



ONDERZOEKRAAD
VOOR VEILIGHEID

Kwetsbare zorg: patstelling in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis



Kwetsbare zorg: patstelling in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis

Den Haag, december 2013

De rapporten van de Onderzoeksraad voor Veiligheid zijn openbaar.

Alle rapporten zijn bovendien beschikbaar via de website van de Onderzoeksraad www.onderzoeksraad.nl

Lijst van afkortingen	5
Samenvatting	7
1. Inleiding	11
1.1 Aanleiding	11
1.2 Doel van het onderzoek en onderzoeksvragen	12
1.3 De belangrijkste partijen	14
2. Zorg voor hartpatiënten	17
2.1 Inleiding.....	17
2.2 De afdeling cardiologie.....	17
2.3 Problemen met de veiligheid van de cardiologische zorg.....	18
2.4 Zorgverlening rond het levenseinde: het gebruik van morfine	21
2.5 Zorgverlening rond het levenseinde: communicatie en samenwerking.....	27
2.6 Ervaringen elders	30
2.7 Deelconclusie: Cardiologische zorg in een isolement	32
3. Patstelling binnen het ziekenhuis	35
3.1 Inleiding.....	35
3.2 Het probleem: Een patstelling tussen raad van bestuur en medisch specialisten	36
3.3 Factor 1: Verstoorde verhoudingen tussen bestuurders en medisch specialisten	37
3.4 Factor 2: Discussies over financiën in plaats van over kwaliteit en veiligheid van zorg	38
3.5 Factor 3: Geen gezamenlijke verantwoordelijkheid raad van bestuur en specialisten	43
3.6 Ervaringen elders	45
3.7 Deelconclusie: Gebrek aan sturing door patstelling raad van bestuur en specialisten.....	47
4. De blik van buiten	49
4.1 Inleiding.....	49
4.2 Visitaties door wetenschappelijke verenigingen	49
4.3 Accreditatie van het ziekenhuis.....	50
4.4 Toezicht door de inspectie	52
4.5 Ervaringen elders	54
4.6 Deelconclusie: Externe partijen konden de oorzaken van de patstelling niet wegnemen.....	56

5. Conclusies	57
5.1 Kwetsbare patiëntenzorg	57
5.2 Kwetsbaar ziekenhuis	58
5.3 Kwetsbaar toezicht	59
6. Aanbevelingen	61
Bijlage 1. Onderzoeksverantwoording	67
Bijlage 2. Reacties op conceptrapport	73
Bijlage 3. Tijdlijn Ruwaard van Putten Ziekenhuis	75
Bijlage 4. Geraadpleegde literatuur	77

LIJST VAN AFKORTINGEN

BIG (Wet)	Beroepen Individuele Gezondheidszorg (Wet op de)
CEO	Chief Executive Officer (voorzitter raad van bestuur)
CFO	Chief Financial Officer (lid raad van bestuur, portefeuille financiële zaken)
CMO	Chief Medical Officer (lid raad van bestuur, portefeuille medische zaken)
DBC	Diagnose-Behandel-Combinatie
DOT	DBC Op weg naar Transparantie
HSMR	Hospital Standardized Mortality Ratio
IC	Intensive Care
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst
NHV	Nederlandse Hartfunctie Vereniging
NIAZ	Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg
NVVC	Nederlandse Vereniging voor Cardiologie
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OMS	Orde van Medische Specialisten, ook wel aangeduid als 'de Orde'
V&VN	Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland
VIM	Veilig Incidenten Melden
VMS	Veiligheid Management Systeem of Vereniging Medische Staf (context afhankelijk)
VWS	(Minister / ministerie van) Volksgezondheid, Welzijn en Sport

De aanleiding voor dit onderzoek was de sluiting van de afdeling cardiologie van het voormalige Ruwaard van Putten Ziekenhuis in november 2012 op last van de IGZ. In de aanloop naar deze gebeurtenis had het ziekenhuis al geconstateerd dat bij bepaalde cardiologische aandoeningen sprake was van verhoogde en vermijdbare sterfte. De sluiting leidde tot vragen in de samenleving over de veiligheid van de zorg en meer specifiek over het gebruik van morfine bij terminale hartpatiënten.



Figuur 1: Ruwaard van Putten Ziekenhuis.

De Onderzoeksraad wil met zijn onderzoek mogelijk maken dat betrokken partijen leren van ongewenste gebeurtenissen, met als doel de kans op herhaling van voorvallen te verkleinen of de gevolgen daarvan te beperken. Bij het onderzoek van de Raad kunnen structurele problemen aan het licht komen die ook aan de orde zijn bij andere partijen dan alleen de organisatie waar zich in eerste instantie een voorval voordeed.

Focus en werkwijze

Dit onderzoek geeft antwoord op de vraag welke veiligheidsproblemen er waren in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis en welke factoren daarbij een rol speelden. Het onderzoek neemt de cardiologische zorg als startpunt en verbreedt daarna naar de organisatie van de zorg in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis als geheel. Speciale aandacht is er voor de zorg rond het levenseinde van patiënten met chronisch hartfalen.

De Onderzoeksraad heeft in zijn onderzoek gebruik gemaakt van diverse informatiebronnen. Zo zijn interviews gehouden met werknemers en artsen die verbonden zijn aan het Ruwaard van Putten Ziekenhuis en zijn beleidsdocumenten geanalyseerd. Om te verkennen in hoeverre de bevindingen uniek waren voor dit ziekenhuis of ook elders van toepassing kunnen zijn, heeft de Onderzoeksraad ook met medisch specialisten, verpleegkundigen en bestuurders in andere ziekenhuizen gesprekken gevoerd.

Conclusies

In het Ruwaard van Putten Ziekenhuis werd de cardiologische zorg in de periode 2010 – 2012 geleverd door ervaren en veelal solistisch werkende cardiologen. De polikliniek was hun belangrijkste werkterrein: zij hielpen daar onder een hoge werkdruk grote aantallen patiënten met als gevolg relatief weinig tijd voor zorg in de kliniek. Het professioneel handelen van de cardiologen liet op verschillende onderdelen te wensen over. De cardiologen reflecteerden als groep weinig op het eigen handelen. De kwaliteit van de dossiervoering was matig. Ook zochten ze weinig samenwerking met andere disciplines en waren er langere tijd onduidelijkheden over het hoofdbehandelaarschap. Binnen het ziekenhuis bestond kritiek op het functioneren van een van de cardiologen.

In bepaalde zorgdomeinen, zoals zorg rond het levenseinde, zijn onderling overleg, intercollegiale toetsing en zorgvuldige communicatie met de patiënt en diens naasten en documentatie daarvan van extra belang. Door het geïsoleerde karakter van de cardiologische zorg kregen deze aspecten onvoldoende aandacht. Levenseindezorg is complexe zorg, niet in de eerste plaats in medisch-technisch opzicht, maar vooral in psychosociaal opzicht. De betrokken cardiologen in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis onderkenden dit onvoldoende. De cardiologen besteedden weinig aandacht aan de communicatie met terminale patiënten en hun familie. Deze hartpatiënten en hun naasten bleven soms in onzekerheid over wat hen te wachten stond: herstel, verlichting van de symptomen, of overlijden. Ook was er bij sommige nabestaanden twijfel over de wenselijkheid of de noodzaak van morfine. Dit leidde tot gevoelens van onveiligheid en onzekerheid, soms ook bij zorgverleners.

De zorg voor terminale hartpatiënten in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis voldeed niet aan de laatste inzichten voor goede zorg. Dit betreft niet alleen de genoemde communicatie met patiënten, maar ook de wijze van gebruik van morfine en de multidisciplinaire organisatie van zorg voor terminale patiënten.

Een arts die terminale patiënten snel opklimmende doseringen morfine geeft en zijn overwegingen onvoldoende communiceert en documenteert, kan vragen oproepen over zijn handelwijze. Door zo te handelen kan immers het onderscheid vervagen tussen normale symptoombestrijding, palliatieve sedatie en levensbeëindigend handelen. Dit kan gemakkelijk aanleiding zijn voor misverstanden bij de betrokkenen en twijfel over het handelen van de arts. Dit gebeurde de cardiologen in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis.

Nieuwe inzichten over palliatieve zorg zijn ook in andere ziekenhuizen nog niet algemeen ingevoerd; zo zijn bijvoorbeeld de multidisciplinaire consultatieteams palliatieve zorg nog niet overal ingesteld. Daarbij zijn wel verschillen zichtbaar tussen specialismen. De oncologie bijvoorbeeld is al relatief lang vertrouwd met palliatieve zorg, terwijl bij andere specialismen het onderwerp pas sinds kort op de agenda staat.

De Onderzoeksraad constateert op organisatieniveau van het Ruwaard van Putten Ziekenhuis verstoorde verhoudingen tussen medische staf en management en een sterke focus op productie. Mede hierdoor waren de medisch specialisten en de raad van bestuur van het ziekenhuis met elkaar in een patstelling geraakt. Het gedeeld belang, in het bijzonder de verantwoordelijkheid voor kwalitatief goede en veilige zorg, was op de achtergrond geraakt. Ondanks inspanningen van individuen en verschillende succesvolle veranderingen, zoals het doen van dossieronderzoek, was het op meerdere afdelingen moeilijk om de zorg structureel te verbeteren, en strandden initiatieven om ziekenhuisbreed sturing te geven aan veranderingen.

De relatie tussen enerzijds de sturing van de zorg en samenwerking van zorgverleners en anderzijds de kwaliteit van de feitelijke zorgverlening is ambigu. Goede samenwerking en sturing sluiten tekortschietende zorgverlening niet uit, en tekortschietende sturing en samenwerking hoeven niet te leiden tot falende zorgverlening. Het rapport dat de commissie Danner schreef in opdracht van het Ruwaard van Putten Ziekenhuis illustreert dit. De commissie constateert dat de vermijdbare sterfte in het ziekenhuis niet afwijkt van enkele andere ziekenhuizen, hoewel het Ruwaard van Putten Ziekenhuis aanzienlijke problemen kende in de samenwerking en sturing. Niettemin is de Onderzoeksraad van oordeel dat een goede sturing en samenwerking bevorderlijk zijn voor de kwaliteit van zorg. Verbetermechanismen die kunnen helpen om foutkansen te reduceren, functioneren dan immers beter.

Factoren als het complexe samenspel van medisch specialisten en bestuurders en de bekostigingssystematiek zijn niet uniek voor het Ruwaard van Putten Ziekenhuis. Zij kunnen ook in andere ziekenhuizen leiden tot problemen in de sturing en samenwerking, met potentieel negatieve gevolgen voor de kwaliteit van zorg.

Waar betrokkenen binnen een ziekenhuis er samen niet in slagen om problemen op te lossen, kan soms de bemoeienis van externe partijen ertoe bijdragen de status quo te doorbreken. Te denken valt aan de accreditatie door het NIAZ, visitatie door de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie of het toezicht door de IGZ. In het geval van het Ruwaard van Putten Ziekenhuis boden deze bemoeienissen echter geen uitkomst. Hoewel de bestuurlijke problemen een lange geschiedenis kenden, gaven prestaties van het ziekenhuis op 'harde' informatie als indicatoren, accreditatie en visitatie lange tijd geen aanleiding tot ingrijpen en bood de 'zachte' informatie over problemen in de samenwerking een diffuus beeld. Concrete problemen in de zorgverlening namen wisselende gedaanten aan en deden zich voor op uiteenlopende afdelingen. Een nieuwe raad van bestuur leek in 2011 de zaken steeds beter op orde te krijgen, maar de onderliggende problemen bleven bestaan. Pas toen de IGZ na een cumulatie van signalen uit calamiteitenrapportages het kritische rapport van Medirede ontving, zag zij voldoende basis om in te grijpen.

Op grond van het onderzoek heeft de Onderzoeksraad vier aanbevelingen gedaan, aan de KNMG, de NVZ, de NVVC en het NIAZ.

1.1 Aanleiding

Op 14 november 2012 stelde de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) het Ruwaard van Putten Ziekenhuis in Spijkenisse onder verscherpt toezicht.¹ Een week later, op 21 november 2012, beval de IGZ dat de vier cardiologen van het Ruwaard van Putten Ziekenhuis tot nader order geen zorg meer mochten verlenen.² Directe aanleiding voor deze maatregelen was het bezoek van de Inspectie op 12 november 2012. Dit bezoek stond in het teken van het intensieve toezicht van de IGZ sinds juni van dat jaar, vanwege bestuurswisselingen, de slechte financiële situatie van het ziekenhuis, meldingen van calamiteiten en de hoge sterftecijfers. Tijdens het bezoek overhandigde de raad van bestuur van het ziekenhuis aan de inspectie een rapport van onderzoeksbureau Medirede. Het ziekenhuis had dit onderzoeksbureau verzocht na te gaan waarom het sterftecijfer van het ziekenhuis over het jaar 2010 hoger was dan verwacht zou mogen worden op basis van patiëntkenmerken. Om dat te onderzoeken, heeft Medirede de dossiers bestudeerd van patiënten die in 2010 in het ziekenhuis waren overleden aan een hartinfarct of aan hartfalen; deze twee aandoeningen vielen op door de relatief hoge sterfte. Nadat de inspectie het kritische rapport had gelezen, eiste zij nog diezelfde middag een opnamestop voor cardiologie.

Op 6 december 2012 kwam een deel van de inhoud van het Medirede-onderzoek door een publicatie in het Algemeen Dagblad naar buiten. Eén van de conclusies van het rapport was dat cardiologen in het ziekenhuis in 2010 in een aantal gevallen onzorgvuldig diagnoses hadden gesteld bij hartpatiënten en te weinig rekening hadden gehouden met andere aandoeningen van deze patiënten. De dossiervoering was niet altijd duidelijk en de cardiologen zouden te snel hebben besloten dat een patiënt niet meer te behandelen was. Ook zouden zij morfine hebben toegediend aan stervende patiënten zonder daarbij de relevante richtlijnen in acht te nemen. De cardiologen bestreden deze aantijgingen. Bovendien gaven diverse partijen binnen en buiten het ziekenhuis aan dat soortgelijke problemen zich niet zouden beperken tot de cardiologie, maar ziekenhuisbreed konden spelen.

Op 9 januari 2013 besloot de Onderzoeksraad voor Veiligheid onderzoek te doen naar de gebeurtenissen in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis. Redenen hiervoor waren vragen die in de maatschappij leefden over morfine en de levenseindeproblematiek, maar ook vragen van de raad zelf: bijvoorbeeld de vraag wat het ziekenhuis deed om de veiligheid te verzekeren en over het feit dat het ziekenhuis geaccrediteerd was – ook gedurende de periode waarover de ophef is ontstaan.

1 Brief van IGZ aan Raad van Bestuur RPZ, 14 november 2012: 'Instellen verscherpt toezicht'.

2 Brief van IGZ aan Raad van Bestuur RPZ, 21 november 2012: 'Bevel ex artikel 8, vierde lid, Kwaliteitswet zorginstellingen'.

1.2 Doel van het onderzoek en onderzoeksvragen

Het onderzoek geeft antwoord op de algemene vraag welke veiligheidsproblemen er in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis waren en welke factoren daarbij een rol speelden. De Onderzoeksraad wil met zijn onderzoek mogelijk maken dat betrokken partijen leren van ongewenste gebeurtenissen, met als doel de kans op herhaling van voorvallen te verkleinen of de gevolgen daarvan te beperken. Om daaraan bij te dragen, onderzoekt de Onderzoeksraad wat de oorzaken van concrete voorvallen zijn geweest. De Onderzoeksraad richt zich nadrukkelijk niet op de schuldvraag, zoals bij strafrechtelijk onderzoek gebeurt.

Hoewel het Ruwaard van Putten Ziekenhuis tijdens het onderzoek failliet is gegaan, blijft het vanuit dit perspectief relevant om de gebeurtenissen te onderzoeken. Immers, ook bestuurders en zorgverleners in andere ziekenhuizen kunnen hieruit lessen trekken.

Het uitgangspunt van de Onderzoeksraad is dat incidenten zich zelden afdoende laten verklaren vanuit het handelen van één of enkele individuen. Het is immers inherent aan menselijk handelen dat er van tijd tot tijd fouten en vergissingen ontstaan. Daarom is van belang dat voorzien is in een 'vangnet': technische of organisatorische maatregelen die de kans op een fout verkleinen, ertoe bijdragen dat fouten die toch worden gemaakt niet onopgemerkt blijven, en de gevolgen van gemaakte fouten helpen beperken. Wanneer zich een incident voordoet, heeft niet alleen iemand een fout of vergissing gemaakt, maar heeft meestal ook het vangnet rondom de betrokken persoon of personen niet gewerkt.

Overigens is het niet zo dat elke tekortkoming in het vangnet onherroepelijk leidt tot onveilige zorg. Individuele zorgverleners in Nederland zijn veelal toegewijde en hoogopgeleide professionals, die ook in minder gunstige omstandigheden vaak lange tijd foutloos kunnen blijven functioneren. Wel maken tekortkomingen in het vangnet de zorg meer foutgevoelig. Een kleine verslechtering van omstandigheden kan in zulke gevallen plotseling leiden tot onveilige zorg, ook als voordien geen vuiltje aan de lucht was.

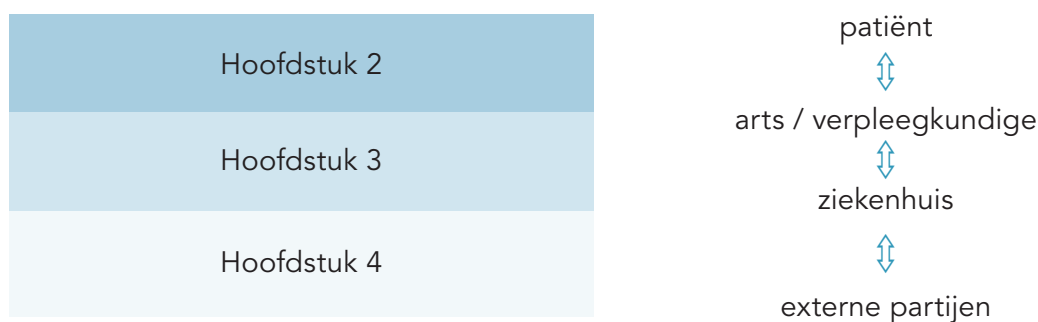
De neiging om het vermijdbare overlijden van patiënten te wijten aan het falen van een individuele arts is begrijpelijk, gezien de grote professionele autonomie die artsen genieten. Een dergelijke benadering draagt evenwel het risico in zich dat tekortkomingen in het vangnet rondom dit individu blijven bestaan, en daarmee ook de onveilige situatie. Daarom richt dit onderzoek zich niet alleen op het handelen van de betrokken cardiologen, maar heeft het juist ook aandacht voor dit vangnet en degenen die het functioneren daarvan kunnen beïnvloeden. Behalve de arts zelf zijn dat het betrokken verplegend en paramedisch personeel, maar evenzeer degenen die als collega, leidinggevende of bestuurder de context bepalen waarin zorgverleners werkzaam zijn. Van een andere orde is het toezicht in brede zin op de zorg, dat in essentie een vangnet is voor het verlenen en organiseren van zorg.³

³ Met toezicht wordt hier het geheel bedoeld van horizontaal en verticaal toezicht door raden van toezicht, zorgverzekeraars, IGZ, wetenschappelijke verenigingen, accrediterende instellingen et cetera.

De interesse van de Onderzoeksraad in het functioneren van het vangnet op deze drie niveaus – verlening van zorg, organisatie van zorg, toezicht op zorg – leiden tot de volgende deelvragen:

- Welke veiligheidsproblemen waren er op de afdeling cardiologie en welke problemen waren er ten aanzien van de zorg rond het levenseinde? (hoofdstuk 2)
- Welke ziekenhuisbrede randvoorwaarden beïnvloedden de wijze waarop zorg werd verleend? (hoofdstuk 3)
- Welke invloed hadden externe kwaliteitstoetsen op de randvoorwaarden voor en het daadwerkelijk leveren van kwaliteit en goede en veilige zorg in het ziekenhuis? (hoofdstuk 4)

Er is dus sprake van een getrapte opbouw van het onderzoek in dit rapport: daarbij wordt vanuit de behandelrelatie zorgverlener – patiënt de blik steeds verder geabstraheerd naar organisatiefactoren binnen en buiten het ziekenhuis. Dit is verbeeld in figuur 1.



Figuur 2: Opbouw van het rapport.

De drie deelvragen en hoofdstukken behandelen elk één van drie niveaus van het functioneren van het vangnet. Het eerste niveau is de informatie-uitwisseling en interactie tussen patiënt en zorgverlener, wiens medisch-technische en sociale vaardigheden en kennis van grote invloed zijn op de beheersing van de patiëntveiligheid. Het tweede niveau is de organisatie van de zorg in al haar facetten, van de beschikbare apparatuur tot de beschikbare capaciteit, en organisatorische aspecten als samenwerking en systeemkenmerken als bekostiging, die van invloed kunnen zijn op het zorgverleningsproces. Het derde niveau is dat van het toezicht in brede zin: onafhankelijke partijen gaan na of de kwaliteit en veiligheid van de zorg wel in orde zijn.

Binnen elk van de drie niveaus komen de omstandigheden van de betrokkenen aan de orde, hoe zij tot hun werkwijze kwamen en welke overwegingen daarbij een rol speelden. De Onderzoeksraad acht daarbij de intenties en doelen van mensen en organisaties relevant, evenals de prikkels die zij ervaren. Bijzondere aandacht gaat uit naar de factoren kennis en beloningsstructuur. Dergelijke factoren kunnen verklaren waarom – achteraf gezien soms onwenselijke – situaties ontstaan.

Behalve het in kaart brengen van de wijze waarop het vangnet voor veilige zorg functioneert, schenkt de Onderzoeksraad in hoofdstuk 2 aandacht aan de onderwerpen morfinegebruik en palliatieve zorg. De gang van zaken in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis bij deze onderwerpen illustreert wat er kan gebeuren als vangnetten voor veilige zorg niet adequaat functioneren.

Het onderzoek van de Onderzoeksraad is gericht op de algehele organisatie van de zorg in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis en doet geen uitspraken over individuele gevallen van (vermeende) vermijdbare schade of overlijden. Dergelijk onderzoek is uitgevoerd door IGZ en de commissie Danner in opdracht van het ziekenhuis zelf. IGZ en de commissie Danner analyseerden individuele patiëntendossiers om te bezien of sprake was van vermijdbare schade.

Evenmin heeft de Onderzoeksraad de juistheid van het – door diverse betrokkenen in twijfel getrokken – sterftcijfer van het ziekenhuis getoetst. Voor de Onderzoeksraad is de werkelijke hoogte van dit cijfer niet van doorslaggevend belang, maar gaat het om de vraag hoe de betrokkenen in het ziekenhuis het sterftcijfer benutten om de zorgverlening en organisatie van zorg te verbeteren. Het ziekenhuis zelf, Dutch Hospital Data⁴ en de IGZ hebben nader gekeken naar de sterftcijfers. Zij concludeerden dat de ziekenhuissterfte zowel in 2010 als in 2011 verhoogd was, maar lager dan de waarden die aanvankelijk waren vastgesteld. Deze conclusies golden voor dit onderzoek als uitgangspunt.

De Onderzoeksraad heeft in zijn onderzoek gebruik gemaakt van diverse informatiebronnen. Zo zijn interviews gehouden met werknemers en artsen die verbonden zijn of waren aan het Ruwaard van Putten Ziekenhuis en zijn verslagen en beleidsdocumenten geanalyseerd. Om te verkennen in hoeverre de bevindingen uniek waren voor dit ziekenhuis of ook elders van toepassing kunnen zijn, heeft de Onderzoeksraad ook met medisch specialisten, verpleegkundigen en bestuurders in andere ziekenhuizen gesprekken gevoerd. Ook is de Onderzoeksraad geadviseerd door een begeleidingscommissie.⁵

1.3 De belangrijkste partijen

Hierna volgt een beknopte en zeer algemene beschrijving van de belangrijkste partijen die een rol spelen in de ziekenhuiszorg. De **raad van bestuur** heeft de leiding over het ziekenhuis en is eindverantwoordelijk voor de kwaliteit en veiligheid van de verleende zorg als geheel. Wie als patiënt in het ziekenhuis wordt opgenomen, komt doorgaans onder behandeling van een **medisch specialist** en gaat stilzwijgend een behandelovereenkomst met deze arts aan. De medisch specialist is verantwoordelijk voor de behandeling van zijn patiënten. Medisch specialisten zijn bij het verlenen van zorg gebonden aan wet- en regelgeving, richtlijnen (onder andere van de eigen beroepsgroep)⁶ en beleid van het ziekenhuis. Ze mogen, afhankelijk van de specifieke omstandigheden, beredeneerd afwijken van deze afspraken. Daarnaast worden patiënten geholpen door **verpleegkundigen** die onder andere verantwoordelijk zijn voor de basiszorg (zoals persoonlijke verzorging), het toedienen van medicijnen en verpleegtechnische handelingen (zoals het inbrengen van een katheter). De **raad van toezicht** is de interne toezichthouder en stelt de raad van bestuur aan. Veel ziekenhuizen zijn een stichting en de raad van toezicht ziet er op toe dat het doel van de stichting gerealiseerd wordt.

