



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

© Fotografie Frank Muller/HH

Verbeterdoelen in beeld 2022

Deze publicatie is de jaarlijkse terugkoppeling van de verbeterdoelen en kwaliteitsindicatoren van de Basisset medisch specialistische zorg (MSZ) door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Hiermee wil de IGJ ziekenhuizen en particuliere klinieken stimuleren om van elkaar te leren en doorlopend te verbeteren. Naast deze terugkoppeling krijgen ziekenhuizen individueel feedback over de door henzelf aangeleverde resultaten op verbeterdoelen. De uitkomsten van de verbeterdoelen in particuliere klinieken verschijnen in een aparte publicatie. De afgelopen 3 jaar heeft de Basisset MSZ een vernieuwende ontwikkeling doorgemaakt, van kwaliteitsindicatoren naar verbeterdoelen. In 2022 zijn de laatste 6 kwaliteitsindicatoren uitgevraagd. Ziekenhuizen leveren 6 van 8 verbeterdoelen aan.

6 van de 8 verbeterdoelen

Het is soms een uitdaging om een volledige verbetercyclus te doorlopen en ziekenhuizen hebben vaak al meerdere verbetertrajecten lopen. Daarom vindt de IGJ het belangrijk dat ziekenhuizen focus kunnen aanbrengen in wat zij willen verbeteren. Wij hebben de ziekenhuizen dan ook gevraagd om resultaten over 6 van de 8 beschikbare verbeterdoelen aan te leveren.



Antistollingsbeleid

Realiseren van een optimaal antistollingsbeleid in de zorginstelling



Cardiologische zorg (nieuw)

Optimaliseren cardiologische zorg



Continuïteit van zorg

Goede continuïteit van zorg voor kwetsbare patiënten



Ketenzorg (nieuw)

Optimaliseren ketenzorg patiënten met diabetische voetulcus



Nuchterbeleid kinderen

Voorkomen onnodig lang nuchter zijn van kinderen in de preoperatieve fase



Pijnbeleid

Realiseren van een optimaal pijnbeleid in de zorginstelling



Valpreventie

Voorkomen van letsel en functieverlies bij (kwetsbare) ouderen ten gevolge van een val



Vrijheidsbeperkende interventies (nieuw)

Terugdringen inzet (zware) VBI.



6 kwaliteitsindicatoren

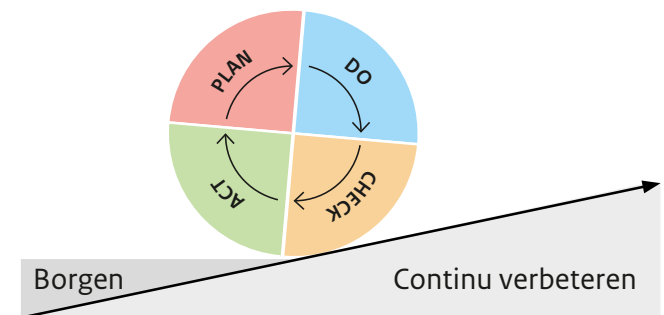
Laatste 6 kwaliteitsindicatoren

In 2022 zijn ook de laatste 6 kwaliteitsindicatoren uitgevraagd. Dit zijn:

- Medicatieverificatie bij kwetsbare groepen
- Zorgplan voor delirium
- Doorlooptijd intra-arteriële trombolysie (IAT)
- Vroegtijdig signaleringssysteem voor dreigende sepsis
- Aanwezigheid structurele multidisciplinaire evaluatiecyclus sepsis
- Scholing in vroegtijdige herkenning van sepsis

Verbetercyclus

Uit de verbeterdoelen komt naar voren dat het voor ziekenhuizen soms lastig is om de volledige verbetercyclus te doorlopen. Veel ziekenhuizen hebben nog geen volledige verbetercyclus geborgd. In de *plan-do-check-act* (PDCA)-cyclus volgt na planvorming (*plan*), de uitvoering van het plan (*do*). Dan is er een evaluatie door bijvoorbeeld een meting of audit (*check*) en de daaruit volgende verbetermaatregelen (*act*). De IGJ merkt op dat verbeteringen mogelijk zijn. Zo kunnen concrete resultaten duidelijker benoemd worden. Ook de evaluatie en de daaruit volgende verbetermaatregelen kunnen beter. Ziekenhuizen kunnen meer gebruik maken van zorguitkomsten of andere kwantitatieve informatie, om gericht zicht te krijgen op het effect van bepaalde verbetermaatregelen.



In gesprek

Het is belangrijk dat ziekenhuizen verantwoording afleggen over de kwaliteit van zorg. Met de verbeterdoelen kunnen zij zelf invulling geven aan de wijze waarop zij dit doen. Zo sluit de verantwoording aan bij de werkwijze van het ziekenhuis. Dit stimuleert de gesprekken over de thema's uit de verbeterdoelen. Zorgprofessionals zijn enthousiast over het effect dat er met de verbeterdoelen wordt bereikt. De IGJ wil samen met de ziekenhuizen in gesprek blijven over veiligheid en kwaliteit van zorg. Verbeterdoelen zijn een onderdeel hiervan. De gesprekken, bij voorkeur multidisciplinair en met ketenpartners, zijn een belangrijk element in het kader van leren en verbeteren van elkaar. Ga bij elkaar kijken en ga met elkaar in gesprek! Met de verbeterdoelen staat samenwerken aan kwaliteit en veiligheid van de zorg centraal.

Inspiratiesessie

In het kader van 'leren en verbeteren' is ook dit jaar weer een inspiratiesessie georganiseerd. Tijdens deze bijeenkomst gaan ziekenhuizen en particuliere klinieken met elkaar in gesprek over een onderwerp uit een verbeterdoel. De inspiratiesessie was dit jaar op 2 oktober 2023 en ging over het verbeterdoel 'Nuchterbeleid kinderen'. Van deze inspiratiesessie publiceren wij weer een 'rode draad'.

Een verbeterdoel gaat over een risicovol onderwerp in de medisch specialistische zorg. Een verbeterdoel is bedoeld om risico's in de zorg te verminderen en zo de kwaliteit en veiligheid van zorg te verbeteren. Met de verbeterdoelen wil de IGJ dat ziekenhuizen en particuliere klinieken een volledige verbetercyclus borgen. Een verbetercyclus begint met een plan en uitvoering van dit plan. Dan is er een evaluatie van de uitvoering. Deze evaluatie is de input voor verbetermaatregelen. Zo begint de verbetercyclus opnieuw.

De Basisset MSZ is tot stand gekomen in samenwerking met:

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



Antistollingsbeleid

Het verbeterdoel stimuleert veilig gebruik van antistollingsmedicatie.

Antistolling

Aan het gebruik van antistollingsmedicatie zijn risico's verbonden. Te veel kan leiden tot bloedingen en te weinig kan leiden tot infarcten of (recidief) trombose. Ook neemt de complexiteit van de zorg voor patiënten die antistollingsmedicatie gebruiken toe. Dit komt door steeds meer verschillende typen middelen in combinatie met een groter aantal oudere patiënten met meerdere aandoeningen. Daarom is het belangrijk om het antistollingsprotocol goed na te leven. Daarnaast is het nodig dat er altijd beroep gedaan kan worden op een zorgprofessional met kennis en expertise van antistollingsmedicatie. Samenhang in de keten van zorg is hierbij cruciaal.

