



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Verbeterdoelen

Ziekenhuizen in beeld 2025

Utrecht, oktober 2026

Beeld: ANP | Flip Franssen

Inhoudsopgave

Inleiding	3
Verbeterdoel: cardiologische zorg	5
Verbeterdoel: diagnostische processen	7
Verbeterdoel: eigen verbeterdoel (nieuw)	10
Verbeterdoel: ketenzorg diabetische voetulcus	14
Verbeterdoel: ondervoeding	17
Verbeterdoel: vrijheidsbeperkende interventies	21

Inleiding

Deze publicatie is de jaarlijkse terugkoppeling van de verbeterdoelen medisch specialistische zorg (msz) door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Hiermee wil de IGJ ziekenhuizen stimuleren om van elkaar te leren en doorlopend te verbeteren. Een instelling legt hiermee tegelijkertijd verantwoording af over de kwaliteit van zorg. Naast 'Verbeterdoelen in beeld' ontvangen ziekenhuizen individuele ziekenhuizen feedback over de aangeleverde verbeterdoelen. En indien nodig gaat de IGJ de dialoog aan met de ziekenhuizen over de aangeleverde verbeterdoelen. Daarnaast organiseert de IGJ jaarlijks een inspiratiesessie om het onderling leren en verbeteren te stimuleren. Dit jaar stond het verbeterdoel 'Ondervoeding' centraal in de inspiratiesessie van 5 oktober 2026.

4 van de 6 verbeterdoelen

Ziekenhuizen leveren vier van de zes verbeterdoelen aan bij de IGJ. Ziekenhuizen bepalen zelf welke vier verbeterdoelen zij aanleveren. Alle zes verbeterdoelen gaan over belangrijke risico's in de zorg die de IGJ samen met de samenwerkingspartners heeft vastgesteld. Daarom wordt van een ziekenhuis verwacht dat er aandacht wordt besteed aan de risico's in de zorg van alle door de IGJ (eerder) uitgevraagde verbeterdoelen. Het is 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 vier van de zes beschikbare verbeterdoelen aan te leveren. Voor het schrijven van de publicatie Verbeterdoelen in beeld 2025 is de helft van de aangeleverde verbeterdoelen door ziekenhuizen gebruikt. Voor de terugkoppeling aan ziekenhuizen zijn alle aangeleverde verbeterdoelen beoordeeld. Een aantal goede voorbeelden van voorgaande jaren worden ook in deze publicatie van 'Verbeterdoelen in beeld 2025' opnieuw benoemd.

Uit de volgende 6 verbeterdoelen konden de ziekenhuizen er 4 kiezen.



Cardiologische zorg

Optimaliseren cardiologische zorg.



Eigen verbeterdoel

Het verbeterdoel stimuleert het onderling leren en verbeteren.



Ketenzorg diabetische voetulcus (samenwerking in de keten)

Optimaliseren ketenzorg patiënten met diabetische voetulcus.



Ondervoeding

Optimaliseren screening en behandeling van ondervoeding voor, tijdens en na ziekenhuisopname.



Optimaliseren diagnostische processen

De complexiteit van het diagnostisch proces.



Vrijheidsbeperkende interventies

Terugdringen inzet (zware) VBI.

De verbeterdoelen msz is tot stand gekomen in samenwerking met:

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

Verbetercyclus vraagt aandacht

Uit de verbeterdoelen komt naar voren dat het voor sommige ziekenhuizen nog steeds lastig is om aan te tonen dat de volledige verbetercyclus wordt doorlopen. De IGJ ziet een verbetering, maar nog niet alle ziekenhuizen hebben een volledige verbetercyclus aantoonbaar geborgd of geven concreet antwoord op de in het verbeterdoel gestelde vragen. 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). Slechts een beperkt aantal ziekenhuizen beschrijft een volledige PDCA-cyclus, waarbij deze ziekenhuizen het beleid, de wijze van uitvoering, de inzet van methodieken om de uitvoering te meten en de verbeteringen naar aanleiding van de uitkomsten van de meetmethodieken beschrijven. De beschrijving wordt in deze gevallen onderbouwd met concrete uitkomsten waardoor de PDCA-cyclus aantoonbaar is vormgegeven.

De IGJ merkt op dat bij de overige ziekenhuizen nog steeds verbeteringen op dit punt nodig zijn. Zo moeten in de aanlevering concrete resultaten duidelijker benoemd worden, zodat de PDCA-cyclus navolgbaar is. De evaluatie en de daaruit volgende verbetermaatregelen kunnen en moeten beter. Ziekenhuizen moeten in hun terugkoppeling gebruik maken van zorguitkomsten of andere kwantitatieve informatie, om gericht zicht te krijgen op de kwaliteit van de geleverde zorg uit het verbeterdoel msz en het effect van bepaalde verbetermaatregelen. Belangrijk is dat het aangeleverde verbeterdoel navolgbaar is. Zonder concrete stuurinformatie is dit niet het geval en kan het effect van eventuele verbeteringen niet worden gevolgd.

Feedback en dialoog

Het is belangrijk dat ziekenhuizen verantwoording afleggen over de kwaliteit van zorg. Deze verantwoording moet objectief en navolgbaar zijn. Met de verbeterdoelen msz geven zij zelf invulling aan de wijze waarop zij dit doen. Zo sluit de verantwoording aan bij de werkwijze en systemen van het ziekenhuis. Dit vergroot het draagvlak binnen de instelling en stimuleert het leren en verbeteren ten aanzien van 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. Ga bij elkaar kijken en ga met elkaar in gesprek! Met de verbeterdoelen staat samenwerken aan kwaliteit en veiligheid van de zorg centraal.

Verbeterdoelen zijn niet vrijblijvend

De IGJ verwacht dat ziekenhuizen in de looptijd van een verbeterdoel (vier jaar) alle verbeteronderdelen van een verbeterdoel aantoonbaar kan implementeren en borgen. Dit jaar eindigt de looptijd van vier jaar bij de verbeterdoelen cardiologische zorg, ketenzorg diabetische voet en vrijheidsbeperkende interventies. Er zijn ziekenhuizen die deze verbeterdoelen nog niet geborgd hebben. Dit vraagt extra maatregelen, want verbeterdoelen zijn niet vrijblijvend. Daar waar nodig zal de inspectie de ziekenhuizen die het betreffen hierop aanspreken en zo nodig verbetermaatregelen opleggen.

Inspiratiesessie en uitwisselbijeekomsten

In het kader van leren en verbeteren heeft de IGJ op 5 oktober 2026 weer een inspiratiesessie georganiseerd. Dit jaar stond het verbeterdoel 'Ondervoeding' centraal. Van de inspiratiesessie is een 'rode draad' gepubliceerd. Daarnaast organiseren de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN) bijeenkomsten voor ziekenhuizen en klinieken om ervaringen uit te wisselen (ervaringsuitwisselbijeekomsten). Ziekenhuizen gaan met elkaar in gesprek over een onderwerp uit een verbeterdoel met als doel van elkaar te leren en te verbeteren.

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 verbeter-maatregelen. Zo is de verbetercyclus rond.



Verbeterdoel: cardiologische zorg

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 de groeiende aandacht voor preventie, optimalisering van medicatie, ambulancezorg en medisch (technologische) mogelijkheden is de sterftekans 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 hebben in zorguitkomsten en zo nodig, vormgeven en implementeren van multidisciplinair vormgegeven verbetermaatregelen om de cardiologische zorg te optimaliseren.
3. Optimaliseren van de kwaliteit van de cardiologische zorg in Nederland.

Beeld

Er is in de afgelopen vier jaar een duidelijke verbeterslag gemaakt in het aantoonbaar vormgeven van het kwaliteitsbeleid voor de cardiologische zorg. Er zijn meer ziekenhuizen die zorguitkomsten inzichtelijk hebben en zicht hebben op mogelijke risico's voor patiëntveiligheid.

Verbetermaatregelen worden steeds meer multidisciplinair vormgegeven en ingevoerd. Echter, slechts een aantal ziekenhuizen hebben alle minimale verbeteronderdelen (genoemd in kader) aantoonbaar geïmplementeerd.



Goede voorbeelden ter inspiratie

- > Een ziekenhuis geeft een zorgvuldige beschrijving van de inrichting van de cardiologische zorg waarbij meerdere check instrumenten worden ingezet zoals: tracers en audits; patiënt tevredenheidsonderzoek; veiligheidsrondes en; een dagstart. Ook beschrijft het ziekenhuis concrete verbetermaatregelen op basis van de uitkomsten hiervan. Een mooi voorbeeld van de wijze waarop de kwaliteitscyclus structureel en sluitend is ingericht.
- > Enkele ziekenhuizen benoemen patiënttevredenheid als integraal onderdeel van de kwaliteitscyclus. Naar aanleiding van een patiënttevredenheidsonderzoek (PTO) heeft een ziekenhuis een *patient journey app* ontwikkeld waarbij het zorgpad wat patiënten doorlopen in beeld wordt gebracht. Zo worden de ervaringen van patiënten benut om te leren en te verbeteren. Ook wordt gestuurd op uitkomsten van spiegelgesprekken en zorguitkomsten door *patient related outcome measures* (PROM). De uitkomsten worden ingezet voor interne kwaliteitsdoeleinden en externe aanlevering aan de Nederlandse Hart Registratie (NHR).
- > Een ziekenhuis heeft het spiegelgesprek ingezet als methodiek om patiëntervaringen mee te nemen in het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid van de cardiologische zorg. Op basis van het spiegelgesprek heeft het ziekenhuis concrete verbeteringen geïnitieerd.
- > Een ziekenhuis beschrijft een samenwerkingsplatform voor zorgverleners waarbij in regionale netwerken huisartsen meedenkconsulten kunnen aanvragen en apothekers direct met de cardioloog kunnen communiceren over de medicatie van een patient. Ook meldt een ziekenhuis dat via 'digitaal advies consulten (DAC)' huisartsen laagdrempelig kunnen overleggen met een cardioloog. Via meekijkconsulten krijgen huisartsen binnen drie dagen advies van een cardioloog. Het ziekenhuis geeft aan dat het meekijkconsult bijdraagt aan tijdige interventies en voorkomt onnodige verwijzingen. Een mooi voorbeeld van 'juiste zorg op de juiste plek'.