⁴ Dutch Hospital Data beheert en onderhoudt verzamelingen van ziekenhuisgegevens, houdt toezicht op relevante databanken en bevordert informatievoorziening over de ziekenhuiszorg: www.dutchhospitaldata.nl.

⁵ De onderzoeksmethode is in meer detail beschreven in bijlage 1.

⁶ Medische specialismen kennen wetenschappelijke verenigingen; zo is er voor cardiologen de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC).

Medisch specialisten kunnen in hoofdlijnen op twee manieren aan een ziekenhuis verbonden zijn. Zij kunnen in loondienst zijn van het ziekenhuis maar ook als *vrijgevestigd* medisch specialist een overeenkomst aangaan met een ziekenhuis. In dat geval werken zij met collega's, meestal van hetzelfde specialisme, in een **maatschap**. De maatschap is een ondernemingsvorm, waarbij de medisch specialisten als zelfstandig ondernemers samenwerken en de baten en lasten van hun bedrijfsuitoefening onderling verdelen. Zij hebben in dat geval met elkaar een maatschapsovereenkomst en ieder voor zich een toelatingsovereenkomst met het ziekenhuis. Het ziekenhuis maakt met de maatschap afspraken over het aantal behandelingen dat de maatschap zal verrichten en hoeveel ondersteuning (behandelruimtes, verpleegkundigen, apparatuur) het ziekenhuis daarvoor beschikbaar stelt. In de meeste gevallen, zoals in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis, zijn binnen een ziekenhuis zowel specialisten in loondienst als vrijgevestigde specialisten actief. Of zij nu in loondienst zijn of vrijgevestigd werken, in beide gevallen zijn de gezamenlijke medisch specialisten een belangrijke gesprekspartner voor het ziekenhuis over de koers van het ziekenhuis. Zij vormen daartoe een collectief, veelal een **vereniging medische staf**, onder leiding van een verenigingsbestuur, vaak het **stafbestuur** genoemd.

Iedere ingezetene van Nederland is verplicht verzekerd tegen zorgkosten bij een zorgverzekeraar. Een **zorgverzekeraar** onderhandelt namens zijn verzekerden met de ziekenhuizen over prijs en kwaliteit van de aangeboden zorg.

De **Inspectie voor de Gezondheidszorg** (IGZ) is belast met het publieke toezicht op het functioneren van ziekenhuizen en individuele zorgverleners. Zo nodig kan de inspectie sancties uitvaardigen of verbetermaatregelen afdwingen. Daarnaast kunnen ziekenhuizen zelf zorgen voor externe toetsing van hun werkwijze, bijvoorbeeld door accreditatie.

Het Ruwaard van Putten Ziekenhuis

Het Ruwaard van Putten Ziekenhuis te Spijkenisse was een algemeen ziekenhuis dat in 1990 is opgericht. Het bediende een gebied met ca. 175.000 inwoners en was het dichtstbijzijnde ziekenhuis voor een groot deel van het Rotterdamse havengebied. Er werkten circa 70 specialisten en ruim 1000 medewerkers.⁷ Het ziekenhuis had 288 bedden. Het ziekenhuis was daarmee kleiner dan gemiddeld, maar zeker niet uniek: een kwart van de andere ziekenhuizen heeft minder bedden dan het Ruwaard en de helft van de ziekenhuizen heeft er minder dan 400.

Na de publiciteit rond de sluiting van de afdeling cardiologie bleef een deel van de patiënten weg en verloren de bank en een belangrijke verzekeraar het vertrouwen in het ziekenhuis. De financiële positie van het ziekenhuis, die al niet gunstig was, verslechterde daarna snel. Nadat in maart 2013 al 155 medewerkers werden ontslagen, werd het ziekenhuis op 24 juni 2013 failliet verklaard.

7 Jaardocument 2011, Ruwaard van Putten Ziekenhuis.

2 ZORG VOOR HARTPATIËNTEN

2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk gaat over de wijze waarop zorgverleners van de afdeling cardiologie van het Ruwaard van Putten Ziekenhuis de zorg voor patiënten organiseerden. Uit het onderzoek blijkt dat de afdeling in een isolement verkeerde, waarin de cardiologen vooral gericht waren op de poliklinische zorg, weinig reflecteerden op elkaars en het eigen handelen en weinig samenwerking zochten met andere disciplines. Het onderzoek laat zien op welke manier de patiëntenzorg te lijden heeft gehad van dit isolement. De zorg voor patiënten in hun laatste levensfase krijgt daarbij bijzondere aandacht, omdat patiënten en nabestaanden daar veel vragen over hadden.

Het hoofdstuk start met een beschrijving van de gang van zaken op de afdeling cardiologie. Vervolgens wordt aandacht besteed aan zorgverlening aan terminale hartpatiënten, in het bijzonder met betrekking tot het gebruik van morfine. Het hoofdstuk eindigt met een vergelijking tussen de bevindingen in dit ziekenhuis en ervaringen elders, met als vraag of de problemen in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis ook in andere ziekenhuizen kunnen voorkomen.

2.2 De afdeling cardiologie

Op het moment dat de afdeling cardiologie van het Ruwaard van Putten Ziekenhuis op bevel van de IGZ moest sluiten, waren er vier cardiologen werkzaam in een maatschap. Deze maatschap bestond aanvankelijk uit twee en later uit drie cardiologen; de vierde cardioloog was eind 2011 in dienst gekomen van de maatschap en in juli 2012 toegetreten. Het werk van de vier cardiologen viel op hoofdlijnen uiteen in twee delen: de polikliniek cardiologie (inclusief buitenpoli's, poliklinieken buiten het ziekenhuis), waar patiënten kwamen die niet hoefden te worden opgenomen, en de kliniek, waar patiënten werden opgenomen. De vier cardiologen verzorgden samen circa 18.500 consulten per jaar op de polikliniek. De kliniek bestond aanvankelijk uit 22 bedden; later is dat teruggebracht naar 18 bedden. De hartbewaking (CCU) had 6 bedden. In de kliniek werden ongeveer 2.230 patiënten per jaar opgenomen; de gemiddelde ligduur was ruim vijf dagen. Per dag werden zes tot acht patiënten ontslagen en evenzoveel opgenomen. De afdeling cardiologie beschikte over een arts-assistent (in dienst van de maatschap), vijftien verpleegkundigen,⁸ vier leerling-verpleegkundigen en vanaf 2010 een kwaliteitsmedewerker (een verpleegkundige).

8 15 formatieplaatsen voor verpleegkundigen.

De vier cardiologen hadden met elkaar een werkverdeling afgesproken. Een van de cardiologen werkte vrijwel nooit in de kliniek, de andere drie wisselden de kliniek en de polikliniek af. Per dag was een cardioloog verantwoordelijk voor het werk in de kliniek. Die cardioloog liep dan 's morgens visite bij de hartpatiënten die waren opgenomen en hield zich verder bezig met de CCU en de spoedconsulten. De arts-assistent werkte vier dagen per week en hield zich uitsluitend bezig met de kliniek. Zij werkte geen avond- en geen nachtdiensten en werkte niet op de CCU. De kwaliteitsmedewerker had als belangrijkste taak het bieden van nazorg. Die bestond vooral uit het nabellen van patiënten met de vraag hoe zij de opname hadden ervaren. Verder was hij betrokken bij het introduceren van zorgpaden, waarin beschreven stond wat er bij een bepaalde diagnose moest gebeuren en wanneer. Ook was hij aanwezig bij gesprekken over het levenseinde met patiënten en hun naasten.

2.3 Problemen met de veiligheid van de cardiologische zorg

Uit het onderzoek blijkt dat de organisatie van de zorg op de afdeling cardiologie foutgevoelig was. Ten eerste komt uit het onderzoek naar voren dat de cardiologen weinig tijd hadden voor het werk in de kliniek. Zo kon het (voor 2012) wel een dag duren voordat een patiënt die was opgenomen op de afdeling door een cardioloog werd gezien. Verder was er bij andere medisch specialisten onvrede over de kwaliteit en de tijdigheid van de spoedconsulten en kwam het tot 2012 regelmatig voor dat er bij de dagelijkse zaalvisite door de arts-assistent geen cardioloog aanwezig kon zijn. De cardiologen lieten het werk in de kliniek voor het grootste gedeelte over aan de ervaren arts-assistent, die veel vertrouwen genoot en veel handelingsvrijheid had. Zij voerde ook zelfstandig gesprekken met de familie. Dit betekende in de praktijk dat zij vrijwel in haar eentje verantwoordelijk was voor de kliniek. Na aandringen van collega's en opmerkingen van de inspectie is dat in 2012 veranderd.

Ten tweede werd de werkdruk op de afdeling cardiologie als hoog ervaren, met name door de verpleegkundigen. De verpleegkundigen vonden dat zij weinig tijd hadden voor de communicatie met patiënten en hun naasten, die soms ontevreden waren over de manier waarop ze op de afdeling werden bejegend. Mede door de werkdruk ontstonden er slordigheden in de medicatieverstrekking en waren de ontslagpapieren te vaak niet in orde. De verpleegkundigen van de afdeling cardiologie verklaren zich pas gerealiseerd te hebben hoe hoog hun werkdruk was, toen zij tijdelijk in het Maasstad Ziekenhuis werkten nadat de afdeling cardiologie van het Ruwaard van Putten Ziekenhuis gesloten was. Toen bleek dat de verpleegkundigen het daar veel rustiger hadden. Ook de arts-assistent had te maken met die hoge werkdruk, die onder andere leidde tot een achterstand in het schrijven van ontslagbrieven voor huisartsen. De teamleiders cardiologie en de coördinerend afdelingshoofden hebben de hoge werkdruk op de afdeling gerapporteerd aan hun leidinggevende in het managementteam en aangekaart in het afdelingsoverleg cardiologie, maar dat leidde niet tot verandering. De cardiologen zelf ervoeren de werkdruk niet als te hoog, hoewel zij met zijn vieren een productie leverden van ongeveer zes maal de normpraktijk.

Ten derde was de samenwerking tussen de cardiologen, de arts-assistent en de verpleegkundigen niet optimaal. Ook binnen de maatschap was de samenwerking niet altijd goed. Er waren lange tijd onduidelijkheden over het hoofdbehandelaarschap, dat wil zeggen er waren geen sluitende afspraken over welke medisch specialist eindverantwoordelijk was voor de zorg aan een bepaalde patiënt. Twee cardiologen werkten niet goed samen met de arts-assistent. De cardiologen veranderden bovendien regelmatig elkaars behandelbeleid, gingen daarover soms in het bijzijn van patiënten en verpleegkundigen met elkaar in discussie, en kwamen afspraken met de verpleging niet na (bijvoorbeeld rondom het herzien en goedkeuren van protocollen).⁹

De verpleegkundigen en hun teamleider spraken de cardiologen hier wel op aan, maar dat bracht geen verandering in de situatie. De verpleegkundigen waren vaak niet in staat, vanwege een verschil in kennis of positie, om medisch specialisten effectief aan te spreken op tekortkomingen in de kwaliteit en veiligheid van zorg. Vele wisselingen in het verpleegkundig team en gebrek aan ervaring en gespecialiseerde kennis van een deel van de verpleegkundigen hebben daar waarschijnlijk aan bijgedragen.

Ook de algemene situatie in het ziekenhuis speelde daarbij een rol. De samenwerking tussen de afdeling cardiologie en de overige afdelingen was matig. Communicatie met andere afdelingen en medisch specialisten verliep over het algemeen moeizaam.¹⁰ Binnen het ziekenhuis was tamelijk veel kritiek op het functioneren van een van de cardiologen. In het volgende hoofdstuk komt de samenwerking binnen het ziekenhuis verder aan de orde.

Ten vierde was er op de afdeling cardiologie weinig aandacht voor reflecteren en leren. Dit blijkt uit de manier waarop de afdeling omging met incidenten. Het ziekenhuis had een systeem daarvoor, het veilig melden van incidenten (VIM). Verpleegkundigen op de afdeling cardiologie waren echter terughoudend in het melden ('vimmen') van fouten van collega-verpleegkundigen en cardiologen. Het melden van incidenten werd overigens gezien als een ziekenhuisbreed probleem, hoewel dat vanaf 2011 steeds beter ging. Daarnaast hielden de cardiologen aanvankelijk eens in de twee maanden complicatiebesprekingen. Na kritiek van de IGZ is de frequentie verhoogd naar eenmaal per maand. Ten slotte spraken de artsen elkaar in de zorgpraktijk nauwelijks aan op zaken die beter konden en gaven zij geen prioriteit aan goede dossiervoering. Diverse collega-artsen en medewerkers binnen het ziekenhuis ervoeren bij sommige cardiologen een bepaalde mate van ontoegankelijkheid en weerstand tegen toetsing van buitenaf.

⁹ Een van de betrokkenen merkt in zijn inzagecommentaar op dat dit in 2012 niet meer gebeurde.

¹⁰ Een van de betrokkenen merkt in zijn inzagecommentaar op dat dit niet gold in 2012 en niet voor hem.

Commissie Danner

De bevindingen van de commissie Danner kunnen de vraag oproepen welke relatie er is tussen problemen in de organisatie van de zorg enerzijds en uitkomsten van de zorg anderzijds. De commissie Danner deed voor het Ruwaard van Putten Ziekenhuis onderzoek naar dossiers van overleden patiënten, ook van cardiologische patiënten.¹¹ De commissie stelde dat de vermijdbare zorggerelateerde sterfte op de afdeling cardiologie en in het ziekenhuis niet significant afweek van een tiental andere algemene ziekenhuizen. Deze tien andere ziekenhuizen zouden dus een vergelijkbare vermijdbare en zorggerelateerde sterfte kennen als het Ruwaard van Putten Ziekenhuis. Een aanname is dat deze andere ziekenhuizen minder organisatieproblemen kenden dan het Ruwaard van Putten Ziekenhuis. In dat geval zou de zorggerelateerde vermijdbare sterfte vergelijkbaar zijn terwijl er verschillen bestonden in het niveau van problemen in de organisatie. Als dat juist is, zou er geen relatie zijn tussen organisatieproblemen en uitkomsten van zorg.

De foutgevoeligheid die samenhangt met organisatieproblemen is in de literatuur echter algemeen aanvaard. Goede samenwerking en sturing sluiten tekortschietende zorgverlening niet uit, en tekortschietende sturing en samenwerking hoeven niet te leiden tot falende zorgverlening. Het is immers mogelijk dat individuele professionals er ook in die omstandigheden nog lang in slagen om fouten tegen te gaan. Niettemin is de Onderzoeksraad van oordeel dat een goede sturing en samenwerking bevorderlijk zijn voor de kwaliteit van zorg. Verbetermechanismen die helpen om foutkansen te reduceren, functioneren dan immers beter.

De Onderzoeksraad acht het aannemelijk dat de geschetste omstandigheden de zorgverlening op de afdeling cardiologie foutgevoelig maakten. De wijze van organiseren van de afdeling cardiologie in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis zorgde voor een situatie waarin veilige zorg moeilijker tot stand komt en zorgverleners mogelijke fouten en problemen minder snel opmerken en corrigeren. Dat er daadwerkelijk sprake was van problemen met uitkomsten van zorg, blijkt uit de bevindingen van Medirede, de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC), de IGZ, de interne commissie die zich bezighield met veilige patiëntenzorg en uit verklaringen van patiënten en nabestaanden. Deze partijen wezen op problemen met bijvoorbeeld diagnosestelling en behandelbeleid.

De volgende paragrafen gaan dieper in op de problemen bij de zorg voor terminale hartpatiënten in dit ziekenhuis.

11 (Bron: Danner (2013)). Zie o.a. http://nieuwsuur.nl/documenten/onderzoekruwaardvanputten_1.pdf.

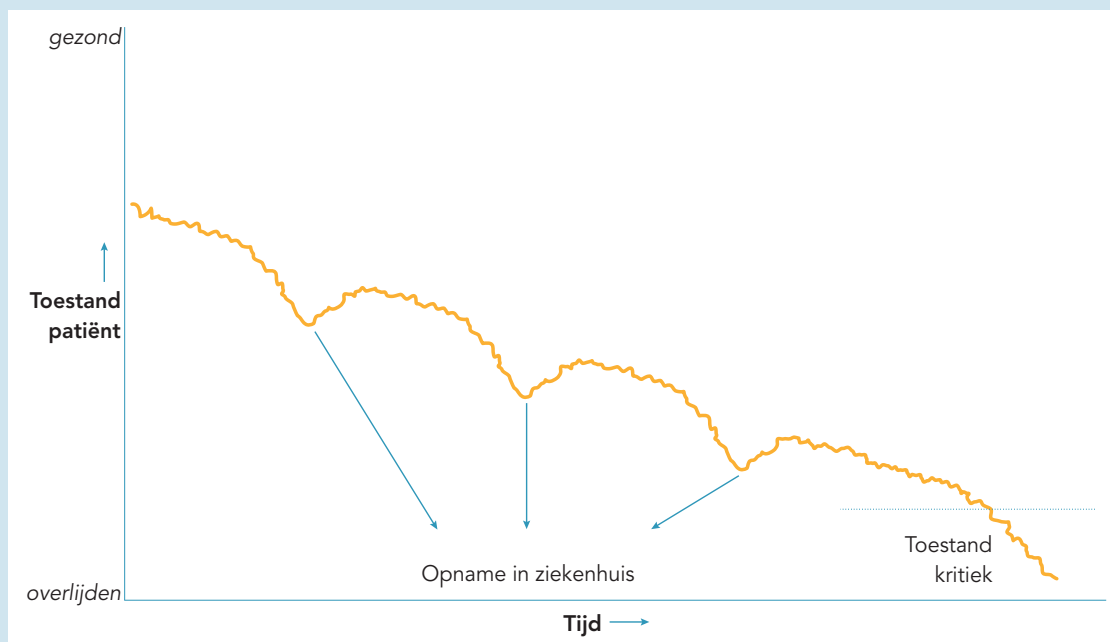
2.4 Zorgverlening rond het levenseinde: het gebruik van morfine

Toen in de media ophef ontstond over het Ruwaard van Putten Ziekenhuis, ging veel aandacht uit naar het gebruik van morfine bij terminale hartpatiënten. Medirede zette in zijn rapport vraagtekens bij de wijze van gebruik van morfine bij verschillende groepen patiënten, waaronder patiënten met de diagnose hartinfarct of hartfalen die in het ziekenhuis overleden. Ook sommige nabestaanden hadden twijfels over het gebruik van morfine. Op grond daarvan besteedt de Onderzoeksraad in dit rapport speciale aandacht aan de gang van zaken rond het levenseinde, inclusief het gebruik van morfine, bij terminale hartpatiënten (in het bijzonder patiënten met terminaal hartfalen). Omdat de bevindingen van Medirede ten aanzien van het gebruik van morfine vooral patiënten betroffen met chronisch hartfalen, volgt hieronder eerst een toelichting op die aandoening.

Hartfalen

Hartfalen is een aandoening waarbij het hart te weinig bloed rondpompt om aan de behoeften van het lichaam te voldoen. Dit leidt tot snelle vermoeidheid en tot kortademigheid, eerst bij inspanning, later ook in rust. Ook kunnen bijvoorbeeld nierfunctiestoornissen optreden. De oorzaak van hartfalen is meestal beschadiging van de hartspier, bijvoorbeeld door eerdere hartinfarcten. Hartfalen is een chronische ziekte. De behandeling met geneesmiddelen leidt tot een vermindering van klachten, maar niet tot genezing. Op een gegeven moment is de hartfunctie zo slecht dat er gesproken wordt van ernstig (terminaal) hartfalen.

Kenmerkend voor deze ziekte is de steeds terugkerende verslechtering, een opname in het ziekenhuis en een tijdelijk herstel. Het verloop van de ziekte chronisch hartfalen ziet er schematisch als volgt uit:



Figuur 3: Het verloop van de ziekte chronisch hartfalen.

De typische patiënt met ernstig (terminaal) hartfalen is van gevorderde leeftijd, moe, kortademig/benauwd en vaak mager. Hij/zij heeft vaak een lange voorgeschiedenis van in ernst toenemende hartklachten en herhaalde ziekenhuisopnamen, niet zelden met steeds kortere tussenpozen. Hielpen aanvankelijk hartversterkende en vocht-afdrijvende middelen goed om de situatie te verbeteren, op een gegeven moment raken ook die mogelijkheden uitgeput. Zaken als griep, een blaasontsteking, een val, of maag-darmklachten kunnen dan voldoende zijn om het wankele evenwicht te verstoren.

In 2012 overleden in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis circa twintig patiënten met chronisch hartfalen. Deze patiënten waren meestal al bekend bij het ziekenhuis en hadden al langer te maken met in ernst toenemende moeheid en kortademigheid. Bij het bepalen van een behandelbeleid voerden de zorgverleners een gesprek met de patiënt over de mogelijkheden. Wanneer de patiënt daarvoor te ziek was, bespraken de zorgverleners deze zaken met diens naasten. Op hoofdlijnen zijn er drie opties voor het behandelbeleid.

Behandelingsopties

Medisch handelen kan op verschillende doelen gericht zijn.

- Behandelingen gericht op (tijdelijke) genezing (curatieve zorg).
- Behandelingen gericht op symptoombestrijding (palliatieve zorg).

Onder palliatieve zorg wordt verstaan: het verbeteren van de kwaliteit van het leven van patiënten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening en die van hun naasten, door het voorkomen en verlichten van lijden.¹² De behandeling is gericht op het comfort van de patiënt; het streven is om pijn, angst, benauwdheid, hevige jeuk en dergelijke te reduceren, maar niet (meer) om de oorzaak van deze klachten te weg te nemen. Soms is palliatieve sedatie nodig: het in overleg met de patiënt en diens naasten opzettelijk verlagen van het bewustzijn van de patiënt. Palliatieve sedatie mag conform de betreffende richtlijn pas worden ingezet als de symptomen met de gebruikelijke middelen onbehandelbaar zijn en als het levens-einde binnen twee weken wordt verwacht.

12 WHO, 2008, WHO Definition of Palliative Care.

Beide kunnen gevolgd worden door een verzoek om actieve levensbeëindiging van de patiënt. In dat geval is er sprake van euthanasie, waaraan strikte regels zijn verbonden. Om het lijden te verminderen verwachten patiënt en diens naasten soms van de arts dat deze zonder expliciet euthanasieverzoek de dood dichterbij brengt, hoewel dit in juridische zin ontoelaatbaar is. In de praktijk blijken artsen niet altijd weerstand te kunnen bieden aan verzoeken om het lijden van de patiënt te beëindigen. De richtlijn Palliatieve sedatie (zie volgende kader) is onder meer bedoeld om zulke situaties te voorkomen.

Idealiter gaan de medisch specialist, de patiënt en zijn naasten bij veranderingen in de situatie samen na welke van deze mogelijkheden het beste past bij het ziektebeeld, de medische mogelijkheden en de wensen van de patiënt. De patiënt kan natuurlijk ook besluiten om zelf te stoppen met eten en drinken.

Als duidelijk werd dat de patiënt op korte termijn zou overlijden en een palliatief beleid op zijn plaats was, schreven de cardiologen vaak morfine voor om benauwdheid of andere symptomen te verlichten en daarmee het lijden te verzachten. Bureau Medirede uitte op basis van zijn dossierstudie kritiek op het gebruik van snel opklimmende doseringen morfine. Dat zou niet volgens de vigerende richtlijnen zijn en volgens Medirede hadden de cardiologen in sommige gevallen het levenseinde van hun patiënten bespoedigd.

Over de overwegingen van de cardiologen per patiënt was weinig vastgelegd in de patiëntendossiers. Beschikbaar zijn de verklaringen die de cardiologen, verpleegkundigen en nabestaanden achteraf gaven en de analyse van Medirede op basis van patiëntendossiers. De Onderzoeksraad heeft over de behandelintenties van de cardiologen geen conclusie getrokken, maar zich geconcentreerd op de vraag wat de lessen zijn die volgen uit hun werkwijze. Die lessen betreffen enerzijds de rol van (nieuwe) richtlijnen en introductie van nieuwe werkwijzen in de cardiologische praktijk en anderzijds het belang van een gedeeld beeld tussen arts, patiënt en naasten over het doel van de behandeling, wat er wel en niet van de behandeling verwacht kan worden, en wat de overwegingen zijn om de ene behandeling te verkiezen boven de andere. Dit tweede onderwerp komt in de volgende paragraaf over communicatie terug.

