

Vergaderjaar 2013–2014

**31 016**

**Ziekenhuiszorg**

**Nr. 66**

**BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 24 april 2014

Op 18 november 2013 heb ik u het EMGO/NIVEL rapport toegestuurd (Kamerstuk 31 016, nr. 59) over de vermijdbare schade en sterfte in de Nederlandse ziekenhuizen. In die brief heb ik aangekondigd in overleg te gaan met alle betrokken partijen in de medisch specialistische zorg om nadere uitwerking te geven aan de aanbevelingen uit het rapport. In deze brief informeer ik u over de resultaten van dat overleg en over mijn concrete beleidsvoornemens voor de komende periode. Ik wil echter eerst stilstaan bij de mooie resultaten die de afgelopen jaren in de verschillende sectoren zijn bereikt. Omdat patiëntveiligheid in de eerste plaats de verantwoordelijkheid is van zorgverleners en zorginstellingen komt de rol van de overheid in het laatste deel van de brief aan de orde. Dat deel beschrijft hoe ik partijen in hun ambities ondersteun en stimuleer. Belangrijke zaken die daar aan de orde komen zijn het monitoren van de voortgang, het zichtbaar maken van de resultaten en het toezicht. Het daadwerkelijk invulling geven aan het verbeteren van de patiëntveiligheid gebeurt vanuit verschillende kanten (zorgverleners, instellingen, zorgverzekeraars, overheid) en op verschillende niveaus (landelijk, lokaal). Mijn beleid is er daarbij op gericht dat de verschillende activiteiten en initiatieven elkaar logischerwijs aanvullen en versterken en dat het geheel meer is dan de som der delen.

**1. Korte terugblik: resultaten**

De afgelopen jaren heeft de sector veel gedaan om verdere verbetering van veiligheid en kwaliteit van de zorg voor de patiënt te bereiken en met resultaat. Ik heb met partijen uit alle sectoren ingezet op landelijke programma's voor patiëntveiligheid die, dankzij de inspanningen van velen, succesvol zijn gebleken. In alle sectoren zijn handreikingen ontwikkeld, best practices gepubliceerd en conferenties gehouden, gericht op het vergroten van veiligheid(bewustzijn) en is gewerkt aan verbetering van de patiëntveiligheidscultuur.

In het programma «Veilige zorg, leders zorg» is gewerkt aan veiligheidsrisico's in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), zoals het terugdringen van dwang en drang, medicatieveiligheid en suïcidepreventie. Na afloop van het programma beschikt meer dan 80 procent van de GGZ-instellingen over een effectief en operationeel Veilig Incident Melden (VIM) systeem en in ongeveer 80 procent van de instellingen wordt de «handreiking uniforme meldingsroute bij suïcides en suïcidepogingen met ernstig letsel» gebruikt bij een melding. Uit onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)<sup>1</sup> blijkt dat de GGZ-instellingen meer aandacht besteden aan het beheersen van risico's bij medicatieveiligheid. In de eerste lijn heeft het programma «Zorg voor Veilig» gelopen. Dit programma heeft er voor gezorgd dat bij alle beroepsgroepen in de eerste lijn het bewustzijn is toegenomen om de gezondheidsrisico's voor individuele patiënten in beeld te krijgen, tijdig in te grijpen als ze zich voordoen en acties te ondernemen om structureel te voorkomen dat gezondheidsrisico's optreden. Daarnaast zijn door de NPCF patiëntveiligheidskaarten ontwikkeld voor diverse zorgsituaties en zorgverleners in de eerste lijn (bijvoorbeeld een verloskundekaart in verschillende talen) en voor de thema's communicatie, ziekenhuiscare, medicatie, spoedzorg, valpreventie en zelfmanagement. Uit de derde landelijke meting van zorggerelateerde schade en sterfte in de Nederlandse ziekenhuizen door EMGO/NIVEL blijkt dat de in 2008 geformuleerde doelstelling om de vermijdbare sterfte in 2012 met de helft terug te brengen, is gehaald. In het IGZ-rapport «Het Resultaat Telt 2012»<sup>2</sup> staat dat bij maar liefst 95% van de operaties de zogenaamde «time out» procedure wordt uitgevoerd. Dit beschouw ik als een grote stap voorwaarts op het terrein van de patiëntveiligheid. Uit het rapport blijkt ook dat de ingezette concentratie van hoogrisico operaties een daling van de sterfte van alvleesklierkankerpatiënten met 50% als effect heeft. In zowel de medisch specialistische zorg, de ambulancezorg als de GGZ is op grote schaal het integraal veiligheid managementsysteem (VMS) geïmplementeerd.

