



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

Inspectierapport over verscherpt toezicht  
op het Ruwaard van Putten Ziekenhuis  
Publieksversie december 2013

Utrecht, december 2013



## Inhoud

### **Samenvatting en beschouwing – 5**

#### **1 Aanleiding – 7**

- 1.1 Het Ruwaard van Putten Ziekenhuis – 7
- 1.2 Dossieronderzoek naar een hoog sterftecijfer in 2010 – 7
- 1.3 Verscherpt toezicht en andere maatregelen – 8
- 1.4 Onderzoek tijdens het verscherpt toezicht – 9

#### **2 Resultaten – 11**

- 2.1 Het bestuur en de organisatie – 11
  - 2.1.1 Het bestuur en het intern toezicht – 11
  - 2.1.2 Conclusies ten aanzien van de raad van toezicht – 12
  - 2.1.3 Conclusies ten aanzien van de raad van bestuur – 13
  - 2.1.4 Conclusies ten aanzien van de Vereniging Medische Staf – 13
  - 2.1.5 Maatregelen in het kader van bestuur en organisatie – 13
- 2.2 De praktijkvoering van de afdeling cardiologie – 14
  - 2.2.1 Quicksan – 14
  - 2.2.2 De bevelen – 15
  - 2.2.3 Conclusie – 15
- 2.3 De veiligheid en kwaliteit ziekenhuisbreed – 15
  - 2.3.1 Inspectieactiviteiten ziekenhuisbreed – 15
  - 2.3.2 Maatregelen in het kader van veiligheid en kwaliteit – 15

#### **3 Conclusies – 19**

#### **4 Recente ontwikkelingen – 21**



## Samenvatting en beschouwing

In een ziekenhuis moeten de veiligheidscultuur, het kwaliteitsbeleid, de verdeling van verantwoordelijkheden en het interne toezicht de veiligheid voor de patiënt borgen met als doel de kans op vermijdbare schade voor de patiënt zo klein mogelijk te maken. Er moet een cultuur heersen waarin de veiligheid en kwaliteit van zorg de hoogste prioriteit hebben. Veilige zorg vereist van iedereen veiligheidsbewustzijn en deskundigheid, welke taken en werkzaamheden in het ziekenhuis hij of zij ook verricht.

Veilige en kwalitatief goede zorg bieden moet een gedeelde ambitie zijn van alle professionals en medewerkers en niet in de laatste plaats van de bestuurders en de interne toezichthouders van het ziekenhuis. Zonder die gedeelde ambitie gaan belangen uiteenlopen en wordt het krachtenveld waarin partijen elkaar in balans moeten houden, een noodzaak voor het realiseren van de patiëntveiligheid, verstoord.

In het Ruwaard van Putten Ziekenhuis in Spijkenisse was die balans over een langere periode verstoord.

De medische staf was in die tijd niet gericht op het structureel verbeteren van de zorg en veiligheid, de raad van bestuur was niet in staat dit te veranderen en de raad van toezicht was niet bij machte hierop in te grijpen. Ook het middenmanagement en de ondersteunende staf bleken niet in staat de wezenlijke verbeteringen tot stand te brengen die nodig waren: in het uit balans geraakte krachtenveld werd de medische staf dominant en waren er onvoldoende tegenkrachten in de organisatie.

Dit leidde tot een eilandencultuur in het ziekenhuis waar het bieden van veilige en verantwoorde zorg niet in samenhang werd georganiseerd en niet vanzelfsprekend was, en de zorg op de afdeling cardiologie naar het oordeel van de inspectie niet verantwoord was.

Het vergelijken van uitkomsten van zorg kunnen een naar binnen gerichte organisatie wakker schudden. Die uitkomsten helpen de zorgaanbieder de zorg steeds veiliger en beter te maken. Wanneer dat onvoldoende werkt, is de inspectie aan zet.

De beschikbaarheid van de sterk afwijkende uitkomst van de Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR)<sup>a</sup> was voor de toenmalige raad van bestuur van het Ruwaard van Putten ziekenhuis in december 2011 aanleiding tot het nemen van het besluit om nader onderzoek te laten uitvoeren naar de achterliggende oorzaken van de afwijkende uitkomsten. Het resultaat daarvan was zodanig dat in november 2012 de Inspectie voor de Gezondheidszorg besloot dat het Ruwaard van Putten Ziekenhuis andere maatregelen moest nemen dan tot dan toe geëist om de veiligheid van de zorg te verbeteren en te borgen. De inspectie stelde op 14 november 2012 voor 6 maanden verscherpt toezicht in en verrichtte in de maanden erna intensief toezicht naar de handelwijze van onder meer de raad van bestuur, de raad van toezicht en de medische staf. Als gevolg van de naar aanleiding van het verscherpt toezicht genomen maatregelen was een grote verandering in de onderlinge relaties in het ziekenhuis zichtbaar en ging men zich collectief richten op veiligheid en kwaliteit van zorg. Dit rapport is een weerslag van het onderzoek in het kader van het toezicht-traject.

---

a De Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR) zet de werkelijke sterfte in een ziekenhuis af tegen de sterfte die op basis van de patiëntkenmerken werd verwacht. Het is daarmee een indicator voor potentieel vermijdbare sterfte.

In juni 2013 bleek dat het ziekenhuis niet meer over voldoende financiële middelen kon beschikken. Op 24 juni 2013 werd het ziekenhuis failliet verklaard.

Dit rapport bevat lessen voor bestuurders, interne toezichthouders en professionals inclusief artsen, verpleegkundigen en paramedici wat betreft de verdeling van verantwoordelijkheden en hun professioneel handelen. Het moet daarnaast vanzelfsprekend zijn dat zorgverleners met elkaar afspraken maken, elkaar erop aanspreken als iets niet goed gaat of als de veiligheid in het geding is, transparant zijn, zich toetsbaar opstellen, gegevens verzamelen over de uitkomsten van zorg, deze analyseren en vervolgens waar nodig de zorg verbeteren. Het rapport beoogt alle professionals die in de zorg werkzaam zijn, waar nodig te motiveren om de zorg die zij verlenen iedere dag veiliger en beter te maken.