- > Een mooi voorbeeld van multidisciplinaire samenwerking is een het transformatieprogramma 'Hart voor Elkaar'. Dit betreft een samenwerking met het ziekenhuis en een regionale huisartsenorganisatie 'Dokter Drenthe'. Het doel hiervan is de cardiologische en chronische zorg toekomstbestendig te maken, betaalbaar te houden en de zorgvraag beter op te vangen. Daarnaast heeft het ziekenhuis via 'Herstelgerichte Zorg' een intensieve samenwerking met verpleeg-, verzorgingshuizen en thuiszorg (VVT)-instellingen waarbij gezamenlijk gespecialiseerde revalidatie- en herstellzorg wordt geboden. Ook heeft dit ziekenhuis transmurale werkafspraken met huisartsen omtrent het minderen en stoppen van cardiovasculaire medicatie (samenmindermedicatie.nl).
- > Een ziekenhuis bespreekt het project *Chance@Home*. Patiënten met hartfalen worden na een korte ziekenhuisopname door verpleegkundig specialisten thuis begeleidt. Zij voeren naast telefonische gesprekken ook huisbezoeken uit waarbij bloed geprikt wordt en intraveneuze diuretica (geneesmiddelen die de nieren stimuleren om meer urine te produceren) gegeven wordt. Het ziekenhuis geeft aan dat het project een positief effect heeft op de kwaliteit van leven en dat op deze manier een delier kan worden voorkomen. Ook verlaagt het de druk op de klinische bedden.
- > Er worden multidisciplinaire hartteamoverleggen met ziekenhuizen in de regio georganiseerd. Patiënten met complex hartfalen worden besproken om patiënten de juiste zorg te kunnen bieden. Ook organiseert een ziekenhuis een structureel overleg met een verwijzend ziekenhuis in de regio waar verwezen patiënten voor een dotterprocedure worden besproken. De bevindingen en interventies worden toegelicht met als doel ervan te leren: 'in welke situatie is welke beslissing genomen en waarom'?
- > Een ziekenhuis gaf aan een gezamenlijk multidisciplinair kwaliteitsoverleg te hebben met de pacemaker cardiologen en technici waarbij de zorguitkomsten systematisch worden besproken.
- > Er worden proactieve zorgplangesprekken, ook wel *advanced care planning* (ACP), volgens het format van de NZa met

cardiologische patiënten gevoerd in het kader van passende zorg. Proactieve zorgplangesprekken geven inzicht in wat de patiënt wel en wat de patiënt niet wil. Een mooi voorbeeld van 'samen beslissen' en 'passende zorg'.

- > Er wordt gebruik gemaakt van de app 'BeterDichtbij', een initiatief van de zorgsector zelf, en in eigendom van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Vereniging van Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen (SAZ). Een ziekenhuis geeft aan dat door de app de digitale bereikbaarheid van de polikliniek en het contact tussen patiënt en cardioloog is verbeterd.
- > Verder wordt er gebruik gemaakt van een digitale keuze hulp voor zorgverleners voor een keuze tussen een mechanische of biologische hartkep, wat kan bijdragen in tijdsreductie van de consultvoering én samen beslissen. De medische informatie in deze keuzehulp is gebaseerd op de Europese richtlijnen en is geactualiseerd met aanvullende bronnen.
- > Daarnaast wordt er gebruik gemaakt van een ziekenhuis data viewer om de kwaliteit van zorg analyseren en te vergelijken met het landelijk gemiddelde.
- > Een ziekenhuis meldt dat tijdens poliklinische consulten gebruik wordt gemaakt van een *transcriber* waardoor er meer aandacht is voor de patiënt, er een vollediger verslaglegging is en er meer rust wordt ervaren door de cardioloog in consultvoering.
- > Er wordt onderzocht of echo-analyses en verslaglegging met behulp van artificial intelligence (AI) mogelijk is.
- > Daarnaast wordt telemonitoring voor zowel hartfalen poli als *cardiovascular implantable electronic device* (CIED) follow-up voor pacemakers en ICD toegepast. Op basis van de gegevens in de app kan worden bepaald of poliklinische controle nodig is en dit leidt tot een afname van het aantal poliklinische controles.
- > Een ziekenhuis geeft aan aandacht te hebben voor leefstijl en preventie door een leefstijlloket op te richten.
- > De zorgpaden cardiovasculair risico management (CVRM) en hartfalen heeft een ziekenhuis geanalyseerd en doorontwikkeld naar *value based health care* (VBHC)

- > Een ziekenhuis geeft aan dat de CT-calciumscore beschikbaar is gemaakt voor huisartsen als eerstelijns onderzoek. Hierbij wordt een CT-scan van het hart gemaakt om de mate van aderverkalking van de kransslagaders in kaart te brengen. Op basis van de uitslag kunnen patiënten in de eerste lijn behandeld worden of gericht worden doorverwezen naar de cardioloog.
- > Een vakgroep cardiologie van een ziekenhuis heeft *teaching on the run* trainingen gevolgd met als thema 'samen beslissen'. Dit zijn korte praktische trainingen in onderwijs- en opleidingsvaardigheden voor artsen.
- > Een ziekenhuis maakt gebruik van *ward control centre* (WCC) borden op de verpleegafdeling cardiologie en CCU. Op de WCC-borden worden de uitkomsten van de verpleegkundige indicatoren getoond om het klinisch redeneren van de verpleegkundigen te bevorderen en om tijdig en juist te kunnen inspelen op klinische achteruitgang van de patiënt. Ook wordt benoemd dat de verpleegkundige de patiënt bespreekt bij de artsenvisites. Dit vergroot het verpleegkundig leiderschap en bevordert het klinisch redeneren van de verpleegkundige. Uit de evaluatie van het ziekenhuis is naar voren gekomen dat het de samenwerking tussen de arts en verpleegkundig bevordert. Standaard worden de volgende items benoemd tijdens de artsenvisite: antistollingsmedicatie; medicatieverificatie; verpleegkundige indicatoren en geplande ontslagdatum.

Wat moet beter?

Dit is het laatste jaar dat dit verbeterdoel uitgevraagd wordt bij de ziekenhuizen. Van ziekenhuizen die nog niet aantoonbaar de minimale verbeteronderdelen ingevoerd en geborgd hebben, wordt verwacht dit zo snel als mogelijk te realiseren.

We zetten het op een rijtje:

- > Het kwaliteitsbeleid voor de cardiologische zorg moet aantoonbaar worden vormgegeven en dit is nog niet overal het geval.
- > Nog niet alle ziekenhuizen hebben inzicht in eigen zorguitkomsten waardoor de verbetercyclus niet is geborgd.
- > Aandachtspunt van dit verbeterdoel is het multidisciplinair vormgeven en implementeren van verbetermaatregelen na de analyse van data samen met zo mogelijk op de afdeling betrokken of aanpalende disciplines.

Norm

- > [Nederlandse Vereniging voor Cardiologie \(2025\) Kwaliteitsbeleids- en kwaliteitsvisie-document cardiologische zorg.](#)



Verbeterdoel: diagnostische processen

Het verbeterdoel beoogt het risico op vermijdbare zorggerelateerde schade te reduceren en streeft naar een duurzame inzet van middelen, materialen en medewerkers door het optimaliseren van diagnostische processen.

Optimaliseren van diagnostische processen

Het diagnostisch proces is complex. Een diagnostisch proces omvat functieonderzoek, laboratoriumdiagnostiek, beeldvorming, pathologisch en microbiologisch onderzoek. Daarnaast zijn de anamnese, lichamelijk onderzoek, klinisch redeneren, afweging van risico's, het nauwgezet volgen van het beloop en heroverwegen (in multidisciplinair overleg) van de werkdiagnose onderdeel van het diagnostisch proces. Daarbij kunnen patiëntgebonden factoren zoals atypische klachten, een taalbarrière en/of multimorbiditeit het diagnostisch proces bemoeilijken. Bij het leren van elkaar spelen onder andere MDO's, casuïstiekbesprekingen, complicatiebesprekingen, intercollegiaal overleg en het delen van goede voorbeelden een belangrijke rol.

In het diagnostisch proces zijn verschillende aspecten van belang, namelijk: veiligheid, effectiviteit, efficiëntie, tijdigheid, patiëntgerichtheid en rechtvaardigheid. Te veel aanvullend onderzoek (overdiagnostiek) en te weinig diagnostiek (onderdiagnostiek) moet worden voorkomen. Diagnostiek moet in het kader van passende zorg ook passen bij de individuele patiënt. In dit verbeterdoel ligt de focus op het diagnostisch proces en niet op de medisch inhoudelijke diagnostische keuzes door de zorgprofessional. Pre-analytische risico's (patiëntverwisselingen, afnamefouten, opslag en transport issues) vallen ook buiten het bereik van dit verbeterdoel.

Dit verbeterdoel vraagt aandacht voor:

1. Het klinisch redeneren van zorgprofessionals dat in multidisciplinair verband continu wordt bevorderd.
2. Leren van het diagnoseproces via actieve feedback van de uitvoerders van diagnostiek aan de behandelaars (aanvragers van diagnostiek) waarbij er sprake is een actieve leercultuur tussen aanvrager en uitvoerder.
3. De borging van de communicatieketen van aanvraag naar uitslag, ongeacht de locatie van de diagnostiek. Het gaat om het inrichten van een zogenaamde *closed loop* (een sluitende communicatieketen tussen diagnostiek en aanvrager, zeker in geval van overwachte en kritieke bevindingen).
4. Duurzame inzet van middelen, materialen en medewerkers in het diagnostisch proces.

