



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

© ANP / Frank Muller

# Verbeterdoelen in beeld 2024

Deze publicatie is de jaarlijkse terugkoppeling van de Verbeterdoelen medisch specialistische zorg (msz) door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Hiermee wil de IGJ ziekenhuizen stimuleren om van elkaar te leren en doorlopend te verbeteren. Een instelling legt hiermee tegelijkertijd verantwoording af over de kwaliteit van zorg. Naast Verbeterdoelen in beeld gaat IGJ de dialoog aan met de ziekenhuizen over de zelf aangeleverde verbeterdoelen. Daarnaast organiseert IGJ jaarlijks een inspiratiesessie om het onderling leren en verbeteren te stimuleren. Dit jaar stond het verbeterdoel 'Antistolling' centraal in de inspiratiesessie van 06 oktober 2025.

### 5 van de 8 verbeterdoelen

Ziekenhuizen leveren vijf van de acht verbeterdoelen aan bij IGJ. Ziekenhuizen bepalen zelf welke vijf verbeterdoelen zij aanleveren. Alle acht verbeterdoelen gaan over belangrijke risico's in de zorg die de IGJ samen met de samenwerkingspartners heeft vastgesteld. Daarom wordt van een ziekenhuis verwacht dat er aandacht wordt besteed aan de risico's in de zorg van alle acht verbeterdoelen. Het is een uitdaging om een volledige verbetercyclus te doorlopen en ziekenhuizen hebben vaak al meerdere verbetertrajecten lopen. Daarom vindt de IGJ het belangrijk dat ziekenhuizen focus kunnen aanbrengen in wat zij willen verbeteren. Wij hebben de ziekenhuizen dan ook gevraagd om resultaten over 5 van de 8 beschikbare verbeterdoelen aan te leveren. Voor de publicatie 'Verbeterdoelen in beeld 2024' is de helft van de aangeleverde verbeterdoelen door ziekenhuizen gebruikt. Een aantal goede voorbeelden van voorgaande jaren worden ook in deze publicatie van Verbeterdoelen opnieuw benoemd. De inspectie gaat met alle ziekenhuizen de dialoog aan over alle door het ziekenhuis aangeleverde verbeterdoelen.

Uit de volgende 8 verbeterdoelen konden de ziekenhuizen er 5 kiezen:

- Antistolling
- Cardiologische zorg
- Eigen verbeterdoel (nieuw)
- Ketenzorg diabetische voetulcus
- Ondervoeding
- Pijnbeleid
- Valpreventie bij ouderen
- Vrijheidsbeperkende interventies (VBI)



#### Antistollingsbeleid

Realiseren van een optimaal antistollingsbeleid in de zorginstelling



#### Cardiologische zorg

Optimaliseren cardiologische zorg



#### Eigen verbeterdoel (nieuw)

Het verbeterdoel stimuleert het onderling leren en verbeteren



#### Ketenzorg diabetische voetulcus (samenwerking in de keten)

Optimaliseren ketenzorg patiënten met diabetische voetulcus



#### Ondervoeding

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



#### Pijnbeleid

Realiseren van een optimaal pijnbeleid in de zorginstelling



#### Valpreventie bij ouderen

Voorkomen van letsel en functieverlies bij (kwetsbare) ouderen ten gevolge van een val



#### Vrijheidsbeperkende interventies

Terugdringen inzet (zware) VBI

## Verbetercyclus

Uit de verbeterdoelen komt naar voren dat het voor ziekenhuizen nog steeds lastig is om aan te tonen dat de volledige verbetercyclus wordt doorlopen. Veel ziekenhuizen hebben nog geen volledige verbetercyclus aantoonbaar geborgd. In de *plan-do-check-act* (PDCA)-cyclus volgt na planvorming (plan), de uitvoering van het plan (do). Dan is er een evaluatie door bijvoorbeeld een meting of audit (check) en de daaruit volgende verbetermaatregelen (act). Slechts een beperkt aantal ziekenhuizen beschrijft een volledige PDCA-cyclus, waarbij deze ziekenhuizen het beleid, de wijze van uitvoering, de inzet van methodieken om de uitvoering te meten en de verbeteringen naar aanleiding van de uitkomsten van de meetmethodieken beschrijven. De beschrijving wordt in deze gevallen onderbouwd met concrete uitkomsten waardoor de PDCA-cyclus aantoonbaar is vormgegeven. De IGJ merkt op dat in het algemeen verbeteringen op dit punt nodig zijn. Zo moeten in de aanlevering concrete resultaten duidelijker benoemd worden, zodat de PDCA-cyclus navolgbaar is. De evaluatie en de daaruit volgende verbetermaatregelen kunnen en moeten beter. Ziekenhuizen moeten in hun terugkoppeling meer gebruik maken van zorguitkomsten of andere kwantitatieve informatie, om gericht zicht te krijgen op de kwaliteit van de geleverde zorg uit het verbeterdoel msz en het effect van bepaalde verbetermaatregelen. Belangrijk is dat het aangeleverde verbeterdoel navolgbaar is. Zonder concrete stuurinformatie is dit niet het geval en kan het effect van eventuele verbeteringen niet worden gevolgd.

## In dialoog

Het is belangrijk dat ziekenhuizen verantwoording afleggen over de kwaliteit van zorg. Met de verbeterdoelen kunnen zij zelf invulling geven aan de wijze waarop zij dit doen. Deze verantwoording moet objectief en navolgbaar zijn. Zo sluit de verantwoording aan bij de werkwijze en systemen van het ziekenhuis. Dit vergroot het draagvlak binnen de instelling en stimuleert het leren en verbeteren ten aanzien van de thema's uit de verbeterdoelen. Zorgprofessionals zijn enthousiast over het effect dat er met de verbeterdoelen wordt bereikt. De IGJ wil samen met de ziekenhuizen in gesprek blijven over veiligheid en kwaliteit van zorg. Verbeterdoelen zijn een onderdeel hiervan. De gesprekken, bij voorkeur multidisciplinair en met ketenpartners, zijn een belangrijk element in het kader van leren en verbeteren van elkaar. Ga bij elkaar kijken en ga met elkaar in gesprek! Met de verbeterdoelen staat samenwerken aan kwaliteit en veiligheid van de zorg centraal.

## Verbeterdoelen zijn niet vrijblijvend

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

## Inspiratiesessie en uitwisselbijekomsten

In het kader van leren en verbeteren heeft de IGJ op 06 oktober 2025 weer een inspiratiesessie georganiseerd. Dit jaar stond het verbeterdoel 'Antistolling' centraal. Van de inspiratiesessie is een 'rode draad' gepubliceerd. Daarnaast organiseren de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN) bijeenkomsten voor ziekenhuizen en klinieken om ervaringen uit te wisselen (ervaringsuitwisselbijekomsten). Ziekenhuizen gaan met elkaar in gesprek over een onderwerp uit een verbeterdoel met als doel van elkaar te leren en te verbeteren.

Een verbeterdoel gaat over een risicovol onderwerp in de medisch specialistische zorg. Een verbeterdoel is bedoeld om risico's in de zorg te verminderen en zo de kwaliteit en veiligheid van zorg te verbeteren. Met de verbeterdoelen wil de IGJ dat ziekenhuizen en particuliere klinieken een volledige verbetercyclus borgen. Een verbetercyclus begint met een plan en uitvoering van dit plan. Dan is er een evaluatie van de uitvoering. Deze evaluatie is de input voor verbetermaatregelen. Zo begint de verbetercyclus opnieuw.

De Verbeterdoelen msz is tot stand gekomen in samenwerking met:

- Federatie Medisch Specialististen (FMS)
- UMCNL (voorheen NFU)
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)
- Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN)



## Antistollingsbeleid

### Het verbeterdoel stimuleert veilig gebruik van antistollingsmedicatie

#### Antistolling

Waarom is veilig gebruik van antistollingsmedicatie belangrijk?

- te veel antistollingsmedicatie kan leiden tot bloedingen;
- te weinig antistollingsmedicatie kan leiden tot infarcten of (recidief) trombose.

Waarom is veilig gebruik van antistollingsmedicatie zo complex?

- er zijn steeds meer verschillende typen antistollingsmedicatie;
- het aantal oudere patiënten met meerdere aandoeningen die antistollingsmedicatie nodig hebben neemt toe.

Wat is er nodig voor veilig gebruik van antistollingsmedicatie?

- strikte naleving van het antistollingsprotocol;
- duidelijke verantwoordelijkheden voor de antistollingszorg en antistollingsmedicatie;
- goede informatie naar zowel de patiënt als de (opvolgende) zorgprofessional over antistollingsmedicatie;
- altijd een beroep kunnen doen op een zorgprofessional met kennis en expertise van antistollingsmedicatie;
- samenwerking in de keten.