Dit verbeterdoel vraagt aandacht voor:

1. Het hebben van een antistollingsprotocol én een verbetercyclus. Zodat het protocol in de praktijk goed wordt nageleefd.
2. Duidelijke afspraken over hoe de lokale antistollingsexpertise is georganiseerd. Deze moet elke dag van de week elk uur van de dag beschikbaar zijn. En we verwachten dat er een verbetercyclus is voor de lokale stollingsexpertise.

Landelijk beeld

De inspectie ziet dat ziekenhuizen een verbeteringslag hebben gemaakt in vergelijking met vorig jaar. Meer ziekenhuizen beschrijven een verbetercyclus. Ook is er meer aandacht voor regionale samenwerking. Toch is er nog verbetering mogelijk en noodzakelijk.

Vrijwel alle ziekenhuizen hebben een antistollingsprotocol.

Bij slechts iets meer dan de helft van de ziekenhuizen beschrijft dit protocol de drie benodigde onderdelen:

1. verantwoordelijkheden rondom antistollingszorg
2. afspraken rondom antistollingsmedicatie
3. communicatie met zowel zorgverleners als patiënten

Ongeveer twee derde van de ziekenhuizen heeft afspraken gemaakt over hoe de lokale stollingsexpertise is georganiseerd. Zij geven hierbij meestal aan dat deze 24/7 bijvoorbeeld niet een beschikbaar is. Niet alle ziekenhuizen zijn concreet over de wijze waarop zij dit hebben georganiseerd. Hierbij volstaat niet een A(N) IOS interne geneeskunde (een arts al dan niet in opleiding tot medisch specialist) als het gaat om lokale stollingsexpertise

Een aantal ziekenhuizen organiseert de beschikbare expertise met andere organisaties in de regio. De meeste ziekenhuizen beschrijven hoe zij het antistollingsbeleid analyseren en beoordelen. Meerdere ziekenhuizen leren van anderen en werken in de regio samen om de antistollingszorg te optimaliseren.



Goede voorbeelden ter inspiratie

- We zien mooie voorbeelden van ziekenhuizen die een antistollingsprotocol én een verbetercyclus hebben. Zo geeft een ziekenhuis aan een antistollingsprotocol te hebben met daarin opgenomen:
 - de verantwoordelijkheden rondom antistollingszorg
 - de afspraken rondom antistollingsmedicatie
 - de communicatie met zowel zorgverleners als patiënten
- Na analyse en beoordeling door een ziekenhuis zelf blijkt dat de communicatie over het beleid met patiënt, behandelaar, trombosedienst, huisarts en apotheek, verbeterd kan worden.
- Er zijn goede voorbeelden van ziekenhuizen met een duidelijke organisatie van de lokale antistollingsexpertise. Zo hebben

meerdere ziekenhuizen een antistollingscommissie (ASC) ingesteld verantwoordelijk voor het antistollingsbeleid, met vertegenwoordiging van alle relevante specialismen. Ook hebben ziekenhuizen een casemanager antistolling die geconsulteerd kan worden voor complexe antistollingsvraagstukken.

- Er zijn goede voorbeelden van een actieve ASC die de uitvoering van het beleid analyseert en beoordeelt. Interne audits en dossieronderzoek worden gedaan. Ook worden incidenten met antistolling geanalyseerd. Een ziekenhuis laat weten dat men geleerd heeft uit een interne audit, dat incidenten rondom antistollingsmedicatie niet altijd worden gemeld of naar de antistollingswerkgroep worden doorgezet. Het ziekenhuis heeft hierop de Veilig Incidenten Melden (VIM)-procedure aangepast. Ook is er aandacht voor het vergroten van de zichtbaarheid van de antistollingswerkgroep.
- Een aantal ziekenhuizen heeft een antistolling beslisboom of antistollingsnavigator ontwikkeld om het antistollingsbeleid makkelijk toegankelijk te maken voor zorgprofessionals.
- Een ziekenhuis geeft aan met zelfevaluatiesessies op alle afdelingen, onder andere verbeter suggesties te hebben opgesteld om de kwaliteit van zorg te verbeteren.
- We zien mooie voorbeelden van aandacht voor scholing van zorgprofessionals. Ziekenhuizen organiseren onderwijsmomenten, casuïstiekbesprekingen, stellen *e-learning*s beschikbaar en ook is het thema antistolling met een symposium onder de aandacht gebracht.



Wat moet beter

Antistollingsmedicatie is en blijft risicovol. Het is belangrijk dat de ketenzorg rondom antistolling goed geborgd is. Dat is nog niet overall het geval. Kennis en expertise van antistolling is hierbij cruciaal. Het is belangrijk antistolling blijvend onder de aandacht te brengen. Alle ziekenhuizen moeten een antistollingsprotocol hebben met daarin opgenomen:

1. verantwoordelijkheden rondom antistollingszorg
2. afspraken rondom antistollingsmedicatie
3. communicatie met zowel zorgverleners als patiënten

Daarnaast moeten alle ziekenhuizen duidelijke afspraken hebben over hoe de lokale antistollingsexpertise is georganiseerd. En uiteraard moeten ziekenhuizen een sluitende verbetercyclus hebben rondom het thema antistolling.

Richtlijn

[Landelijke Standaard Ketenzorg Antistolling 2.0 \(LSKA\)](#) voor de eerste- en tweedelijnszorg; versie 2, 2014



Cardiologische zorg (nieuw)

Het verbeterdoel stimuleert optimalisatie van cardiologische zorg in Nederland.

Cardiologische zorg

Hart- en vaatziekten zijn belangrijke oorzaken van sterfte en ziektelast in Nederland. Onder andere door toegenomen aandacht voor preventie, optimalisering van ambulancezorg en medisch technologische mogelijkheden is de sterftেকans afgenomen. Door de toegenomen overlevingskans neemt de chronische ziektelast echter toe. Naast vergrijzing zorgt dit voor een grote populatie chronisch zieken waarvoor optimale en passende cardiologische zorg noodzakelijk is.

Dit verbeterdoel vraagt aandacht voor:

1. Aantoonbaar kwaliteitsbeleid voor cardiologische zorg in de instelling.
2. Inzicht in uitkomsten in de instelling en, zo nodig, verbetermaatregelen om de cardiologische zorg te optimaliseren.
3. Optimaliseren van de kwaliteit van de cardiologische zorg in Nederland.

Landelijk beeld

Dit is het eerste jaar dat het verbeterdoel is uitgevraagd.

De meeste ziekenhuizen hebben het verbeterdoel goed opgepakt. Er zijn meerdere initiatieven genomen om de cardiologische zorg in Nederland te optimaliseren. Meerdere ziekenhuizen hebben het kwaliteitsbeleid voor de cardiologische zorg aantoonbaar vormgegeven, zodat de uitkomsten van zorg inzichtelijk zijn. Met het doel om hiervan te leren en te verbeteren. Wat opvalt is dat een aantal ziekenhuizen nog niet zover is.



Goede voorbeelden ter inspiratie

- We zien dat er aandacht is voor de juiste zorg op de juiste plek. Ziekenhuizen geven aan dat steeds meer thuismonitoring voor patiënten met hartfalen wordt ingezet.
- Een aantal ziekenhuizen gebruikt evaluatie van uitkomsten om van te leren en om zo mogelijk werkprocessen bij te stellen. Zo geeft bijvoorbeeld een ziekenhuis aan dat vanwege een relatief hoog aantal nabloedingen bij aanpakken van de *arteria femoralis*, het echogeleid aanpakken om de slagingskans te verhogen wordt onderzocht.
- Een ziekenhuis heeft een kwaliteitsverbetering doorgevoerd voor patiënten die een ablatie procedure (behandeling bij hartritmestoornissen) ondergaan. Uit het zogenoemde *same day*

admission project blijkt dat er geen verschil in uitkomst is tussen patiënten die na een ablatie procedure wel of niet ter observatie overnachten in het ziekenhuis. Hierop heeft het ziekenhuis besloten dat patiënten dezelfde dag naar huis gaan. Dit kan leiden tot een hogere patiënttevredenheid en betere doorstroom in het ziekenhuis.

