

Direct doorklikken naar:

### 1 Meer informatie openbaar maken

### 2 Wie meldt en wat doet de inspectie met een melding?

- Wie meldt?
- Wie doet onderzoek?
- Hoe beoordeelt de inspectie?
- Wanneer legt de inspectie een maatregel op?
- Dezelfde melding, verschillende uitkomst. Hoe kan dat?

### 3 Meldingen Over Medicatieveiligheid In De Thuiszorg En Verpleeghuiszorg

- Elke dag krijgen veel cliënten medicijnen van zorgmedewerkers
- Meldingen van calamiteiten: oorzaken en verbeteringen
- Wat waren de oorzaken?
- Menselijke, organisatorische en technische oorzaken
- Hoe verbeterden de zorginstellingen de zorg na een calamiteit?
- Wat doet de inspectie?
- Het onderzoek van de zorginstelling is niet goed, wat nu?
- Door meer openheid meer leren van elkaar

### Nawoord



Inspectie voor de Gezondheidszorg  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

# In openheid leren van meldingen

Leren en verbeteren, samen werken  
aan verdere verbetering van kwaliteit  
van zorg

**1 Meer informatie openbaar maken****2 Wie meldt en wat doet de inspectie met een melding?**

- Wie meldt?
- Wie doet onderzoek?
- Hoe beoordeelt de inspectie?
- Wanneer legt de inspectie een maatregel op?
- Dezelfde melding, verschillende uitkomst. Hoe kan dat?

**3 Meldingen Over Medicatieveiligheid In De Thuiszorg En Verpleeghuiszorg**

- Elke dag krijgen veel cliënten medicijnen van zorgmedewerkers
- Meldingen van calamiteiten: oorzaken en verbeteringen
- Wat waren de oorzaken?
- Menselijke, organisatorische en technische oorzaken
- Hoe verbeterden de zorginstellingen de zorg na een calamiteit?
- Wat doet de inspectie?
- Het onderzoek van de zorginstelling is niet goed, wat nu?
- Door meer openheid meer leren van elkaar

**Nawoord**

# 1 Meer informatie openbaar maken

De Gezondheidswet is aangepast. Als deze wet in oktober 2017 van kracht wordt, gaat de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna inspectie) meer informatie openbaar maken dan ze nu al doet. De aangepaste Gezondheidswet geeft de inspectie meer mogelijkheden dan de huidige Wet openbaarheid bestuur. Hierdoor kunnen we de gegevens meer begrijpelijk en makkelijker vindbaar presenteren voor patiënten, cliënten, familie, naasten, zorgmedewerkers, bestuurders, voor iedereen.

De inspectie vindt dit een goede ontwikkeling: wij vinden dat openbaarmaking bijdraagt aan verdere verbetering van de kwaliteit en veiligheid van zorg. Bovendien hebben we een publieke taak. Daarom streven we naar openheid over ons werk en de resultaten daarvan.

De inspectie werkt hard aan het aanpassen van haar systemen en werkwijzen. Zo kunnen we straks volgens de aangepaste Gezondheidswet de informatie beter openbaar maken. Daarbij hoort ook een antwoord op de vraag: wat is de juiste manier om informatie openbaar te maken? Hoe dragen deze gegevens het beste bij aan verdere verbetering van de kwaliteit van de zorg? En hoe draagt deze informatie goed bij aan de vraag van de samenleving: hoe beoordeelt de inspectie de zorg die wordt geleverd in bijvoorbeeld ziekenhuizen, verpleeghuizen, de wijk, huisartspraktijken? In psychiatrische ziekenhuizen en instellingen voor mensen met een beperking?

De inspectie wil in haar voorbereidingen hiermee ervaring opdoen. Zodat we samen met de patiënten, cliënten en de zorgsector kunnen leren hoe informatie het best openbaar kan worden gemaakt.

In dit document maakt de inspectie openbaar:

- de meldingen van calamiteiten met medicijnen die werden gegeven door medewerkers van verpleeghuizen en thuiszorginstellingen.

Daarnaast legt de inspectie in dit document uit wat ze doet als ze een melding krijgt.

Jaarlijks ontvangen we ongeveer 10.000 meldingen. Deze meldingen komen van burgers, zorgaanbieders, fabrikanten en andere instanties.

**Totaal ontvangen meldingen in 2015**

	Ontvangen in 2015
Eenheid nieuwe toetreders, zorg en fraude	10
Eerstelijnszorg	900
Farmaceutische bedrijven	1.060
Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)	610
Gehandicaptenzorg & forensische zorg (GZ & FZ)	740
Medisch specialistische zorg (o.a. ziekenhuizen)	1.570
Medische technologie	3.490
Netwerkgzorg, preventie & jeugd	200
Producten & mondzorg	340
Verpleging & verzorging (V & V)	1.060
<b>Totaal</b>	<b>9.980</b>

(waarvan 1.093 burgermeldingen vanuit het Landelijk Meldpunt Zorg)

Voor de inspectie zijn meldingen een belangrijke bron voor het toezicht. Meldingen kunnen een signaal zijn dat er ergens een structureel risico is voor onveilige zorg. Maar meldingen zijn vooral belangrijk als hulpmiddel voor zorgverleners om te kunnen leren. Want goede zorg geven betekent niet dat er geen fouten worden gemaakt. Goede zorg betekent wel: leren van incidenten om herhaling te voorkomen. Juist door te leren wordt de zorg steeds beter en veiliger. Eén van de belangrijkste taken van de inspectie is hierop toezicht houden. Erop toezien dat zorginstellingen willen leren en op een goede manier blijven leren.

## 1 Meer informatie openbaar maken

### 2 Wie meldt en wat doet de inspectie met een melding?

- Wie meldt?
- Wie doet onderzoek?
- Hoe beoordeelt de inspectie?
- Wanneer legt de inspectie een maatregel op?
- Dezelfde melding, verschillende uitkomst. Hoe kan dat?

