



Inspectie voor de Gezondheidszorg
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

“Ondanks risico’s voor patiëntveiligheid bij
afwikkeling faillissement, toch verantwoorde
zorg in Spijkenisse Medisch Centrum”

Utrecht
12 mei, 2014

Inhoud

Samenvatting 3

1 Inleiding 5

- 1.1 Aanleiding en belang 5
- 1.2 Onderzoeksvraag 5
- 1.3 Methode 5
- 1.4 Toetsingskader 6

2 Resultaten 7

- 2.1 De oprichting van Spijkenisse Medisch Centrum 7
- 2.2 Wat veranderde er in het SMC en hoe is het transitieproces verlopen? 7

3 Conclusies 18

4 Handhaving 19

- 4.1 Maatregelen 19

Samenvatting

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) is van oordeel dat tijdens de overgangsfase, die ontstond na het faillissement van het Ruwaard van Putten ziekenhuis (RPZ) en de start van het Spijkenisse Medisch Centrum (SMC), er sprake was van een situatie die mogelijk kon leiden tot risicovolle omstandigheden voor het leveren van verantwoorde en veilige patiëntenzorg in het SMC.

Dit rapport beschrijft de belangrijkste onderwerpen in de periode waarin de inspectie intensief toezicht heeft gehouden op dit proces, alsook de inspanningen van de Raad van Bestuur a.i. in het nemen van haar verantwoordelijkheid voor het zo goed mogelijk waarborgen van de kwaliteit en veiligheid van de patiëntenzorg die door het SMC is geleverd vanaf de start per 24 juni 2013.

Ter verificatie van de informatie en de ontwikkelingen bracht de inspectie in de periode van 24 juni 2013 tot en met 12 december 2013 meerdere aangekondigde en onaangekondigde inspectiebezoeken. De inspectie heeft de conclusies in deze rapportage gebaseerd op gesprekken met de directie a.i., voorzitters medische staven van de drie coöperatieziekenhuizen, specialisten SMC en de medewerkers van het SMC en de inspectiebezoeken.

De inspectie heeft, nadat bekend was geworden dat het RPZ failliet was verklaard en de coöperatie van drie regioziekenhuizen het Spijkenisse Medisch centrum BV oprichtten, besloten haar toezichtactiviteiten te intensiveren omdat zij een dergelijke overgangsfase als mogelijk risicovol inschatte.

De inspectie achtte met name een mogelijk risico aanwezig in de volgende drie gebieden: ten eerste de aangekondigde veranderingen in het zorgprofiel en de daarmee samenhangende vraagstukken rondom zorgafbakening, ten tweede de grote mate van onzekerheid bij alle medewerkers, waaronder ook de medische staf ten aanzien van hun rechtsposities en ten derde de onduidelijkheden over taken, verantwoordelijkheden bij medewerkers door de veranderingen in de organisatie en de gewijzigde positie van medisch specialisten in het ziekenhuis.

Tot 29 mei 2013 was verscherpt toezicht van kracht op het RPZ. Bij het opheffen van het verscherpt toezicht besloot de inspectie nog wel intensief toezicht te blijven houden in de overgangsfase naar een nieuwe situatie, gericht op een aantal specifieke aspecten, te weten hoofdbehandelaarschap, supervisie arts-assistenten en dossiervoering. Deze aandachtsgebieden vallen samen met de eerder genoemde risico gebieden en zijn bij het intensief toezicht op het SMC meegenomen.

Het zorgprofiel van het SMC, ten opzichte van het RPZ, is gewijzigd van een algemeen ziekenhuis zorgprofiel naar een medisch centrum waar laag complexe medische zorg met het oog op de ouder wordende patiënt zal worden geleverd. Dit heeft consequenties gehad voor diverse afdelingen en zorgpaden zoals onder andere de oprichting van een spoedpost (in plaats van de spoedeisende hulp afdeling) en het niet meer bieden van intensive care/ high care zorg.

De inspectie is geen partij in de keuzes van het profiel van het ziekenhuis maar houdt wel toezicht op de randvoorwaarden van verantwoorde zorg tijdens deze transitie.

Een grote verandering ten opzichte van de oude situatie waarin het RPZ als ziekenhuis bestond, was dat het ziekenhuis een 'doordeweeks' ziekenhuis werd met openingstijden van de spoedpost van maandag tot en met vrijdag van 07.00-21.00 uur en de mogelijkheid van klinische opname gedurende de 24 uur van maandag tot en met vrijdag met sluiting in het weekend. De keuze van dit nieuwe zorgprofiel met de daarbij behorende zorgafbakening was een kritisch proces dat werd gestuurd vanuit de coöperatie en waarbij de inspectie op operationeel niveau heeft toegezien op de veiligheid van de patiëntenzorg.

De planning was het SMC vanaf 1 januari 2014 te hebben ingericht conform het vooraf vastgestelde zorgprofiel en een deel van de zorg gefaseerd af te hebben gebouwd. Dit is vanuit het oogpunt van patiëntenzorg op verantwoorde wijze vormgegeven, waarbij de veiligheid van de patiënt voorop stond en risico's zorgvuldig werden gewogen.