#### Dit verbeterdoel vraagt aandacht voor:

1. Het hebben van een periprocedureel (rondom de ingreep) antistollingsprotocol én naleving van dit protocol.
2. Het beleggen van verantwoordelijkheden rondom antistollingszorg, het hebben van duidelijke afspraken rondom antistollingsmedicatie en aandacht voor communicatie met zowel zorgverleners als patiënten.
3. Duidelijke afspraken over hoe de lokale antistollings-expertise is georganiseerd. Deze moet elke dag van de week elk uur van de dag beschikbaar zijn.

#### Beeld

Op het thema 'veilig gebruik van antistollingsmedicatie' hebben de meeste ziekenhuizen in meer of mindere mate een verbeterslag gemaakt. Echter, er zijn nog altijd een aantal ziekenhuizen die moeten verbeteren. Aan de ene kant zien we dat er meerdere ziekenhuizen zijn die dit complexe thema goed in beeld hebben. Het antistollingsprotocol wordt nageleefd, de verantwoordelijkheden en afspraken rondom antistollingsmedicatie zijn bekend, er is aandacht voor communicatie en er is 24/7 de beschikking over

kennis en expertise van antistollingsmedicatie. Ook zien we dat er in toenemende mate samenwerking is met de ketenpartners in de ontwikkeling van beleid over antistollingsmedicatie en is er kennis en expertise uitwisseling met zorgprofessionals in de eerste lijn. Aan de andere kant voldoen een aantal ziekenhuizen nog niet aan de minimale vereisten aangaande het thema 'veilig gebruik van antistollingsmedicatie'. Zo zijn er ziekenhuizen die niet beschikken over een periprocedurele antistollingsprotocol of hebben geen zicht op naleving ervan. Verantwoordelijkheden en afspraken rondom antistollingszorg zijn niet door alle ziekenhuizen belegd en ook hebben niet alle ziekenhuizen de lokale antistollingsexpertise goed georganiseerd. De inspectie blijft de ziekenhuizen die dit aangaan hierop aanspreken en zo nodig verbetermaatregelen opleggen.



#### Goede voorbeelden ter inspiratie

- Meerdere ziekenhuizen hebben een multidisciplinaire antistollingscommissie (ASC) of stolling (S)-team. Het multidisciplinaire ASC of S-team is verantwoordelijk voor het antistollingsbeleid. Hierbij worden structurele multidisciplinaire besprekingen gevoerd waarbij incidenten en complicaties op het gebied van antistolling worden besproken. De uitkomsten hiervan zijn input voor verbetermaatregelen.
- Meerdere ziekenhuizen voeren interne en *tracer audits* (waarbij je het tracé/spoor van de patiënt volgt) uit op het thema 'veilig gebruik van antistollingsmedicatie'. Op basis van de uitkomsten worden verbetermaatregelen ingezet.
- Regionaal transmurale afspraken (RTA) worden gemaakt tussen eerste lijn (huisarts, thuiszorg, apotheek, trombosedienst) en tweede lijn (ziekenhuis) over veilig gebruik van antistollingsmedicatie.
- Een ziekenhuis organiseert casuïstiekbesprekingen in een (maandelijks) MDO binnen het netwerk van het ziekenhuis om samen in netwerkverband van en met elkaar te leren en zo te verbeteren op het thema 'veilig gebruik van antistollingsmedicatie'.
- Een aantal ziekenhuizen organiseert multidisciplinaire symposia rondom het thema 'veilig gebruik van antistollingsmedicatie' in netwerkverband.
- Meerdere ziekenhuizen bieden een e-learning antistolling aan (nieuwe) zorgprofessionals aan en stellen de e-learning soms verplicht. Een ziekenhuis gaf aan dat een ziekenhuisapotheker in opleiding scholing over antistolling gaf aan andere artsen in opleiding (AIOS) en verpleegkundigen. Een ziekenhuis geeft scholing aan nefrologen en vasculair geneeskundigen over veilig gebruik van antistollingsmedicatie bij een specifieke patiëntengroep (dialyse patiënten). Ook hebben sommige ziekenhuizen scholing georganiseerd in netwerkverband met de eerstelijnszorg en thuiszorg.
- Meerdere ziekenhuizen zijn bezig met optimaliseren van patiënteninformatie door de informatie op verschillende manieren aan te bieden (voorlichtingsfilm, folder, website). Ziekenhuizen bieden deze patiënteninformatie in begrijpelijke taal en in meerdere talen aan.

- Een ziekenhuis heeft een interactief vraaggestuurde kennisbank (antistollingswaaier) ontwikkeld.

Voor nog meer goede voorbeelden verwijst de inspectie naar de publicatie [‘Verbeterdoelen msz in beeld 2023’](#).



### Wat moet beter

Veilig gebruik van antistollingsmedicatie is complex en blijft risicovol. Het is belangrijk dat de ketenzorg rondom antistolling goed geborgd is. Dat betekent dat de lokale stollingsexpertise is georganiseerd en dat deze binnen en buiten kantooruren (24/7) moet zijn geborgd. Dat is nog niet overal het geval.

Ziekenhuizen moeten beter zicht hebben op naleving van een periprocedureel antistollingsprotocol. Niet alle ziekenhuizen hebben verantwoordelijkheden en afspraken rondom antistollingszorg belegd. Ook moet de communicatie met zowel zorgverleners als patiënten beter. De inspectie blijft de ziekenhuizen die het aangaan hierop aanspreken en zo nodig verbetermaatregelen opleggen.

Dit was het laatste jaar dat het verbeterdoel ‘Veilig gebruik van antistolling’ door de inspectie werd uitgevraagd. Er is de afgelopen vier jaar veel bereikt op dit complexe en risicovolle thema. Op 6 oktober 2025 organiseerde de IGJ samen met haar samenwerkingspartners een inspiratiesessie ‘Realiseren van een optimaal antistollingbeleid’. Een ‘rode draad’ vindt u vanaf november op de website van de IGJ.

#### Richtlijn

[Landelijke Transmurale Afspraak \(LTA\) Antistollingszorg](#)  
[Landelijke Standaard Ketenzorg Antistolling 2.0 \(LSKA\) voor de eerste- en tweedelijnszorg: versie 2, 2014](#)



## Cardiologische zorg

### Het verbeterdoel stimuleert optimalisatie van cardiologische zorg in Nederland

#### Cardiologische zorg

Hart- en vaatziekten zijn belangrijke oorzaken van sterfte en ziektelast in Nederland. Onder andere door de groeiende aandacht voor preventie, optimalisering van ambulancezorg en medisch (technologische) mogelijkheden is de sterftekans afgenomen. Door de toegenomen overlevingskans neemt de chronische ziektelast echter toe. Naast vergrijzing zorgt dit voor een grote populatie chronisch zieken waarvoor optimale en passende cardiologische zorg noodzakelijk is.

#### Dit verbeterdoel vraagt aandacht voor:

1. Aantoonbaar kwaliteitsbeleid voor cardiologische zorg in de instelling.
2. Inzicht hebben in zorguitkomsten en zo nodig, vormgeven en implementeren van multidisciplinair vormgegeven verbetermaatregelen om de cardiologische zorg te optimaliseren.
3. Optimaliseren van de kwaliteit van de cardiologische zorg in Nederland.

#### Beeld

Meerdere ziekenhuizen hebben het kwaliteitsbeleid voor de cardiologische zorg aantoonbaar vormgegeven. Er zijn meer ziekenhuizen die zorguitkomsten inzichtelijk hebben en zicht hebben op mogelijke risico's voor patiëntveiligheid. Verbetermaatregelen worden steeds meer multidisciplinair vormgegeven en ingevoerd. Toch zijn er ziekenhuizen die niet alle minimale verbeteronderdelen (genoemd in bovenstaand kader) aantoonbaar hebben geïmplementeerd.



#### Goede voorbeelden ter inspiratie

- Een ziekenhuis organiseert meekijkconsulten voor huisartsen. Huisartsen kunnen digitaal advies inwinnen bij de vakgroep cardiologie van het ziekenhuis. Via het meekijkconsult krijgen huisartsen binnen drie dagen advies van een cardioloog. Het ziekenhuis geeft aan dat het meekijkconsult bijdraagt aan tijdige interventies en voorkomt onnodige verwijzingen. Een mooi voorbeeld van ‘juiste zorg op de juiste plek’.
- Er worden proactieve zorgplangesprekken met cardiologische patiënten gevoerd in het kader van passende zorg. Proactieve zorgplangesprekken geven inzicht in wat de patiënt wel en wat de patiënt niet wil. Een mooi voorbeeld van ‘samen beslissen’ en ‘passende zorg’.
- Enkele ziekenhuizen benoemen patiënttevredenheid als integraal onderdeel van de kwaliteitscyclus. Naar aanleiding van een patiënttevredenheidsonderzoek (PTO) heeft een ziekenhuis een *patient journey app* ontwikkeld waarbij het zorgpad wat patiënten doorlopen in beeld wordt gebracht. Zo worden de ervaringen van patiënten benut om te leren en te verbeteren. Ook wordt gestuurd op uitkomsten van spiegelgesprekken en zorguitkomsten door *patient related outcome measures* (PROM). De uitkomsten worden ingezet voor interne kwaliteitsdoelinden en externe aanlevering aan de Nederlandse Hart Registratie (NHR).
- Het gebruik van apps geschikt voor thuismonitoring voor ziekenhuizen, huisartsen en de patiënt hebben een plaats binnen de zorg voor patiënten met hartfalen en boezemfibrilleren. Er werden verschillende voorbeelden genoemd.