Ik constateer dus dat er grote stappen zijn gezet tussen 2008 en 2013 om de patiëntveiligheid te verbeteren. Tegelijkertijd zijn er in alle sectoren ook nog steeds een aantal meer weerbarstige onderwerpen die nog altijd een risico voor de patiëntveiligheid vormen. Zo concludeert de IGZ<sup>1</sup> dat in de GGZ de opslag van geneesmiddelen een aandachtspunt is. Ook het overdragen van medicatiegegevens en de naleving van de richtlijn medicatieoverdracht in de keten blijft in alle sectoren (zowel in de eerste lijn, de tweede lijn als de GGZ) een kwetsbaar punt. Ten aanzien van de veiligheidsindicatoren concludeert de IGZ<sup>3</sup> dat, hoewel de ziekenhuissector hard heeft gewerkt en ook op onderdelen goede vorderingen heeft gemaakt, er voor alle ziekenhuizen nog veel werk resteert. Na vijf jaar implementatie van de tien inhoudelijke thema's<sup>4</sup> uit het Veiligheidsprogramma, behaalt een groot deel van de ziekenhuizen voor enkele indicatoren de prestatieafspraken niet. Dit baart mij zorgen en daarom is blijvende aandacht en inzet voor patiëntveiligheid noodzakelijk.

---

<sup>1</sup> IGZ rapport: Medicatieveiligheid in de klinische GGZ en verslavingszorg: ingezette verbetering moet worden voortgezet. April 2013

<sup>2</sup> IGZ rapport: Het resultaat telt ziekenhuizen 2012. Januari 2014

<sup>3</sup> Zie bijlage 1: IGZ-rapport: De Veiligheid Telt 2012; Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer

<sup>4</sup> Acute Coronair Syndroom (ACS), High risk medicatie, kinderen, kwetsbare ouderen, medicatieverificatie, nierinsufficiëntie, postoperatieve wondinfecties (POWI), pijn, sepsis, verwisseling van patiënten en de vitaal bedreigde patiënt.

## 2. Patiëntveiligheid in een veranderende omgeving

Patiëntveiligheid staat door de gezamenlijke inzet en toewijding van de afgelopen jaren beter op de kaart. Er is in alle sectoren gewerkt aan een betere veiligheidscultuur en de Nederlandse ziekenhuizen zijn in enkele jaren significant veiliger geworden. Daar ben ik trots op, maar we zijn er nog niet: aandacht voor veilige zorg en het terugdringen van risico's vraagt blijvende aandacht en focus. Daarbij is sprake van een andere context; er is een beleid ingezet van ambulantisering in de GGZ, extramuralisering vanuit de langdurige zorg, substitutie naar de eerstelijns, waar met ingang van 2015 ook de wijkverpleging onderdeel van zal uitmaken. Deze nieuwe realiteit vraagt om een nieuwe aanpak van patiëntveiligheid die bijdraagt aan de ontwikkelingen om langer zelfstandig te wonen, om minder zorg in instellingen te verlenen en meer in de thuissituatie en in de wijk. Tegen deze achtergrond met nieuwe risico's kijk ik in nauw overleg met de verschillende betrokken partijen naar wegen om de patiëntveiligheid verder te verbeteren. Ik zie dit nadrukkelijk als een mogelijkheid om ervoor te zorgen dat over de zorgsectoren heen patiëntveiligheidsrisico's die samenhangen worden aangepakt. Hierna ga ik in op de afspraken die ik met de medisch specialistische sector<sup>5</sup> heb gemaakt. Ook met de partijen in de GGZ, de eerstelijns en de acute zorg ben ik in gesprek over hoe de patiëntveiligheid de komende jaren verder verbeterd kan worden. Uit deze gesprekken blijkt dat de medicatie- en informatieoverdracht één van de belangrijkste kwesties is; zowel binnen de lijnen als transmuraal, waarbij sprake kan zijn van meerdere zorgverleners, netwerkzorg en zelfzorg. De gesprekken tot nu toe laten ook een grote verwantschap zien met de kwesties die spelen in de medisch specialistische zorg, zoals de veilige toepassing van medische technologie en infectiepreventie. Uiteraard zijn er ook punten van verschil. Binnen de eerstelijns is sprake van een zeer groot aantal locaties waar zorg wordt verleend en soms per locatie door slechts één persoon. Dat maakt dat een ander type afspraken en toezicht op het naleven van die afspraken zal worden gemaakt dan in de medisch specialistische zorg, waar uitsluitend sprake is van (grote) instellingen.