# 1 Aanleiding

## 1.1 Het Ruwaard van Putten Ziekenhuis

Het Ruwaard van Putten Ziekenhuis<sup>b</sup> had een capaciteit van 288 bedden. Er werkten circa 70 medisch specialisten en ruim 1.000 medewerkers. Het ziekenhuis bediende een gebied met ongeveer 200.000 inwoners (de eilanden Voorne-Putten en Rozenburg en de gemeenten Albrandswaard en Hoogvliet). Het ziekenhuis werd door een raad van bestuur geleid en deze werd door een raad van toezicht benoemd en gecontroleerd.

## 1.2 Dossieronderzoek naar een hoog sterftcijfer in 2010

De Kwaliteitswet zorginstellingen bepaalt dat zorginstellingen de kwaliteit van zorg systematisch moeten bewaken, beheersen en verbeteren. In alle ziekenhuizen in Nederland worden de sterftcijfers geregistreerd, van het ziekenhuis in zijn geheel de HSMR (Hospital Standardised Mortality Ratio), en per diagnosegroep de SMR (Standardized Mortality Ratio). Deze gegevens zijn een indicator voor potentieel vermijdbare sterfte en maken een vergelijking tussen ziekenhuizen tot op zekere hoogte mogelijk. Het doel daarvan is dat ziekenhuizen zicht krijgen op hun prestaties en een handvat geven om bij afwijkende data de kwaliteit en veiligheid van zorg te analyseren en te verbeteren. Van ziekenhuizen wordt verwacht dat zij bij een hoge uitkomst van het berekende sterftcijfer de mogelijke oorzaken daarvan onderzoeken, bijvoorbeeld door middel van dossieronderzoek. Overigens wordt dergelijk onderzoek niet alleen verwacht omdat de wet dat vereist. De wil om de zorg systematisch te verbeteren moet een onderdeel van de cultuur in zorginstellingen zijn.

Het sterftcijfer van ziekenhuizen wordt uitgedrukt in een HSMR. De verwachte sterfte (een soort gewogen gemiddelde) is daarin op 100 gesteld. De HSMR wordt jaarlijks berekend op grond van de gegevens van alle ziekenhuizen en per ziekenhuis gecorrigeerd voor de aard van de patiëntenkenmerken. De HSMR van de Nederlandse ziekenhuizen varieerde in 2010 van 59 tot 149. De HSMR van het Ruwaard van Putten Ziekenhuis was 149. Dit cijfer werd eind 2011 bekend. De raad van bestuur besloot daarop onderzoek in te stellen naar de hoge sterftcijfers van twee cardiologische diagnosegroepen, namelijk hartfalen en myocardinfarct (hartinfarct). Aan onderzoeksbureau Medirede werd in januari 2012 opdracht gegeven dossieronderzoek te doen. Het ziekenhuis deed dus toen wat van hen werd verwacht, namelijk geen directe conclusies trekken maar de signalen serieus nemen en onderzoek instellen. Maatregelen waren toen nog niet aan de orde. Een hoog sterftcijfer is immers, ook al is het het hoogste cijfer van Nederland, nog geen bewijs dat de zorg onveilig is en zegt bovendien niets over de oorzaken die daar aan ten grondslag kunnen liggen.

In juni 2012 werd door onderzoeksbureau Medirede over het dossieronderzoek een tussenrapport uitgebracht, waarin al ernstige tekortkomingen aan het licht kwamen. De raad van bestuur besprak deze tussentijdse uitkomsten met de raad van toezicht en de maatschap cardiologie en vroeg deze maatschap om een inhoudelijke reactie per dossier. Ook onderzoeksbureau Medirede heeft de tekortkomingen voorgelegd aan de maatschap cardiologie en hen om een reactie gevraagd.

<sup>b</sup> Op 24 juni 2013 werd het Ruwaard van Putten Ziekenhuis failliet verklaard. Vrijwel direct daarna werd er een nieuwe zorgorganisatie opgericht onder de naam Spijkenisse MC (zie hoofdstuk 4). Dit rapport gaat uitsluitend over het Ruwaard van Putten Ziekenhuis.

De medische staf werd over de geconstateerde tekortkomingen ingelicht. Er werden echter op grond van deze toch al alarmerende signalen geen verbetermaatregelen getroffen, niet door de raad van toezicht, niet door de raad van bestuur, niet door de medische staf en niet door de maatschap cardiologie. De cardiologen alsmede de medische staf deden de geconstateerde tekortkomingen af als een registratieprobleem.

In feite was hier sprake van een kantelmoment: tot dat moment had het ziekenhuis adequaat gereageerd door onderzoek in te stellen, maar toen de uitkomsten van dat onderzoek bekend werden, koos het ziekenhuis ervoor fundamentele problemen in de patiëntenzorg niet te erkennen en geen structurele verbeteringen in te zetten.

In juni 2012 bezocht de inspectie het Ruwaard van Putten Ziekenhuis, onder andere om met de raad van bestuur over het hoge sterftcijfer te spreken.

Tijdens dit gesprek gaf de raad van bestuur aan dat de onduidelijkheid over het hoofdbehandelaarschap, een uitbraak van het Norovirus, een onverwacht lange ligduur en een verkeerde bedproblematiek<sup>c</sup> daar mogelijke verklaringen voor waren. Er lag, aldus de raad, een goed beleid rondom het levenseinde. Ook zou het pas gevormde spoedinterventieteam grote invloed op de inmiddels dalende sterftcijfers hebben. De raad van bestuur zegde toe de inspectie te zijner tijd de definitieve uitkomsten van het dossieronderzoek door Medirede te geven. In augustus en september 2012 bracht de inspectie aangekondigde en onaangekondigde vervolfbezoeken aan het ziekenhuis, om zorguitkomsten uit calamiteitenrapportages te bespreken en te verifiëren. Naar aanleiding daarvan concludeerde de inspectie onder andere dat de vakgroep cardiologie op organisatie, werkwijze en deskundigheid moest worden getoetst.

