



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport



Beeld: © Frank Muller / ANP

Verbeterdoelen Basisset MSZ in beeld

Voor u ligt de eerste en vernieuwde publicatie van de jaarlijkse terugkoppeling van de resultaten van de verbeterdoelen vanuit de Basisset medisch specialistische zorg (MSZ) 2021. Met deze publicatie en de inspiratiesessie op 3 oktober 2022 over het verbeterdoel ‘optimaal pijnbeleid’ en hiervan de ‘rode draad’, menen wij ziekenhuizen en particuliere klinieken met elkaar te verbinden om van elkaar te leren en te verbeteren. Naast deze publicatie ontvangen de individuele ziekenhuizen feedback op maat van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ).

Vijf verbeterdoelen

In de Basisset MSZ 2021 zijn vijf verbeterdoelen opgenomen:

	Antistollingsbeleid Realiseren van een optimaal antistollingsbeleid in de zorginstelling
	Continuïteit van zorg Goede continuïteit van zorg voor kwetsbare patiënten
	Pijnbeleid Realiseren van een optimaal pijnbeleid in de zorginstelling
	Nuchterbeleid kinderen Voorkomen onnodig lang nuchter zijn van kinderen in de preoperatieve fase
	Valpreventie Voorkomen van letsel en functieverlies bij (kwetsbare) ouderen ten gevolge van een val

Meerdere verbetertrajecten

In ziekenhuizen zijn meerdere verbetertrajecten geïnitieerd om de risico's passend bij de vijf verbeterdoelen te verbeteren. De inspectie ziet dat het voor ziekenhuizen een uitdaging is om, vaak door de veelheid van verbetertrajecten, een volledige verbetercyclus te doorlopen. Het is goed om focus aan te brengen in de vele verbetertrajecten en het eigenaarschap van een thema duidelijk te bepalen.

Het is de inspectie opgevallen dat de ziekenhuizen niet altijd een duidelijke link maken tussen de metingen en de verbetermaatregel. In de *plan-do-check-act* cyclus volgt na planvorming (P), de uitvoering van het plan (D) en een evaluatie door bijvoorbeeld een meting of audit (C) en de daaruit volgende verbetermaatregelen (A). De inspectie ziet dat direct verbetermaatregelen worden geformuleerd waarbij de link met de uitgevoerde evaluatie niet altijd navolgbaar is. De evaluatie moet de basis voor de verbetermaatregelen zijn.

Goede voorbeelden zijn duidelijk naar voren gekomen waar anderen van kunnen leren om zo hun proces te verbeteren. Het is een mooi leerproces, waarin ook wij samen met de samenwerkende partners leren en verbeteren. Wij kijken uit naar de dialoog over de verbeterdoelen en de resultaten over 2022.

Tot slot

Het is goed om te merken dat zorgprofessionals werkzaam in ziekenhuizen en particuliere klinieken enthousiast zijn over de nieuwe ontwikkelingen binnen de Basisset MSZ. Er wordt meer ruimte gegeven aan ziekenhuizen en particuliere klinieken om aan te geven hoe zij hun verantwoordelijkheid voor goede zorg hebben ingevuld. Het aangaan van de dialoog is een belangrijk element in het kader van leren en verbeteren van elkaar. De komende jaren staat in de Basisset MSZ, samenwerken aan kwaliteit en veiligheid van de zorg, centraal.

De Basisset medisch specialistische zorg (MSZ) is tot stand gekomen in samenwerking met:

- Federatie Medisch Specialististen (FMS)
- Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU)
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)
- Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN)

De Basisset MSZ bevat onder andere verbeterdoelen. Een verbeterdoel betreft een risicovol onderwerp in de medisch specialistische zorg, is bedoeld om het betreffende risico te verminderen en de kwaliteit van zorg te verbeteren. De instellingen moeten per verbeterdoel aan de inspectie aantonen dat (en hoe) zij het risico beheersen en een sluitende verbetercyclus voor het onderwerp bezitten. Hoe zij dit aantonen mag een instelling zelf bepalen, zolang dit objectief en navolgbaar is.



Verbeterdoel antistolling

Het verbeterdoel stimuleert veilig gebruik van antistollingsmedicatie.

