden suïcide(poging) GGZ**

Voor alle GGZ-instellingen, die onder de Kwaliteitswet zorginstellingen vallen, ontwikkelden wij een nieuwe procedure voor het melden van suïcides en suïcidepogingen met ernstig letsel. Alle suïcides waarbij op enigerlei wijze sprake is van een tekortkoming in de zorg of van een vorm van vrijheidsbeperking (inclusief de forensische sector), moeten voortaan op casusniveau bij ons worden gemeld. Instellingen moeten de overige suïcides periodiek melden op geaggregeerd niveau, zodat wij meer gerichte en intensieve inspectieaandacht kunnen geven aan de eerste twee categorieën. Bovendien geeft het ons de mogelijkheid na te gaan wat een instelling in het kader van intern toezicht doet met deze suïcides en hoe ze vorm geeft aan een goed suïcidepreventiebeleid. In de tweede helft van 2012 toetsen wij het interne toezicht op suïcidepreventie binnen de GGZ steekproefsgewijs.



Structurele tekortkomingen  
in de zorgkwaliteit en risico  
op schade voor cliënten  
leidden tot verscherpt  
toezicht voor twee  
thuiszorgorganisaties.

- **Twee thuiszorgorganisaties onder verscherpt toezicht**

Structurele tekortkomingen in de zorgkwaliteit en risico op schade voor cliënten leidden tot verscherpt toezicht voor de thuiszorgorganisaties Vivium Thuiszorg (regio Blaricum, Eemnes en Laren) en IdeaalZorg in Utrecht. Wij constateerden bij Vivium problemen met de medicatieveiligheid. De nieuwe organisatie IdeaalZorg had onvoldoende kennis van thuiszorg en voldeed niet aan een aantal wettelijke eisen.

- **Tandartspraktijk in Drenthe kreeg bevel tot sluiting**

Een praktijk voor tandzorg in de provincie Drenthe kreeg het bevel de praktijk te sluiten. Tijdens een aangekondigd bezoek constateerden wij ernstige tekortkomingen in de zorgkwaliteit. Naar aanleiding van een melding brachten wij in 2008 en 2009 al bezoeken aan de praktijk. Het inspectiebezoek op 24 mei 2011 was bedoeld om te beoordelen of eerder toegezegde verbeteringen waren gerealiseerd en geborgd. Dat bleek niet het geval.

- **Ziekenhuis De Sionsberg onder verscherpt toezicht**

Wij stelden ziekenhuis De Sionsberg in Dokkum voor maximaal zes maanden onder verscherpt toezicht. Wij hadden onvoldoende vertrouwen in de kwaliteit en de resultaten van de bestuurlijke maatregelen die de Raad van Bestuur tot dan toe had genomen om de patiëntveiligheid te verbeteren. Er was al eerder sprake van een zeer moeizame samenwerking tussen de vakgroep cardiologie én de bestuurder, overige medisch specialisten en medewerkers. Verbeteringen bleken niet te zijn doorgevoerd.

Op 15 juni opende staatssecretaris  
Marlies Veldhuijzen van Zanten  
van VWS op onze vestiging in  
Utrecht het Meldpunt ouderen-  
mishandeling in de zorg.

- **Rock G. definitief uit BIG-register**

De hoogste tuchtrechter verwierp het hoger beroep van de heer G. (Haagse Citykliniek) in de tuchtzaak die wij tegen hem aanspanden. Daarmee werd de doorhaling van de heer G. uit het BIG-register bekrachtigd. Wij vonden dit van groot belang voor de patiëntveiligheid. In 2009 startten wij een spoedprocedure bij het Regionaal Tuchtcollege in Den Haag. Wij hadden namelijk aangetoond dat de arts ernstig tekortschoot in de uitoefening van zijn beroep en in het nemen van zijn verantwoordelijkheid als arts.

- **Meldpunt ouderenmishandeling geopend**

Op 15 juni opende staatssecretaris Marlies Veldhuijzen van Zanten van VWS op onze vestiging in Utrecht het Meldpunt ouderenmishandeling in de zorg. Slachtoffers en hun naasten, zorgprofessionals én bestuurders van zorginstellingen konden bij dit meldpunt ouderenmishandeling door medewerkers van zorginstellingen melden. Het opzetten van het meldpunt was één van de actiepunten die de staatssecretaris in 2011 aankondigde in haar actieplan 'Ouderen in veilige handen'.

- **Lange duur onderzoek Jelmer betreurd**

Wij betreuden dat het onderzoek naar de oorzaak van de ernstige hersenbeschadiging van baby Jelmer in 2007 zo lang duurde en dat het leidde tot het intrekken van een al vastgesteld rapport. Jelmer werd in 2007 geboren en na enkele maanden geopereerd in het Universitair Medisch Centrum Groningen. Enkele dagen na de operatie bleek het jongetje een ernstige hersenbeschadiging te hebben. In het eerste rapport van december 2010 concludeerden wij onder meer dat de ernstige hersenbeschadiging hoogstwaarschijnlijk het directe gevolg was van de operatie. Een paar maanden later trokken wij het rapport in, omdat de feiten hierin onvoldoende hard waren om te komen tot die conclusie.

# Preventie

fysio000.nl



# Continue aandacht voor effectiviteit

**Eén van onze hoofddoelen is preventie effectiever maken. De focus ligt daarbij op het vergroten van de effecten van het gemeentelijk gezondheidszorgbeleid en op het bijdragen aan betere jeugdzorg.**

Wij besteden in ons toezicht permanent aandacht aan preventie van gezondheidsschade. Met effectieve preventie zijn onnodige ziektelast en vroegtijdig overlijden te voorkomen, zijn sociaaleconomische gezondheidsverschillen te verminderen en is onnodige sterfte door infecties met resistente micro-organismen te reduceren. De zorg dient zich meer te richten op het vermijden en vroegtijdig signaleren van chronische aandoeningen, het beperken van de gevolgen ervan en het versterken van de zelfredzaamheid en eigen regie van patiënten en cliënten. Wij kunnen veel winst behalen als wij onze nalevingsbevordering concentreren op ondersteuning van een gezonde leefstijl, een gezonde leefomgeving, systematische aandacht voor preventie in de curatieve en langdurige zorg én preventieve ouderengezondheidszorg. Daarom gingen wij in 2011 ook krachtig door met activiteiten om de effectiviteit van preventie te verbeteren. In 2012 is onze Staat van de Gezondheidszorg gewijd aan preventie in de zorg.

## **Preventiecyclus publieke gezondheid onvoldoende effectief**

Risico's in de veiligheid of gezondheid van de bevolking zijn vaak complex en niet eenvoudig te verminderen. Er zijn talrijke partijen bij betrokken en vanwege de veelheid aan (tegenstrijdige) belangen pakken ze die risico's niet vanzelfsprekend aan. De overheid en overheidsorganisaties hebben daarom zowel op landelijk, regionaal als lokaal niveau een spilfunctie bij de ontwikkeling van het volksgezondheidsbeleid.

In het kader van de in de Wet publieke gezondheid verankerde preventiecyclus bracht het RIVM in 2010 de vierjaarlijkse nota Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) uit. Volgens deze nota gaat het redelijk goed met onze volksgezondheid, maar kan het zeker beter. Zo blijft de levensverwachting in Nederland achter bij die in diverse omringende landen. Ook daalt de frequentie van ongezonde leefgewoonten niet of nauwelijks. De vierjaarlijkse landelijke nota gezondheidsbeleid van de minister van VWS – in mei 2011

gepubliceerd onder de noemer ‘Gezondheid dichtbij’ – is eveneens onderdeel van de preventiecyclus. De vijf speerpunten uit de vorige landelijke nota (2006) blijven hierin belangrijk: overgewicht, diabetes, depressie, roken en overmatig alcoholgebruik. Het kabinet legt voor de komende jaren wel een accent op bewegen. Gemeenten dienen een en ander door te vertalen in hun lokale nota’s. In 2010 toonden wij in de Staat van de Gezondheidszorg aan dat de preventiecyclus onvoldoende effect sorteert op de vijf genoemde speerpunten. Er zijn maatregelen nodig om deze cyclus te verbeteren. Hiervoor blijven wij structureel aandacht vragen in onze handhavingsaanpak. In 2014 bekijken wij of de doelstellingen uit de huidige landelijke nota gezondheidsbeleid zijn gehaald.

### **Integraal Toezicht Jeugdzaken verhoogt welzijn jeugd**

Via het Integraal Toezicht Jeugdzaken (ITJ) werken wij samen met andere inspecties met toezichttaken op het gebied van jeugd aan het verhogen van het welzijn van de jeugd. Het ITJ onderzocht onder andere in hoeverre organisaties en jeugdvoorzieningen erin slagen op lokaal niveau alcoholgebruik onder jongeren tot achttien jaar te voorkomen of te verminderen. Ook bekeken wij met behulp van het ITJ hoe jeugdvoorzieningen in gemeenten samenwerken om te vermijden dat kinderen ongelijke kansen krijgen als gevolg van armoede van hun ouders. Verder werkten wij in ITJ-verband aan de verdere implementatie van eerder geformuleerde randvoorwaarden voor verantwoorde (netwerk)zorg aan gezinnen met geringe sociale redzaamheid. Deze gezinnen zijn kwetsbaar, omdat ze vaak problemen hebben op meerdere terreinen en niet goed in staat zijn adequate hulp te organiseren. Dit brengt risico’s mee voor de kinderen die in deze gezinnen opgroeien.