### 3 Meldingen Over Medicatieveiligheid In De Thuiszorg En Verpleeghuiszorg

- Elke dag krijgen veel cliënten medicijnen van zorgmedewerkers
- Meldingen van calamiteiten: oorzaken en verbeteringen
- Wat waren de oorzaken?
- Menselijke, organisatorische en technische oorzaken
- Hoe verbeterden de zorginstellingen de zorg na een calamiteit?
- Wat doet de inspectie?
- Het onderzoek van de zorginstelling is niet goed, wat nu?
- Door meer openheid meer leren van elkaar

## Nawoord

# 2 Wie meldt en wat doet de inspectie met een melding?

## Wie meldt?

### Zorgaanbieder

Zorgaanbieders zijn verplicht incidenten bij de inspectie te melden. Welke incidenten ze moeten melden, is geregeld in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). Deze wet geldt voor zowel zorginstellingen als zelfstandige beroepsbeoefenaren, zoals zzp'ers. Denk aan verpleeghuizen, ziekenhuizen, huisartsen en fysiotherapeuten. Ook bedrijfsartsen en verzekeringsartsen die de gezondheidstoestand van cliënten beoordelen of cliënten medisch begeleiden, vallen onder deze wet.

Deze wet geldt ook voor aanbieders van cosmetische behandelingen, maar alleen als er sprake is van aantasting of wijziging van het weefsel. Daarnaast geldt deze wet ook voor aanbieders van alternatieve geneeswijzen.

Volgens deze wet moet een incident gemeld moet worden als er sprake is van:

- **een calamiteit. Dit moet binnen drie werkdagen**  
In de Wkkgz staat calamiteit als volgt omschreven: "Een calamiteit, is een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van of een ernstig schadelijk gevolg voor een cliënt heeft geleid".
- **geweld binnen de zorgrelatie**  
Als een zorgverlener bijvoorbeeld geweld gebruikt tegen een cliënt. Maar ook bij geweld tussen cliënten onderling.
- **ontslag wegens disfunctioneren**  
Dit is aan de orde als de zorgaanbieder een medewerker heeft ontslagen omdat hij of zij zorgde voor onveilige situaties van cliënten/patiënten. De medewerker is bijvoorbeeld verslaafd. Of de zorgaanbieder heeft aanwijzingen dat de medewerker mogelijk strafbare feiten heeft gepleegd.

Ongeveer de helft van de meldingen die de inspectie jaarlijks krijgt, valt onder bovenstaande drie punten.

Voor een zorgaanbieder is niet altijd duidelijk of een incident een calamiteit is. De inspectie adviseert bij twijfel te melden. De inspectie ontwikkelde een [brochure](#) voor zorgaanbieders met hierin informatie hoe ze een (mogelijke) calamiteit bij ons moeten melden en wanneer ze dat precies moeten doen.

Incidenten onderzoeken, of het nu wel of geen calamiteiten zijn, is altijd goed. Een zorgaanbieder moet dat sowieso doen voor zijn interne veilig incidentenmeldingen-systeem. Elke zorginstelling moet een dergelijk systeem hebben als onderdeel van het kwaliteitssysteem. Door incidenten te registreren en te onderzoeken, leert een organisatie en verbetert de kwaliteit van de zorg in desbetreffende instelling. Hierbij hoort een open, veilige cultuur. Zodat medewerkers incidenten durven te melden en waar ze op een goede wijze worden besproken. De inspectie let hier ook op bij inspectiebezoeken: als we geen veilige meldcultuur zien, of geen goed registratiesysteem, is dat reden voor extra toezicht en uiteindelijk een maatregel.

### Burger

De inspectie krijgt ook klachten binnen van burgers. Deze krijgt ze via het Landelijk Meldpunt Zorg. Het [Landelijk Meldpunt Zorg](#) informeert en adviseert burgers over klachten in de zorg. Als het Landelijk Meldpunt Zorg denkt dat een klacht reden kan zijn voor een behandeling door de inspectie, stuurt het deze door naar de inspectie. Een klacht is vaak een belangrijk signaal voor ons. Dit signaal nemen we mee bij een inspectiebezoek. Bij sommige klachten laten we een onderzoek starten.

## 1 Meer informatie openbaar maken

### 2 Wie meldt en wat doet de inspectie met een melding?

- Wie meldt?
- Wie doet onderzoek?
- Hoe beoordeelt de inspectie?
- Wanneer legt de inspectie een maatregel op?
- Dezelfde melding, verschillende uitkomst. Hoe kan dat?

### 3 Meldingen Over Medicatieveiligheid In De Thuiszorg En Verpleeghuiszorg

- Elke dag krijgen veel cliënten medicijnen van zorgmedewerkers
- Meldingen van calamiteiten: oorzaken en verbeteringen
- Wat waren de oorzaken?
- Menselijke, organisatorische en technische oorzaken
- Hoe verbeterden de zorginstellingen de zorg na een calamiteit?
- Wat doet de inspectie?
- Het onderzoek van de zorginstelling is niet goed, wat nu?
- Door meer openheid meer leren van elkaar

## Nawoord

### Wie doet onderzoek?

Als de inspectie een melding krijgt waarbij acuut gevaar is, grijpen we direct in. We gaan dan naar de instelling en doen onderzoek. We doen dit ook als een zorginstelling zich niet houdt aan de wettelijke regels hoe ze met klachten moet omgaan.

#### Zorgaanbieder

In de meeste gevallen vraagt de inspectie de zorgaanbieder zelf het incident te onderzoeken. De inspectie begeleidt dit proces. Hoe heeft het incident kunnen gebeuren en hoe kan het in de toekomst worden voorkomen? De zorgaanbieder is namelijk zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg.

In het onderzoek beschrijft de zorgaanbieder wat de oorzaak van het incident was. Daarnaast beschrijft de zorgaanbieder welke maatregelen hij neemt om de situatie te verbeteren.

Als het rapport klaar is, beoordeelt de inspectie het. Zijn de juiste maatregelen genomen die de kans verkleinen dat zoiets in de toekomst nog eens gebeurt? Is de patiënt of cliënt betrokken bij het onderzoek? Ook houdt de inspectie de voortgang van de verbetermaatregelen goed in de gaten.

#### Inspectie

In een aantal gevallen gaan we zelf in de instelling kijken. Dit doen we als bijvoorbeeld bij herhaling blijkt dat een zorginstelling niet in staat is om zelf een incident goed te onderzoeken. Of wanneer we vermoeden dat er sprake is van ernstig verwijtbaar gedrag van een individuele zorgverlener. En natuurlijk bij acuut gevaar.

Wanneer de inspectie zelf onderzoek doet, richten we ons op een specifieke vraag. Bijvoorbeeld: handelde de zorgverlener volgens de richtlijnen van dat moment? Of als hij hiervan afweek, wat waren de redenen om dat te doen? Het kan namelijk in het belang van de patiënt een goede keuze zijn om het anders te doen dan de richtlijn zegt.