Kort daarop, in oktober 2012, werd het dossieronderzoek door Medirede afgerond. Het onderzoek van Medirede betrof overleden patiënten in twee cardiologische diagnosegroepen. De slotconclusies waren alarmerend: 1) zowel gedurende de diagnosefase als tijdens de behandelfase deden zich in veel gevallen ernstige tekortkomingen voor; 2) hierdoor waren er veel mogelijk vermijdbare incidenten; 3) er waren onzorgvuldigheden in de prognosestelling (uitspraak over het vermoedelijke ziekteverloop) en bij gehanteerde procedures rond vraagstukken van het levenseinde.

### **1.3 Verscherpt toezicht en andere maatregelen**

De inspectie ontving het onderzoeksrapport van Medirede op 12 november 2012 tijdens een bezoek dat plaatsvond in het kader van het lopende toezicht. Het rapport leidde ertoe dat nog diezelfde middag op aandringen van de inspectie een opnamestop voor de afdeling cardiologie werd doorgevoerd. De cardiologische zorg werd op dat moment op verzoek van de raad van bestuur uitgevoerd door een waarnemend cardioloog uit het Maasstad Ziekenhuis omdat de raad van bestuur twijfels had bij de kwaliteit van zorg. Op 13 november volgde daarop, op aandringen van de inspectie, het voor onbepaalde tijd sluiten van de klinische afdeling cardiologie. De zorg voor de poliklinische patiënten en activiteiten en de opgenomen patiënten met cardiologische problemen werd overgedragen aan waarnemend cardiologen uit het Maasstad Ziekenhuis. Omdat er in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis bovendien meerdere problemen speelden waaronder een periode van bestuurlijke instabiliteit en verdeeldheid in de medische staf, besloot de inspectie het ziekenhuis op 14 november 2012 onder verscherpt toezicht te plaatsen.

---

<sup>c</sup> Een verkeerde-bedproblematiek houdt in dat ziekenhuisbedden worden bezet door patiënten die ondanks een daarvoor aanwezige indicatie niet naar een verpleeg- of verzorgingshuis kunnen doorstromen.



De raad van bestuur kreeg daarbij per direct een aantal opdrachten:

- Organiseer hoor en wederhoor met de cardiologen en de medische en verpleegkundige staf om de uitkomsten van het Medirederapport te valideren.
- Organiseer professionele zorg en nazorg aan alle patiënten of hun familie of nabestaanden, op basis van de uitkomsten van het onderzoek, en informeer de inspectie over de uitvoering ervan.
- Onderzoek de handelwijze in het ziekenhuis rondom het levenseinde, bespreek de naleving van de regelgeving op dit gebied met alle medisch specialisten en betrokken zorgverleners en zie toe op de naleving ervan.
- Zorg ervoor dat alle vakgroepen eenduidige afspraken maken rondom de verantwoordelijkheidstoedeling van en supervisie op arts-assistenten conform wet- en regelgeving en deskundigheidsniveau en informeer de inspectie over de borging van dit beleid.
- Onderzoek de sterftcijfers in 2011 voor onder meer de diagnosegroepen hartfalen en myocardinfarct en informeer daar binnen zes weken de inspectie over.

Enkele dagen na het instellen van het verscherpt toezicht en nadat de raad van bestuur de inspectie had bericht over de patiëntveiligheid op de afdeling cardiologie, heeft de inspectie de raad van bestuur twee bevelen opgelegd om de individuele cardiologen te beletten als cardioloog in het Ruwaard van Putten ziekenhuis te werken. Een bevel is in maart van 2013 opgeheven omdat uit nader onderzoek door de inspectie was gebleken dat de cardioloog die recent was toegelaten tot het ziekenhuis niet verantwoordelijk was voor de geconstateerde ernstige tekortkomingen in de zorg. Het andere bevel is geëindigd met het faillissement van het ziekenhuis.

#### **1.4 Onderzoek tijdens het verscherpt toezicht**

Na het instellen van het verscherpt toezicht volgde de inspectie in het kader van haar toezicht de veiligheid en kwaliteit van de zorg ziekenhuisbreed, de praktijkvoering van de afdeling cardiologie en hoe het ziekenhuis sinds 2010 werd bestuurd. In dit rapport staan de uitkomsten van dat toezicht. Het toezicht bestond uit veel (onaangekondigde) inspecties op verschillende afdelingen, gesprekken met patiënten en nabestaanden en nader onderzoek naar aanleiding van hun meldingen en verder de bestudering van documenten en verslagen, uitgebreid dossieronderzoek en gesprekken met leden en oud-leden van de raad van bestuur, de raad van toezicht, het bestuur van de Vereniging Medische Staf, het managementteam, de ondernemingsraad en de cliëntenraad en met medisch specialisten, verpleegkundigen en externe betrokkenen waaronder de NVVC (Nederlandse Vereniging voor Cardiologie) en de cardiologen van het Maastricht Ziekenhuis die waarnamen in het Ruwaard van Putten ziekenhuis.



## 2 Resultaten

Het verscherpt toezicht verliep langs drie lijnen: onderzoek naar het bestuur en de organisatie, onderzoek naar de cardiologische zorg en onderzoek naar de zorg ziekenhuisbreed.

### 2.1 Het bestuur en de organisatie

Patiëntveiligheid is nooit alleen afhankelijk van de wijze waarop medisch specialisten, verpleegkundigen en/of afdelingen functioneren. De organisatie van het ziekenhuis is medebepalend. Daarom onderzocht de inspectie zowel de handelwijze van de raad van bestuur, de raad van toezicht en de medische staf, als die van diverse medewerkers op meerdere afdelingen.

De bestuurlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid is van belang voor de kwaliteit van zorg geleverd door de zorgprofessionals en draagt bij aan het vergroten van dat vertrouwen. Andersom geredeneerd is een tekortschietende bestuurlijke kwaliteit een risico, en vaak ook een verklaring, voor een tekortschietende kwaliteit van zorg. Toezicht van de inspectie op deze bestuurlijke verantwoordelijkheid is gericht op het verminderen van risico's waardoor de patiënt kan vertrouwen op de kwaliteit en veiligheid van de zorg. De inspectie ziet goed bestuur en intern toezicht als een belangrijke randvoorwaarde daarvoor. In de Zorgbrede Governance-code hebben veldpartijen de uitgangspunten van goed bestuur en intern toezicht uitgewerkt. De inspectie beschouwt deze code als een algemeen maatschappelijk, breed gedragen veldnorm.

#### 2.1.1 *Het bestuur en het intern toezicht*

In de periode tot 2011 was de samenwerking met de Vereniging Medische Staf een terugkerend onderwerp in het overleg tussen de raad van bestuur en de raad van toezicht. De Vereniging Medische Staf was al enkele jaren verdeeld over onder andere de bekostiging van arts-assistenten. Een door de raad van toezicht ingeschakelde mediator en externe adviseur slaagden er niet in deze verdeeldheid op te lossen. In 2009 leidde het conflict ertoe dat de raad van bestuur en de Vereniging Medische Staf gedurende een aantal maanden niet met elkaar wilden overleggen. In november 2009 kozen de medisch specialisten een nieuw bestuur van de Vereniging Medische Staf. Dit bestuur gaf te kennen dat het een directeur patiëntenzorg in de raad van bestuur wilde.

Een periode breekt aan waarin overleg tussen raad van bestuur en de Vereniging Medische Staf moeizaam en mondjesmaat verloopt.

Uiteindelijk traden eind 2010 een nieuwe Chief Medical Officer als medisch directeur en een Chief Financial Officer (de voormalige controller van het ziekenhuis) tot de raad van bestuur toe. Na het vertrek van de voorzitter van de raad van bestuur in november 2010 benoemde de raad van toezicht een ervaren interim-bestuurder als voorzitter. Deze moest vooral de rust in het ziekenhuis herstellen en de twee relatief onervaren nieuwe bestuursleden begeleiden. De Chief Medical Officer gaf al vrij snel na zijn aantreden aan dat er in het ziekenhuis veel knelpunten op het gebied van kwaliteit en veiligheid waren. Om deze aan te pakken was volgens hem een cultuurverandering nodig. De raad van bestuur stelde vast dat de groepsdynamiek en samenwerking binnen en tussen verschillende vakgroepen en maatschappen niet goed was. Ook de voorzitter van het bestuur van de Vereniging Medische Staf was daar bezorgd over. De raad van bestuur liet in het bijzonder het functioneren van de maatschap anesthesiologie onderzoeken. Dit leidde er in 2011 toe dat drie van de vier anesthesiologen niet meer tot het ziekenhuis werden toegelaten.

Volgens de raad van toezicht was vooral op medisch specialistisch gebied externe samenwerking noodzakelijk. De maatschappen waren te klein en dit ging ten koste van de kwaliteit. De raad van toezicht en de raad van bestuur spraken daarom in 2011 af in elk gezamenlijk overleg het onderwerp kwaliteit te bespreken. Ook plaatste de raad van bestuur dit onderwerp op de agenda van het overleg met de Vereniging Medische Staf. In oktober 2011 werd besloten medisch specialisten en verpleegkundigen in dossieronderzoek te laten trainen, door Medirede, om zo de zorgverlening te kunnen verbeteren. In 2012 onderzocht het bureau Medirede, in opdracht van de raad van bestuur, de hoge sterftcijfers in 2010 met betrekking tot hartinfarcten en hartfalen. In juni 2012 werd de raad van bestuur over enkele voorlopige resultaten ingelicht, onder meer over de mate van het gebruik van morfine in de stervensfase van patiënten.

Op 1 juli 2012 vertrok de interim-voorzitter van de raad van bestuur, waarna de Chief Medical Officer en de Chief Financial Officer samen de raad van bestuur vormden. Na een periode van communicatieproblemen tussen de Chief Medical Officer en de Vereniging Medische Staf, zegde het bestuur van de Vereniging Medische Staf in augustus 2012 het vertrouwen in de Chief Medical Officer op. De raad van toezicht ontbond in oktober 2012 de samenwerking met hem en stelde meteen daarna een lid van het bestuur van de Vereniging Medische Staf aan als lid van de raad van bestuur.

Eind oktober 2012 werd een nieuwe voorzitter van de raad van bestuur benoemd. Een van zijn eerste acties, was het melden van de bevindingen en conclusies van het Medirederapport van oktober 2012 bij de raad van toezicht en het daarna ter hand te stellen aan de inspectie.

#### 2.1.2 *Conclusies ten aanzien van de raad van toezicht*

De raad van toezicht was niet altijd een goede sparringpartner voor de raad van bestuur. In korte tijd van juli 2012 tot oktober 2012 nam de raad wisselende besluiten over de samenstelling van de raad van bestuur en was er buiten de raad van bestuur om veelvuldig contact met de voorzitter van de Vereniging Medische Staf. Hierdoor wordt de indruk gewekt dat besluiten van de raad van bestuur op grond van wensen van de medische staf werden bijgesteld.

De raad van toezicht sprak in 2010 uit dat "een stevige bestuurder" nodig was, maar stelde in december 2010 een onervaren Chief Medical Officer aan. Hij kreeg de portefeuille kwaliteit en veiligheid, terwijl daar juist een ervaren interim-voorzitter voor was aangesteld.