### **JGZ-instellingen werken meer systematisch aan signaleren risico’s**

Net als in 2008 toetsten wij in 2011 via thematisch onderzoek of de jeugdgezondheidszorg (JGZ) voldoet aan de eisen van verantwoorde zorg rondom gezondheid en veiligheid van kinderen. In 2012 publiceren wij de resultaten. Belangrijk aandachtspunt bij verantwoorde zorg is het zo vroeg mogelijk opsporen van risico’s voor een gezonde en veilige opvoeding van kinderen binnen het gezin, zodat problemen in een later stadium zijn te voorkomen. Uit ons onderzoek bleek dat de JGZ-instellingen nog onvoldoende vooruitgang hebben geboekt in vergelijking met 2008 en dat de instellingen belangrijke informatie over de kwaliteit van zorg (nog) niet konden aanleveren.

### Meldcode voor signalering huiselijk geweld en kindermishandeling

De afgelopen jaren droegen wij door toezichtactiviteiten bij aan de signalering van kindermishandeling bij de spoedeisende hulp van ziekenhuizen en huisartsenposten. In 2011 gingen wij hiermee door. Het blijkt dat de bewustwording steeds verder toeneemt. Dat vertaalt zich onder andere in een stijgend aantal meldingen bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK). Omdat er nog veel meer plaatsen zijn waar professionals signalen voor kindermishandeling en huiselijk geweld kunnen opvangen, komt er een wettelijk verplichte Meldcode geweld in afhankelijkheidsrelaties (kindermishandeling, ouderenmishandeling en huiselijk geweld). In 2012 richten wij ons op een goede invoering van deze meldcode in de diverse zorginstellingen. Aan het eind van het jaar moeten zij de meldcode hebben ingevoerd. Het vervolg van het thematoezicht signalering kindermishandeling op huisartsenposten brachten wij bij dit project onder.



### Overdracht eerste- en tweedelijns geboortezorg beter in beeld

De eerste- en tweedelijns geboortezorg is een uitermate belangrijk onderwerp binnen ons toezichtveld voor de curatieve gezondheidszorg. In het document 'Een goed begin' van december 2009 maakten de veldpartijen in deze discipline afspraken over hoe ze de komende jaren met elkaar gaan bouwen aan een eigentijdse en betrouwbare zorg rond zwangerschap en geboorte. Het vormt tevens de basis voor ons toezichtbeleid dat in 2012 en 2013 vorm krijgt.

Naar aanleiding van een aantal meldingen over 'falende' geboortezorg startten wij in 2011 met een meerjarig project om de eerste- en tweedelijns geboortezorg inspectiebreed beter in beeld te krijgen. De focus ligt daarbij op preventie. Wij willen met name de overdracht tussen eerste- en tweedelijns geboortezorg in kaart brengen, zodat wij kunnen bekijken waar verbeteringen mogelijk zijn.

In 2011 voerden wij een inventariserend onderzoek uit onder ziekenhuizen. Wij keken daarbij naar de deelname aan de stichting Perinatale Audit Nederland en de stichting Perinatale Registratie Nederland – landelijke organisaties die metingen doen om de zorgkwaliteit te verbeteren – en naar het functioneren



van de Verloskundige Samenwerkingsverbanden (samenwerking tussen ziekenhuizen en eerstelijns-praktijken). Ook onderzochten wij in hoeverre ziekenhuizen voldoen aan de normen uit het document 'Een goed begin'. In 2012 en 2013 gebruiken wij de resultaten van dit onderzoek als start voor een uitgebreid onderzoek naar de geboortezorg.

### **Aandacht voor stoppen-met-roken preventie bij verloskundigen**

Uit ons onderzoek in 2010 bleek dat verloskundigen zwangere vrouwen wijzen op de risico's van roken tijdens de zwangerschap, maar dat ze hen nog te weinig begeleiden bij het stoppen met roken. Mede als gevolg daarvan hebben we in Nederland een relatief hoge babysterfte. Om dit sterftecijfer te kunnen terugdringen, eisten wij dat verloskundigen alles in het werk stellen om zwangere vrouwen te laten stoppen met roken. Uit ons toezicht in 2011 kwam naar voren dat dat nog steeds onvoldoende gebeurt. Daarom handhaven wij in 2012 krachtiger op dit thema. De resultaten publiceren wij in de Staat van de Gezondheidszorg 2012.



### **Grotere leefstijlbeïnvloeding hartpatiënten**

Uit verschillende wetenschappelijke onderzoeken blijkt dat hart- en vaatziekten grotendeels zijn te verklaren door een ongezonde leefstijl. Leefstijlbeïnvloeding van hartpatiënten is een belangrijke taak voor beroepsbeoefenaren in de zorg en meer specifiek voor specialisten in hartrevalidatieprogramma's. Zij dienen in de revalidatiefase nadrukkelijk aandacht te besteden aan facetten als stoppen met roken, gezond eten en bewegen. Helaas gebeurt dat lang niet altijd. Wij geven hartrevalidatieprogramma's de gelegenheid deze leefstijlbegeleiding op korte termijn (beter) op orde te krijgen. Over de resultaten van dit project berichten wij in de Staat van de Gezondheidszorg 2012.

### **Leefstijlondersteuning cliënten langdurige zorg**

Ook voor cliënten die hun gezondheid zelf niet optimaal kunnen bewaken, dienen instellingen en individuele zorgverleners gerichte leefstijlondersteunende activiteiten te ontwikkelen. Dat geldt bijvoorbeeld voor jongeren met een licht verstandelijke beperking of langdurig van zorg afhankelijke psychiatrische patiënten die antipsychotica gebruiken. Hiervan publiceren wij de resultaten in de Staat van de Gezondheidszorg 2012.





### **Bewegen in de ouderenzorg actiever stimuleren**

Bewegen is goed voor de vitaliteit en gezondheid van ouderen in verpleeg- en verzorgingshuizen én service-flats. Het helpt onder meer ouderdomskwalen te voorkomen. Daarom moeten zorginstellingen en beroeps-beoefenaren in de zorg deze vorm van preventief bewegen actiever ondersteunen en stimuleren. Wij lieten TNO onderzoek doen naar de vraag in hoeverre lichaamsbeweging als preventiemiddel is ingevoerd in de ouderenzorg. In overleg met zorgprofessionals binnen en buiten zorginstellingen verkenden wij vervolgens hoe wij bewegen voor ouderen het best kunnen vormgeven. De belangrijkste resultaten uit deze verkenning publiceren wij in de Staat van de Gezondheidszorg 2012.

### **Europese uniformiteit in omgang met ATMP's**

Toepassing van Advanced Therapy Medicinal Products (ATMP's) gebeurt onder meer bij stamceltherapie. Universitair medische centra in ons land gebruiken deze producten het vaakst. Wij houden sinds 2011 toezicht op de bereiding van geregistreerde ATMP's, ATMP's voor gebruik in een klinische studie én ATMP's voor toepassing in uitzonderlijke situaties. Bij die laatste categorie is sprake van individuele bereiding en toepassing onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist. Dat heet ook wel Hospital Exemption (HE). In november vond in Nederland een Europese vergadering plaats van inspecties voor de gezondheidszorg om te beoordelen hoe zij toezien op een wettelijk juiste bereiding van ATMP's. Het accent lag daarbij op Hospital Exemption. Tijdens deze vergadering pleitten wij voor Europese uniformiteit in naleving en handhaving. Wij zorgen ervoor dat wij hierover in 2012 verdere afspraken maken.

### **Meer aandacht voor borging beschikbaarheid geneesmiddelen**

Wij hebben als toezichthouder geen specifieke wettelijke taak wat betreft voorkomende tekorten aan geneesmiddelen. Wij spelen vanuit het belang van continuïteit in de geneesmiddelenvoorziening een belangrijke adviserende en stimulerende rol om geneesmiddelentekorten zo snel mogelijk op te lossen, zeker wanneer gezondheidsschade kan ontstaan voor patiënten en cliënten. Mede daarom – en omdat geneesmiddelentekorten wereldwijd toenemen – vroegen wij in 2011 meer aandacht voor dit thema, zowel binnen het ministerie van VWS als daarbuiten. Op dit moment doen wij in samenwerking met het ministerie, het RIVM en het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) onderzoek naar de borging van de continuïteit in de beschikbaarheid van geneesmiddelen.

### **Ongeregistreerde geneesmiddelen voor individuele patiënt**

Er zijn situaties waarin een arts wil beschikken over een ongeregistreerd geneesmiddel voor één of meer individuele patiënten. Bijvoorbeeld wanneer geen afdoende behandeling mogelijk is met een geregistreerd product. De Regeling Geneesmiddelen vermeldt in artikel 3.17 de voorwaarden waaronder een dergelijk geneesmiddel mag worden afgeleverd. Op basis van een zogenoemde artsenverklaring toetsen wij de gevraagde gegevens en geven wij aan of is voldaan aan de voorwaarden voor aflevering.