De inspectie onderzoekt de feiten, meestal door in de zorginstelling met direct betrokkenen te spreken. Als we zelf het onderzoek doen, praten we ook met de patiënt of cliënt die betrokken is bij de melding.

### Calamiteiten met overlijden in de ouderenzorg en gehandicaptenzorg

Soms komt het voor dat na een calamiteit een patiënt of cliënt overlijdt.

Als dit gebeurt in de ouderenzorg en gehandicaptenzorg:

- moet de zorgaanbieder een externe onafhankelijke voorzitter aanstellen om het onderzoek te leiden
- neemt de inspectie na de melding door de zorgaanbieder contact op met de familie (nabestaanden)

De inspectie heeft deze regels voor deze twee sectoren 1 oktober 2015 ingevoerd. Eind 2016 bekijken we wat het effect hiervan is geweest.

### Hoe beoordeelt de inspectie?

De inspectie richt haar oordeel met name op het leerproces ná het incident.

Sommige patiënten en cliënten vinden dat een lastige boodschap. Moeilijk te horen dat de inspectie vooral geïnteresseerd is in hoe de zorginstelling het incident in de toekomst gaat voorkomen, dan in het incident zelf. Maar de inspectie is voorzichtig met het geven van een inhoudelijk oordeel over het incident zelf. We kijken vooral of de processen rond het incident op orde waren. Bijvoorbeeld is op tijd hulp ingeroepen. Waarom is bijvoorbeeld een diagnose gemist of niet goed gesteld? We gaan uit van vertrouwen. Zorg geven, blijft mensenwerk. Ook de zorgaanbieder wil niet dat er iets verkeerd gaat. Zorgmedewerkers zijn gemotiveerd de best mogelijke zorg te leveren. Daarom kijkt de inspectie minder naar wat er is misgegaan. We toetsen vooral of de zorgaanbieder in staat is te leren van ongewenste uitkomsten van zorg. De kans dat deze incidenten in de toekomst nog eens gebeuren wordt dan kleiner. Door te blijven leren, wordt de kwaliteit van onze zorg steeds beter. En daar werkt de inspectie en de zorgsector elke dag aan.

#### Leert de zorginstelling?

De inspectie beoordeelt het onderzoek op een aantal onderdelen. Is het grondig uitgevoerd? Leren de medewerkers van de zorginstelling ervan? Heeft de zorgaanbieder maatregelen genomen die het incident inderdaad kunnen voorkomen? Is gesproken

## 1 Meer informatie openbaar maken

### 2 Wie meldt en wat doet de inspectie met een melding?

- Wie meldt?
- Wie doet onderzoek?
- Hoe beoordeelt de inspectie?
- Wanneer legt de inspectie een maatregel op?
- Dezelfde melding, verschillende uitkomst. Hoe kan dat?

### 3 Meldingen Over Medicatieveiligheid In De Thuiszorg En Verpleeghuiszorg

- Elke dag krijgen veel cliënten medicijnen van zorgmedewerkers
- Meldingen van calamiteiten: oorzaken en verbeteringen
- Wat waren de oorzaken?
- Menselijke, organisatorische en technische oorzaken
- Hoe verbeterden de zorginstellingen de zorg na een calamiteit?
- Wat doet de inspectie?
- Het onderzoek van de zorginstelling is niet goed, wat nu?
- Door meer openheid meer leren van elkaar

## Nawoord

met de patiënt of zijn familie? De inspectie vindt het heel belangrijk dat de patiënt/cliënt betrokken wordt bij het onderzoek.

Ook vinden we het belangrijk dat er nazorg is voor de betrokken zorgverlener(s). De kwaliteit van de gezondheidszorg is erbij gebaat als zorgverleners trots zijn op hun bijdrage aan het welzijn van anderen en plezier hebben in hun werk. De zorg heeft zorgverleners nodig die zich betrokken en gesteund voelen in hun ambitie de zorg steeds beter te maken. Ook, of misschien wel juist, na een calamiteit.

Als we het onderzoek als voldoende beoordelen, sluiten we de melding af. Wanneer we zelf onderzoek doen, oordelen we op dezelfde manier.

### Onderzoek onvoldoende

Soms oordeelt de inspectie dat het onderzoek niet goed genoeg is. Niet alle vragen zijn beantwoord of belangrijke onderdelen ontbreken. We stellen dan aanvullende vragen aan medewerkers. Maar we kunnen ook de raad van bestuur van de zorginstellingen vragen het onderzoek aan te vullen of in een gesprek meer uitleg te geven.

Als een zorginstelling telkens dezelfde tekortkomingen in de onderzoeken laat zien, gaat de inspectie in gesprek. We praten bijvoorbeeld met de commissie en/of professionals die de onderzoeken doen. Hoe werken ze? Is de juiste kennis en kunde aanwezig? Kortom, we proberen samen helder te krijgen wat er aan schort. Of we roepen de raad van bestuur ter verantwoording.

In enkele gevallen verbetert de kwaliteit van de onderzoeken bij een zorgaanbieder te langzaam. We kunnen dan verplichten een externe deskundige in te schakelen, die kan helpen om wel aan de gevraagde kwaliteit te voldoen. Verbeterd de kwaliteit nog niet, dan kan de inspectie een maatregel opleggen. Bijvoorbeeld een ‘bevel’ of een ‘aanwijzing’.

### Wanneer legt de inspectie een maatregel op?

De inspectie kan een maatregel opleggen als ze oordeelt dat de zorg van onvoldoende niveau is. Of als er door zwakke plekken in de zorg een te groot risico is op schade voor patiënten of cliënten. We zien dan te weinig leervermogen en verbeterkracht. We treden altijd proportioneel op. Dit betekent dat de maatregel in de juiste verhouding staat tot bijvoorbeeld het risico of de overtreding. Hoe groter het risico voor

patiënten of cliënten, hoe zwaarder de maatregel. Hebben we vertrouwen in de zorgaanbieder? Dan kan een lichte maatregel al genoeg zijn.

Bij misstanden zoals mishandeling van ouderen, seksueel grensoverschrijdend gedrag en onbetrouwbare zorgverleners treden we krachtig en direct op. Hoe gaat de zorgaanbieder voorkomen dat dit nog eens gebeurt? En welke maatregelen neemt de aanbieder tegen de medewerker? Als we na ons onderzoek vermoeden dat er een strafbaar feit is gepleegd, nemen we contact op met het Openbaar Ministerie (OM).