Richtlijnen, leidraad en veranderende inzichten

In 2009 is de herziene **richtlijn Palliatieve sedatie** van de KNMG (een eerdere versie dateert van 2005) verschenen. Palliatieve sedatie is 'het opzettelijk verlagen van het bewustzijn in de laatste levensfase', met als doel het lijden van de ongeneeslijk zieke patiënt te verlichten als dat niet meer op een andere manier kan. De richtlijn geeft aan onder welke voorwaarden palliatieve sedatie mag worden toegepast en welke medicatie daarvoor wel en welke daarvoor niet geschikt is.¹³

13 Voor sedatie geldt Midazolam als eerst aangewezen keuze.

Zo is palliatieve sedatie volgens deze richtlijn alleen toegestaan indien de symptomen refractair (onbehandelbaar) zijn en het overlijden binnen 14 dagen wordt verwacht.¹⁴ De richtlijn noemt het gebruik van morfine voor palliatieve sedatie zelfs een 'kunstfout': 'Morfine is geen geschikt middel om continu en diep te sederen tot het moment van overlijden. Morfine dient alleen te worden gegeven c.q. te worden gecontinueerd (naast toediening van sedativa) ter bestrijding van pijn en/of dyspnoe;¹⁵ de dosering dient getitreerd te worden op de (veronderstelde) mate van pijn en/of dyspnoe.'¹⁶ Omdat morfine veel gebruikt werd voor palliatieve sedatie gaat de richtlijn uitgebreid in op de bezwaren ervan. De richtlijn waarschuwt bijvoorbeeld voor bijwerkingen van morfine in de vorm van plotselinge verwardheid en spierspasmen. Morfine is dus niet geschikt voor palliatieve sedatie, wel voor bestrijding van benauwdheid of andere symptomen, mits op geleide van de symptomen.

De **multidisciplinaire richtlijn Hartfalen** uit 2010, onder meer geaccordeerd door de NVVC en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), besteedt uitgebreid aandacht aan palliatieve zorg, zijnde de zorg voor patiënt en zijn naasten rondom het levenseinde. Volgens deze richtlijn dient palliatieve zorg voor patiënten met eindfase hartfalen integraal onderdeel te vormen van hartfalenzorgprogramma's.¹⁷ De behandelingschema's en -doelen zijn sterk gericht op een multidisciplinaire aanpak en het welzijn van de patiënt. Deze richtlijn geeft, vermoedelijk door zijn gerichtheid op multidisciplinair handelen, geen specifieke aanwijzingen over de medicatie die bij palliatieve sedatie gegeven zou moeten worden of achterwege zou moeten worden gelaten.¹⁸ De richtlijn moet gezien worden als 'norm voor medisch handelen', waarbij 'beargumenteerd afwijken in individuele gevallen wenselijk en nodig kan zijn'. De eerdere versie van deze richtlijn uit 2002 schenkt nog geen aandacht aan palliatieve zorg.

In 2010 is een tweede herziene uitgave van de **leidraad Cardiologie** van de NVVC verschenen. Deze bevat onder meer de indicaties en doseringen voor toe te dienen medicatie bij hartaandoeningen. Een van die medicijnen is morfine. Daarover zegt de leidraad: '*Morfine, toegevend m.b.v. een pomp, is geïndiceerd bij pijn- en onrustbestrijding in het terminale stadium van hartfalen resp. cardiogene shock.*' Ook wordt in de leidraad aangegeven dat de dosis '*op geleide van het effect*' volgens een aangegeven schema mag worden verhoogd.

Volgens de NVVC en de KNMG heeft deze leidraad niet de status van een richtlijn.¹⁹ De NVVC stelt dat 'de kracht van het boekje ligt in het bieden van leidraden in het denken rondom cardiologische ziektebeelden en aandoeningen in een handzaam formaat'. Tevens staat in het voorwoord dat 'de beschrijving van een aantal onderwerpen (o.a. de klepaandoeningen) in lijn is gebracht met de laatste richtlijnen.'

14 Als niet aan de voorwaarde van 14 dagen wordt voldaan kan kortdurende of intermitterende palliatieve sedatie worden toegepast.

15 Dyspnoe: benauwdheid; het gevoel bij de patiënt dat hij of zij niet genoeg lucht krijgt.

16 KNMG Richtlijn Palliatieve Sedatie, p. 40. Titreren van de dosering betekent dat de arts de dosering nauwkeurig afstemt op de symptomen van de patiënt.

17 Multidisciplinaire richtlijn hartfalen 2010.

18 De te gebruiken medicatie wordt alleen genoemd bij de diagnose acuut hartfalen.

19 Deze leidraad is 'een bundeling van kennis ten behoeve van cardiologische behandelingen' zonder de formele status van een richtlijn.

De beide benaderingen van het gebruik van morfine uit de richtlijn en de leidraad hoeven niet met elkaar in strijd te zijn maar de toepassing in de praktijk kan volgens geraadpleegde medisch specialisten complex zijn. Volgens de leidraad Cardiologie kan morfine geïndiceerd zijn voor het bestrijden van pijn/onrust bij terminaal hartfalen, terwijl de richtlijn Palliatieve sedatie juist argumenten verschaft om voorzichtig te zijn met morfine. Morfine is een geschikt middel tegen pijn en benauwdheid maar moet nauwkeurig gedoseerd worden. Het ophogen van de dosis morfine, in de afwezigheid van hevige pijn, brengt immers het risico van onrust en verwardheid met zich mee.

Snel opklimmende doseringen morfine kunnen de indruk wekken dat de arts (palliatieve) sedatie beoogt. Als dat het oogmerk is, dan is morfine de verkeerde medicatie, aldus de KNMG-richtlijn.²⁰ Het is mogelijk dat de betrokken cardiologen tot 2012 nog niet vertrouwd waren met de inzichten uit de KNMG-richtlijn. Het was in het verleden immers gebruikelijk om morfine voor sedatie te gebruiken. Deze cardiologen verwezen voor hun behandelbeleid naar de leidraad Cardiologie (2010), die niet de mogelijkheid noemt van sedatie en geen verwijzingen geeft naar de richtlijn van de KNMG (2005, herzien in 2009) en evenmin naar de multidisciplinaire richtlijn Hartfalen (2010).

Volgens aantal cardiologen in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis gebruikten zij morfine voor symptoombestrijding en het comfortabel houden van de patiënt. Zij hoogden de doseringen morfine op, maar deden dat niet om te sederen. Er was dus volgens hen geen sprake van de 'kunstfout' zoals de KNMG-richtlijn het onterechte gebruik van morfine voor sedatie noemt. Deze cardiologen achtten palliatieve sedatie bij deze patiënten met terminaal hartfalen niet nodig en dus de inzichten van de richtlijn Palliatieve sedatie niet van toepassing. Zij wezen erop dat patiënten met eindstadium hartfalen vaak al een verlaagd bewustzijn hebben als gevolg van een slechte circulatie en gebrek aan zuurstof. Een van hen wees ook op het nadeel dat bij sedatie communicatie met de patiënt niet meer mogelijk is.

Het kwam volgens hen in de praktijk zelden voor dat hartpatiënten in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis om euthanasie vroegen. Volgens de artsen en de verpleegkundigen van de afdeling heeft dat vooral te maken met het feit dat eindstadium hartfalen meestal snel tot de dood leidt. Hierdoor hebben hartpatiënten, in tegenstelling tot bijvoorbeeld sommige patiënten met kanker, minder vaak te maken met een lange lijdensweg.

Een en ander overziend acht de Onderzoeksraad het waarschijnlijk dat de cardiologen de KNMG-richtlijn nog niet hadden betrokken bij hun zorg voor patiënten met terminaal hartfalen, terwijl dat wel relevant had kunnen zijn. Deze gedachte vindt ondersteuning in het volgende. Binnen het ziekenhuis werd eind 2012 een ziekenhuisbreed protocol palliatieve sedatie goedgekeurd. Tot dat moment werkten alleen de afdeling interne geneeskunde en oncologie en individuele artsen vanuit de richtlijn Palliatieve sedatie van de KNMG. Eerdere invoering van deze richtlijn zou volgens sommige cardiologen op de afdeling cardiologie geen verschil hebben gemaakt voor hun handelen.

20 Overigens is morfine ook voor levensbeëindigend handelen niet het juiste middel.

Anderen binnen de afdeling gaven aan dat kennis van de richtlijn Palliatieve sedatie die zij in 2012 kregen wel degelijk invloed heeft gehad op het voorschrijfgedrag. Volgens hen kreeg in 2012 meer dan de helft van de terminale patiënten die behandeld werden op de afdeling cardiologie ook Midazolam, het middel voor palliatieve sedatie. In de periode daarvoor gebeurde dat alleen bij hevige onrust, bij uitzondering en niet volgens een bepaald protocol. Ook voor de verpleegkundigen betekende de invoering van de richtlijn c.q. het protocol een herkenbare verandering ten opzichte van de periode daarvoor. Zij gingen zich dan ook afvragen of ze het al die tijd wel goed hadden gedaan en waarom het protocol toen pas geïmplementeerd werd.

Kan het toedienen van morfine het levenseinde van patiënten bespoedigen?

Een belangrijke kwestie in het maatschappelijke debat over het Ruwaard van Putten Ziekenhuis was de vraag of hartpatiënten eerder zijn overleden door toediening van morfine. Medirede beschrijft dat veel patiënten die via een pomp morfine toegediend kregen, overleden *als gevolg* van snel opklimmende doseringen. Naar aanleiding hiervan stelt Medirede: 'De indringende vraag dient zich aan welke juridische kwalificatie hieraan moet worden gegeven.' Met andere woorden: Medirede vraagt zich af of hier sprake is van levensbeëindigend handelen zonder daarvoor de juiste procedures te hanteren. De artsen ontkennen de aantijging van Medirede ten stelligste: zij gaven naar eigen zeggen morfine uitsluitend met het doel het lijden te verzachten en niet om het leven van terminale hartpatiënten te bekorten. Ze stellen dat deze patiënten tamelijk snel overlijden door hun aandoening en niet door het toedienen van morfine.

Experts achten het onwaarschijnlijk dat patiënten na een tot twee dagen overlijden *als gevolg* van de morfine. Volgens de literatuur is het ophogen van de morfinedosering in stappen van 50% per dag acceptabel, bij de juiste indicatie, toedieningsweg en aanvangsdosis. In deze doseringen is morfine dus niet dodelijk en juist een heel geschikt middel voor het bestrijden van symptomen van benauwdheid en pijn. Uit de literatuur blijkt dat een van de bijwerkingen van morfine een vermindering van de ademhaling is (ademdepressie).²¹ Het is weliswaar denkbaar dat bij hoge doseringen of het snel ophogen van doseringen de patiënt overlijdt aan een ademdepressie, maar experts verwachten dat een dergelijk effect binnen korte tijd (minuten) optreedt. Dit heet ook wel dat de patiënt 'aan de naald' overlijdt. Medirede vermeldt echter dat de bedoelde patiënten na één tot twee dagen overlijden. Op grond van deze redenering moeten deze sterfgevallen volgens experts dus gezien worden als natuurlijk overlijden van ernstig zieke patiënten.²²

Relevant voor de casus Ruwaard van Putten is dat er verschillende visies lijken te bestaan op de effecten van morfine op terminale patiënten. Uit een onderzoek uit 2010 blijkt dat een kwart van de Nederlandse artsen dacht dat morfine een geschikt middel is voor bespoediging van het levenseinde.²³ Een derde dacht dat stervende patiënten in diepe slaap kunnen worden gebracht met morfine.

21 Informatorium Medicamentorum, Hartfalen: Landelijke Richtlijn, versie 2.0 (IKNL), Leidraad cardiologie 2010.

22 Medirede vermeldt ook dat sommige patiënten ten onrechte als terminaal werden gezien. De bevindingen van de Onderzoeksraad hebben uiteraard alleen betrekking op de patiënten die werkelijk terminaal ziek waren.

23 Evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Euthanasiewet) 2011.

Geen van beide is het geval. Vooral medisch specialisten geven, anders dan huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde, in het genoemde onderzoek relatief vaak aan dat zij met morfine het leven van een patiënt hebben beëindigd. Opvallend is dat zij ook aangeven vrij zelden (10%) een palliatief consultant of consultatieteam bij de zorg voor de patiënt te betrekken.²⁴ Dit laatste onderwerp komt in de volgende paragraaf verder terug.

2.5 Zorgverlening rond het levenseinde: communicatie en samenwerking

De zorgverlening rond het levenseinde is naast een medisch-technisch vraagstuk in belangrijke mate een psychosociaal vraagstuk. De zorg die terminale hartpatiënten in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis kregen was complexe zorg, niet in de eerste plaats in strikt medisch opzicht maar vooral in psychosociaal opzicht.

Palliatieve zorg en het belang van communicatie

Deskundigen op het gebied van palliatieve zorg van het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) en verschillende medisch specialisten die zich veel bezig houden met het onderwerp zijn unaniem dat bij palliatieve zorg het gesprek met de patiënt over zijn wensen centraal behoort te staan. De arts bespreekt vooruitzichten van de patiënt en doet gericht navraag naar hoe de patiënt zijn leven wil afsluiten. Bij goed doorvragen blijken lang niet alle patiënten prijs te stellen op (soms zware) behandelingen die het leven slechts met enkele dagen of weken verlengen, zeker niet als die ten koste kunnen gaan van de kwaliteit van leven.

Naast vragen over de behandeling moeten in de laatste fase ook vragen een plaats krijgen als 'hoe bereiden de patiënt en diens naasten zich voor op het naderende levenseinde?', 'wil de patiënt zijn sterfbed thuis hebben of op een andere plaats?', 'welke religieuze of existentiële aspecten houden de patiënt bezig?' en 'hoe wil hij of zij afscheid nemen?' Dit ter sprake brengen vereist goede communicatieve vaardigheden en kunnen luisteren naar de patiënt en zijn naasten.

Palliatieve zorg vergt dus competenties bij zorgverleners die variëren van medisch-technisch tot psychosociaal. Voor deze meer gevarieerde competenties van de medisch specialist is steeds meer aandacht.²⁵ Een belangrijk principe is dat de zorgverlener zich niet alleen als beslisser opstelt, maar ook als voorlichter en ondersteuner, die de patiënt helpt keuzes te maken, rekening houdend met zijn voorkeuren, waarden en opleidingsniveau. Het doel is dat arts en patiënt consensus bereiken op basis van vertrouwen.

²⁴ Sterfgevallenonderzoek 2010 – Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde, ZonMW, Den Haag, juni 2012. De Onderzoeksraad heeft beknopt aanvullend onderzoek laten verrichten op dit gegevensbestand.

²⁵ Vanaf 2015 dient elke medisch specialist aantoonbaar worden opgeleid in zeven competenties volgens het CanMeds model. Zie onder andere de website van de KNMG <http://knmg.artsennet.nl> / <http://knmg.artsennet.nl/Opleiding-en-herregistratie/Project-MMV-Home/Rubrieken/CanMEDS.htm>

Vanwege de uiteenlopende aard van de vragen waarmee de patiënt en zijn naasten kampen, is een teamaanpak nodig waarmee alle aspecten van palliatieve zorg aan bod kunnen komen. Palliatieve zorg vergt niet alleen multidisciplinaire samenwerking in het ziekenhuis, maar ook transmurale samenwerking in een netwerk van huisarts, ziekenhuis en voorzieningen als hospices. Het streven hoort te zijn om 'shared decision making' en 'advanced care planning' al bij de patiënt thuis plaats te laten vinden. Dan kunnen huisarts en specialist onderling ook beter afstemmen.

Wanneer artsen en verpleegkundigen op de afdeling cardiologie hadden vastgesteld dat de curatieve²⁶ opties voor patiënten met hartfalen uitgeput waren, voerden zij een gesprek met de patiënt en diens naasten over de mogelijkheden tot palliatief behandelen. Soms nam de patiënt of een van diens naasten het initiatief, soms een zorgverlener. Deze gesprekken vonden plaats aan het bed of in een aparte kamer. Bij zo'n gesprek over het levenseinde waren de arts-assistent, één of meer verpleegkundigen en de kwaliteitsmedewerker betrokken. De cardiologen gaven aan het meestal niet nodig te vinden om zelf bij gesprekken over het levenseinde aanwezig te zijn. De lange voorgeschiedenis in het ziekenhuis van de meeste hartpatiënten maakte dat de cardiologen naar hun eigen inschatting de patiënten goed kenden. Hierdoor wisten zij vaak al hoe de patiënten aankeken tegen het naderend levenseinde en of zij wel of niet wensten te worden gereanimeerd.

Uit het onderzoek blijkt echter dat de gesprekken die de cardiologen in de polikliniek voerden, vooral waren gericht op de nog resterende behandelmogelijkheden. Vooruitblikken op het inrichten van de laatste levensfase was tijdens dergelijke bezoeken van patiënten niet gebruikelijk. Daardoor was voor de cardiologen zelf vaak wel duidelijk wat er medisch-inhoudelijk moest gebeuren, maar namen zij patiënten hierin niet altijd mee, en bereidden hen niet voor op de moeilijke beslissingen die hen in de terminale fase wellicht wachtten. Wel verzorgde een van de cardiologen een maal per maand een bijeenkomst met patiënten en familie, waarin hij informatie gaf over ziektebeelden, ziekteverloop en ook vragen beantwoordde.

Uit verklaringen van patiënten en nabestaanden blijkt dat in sommige gevallen de beleving van de medisch specialist enerzijds en de patiënt en diens naasten anderzijds uiteenliepen wanneer het ging over de behandeling in de laatste levensfase. Onduidelijkheden gingen onder meer over de werking van morfine. Enkele nabestaanden dachten dat hun naaste overleed door het ophogen van de morfinedosering. Een nabestaande vertelde dat zijn naaste verward raakte na het aansluiten van de morfiepomp terwijl de specialist zei dat zijn naaste in slaap zou vallen als hij de dosering zou ophogen. Soms wisten nabestaanden niet waarom de specialist voor een bepaalde werkwijze koos. Verwarring was er ook: *"Op (de ene dag) spreekt de specialist van een lang traject en (de andere dag) is het ineens uitzichtloos."*

26 Curatief: gericht op genezing.

Ook onder verpleegkundigen bestond onduidelijkheid en kritiek op de communicatie van de cardiologen met patiënten en hun naasten. Zij verweten de artsen onder andere dat zij de naasten van patiënten niet altijd op de hoogte brachten van de bijwerkingen van morfine. Zo legden de specialisten onvoldoende uit dat patiënten bij het gebruik van morfine onrustig kunnen worden en wakker kunnen schrikken, terwijl de familie denkt dat hun naaste in slaap zal vallen en rustig zal overlijden.

Op grond van bovenstaande bevindingen kan worden geconstateerd dat een arts die handelt zoals de cardiologen in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis, vragen op kan roepen over zijn handelwijze. Bij deze handelwijze en het niet goed communiceren en documenteren van overwegingen daarover vervaagt immers het onderscheid tussen normale symptoombestrijding, palliatieve sedatie en levensbeëindigend handelen. Dit kan gemakkelijk aanleiding zijn voor misverstanden bij de betrokkenen en twijfel over het handelen van de arts. Vanwege het ontstaan van mogelijke misverstanden en de grote impact van beslissingen rondom het levenseinde is goede communicatie met de patiënt en diens naasten en adequate documentatie daarvan extra noodzakelijk, zelfs als dit voor de feitelijke behandeling geen verschil maakt. De richtlijn Palliatieve sedatie en de toenemende aandacht voor palliatieve zorg moeten deze situatie helpen voorkomen. Dat deze richtlijn lange tijd niet bekend was bij de betrokkenen en niet is vermeld in de leidraad Cardiologie of de multidisciplinaire richtlijn Hartfalen, helpt daarbij niet.

De afdeling cardiologie in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis ging bij de zorg voor patiënten met chronisch hartfalen niet uit van de multidisciplinaire samenwerking die veelal gewenst is bij het behandelen van terminale patiënten. De patiënten kwamen veelal binnen als 'eindstadium hartfalen' en de afdeling beperkte zich tot het comfortabel houden van de patiënten tot hun overlijden kort daarna. Deze aanpak maakte multidisciplinaire samenwerking naar het oordeel van de cardiologen niet nodig. Vanuit de patiënt bezien kan dat echter een gemis zijn, omdat een terminale patiënt over het algemeen naast cardiologische ook andere problemen heeft en niet in de laatste plaats ook behoefte heeft aan paramedische zorg, zoals geestelijke verzorging. Daarnaast leidt deze werkwijze er ook toe dat de patiënt en de familie in dit eindstadium als het ware 'overvallen' raken door het dan snel naderende levenseinde. Ook werkte de afdeling bij deze zorg niet samen met externe partijen als huisartsen of extramurale voorzieningen zoals hospices en verpleeghuizen. Het ziekenhuis kampte in relatief hoge mate met 'verkeerde bed-problemen'. Dit wil zeggen dat er patiënten lagen die daar eigenlijk niet thuis hoorden en beter af zouden zijn met zorg thuis, in een verpleeghuis of een hospice. Daar is meer ruimte voor de intensieve begeleiding die terminale patiënten en hun naasten veelal nodig hebben. Ondanks dat het Ruwaard van Putten Ziekenhuis actief lid was van het Netwerk Palliatieve zorg Zuid-Hollandse Eilanden, een regionaal samenwerkingsverband van zorgaanbieders gericht op het verbeteren van palliatieve zorg, kwam samenwerking op het niveau van zorgprofessionals bij sommige specialismen niet tot stand. Cardiologen en huisartsen waren niet gewend in een vroeg stadium wensen en behoeften van chronische hartpatiënten in beeld te brengen om hen in de terminale fase de zorg te kunnen bieden waaraan ze behoefte hadden. Verschillende cardiologen vertelden dat zij in het terminale stadium vanuit compassie de patiënten lieten insturen naar het ziekenhuis.

2.6 Ervaringen elders

Het is niet uniek voor het Ruwaard van Putten Ziekenhuis dat de palliatieve zorg nog weinig als multidisciplinair netwerk is georganiseerd. Dit heeft enerzijds te maken met benodigde kennis en vaardigheden, anderzijds met belemmeringen in de organisatie van de ziekenhuiszorg. Palliatieve zorg is intensief en confronterend voor veel betrokken zorgverleners. De kennis op dit terrein is sterk in ontwikkeling en in ziekenhuizen groeit het bewustzijn dat nog veel kennis, vaardigheden en menskracht ontbreken. Palliatieve zorg past ook niet vanzelfsprekend in de op genezing gerichte ziekenhuiszorg. Daarnaast hebben verpleegkundigen bij palliatieve zorg een andere en vooral zwaardere rol dan bij de curatieve zorg en moeten zij daarvoor worden toegerust. Het heeft dan ook lang geduurd voordat deze vorm van zorg aandacht kreeg van ziekenhuisbestuurders en medisch specialisten, hoewel er buiten de muren van het ziekenhuis allerlei initiatieven waren.^{27, 28, 29}

Hoewel veel ziekenhuizen nog zoeken naar de wijze waarop zij palliatieve zorg in hun organisatie moeten vormgeven, is de aandacht voor palliatieve zorg binnen ziekenhuizen de laatste jaren in een stroomversnelling gekomen. Dit heeft onder andere geleid tot het opzetten van palliatieve consultatieteams in ziekenhuizen in Nederland.³⁰ Steeds meer ziekenhuizen en afdelingen maken gebruik van richtlijnen en protocollen, zoals het Zorgpad Stervensfase. Ook komt steeds meer aandacht voor transmurale samenwerking en competentieontwikkeling van medisch specialisten en verpleegkundigen, die is gericht op het verlenen van goede palliatieve zorg. Vanuit onder andere het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL), Pallialine, Oncoline, Agora en de KNMG zijn handleidingen, folders, checklists en andere hulpmiddelen beschikbaar die de hulpverleners ondersteunen bij het geven van goede palliatieve zorg. Ook bestaan er verschillende opleidingen en zijn er cursussen, leermodules en video's beschikbaar. Ook is de KNMG in samenwerking met anderen een stuurgroep gestart die het project 'Passende zorg in de laatste levensfase' gaat leiden. De stuurgroep richt zich op een evenwichtige besluitvorming omtrent medisch handelen in de laatste levensfase als onderdeel van de zorgverlening.

