



# verslag

---

Omschrijving	Verslag jaargesprek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg met het Admiraal De Ruyter Ziekenhuis (ADRZ) te Goes	Stadsplateau 1 3521 AZ Utrecht Postbus 2518 6401 DA Heerlen T 088 120 50 00 F 088 120 50 01 www.igz.nl
VGR	1013406	
Documentnummer	2017-1389192	
Datum	23 januari 2017	
Plaats	Goes	

**Datum**  
13 maart 2017

---

*Dit verslag is een beknopte weergave van hetgeen besproken is.*

## 1. Opening

Het jaargesprek maakt deel uit van het risicogestuurde toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: inspectie). In dit jaargesprek staat de verantwoordelijkheid van de raad van bestuur voor het kwaliteitsbeleid in het algemeen, en risicosignalering en – beheersing in het bijzonder centraal. Op verzoek van de inspectie heeft de raad van bestuur, voorafgaand aan het jaargesprek, schriftelijke informatie verstrekt waarvan de inhoud in het jaargesprek is meegenomen.

Na afloop van dit jaargesprek bezocht de inspectie in het bijzijn van onder andere een lid Raad van Bestuur de Afspraakcentrale voor het toetsen van de voortgang van het oplossen van de problemen bij de Afspraakcentrale beschreven in het rapport van 10 augustus 2016. Hiervan wordt een separaat verslag opgesteld.

## 2. Mededelingen en actualiteiten

- *NIAZ accreditatie*

Het ziekenhuis heeft half december 2016 de NIAZ accreditatie behaald. Hierbij zijn geen verdere aanbevelingen gegeven door het NIAZ.

- *Overname Erasmus MC*

Het voortraject bij de Nederlandse Zorgautoriteit over de overname door het Erasmus MC is afgerond. Eind december 2016 is de Autoriteit Consument & Markt om toestemming gevraagd voor de overname. ZorgSaam heeft een bezwaarbrief over de overname ingediend.

- *Deelnemingen*

Scheldezoom Farmacie is voor 50% van zowel het Admiraal De Ruyter Ziekenhuis (ADRZ) als van ZorgSaam. Voor het ADRZ is deze deelneming belangrijk aangezien alle apothekers van het ADRZ hier onderdeel van zijn. In het verleden was de verhouding tussen het ADRZ en ZorgSaam inzake de apotheek niet goed. Inmiddels is de directie van de apotheek gewisseld en zijn er nieuwe onderlinge afspraken gemaakt. Op dit moment dient een strategische keuze gemaakt te worden of de apotheek ook voor andere partijen (thuisapotheek of politheek) meer kan betekenen. Hiervoor is een derde deelnemer nodig.

Het ADRZ is voor 49% aandeelhouder van ZeelandCare, een zelfstandig behandelcentrum (ZBC). De overige 51% aandelen zijn in het bezit van de heer Van Koevinge.

Het ADRZ is voornemens bepaalde zorgactiviteiten uit deze deelneming te halen, zodat al deze activiteiten op één plek worden aangeboden; in het ADRZ. Onverzekerde zorg en kaakchirurgie blijft wel bij de ZBC. De gesprekken hierover lopen. Vanwege deze gesprekken is het nog niet mogelijk om de jaarrekening van 2015 te deponeren.

