



> Retouradres Postbus 2518 6401 DA Heerlen

Zaans Medisch Centrum
T.a.v. de heer dr. W.J. van der Kam,
voorzitter raad van bestuur
Postbus 210
1500 EE ZAANDAM

RAAD VAN BESTUUR ZAANS MEDISCH CENTRUM		
postnr.	datum ontvangst	gez. Chr.
111	12 MAART 2018	
Ter behandeling naar: <i>WJ</i>		
Kopie aan:		

Stadsplateau 1
3521 AZ Utrecht
Postbus 2518
6401 DA Heerlen
T 088 120 50 00
F 088 120 50 01
www.igj.nl

Inlichtingen bij
Mw. Helthuis
ri.utrecht@igj.nl

Datum 9 maart 2018
Onderwerp V2001554 – vastgesteld verslag jaargesprek

Ons kenmerk
2018-2103007/2001554/WH/kd

Bijlagen
1

Geachte heer Van der Kam,

Hierbij ontvangt u het vastgestelde verslag van het afgelopen jaargesprek dat op 25 januari 2018 plaatsvond. De feitelijke onjuistheden die u doorgeven heeft, zijn in dit verslag verwerkt.

De inspectie heeft het voornemen het verslag openbaar te maken via de website www.igz.nl. De inspectie doet dit niet eerder dan drie weken na vaststelling. De onderliggende documenten worden niet openbaar gemaakt.

Met vriendelijke groet,

Ho

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting
Mevrouw drs. W.A. (Willeke) Helthuis-Oude Groote Beverborg
Senior inspecteur IGZ¹ / accounthouder

¹ Bij ondertekening gebruiken wij de organisatiernaam genoemd in de wetten op het terrein van de volksgezondheid en de jeugdhulp.



verslag

Omschrijving	Verslag van het jaargesprek van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd met Zaans Medisch Centrum
Datum	25 januari 2018
Plaats	Zaans Medisch Centrum, Zaandam
Aanwezig	Namens Zaans Medisch Centrum: <ul style="list-style-type: none">- de heer dr. W.J. van der Kam, voorzitter raad van bestuur- mevrouw drs. M. Zoodsma, lid raad van bestuur- mevrouw drs. A. Thijs, manager kwaliteit en veiligheid- de heer drs. B. Kanen, voorzitter bestuur medische staf- de heer drs. A. Hooker, lid bestuur medische staf, portefeuille kwaliteit en veiligheid- mevrouw J. Ronchetti, manager zorg, onder andere cluster acute zorg- mevrouw A. van Stroe, voorzitter verpleegkundige adviesraad- de heer E. Steenbergen, consultant kwaliteit en veiligheid
Dossiernummer	V2001554
Documentnummer	2018-2103007

Dit verslag is een beknopte weergave van hetgeen besproken is.

1 Opening

Het jaargesprek maakt deel uit van het risicogestuurde toezicht van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting (inspectie).

In dit jaargesprek stond de bestuurlijke verantwoordelijkheid ten aanzien van de uitkomsten van zorg centraal, vanuit het toezicht op goed bestuur. De inspectie is in dit kader met de bestuurder van het Zaans Medisch Centrum (ziekenhuis) in gesprek gegaan over onder andere het leren en verbeteren in het ziekenhuis.

Verder is tijdens dit jaargesprek aandacht geschonken aan de wijze van zorgafbakening en de borging van de acute zorg in het ziekenhuis.

Op verzoek van de inspectie heeft het ziekenhuis, voorafgaande aan het jaargesprek, schriftelijke informatie verstrekt waarvan de inhoud in het jaargesprek is meegenomen.

Voorafgaande aan dit jaargesprek bracht de inspectie, in het bijzijn van de voorzitter raad van bestuur, een semi-onaangekondigd inspectiebezoek aan de Intensive Care (IC) en een verpleegafdeling voor een toetsing van de IC-opname

vanuit de kliniek en de implementatie van het VMS-thema 'Vroege herkenning en behandeling van de vitaal bedreigde patiënt'. Van dit inspectiebezoek is een separaat verslag opgesteld.