Op basis van de uitkomst van de app kan worden bepaald of poliklinische controle nodig is en dit leidt tot een afname van het aantal poliklinische controles.

- Een ziekenhuis bespreekt het project *Chance@Home*. Patiënten met hartfalen worden na een korte ziekenhuisopname door verpleegkundig specialisten thuis begeleidt. Zij voeren naast telefonische gesprekken ook huisbezoeken uit waarbij bloed geprikt wordt en intraveneuze diuretica (geneesmiddelen die de nieren stimuleren om meer urine te produceren) gegeven wordt. Het ziekenhuis geeft aan dat het project een positief effect heeft op de kwaliteit van leven en dat op deze manier een delier kan worden voorkomen. Ook verlaagt het de druk op de klinische bedden.
- Een ziekenhuis benoemt dat de verpleegkundige de patiënt bespreekt bij de artsenvisites. Dit vergroot het verpleegkundig leiderschap en bevordert het klinisch redeneren van de verpleegkundige. Uit de evaluatie van het ziekenhuis is naar voren gekomen dat het de samenwerking tussen de arts en verpleegkundig bevordert. Ook worden standaard items benoemd tijdens de artsenvisite zoals: antistollingsmedicatie; medicatieverificatie; verpleegkundige indicatoren en geplande ontslagdatum.
- Een vakgroep cardiologie van een ziekenhuis heeft *teaching on the run* trainingen gevolgd met als thema 'samen beslissen'. Dit zijn korte praktische trainingen in onderwijs- en opleidingsvaardigheden voor artsen.
- Er worden multidisciplinaire hartteam overleggen met ziekenhuizen in de regio georganiseerd. Patiënten met complex hartfalen worden besproken om patiënten de juiste zorg te kunnen bieden. Ook organiseert een ziekenhuis een structureel overleg met een verwijzend ziekenhuis in de regio waar verwezen patiënten voor een dotterprocedure worden besproken. De bevindingen en interventies worden toegelicht met als doel ervan te leren: 'in welke situatie is welke beslissing genomen en waarom'.
- Een ziekenhuis maakt gebruik van *ward control centre* (WCC) borden op de verpleegafdeling cardiologie en CCU. Op de WCC borden worden de uitkomsten van de verpleegkundige indicatoren getoond om het klinisch redeneren van de verpleegkundigen te bevorderen en om tijdig en juist te kunnen inspelen op klinische achteruitgang van de patiënt.
- Een ziekenhuis gaf aan een gezamenlijk multidisciplinair kwaliteitsoverleg te hebben met de pacemaker cardiologen en technici waarbij de zorguitkomsten systematisch worden besproken.

Voor nog meer goede voorbeelden verwijst de inspectie naar de publicatie '[Verbeterdoelen msz in beeld 2023](#)'.



### Wat moet beter

We zetten het op een rijtje:

- Het kwaliteitsbeleid voor de cardiologische zorg moet aantoonbaar worden vormgegeven.
- Nog niet alle ziekenhuizen hebben inzicht in eigen zorguitkomsten waarbij de verbetercyclus niet is geborgd.
- Verbetermaatregelen moeten multidisciplinair worden vormgegeven.

Waar nodig blijft de inspectie ziekenhuizen die dit aangaan aanspreken op zaken die verbeterd moeten worden en legt zo nodig verbetermaatregelen op.

#### Norm

NVVC Kwaliteitsbeleids- en kwaliteitsvisie-document cardiologische zorg 2025



### Eigen verbeterdoel (nieuw)

**Het verbeterdoel stimuleert het onderling leren en verbeteren.**

#### Eigen verbeterdoel

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

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

#### Een eigen verbeterdoel typeert zich als:

Een goede en tijdige (< 24 uur) overdracht met minimaal:

1. een multidisciplinair risico voor patiëntveiligheid;
2. een thema wat verbeterpotentieel heeft;
3. een thema wat draagvlak hebben binnen de eigen organisatie;
4. een thema waar zorgprofessionals invloed hebben op de reductie van het risico;
5. waarbij een cultuur van leren en verbeteren gestimuleerd wordt.

En wordt minimaal twee opeenvolgende jaren bij inspectie aangeleverd.

#### Beeld

45 ziekenhuizen leverden een eigen verbeterdoel aan. Het is goed te zien dat meerdere ziekenhuizen voor een eigen verbeterdoel kiezen. 11 van de 45 verbeterdoelen gaan over medicatieveiligheid (medicatieverificatie en veilige toepassing). Zeven verbeterdoelen richten zich op ontslag en overdracht in de keten. Andere onderwerpen zijn divers. Eén netwerk van ziekenhuizen heeft ervoor gekozen om in netwerkverband één thema te kiezen en daar gezamenlijk van te leren en te verbeteren. Gezien de diversiteit van onderwerpen wordt in deze factsheet geen inhoudelijke samenvatting gegeven, maar wordt volstaan met een opsomming van onderwerpen.

#### Overzicht eigen verbeterdoelen van de ziekenhuizen

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

| Ziekenhuis                                         | Thema eigen verbeterdoel                                                                                |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Admiraal De Ruyter Ziekenhuis (Goes en Vlissingen) | Medicatiebeleid; samen op weg naar beter en veiliger medicatiebeleid.                                   |
| Alexander Monro Ziekenhuis (Bilthoven)             | Het optimaal gebruiken van PROMs.                                                                       |
| Alrijne Ziekenhuis (Leiderdorp en Leiden)          | Pijnbeleid Alrijne ziekenhuis                                                                           |
| Amphia Ziekenhuis (Breda)                          | Optimaliseren van het ontslag van kwetsbare ouderen naar een vervolginstelling na een klinische opname. |
| Antoni van Leeuwenhoek (Amsterdam)                 | Hoofdbehandelaar en vast contactpersoon                                                                 |
| Bernhoven (Uden)                                   | Transmurale overdracht voor patiënt met ontslag naar zorginstelling, revalidatie of huis.               |
| BovenIJ ziekenhuis (Amsterdam)                     | Palliatief verbonden Noord                                                                              |

| Ziekenhuis                                              | Thema eigen verbeterdoel                                                                       |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Bravis ziekenhuis (Bergen op Zoom en Roosendaal)        | Uniforme ontslaginformatie voor de patiënt bij ontslag na ziekenhuisopname                     |
| Catharina Ziekenhuis (Eindhoven)                        | Proactieve zorgplanning in het Catharina Ziekenhuis                                            |
| Diakonessenhuis (Utrecht en Zeist)                      | (Verbeteren van zorg voor) Kwetsbare ouderen                                                   |
| Dijklander (Hoorn & Purmerend)                          | Onnodig lang nuchter kind                                                                      |
| Elkerliek Ziekenhuis (Helmond en Deurne)                | Medicatieverificatie bij ontslag                                                               |
| Erasmus MC (Rotterdam)                                  | Verbeteren van zorg rondom ontslag                                                             |
| Flevoziekenhuis (Almere)                                | Bevorderen van functiebehoud bij ouderen opgenomen in het Flevoziekenhuis                      |
| Franciscus Gasthuis & Vlietland (Rotterdam en Schiedam) | Verbeteren van zorg rondom ontslag – Tijdige en volledige medicatieverificatie en overdracht   |
| Gelre Ziekenhuizen (Apeldoorn en Zutphen)               | Optimaliseren zorg voor patiënten met Diabetes Mellitus                                        |
| HMC (Den Haag)                                          | Verbeterdoel Medicatieverificatie bij ontslag                                                  |
| IJsselland Ziekenhuis (Capelle aan den IJssel)          | Zorg rondom ontslag                                                                            |
| Laurentius Ziekenhuis (Roermond)                        | Medicatie: de optimalisatie rondom dubbelcheck bij toediening van hoog-risico medicatie        |
| LUMC (Leiden)                                           | Een veilig en efficiënt bloedtransfusieproces: aanvragen, transporteren, bewaren en toedienen. |
| Maasstad Ziekenhuis (Rotterdam)                         | Verbeteren van zorg rondom ontslag                                                             |
| Maasziekenhuis Pantein (Boxmeer)                        | PEWS- Pediatric Early Warning Score                                                            |
| Martini Ziekenhuis (Groningen)                          | Verminderen heropnames door galblaasgerelateerde complicaties na galblaasverwijderingen        |
| Máxima Medisch Centrum (Eindhoven en Veldhoven)         | Gelijkheid en toegankelijkheid van zorg ongeacht digitale vaardigheden van patiënten.          |
| MCL (Leeuwarden)                                        | Optimalisatie decubitusbeleid door duidelijk inzicht op prevalentie, preventie en herstel.     |
| Medisch Spectrum Twente (Enschede)                      | Overdracht van een actueel medicatieoverzicht bij iedere klinisch ontslagen patiënt.           |