In het IGZ Handhavingskader staat welke maatregelen we kunnen nemen en hoe we deze toepassen. Een deel van deze maatregelen maken we actief openbaar. Bijvoorbeeld de openbaarmaking van verscherpt toezicht, bevel of aanwijzing. Ook kan de inspectie een boete opleggen. Voorbeelden van maatregelen en wat dit betekent voor een zorgaanbieder, staat op [www.igz.nl](http://www.igz.nl).

### Dezelfde melding, verschillende uitkomst. Hoe kan dat?

Op het oog kunnen twee meldingen hetzelfde lijken. Bij de ene melding onderneemt de inspectie wel actie, bij de ander niet. Of bij de ene melding legt de inspectie wel een maatregel op en bij de andere niet. Hoe kan dat? Omdat de omstandigheden rond elke melding uniek zijn, hoeveel ze ook op elkaar lijken.

*Voorbeeld: niet goed inbrengen maagsonde*

Twee patiënten liepen ernstig letsel op omdat de maagsonde niet juist was ingebracht. De inspectie vroeg ziekenhuis A zelf onderzoek te doen, bij ziekenhuis B ging de inspectie zelf op onderzoek. Hoe kan dat? Omdat de omstandigheden verschillend waren. De manier waarop de maagsonde moest worden ingebracht was gewijzigd. Ziekenhuis A was nog bezig zijn personeel hiervoor te trainen, ziekenhuis B had alle verpleegkundigen hiervoor al opgeleid. Ziekenhuis A moest van de inspectie een plan maken hoe het zo snel mogelijk iedereen gaat opleiden. In ziekenhuis B gingen we zelf kijken hoe het mogelijk was dat het inbrengen van de maagsonde toch mis ging. Iedereen was toch immers getraind?

### 1 Meer informatie openbaar maken

### 2 Wie meldt en wat doet de inspectie met een melding?

- Wie meldt?
- Wie doet onderzoek?
- Hoe beoordeelt de inspectie?
- Wanneer legt de inspectie een maatregel op?
- Dezelfde melding, verschillende uitkomst. Hoe kan dat?

### 3 Meldingen Over Medicatieveiligheid In De Thuiszorg En Verpleeghuiszorg

- Elke dag krijgen veel cliënten medicijnen van zorgmedewerkers
- Meldingen van calamiteiten: oorzaken en verbeteringen
- Wat waren de oorzaken?
- Menselijke, organisatorische en technische oorzaken
- Hoe verbeterden de zorginstellingen de zorg na een calamiteit?
- Wat doet de inspectie?
- Het onderzoek van de zorginstelling is niet goed, wat nu?
- Door meer openheid meer leren van elkaar

### Nawoord

*Voorbeeld: bekneld raken in onrustbanden*

Twee andere meldingen die hetzelfde lijken. Twee cliënten hebben dementie. Beiden hebben problemen met hun evenwicht en waren erg onrustig. Om vallen te voorkomen, werden ze vastgebonden op hun stoel. Ze liepen hierdoor ernstig letsel op omdat ze probeerden op te staan en bekneld raakten. De inspectie legt bij verpleeghuis X een maatregel op, bij verpleeghuis Y doet de inspectie dat niet. Hoe kan dat? Omdat ook hier de omstandigheden verschillend waren. Verpleeghuis Y had heel goed de risico's in kaart gebracht van het gebruik van onrustbanden. De medewerkers hadden deze risico's heel goed besproken met de familie van de cliënt. Omdat ze de cliënt goed kenden, wisten ze dat de kans heel klein was, dat de cliënt zou proberen op te staan. Ze deed dit eigenlijk nooit. Dit was terug te vinden in het dossier.

Verpleeghuis X had niet zorgvuldig gewerkt. Niet goed de risico's op een rij gezet en niet overlegd met de familie maar alleen verteld dat ze dit gingen doen. Dit was niet de eerste keer dat dit verpleeghuis onzorgvuldig besloot onrustbanden te gebruiken. Daarom legde de inspectie een maatregel op. Verpleeghuis Y had zelf én samen met de familie heel goed en zorgvuldig de voor- en nadelen afgewogen. Dat het mis ging wordt dan 'niet verwijtbaar' genoemd.

De inspectie probeert zo goed mogelijk uit te leggen waarom ze welke keuzes maakt.

*Melding altijd in toezichtdossier*

Een melding komt altijd in het toezichtdossier. Als een inspecteur bij een instelling op inspectiebezoek gaat, wordt vooraf het toezichtdossier uitgebreid doorgenomen. De inspecteur zal dan tijdens het bezoek goed kijken hoe de instelling omgaat met situaties zoals die van de melding.

*Inspecteren is maatwerk*

Een andere vraag die vaak wordt gesteld is: hoe vaak mag een bepaalde situatie misgaan, voordat de inspectie ingrijpt en besluit dat de zorginstelling onvoldoende leervermogen bezit? Ook hier weer: geen melding is hetzelfde en geen instelling is hetzelfde. Het is en blijft maatwerk. De historie van de meldingen die de inspectie heeft, speelt een grote rol.

Maar ook kijken we anders naar bijvoorbeeld een ziekenhuis dat regelmatig meldt en

die meldingen goed onderzoekt, dan naar een ziekenhuis dat weinig meldt. Als een ziekenhuis gemiddeld minder meldt dan andere ziekenhuizen, gaan we op inspectiebezoek. We onderzoeken of daar inderdaad minder vaak een incident voorkomt of dat er andere redenen zijn waarom er minder gemeld wordt.

De inspectie probeert altijd goed uit te leggen welke keuzes ze maakt bij de manier waarop ze omgaat met de melding van een calamiteit. Soms kan de keuze pas worden toegelicht als het onderzoek is afgerond, om het onderzoek niet te verstoren.

1 Meer informatie openbaar maken

2 Wie meldt en wat doet de inspectie met een melding?

- Wie meldt?
- Wie doet onderzoek?
- Hoe beoordeelt de inspectie?
- Wanneer legt de inspectie een maatregel op?
- Dezelfde melding, verschillende uitkomst. Hoe kan dat?