### Patiëntveiligheidsagenda in de medisch specialistische zorg

Uitgangspunten voor de komende jaren:

- er is continue aandacht en inzet noodzakelijk om de kwaliteit en veiligheid van de zorg verder te verbeteren,
- het periodieke monitoren van uitkomsten en het evalueren van de voortgang van patiëntveiligheid is belangrijk en waardevol;
- de informatievoorziening op basis van eenheid van taal en op basis van dezelfde bron is een belangrijke randvoorwaarde om patiëntveiligheid verder te verbeteren;
- zorgaanbieders en verzekeraars zijn samen verantwoordelijk voor het zichtbaar maken van kwaliteit en zorguitkomsten. De patiënt heeft recht te weten wat kwalitatief goede en veilige zorg is en waar deze te vinden is;
- het verminderen van administratieve en registratielast is een belangrijke randvoorwaarde voor succes. Lopende initiatieven moeten bij elkaar worden gebracht en uitgebouwd.

<sup>5</sup> Deze partijen zijn: de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Orde van Medisch Specialististen (OMS), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

Op basis van bovengenoemde punten heeft de sector zich gecommitteerd aan het volledig implementeren van de afgesproken doelstellingen van het VMS-veiligheidsprogramma en de aanbevolen interventies op de tien inhoudelijke veiligheidsthema's. Er komt geen nieuw landelijk patiëntveiligheidsprogramma zolang de doelstellingen uit het VMS programma niet volledig zijn geïmplementeerd. Met ingang van 2014 wordt door de IGZ in haar toezichtprogramma systematisch aandacht geschonken aan minimaal een van de tien thema's.

Het behalen van de doelstelling om de vermijdbare sterfte met de helft te verminderen is voor een belangrijk deel toe te schrijven aan verbeteringen in het operatieve proces. Partijen hebben aangegeven zich in te zetten om de hier behaalde winst vast te houden en tegelijkertijd verdere gezondheidswinst te boeken bij de aanpak van drie inhoudelijke thema's: infectiepreventie, medicatieveiligheid en het veilig toepassen van medische technologie. Deze prioriteiten sluiten aan bij de aanbevelingen van het EMGO/NIVEL rapport van november 2013 en het genoemde IGZ-rapport *de Veiligheid Telt 2012*. Hierbij moet de kanttekening worden geplaatst dat het niet realistisch is te verwachten dat met extra inzet op de drie aandachtsgebieden evenveel schade kan worden vermeden als in de afgelopen periode met de operatieve processen.

#### *Het voorkomen van infecties*

De circulatie van de zogenaamde bijzonder resistente micro-organismen (BRMO) wordt internationaal beschouwd als de grootste bedreiging voor de veiligheid van zorg. Het voorkomen van het optreden van infecties is daarin een belangrijk wapen. Het toezicht op infectiepreventie is daar dan ook met name op gericht. Het IGZ rapport «Keten van infectiepreventie in ziekenhuizen breekbaar: meer zwakke schakels leiden tot onveilige zorg» dat ik u in december 2013 heb toegestuurd, toont aan dat er al veel bereikt is, maar dat het beter kan en moet. De benodigde cultuuromslag blijkt niet eenvoudig te realiseren. Verpleegkundigen en verzorgenden spelen hier een belangrijke rol in. Ik ben dan ook ingenomen met de oproep van de Vereniging van Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) aan de Verpleegkundige Adviesraden (VAR's) van de ziekenhuizen om met hun raden van bestuur een adequaat infectiepreventiebeleid op te zetten. Ik zal het initiatief nemen om met de betrokken partijen in gesprek te gaan over de manier waarop de aanbevelingen uit de rapporten van de IGZ kunnen worden uitgevoerd, zodat vanuit ieders eigen verantwoordelijkheid de infectiepreventie in de zorg sluitend wordt gemaakt.

#### *Medicatieveiligheid en informatieoverdracht*

De risico's bij de medicatietoediening zitten in het onjuist voorschrijven van geneesmiddelen, het zonder goede redenen afwijken van formularia, maar vooral in de uitwisseling van medicatiegegevens tussen zorgverleners onderling en tussen eerste- en tweedelijns. Extra gevoelig voor deze risico's is de groep patiënten – veelal ouderen – die meerdere (risicovollere) geneesmiddelen tegelijkertijd gebruikt. In het bestuurlijk overleg farmacie is daarom onder andere afgesproken dat apothekers vanaf 1 januari 2015 gaan werken met een standaard medicatiebeoordeling voor oudere patiënten die meerdere geneesmiddelen (polyfarmacie) gebruiken. Veel verbetering is nog te realiseren bij de uitwisseling van medicatiegegevens in overdrachtsituaties en bij de naleving van de Geneesmiddelenwet met betrekking tot het beter informeren van de apotheker over de reden van het voorschrift op het recept en over labwaarden. Overigens is dit niet beperkt tot medicatie alleen. Ook de tijdige en accurate overdracht van andere medische gegevens is cruciaal voor de veiligheid van de zorg, zoals bijvoorbeeld een juiste verwijzing of ontslagdiagnose. Een goede

ondersteuning door middel van gestandaardiseerde ICT is met het oog op de praktische naleving in de praktijk van cruciaal belang. Dit onderwerp is al jaren een punt van zorg. Ondanks dat dit algemeen wordt herkend en erkend is er nog veel werk te verzetten door de instellingen voor medisch specialistische zorg en individuele zorgverleners.