Beeld

Dit was het eerste jaar dat de inspectie het verbeterdoel 'Optimalisatie diagnostische processen' uitvoeg. Hierbij werd van instellingen verwacht dat het verbeterdoel voor twee diagnostische processen werd uitgewerkt. Aan de ene kant zien we dat een aantal ziekenhuizen duidelijk het klinisch redeneren van zorgprofessionals in multidisciplinair verband continu bevordert. Ook zien we bij een aantal ziekenhuizen een actieve leercultuur tussen aanvrager en uitvoerder waarbij via actieve feedback van de uitvoerders van diagnostiek, de aanvragers van

diagnostiek leren van het diagnoseproces. De communicatieketen van aanvraag naar uitslag is eveneens in een aantal ziekenhuizen geborgd. Tot slot heeft duurzame inzet van middelen, materialen en medewerkers in het diagnostisch proces de aandacht. Een aantal ziekenhuizen laat dit zien aan de hand van twee diagnostische processen met verbeterpotentieel.

De inspectie constateert echter dat meerdere ziekenhuizen in de aanlevering, onderdelen uit het geformuleerde verbeterdoel (nog) onvoldoende naar voren laten komen. Ziekenhuizen moeten beter laten zien dat zij ervoor zorgen dat: het klinisch redeneren door zorgprofessionals in multidisciplinair verband wordt bevorderd; er sprake is van een actieve leercultuur over het diagnostisch proces tussen aanvrager en uitvoerder; de communicatieketen (*closed loop*) van aanvraag naar uitslag is geborgd en; er sprake is van een duurzame inzetbaarheid van middelen, materiaal en medewerkers.

Een aantal ziekenhuizen bevordert het klinisch redeneren niet en een aantal ziekenhuizen bevordert wel het klinisch redeneren, alleen niet in multidisciplinair verband en/of het is een eenmalige activiteit geweest zonder plan voor structurele herhaling. Ook hebben niet alle ziekenhuizen een systeem/organisatie/beleid over de werkwijze waarin de actieve leercultuur over het diagnostisch proces is geborgd waarbij duidelijke rollen en verantwoordelijkheden tussen aanvrager en uitvoerder zijn beschreven en het beleid een concrete uitwerking is over de wijze en frequentie van evaluatie, waarbij specifiek aandacht is voor de *closed loop* communicatie van onverwachte en kritieke bevindingen. Slechts een enkel ziekenhuis laat aan de hand van twee diagnostische processen zien dat het werkproces van aanvraag tot en met rapportage inzichtelijk is en dat leidraden van wetenschappelijke verenigingen zijn geïmplementeerd. En ongeveer twee derde van de ziekenhuizen heeft aandacht voor duurzame inzet van middelen, materialen en medewerkers in het diagnostisch proces.

Een punt van aandacht is dat de aanvrager ook daadwerkelijk deel uit maakt van de *closed loop*. Bijvoorbeeld, een verpleegkundig specialist (VS) als behandelaar van de patiënt, heeft niet altijd dezelfde rechten in het aanvragen van diagnostiek als een arts.

Als je als VS behandelaar bepaalde diagnostiek niet aan kan of mag aanvragen in het EPD, komt de uitslag niet bij de behandelaar maar bij de aanvrager (in dit geval de arts). Daarmee is het voor bijvoorbeeld de VS niet mogelijk om signalen, veranderingen, duurzame en onderbouwde verbeteringen actief aan te pakken in de lopende processen.



Goede voorbeelden ter inspiratie

- > Een ziekenhuis organiseert jaarlijkse structurele poortwachtergesprekken tussen radiologie en aanvragende specialismen met als doel het afstemmen van verwachtingen, evalueren van samenwerking, bespreken van knelpunten, evalueren van aanvraaggedrag, overdiagnostiek en verslaglegging. Het is een mooi voorbeeld van een structureel proces in het optimaliseren van diagnostische processen en heeft het ziekenhuis aandacht voor duurzame inzet van middelen, materialen en medewerkers in het diagnostisch proces.
- > Een ziekenhuis heeft een multidisciplinair 'diagnostisch toets overleg' (DTO) ingericht om aanvragers en uitvoerders van het klinisch chemisch lab (KCL) en radiologie met elkaar te verbinden en zo het klinisch redeneren te bevorderen.
- > Een ziekenhuis geeft aan het diagnostisch proces te willen verbeteren door zich te richten op passende diagnostiek (o.a. het voorkomen van zowel over- als onderdiagnostiek). Op individueel niveau wordt aanvraaggedrag geanalyseerd (afhankelijk van de patiëntenpopulatie).
- > Een ziekenhuis heeft een themabijeenkomst 'diagnostisch proces' georganiseerd voor alle medewerkers in de zorg.
- > Een ziekenhuis heeft een uitgebreide analyse uitgevoerd op basis van het rapport '*Recognizing Excellence in Diagnosis: Recommended Practices for Hospitals (July 2024 Update)*'. Hieruit zijn twee verbeteracties voortgekomen: 'Stel een multidisciplinair team samen om de veiligheid en kwaliteit van diagnoses te bevorderen' en 'Meet en monitor diagnostische uitkomsten'.

- > Ziekenhuizen zetten green teams in om duurzame inzet van middelen, materialen en medewerkers in het diagnostisch proces te stimuleren.
- > Een ziekenhuis heeft verbetering ingezet op het optimaliseren van het diagnostisch proces door implementatie van een vitamine B12-MMA-reflextest. Retrospectief data-onderzoek uit het laboratoriumsysteem toonde aan dat in 90% van gevallen waarin een methylmalonzuur (MMA)-bepaling geïndiceerd was, geen materiaal voor MMA-bepaling beschikbaar was. Dit leidde tot herhaalde bloedafnames en vertraging in de diagnostiek bij patiënten verwezen door huisartsen. Nu wordt bij patiënten met een vitamine B12-waarde in het grijze gebied (100-185 pmol/L) automatisch een MMA-bepaling uitgevoerd. De huisartsen zijn hierover gericht benaderd met uitleg over een correcte aanvraag van een eerste vitamine B12 bepaling. Om het aanvraagproces zo gebruiksvriendelijk mogelijk te maken is het proces geoptimaliseerd in samenspraak met huisartsen. Zo zijn bijvoorbeeld reminders aan het aanvraagproces toegevoegd. Ook wordt de vitamine B12-MMA-reflextest geëvalueerd tijdens het jaarlijkse overleg tussen huisartsen en laboratorium.
- > Een ziekenhuis beschrijft een beslisboom voor ondersteuning in het klinisch redeneren. Het aantal laborder-sjablonen in het EPD is beperkt tot laborders die bijdragen aan efficiënte en doelmatige diagnostiek. Ook het ziekenhuis heeft beleid aangaande doelmatige diagnostiek in laborder-sjablonen.
- > Een ziekenhuis beschrijft een optimalisatietraject van een diagnostisch proces: *disease modifying anti-rheumatic drugs* (DMARD)-toxiciteitsmonitoring. Het optimalisatietraject is gericht op de de-implementatie van routinematige monitoring en overgang naar indicatie-gestuurde diagnostiek.

Wat moet beter?

Er zijn nog te veel ziekenhuizen die bij de aanlevering onvoldoende aandacht hebben besteed aan alle verbeteronderdelen, waardoor de stand van zaken met betrekking tot dit verbeterdoel in deze ziekenhuizen niet altijd duidelijk is.

Ziekenhuizen moeten in de aanlevering reflecteren op alle verbeteronderdelen en daarbij de volgende vragen betrekken:

- > Wordt het klinisch redeneren van zorgprofessionals in multidisciplinair verband continu bevorderd?
- > Is er beleid of werkwijze waarin de actieve leercultuur over het diagnostisch proces is geborgd? Bevat dit beleid of deze werkwijze duidelijke rollen en verantwoordelijkheden tussen aanvrager en uitvoerder? Bevat dit beleid of deze werkwijze een concrete uitwerking over de wijze en frequentie van evaluatie?
- > Is de communicatieketen van aanvraag naar uitslag geborgd, ongeacht de locatie van de diagnostiek? Op welke wijze zijn hierbij de leidraden van wetenschappelijke verenigingen geïmplementeerd? Worden kritische en onverwachte bevindingen en bijvangst door de uitvoerder geverifieerd op ontvangst en begrip door de aanvrager/ontvanger?
- > Op welke wijze heeft het ziekenhuis aandacht voor duurzame inzet van middelen, materialen en medewerkers in het diagnostisch proces?

Achtergrondinformatie

- > [Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie \(2023\) Rapport Risicoprofiel Diagnostisch Proces](#)
- > [Nederlandse Vereniging van Radiologie \(Commissie Kwaliteit\) \(2021\) Leidraad onverwachte bevindingen](#)
- > [Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie en Laboratoriumgeneeskunde \(2017\) Flankerend beleid bij \(on\)verwachte klinisch chemische laboratoriumuitslagen - inventarisatie](#)
- > [Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst \(2023\) Duurzaamheid in de zorg](#)



Verbeterdoel: eigen verbeterdoel (nieuw)

Het verbeterdoel stimuleert het onderling leren en verbeteren.

Eigen verbeterdoel

Met een eigen verbeterdoel kunnen ziekenhuizen en particuliere klinieken een thema kiezen dat voor de eigen organisatie relevant is voor het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid van zorg. Het thema van het eigen verbeterdoel heeft als kenmerk dat het een multidisciplinair risico voor de patiëntveiligheid is en verbeterpotentieel in zich heeft. Daarbij moet het eigen verbeterdoel binnen de eigen organisatie draagvlak hebben en moeten zorgprofessionals invloed hebben op de reductie van het risico. Met het eigen verbeterdoel wordt de nadruk gelegd op het stimuleren van een cultuur van leren en verbeteren.

Ziekenhuizen en klinieken kunnen maximaal één eigen verbeterdoel aanleveren. De inspectie verwacht dat het eigen verbeterdoel minimaal twee opeenvolgende jaren wordt aangeleverd. Zo kan de dialoog over de voortgang en borging van de PDCA-cyclus van het eigen verbeterdoel gevoerd worden over een zekere tijdspanne.

Een eigen verbeterdoel voldoet aan de volgende criteria:

1. Het betreft een multidisciplinair risico voor patiëntveiligheid.
2. De reductie van het risico is door zorgprofessionals te beïnvloeden.
3. Het betreft een thema dat verbeterpotentieel heeft.
4. Het betreft een thema dat draagvlak heeft binnen de eigen organisatie.
5. Het stimuleert een cultuur van leren en verbeteren.