De ontwikkeling van kennis en instrumenten voor palliatieve zorg is een tijd lang vooral gericht geweest op oncologie en geleidelijk in ontwikkeling voor andere aandoeningen. Er is nog wel meer vertaling nodig van de door oncologen opgedane inzichten naar andere vakgebieden. Binnen de cardiologengemeenschap is er al wel aandacht voor het onderwerp, zoals onder meer blijkt uit de vigerende Multidisciplinaire Richtlijn Hartfalen en de recente publicatie over het uitzetten van de ICD in de laatste levensfase. De Multidisciplinaire Richtlijn Hartfalen uit 2010 besteedt aandacht aan palliatieve zorg, de zorg voor patiënt en zijn naasten rondom het levenseinde.³¹ Volgens deze richtlijn dient palliatieve zorg voor patiënten met eindfase hartfalen integraal onderdeel te vormen van hartfalenzorgprogramma's.

²⁷ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Stimuleringsprogramma palliatieve zorg 1999-2003, 1998.

²⁸ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Plan van Aanpak Palliatieve Zorg 2008-2010, 2008.

²⁹ M. Kraan, W. Jansen, H. Schreuder en M. Middelburg, Netwerkwzorg. Inventarisatie van initiatieven binnen de Netwerken Palliatieve zorg, 2009.

³⁰ C. Galesloot e.a., Enquête stand van zaken palliatieve zorg in Nederlandse ziekenhuizen, 24 oktober 2013.

³¹ Samengesteld door vele partijen en geaccrediteerd door o.a. de NHG en de NVVC.

De richtlijn vermeldt dat de IGZ in 2003 concludeert dat de huidige hartfalenzorg te fragmentarisch is, informatieoverdracht niet altijd voldoende is en dat samenwerking tussen de verschillende zorgverleners beter moet worden.³² Dit proactieve denken over hartfalen is relatief nieuw en uit de verkennende gesprekken maakte de Onderzoeksraad op dat dat nog geen gemeengoed is in onder meer de cardiologie. De vraag 'zie ik deze patiënt volgend jaar terug en wat betekent dat voor het gesprek dat ik met hem of haar voer?' wordt nog niet standaard gesteld.

Palliatieve zorg voor hartpatiënten is in ontwikkeling, zoals ook een project rondom Den Bosch laat zien. Een patiënt krijgt in het ziekenhuis een gesprek met de hartfalenverpleegkundige. Die neemt op zijn beurt contact op met de huisarts en de thuiszorg, om er voor te zorgen dat alle zorgverleners op één lijn zitten en de afspraken kennen. De patiënt krijgt dan een noodset met medicatie mee, die hij thuis kan nemen als zijn klachten verergeren. Zo hoopt men te voorkomen dat er op het laatste moment thuis problemen ontstaan, waardoor de patiënt ongewild toch in het ziekenhuis belandt.

Een relevante randvoorwaarde voor het leveren van palliatieve zorg is de wijze waarop deze wordt bekostigd. Het is voor ziekenhuizen sinds begin 2012 mogelijk om palliatieve zorg te declareren als apart 'zorgproduct' binnen de DBC-systematiek. Voor die tijd werd het ontbreken van een adequate bekostigingsstructuur gezien als een belangrijke oorzaak van de geringe aandacht voor palliatieve zorg binnen ziekenhuizen.³³ Om in aanmerking te komen voor bekostiging, moet aan drie randvoorwaarden worden voldaan:

- er is sprake van een zelfstandige palliatieve zorgvraag, gescheiden van de primaire aandoening;
- een ziekenhuis heeft een multidisciplinair team palliatieve zorg, bestaande uit medisch specialisten, gespecialiseerde verpleegkundigen, een psycholoog/psychiater en een consulent spirituele zorg, dat wekelijks bijeenkomt;
- er wordt gewerkt volgens de laatste richtlijnen (waaronder de Richtlijn Palliatieve sedatie).

Het ziekenhuis moet een eindverantwoordelijke aanwijzen, die deze zorgactiviteit kan declareren. De volgende zes specialismen kunnen palliatieve zorgactiviteiten boeken: interne geneeskunde, kindergeneeskunde, longgeneeskunde, neurologie, klinische geriatrie en anesthesiologie. Ziekenhuizen zijn zelf verantwoordelijk voor een correcte interne doorbelasting naar andere specialismen die bij de palliatieve zorg worden betrokken.

Dat palliatieve zorg tot op heden vooral gebruik is voor patiënten met kanker, heeft onder andere te maken met het ziektebeloop. Waar er voor patiënten met kanker meestal een duidelijk markeringsmoment is waarop duidelijk wordt dat de patiënt niet meer zal genezen, is de achteruitgang bij patiënten met hartfalen of andere aandoeningen veel geleidelijker.

³² Multidisciplinaire richtlijn hartfalen 2010.

³³ Cazemier, G., A. Richt, G. Oudenaarden en J. Postma (2010). Functionele analyse netwerken palliatieve zorg. BMC, Amersfoort.

Juist die geleidelijke ontwikkeling maakt het extra belangrijk dat goede zorg in de laatste levensfase en goede stervensbegeleiding voor die patiënten in een vroegtijdig stadium besproken worden. Hierin ligt een uitdaging voor specialisten waar een monodisciplinaire en op curatie en levensverlenging gerichte traditie heerst. Zo is het te verwachten dat deze inzichten een verbetering kunnen betekenen voor de zorg voor patiënten met terminaal hartfalen.

2.7 Deelconclusie: Cardiologische zorg in een isolement

De cardiologische zorg in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis verkeerde in een isolement.

In het Ruwaard van Putten Ziekenhuis werd de cardiologische zorg in de periode 2010 – 2012 geleverd door ervaren, maar veelal solistisch werkende cardiologen. De polikliniek was hun belangrijkste werkterrein: zij hielpen daar grote aantallen patiënten en hadden daardoor weinig tijd voor de zorg in de kliniek. De cardiologen reflecteerden weinig op het eigen handelen en dat van hun collega-cardiologen. Ook zochten ze weinig samenwerking met andere disciplines. Er waren lange tijd onduidelijkheden over het hoofdbehandelaarschap. Ten slotte was de werkdruk op de afdeling cardiologie hoog. De tekortkomingen in de zorg konden ontstaan en voortduren doordat de afdeling en de individuen daarbinnen geïsoleerd werkten, waarbij correctiemechanismen onderling en van buitenaf ontbraken. Daarmee waren deze factoren zelfversterkend.

De relatie tussen problemen in de organisatie van de zorg enerzijds en uitkomsten van de zorg anderzijds is ambigu. De bevindingen van de commissie Danner illustreren dat. De commissie constateert dat de vermijdbare sterfte in het ziekenhuis niet afwijkt van enkele andere ziekenhuizen, hoewel het Ruwaard van Putten Ziekenhuis aanzienlijke problemen kende in de samenwerking en sturing. Niettemin is de Onderzoeksraad van oordeel dat een goede sturing en samenwerking bevorderlijk zijn voor de kwaliteit van zorg. Verbetermechanismen die kunnen helpen om foutkansen te reduceren, functioneren dan immers beter.

De zorg voor terminale hartpatiënten in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis bood weinig ruimte voor aandacht voor de behoeften en verwachtingen van patiënten en hun naasten.

Door het geïsoleerd werken was er sprake van risico's, met name in die zorgdomeinen waar onderling overleg, intercollegiale consultatie, goede communicatie met en persoonlijke aandacht voor patiënt en diens naasten, vereist zijn. Zorg rond het levenseinde is daar een voorbeeld van. Dit is complexe zorg, niet in de eerste plaats in medisch-technisch opzicht, maar vooral in psychosociaal opzicht. Sommige cardiologen in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis hebben dit niet onderkend. Patiënten en hun naasten bleven soms, doordat met hen niet goed werd gecommuniceerd, in onzekerheid over wat hen te wachten stond:

herstel, verlichting van de symptomen, of overlijden. Ook was er bij sommigen twijfel over de wenselijkheid of de noodzaak van morfine. Dit leidde tot gevoelens van onveiligheid en onzekerheid, soms ook achteraf, soms ook bij zorgverleners.

De zorg voor terminale hartpatiënten in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis was niet gebaseerd op de laatste inzichten.

De behandeling en begeleiding van hartfalenpatiënten in de stervensfase week af van de laatste inzichten, met name voor wat betreft de communicatie met patiënten, de dossiervoering en het gebruik van morfine.

Morfine is weliswaar een probaat middel tegen pijn en benauwdheid, maar brengt het risico met zich mee van onrust en verwardheid. Daarom dient de dosering nauwkeurig te worden afgestemd op de veronderstelde mate van pijn en/of benauwdheid. Wanneer de patiënt dan nog niet comfortabel is, dan is verdere ophoging van de morfinedosis niet geïndiceerd vanwege de bijwerkingen. Hiervoor is andere medicatie aangewezen, zoals onder andere in de KNMG-Richtlijn Palliatieve sedatie beschreven staat. De cardiologen in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis pasten deze inzichten echter tot 2012 nog niet toe.

De wijze van gebruik van morfine in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis was niet uitzonderlijk. Ondanks het feit dat morfine ongeschikt is om te sederen, werd het daar in het verleden wel veel voor gebruikt. Verder bleken er in 2010 nog relatief veel specialisten te denken dat morfine het sterven kan versnellen en kwam het ook nog voor dat zij het daarvoor gebruikten.

Uit het onderzoek bleek ook dat de ontwikkeling van kennis en instrumenten vooral gericht is op palliatieve zorg voor kankerpatiënten en dat andere specialismen de door oncologen opgedane inzichten nog niet altijd hebben vertaald naar hun eigen vakgebied. Ook daarin zijn de cardiologen in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis niet uitzonderlijk.

Om de achtergronden van het isolement te kunnen begrijpen, is het nodig om de context van de afdeling cardiologie te bekijken binnen het ziekenhuis. Dit gebeurt in het volgende hoofdstuk.

3 PATSTELLING BINNEN HET ZIEKENHUIS

3.1 Inleiding

De analyse van de tekortkomingen in het leveren van zorg aan terminale hartpatiënten in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis laat een aantal factoren zien die specifiek golden voor de afdeling cardiologie. Maar de belangrijkste conclusie, dat professionals op een solistisch werkende afdeling gemakkelijk terecht kunnen komen in een situatie waarin de randvoorwaarden voor goede en veilige zorg uit beeld raken, hangt samen met de totale organisatie van zorg in een ziekenhuis. Dit onderzoek naar de context waarbinnen het Ruwaard van Putten Ziekenhuis zorg werd verleend, laat namelijk zien dat problemen op de afdeling cardiologie konden ontstaan en voortduren als gevolg van structurele samenwerkingsproblemen in de sturing van het ziekenhuis.

De sturingsproblemen werden veroorzaakt door een patstelling tussen raad van bestuur en medisch specialisten. Want hoewel de raad van bestuur formeel eindverantwoordelijk is voor de besturing van een ziekenhuis, bestaat er in de praktijk een wederzijdse afhankelijkheid met de medisch specialisten. De patstelling zorgde ervoor dat de in het vorige hoofdstuk beschreven randvoorwaarden voor het leveren van veilige zorg die recht doet aan de sociale complexiteit (zoals multidisciplinaire samenwerking en professionele reflectie), ook op andere afdelingen niet altijd op orde waren. Dit gold onder meer voor anesthesiologie, neurologie en interne geneeskunde, waarbij verschillende medisch specialisten na conflicten zijn vertrokken. De conflicten hadden met name betrekking op het solistische werken van een of meerdere medisch specialisten. Deze manier van werken leidde tot slechte samenwerking, binnen de vakgroepen en met andere vakgroepen, en tot onvoldoende intercollegiale toetsing. Daardoor konden onvolkomenheden in medisch handelen inclusief de bejegening van patiënten lang voortduren.

Er bestond binnen het Ruwaard van Putten Ziekenhuis een eilandcultuur waarin medisch specialisten en afdelingen in hoge mate gericht waren op het eigen werk en zelf bepaalden hoe de zorg werd geleverd. Een voorbeeld hiervan is het feit dat de KNMG-richtlijn Palliatieve sedatie binnen de afdeling oncologie wel vanaf 2009 in gebruik was, maar dat medisch specialisten en verpleegkundigen van andere afdelingen (waaronder cardiologie) daarvan niet op de hoogte waren. Onderdeel van de eilandcultuur was dat zorgprofessionals elkaar weinig stimuleerden om multidisciplinair samen te werken en kritisch te reflecteren op het eigen handelen en dat van collega's. Ook de verpleegkundigen, die een cruciale rol spelen in de dagelijkse zorgverlening, slaagden er vaak niet in om verbeteringen tot stand te brengen. Verpleegkundigen hadden tot 2013 ook geen vertegenwoordigend orgaan (zoals een Verpleegkundige Adviesraad) dat hun zorgen op ziekenhuisniveau kon verwoorden en kon bijdragen aan het ziekenhuisbeleid.

In dit hoofdstuk wordt beargumenteerd dat de situatie van solistisch werkende afdelingen en medisch specialisten, met alle bijkomende risico's voor de kwaliteit en veiligheid van zorg, kon voortduren vanwege sturingsproblemen op ziekenhuisniveau. Ook wordt beschreven door welke drie onderliggende factoren deze sturingsproblemen zijn veroorzaakt. Als gevolg van de sturingsproblemen was de kwaliteit van de zorgverlening in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis voor een groot deel afhankelijk van de competenties en motivatie van de individuele professionals. Er bestond geen systeem waarin het verlenen van goede zorg werd gestimuleerd en problemen werden gesignaleerd en gecorrigeerd. Aan de hand van voorbeelden wordt duidelijk gemaakt dat het gelijktijdig optreden van drie onderliggende factoren ervoor zorgde dat bestuurders en medisch specialisten in een disfunctionele relatie terecht kwamen die zij niet meer konden doorbreken. Aan het einde van het hoofdstuk wordt geconstateerd dat de onderliggende factoren voor de problematiek niet uniek zijn voor het Ruwaard van Putten Ziekenhuis, maar ook binnen andere ziekenhuizen kunnen voorkomen.

3.2 Het probleem: Een patstelling tussen raad van bestuur en medisch specialisten

Uit het onderzoek blijkt dat het centrale probleem binnen het Ruwaard van Putten Ziekenhuis was dat de raad van bestuur en de medisch specialisten niet tot een gezamenlijke, integrale sturing van het ziekenhuis kwamen. Er bestond een patstelling waarin beide partijen vasthielden aan hun eigen positie en belangen. Omdat een gezamenlijke visie op en verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid van zorg ontbrak, konden problemen in de zorgverlening ontstaan en voortduren. Raad van bestuur en medisch specialisten stonden bij de aanpak van problemen vaak lijnrecht tegenover elkaar, terwijl ook binnen de medische staf zelf onenigheid bestond. De patstelling bestond al zeker vier jaar voordat het ziekenhuis in de zomer van 2013 failliet ging, maar volgens verschillende betrokkenen al enkele jaren langer.

De patstelling werd zichtbaar doordat strategische keuzes veelal vooruit werden geschoven en veranderingen in organisatiebeleid niet, deels of slechts na lange tijd werden doorgevoerd. Zo slaagden raad van bestuur en medisch specialisten er in de periode 2008-2012 niet in om duidelijke keuzes te maken welke zorg het Ruwaard van Putten Ziekenhuis als basisziekenhuis wel en niet wilde aanbieden. Als gevolg hiervan had het ziekenhuis geen duidelijk profiel voor andere zorgorganisaties en patiënten en verloor het volgens betrokkenen in het ziekenhuis marktaandeel aan concurrenten in de omgeving. Portfoliokeuzes van individuele maatschappijen waren een repeterend onderwerp van discussie tussen medisch specialisten en de raad van bestuur. Ook met betrekking tot andere problemen kwamen raad van bestuur en medisch specialisten vaak niet tot een gezamenlijke aanpak. Zo was er bijvoorbeeld lang onduidelijkheid over wijzigingen in organisatiestructuur, het beleid rondom hoofdbehandelaarschap, de bekostiging van arts-assistenten en verliep het doorvoeren van verbeteringen naar aanleiding van gemelde incidenten, vaak moeizaam. De patstelling op ziekenhuisniveau leidde in sommige gevallen tot moedeloosheid bij individuele professionals, managers en kwaliteitsfunctionarissen die veranderingen wilden doorvoeren en dit niet voor elkaar kregen.

Ook medewerkers en medisch specialisten die nieuw in het ziekenhuis kwamen, gingen vaak vol enthousiasme aan de slag, maar kwamen terecht in een situatie waarin pogingen tot verandering vaak strandden vanwege het ontbreken van steun van raad van bestuur en medische staf. Zij vertrokken dan weer of schikten zich in de heersende cultuur. De veiligheidscoördinator had een belangrijke signalerende functie, maar beschikte over weinig doorzettingsmogelijkheden, onder meer doordat die rol onvoldoende formeel was vastgelegd. Dit alles leidde ertoe dat het Ruwaard van Putten Ziekenhuis in een negatieve spiraal terecht kwam.

Ondanks de problemen zijn in de afgelopen jaren wel degelijk enkele ziekenhuisbrede initiatieven ontplooid die de kwaliteit van de zorg beoogden te verbeteren. Na stevige inspanningen van enkele betrokkenen werd de behandeling van patiënten die waren overleden vaker geëvalueerd (necrologiebesprekingen), was er een actieve Veiligheidscommissie Patiëntenzorg die trachtte bij te dragen aan het leren van meldingen en calamiteiten, werd een elektronisch voorschrijfsysteem voor medicatie ingevoerd en werd een spoedinterventieteam opgezet. Ook onderkende de raad van bestuur in 2011 het nut om dossiers van overleden patiënten te onderzoeken en zorgde hij voor interne opleidingen tot dossieronderzoeker van medisch specialisten en verpleegkundigen. Daarbij plaatsten de dossieronderzoekers kanttekeningen bij het gebruik van morfine. Ondanks de aanwezigheid van medisch specialisten en een manager tijdens de opleiding, leidde deze constatering echter niet tot correcties van de gangbare praktijk. Ten slotte schakelde de raad van bestuur Medirede in om dossieronderzoek te doen naar aanleiding van de hoge sterftcijfers bij enkele cardiologische aandoeningen in het jaar 2010. Dergelijke verbeterinitiatieven moeten echter met name worden toegeschreven aan de intensieve betrokkenheid van gemotiveerde individuen, en in veel mindere mate aan een gezamenlijke sturing door raad van bestuur en medisch specialisten op ziekenhuisniveau. Het opzetten van werkgroepen en het proberen te leggen van 'bypasses' door individuen kon het gebrek aan gezamenlijke sturing niet compenseren.

De patstelling binnen het ziekenhuis werd veroorzaakt en in stand gehouden door drie factoren. Deze factoren hangen met elkaar samen, maar kennen ieder ook hun eigen dynamiek. De eerste factor gaat over het belang van goede persoonlijke verhoudingen in de sturing van een ziekenhuis, de tweede factor over de invloed van financiële prikkels en de derde factor over de noodzaak van het gezamenlijk nemen van verantwoordelijkheid door raad van bestuur en medisch specialisten.

3.3 Factor 1: Verstoorde verhoudingen tussen bestuurders en medisch specialisten

De eerste factor die heeft geleid tot de patstelling binnen het Ruwaard van Putten Ziekenhuis is een combinatie van verstoorde verhoudingen tussen bestuurders en medisch specialisten en tussen medisch specialisten onderling. In de periode tot 2010 ontstond bij een deel van de medisch specialisten onvrede met het gevoerde beleid in het ziekenhuis en de soms als directief ervaren bestuursstijl van de toen al geruime tijd zittende bestuurder. De kritiek was verder dat de raad van bestuur vooral bezig was met financiën en beheer en weinig gericht was op het verbeteren van de zorg. De medische staf had daartoe graag een medicus in de raad van bestuur gezien.

Tegelijkertijd probeerde de raad van bestuur wel degelijk om door verandertrajecten de zorg te verbeteren, bijvoorbeeld rondom het leren van incidenten (Veilig Incident Melden, dossieronderzoek, necrologiebesprekingen), maar genoot hij weinig vertrouwen en gezag bij de medisch specialisten. Deze waren niet bereid de raad van bestuur mee te laten denken bij beslissingen die te maken hadden met het organiseren en leveren van zorg. Met name de in 2011 aangestelde medisch bestuurder genoot als basisarts zonder ervaring in een ziekenhuis weinig gezag onder de stafleden.

Het gevolg was dat beide partijen zich terugtrokken binnen hun domein; de raad van bestuur hield zich vooral bezig met de organisatie en de financiële gezondheid van het ziekenhuis en de medisch specialisten met het leveren van zorg. Er was nauwelijks sprake van een gezamenlijke visie op de strategie van het ziekenhuis en het verbeteren van kwaliteit en veiligheid van zorg. De verstoorde verhoudingen leidden in de periode tot 2011 onder andere tot het vertrek van de bestuurder en tot wisselingen in het bestuur van de medische staf.

Ook tussen de medisch specialisten onderling was onenigheid. Deze werd met name veroorzaakt door verstoorde verhoudingen tussen verschillende invloedrijke medisch specialisten. Periodes waarin niet tot nauwelijks werd gecommuniceerd werden afgewisseld met periodes van conflicten. Geen van de collega-medisch specialisten, raad van bestuur of raad van toezicht was in staat bij te dragen aan een oplossing van de problemen. Het mag geen verwondering wekken dat het in een dergelijke sfeer niet mogelijk was om te komen tot een constructieve, gezamenlijke visie op kwaliteit en veiligheid in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis. Het versterkte bij veel medisch specialisten de neiging om zich vooral te richten op het eigen werk en de eigen vakgroep/maatschap, en niet bij te dragen aan een ziekenhuisbrede sturing. Hierdoor raakten zaken als multidisciplinaire samenwerking en intercollegiale toetsing, belangrijk onder meer voor het leveren van goede palliatieve zorg, verder uit beeld.

Het vertrek van de bestuurder eind 2010 was de eerste in een reeks van bestuurswisselingen. Vanaf dat moment tot aan het faillissement in juli 2013 zijn op verschillende posities in totaal zes bestuurders (waarvan drie ad interim) actief geweest in het ziekenhuis. Op aandringen van de medische staf had een aantal van hen een medische achtergrond, maar ook dat leidde nauwelijks tot een verbetering van de verhoudingen. De discontinuïteit in de raad van bestuur droeg eraan bij dat de bestuurders en medisch specialisten niet toekwamen aan het opbouwen van een vertrouwensband, wat nu juist zo noodzakelijk was om te komen tot een gezamenlijke sturing.

3.4 Factor 2: Discussies over financiën in plaats van over kwaliteit en veiligheid van zorg

Het gebrek aan vertrouwen tussen de betrokkenen in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis werd versterkt door regelmatig terugkerende discussies over geld. De discussies speelden zich af tussen raad van bestuur en medische staf en tussen medisch specialisten onderling. Om de achtergronden hiervan beter te kunnen begrijpen, is het goed kort stil te staan bij de wijze waarop ziekenhuiszorg wordt bekostigd (zie kader).

Bekostiging van ziekenhuiszorg

Bekostiging van ziekenhuizen

Sinds 2005 ontvangen ziekenhuizen in Nederland het grootste deel van hun geld op basis van het aantal Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) dat zij jaarlijks uitvoeren (naast een vaste vergoeding, de 'beschikbaarheidsbijdrage'). Een DBC staat voor het volledige traject dat een patiënt doorloopt in een ziekenhuis (bij bijvoorbeeld een hartoperatie), van diagnose tot behandeling tot nazorg. In 2012 is de DBC vervangen door de DBC Op weg naar Transparantie (DOT), maar de systematiek bleef op hoofdlijnen hetzelfde. Ziekenhuizen en zorgverzekeraars maken jaarlijks afspraken over het aantal DOT's dat een ziekenhuis mag uitvoeren (de 'productie'). De afspraken worden gebaseerd op de financiële kaders die door de overheid worden gesteld, historische productiegegevens, verwachte ontwikkelingen in de zorgvraag en de prestaties van individuele ziekenhuizen. Van dit systeem gaan twee financiële prikkels uit. Omdat de prijs voor iedere DOT aan het begin van het jaar vaststaat, worden ziekenhuizen gestimuleerd om zo efficiënt mogelijk te werken. Dat wil zeggen: per DOT zo min mogelijk kosten te maken, want de totale opbrengst is al bekend. Daarnaast hebben de ziekenhuizen een prikkel om een zo hoog mogelijke productie met de verzekeraars af te spreken, want dat betekent meer inkomsten. Nadat de hoogte van de productie eenmaal is bepaald, dient een ziekenhuis er echter wel voor te zorgen dat er niet meer wordt geproduceerd dan is afgesproken. Deze extra productie wordt namelijk niet vergoed door de verzekeraars.