| Ziekenhuis                                               | Thema eigen verbeterdoel                                                                               |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Noordwest ziekenhuisgroep (Alkmaar, Den Helder)          | Optimalisatie van het proces rondom de <i>Early Warning Score</i> (EWS).                               |
| Ommelander Ziekenhuis Groningen (Delfzijl en Winschoten) | Optimalisatie van colonchirurgie: Toewerken naar de laagste impact op de patiënt én de zorg.           |
| Oogziekenhuis (Rotterdam)                                | Bereikbaarheid en kwaliteit beantwoorden medische vragen van patiënten vanuit huis.                    |
| Prinses Máxima Centrum voor Kinderoncologie (Utrecht)    | Verbeterd proces informatievoorziening rondom ontslagmedicatie aan ouders (patiënt)                    |
| Reinier de Graaf Groep (Delft en Voorburg)               | Klinisch passende zorg voor patiënten met multimorbiditeit                                             |
| Rode Kruis Ziekenhuis (Beverwijk)                        | Continuïteit van zorg                                                                                  |
| Slingeland Ziekenhuis (Doetinchem)                       | Verbeteren van de kwaliteit van zorg voor het zorgpad colorectale chirurgie                            |
| Spaarne Gasthuis (Haarlem en Hoofddorp)                  | Optimalisatie van de palliatieve zorg binnen het Spaarne Gasthuis.                                     |
| Spijkensise Medisch Centrum (Spijkensise)                | Digitaliseren communicatie met de patiënt                                                              |
| St. Antonius Ziekenhuis (Utrecht, Nieuwegein en Woerden) | Optimalisatie van kwaliteit en patiëntveiligheid binnen Thuismonitoring in het St. Antonius Ziekenhuis |
| Treant Zorggroep cure (Emmen, Hogeveen en Stadskanaal)   | Optimaliseren medicatiebeheer en -begeleiding                                                          |
| UMCG (Groningen)                                         | Optimaliseren van de ontslagzorg op alle UMCG-verpleegafdelingen                                       |
| Van Weel-Bethesda Ziekenhuis (Dirksland)                 | Vergroten van de apotheek capaciteit t.a.v. medicatieverificatie bij opname en ontslag                 |
| Wilhelmina Ziekenhuis (Assen)                            | Nuchter beleid bij patiënten met heupfracturen gepland voor OK.                                        |
| Zaans Medisch Centrum (Zaandam)                          | Project VTGM (Voor Toediening Gereed Maken)                                                            |
| Ziekenhuis Gelderse Vallei (Ede)                         | Medicatieverificatie bij ontslag                                                                       |
| Ziekenhuis St Jansdal (Harderwijk)                       | Vroegtijdig herkennen vitaal bedreigde patiënt                                                         |
| Ziekenhuisgroep Twente (Almelo en Hengelo)               | Optimaliseren van de decubituszorg in ZGT                                                              |
| ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen (Terneuzen)                   | De toepassing van Safety-II in het onderzoek naar (mogelijke) calamiteiten.                            |

## Terugkoppeling en dialoog

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



## Ketenzorg diabetische voetulcus

**Het verbeterdoel stimuleert een optimale ketenzorg voor patiënten met een diabetische voetulcus én evaluatie van de uitkomsten**

### Ketenzorg diabetische voetulcus

- Het is belangrijk dat op tijd de juiste diagnostiek én behandeling van patiënten met een diabetische voetulcus wordt ingezet. Als dat niet gebeurt is er een risico op amputatie van de voet.
- Om dit risico te verminderen is een integrale en multidisciplinaire ketenzorg cruciaal.
- Voor iedere zorgprofessional in deze integrale en multidisciplinaire ketenzorg moet duidelijk zijn wanneer welke taken verricht moeten worden.

De volgende disciplines zijn hierbij betrokken:

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

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

- vaatchirurg
- internist
- revalidatiearts
- wondverpleegkundige
- orthopedisch schoentechnicus
- (diabetische) podotherapeut
- gipsverbandmeester

#### Dit verbeterdoel vraagt aandacht voor:

1. Een integrale en multidisciplinaire ketenzorg voor patiënten met diabetes mellitus en een voetulcus conform de richtlijn Diabetische voet;
2. Regionale transmurale afspraken;
3. Een verbetercyclus van deze integrale en multidisciplinaire ketenzorg met focus op samenwerken, evalueren, leren en verbeteren.

#### Beeld

Aan de ene kant zien we dat meerdere ziekenhuizen een integrale en multidisciplinaire ketenzorg voor patiënten met diabetes mellitus met een voetulcus hebben ingericht. Deze ziekenhuizen hebben aandacht voor een goede en tijdige doorverwijzing van patiënten. Naast interne scholing hebben meerdere ziekenhuizen aandacht voor scholing in de eerstelijnszorg. Ook dit jaar werden regionale symposia georganiseerd. Dit is goed omdat daarmee het kennisniveau hoger wordt in de gehele zorgketen. Ook wordt daarmee de zichtbaarheid van de integrale en multidisciplinaire ketenzorg voor patiënten met diabetes mellitus en een diabetische voetulcus vergroot. Daarnaast zien we dat er in meerdere ziekenhuizen sprake is van een multidisciplinaire samenwerking in het voetenteam.

Aan de andere kant zien we dat nog niet alle ziekenhuizen dit op orde hebben. Een aantal ziekenhuizen staat aan het begin om de ketenzorg voor patiënten met een diabetische voetulcus in te richten. Het is belangrijk dat op tijd de juiste diagnostiek én behandeling van patiënten met een diabetische voetulcus wordt ingezet. Ook zien we in meerdere ziekenhuizen dat nog niet alle zorgprofessionals in de gehele zorgketen betrokken zijn bij het opstellen en uitvoeren van verbeteringen. Niet alle ziekenhuizen die patiënten met een diabetische voetulcus behandelen, hebben een multidisciplinair voetenteam conform de richtlijn Diabetische voet. Daarbij verantwoorden weinig ziekenhuizen met concrete resultaten vanuit zorguitkomsten of een ander evaluatie-instrument in hoeverre de ingezette verbeteringen effectief geïmplementeerd zijn.



#### Goede voorbeelden ter inspiratie

- Er zijn ziekenhuizen die een regionaal symposium organiseerden op het thema optimale ketenzorg voor patiënten met een diabetische voetulcus. Het is goed om te zien dat alle ketenpartners actief worden benaderd om deel te nemen. Zo wordt kennis en expertise gedeeld binnen de gehele keten. Een goed voorbeeld van leren en verbeteren van elkaar.
- Een ziekenhuis geeft aan jaarlijks een wondsymposium te houden waar kennisuitwisseling plaatsvindt. Ook organiseert het ziekenhuis zogenaamde spandagen voor huisartsen waar periodiek het thema diabetische voetulcus terugkomt. Dat zijn nascholingsmomenten voor huisartsen.
- Meerdere ziekenhuizen geven aan te beschikken over een vast aanspreekpunt in de integrale en multidisciplinaire keten zodat zorgprofessionals laagdrempelig contact op kunnen nemen met de expertgroep van dat ziekenhuis.
- Een ziekenhuis geeft aan dat de zorg vanuit het multidisciplinair voetenteam wordt afgestemd met de eerstelijns zorgprofessionals. Praktijkondersteuners van de huisarts (POH) krijgen de mogelijkheid om mee te lopen met het multidisciplinair voetenteam om zo het belang van een goede screening te ervaren. Ook loopt er met regelmaat een diabetesverpleegkundige uit de eerste lijn mee om onze adviezen mee te nemen naar de huisarts/huisartsenpraktijk.
- Er worden patiëntenvoorlichtingsbijeenkomsten gehouden met voorlichting over specifieke aandoeningen. Ook zijn ziekenhuizen bezig met het ontwikkelen van voorlichtingsfilmpjes voor patiënten.
- In het kader van optimaliseren van de regionale transmurale afspraken en de samenwerking in de keten te optimaliseren, heeft een ziekenhuis een ketenregiegroep wondzorg ingericht. Hierin zitten een afgevaardigde huisarts vanuit een huisartsenvereniging, een wijkmanager, een chirurg, een wondzorgverpleegkundige, een afgevaardigde wondverpleegkundige uit de wijkverpleging en een regiomanager van één van de samenwerkende verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorgorganisaties.
- Er worden structurele regionale overlegmomenten tussen eerste en tweede lijn met huisartsen, POH en kaderarts diabetes georganiseerd. Ook zijn er samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen in de regio. En zijn er samenwerkingsverbanden tussen het multidisciplinaire voetenteam van een ziekenhuis en de eerste lijn als integraal onderdeel van de transmurale ketenzorg in de regio. Ook leveren wondconsulenten en verpleegkundig specialisten soms zorg in en buiten het ziekenhuis. Hiermee zijn zij de verbindende schakel van de integrale en multidisciplinaire ketenzorg.
- Een ziekenhuis onderzoekt hoe het patiënten (nog) meer kan betrekken in het onderlinge overleg tijdens het spreekuur.
- Om het zorgpad in kaart te brengen heeft een ziekenhuis de *Functional Resonance Analysis Method* (FRAM)-methodiek toegepast. Er is meegekeken met het multidisciplinaire voetenteam om het proces in de praktijk in kaart te brengen. Met alle zorgverleners zijn individuele interviews gehouden met de centrale vraag: 'wat gaat er goed en wat zou er beter kunnen'. Het patiëntperspectief werd meegenomen door twee patiënten te volgen. Ook werden zorgverleners gevolgd. Er volgde een dialoogsessie met alle betrokken disciplines in de integrale transmurale keten wat als heel waardevol werd gezien. Onderwerpen die zijn besproken zijn preventie, triage en planning.
- Ziekenhuizen geven een digitale nieuwsbrief uit voor verwijzers. Hiermee wordt de samenhang en zichtbaarheid van de integrale