- *Disfunctioneren medisch specialisten*
- Een commissie heeft onderzoek gedaan naar het functioneren van een longarts. Aanleiding voor het onderzoek waren onder andere klachten over de bejegening door de longarts. De resultaten van het onderzoek onderstrepen de noodzaak om de vakgroep in de gaten te houden. Een externe voorzitter is hiervoor aangewezen en twee longartsen uit Bergen op Zoom worden geconsulteerd. Het stafbestuur van het ADRZ houdt eventuele klachten over de longartsen in de gaten. Inmiddels komen er geen klachten meer binnen. Één longarts is weggegaan, waarna een nieuwe longarts is aangetreden. Het rooster van de disfunctionerende longarts is aangepast. De aard van de klachten tegen deze longarts waren bejegening, het niet op tijd visite lopen en het niet accorderen van medicatie.
- De vakgroep urologie is intern verdeeld. De beroepsvereniging van de urologie heeft hier onderzoek naar gedaan en een rapport geschreven. Daarnaast heeft de visitatie plaatsgevonden. Het ziekenhuis geeft aan dat uit beide rapporten minder zorgelijke punten komen dan verwacht. De cliëntenraad heeft aangegeven aan de Raad van Bestuur dat er klachten binnen komen over één specifieke uroloog. Het VMS- en het coöperatiebestuur is een vermaningstraject gestart met de betreffende uroloog. Dit traject is niet vrijblijvend en kan resulteren in een officieel disfunctioneren-traject, hetgeen hem is medegedeeld. De klachten tegen deze uroloog hebben betrekking op bejegening en het boos worden op verpleegkundigen.
- Een plastisch chirurg houdt zich niet aan de interne werkafspraken. Deze plastisch chirurg moet praten met afdelingen waarmee het heeft geschuurd en inzien wat hij/zij moet verbeteren. Mocht deze plastisch chirurg geen nieuwe inzichten krijgen, dan wordt het traject disfunctioneren gestart.
- De oogheekkundige vakgroep is een regionale vakgroep in Zeeland. Onderling zijn er grote salarisverschillen tussen specialisten wat resulteert tot scheve verhoudingen.

### **3. Presentatie Raad van Bestuur**

#### **3.1 Analyse van uitkomsten indicatoren**

De uitkomsten van indicatoren worden geanalyseerd middels vier instrumenten: het jaarplan (plan, do), dashboard (check, act), sta-sessies (check, act) en trendanalyse en benchmark prestatie-indicatoren (check, act).

- Jaarplan (plan, do): deze verbindt de cijfers van finance & control met de cijfers van de specialisten/ afdelingen. Deze verbinding is pas sinds dit jaar in gang gezet waardoor resultaten nog niet inzichtelijk zijn;
- Dashboard (check, act): het ziekenhuis geeft aan dat het dashboard uniek is qua mogelijkheden inzake data generatie. Ook is het uitzonderlijk dat teruggekeken kan worden tot op patiëntniveau. In het dashboard worden maandelijks de gegevens ververst. Deze gegevens/ resultaten worden besproken in zowel de sectorberaden als door de Raad van Bestuur. De sectorberaden zijn onderverdeeld in chronische zorg, acute zorg, electieve zorg en medisch ondersteunend.

- Het nadeel van de sectorindeling is dat klinieken en poliklinieken niet in één sector zitten waardoor het vinden van de juiste persoon gewenning vraagt;
- Sta-sessies (check, act): deze zijn opgezet zodat de Raad van Bestuur meer inzicht heeft in wat er gebeurt op de werkvloer. Het idee is dat ideeën/ problemen worden bedacht door de werknemer. Wekelijks heeft de Raad van Bestuur een sta-sessie van een kwartier op een afdeling. Dezelfde onderwerpen komen ook terug in het managementoverleg, zodat de suggesties meteen opgepakt kunnen worden. Voorheen waren thema's het CMT, de pijnscores en decubitus. Voorbeelden van verbetermaatregelen n.a.v. sta-sessies zijn het aanpassen van de doordrukstickers voor High Risk Medicatie en het aanscherpen van de afspraken inzake EWS;
  - Trendanalyse en benchmark prestatie-indicatoren (check, act): per kwartaal wordt gekeken naar de trendanalyse. Deze worden ook gedeeld met de kernstaf. Vervolgens kan hierop geëvalueerd en gestuurd worden. Het is ook mogelijk de resultaten te vergelijken met omliggende ziekenhuizen. Daarnaast worden er nu kaartjes uitgedeeld aan patiënten met de vraag te reageren op Zorgkaart Nederland. Geen actief beleid is opgesteld hoe omgegaan moet worden met de reviews op Zorgkaart Nederland. De afdeling PR, welke gereorganiseerd gaat worden in een communicatie afdeling, moet dit beleid gaan opstellen.