### *Veilige toepassing van medische technologie*

In vergelijking met de vorige Monitor zorggerelateerde schade is er op het gebied van de veilige toepassing van medische technologie helaas nog geen vooruitgang geboekt. De vermijdbare zorggerelateerde schade waarbij medische technologie mogelijk een rol heeft gespeeld, was voornamelijk gerelateerd aan menselijke factoren. Er is dus nog veel verbetering mogelijk op het gebied van veilige toepassing van medische technologie. Gelukkig is er al veel in gang gezet. Goede voorbeelden hiervan zijn het convenant Veilige toepassing van medische technologie in het ziekenhuis<sup>6</sup> en de verschillende leidraden van de Orde van Medisch Specialisten (OMS) over de veilige toepassing van de medische technologie<sup>7, 8</sup>.

Ook uit een eerder rapport van het EMGO/NIVEL over de veilige toepassing van medische technologie<sup>9</sup> blijkt dat ziekenhuizen steeds meer aandacht aan veilige toepassing van medische technologie besteden. Dit betreft vaak losstaande initiatieven. Het is nodig dat er ziekenhuisbreed en structureel aandacht is voor veilige toepassing van medische technologie. Onlangs heeft ook het RIVM<sup>10</sup> een rapport uitgebracht over de vaardigheidseisen die worden gesteld aan het toepassen van risicovolle medische technologie. De IGZ ziet sinds januari 2013 toe op de implementatie van het convenant. Uit de eerste fase van het toezicht op de implementatie van het convenant dat de IGZ momenteel afrondt blijkt, dat de implementatie van het convenant onvoldoende is gevorderd. De bevindingen van dit onderzoek vormen voor de IGZ aanleiding om op basis van risicogebaseerd toezicht ziekenhuizen verder onaangekondigd te inspecteren op een adequate implementatie van het convenant. Daarnaast zullen de ziekenhuiskoepels worden aangesproken op het verder bevorderen van de implementatie van het convenant onder de leden. Mede op basis van de waardevolle aanbevelingen uit deze verschillende rapporten zal ik in overleg met de veldpartijen een gestructureerde aanpak ontwikkelen, zodat de veilige toepassing van medische technologie daadwerkelijk zal verbeteren. Ik zal u in het najaar verder informeren over de nadere invulling van deze aanpak voor de komende jaren.

In het Notaoverleg van 17 juni 2013<sup>11</sup> heb ik de Kamer toegezegd om in te gaan op het introduceren van een videosysteem in operatiekamers om de naleving van richtlijnen voor bijvoorbeeld handen wassen te bevorderen. Ik ben van mening dat innovatie en technologie grote kansen bieden om de zorg te verbeteren en de patiëntveiligheid te bevorderen. Het is daarbij aan zorginstellingen en zorgverleners zelf om te bepalen welke medische

<sup>6</sup> Convenant «Veilige toepassing van medische technologie in het ziekenhuis», NVZ/NFU/RN, 2011

<sup>7</sup> De leidraad voor de verantwoordelijkheid van de medisch specialist bij onderhoud en beheer van medische apparatuur van de OMS samen met de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA), Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) en de NVZ, 2008

<sup>8</sup> De leidraad «Verantwoordelijkheid medisch specialist bij aanschaf, ingebruikname en gebruik van medische apparatuur» van de OMS samen met de NVA, 2014

<sup>9</sup> Zorgen voor veilige toepassing van Medische Technologie: Nivel, oktober 2013, verkennende interviews in vijf Nederlandse ziekenhuizen

<sup>10</sup> Vaardigheidseisen voor veilig toepassen van medische technologie in de ziekenhuiszorg. Een praktijkverkenning RIVM briefrapport 360022001/2014 C.G.J.C.A. de Vries et al., 21 maart 2014

<sup>11</sup> Kamerstuk 33 497, nr. 10

technologie zij willen inzetten om patiëntenzorg te verbeteren. Zij zijn immers verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg. De Raad van Bestuur van een ziekenhuis zal zelf moeten bepalen of het plaatsen van camera's in de operatiekamer een passende aanpak is om de veiligheid te verbeteren, mede in het licht van de invloed op de veiligheidscultuur, personeelsbeleid en de cultuur van het ziekenhuis.