en multidisciplinaire ketenzorg bevorderd. Dit is ook belangrijk voor zorgprofessionals dat zij weten naar wie zij de patiënt moeten verwijzen.

- Er wordt gebruik gemaakt van een app waarmee afstemming plaatsvindt tussen eerste- en tweedelijns zorgverleners over de zorg aan patiënten met een diabetisch voetulcus.
- Ziekenhuizen geven aan dat zij van elkaar leren door bij een ander ziekenhuis te ervaren hoe de ketenzorg van patiënten met een diabetische voetulcus kan worden geoptimaliseerd. Ziekenhuizen brengen hiertoe werkbezoeken bij elkaar om van elkaar te leren en te verbeteren.
- *Patient Reported Outcome Measures* (ervaringen van patiënten) (PROM) worden uitgevraagd om de ketenzorg voor patiënten met een diabetische voetulcus te evalueren en hiervan te leren en te verbeteren. Ook worden spiegelgesprekken gevoerd om van te leren en te verbeteren.
- Inrichting van een 'Eerste Diabetische Voet Hulp', waarbij patiënten snel na verwijzing worden beoordeeld en gediagnosticeerd. Vervolgens kan op tijd gestart worden met de behandeling.

Voor nog meer goede voorbeelden verwijst de inspectie naar de publicatie '[Verbeterdoelen msz in beeld 2023](#)'.



### Wat moet beter

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

Dit zijn de verbeterpunten op een rijtje:

- optimaliseren van samenwerking tussen verschillende partijen in de keten.
- continuïteit en samenstelling van het multidisciplinaire voetenteam.
- vergroten zichtbaarheid ketenzorg voor patiënten met een diabetische voetulcus.
- vergroten kennis en expertise.
- zicht hebben op en leren van de uitkomsten van de geleverde zorg.

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

### Richtlijn

[Richtlijn Diabetische voet \(NIV 2017\)](#)

[IWGDF Guidelines on the prevention and management of diabetes-related foot disease 2023 update](#)



## Ondervoeding

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

### Optimale screening en behandeling van ondervoeding

Ondervoeding kan nadelige gevolgen hebben voor de gezondheid van een patiënt. Het kan leiden tot een verminderde weerstand, vertraagde wondgenezing, spierzwakte en een verhoogde kans op complicaties. Dit kan leiden tot een langer verblijf in het ziekenhuis. Maar ook kan ondervoeding leiden tot verminderde kwaliteit van leven, verhoogde kans op overlijden en achterblijvende groei bij kinderen. Dit verbeterdoel gaat over het op tijd herkennen en optimaal behandelen van ondervoeding. Aandacht voor ondervoeding is nodig voorafgaand aan een opname, bijvoorbeeld door poliklinisch te screenen bij hoog-risicopatiënten. Ook tijdens en na een ziekenhuisopname blijft het op tijd herkennen en behandelen van ondervoeding een aandachtspunt. Zo kunnen zorgprofessionals ondervoeding of verdere achteruitgang van de voedingstoestand tijdens een opname voorkomen en op tijd behandelen. Tevens moeten zorgprofessionals ervoor zorgen dat de behandeling van ondervoeding na het ontslag uit het ziekenhuis wordt voortgezet.

### Dit verbeterdoel vraagt aandacht voor:

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

## Beeld

Het beeld is dat ziekenhuizen elementen van de signalering en behandeling van ondervoeding ingevoerd hebben. Dit is wat we zien over hun aanpak van ondervoeding:

- Meerdere ziekenhuizen hebben beleid over de screening en behandeling van ondervoeding.
- Meerdere ziekenhuizen hebben de tijdige screening en behandeling van ondervoeding tijdens ziekenhuisopnames bij volwassen patiënten geïmplementeerd.
- Een aantal ziekenhuizen gaat in op hoe de screening en behandeling van ondervoeding zowel bij volwassenen als bij kinderen en ouderen is vormgegeven. Meerdere ziekenhuizen benoemen slechts één patiëntengroep, meestal gaat het om volwassenen. Het is belangrijk om zowel voor kinderen als voor volwassenen en ouderen beleid te ontwikkelen.
- Meerdere ziekenhuizen benoemen in te zetten acties na het signaleren van ondervoeding.
- Een aantal ziekenhuizen benoemt dat ook voorafgaand aan een ziekenhuisopname risicopatiënten in beeld zijn als het gaat om ondervoeding. Dit gebeurt dan bij omschreven typen risicopatiënten, zoals patiënten met kanker.
- Ook dit jaar blijft er nog werk aan de winkel bij het in kaart brengen van risicopatiënten. Vervolgens gaat het erom dat ziekenhuizen bij deze patiënten voorafgaand aan een ziekenhuisopname een screening uitvoeren op ondervoeding. En indien nodig vóór opname al preventief een behandeling voorschrijven.
- De betrokkenheid van en afstemming met patiënt en/of mantelzorger(s) of bij kinderen de ouder(s) of verzorger(s) wordt dit jaar in een aantal gevallen duidelijk benoemd. Het gaat over het samen formuleren van doelen van het behandelplan en over de overdracht naar de eerstelijnszorgverleners (huisarts, diëtist).
- Een enkel ziekenhuis benoemt de verantwoordelijkheden van zorgprofessionals voor, tijdens en na de ziekenhuisopname. Dat geldt ook voor behandeldoelen.
- Meerdere ziekenhuizen gaan in op regionale samenwerking. Duidelijk moet zijn wie wat doet op welk moment. Ook dit jaar wordt aandacht gevraagd voor de verantwoordelijkheden van medisch specialisten als het gaat om voedingszorg, bijvoorbeeld door deze op te nemen in de ontslagbrief.
- Ook dit jaar is het beeld dat ziekenhuizen waarbij ondervoeding is belegd bij een centrale voedingscommissie, vaak een betere beschrijving van het ondervoedingsbeleid en een continue verbetercyclus hebben.
- Ook dit jaar ontving de inspectie van zelfstandige radiotherapeutische instituten (ZRI) wisselende resultaten. Enkele ZRI benoemden ondervoeding als prioriteit. Een andere benoemde geen duidelijk beleid om patiënten te screenen en te behandelen voor ondervoeding vóór behandeling bij de ZRI. Weer een andere ZRI legde de verantwoordelijkheid bij de verwijzend hoofdbehandelaar.



## Goede voorbeelden ter inspiratie

- Een multidisciplinaire werkgroep of commissie Eten & Drinken die inzicht houdt in de mate waarin het ziekenhuisbreed beleid is geïmplementeerd, de voortgang volgt en actief verbetermaatregelen instelt.
- Scholing voor verpleegkundigen door bijvoorbeeld een inspiratiesessie 'Ondervoeding en eiwittransitie', scholing over patiënten die onvoldoende dieetbehandeling krijgen vanwege een te korte opnameduur, casusbesprekingen en het uitvoeren van zogenaamde 'oké rondes'.
- Signalering en behandeling van ondervoeding vóór opname door prehabilitatie (fit zijn voorafgaand aan een operatie) voor hoog-risico patiënten via het 'prepare project'.
- Het structureel meten en vastleggen van lengte en gewicht van de patiënt in het EPD, om verandering tijdig te kunnen herkennen.
- Het invoeren van digitale looplijsten, waarbij een voedingsassistent digitaal kan bijhouden wat een patiënt aan voeding heeft ingenomen en automatische consultaanvragen aan de diëtist bij patiënten met sondevoeding.
- Het gebruik van de snackkar, speciaal gericht op het stimuleren van een goede intake bij kinderen, ontwikkelt in samenspraak met de kinderraad.
- Het actief aanbieden van extra eiwitrijke maaltijden en tussendoortjes.
- De informatie van patiënten verbeteren, door bijvoorbeeld de ontwikkeling van een informatieve infographic voor patiënten of informatiemateriaal aanpassen in begrijpelijke taal (B1).
- Een ziekenhuis noemt TASTY onderzoek over smaaksturing en smaak- en reuktraining bij kanker. TASTY heeft tot doel patiënten met smaakverandering beter te begeleiden.
- Overdracht na ontslag zowel naar eerste- als derdelijns zorgprofessionals of een vervolgspraak op de polikliniek of dagbehandeling.
- Jaarlijkse evaluatie met samenwerkingspartners of structureel een transmurale voedingsoverleg met eerste-, tweede- en derdelijns diëtisten. Het overleg is bedoeld voor het delen van kennis, bespreken van knelpunten en coördineren van afspraken.
- De 'Alliantie voeding in de zorg', waarin in regionetwerken samengewerkt wordt tussen kennis- en zorginstellingen met als doel om kennis en innovaties uit te wisselen voor onder andere een gezond voedingsaanbod in ziekenhuizen en preventie van ondervoeding.