De raad van toezicht kon weten dat de samenwerkingsproblemen binnen de Vereniging Medische Staf en tussen de Vereniging Medische Staf en de raad van bestuur invloed op de patiëntenzorg hadden. Desondanks leidden de gesprekken tussen raad van toezicht, raad van bestuur en de Vereniging Medische Staf hierover slechts tot aanpassingen van de raad van bestuur. Kritisch kan worden gekeken naar de mate waarin de raad van toezicht ontvankelijk was voor het verzet vanuit de Vereniging Medische Staf tegen de Chief Medical Officer. Ook is opvallend dat de raad van toezicht de Chief Medical Officer in de zomer van 2012 complimenteerde met het ingezette beleid maar desondanks in oktober 2012 de samenwerking met hem beëindigde.

De raad van toezicht voelde zich zeer betrokken bij de gang van zaken in het ziekenhuis. Het is echter de vraag of de raad voldoende op de hoogte was van ontwikkelingen en veranderende eisen ten aanzien van kwaliteit en veiligheid zoals die aan ziekenhuizen worden gesteld. De raad was in ieder geval onvoldoende in staat de raad van bestuur kritisch te bevragen. Dit was bijvoorbeeld het geval met betrekking tot de tussentijdse bevindingen van het Mediredeonderzoek. De raad van toezicht nam genoegen met de uitleg dat het een registratieprobleem en een

verkeerde-bedproblematiek betrof. Opmerkelijk is ook dat de raad van toezicht tot 2012 geen portefeuillehouder kwaliteit had en de situatie gedoogde waarin de raad van bestuur langdurig een conflict met de Vereniging Medische Staf had.

### 2.1.3 *Conclusies ten aanzien van de raad van bestuur*

#### *Tot eind 2010*

Op papier leken kwaliteit en veiligheid van de zorg in orde. Het ziekenhuis had al sinds 2008 een accreditatie van het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg. De kwaliteitswaarborgen waren echter niet goed ingevoerd of ze werden onvoldoende nageleefd, zo bleek uit het dossieronderzoek van Medirede en uit het inspectieonderzoek. De raad van bestuur gaf in deze periode de hoogste prioriteit aan de financiële vraagstukken en had weinig aandacht voor de ontwikkeling van kwaliteit en veiligheid. Hierdoor schoot de voorbeeldfunctie van de raad van bestuur ten opzichte van medisch specialisten en overige medewerkers in het ziekenhuis ernstig tekort.

#### *Vanaf 2011*

De nieuwe raad van bestuur ondernam vrij snel veel activiteiten om de kwaliteit en veiligheid te verbeteren. De raad benadrukte vooral de verantwoordelijkheden van de Vereniging Medische Staf en sprak de staf daar vaak op aan. Uit niets is echter op te maken dat de staf zich liet aanspreken. De handelwijze van de raad van bestuur nadat in juni 2012 de voorlopige bevindingen van Medirede beschikbaar waren gekomen, getuigde niet van de ambitie de patiëntveiligheid samen met de Vereniging Medische Staf te bevorderen. Door de jaren heen was de doorzettingskracht van de raad onvoldoende gebleken.

### 2.1.4 *Conclusies ten aanzien van de Vereniging Medische Staf*

De Vereniging Medische Staf had vooral aandacht voor financiën en minder voor kwaliteit en veiligheid. Onder meer het langdurige conflict over de financiering van arts-assistenten wijst daarop. Ook droeg de medische staf onvoldoende bij aan nieuwe maatregelen op het gebied van kwaliteit en veiligheid. Dit betrof bijvoorbeeld de registratie en bespreking van zorguitkomsten, het hoofdbehandelaarschap, de dossievoering en de afbakening van het zorgaanbod. De staf beschouwde het ziekenhuis eigenlijk als een facilitair bedrijf en toonde geen verantwoordelijkheid voor het functioneren van het ziekenhuis als geheel. De staf had ook geen medisch beleidsplan opgesteld, nam onvoldoende initiatieven om protocollen op te stellen en vertaalde de rapportages van de veiligheidscommissie patiëntenzorg niet in concrete acties. De onderlinge samenwerking was bij een aantal vakgroepen niet goed: stafleden spraken elkaar niet of onvoldoende aan op hun functioneren of gedrag. De medische staf accepteerde gedurende een lange periode een tweespalt binnen de staf.

### 2.1.5 *Maatregelen in het kader van bestuur en organisatie*

Na de instelling van het verscherpt toezicht in november 2012 werden door alle betrokkenen maatregelen genomen.

#### *Met betrekking tot de raad van toezicht*

De kwaliteitscommissie van de raad intensiverde haar werkzaamheden.

- De kwaliteitscommissie ging maandelijks overleggen met de raad van bestuur, een kwaliteitsfunctionaris, de voorzitter van de Vereniging Medische Staf en het bestuurslid van de Vereniging Medische Staf met de portefeuille kwaliteit.
- De kwaliteitscommissie rapporteerde hierover aan de raad van toezicht.
- De raad van toezicht ging formeel overleggen met de ondernemingsraad en met het bestuur van de Vereniging Medische Staf.

*Met betrekking tot de raad van bestuur*

- Kwaliteit en veiligheid stonden voortaan altijd op de agenda van de vergaderingen van de raad van bestuur en van het managementteam.
- De raad van bestuur stelde een veiligheidsjaarplan 2013 op.
- De raad van bestuur nam de regie rondom meldingen en analyses van incidenten en calamiteiten en daaropvolgende verbeteracties.
- De raad van bestuur ging periodiek overleggen met de cliëntenraad. Kwaliteit en veiligheid waren hierin vaste agendapunten.
- De raad van bestuur ging wekelijks overleggen met de raad van toezicht en met het bestuur van de Vereniging Medische Staf.
- De raad van bestuur stelde een inloopspreekuur voor medisch specialisten in.