De indicatoren die het meeste aandacht hebben gevraagd in 2016 waren de NIAZ-indicatoren; VMS-thema's en specifieke NIAZ items. In 2015 lag de focus vooral bij de financiën.

### **3.2 Verbetermaatregelen patiëntveiligheid**

Verbetermaatregelen uit verschillende bronnen worden gebundeld in één Excel-bestand. De afdeling kwaliteit en veiligheid houdt de implementatiestatus bij met de kleurcoderingen groen, oranje en rood en koppelt de stand van zaken terug aan de Raad van Bestuur. Wekelijks wordt de implementatie besproken en er wordt kritischer gekeken naar de uitvoerbaarheid van de verbetermaatregelen, waardoor implementatie vaker binnen de termijn behaald wordt. Vanaf volgend jaar zullen de verbetermaatregelen bijgehouden worden in iTask.

Problemen die uit meerdere bronnen terugkomen worden breder opgepakt. Op dit moment zijn dat de thema's hoofdbehandelaarschap en het informed consent. Over deze thema's moeten ziekenhuisbrede afspraken worden gemaakt/ verhelderd worden.

Half juni 2017 gaat het ziekenhuis over op ChipSoft HiX. Voorzien wordt dat HiX tijdelijk een beperkende factor zal hebben voor het monitoren van indicatoren. Hierover is contact met ZorgSaam, Bravis Ziekenhuis en het Erasmus MC. De organisatie van de implementatie is al gestart. Zo is een medical information officer aangesteld, een dokter die één dag in de week meedenkt over welke informatie nodig is op de werkvloer en hoe dat in het systeem ingeregeld kan worden. Het plan is om in de tweede helft van 2017 meerdere functionaliteiten binnen HiX uitgerold te hebben.

### **3.3 Interne en externe audits, visitaties, klachten, patiënttevredenheid, etc.**

- *Audits*

Interne audits worden uitgevoerd. Hiervoor is een vierjarenschema opgesteld waarbinnen ruimte is voor audits met nader te bepalen onderwerpen (bijvoorbeeld voor het toetsen van verbetermaatregelen). Medisch specialisten zijn/ worden opgeleid om interne audits uit te voeren. Jaarlijks vinden audits plaats met betrekking tot hoog risico afdelingen en VMS-thema's.

Het ADRZ heeft de audit inzake de acute opname afdeling (AOA) toegestuurd aan de inspectie. Het resultaat van deze audit komt voort uit intensieve en constructieve gesprekken.

De NIAZ-audit heeft geleid tot betere betrokkenheid van de Raad van Bestuur bij de werkvloer door middel van sta-sessies en countdownsessies.

- *Veiligheidsdialogen*

Maandelijks bezoekt de Raad van Bestuur samen met de cliëntenraad en de afdeling kwaliteit en veiligheid twee afdelingen. Hier wordt gesproken met een teamleider, een bedrijfskundig manager en medewerkers van de afdeling over verschillende onderwerpen. Agendapunten kunnen ook worden aangedragen door de afdeling zelf. Vervolgens wordt een ronde over de afdeling gedaan. Voor deze dialogen is een jaarplanning gemaakt, waardoor medewerkers beschikbaar zijn ten tijde van de dialoog. De Raad van Bestuur geeft aan dat de vorm met gesprekken constructiever is dan het model van veiligheidsrondes voorheen.

- *Visitatierapporten*

Visitatierapporten worden besproken door de desbetreffende vakgroep met de Raad van Bestuur en ook met het VMS-bestuur. Conclusies en aanbevelingen hieruit worden gemeld in de kernstaf. Verbetermaatregelen worden weergegeven in een totaaloverzicht in Excel.