- Ziekenhuizen werken meer en meer toe naar gestandaardiseerde processen. Deze kunnen leiden tot meer uniforme en reproduceerbare beslissingen en hiermee een verhoging van de kwaliteit van zorg. Zo geeft een ziekenhuis bijvoorbeeld aan de aanpak techniek te hebben aangepast.
- Een aantal ziekenhuizen geeft aan onder meer te sturen op kwaliteit op basis van bijvoorbeeld patiënttevredenheidsonderzoeken, spiegelgesprekken en *patient related outcome measures* (PROM).
- Een paar ziekenhuizen bespreekt structureel multidisciplinair cardiologische complicaties, waarbij een ziekenhuis expliciet de meerwaarde uitspreekt van deze multidisciplinaire besprekingen. Zo worden verbetervoorstellen breed geformuleerd met een (volgens het ziekenhuis) groter effect.



Wat moet beter

We zetten het op een rijtje:

- Het kwaliteitsbeleid voor de cardiologische zorg moet in alle ziekenhuizen aantoonbaar zijn vormgegeven.
- Uitkomsten van zorg moeten inzichtelijk zijn om hiervan te kunnen leren en de zorg te kunnen verbeteren.
- Ziekenhuizen moeten inzicht hebben in eigen resultaten om hieruit verbetermaatregelen te treffen.

Richtlijn

[NVVC Kwaliteitsbeleids- en kwaliteitsvisie-document cardiologische zorg 2025](#)



Continuïteit van zorg

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

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.

Een goede overdracht bevat minimaal:

- actuele aandoeningen en interventies tijdens opname;
- een behandelplan met acties die de eerste week moeten plaatsvinden;
- een basisset medicatiegegevens;
- contactgegevens bij wie men informatie kan opvragen of waarmee te overleggen;
- het reanimeer- en behandelbeperkingenbeleid.

Dit verbeterdoel vraagt aandacht voor:

1. Een goede overdracht na ontslag of overplaatsing is op tijd.
2. Kent duidelijk gedefinieerde verantwoordelijkheden.
3. Is compleet en correct.

Landelijk beeld

Meer ziekenhuizen benoemen de 'warme' overdrachten (via persoonlijk contact). Meer ziekenhuizen werken samen met regiopartners om een goede overdracht na ontslag of overplaatsing uit het ziekenhuis te verbeteren. Daarbij wordt de kwaliteit van de overdracht vaker met de ketenpartners geëvalueerd.

De resultaten stagneren op een aantal punten in vergelijking met vorig jaar. Zo is de tijdigheid (binnen 24 uur na ontslag of overplaatsing) én compleetheid van de overdracht in veel ziekenhuizen nog niet op orde. Datzelfde geldt voor specifieke aandacht voor de overdracht van kwetsbare ouderen. Het aantal ziekenhuizen dat met regiopartners een transmurale zorgbrug dan wel case-management (één eerste aanspreekpersoon voor een patiënt) organiseert, is ook gelijk gebleven.



Goede voorbeelden ter inspiratie

- Inhoud overdrachtsbrieven standaardiseren conform de richtlijn HASP en de verpleegkundige overdracht conform de Gordon-methodiek. Met partners uit 1e, 2e en 3e lijn afspraken maken over de inhoud van de medische, verpleegkundige en medicatieoverdracht.
- Tijdig versturen van ontslagbrieven als kwaliteitsindicator. Zo heeft een ziekenhuis als resultaat behaald dat 14 van de 19 vakgroepen van het ziekenhuis meer dan 80% van de klinische huisartsenbrieven binnen 24 uur is verstuurd.
- Vroeg identificatie van kwetsbare patiënten, gevolgd door casemanagement van het transferpunt. Patiënt en eventueel mantelzorgverpleegkundige heeft een *dedicated* transferverpleegkundige die zorgt draagt voor een optimale communicatie.
- Bestuurlijke afspraken met ketenpartners. Een samenwerkingsverband met inrichting digitale infrastructuur voor goede uitwisseling van gegevens, korte lijnen en samenwerking.
- Leren en verbeteren op basis van transmuraal incident melden (TIM).
- Met huisartsengroepen en andere zorgverleners in de keten is een transmurale zorgbrug voor kwetsbare patiënten ingericht.
- Warme (persoonlijke) overdracht door casemanagers van de ontvangende en insturende organisatie. In het ziekenhuis is de asemanager doorgaans een verpleegkundig consultant geriatrie.



Wat moet beter?

Dit is de derde keer dat het verbeterdoel 'Goede continuïteit van zorg' is uitgevraagd. Het volgende moet beter:

- Ziekenhuizen moeten actief samenwerken met ketenpartners in de regio. Ziekenhuizen moeten structureel de overdracht evalueren op tijdigheid, gedefinieerde verantwoordelijkheden, compleetheid en correctheid.
- Daarnaast moeten ziekenhuizen structureel het beleid en afspraken evalueren. En de evaluatieresultaten gebruiken om verbetermaatregelen te formuleren en dat zij indien nodig beleid bijstellen. Hiermee laten ziekenhuizen zien de *plan-do-check-act* (PDCA) cyclus hanteren.
- Ziekenhuizen kunnen veel van elkaar leren. Dat geldt voor de tijdigheid en compleetheid van de overdracht en ook voor de evaluatie van de ervaren kwaliteit van de overdracht met ketenpartners.

Richtlijnen

[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 \(2017\)](#)



Ketenzorg (nieuw)

Het verbeterdoel stimuleert een optimale ketenzorg voor patiënten met een diabetische voetulcus én evaluatie van de uitkomsten.

Ketenzorg diabetische voetulcus

Het is belangrijk dat op tijd de juiste diagnostiek én behandeling van patiënten met een diabetische voetulcus wordt ingezet. Als dat niet gebeurt, is er een risico op een gevaarlijke infectie met soms zelfs amputatie als gevolg. Om dit risico te verminderen is een integrale en multidisciplinaire ketenzorg cruciaal.

De volgende disciplines zijn hierbij betrokken:

- (medisch) pedicure
- (diabetes) podotherapeut
- praktijkondersteuner huisartsenzorg (POH)
- diabetesverpleegkundige
- huisarts
- het multidisciplinaire voetenteam in het ziekenhuis

Het multidisciplinaire voetenteam bestaat ten minste uit een:

- vaatchirurg
- internist
- revalidatiearts
- wondverpleegkundige
- orthopedisch schoentechicus
- (diabetische) podotherapeut
- gipsverbandmeester

Voor iedere zorgprofessional in deze integrale en multidisciplinaire ketenzorg moet duidelijk zijn wanneer welke taken verricht moeten worden.

Dit verbeterdoel vraagt aandacht voor:

1. Een integrale en multidisciplinaire ketenzorg voor patiënten met diabetes mellitus en een voetulcus conform de richtlijn Diabetische voet.
2. Een verbetercyclus van deze integrale en multidisciplinaire ketenzorg met focus op samenwerken, evalueren, leren en verbeteren.