#### *Inzet op transparantie*

Met bovenstaande inzet verplichten de NFU, NVZ, V&VN, OMS en ZKN zich om de uitvoering ervan transparant te maken. Partijen ondernemen zelf al de benodigde stappen op het gebied van het inzichtelijk maken van prestaties van individuele instellingen. Zo laat de Quick scan van de NVZ zien hoe ver ziekenhuizen zijn met de implementatie van de tien thema's van het VMS programma. ZKN bevordert de transparantie van de zorgkwaliteit en patiëntveiligheid door middel van het ZKN Keurmerk. De patiëntenfederatie NPCF biedt met de ZorgkaartNederland een objectief en betrouwbaar referentieplatform als het gaat om consumentenervaringen in de gezondheidszorg. Ook zorgverzekeraars leveren een bijdrage aan transparantie, door aan de hand van minimum kwaliteitsnormen, opgesteld door de wetenschappelijke beroepsverenigingen, voor 18 complexe behandelingen inzichtelijk te maken welke ziekenhuizen hieraan voldoen<sup>12</sup>. De zorgverzekeraar kan hier bovenop met een kritisch inkoopbeleid sturen op de kwaliteit en veiligheid van de zorg door goede en veilige zorg als voorwaarde te stellen en prestaties zichtbaar te belonen. Verzekeraars hebben hier de afgelopen periode duidelijke stappen in gezet, maar ik vind dat deze ontwikkeling de komende tijd nog meer vorm en inhoud moet krijgen.

#### *Rol van de patiënt in patiëntveiligheid:*

Het is cruciaal de ervaringsdeskundigheid van patiënten maximaal te benutten. Elke zorginstelling moet openstaan voor de ervaring van de patiënt, zowel om fouten te voorkomen als wanneer er een fout is gemaakt. In het kwaliteitsbeleid van zorginstellingen is de wettelijke positie van de cliëntenraad vastgelegd. De cliëntenraad kan een waardevolle bijdrage leveren aan de vormgeving, uitvoering en evaluatie van het patiëntveiligheidsbeleid.

Maar belangrijker vind ik de rol van patiënten zelf als een onmisbare schakel bij het vergroten van hun eigen veiligheid. De patiënt is de enige die het hele zorgproces daadwerkelijk doorloopt en beschikt vaak ook over specifieke deskundigheid over zijn eigen zorgvraag. Het is van groot belang dat zorgverleners meer gebruik maken van de ervaringskennis van patiënten, maar het is ook van belang dat patiënten zich meer bewust worden van hun rol daarbij. De patiënt heeft recht op veilige zorg en mag dit ook eisen. Om inzicht te krijgen in wat veilige zorg is, moet deze informatie transparant en toegankelijk zijn. Steeds meer instellingen stellen dergelijke informatie beschikbaar. Ik juich deze initiatieven toe en ik roep patiënten op om van deze initiatieven gebruik te maken.

### **3. Inzet vanuit de VWS**

Zorgbreed hebben partijen het verbeteren van patiëntveiligheid hoog op de agenda staan. De overheid gaat bevorderen dat ze hun verantwoordelijkheid kunnen nemen en ook gaan nemen. Daartoe zet ik in op het transparant maken van de veiligheid van zorg door het publiekelijk toegankelijk maken van informatie over kwaliteit en veiligheid. Dit is

<sup>12</sup> Deze resultaten worden gepubliceerd op [www.minimumkwaliteitsnormen.nl](http://www.minimumkwaliteitsnormen.nl)

belangrijke (keuze)informatie voor patiënten en voor zorgverzekeraars bij de zorginkoop. Daarnaast zorg ik voor betere wettelijke bescherming van de patiënt tegen onveiligheid. Als sluitstuk zal door de IGZ proactief en gericht worden toegezien op de grootste risico's voor patiëntveiligheid.

### *3.1 Transparantie: betere informatie over patiëntveiligheid*

#### *Een nieuwe (vierde) landelijke meting schade en sterfte*

Na drie voorgaande metingen ga ik opdracht geven voor een vierde landelijke meting van schade en sterfte in Nederlandse instellingen voor medisch specialistische zorg. Deze meting wordt zodanig gedaan dat de resultaten opnieuw vier jaar na de vorige meting beschikbaar komen – in 2017 – en dat die resultaten goed vergelijkbaar zullen zijn met de resultaten van de vorige metingen. Daarnaast vind ik een periodieke monitor van de drie inhoudelijke thema's die zijn afgesproken in de medisch specialistische zorg belangrijk. Het maakt inzichtelijk hoe de implementatie vordert en zal een belangrijke stimulans zijn voor instellingen om de implementatie te vergroten en daarmee de kwaliteit en veiligheid in de zorg verder te verbeteren.