- *Klachten*

Het ADRZ heeft een nieuwe klachtenprocedure. Klachten kunnen nu belegd worden bij een interne klachtenfunctionaris, een klachtencommissie en in navolging met de nieuwe wetgeving ook bij een externe klachtencommissie. Informatie over de toegang tot de klachtencommissie staat vermeld op de website. Daarnaast is de input op de website veranderd waardoor de klachten makkelijker te triëren zijn. Alle klachten worden wekelijks besproken door de Raad van Bestuur en de klachtenfunctionaris. Leidinggevenden krijgen scholing van de klachtenfunctionaris waardoor verwacht wordt dat klachten laagdrempelig opgelost kunnen worden.

- *Patiënttevredenheid*

Voorheen konden patiënten tevredenheid doorgeven via de website van het ziekenhuis, hetgeen geen actieve benadering van patiënten was. In het tweede kwartaal van 2016 is gestart met structurele metingen met gevalideerde vragenlijsten. De patiënttevredenheid is nu ook een indicator op het dashboard. Daarnaast maakt het ziekenhuis gebruik van Tip-Top-Flop kaarten. Dit is een laagdrempelige manier om direct feedback van patiënten te ontvangen op afdelingsniveau. Ook hebben er spiegelgesprekken plaats gevonden. De ambitie is om structureel gebruik te maken van deze gesprekken waarbij een patiënt/ nabestaanden ervaringen deelt met de medewerkers van het ziekenhuis.

### **3.4 Risicobeheersing**

- *Financieel gezond*

Het ziekenhuis geeft aan dat een grote slag gemaakt is wat betreft de financiën. Naar verwachting wordt de jaarrekening van 2016 binnenkort goedgekeurd. De verwachting is dat voor komend jaar weer een positief resultaat wordt behaald namelijk van 9 miljoen euro. Dit zal nog iets afnemen in verband met toenemende kapitaallasten door investeringen.

De contracten met zorgverzekeraars waren voor drie jaar afgesloten, wat betekent dat het ADRZ voor dit en komend jaar nog contracten heeft. Voor daarna heeft CZ al aangegeven geen lange termijnafspraken te willen maken.

De integrale business case loopt nog steeds. Dit is een instrument om de financiën te monitoren en is de leidraad om per jaar in te zien hoeveel ruimte er is om te investeren. De begroting is aan deze integrale business case gekoppeld, die weer verbonden is met de jaarplannen.

- *Vakgroep cardiologie*

Drie cardiologen zijn uitgetreden uit de vakgroep, waarvan één cardioloog nu werkzaam is bij ZorgSaam. Het streven is om samen met ZorgSaam tot één vakgroep cardiologie te komen. Dit is tot op heden nog een moeilijke puzzel, waarbij problemen zijn inzake geld, doorverwijzingen en vertrouwen. Een positieve ontwikkeling in de vakgroep is dat een cardioloog toegetreden is tot het VMS/stafbestuur.

### **4. Stand van zaken lopende dossiers**

- *VGR 1008690: Afspraakcentrale en ondersteuning poliklinieken*

Bij de Afspraakcentrale is een schriftelijke audit uitgevoerd. De focus hierbij lag op bereikbaarheid, wachtlijsten en klachten. Het probleem van de Afspraakcentrale is nog niet helemaal opgelost. Een probleem is nog het vertrek van ervaren medewerkers op bepaalde functies. Een ander probleem doet zich voor als een arts op de poli voor de patiënt nog een onderzoek of behandeling na een poli-afpraak wil afspreken. Het is niet mogelijk om bijvoorbeeld aansluitend een vervolgspraak te maken, een thoraxfoto in te plannen en een labonderzoek aan te vragen. Er is geen elektronisch ordersysteem, geen backoffice en geen combi-orderset.