Beeld

Het is mooi om te zien dat meerdere ziekenhuizen voor een eigen verbeterdoel kiezen. Dit jaar zijn dat 62 ziekenhuizen waarvan 37 ziekenhuizen het eigen verbeterdoel voor de tweede keer aanleveren. 19 van de 62 verbeterdoelen gingen over ontslag en overdracht in de keten. 16 verbeterdoelen gaan over medicatieveiligheid (medicatieverificatie en veilige toepassing). En zeven ziekenhuizen richten op patiënten met een kwetsbare gezondheid of beperkte gezondheids- of digitale vaardigheden.

Het is mooi dat deze ziekenhuizen al initiatieven hebben genomen om dit complexe thema aan te pakken. Dit sluit aan op de publicatie Verbeterdoelen msz 2027 waarin het verbeterdoel 'Patiënten in een kwetsbare situatie' wordt opgenomen. De andere thema's zijn divers. In deze publicatie wordt volstaan met een opsomming van thema's.

Overzicht eigen verbeterdoelen van de ziekenhuizen

Onderstaande overzicht geeft de namen van de ziekenhuizen (op alfabetische volgorde) en de het thema van het eigen verbeterdoel.

Ziekenhuis	Thema eigen verbeterdoel
Admiraal De Ruyter Ziekenhuis (Goes en Vlissingen)	Medicatiebeleid; samen op weg naar beter en veiliger medicatiebeleid (2 ^e jaar)
Albert Schweitzer Ziekenhuis (Dordrecht)	De patiënt met beperkte gezondheidsvaardigheden
Amphia Ziekenhuis (Breda)	Optimaliseren van het ontslag van kwetsbare ouderen naar een vervolginstelling na een klinische opname (2 ^e jaar)
Antoni van Leeuwenhoek (Amsterdam)	Hoofdbehandelaar en vast contactpersoon (2 ^e jaar)

Ziekenhuis	Thema eigen verbeterdoel
Antonius Ziekenhuis (Sneek)	Verbeteren toedienveiligheid geneesmiddelen middels scannen van barcodes
Bernhoven (Uden)	Transmurale overdracht voor patiënt met ontslag naar zorginstelling, revalidatie of huis (2 ^e jaar)
BovenIJ ziekenhuis (Amsterdam)	Palliatief verbonden Noord (2 ^e jaar)
Bravis ziekenhuis (Bergen op Zoom en Roosendaal)	Uniforme ontslaginformatie voor de patiënt bij ontslag na ziekenhuisopname (2 ^e jaar)
Catharina Ziekenhuis (Eindhoven)	Proactieve zorgplanning in het Catharina Ziekenhuis (2 ^e jaar)
Deventer Ziekenhuis (Deventer)	Implementeren zorgpad chirurgie bij kwetsbare ouderen
Diakonessenhuis (Utrecht en Zeist)	(Optimaliseren van zorg voor) Kwetsbare ouderen (2 ^e jaar)
Dijklander (Hoorn & Purmerend)	Overdracht van patiëntinformatie
Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis (Tilburg)	Antistollingsbeleid: verbeteren van proactieve (anti)stollingszorg in het ETZ middels aanstellen antistollingsconsulent
Elkerliek Ziekenhuis (Helmond en Deurne)	Medicatieverificatie bij ontslag - Kwaliteit van medicatie omzetting door voorschrijvers (2 ^e jaar)
Erasmus MC (Rotterdam)	Verbeteren van zorg rondom ontslag (2 ^e jaar)
Flevoziekenhuis (Almere)	Bevorderen van functiebehoud bij opgenomen ouderen (2 ^e jaar)

Ziekenhuis	Thema eigen verbeterdoel
Franciscus Gasthuis & Vlietland (Rotterdam en Schiedam)	Verbeteren van zorg rondom ontslag – Tijdige en volledige medicatieverificatie en overdracht (2 ^e jaar)
Frisius MC (Leeuwarden en Heerenveen)	Optimalisering decubitusbeleid door duidelijk inzicht op prevalentie, preventie en herstel
Gelre Ziekenhuizen (Apeldoorn en Zutphen)	Optimaliseren zorg voor patiënten met Diabetes Mellitus door vergroten kennis, bevorderen van deskundigheid, verbeterde registratie en optimaliseren medicatiebeleid (2 ^e jaar)
Groene Hart Ziekenhuis (Gouda)	Optimaliseren medicatieveiligheid in het Groene Hart Ziekenhuis
HagaZiekenhuis (Den Haag en Zoetermeer)	Vroegtijdige herkenning vitaal bedreigde patiënt
HMC (Den Haag)	Medicatieverificatie bij ontslag (2 ^e jaar)
IJsselland Ziekenhuis (Capelle aan den IJssel)	Zorg rondom ontslag (2 ^e jaar)
Ikazia Ziekenhuis (Rotterdam)	Verbeteren van zorg rondom ontslag
Instituut Verbeeten (Tilburg)	Prospectieve risico inventarisatie (PRI) bij introductie medische technologie
Jeroen Bosch Ziekenhuis ('s-Hertogenbosch)	Zorg voor kwetsbare patiënten
Laurentius Ziekenhuis (Roermond)	Medicatie: de optimalisatie rondom dubbelcheck bij toediening van hoog-risico medicatie (2 ^e jaar)
LUMC (Leiden)	Een veilig en efficiënt bloedtransfusieproces: aanvragen, transporteren, bewaren en toedienen (2 ^e jaar)

Ziekenhuis	Thema eigen verbeterdoel
Maasstad Ziekenhuis (Rotterdam)	Verbeteren van zorg rondom ontslag (2 ^e jaar)
Maastricht UMC+ (Maastricht)	Overdracht van zorg - externe overdracht
MAASTRO clinic (Maastricht)	Introductie nieuwe behandeltechnieken /behandel apparatuur in de radiotherapie
Maasziekenhuis Pantein (Boxmeer)	PEWS-Pediatric Early Warning Score (2 ^e jaar)
Martini Ziekenhuis (Groningen)	Realiseren van een optimaal pijnbeleid in het Martini Ziekenhuis
Máxima Medisch Centrum (Eindhoven en Veldhoven)	Gelijkheid en toegankelijkheid van zorg ongeacht digitale vaardigheden van patiënten (2 ^e jaar)
Meander Medisch Centrum (Amersfoort)	Decubitus – optimaliseren van screening, preventiemaatregelen en behandeling
Medisch Spectrum Twente (Enschede)	Overdracht van een actueel medicatieoverzicht bij iedere klinisch ontslagen patiënt (2 ^e jaar)
Noordwest ziekenhuisgroep (Alkmaar, Den Helder)	Optimalisatie van het proces rondom de Early Warning Score (EWS) (2 ^e jaar)
Ommelanden Ziekenhuis Groningen (Delfzijl en Winschoten)	Optimalisatie van colonchirurgie: Toewerken naar de laagste impact op de patiënt én de zorg (2 ^e jaar)
Oogziekenhuis (Rotterdam)	Bereikbaarheid voor het beantwoorden van telefonische, medische vragen van patiënten (2 ^e jaar)

Ziekenhuis	Thema eigen verbeterdoel
Prinses Máxima Centrum voor Kinderoncologie (Utrecht)	Verbeterd informatievoorziening rondom ontslagmedicatie aan ouders (patiënt) (2 ^e jaar)
Radiotherapeutisch Instituut Friesland (Leeuwarden)	Introductie nieuwe technieken / apparatuur in de radiotherapie
Radiotherapiegroep (Arnhem, Deventer en Ede)	Introductie nieuwe technieken (PRI)
Reinier de Graaf Groep (Delft en Voorburg)	Klinisch passende zorg voor patiënten met multimorbiditeit (2 ^e jaar)
Rijnstate (Arnhem, Velp en Zevenaar)	Doorgebruik thuismedicatie (DGTM)
RIVAS Zorggroep, Beatrixziekenhuis (Gorinchem)	Werken aan herstel van vertrouwen bij een incident
Rode Kruis Ziekenhuis (Beverwijk)	Continuïteit van zorg (2 ^e jaar)
Sint Maartenskliniek (Boxmeer en Nijmegen)	Optimalisatie ligduur en ontslagproces orthopedische patiënten
Spijkenisse Medisch Centrum (Spijkenisse)	Digitalisatie patiëntcommunicatie rondom afspraken (2 ^e jaar)
St. Anna Ziekenhuis (Geldrop)	Realiseren van een optimaal antistollingsbeleid
St. Antonius Ziekenhuis (Utrecht, Nieuwegein en Woerden)	Optimalisatie van kwaliteit en patiëntveiligheid binnen Thuismonitoring in het St. Antonius Ziekenhuis
Tergooi (Blaricum en Hilversum)	Herstelgericht verbeteren: hulp en herstel voor betrokkenen rondom impactvolle gebeurtenissen

Ziekenhuis	Thema eigen verbeterdoel
Treant Zorggroep cure (Emmen, Hoogeveen en Stadskanaal)	Optimaliseren medicatiebeheer en -begeleiding (2 ^e jaar)
UMCG (Groningen)	Optimaliseren van de ontslagzorg op alle UMCG-verpleegafdelingen (2 ^e jaar)
Van Weel-Bethesda Ziekenhuis (Dirksland)	Optimalisatie van medicatieoverdracht in het Van Weel Bethesda (VWB) ziekenhuis bij opname en ontslag (2 ^e jaar)
VieCuri (Venlo en Venray)	Zorgpad chirurgie bij kwetsbare ouderen
Wilhelmina Ziekenhuis (Assen)	Onnodig lang nuchter heupfracturen (2 ^e jaar)
Zaans Medisch Centrum (Zaandam)	Project VTGM (Voor Toediening Gereed Maken) (2 ^e jaar)
Ziekenhuis Gelderse Vallei (Ede)	Medicatieverificatie bij ontslag (2 ^e jaar)
Ziekenhuisgroep Twente (Almelo en Hengelo)	Optimaliseren van de decubituszorg in ZGT (2 ^e jaar)
ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen (Terneuzen)	De toepassing van Safety-II in het onderzoek naar (mogelijke) calamiteiten (2 ^e jaar)
Zuidwest Radiotherapeutisch Instituut (Vlissingen en Roosendaal)	Introductie nieuwe technieken / apparatuur in de radiotherapie
Zuyderland Medisch Centrum (Sittard-Geleen, Heerlen, Brunssum en Kerkrade)	Ongewenst gedrag door derden binnen Zuyderland

Aandachtspunt

Het valt op dat twee ziekenhuizen een ander thema kiezen voor het eigen verbeterdoel dan vorig jaar, waarmee deze ziekenhuizen hun eigen verbeterdoel op een specifiek thema slechts één jaar hebben aangeleverd. En vijf ziekenhuizen leverden dit jaar geen tweede aanlevering aan. Bij aanlevering van een eigen verbeterdoel is het de bedoeling dat minimaal 2 jaar achtereenvolgens eenzelfde thema van het eigen verbeterdoel aangeleverd wordt. Zo worden de voortgang van de leer- en verbetercyclus en de reductie van het patiëntrisico inzichtelijk.