#### *Verplichte publicatie van de gestandaardiseerde sterftecijfers*

Vanaf 1 maart 2014 zijn de Nederlandse ziekenhuizen verplicht hun gestandaardiseerde sterftecijfers – Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR) – te publiceren. Ik ben mij ervan bewust dat ondanks dat de HSMR een indicator voor de kwaliteit van zorg is, een hoge HSMR niet automatisch betekent dat de zorg die een zorgaanbieder levert van slechte kwaliteit is. Dit vergt uitleg van de zorgaanbieders bij de eigen cijfers. Toch vind ik het belangrijk dat ziekenhuizen hier transparant over zijn en de sterftecijfers publiceren. De HSMR heeft namelijk een belangrijke signaalfunctie en is met name relevant voor de interne kwaliteitsbewaking van instellingen. Deze extra aandacht kan een positieve impuls geven om de vermijdbare schade en sterfte in ziekenhuizen terug te dringen.

#### *Kwaliteitsinstituut*

Met ingang van 1 april 2014 heeft het Kwaliteitsinstituut bevoegdheden om voor de patiënt relevante informatie over kwaliteit transparant en toegankelijk te maken. Het Kwaliteitsinstituut draagt daarmee bij aan een duurzaam informatiestelsel. Het beschikbaar maken van informatie over de kwaliteit van de zorg geeft een impuls aan het verbeteren van die kwaliteit. Daartoe faciliteert en stimuleert het Kwaliteitsinstituut partijen in de zorg om te komen tot geaccordeerde kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten (kwaliteitsindicatoren en vragenlijsten). Deze worden opgenomen in het Register van het Kwaliteitsinstituut als patiënten, verzekeraars en aanbieders hier hun steun aan hebben gegeven. Op basis van indicatoren die in het Register staan, verzamelt het Kwaliteitsinstituut kwaliteitsgegevens. Er worden alleen gegevens verzameld die relevant zijn voor kwaliteitsinformatie ten behoeve van burgers, patiënten en cliënten en, zo mogelijk, voor het toezicht. Omdat patiëntveiligheid een wezenlijk onderdeel is van kwaliteit, heb ik het Kwaliteitsinstituut gevraagd om bij het transparant en toegankelijk maken van kwaliteitsinformatie expliciet aandacht te geven aan relevante indicatoren voor patiëntveiligheid.

In het Notaoverleg over de initiatiefnota van de leden Anne Mulder en Michiel van Veen over patiëntveiligheid van 17 juni 2013<sup>13</sup> heb ik toegezegd de Kamer nader te informeren over de vraag of met de komst van het Kwaliteitsinstituut heropnames en heroperaties als kwaliteitscriteria kunnen worden geformuleerd. Het Kwaliteitsinstituut heeft hiernaar inmiddels samen met de NZa onderzoek laten doen. Onderzocht is of de berekening van de twee criteria kan worden gebaseerd op het DBC Informatiesysteem (DIS). De conclusie is dat het op basis van het DIS niet eenvoudig is om tot vergelijkbare uitkomsten te komen. Bovendien zijn niet voor alle operaties de benodigde data beschikbaar. Het Kwaliteitsinstituut en de NZa werken verder samen om deze indicatoren toch beschikbaar te krijgen.

Als steun in de rug voor het Kwaliteitsinstituut zie ik de vorig jaar gesloten hoofdlijnenakkoorden voor de curatieve zorg. In deze akkoorden zijn naast financiële afspraken ook afspraken gemaakt over het bevorderen van kwaliteit en doelmatigheid van zorg. Deze afspraken worden uitgewerkt in een gezamenlijke Kwaliteit- en Doelmatigheidsagenda, die ik in het voorjaar aan uw Kamer zal toesturen. Transparantie van de geleverde zorg ten behoeve van spiegelinformatie voor de individuele instelling en keuze informatie voor de patiënt is een belangrijk onderwerp op deze agenda. Om dit vorm te geven zal de NPCF, in afstemming met NFU, NVZ, OMS, ZKN en ZN, de bestaande indicatorensets kritisch beoordelen. Het uitgangspunt is daarbij dat de indicatoren die weinig toegevoegde waarde hebben uit de sets worden geschrapt en dat ontbrekende indicatoren, bijvoorbeeld ten aanzien van praktijkvariatie, waar mogelijk worden toegevoegd.