Vanzelfsprekend hebben de aanpassingen in het zorgprofiel niet alleen verstrekken gevolgen gehad voor de patiënten, maar voor andere betrokkenen zoals de medewerkers en medisch specialisten van het SMC, andere ziekenhuizen, en partners in de regio. De besluitvorming en aanpassingen hebben een maximale inspanning gevraagd van de directie a.i. omdat ze een precaire en weloverwogen aanpak vergden waarbij het uitgangspunt voor de directie vanaf de start van het SMC was dat de veiligheid en kwaliteit van de patiëntenzorg geborgd moesten blijven.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding en belang

Op 24 juni 2013 verklaarde de rechtbank Den Haag de stichting 'Ruwaard van Putten ziekenhuis (RPZ)' in Spijkenisse failliet.

Diezelfde dag richtte een coöperatie bestaande uit de ziekenhuizen, Ikazia Ziekenhuis in Rotterdam, Maasstad Ziekenhuis in Rotterdam en Van Weel-Bethesda Ziekenhuis in Dirksland een vennootschap op: 'Het Spijkenisse Medisch Centrum BV (SMC)'.

Het faillissement van het RPZ was een unicum in de Nederlandse gezondheidszorg, met directe gevolgen voor patiënten en medewerkers.

De aanvankelijke onzekerheid over de toekomst van het RPZ en later de transitie naar het SMC met een nieuw zorgprofiel beschouwde de inspectie als mogelijk risicovol vanwege een drietal aanleidingen : ten eerste de aangekondigde veranderingen in het zorgprofiel en de daarmee samenhangende vraagstukken rondom zorgafbakening, ten tweede de onzekerheid bij alle medewerkers, waaronder ook de medische staf ten aanzien van hun rechtsposities en ten derde de onduidelijkheden over taken en verantwoordelijkheden bij medewerkers ten gevolge van de veranderingen in de organisatie en de gewijzigde positie van medisch specialiste.

De inspectie intensiverde om deze redenen haar toezichtactiviteiten.

Dit rapport doet verslag van de ontwikkelingen van de zorgverlening in het SMC die zich tussen 24 juni en 12 december 2013 in het SMC en in het adherentie gebied hebben voorgedaan en waar de inspectie toezicht heeft gehouden op de voorwaarden voor het verlenen van verantwoorde zorg door het SMC.

1.2 Onderzoeksvraag

De onderzoeksvraag van de IGZ tijdens het toezichttraject is voortdurend geweest: "voldoet het SMC aan het leveren van verantwoorde zorg?".

1.3 Methode

Ter verificatie van de informatie van ontwikkelingen die de inspectie ontving bracht de inspectie in de periode van 24 juni 2013 tot en met 31 oktober 2013 in totaal zestien inspectiebezoeken waarvan acht onaangekondigd. Daarnaast heeft de inspectie om een wekelijkse update van de directie a.i. verzocht waarin de ontwikkelingen werden toegelicht ten aanzien van de reeds eerder genoemde risicogebieden.

De inspectie heeft eveneens gekeken naar de wijze waarop het toekomstig zorgprofiel en de transitie met patiënten is gecommuniceerd. Tijdens het transitieproces zijn daarbij in de loop van de tijd steeds verschillende invalshoeken van belang geweest.

Ten aanzien van de informatievoorziening en de communicatie aan de patiënt over de veranderingen in het zorgprofiel en de zorgafbakening heeft de inspectie ook steeds zeer nadrukkelijk gewezen op het belang van goede communicatie naar patiënten, ketenpartners en het eigen personeel.

Tijdens haar bezoeken bezocht de inspectie diverse afdelingen: de SEH (later spoedpost), verloskunde, kindergeneeskunde, beschouwende en snijdende verpleegafdelingen, het operatiecomplex en enkele diagnostische en poliklinische afdelingen en voerde zij gesprekken met diverse medewerkers waaronder artsen en verpleegkundigen.

De inspectie sprak daarnaast vijf maal met de directie a.i.. Bij vier van deze gesprekken was een vertegenwoordiging van de medisch specialisten en het middenmanagement aanwezig met als reden duidelijkheid te krijgen over de invloed van de medisch specialisten SMC op het medisch beleid in het SMC.

De inspectie vroeg daarnaast aan de ambulancediensten in de regio haar periodiek te informeren over de ontwikkelingen in de regio van het ambulancevervoer en de actuele rijtijden na 24 juni 2013.

1.4

Toetsingskader

Het toetsingskader bestaat uit:

- De Wet op de individuele beroepen in de gezondheidszorg (Wet BIG)
- De Kwaliteitswet Zorginstellingen (KWZ)
- Wet toelating zorginstellingen (WTZi)
- De bepalingen betreffende de overeenkomst inzake geneeskundige behandeling in het Burgerlijk Wetboek (de Wgbo)
- De 'Zorgbrede Governancecode 2010'
- Toezichtkader april 2011; bestuurlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid.
- KNMG "*gedragsregels voor artsen*" 2002
- KNMG richtlijn "*Toelichting gedragregels voor artsen*", 2002
- KNMG Kwaliteitskader medische zorg 'Staan voor kwaliteit'
- KNMG Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg (2010)

2 Resultaten

2.1 De oprichting van Spijkenisse Medisch Centrum

De bestuurders van de coöperatieziekenhuizen informeerden de inspectie direct na oprichting van het SMC in juni 2013 over de wijze waarop het SMC vanaf 24 juni 2013 de medisch specialistische zorgverlening voor het adherentiegebied van het voormalig RPZ wilde vormgeven en uitvoeren.

Leidraad voor de vormgeving van het nieuwe zorgprofiel van het SMC was de 'eindrapportage Medisch Centrum Spijkenisse' d.d.14 mei 2013 van de drie ziekenhuizen die later de coöperatie vormden, waarin het toekomstig zorgprofiel op hoofdlijnen werd toegelicht.