Inkomens van vrijgevestigde medisch specialisten

De inkomens van medisch specialisten vormen een belangrijk onderdeel van de totale kosten van ziekenhuiszorg. In aanvulling op de DBC/DOT-systematiek is daarom beleid gemaakt om deze kosten te begrenzen.³⁴ Dit beleid bestaat uit drie stappen. De eerste stap is het maken van landelijke afspraken: het makro kader medisch specialisten. Dit is het totale budget dat in Nederland aan honoraria van medisch specialisten mag worden besteed. De tweede stap bestaat eruit dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) het totaal beschikbare budget verdeelt over de ziekenhuizen op basis van historische omzetten. Zo geldt voor elk ziekenhuis een omzetplafond voor alle daar werkzame vrijgevestigd medisch specialisten. De derde stap is dat medisch specialisten onderling afspraken maken over hoe zij het budget verdelen dat voor hun ziekenhuis is vastgesteld. De raad van bestuur van een ziekenhuis speelt hierin formeel geen rol, met uitzondering van een zogenaamd variabel deel van minimaal 15% en maximaal 25%. Dit deel krijgen medisch specialisten uitgekeerd wanneer zij aan een aantal in het ziekenhuis te bepalen criteria hebben voldaan (zoals participatie in kwaliteitsprogramma's, onderzoek en innovatie).

34 NZa, Beheersmodel honoraria vrijgevestigd medisch specialisten (BR/CU-2106), 2013.

In de praktijk blijkt dat het afgesproken variabele deel vaak aan de lage kant is (vaak 15%, soms zelfs lager hoewel dat formeel niet mag). Het meest gebruikte criterium is deelname aan een programma om het individuele functioneren van medisch specialisten te beoordelen.³⁵

Het collectief van vrijgevestigde medisch specialisten is vrij om te bepalen hoe ze het honorariumbudget voor hun ziekenhuis verdelen over de maatschappen. Noch de raad van bestuur, noch externe partijen kunnen hierop invloed uitoefenen. Veelal wordt de verdeling van de honoraria bepaald aan de hand van het aantal opnames, ligdagen en eerste polikliniekbezoeken. Hiermee trachten medisch specialisten tot een zo objectief mogelijk verdelingssysteem te komen en discussies over geld zoveel mogelijk te voorkomen. Deze nadruk op productiecriteriën leidt er echter wel toe dat kwaliteit van zorg, die veel moeilijker te kwantificeren is, vaak geen criterium is bij de verdeling van het geld.

Voor 2012 was het inkomen van medisch specialisten grotendeels afhankelijk van het aantal DBC's dat ze produceerden. Het was voor medisch specialisten daarmee financieel gunstig om veel te produceren. Omdat hierdoor het macrokader medisch specialisten enkele jaren fors werd overschreden, en de overheid achteraf extra geld moest bijleggen om alle honoraria te betalen, is afgesproken dat dit kader van 2012 tot 2015 met maximaal 2,5% per jaar mag stijgen.³⁶ Door deze en andere wijzigingen is de prikkel tot productie inmiddels grotendeels verdwenen. Met de invoering van de zogenaamde integrale bekostiging per 2015 zal er nog meer veranderen, zowel voor de inkomens van de vrijgevestigde medisch specialisten als voor de bekostiging van de ziekenhuizen.³⁷

Wederzijdse afhankelijkheid

De bekostigingssystematiek zorgt ervoor dat raden van bestuur en medisch specialisten financieel van elkaar afhankelijk zijn. De raad van bestuur in een ziekenhuis is namelijk verantwoordelijk voor de faciliteiten en ondersteuning (zoals het gebouw, apparatuur en de inzet van verpleegkundigen), terwijl de medisch specialisten gebruik maken van die faciliteiten om hun zorg te kunnen verlenen. Het ziekenhuis is voor zijn inkomsten afhankelijk van de productie die medisch specialisten maken. De verschillen in bekostiging van ziekenhuizen en medisch specialisten zorgde er tot 2012 voor dat de belangen van beide partijen niet altijd parallel liepen. Ziekenhuizen dienden namelijk binnen de productieafspraken te blijven die met de zorgverzekeraars waren afgesproken (zij kregen extra productie over het algemeen niet betaald), terwijl medisch specialisten hun extra productie destijds altijd betaald kregen.

³⁵ Marselis, D., 'Variabel salaris moet kwaliteit verhogen.', Mednet Volume 6, Issue 4, pp 15-17, April 2013.

³⁶ Orde van Medisch Specialisten, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuis, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Convenant Bekostiging vrijgevestigd medisch specialisten transitie 2012-2014, 31 mei 2011.

³⁷ NZa, Advies Integrale tarieven medisch specialistische zorg 2015, 28 juni 2013.

De discussies tussen de medisch specialisten van het Ruwaard van Putten Ziekenhuis gingen met name over de wijze waarop zij het honorariumbudget zouden verdelen tussen de maatschappen. Uitgangspunt bij deze verdeling was dat geld en kwaliteit van elkaar waren gescheiden. Met andere woorden: de medisch specialisten baseerden de verdeling van geld op de hoogte van de productie en het beslag dat iedere maatschap legde op voorzieningen in het ziekenhuis. Bij de verdeling speelden kwaliteit van zorg en zaken als deelname aan veiligheidsprogramma's geen rol. De verdeling van gelden leverde voortdurend interne conflicten op. Een voorbeeld was de maatschap dermatologie die begin 2013 van mening was dat de hoge kwaliteit die zij leverden financieel beter gehonoreerd diende te worden. In 2012 leidde onenigheid over de verdeling er zelfs toe dat een aantal maatschappen bijna een kort geding aanspanden tegen een aantal van hun collega's. Deze voorbeelden tonen aan dat het huidige verdeelmodel gemakkelijk kan zorgen voor conflicten en kan afleiden van inhoudelijke gesprekken over kwaliteit en veiligheid van zorg. De discussies over de verdeling van het budget werden nog eens extra onder druk gezet door de slechte persoonlijke verhoudingen tussen een aantal medisch specialisten.

Ook in de interactie tussen raad van bestuur en medisch specialisten ging het vaak over geld, met name over de wijze waarop de raad van bestuur de medisch specialisten diende te faciliteren in het bieden van zorg. De medische staf van het Ruwaard van Putten Ziekenhuis richtte zich in de discussie vooral op de noodzaak van betere apparatuur en meer investeringen in het zorgproces, zoals beleidsmedewerkers, PR-functionarissen, physician assistants en nieuwe apparatuur. De raad van bestuur was tot eind 2010 terughoudend in het intensiveren van de investeringen³⁸ omdat hij er vaak niet van overtuigd was dat de door de medisch specialisten gevraagde faciliteiten daadwerkelijk zouden renderen in termen van kwaliteit en geld. In plaats daarvan drong de raad van bestuur aan op een verbetering van de attitude van medisch specialisten, ofwel de intrinsieke gemotiveerdheid om het werk continu te verbeteren. De medisch specialisten zagen dit als een te geringe bereidheid om te investeren. De houding van de raad van bestuur komt deels voort uit de destijds geldende systematiek van de afspraken met zorgverzekeraars. Indien eenmaal het productieplafond was afgesproken, had een verhoging van de productie door extra investeringen voor het ziekenhuis geen zin. Extra productie leidde voor de medisch specialisten wel tot extra inkomsten. Hiermee werd een tegengesteld belang van raad van bestuur en medisch specialisten zichtbaar.

Omdat zij beducht waren voor nog meer conflicten, kozen de raad van bestuur en de medisch specialisten ervoor geen harde eisen te stellen aan het uitbetalen van het variabele deel van het honorariumbudget (15% in het geval van het Ruwaard van Putten Ziekenhuis). Er werden wel voorwaarden afgesproken voor een deel van het variabele budget (zoals correcte ontslagbrieven en juiste en volledige complicatieregistratie), maar het niet naleven hiervan leidde niet tot inhouding. De consequentie was dat de raad van bestuur de 15% bij het vaste deel van het honorariumbudget voegde. De medisch specialisten verdeelden deze 15% op dezelfde wijze als de overige 85%; specifieke activiteiten, bijvoorbeeld gericht op kwaliteit, werden niet financieel beloond.

³⁸ Het ziekenhuis was tot 2009 solvabel en stond enige tijd in de top 10 van de meest solvabele ziekenhuizen van Nederland.

Hierdoor bestond er voor medisch specialisten geen financiële prikkel om te investeren in het verbeteren van kwaliteit van zorg, bijvoorbeeld door het opzetten van multidisciplinaire overleggen. Integendeel, de verdeling van het volledige honorariumbudget op basis van productie leidde ertoe dat medisch specialisten een dief van hun eigen portemonnee zouden zijn wanneer zij bijvoorbeeld extra tijd zouden besteden aan gesprekken met patiënten en hun naasten (onder andere een belangrijke voorwaarde voor het leveren van goede palliatieve zorg).

Enkele langdurige conflicten over geld zetten de relatie tussen de raad van bestuur en medisch specialisten dusdanig onder druk dat wederzijds negatieve beeldvorming ontstond. De medisch specialisten kregen de indruk dat de raad van bestuur niet genegen was de zorgverlening op een goede manier te faciliteren. De raad van bestuur meende dat de medisch specialisten vooral met hun eigen praktijk en inkomen bezig waren. Een voorbeeld van een dergelijk langdurig conflict betrof de uitbreiding van maatschappen (onder andere de maatschap cardiologie, maar hetzelfde gold voor enkele andere maatschappen). Wanneer binnen een maatschap een hoge productie per medisch specialist wordt gemaakt, kan dat vanwege de hoge werkdruk risico's opleveren voor de kwaliteit en veiligheid van zorg. De raad van bestuur en het ziekenhuis als geheel hebben dan een belang bij het toetreden van een extra medisch specialist. Dit betekent echter voor de andere medisch specialisten in die maatschap dat het inkomen per persoon, zeker in de eerste periode, omlaag gaat. Om de medisch specialisten tegemoet te komen in de inkomensdaling, was de raad van bestuur van het Ruwaard van Putten Ziekenhuis bereid hen hierin financieel te compenseren en zo te stimuleren dat zij toch een extra medisch specialist in de maatschap zouden opnemen (iets waarover de raad van bestuur formeel geen zeggenschap heeft). De hoogte van de tegemoetkoming was in het ziekenhuis echter diverse malen onderwerp van discussie en zorgde er voor dat de benodigde uitbreiding in een aantal gevallen meer dan een jaar op zich liet wachten. Dat uitbreiding daardoor een aantal keren niet lukte of pas na langere tijd, gold niet alleen voor de maatschap cardiologie, maar ook voor enkele andere maatschappen. Deze en andere conflicten droegen bij aan een sfeer van wantrouwen en leidde ertoe dat discussies over kwaliteit en veiligheid, als ze al gevoerd werden, veelal werden overschaduwd door financiële overwegingen.

Al vanaf 2006 probeerde de raad van bestuur van het Ruwaard van Putten Ziekenhuis productiegroei te realiseren. Dit gebeurde onder andere door maatschappen aan te sporen uit te breiden, door buitenpoli's op te zetten en door themapoli's binnen het ziekenhuis te ontwikkelen. Het uitbreiden van de maatschappen kwam echter niet tot stand omdat de raad van bestuur en de medisch specialisten niet tot overeenstemming kwamen over de randvoorwaarden hiervoor. Daarnaast belemmerde het conflict binnen de anesthesiologie een efficiënte organisatie van electieve zorg en was een aantal maatschappen na de introductie van volumenormenten gedwongen complexe zorg af te stoten, zonder dat een toename van niet-complexe zorg werd gerealiseerd. Als gevolg van deze factoren werd de beoogde productiegroei de jaren erna niet gerealiseerd.

Eind 2010 vertrok de bestuurder van het Ruwaard van Putten ziekenhuis, voordat de begroting voor 2011 was vastgesteld. De nieuw aangetreden bestuurder stelde vervolgens een begroting vast die was gebaseerd op de productie van 2010 plus de al jaren beoogde groei.

Vanwege bovengenoemde factoren was deze doelstelling echter niet realistisch. Een kleine productiegroei in 2011 vormde dan ook onvoldoende compensatie voor hoge kosten voor de inhuur van extra personeel (waaronder intensivisten, anesthesiologen en OK-personeel) waarmee de raad van bestuur probeerde de productiegroei te realiseren. Het ziekenhuis raakte in de rode cijfers en moest fors reorganiseren. Deze reorganisatie, die tot doel had de (personeels)kosten weer in lijn te brengen met de inkomsten, veroorzaakte door de inkrimping van het personeelsbestand veel onrust. De kwaliteitsimpuls die het ziekenhuis in 2011 beoogde met het aantrekken van personeel, ging hierdoor volgens sommige betrokkenen weer verloren.

3.5 Factor 3: Geen gezamenlijke verantwoordelijkheid raad van bestuur en specialisten

De derde factor voor de patstelling in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis is dat de raad van bestuur en de medisch specialisten geen gezamenlijke verantwoordelijkheid namen voor de kwaliteit en veiligheid van zorg. Om dit te kunnen duiden, is het nodig kort aandacht te besteden aan de verhouding tussen een raad van bestuur en medisch specialisten binnen een ziekenhuis.

De relatie tussen de raad van bestuur en medisch specialisten in een ziekenhuis laat zich typeren als een contractrelatie. De partijen maken afspraken over de inhoud en randvoorwaarden van de zorgverlening en hebben elkaar nodig om uiteindelijk kwalitatief goede en veilige patiëntenzorg te kunnen leveren. De raad van bestuur van een ziekenhuis is volgens de Kwaliteitswet Zorginstellingen formeel eindverantwoordelijk voor de kwaliteit en veiligheid van zorg.³⁹ Voor het waarmaken hiervan is echter samenwerking met de medisch specialisten noodzakelijk. De raad van bestuur kan namelijk niet treden in de relatie tussen behandelaar en patiënt; daarbinnen heeft de medisch specialist een eigenstandige professionele verantwoordelijkheid. Tegelijkertijd heeft de medisch specialist de raad van bestuur nodig in het organiseren van randvoorwaarden waarbinnen zo goed mogelijke zorg kan worden geleverd, zoals effectieve zorgprocessen, goed toegerust personeel en een gezonde organisatie. De relatie tussen raad van bestuur en medisch specialisten wordt gekenmerkt door twee soorten contracten: een formeel contract en een 'sociaal contract'.

Het formele contract tussen een raad van bestuur en medisch specialisten bestaat uit expliciet vastgelegde afspraken die een juridische geldingskracht hebben. Zo worden in de toelatingsovereenkomst (een schriftelijke afspraak op basis waarvan vrijgevestigde medisch specialisten zorg mogen verlenen in een ziekenhuis) afspraken gemaakt over de wijze waarop de medisch specialisten kwalitatief goede en veilige zorg verlenen, de faciliteiten die het ziekenhuis levert en over de sancties wanneer een van de partijen tekort schiet. Daarnaast worden in veel ziekenhuizen jaarlijks zogenaamde 'service level agreements' overeengekomen waarin beide partijen de doelen en afspraken voor dat betreffende jaar vastleggen.

³⁹ Kwaliteitswet Zorginstellingen, 18 januari 1996.

Een ander voorbeeld van een formeel contract is het protocol 'mogelijk disfunctionerend medisch specialist' dat ziekenhuizen kunnen instellen. Dit geeft een raad van bestuur de mogelijkheid om onderzoek te doen bij vermoeden van disfunctioneren van medisch specialisten en disciplinaire maatregelen op te leggen, zoals berisping, schorsing en non-actiefstelling.

De aard van ziekenhuiszorg en de bijzondere positie van medisch specialisten leidt er echter toe dat alleen een formeel contract niet voldoende is voor een productieve relatie tussen raad van bestuur en medisch specialisten. Vanwege de eigenstandige, professionele verantwoordelijkheid van medisch specialisten voor de kwaliteit van zorg aan individuele patiënten, is er ook een sociaal contract nodig. Dit sociale contract bestaat uit impliciete afspraken over de manier waarop beide partijen met elkaar omgaan. In een effectief sociaal contract staan waarden als vertrouwen, betrouwbaarheid, gezag, respect en openheid centraal. Deze waarden kunnen niet op papier worden vastgelegd, maar moeten in de dagelijkse interactie tussen raad van bestuur en medisch specialisten vorm krijgen. Het sociale contract heeft een directe relatie met het formele contract. Bij afwezigheid van vertrouwen tussen raad van bestuur en medisch specialisten kunnen problemen niet op basis van gezamenlijkheid worden opgelost, maar moet worden gegrepen naar formele instrumenten die de relatie vaak schade toebrengen. Zo wordt het in werking stellen van het protocol 'mogelijk disfunctionerend medisch specialist' en het instellen van sancties op basis van de toelatingsovereenkomst gezien als zware maatregelen die vaak pas worden genomen op het moment dat er sprake is van grote en langdurige risico's voor de patiëntveiligheid.

Binnen het Ruwaard van Putten Ziekenhuis hadden raad van bestuur en medisch specialisten afspraken gemaakt in en op basis van formele contracten, maar zich niet verbonden aan een sociaal contract van respect en vertrouwen. Dat zorgde ervoor dat de partijen elkaar niet toe durfden te laten op het 'eigen' terrein en er geen gezamenlijke sturing op kwaliteit en veiligheid bestond. De medisch specialisten kregen vaak nul op het rekest wanneer zij invloed wilden uitoefenen op het ziekenhuisbeleid. Het nemen van strategische beslissingen was hierdoor vrijwel volledig het terrein van de raad van bestuur. Tegelijkertijd waren de medisch specialisten niet gericht op het geven van inzicht over de kwaliteit van de geleverde zorg aan de raad van bestuur. De raad van bestuur haalde zijn kwaliteitsinformatie daarom met name uit prestatie-indicatoren van de IGZ en Zichtbare Zorg,⁴⁰ onderzoeken naar patiënttevredenheid, klachtenregistraties, calamiteitenmeldingen en de visitaties die de wetenschappelijke vakverenigingen vijfjaarlijks bij alle vakgroepen uitvoerden. Dit leverde geen volledig beeld op van de dagelijks geleverde zorg. De consequentie hiervan was dat de raad van bestuur slechts een gefragmenteerd en niet up-to-date beeld van daadwerkelijk geleverde zorg had en niet in staat was bij te dragen aan kwaliteitsverbetering.

Het ontbreken van een productief sociaal contract tussen raad van bestuur en medisch specialisten binnen het Ruwaard van Putten Ziekenhuis zorgde ervoor dat de formele sturingsinstrumenten hun kracht verloren.

⁴⁰ In het project Zichtbare Zorg Ziekenhuizen werkten verschillende betrokken partijen vanaf 2007 tot 2012 samen aan de ontwikkeling en uitvraag van eenduidige sets kwaliteitsindicatoren.

Zo probeerden raad van bestuur en medisch specialisten tijdens de jaarlijkse onderhandelingen over de service level agreements kwaliteit en veiligheid als een criterium op te nemen. Dit lukte door wederzijds wantrouwen echter nauwelijks; het gesprek ging vooral over de financiële aspecten van de te leveren zorg. Daarnaast had de raad van bestuur van het Ruwaard van Putten Ziekenhuis na een langdurig traject de toelatingsovereenkomst met de anesthesiologen opgezegd. Dit leidde tot juridisch getouwtrek en onrust onder de overige medisch specialisten, wat tot gevolg had dat het onderlinge vertrouwen verder afnam. Uiteindelijk nam niemand echt verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en veiligheid van zorg in het ziekenhuis. Het versterkte de situatie waarin medisch specialisten vooral gericht waren op hun eigen werk en niet werden gesteund dan wel aangesproken door collega-specialisten of door de raad van bestuur.

Raad van toezicht

De raad van toezicht van het Ruwaard van Putten Ziekenhuis slaagde er niet in de patstelling tussen raad van bestuur en medisch specialisten te doorbreken. De raad van toezicht wist al voor het vertrek van de bestuurder eind 2010 van de verstoorde verhoudingen binnen het ziekenhuis en de problemen met visie en beleid. De raad van toezicht stelde eind 2010 een ervaren bestuurder ad interim aan, samen met een nieuwe medisch bestuurder, met de specifieke opdracht om de relatie tussen raad van bestuur en medisch specialisten te verbeteren. Verder schakelde de raad van toezicht een mediator in en voerde, al dan niet in het bijzijn van de voorzitter van de raad van bestuur, gesprekken met medisch specialisten. Hoewel de nieuwe bestuurders zich in 2011 inspanden om zaken in beweging te zetten, leidde dit alles niet tot verbeteringen in het sociaal contract tussen raad van bestuur en medisch specialisten; onder andere door het gebrek aan gezag van de medisch bestuurder bij de medische staf. De persoonlijke conflicten tussen bestuurders en medisch specialisten, de financiële problemen van het ziekenhuis en het zoeken naar een strategische samenwerkingspartner domineerden de agenda van de raad van toezicht. Kwaliteit en veiligheid van zorg waren geen vast onderdeel op de agenda.

3.6 Ervaringen elders

Over de relatie tussen raad van bestuur en medisch specialisten binnen ziekenhuizen is al langere tijd veel discussie. Zo constateert de Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ) in meerdere publicaties⁴¹ dat de raad van bestuur van een ziekenhuis niet in staat is om zijn verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en veiligheid van zorg te kunnen waarmaken. De RVZ is van mening dat een raad van bestuur onvoldoende formele mogelijkheden heeft om professionals (met name medisch specialisten) op een goede manier aan te sturen en dat er onvoldoende waarborgen bestaan om professionals in ziekenhuizen verantwoording over de geleverde zorg te laten afleggen aan de raad van bestuur. Omdat daarnaast intercollegiale toetsing vrijblijvend en besloten is, zou een raad van bestuur onvoldoende inzicht in de kwaliteit en veiligheid hebben en nauwelijks beschikken over mogelijkheden om verbeteringen af te dwingen.

⁴¹ RVZ, Governance en kwaliteit van zorg; RVZ, 2010, De relatie medisch specialist en ziekenhuis in het licht van de kwaliteit van zorg, 2009.

Ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg gaat uit van deze kwetsbaarheid wanneer zij stelt dat goed bestuur in een zorginstelling onder andere afhankelijk is van de voorwaarde dat zorgprofessionals de operationele verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid van zorg op zich nemen en hierover verantwoording afleggen aan de raad van bestuur.⁴²

Incidenten in Nederlandse ziekenhuizen gedurende de afgelopen jaren maken echter duidelijk dat sturingsproblemen binnen ziekenhuizen niet zozeer worden veroorzaakt door een gebrek aan formele instrumenten van raden van bestuur maar veeleer door een gebrek aan 'informele kwaliteiten' van bestuurders en medisch specialisten, zoals sociale vaardigheden, flexibele handelingsrepertoires en een gezamenlijk verantwoordelijkheidsgevoel. Met andere woorden: de sturingsmogelijkheden (formeel contract) zijn er, maar ze kunnen vaak niet effectief worden ingezet door een disfunctionele sociale context (sociaal contract).

Meerdere voorbeelden maken deze problematiek concreet en laten zien dat problemen in de interactie tussen raad van bestuur en medisch specialisten bepaald niet uniek zijn voor het Ruwaard van Putten Ziekenhuis. De voorbeelden zijn zeer divers, maar hebben gemeen dat een oplossing voor de problemen achterwege bleef vanwege een problematisch sociaal contract tussen raad van bestuur en medisch specialisten. Zo stelde de IGZ eind 2012 het VUmc onder verscherpt toezicht nadat bleek dat er binnen het ziekenhuis sprake was van ernstige, langdurige samenwerkingsproblemen tussen medisch specialisten. De raad van bestuur was niet bij machte om deze problemen op te lossen (ondanks het feit dat alle medisch specialisten in loondienst zijn). Eind 2011 werd het Refaja Ziekenhuis onder verscherpt toezicht gesteld vanwege onvolkomenheden in het operatieve proces. Hoewel deze onvolkomenheden al veel langer bekend waren, lukte het de raad van bestuur niet om samen met de medisch specialisten verbeteringen te realiseren. Ook de Onderzoeksraad zelf heeft in zijn eerdere rapporten over hartchirurgie in het UMC St Radboud (2008) en bariatrische chirurgie in het Schepert ziekenhuis (2011) laten zien dat de patiëntveiligheid in het geding komt op het moment dat raad van bestuur en medisch specialisten onvoldoende gezamenlijke verantwoordelijkheid nemen voor de sturing binnen een ziekenhuis. De voorbeelden tonen aan dat de patstelling in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis bepaald niet uniek is. De sturingsmogelijkheden zijn aanwezig, maar worden nutteloos als een gezamenlijk verantwoordelijkheidsgevoel van de betrokken partijen ontbreekt. De voedingsbodem die heeft geleid tot de problemen in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis is overal aanwezig en heeft al op verschillende plaatsen, niet alleen in kleine streekziekenhuizen, geleid tot onveilige patiëntenzorg.