#### *Landelijk Meldpunt Zorg*

Na opgetreden schade tijdens een behandeling of na overlijden zitten patiënten of hun nabestaanden vaak met de vraag of de patiëntveiligheid wel voldoende was geborgd. Of ze hebben een klacht over de geleverde zorg, maar weten niet goed wat ze daarmee aanmoeten. Om burgers met klachten over de zorg beter bij te kunnen staan, richt ik een Landelijk Meldpunt Zorg op dat rond 1 juli 2014 van start zal gaan. Bij dit meldpunt kunnen burgers terecht voor advies en begeleiding als ze een (klachtgerelateerde) vraag of klacht hebben over de zorg. Het Landelijk Meldpunt Zorg zal daarnaast voor individuele mensen met een klacht monitoren of zorgaanbieders deze klachten tijdig afhandelen, vanzelfsprekend in die gevallen waarin de betrokkene aangeeft daar behoefte aan te hebben. Een goede en tijdige afhandeling van klachten is en blijft de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder. Ook stelt het Landelijk Meldpunt Zorg jaarlijks een klachtbeeld samen, waarmee ze een bijdrage levert aan de transparantie over klachten en meldingen in de zorg en de afhandeling daarvan.

#### *3.2 Betere wettelijke bescherming van de patiënt*

Met aanpassingen in het Tuchtrecht in de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) wil ik de bescherming van de patiënt tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen van beroepsbeoefenaren verder versterken. In mijn brief van 16 juli 2013<sup>14</sup> heb ik u geïnformeerd over enkele voorgenomen aanpassingen in het tuchtrecht. Op 12 november 2013<sup>15</sup> heb ik u het rapport van de tweede evaluatie van de Wet BIG aangeboden. Aanbevelingen voor aanpassing van het tuchtrecht

<sup>13</sup> Kamerstuk 33 497, nr. 10

<sup>14</sup> Kamerstuk 31 016, nr. 55.

<sup>15</sup> Kamerstuk 29 282, nr. 182.



zijn daarvan een onderdeel. Mijn reactie op de aanbevelingen en wijzigingen die ik naar aanleiding van deze evaluatie zal doorvoeren, zal ik u voor de zomer doen toekomen

Hierboven heb ik uiteengezet hoe het Landelijk Meldpunt Zorg burgers gaat ondersteunen bij de afhandeling van hun klachten. Die ondersteuning gaat uit van het huidige klachtrecht. Met de Wet klachten en geschillen in de gezondheidszorg (Wkkgz) wil ik dat klachtrecht voor patiënten en voor nabestaanden van overleden patiënten versterken, onder andere door zorginstellingen te verplichten een onafhankelijke klachtenfunctionaris aan te wijzen en zich aan te sluiten bij een onafhankelijke geschilleninstantie die ook schadevergoedingen kan opleggen. Het wetsvoorstel is op dit moment in behandeling in de Eerste Kamer.

### *3.3 Betere inbedding van patiëntveiligheid in onderwijs en opleidingen*

De inbedding van patiëntveiligheid in onderwijs en opleiding is een belangrijk instrument bij het structureel vergroten van de patiëntveiligheid. Het is niet aan VWS om de inhoud van opleidingen te bepalen. Toch vind ik het belangrijk om bij te dragen aan het agenderen van het belang van patiëntveiligheid binnen de opleidingen. Daarom zijn de partners van het landelijke VMS veiligheidsprogramma ziekenhuizen met mijn instemming in 2012 het project «Patiëntveiligheid in onderwijs & opleiding» gestart. Het doel was om iedereen die met patiënten te maken heeft, van patiëntvervoerder tot arts, bewust te maken van zijn verantwoordelijkheid voor de veiligheid van de patiënt en te leren daar naar te handelen. Het project heeft de vaststelling van zes competenties voor patiëntveilig werken opgeleverd<sup>16</sup>. Deze beschrijven een combinatie van kennis, vaardigheden, gedrag en houding. Iedereen die in een ziekenhuis met patiënten gaat werken of werkt, moet die competenties waar nodig verwerven en inzetten. Ik ben erg tevreden dat op alle opleidingsniveaus deze competenties nu worden verwerkt in de opleidingsplannen, leerlijnen, kwalificatiedossiers en curricula.

### *3.4 Toezicht op patiëntveiligheid: IGZ*

#### *Risicogebaseerde aanpak*

Voor patiëntveiligheid zet de IGZ haar toezichtcapaciteit proactief en gericht in op de grootste risico's. De IGZ geeft hierbij voorrang aan het toezicht op het aanpakken van malafide, ondeskundige en disfunctionerende zorgaanbieders en bedrijven. De IGZ zal met verhoogde aandacht toezien op de eerder benoemde speerpunten patiëntveiligheid. Voorts zijn er, met verwijzing naar het op 13 februari jl. aan uw Kamer gezonden Werkplan 2014 van de IGZ<sup>17</sup>, binnen het toezicht een aantal specifieke aandachtsgebieden te identificeren in relatie tot patiëntveiligheid te weten: het operatieve proces in de specialistische somatische zorg, het terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen in de GGZ, de medicatieveiligheid in de verpleeg- en verzorgingshuizen en de veiligheid in tandartspraktijken. Hierover zal de IGZ in 2015 rapporteren.