3 Meldingen Over Medicatieveiligheid In De Thuiszorg En Verpleeghuiszorg

- Elke dag krijgen veel cliënten medicijnen van zorgmedewerkers
- Meldingen van calamiteiten: oorzaken en verbeteringen
- Wat waren de oorzaken?
- Menselijke, organisatorische en technische oorzaken
- Hoe verbeterden de zorginstellingen de zorg na een calamiteit?
- Wat doet de inspectie?
- Het onderzoek van de zorginstelling is niet goed, wat nu?
- Door meer openheid meer leren van elkaar

Nawoord

## 3 Meldingen over medicatieveiligheid in de thuiszorg en verpleeghuiszorg

Medicijnen innemen lijkt zo eenvoudig. De arts schrijft een recept voor. De patiënt haalt het medicijn op bij de apotheek, leest de bijsluiter en neemt op de juiste manier het medicijn in. Maar medicijnen innemen, is vaak helemaal niet eenvoudig. Veel oudere mensen slikken dagelijks meerdere medicijnen per dag. Soms gaat het om medicijnen die bij verkeerd gebruik grote gevolgen kunnen hebben. Door een te hoge dosering of een te lage dosering, kunnen mensen zelfs in het ziekenhuis terecht komen, of erger, overlijden.

In dit document maakt de inspectie informatie openbaar over meldingen van calamiteiten met medicijnen die werden gegeven door medewerkers van verpleeghuizen en thuiszorginstellingen. Het gaat om 58 meldingen in de eerste helft van 2016. De inspectie gaat dieper in op deze meldingen. Wat waren de oorzaken? Wat deed de inspectie met de meldingen? Welke verbetermaatregelen namen de zorgaanbieders?

### Elke dag krijgen veel cliënten medicijnen van zorgmedewerkers

250.000 zorgverleners bij 700 verpleeghuis- en thuiszorgorganisaties zorgen elke dag voor 550.000 ouderen. Veel ouderen gebruiken ook (meerdere) medicijnen. Bij een verpleegzorginstelling met 1.100 cliënten is al snel sprake van zo'n 4.400 medicatiemomenten per dag. Een medicatiemoment is het moment dat een cliënt een medicijn krijgt overhandigd door een zorgverlener. Dit moet elke dag opnieuw goed gedaan worden. Een vergissing of een fout is makkelijk gemaakt. Daarom hebben de zorgaanbieders met elkaar regels afgesproken. Zorgmedewerkers werken volgens allerlei protocollen en voorschriften. Op die manier is de kans klein dat cliënten verkeerde medicijnen krijgen of de medicijnen niet goed innemen.

Toch gaat het soms mis. Als het misgaat zonder ernstige schade voor de cliënt, wordt dit binnen de zorginstelling besproken. De medewerkers leren ervan en verbeterpunten worden opgepakt. Deze incidenten nemen ze zelf op in het kwaliteitstelsel van de instelling.

Als er iets ernstig misgaat, moet de zorgverlener of zorginstelling dit melden bij de inspectie. Dat zijn ze verplicht als de patiënt er ernstig letsel aan overhoudt of onverhoopt zelfs overlijdt. Dit noemt de inspectie een calamiteit.

Sinds enkele jaren kijken de inspecteurs standaard bij een inspectiebezoek in de ouderenzorg hoe de zorginstelling omgaat met medicatieveiligheid. Sindsdien is er door de inzet van vele zorgverleners al veel verbeterd. Maar het kan nog beter. Openheid over meldingen kan daar ook aan meehelpen.

### Meldingen van calamiteiten: oorzaken en verbeteringen

In de eerste helft van 2016 sloot de inspectie 58 meldingen af van calamiteiten met medicatie in verpleeghuizen en thuiszorginstellingen. Afsluiten van een melding betekent dat de inspectie na het onderzoek besloot dat het onderzoek voldoende was en dat de zorgaanbieder goede verbetermaatregelen heeft genomen. De inspectie heeft deze meldingen van calamiteiten nog eens goed bekeken:

- Wat waren de oorzaken?
- Welke verbetermaatregelen hebben de zorginstellingen genomen?
- Hoe beoordeelt de inspectie of ze een melding van een calamiteit afsluit?

De zorginstelling moet meestal zelf onderzoek doen naar een calamiteit, zie Wie meldt en wat doet de inspectie met een melding? Op [www.igz.nl](http://www.igz.nl) staat hoe de zorginstelling dit moet doen. Het onderzoeksrapport stuurt de zorginstelling naar de inspectie. De inspectie beoordeelt of zij het onderzoek voldoende vindt. De inspectie let vooral op of de instelling geleerd heeft van de calamiteit. Heeft de zorginstelling goede maatregelen genomen die de calamiteit in de toekomst kunnen voorkomen?

### Wat waren de oorzaken?

Wat ging er in de meldingen van calamiteiten mis? Soms zo ernstig dat de cliënt is overleden of letsel eraan overhield. Zo zijn er cliënten die bijvoorbeeld vanuit het

## 1 Meer informatie openbaar maken

### 2 Wie meldt en wat doet de inspectie met een melding?

- Wie meldt?
- Wie doet onderzoek?
- Hoe beoordeelt de inspectie?
- Wanneer legt de inspectie een maatregel op?
- Dezelfde melding, verschillende uitkomst. Hoe kan dat?

### 3 Meldingen Over Medicatieveiligheid In De Thuiszorg En Verpleeghuiszorg

- Elke dag krijgen veel cliënten medicijnen van zorgmedewerkers
- Meldingen van calamiteiten: oorzaken en verbeteringen
- Wat waren de oorzaken?
- Menselijke, organisatorische en technische oorzaken
- Hoe verbeterden de zorginstellingen de zorg na een calamiteit?
- Wat doet de inspectie?
- Het onderzoek van de zorginstelling is niet goed, wat nu?
- Door meer openheid meer leren van elkaar

## Nawoord

ziekenhuis terug naar het verpleeghuis gingen en niet de benodigde medicijnen meekregen. Bij andere cliënten ging het mis omdat de zorgmedewerker dacht dat een medicijn niet meer hoefde te worden gegeven, terwijl dit nog wel nodig was. Of cliënten kregen niet de juiste hoeveelheid van een medicijn.