Terugkoppeling en dialoog

Individuele terugkoppeling van het eigen verbeterdoel gebeurt in dialoog met de inspectie. Het staat ziekenhuizen en particuliere klinieken uiteraard vrij om de bevindingen van het eigen verbeterdoel te delen met andere instellingen. Dit is in lijn met de wens van de inspectie dat ziekenhuizen en particuliere klinieken van elkaar leren en verbeteren.



Verbeterdoel: ketenzorg diabetische voetulcus

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 amputatie van de voet.
- > Om dit risico te verminderen is een integrale en multidisciplinaire ketenzorg cruciaal.
- > Voor iedere zorgprofessional in deze integrale en multidisciplinaire ketenzorg moet duidelijk zijn wanneer welke taken moeten worden verricht.

De volgende disciplines zijn bij de integrale en multidisciplinaire ketenzorg betrokken:

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

Het multidisciplinaire voetenteam in het ziekenhuis bestaat ten minste uit een:

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

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. Regionale transmurale afspraken.
3. Een verbetercyclus van deze integrale en multidisciplinaire ketenzorg met focus op samenwerken, evalueren, leren en verbeteren.

Beeld

Er is in de afgelopen vier jaar een duidelijke verbeterslag gemaakt in de ketenzorg voor patiënten met een diabetische voetulcus. Steeds meer ziekenhuizen hebben hun zorguitkomsten inzichtelijk en gebruiken de evaluatie van de zorguitkomsten om te verbeteren. Echter, nog niet alle ziekenhuizen hebben de PDCA-cyclus geborgd.

Ongeveer een derde van de ziekenhuizen die dit jaar het verbeterdoel ketenzorg diabetische voetulcus hebben aangeleverd, heeft inhoudelijke en procesmatige elementen voor een integrale en multidisciplinaire ketenzorg ingericht conform de richtlijn Diabetische voet. Daarnaast heeft ongeveer de helft van deze ziekenhuizen zorgverleners in de hele keten (in eerste- en tweede lijn) betrokken bij het opstellen en uitvoeren van verbeteringen. En ruim de helft van de ziekenhuizen die dit jaar dit verbeterdoel hebben aangeleverd, hebben aandacht voor een veilig en open samenwerkingsklimaat om te leren en verbeteren.

Aan de ene kant zien we dat ziekenhuizen aandacht hebben voor een goede en tijdige doorverwijzing van patiënten volgens de richtlijn. En dat er in meerdere ziekenhuizen sprake is van een multidisciplinaire samenwerking in het voetenteam. Ook is er naast interne scholing bij meerdere ziekenhuizen aandacht voor scholing in de eerstelijnszorg waarin dit is meegenomen. Wederom werden ook dit jaar regionale symposia georganiseerd. Dit is goed omdat daarmee het kennisniveau hoger wordt in de gehele zorgketen én zorgverleners betreft in de gehele keten (in eerste- en tweede lijn) bij het opstellen en uitvoeren van verbeteringen. Daarmee wordt de zichtbaarheid van de integrale en multidisciplinaire ketenzorg voor patiënten met diabetes mellitus en een diabetische voetulcus vergroot.

Aan de andere kant zien we dat nog niet alle ziekenhuizen dit op orde hebben. Een aantal ziekenhuizen staat nog steeds aan het begin om de ketenzorg voor patiënten met een diabetische voetulcus in te richten. Het is belangrijk dat op tijd de juiste diagnostiek én behandeling van patiënten met een diabetische voetulcus wordt ingezet. Ook zien we dat lang niet altijd (ongeveer de helft), alle zorgprofessionals in de gehele zorgketen betrekken bij het opstellen en uitvoeren van verbeteringen.



Goede voorbeelden ter inspiratie

- > Een ziekenhuis heeft de informatievoorziening en voorlichting van patiënten om zelfmanagement te bevorderen geoptimaliseerd met als doel therapietrouw te vergroten en de zorgvraag op lange termijn te verminderen.
- > Er zijn ziekenhuizen die een regionaal symposium organiseerden op het thema optimale ketenzorg voor patiënten met een diabetische voetulcus. Het is goed om te zien dat alle ketenpartners actief worden benaderd om deel te nemen. Zo wordt kennis en expertise gedeeld binnen de gehele keten. Een goed voorbeeld van leren en verbeteren van elkaar.
- > Een ziekenhuis geeft aan jaarlijks een wondsymposium te houden waar kennisuitwisseling plaatsvindt. Ook organiseert het ziekenhuis zogenaamde spandagen voor huisartsen waar periodiek het thema diabetische voetulcus terugkomt. Dat zijn nascholingsmomenten voor huisartsen.
- > Er zijn ziekenhuizen die een minimale dataset (MDS) hebben geïmplementeerd in een zogenaamde SHOE-OFF trial. Deze trial waarborgt dat gestandaardiseerde, klinische data over diabetische voet behandelingen consistent wordt vastgelegd. De MDS vormt de basis voor de proces- en uitkomstindicatoren die in de Nederlandse Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera zijn omschreven.
- > Meerdere ziekenhuizen geven aan te beschikken over een vast aanspreekpunt in de integrale en multidisciplinaire keten zodat zorgprofessionals laagdrempelig contact op kunnen nemen met de expertgroep van dat ziekenhuis.
- > Een ziekenhuis geeft aan dat de zorg vanuit het multidisciplinair voetenteam wordt afgestemd met de eerstelijns zorgprofessionals. Praktijkondersteuners van de huisarts (POH) krijgen de mogelijkheid om mee te lopen met het multidisciplinair voetenteam om zo het belang van een goede screening te ervaren. Ook loopt er met regelmaat een diabetesverpleegkundige uit de eerste lijn mee om onze adviezen mee te nemen naar de huisarts/huisartsenpraktijk.
- > Er worden patiëntenvoorlichtingsbijeenkomsten gehouden met voorlichting over specifieke aandoeningen. Ook zijn zieken-

huizen bezig met het ontwikkelen van voorlichtingsfilmpjes voor patiënten.

- › In het kader van optimaliseren van de regionale transmurale afspraken en de samenwerking in de keten te optimaliseren, heeft een ziekenhuis een ketenregiegroep wondzorg ingericht. Hierin zitten een afgevaardigde huisarts vanuit een huisartsenvereniging, een wijkmanager, een chirurg, een wondzorgverpleegkundige, een afgevaardigde wondverpleegkundige uit de wijkverpleging en een regiomanager van één van de samenwerkende verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorgorganisaties.
- › Een ziekenhuis biedt een specifiek curriculum wond expertise centra (WEC) aan voor A(N)IOS. Dit scholingsplan richt zich op de multidisciplinaire aanpak van complexe voetwonden bij patiënten met diabetes mellitus.
- › Een ziekenhuis heeft de samenwerking tussen wondverpleegkundigen op de polikliniek en in de kliniek geïntensiveerd met als doel de kennis in de kliniek op peil te houden en het creëren van een poule van wondverpleegkundigen chirurgie die breed inzetbaar zijn.
- › Een ziekenhuis heeft uitbreiding van wetenschappelijk onderzoek in het wondzorg-netwerk aangekondigd met het aanstellen van een researchcoördinator (perfusiemeting na revascularisatie op huidniveau en vroegtijdige standscorrecties van de diabetische voet).
- › Er worden structurele regionale overlegmomenten tussen eerste en tweede lijn met huisartsen, POH en kaderarts diabetes georganiseerd. Ook zijn er samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen in de regio. En zijn er samenwerkingsverbanden tussen het multidisciplinaire voetenteam van een ziekenhuis en de eerste lijn als integraal onderdeel van de transmurale ketenzorg in de regio. Ook leveren wondconsulenten en verpleegkundig specialisten soms zorg in en buiten het ziekenhuis. Hiermee zijn zij de verbindende schakel van de integrale en multidisciplinaire ketenzorg.
- › Een ziekenhuis geeft aan patiënten participatie te bevorderen. Het ziekenhuis is zich bewust van patienten in een kwetsbare situatie waarbij er relatief vaker sprake is van een lagere

sociaaleconomische status, verminderde therapietrouw en taalbarrières. Onder andere heeft het ziekenhuis communicatie en voorlichtingsmateriaal op deze patienten in een kwetsbare situatie afgestemd.

- › Om het zorgpad in kaart te brengen heeft een ziekenhuis de *Functional Resonance Analysis Method* (FRAM)-methodiek toegepast. Er is meegekeken met het multidisciplinaire voetenteam om het proces in de praktijk in kaart te brengen. Met alle zorgverleners zijn individuele interviews gehouden met de centrale vraag: 'wat gaat er goed en wat zou er beter kunnen'. Het patiëntperspectief werd meegenomen door twee patiënten te volgen. Ook werden zorgverleners gevolgd. Er volgde een dialoogsessie met alle betrokken disciplines in de integrale transmurale keten wat als heel waardevol werd gezien. Onderwerpen die zijn besproken zijn preventie, triage en planning.
- › Ziekenhuizen geven een digitale nieuwsbrief uit voor verwijzers. Hiermee wordt de samenhang en zichtbaarheid van de integrale en multidisciplinaire ketenzorg bevorderd. Dit is ook belangrijk voor zorgprofessionals dat zij weten naar wie zij de patiënt moeten verwijzen.
- › Er wordt gebruik gemaakt van een app waarmee afstemming plaatsvindt tussen eerste- en tweedelijns zorgverleners over de zorg aan patiënten met een diabetisch voetulcus.
- › Ziekenhuizen geven aan dat zij van elkaar leren door bij een ander ziekenhuis te ervaren hoe de ketenzorg van patiënten met een diabetische voetulcus kan worden geoptimaliseerd. Ziekenhuizen brengen hiertoe werkbezoeken bij elkaar om van elkaar te leren en te verbeteren.
- › *Patient Reported Outcome Measures* (ervaringen van patiënten) (PROM) worden uitgevraagd om de ketenzorg voor patiënten met een diabetische voetulcus te evalueren en hiervan te leren en te verbeteren. Ook worden spiegelgesprekken gevoerd om van te leren en te verbeteren.
- › Inrichting van een 'Eerste Diabetische Voet Hulp', waarbij patiënten snel na verwijzing worden beoordeeld en gediagnosticeerd. Vervolgens kan op tijd gestart worden met de behandeling.