2 Mededelingen en actualiteiten

Hieronder leest u de mededelingen en actualiteiten die zijn besproken tijdens het jaargesprek.

Mededelingen door het ziekenhuis

Financiële situatie, programma ZMC Kernegezond en PIP¹

Het ziekenhuis staat sinds oktober 2017 onder intensief toezicht van de banken en heeft een optimalisatieprogramma gestart: ZMC Kernegezond. Het plan beslaat twee jaar. Hierin is onder andere beschreven dat het ziekenhuis de kosten van het ziekenhuis wil optimaliseren met als uitgangspunt het behouden van kwaliteit en veiligheid. Het ziekenhuis verwacht over 2018 een positief resultaat te bereiken.

De nieuwbouw van het ziekenhuis is gerealiseerd binnen de tijdsplanning en binnen het investeringsbudget. De opbrengst uit verkoop in 2017 van de grond waarop de oudbouw stond is een stuk hoger dan verwacht. De productieverlaging om de kwaliteit en veiligheid tijdens de verhuizing te waarborgen heeft echter langer geduurd dan verwacht. Verder heeft het ziekenhuis door de verhuizing te maken gehad met hogere incidentele kosten. Het resultaat over 2017 is naar verwachting positief.

De inspectie wijst erop dat bij financieel zwaar weer ook de kwaliteit en patiëntveiligheid goed in de gaten gehouden moet worden. De raad van bestuur verzekert de inspectie dat ze korte lijnen met de medische staf heeft. De inspectie hoeft niet integraal van alle plannen op de hoogte gesteld te worden, maar vraagt het ziekenhuis wel schriftelijk nog belangrijke punten uit het optimaliseringsprogramma als die raken aan kwaliteit en veiligheid met haar te delen.

Personele bezetting zorgpersoneel

Ondanks de financiële situatie blijft het ziekenhuis in opleidingen voor het zorgpersoneel investeren. De raad van bestuur heeft het tekort aan gespecialiseerde verpleegkundigen in beeld.

ICT: overgang van EZIS naar HiX

De overgang van EZIS naar HiX, op 12 januari jongstleden uitgevoerd, is voorspoedig verlopen. Voorafgaand hieraan hebben alle professionals een training gevolgd. De omringende ziekenhuizen, de verloskundigen en de huisartsen uit de regio en de ambulancedienst zijn vooraf geïnformeerd over de datum waarop de overgang plaatsvond.

De eerste dagen na de overgang zijn goed verlopen. Het ziekenhuis heeft deze dagen gekozen voor een minder volle poli en OK. De enkele kleine issues die zich hebben voorgedaan, waren niet op het gebied van patiëntveiligheid. Patiënten die het ziekenhuis bezoeken worden actief ingelicht over HiX.

¹ Project Implementatie Plan

Op de vraag van de inspectie hoe het ziekenhuis zich voorbereid heeft, geeft deze aan dat vooraf een speciaal team is samengesteld en dat ChipSoft hulp aangeboden heeft. Verder is contact met andere ziekenhuizen geweest onder andere door bezoeken om zo te achterhalen met welke problemen de anderen werden geconfronteerd en daarvan te leren.

In de komende 1 à 2 jaar wordt onderzocht of MetaVision zal worden vervangen door HiX. Desgevraagd geeft het ziekenhuis aan dat de medicatiemodule in HiX opgenomen is en meer biedt dan de werkwijze hiervoor.

Mededelingen door de inspectie

Per 1 oktober 2017 zijn de Inspectie Jeugdzorg en de Inspectie voor de Gezondheidszorg gefuseerd tot één organisatie: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting. Dit heeft geen concrete gevolgen voor het ziekenhuis.

3 Besproken onderwerpen

3.1 Resultaten kwaliteitsindicatoren en sturing op basis van kwaliteitsindicatoren en andere kwaliteitsinformatie

Algemeen

De inspectie heeft eerder, voor het jaargesprek in 2017, alle opvallende data voor de kwaliteitsindicatoren geïnventariseerd en aangeleverd en verwacht nu van de bestuurder dat hij 'in control is en zelf aan benchmark doet. De bestuurder beaamt dit, de scores op de indicatoren zijn intern tijdig en kwalitatief goed aangeleverd.