In 2011 vroeg een ziekenhuisapotheek bijvoorbeeld een ongeregistreerd onderzoeksproduct aan. Dit product was bestemd voor behandeling van een zeldzame, degeneratieve ziekte waarvoor nog geen enkel geregistreerd product bestaat. Nadat wij de benodigde gegevens hadden verzameld en beoordeeld, bevestigden wij dat werd voldaan aan de voorwaarden voor levering van het product op artsenverklaring. Helaas bleek de firma/eigenaar van het geneesmiddel niet bereid het middel buiten een klinische studie te verstrekken. Een zeer teleurstellend resultaat, vooral voor de patiënten en hun familie. Gelukkig leiden dergelijke verzoeken meestal wel tot een positief resultaat. Zo behandelden wij in 2011 ruim tweehonderd aanmeldingen in het kader van artikel 3.17.

### **Kwaliteit overdracht lichaamsmateriaal geborgd**

Wij bewerkstelligden in samenwerking met het ministerie van VWS dat de onafhankelijkheid in de weefselketen vanaf januari 2012 is geborgd. Om lichaamsmateriaal – bijvoorbeeld huid, bot, hoornvlies en hartkleppen – op het juiste moment bij de juiste patiënt te laten terechtkomen, is het van belang zowel donor-vrijgifte als wachtlijstbeheer apart van de weefselinstellingen te beleggen. Dit leidde ertoe dat één van de weefselinstellingen de kennis en kunde van het proces van donorselectie (na donoraanname), weefseluitname, toedeling van weefsel aan een weefselinstelling (orgaanbank) en toedeling aan de behandelend arts overdraagt aan de Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS). De NTS maakt als zelfstandig bestuursorgaan geen deel uit van de weefselinstellingen. Ze fungeert als regisseur van de weefselketen en heeft de ministeriële vergunning om op te treden als coördinerend orgaancentrum. Zoals afgesproken tussen NTS en VWS bespreken en toetsen wij de voortgang van de kennis- en kundeoverdracht frequent bij de NTS. Een inspectie van het feitelijke operationele proces vindt later in 2012 plaats.

Wij stelden het Maasstad  
Ziekenhuis in Rotterdam per  
direct onder verscherpt toezicht  
in verband met de Klebsiella  
oxa-48 bacterie.

- **Verscherpt toezicht Maasstad Ziekenhuis**

Wij stelden het Maasstad Ziekenhuis in Rotterdam per direct onder verscherpt toezicht. Wij hadden onvoldoende vertrouwen dat de Raad van Bestuur op korte termijn de juiste maatregelen zou treffen om verdere verspreiding van de Klebsiella oxa-48 bacterie te voorkomen. Sinds eind mei volgden wij de voortgang van het bedwingen van de epidemie nauwgezet. Tijdens een inspectiebezoek op 12 juli concludeerden wij dat de Raad van Bestuur onvoldoende snel opereerde.

- **Drie organisaties ouderenzorg onder verscherpt toezicht**

Wij stelden drie zorgorganisaties in de ouderenzorg onder verscherpt toezicht. Bij alle drie was sprake van het leveren van onverantwoorde zorg in combinatie met het niet bereiken van de noodzakelijke verbeteringen binnen de afgesproken termijn. Het ging om het verpleeghuis en het zorgcentrum van Beth Shalom in Amstelveen en Amsterdam, het verpleeghuis Altenova in Arnhem en het verpleeghuis De Stelle in Oostburg.

- **Tandartspraktijken aangepakt**

Wij gaven een tandartspraktijk in Zaltbommel het bevel de praktijk te sluiten. Tijdens een onaangekondigd bezoek constateerden wij dat een onbevoegd persoon tandheelkundige handelingen uitvoerde, terwijl er geen tandarts aanwezig was voor de supervisie. Een tandarts uit Amsterdam kreeg een aanwijzing. Hij had geen klachtenregeling en was niet aangesloten bij een klachtencommissie.

- **(Thuis)zorgorganisaties onder de loep**

Vanwege structurele tekortkomingen in de medicatieveiligheid stelden wij voor vier maanden verscherpt toezicht in bij Thuiszorg Ewoud in IJsselstein. IdeaalZorg in Utrecht en Westmolen Wonen in Mijnsheerenland kregen op ons advies een aanwijzing van de minister. Thuiszorgorganisatie Hanimeli in Enschede kreeg van de minister een tweede aanwijzing. De organisatie moest de begeleiding en hulp in het huishouden bij haar cliënten staken en mocht geen nieuwe cliënten aannemen. In 2010 kreeg Hanimeli ook al een aanwijzing.

Wij concludeerden dat alle  
Penitentiair Psychiatische  
Centra voldeden aan de  
normen voor verantwoorde  
zorg.

- **Zorg Penitentiair Psychiatrische Centra verantwoord**

De vijf Penitentiair Psychiatrische Centra (PPC's) in Nederland bieden psychiatrische zorg aan gedetineerden die om diverse redenen niet in de reguliere GGZ zijn te behandelen. Wij onderzochten hoe de psychiatrische zorg voor gedetineerden in de PPC's gestalte kreeg. Daartoe bezochten wij elk centrum twee keer binnen een halfjaar. Wij concludeerden dat alle PPC's voldeden aan de normen voor verantwoorde zorg. Wij signaleerden nog wel een belangrijk risico voor de zorgkwaliteit. De centra beschikten namelijk niet over een integraal en goed toegankelijk patiëntendossier. Hierdoor waren de informatieoverdracht en de verantwoording van handelen onvoldoende gegarandeerd. Wij vroegen het ministerie van Veiligheid en Justitie de geconstateerde knelpunten samen met de penitentiaire inrichtingen op te pakken.

- **Psychotherapeut moet werk neerleggen**

Wij gaven een psychotherapeut in Leerdam het bevel zijn praktijken te sluiten en zijn werkzaamheden als psychotherapeut/Gz-psycholoog neer te leggen. Wij hadden ernstige twijfels of deze psychotherapeut in staat was verantwoorde zorg te bieden. Aanleiding voor het bevel waren onder meer meldingen van patiënten en ex-medewerkers.

- **Psychiater moet werk neerleggen**

Ook een psychiater kreeg het bevel met onmiddellijke ingang zijn werkzaamheden als arts, psychiater en psychotherapeut te stoppen. Wij hadden aanleiding te twijfelen aan de kwaliteit van zijn zorgverlening. Omdat de psychiater niet meewerkte aan een inspectieonderzoek, gaven wij hem het bevel zijn werk neer te leggen.



Ziekenhuizen moeten de risico's voor de patiëntveiligheid in de avond-, nacht- en weekenduren beter afdekken.

- **Ziekenhuiszorg avond-, nacht- en weekenduren moet beter**

Ziekenhuizen moeten de risico's voor de patiëntveiligheid in de avond-, nacht- en weekenduren beter afdekken. Dat concludeerden wij op basis van onderzoek naar het verschil in patiëntveiligheid tijdens kantooruren en daarbuiten. Directe aanleiding voor het onderzoek waren signalen dat in ziekenhuizen buiten kantooruren meer baby's rond de geboorte overlijden en dat dat mogelijk het gevolg was van personele onderbezetting. Wij deden onderzoek in drie zorgketens: herseninfarct, heupfractuur en tweedelijns bevallingen.

- **Onderzoek behandeling dader schietincident Alphen aan den Rijn**

Wij concludeerden dat de hulpverlening aan de dader van het schietincident in Alphen aan den Rijn op hoofdlijnen adequaat en redelijk zorgvuldig was. Toch hadden wij enkele kritische opmerkingen over de behandeling door GGZ-instelling Rivierduinen. Zo bleek uit het medisch dossier niet dat voldoende systematisch aandacht was besteed aan het risico van suïcide en het risico voor derden, als gevolg van eventueel vuurwapenbezit. Ook de richtlijn over het beroepsgeheim, en het al dan niet doorbreken daarvan op basis van een conflict van plichten, was niet gevolgd.

- **Apotheek Seinpost onder verscherpt toezicht**

Wij stelden apotheek Seinpost in Scheveningen onder verscherpt toezicht. De apotheek bleek de door ons gevraagde verbeteringen op het gebied van medicatiebewaking en receptverwerking onvoldoende te hebben doorgevoerd. Bovendien had de apotheek ons tussentijds incorrect geïnformeerd.

- **Doorlichting religieuze woongemeenschappen ex-verslaafden**

Mede op basis van mediaberichten lichtten wij diverse religieuze woongemeenschappen voor ex-verslaafden door. In één geval leidde dit tot een verbod op het uitvoeren van een deel van de zorgactiviteiten.