*Met betrekking tot de Vereniging Medische Staf*

- De voorzitter van de Vereniging Medische Staf woonde voortaan alle vergaderingen van de raad van bestuur bij.
- De vakgroepen van medische specialisten hadden periodiek overleg met het management. In dit overleg was altijd een kwaliteitsfunctionaris aanwezig.

*Overige maatregelen*

- Het beleid palliatieve zorg werd ziekenhuisbreed geanalyseerd en in lijn gebracht met wet -en regelgeving en de richtlijn palliatieve zorg.
- Door alle vakgroepen zijn eenduidige afspraken gemaakt rondom de verantwoordelijkheidstoedeling van en supervisie op arts-assistenten conform wet- en regelgeving en deskundigheidsniveau.
- Het bestuurslid met de portefeuille zorg stuurde de kwaliteitsfunctionarissen aan.
- Ditzelfde bestuurslid, de kwaliteitsfunctionarissen en de veiligheidscoördinator hadden periodiek overleg over kwaliteit en veiligheid.
- Onder meer veiligheidsrondes, analyses van incidenten en calamiteiten, analyses van klachten en in- en externe audits moesten verbeteringen opleveren.
- De kwaliteitsfunctionarissen bewaakten de voortgang van verbeterplannen.
- De kwaliteitsfunctionarissen kregen van de raad van bestuur alle informatie en faciliteiten die voor hun werk nodig waren.
- Het dagelijks bestuur van de ondernemingsraad overlegde wekelijks met de raad van bestuur over onder meer kwaliteit en veiligheid.
- Voorbereiding voor installatie van een verpleegkundige adviesraad werden getroffen en zou in juni 2013 geïnstalleerd worden. De leden hiervan waren vooraf geschoold en vormden een belangrijke verbinding tussen de raad van bestuur en de verpleegkundigen.

## **2.2 De praktijkvoering van de afdeling cardiologie**

De praktijkvoering van de afdeling cardiologie was één van de drie lijnen bij het verscherpt toezicht. In 2010 was bij de twee cardiologische diagnosegroepen myocardinfarct en hartfalen in 2010 de sterfte hoger dan verwacht. Dit was aanleiding om Medirede dossieronderzoek te laten doen bij deze patiëntengroepen van de afdeling cardiologie. Bovendien bleek bij de inspectiebezoeken voorafgaand aan het verscherpt toezicht dat de maatschap cardiologie geen verbetermaatregelen trof naar aanleiding van de tussenrapportage van het dossieronderzoek van Medirede terwijl er een veelheid aan verbetermaatregelen noodzakelijk was. De inspectie greep in om deze verbeteringen alsnog af te dwingen.

### **2.2.1 Quickscan**

Uit het dossieronderzoek van Medirede bleek dat op de afdeling cardiologie in veel gevallen er een onvolledige indicatiestelling was en een ontoereikende

behandeling(en) was uitgevoerd. Daarnaast bleek dat niet conform de richtlijnen werd gehandeld in vraagstukken rond het levenseinde. Gezien de ernst hiervan voerde de inspectie meteen na de instelling van het verscherpt toezicht in november 2012 een quickscan uit van de door Medirede onderzochte dossiers om de conclusies van Medirede te verifiëren. Uit deze quickscan bleek dat de inspectie in vrijwel alle gevallen de conclusies van Medirede kon onderschrijven.

#### 2.2.2 *De bevelen*

In november 2012 liet de raad van bestuur schriftelijk aan de inspectie weten dat de waarnemend cardiologen uit het Maasstad Ziekenhuis geen verantwoordelijkheid voor de cardiologische patiëntenzorg konden nemen zolang de cardiologen van het Ruwaard van Putten Ziekenhuis daar nog werkzaam waren. De inspectie stelde vast dat het voortzetten van de zorg door de cardiologen van het Ruwaard van Putten een ernstig risico voor de patiëntveiligheid zou vormen. Daarom legde de inspectie een bevel op. Dit bevel (ex artikel 8, vierde lid, Kwaliteitswet zorginstellingen) hield in dat de raad van bestuur vier cardiologen met onmiddellijke ingang geen zorg meer mocht laten verlenen. Dit gebeurde in twee afzonderlijke bevelen, het eerste op één cardioloog gericht (deze cardioloog was sinds januari 2012 in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis werkzaam) en het tweede op de drie overige cardiologen gericht. Het eerste bevel werd in maart 2013 opgeheven nadat uit het onderzoek bleek dat de randvoorwaarden voor verantwoorde zorg door deze cardioloog gewaarborgd waren.

Het tweede bevel kwam van rechtswege te vervallen toen het ziekenhuis in juni 2013 failliet werd verklaard.

#### 2.2.3 *Conclusie*

De inspectie heeft onderzocht welke rol de individuele cardiologen hebben gehad en oordeelde dat de cardiologische zorg ten aanzien van de supervisie, het hoofdbehandelaarschap, patiëntenoverdracht, de indicatiestelling, het behandelbeleid, complicatieregistratie, de dossiervoering en de verslaglegging, de zorg rondom het levenseinde, intercollegiaal overleg, en de toepassing van het morfinebeleid niet in overeenstemming was met wet- en regelgeving, landelijke richtlijnen en veldnormen.

De inspectie besloot dat hun functioneren aanleiding was om de tuchtrechter een uitspraak over hun professioneel handelen te vragen.

### **2.3 De veiligheid en kwaliteit ziekenhuisbreed**

#### 2.3.1 *Inspectieactiviteiten ziekenhuisbreed*

De inspectie ontving tijdens het verscherpt toezicht 42 meldingen van burgers. Van de 42 meldingen gingen er twee over twee vakgroepen, waardoor het aantal op 44 kwam. De inspectie had met 35 van deze melders een gesprek. De andere melders gaven aan daar geen behoefte aan te hebben. De uitkomst van alle meldingen zijn in het inspectieonderzoek meegenomen. Voor een deel zijn de uitkomsten verwerkt in de conclusies van dit rapport. In een aantal gevallen zijn naar aanleiding van de meldingen specifieke conclusies getrokken en verbetermaatregelen getroffen.