Voor andere goede voorbeelden verwijst de inspectie naar de publicatie [‘Verbeterdoelen msz in beeld 2023’](#).



## Wat moet beter?

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

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

Het is belangrijk om ondervoeding op tijd te signaleren. Als patiënten ondervoed zijn moeten ze behandeld worden. Patiënten zijn dan namelijk beter in staat om een ziekenhuisopname en/of een behandeling goed te doorstaan. Een goede inschatting vóórafgaand aan de behandeling kan hierin helpen. Behandeling van ondervoeding zorgt voor een sneller en beter herstel. Ook wordt de kwaliteit van leven beter. Daarbij blijft een goede overdracht en afstemming in de keten in geval van ondervoeding noodzakelijk. De inspectie doet een nadrukkelijk appél richting de ziekenhuizen en ZRI's om patiënten voor, tijdens en na een ziekenhuisopname te screenen op ondervoeding en daarop te behandelen.

### Richtlijn

- [Leidraad Screening op – en behandeling van ondervoeding bij kinderen opgenomen in Nederlandse ziekenhuizen. Kenniscentrum Ondervoeding; 2022;](#)
- [Ondervoeding bij de geriatrische patient. Utrecht. FMS; Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie; jan 2013;](#)
- [Ondervoeding bij kinderen. Utrecht. FMS; Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde; jun 2021;](#)
- [Perioperatief voedingsbeleid. Utrecht. FMS; Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie; Nederlandse Vereniging voor Heelkunde; jan 2022;](#)
- [Richtlijn Ondervoeding. Stuurgroep Ondervoeding; jan 2019.](#)
- [Addendum; sept 2021](#)



## Pijnbeleid

### Dit verbeterdoel stimuleert een optimaal pijnbeleid

#### Optimaal pijnbeleid

Pijn is een belangrijk signaal voor het lichaam en pijn kan leiden tot een verminderde kwaliteit van leven. Het is belangrijk dat pijn bij alle patiënten tijdig herkend en behandeld wordt. Zo wordt de zorg verbeterd en neemt het risico voor patiënten af.

#### Dit verbeterdoel vraagt aandacht voor:

1. Een pijnbeleid.
2. Een infrastructuur, zoals een pijnservice.
3. Goede toegang tot expertise.
4. Een passend signaleringssysteem.
5. Beheersing van gebruik pijnmedicatie.
6. Niet-farmacologische interventies bij pijn.

### Beeld

Het beeld ook dit jaar is dat meerdere ziekenhuizen elementen van een optimaal pijnbeleid ingevoerd hebben. Meerdere ziekenhuizen beschrijven het pijnbeleid, in de aanlevering van nog veel ziekenhuizen ontbreken concrete resultaten vanuit evaluaties. Dit is wat we zien:

- Meerdere ziekenhuizen beschikken over een (overkoepelend) pijnbeleid uitgesplitst naar specifieke patiëntgroepen. Het gaat dan om: ouderen, kinderen, oncologie, cardiologie, obstetrie, psychiatrie en palliatieve patiënten. Een aantal ziekenhuizen beschrijft niet wat de inhoud van het pijnbeleid is. Ook is bij een aantal ziekenhuizen niet duidelijk of zij beschikken over een pijnbeleid voor specifieke patiëntengroepen of zich alleen richten op patiënten met postoperatieve pijn.
- Meerdere ziekenhuizen beschikken over een infrastructuur, zoals een acute pijnservice (APS) of pijnteam. Deze ziekenhuizen zorgen ervoor dat zorgverleners beschikking hebben over goede toegang tot expertise op het gebied van pijn. De meeste beschikbare expertise richt zich op verpleegkundigen, een aantal noemt de toegang tot expertise voor A(N)IOS (artsen (niet) in opleiding) en medisch specialisten. Ook dit jaar is het bij meerdere ziekenhuizen niet altijd duidelijk hoe en of de APS multidisciplinair is samengesteld. En of de anesthesiologen die deel uitmaken van de APS gespecialiseerd zijn in pijn. En of de APS 24/7 beschikbaar is.
- Meerdere ziekenhuizen bieden expertise aan zorgverleners. Een aantal ziekenhuizen gaat hier niet op in. Er zijn meerdere goede voorbeelden om van te leren en te verbeteren.
- Meerdere ziekenhuizen gebruiken een passend signaleringssys-

teem voor het vaststellen van pijn of discomfort. Hierbij is aandacht voor de interventies na het opsporen van pijn en discomfort en ook is er een controle op het effect van de interventie. Daarentegen is er ook een aantal ziekenhuizen dat niet ingaat op de inhoud van het signaleringssysteem. Of het signaleringssysteem niet toespitsen op specifieke patiënt- of leeftijdsgroepen. Of ziekenhuizen die niet aangeven wat de interventie en het effect is van de interventie als pijn bij een patiënt gesignaleerd is. Zoals ook vorige twee jaren is aangegeven: let wel, een pijnscore alleen is niet voldoende. Het is belangrijk om door te vragen bij de patiënt om vervolgens gerichte interventies te starten en te evalueren.

- Meerdere ziekenhuizen besteden aandacht aan het verantwoord voorschrijven van potentieel verslavende pijnmedicatie, zoals opioïden. Meerdere ziekenhuizen gaan hier niet op in of is net als vorig jaar in de oriëntatiefase. Hierbij blijft het van belang dat een stopdatum én de maximale hoeveelheid bepaald worden zodat medicatie niet onnodig lang gegeven wordt. En daarbij blijft het ook belangrijk dat groepen patiënten na een grote operatie met aanhoudende pijn weten bij wie zij terecht kunnen. Een aantal ziekenhuizen richt zich al op het opstarten van een transitionele pijnservice. Dit om preoperatief patiënten met kans op ernstige postoperatieve pijn te detecteren en postoperatief te begeleiden in het afbouwen van opioïden en het voorkomen van chronische postoperatieve pijn.
- Tot slot besteden ook dit jaar meerdere ziekenhuizen aandacht aan niet-farmacologische interventies bij pijn. Een aantal gaat hier, net als vorig jaar, niet op in. Er zijn veel mooie voorbeelden voor zowel het operatiecomplex als algemene verpleegafdelingen om van te leren en te verbeteren.



### Goede voorbeelden ter inspiratie

- Beleid voor verschillende patiëntgroepen, zoals voor patiënten met een operatie aan de maag en darmen die worden behandeld volgens het *enhanced recovery after surgery* (ERAS)-protocol. Hierin wordt door multimodale pijnbehandeling en vroege mobilisatie een sneller en beter herstel nagestreefd.
- Een divers aanbod van scholing rondom het thema pijn voor zorgprofessionals via bijvoorbeeld themaweek, e-learningmodules, refereeravonden, klinische lessen of pijnconsulenten die op de afdeling *bed-side-teaching* aanbieden. Of een kunstmatige intelligentie tool 'Pijn en Comfort Simulator' waarmee zorgprofessionals kunnen oefenen met de nieuwe manier van gespreksvoering.
- Jaarlijkse scholing in de regio over een pijn-gerelateerd thema voor eerste lijn zorgverleners, bijvoorbeeld een scholing rondom oncologie voor de eerste lijn.
- De pijnervaring van de patiënt standaard meenemen in de artsensite.