Landelijk beeld

Dit is het eerste jaar dat het verbeterdoel is uitgevraagd. Er is een goede start gemaakt met het verbeterdoel Optimalisering ketenzorg diabetische voetulcus. De betrokkenheid en gedrevenheid om patiënten met diabetes mellitus en een

voetulcus tijdig te signaleren en adequaat te behandelen is duidelijk zichtbaar.

Aan de ene kant zijn er meerdere goede initiatieven genomen om met name de transmurale samenwerking te intensiveren. Ook is er aandacht voor de multidisciplinaire samenwerking in het voetenteam. Ziekenhuizen geven scholing zowel in het ziekenhuis als ook in de eerste lijn. Er worden regionale symposia georganiseerd om de zichtbaarheid van de integrale en multidisciplinaire ketenzorg diabetische voetulcus te vergroten en het kennisniveau te verhogen.

Aan de andere kant laat dit verbeterdoel ook verbeterpunten zien. Zo geven ziekenhuizen aan dat de transmurale samenwerking en doorverwijzing van patiënten met een diabetische voetulcus beter kan. Ook de continuïteit van het multidisciplinaire voetenteam moet in een aantal gevallen beter. Niet in alle ziekenhuizen is een podotherapeut onderdeel van het multidisciplinaire voetenteam. Ook is niet in alle ziekenhuizen minimaal één keer per week een spreekuur ingericht voor patiënten met diabetes mellitus en een voetulcus. Minimaal één lid van het multidisciplinair voetenteam houdt dit spreekuur. Hierbij zijn de andere leden op afroep beschikbaar.

Veel ziekenhuizen hebben nog onvoldoende zicht op uitkomsten van de geleverde zorg om hiervan te leren en te verbeteren. En zo de ketenzorg aan patiënten met een diabetische voetulcus te optimaliseren.

Goede voorbeelden ter inspiratie

- We zien een goed voorbeeld van een ziekenhuis waarbij door een expertgroep wondzorg voor de eerste lijn patiënten met een diabetische voetulcus worden beoordeeld. Zo is voorkomen dat patiënten niet volgens de gemaakte afspraken zijn doorverwezen.
- We zien goede voorbeelden van ziekenhuizen die een regionaal symposium organiseren op het thema optimale ketenzorg voor patiënten met een diabetische voetulcus. Hierbij zijn nadrukkelijk alle partners in de ketenzorg actief benaderd om deel te nemen.
- Er zijn initiatieven om samen met Diabetesvereniging Nederland (DVN) een educatief programma te ontwikkelen voor patiënten met een diabetische mellitus ter voorkoming van voetulcus.
- Meerdere ziekenhuizen geven aan te beschikken over een vast aanspreekpunt in de integrale en multidisciplinaire ketenzorg zodat zorgprofessionals laagdrempelig contact op kunnen nemen met de expertgroep.
- Zichtbaarheid van de integrale en multidisciplinaire ketenzorg is bevorderd door het uitbrengen van een digitale nieuwsbrief voor verwijzers.

- Een ziekenhuis geeft aan een werkbezoek bij een ander ziekenhuis te hebben gepland om van elkaar te leren hoe de ketenzorg patiënten met een diabetische voetulcus kan worden geoptimaliseerd.
- Een ziekenhuis evalueert de zorg bij patiënten met diabetes en een voetulcus via een *Patient Reported Outcome Measures* (PROM). Andere ziekenhuizen monitoren bijvoorbeeld de wondgenezing en doorlooptijden.
- Een aantal ziekenhuizen organiseert een Eerste Diabetische Voet Hulp, waarbij patiënten snel na verwijzing worden beoordeeld, gediagnostiseerd en vervolgens tijdig gestart kan worden met de behandeling.



Wat moet beter

Het is belangrijk dat de ketenzorg voor patiënten met een diabetische voetulcus wordt geoptimaliseerd. Zeker omdat naar verwachting het aantal patiënten met diabetes mellitus en een voetulcus zal toenemen door vergrijzing. Hiertoe moet breed in de keten multidisciplinair worden samengewerkt volgens afgesproken werkwijzen. Taken en verantwoordelijkheden moeten hierbij helder worden vastgelegd. Evaluatie van de uitkomsten van deze complexe zorg is hierbij cruciaal om te leren en te verbeteren.

Kortom:

- Optimaliseren van samenwerking tussen verschillende partijen in de keten.
- Continuïteit en samenstelling van het multidisciplinaire voetenteam.
- Vergroten zichtbaarheid ketenzorg voor patiënten met een diabetische voetulcus.
- Vergroten kennis en expertise.
- Zicht hebben op en leren van de uitkomsten van de geleverde zorg.

Richtlijnen

Richtlijn Diabetische voet (NIV 2017)

https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/diabetische_voet/diagnostiek.html

IWGDF Guidelines on the prevention and management of diabetes-related foot disease 2023 update



Nuchterbeleid kinderen

Het verbeterdoel stimuleert dat kinderen niet onnodig lang nuchter zijn vóór een operatie.

Nuchterbeleid kinderen

Het nuchter houden van de patiënt is belangrijk om inademing van voedsel in de longen te voorkomen bij ingreep onder narcose. Echter, als een patiënt te lang nuchter is, kan de bloedglucosewaarde te laag worden en kan de bloeddruk dalen. Ook kan het leiden tot stress en discomfort. 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).

Dit verbeterdoel vraagt aandacht voor:

1. Beleid voor het voorkomen dat kinderen te lang nuchter zijn voor anesthesie.
2. Duidelijke werkafspraken tussen de verpleegafdeling en de operatiekamers hoe te handelen bij dreigend langdurig nuchter zijn, omdat bijvoorbeeld de operatie later is dan gepland. Dit is belangrijk om te voorkomen dat het kind te lang nuchter is. Ook moet de informatievoorziening naar ouder(s)/verzorger(s) en het kind goed verlopen.
3. Het in begrijpelijke taal geven van mondelinge én schriftelijke informatie over het risico van te lang nuchter zijn aan ouder(s)/verzorger(s) en het kind vóór de operatie.

Landelijk beeld

Het is mooi om te zien dat er weer een verbetering is in het voorkómen van te lang nuchter zijn vergeleken met vorige jaren.

Dit is wat we zien:

- Dit jaar rapporteren de meeste ziekenhuizen dat zij kinderen heldere glucose houdende dranken aanbieden tot vlak voor de operatie.
- Meer en meer ziekenhuizen laten zien dat zij plannen maken om het nuchterbeleid bij kinderen te verbeteren. Zij voeren deze plannen uit en meten vervolgens of deze het gewenste effect hebben. Indien nodig stellen zij het beleid bij (*plan-do-check-act* (PDCA)-cyclus).
- Bijna alle ziekenhuizen geven aan ouder(s)/verzorger(s) en het kind vóór de operatie mondelinge én schriftelijke informatie in begrijpelijke taal te geven over het risico van te lang nuchter zijn. Bij een spoedopname via de SEH is dit (nog) niet overal het geval.
- De meeste ziekenhuizen hebben duidelijke werkafspraken tussen de verpleegafdeling en de operatiekamers als de operatie later is dan gepland. Hiermee wordt voorkomen dat het kind te lang nuchter is. De informatievoorziening naar

ouder(s)/verzorger(s) en het kind verloopt goed.