42 IGZ, Toezichtkader Bestuurlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid, 2011.

3.7 Deelconclusie: Gebrek aan sturing door patstelling raad van bestuur en specialisten

Drie factoren leidden in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis tot een patstelling tussen medisch specialisten en de raad van bestuur: verstoorde verhoudingen, een focus op financiën, en een gebrek aan gezamenlijke verantwoordelijkheid.

De betrokken bestuurders en medisch specialisten slaagden er niet in om vanuit een gezamenlijk belang de patstelling te doorbreken en uitvoering te geven aan kwalitatief goede en veilige zorg. Ook de raad van toezicht kon deze patstelling niet doorbreken. Daardoor konden medisch specialisten solistisch (blijven) acteren, wat in verschillende gevallen (waaronder cardiologie en anesthesiologie) gevaren opleverde voor de kwaliteit en veiligheid van zorg. Ook konden andere belangen, zoals een sterke oriëntatie op productie, de boventoon voeren. Steun voor verbeterinitiatieven was veelal kortdurend en zelden ziekenhuisbreed. Leren en bijstellen van beleid lukte als gevolg hiervan door gaans alleen wanneer de veranderingen beperkt bleven tot het invloedsgebied van individuele initiatiefnemers of wanneer grote gezamenlijke belangen op het spel stonden. In deze omstandigheden komen team- en netwerkactiviteiten die van waarde zijn voor veilige zorg moeilijker op gang. Daar komt bij dat de financieringssysteem tot 2012, met name met betrekking tot de verdeling van honoraria voor medisch specialisten, niet verleide tot dergelijke activiteiten.

De analyse van de patstelling die bestond in de sturing van het Ruwaard van Putten Ziekenhuis, en de verbreding naar ervaringen elders, laat zien wat er gebeurt wanneer raden van bestuur en medisch specialisten zich terugtrekken op het 'eigen' terrein. Wanneer medisch specialisten intrinsiek gemotiveerd zijn om de kwaliteit en veiligheid van zorg te waarborgen, de raad van bestuur voldoende gezag geniet en de beide partijen op basis van vertrouwen met elkaar omgaan (wat in het merendeel van de ziekenhuizen het geval is), lukt het vaak goed om tot veilige zorg te komen. Zowel het formele als het sociale contract zijn dan in orde. Echter, wanneer deze voorwaarden ontbreken, bijvoorbeeld door een sterke onderlinge verdeeldheid tussen de medisch specialisten of onenigheid over de bestuursstijl van de raad van bestuur, komt de veiligheid van patiëntenzorg in gevaar. Medisch specialisten en afdelingen kunnen in een isolement terecht komen waarin correctiemechanismen van buiten geen plaats meer hebben. Dat kan ertoe leiden dat onveilige situaties kunnen ontstaan en voortduren. Dit onderzoek laat zien dat de problemen binnen het Ruwaard van Putten Ziekenhuis, die uiteindelijk zelfs hebben geleid tot een faillissement, niet uniek zijn maar overal kunnen ontstaan waar de raad van bestuur en medisch specialisten onvoldoende samenwerken aan het leveren van kwalitatief goede en veilige zorg.

4 DE BLIK VAN BUITEN

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe de voor dit onderzoek meest relevante externe partijen, namelijk de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC), het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) de afgelopen jaren de kwaliteit en veiligheid van zorg in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis hebben beoordeeld, welke informatie zij daarvoor hebben gebruikt en welke acties zij hebben ondernomen.

4.2 Visitaties door wetenschappelijke verenigingen

Een visitatie houdt in dat een vakgroep wordt getoetst door collega-medisch specialisten uit andere ziekenhuizen. Het belangrijkste doel van een visitatie is het faciliteren en stimuleren van het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Deelname aan visitatie eenmaal per vijf jaar is verplicht voor de herregistratie van medisch specialisten en daarmee noodzakelijk voor het mogen uitoefenen van het vak. Na afloop van een visitatie stuurt de visitatiecommissie een rapport met bevindingen aan de vakgroep zelf, het stafbestuur en de raad van bestuur. Een dergelijk rapport bevat onder andere bevindingen en voorstellen voor verbetermaatregelen.⁴³

De vakgroep cardiologie van het Ruwaard van Putten Ziekenhuis is voor het laatst gevisiteerd in 2008. De visitatiecommissie van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC) vond geen tekortkomingen in de kwaliteit en veiligheid van zorg en constateerde dat de afdeling goed georganiseerd was. Betrokkenen in het ziekenhuis waren volgens de visitatiecommissie tevreden over het werk van de cardiologen. Het enige probleem was dat een van de cardiologen gedurende langere tijd niet had gewerkt en nu volgens een bijzondere constructie, waarbij de cardioloog op papier deels waarnemer was van de eigen praktijk, weer aan de slag was gegaan. Aan deze constatering werden echter geen vervolgtacties verbonden. De commissie concludeerde dat de volgende visitatie conform de richtlijnen na vijf jaar (in 2013) zou plaatsvinden. Ook de Nederlandse Hartfunctie Vereniging (NHV) voerde in 2008 een visitatie uit. Deze vereniging van hartfunctielaboranten constateerde dat de samenwerking en communicatie tussen de laboranten en de cardiologen goed verliep.

Visitatiecommissies beschikken veelal over weinig tijd en informatie om potentiële misstanden op te merken. Zeker wanneer betrokkenen problemen niet zelf ter sprake brengen, is het voor een commissie moeilijk om ze op het spoor te komen.

⁴³ Orde van Medisch Specialisten, 31 januari 2011, Algemeen visitatiereglement voor kwaliteitsvisitaties.

Sinds 2008 hebben wetenschappelijke verenigingen, waaronder de NVVC, hun visitatieprocedures sterk aangescherpt. Het proces is veel intensiever geworden en vraagt veel meer voorbereiding van alle betrokkenen. De NVVC is kritischer gaan kijken, betreft ook dossiers in de visitaties, kijkt naar multidisciplinaire samenwerking, vraagt meer door en verzoekt eerder om tussentijdse terugkoppelingen van verbetermaatregelen.

Een belangrijke toetssteen bij de huidige visitaties is of cardiologen deelnemen aan regelmatige evaluatiegesprekken met collega's betreffende de kwaliteit en het persoonlijk handelen. De zeer hoge productie van de maatschap cardiologie in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis, de solistische wijze van werken en de gebrekkige dossiervoering zouden daardoor in een visitatie nieuwe stijl waarschijnlijk leiden tot vragen om vervolgacties van de cardiologen. Overigens worden zaken als incident- en calamiteitsmeldingen nog altijd niet meegenomen in visitaties en wordt de mening van patiënten slechts summier betrokken. Ondanks de aanscherping blijft het volgens betrokkenen onmogelijk voor een visitatiecommissie om alles boven tafel te krijgen wanneer medisch specialisten niet open zijn over het eigen functioneren.

Een wetenschappelijke vereniging als de NVVC kan problemen constateren maar heeft niet de mogelijkheden om die op te lossen. De oplossing daarvan ligt primair bij de betrokken maatschap en het ziekenhuis. Om partijen aan te sporen tot oplossingen te komen, intensificeert de NVVC bij problemen wel haar betrokkenheid door de periodes tussen de verschillende visitaties steeds korter te maken. De NVVC stuurt sinds enkele jaren de conclusies van de visitatie naar de betrokken raad van bestuur om te stimuleren dat kwaliteit van zorg onderwerp van gesprek is tussen raad van bestuur en cardiologen. Wanneer de partijen er niet in slagen om de problemen op te lossen, en de kwaliteit van patiëntenzorg gevaar loopt, kan de vereniging een melding doen bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Dat is uitzonderlijk, maar is de laatste jaren wel voorgekomen.

4.3 Accreditatie van het ziekenhuis

Een accreditatie is een kwaliteitscertificaat voor een zorginstelling. Een onafhankelijke organisatie geeft daarmee aan dat de zorginstelling voldoet aan bepaalde kwaliteitsnormen. Toetsing vindt plaats op de randvoorwaarden voor de zorg die de zorginstelling levert, niet op het medisch-inhoudelijk handelen van professionals. Dat laatste behoort tot het terrein van de visitaties en het toezicht door de IGZ. Een accreditatie is niet wettelijk verplicht, maar vaak wel een belangrijke voorwaarde bij de zorginkoop door verzekeraars. Daarnaast wordt een accreditatie door veel zorginstellingen gezien als een middel om zich te profileren. In Nederland worden diverse accreditatieprogramma's gehanteerd. De meeste ziekenhuizen in Nederland laten zich accrediteren conform het programma van het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ); sommige geven de voorkeur aan die van de Amerikaanse Joint Commission International (JCI) of het HKZ-schema (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector).

Het Ruwaard van Putten Ziekenhuis had vanaf 2008 een NIAZ-accreditatie.⁴⁴ De accreditatie van het ziekenhuis was vier jaar geldig en liep in juni 2012 af. Het ziekenhuis startte de procedure voor heraccreditatie in 2010 en doorliep in de periode daarna de gebruikelijke stappen.⁴⁵ Eind juni 2012, gedurende de periode waarin een van de drie bestuurders van het Ruwaard van Putten Ziekenhuis vertrok (een tweede vertrok in oktober 2012), besloot het NIAZ de accreditatie nog niet te continueren en benoemde verschillende punten die het ziekenhuis eerst moest verbeteren. Dat NIAZ het ziekenhuis niet heraccrediteerde komt mede doordat de eisen in 2012 strenger waren dan in 2008. Enkele van de verbeterpunten die NIAZ in 2012 constateerde, betroffen de meldingsbereidheid bij medisch specialisten (dit was in 2008 ook al een verbeterpunt), het aantoonbaar maken dat competenties en bevoegdheden van medewerkers aansluiten op de uit te voeren taken en het ontwikkelen van medisch-ethische kaders waarbinnen de zorg wordt verleend (dit waren nieuwe verbeterpunten). Daarnaast signaleerde het NIAZ een groot aantal punten waarop het ziekenhuis goed scoorde, waaronder een open cultuur en goede samenwerking tussen afdelingen, het melden en analyseren van incidenten en de informatievoorziening aan patiënten via de website. Nadat IGZ het Ruwaard van Putten Ziekenhuis in het najaar van 2012 onder verscherpt toezicht stelde, heeft het NIAZ de toets voor het komen tot een besluit over heraccreditatie opgeschort.

De ambitie om NIAZ-geaccrediteerd te worden, heeft binnen het Ruwaard van Putten Ziekenhuis vanaf 2005 (de eerste aanvraag van de accreditatie door het ziekenhuis) een aantal zaken in beweging gezet, maar niet geleid tot structurele verbetering. Processen en protocollen zijn duidelijker omschreven en verschillende managers, artsen en verpleegkundigen zijn met veel enthousiasme aan de slag gegaan met verbeterprojecten. Toch moet worden geconstateerd dat het voldoen aan de normen van het NIAZ vooral een traject van enkele toegewijde individuen is geweest, waarbij zij zeker verbeteringen bewerkstelligden. Het merendeel van de medisch specialisten was echter onvoldoende betrokken. Het doorlopen van de accreditatieprocedure heeft de betrokkenen in het ziekenhuis geen instrumenten geleverd voor het aanpakken van de structurele problemen. Dit komt mede doordat betrokkenen in het accreditatietraject de patstelling tussen raad van bestuur en medisch specialisten en het solistisch werken van een deel van de medisch specialisten niet naar voren hebben gebracht. Het valt op dat het NIAZ een 'open cultuur' en 'goede samenwerking tussen afdelingen' constateerde. Uit het onderzoek van de Onderzoeksraad komt nu juist naar voren dat een relatief gesloten cultuur en 'eilandvorming' een van de problemen van het Ruwaard van Putten Ziekenhuis was. Dit kan te maken hebben met de selectie van bepaalde, relatief goed lopende, zorgprocessen voor de accreditatie. De accreditatie bood geen zicht op de genoemde onderliggende problemen en kreeg daarmee deels het karakter van een toets op de 'papierwerkelijkheid'.

⁴⁴ Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg, Kerndocument, 26 november 2008.

⁴⁵ Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg, Accreditatieprocedure 2012, 15 december 2011.

4.4 Toezicht door de inspectie

De IGZ constateerde in de periode 2008 – 2012 diverse malen problemen binnen het ziekenhuis op het gebied van zorgverlening en samenwerking. Een van die problemen betrof de intensive care (IC) eind 2008. De aanleiding was een tekort aan intensivisten,⁴⁶ hoewel de IGZ tegelijkertijd constateerde dat goed functioneren van de IC werd bemoeilijkt door samenwerkingsproblemen tussen een aantal maatschappen. In samenwerking met ziekenhuizen in de omgeving werd een pool van intensivisten opgezet waardoor de IC in maart 2009 weer open kon. Uit de calamiteitenrapportages die het ziekenhuis in de jaren erna aan de IGZ verstreekte komen problemen naar voren met de dossiervoering, het systematisch evalueren van zorguitkomsten en het doorvoeren van verbeteringen naar aanleiding daarvan, het deskundigheidsniveau van zorgverleners (medisch specialisten, arts-assistenten en verpleegkundigen) en het functioneren van het Spoed Interventie Team. Eind 2009 meldde de raad van bestuur aan de IGZ dat er nog steeds samenwerkingsproblemen bestonden binnen de medische staf. Naar aanleiding daarvan heeft de raad van bestuur de eerste maanden van 2010 verschillende malen aan de IGZ gerapporteerd over de kwaliteit van zorg op de spoedeisende hulp, de intensive care en de operatiekamers. Ook verstreekte het ziekenhuis op verzoek van de IGZ personele indicatoren met betrekking tot ziekteverzuim, verloop en langdurig openstaande vacatures. De raad van bestuur hield de IGZ op de hoogte van de voortgang met betrekking tot problemen op de afdelingen neurologie en anesthesiologie. De IGZ heeft in de periode 2009-2012 verschillende malen (soms onverwachte) bezoeken gebracht aan het Ruwaard van Putten Ziekenhuis, onderzoek gedaan op afdelingen, gesproken met betrokkenen, waaronder raad van bestuur, raad van toezicht, stafbestuur en medisch specialisten, en aanbevelingen gedaan voor het verbeteren van de zorg en de organisatie daarvan.

De IGZ was eind 2009 op de hoogte van problemen in de verhoudingen tussen raad van bestuur en medische staf. Naar aanleiding van een melding over bestuurlijke problematiek van de raad van bestuur voerde IGZ eind 2009 en begin 2010 gesprekken met de raad van toezicht en het bestuur van de medische staf. De IGZ constateerde op basis van deze gesprekken dat de betrokkenen op de goede weg waren.

Ook constateerde IGZ op meerdere momenten dat het Ruwaard van Putten Ziekenhuis goed scoorde op indicatoren voor patiëntveiligheid. Volgens de IGZ liep het ziekenhuis vanaf 2008 in de pas met de implementatie van het veiligheidsmanagementsysteem (VMS) en de tien landelijke thema's op het gebied van patiëntveiligheid. In 2008 voldeed het VMS van het ziekenhuis volledig aan de geldende normen, in 2011 was er sprake van een accreditiebaar VMS (met een aantal aandachtspunten). Hierbij dient te worden opgemerkt dat de IGZ kijkt naar de randvoorwaarden die er binnen een ziekenhuis zijn om veilige zorg te leveren, zoals het hebben van een systeem voor het veilig melden van incidenten en het regulier uitvoeren van risicoanalyses.⁴⁷

⁴⁶ Een intensivist is een Intensive Care-specialist.

⁴⁷ Inspectie voor de Gezondheidszorg, Veiligheidsindicatoren ziekenhuizen, december 2010.

De IGZ toetst niet of medisch specialisten en verpleegkundigen de maatregelen in het kader van het VMS daadwerkelijk doorvoeren. Ook controleert de IGZ niet of door het VMS de veiligheid van zorg verbetert. Deze relatie is ook lastig aantoonbaar.

Het patiëntveiligheidsprogramma

Om de vermijdbare schade in ziekenhuizen terug te dringen, startte in 2007 een landelijk, integraal patiëntveiligheidsprogramma: 'Voorkom schade, werk veilig'. Het patiëntveiligheidsprogramma bestaat op hoofdlijnen uit twee onderdelen: het introduceren van een veiligheidsmanagementsysteem (VMS) in alle Nederlandse ziekenhuizen en het inzetten van gerichte interventies op tien thema's waarop veel winst kon worden behaald. De basiselementen van een VMS bestaan onder andere uit het formuleren van een veiligheidsbeleid, het uitvoeren van systematische risicoanalyses en het hebben van een systeem voor incidentmeldingen. De tien thema's gaan onder andere over het voorkomen van ziekenhuisinfecties, medicatiegerelateerde fouten en sterfte aan een plotselinge onverwachte hartaanval.

Eind 2010 werd in het ziekenhuis een nieuwe raad van bestuur aangesteld. Deze ging, in samenwerking met een nieuw bestuur van de medische staf, voortvarend aan de slag met verbeteringen. De IGZ sprak eind 2011 nog in een verslag haar vertrouwen uit dat de betrokkenen de gewenste verbeteringen in organisatie en kwaliteit van zorg tot stand konden brengen, hoewel het volgens de IGZ duidelijk was dat het ziekenhuis van ver moest komen. De IGZ bleef de ontwikkelingen dan ook volgen. Een aantal calamiteiten in combinatie met het hoge sterftecijfer dat eind 2011 bekend werd, zorgden voor steeds intensievere aandacht van de IGZ in de eerste helft van 2012. Het ziekenhuis liet Medirede naar aanleiding van het hoge sterftecijfer onderzoek doen naar dossiers van patiënten die waren overleden aan hartfalen en hartinfarcten. Het kritische rapport van Medirede dat de IGZ in november 2012 onder ogen kreeg, wees op problemen onder meer met diagnosestelling, hoofdbehandelaarschap en dossiervoering. Deze problemen trof de IGZ ook aan in verschillende analyses van calamiteiten in het ziekenhuis, onder andere bij de cardiologie. Door dit alles moest de IGZ concluderen dat de problemen structureel van aard waren, en besloot zij de afdeling cardiologie te sluiten, het ziekenhuis onder verscherpt toezicht te stellen, en nader onderzoek in te stellen naar andere afdelingen.

De Onderzoeksraad constateert dat het verscherpt toezicht op het Ruwaard van Putten Ziekenhuis niet uit de lucht kwam vallen, maar een logisch sluitstuk was van een periode van nauwe betrokkenheid van de IGZ bij het ziekenhuis. De IGZ heeft regelmatig aangedrongen op maatregelen. Het bleek in de praktijk echter moeilijk om problemen in de sturing van het ziekenhuis (in het bijzonder de disfunctionele relatie tussen raad van bestuur en medisch specialisten) te verbinden aan concrete problemen in de kwaliteit en veiligheid van de zorgverlening, en vice versa. Ook namen de concrete problemen wisselende gedaanten aan en deden zich voor op uiteenlopende afdelingen. Aangrijpingspunt voor de IGZ om het gesprek met de raad van bestuur te openen waren vaak incidenten of calamiteiten. De raad van bestuur ging daar mee aan de slag, maar de voedingsbodem voor de problemen bleef onveranderd.

Ook na aantreden van een nieuw bestuur van de medische staf en een nieuwe raad van bestuur, bleven de samenwerkingsproblemen binnen het ziekenhuis bestaan, zonder dat dat onmiddellijk duidelijk was voor de IGZ. Nadat eind 2011 bleek dat het ziekenhuis een hoge HSMR (sterftcijfers) had, heeft de IGZ de toezichtsrelatie in de loop van 2012 steeds verder geïntensiveerd. Het was in die periode van steeds intensiever toezicht onvermijdelijk dat de IGZ het vertrouwen in het ziekenhuis verloor na het lezen van de scherpe kritiek in het Medirede-rapport, en besloot tot maatregelen.

4.5 Ervaringen elders

De wijze waarop de drie externe partijen de afgelopen jaren hebben geoordeeld over de kwaliteit en veiligheid van zorg in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis, en de acties die zij daarop hebben ondernomen, zijn niet uniek voor dit ziekenhuis. De wijze van visitatie van de NVVC (en in hoofdlijnen ook van de andere wetenschappelijke verenigingen) en het accreditatieprogramma van het NIAZ is in ieder ziekenhuis grotendeels hetzelfde. Problemen zoals die zich in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis op afdelingsniveau bij cardiologie hebben voorgedaan, en op ziekenhuisniveau in de relatie tussen raad van bestuur en medisch specialisten, kunnen dus na visitatie en accreditatie ook in andere ziekenhuizen onzichtbaar blijven. Er zijn overigens wel verschillen in de mate waarin ziekenhuizen de accreditatie actief benutten.

Waar de NVVC en het NIAZ grotendeels een eenvormige procedure hebben die op alle ziekenhuizen van toepassing is, heeft de IGZ dat niet. De IGZ hanteert het 'Toezichtkader Bestuurlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid'. Hierin wordt gesteld dat naast 'harde' informatie over kwaliteit en veiligheid van zorg (zoals indicatoren), 'zachte' informatie van belang is voor goed toezicht. Zachte informatie wordt gedefinieerd als het aanvoelen dat er mogelijk problemen zijn en het vervolgens inzetten van vervolgonderzoek. De IGZ heeft een breed instrumentarium en besluit per casus hoe en wanneer verschillende instrumenten het beste kunnen worden ingezet. Door verschillende onderzoeksmethoden (zoals formele indicatoren, observaties op afdelingen en gesprekken met betrokkenen) te combineren, is de kans groter dat signalen over problemen binnen de instelling worden opgevangen. In veel gevallen leidt dit tot afdoende maatregelen. Het dilemma bij het optreden van de IGZ is altijd hoe lang een zorginstelling het vertrouwen krijgt om problemen op te lossen en wanneer het punt wordt bereikt waarop de IGZ formeel moet ingrijpen. Dit is een afweging die de IGZ per situatie maakt.

Voor de buitenwereld geldt dat zij vaak geen weet heeft van de problemen in een ziekenhuis tot het moment dat de IGZ of andere betrokkenen naar buiten treden. Wanneer de formele seinen (zoals kwaliteitsindicatoren die worden gebruikt voor externe verantwoording) op groen staan, is er voor patiënten en zorgaanbieders waarmee een ziekenhuis samenwerkt weinig aanleiding om extra kritisch te zijn. Dat roept de vraag op hoeveel waarde kwaliteits- en veiligheidsindicatoren hebben voor de buitenwereld, en onder welke voorwaarden. In het geval van het Ruwaard van Putten Ziekenhuis vormden de sterftcijfer (HSMR) op de afdeling cardiologie een signaal voor raad van bestuur en de IGZ dat de patiëntveiligheid in het geding was. Toch is ook op deze maat, hoe objectief deze op het eerste gezicht ook lijkt, het nodige af te dingen als betrouwbare veiligheidsindicator voor patiënten en andere betrokkenen.

Sterftcijfers

Behalve bezoeken in het kader van visitatie, accreditatie en toezicht vormen ook indicatoren als sterftcijfers een manier om de veiligheid in een ziekenhuis te beoordelen. Het sterftcijfer is een van de weinige 'output-indicatoren' die momenteel beschikbaar is. Output wil zeggen dat de indicator iets zegt over de uitkomst van zorg. De indicator bestaat uit het percentage patiënten dat gedurende een opname in het ziekenhuis is overleden en is gebaseerd op 50 diagnosegroepen die landelijk 80% van de sterfte in ziekenhuizen bepalen. Als in een ziekenhuis relatief veel patiënten overlijden, zou dat erop kunnen duiden dat er sprake is van potentieel vermijdbare sterfte en dus van onveilige zorg. Het zou echter ook kunnen dat het ziekenhuis veel complexe patiënten helpt met een hoog risico op overlijden, bijvoorbeeld door hun leeftijd of door een combinatie van aandoeningen. De Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR), een veelgebruikte indicator in de ziekenhuiszorg, zet daarom de werkelijke sterfte in een ziekenhuis af tegen de sterfte die op basis van de patiëntkenmerken kan worden verwacht. De HSMR heeft een signaalfunctie en kan aanleiding zijn voor vervolgonderzoek (zoals ook in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis is gebeurd). Nog niet alle ziekenhuizen zijn in staat een betrouwbare HSMR te berekenen, onder meer omdat sommige ziekenhuizen de basisregistratie (de Landelijke Medische Registratie LMR) nog niet uitvoeren. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport streeft er naar dat alle ziekenhuizen hun sterftcijfers gaan publiceren. Zij vindt dat zorgaanbieders en zorgprofessionals de maatschappelijke plicht hebben om informatie over hun kwaliteit, veiligheid en doelmatigheid te kennen en openbaar te maken. Zij acht het aan de sector zelf om te zorgen voor informatie die betekenisvol en betrouwbaar is.