Opvallende scores zijn besproken in kwartaalgesprekken. Het ziekenhuis geeft aan voor een aantal VMS indicatoren 'real time monitoring' te hebben.

Volgens het ziekenhuis blijft de registratie aan de basis en de vertaling van de indicatoren naar de consequenties voor de inrichting van het Elektronisch Patiëntendossier (EPD) een aandachtspunt.

De inspectie geeft aan dat bij overgang naar een ander EPD de eerste zorg is dat een patiëntendossier op orde is. Pas daarna moet een ziekenhuis kijken wat voor data het uit het EPD kan halen voor monitoring en sturing. Eventueel kan het ZMC de data gebruiken vanaf februari, na de implementatie HiX, voor de indicatoren over 2018. In de toelichting dient dit dan wel te worden aangegeven.

Over 2016 heeft het de raad van bestuur geen extreme uitschieters geconstateerd; het ziekenhuis heeft gemiddeld gescoord.

Een aantal positief ontwikkelde indicatoren zijn: re-interventies pacemakers, delier (volgens risico-screening met DOSS), multidisciplinair palliatief team, soncos-normen en HSMR. De indicatoren die extra aandacht vragen zijn darmkanker (gecompliceerd beloop) en darmkamer (behandeling binnen 5 weken na PA).

Soncos-normen: desgevraagd vertelt het ziekenhuis dat de AAA-aantallen niet meer aan de ondergrens ligt, waar het ziekenhuis erg blij mee is. Oorzaak lag in het gegeven dat het ziekenhuis tijdelijk over minder capaciteit vaatchirurgie beschikte. Indien in het ziekenhuis geen patiënt met AAA opgenomen kan worden, wordt dit overgenomen door een ander ziekenhuis, de ambulancedienst wordt hierover tijdig geïnformeerd.

HSMR: sinds het palliatief team gestart is, daalt de HSMR. Het ziekenhuis heeft over 2016 geen significant afwijkende HSMR.

Darmkanker, rectumchirurgie: het ziekenhuis dreigt onder de volumenorm te komen. Een fulltime gastro-enteroloog wordt geworven. Het ziekenhuis zoekt verdere samenwerking met het VUmc op. Het is een aandachtspunt voor het bestuur om hier beleid op te zetten. Voor 1 mei 2018 wil de inspectie de DCRA rapportage ontvangen over kalenderjaar 2017 vergezeld van de verbetervoorstellen.

De inspectie wil weten of het bevolkingsonderzoek darmkanker in proces op andere wijze is ingericht als wanneer een patiënt met risico op darmkanker door een huisarts wordt ingestuurd. Het ziekenhuis spreekt af dat hier een PRI op wordt gedaan. Deze wordt voor 15 mei 2018 naar de inspectie gestuurd.

Kwetsbare ouderen: eerder had het ziekenhuis geen geriater in dienst. De sollicitaties voor twee geriateren zijn afgerond, er worden nu geriatrisch verpleegkundigen geworven. Het ziekenhuis start met het inzetten van geriateren op de polikliniek en in consult in het preoperatieve traject. Een aparte afdeling geriatrie is nog niet aan de orde.

VMS-thema 'Het vitaal bedreigde kind': dit thema is in het verleden getoetst via een onaangekondigd bezoek en op orde. Screening op ondervoeding vindt bij kinderen structureel plaats.

3.2 Zicht van de raad van bestuur op voortgang verbetermaatregelen patiëntveiligheid

Op een na zijn alle verbetermaatregelen naar aanleiding van de verschillende inspectiebezoeken in het afgelopen kalenderjaar gerealiseerd.

De afronding van de verbetermaatregel naar aanleiding van het inspectiebezoek 'Overdracht VVT' staat gepland voor het tweede kwartaal in 2018.