Antistolling

Antistollingsmedicatie wordt veel voorgeschreven aan patiënten. Aan het gebruik van deze medicatie zijn risico's verbonden. Want te veel kan leiden tot bloedingen en te weinig kan leiden tot infarcten of recidief trombose. Daarnaast neemt de complexiteit van de zorg voor patiënten die antistollingsmedicatie gebruiken toe. Dit komt door een toenemend aantal verschillende typen middelen in combinatie met een toenemend aantal oudere patiënten met meerdere aandoeningen.

Veilig gebruik van antistollingsmedicatie bestaat uit vijf elementen

1. beschikken over een antistollingsprotocol (de afgesproken regels);
2. een verbetercyclus van dit antistollingsprotocol;
3. afspraken over hoe de lokale antistollingsexpertise georganiseerd is;
4. de borging van lokale antistollingsexpertise binnen en buiten kantooruren;
5. en een verbetercyclus op het gebied van lokale antistollingsexpertise.

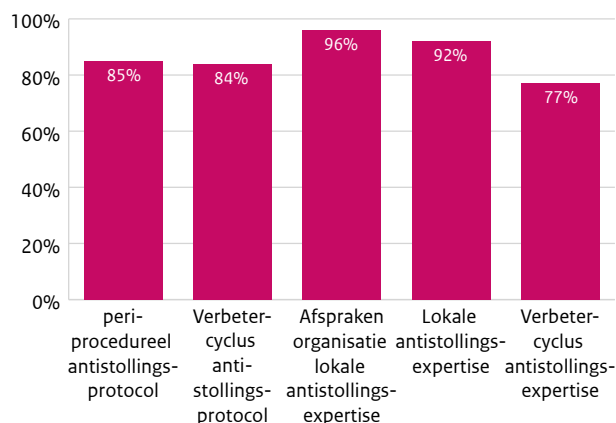
Landelijk beeld

75 Nederlandse ziekenhuizen leverden een uitwerking van het verbeterdoel aan. Onderstaande grafiek toont de score van Nederlandse ziekenhuizen op de vijf elementen van het verbeterdoel antistolling. De grafiek gaat over 2021.

Zes ziekenhuizen hebben alle bovenstaande elementen van het verbeterdoel op orde, één ziekenhuis heeft geen van bovenstaande elementen van het verbeterdoel op orde.

De IGJ constateerde dat het 'peri-procedureel antistollingsprotocol' (de afgesproken regels) vaak opgesteld is door een antistollingscommissie. Hierin staan de afspraken over antistollingsmedicatie. Belangrijk is dat ook de verantwoordelijkheden en communicatie met zorgverleners en patiënten zijn vastgelegd. In de verbetercyclus van het antistollingsprotocol moet daarbij aandacht zijn voor eventuele aanpassingen in de landelijke richtlijn. Ook is het belangrijk om andere zorgprofessionals hierin mee te nemen.

Antistolling



Goede voorbeelden ter inspiratie

De IGJ heeft gezien dat er goede voorbeelden zijn van ziekenhuizen die in grote lijnen het verbeterdoel hebben geregeld. Deze ziekenhuizen maken plannen om de zorg op het gebied van antistolling te verbeteren en voeren deze plannen uit. Vervolgens meten ze of dit het gewenste effect heeft en indien nodig stellen ze het beleid bij (*plan-do-check-act* of verbetercyclus).

Verder zagen we de volgende inspirerende voorbeelden:

- We zagen een mooi voorbeeld van een ziekenhuis dat de route van een patiënt door een zorgproces beschrijft. Het ziekenhuis beschrijft hierin hoe zij de kwaliteit van antistollingzorg op een systematische manier bewaakt en verbetert. Het is niet duidelijk of dit ziekenhuis dit eenmalig heeft gedaan of dat zij dit structureel doen. Dit ziekenhuis stelde voor zichzelf scherp geformuleerde doelen. Daarnaast gaf de raad van bestuur een heldere eigen reflectie. Het is mooi om te zien dat de raad van bestuur van dit ziekenhuis goed op de hoogte is van wat goed gaat en wat beter kan. En dat zij hierin een actieve en stimulerende rol neemt.
- We zagen ook goede voorbeelden van actieve antistollingscommissies die meerdere keren per jaar interne audits uitvoeren en dossieronderzoek doen op antistollingsmedicatie. Hierbij werd onderzocht of het ontbreken van antistollingsmedicatie terecht was en of bij voorgeschreven antistollingsmedicatie de indicatie en dosering klopte. Verder werden incidenten geanalyseerd en was aandacht voor scholing van zorgprofessionals, bijvoorbeeld door een jaarlijks symposium antistollingsmedicatie.
- Het is mooi om te zien dat ziekenhuizen ook oog hebben voor verdere ontwikkelpunten. Bijvoorbeeld een ziekenhuis dat het verbeterdoel goed geregeld heeft. Dit ziekenhuis gaat extra aandacht besteden aan het bevorderen van kennis van antistollingsmedicatie onder zorgprofessionals. De IGJ vindt dit een mooi voorbeeld van extra inspanning en doorontwikkeling van het verbeterdoel.

Hoe verder

Dit is de eerste keer dat het verbeterdoel is uitgevraagd. De IGJ concludeert dat deze eerste resultaten een goede uitgangspositie zijn voor het verder verbeteren van het veilig gebruik van antistollingsmedicatie in Nederland. Hierbij is het goed dat ziekenhuizen van elkaar leren en verbeteren.

Richtlijn

[Landelijke Standaard Keten zorg Antistolling](#) voor de eerste- en tweedelijnszorg; versie 2, 2014



Verbeterdoel goede continuïteit van zorg voor kwetsbare patiënten

Het verbeterdoel stimuleert een goede overdracht na ontslag of overplaatsing uit het ziekenhuis.

Goede overdracht

Een goede overdracht na ontslag of overplaatsing is op tijd, kent duidelijk gedefinieerde verantwoordelijkheden, is compleet en correct. Een goede overdracht is noodzakelijk, zodat de opvolgend zorgverlener adequate (na)zorg kan geven. Dit kan de huisarts, specialist ouderengeneeskunde of thuiszorg zijn. In de eerste twee weken na ontslag of overplaatsing hebben patiënten vaak de meeste vragen of problemen. Als de huisarts, specialist ouderengeneeskunde of thuiszorg niet op de hoogte is van wat er in het ziekenhuis is gebeurd kunnen onveilige situaties ontstaan.

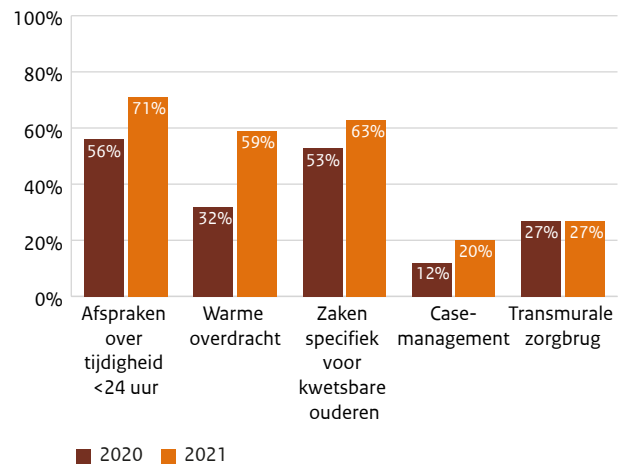
Landelijk beeld

75 ziekenhuizen leverden een uitwerking van het verbeterdoel aan. Wij zien een duidelijke verbetering vergeleken met vorig jaar. Wij zetten de uitkomsten op een rijtje:

- Meer aandacht voor de tijdigheid van de overdracht (binnen 24 uur na ontslag). In het weekend is dit nog een aandachtspunt.
- Meer 'warme' overdrachten (via persoonlijk contact).
- Meer specifieke aandacht voor de overdracht van kwetsbare ouderen.
- Wat meer ziekenhuizen organiseren casemanagement (één eerste aanspreekpersoon voor een patiënt).
- Het aantal ziekenhuizen dat met regiopartners een transmurale zorgbrug organiseert, is gelijk gebleven.
- Een aantal ziekenhuizen evalueert met ketenpartners de kwaliteit van de overdracht. Dit is een goede ontwikkeling die de inspectie van harte ondersteunt.