- Ongeveer de helft van de ziekenhuizen geeft aan hoe het beleid in praktijk gehanteerd en geëvalueerd wordt. Meerdere ziekenhuizen geven aan dat er interne audits zijn uitgevoerd. Deze interne audits worden verricht om te onderzoeken of het nuchterbeleid bij kinderen voor een operatie bekend is. En ook om te checken hoe de werkafspraken tussen verpleegafdeling en operatiekamers in praktijk uitgevoerd worden. De IGJ is van mening dat interne audits bijdragen aan inzicht in de uitvoering van het beleid. Waarna een ziekenhuis gericht kan verbeteren.
- De IGJ stelt vast dat het bij een aantal ziekenhuizen nog steeds niet duidelijk is of het 6-4-0/1 principe, conform de landelijke richtlijn, wordt gehanteerd.



Goede voorbeelden ter inspiratie

- Er zijn veel mooie voorbeelden van het in begrijpelijke taal geven van mondelinge én schriftelijke informatie over het risico van te lang nuchter zijn aan ouder(s)/verzorger(s) en het kind vóór de operatie. Er zijn ook mooie voorbeelden van interactieve websites, speciaal voor kinderen. Ook zijn er mooie voorbeelden van: het in meerdere talen (tot wel 13) aanbieden van informatie. aandacht voor laaggeletterdheid. positief taalgebruik ('wat mag wel' in plaats van 'wat mag niet'). een herinnering SMS of telefoontje. het digitaal toesturen van de informatie en. een voorleesfunctie op de website. Het is goed om te zien dat ziekenhuizen ook het effect hiervan meten.
- Een ziekenhuis verricht een pilot met zorgrobot Robbie. Zorgrobot Robbie stimuleert jonge patiënten (de 4-, 5- en 6-jarigen) de goede hoeveelheid te drinken voor de operatie. Drinken zij het aantal milliliters per uur dat toegestaan is, dan worden zij beloond met een grappige actie van zorgrobot Robbie.
- Een ziekenhuis heeft in een patiëntervaringsmeting een vraag meegenomen over het in begrijpelijke taal geven van mondelinge én schriftelijke informatie over het nuchterbeleid. Het ziekenhuis stelt hierbij de vraag: 'Hoe duidelijk was de informatie (mondeling/folder) over de periode van nuchter zijn voor u en voor uw kind?' Een suggestie hierbij is om aan ouder(s)/verzorger(s) en het kind te vragen wat goed was en wat er eventueel beter kan.
- Een aantal ziekenhuizen heeft het thema 'Voorkomen onnodig lang nuchter zijn van kinderen in de preoperatieve fase' geadresseerd in themaweken. Het doel is extra aandacht te vragen voor het risico van onnodig lang nuchter zijn voor een operatie.
- Een ziekenhuis ontwikkelt een digitale kennisquiz over het in begrijpelijke taal geven van mondelinge informatie over het risico van te lang nuchter zijn aan ouder(s)/verzorger(s) en het kind. De digitale kennisquiz is bedoeld voor artsen, verpleegkundigen en anesthesiemedewerkers.
- Een ziekenhuis heeft in het EPD een pop-up ingebouwd. Op het moment van opname verschijnt in het digitale patiëntendossier een pop-up met de best *practise advise* (BPA). Daar is het tijdstip

ingevuld wanneer het kind voor het laatst nog wat gedronken heeft. Vervolgens wordt direct feedback gegeven aan de verpleegkundige als het kind onverhoopt toch te lang nuchter is.

- Een ziekenhuis heeft een *infografic* gemaakt. Nu heeft dit ziekenhuis onderzoek gedaan naar de bruikbaarheid van de *infografic* bij ouder(s)/verzorger(s) en het kind. Een mooi voorbeeld van een verbetercyclus.
- Ziekenhuizen hebben goede werkafspraken tussen de verpleegafdeling en de operatieafdeling over hoe te handelen bij dreigend uitstel van de ingreep. In deze werkafspraken staat helder omschreven hoe voorkomen kan worden dat het kind te lang nuchter is en hoe de informatievoorziening naar ouders/verzorgers en kind is georganiseerd.



Wat moet beter

- Er is nog een aantal ziekenhuizen dat niet het 6-4-0/1 principe hanteert. Kinderen zijn dan onnodig lang nuchter voor een operatie. Ziekenhuizen moeten de landelijke richtlijn invoeren.
- Er is nog een aantal ziekenhuizen dat de werkafspraken tussen de verpleegafdeling en de operatiekamers nog niet concreet heeft geformaliseerd. Het gevolg is dat bij dreigend uitstel van de ingreep *ad hoc* wordt geacteerd. Het maken van werkafspraken tussen de verpleegafdeling en de operatiekamers voorkomt dat kinderen onnodig lang nuchter zijn als de operatie later is dan gepland. Ziekenhuizen die dit nog niet op orde hebben moeten dit organiseren.

De IGI vraagt V&VN Kindergeneeskunde, NVA en NVK om te bepalen of de landelijke richtlijn helder genoeg is en of deze moet worden voorzien van een update.

Op 2 oktober 2023 organiseerde de IGI samen met haar samenwerkingspartners een inspiratiesessie 'Voorkomen onnodig lang nuchter zijn van kinderen in de preoperatieve fase'. Een rode draad vanuit de inspiratiesessie vindt u hier [Inspiratie verbeterdoelen | Ziekenhuizen en klinieken | Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd \(igi.nl\)](#).

Richtlijnen en Handvest kind en ziekenhuis

SKA Nuchterbeleid bij Kinderen. Utrecht. Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie – Sectie Kinderanesthesiologie. januari 2019.

https://www.anesthesiologie.nl/uploads/files/KD_Protocol_SKA_Nuchterbeleid.pdf

Perioperatief voedingsbeleid. Utrecht. FMS. Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie. Nederlandse vereniging voor Heelkunde. januari 2022.

https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/perioperatief_voedingsbeleid/startpagina_-_perioperatief_voedingsbeleid.html



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.

Dit verbeterdoel vraagt aandacht voor:

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

Landelijk beeld

Het beeld is dat ziekenhuizen op elementen pijnbeleid geïmplementeerd hebben. Dit is wat we zien:

- Er is op alle aspecten een lichte verbetering zichtbaar vergeleken bij vorig jaar. Op onderdelen zijn er vele goede voorbeelden. De betrokkenheid van ziekenhuizen bij de optimalisatie van pijnbeleid is duidelijk zichtbaar.
- Zo beschikken veel ziekenhuizen over een (overkoepelend) pijnbeleid, uitgesplitst naar specifieke patiëntgroepen (ouderen, kinderen, patiënten oncologie, cardiologie, obstetrie, psychiatrie en palliatieve patiënten).
- Ook beschikken veel ziekenhuizen over een infrastructuur, zoals een pijnservice ookwel een pijnteam. Het is vaak niet duidelijk of een superviserende anesthesioloog gespecialiseerd is in pijn (een vakinhoudelijke vervolgopleiding pijn heeft gevolgd).
- Veel ziekenhuizen bieden zorgverleners goede toegang tot expertise op het gebied van pijn. Daarbij valt op dat de beschikbare expertise zich voornamelijk richt op verpleegkundigen, de toegang tot expertise voor patiënten en artsen wordt vaak niet benoemd.
- Ook beschikken veel ziekenhuizen over een passend signaleringssysteem voor het vaststellen van pijn. Een aantal ziekenhuizen benoemt expliciet dat na het vaststellen van pijn een interventie volgt inclusief een controle op het effect van de interventie. Let wel een pijnscore alleen is niet zaligmakend. Het is belangrijk om naar de pijnbeleving van een patiënt te kijken om vervolgens gericht te kunnen acteren.
- Het beheersen van het gebruik van pijnmedicatie gebeurt in meerdere ziekenhuizen. In veel ziekenhuizen is aandacht om potentieel verslavende pijnmedicatie te beheersen. Hierbij is het

van belang dat een stopdatum én de maximale hoeveelheid gegeven wordt zodat medicatie niet onnodig lang doorgegeven wordt. Ook is het van belang om afspraken te maken voor de zorg na ontslag. Hoe en wie onderneemt actie om na te gaan of een patiënt nog pijn heeft?