De interne geneeskunde heeft een aparte, decentrale telefoonlijn voor afspraken gekregen. Dit lijkt nu goed te lopen, hetgeen nog geëvalueerd moet worden. Het ziekenhuis geeft aan dat de vakgroep interne geneeskunde zelf de kar heeft getrokken om een aparte telefoonlijn te krijgen. Het ziekenhuis is zoekende wat via de Afspraakcentrale moet en voor welke specialismen een apart telefoonnummer aangemaakt moet worden.

De logica van het gebouw/ processen van locatie Goes ontbreekt. Dit is in Vlissingen wel ondervangen. Komende twee jaar zal gekeken worden hoe dit beter aangepakt kan worden. HiX gaat het ziekenhuis naar verwachting hierbij helpen, aangezien de huidige ondersteunde ICT geen oplossing kan bieden.

Een scholingsplan is opgezet voor de medewerkers van de Afspraakcentrale wat inspeelt op hun behoefte. In december 2016 zijn slechts drie klachten binnen gekomen over de Afspraakcentrale.

De wachtlijsten bij de vakgroep cardiologie zijn fors afgenomen, echter nog steeds aanwezig. Het probleem zit hem in de patiënten die op de lijst staan voor controleafspraken die nog niet gepland kunnen worden omdat de planningshorizon maximaal 13 weken is en de te plannen afspraken na de planningshorizon van 13 weken vallen. Samen met de huisartsen is een brief opgesteld om de patiënten te bereiken. Een ander knelpunt is het structureel tekort aan echolaboranten. Hierdoor moet deze diagnostiek worden afgebouwd.

- *VGR 1010083: VMS thema Vitaal bedreigde patiënt*

Het VMS thema Vitaal bedreigde patiënt is tweemaal een thema geweest bij sta-sessies. Daarnaast zijn nieuwe richtlijnen ontwikkeld voor bepaalde patiëntencategorieën. Resultaten zijn zichtbaar; het aantal SIT-oproepen is gestegen en het aantal reanimaties is afgenomen.

Alle professionals dragen een boekje bij zich waarin onder andere informatie over EWS staat beschreven. Verpleegkundigen hebben een verplichte scholing inzake SBAR gevolgd.

- *VGR 1010434: Implementatie beleid AOA*

De inspectie geeft aan dat de resultaten van de opgestuurde audit inzake de AOA er goed uitzien. Het ziekenhuis geeft aan dat een managementwissel heeft plaatsgevonden. Vanuit het ziekenhuis loopt er geen dokter meer op de AOA. Medisch specialisten bezoeken hun eigen patiënten. Verder onderzoek is nodig om te bepalen of toch een soort zaalarts nodig is.

- *VGR 1011284: Antistolling*

Inmiddels is het protocol antistolling opgesteld en een commissie antistolling opgestart. De Raad van Bestuur geeft aan twee weken na publicatie van de nieuwe richtlijn een inspectiebezoek te hebben gehad inzake antistolling. Binnen die termijn was het nog niet gelukt om het protocol aan te passen. Nu gaat het ziekenhuis kijken hoe ze sneller kunnen anticiperen op veranderingen met betrekking tot landelijke richtlijnen.

- *Nieuwe OK's*

Het ziet er naar uit dat de nieuwe OK's volgens planning in februari 2017 geopend kunnen worden. De derde week van februari zal een proefweek zijn, waarna eind februari de eerste patiënten geopereerd kunnen worden. Aan de achterkant van het gebouw is een noodvoorziening gebouwd. Dit heeft gevolgen voor andere afdelingen. Onder andere heelkunde moet verhuizen naar een andere plek in het ziekenhuis.

## **5. Sluiting en afspraken**

- Het ziekenhuis stuurt het visitatierapport van de vakgroep urologie aan de inspectie;
- Het ziekenhuis houdt de inspectie op de hoogte over de specialismen waar intensieve gesprekken mee worden gevoerd (termijn van twee maanden).