Onderstaande grafiek geeft een overzicht van het percentage Nederlandse ziekenhuizen dat 5 kenmerken van goede continuïteit van zorg voor kwetsbare groepen geborgd heeft. De grafiek toont de percentages van 2020 en 2021.

Kenmerken goede continuïteit van zorg



Goede voorbeelden ter inspiratie

De inspectie zag dat een aantal ziekenhuizen structureel met ketenpartners de kwaliteit van de overdracht evalueert. Goede continuïteit van zorg is afhankelijk van meerdere partners, een evaluatie met deze partners over de kwaliteit van de overdracht juicht de inspectie toe. Het is goed om bij de opvolgende zorgprofessional na te gaan of de aangeboden informatie voldoende was om de zorg voor de patiënt te continueren.

Verder viel op dat meerdere ziekenhuizen continue tijdige overdracht (< 24 uur na ontslag) monitoren. Door een continue monitoring heeft een ziekenhuis zicht op de kwaliteit van zorg en kan deze indien nodig tijdig bijsturen.

De inspectie zag ook meer zogeheten regionale transmurale zorgbrug in de ziekenhuizen. Hierbij bezoekt een wijkverpleegkundige een oudere patiënt al in het ziekenhuis. De wijkverpleegkundige begeleidt de patiënt in de thuissituatie, samen met de huisarts en mantelzorg. Ook andere samenwerkingsverbanden worden vormgegeven om een warme overdracht te realiseren. Bijvoorbeeld door het kunnen volgen van een kwetsbare patiënt door de huisarts tijdens de opname en behandeling. Hierbij is afstemming tussen medisch specialist en huisarts aan het begin en einde van een opname. En ook op indicatie bij belangrijke momenten, zoals bij belangrijke uitslagen en grote beleidswijzigingen. Het persoonlijk contact (warme overdracht) tussen de verschillende zorgprofessionals van de patiënt vergroot de kans dat de patiënt de juiste zorg krijgt bij ontslag of overplaatsing.

Drie ziekenhuizen hebben aangetoond dat zij de verbetercyclus continue doorlopen en hebben het thema daarmee geborgd. Deze drie ziekenhuizen hoeven de uitwerking van het verbeterdoel 'Goede continuïteit van zorg voor kwetsbare patiënten' niet meer bij ons aan te leveren. Want we vertrouwen erop dat deze ziekenhuizen aan het verbeterdoel blijvend aandacht zullen besteden. De betrokken ziekenhuizen zijn hierover geïnformeerd.

Richtlijn

[Leidraad Zorgpad kwetsbare ouderen in het ziekenhuis en over de keten heen van de NVKG \(2018\)](#)
[Richtlijn Informatie-uitwisseling van Huisarts en medisch specialist \(HASP\) van de NHG \(2017\)](#)



Verbeterdoel optimaal pijnbeleid

Het verbeterdoel stimuleert een optimaal pijnbeleid.

Optimaal pijnbeleid

Pijn is een belangrijk signaal voor het lichaam en kan leiden tot een verminderde kwaliteit van leven. Het is belangrijk dat pijn bij alle patiënten tijdig herkend en behandeld wordt, zodat de zorg verbetert en er minder risico's zijn voor patiënten.

Een optimaal pijnbeleid bevat zes elementen

1. een pijnbeleid
2. een infrastructuur, zoals een pijnservice
3. goede toegang tot expertise;
4. een passend signaleringssysteem
5. aandacht voor beheersing van gebruik pijnmedicatie
6. aandacht voor niet-farmacologische interventies bij pijn.

Landelijk beeld

76 Nederlandse ziekenhuizen leverden een uitwerking van het verbeterdoel aan. De uitkomsten van deze eerste aanlevering geven het volgende beeld:

- **92% van de ziekenhuizen beschikt over een pijnbeleid.**
Het valt op dat ziekenhuizen vaak meerdere protocollen hebben. Hierbij is niet duidelijk hoe deze protocollen zich tot elkaar verhouden. Een overkoepelend pijnbeleid ontbreekt vaak. Ook vraagt een specificatie van pijnbeleid naar kwetsbare groepen, zoals ouderen of kinderen, nog vaak verdere uitwerking. Hierdoor is er een risico voor individuele patiënten of een hele categorie patiënten om niet de juiste pijnbehandeling te krijgen. Dit moet voorkomen worden.
- **96% van de ziekenhuizen geeft aan te beschikken over een pijnservice.**
De kwaliteit van de pijnservice is door ziekenhuizen nog onvoldoende beoordeeld. Een enkel ziekenhuis heeft de evaluatiecriteria voor een pijnservice (benoemd in de Basisset MSZ 2021) gebruikt om te bepalen of sprake is van een adequaat ingerichte pijnservice.
- **89% van de ziekenhuizen biedt zorgverleners adequate toegang tot expertise op het gebied van pijn in de zorginstelling.**
De ziekenhuizen die hier nog niet aan voldoen, kunnen leren en verbeteren.

- **89% van de ziekenhuizen beschikt over een passend signale-ringssysteem voor het opsporen van pijn.**

Onbeantwoord blijft nog de vraag of dit systeem ook aandacht besteedt aan specifieke groepen patiënten met een verhoogd risico op pijn, de frequentie van pijnmeting en registratie. Ook mist concreet beleid waarbij een pijnmeting verbonden wordt met een actie, zowel analyse als behandeling.

- **79% van de ziekenhuizen besteedt aandacht aan het beheersen van het gebruik van pijnmedicatie.**

Bij pijnmedicatie die potentieel verslavend is, is dat in veel ziekenhuizen het geval. Het beeld is nog niet scherp voor het beheersen van pijnmedicatie in het kader van maatschappelijke verantwoordelijkheid voor duurzaamheid. Het gaat dan om bijvoorbeeld het voorkomen van onnodig/ te veel voorgeschreven medicatie.

- **83% van de ziekenhuizen besteedt aandacht aan niet-farmacologische interventies bij pijn.**

Ziekenhuizen doen er goed aan te analyseren in hoeverre niet-farmacologische interventies in praktijk worden toegepast. Ziekenhuizen die geen aandacht besteden aan niet-farmacologische interventies worden opgeroepen om te leren van die ziekenhuizen die dit breed inzetten.

Goede voorbeelden ter inspiratie

- De IGJ zag ziekenhuizen met een algemeen pijnbeleid met hierbinnen een pijnbeleid gedifferentieerd naar specifieke patiëntgroepen. Zoals klinisch opgenomen patiënten (postoperatief en niet postoperatief) en patiënten in dagopname. Ook zijn er goede voorbeelden die optimaal pijnbeleid differentiëren naar specifieke aandoeningen. Zoals ouderen, kinderen, patiënten oncologie, cardiologie, obstetrie en psychiatrie.
- Meerdere ziekenhuizen hebben ziekenhuisbrede en multidisciplinaire commissies. We zagen dat het eigenaarschap voor de pijnprotocollen van alle patiëntencategorieën goed belegd was. Zo is oog voor de specifieke behoeften passend bij de aandoening van de patiënt én houdt het ziekenhuis eenheid in het pijnbeleid voor alle patiënten.
- Ook zag de IGJ een ziekenhuis dat het vaker dan één keer per dag meten van pijn overlaat aan de professionele autonomie van zorgprofessionals. Om zicht te hebben op de resultaten, heeft dit ziekenhuis een dagelijkse monitoring van pijn bij patiënten. Het ziekenhuis toont hiermee dat zij het eigenaarschap bij de zorgprofessionals legt. Tegelijk zorgt het voor centrale informatie en informatie voor de zorgprofessionals om, waar nodig, bij te kunnen sturen.
- Een ander goed voorbeeld zagen we bij een ziekenhuis waar de evaluatie en bijstelling van het pijnbeleid, op patiëntniveau, onderdeel is van de dagelijkse visite en verpleegkundige overdracht. Het standaard analyseren van incidentmeldingen waarbij het onderwerp 'pijn' aan de orde is, betrof een voorbeeld van een ander ziekenhuis. Goed om te zien hoe deze ziekenhuizen standaard alle aspecten van optimaal pijnbeleid evalueren en gericht verbetermaatregelen benoemen.