Het ziekenhuis geeft aan in de uitvoering nog mogelijke verbetering te zien en gaat de criteria van de ontslagbrief aanscherpen. In het eerste kwartaal regelt het ziekenhuis de inhoud van de ontslagbrief, in het tweede kwartaal wordt deze getoetst. De inspectie vindt dit lang duren en adviseert nadrukkelijk hier vaart achter te zetten. Het ziekenhuis informeert de inspectie indien de termijnen niet gehaald gaan worden.

Na afronding van een calamiteitenonderzoek (SIRE-methodiek) en beoordeling van een melding door de inspectie start het ziekenhuis voor de follow-up een schriftelijke PDCA (Plan Do Check Act) op. Op deze wijze is inzichtelijk wat de stand van de implementatie van de verbetermaatregel is.

Desgevraagd geeft het ziekenhuis aan dat in het weekend gezamenlijk visite gelopen wordt door de heelkunde; ook de chirurg is dan aanwezig. Alle chirurgische patiënten op alle afdelingen worden tijdens de visite bezocht. Elke klinische patiënt heeft één hoofdbehandelaar.

Urologie: de waarneemregeling is op orde, op termijn zal een heroriëntatie plaatsvinden.

3.3 Zorgafbakening electief en acuut

Het ziekenhuis neemt deel aan het ROAZ-overleg dat eens per kwartaal plaatsvindt. Ook aan de thematische bijeenkomst neemt het ziekenhuis deel.

De focusgroep trauma van het netwerk Acute Zorg heeft besloten dat het ziekenhuis level 2 voor trauma mag voeren wanneer de formatie voor verpleegkundigen SEH en SEH artsen ingevuld is.

Het ziekenhuis wil graag 7 fte SEH-artsen, momenteel is dat 5 fte aangevuld door 2 fte ANIOS-artsen.

De 24/7 traumazorg is met 2 traumachirurgen en 1 fellow op orde. Het ziekenhuis heeft plannen dit in de toekomst uit te breiden.

Het ziekenhuis is betrokken bij het Ziekenhuis rampenopvangplan (ZIROP) en nam op 8 en 9 november 2017 deel aan de oefening betreffende terreurdreiging in Amsterdam.

Onlangs heeft de kliniek zes bedden extra open gehad in verband met de heersende griep. Tijdelijk kan het ziekenhuis extra toeloop opvangen, waarbij de kwaliteit van de geleverde zorg niet in het gedrang komt.

Op de afdeling verloskunde worden steeds vaker mensen uit Amsterdam, via de ambulancedienst, opgevangen. Deze stijging van de bevallingen kan voorsnog opgevangen worden.

Ook het personeeltekort in de Amsterdamse ziekenhuizen zorgt voor extra drukte in het ziekenhuis. Desgevraagd geeft het ziekenhuis aan scenario's te hebben hoe te handelen bij een te grote vraag (escalatieprotocol).

De ambulancedienst brengt ook patiënten naar het ziekenhuis ondanks een afgeroepen presentatiestop voor de SEH, hetgeen onwenselijk is. De inspectie benadrukt calamiteiten voor te zijn, ook bij hoge druk.

Het ziekenhuis heeft een protocol presentatiestop SEH. Met de medicus op de SEH wordt overlegd en indien een stop noodzakelijk is, wordt met de manager zorg en de bestuurder contact opgenomen zodat iedereen weet wat speelt. De inspectie verwacht dat de bestuurder in deze zijn bestuurlijke verantwoordelijkheid neemt en dat in ROAZ-verband gezocht moet worden naar passende oplossingen.

3.4 Organisatie acute zorg en borging van de continuïteit van zorg

IC: het regionaal zorgbeleidsplan is door alle deelnemers in regio ondertekend.

Verloskunde: bij spoedsectio's lukt het om snel te acteren. 24/7 is een gynaecoloog in het ziekhuis aanwezig; het OK-team kan binnen 15 tot 20 minuten aanwezig zijn. Er is 24/7 een anesthesioloog in het ziekenhuis. Bij verloskunde zijn er nauwelijks weigeringen.

Neurologie: het ziekenhuis heeft voor acute neurologie afspraken met het VUmc/AMC (bloedingen) en het OLVG (beroerte).