Op 5 juli 2013 is bij notariskantoor AKD door de coöperatie de akte van oprichting van het SMC bevestigd. Het SMC is op 8 juli 2013 in het handelsregister van de Kamer van Koophandel ingeschreven¹.

Onder de paragraaf activiteiten staat vermeld:

Algemene ziekenhuizen - in het algemeen, de bevordering van de gezondheidszorg, al dan niet in samenwerking met anderen in de ruimste zin van het woord; - het ten dienste van het algemeen belang voorzien in de behoefte aan onderzoek, de behandeling, verpleging en verzorging van personen die om enigerlei reden medisch-specialistische zorg behoeven; - het beheer en de exploitatie van een algemeen ziekenhuis met bijbehorende voorzieningen in Spijkenisse; - holdingactiviteiten.

2.2 Wat veranderde er in het SMC en hoe is het transitieproces verlopen?

Zorgprofiel

De kern was dat het zorgprofiel van het SMC, ten opzichte van het RPZ, wijzigde van een algemeen ziekenhuis naar een medisch centrum voor kortdurende laag complexe medisch specialistische zorg. Het SMC legde de focus op laag complexe klinische en poliklinische zorg met het accent op de ouder wordende patiënt. Maandag tot en met vrijdag is er voor planbare zorg 24/7 klinische opname mogelijk. In het weekend is het SMC gesloten. Sinds 1 oktober 2013 is er een nieuwe spoedpost in SMC en kan de patiënt alleen nog voor eenvoudige spoedzorg, zoals bijvoorbeeld een eenvoudige botbreuk, snijwond etc. terecht bij deze spoedpost. Zoals gebruikelijk alleen met een verwijzing van een huisarts of via een ambulance. Voor meer complexe spoedzorg worden de patiënten (door)verwezen naar één van de andere ziekenhuizen in de regio.

De inspectie heeft de directie a.i. verzocht toe te lichten op welke wijze het toekomstig zorgprofiel en de transitie met de burgers en de patiënten worden gecommuniceerd. Ter informatie van patiënten en inwoners van het verzorgingsgebied heeft het ziekenhuis gebruik gemaakt van actuele nieuwsberichten op de website van het RPZ/SMC en middels een schriftelijke brief patiënten geïnformeerd.

De planning vanaf de start van het SMC was om het SMC vanaf 1 januari 2014 in te richten conform bovengenoemd zorgprofiel. In de periode daaraan voorafgaand werd een deel van de zorg gefaseerd afgebouwd. Als eerste werd in juni 2013 de intensive care gesloten, vervolgens sloot het SMC op 17 juli 2013 de stroke unit.

¹ Toelating SMC in beschikking WTzi d.d. 15 juli 2013

Op 1 september 2013 werd de kinderafdeling (vervroegd) gesloten en vanaf 1 oktober 2013 zou er geen klinische verloskunde meer plaats vinden in het SMC. Dit laatste werd uitgesteld in verband met geplande onderhoudswerkzaamheden aan de Hartelbrug waardoor de klinische verloskunde pas vanaf 4 november 2013 werd overgedragen aan andere ziekenhuizen dan het SMC. Deze aanpassingen in het zorgprofiel hadden verstrekende gevolgen voor alle betrokkenen, zowel voor de patiënten, de medewerkers en medisch specialisten van het SMC als ook voor andere ziekenhuizen en partners in de acute zorgketen in de regio. Voor de zorgverzekeraars was de taak weggelegd om ook in de nieuwe situatie de zorgplicht voor de verzekerden te waarborgen. Om bovenstaande verschuivingen in het zorgaanbod op een verantwoorde en veilige wijze te bewerkstelligen was een patiëntveilige overgangsfase noodzakelijk. De inspectie heeft gedurende de overgangsfase op meerdere operationele aspecten betreffende de patiëntveiligheid en op de borging van hiervan toegezien.

Gevolgen van het faillissement en de transitie voor medewerkers

Het directe gevolg van het faillissement van het RPZ was dat medewerkers geen arbeidsovereenkomst meer hadden en de salarisbetaling van juni 2013 opgeschort werd. De toelatingsovereenkomst van de medisch specialisten werd na het uitspreken van het faillissement ontbonden en de mogelijkheid tot declareren verviel. Ook de geldstroom voor de dagelijkse exploitatie stagneerde. Direct na het faillissement vroeg de inspectie opheldering bij de curator en de directie a.i. over de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg. Deze verantwoordelijkheid lag met ingang van de oprichting van het SMC bij de directie a.i.. De directie a.i. verzocht de leveranciers de continuïteit van de leveringen aan het SMC te waarborgen. De inspectie droeg het SMC op direct te rapporteren wanneer vanwege problemen met leveranciers knelpunten zouden ontstaan voor de patiëntenzorg. Uit de rapportage van de directie a.i. bleek dat er van knelpunten/risico's geen sprake is geweest.

De verzekeraars creëerden snel een werkkapitaal waarmee de opstart van het SMC werd gewaarborgd, patiëntenzorg geleverd kon worden en salarissen tot eind juli 2013 uitbetaald konden worden.

Op basis van het nieuwe zorgprofiel SMC is gekozen medewerkers te selecteren op geschiktheid voor het nieuwe profiel. Omdat er sprake was van een overgangsfase is gekozen de tijdelijke contracten te verlengen (variërend van drie tot zes maanden). De eerste selectie van medewerkers vond plaats op 15 juli 2013.