# Kwetsbare groepen



# Toe zien op integrale zorgverlening

**Opkomen voor de zwakkeren in de samenleving is van oudsher een verantwoordelijkheid van de overheid. Ons hoofddoel meer en gerichtere aandacht besteden aan kwetsbare groepen geeft vorm aan die verantwoordelijkheid. Wij schenken bijzondere aandacht aan de zorg voor mensen die niet of moeilijk in staat zijn zelfstandig keuzes te maken wat betreft de best passende zorg voor de eigen situatie: gehandicapten, psychiatrische patiënten, dementeren, jonge kinderen, asielzoekers, vluchtelingen en eerste generatieallochtonen.**

Wij zien het als onze taak op te komen voor kwetsbare groepen. Wij verwachten dat de groep kwetsbare patiënten en cliënten met veelal chronische gezondheidsproblematiek en een geringe of verminderde sociale redzaamheid de komende jaren toeneemt. Het gaat dan onder meer om gezinnen met disfunctionerende ouders of met kinderen met gedragsproblemen, om volwassen licht verstandelijk gehandicapten, om zorgafhankelijke ouderen én om chronische psychiatrische patiënten. Voor hen staat de kwaliteit van leven voorop. Wij willen met het netwerk van zorgverlenende partijen komen tot meer expliciete normen voor samenwerking. Alleen op die manier krijgen kwetsbare patiënten en cliënten de integrale zorg waaraan ze behoefte hebben.

## **Nieuwe gezondheidszorgstructuur asielzoekers functioneert behoorlijk**

In 2010 startten wij een onderzoek naar de kwaliteit van de nieuwe gezondheidszorgstructuur voor asielzoekers. Uitgangspunt van dit beleid is om aan te sluiten bij de reguliere zorgverlening. In de praktijk blijkt dat de zorg aan asielzoekers met name verloopt via huisartsen. Algemene conclusie is dat deze zorgstructuur behoorlijk functioneert, maar dat sprake is van extra gezondheidsrisico's door specifieke problemen als taalbarrières, cultuurverschillen (het niet vanzelfsprekend zijn van een bezoek aan de huisarts) en obstakels voor hulpverlening in de avonduren. Dan resteert de vraag of de overheid en de zorgsector voldoende investeren in het indammen van deze risico's. Het antwoord op die vraag is niet aan ons, maar aan de politiek.

## **Strengere handhaving bij nieuwe toetreders**

Zoals gemeld in het jaarbeeld van 2010 hielden wij in 2011 extra toezicht op nieuwe toetreders in de ouderenzorg, gehandicaptenzorg en zorg thuis én op toetreders uit die sectoren die nog niet bij ons bekend waren. Doel was vast te stellen of deze toetreders vielen onder de Kwaliteitswet zorginstellingen en of ze voldeden aan de wettelijke eisen.



Bij toetreders die (bewust) niet voldeden aan de voorwaarden voor goede zorg of de wettelijke regels, of die zich niet toetsbaar opstelden, namen wij passende bestuursrechtelijke maatregelen in de vorm van een aanwijzing. Deze strikte manier van handhaven leidde tot een duidelijke toename in bestuurlijke maatregelen. Die aanpak hanteren wij ook in 2012.

Wij investeerden eveneens in een intensieve screening van nieuwe toetreders in de GGZ en de verslavingszorg. Deze sector maakte in de laatste jaren flinke ontwikkelingen door. Opmerkelijk was het aanzienlijke aantal nieuwe toetreders dat zich richt op de zorg aan mensen met psychische problemen en/of verslavingen. Dat heeft een gevaar in zich. Diverse nieuwe toetreders voldoen namelijk niet aan de voorwaarden voor het leveren van verantwoorde zorg. De grootste risico's zien wij bij niet-instellingsgebonden en niet-traditionele zorgverleners. In 2011 werkten wij aan manieren om dergelijke nieuwe toetreders goed in kaart te brengen en te screenen. Dat leidde in een aantal gevallen tot het – gedeeltelijk – sluiten van instellingen,

zoals bij Stichting Bethanië (begeleiding van mensen met psychische trauma's) en Stichting In de Vrijheid (verslavingszorg). Per 2012 intensiveren wij dit screeningstraject.

### **Meer onaangekondigde bezoeken**

Om een nóg beter beeld te krijgen van de zorguitvoering leggen wij meer onaangekondigde bezoeken af. Wij bezoeken een zorgaanbieder dan zonder afspraak. Daarbij kijken wij op de werkvloer naar de zorg die de zorgaanbieder op dat moment levert. Wij spreken met medewerkers en waar mogelijk met patiënten. Daarnaast maken wij een rondgang over afdelingen waarbij wij letten op hygiëne en andere zaken. Ook wonen wij operaties bij of zijn wij aanwezig bij een verpleegkundige overdracht. Met deze bezoeken vergroten wij tevens onze zichtbaarheid.

### Inzet mysteryguests

Sinds 2011 zetten wij ook mysteryguests in in de ouderenzorg. Deze experts gaan langs bij organisaties die wij intensief volgen of waar wij al een tijd niet zijn geweest. Tijdens hun bezoeken spreken mysteryguests informeel met zorgmedewerkers, bewoners en verwanten. Ze richten zich vooral op de 'zachte' kant van de zorg, zoals bejegening, huiselijkheid en een prettige woonomgeving. Deze aanpak lijkt een waardevolle manier om aanvullende informatie te krijgen over zorgaanbieders.

### Meldpunt ouderenmishandeling geopend

Het verbeteren van de zorg voor ouderen is één van onze speerpunten. In het regeerakkoord is afgesproken dat het kabinet hiervoor extra geld beschikbaar stelt. Met de opening van het Meldpunt



ouderenmishandeling in de zorg op 15 juni 2011 onderstreepte de staatssecretaris van VWS dat ouderenmishandeling onacceptabel is en dat ze veel belang hecht aan veiligheid voor ouderen. Het meldpunt is onderdeel van het nationaal actieplan 'Ouderen in veilige handen', waarvoor de staatssecretaris de komende jaren tien miljoen euro per jaar uittrekt.

Bij het meldpunt kunnen slachtoffers en hun verwanten, zorgprofessionals én bestuurders van zorginstellingen melding doen van mogelijke ouderenmishandeling door medewerkers van zorginstellingen. Wij zien erop toe dat zorginstellingen hun verantwoordelijkheid nemen. Ook ondernemen wij direct actie tegen zorgverleners die zich schuldig maken aan ouderenmishandeling. Deze acties variëren van het doen van aangifte tegen vermoedelijke plegers van strafbare feiten bij het Openbaar Ministerie tot het aanspannen van een tuchtzaak tegen BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaren.

In het eerste halfjaar na opening van het meldpunt kwamen 169 meldingen binnen van mogelijke ouderenmishandeling, waarvan 108 rechtstreeks via het meldpunt, zestig via het IGZ-loket (nu: Meldpunt IGZ) en één via een Steunpunt Huiselijk Geweld. Het ging daarbij vooral om lichamelijke en/of psychische mishandeling en verwaarlozing. Wij bespraken elke melding in een multidisciplinair team dat bestond uit inspecteurs met inhoudelijke kennis van thuiszorg, ouderenzorg en geestelijke gezondheidszorg, een jurist en medewerkers van het meldpunt zelf. Per melding bepaalde dit team het vervolgtraject. Bij het overgrote deel vroeg ze de betreffende instelling de melding te onderzoeken. Bij enkele meldingen koos ze ervoor de melding mee te nemen in een inspectiebezoek aan de instelling. Vaak betrof het dan een nieuwe toetredster of een instelling die nog niet bij ons bekend was. Het team besprak alle rapportages van de instellingen opnieuw en stelde indien nodig aanvullende vragen aan een instelling.

Uiteindelijk bleek dat in ten minste elf gevallen daadwerkelijk sprake was van ouderenmishandeling. Wij merken wel dat steeds meer zorgaanbieders en medewerkers hun verantwoordelijkheid nemen om ouderenmishandeling te signaleren en te voorkomen. Dat is een belangrijke meerwaarde van het meldpunt.





### **Kwaliteit ambulante ouderenpsychiatrie meestal gewaarborgd**

Steeds meer ouderen in Nederland hebben psychiatrische zorg nodig. Uit ons onderzoek naar de diagnostiek en de ambulante behandeling bij 33 GGZ-locaties bleek dat de kwaliteit van de ambulante ouderenpsychiatrie in veel opzichten is gewaarborgd. Bij driekwart van de locaties voldeden de diagnostiek en de behandeling aan de normen. Wij waren vooral positief over de motivatie en de grote betrokkenheid van behandelaren bij ‘hun’ ouderen. Ook de samenwerking met andere zorgverleners en -instellingen was sterk in ontwikkeling.

Op enkele onderwerpen is wel verdere verbetering nodig. Zo is het belangrijk dat een algemeen lichamenlijk onderzoek deel uitmaakt van de diagnostiek van ouderen met psychiatrische klachten. Eenderde van de onderzochte locaties kon niet goed laten zien dat bevindingen uit lichamenlijk onderzoek deel uitmaakten van de diagnostiek. Het is daarnaast cruciaal voor de effectiviteit van een behandeling om de situatie van een patiënt periodiek te volgen. Eenderde van de locaties kon deze monitoring niet aantonen. Ten slotte is een volledig en actueel medicatieoverzicht van belang, omdat patiënten vaak meerdere geneesmiddelen gebruiken en veelal te maken hebben met verschillende behandelaren. Maar liefst 32 van de 33 onderzochte GGZ-locaties beschikten niet over een actueel en volledig medicatieoverzicht per patiënt óf ze waren niet zeker van de juistheid van de gegevens. Alhoewel behandelaren zich zeer bewust zijn van de risico's, vraagt medicatieveiligheid dus om intensieve aandacht. Wij blijven daarop – en op de andere verbeterthema's – toezicht houden.