Gedurende het verscherpt toezicht zijn (onaangekondigde) inspecties uitgevoerd en heeft de inspectie gesprekken gehad met de raad van bestuur, medisch specialisten, verpleegkundigen en andere betrokkenen binnen en buiten het ziekenhuis. Tijdens de periode waarin de inspectie verscherpt toezicht uitvoerde zijn in het ziekenhuis tal van verbeteringen ingezet.

#### 2.3.2 *Maatregelen in het kader van veiligheid en kwaliteit*

In oktober 2012 nam de raad van bestuur het besluit om na beoordeling van de ernst van de bevindingen van Medirede de inspectie te informeren. Om verantwoorde zorg

te garanderen moest een aantal vergaande maatregelen worden getroffen. Het ziekenhuis moest de cardiologieafdeling sluiten en de inspectie stelde verscherpt toezicht in. De raad van bestuur nam meteen maatregelen om de patiëntenzorg veilig te stellen en gaf gevolg aan de maatregelen die de inspectie oplegde.

#### *Handelen rondom het levenseinde*

Na de publicatie van het Medirederapport in oktober 2012 en het instellen van het verscherpt toezicht heeft een werkgroep palliatieve zorg het beleid en het protocol aan de landelijke richtlijnen aangepast en aan de medische staf gepresenteerd. De afspraken zijn door een scholingsprogramma geborgd. De inspectie stelde vast dat het beleid rondom het levenseinde nu aan de landelijke richtlijnen voldoet.

#### *Maatregelen hoofdbehandelaarschap*

Na het instellen van het verscherpt toezicht zijn de specialisten gaan handelen conform de relevante procedure van het ziekenhuis. Elke patiënt kreeg één hoofdbehandelaar per specialisme. In het dossier werd per opnameperiode vastgelegd wie de hoofdbehandelaar was. De patiënt, zijn of haar naasten, betrokken specialisten, arts-assistenten, verpleegkundigen en andere hulpverleners wisten wie de hoofdbehandelaar was. Bij afwezigheid van de hoofdbehandelaar werden de taken aan de dienstdoende of waarnemende behandelaar overgedragen.

#### *Complicatieregistratie*

Op het moment dat verscherpt toezicht werd opgeheven voldeden alle vakgroepen aan de eisen die onder meer door wetenschappelijke verenigingen zijn gesteld. De vakgroepen toetsten zelf of de verbeterpunten waren uitgevoerd en effect hadden.

#### *Dossiervoering*

Op het moment dat het verscherpt toezicht werd opgeheven vond de dossiervoering plaats conform interne richtlijnen. Notities in het dossier werden altijd voorzien van naam, datum, jaar en tijd. De interne richtlijnen waren gebaseerd op landelijke veldnormen.

#### *Verslaggeving*

Na het instellen van het verscherpt toezicht zijn ziekenhuisbreed afspraken gemaakt over de tijdigheid en inhoud van informatievoorziening en verslaggeving over klinische en poliklinische patiënten.

#### *Evaluatie van uitkomsten van zorg*

Op het moment dat het verscherpt toezicht werd opgeheven werkten specialisten mee aan de registratie van uitkomsten van zorg (o.a. prestatie-indicatoren). Proces- en uitkomstindicatoren (zoals sterftecijfers, ligduur, postoperatieve wondinfecties, complicaties) werden in onder meer het vakgroep- of maatschapoverleg besproken.

#### *Samenwerking met andere disciplines en verpleegkundigen*

Het beleid voor interdisciplinaire samenwerking is na het instellen van het verscherpt toezicht aangescherpt. Patiënten werden tijdig in een multidisciplinair overleg besproken. Consulten werden goed onderbouwd aangevraagd, tijdig verleend en in het dossier gedocumenteerd. Over individuele patiënten en over de zorg in het algemeen werd met verpleegkundigen overlegd. Met aanpalende specialismen werd overlegd om de zorg wederzijds af te stemmen. Kwetsbare patiënten werden aan het einde van de dag aan de dienstdoende arts-assistenten overgedragen. Deze overdracht was gestructureerd en werd schriftelijk vastgelegd.



*Maatregelen supervisie op arts-assistenten*

De supervisie op en de rol en verantwoordelijkheden van arts-assistenten werden op het moment dat het verscherpt toezicht werd opgeheven conform interne richtlijnen vormgegeven. Arts-assistenten werkten binnen hun bevoegdheden, kennisniveau en vaardigheden. Indien een arts-assistent beperkingen aangaf, werden deze gerespecteerd. Indien een arts-assistent aangaf dat ondersteuning door of aanwezigheid van een specialist noodzakelijk was, werd dit gehonoreerd. Er werd door medisch specialisten actief aan de scholing van arts-assistenten bijgedragen.

*Dossieronderzoek naar aanleiding van sterftcijfers*

Een commissie onder leiding van prof. dr. S.A. Danner onderzocht de dossiers van patiënten die in de periode 2010 - november 2012 in het ziekenhuis zijn overleden. De commissie publiceerde op 17 september 2013 de resultaten van haar onderzoek. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zal op verzoek van de Tweede Kamer eind 2013 een reactie naar de Tweede Kamer sturen.

*Nazorg aan betrokkenen*

Een externe nazorgcommissie onder leiding van mevrouw M.J. van Ravesteijn heeft de nabestaanden – in het algemeen en persoonlijk – over de uitkomsten van het onderzoek door de commissie Danner geïnformeerd.