Cardiologie: heeft ziekenhuis heeft afspraken met het VUmc over onder andere dotteren en openhartchirurgie.

SEH: de SEH biedt meer capaciteit dan voorheen en heeft verbeterde faciliteiten. Door samenwerking van de SEH met de HAP geeft het ziekenhuis geïntegreerde spoedzorg.

3.5 Analyse samenhang HSMR-OLO-heropnames

De HSMR 2016 is niet significant afwijkend.

De onverwacht lange opname (OLO) neemt toe. Voorheen viel de OLO onder het landelijk gemiddelde. Het ziekenhuis maakt zich hier geen zorgen over, maar gaat wel analyseren waarom de OLO toeneemt en wat de eventuele samenhang met de HSMR is.

Het ziekenhuis is een pilot gestart gericht op de samenhang tussen HSMR, OLO en heropname en maakt hierbij gebruik van 'Overview-Monitor' van DHD. Omdat de pilot op 21 december 2017 gestart is, durft het ziekenhuis nog geen uitspraken te doen over de bevindingen. De inspectie geeft aan dat ze niet actief geïnformeerd hoeft te worden over de resultaten, tenzij het opvallende zaken zijn die raken aan kwaliteit en veiligheid.

3.6 Zicht op functioneren professionals

a. Medisch specialisten

Het handelen van de medisch specialisten wordt gecheckt via IFMS, visitatie en herregistratie

Binnen het ziekenhuis lopen twee trajecten: wat is de visie van de medisch specialist en wat kan de medisch specialist van een situatie leren?

In de toekomst wil men alle huisartsen vragen naar de ervaringen met medisch specialisten. Medisch specialisten nemen deel aan het 'moreel beraad'.

Momenteel lopen er geen trajecten betreffende disfunctioneerders. Het ziekenhuis maakt zich momenteel geen zorgen over maatschappen en groepen.

b. Verpleegkundigen

Zicht op het functioneren van verpleegkundigen wordt gecheckt via jaargesprekken en het portfolio op het leerportaal. De verpleegkundigen nemen onder andere deel aan praktijkdagen, 'eet- en weetbijeenkomsten', klinische lessen, het 'moreel beraad', en casuïstiekbesprekingen.

Momenteel is 80% van de verpleegkundigen mbo-geschoold. HRM is druk bezig met de hbo-opleiding van een aantal verpleegkundigen, aantallen zijn niet bekend. De inspectie wil graag weten of bij de VAR leeft dat in een ziekenhuis met ambities meer verpleegkundigen hbo-geschoold moeten zijn.

De VAR heeft wel een visie op het procentuele aantal maar heeft dit nog niet onderbouwd.

Deze maand start, in samenspraak met HRM het strategisch personeelsplan. De VAR geeft aan dat ze moeten prioriteren, maar dat het nieuwe ziekenhuis als basis eerst op orde moet zijn. Hiermee zijn zij het afgelopen jaar voornamelijk bezig geweest.

4 Afsluiting en afspraken

- De inspectie hoeft niet integraal van alle plannen op de hoogte gesteld te worden, maar vraagt het ziekenhuis wel schriftelijk nog belangrijke punten uit het optimaliseringsprogramma met haar te delen als die raken aan kwaliteit en veiligheid.
- Voor 1 mei 2018 wil de inspectie de DCRA rapportage ontvangen over kalenderjaar 2017 vergezeld van de verbetervoorstellen.
- De inspectie wil weten of het bevolkingsonderzoek darmkanker in proces op andere wijze is ingericht als wanneer een patiënt met risico op darmkanker door een huisarts wordt ingestuurd. Het ziekenhuis spreekt af dat hier een PRI op wordt gedaan. Deze wordt voor 15 mei 2018 naar de inspectie gestuurd.
- Het ziekenhuis informeert de inspectie indien de termijnen betreffende de realisatie van een goede en tijdige ontslagbrief niet gehaald gaan worden.
- De inspectie geeft aan dat ze niet actief geïnformeerd hoeft te worden over de resultaten van de samenhang tussen HSMR, OLO en heropname, tenzij het opvallende zaken zijn die raken aan kwaliteit en veiligheid.