Er is veel discussie over het gebruik van de HSMR. Er kunnen verschillende redenen zijn dat de HSMR hoger is dan het gemiddelde van de ziekenhuizen in Nederland, zonder dat binnen een ziekenhuis sprake hoeft te zijn van onveilige zorg. Zo zijn er in sommige regio's meer voorzieningen voor terminale zorg (zoals hospices) dan in andere regio's. Daardoor is het mogelijk dat binnen een ziekenhuis meer patiënten overlijden dan gemiddeld, simpelweg omdat een ziekenhuis zijn terminale patiënten niet kan overplaatsen. Dit gold ook voor het Ruwaard van Putten Ziekenhuis. Daarnaast vereist een betrouwbare indicator betrouwbare registratie en invoer. De praktijk laat regelmatig zien dat door fouten in de registratie de HSMR geen juiste weergave is van de werkelijkheid. Ook laat registratie vaak meerdere interpretatiemogelijkheden toe, waardoor bijvoorbeeld patiënten die op de spoedeisende hulp overlijden soms wel en soms niet voor de HSMR worden geregistreerd. Ook dit was aan de orde in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis.

Het voorgaande roept de vraag op waarvoor de HSMR zinvol gebruikt kan worden. Tot nu toe gebruiken ziekenhuizen en de IGZ de indicator vooral als aanleiding om te onderzoeken of er in een ziekenhuis inderdaad een veiligheidsprobleem bestaat. De raad van bestuur van het Ruwaard van Putten Ziekenhuis deed dat ook zo toen hij bureau Medirede een onderzoek liet uitvoeren naar de oorzaken van de hoge sterftcijfers bij patiënten die waren overleden aan een hartaandoening.

Die stap heeft in het ziekenhuis veel in gang gezet. Tegelijkertijd wordt de HSMR steeds vaker ook gebruikt als instrument voor verantwoording en onderlinge vergelijking van ziekenhuizen. Daarvoor lijkt de indicator in de huidige vorm niet geschikt omdat deze wel patiëntgerelateerde factoren meeweegt, maar geen andere factoren die een vertekening kunnen geven in de HSMR. Tevens is de maatstaf 'mortaliteit' voor veel aandoeningen geen goede indicator voor 'kwaliteit van zorg'. Ten slotte kan het gebruik van de indicator in de praktijk leiden tot ongewenste effecten, zoals het te snel ontslaan van patiënten of het weigeren en doorsturen van terminale patiënten zodat een betere HSMR score ontstaat.

4.6 Deelconclusie: Externe partijen konden de oorzaken van de patstelling niet wegnemen

Externe correctiemechanismen leidden niet tot verbeteringen in het ziekenhuis.

Geconcludeerd kan worden dat de visitatie door de NVVC in 2008, het accreditatietraject van het NIAZ van 2008 – 2012 en het toezicht van de IGZ tot 2012 niet hebben geleid tot het doorbreken van de patstelling in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis. De blik van buiten van deze partijen heeft medisch specialisten ook niet gestimuleerd of gedwongen om hun geïsoleerde positie te verlaten en structureel meer aandacht te besteden aan samenwerking en intercollegiale toetsing. De patstelling en de kwaliteits- en veiligheidsproblemen zijn lange tijd onzichtbaar gebleven voor de NVVC, het NIAZ en deels ook de IGZ.

De situatie in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis laat de complexe praktijk van het toezicht zien. De IGZ wist eind 2009 dat er problemen waren in de sturing van het ziekenhuis, in het bijzonder in de relatie tussen raad van bestuur en medisch specialisten en tussen medisch specialisten onderling. Het ziekenhuis was daar zeker niet uniek in. De IGZ hield de vinger aan de pols en probeerde de 'zachte' informatie die ze had verder uit te bouwen, aangezien de formele indicatoren voor patiëntveiligheid geen aanleiding gaven tot ingrijpen. Een relatie tussen de sturingsproblemen (gebrekkige communicatie, onvoldoende samenwerking, geen gezamenlijke verantwoordelijkheid) en problemen in de zorgverlening is echter vaak moeilijk aan te tonen. Bovendien namen concrete problemen in de zorgverlening wisselende gedaanten aan en deden zich voor op uiteenlopende afdelingen. Een nieuwe raad van bestuur leek in 2011 de zaken steeds beter op orde te krijgen. De concrete problemen in de zorgverlening (harde informatie) werden aangepakt, maar de onderliggende sturings- en samenwerkingsproblemen bleven bestaan. Pas toen de IGZ na een cumulatie van signalen uit calamiteitenrapportages het kritische rapport van Medirede ontving, zag zij voldoende basis om in te grijpen.

5.1 Kwetsbare patiëntenzorg

De cardiologische zorg in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis verkeerde in een isolement.

In het voormalige Ruwaard van Putten Ziekenhuis werd de cardiologische zorg in de periode 2010 – 2012 geleverd door ervaren, maar veelal solistisch werkende cardiologen. De polikliniek was hun belangrijkste werkterrein: zij hielpen daar grote aantallen patiënten en besteedden relatief weinig tijd aan de zorg in de kliniek. De cardiologen reflecteerden weinig op het eigen handelen en dat van hun collega-cardiologen. Ook zochten ze weinig samenwerking met andere disciplines. Er waren lange tijd onduidelijkheden over het hoofdbehandelaarschap. Ten slotte was de werkdruk op de afdeling cardiologie hoog. De tekortkomingen in de zorg konden ontstaan en voortduren doordat de afdeling en de individuen daarbinnen geïsoleerd werkten, waarbij correctiemechanismen onderling en van buitenaf ontbraken. Daarmee waren deze factoren zelfversterkend.

De relatie tussen problemen in de organisatie van de zorg enerzijds en uitkomsten van de zorg anderzijds is ambigu. De bevindingen van de commissie Danner illustreren dat. De commissie constateert dat de vermijdbare sterfte in het ziekenhuis niet afwijkt van enkele andere ziekenhuizen, hoewel het Ruwaard van Putten Ziekenhuis aanzienlijke problemen kende in de samenwerking en sturing. Niettemin is de Onderzoeksraad van oordeel dat een goede sturing en samenwerking bevorderlijk zijn voor de kwaliteit van zorg. Verbetermechanismen die kunnen helpen om foutkansen te reduceren, functioneren dan immers beter.

De zorg voor terminale hartpatiënten in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis bood weinig ruimte voor aandacht voor de behoeften en verwachtingen van patiënten en hun naasten.

Door het geïsoleerd werken was er sprake van risico's, met name in die zorgdomeinen waar onderling overleg, intercollegiale consultatie, goede communicatie met en persoonlijke aandacht voor patiënt en diens naasten, vereist zijn. Zorg rond het levenseinde is daar een voorbeeld van. Dit is complexe zorg, niet in de eerste plaats in medisch-technisch opzicht, maar vooral in psychosociaal opzicht. Sommige cardiologen in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis hebben dit niet onderkend. Patiënten en hun naasten bleven soms in onzekerheid over wat hen te wachten stond: herstel, verlichting van de symptomen, of overlijden.

Ook was er bij sommigen twijfel over de wenselijkheid of de noodzaak van morfine. Dit leidde tot gevoelens van onveiligheid en onzekerheid, soms ook achteraf, soms ook bij zorgverleners.

De zorg voor terminale hartpatiënten in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis was niet gebaseerd op de laatste inzichten.

De behandeling en begeleiding van hartfalenpatiënten in de stervensfase week af van de laatste inzichten, met name voor wat betreft de communicatie met patiënten, de dossiervoering en het gebruik van morfine.

Morfine is weliswaar een probaat middel tegen pijn en benauwdheid, maar brengt het risico met zich mee van onrust en verwardheid. Daarom dient de dosering nauwkeurig te worden afgestemd op de veronderstelde mate van pijn en/of benauwdheid. Wanneer de patiënt dan nog niet comfortabel is, dan is verdere ophoging van de morfinedosis niet geïndiceerd vanwege de bijwerkingen. Hiervoor is andere medicatie aangewezen, zoals onder andere in de KNMG-Richtlijn Palliatieve sedatie beschreven staat. De cardiologen in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis pasten deze inzichten echter tot 2012 nog niet toe.

De wijze van gebruik van morfine in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis was niet uitzonderlijk. Ondanks het feit dat morfine ongeschikt is om te sederen, werd het daar in het verleden wel veel voor gebruikt. Verder bleken er in 2010 nog relatief veel specialisten te denken dat morfine het sterven kan versnellen en kwam het ook nog voor dat zij het daarvoor gebruikten.

Uit het onderzoek bleek ook dat de ontwikkeling van kennis en instrumenten vooral gericht is op palliatieve zorg voor kankerpatiënten en dat andere specialismen de door oncologen opgedane inzichten nog niet altijd hebben vertaald naar hun eigen vakgebied. Ook daarin zijn de cardiologen in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis niet uitzonderlijk.

5.2 Kwetsbaar ziekenhuis

Drie factoren leidden in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis tot een patstelling tussen medisch specialisten en de raad van bestuur: verstoorde verhoudingen, een focus op financiën, en een gebrek aan gezamenlijke verantwoordelijkheid.

De betrokken bestuurders en medisch specialisten slaagden er niet in om vanuit een gezamenlijk belang deze patstelling te doorbreken en uitvoering te geven aan kwalitatief goede en veilige zorg. Ook de raad van toezicht kon deze patstelling niet doorbreken. Daardoor konden medisch specialisten solistisch (blijven) acteren, wat in verschillende gevallen (waaronder cardiologie, neurologie en anesthesiologie) gevaren opleverde voor de kwaliteit en veiligheid van zorg. Ook konden andere belangen, zoals een sterke oriëntatie op productie, de boventoon voeren.

Steun voor verbeterinitiatieven was veelal kortdurend en zelden ziekenhuisbreed. Leren en bijstellen van beleid lukte als gevolg hiervan doorgaans alleen wanneer de veranderingen beperkt bleven tot het invloedsgebied van individuele initiatiefnemers of wanneer grote gezamenlijke belangen op het spel stonden. In deze omstandigheden komen team- en netwerkactiviteiten die van waarde zijn voor veilige zorg moeilijker op gang. Daar komt bij dat de financieringssystematiek tot 2012, met name met betrekking tot de verdeling van honoraria voor medisch specialisten, niet verleidde tot dergelijke activiteiten.

De analyse van de patstelling die bestond in de sturing van het Ruwaard van Putten Ziekenhuis, en de verbreding naar ervaringen elders, laat zien wat er gebeurt wanneer raden van bestuur en medisch specialisten zich terugtrekken op het 'eigen' terrein. Wanneer medisch specialisten intrinsiek gemotiveerd zijn om de kwaliteit en veiligheid van zorg te waarborgen, de raad van bestuur voldoende gezag geniet en de beide partijen op basis van vertrouwen met elkaar omgaan (wat in het merendeel van de ziekenhuizen het geval is), lukt het vaak goed om tot veilige zorg te komen. Zowel het formele als het sociale contract zijn dan in orde. Echter, wanneer deze voorwaarden ontbreken, bijvoorbeeld door een sterke onderlinge verdeeldheid tussen de medisch specialisten of onenigheid over de bestuursstijl van de raad van bestuur, komt de veiligheid van patiëntenzorg in gevaar. Medisch specialisten en afdelingen kunnen in een isolement terecht komen waarin correctiemechanismen van buiten geen plaats meer hebben. Dat kan ertoe leiden dat onveilige situaties kunnen ontstaan en voortduren. Dit onderzoek laat zien dat de problemen binnen het Ruwaard van Putten Ziekenhuis, die uiteindelijk zelfs hebben geleid tot een faillissement, niet uniek zijn maar overal kunnen ontstaan waar de raad van bestuur en medisch specialisten onvoldoende samenwerken aan het leveren van kwalitatief goede en veilige zorg.

5.3 Kwetsbaar toezicht

Externe correctiemechanismen leidden niet tot verbeteringen in het ziekenhuis.

Geconcludeerd kan worden dat de visitatie door de NVVC in 2008, het accreditatietraject van het NIAZ van 2008 – 2012 en het toezicht van de IGZ tot 2012 niet hebben geleid tot het doorbreken van de patstelling in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis. De blik van buiten van deze partijen heeft medisch specialisten ook niet gestimuleerd of gedwongen om hun geïsoleerde positie te verlaten en structureel meer aandacht te besteden aan samenwerking en intercollegiale toetsing. De patstelling en de kwaliteits- en veiligheidsproblemen zijn lange tijd onzichtbaar gebleven voor de NVVC, het NIAZ en deels ook de IGZ.

De situatie in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis laat de complexe praktijk van het toezicht zien. De IGZ wist eind 2009 dat er problemen waren in de sturing van het ziekenhuis, in het bijzonder in de relatie tussen raad van bestuur en medisch specialisten en tussen medisch specialisten onderling. Het ziekenhuis was daar zeker niet uniek in. De IGZ hield de vinger aan de pols en probeerde de 'zachte' informatie die ze had verder uit te bouwen, aangezien de formele indicatoren voor patiëntveiligheid geen aanleiding gaven tot ingrijpen.

Een relatie tussen de sturingsproblemen (gebrekkige communicatie, onvoldoende samenwerking, geen gezamenlijke verantwoordelijkheid) en problemen in de zorgverlening is echter vaak moeilijk aan te tonen. Bovendien namen concrete problemen in de zorgverlening wisselende gedaanten aan en deden zich voor op uiteenlopende afdelingen. Een nieuwe raad van bestuur leek in 2011 de zaken steeds beter op orde te krijgen. De concrete problemen in de zorgverlening (harde informatie) werden aangepakt, maar de onderliggende sturings- en samenwerkingsproblemen bleven bestaan. Pas toen de IGZ na een cumulatie van signalen uit calamiteitenrapportages het kritische rapport van Medirede ontving, zag zij voldoende basis om in te grijpen.

6 AANBEVELINGEN

De Onderzoeksraad koppelt aan dit onderzoek verbetermogelijkheden op drie domeinen:

1. De zorgverlening rondom het levenseinde door cardiologen en andere medisch specialisten;
2. Externe toetsing;
3. De samenwerking tussen medisch specialisten en raden van bestuur in ziekenhuizen.

1. Levenseindezorg

De medisch-specialistische zorg voor patiënten aan hun levenseinde is complexe zorg. Niet zozeer in strikt medisch-technisch opzicht, maar vooral in psychosociaal opzicht. De laatste tijd besteden de media regelmatig aandacht aan problemen rond deze zorg. Uit deze berichten valt op te maken dat er nog veel vragen bestaan over palliatieve sedatie, onder meer in relatie tot euthanasie. Deze berichten onderstrepen de boodschap van dit rapport: bij de zorg voor terminale patiënten is het van belang dat zorgverlener en patiënt samen vooruitdenken en vooraf afspraken maken over de zorg bij het levenseinde zodat arts en patiënt in een eindstadium niet overvallen raken. Goede communicatie over en documentatie van afspraken zijn daarbij onmisbaar. De Onderzoeksraad meent dat zorg rond het levenseinde vraagt om een attitude van de medicus waarbij niet genezing voorop staat, maar het begeleiden van de patiënt naar een waardig einde. Dat gegeven vereist specifieke competenties en specifieke manieren van werken. Hoewel daarvoor al veel aandacht is, is er nog een wereld te winnen. Op grond van dit onderzoek vestigt de Onderzoeksraad de aandacht op de mogelijke onderschatting van de complexiteit van dit type zorg. Zeker ziekenhuizen met een oudere patiëntenpopulatie zouden zich hier nader over moeten buigen.

Sommige cardiologen in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis achtten de richtlijn palliatieve sedatie van de KNMG niet van toepassing op patiënten met hartfalen en verwezen voor hun handelwijze bij terminale patiënten naar de Leidraad Cardiologie. De Onderzoeksraad signaleert uiteenlopende opvattingen binnen de medische beroepsgroep over het juiste gebruik van morfine en/of dormicum bij terminale patiënten met pijn en benauwdheid. Het Ruwaard van Putten Ziekenhuis ging tijdens het verscherpt toezicht meer aandacht besteden aan het gebruik van morfine en zorg rondom het levenseinde. Daarnaast hebben de KNMG en de NVVC als reactie op het conceptrapport van de Onderzoeksraad aangegeven dat zij de richtlijn palliatieve sedatie meer onder de aandacht zullen brengen van hun leden.

De Onderzoeksraad merkt op dat kennis en instrumenten voor palliatieve zorg in eerste instantie ontwikkeld zijn voor oncologische patiënten. Voor andere patiënten zou deze zorg nog verder ontwikkeld moeten worden. Het project van de Orde van Medisch Specialisten gericht op synthese van de wetenschappelijke verenigingen zou hier mogelijk een rol in kunnen spelen. Hier ligt overigens niet alleen een taak voor de verenigingen maar ook voor de ziekenhuizen.

Een aantal ziekenhuizen werkt met een consultatieteam palliatieve zorg. Deze werkwijze en gerichte aandacht voor palliatieve zorg zou voor alle ziekenhuizen moeten gelden.

Dit alles overwegend komt de Onderzoeksraad tot de volgende aanbevelingen.

Aan de KNMG:

Zorg in samenspraak met de relevante beroepsverenigingen en wetenschappelijke verenigingen voor verdere ontwikkeling en verspreiding van kennis en instrumenten voor palliatieve zorg voor andere specialismen dan oncologie. Zorg met de relevante verenigingen voor aanvulling van hun richtlijnen waar het palliatieve sedatie betreft en dat deze richtlijnen onderling zijn afgestemd.

Aan de NVZ:

Bevorder het instellen en het goed functioneren van consultatieteams palliatieve zorg in de ziekenhuizen.

2. Externe toetsing

De kwaliteitsvisitatie door vakgenoten is voor een raad van bestuur van een ziekenhuis een belangrijke bron van informatie over het functioneren van een specialistenmaatschap. Vakgenoten kunnen immers bij uitstek bij elkaar beoordelen hoe goed zij functioneren. De kwaliteitsvisitatie in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis van de maatschap cardiologie in 2008 bracht geen problemen met het functioneren van de maatschap aan het licht.

Hoewel de uitvoering van visitaties sinds 2008 ingrijpend is verbeterd, denkt de Onderzoeksraad dat verdere aanscherping mogelijk en wenselijk is. Ten eerste verdient het overweging om, als onderdeel van de visitatie, ook dossiers van overleden patiënten te lichten en gebruik te maken van meldingen van incidenten en calamiteiten. Ten tweede acht de Onderzoeksraad het belangrijk dat zogenoemde 'soft signals', zoals een 'onderbuikgevoel' of een 'niet-pluis gevoel', een meer prominente rol gaan spelen, als aanleiding voor en onderdeel van visitaties. Soft signals worden nu nog teveel buiten beschouwing gelaten, terwijl deze in een intercollegiale beoordeling juist van grote waarde kunnen zijn. Ten derde ziet de Onderzoeksraad mogelijkheden voor verbetering door andere disciplines/deskundigheden – in het bijzonder op het terrein van gedrag, attitude, samenwerking en communicatie – en ook (representanten van) patiënten mee te laten doen in de visitatieteams.

Dit overwegend komt de Onderzoeksraad tot de volgende aanbeveling.

Aan de NVVC:

Zorg voor verdere verbetering van de kwaliteitsvisitatie. Overweeg hierin de beoordeling van dossiers van overleden patiënten en meldingen van incidenten en calamiteiten te betrekken, en verbeter de benutting van zachte signalen als aanleiding voor en onderdeel van (tussentijdse) visitaties. Betrek hierbij best practices van andere wetenschappelijke verenigingen en ga met hen de discussie aan over de functie van zachte signalen. Overweeg het uitbreiden van de visitatieteams met andere deskundigheden en met (representanten van) patiënten. Deel deze lessen ook met de Raad Kwaliteit van de Orde van Medisch Specialist en met andere wetenschappelijke verenigingen en bevorder dat ze daar worden opgepakt.

Certificering of accreditatie geeft externe belanghebbenden zoals verzekeraars en burgers vertrouwen in de kwaliteit van zorg, en biedt het ziekenhuis inzicht in mogelijkheden om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Echter, certificering kan deze functies alleen vervullen als alle relevante informatie op tafel komt. Als dat niet het geval is, worden verbetermogelijkheden over het hoofd gezien en is de uitkomst van certificering onbetrouwbaar. Alle betrokkenen – de zorginstelling, de certificeerder en derden die aan certificering vertrouwen in de zorginstelling ontleen – ondervinden hier nadeel van.

Het is van belang dat tussen de hierboven genoemde partijen overeenstemming bestaat over het doel van certificering. Ligt het accent van certificering op het behalen van het certificaat zodat externe partijen vertrouwen krijgen in de kwaliteit van zorg in de instelling, of geeft certificering blijk van een intrinsieke motivatie van de zorginstelling voor een continue kwaliteitsverbetering? Deze doelen behoren in elkaars verlengde te liggen maar kunnen met elkaar op gespannen voet staan. Het Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen (NIAZ), dat ongeveer 70 ziekenhuizen als klant heeft, signaleert in zijn visie het risico dat zorginstellingen in een bureaucratische kramp kunnen raken. Vrij vertaald zouden zorginstellingen in de verleiding kunnen komen om onvolledige informatie te verstrekken aan de certificeerder, onder meer vanwege de financiële belangen die in toenemende mate aan certificering verbonden zijn. De inhoud en uitvoering van accreditaties zouden daarom in het verlengde moeten liggen van het doel dat de betrokken partijen met elkaar hebben afgesproken. Voor interne verbeterprocessen zouden dan andere werkwijzen kunnen gelden dan voor de externe toetsing.

Dit overwegend komt de Onderzoeksraad tot de volgende aanbeveling.

Aan het NIAZ:

Vergroot de betrouwbaarheid van instellingsaccreditatie. Treed hiertoe in overleg met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en Zorgverzekeraars Nederland. Zorg er voor dat er nadere afspraken komen over de wijze waarop de twee functies van accreditatie in de praktijk ingevuld worden. Definieer daarbij welke instrumenten voor elk van de twee functies het meest geschikt zijn.

3. Samenwerking ziekenhuisbestuurders en medisch specialisten

Of een ziekenhuis omstandigheden kan creëren waarin zorgverleners elkaar aanspreken op kwaliteit en veiligheid, is mede afhankelijk van een vruchtbare samenwerkingsrelatie tussen raad van bestuur en medisch specialisten. Tussen hen moet als het ware sprake zijn van een sociaal contract; een gedeeld besef dat zij als partners elkaar nodig hebben en een wederzijdse bereidheid om een deel van de eigen autonomie op te geven. Een functionerend sociaal contract tussen raad van bestuur en medisch specialisten leidt ertoe dat beide groepen actieve betrokkenheid van de ander bij het eigen werk toestaan en zelfs aanmoedigen.

Een vraag die openbaar bestuur, zorgbestuurders en zorgprofessionals al langer bezighoudt, is welke factoren van invloed zijn op het hierboven bedoelde sociaal contract. De heersende consensus lijkt te zijn dat de persoonlijke competenties van de betrokken bestuurders en specialisten in een ziekenhuis allesbepalend zijn voor de relatie die zij met elkaar onderhouden. Wanneer die op orde zijn, kunnen betrokkenen veelal de omstandigheden het hoofd bieden die het functioneren van hun sociaal contract bedreigen, zoals de onvermijdelijke discussies over het verdelen van baten en lasten. Deze consensus impliceert dat verdere investeringen in de kwaliteiten en competenties van bestuurders en medische professionals geboden zijn. Overigens zijn op dit terrein al aanzienlijke inspanningen geleverd.

De Onderzoeksraad onderschrijft het belang van een goede onderlinge verstandhouding tussen (en persoonlijke competenties van) betrokkenen, maar merkt op dat alleen hierop vertrouwen de ziekenhuiszorg kwetsbaar maakt. Hij pleit daarom ook voor herbezinning op de formele configuratie waarin zorgbestuurders en medische professionals samenwerken. Deze moet het tot bloei komen van hun onderlinge verstandhouding zoveel mogelijk ondersteunen, dan wel zo min mogelijk verstoren. In algemene zin ziet de Onderzoeksraad heil in gelijk gerichte belangen, in de veronderstelling dat die ertoe bijdragen dat betrokkenen elkaar vinden. De komende jaren zal er veel veranderen in de wijze van bekostigen en besturen. De Onderzoeksraad acht het van belang dat de partijen ongeacht het besturingsmodel aandacht hebben en houden voor het sociale contract, en er naar streven belangen zoveel mogelijk gelijk gericht te houden. Dit alles overwegend meent de Onderzoeksraad dat er geen eenvoudige oplossingen zijn die in aanbevelingen zijn te vertalen. Een sociaal contract is immers lang niet altijd te vangen in formele richtlijnen, codes en structuurmaatregelen.