Wat moet beter?

Het is belangrijk dat er een integrale en multidisciplinaire ketenzorg voor patiënten met een diabetische voetulcus is. Hiermee kunnen ernstige complicaties worden voorkomen. Het is belangrijk dat op tijd de juiste diagnostiek én behandeling van patiënten met een diabetische voetulcus wordt ingezet. Daarnaast moeten alle zorgprofessionals in de gehele keten, eerste-en tweedelijnszorg, betrokken worden bij het opstellen en uitvoeren van verbeteringen. Ziekenhuizen die patiënten met een diabetische voetulcus behandelen, moeten een multidisciplinair voetenteam hebben conform de richtlijn Diabetische voet. Ook is het van belang dat ziekenhuizen aantoonbaar de uitkomsten van zorg evalueren.

Dit is het laatste jaar dat dit verbeterdoel uitgevraagd wordt bij de ziekenhuizen. Van ziekenhuizen die nog niet aantoonbaar de minimale verbeteronderdelen ingevoerd en geborgd hebben, wordt verwacht dit zo snel als mogelijk te realiseren. Dit zijn de verbeterpunten op een rijtje:

- 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 van kennis en expertise in de gehele zorgketen.
- Zicht hebben op en leren van de uitkomsten van de geleverde zorg.

Waar nodig blijft de inspectie ziekenhuizen die het aangaan aanspreken op zaken die verbeterd moeten worden en zal zo nodig verbetermaatregelen opleggen.

Richtlijnen

- [Nederlandse Internisten Vereniging \(2017\) Richtlijn Diabetische voet](#)
- [IWGDF \(2023\) Guidelines on the prevention and management of diabetes-related foot disease update](#)
- [Nederlandse vereniging van Podotherapeuten, ProVoet, Nederlandse beroepsvereniging orthopedisch techonologen, NVOS-Othobanda \(2024\) Zorgmodule preventieve voetulcera](#)



Verbeterdoel: ondervoeding

Het verbeterdoel stimuleert een optimale screening en behandeling van ondervoeding voor, tijdens en na een ziekenhuisopname.

Optimale screening en behandeling van ondervoeding

Ondervoeding kan nadelige gevolgen hebben voor de gezondheid van een patiënt. Het kan leiden tot een verminderde weerstand, vertraagde wondgenezing, spierzwakte en een verhoogde kans op complicaties. Dit kan leiden tot een langer verblijf in het ziekenhuis. Maar ook kan ondervoeding leiden tot verminderde kwaliteit van leven, verhoogde kans op overlijden en achterblijvende groei bij kinderen. De oorzaken van ondervoeding zijn zeer verschillend. Ondervoeding tijdens ziekte kan ontstaan door een verhoogde behoefte aan voedingsstoffen, door verhoogde verliezen (denk aan wondvocht, diarree of overgeven) of door een verminderde eetlust waardoor de patiënt onvoldoende eet en drinkt. Als een patiënt dan te weinig voedingsstoffen inneemt, ontstaat een tekort met als gevolg dat een patiënt afvalt en spiermassa verliest. Ondervoeding is niet altijd zichtbaar. Ook mensen met overgewicht en obesitas kunnen in de periode voorafgaand aan, tijdens en na een klinische opname ondervoed zijn of worden waardoor zij risico lopen op complicaties. Vaak ontstaat ondervoeding sluipend en is ook herstel van ondervoeding een langdurig traject.

Dit verbeterdoel gaat over het op tijd herkennen en optimaal behandelen van ondervoeding. Aandacht voor ondervoeding is nodig voorafgaand aan een opname, bijvoorbeeld door poliklinisch te screenen bij patiënten met een verhoogde kans op een slechtere voedingstoestand door ziekte, leeftijd of een medische behandeling. Ook tijdens en na een ziekenhuisopname blijft het op tijd herkennen en behandelen van ondervoeding een aandachtspunt.

Ook moeten zorgprofessionals ervoor zorgen dat de behandeling van ondervoeding na het ontslag uit het ziekenhuis wordt voortgezet.

Dit verbeterdoel vraagt aandacht voor:

1. Een tijdige screening van (het risico op) ondervoeding voorafgaand aan en tijdens een ziekenhuisopname.
2. Het inzetten van acties na signalering van ondervoeding.
3. Het inzetten van een behandelplan in afstemming met de patiënt (en/of met mantelzorger(s) en bij kinderen met ouder(s)/ verzorger(s)).
4. Duidelijkheid over wie welke verantwoordelijkheden heeft (voor, tijdens en na ziekenhuisopname).
5. Duidelijkheid over wat de behandoelen zijn.
6. Een passende overdracht naar het netwerk (in bijvoorbeeld de eerste lijn en of andere zorginstelling) afgestemd met patiënt (en/of mantelzorger(s) en bij kinderen met ouder(s) / verzorger(s)) voor continuïteit van zorg voor de behandeling van ondervoeding.

Beeld

Er is in de afgelopen jaren een verbetering zichtbaar. Meerdere ziekenhuizen hebben elementen van de signalering en behandeling van ondervoeding ingevoerd. We zien ook dat meerdere ziekenhuizen beleid hebben voor de screening en behandeling van ondervoeding. En gaan meerdere ziekenhuizen in op hoe de screening en behandeling van ondervoeding zowel bij volwassenen als bij kinderen is vormgegeven. Toch zien we een variatie tussen de ziekenhuizen. Zo wordt in bijvoorbeeld het ene ziekenhuis de nadruk gelegd op het screenen van hoog-risico patiënten op ondervoeding, terwijl in een ander ziekenhuis (bijna) alle patiënten bij opname worden gescreend.

Daarnaast benoemen meerdere ziekenhuizen dat ook vóór een ziekenhuisopname risicopatiënten in beeld zijn als het gaat om ondervoeding. Dit gebeurt dan bij omschreven patiënten groepen met een verhoogd risico op ondervoeding, zoals patiënten met kanker. Toch blijft het in kaart brengen van patiënten met een verhoogd risico op ondervoeding een belangrijk aandachtspunt. Het gaat er om dat ziekenhuizen bij deze patiënten voorafgaand aan een ziekenhuisopname een screening uitvoeren op ondervoeding. En indien nodig vóór opname al preventief een behandeling voor ondervoeding starten.

Voor de perioperatieve setting is dit geregeld in de richtlijn Perioperatief voedingsbeleid. Dit geldt zowel voor de preoperatieve screening als voor de organisatie van de zorg. Zo stelt de richtlijn dat patiënten preoperatief worden gescreend op het risico op ondervoeding en dat per zorginstelling wordt vastgelegd welke zorgverlener de regie vervult ten aanzien van het pre- en postoperatieve voedingsbeleid.

De betrokkenheid van en afstemming met patiënt en/of mantelzorger(s) of bij kinderen de ouder(s) of verzorger(s) wordt dit jaar door een aantal ziekenhuizen duidelijk benoemd. Het gaat over het samen formuleren van doelen van de behandeling en over de overdracht naar de eerstelijnszorgverleners (huisarts, diëtist).

Op gebied van heldere verantwoordelijkheden valt op dat meerdere ziekenhuizen de verantwoordelijkheden van zorgprofessionals voor, tijdens en na de ziekenhuisopname benoemen. Er is echter maar een enkel ziekenhuis dat evalueert of de verantwoordelijkheden voor alle betrokkenen duidelijk zijn.

Ten opzichte van de samenwerking is het beeld dat meerdere ziekenhuizen ingaan op regionale samenwerking. Toch gaan ook meerdere ziekenhuizen niet in op hoe een passende overdracht naar eerste of derde lijn is ingericht. Duidelijk moet zijn wie wat doet op welk moment. Wederom wordt aandacht gevraagd voor de verantwoordelijkheden van medisch specialisten als het gaat om voedingszorg, bijvoorbeeld door deze op te nemen in de ontslagbrief.



Goede voorbeelden ter inspiratie

- > Een ziekenhuis benoemt dat zij alle patiënten die opgenomen waren op een intensive care (IC) als een patiënt met risico op ondervoeding zagen. Deze patiënten werden standaard behandeld voor ondervoeding.
- > Een ziekenhuis betreft een diëtist bij poliklinieken waar structureel gescreend wordt.
- > Een goed voorbeeld is het meten van de voedingsinname van de patiënt door het bestelde eten en dat wat er over bleef te vergelijken (wegen van *leftover*). Zo krijgt het ziekenhuis inzicht in wat de patiënt daadwerkelijk aan voeding tot zich neemt.
- > Een goed voorbeeld is een onderzoek met als doel om inzicht te krijgen in de verbetering van de functionele capaciteit bij kinderen met kanker in relatie met zowel overvoeding als ondervoeding.
- > Risicogroepen wekelijks zelf laten wegen en geprotocolleerde begeleiding door diëtist en verpleegkundig consulent. Verwijzing diëtist voor specifieke vragen over voeding bij radiotherapie.
- > Het aanbieden van informatiemateriaal aan patiënten bijvoorbeeld door een flyer 'Voedingsadvies bij ongewenst gewichtsverlies, ziekte en herstel' en filmpje 'Aandacht voor goede voeding'.
- > Het invoeren van digitale looplijsten, waarbij een voedingsassistent digitaal inzichtelijk heeft wat de behandeldoelen zijn en welke voeding en extra's patiënten mogen hebben. Belangrijk hierbij is dat de voedingsassistent goed geïnformeerd is over wat de patiënt kan en mag eten en of dat ook gebeurt.
- > Patiëntgerichte voedingszorg (een afgestemd menu op medisch dieet, culturele voorkeur, persoonlijke wensen ter bevordering eetervaring en herstel).
- > Het programma 'Goede Zorg Proef Je' is landelijk uitgerold waarbij gastvrijheid en gezond, duurzaam en smakelijk eten bijdragen aan herstel en welzijn. Dit programma richt zich niet alleen op het voedingsaanbod voor patiënten, maar ook op

bezoekers en medewerkers en hanteert een norm opgesteld in cocreatie met het veld en het Voedingscentrum..