Op 3 oktober 2022 organiseerde de IGJ samen met haar samenwerkingspartners een [inspiratiesessie](#) 'Optimaal pijnbeleid'. Een rode draad vanuit de inspiratiesessie vindt u hier.

Richtlijn

- Richtlijn Postoperatieve pijn. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie; 2012.
- Richtlijn Diagnostiek en behandeling van pijn bij patiënten met kanker modulaire herziening. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie; 2015.
- Multidisciplinaire richtlijn Pijn. Herkenning en behandeling van pijn bij kwetsbare ouderen. Deel 1,2,3. Met herziene tekst. (ISBN 978-90-74785-11-2). Utrecht: Verenso; 2016.
- Richtlijn Pijnbehandeling bij traumapatiënten in de spoedzorgketen. (ISBN 978-90-811641-4-6). Nijmegen: Nederlandse Vereniging Spoedeisende Hulp Verpleegkundigen; 2010.
- Richtlijn Palliatieve zorg bij kinderen. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde; 2013.
- Richtlijn Pijnmeting en behandeling van pijn bij kinderen. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde; 2007.
- Herziene richtlijn analgesie en sedatie voor volwassen patiënten op de intensive care. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Intensive Care; 2013.
- Richtlijn Pijn in: Palliatieve zorg, Richtlijnen voor de Praktijk. Utrecht: Vereniging van Integrale Kankercentra (VIKC); 2010.



Verbeterdoel voorkomen onnodig lang nuchter zijn van kinderen in de preoperatieve fase

Het verbeterdoel stimuleert dat kinderen niet onnodig lang nuchter zijn voor heldere vloeistoffen voor een operatie.

Nuchterbeleid kinderen

Het nuchter houden van de patiënt is belangrijk om inademing van voedsel in de longen te voorkomen bij een ingreep onder narcose. Het te lang nuchter zijn is echter niet zonder risico. Zo kunnen de bloedglucosewaarden te laag worden en kan de bloeddruk dalen. Ook kan het onnodig lang nuchter zijn leiden tot stress en discomfort.

Goed nuchterbeleid bij kinderen bestaat uit verschillende elementen

In Nederland is door de kinderanesthesiologen afgesproken dat kinderen tot kort voor de operatie nog heldere glucose houdende dranken mogen drinken (6-4-0/1 principe). Het komt te vaak voor dat kinderen onnodig lang nuchter zijn voor een operatie. Dit komt onder andere door miscommunicatie of organisatorische problemen. Het is van belang dat informatie in begrijpelijke taal zowel schriftelijk als mondeling gegeven wordt aan ouders/verzorgers en het kind. Daarnaast moeten er tussen de operatiekamer en de verpleegafdeling van het ziekenhuis goede werkafspraken zijn over hoe te handelen als een ingreep later is dan gepland.

Landelijk beeld

73 Nederlandse ziekenhuizen leveren een uitwerking van het verbeterdoel aan. De IGJ concludeert dat er een duidelijke verbetering is ten opzichte van vorig jaar.

- Bijna alle ziekenhuizen die kinderen opereren, verstrekken tijdens het preoperatief consult zowel mondeling als schriftelijk informatie over het risico van te lang of te kort nuchter zijn aan ouders/verzorgers en kind.
- Ook zijn in de meeste ziekenhuizen werkafspraken vastgelegd tussen de verpleegafdeling en de operatieafdeling over hoe te handelen bij dreigend uitstel van de ingreep. Deze werkafspraken bevatten hoe voorkomen kan worden dat het kind te lang nuchter is én hoe de informatievoorziening naar ouders/verzorgers en kind verloopt.
- Ongeveer de helft van de ziekenhuizen geven in de toelichting aan hoe het beleid in praktijk gehanteerd en geëvalueerd wordt. Meerdere ziekenhuizen geven aan dat in 2021 een interne audit plaatsvond op het nuchter beleid bij kinderen voor een operatie. Deze interne audits worden verricht om te onderzoeken of het nuchter beleid bij kinderen voor een operatie bekend is. De inspectie ziet dat interne audits bijdragen aan de juiste uitvoering van het beleid.
- De IGJ stelt vast dat een aantal ziekenhuizen nog het 6-4-2 principe hanteert. Dit is niet conform de landelijke richtlijn. Ziekenhuizen die nog niet handelen volgens de landelijke richtlijn, waarin het 6-4-0/1 principe wordt gehanteerd, moeten de nieuwe richtlijn alsnog implementeren.