Alles overwegend formuleert de Onderzoeksraad geen aanbeveling maar roept de Orde van Medisch Specialisten, NVZ, NVZD en NVTZ op in hun eigen geledingen aandacht te besteden aan de lessen die vanuit deze casus kunnen worden getrokken en welke mogelijkheden er zijn om problemen vroeg te signaleren en aan te pakken. In dergelijke discussies zou in openheid gesproken moeten worden over de invulling van een sociaal contract en de inspanningen die de betrokken partijen moeten leveren om dat contract productief te laten zijn.

De Onderzoeksraad roept daarnaast actoren binnen ziekenhuizen, in het bijzonder raden van bestuur, verenigingen van medisch specialisten en raden van toezicht, op om hun sociaal contract voortdurend bespreekbaar te maken. Dit alles draagt bij aan het opbouwen van een noodzakelijke vertrouwensband tussen actoren en het versterken van een gevoel van gezamenlijke verantwoordelijkheid.

ONDERZOEKSVERANTWOORDING

Onderzoek door de Onderzoeksraad voor Veiligheid

De Onderzoeksraad heeft als taak de oorzaken van (bijna-)ongevallen te achterhalen, met als doel de kans op herhaling van dergelijke voorvallen te verkleinen of de gevolgen daarvan te beperken. De Onderzoeksraad richt zich nadrukkelijk niet op de schuldvraag, zoals dit bij strafrechtelijk onderzoek gebeurt. Voor de Raad is uiteindelijk de belangrijkste vraag: 'Welke lessen zijn er te trekken uit wat er is gebeurd?'

Onderzoeksopzet

Het onderzoek heeft tot doel te beschrijven wat er in en rondom het Ruwaard van Putten Ziekenhuis is gebeurd, verklaringen daarvoor te vinden en daaruit conclusies en aanbevelingen te trekken. Inherent aan dit (type) onderzoek is het integreren van bevindingen en van meningen (van experts), aangevuld met wetenschappelijke gegevens. Ook wordt op uitgebreide schaal hoor en wederhoor toegepast. Hierop baseert de Raad zijn uiteindelijke conclusies.

Voor dit onderzoek heeft de Onderzoeksraad gebruik gemaakt van diverse informatiebronnen. Zo zijn interviews gehouden met vele betrokkenen in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis, inclusief voormalig medewerkers, zijn interne en externe (beleids)documenten en notulen van diverse organisatieniveaus in het ziekenhuis geanalyseerd. Ook is gesproken met vertegenwoordigers van het NIAZ, de NVVC, de KNMG, de NVZ en de IGZ. Met betrekking tot de levenseindeproblematiek heeft de Raad interviews gehouden met experts/deskundigen in andere ziekenhuizen en zijn wetenschappelijke documenten bestudeerd.

De verkregen informatie is geanalyseerd vanuit zowel een sociaalwetenschappelijke als een systeemtheoretische benadering.

Bij de gekozen sociaalwetenschappelijke benadering stond de betekenisgeving van actoren centraal: wat beweegt hen ertoe te handelen zoals zij hebben gedaan? Welke betekenis geven zij aan hun eigen handelen en welke verklaringen geven zij daarvoor? Waar alle betrokkenen een individueel beeld schetsen, rijk aan detail, ontstaat er ook een beeld dat op hoofdlijnen door velen wordt gedeeld, of een beeld van verschillende groepen die op hoofdlijnen gelijksoortige drijfveren hebben. Dit deel van het onderzoek is gebaseerd op de methode 'grounded theory'. Bij deze methode is er bij aanvang geen theoretisch kader maar wordt dat gaandeweg opgebouwd, door te ontdekken welke terugkerende factoren (zoals in hoofdstuk 3) volgens betrokkenen een verklaring bieden voor de situatie in het ziekenhuis.

Bij de systeemtheoretische benadering staan besturingsmechanismen en informatie-verwerkingsprocessen centraal. Welke doelen willen actoren met hun handelen bereiken? Welke informatie hebben zij beschikbaar om te zien waar zij ten opzichte van het doel zijn? Waar komt die informatie vandaan? Hoe duiden actoren die informatie? En welke actie kunnen zij vervolgens ondernemen om hun doel te bereiken? Op basis hiervan ontstaat inzicht in de eigenschappen van het besturingsmodel en de plekken waar verbeteringen mogelijk zijn.

Er kan geen sprake zijn van effectieve besturing als voor een van de actoren het doel niet duidelijk is, hij geen informatie heeft over waar hij ten opzichte van dat doel is, als hij die informatie niet kan duiden of als hij geen invloed kan uitoefenen op de toekomstige gang van zaken.

In het onderzoek naar het Ruwaard van Putten Ziekenhuis is deze methode toegepast door op niveau van (groepen van) patiënten, verpleegkundigen, artsen, management en instanties buiten het ziekenhuis na te gaan welk doel zij nastreven, en welke informatie en handelingsmogelijkheden zij tot hun beschikking hebben.

De aard van het onderzoek dat de Onderzoeksraad doet, gaat steeds uit van een redenering van het specifieke naar het algemene (inductief redeneren): op basis van één of enkele voorvallen trekt de Onderzoeksraad lessen die ook breder toepasbaar moeten zijn. Het is daarbij van belang steeds te blijven nagaan of de redenering nog wel gesteund wordt door het oorspronkelijke bronmateriaal. Dit heeft de voortdurende aandacht tijdens het onderzoek. Tevens stelt de inzageprocedure (zie bijlage 2) betrokkenen in staat om eventuele onjuistheden te corrigeren.

Ook moet steeds worden nagegaan of een veralgemenisering van een conclusie op een logisch geldige manier kan worden gemaakt; doorgaans kan dat als een oorzaak van het specifieke voorval dat is onderzocht kan worden gerelateerd aan zaken die in algemener verband ook geldig zijn. Bijvoorbeeld wanneer de oorzaken van een voorval hun oorsprong vinden in landelijke regelgeving, in natuurwetten, of in een technisch ontwerp of een organisatie-model dat ook elders wordt toegepast.

Uit het onderzoek volgen zo doorgaans enkele factoren die het voorval in belangrijke mate verklaren. Meestal zijn die factoren niet uniek. Op basis van deze factoren kunnen conclusies en aanbevelingen worden geformuleerd.

Medewerking aan interviews en het verstrekken van gegevens

Nadat de Onderzoeksraad had besloten tot een onderzoek, nam een vertegenwoordiger van de Onderzoeksraad contact op met de raad van bestuur van het Ruwaard van Putten Ziekenhuis. Vervolgens is in een gesprek toegelicht hoe de Onderzoeksraad werkt en welke medewerking nodig zou zijn. In overleg zijn vervolgens twee verzoeken om documentatie gedaan. Dit betrof verslagen van interne overleggen, stukken met betrekking tot kwaliteits- en veiligheidszorg, toelatingsovereenkomsten, service level agreements, stukken van cardiologen rondom het bevel van IGZ, en klachten van patiënten.

Daarnaast heeft de Onderzoeksraad de beschikking gekregen over de correspondentie tussen het ziekenhuis en de IGZ in de periode 2010-2012 en de verslagen die IGZ maakte van gesprekken in het kader van het verscherpte toezicht vanaf november 2012.

Tevens zijn de onderzoeken die andere instanties naar het Ruwaard van Putten Ziekenhuis hebben gedaan, in het onderzoek van de Onderzoeksraad betrokken. Het gaat om:

- de resultaten van het Medirede-rapport, dat aanleiding was voor de commotie in de media;
- de contra-expertise van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie op het rapport van Medirede;
- de resultaten van het onderzoek dat de commissie Danner heeft uitgevoerd naar 800 overleden patiënten van het ziekenhuis;
- aangiften die het Openbaar Ministerie heeft opgenomen en waarbij de patiëntendossiers met toestemming van de betrokkenen aan de Onderzoeksraad zijn verstrekt.

In het ziekenhuis zijn in totaal 25 personen geïnterviewd: medisch specialisten, raad van bestuur, raad van toezicht, verpleegkundigen en medewerkers. Van deze interviews hebben de onderzoekers verslagen gemaakt, waar de betrokkene commentaar op heeft geleverd dat is verwerkt tot een definitief verslag waar de betrokkene voor heeft getekend. Verder heeft de Onderzoeksraad, nadat de betrokken patiënten hiervoor toestemming hadden verleend, informatie ontvangen van het Openbaar Ministerie over aangiften van patiënten van het Ruwaard van Putten Ziekenhuis of hun nabestaanden. Met een nabestaande die aangifte had gedaan heeft een telefonisch gesprek plaatsgevonden. Ook heeft de Onderzoeksraad een gesprek gevoerd met de Stichting Hartpatiënten Nederland.

De Onderzoeksraad heeft ook gesproken met artsen en bestuurders uit andere ziekenhuizen dan het Ruwaard van Putten Ziekenhuis. De selectie van deze ziekenhuizen vond plaats op basis van enerzijds de wetenschap dat er een deskundige werkt op het gebied van palliatieve zorg (drie ziekenhuizen); anderzijds een selectie van enkele algemene of topklinische ziekenhuizen waar de Onderzoeksraad al in contact mee was. In eerste instantie benaderde de Onderzoeksraad een contactpersoon. Dit was in een aantal gevallen de medisch specialist zelf, indien die landelijk bekend was vanuit zijn rol in de ouderengeneeskunde. In een aantal andere gevallen was het een secretaris van de raad van bestuur. In beide gevallen overlegde deze persoon met zijn raad van bestuur, waarna hij of zij medewerking toezegde. Na vijf toezeggingen zijn geen andere ziekenhuizen meer benaderd. Geen van de benaderde ziekenhuizen heeft medewerking geweigerd.

Daarnaast heeft de Onderzoeksraad de Vereniging van Verplegenden en Verzorgenden (V&VN) benaderd met het verzoek om een groepsgesprek met drie verpleegkundigen of adviseurs gespecialiseerd in palliatieve (oncologische) zorg. Dit verzoek is ingewilligd.

Specifieke aanpak van het deelonderzoek naar het gebruik van morfine

Ten behoeve van de conclusies over het gebruik van morfine bij patiënten met hartfalen in een terminaal stadium in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis is gebruik gemaakt van de volgende bronnen:

- dossierstudies van Medirede en commissie Danner;
- interviews met de cardiologen, enkele andere medisch specialisten en verpleegkundigen/medewerkers in het ziekenhuis.

Deze bevindingen zijn afgezet tegen de volgende bronnen:

- evaluatie euthanasiewet 2010;
- KNMG-richtlijn palliatieve sedatie 2009;
- leidraad cardiologie 2010;
- multidisciplinaire richtlijn hartfalen 2010;
- interviews met medisch specialisten en verpleegkundigen in andere ziekenhuizen.

Analyse van deze bronnen is de basis geweest om de handelwijze van de cardiologen in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis te beschrijven en te duiden. Over de overwegingen van de cardiologen is weinig vastgelegd en zijn alleen hun verklaringen beschikbaar. De uitkomsten van de dossierstudie van Medirede waren in sommige opzichten in tegenpraak met hetgeen de cardiologen zelf verklaarden. Zo zeiden de cardiologen dat zij morfine alleen gebruikten om pijn en benauwdheid te bestrijden terwijl de dossieronderzoekers uit de snel opklimmende doseringen afleidden dat zij het overlijden zouden hebben willen bespoedigen. De Onderzoeksraad heeft over de intenties van de cardiologen geen conclusie getrokken, maar zich vooral geconcentreerd op de vraag wat de lessen zijn die volgen uit hun werkwijze.

Specifieke aanpak van de vergelijking tussen de werkwijzen binnen het Ruwaard van Putten Ziekenhuis en andere ziekenhuizen

Ieder hoofdstuk sluit af met een vergelijking tussen de bevindingen over het Ruwaard van Putten Ziekenhuis en andere ziekenhuizen. Deze vergelijking is gebaseerd op:

- interviews met medisch specialisten en verpleegkundigen in zes andere ziekenhuizen;
- twee rondetafelgesprekken met bestuurders van ziekenhuizen, zowel algemene ziekenhuizen als ziekenhuizen met topklinische zorg;
- adviezen van verschillende experts (waaronder een hoogleraar Farmaceutische Wetenschappen en de leden van de begeleidingscommissie, zie hierna);
- evaluatie euthanasiewet 2010;
- enquête over consultatieteams palliatieve zorg;
- bestudering van openbare informatie beschikbaar over palliatieve zorg (onder meer van het Integraal Kankercentrum Nederland).

Deze vergelijking met andere ziekenhuizen gaat over de volgende thema's:

- het gebruik van morfine bij terminale (hartfalen) patiënten;
- het organiseren van de zorg voor terminale (hartfalen) patiënten multidisciplinair, in netwerken;
- problemen in de samenwerking tussen bestuurders en medisch specialisten;
- het vergaren van informatie over (problemen met) de kwaliteit van zorg door bijvoorbeeld accreditatie en toezicht.

Bij sommige van deze thema's zijn de mogelijkheden om te generaliseren eenvoudiger dan bij andere. Zoveel mogelijk is in de tekst aangegeven wat de reikwijdte is van meer algemene uitspraken. Meestal is die reikwijdte beperkt tot de ziekenhuizen en specialisten waarmee de Onderzoeksraad heeft gesproken. Een uitzondering hierop vormen de bevindingen waarbij de Onderzoeksraad gebruik heeft gemaakt van enquêtes die door anderen zijn uitgevoerd. Dat nog relatief veel artsen in 2010 dachten dat morfine geschikt is voor sedatie blijkt uit een enquête. De verkennende gesprekken en ook berichtgeving op internet en in de media gaven aanwijzingen dat er nog steeds onduidelijkheid is hierover.

Specifiek deelonderzoek in opdracht van de Onderzoeksraad

In opdracht van de Onderzoeksraad is een beknopte deelstudie uitgevoerd door prof. dr. A. van der Heide van de Erasmus Medisch Centrum Rotterdam. Dit betreft een nadere analyse van de data van het vijfde nationale sterfgevallenonderzoek 2010, waaraan 6598 artsen meewerkten. Uit het sterfgevallenonderzoek was gebleken dat bij tweederde van de ongeveer 4750 sterfgevallen in Nederland een arts voorafgaand aan het overlijden van een patiënt reguliere euthanatica gebruikte en in de overige gevallen meestal slaapmiddelen of morfine. De deelstudie betrof de vraag om enkele uitsplitsingen van de data naar type aandoening, huisarts of medisch specialist, wel of niet gemeld, besproken met collega en wel of geen verzoek van de patiënt.

Tevens heeft de Onderzoeksraad de bevindingen ten aanzien van het gebruik van morfine apart laten toetsen door een ziekenhuisapotheker en een hoogleraar farmaceutische wetenschappen. Tijdens de inzageperiode zijn over de betreffende passages ook diverse commentaren binnengekomen, waaronder van de KNMG. Deze zijn in het eindrapport verwerkt.

Begeleidingscommissie

De Onderzoeksraad heeft voor dit onderzoek een begeleidingscommissie in het leven geroepen. Deze commissie bestond uit externe leden met voor het onderzoek relevante deskundigheid onder voorzitterschap van een lid van de Onderzoeksraad. De externe leden hadden op persoonlijke titel zitting in de begeleidingscommissie. Gedurende het onderzoek is de commissie vier keer bijeengekomen om met de raadsleden en het projectteam van gedachten te wisselen over de opzet en de resultaten van het onderzoek. De commissie vervulde een adviserende rol binnen het onderzoek. De eindverantwoordelijkheid voor het rapport en de aanbevelingen ligt bij de Onderzoeksraad. De commissie was als volgt samengesteld.

Leden van de begeleidingscommissie:

prof. dr. P.M. Meurs	raadslid, Onderzoeksraad voor Veiligheid
prof. dr. P.J.M. Bakker	hoogleraar oncologie / kwaliteit van zorg en procesinnovatie, AMC
drs. H.P.J. Buiting	voorzitter RvB, Canisius-Wilhelmina ziekenhuis (tot 1 jul 2013) / voorzitter RvB a.i. Deventer ziekenhuis (vanaf 1 sept 2013)
dr. R.J.M. Dillmann	voorzitter RvB, Zaans Medisch Centrum
drs. R.P.G. de Groot	risk officer, Kennemer Gasthuis
prof. dr. A. van der Heide	hoogleraar besluitvorming rond het levenseinde, Erasmus MC
dr. H. F. Verwey	plaatsvervangend hoofd afdeling cardiologie LUMC, Nederlandse Vereniging voor Cardiologie

Leden van het projectteam:

dr. A.P. Nelis	onderzoeksmanager
drs. Th.M.H. van der Velden	projectleider
dr. N. Smit	onderzoeker
dr. ir. J. van den Top	onderzoeker
drs. M. van Bruggen, arts	extern onderzoeker
drs. J.P. Postma	extern onderzoeker
drs. E. van der Schriek – de Loos	extern onderzoeker

REACTIES OP CONCEPTRAPPORT

Een inzageversie van dit rapport is, conform de Rijkswet Onderzoeksraad voor Veiligheid, op 19 september 2013 voorgelegd aan de betrokken partijen. Deze partijen is gevraagd het rapport te controleren op fouten en onduidelijkheden. De inzageversie van dit rapport is voorgelegd aan de volgende partijen.

- Leden voormalige raad van bestuur van het Ruwaard van Putten Ziekenhuis.
- Leden voormalige raad van toezicht van het Ruwaard van Putten Ziekenhuis.
- Betrokken cardiologen en arts-assistent.
- Bestuur Vereniging Medische Staf.
- Enkele medewerkers (inclusief verpleegkundigen) van het Ruwaard van Putten Ziekenhuis.
- NIAZ.
- NVVC.
- KNMG.
- IGZ.
- VWS.

De reacties zijn in de volgende twee categorieën te verdelen:

- Correcties van feitelijke onjuistheden, aanvullingen op detailniveau, en redactioneel commentaar, heeft de Raad (voor zover terecht) overgenomen. De betreffende tekst-delen zijn in het eindrapport aangepast. Deze reacties zijn niet afzonderlijk vermeld.
- De reacties die niet zijn overgenomen, zijn voorzien van een toelichting van de Raad. Deze reacties zijn opgenomen in een tabel die te vinden is op de website van de Onderzoeksraad voor Veiligheid (www.onderzoeksraad.nl). In die tabel is naast de letterlijke inhoud van de reacties ook aangegeven op welke paragraaf de reactie betrekking heeft, van welke partij deze afkomstig is en wat het commentaar van de Raad op de reactie is.

TIJDLIJN RUWAARD VAN PUTTEN ZIEKENHUIS

Hieronder een chronologische weergave van de gebeurtenissen zoals in het rapport zijn genoemd in de periode voorafgaand aan de sluiting van de afdeling cardiologie.

Tot en met 2009

- juni 2008 NIAZ verleent accreditatie aan Ruwaard van Putten Ziekenhuis.
- november 2008 IGZ sluit de intensive-care-afdeling van het ziekenhuis voor een periode van vier maanden.
- december 2008 visitatie van de vakgroep cardiologie.
- 2009 eerste interne kritiek op functioneren raad van bestuur.

2010

- juli 2010 benoeming chief medical officer ad interim, tweede lid raad van bestuur, portefeuille medische zaken.
- juli 2010 benoeming chief financial officer, derde lid raad van bestuur, portefeuille financiën.
- zomer 2010 interne kritiek op functioneren voorzitter raad van bestuur.
- november 2010 voorzitter van de raad van bestuur legt haar functie neer.
- november 2010 vertrek chief medical officer ad interim.
- december 2010 benoeming ad interim voorzitter raad van bestuur en chief medical officer (CMO, lid raad van bestuur medische portefeuille).

2011

- juli 2011: raad van bestuur zegt de toelatingsovereenkomsten met de maatschap anesthesiologie op.
- najaar 2011: problemen op afdeling neurologie en vrijwillig vertrek van een neuroloog
- november 2011: HSMR-cijfers over 2010 worden bekend.
- november 2011: uitslag van IGZ toets veiligheidsbeleid van het ziekenhuis in het kader van landelijk programma VMS

2012

- februari – oktober 2012: dossieronderzoek door bureau Medirede naar aanleiding van verhoogde sterftcijfer.
- juni-oktober 2012 intensief toezicht IGZ.
- juli 2012 vertrek ad interim voorzitter raad van bestuur.
- augustus 2012: uitslag externe NIAZ audit tbv heraccreditatie NIAZ en uitstel heraccreditatie
- voorjaar/zomer 2012 verschillende aangekondigde en onaangekondigde bezoeken IGZ in het kader van intensief toezicht.
- oktober 2012 benoeming nieuwe voorzitter raad van bestuur.
- oktober 2012 vertrek chief medical officer.
- oktober 2012 benoeming opvolger chief medical officer.
- begin november 2012: de raad van bestuur ontvangt het rapport van Medirede over de afdeling cardiologie.
- medio november 2012: bij toezichtsbezoek overhandigt de raad van bestuur het rapport van Medirede aan de IGZ.
- medio november 2012 bevel IGZ: verscherpt toezicht en sluiting afdeling cardiologie.

GERAADPLEEGDE LITERATUUR

Cazemier, G., A. Richt, G. Oudenaarden en J. Postma, Functionele analyse netwerken palliatieve zorg. BMC, Amersfoort, 2010.

Danner, S.E., J.M.P.G. Ernst, H. Obertop, L. Relik, P. Speelman. Dossieronderzoek betreffende alle overleden patienten in de periode 01-01-2010 t/m 30-11-2012 in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis. Amstelveen, 2013.

Evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Euthanasiewet) 2011.

Galesloot, C., A. Brinkman-Stoppelenburg, M. Klinkenberg, A. van der Heide, F.P.M. Baar, Enquête stand van zaken palliatieve zorg in Nederlandse ziekenhuizen, 24 oktober 2013.

IGZ, Toezichtkader Bestuurlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid, Utrecht, 2011.

IKNL, Hartfalen: Landelijke Richtlijn, versie 2.0.

Inspectie voor de Gezondheidszorg, Veiligheidsindicatoren ziekenhuizen, december 2010.

Israëls, A., Van der Laan, J., Van den Akker-Ploemacher, J. en De Truin, A., HSMR 2011: Methodological report. Den Haag/Heerlen: CBS, november 2012.

KNMP, Informatorium Medicamentorum, 2013.

Kraan, M., W. Jansen, H. Schreuder en M. Middelburg, Netwerkgzorg. Inventarisatie van initiatieven binnen de Netwerken Palliatieve zorg, 2009.

Kwaliteitswet Zorginstellingen, 18 januari 1996.

Marselis, D., 'Variabel salaris moet kwaliteit verhogen.', Mednet Volume 6, Issue 4, pp 15-17, April 2013.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Stimuleringsprogramma palliatieve zorg 1999-2003, 1998.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Plan van Aanpak Palliatieve Zorg 2008-2010, 2008.

Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg, Kerndocument, 26 november 2008.

Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg, Accreditatieprocedure 2012, 15 december 2011.

NVVC, Leidraad cardiologie, 2010.

NZa, Beheersmodel honoraria vrijgevestigd medisch specialisten (BR/CU-2106), 2013.

NZa, Advies Integrale tarieven medisch specialistische zorg 2015, 28 juni 2013.

Orde van Medisch Specialisten, Algemeen visitatiereglement voor kwaliteitsvisitaties, 31 januari 2011.

Orde van Medisch Specialisten, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuis, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Convenant Bekostiging vrijgevestigd medisch specialisten transitie 2012-2014, 31 mei 2011.

Ruwaard van Putten Ziekenhuis, Jaardocument 2011, Spijkenisse, 2011.

RVZ, Governance en kwaliteit van zorg; RVZ, 2010, De relatie medisch specialist en ziekenhuis in het licht van de kwaliteit van zorg, 2009.

WHO, WHO Definition of Palliatieve Care, 2008.

ZonMW, Sterfgevallenonderzoek 2010 – Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde, Den Haag, juni 2012.

**Bezoekadres**

Anna van Saksenlaan 50
2593 HT Den Haag
T 070 333 70 00
F 070 333 70 77

Postadres

Postbus 95404
2509 CK Den Haag

www.onderzoeksraad.nl