### 3 Conclusies

De zorgverlening in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis was in de periode 2010 – november 2012 onder de maat. Het ging mis ten aanzien van onder meer het hoofdbehandelaarschap, dossiervoering en verslaggeving, de overdracht van informatie, indicatiestelling en behandeling, supervisie op arts-assistenten en handelen volgens protocollen. In het bijzonder bij cardiologie, maar ook bij andere vakgroepen waren deze zaken in meer of mindere mate niet in orde. Bij de vakgroep cardiologie, maar ook bij enkele andere vakgroepen, werd niet gehandeld volgens de landelijke richtlijn voor euthanasie en palliatieve sedatie.<sup>d</sup>

De bestuurlijke controle en het interne toezicht door de raad van toezicht daarop was in de periode tot november 2012 onvoldoende. Het belang van de patiëntenzorg stond niet centraal en werd door individuele en financiële belangen overschaduwd. De raad van toezicht liet zich als werkgever, adviseur en intern toezichthouder onvoldoende door (de uitgangspunten van) de Zorgbrede Governancecode leiden. Dit geldt ook voor de raad van bestuur in de verschillende samenstellingen. De Vereniging Medische Staf handelde op veel punten niet zoals op grond van professionele inzichten, regelgeving en veldnormen mag worden verwacht. Hierdoor kon een cultuur blijven bestaan waarin persoonlijke belangen, conflicten en slechte communicatie dominant waren. In die cultuur kon kwalitatief goede en veilige zorg onvoldoende tot ontwikkeling komen. Na de instelling in november 2012 van het verscherpt toezicht door de inspectie bleek dat wel degelijk veel verbeteringen mogelijk waren.

Door de omvang van het ziekenhuis en de beperkte financiële ruimte waren minder faciliteiten en middelen beschikbaar om in korte tijd verbeteringen door te voeren dan in een groter ziekenhuis. Toch hebben het ziekenhuis en de medewerkers zich na de instelling van het verscherpt toezicht maximaal ingezet om de beschikbare middelen efficiënt te gebruiken, de juiste maatregelen te nemen en goede (na)zorg aan patiënten en nabestaanden te verlenen.

Het beleid ten aanzien van vraagstukken rondom het levenseinde werd aangepast en voldeed vervolgens aan de landelijke richtlijnen. Alle maatschappen maakten keuzes in de wijze waarop zij medisch specialistische zorg willen aanbieden. Zij pasten de supervisie op arts-assistenten zodanig aan dat deze aantoonbaar veilig kon plaatsvinden. Ziekenhuisbreed werden afspraken aangescherpt ten aanzien van het hoofdbehandelaarschap, dossiervoering en informatieoverdracht. Op de naleving daarvan werd ook intern toezicht georganiseerd.

Dit alles leidde tot de opheffing van het verscherpt toezicht per 30 mei 2013. De inspectie kon er toen op vertrouwen dat de patiëntveiligheid en de kwaliteit van de zorg in het ziekenhuis voldoende waren gewaarborgd.

---

<sup>d</sup> Palliatieve sedatie is het toedienen van slaapmedicatie tijdens de stervensfase.



## 4 Recente ontwikkelingen

Al voorafgaand aan het verscherpt toezicht verkeerde het ziekenhuis financieel in zwaar weer. Het ziekenhuis moest overstappen naar een ander ziekenhuisprofiel omdat het bestaande profiel ook op de korte termijn financieel niet houdbaar was. De bijkomende problemen met productiecontracten met verzekeraars, intrekking van banktegoeden en het uitblijven van een akkoord over een overnamepartij hebben uiteindelijk de toekomst van het Ruwaard van Puttenziekenhuis bepaald. De rechtbank Den Haag verklaarde de Stichting Ruwaard van Putten Ziekenhuis op 24 juni 2013 failliet. Vervolgens heeft een coöperatie, gevormd door het Maasstad Ziekenhuis, het Ikazia Ziekenhuis en het Van Weel Bethesda Ziekenhuis het ziekenhuis overgenomen. Daarbij kreeg het ook direct een nieuwe naam: het Spijkenisse Medisch Centrum.

De drie genoemde ziekenhuizen hebben voor het Spijkenisse Medisch Centrum een nieuw zorgprofiel geformuleerd. Daarin is sprake van een zogenaamd 'maandag tot en met vrijdag' ziekenhuis voor kortdurend verblijf zonder spoedfuncties maar met poliklinische zorg en laagcomplexen, kortdurende en planbare behandelingen<sup>e</sup>. Momenteel worden de veranderingen die noodzakelijk zijn voor het zorgprofiel van het Spijkenisse Medisch Centrum uitgewerkt en gefaseerd ingevoerd. Het streven is per 1 januari 2014 het nieuwe zorgprofiel doorgevoerd te hebben. Een goede en veilige overdracht van taken is daarbij noodzakelijk.

De fase waarin het ziekenhuis nu verkeert, maakt het nodig om in ieder geval tot december 2013 intensief op het ziekenhuis te blijven toezien. Dit houdt in dat de inspectie de uitvoering en resultaten van een aantal verbetermaatregelen nauwlettend zal blijven volgen, met bijzondere aandacht voor:

- De (na)zorg aan patiënten en nabestaanden.
- De Governance, met name de rol en positie van de directie en uitvoerend medisch specialisten ten opzichte van de coöperatie.
- De verantwoordelijkheidstoedeling, met name gericht op het hoofdbehandelaarschap en de supervisie op arts-assistenten.
- De communicatie, gericht op verslaglegging en verslaggeving.
- De herinrichting van de (poli)klinische cardiologie, met betrokkenheid van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie.
- De effecten voor de kwaliteit en veiligheid van de bestaande patiëntenzorg als gevolg van de overgang naar een nieuw zorgprofiel.

In de periode tot december 2013 zullen onaangekondigde bezoeken plaatsvinden om na te gaan hoe het met de verbetermaatregelen staat.

---

<sup>e</sup> Zoals vermeld op de website van Spijkenisse MC.