- Signalering van discomfort bij een patiënt via een comfortmeting om vervolgens na de signalering van discomfort een interventie toe te passen.
- Een herbeoordeling bij de hoofdbehandelaar wanneer een patiënt een herhaalrecept voor een opioïde vraagt.
- Andere pijnbehandelingen om opioïden te voorkomen, bijvoorbeeld een techniek om een verdovingsmiddel in te spuiten rondom de zenuw van een heup om de pijn te verminderen, als alternatief voor sterke pijnstillers zoals een opiaat.
- Pijnnetwerken en regionale afspraken. Zoals een multidisciplinaire commissie 'Verstandig omgaan met opiaten', bestaande uit pijnspecialisten, huisartsen, de apothekers en verslavingszorg. Deze commissie ontwikkelde beleid rondom het verstandig voorschrijven van opiaten. En de implementatie van een regionaal opgesteld advies 'verantwoord en efficiënt gebruik van opioïden'. Dit advies is opgesteld in samenwerking met huisartsen, apotheken, artsen en ziekenhuisapothekers in de regio. In een andere regio wordt momenteel een regionaal pijnoverleg met huisartsen, apothekers en behandelaren uit de verschillende disciplines opgestart.
- Voorbeelden van niet-farmacologische interventies bij pijn: Reducept methode (een app in combinatie met *virtual reality*); aromatherapie, hypnose, koude- en warmte kompressen; comfort talk of positieve communicatie; ter afleiding plafondprojectie voor kinderen en volwassenen met een verstandelijke handicap of dementie; ijsjes na een operatie; ter afleiding op de holding een tablet voor kinderen en volwassenen voor het luisteren van muziek en/of bekijken van filmpjes en bij chronische pijnpatiënten transcutane elektrische neuro stimulatie (TENS) behandeling.
- Een specifiek voorbeeld voor kinderen is de Buzzy. Dit is een hulpmiddel dat wordt ingezet bij procedures met naalden, zoals intramusculaire injecties, venapuncties en het inbrengen van een infuus. De Buzzy heeft een vibrerend en huid verkoelend effect en zorgt zo voor afleiding en pijnstilling. Een ziekenhuis hanteert de Buzzy ook bij volwassenen met prikangst voor het prikken van infusen op de holding.
- Monitoring via interne en externe audits, dossierreviews, spiegelgesprekken en een opiatendashboard.
- Monitoring via *patient reported outcome measures* (PROM), bijvoorbeeld: Hebben de zorgverleners er alles aan gedaan om uw pijn zo goed mogelijk te behandelen? Ik had nauwelijks of geen pijn; Ze hebben er voldoende aan gedaan; Ze hebben er iets aan gedaan maar niet voldoende; Ze hebben er niets aan gedaan; Ik weet het niet meer.
- Dialoog met afdelingen en zorgverlener over afwijkingen in pijnsignalering – en behandeling.

Voor andere goede voorbeelden verwijst de inspectie naar de publicatie '[Verbeterdoelen msz in beeld 2023](#)'.



## Wat moet beter?

Ziekenhuizen hebben elementen van een optimaal pijnbeleid ingevoerd en zijn duidelijk betrokken bij de optimalisatie van pijnbeleid. Dit is het laatste jaar dat het verbeterdoel wordt uitgevraagd via de Verbeterdoelen msz. Van ziekenhuizen die (elementen) van een zorgvuldig pijnbeleid nog niet hebben geïmplementeerd, verwacht de inspectie dat zij van goede voorbeelden leren en dit verbeteren. De inspectie blijft deze ziekenhuizen die het aangaan hierop aanspreken en legt zo nodig verbetermaatregelen op.

Er is nog steeds ruimte voor verbetering. Zo dient een zorgvuldig pijnbeleid te bestaan uit:

- opsporing van pijn;
- aandacht voor de verschillende pijncategorieën (acute- en chronische pijn, oncologische pijn, pijn bij benigne ziekteprocessen, pijn in de palliatieve fase);
- analyse van de oorzaak van pijn;
- het inschatten van het risico op het ontstaan van chronische pijn;
- behandeling van pijn;
- de infrastructuur;
- en een evaluatie via de *plan-do-check-act* (PDCA) cyclus.

Het verantwoord voorschrijven van pijnmedicatie en het toepassen van niet-farmacologische interventies bij pijn in menig ziekenhuis nog steeds een punt van aandacht.

Voor inspiratie verwijzen wij graag naar de rode draad 'een optimaal pijnbeleid in de zorginstelling' van de [inspiratiesessie van 3 oktober 2022](#).

### Richtlijn

- [Richtlijn Postoperatieve pijn](#). Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie; 2023.
- [Richtlijn Pijn bij patiënten met kanker](#);
- [Multidisciplinaire richtlijn Pijn. Herkenning en behandeling van pijn bij kwetsbare ouderen](#). Deel 1,2,3. Met herziene tekst. (ISBN 978-90-74785-11-2). Utrecht: Verenoso; 2016.
- [Richtlijn Pijnbehandeling bij traumapatiënten in de spoedzorgketen](#). (ISBN 978- 90-811 641-4-6). Nijmegen: Nederlandse Vereniging Spoedeisende Hulp Verpleegkundigen; 2010.
- [Richtlijn Palliatieve zorg bij kinderen](#). Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde; 2022.
- [Richtlijn Pijnmeting en behandeling van pijn bij kinderen](#). Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde; 2024.

- [Herziene richtlijn analgesie en sedatie voor volwassen patiënten op de intensive care](#). Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Intensive Care; 2013.
- [Richtlijn pijn bij kanker 6-12-2019 Pijn bij patiënten met kanker - Richtlijnen Palliatieve zorg \(palliaweb.nl\)](#)
- [Richtlijn pijn bij gevorderde stadia van COPD of hartfalen 6-12-2019](#).



## Valpreventie bij ouderen

**Het verbeterdoel stimuleert het voorkomen van letsel en functieverlies bij (kwetsbare) ouderen door een val**

### Valpreventie

Een val heeft vaak ernstige gevolgen voor de zelfstandigheid, zelfredzaamheid en mobiliteit van (kwetsbare) ouderen. Dit heeft gevolgen voor de kwaliteit van leven. Ook kunnen (kwetsbare) ouderen overlijden als gevolg van een val.

Als een (kwetsbare) oudere een keer is gevallen is er een verhoogd risico om opnieuw vallen. Aan de ene kant komt dit door de onderliggende oorzaak van de val. Aan de andere kant komt dit door mogelijk letsel en functieverlies (dat mensen niet meer alles kunnen) ten gevolge van de val.

Daarnaast is het belangrijk om acute en urgente oorzaken op de spoedeisende hulp (SEH) te signaleren en vervolgens daarop te acteren.

### Dit verbeterdoel vraagt aandacht voor:

1. Het stimuleren van het hebben van beleid op de SEH voor:
  - a. Signalering van valrisico (als iemand door een val bij de SEH komt) en vervolgens:
  - b. Een multifactoriële valrisicobeoordeling en behandeling hierop.
  - c. Regionale afspraken met ketenpartners over uitvoering en taakverdeling.
2. Het stimuleren van het op tijd en adequaat goed signaleren van veranderingen in het aantal valincidenten tijdens opname.
3. Het stimuleren van multifactoriële valrisicobeoordeling en behandeling tijdens opname.

## Beeld

Het voorkomen van letsel en functieverlies bij (kwetsbare) ouderen na een val is in meerdere ziekenhuizen nog niet geborgd.

Dit is wat we zien:

- De meeste ziekenhuizen hebben een beleid op de SEH over signalering van valrisico bij kwetsbare ouderen. De uitvoering van het beleid op de SEH is nog niet overal geborgd.
- Nog steeds zijn er ziekenhuizen die verwijzen naar de 'acuut presenterende oudere patiënt' (APOP)-screening. APOP-screening alléén is niet voldoende om het risico op vallen in te schatten. APOP-screening is een hulpmiddel om kwetsbaarheid in kaart te brengen en functionele achteruitgang te voorspellen. Een aantal ziekenhuizen kiest ervoor om de APOP-screening uit te breiden met één of twee valrisico-vragen om het risico op een herhaalde val te kunnen signaleren.
- De multifactoriële valrisicobeoordeling van (kwetsbare) ouderen die zich presenteren op de SEH na een val kan en moet beter.
- Regionale afspraken met ketenpartners over de uitvoering en taakverdeling van een multifactoriële valrisicobeoordeling is in meerdere ziekenhuizen nog niet geborgd.
- Veel ziekenhuizen hebben geborgd dat het aantal valincidenten tijdens opname wordt geanalyseerd. Ook worden passende maatregelen tijdens opname genomen op basis van de uitkomsten van de multifactoriële valrisicobeoordeling en is er aandacht voor het onderliggend lijden wat het risico op vallen vergroot.
- Meerdere ziekenhuizen geven geen volledig beeld. Zo is niet altijd duidelijk welke multifactoriële valrisicobeoordeling wordt uitgevoerd, wie deze uitvoert en of dit ook uitgevoerd wordt als een patiënt tijdens de opname is gevallen.