Sinds die tijd zijn er naast de afdeling verloskunde en kindergeneeskunde twee klinische afdelingen operationeel waar in totaal rond de 60 'klinische' opnames en ongeveer 25 'dagbehandeling' opnames kunnen plaatsvinden. De verpleegkunde teams werden samengevoegd waardoor het teammanagement veranderde. Daarnaast nam een aantal medewerkers ontslag wegens het aanvaarden van een functie elders. Hierdoor verliep de personele planning van de dienstroosters moeizaam en was inzet van uitzendkrachten aan de orde. Binnen een maand werd het middenmanagement van de afdeling spoedeisende hulp (interim) en de snijdende en beschouwende afdelingen aangesteld.

Alle medisch specialisten, behoudens een cardioloog, een uroloog en twee radiologen, kwamen voor de periode van zes maanden in loondienst van het SMC. Zij maakten geen deel uit van een medische staf maar waren wel verantwoordelijk voor de dagelijkse patiëntenzorg die in het SMC wordt geleverd.

Wie van de medische specialisten na 1 januari 2014 deel uit zouden maken van de medische staf SMC en in welke vorm, werd in de periode tot en met 31 december 2013 bepaald en vastgesteld.

De personele veranderingen en onzekerheden waren in de praktijk in wisselende mate zichtbaar en merkbaar. De inspectie merkte in de gesprekken met medewerkers tijdens de inspectiebezoeken dat ondanks de onzekere toekomst, medewerkers en medisch specialisten zich veelal maximaal inzetten om de patiëntenzorg zo veilig en verantwoord mogelijk te laten verlopen. De professionele omgeving en de directie a.i. hebben hun verantwoordelijkheid genomen om de inzet van alle medewerkers en specialisten te waarborgen.

Organisatie en governance

De coöperatie stelde in juni 2013 voor het SMC een tweehoofdige ad interim directie aan waarvan één directeur met bestuurlijke ervaring en één directeur met middenmanagementervaring op operationeel gebied van tweedelijns zorg. De Raad van Commissarissen (RvC) van de BV bestond uit drie personen die allen deel uitmaakten van de drie afzonderlijke raden van bestuur van de coöperatie ziekenhuizen. In augustus 2013 was ook de taakafbakening en verantwoordelijkheidsverdeling tussen de RvC en de directie a.i. van de drie ziekenhuizen en de coöperatie helder.

De verantwoordelijkheid van het medisch specialistisch beleid binnen het SMC lag, tot aan de oprichting Vereniging Medische Staf (VMS) SMC in oktober 2013, bij de besturen van de medische staven van de leden van de coöperatie. Omdat er van juni 2013 tot eind oktober geen sprake was van een medische staf SMC stuurde ook de inspectie aan op aanscherping van overleg en afstemming tussen de medisch specialisten in loondienst in het SMC, de directie a.i. en de IGZ. Dit resulteerde in een wekelijks overleg van de IGZ met een representatieve vertegenwoordiging van de medisch specialisten SMC om over de actuele zorgverlening te spreken en daar waar nodig afspraken aan te scherpen.

De inspectie heeft toegezien op de governance SMC gedurende dit traject. Het duurde tot 30 oktober 2013 totdat een eigenstandige medische staf SMC opgericht waarna formeel de VMS SMC een rol vervulde binnen de governance SMC.

De directie a.i. zegde toe dat in oktober 2013 de afbakening RvC, directie a.i. en VMS in verhouding tot de coöperatieziekenhuizen en maatschappen geformaliseerd zou worden. In het voortgangsgesprek met de directie a.i. en de inspectie in november is bovenstaande besproken.

In december 2013 voerde de inspectie een gesprek met de directie a.i., één van de voorzitters VMS, voorzitter aandeelhouders SMC aangaande de organisatie-ontwikkelingen (medische staf, stafbestuur, directie, RvC, VMS, OR, VAR (verpleegkundige adviesraad), cliëntenraad, klachtencommissie en calamiteitencommissie. Tijdens dit gesprek is geconcludeerd dat de transitiefase bijna was afgerond.

De RvC besloot dat de RvC vervangen zou worden zodra nieuwe kandidaten waren gevonden. Per 15 januari 2014 trad de nieuwe bestuurder SMC toe die de Raad van Bestuur vormt. Één van de twee directeuren a.i. blijft aan tot 1 april 2014 om de continuïteit te waarborgen.

Op 30 oktober 2013 werd de VMS SMC opgericht. Hierbij was de afspraak dat het bestuur hiervan gedurende het eerste jaar wordt gevormd door de voorzitters van de medische staven van de drie coöperatieziekenhuizen.

Daarna zal het VMS bestuur gevormd worden door de specialisten uit het SMC. Één van de belangrijke taken van de VMS is harmonisatie van beleid en samenwerking tussen de diverse (dezelfde) vakgroepen onderling.

Daarnaast zal de VMS aandacht hebben voor de uitvoering en voorwaarden van aansluiting medische specialisten SMC binnen de diverse vakgroepen in de drie coöperatie ziekenhuizen. Hier wordt zorgvuldig, met aandacht voor de veilige patiëntenzorg, invulling aan gegeven blijktens onder andere uit gesprekken met de voorzitters van de medische staven en de gestructureerde bespreking van de kwaliteit van zorg binnen de medische staf.