Maar het gaat soms ook mis, als de zorg anders gaat dan normaal. Een mevrouw werd bijvoorbeeld altijd thuis door haar man verzorgd. Haar man ging op vakantie en vroeg extra zorg aan bij de thuiszorgorganisatie voor de dagelijkse verzorging. De mevrouw moest ook geholpen worden bij het innemen van haar medicijnen. Haar man was al een keer eerder op vakantie gegaan en had de zorg voor zijn vrouw toen ook op die manier geregeld. Maar deze keer kreeg mevrouw haar belangrijkste medicatie niet. Er vond ook geen controle plaats. De thuisorganisatie was hier wel voor verantwoordelijk, net als voor het geven van de juiste medicatie.

### Menselijke, organisatorische en technische oorzaken

De onderzoekers kijken eerst naar de oorzaken. Wat is er in de zorg niet goed gedaan? Dit schrijven ze op in het onderzoeksrapport.

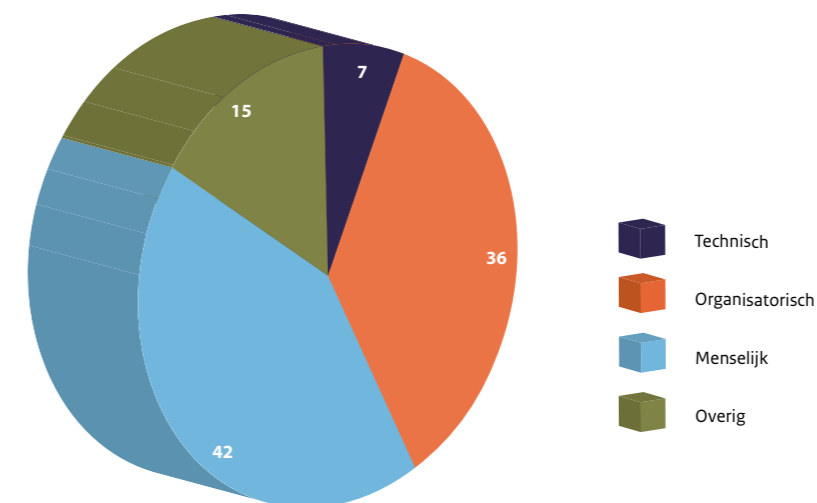
Bij de onderzochte meldingen bleek dat het meestal mis ging, omdat er menselijke vergissingen werden gemaakt. Medewerkers lazen het etiket niet goed, ze vergisten zich in de dosering of er was een misverstand met een collega.

Maar het ging ook regelmatig mis omdat de organisatie fouten maakte. De protocollen waren niet helemaal op orde. Hierdoor wist bijvoorbeeld een zorgmedewerker niet bij welke medicijnen ze alles door een collega moest laten controleren. Of een medewerker moest de medicijnen uitdelen terwijl hij of zij hiervoor niet is opgeleid.

Andere oorzaken die minder voorkwamen bij deze meldingen waren:

- technische oorzaken. Bijvoorbeeld een infuuspomp die stuk was.
- overige oorzaken. Bijvoorbeeld een cliënt die allergisch was voor een bepaald geneesmiddel. Dit was niet eerder bekend.

Oorzaak van calamiteiten met medicatie, in procenten



Organisatorische en menselijke oorzaken komen dus het meeste voor. Maar vaak spelen beide een rol. Een calamiteit ontstaat ook meestal door meerdere fouten. Bij 29 meldingen was de oorzaak van de calamiteit een menselijke fout. Maar bij 22 van deze 29 meldingen was de oorzaak van de calamiteit een menselijke fout én een organisatorische fout. Soms komt daar nog een technische fout bovenop.

De inspectie ontving bijvoorbeeld een melding over een calamiteit bij een bewoner van een verpleeghuis. Deze bewoner werd opgenomen op de intensive care met ademhalingsproblemen en was niet goed bij bewustzijn. Hij had te veel van een medicijn toegediend gekregen. Uit het onderzoek bleek dat er én organisatorische én menselijke én technische fouten de oorzaak waren:

- bestaande protocollen waren niet volledig. Hierdoor wisten de zorgmedewerkers niet precies wat ze moesten doen.
- medewerkers werkten te veel op de automatische piloot waardoor ze niet geconcentreerd werkten.
- een rekenfout werd niet opgemerkt door de collega die de rekensom controleerde.
- andere controlemomenten ontbraken. Het was een zwaar medicijn waardoor een zorgmedewerker een collega alles moet laten controleren. Dit was niet gebeurd.
- het elektronische systeem dat werd gebruikt voor het voorschrijven van medicijnen gaf geen noodzakelijke waarschuwing.



### 1 Meer informatie openbaar maken

### 2 Wie meldt en wat doet de inspectie met een melding?

- Wie meldt?
- Wie doet onderzoek?
- Hoe beoordeelt de inspectie?
- Wanneer legt de inspectie een maatregel op?
- Dezelfde melding, verschillende uitkomst. Hoe kan dat?

### 3 Meldingen Over Medicatieveiligheid In De Thuiszorg En Verpleeghuiszorg

- Elke dag krijgen veel cliënten medicijnen van zorgmedewerkers
- Meldingen van calamiteiten: oorzaken en verbeteringen
- Wat waren de oorzaken?
- Menselijke, organisatorische en technische oorzaken
- Hoe verbeterden de zorginstellingen de zorg na een calamiteit?
- Wat doet de inspectie?
- Het onderzoek van de zorginstelling is niet goed, wat nu?
- Door meer openheid meer leren van elkaar

### Nawoord

## Hoe verbeterden de zorginstellingen de zorg na een calamiteit?

De zorginstellingen hebben deze meldingen van calamiteiten onderzocht. Ze schrijven in hun onderzoeksrapporten ook op welke verbetermaatregelen ze hebben genomen. De manier van werken werd verbeterd bijvoorbeeld door het personeel beter in te roosteren. Niet alle zorgmedewerkers hebben dezelfde opleidingen en scholing gehad. De ene zorgmedewerker weet alles van mensen met parkinson en multiple sclerose. De ander weet veel meer over de ziekte dementie. Het is dus belangrijk om de juist geschoolde medewerker voor de juiste bewoners te laten zorgen. Dit goed inroosteren, lukt niet alle zorgorganisaties even goed.

Andere voorbeelden van verbeteringen zijn:

- meer personeel op drukke momenten inzetten
- medewerkers verder opleiden en opnieuw instructies te geven
- de melding met veel medewerkers binnen de organisatie bespreken. Dit werd bij veel calamiteiten gedaan

Als een calamiteit vaak door meerdere fouten ontstaat, moet de zorginstelling ook vaak verschillende soorten verbetermaatregelen nemen.