### **Penitentiair Psychiatrische Centra leveren verantwoorde zorg**

De penitentiaire inrichtingen in Nederland beschikken sinds 2009 over vijf Penitentiair Psychiatrische Centra (PPC's): Amsterdam, Den Haag, Maastricht, Vught en Zwolle. De PPC's bieden psychiatrische zorg aan gedetineerden die om diverse redenen niet in de reguliere GGZ zijn te behandelen. Met het onderzoek in 2011 wilden wij zicht krijgen op hoe de psychiatrische zorg voor gedetineerden in de PPC's gestalte krijgt. Daartoe bezochten wij elk centrum twee keer binnen een halfjaar. Conclusie? Alle PPC's voldoen aan de normen voor verantwoorde zorg. Wij signaleerden nog wel een belangrijk risico voor de zorgkwaliteit. De centra beschikten namelijk niet over een integraal en goed toegankelijk patiëntendossier. Hierdoor zijn de informatieoverdracht en de verantwoording van handelen onvoldoende gegarandeerd. Wij vroegen het

ministerie van Veiligheid en Justitie de geconstateerde knelpunten samen met de penitentiaire inrichtingen op te pakken.

### **Terugdringen separeren in GGZ stagneert**

Ondanks goede voornemens zijn GGZ-instellingen er de afgelopen jaren niet in geslaagd het aantal separaties van psychiatrische patiënten drastisch terug te dringen. Dat bleek uit ons onderzoek in de periode 2008-2011. Wij lichtten in dit tijdsbestek alle 164 psychiatrische opnameafdelingen in de GGZ door op het onderwerp separeren. De sector stelde zich ten doel het aantal separaties jaarlijks met 10 procent te verminderen. Die ambitie is niet gehaald. Het aantal separaties daalde wel, maar de afname stagneerde van 10 procent in 2009 naar 5,5 procent in 2010 en 2011. Wij hebben alle GGZ-instellingen opgeroepen per 2012 geen eenzame opsluiting meer toe te passen. Alleen als sprake is van separeren met 24-uurs toezicht mogen instellingen de separeercel gebruiken. Ze moeten dan wel kunnen aantonen dat separeren strikt noodzakelijk is voor een patiënt. Speciaal hiervoor komt er een verplichte interne en externe consultatie. GGZ Nederland heeft inmiddels laten weten dat de aangescherpte regels voor separeren in 2012 moeten worden doorgevoerd bij de ruim honderd bij haar aangesloten instellingen. Wij zien hierop steekproefsgewijs toe.

### **Extern onderzoek overlijden psychiatrisch patiënt Raymond**

In augustus 2009 kreeg onze organisatie van GGZ-instelling Dimence en later van het Deventer Ziekenhuis een zogenoemde calamiteitenmelding van het overlijden van psychiatrisch patiënt Raymond. Deze patiënt overleed in het Deventer Ziekenhuis nadat hij een aantal keren was teruggezonden naar de GGZ-instelling ondanks ernstige lichamelijke verwondingen. Direct daarna vroegen wij alle informatie op over de behandeling van deze patiënt bij Dimence en in het Deventer Ziekenhuis. Vervolgens gaven wij beide instellingen de opdracht extern onderzoek te laten instellen. In maart 2010 ontvingen wij het rapport 'Lichaam en Geest'. Wij vonden – en vinden – dat er goed onderzoek is gedaan en wij onderschrijven de conclusies en aanbevelingen uit het onderzoeksrapport. Wij delen de conclusies van de externe onderzoekscommissie dat de zorg door de betrokken medisch specialisten op met name 2 en 3 augustus ontoereikend was en dat de eindverantwoordelijke psychiater Raymond op 3 augustus niet terug had moeten nemen. Wij overwogen nadrukkelijk de gang naar de tuchtrechter te maken, maar wij besloten dit niet te doen. In de laatste fase van zijn leven boden meer dan twintig specialisten (internisten, plastisch chirurgen,

neurologen, spoedeisende hulpartsen, chirurgen en psychiaters) en vele verpleegkundigen zorg aan Raymond. In een niet-optimale zorgketen, waarin afspraken ontbraken over verantwoordelijkheden, namen zorgprofessionals in deze laatste periode tekortschietende beslissingen. Wij vonden niet dat dit één of enkelen van hen individueel was aan te rekenen en gingen daarom niet naar de tuchtrechter. Vervolgens richtten wij ons op het structureel verbeteren van de samenwerking tussen Dimence en het Deventer Ziekenhuis om zo de zorg voor dit soort zeer complexe patiënten te verbeteren. Dimence en het Deventer Ziekenhuis hebben een verbeter- en implementatieplan opgesteld. Wij volgen de uitvoering daarvan nauwlettend.

### **Handhavingsplan voor ketenzorg psychiatrisch-somatische cliënten**

De ketenzorg voor psychiatrische patiënten met ernstige somatische problemen lijkt onvoldoende te functioneren. Daardoor lopen zij onnodige risico's op onverantwoorde zorg. Hiernaar voeren wij in 2012 thematisch onderzoek uit. Naar aanleiding daarvan maken wij een handhavingsplan voor alle (geïntegreerde) GGZ-instellingen en de algemene en academische ziekenhuizen. Daarmee willen wij de ketenzorg op een zodanig niveau brengen, dat het aantal sterf- en ziektegevallen bij de genoemde groep patiënten afneemt.

### **Verantwoorde netwerkzorg voor delictplegers met psychische of psychiatrische problemen**

In 2010 ontwikkelden wij samen met de Inspectie voor de Sanctietoepassing acht randvoorwaarden voor verantwoorde netwerkzorg aan delictplegers met psychische of psychiatrische problemen. Deze randvoorwaarden zijn gericht op verbetering van de continuïteit van zorg vóór, tijdens en ná detentie en op een betere begeleiding van (ex-)gedetineerden bij hun terugkeer naar de maatschappij. In 2011 stimuleerden wij de implementatie van de randvoorwaarden in vijf regio's verder. De ketenpartners maakten afspraken om meer en beter samen te werken. Ook ontwikkelden wij een toetsings- en handhavingkader en voerden wij in enkele regio's proeftoetsingen uit. In 2012 toetsen wij daadwerkelijk of de instellingen de randvoorwaarden hebben gerealiseerd.

### **Zorgpartijen ondersteunen bij leefstijlverbetering in achterstandswijken**

Zoals eerder gemeld in dit jaarbeeld hangen hart- en vaatziekten grotendeels samen met een ongezonde leefstijl. Bij laagopgeleide Nederlanders geldt dat nog eens extra. Mede daarom richtten wij ons in 2011 via een thematisch onderzoek op de samenwerking tussen diverse zorgpartijen – zoals huisartsen, thuiszorginstellingen en GGD'en – in wijken waar hart- en vaatziekten veel voorkomen. Het accent lag daarbij op de begeleiding naar een gezondere leefstijl om zodoende het aantal nieuwe gevallen van hart- en vaatziekten bij groepen met een lage sociaaleconomische status terug te dringen. Op basis van het onderzoek formuleerden wij zes randvoorwaarden voor goede zorg op wijk- en buurtniveau, gericht op ondersteuning bij leefstijlverandering. Deze randvoorwaarden hebben betrekking op het gezamenlijke beleidsproces en de kwaliteit van het netwerk. De resultaten van het project publiceren wij in de Staat van de Gezondheidszorg 2012. In 2013 toetsen wij of de randvoorwaarden zijn geïmplementeerd.

Wij riepen het veld op om op zo kort mogelijke termijn bekwaamheidsnormen op te stellen voor artsen die cosmetische behandelingen doen in particuliere klinieken.

- **Bekwaamheidsnormen cosmetische behandelingen**

Wij riepen het veld op om op zo kort mogelijke termijn richtlijnen en normen om bekwaamheid te toetsen op te stellen voor artsen die cosmetische behandelingen uitvoeren in particuliere klinieken. Wij maakten ons zorgen over het nog altijd ontbreken van deze normen. Iedere basisarts mag namelijk cosmetische behandelingen als een borstvergroting doen zonder daarvoor een specifieke opleiding te hebben gevolgd. Dit kan leiden tot risico's voor de patiënt. Specifieke richtlijnen en normen waaraan voldaan moet worden geacht, kunnen deze risico's beperken.

- **Verscherpt toezicht Refaja Ziekenhuis**

Het operatief proces van het Refaja Ziekenhuis in Stadskanaal werd onder verscherpt toezicht gesteld, omdat tekortkomingen waren geconstateerd die de patiëntveiligheid direct raakten. De veiligheid van de patiënt in het operatieve proces kon hierdoor onvoldoende worden gegarandeerd.

- **Veiligheidsmanagementsysteem ziekenhuizen dichterbij**

Ziekenhuizen ondernamen meer om de patiëntveiligheid systematisch te vergroten. Ze kwamen daardoor een stap dichterbij de mogelijkheid hun veiligheidsmanagementsysteem (VMS) in 2012 te laten certificeren of accrediteren. Uit een extra toets bleek wel dat de meeste ziekenhuizen nog forse stappen moeten zetten wat betreft het in beeld brengen van risico's. In sommige ziekenhuizen was dat al vanzelfsprekend. Ze brachten via een quickscan tientallen processen in kaart, beoordeelden die op mogelijke patiëntrisico's en zetten die risico's om in beheersmaatregelen. De meeste ziekenhuizen doorliepen zo'n quickscan alleen voor enkele risicovolle processen. Ze moeten daarom nu prioriteit geven aan het beheersen van risico's en het doorvoeren van verbeteringen. Wij besteden hieraan in 2012 expliciet aandacht in onze jaargesprekken.