In oktober 2013 kwamen de gesprekken met de medisch specialisten in een beslissende fase. De directie a.i. van het SMC informeerde de inspectie op 28 oktober 2013 telefonisch welke medisch specialisten onder welke condities vanaf 1 januari 2014 werkzaam zouden zijn in het SMC.

Op basis van de adviezen van de stafvoorzitters van de coöperatieziekenhuizen – die op hun beurt uitgebreid hebben overlegd met de regionale maatschappen – besloot het bestuur van het SMC in overleg met de bestuurders van de coöperatieziekenhuizen dat de overeenkomst met negen specialisten per 1 januari 2014 niet zou worden verlengd. Dit betrof drie kinderartsen, een uroloog, een internist, een radioloog (zal werkzaam zijn tot mei 2014 i.v.m. pensioengerechtigde leeftijd), een neuroloog en twee oogartsen. Dit had deels te maken met het te verwachten productieniveau in het SMC alsmede met onvoldoende vertrouwen in een vruchtbare samenwerking.

De overige specialisten kregen een aanbod voor verlenging van de overeenkomst. Afhankelijk van de adviezen van de maatschappen kregen zij een loondienstverband (meestal voor bepaalde tijd) aangeboden of werden zij lid van een regionale maatschap.

De drie coöperatieziekenhuizen troffen maatregelen voor de adequate opvang van eventuele acute continuïteitsproblemen door de mededeling van beëindiging van de samenwerking. Huisartsen werden hierover tijdig geïnformeerd.

De loondienstverbanden zijn veelal tijdelijk (een jaar, twee jaar of soms een half jaar) om de stafvoorzitters en de regionale maatschappen in staat te stellen samen met het bestuur van het SMC de verdere ontwikkeling van het profiel in het SMC inhoud te geven, zowel qua zorgprofiel, formatie als selectie van specialisten die ook voor de toekomst daarbij passen. Bijna alle specialisten die na 1 januari 2014 in het SMC werkzaam zijn, zijn verbonden met een vakgroep/maatschap uit één van de coöperatieziekenhuizen. Ruim voor de afloop van het tijdelijke contract wordt beslist of de specialisten definitief kunnen worden opgenomen in een vakgroep of maatschap.

Op woensdag 30 oktober 2013 vond de eerste vergadering plaats van de VMS in oprichting van het SMC. Onder leiding van de stafvoorzitters van de drie ziekenhuizen (die voorlopig samen het stafbestuur vormen) worden met prioriteit de conceptstatuten voor de VMS SMC besproken.

Regionaal zorgaanbod en communicatie met stakeholders

De directie a.i. intensiveerde het overleg met de partners in het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) tot een wekelijks overleg. Alle veranderingen in het zorgaanbod werden besproken en voorbereid. Op het gebied van veiligheid werd niet gemarchandeerd.

Gedurende het traject ontstonden twee situaties waarbij de oorspronkelijk geplande afbouw niet gehaald werd. Dit betrof de acute neurologie en de kindergeneeskunde. Hierbij was sprake van een overmachtsituatie waar directe maatregelen in het zorgaanbod door de directie a.i. gerealiseerd moesten worden.

Met betrekking tot de spoedzorg en verloskundige zorg was meer tijd beschikbaar om over de randvoorwaarden te spreken die noodzakelijk waren voor een verantwoorde afbouw.

De directie a.i. intensiverde het overleg vanaf medio juli 2013 met de huisartsen. De directie a.i. stuurde eind augustus 2013 zowel aan de verloskundigen als aan de huisartsen een brief over de veranderingen ten gevolge van het faillissement van het RPZ en de ontwikkelingen in het zorgaanbod door SMC.

De patiënten in de regio werden matig geïnformeerd. De directie a.i. maakte de bewuste keuze, pas als plannen definitief zouden zijn, deze aan (potentiële) patiënten kenbaar te maken. Alleen op de website van het voormalig RPZ stond summiere informatie over het huidige en toekomstige zorgaanbod door het SMC. De website SMC was op dat moment nog in ontwikkeling en beperkt tot één pagina.

In oktober en november 2013 werd de website van het voormalig RPZ aangepast met betrekking tot de naamgeving van het ziekenhuis en daar waar mogelijk werden vermeldingen van de specialisten aan de huidige situatie aangepast. De patiënten werden via nieuwsberichten op deze site geïnformeerd over de stand van zaken en ontwikkelingen rondom het SMC. Periodiek werden persberichten uitgebracht en werden de betrokken partners aanvullend geïnformeerd over belangrijke aanpassingen in het zorgaanbod van het SMC.

Zorgaanbod en zorgafbakening

Klinische faciliteit

Aanvankelijk was de intentie dat het SMC van vrijdag 21.00 uur tot maandag 08.00 uur geen klinische faciliteit zou hebben en dus gesloten zou zijn.

In oktober 2013 besloot de Raad van Bestuur dat tot een nader te bepalen datum ook in het weekend één verpleegafdeling beschikbaar zou blijven voor klinische opnames. De reden hiervoor was dat patiënten anders voor het weekend overgeplaatst moesten worden en dit zou voor de patiënt een onwenselijke en mogelijk ook onveilige situatie opleveren.

Ambulancevervoer

Door de regionale ambulancedienst Regio Rijnmond Zuid (RAV) werd voor het eiland Voorne-Putten een extra ambulance operationeel gemaakt.