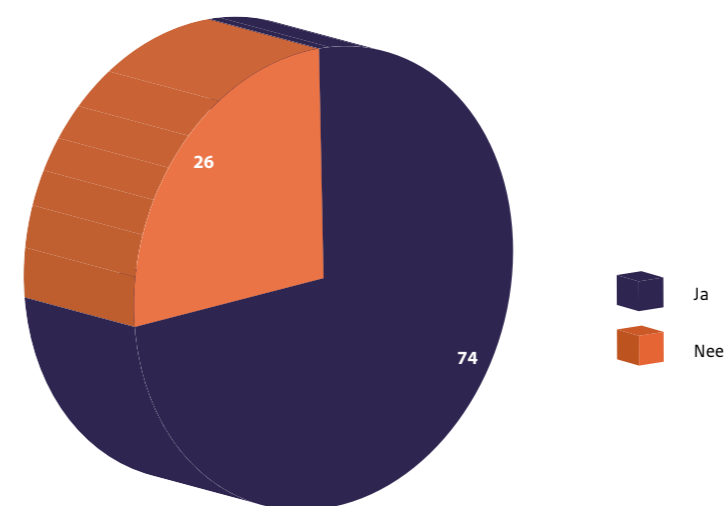
Een voorbeeld. Een cliënt kreeg volgens de familie zijn medicatie twee uur te vroeg van de thuiszorg. De cliënt werd heel ziek en werd opgenomen in het ziekenhuis. In het onderzoeksrapport dat ze naar de inspectie stuurde, schreef de thuiszorginstelling dat ze een aantal verbetermaatregelen had genomen, waaronder:

- de betrokken medewerkers van het wijkteam gingen praten met de vrouw van de cliënt om hun excuses aan te bieden en te bespreken hoe ze fouten in de toekomst konden voorkomen.
- medewerkers gaan beter voorbereid naar een cliënt toe. Ze krijgen voordat ze naar de cliënt toe gaan, verteld wat de omstandigheden zijn van de cliënt.
- de wijkverpleegkundige organiseert een trainingsbijeenkomst voor de medewerkers over het toedienen van medicijnen betrokken medewerkers.
- de wijkverpleegkundige gaat elke week bij mevrouw langs. Dan praten ze over wat goed gaat en: wat kan anders?

## Wat doet de inspectie?

De inspectie vindt het leerproces ná de calamiteit heel belangrijk. Wordt er geleerd? Is de kans kleiner dat het in de toekomst nog eens gebeurt? Maar de inspectie beoordeelt natuurlijk ook of de zorginstelling het onderzoek naar de calamiteit goed heeft gedaan. Wie zaten er in de onderzoekscommissie? Is de familie betrokken bij het onderzoek? Zijn de oorzaken boven water gekomen? Kloppen de verbetermaatregelen met de oorzaken? Hoe leren de medewerkers van de zorginstelling ervan? Als de inspectie het onderzoek als zorgvuldig beoordeelt en de verbetermaatregelen als voldoende, sluit de inspectie de melding af.

Onderzoek zorginstelling direct in orde?, in procenten



## Het onderzoek van de zorginstelling is niet goed, wat nu?

De inspectie kan besluiten dat het onderzoek niet goed genoeg is. Niet alle vragen zijn beantwoord. Of de oorzaken ontbreken. Of de verbetermaatregelen zijn niet duidelijk omschreven waardoor de medewerker geen goede handvatten krijgt. De inspectie kan dan aanvullende vragen stellen of vragen om aanvullend onderzoek. Soms moet de instelling deskundigen inhuren of het hele onderzoek over doen. Als een cliënt overlijdt moet een instelling altijd een externe voorzitter inhuren voor de onderzoekscommissie. In een enkel geval gaat de inspectie bij de instelling op bezoek. Dit doet de inspectie als ze onvoldoende vertrouwen in de aanbieder heeft, bijvoorbeeld omdat er te vaak dezelfde soorten meldingen binnenkomen.

## 1 Meer informatie openbaar maken

### 2 Wie meldt en wat doet de inspectie met een melding?

- Wie meldt?
- Wie doet onderzoek?
- Hoe beoordeelt de inspectie?
- Wanneer legt de inspectie een maatregel op?
- Dezelfde melding, verschillende uitkomst. Hoe kan dat?

### 3 Meldingen Over Medicatieveiligheid In De Thuiszorg En Verpleeghuiszorg

- Elke dag krijgen veel cliënten medicijnen van zorgmedewerkers
- Meldingen van calamiteiten: oorzaken en verbeteringen
- Wat waren de oorzaken?
- Menselijke, organisatorische en technische oorzaken
- Hoe verbeterden de zorginstellingen de zorg na een calamiteit?
- Wat doet de inspectie?
- Het onderzoek van de zorginstelling is niet goed, wat nu?
- Door meer openheid meer leren van elkaar

## Nawoord

De inspectie heeft bij 43 van de 58 meldingen aanvullende vragen gesteld of om aanvullend onderzoek gevraagd. En soms om allebei. De inspectie heeft bijvoorbeeld gevraagd de oorzaken beter te onderzoeken zodat ook de juiste verbetermaatregelen zouden worden genomen.

Tot slot kan de inspectie ook besluiten om na een melding of na het onderzoek maatregelen te nemen. Bij deze meldingen over medicijnfouten heeft de inspectie bijvoorbeeld een stevig gesprek met een bestuur gevoerd en een waarschuwing gegeven.

Een voorbeeld. Bij een zorginstelling kreeg een cliënt een te hoge dosis morfine toegediend. De zorginstelling meldde dit bij de inspectie en moest onderzoek doen.

De zorginstelling schreef drie oorzaken op in het rapport:

- er waren te veel verschillende medewerkers betrokken bij het voorbereiden van de medicatie
- de taken waren niet goed verdeeld, waardoor het voor de zorgmedewerkers niet duidelijk was wie wat moest doen
- degene die de opdrachten gaf, vertelde niet duidelijk wat de bedoeling was

Hierdoor konden misverstanden ontstaan.

Daarnaast beschreef de zorginstelling in het onderzoek dat doordat de dienst wisselde het hectisch was en de zorgmedewerkers de medicatie niet dubbel controleerden. Dit is wel het protocol omdat dit de kans op fouten verkleint.