- > Standaard opnemen in de overdracht naar de huisarts als een kind ondervoed is.
- > Een overdracht tussen diëtisten van het ziekenhuis naar eerste en derdelijn bij volwassenen.
- > Het opstarten van een overleg van diëtisten in de keten met als doel verbeteren van transmurale samenwerking op voedingszorg.
- > Signalering en behandeling van ondervoeding vóór opname. In dit voorbeeld worden patiënten die electieve heup- of knieervanging of darmchirurgie ondergaan op het risico op ondervoeding gescreend. Dit is onderdeel van een digitale screeningslijst op kwetsbaarheid, waarmee bepaald wordt of zij in aanmerking komen voor prehabilitatie. Patiënten met een risico op ondervoeding worden minimaal 6 weken begeleid door de diëtist in de eerste lijn, voordat de operatie plaatsvindt. In dit ziekenhuis is in 2025 een pilot positief afgerond en het ziekenhuis heeft deze werkwijze opgenomen in het reguliere proces.
- > Een ander ziekenhuis biedt patiënten die een chirurgische ingreep moet ondergaan voor tumorresectie een zogenaamd 'Fit for surgery' aan. De patiënten ontvangen onder andere een voedingsplan zodat zij zo optimaal mogelijk de operatie in kunnen gaan. In aanvulling hierop verwijzen we naar de richtlijn Perioperatief voedingsbeleid. Daarin wordt onder meer aanbevolen de geïdentificeerde risicopatiënt naar de diëtist te verwijzen voor diagnostiek en zo nodig behandeling.
- > Een multidisciplinaire werkgroep, commissie of themateam die zich naast de ontwikkeling van beleid bezig houdt met de mate waarin het ziekenhuisbreed beleid is geïmplementeerd, de voortgang volgt en actief verbetermaatregelen instelt. Deze centrale groepen koppelen resultaten terug naar afdelingen of maken de resultaten inzichtelijk voor afdelingen. Een goed voorbeeld is om deze te voorzien van steekproeven waarin zowel de screening als de opvolging van de screening in beeld wordt gebracht. Een ander ziekenhuis kreeg inzicht via een

waardestroomanalyse of procesanalyse om knelpunten in beeld te brengen.

- Een goed voorbeeld is het organiseren van multidisciplinaire driehoeksgesprekken met een frequentie van elke zes weken, waar de voedingsstatus van patiënten standaard werd besproken.
- Een ziekenhuis organiseert elk kwartaal een multidisciplinair overleg op elke afdeling tussen diëtist, eerste medewerker voedingsassistenten, verpleging en arts om knelpunten op het gebied van voeding en ondervoeding op te lossen en taken helder af te stemmen
- Goede voorbeelden benoemden de wijze waarop zorgprofessionals leren over (onder)voeding. Bijvoorbeeld een scholing voor verpleegkundigen, artsen, aandachtsvelders en voedingsassistenten door bijvoorbeeld een jaarlijkse inspiratiebijeenkomst over ondervoeding, casusbesprekingen, een dialoogmodel om kennis van de verpleegkundige te vergroten met *coaching on the job* of ziekenhuisbrede themaweken gekoppeld.

Wat moet beter?

Uit de aangeleverde data is een wisselend beeld naar voren gekomen: enkele ziekenhuizen laten zien dat het verbeterdoel ingebed is in relevante ziekenhuissystemen, andere ziekenhuizen zijn nog niet zo ver. Dit betekent dat er nog verbetering nodig en mogelijk is. Niet alleen omdat er ontwikkelingen zijn, zoals de implementatie van *global leadership initiative on malnutrition* (GLIM) criteria, discussie over screeningsinstrumenten, aandacht voor ondervoeding bij overgewicht/obesitas, maar ook omdat het gedachtegoed van continu verbeteren en systematisch verankeren in het beleid in alle geledingen nog niet is geborgd.

Er zijn genoeg mooie voorbeelden om van te leren en een tijdige signalering en behandeling in afstemming met de patiënt en/of diens vertegenwoordiger(s) verder te verbeteren. Ziekenhuisbrede voedingscommissies worden uitgenodigd om ervaringen met elkaar te delen, bij elkaar te kijken en van elkaar te leren.

De inspectie doet een nadrukkelijk appèl op de ziekenhuizen én zelfstandige radiotherapeutische centra om patiënten voor, tijdens en na een ziekenhuisopname te screenen op ondervoeding en daarop een behandelplan in te stellen.

Het is belangrijk om ondervoeding op tijd te signaleren. Als patiënten ondervoed zijn moeten ze behandeld worden. Patiënten zijn dan namelijk beter in staat om een ziekenhuisopname en/of een behandeling goed te doorstaan. Een goede inschatting voorafgaand aan de behandeling kan hierin helpen. Behandeling van ondervoeding zorgt voor een sneller en beter herstel. Ook wordt de kwaliteit van leven beter. Daarbij blijft een goede overdracht en afstemming in de keten in geval van ondervoeding noodzakelijk. Wat daarbij beter moet is het standaard opnemen in de overdracht naar de huisarts als een kind ondervoed is en ook een overdracht tussen diëtisten van het ziekenhuis naar eerste en derdelijn bij volwassenen.

Richtlijnen

- [Kenniscentrum Ondervoeding \(2022\) Leidraad Screening op – en behandeling van ondervoeding bij kinderen opgenomen in Nederlandse ziekenhuizen](#)
- [Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie \(2026\) Ondervoeding en sarcopenie bij ouderen met een kwetsbare gezondheid](#)
- [Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde \(2021\) Ondervoeding bij kinderen](#)
- [Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie; Nederlandse Vereniging voor Heelkunde \(2022\) Perioperatief voedingsbeleid](#)
- [Stuurgroep Ondervoeding \(2019/ 2021\) Richtlijn Ondervoeding en Addendum sept 2021](#)



Verbeterdoel: vrijheidsbeperkende interventies

Het verbeterdoel stimuleert het terugdringen van de inzet van vrijheidsbeperkende interventies.

Vrijheidsbeperkende interventies (VBI)

VBI worden (nog) frequent toegepast in ziekenhuizen. In praktijk gebeurt dit als de veiligheid van de patiënt of die van anderen in het gedrang komt. Of als het medisch handelen in gedrang komt of als het medisch noodzakelijk is, kan VBI worden toegepast. Het toepassen van VBI kan (grote) gezondheidsrisico's met zich meebrengen en psychische en/of fysieke schade veroorzaken. Het toepassen van VBI moet dan ook tot een minimum beperkt worden. Dit kan bijvoorbeeld door de inzet van preventieve maatregelen. Met dit verbeterdoel moeten instellingen de inzet van (zware) VBI evalueren en het toepassen van VBI terugdringen. VBI raakt mensen in de kern van hun zijn en leidt tot een inperking van fundamentele grond-en mensenrechten. Dit mag alleen in uitzonderingssituaties.

Dit verbeterdoel vraagt aandacht voor:

1. Visie, beleid en ambitie ten aanzien van preventie van VBI en van het weloverwogen toepassen van VBI met als focus het voorkomen van de inzet van VBI.
2. Preventieve maatregelen om de inzet van VBI te voorkomen.
3. Multidisciplinaire besluitvorming over de inzet van VBI.
4. Leren van en samenwerken met andere instellingen op het thema VBI.
5. Stimuleren van leren en verbeteren door zorgprofessionals op het thema VBI.

Beeld

In veel ziekenhuizen is het verbeterdoel onder de aandacht. We zien dat de meeste ziekenhuizen een visie en beleid hebben met de focus op het voorkomen en het terugdringen van de inzet van VBI. Daarbij beleggen meerdere ziekenhuizen de inzet van VBI centraal bij een centrale werkgroep, aandachtsvelders (medewerkers met VBI als aandachtsgebied), consultants VBI, een vrijheidsbeperkend interventieteam (VIT) of een *geriatric emergency team* (GEM). 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. Echter, er zijn nog een paar ziekenhuizen die aan het begin staan om visie en beleid te ontwikkelen.

Het is goed te zien dat meerdere ziekenhuizen aangeven geen (zware) VBI meer te gebruiken op verpleegafdelingen en dat zij zich richten op de inzet van preventieve en alternatieve maatregelen. Daarbij hanteren veel ziekenhuizen het 'nee, tenzij'- principe. Concrete voorbeelden van preventieve of alternatieve maatregelen worden echter door de meeste ziekenhuizen niet genoemd.

Wat betreft de besluitvorming zien we dat meerdere ziekenhuizen multidisciplinair besluiten of de inzet van (zware) VBI nodig is. Een aantal ziekenhuizen geeft aan dit vast te leggen in het EPD.

De wijze waarop multidisciplinaire besluitvorming plaatsvindt varieert tussen de ziekenhuizen. Zo zijn er ziekenhuizen waarin het VIT of het GEM besluit tot inzet van VBI. In andere ziekenhuizen is dat de behandelend arts samen met de verpleegkundige. Daarbij zit er variatie op welk moment besluitvorming plaatsvindt. In de meeste ziekenhuizen is dat vóórafgaand aan de inzet van VBI. Multidisciplinaire evaluatie of de ingezette VBI nog noodzakelijk is, wordt (nog) niet overal structureel gedaan.