Wij stelden tandzorg-  
praktijken in Assen,  
Leeuwarden en St. Nyk  
onder verscherpt toezicht.

- **Omvang, duur en ernst Klebsiella-uitbraak vermijdbaar**

De omvang, duur en ernst van de uitbraak met de multiresistente Klebsiella oxa-48 bacterie in het Maasstad Ziekenhuis, eerder in 2011, was vermijdbaar. Dat bleek uit ons eerste onderzoek. Door een gebrek aan urgentiebesef en het uitblijven van de juiste maatregelen om verspreiding van de bacterie tegen te gaan, duurde de uitbraak onnodig lang. Hierdoor werd een aanzienlijke groep patiënten onnodig blootgesteld aan grote risico's. Sinds eind september was de infectiepreventie in het ziekenhuis weer op orde en ontstond er een voor patiënten veilige situatie. Ons onderzoek naar mogelijke individuele verwijtbaarheid werd begin 2012 afgerond.

- **Bevel voor psychiater**

Een psychiater kreeg het bevel haar zelfstandige praktijkvoering te staken wegens ondeugdelijk handelen. Deze ingrijpende maatregel volgde nadat bleek dat de psychiater niet bereid of in staat was betrouwbare informatie te verstrekken over haar werkzaamheden én afspraken te maken over ons toezicht.

- **Tandzorgpraktijken onder verscherpt toezicht**

Wij stelden tandzorgpraktijken in Assen, Leeuwarden en St. Nyk onder verscherpt toezicht. De praktijken waren onvoldoende in staat structureel goede kwaliteit en veiligheid van zorg te garanderen. De praktijken stonden al langer onder strenger toezicht, omdat er ernstige tekortkomingen waren. Zo waren dossiers niet in orde en ontbrak vaak een anamnese of een beoordeling van röntgenfoto's.

- **Tuchtzaak tegen psychotherapeut**

Naar aanleiding van seksueel grensoverschrijdend gedrag jegens twee patiënten spanden wij een tuchtzaak aan tegen een psychotherapeut. Het Centraal Tuchtcollege legde op 24 november de maatregel op van doorhaling van inschrijving in het register.



In 2011 zetten wij in de  
ouderenzorg mystery-  
guests in om ons te  
ondersteunen in ons  
toezicht.

- **Dringend advies PIP-borstimplantaten**

Wij kwamen met de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC) met een gezamenlijk advies over PIP-borstimplantaten. De inspectie en de NVPC adviseerden vrouwen met een PIP- of M-Implants prothese om die te laten controleren op scheuren en lekkages. Aanbevolen werd om dit te doen via een onderzoek met MRI. Indien er een scheur was, moest de prothese worden verwijderd. Was er geen scheur aantoonbaar, dan was het raadzaam, zo stelde de NVPC, om alsnog de protheses te laten verwijderen. In januari 2012 besloten de zorgverzekeraars – op basis van ons dringende advies – dat de medische noodzaak was aangetoond om het vervangen van PIP-borstimplantaten te vergoeden.

- **Oneens met wijziging ambulancezorg Texel**

Wij onderzochten de manier waarop de Veiligheidsregio Noord-Holland Noord de ambulancezorg op Texel wenste te ontwikkelen. De regio was van plan, ingegeven door bezuinigingen, één van de twee reguliere ambulanceteams te vervangen door een solistisch werkende ambulanceverpleegkundige. Wij vreesden dat deze verandering zou leiden tot tekortkomingen in de (spoedeisende) ambulancezorg op Texel. In een brief aan de betreffende veiligheidsregio lieten wij weten dat wij ons niet konden vinden in de voorgenomen wijziging.

- **Mysteryguests in ouderenzorg**

In 2011 zetten wij mysteryguests in om ons te ondersteunen in ons toezicht. Hiervoor maakten wij gebruik van organisaties met ervaring met de inzet van mysteryguests. Mysteryguests gingen langs bij een organisatie die wij extra volgden of waar wij al een tijd niet waren geweest. Tijdens de bezoeken spraken zij informeel met zorgmedewerkers, bewoners en hun verwanten.

- **Thuiszorg Parnassus onder verscherpt toezicht**

Wij stelden thuiszorgorganisatie Parnassus in Amsterdam onder verscherpt toezicht. Wij constateerden structurele tekortkomingen in de medicatieveiligheid. Zo ontbraken medicatie-overzichtlijsten nog steeds en was er weer geen tweede medicatiecontrole.

# Organisatie



# Samen bouwen aan eigentijds toezicht

**In het tweede jaar van het regeerakkoord 'Vrijheid en Verantwoordelijkheid' van het huidige kabinet en het daarmee samenhangende gedoogakkoord was onze organisatie nog meer in beweging dan in 2010. Zoals in het vorige jaarbeeld gemeld, ziet het kabinet ons als een belangrijk instrument om kwaliteit en veiligheid in de gezondheidszorg, en met name in de zorg voor ouderen, te bevorderen.**

Mede daarom wil het kabinet onze organisatie versterken. In 2011 kregen wij hiervoor vier miljoen euro extra. Vanaf 2012 krijgen wij structureel tien miljoen euro extra per jaar. Dat budget besteden wij grotendeels aan extra inspectiepersoneel. Met de grootschalige werving van nieuwe medewerkers (honderd fte in totaal) gingen wij in 2011 voortvarend aan de slag. Aan het eind van het jaar hadden wij zo'n tachtig fte ingevuld. In het eerste kwartaal van 2012 wierven wij de resterende twintig fte.

## Academische Werkplaats Toezicht ingericht

Wij hechten er veel waarde aan dat ons werk effectief is, dat wij de resultaten bereiken die wij willen bereiken en dat burgers daardoor minder risico's op gezondheidsschade ondervinden. Om hieraan systematisch te werken, ontwikkelden wij de IZG-risico/effectketen. In onze handhaving focussen wij op de meest risicovolle gebieden. Wij pakken eerst de risico's aan die het meest schadelijk zijn voor de volksgezondheid en die het snelst zijn te reduceren met een betere naleving. Om het effect van ons werk te kunnen vergroten en ons toezicht 'evidence based' te kunnen professionaliseren, richtten wij in 2011 onder meer een Academische Werkplaats Toezicht in. Binnen de Academische Werkplaats gaan wij samen met vier academische partners (NIVEL, Emgo+, IQ Healthcare en iBMG) de huidige praktijk evalueren, effectiviteitsstudies uitvoeren en wetenschappelijke kennis over toezicht delen.

## Optimalisatie incidententoezicht

Op toezichtgebied zijn verbeteren van de zorg voor ouderen, aanpakken van disfunctionerende beroepsbeoefenaren en verhogen van de medicatieveiligheid belangrijke speerpunten. Optimalisatie van ons incidententoezicht – onderzoek naar meldingen – heeft de hoogste prioriteit.

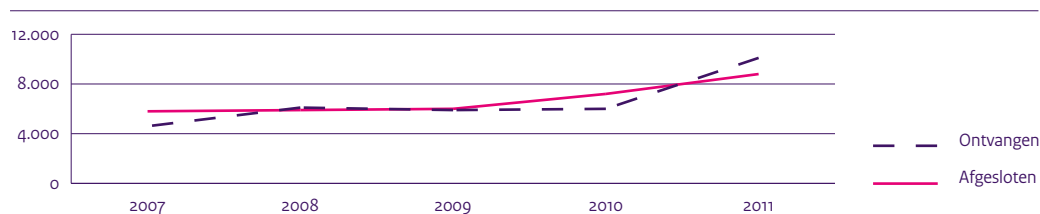


In 2011 gingen wij verder met het verbeteren van het proces van meldingen van calamiteiten, misstanden en structurele tekortkomingen, waardoor wij meldingen in de toekomst sneller en beter kunnen afhandelen. Centraal in de inrichting van ons incidententoezicht staat dat burgers altijd melding kunnen doen van ondermaatse kwaliteit en veiligheid in de zorg. Mede daarom vormden wij ons 'IGZ-loket' vanaf 1 januari 2012 om tot een permanent landelijk 'Meldpunt IGZ'. De inname en behandeling van meldingen vindt hier zoveel mogelijk centraal en gestandaardiseerd plaats. Met de introductie van het 'IGZ-loket' in 2007 realiseerden wij al een centrale intake en registratie van meldingen en andere signalen. De afhandeling van de meldingen verdeelden wij tot nu toe over onze inspecteurs. Met ingang van 1 januari 2012 gebeurt dat door kleine gespecialiseerde, landelijk werkende behandelteams. Dat bevordert een consistente beoordeling en leidt tot kortere doorlooptijden.

Het aantal meldingen nam in de afgelopen jaren enorm toe, waardoor wij te maken kregen met een achterstand. Die achterstand werkten wij in 2011 voor een groot deel weg. In onderstaande grafiek is onze inhaalslag zichtbaar.