In het laatste kwartaal van 2013 hield de RAV, op verzoek van de inspectie, de inspectie op de hoogte van de ontwikkelingen rondom ambulancevervoer op Voorne-Putten. Hieruit bleek onder andere dat er geen problemen gemeld waren over de 45-minutennorm en geen problemen werden gemeld met betrekking tot zogenoemde 112 patiënten. Wel werden de rijtijden van de afzonderlijke ambulances langer en werden meer ritten gemaakt. Opgemerkt dient te worden dat het de zomervakantieperiode betrof en de belasting van de infrastructuur daarvan mogelijk in dat licht moet worden beschouwd.

Intensive care en operatieprogramma

In juni 2013 maakte de Raad van Bestuur van het RPZ een start met de afbouw van de intensive care afdeling en een start van de highcare afdeling. Vanaf de start van het SMC was besloten dat er geen intensive care/high care afdeling zou zijn. Dit had direct gevolgen voor de categorie patiënten die in het SMC geopereerd en verpleegd konden worden.

Voor het operatieprogramma geldt nu dat patiënten met ASA klasse III en IV niet in het SMC kunnen worden geopereerd en opgenomen. Voor colorectale chirurgie geldt dat deze niet in het SMC plaatsvindt.

Op 21 augustus 2013 bracht de inspectie een onaangekondigd TOP (toezicht operatief proces) bezoek aan het SMC. De inspectie constateerde dat het operatieve proces in het SMC voldoet aan de voorwaarden voor verantwoorde zorg.

Daarnaast moeten ook patiënten met haemodynamische instabiliteit, sepsis, hoogenergetisch trauma, acute buik, neurotrauma, (dreigend) infarct, ernstige ritmestoornissen, tractus digestivus bloedingen, ernstige allergische reacties, ernstige COPD/astma en twijfelsituaties worden doorverwezen naar andere ziekenhuizen.

Het SMC maakte de keuze voor een stabilisatiekamer op de SEH, later spoedpost, in te richten. Deze werd bemand door twee IC-verpleegkundigen, één van de twee arts-assistenten die op de spoedpost aanwezig was en als hoofdbehandelaar de anesthesioloog.

Gezien de onrustige fase en de bezwarende omstandigheden waaronder de medisch specialisten in het SMC moesten werken (onzekere toekomst, geen deel van medische staf maar wel verantwoordelijk voor uitvoering) verzocht de inspectie in juni 2013 aan de directie het beleid stabilisatiekamer aan te scherpen. Deze kamer is bedoeld voor alle patiënten die zowel in klinische als in poliklinische setting intensieve zorg nodig hebben ter stabilisatie van de situatie, tot dat de patiënten vervoerd kunnen worden naar een ander ziekenhuis, waar langdurige intensieve zorg gewaarborgd is.

Bij de onaangekondigde inspectiebezoeken aan de SEH, later spoedpost, bleek dat men zich aan deze afspraak hield. De IC verpleegkundigen voor de stabilisatiekamer rouleren (op de IC's) in de andere ziekenhuizen om hun vaardigheden op peil te houden. Daarnaast wordt er dagelijks 's avonds visite gelopen op alle afdelingen om te bezien of de nacht veilig kan aanvangen door de dienstdoende intensivist.

Spoedeisende hulp (SEH)

De afdeling spoedeisende hulp wordt bemand door SEH-verpleegkundigen en arts-assistenten. De supervisie van de arts-assistenten is belegd bij de medisch specialisten van het SMC. Hiërarchisch vallen zij onder het hoofd SEH.

Het betreft basisartsen die ongeveer een half jaar als arts-assistent niet in opleiding werkzaam zijn, die wel het theoretische traject in START-class en/of FCCS maar beperkte routine en ervaring hebben. Half juli 2013 hebben de arts-assistenten met de langste dienstverbanden wegens aanvaarden van een andere baan het SMC verlaten. Tijdens een onaangekondigd inspectiebezoek bleek dat de vervanging van de arts-assistenten moeizaam verliep en dat dit gepaard ging met problemen in verband met borging van het dienstrooster.

De inspectie stuurde in juli 2013 aan op aanscherping van het beleid en borging van de maatregel dat er 24/7 twee arts-assistenten in huis aanwezig zijn die, met back-up van de anesthesioloog, de eerste noodzakelijke maatregelen kunnen treffen indien spoedeisende en levensreddende (be)handelingen noodzakelijk zijn.

De inspectie verzocht de directie a.i. om heldere zorgafbakening en aanscherping van het zorgaanbod op de spoedeisende hulp.

De directie a.i. voerde in samenspraak met de medisch specialisten deze aanscherping door en stelde de ambulancediensten en huisartsen daarvan in kennis. De arts-assistenten, medisch specialisten en het personeel SEH werden geïnstrueerd zich aan deze afspraken te houden en daar naar te handelen.

Triage van patiënten die door een huisarts worden aangeboden, wordt nu, in tegenstelling tot wat voorheen gangbaar was, uitgevoerd door de spoedarts (arts-assistent) met back-up van de betreffende medisch specialist.

Omdat in het SMC vanaf 16 juli 2013 de voorziening voor isolatie met drukhiërarchie niet meer gebruikt kon worden, stuurde de inspectie aan op aanscherping van het triagebeleid (preventie) infectieziekten.

Bij de onaangekondigde inspectiebezoeken is gebleken dat men zich aan deze afspraak houdt.

De planning was dat de SEH vanaf 1 oktober 2013 zou functioneren als spoedpost. Hiervoor zijn intensieve gesprekken gevoerd met de huisartsenpost en de huisartsen uit de omgeving.