- Tot slot besteden meer ziekenhuizen dan vorig jaar aandacht aan niet-farmacologische interventies bij pijn, vele mooie voorbeelden zijn beschikbaar om van te leren en te verbeteren.



Goede voorbeelden ter inspiratie

- De inrichting van een ziekenhuisbrede multidisciplinaire stuurgroep dan wel expertteam of commissie. Deze hebben verantwoordelijkheden op de inhoud van het overkoepelend pijnbeleid (inclusief de samenhang van pijnprotocollen voor specifieke patiëntgroepen) én op de structurele evaluatie van beleid, monitoring van resultaten en verbetermaatregelen.
- Regionaal pijnnetwerk met ketenpartners om van elkaar te leren en pijnbeleid in de regio te optimaliseren.
- Divers aanbod van scholing in pijn voor zorgprofessionals via bijvoorbeeld themaweek, refereeravonden, klinische lessen, onderdeel van introductiescholing van nieuwe zorgprofessionals, pijnconsulenten die op de afdeling *training on the job* aanbieden.
- Focus op regie van de patiënt en zelfpijnmanagement. Waarbij de patiënt voorgelicht wordt over het pijnbeleid en de verschillende soorten pijnbehandeling, farmacologisch en niet-farmacologisch. Bijvoorbeeld om pijn standaard op te nemen in opname- en ontslaggesprek.
- Ervaren pijn als onderdeel in de uitvraag van patiënten feedback.
- Een *patient journey app* voor palliatieve patiënten, waarbij de meest voorkomende symptomen door een patiënt in een dagboek worden bijgehouden, waarna de patiënt gericht adviezen ontvangt of contact heeft met een zorgverlener.
- Regionale projectgroepen 'verstandig gebruik van opioïden' met gezamenlijke afspraken.
- Voorbeelden van niet-farmacologische interventies bij pijn: *Virtual reality* brillen, koude- en warmte kompressen, een speciale kinderkamer met een aquarium met licht en geluid, een breintraining in pijneducatie, *therapeutic touch*, handmassage, samenwerking met fysiotherapeuten voor reductie van pijn- en angst via ademhalingsoefeningen, transcutane elektrische neurostimulatie (TENS) behandeling.



Wat moet beter?

Dit is de tweede keer dat het verbeterdoel Pijn is uitgevraagd. Ziekenhuizen hebben op elementen pijnbeleid geïmplementeerd en er is op alle aspecten verbetering zichtbaar. Ziekenhuizen zijn duidelijk betrokken bij de optimalisatie van pijnbeleid. Er is echter ook ruimte voor verbetering. Er zijn genoeg mooie voorbeelden om van te leren en het pijnbeleid verder te verbeteren. Immers,

pijn is een belangrijk signaal voor het lichaam en het is belangrijk om dit tijdig te herkennen en behandelen.

Voor inspiratie verwijzen wij graag naar de rode draad 'een optimaal pijnbeleid in de zorginstelling' van de inspiratiesessie van 3 oktober 2022. [Een optimaal pijnbeleid in de zorginstelling | Publicatie | Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd \(igj.nl\)](#).

Richtlijnen

- Richtlijn Postoperatieve pijn. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie. 2012. https://www.anesthesiologie.nl/uploads/files/KD_RL_Postoperatieve_pijn.pdf
- Richtlijn Diagnostiek en behandeling van pijn bij patiënten met kanker modulaire herziening. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie. 2015. https://www.kngf.nl/binaries/content/assets/kennisplatform/onbeveiligd/externe-richtlijnen/pijn_bij_kanker-2015.pdf
- 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. https://www.verenso.nl/_asset/_public/Richtlijnen_kwaliteit/richtlijnen/database/VER-003-32-Richtlijn-Pijn-deel1-v5LR.pdf
- Richtlijn Pijnbehandeling bij traumapatiënten in de spoedzorgketen. (ISBN 978- 90-811 641-4-6). Nijmegen: Nederlandse Vereniging Spoedeisende Hulp Verpleegkundigen. 2010. https://www.anesthesiologie.nl/uploads/files/KD_RL_Pijnbehandeling_Traumapatiënten.pdf
- 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. <http://www.med-info.nl/Richtlijnen/Anesthesiologie/Pijnbehandeling%20bij%20kinderen.pdf>
- Herziene richtlijn analgesie en sedatie voor volwassen patiënten op de intensive care. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Intensive Care. 2013. <https://www.nvic.nl/wp-content/uploads/2022/01/richtlijn-sedatie.pdf>
- Richtlijn Pijn in: Palliatieve zorg, Richtlijnen voor de Praktijk. Utrecht: Vereniging van Integrale Kankercentra (VIKC). 2010.
- Richtlijn pijn bij kanker 6-12-2019 [Pijn bij patiënten met kanker - Richtlijnen Palliatieve zorg \(palliaweb.nl\)](#) Hoewel de evidentie alleen is verzameld voor de diagnostiek en behandeling van pijn bij patiënten met kanker zijn de aanbevelingen ook grotendeels van toepassing voor patiënten met andere levensbedreigende aandoeningen
- Richtlijn pijn bij gevorderde stadia van COPD of hartfalen 6-12-2019. [Pijn bij gevorderde stadia van COPD of hartfalen - Richtlijnen Palliatieve zorg \(palliaweb.nl\)](#).



Valpreventie

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

Valpreventie

Als (kwetsbare) ouderen ten val komen heeft dat vaak ernstige gevolgen voor hun zelfstandigheid, zelfredzaamheid en mobiliteit. Vallen en valgerelateerd letsel hebben dan ook grote gevolgen voor de kwaliteit van leven van deze ouderen. Daarnaast komt een deel van de ouderen te overlijden als gevolg van een val. De groep patiënten met valgerelateerd letsel is ook de groep waarvoor preventie van een herhaalde val belangrijk is. Een eerdere val is namelijk de belangrijkste voorspeller voor herhaald vallen. Daarnaast zijn de mogelijke gevolgen van de val waaronder functieverlies ook een risico voor herhaald vallen.

Dit verbeterdoel vraagt aandacht voor:

1. Het stimuleren van het hebben van beleid op de spoedeisende hulp (SEH) voor:
 - a. signalering van valrisico (bij presentatie als gevolg van een val) en vervolgens
 - b. multifactoriële valrisicobeoordeling en behandeling
 - c. regionale afspraken met ketenpartners over uitvoering en taakverdeling
2. Het stimuleren van het tijdig en adequaat signaleren van veranderingen in de incidentie van valincidenten tijdens opname.
3. Het stimuleren van een multifactoriële valrisicobeoordeling en behandeling tijdens opname.