Goede voorbeelden ter inspiratie

Goede voorbeelden zijn ziekenhuizen die laten zien dat zij plannen maken om het nuchterbeleid bij kinderen te verbeteren. Zij voeren deze plannen uit en meten vervolgens of ze het gewenste effect hebben. Indien nodig stellen zij het beleid bij (plan-do-check-act-of verbetercyclus).

- De IGJ heeft gezien dat er goede voorbeelden zijn op het gebied van informatieverstrekking aan ouders/verzorgers en kind over het risico van te lang of te kort nuchter zijn. Een mooi voorbeeld hiervan is dat ziekenhuizen aandacht hebben voor informatieverstrekking op maat, bijvoorbeeld voor anderstaligen, met behulp van filmpjes of infographics.

- We hebben ook gezien dat er ziekenhuizen zijn met goede werkafspraken tussen de verpleegafdeling en de operatieafdeling over hoe te handelen bij dreigend uitstel van de ingreep. In deze goede voorbeelden wordt helder omschreven hoe voorkomen kan worden dat het kind te lang nuchter is en hoe de informatievoorziening naar ouders/verzorgers en kind is georganiseerd.
- Een concreet voorbeeld van een ziekenhuis dat het nuchterbeleid heeft aangescherpt in 2021: Het ziekenhuis geeft aan dat het nuchterbeleid wordt besproken bij patiënten zodra zij op de afdeling komen. Kinderen mogen tot aan het oproepen voor de operatie heldere vloeistoffen nemen. Het onderwerp nuchterbeleid is in het gehele ziekenhuis op verschillende manieren onder de aandacht gebracht, bijvoorbeeld door een digitale kennisquiz. Ook is er een aanpassing in het elektronisch patiëntendossier (EPD) gedaan. Op de holding wordt het laatste moment van eten en drinken vastgelegd in het EPD. De nuchtertijden worden naar de verschillende afdelingen gecommuniceerd.

Wat kan er beter

- Er zijn ziekenhuizen die werkafspraken niet concreet hebben geformaliseerd. Het gevolg is dat bij dreigend uitstel van de ingreep ad hoc wordt geacteerd. Dit is niet bevorderlijk in het voorkomen van te lang nuchter zijn van het kind en informatievoorziening in deze. De inspectie roept ziekenhuizen die deze werkafspraken nog niet geformaliseerd en geborgd hebben op, dit alsnog te doen.
- Een aantal ziekenhuizen hanteert nog niet het 6-4-0/1 principe. Kinderen zijn dan onnodig lang nuchter voor een operatie. De inspectie roept deze ziekenhuizen op, de landelijke richtlijn alsnog te implementeren.

Richtlijnen en Handvest kind en ziekenhuis

- [Preprocedureel nuchterbeleid bij kinderen - Richtlijn - Richtlijndatabase](#). Deel I. 2.2.1. Utrecht. FMS; Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie; Nederlandse Vereniging voor Heelkunde; januari 2022.
- [SKA Nuchterbeleid bij Kinderen. Utrecht. Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie](#) – Sectie Kinderanesthesiologie ; januari 2019.
- Richtlijn Perioperatief traject. [Stap 5: Aankomst op het OK-complex - Richtlijn - Richtlijndatabase Utrecht. FMS](#); Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie; januari 2022.
- [Handvest kind en ziekenhuis](#)



Verbeterdoel valpreventie bij ouderen

Het verbeterdoel stimuleert het voorkomen van letsel en functieverlies bij (kwetsbare) ouderen ten gevolge van een val.

Valpreventie

Vallen en valgerelateerd letsel hebben grote gevolgen voor de kwaliteit van leven van de betrokken ouderen. Als ouderen ten val komen heeft dat vaak ernstige gevolgen voor hun zelfstandigheid, zelfredzaamheid en mobiliteit.

De groep patiënten met valgerelateerd letsel is ook de groep waarvoor preventie van een herhaalde val belangrijk is. Want er is een verhoogd risico, omdat een eerdere val de belangrijkste voorspeller is voor herhaald vallen. Ook zijn er mogelijke gevolgen van de val, waaronder functieverlies. Ook dit kan een valrisico opleveren.