De inspectie voorzag hier een kritische fase waarbij de afbakening van zorg een centraal aspect moest zijn. Daar waar spoedzorg aangeboden zou worden moest dit verantwoord en veilig plaats kunnen vinden met reële verwachtingen van ketenpartners.

Sinds 1 oktober 2013 is er geen SEH meer, maar is een spoedpost operationeel waar patiënten tussen 08.00-21.00 uur van maandag tot en met vrijdag op verwijzing van de huisarts kunnen worden gepresenteerd. Buiten deze uren verwijzen de huisartsen naar de SEH van andere ziekenhuizen. Eén arts-assistent en blijft 24/7 aanwezig in het SMC. Sedert 1 februari 2014 is de spoedpost 24/7 geopend, dus ook in het weekend. De anesthesist is niet 24/7 aanwezig in het SMC. Verwijzing vindt plaats op basis van een bekend zorgaanbod dat door het SMC binnen ROAZ-verband is vastgesteld.

Het beleid rondom de afspraken spoedpost SMC wordt in de praktijk tot op heden nageleefd en vraagt aanhoudend aandacht van alle betrokkenen als het gaat om de compliance rondom afspraken zorgafbakening alsmede de continue kort durende laag complexe specialistische zorg in het SMC.

Cardiologie

Bij de start van het SMC in juli 2013 bleek dat, tegen de eerder gemaakte afspraak van de inspectie met de RvB van het RPZ in, een wijziging had plaatsgevonden met betrekking tot de aanwezigheid van een cardioloog in het SMC.

De inspectie eiste naleving van de afspraak dat er binnen kantooruren voortdurend een cardioloog aanwezig diende te zijn in het SMC.

De directie voldeed binnen de gestelde termijn aan de eis van de inspectie. De feitelijke bemanning werd geleverd door de cardiologen uit het Maasstad ziekenhuis en het Ikazia ziekenhuis.

Bij de onaangekondigde inspectiebezoeken is gebleken dat men zich aan deze afspraak hield.

In de periode van juni tot en met oktober 2013 werden de cardiologische poliklinische faciliteiten uitgebreid. Hiervoor zijn vanuit de maatschap Cardiologie Maasstad ziekenhuis cardiologen 'Chefs de Clinique' aangenomen.

Neurologie

Tot 17 juli 2013 was in het SMC sprake van een stroke unit die bemand werd door verpleegkundigen die geschoold waren in de acute neurologie. Bij de behandeling van het CVA was 24/7 mogelijkheid van het maken van een CT-scan en start van trombolysen volgens protocol en binnen de noodzakelijke tijdsplanning.

Dit is bij de onaangekondigde inspectiebezoeken geverifieerd.

Behandeling van een CVA patiënt is een risicovolle handeling.

De neurologen van het SMC besloten op basis van de veranderende omstandigheden, met name het ontbreken van de IC danwel HC, niet langer de verantwoordelijkheid te willen nemen voor de opvang van patiënten met een acuut neurologisch probleem (merendeels betreft dit CVA-patiënten).

In overleg met de neurologen uit het Maasstad Ziekenhuis, het Ikazia Ziekenhuis en het van Weel Bethesda Ziekenhuis werd besloten eerder dan de oorspronkelijke planning te stoppen met de behandeling van patiënten met een acuut neurologisch probleem. Dit werd gecommuniceerd met de ambulancedienst, de huisartsen in de regio en de zorgverzekeraars.

Bij de onaangekondigde inspectiebezoeken is gebleken dat men zich aan deze afspraak houdt en dat de veiligheid voor deze patiëntengroep is gewaarborgd.

Kindergeneeskunde en verloskunde

Klinische kindergeneeskunde zou vanaf 1 januari 2014 geen deel uitmaken van het zorgprofiel van het SMC. In voorbereiding daarop was een sluiting van de klinische afdeling neonatologie en pediatrie voorzien op 1 oktober 2013.

Door de naderende sluiting solliciteerden veel verpleegkundigen van de kinderafdeling elders. Hierdoor was inzet van oproepkrachten nodig om het dienstrooster verantwoord in te plannen.

Dit leverde een potentieel kwaliteitsrisico op: de oproepkrachten waren minder vertrouwd met de werkwijze op de afdeling en het rooster was zeer kwetsbaar: onverwachte uitval van personeel (bijvoorbeeld door ziekte) zou moeizaam opgevangen kunnen worden.

In overleg met de kinderartsen van het SMC, het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis, het Ikazia Ziekenhuis en het Maasstad Ziekenhuis besloot de directie a.i. de kinderafdeling per 1 september 2013 vervroegd te sluiten. Het beschikbare deskundige personeel kon daardoor ingezet worden op de couveuze-afdeling. Deze bleef tot 1 oktober 24/7 geopend voor post-natale opvang van kinderen.

De ketenpartners werden daarover tijdig geïnformeerd.

De inspectie hield met onaangekondigde bezoeken toezicht op de wijze waarop de verloskunde en de postnatale opvang was geregeld en gewaarborgd. De onaangekondigde inspectiebezoeken tijdens de avonduren na sluiting van de afdeling lieten een verantwoorde situatie zien. Deskundige bemensing van de couveuseafdeling en beschikbaarheid van kinderartsen voor zowel de verloskundeafdeling als de couveuseafdeling was gegarandeerd.

De toekomstige sluiting van de verloskunde is voorbereid met de ketenpartners in de eerste lijn, het ROAZ en de maatschappen uit de drie andere ziekenhuizen. Hiervoor is een stuurgroep ingesteld.