Grafiek A

Aantal meldingen in de afgelopen vijf jaar (afgeronde getallen)



Peildatum: december 2011

### **Definitief over naar lijn-staforganisatie**

Medio 2011 kantelden wij definitief van een matrixorganisatie naar een lijn-staforganisatie. Gedurende het eerste halfjaar deden wij ervaring op met de nieuwe manier van werken, investeerden wij veel tijd en energie in het waarborgen van goed leiderschap én vulden wij alle leidinggevende functies in. Na instemming van de Ondernemingsraad en vakbonden werd de nieuwe organisatiestructuur op 1 juli formeel een feit. Belangrijk voordeel is dat onze organisatie nu effectiever en efficiënter is aan te sturen.

### **Centrale bedrijfsvoering met rijksbrede systemen**

Parallel aan de kanteling van onze organisatiestructuur is er rijksbreed een steeds meer centrale bedrijfsvoering en invoering van uniforme systemen ter ondersteuning van onze nieuwe manier van werken. De introductie van personeelsadministratiesysteem P-Direkt op 1 januari 2011 is daarvan een voorbeeld. Dat dit systeem lange tijd niet optimaal werkte, beïnvloedde onze transformatie niet positief. Het effect was extra voelbaar doordat de beschikbaarheid van andere rijksbrede geautomatiseerde systemen ook onder druk kwam te staan.

De voorbereidingen voor de overgang van alle functies van rijksambtenaren naar het Functiegebouw Rijk per 1 januari 2012 zorgde op HR-gebied eveneens voor de nodige hectiek. Binnen dit centrale functiegebouw zijn de in totaal dertigduizend bestaande functieomschrijvingen bij het Rijk herschreven naar 207 functieprofielen en 52 functiegroepen in acht 'families'. Voor ons betekende het dat wij alle functienamen moesten wijzigen. De bijbehorende functieprofielen en de daarbij passende HR-instrumenten voeren wij in 2012 in.

In 2011 ronden wij alle voorbereidingen af om met het nieuwe financieel systeem 3F te gaan werken. Per 1 december 2011 voerden wij dit systeem, tegelijk met het ministerie van VWS, in. Sinds 1 januari 2012 werken drie departementen, waaronder VWS, daadwerkelijk met 3F.

### **Informatiseringsplan 2011**

Om onze omvangrijke automatiseringsopdracht – en de daarmee samenhangende investeringen – helder te krijgen, actualiseerden wij in 2011 de informatiseringsagenda. Naast de invoering van P-Direkt gaven wij binnen het plan voorrang aan het meeliften op de rijksbrede Digitale Werkplek Rijksdienst (DWR). Daarnaast investeerden wij in een update van ons systeem voor incidententoezicht.

### **Invoering organisatiebreed kwaliteitssysteem**

Naast het bijdragen aan de kwaliteit in ons werkveld is het essentieel de kwaliteit van onze eigen organisatie te bewaken. Dat past bij onze ambitie 'Zo buiten, zo binnen'. Daarom werkten wij ook in 2011 weer aan het verbeteren van onze kwaliteit. Wij willen onszelf onderscheiden door kwalitatief goede prestaties, aantoonbare effecten, voortdurende vernieuwing van werkprocessen en -methoden, resultaat- en competentiegericht management en optimaal informatiebeheer. De ontwikkeling van een goed organisatiebreed kwaliteitssysteem moet dit gaan ondersteunen.

### **Kwaliteitssysteem Farmaceutische bedrijven scoort goed**

Op onderdelen beschikken wij al over een gecertificeerd kwaliteitssysteem. Omdat bij werken aan kwaliteit hoort dat je je toetsbaar opstelt, lieten wij in het najaar onze manier van werken in het deelprogramma Farmaceutische bedrijven internationaal toetsen op het gebied van Good Manufacturing Practice (GMP). Aspecten die de auditor daarbij tegen het licht hield, waren onder meer het opleidingsniveau van inspecteurs, planning en werkplan, samenwerking tussen toezicht en opsporing, sanctionering, afhandeling van meldingen en het kwaliteitshandboek. Eindresultaat? Het kwaliteitssysteem scoorde een ruime voldoende en er was slechts een beperkt aantal (kleine) verbeterpunten.

### **IGZ-resultaten rijksbrede Personeelspiegel**

Veel medewerkers deden in september 2011 mee aan de Personeelspiegel, het rijksbrede medewerkers-tevredenheidsonderzoek. Op facetten als inhoud van het werk, leiderschap en samenwerking met collega's scoorden wij zeer goed, ook als je de resultaten afzet tegen andere organisaties in de publieke sector. Belangrijkste aandachtspunt is de werklast en werkdruk. Onze medewerkers ervaren die als hoog, ook in vergelijking met andere organisaties in de publieke sector. Verder zijn verbeteringen nodig op het vlak van







resultaatgerichtheid en communicatie. In het eerste kwartaal van 2012 bepaalt het Managementteam in overleg met de Ondernemingsraad welke thema's wij gaan oppakken. Een aantal daarvan – zoals leiderschap, resultaatgerichtheid en onderlinge samenwerking – willen wij met een grotere frequentie dan de Personeelspiegel monitoren, zodat wij voortdurend kunnen bijsturen.

### **Het nieuwe werken in Utrecht en 's Hertogenbosch**

De verbouwing in eigen beheer van onze hoofdvestiging in Utrecht is in april 2011 afgerond. Mede dankzij de flexibele werkplekken en de ruime vergaderlocaties voldoet het pand aan alle normen voor het nieuwe werken. De minister van VWS opende het gebouw officieel op 3 november jongstleden. De hoofdvestiging blijft nog tot april 2013 in eigen beheer. Daarna neemt de Rijksgebouwendienst het beheer weer over.

Ons regionale kantoor in 's Hertogenbosch verhuisde in 2011 naar het pand van de Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND). Ook hier voerden wij het concept van het nieuwe werken volledig door.

Cijfers



# Productie, personeel en financiën

Tabel A

## Resultaten en productie 2011

De geaggregeerde rapporten en circulaires van de Inspectie voor de Gezondheidszorg staan in bijlage 1.

<i>Productie</i>		<i>Aantal*</i>
<b>Rapporten naar aanleiding van inspecties</b>		2.300**
<b>Interventie en handhaving</b>	Verscherpt toezicht	27
	Bevel (Kwaliteitswet en Wet BIG)	19
	Aanwijzing (Kwaliteitswet zorginstellingen)	54
	Aanwijzing (op grond van Wet klachtrecht cliënten zorgsector)	3
	Opgelegde bestuurlijke boetes (en waarschuwingen)	17 (38)
	Aangedragen tuchtzaken	12
<b>Meldpunt (<i>frontoffice</i>)</b>	Ontvangen meldingen door Meldpunt	8.800
	Verwerkte BOPZ-meldingen door Meldpunt	71.500
	Verwerkte meldingen ouderenmishandeling (via Meldpunt ouderenmishandeling)	168
	Verwerkte telefoontjes door Meldpunt	23.000
	Verwerkte e-mails (ontvangen en verstuurd) door Meldpunt	50.500
<b>In behandeling genomen meldingen per sector (<i>doorgezet naar de backoffice</i>)</b>	Publieke gezondheidszorg	14
	Gezondheidsbescherming	7
	Eerstelijns gezondheidszorg	670
	Specialistische somatische zorg	780

<i>Productie</i>	<i>Aantal*</i>
Gehandicaptenzorg	570
Ouderenzorg	2.170
Zorg thuis	59
Geneesmiddelen	400
Geestelijke gezondheidszorg	760
Medische technologie	2.000
Programma-overstijgend	7
Anders	24
<b>Adviezen aan de minister, VWS en andere instanties of personen op het gebied van medische producten en verstrekking van certificaten en verklaringen</b>	<b>1.200</b>

\* Getallen groter dan tweehonderd, zijn afgerond

\*\* Dit is exclusief de rapporten die zijn opgesteld bij de afwikkeling van de ruim 10.000 meldingen in 2011.

Mede op basis van de uitgangspunten van dit kabinet is de IGZ proactiever geworden. Ter illustratie hieronder de tabel die in de Toezichtvisie van de minister is opgenomen.

Tabel B

**Aantallen maatregelen door de inspectie in de afgelopen vier jaar**

<b>Instrument</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
Advies aanwijzing Kwaliteitswet zorginstellingen	2	4	3	54
Bevel	4	4	6	19
Aanwijzing Wet klachtrecht cliënten zorgsector	1	0	1	3
Verscherpt toezicht	6	13	11	27
Tuchtzaken	6	18	12	12
Gestarte boeteprocessen (Bestuurlijke boete en waarschuwing)	12	12	9 (3)	23 (34)*

Peildatum: december 2011

Tabel C

**Formatiebezettingsoverzicht per 31 december 2011 (afgerond in fte)**

<b>Personeel</b>	<b>Formatie</b>	<b>Bezetting</b>
Algemene leiding	13	12
Programma's	265	257
Bureau Opsporing	13	9
Meldpunt IGZ	18	18
Strategische staf	39	40
Ondersteunende staf	99	101
<b>Totaal</b>	<b>447</b>	<b>437</b>

In 2011 groeide de personeelssterkte van 392 fte per 31 december 2010 naar 437 fte per 31 december 2011. Deze toename volgde uit de afspraken in het regeerakkoord. In 2012 voorzien wij een verdere doorgroei tot 490 fte.