We zien dat meerdere ziekenhuizen aangeven dat zij leren van anderen en zich zo verbeteren op het thema 'terugdringen van inzet van VBI'. Meestal wordt geleerd van andere ziekenhuizen of inhoudelijke experts. Een enkel ziekenhuis geeft aan ook te leren van andere zorgaanbieders, zoals verpleeg- en verzorgingshuizen.

Binnen de meeste ziekenhuizen vindt kennisoverdracht voor zorgprofessionals plaats via scholing, praktijktraining, casuïstiekevaluatie en -bespreking (voorbeelden uit de praktijk) en klinische lessen. Een aantal ziekenhuizen heeft aandacht voor de scholing van A(N)IOS (arts (niet) in opleiding tot specialist) en medisch specialisten.

Meerdere ziekenhuizen geven aan dat zij een verschuiving zien bij de inzet van VBI van ouderen met een kwetsbare gezondheid naar andere patiënten *at risk* voor de inzet van VBI, namelijk middelenmisbruik, intoxicaties en of psychische problematiek.

Tot slot valt op dat ook dit jaar in de aanlevering niet duidelijk naar voren komt hoe vaak ziekenhuizen VBI inzetten. Een enkel ziekenhuis benoemt aantallen voorzien van een gedegen analyse. Daarbij is het opvallend dat een aantal ziekenhuizen aangeeft nog onvoldoende inzage te hebben in het aantal ingezette VBI.



Goede voorbeelden ter inspiratie

Er zijn goede voorbeelden van ziekenhuizen die het verbeterdoel VBI volledig hebben geborgd. Deze ziekenhuizen hebben een duidelijke visie en beleid om de inzet van VBI terug te dringen en richten zich op preventieve en alternatieve maatregelen om de inzet van VBI te voorkomen. Multidisciplinair vindt besluitvorming plaats voorafgaand aan de inzet van VBI en wordt periodiek de inzet bij een patiënt multidisciplinair geëvalueerd. Zij stimuleren zorgprofessionals om te leren van elkaar en van andere instellingen om zo te verbeteren. Deze ziekenhuizen hebben inzicht in de inzet van VBI, meten of verbetermaatregelen het gewenste effect hebben en stellen zo nodig het beleid bij. Deze ziekenhuizen hanteren de plan-do-check-act (PDCA)-cyclus, hetgeen belangrijk is om onderling van elkaar te leren en te verbeteren.

Verder zien we de volgende goede voorbeelden, waarbij een aantal goede voorbeelden van vorig jaar ter inspiratie meegenomen zijn in de opsomming:

- > De toepassing van zware VBI is in sommige ziekenhuizen voorbehouden aan een aantal afdelingen, bijvoorbeeld spoedeisende hulp, intensive care, geriatrie- of neurologieafdeling. En daarmee is de keuze gemaakt om niet meer op alle verpleegafdelingen patiënten te fixeren.
- > Een ziekenhuis laat een aantoonbare afname van (zware) VBI zien, onderbouwd met data en concrete verbeterinitiatieven.
- > Een ziekenhuis organiseert een centraal uitgiftepunt van VBI-middelen, waar de inzet van VBI wordt bijgehouden.
- > Een ziekenhuis beschreef een pilot 'Visuele sensoren' waarbij met kunstmatige intelligentie visuele informatie omgezet wordt in tekstuele signalen. Dit komt vervolgens op het zorgtoestel van de verpleegkundige.
- > Een ziekenhuis belegt de multidisciplinaire besluitvorming van de inzet van VBI in een werkgroep met geriater, psychiater, verpleegkundigen en (externe) expertise. Een ander ziekenhuis organiseert een multidisciplinair overleg waar de inzet van VBI structureel wordt besproken.
- > In een ziekenhuis heeft de inzet van waakstudenten geleid tot een afname van VBI. Er is minder agressie en onrust en ook is het risico op vallen en dwalen verminderd. Het inzetten van de waakstudent ondersteunt zo de zorgprofessional op de afdeling. In dit ziekenhuis is voor de waakstudent een nieuwe functie vastgesteld, namelijk de zorgwacht.
- > Andere voorbeelden voor preventieve en alternatieve maatregelen zijn delierpreventieve interventies, de inzet van laag-laag bedden (ookwel vloerbedden), zwaardedekens, familieparticipatie en *challenging behaviour* trainingen waarin ingezet wordt op positief en de-escalerend taalgebruik.
- > Goede voorbeelden zijn ziekenhuizen die leren met andere ziekenhuizen én met andere instellingen, zoals thuiszorg en ouderenzorg.
- > Er zijn veel goede voorbeelden van de wijze waarop ziekenhuizen het leren tussen zorgprofessionals stimuleren.

Zo zijn er (verplichte) interdisciplinaire scholingen voor artsen, verpleegkundigen en zorgassistenten, filmpjes over VBI, themamanda VBI met workshops en casuïstiekbesprekingen voor alle afdelingen, microlearning waarbij medewerkers digitaal een vraag-van-de-dag krijgen aangeboden, escaperoom tijdens praktijkworkshopdagen, VBI besprekingen tijdens bijeenkomsten A(N)IOS, de week van VBI, de onrust-mand met praktische ideeën om onrust te verminderen, VBI quiz, improvisatietheater waar zorgprofessionals ervaren hoe zij in onverwachte situaties creatief, veilig en alternatief kunnen handelen met als doel bewustwording, deskundigheidsbevordering en het stimuleren van alternatieven voor VBI's, e-learning over VBI, gespreksleidraad 'afweging wel/niet inzetten VBI', leercarroussels op scholingsdagen (in combinatie met e-learning) en het programma *challenging behaviour*, waarin geschoold wordt in positief taakgebruik en de-escalerend taalgebruik.

- Ook zijn er ziekenhuizen die de bekwaamheid voor het inzetten van VBI van nieuwe medewerkers beoordelen door VBI-aandachtscvelden en waarbij de bekwaamheden geregistreerd worden in een individueel kwaliteitspaspoort. Andere ziekenhuizen toetsen de bekwaamheid voor het inzetten van VBI van verpleegkundigen standaard eens per 3 jaar of integreren deze in een jaarlijkse toets op scholingsdagen.
- Er zijn ziekenhuizen die de beleving van patiënten en mantelzorgers die een VBI hebben ondergaan actief uitvragen via een patiënttevredenheidsonderzoek.
- Tot slot zijn er goede voorbeelden van ziekenhuizen die VBI-audits organiseren. En voorbeelden van ziekenhuizen die resultaten van een interne audit of gap-analyse vanuit verschillende evaluatiemethoden (audit, incident meldingen, registratie inzet VBI) beschrijven en vervolgens daarop passende verbeteringen formuleren. In deze voorbeelden was een duidelijk link tussen beleid en praktijk.

Wat moet beter?

Dit is de vierde en laatste keer dat het verbeterdoel VBI is opgenomen in de landelijke uitvraag. Er is de afgelopen vier jaar veel bereikt op dit complexe en risicovolle thema. Van ziekenhuizen die (elementen) van dit verbeterdoel nog niet hebben geïmplementeerd, verwacht de inspectie dat zij van goede voorbeelden leren en dit verbeteren.

Deze aanlevering geeft het beeld dat meer ziekenhuizen goed op weg zijn om de inzet van VBI in Nederlandse ziekenhuizen verder terug te dringen. Ook ziet de inspectie ziekenhuizen die (nog steeds) in de beginfase zijn om de inzet van VBI terug te dringen of nog geen visie hebben om de inzet van VBI te voorkomen. En de inspectie ziet ziekenhuizen die nog onvoldoende inzicht hebben in de mate waarin VBI worden ingezet. De inspectie blijft deze ziekenhuizen die het aangaan hierop aanspreken en legt zo nodig verbetermaatregelen op.

De inzet van VBI is een multidisciplinaire team aangelegenheid. De rol van de arts in de overweging om over te gaan naar een VBI komt nog onvoldoende naar voren. Artsen moeten meedenken over de vraag hoe de inzet van VBI kan worden voorkomen.

Ziekenhuizen worden opgeroepen om blijvend van elkaar te leren en zo te verbeteren, door bijvoorbeeld bij elkaar te gaan kijken hoe de inzet van VBI wordt voorkomen, bijvoorbeeld door de inzet van preventieve en alternatieve maatregelen. Onderzoek naar het effect van de inzet van middelen kan hierbij helpen.

Ook dit jaar worden ziekenhuizen opgeroepen om de bekwaamheid voor het inzetten van VBI van verpleegkundigen te waarborgen. Juist omdat de inzet van VBI steeds minder vaak voorkomt, is het voor ziekenhuizen belangrijk om beleid te maken op het bekwaam blijven in het uitvoeren van deze risicovolle handeling door verpleegkundigen.

Er wordt een verschuiving gezien bij de inzet van VBI van ouderen met een kwetsbare gezondheid naar andere patiënten *at risk* voor de inzet van VBI, namelijk middelenmisbruik, intoxicaties en of psychische problematiek. Hierbij is het van belang dat naast de geriatrie ook de psychiatrie betrokken wordt.

Het uitgangspunt is en blijft, dat de inzet van VBI bijna nooit nodig zou moeten zijn. Daarbij worden ziekenhuizen opgeroepen om de inzet van VBI te bezien in kader van het inperken van mensenrechten. En om zich daarbij te richten op preventieve en alternatieve maatregelen voor de inzet van VBI. Daarbij is het belangrijk dat een lichtere VBI geen preventieve of alternatieve maatregel is, zoals bijvoorbeeld een tentbed in plaats van een vijfpunts-fixatie. Daar zijn betere voorbeelden voor om daadwerkelijk de inzet van een VBI te voorkomen. En, een VBI kan niet ingezet worden als middel om een valrisico van een patiënt in te perken. Een VBI dient alleen ingezet te worden als dit medisch gezien noodzakelijk is, zo stelt ook de richtlijn.

De inspectie wijst op een door het kennisinstituut van V&VN ontwikkelde nieuwe handreiking met handvatten om zorgvuldig om te gaan met vrijheidsbeperking in een ziekenhuis. Naar verwachting is deze handrijking in de tweede helft 2026 klaar.

Voor inspiratie verwijzen wij graag naar de rode draad [Terugdringen van de inzet van \(zware\) VBI](#) van de inspiratiesessie van 14 oktober 2024.

Richtlijn

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