Op basis van dit onderzoek concludeerde de inspectie dat:

- onvoldoende duidelijk werd wat er was gebeurd
- dat een systematische analyse ontbreekt
- werklast onderbelicht
- niet duidelijk is of de onderzoekscommissie voldoende onafhankelijk is
- niet duidelijk is of de bestuurde het eens is met de conclusies en de manier waarop het onderzoek is gedaan

De instelling moest van de inspectie het onderzoek opnieuw doen. Ook stelde de inspectie aanvullende vragen. Het tweede onderzoek beoordeelde de inspectie als voldoende. Ze sloot de melding af.

### Door meer openheid meer leren van elkaar

De inspectie gebruikt alle meldingen die ze krijgt als signalen voor het risico gestuurd toezicht. Dus ook deze meldingen over medicijnfouten. Het kan zijn dat de inspectie vergelijkbare meldingen van calamiteiten van verschillende zorginstellingen krijgt. Dan kan dit voor de inspectie reden zijn om extra aandacht te vragen voor dit onderwerp bij de zorginstellingen. De inspectie bespreekt deze calamiteiten dan met bestuurders. Zo kunnen bestuurders leren van wat niet goed is gegaan bij andere zorginstellingen. En kunnen er maatregelen genomen worden om de kans zo klein mogelijk te maken dat zo iets bij hun instelling gebeurt.

Als een zorginstelling binnen een jaar meerdere meldingen doet van verschillende soort calamiteiten, betekent het niet dat het een slechte zorginstelling is. Want veel meldingen kunnen ook betekenen dat er een open meldcultuur is. Medewerkers zijn niet bang om te melden dat er iets niet goed is gegaan. Inspecteren blijft dus altijd maatwerk. En meldingen van calamiteiten staan niet op zichzelf. Ze vormen één van de vele bronnen van informatie die de inspectie gebruikt om een compleet beeld te krijgen van de kwaliteit en veiligheid van zorg in een instelling of sector.

## 1 Meer informatie openbaar maken

### 2 Wie meldt en wat doet de inspectie met een melding?

- Wie meldt?
- Wie doet onderzoek?
- Hoe beoordeelt de inspectie?
- Wanneer legt de inspectie een maatregel op?
- Dezelfde melding, verschillende uitkomst. Hoe kan dat?

### 3 Meldingen Over Medicatieveiligheid In De Thuiszorg En Verpleeghuiszorg

- Elke dag krijgen veel cliënten medicijnen van zorgmedewerkers
- Meldingen van calamiteiten: oorzaken en verbeteringen
- Wat waren de oorzaken?
- Menselijke, organisatorische en technische oorzaken
- Hoe verbeterden de zorginstellingen de zorg na een calamiteit?
- Wat doet de inspectie?
- Het onderzoek van de zorginstelling is niet goed, wat nu?
- Door meer openheid meer leren van elkaar

## Nawoord

# Nawoord

Ronnie van Diemen, Inspecteur-generaal voor de Gezondheidszorg:

## “Delen van informatie voorkómt fouten in de zorg”



Elke dag wordt er voor veel mensen gezorgd. Door artsen, wijkverpleegkundigen, tandartsen. Door zorgmedewerkers in huizen voor mensen met een verstandelijke beperking, in verpleeghuizen, ziekenhuizen, behandelcentra voor de geestelijke gezondheidszorg. Dat gaat meestal goed. Helaas gaat er soms ook weleens iets mis.

Als er iets ernstig misgaat, is de zorgverlener of zorginstelling dit verplicht te melden bij de inspectie. Dat zijn ze bijvoorbeeld verplicht als de patiënt er ernstig letsel aan overhoudt of onverhoopt zelfs overlijdt. Op die manier leren zorgverleners van incidenten en wordt de kans

kleiner dat het nog eens gebeurt. Zo wordt de zorg steeds beter en veiliger. Eén van de belangrijkste taken van de inspectie is hierop toezicht houden. Erop toezien dat zorginstellingen willen leren en op een goede manier blijven leren.

### Medewerkers melden steeds vaker incidenten

Maar de inspectie krijgt ook een belangrijke rol in het openbaar maken van informatie. Nu de Gezondheidswet is aangepast, gaat de inspectie de komende jaren meer informatie openbaar maken dan ze nu al doet. Bijvoorbeeld over de meldingen die zorgverleners bij ons moeten doen.

Gelukkig geven steeds meer zorgaanbieders zelf meer openheid over de kwaliteit van zorg. Veel zorginstellingen informeren hun patiënten en cliënten over wat er is misgegaan en wat ze doen om dit in de toekomst te voorkomen.

Uiteraard verschilt het nog per zorginstelling, maar we zien de cultuur veranderen. We zien dat medewerkers steeds vaker incidenten durven te melden en dat ze op een goede wijze worden besproken; zonder *naming and shaming*. De inspectie let hier ook op bij inspectiebezoeken. Als we geen veilige meldcultuur zien, is dat reden voor extra toezicht en uiteindelijk een maatregel.

### Essentie van goede zorg: vertrouwen, openheid en openbaarmaking

De inspectie vindt het tijd om nog een stap verder te gaan: dat zorgaanbieders leren van elkaar. Als er iets ernstig mis gaat in de zorg gaat het vaak niet om één ding dat niet goed is gegaan. Meestal is het een opeenstapeling van kleine fouten. Als zorgaanbieders hierin inzicht krijgen, kunnen grote fouten worden voorkomen.

Ik verwacht van alle zorgaanbieders dat zij meer informatie over goede en minder goede zorg delen met patiënten, cliënten en hun familie. Niet alleen de ziekenhuizen maar de hele zorgsector, dus ook de thuiszorg, de verpleeghuizen, allerlei behandelcentra. Zodat wij allemaal erop kunnen vertrouwen dat een instelling open is over zorg.

De inspectie ziet de aanpassing van de Gezondheidswet als een belangrijke bijdrage voor openheid en openbaarmaking. Doordat alle meldingen bij ons binnenkomen, en we die op gepaste wijze openbaar zullen maken, krijgt de zorgsector gegevens die hen helpt te leren van elkaar. We zijn nog zoekende en lerende hoe we informatie het best openbaar kunnen maken zodat de gegevens hier goed aan bijdragen. De komende tijd praten we hierover met de zorgsector, maar ook met patiënten en cliënten. Hoe maken we de informatie het beste openbaar? Door te blijven leren wordt de kwaliteit van de zorg steeds beter. Vanuit gezond vertrouwen werkt de zorgsector net als de inspectie daar elke dag aan.