Landelijk beeld

Multifactoriële valrisicobeoordeling en behandeling tijdens opname is een punt van aandacht wat landelijk gezien beter kan en moet. Dit is wat we zien:

- Vrijwel alle ziekenhuizen hebben beleid op de SEH over signalering van valrisico bij een patiënt die zich presenteert als gevolg van een val (met of zonder wegraking). Dat is een verbetering in vergelijking met vorig jaar.
- Wel valt op dat veel ziekenhuizen verwijzen naar de Acute Presenterende Oudere Patiënt (APOP) screening, een goed hulpmiddel om risico's op functionele achteruitgang te voorspellen en kwetsbaarheid in kaart te brengen. Alleen de APOP-screening is niet voldoende om het risico op vallen in te schatten.
- Evenals vorig jaar is de multifactoriële valrisicobeoordeling en

behandeling op de SEH nog niet bij alle ziekenhuizen geborgd. Regionale afspraken met ketenpartners over uitvoering en taakverdeling in het voorkomen van letsel en functieverlies bij (kwetsbare) ouderen door een val, is slechts bij één op de vijf ziekenhuizen geborgd. Onderdeel van een goede behandeling van een oudere patiënt na een val op de SEH moet ook de preventie van een herhaalde val zijn. Multifactoriële valrisicobeoordeling en overdracht in de keten is hierbij cruciaal.

- Bijna alle ziekenhuizen hebben geborgd dat de incidentie van valincidenten tijdens opname tijdig en adequaat worden gesignaleerd.
- Daarentegen heeft iets minder dan de helft van de ziekenhuizen de multifactoriële valrisicobeoordeling en behandeling tijdens opname geborgd, terwijl er goede initiatieven worden ingezet ten aanzien van valpreventie.
- Meerdere ziekenhuizen doen een inventarisatie van de beschikbaarheid van geschikte materialen ter voorkoming van valincidenten.
- En ook geven meerdere ziekenhuizen aan dat er aandacht is voor valpreventiescholing voor zorgprofessionals.



Goede voorbeelden ter inspiratie

- Een ziekenhuis is bezig met het formeren van een *geriatric emergency medicine* (GEM) team op de SEH. Het doel van dit multidisciplinair GEM-team is om zo snel mogelijk op de SEH goed afgewogen tot een zinvolle diagnostiek en behandeling te komen voor kwetsbare ouderen. Een mooi voorbeeld van multifactoriële valrisicobeoordeling en behandeling. Naar verwachting zal dit GEM-team zich ook richten op regionale afspraken met ketenpartners over uitvoering en taakverdeling voor (kwetsbare) ouderen met letsel ten gevolge van een val.
- Meerdere goede voorbeelden betreffen regionale afspraken met ketenpartners. Er zijn mooie initiatieven in de vormgeving van externe scholing over (kwetsbare) ouderen bij ketenpartners in de regio. Ook zijn er mooie voorbeelden van het samen met regionale ketenpartners opstellen van afspraken. Deze afspraken maken dat een patiënt met een valrisico sneller herkend wordt met als doel een herhaalde val te voorkomen.
- Een ziekenhuis is bezig met geriatrische acute patiënt (GAP) scholing voor alle zorgprofessionals. Ook zijn verbeterteams in meerdere ziekenhuizen actief bezig met vernieuwde scholingsprogramma's (*e-learning*, *virtual reality* en *bedside teaching*) in valrisico en preventie bij zorgprofessionals.
- Een ziekenhuis organiseert twee keer een Val4Daagse waarbij het betrekken van patiënten en naasten bij valpreventie aandacht krijgt. Met dit soort initiatieven wordt het thema op een ludieke manier onder de aandacht gebracht bij zorgprofessionals.
- Een goed voorbeeld van inzicht in het aantal valpartijen tijdens opname is het ziekenhuis dat bij nieuwbouw de mogelijke

toepassing van antislipvloeren bekijkt.

- Een ziekenhuis onderzoekt de mogelijkheden van het opnemen van een stroomschema verhoogd valrisico in het EPD. Ditzelfde ziekenhuis geeft aan onderzoek te doen naar de haalbaarheid van een 'beweegziekenhuis'. Het zou mooi zijn als dit ziekenhuis de ervaringen deelt met anderen om van elkaar te leren en te verbeteren.



Wat moet beter

Ziekenhuizen moeten zicht hebben op de incidentie van valincidenten tijdens opname. Multifactoriële valrisicobeoordeling en behandeling op de SEH én tijdens opname kan en moet beter. Ook regionale afspraken met ketenpartners over uitvoering en taakverdeling bij (kwetsbare) ouderen met letsel door een val, kan en moet beter. De IGG verwacht van ziekenhuizen die elementen van dit verbeterdoel nog niet hebben geborgd, dat zij leren van de goede voorbeelden en verbeteren.

Richtlijnen

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



Vrijheidsbeperkende interventies

Het verbeterdoel beoogt het terugdringen van de inzet van (zware) VBI.

Vrijheidsbeperkende interventies (VBI)

VBI worden (nog) vaak toegepast in ziekenhuizen. Dit gebeurt als de veiligheid van de patiënt (zoals valrisico) of die van anderen (zoals door agressief gedrag) in het gedrang komt. En/of in het geval dat er risico is op onderbreking van levensnoodzakelijke behandeling. De uitvoering van VBI kan (grote) gezondheidsrisico's met zich meebrengen en psychische en/of fysieke schade veroorzaken. Het toepassen van (zware) VBI moet dan ook tot een minimum beperkt worden. Met dit verbeterdoel moeten instellingen de inzet van (zware) VBI (score 5) te evalueren en terug te dringen.

Dit verbeterdoel vraagt aandacht voor:

1. Visie en beleid inzake VBI.
2. Leren van andere ziekenhuizen.
3. Stimuleren van leren en verbeteren door zorgprofessionals.

Landelijk beeld

In de meeste ziekenhuizen is het verbeterdoel in meer of mindere mate ingevoerd. Dit is wat we zien:

- Veel ziekenhuizen beschikken over een visie op de inzet van (zware) VBI. Wat opvalt is dat deze visies uiteenlopend zijn. Zo zijn er ziekenhuizen met een visie om geen enkele vorm van VBI in te zetten. Anderen willen de inzet van (zware) VBI terugdringen. En weer andere ziekenhuizen willen de inzet van VBI zo optimaal mogelijk laten verlopen.
- Ziekenhuizen zijn bewust van de risico's van de inzet van (zware) VBI. Ook geven meerdere ziekenhuizen aan geen zware VBI meer te gebruiken en zich meer te richten op de inzet van preventieve en alternatieve maatregelen om de inzet van (zware) VBI te voorkomen.
- Daarnaast is te zien dat kennisoverdracht via scholing, praktijktraining, casuïstiek besprekingen, klinische lessen en symposia in veel ziekenhuizen voorkomt. De kennisoverdracht richt zich vooral op verpleegkundigen. Een aantal ziekenhuizen heeft aandacht voor de scholing van artsen (niet) in opleiding tot specialist (A(N)IOS) en medisch specialisten.
- De rol van de arts bij de inzet van (zware) VBI is niet altijd duidelijk, terwijl deze een belangrijke rol heeft om de inzet van VBI te voorkomen. De IGG verwacht dat ziekenhuizen aandacht hebben voor scholing van alle zorgverleners en de multidisciplinaire beoordeling van de inzet van VBI.