Goede valpreventie bestaat uit vijf elementen

Onderdeel van een goede behandeling van een oudere patiënt na een val moet dan ook de preventie van een herhaalde val zijn. Hierbij zijn vijf elementen van belang:

1. beleid op de SEH (spoed eisende hulp) om een valrisico in te schatten bij patiënten die zich op de SEH presenteren na een val;
2. een multifactoriële (bestaande uit meerdere factoren) valrisicobeoordeling op zowel SEH als tijdens opname;
3. regionale afspraken met ketenpartners hierover;
4. bij een verhoogd risico een interventie op zowel SEH als tijdens een opname;
5. inzage in veranderingen in (aantal) valincidenten.

Landelijk beeld

75 ziekenhuizen leverden een uitwerking van het verbeterdoel aan. Onderstaande grafiek geeft de score van Nederlandse ziekenhuizen op de vijf elementen van valpreventie.

- **75% van de ziekenhuizen heeft beleid op de SEH voor de signalering van valrisico.**

Het verbeterdoel richt zich op patiënten die op de SEH binnenkomen ten gevolge van een val en om herhaling hiervan te voorkomen. Het is de vraag of de ziekenhuizen dat helder voor ogen hadden.

- **76% van de ziekenhuizen beschikt over een werkwijze (zorgpad of protocol) voor de multifactoriële valrisicobeoordeling en behandeling op de SEH.**

Deels werd dit door de ziekenhuizen geïnterpreteerd als de aanwezigheid van een protocol voor multifactoriële valrisicobeoordeling in het ziekenhuis. Het gaat om een protocol gericht op presentatie met een val op de SEH en een inhoudelijke beschrijving welke onderdelen van de multifactoriële analyse op de SEH plaats vinden en welke op een later moment door welke

ketenpartner. Dus het is onbekend wat het werkelijke percentage is dat hieraan voldoet.

- **33% van de ziekenhuizen heeft regionale afspraken met ketenpartners** over de uitvoering en taakverdeling van deze multifactoriële valrisicobeoordeling. Het maken van afspraken met ketenpartners vraagt de nodige aandacht.
- **73% van de ziekenhuizen heeft geborgd dat veranderingen in incidentie van valincidenten tijdens opname tijdig en adequaat worden gesignaleerd.**
- **83% van de ziekenhuizen heeft de multidisciplinaire valrisicobeoordeling en behandeling tijdens de opname geborgd.** Uit de aangeleverde informatie blijkt dat de behandeling (na de beoordeling) nog een uitdaging is.

Goede voorbeelden ter inspiratie

- De IGJ zag een goed voorbeeld van een ziekenhuis dat samen met de thuiszorg en regionale zorgcentra een breed valpreventiebeleid had vormgegeven. Het samen met regionale ketenpartners opstellen van afspraken, zorgt dat een patiënt met een valrisico sneller herkend wordt. Hierdoor is er een grotere kans bestaat dat een val voorkomen wordt.
- Ook zag de IGJ een ziekenhuis waarbij verbeterteams structureel valincidenten analyseren en passende verbetermaatregelen doorvoeren. Het standaard opnemen van valincidenten in de visite en het periodiek bespreken in een dagstart van de afdeling zijn goede voorbeelden. Hierdoor hebben het ziekenhuis en de zorgprofessionals zicht op de genomen maatregelen om het risico op vallen te beperken.
- De IGJ zag goede voorbeelden van ziekenhuizen die gericht kijken naar het gemelde aantal valincidenten in relatie tot het verwachte aantal valincidenten.
- De inspectie ziet graag goede voorbeelden waarin in de acute situatie van een presentatie met een val op de SEH onderliggende oorzaken, zoals cardiale problemen, onderliggende infecties of bijvoorbeeld medicatiebijwerkingen, te identificeren en te behandelen om op die manier onnodige herpresentaties te voorkomen.

Richtlijn

[Richtlijn Preventie van valincidenten bij ouderen \(2017\)](#)
[VMS veiligheidsprogramma kwetsbare ouderen \(2012\)](#)