Tabel D

**Ziekteverzuim (in %)**

	<b>2011</b>
Kort verzuim (< 42 dagen)	1,9
Lang verzuim (> 42 dagen)	3,2
<b>Totaal</b>	<b>5,1</b>

Het ziekteverzuim steeg in 2011 naar 5,1%. In 2010 was het ziekteverzuim 4,7%.

De verzuimfrequentie daalde van 1,4 keer naar 1,1 keer.

Ongeveer 40% van de medewerkers meldde zich een jaar lang niet ziek in 2011 (28% in 2010).

## Begroting en uitgaven

Tabel E

Uitgaven in 2011 (in € 1.000)

Uitgaven	Uitgaven 2010	Uitgaven 2011
Personeel en materieel	41.229	45.146
Uitgaven voor post-actieven	910	826
Onderzoeken	2.805	2.628
Gebouwen (inclusief verbouwing Utrecht)	2.824	5.235
Project Zichtbare Zorg	9.468	6.455
<b>Totaal</b>	<b>57.236</b>	<b>60.290</b>

Naar aanleiding van het regeerakkoord hadden wij voor 2011 € 4 miljoen extra ter beschikking en vanaf 2012 jaarlijks € 10 miljoen extra voor intensivering van onze werkzaamheden. Met deze extra middelen financieren wij de toename van de personeelssterkte tot 490 fte per medio 2012. Daarnaast kregen wij extra middelen voor de interne verbouwing van het kantoorgebouw in Utrecht en voor ICT. Voor het project Zichtbare Zorg was in 2011 circa € 3 miljoen minder nodig.



## Boeteprocessen WUBHV

In het kader van de Wet uitbreiding bestuurlijke handhaving volksgezondheidswetgeving (WUBHV) startten wij in 2011 in totaal 63 boeteprocessen: wij maakten zeventien boeterapporten op, gaven 38 schriftelijke waarschuwingen en in tien gevallen bleek bij nader onderzoek dat geen bestuurlijke maatregel nodig was.

Grafiek B

Aantallen bestuurlijke maatregelen in 2011 uitgesplitst naar inspectieprogramma



In 2011 is één keer bezwaar gemaakt. Uit 2010 lopen nog zeven boetezaken. Drie daarvan zijn nog in bezwaar. Er loopt nog één beroepszaak uit 2009.

Het aantal boetezaken verdriedubbelde in 2011 bijna ten opzichte van 2010. Dit toont aan dat de bestuurlijke boete en de schriftelijke waarschuwing hun bestaansrecht kennen tussen de overige bestuursrechtelijke maatregelen.

De snelheid van de boetetrajecten verbeterde door de aanstelling van een boeteprocescoördinator. Wij streven ernaar alle boeteprocessen binnen de termijnen van de Algemene wet bestuursrecht te voltooien.

In 2011 kwam er duidelijkheid over de 'supersmoker': de minister besloot dit product aan te merken als geneesmiddel. In 2012 blijven wij aandacht besteden aan dit onderwerp. Tevens is de reclame voor én de verkoop van HCG/Pregnyl als afslankproduct aangepakt. Ook op dit onderwerp volgen in 2012 vervolgtacties.

Wij kijken in 2012 nadrukkelijker naar de meldverplichting van zorginstellingen bij calamiteiten. In 2011 werd opnieuw duidelijk dat een deel van de instellingen dit onderdeel van de wet nog niet goed onder de knie heeft.

### **Verantwoording inzagerecht medische dossiers**

In ons jaarlijkse werkplan melden wij de voorgenomen thematische inspectieonderzoeken waarbij wij gebruik gaan maken van onderzoek met inzage van medische dossiers zonder toestemming van de patiënten. Dit werkplan leggen wij ter goedkeuring voor aan de minister. De minister keurt expliciet de voorgenomen onderzoeken goed. Wij verantwoorden het gebruik van het inzagerecht zonder voorafgaande toestemming van patiënten achteraf in ons jaarbeeld. In 2011 maakten wij bij de volgende inspectieonderzoeken gebruik van inzage in dossiers zonder voorafgaande toestemming:

- Thematisch toezicht ketenzorg chronisch zieken.
- Jaarlijks toezicht op de openbare farmacie.
- Opvolging thematisch onderzoek Toezicht Operatief Proces.
- Thematisch onderzoek intensive care-afdelingen niveau 2 en 3.
- Voortzetting thematisch toezicht kwaliteit beroepsbeoefening vrijgevestigde psychotherapeuten.
- Opvolging vrijgevestigde psychiaters.
- Thematisch toezicht op de zorg die instellingen voor jeugdgezondheidszorg leveren rondom de gezondheid en veiligheid van kinderen.



# Bijlage

## Overzicht thematische rapporten IGZ 2011

- 1 Ambulante ouderenpsychiatrie op de goede weg, verdere verbetering gewenst.
- 2 Collegiaal doorleveren van geneesmiddelen.
- 3 GHOR-bureaus tijdens de Mexicaanse griep onvoldoende zichtbaar voor de zorgpartners.
- 4 Goede vooruitgang in toegankelijkheid huisartsenzorg en bereik publieke gezondheidszorg volgens nieuw zorgmodel voor asielzoekers.
- 5 Grote intensive care-afdelingen werken continu aan kwaliteit.
- 6 Het resultaat telt particuliere klinieken 2010.
- 7 Het resultaat telt ziekenhuizen 2009.
- 8 Implementatie van het veiligheidsmanagementsysteem vordert, maar prospectief risicomanagement blijft ver achter.
- 9 Jaarrapportage 2010 van de Wet afbreking zwangerschap.
- 10 Kwaliteit van zorg bij langdurige vrijheidsbeperking van mensen met een verstandelijke beperking: vooral de dialoog ontbreekt.
- 11 Medicatieveiligheid flink verbeterd in herbeoordeelde instellingen langdurige zorg en zorg thuis.
- 12 Penitentiair Psychiatrische Centra leveren kort na opening al verantwoorde zorg.
- 13 Risico's bij proefbevolkingsonderzoeken goed afgedekt.
- 14 Risico's ziekenhuiszorg in de avond-, nacht- en weekenduren moeten beter afgedekt.
- 15 Telefonische bereikbaarheid huisartsen nog steeds onder de maat.
- 16 Terugdringen separeren stagneert, normen vereist rondom insluiting psychiatrische patiënten.
- 17 Zelfstandig gevestigde psychotherapeuten en klinisch psychologen in beeld.
- 18 Staat van de Gezondheidszorg (SGZ) 2011.

### **Circulaires 2011**

- 1 Maatregelen ter voorkóming van doseringsfouten bij het voorschrijven en bereiden van cytostatica in het ziekenhuis
- 2 Propofol: na aanprikken direct en eenmalig gebruiken

### **Artikelen n.a.v. (thematisch) toezicht in 2011**

- 1 Bruijn de, C., Medicatiedossiers onbetrouwbaar. Medischcontact.artsennet.nl, oktober 2011.
- 2 Bruijn de, C., Apotheker pak regierol in de keten. Pharmaceutisch Weekblad, oktober 2011.
- 3 Hulsbosch, S.A., M.A.J. Bilkert-Mooiman, P.G.J. Reulings en G.R. Westerhof. Kwaliteit van de huidige indicatoren infectieziektebestrijding niet voldoende voor toezicht op GGD'en. Infectieziekten Bulletin, september 2011.
- 4 Loth, D.W., R. Ruiten, E.M. Rodenburg en B.H.Ch. Stricker. Geneesmiddelenbewaking bij farmaceutische producenten. Medischcontact.artsennet.nl, september 2011.
- 5 Kramer, A,J,W, RA Bezemer, A.A.M Schoemakers, E.M. Zijp en S.M.G.A van der Lans, Risico's in de eerstelijnszorg voor patiënten met meerdere chronische aandoeningen, Kwaliteit in zorg, 2011, nummer 1, p 22-26.
- 6 Mears Alex, Jan Vesseur, Richard Hamblin, Paul Long, Lya den Ouden, Classifying indicators of quality: a collaboration between Dutch and English regulators. International Journal for Quality in Health Care 2011 Volume 23 Issue 6, pages: 637-644.
- 7 Neeffes F.C.J., R. Bal en P.B.M. Robben, Normontwikkeling door Thematisch Toezicht, De invloed van risicogebaseerde responsiviteit op normontwikkeling, Tijdschrift voor Toezicht 4, 2011.
- 8 Reulings, P., S. van der Lans, R. Wentzel en M. Amelink-Verburg. Pak je kans: stoppen met roken begeleiding door verloskundigen. Tijdschrift voor verloskundigen, april 2011.
- 9 Smolders, Kris H.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.
- 10 Vesseur, J. Elektronisch voorschrijven nu al nuttig. Medischcontact.artsennet.nl, maart 2011.



Bestellingen  
bestel@igz.nl

Utrecht, juni 2012

# 2011

## Jaarbeeld

Voor  
gerechtvaardigd  
vertrouwen  
in verantwoorde  
zorg