Goede voorbeelden ter inspiratie

Er zijn goede voorbeelden van ziekenhuizen die het verbeterdoel VBI volledig hebben geïmplementeerd. Deze ziekenhuizen hebben een duidelijke visie en beleid om de inzet van (zware) VBI terug te dringen. En zij stimuleren zorgprofessionals voor het leren en verbeteren van elkaar en van andere ziekenhuizen. Deze ziekenhuizen meten of verbetermaatregelen het gewenste effect hebben en stellen zo nodig het beleid bij. Deze ziekenhuizen hanteren de *plan-do-check-act* (PDCA) cyclus. Verder zien we de volgende inspirerende voorbeelden:

- Preventieve maatregelen zoals *geriatric emergency teams* (GEM), screening van risicogroepen, inzet van waakstudenten en *rooming in*.
- Multidisciplinaire besluitvorming van minimaal de hoofdbehandelaar/dienstdoende, verpleegkundige en expert VBI vóór de inzet van (zware) VBI. In een aantal ziekenhuizen wordt op deze wijze multidisciplinair bepaald of (zware) VBI wordt ingezet bij de betreffende patiënt.
- De inzet van een vrijheidsbeperkende interventie team (VIT) dat 24/7 beschikbaar is. De leden van het VIT zijn expert op het gebied van inzet van VBI. De focus ligt op de signalering van mogelijk probleemgedrag, preventie en de inzet van alternatieve maatregelen. Door de inzet van het VIT is de inzet van zware VBI (score 5) binnen dat ziekenhuis gereduceerd met 70%.

- Dagelijkse evaluatie van de inzet van VBI bij patiënten waar dit toegepast is tijdens de visite.
- ‘Tour de VBI’, een innovatief leertraject om kennis en vaardigheden van VBI te bevorderen. In zeven etappes leren zorgprofessionals op een leuke manier, op hun eigen werkplek, over de inzet van VBI. Tijdens de ‘Tour de VBI’ zijn punten te verdienen en wordt een klassement bijgehouden.
- Scholing met praktische onderdelen zoals ‘ervaringsleren’ waarbij zorgprofessionals zelf ervaren hoe het is om bijvoorbeeld een armpalk te hebben of in een tentbed of extra-laag bed te liggen. Deze vorm van scholing draagt bij in de bewustwording van zorgprofessionals wat de impact is voor de patiënt wanneer (zware) VBI wordt ingezet.
- Registratie en structurele monitoring van de inzet van (zware) VBI. Of het doen van onderzoek om (zware) VBI te voorkomen. Samen met structurele uitvoering van audits en analyse van incidentmeldingen geeft dit bij ziekenhuizen inzicht in de uitvoering van VBI-beleid en waar ruimte voor verbetering is.



Wat moet beter?

Dit is de eerste keer dat het verbeterdoel VBI is uitgevraagd. De IGJ concludeert dat deze eerste resultaten een goede uitgangspositie zijn voor het verder terugdringen van de inzet van (zware) VBI in Nederland. Hierbij moeten ziekenhuizen van elkaar leren en verbeteren, door bijvoorbeeld bij elkaar te gaan kijken hoe de inzet van (zware) VBI wordt voorkomen.

Ook is het goed dat de beroepsorganisatie V&VN samen met de werkgroep VBI bepaalt in hoeverre de “Handreiking Vrijheidsbeperkende interventies? Nee, tenzij” van 2013 toe is aan een update, de ambitie van de werkgroep is om de handreiking aan te scherpen naar “Vrij, tenzij”.

Tot slot geeft een aantal ziekenhuizen aan dat er een toename is van verwarde patiënten door gebruik van alcohol en drugs, vergrijzing en afname of overbelasting van mantelzorgers. Dit onderschrijft het belang voor een duidelijke visie op de inzet van preventieve en alternatieve maatregelen om de inzet van (zware) VBI terug te dringen.

Het uitgangspunt is en blijft, de inzet van VBI score 5 zou (bijna) nooit nodig moeten zijn.

Richtlijn

V&VN Handreiking Vrijheidsbeperkende interventies? [Nee, tenzij](#) 2013



6 kwaliteitsindicatoren

In 2022 zijn de laatste 6 kwaliteitsindicatoren uitgevraagd:

- Aanwezigheid structurele multidisciplinaire evaluatiecyclus sepsis
- Doorlooptijd intra-arteriële trombolysie (IAT)
- Medicatieverificatie bij kwetsbare groepen
- Scholing in vroegtijdige herkenning van sepsis
- Vroegtijdig signaleringssysteem voor dreigende sepsis
- Zorgplan voor delirium



Wat gaat goed?

De resultaten van de doorlooptijd intra-arteriële trombolysie (IAT) in de afgelopen jaren zijn aanzienlijk verbeterd. Het landelijk gemiddelde van de mediane deur-tot-deur-tot-licies tijd is 127 minuten. De mediane deur-tot-deur-tot-licies tijd kan voor ziekenhuizen aanleiding zijn om hun werkwijze binnen het ziekenhuis én de regionale samenwerking tussen ziekenhuizen en ambulancediensten te analyseren. Het is mooi om te zien dat IAT-centra zich aan elkaar spiegelen om van elkaar te leren en te verbeteren.

Net als vorig jaar beschikken alle ziekenhuizen over een vroegtijdig signaleringssysteem voor sepsis. Ziekenhuizen nemen de vraag ‘is er verdenking op een infectie’ op in het signaleringssysteem, zowel op alle (dag) verpleegafdelingen (59) als op de spoedeisende hulp (SEH) (67). Dat is meer dan voorgaande jaren.

Het aantal ziekenhuizen dat beschikt over een minimaal jaarlijkse structurele multidisciplinaire evaluatiecyclus voor signalering en follow-up bij verdenking op sepsis is gelijk gebleven (57). Structurele evaluatie van de toepassing van een signaleringssysteem is een belangrijk onderdeel om de implementatie te bevorderen. Zo kan de herkenning en een adequate follow-up en escalatie bij dreigende sepsis verbeteren.

68 ziekenhuizen hebben een tweejaarlijkse scholing voor alle zorgprofessionals op (dag)-verpleegafdelingen en SEH. 50 ziekenhuizen verplichten de scholing. Dit is beter dan voorgaande jaren.



Wat moet beter?

- Ziekenhuizen die hun aanpak van sepsis nog niet op orde hebben moeten maatregelen treffen. Deze maatregelen gaan over het verbeteren van scholing in vroegtijdige herkenning van sepsis, een vroegtijdig signaleringssysteem voor dreigende sepsis en de aanwezigheid van een structurele multidisciplinaire evaluatiecyclus voor sepsis.

- Medicatieverificatie bij opname en ontslag schiet nog vaak te kort. Bij opname: gemiddeld 94% bij ouderen en 89% bij kinderen. Bij ontslag: gemiddeld 84% bij ouderen en 80% bij kinderen. Er zijn grote verschillen tussen de ziekenhuizen waarbij medicatieverificatie bij ontslag wordt toegepast bij zowel kinderen als ouderen. Ziekenhuizen die niet voldoen moeten dit per direct verbeteren.
- Voor zorgplan voor delirium zijn de resultaten nagenoeg gelijk gebleven in vergelijking met voorgaande jaren. Ook hier is nog ruimte en noodzaak voor verbetering. Ten eerste moeten ziekenhuizen standaard bij patiënten het risico op delier uitvragen en vastleggen. Ten tweede moet bij patiënten met een verhoogd risico op het ontwikkelen van delier, een vaste beoordeling worden gedaan op de aanwezigheid van delier. Ten derde moet bij een patiënt met delier een zorgplan delier in werking treden.

Ziekenhuizen kunnen bij de aanpak van risicovolle zaken in de zorg van elkaar leren en zo verbeteren. De IGJ gaat zich beraden op vervolgstappen in het beheersen van deze risicovolle thema's.