Ook heeft de IGZ met ingang van dit jaar het toezicht op nieuwe toetreders geïntensiveerd. Binnen een pilot bezoekt de IGZ dit jaar 350 nieuwe toetreders binnen vier weken na de start van de zorgverlening. Op basis van deze pilot zal de inspectie bepalen wat de grootste risico's voor de patiënt/cliënt zijn ten aanzien van nieuwe toetreders en hoe deze vanaf 2015 het beste kunnen worden aangepakt.

<sup>16</sup> <http://www.ikwerkveiligindezorg.nl/>

<sup>17</sup> 182072–114881-IGZ

### *Risico's beter in beeld*

Voor de monitoring ten behoeve van het risicotoezicht op zorgaanbieders, heeft de IGZ in 2013 aan de hand van indicatoren een dashboardsysteem ontwikkeld. Met dit systeem is de IGZ nog beter in staat om, door middel van het samenbrengen van alle beschikbare informatie over een zorgaanbieder, potentiële risico's beter in beeld te krijgen. In 2014 breidt de IGZ dit instrument gefaseerd uit voor de verschillende toezichtvelden en wordt het instrument verder verfijnd.

### *Handhavend optreden*

Bij calamiteiten en detectie van daadwerkelijke gezondheidsrisico's voor de patiënt/cliënt, treedt de IGZ handhavend op. De IGZ heeft daarbij de beschikking over een uitgebreide set van toezicht- en handhavingsinstrumenten. Na interventie volgt de IGZ nauwlettend of zorgaanbieders en bedrijven de afgesproken verbeteringen waarmaken en houdt hierbij ook toezicht op het interne veiligheid- en kwaliteitssysteem van zorgaanbieders en bedrijven.

### *Governance*

Verschillende recente onderzoeken naar calamiteiten in de zorg hebben aangetoond hoe belangrijk het goed functioneren van het bestuur en het interne toezicht is voor de borging van patiëntveiligheid. Deze voorbeelden hebben ook laten zien dat samenwerken en een veiligheidscultuur van groot belang zijn. De IGZ spreekt de zorgbesturen dan ook aan op hun verantwoordelijkheid in deze. De IGZ gaat na of op instellingsniveau (patiënten)dossiers op orde zijn, of de geleverde prestaties worden bijgehouden en of er continu aandacht is voor het doorvoeren van de verbeteringen die voortkomen uit het interne veiligheid- en kwaliteitssysteem. Zoals in de Staat van de Gezondheidszorg 2103 uiteen is gezet vormt de IGZ zich ook een oordeel of bestuurders een adequaat systeem voor het sturen op het functioneren van de medewerkers hebben. Bij de inspectiebezoeken wordt onder andere aandacht geschonken aan de wijze waarop zorginstellingen:

- aantonen hoe zij beleid en implementatie organiseren om een open veiligheidscultuur te bereiken; veilig melden, aanspreekcultuur, leren van fouten;
- aantonen hoe zij meldingen en de visie van patiënten of cliënten betrekken bij beoordeling van kwaliteit en hoe zij verschillende signalen combineren;
- verantwoorden welke acties zij ondernemen om beroepsbeoefenaren die verminderd functioneren te helpen zich te verbeteren;
- borgen dat het beleid rond sturen op functioneren, verminderd functioneren en disfunctioneren bekend is bij alle medewerkers.

### **Tot slot**

De afgelopen jaren zijn er mooie resultaten bereikt op het gebied van patiëntveiligheid. De vergaande inzet van de betrokken partijen in alle sectoren op de implementatie van de veiligheidsprogramma's heeft hier in belangrijke mate aan bijgedragen. Het heeft gezorgd voor een vergrote aandacht voor het thema veiligheid, voor een verbeterde veiligheidscultuur en voor het aansprekende resultaat van de halvering van vermijdbare sterfte in de ziekenhuizen. Deze resultaten moeten worden vastgehouden en van hieruit moet worden gewerkt aan verdere verbeteringen. Hierbij heeft iedereen zijn eigen rol en eigen verantwoordelijkheid, waarmee samen wordt gezorgd voor het verbeteren van de patiëntveiligheid. Ik ga partijen hierbij stimuleren en ondersteunen via betere

informatie over patiëntveiligheid, via wetgeving ter ondersteuning van de patiënt/cliënt, door middel van het toezicht en door in te zetten op het transparant maken van de veiligheid van zorg.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E.I. Schippers