De nieuwe situatie wordt door de gehele keten gezamenlijk goed opgepakt.

De achterwachtregeling van de verloskundigen was in het laatste kwartaal 2013 nog niet geregeld. Zij hebben met drie praktijken geopteerd voor een extra verloskundige. Er zijn indicaties dat zij hiervoor tijdelijk (tot eind 2014) financiering krijgen.

Alle medische dossiers 'verloskunde' in Spijkenisse zijn gescand en ingelezen en worden nu tijdens een consult digitaal bijgewerkt. De drie coöperatie ziekenhuizen kunnen via een inbelverbinding het medisch dossier van de zwangere lezen. Gegevens hieruit moeten dan weer ter plaatse worden ingevoerd. Het is dus niet een digitaal dossier.

Dit betreft een provisorische tussenoplossing. De stuurgroep, zoals hierboven vermeld, dringt aan op een versnelde overschakeling op MOSOS-O met koppeling aan de eerste lijn, die voor de langere termijn is gepland.

De directie a.i. en het ROAZ besloten dat de verloskunde verantwoord kon worden overgedragen aan de andere ziekenhuizen.

Eind september 2013 meldde de provincie dat de Hartelbrug, een belangrijke toegangsroute tot het eiland Voorne-Putten, in onderhoud werd genomen en daardoor tijdelijk buiten gebruik gesteld werd. De Raad van Bestuur besloot in overleg en afstemming met het ROAZ en de coöperatieziekenhuizen het beëindigen van de verloskunde faciliteit in het SMC uit te stellen tot 4 november 2013.

Het benodigde personeel voor de afdeling neonatologie kon in overleg met de coöperatieziekenhuizen worden gewaarborgd. In december 2013 besloten de directie a.i. en de voorzitters van de medische staven van de drie coöperatieziekenhuizen na overleg met de vakgroepen kindergeneeskunde in de drie ziekenhuizen de samenwerking met drie van de vier kinderartsen niet te verlengen.

Oncologie

Voor oncologische zorg zijn in het nieuwe zorgmodel aanpassingen gepland, die in de overgangsfase geleidelijk worden doorgevoerd. Patiënten die starten met chemotherapie worden in het Maasstad Ziekenhuis "opgestart". Poliklinische oncologie vindt wel in het SMC plaats. De diagnostiek en voorbereiding vinden onveranderd plaats in het SMC. Dit geldt ook voor de multidisciplinaire oncologiebespreking.

In de gesprekken met de medisch specialisten is door hen bevestigd dat de zorg aan deze patiëntcategorie binnen de gemaakte afspraken door hen wordt verleend.

In het laatste kwartaal van 2013 is een start gemaakt met een plan voor oncologische patiënten om bepaalde oncologische zorg in het SMC op een veilige wijze te laten plaatsvinden. Sedert 1 februari 2014 vindt oncologie (behandeling) weer plaats in het SMC.

Conclusie

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) is van oordeel dat tijdens de overgangsfase, die ontstond na het faillissement van het Ruwaard van Putten ziekenhuis (RPZ) op 24 juni 2013 en de start van het Spijkenisse Medisch Centrum (SMC), er sprake was van een situatie die mogelijk kon leiden tot risicovolle omstandigheden voor het leveren van verantwoorde en veilige patiëntenzorg in het SMC. De directie a.i. van het SMC heeft in periode vanaf 24 juni 2013 tot en met december 2013 in voldoende mate de juiste voorzieningen getroffen om de patiëntenzorg in het SMC op verantwoorde en veilige manier te laten plaatsvinden.

Het uitgangspunt was dat de veiligheid en kwaliteit van de patiëntenzorg vanaf de start van het SMC in juni 2013 en gedurende het gehele proces van zorgafbakening en verandering zo goed als mogelijk gewaarborgd waren.

Het toezicht van de inspectie is gedurende de onderzoeksperiode steeds gericht geweest op het toetsen van de randvoorwaarden voor verantwoorde zorg. De conclusie tijdens en na deze periode is dat er, ondanks grote potentiële risico's, steeds maximaal is gepresteerd om toch aan de randvoorwaarden te kunnen voldoen. Daarbij zijn de medewerkers en ketenpartners (waaronder in het bijzonder maar niet uitsluitend de deelnemers van het ROAZ en verloskundige ketenpartners) voldoende geïnformeerd over het nieuwe zorgaanbod en zorgafbakening van het SMC. De directie a.i. heeft zich voldoende ingespannen om de communicatie aan de patiënten aangaande het zorgprofiel en de zorgafbakening zo optimaal mogelijk vorm te geven.

De verantwoorde zorg voor de patiënt wordt tot op heden afgestemd met zorgverzekeraars, ketenpartners en de andere (coöperatie)ziekenhuizen waarbij de veiligheid van de patiëntenzorg leidend is.

4 Handhaving

4.1 **Maatregelen**

Het SMC valt onder het reguliere risicotoezicht van de inspectie waarbij toezichtactiviteiten zoals het jaargesprek, indicatoren en incidententoezicht in 2014 plaats zullen vinden.

Daarnaast zal de inspectie aandacht blijven geven en verantwoording blijven vragen aan de Raad van Bestuur betreffende de governance (waaronder de RvC, RvB en medisch specialisten), spoedzorg, zorgafbakening en communicatie.

Mocht er aanleiding zijn dan zal de inspectie haar toezicht intensiveren.