## Goede voorbeelden ter inspiratie

- De inzet van een *geriatric emergency team* (GEM) team op de SEH na een positieve signalering van valrisico. Ook zijn er goede voorbeelden van het in consult vragen van een specialist ouderen geneeskunde op de SEH. Het doel is om op de SEH tijdig te komen tot goed afgewogen, zinvolle diagnostiek en behandeling. Een mooi voorbeeld van multifactoriële valrisicobeoordeling en behandelplan.
- Er zijn goede voorbeelden waarbij de uitkomsten van de multifactoriële valrisicobeoordeling met bijbehorend behandelplan of behandeladvies wordt meegenomen in de overdracht naar de huisarts, verpleeg- verzorgings- of thuiszorginstelling.
- Het betrekken van de patiënt met een verhoogd valrisico en diens naasten zodat zij weten wat het risico is en welke interventies zijn afgesproken. Ook wordt in de overdracht naar de opvolgende zorgprofessional de toegepaste preventieve maatregelen en adviezen opgenomen om het risico op een herhaalde val te verminderen.
- Een ziekenhuis geeft aan per kwartaal een uitvoerige analyse uit te voeren naar de oorzaken van de valincidenten. In dit ziekenhuis doen de meeste valincidenten zich voor bij klinische patiënten en bij verwarde patiënten waardoor zij minder goed te instrueren zijn. Het ziekenhuis is gestart met een verbeterproject 'vernieuwde aanpak delier' waarbij aandacht is geweest voor een *virtual reality* (VR) delierbeleving voor zorgprofessionals. Zo kunnen zorgprofessionals een delier ervaren waardoor de bewustwording wordt vergroot.
- Scholing over valincidenten en valpreventie. Ook zijn er initiatieven van scholing over (kwetsbare) ouderen bij ketenpartners in de regio. Dit maakt dat een (kwetsbare) oudere met een valrisico sneller herkend wordt.
- Een ziekenhuis is op de SEH bezig met de ontwikkeling van een zorgpad 'Vallen'. In dit zorgpad wordt naast de behandeling van het letsel ook het vervolg en de preventie opgenomen. Hierbij is aandacht voor de ketenpartners.
- Een ziekenhuis evalueert of het valrisico met minder zware preventieve maatregelen kan worden beheerst. Bijvoorbeeld door het gebruik van extra lage bedden. Daarnaast zijn er andere technische ontwikkelingen om het valrisico te beperken.
- Een ziekenhuis heeft een expertteam kwetsbare ouderen dat zich bezighoudt met processen en afspraken met betrekking tot de zorg voor kwetsbare ouderen, waaronder valpreventie. Stuurinformatie met betrekking tot valpreventie wordt maandelijks geëvalueerd met verschillende afdelingen en er worden waar nodig verbeteracties uitgezet. Valincidenten worden elk kwartaal besproken met de raad van bestuur van het ziekenhuis.
- Er worden interne traceraudits met onderdelen over valpreventie uitgevoerd.
- Een ziekenhuis heeft een multidisciplinaire afdelingswerkgroep (kwetsbare) ouderen op de SEH die beoordeelt hoe de zorg voor ouderen geregeld is en waar nodig geoptimaliseerd kan worden.
- In een ziekenhuis is het GEM team aangesloten aan het tweejaarlijks Collum Care overleg (een overleg waarin patiënten met een gebroken heup worden besproken).
- Een ziekenhuis heeft een dashboard ontwikkeld voor het GEM team. Zo krijgt het ziekenhuis zicht op wanneer en welke (kwetsbare) ouderen op de SEH komen met welke klachten.
- Vanuit de afdeling geriatrie van een ziekenhuis is een geriater betrokken bij een valpreventieketen. Ook heeft dit ziekenhuis contacten met regionale fysiotherapiepraktijken om een overzicht te hebben van valpreventietrainingen welke worden aangeboden.
- Een ziekenhuis is bezig met de inrichting van een valpoli. Op de valpoli wordt gekeken naar verschillende risico's op vallen bij (kwetsbare) ouderen. Er wordt toegewerkt naar een structurele bezetting van de valpoli waarbij eens in de twee weken een dagdeel (kwetsbare) ouderen met een risico op vallen zullen worden gezien.

- Regieverpleegkundigen op verpleegafdelingen met het aandachtsgebied kwetsbare ouderen. Regieverpleegkundigen zijn de spil in het monitoren en verbeteren van de kwaliteit van zorg met betrekking tot valpreventie op hun eigen afdeling en werken samen met de afdeling kwaliteit en veiligheid.
- Een ziekenhuis heeft een *critical decision unit* (CDU) waar patiënten gedurende maximaal 24 uur kunnen worden opgenomen voor ze worden opgenomen op een verpleegafdeling, uitgeplaatst of ontslagen. De afdeling ouderengeneeskunde is nauw betrokken bij de CDU. Een consulent ouderengeneeskunde beoordeelt elke ochtend (ma-vrij) de patiënten op kwetsbaarheid en geeft adviezen op het gebied van onder andere valpreventie.
- Een ziekenhuis houdt interviews op (verpleeg)afdelingen om te bespreken hoe de zorg voor kwetsbare ouderen binnen de afdelingen is georganiseerd. Daarbij is onder andere gesproken over: De ontwikkelingen op de afdeling binnen het thema kwetsbare ouderen; Het ambassadeursnetwerk kwetsbare ouderen (verwachtingen en deelname); Het belang van de risicoscreeningsvragen kwetsbare ouderen. Het doel was de risicoscreening te verbeteren, het bewustzijn van de zorgprofessionals aangaande risico's op vallen bij (kwetsbare) ouderen te vergroten en expertise te verhogen.

Voor nog meer goede voorbeelden verwijst de inspectie naar de publicatie '[Verbeterdoelen msz in beeld 2023](#)'.



### Wat moet beter

Het is het vierde en laatste jaar dat dit verbeterdoel is uitgevraagd. Nog niet alle ziekenhuizen hebben beleid en de uitvoering daarvan op de SEH voldoende geïmplementeerd. Ook hebben nog niet alle ziekenhuizen geborgd dat veranderingen in incidentie van valincidenten tijdens opname tijdig en adequaat worden gesignaleerd. Daarnaast kan en moet de multifactoriële valrisicobeoordeling van (kwetsbare) ouderen van een val beter. Dit geldt voor de multifactoriële valrisicobeoordeling op de SEH bij een patiënt die zich aldaar presenteert als gevolg van een val als ook tijdens een opname in het ziekenhuis. Multifactoriële valrisicobeoordeling is belangrijk om een herhaalde val te voorkomen. Er moeten concrete afspraken gemaakt worden in de keten over de uitvoering en taakverdeling op basis van de uitkomsten van de multifactoriële valrisicobeoordeling om een herhaalde val te voorkomen. Dit kan en moet beter. Ziekenhuizen moeten zicht hebben op valincidenten tijdens opname, eventuele trends signaleren en gericht verbeteren.

De IGI verwacht van ziekenhuizen die elementen van dit verbeterdoel nog niet hebben geborgd, dat ze hieraan gaan werken. Daar waar nodig blijft de inspectie de ziekenhuizen die het aangaan hierop aanspreken en zo nodig verbetermaatregelen opleggen.

De goede voorbeelden van andere ziekenhuizen kunnen hierbij inspireren om te leren van elkaar en te verbeteren.

#### Richtlijn

- [Richtlijn Preventie van valincidenten bij ouderen \(2017\)](#)
- [VMS veiligheidsprogramma kwetsbare ouderen \(2012\)](#)

#### Literatuur

- Healey F, Scobie S, Oliver D, et al. Falls in English and Welsh hospitals: a national observational study based on retrospective analysis of 12 months of patient safety incident reports. *Qual Saf Health Care*. 2008 Dec;17(6):424-30

#### Monitor Valpreventie RiVM

- <https://www.rivm.nl/publicaties/monitor-valpreventie-stand-van-zaken-ketenaanpak-valpreventie-in-2023>



### Vrijheidsbeperkende interventies

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

##### Vrijheidsbeperkende interventies (VBI)

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

#### Dit verbeterdoel vraagt aandacht voor:

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

#### Beeld

In meerdere ziekenhuizen is het verbeterdoel onder de aandacht. Dit is wat we zien:

- Meerdere ziekenhuizen hebben een visie en beleid met de focus op het terugdringen van de inzet van VBI (score 5). Een aantal ziekenhuizen staat nog aan het begin om visie en beleid te ontwikkelen.
- Meerdere ziekenhuizen geven aan geen (zware) VBI meer te gebruiken op verpleegafdelingen en richten zich op de inzet van preventieve en alternatieve maatregelen. Hiermee kan het toepassen van VBI worden voorkomen. Daarbij hanteren meerdere ziekenhuizen het 'nee, tenzij' principe als het gaat over de inzet van VBI.
- Meerdere ziekenhuizen besluiten multidisciplinair of de inzet van (zware) VBI nodig is. Een aantal ziekenhuizen geeft aan dit vast te leggen in het EPD.
- Meerdere ziekenhuizen geven aan dat zij leren van anderen en zich zo verbeteren op het thema 'terugdringen van inzet van VBI'.
- Het beeld is dat in meerdere ziekenhuizen sprake is van kennisoverdracht voor zorgprofessionals via scholing, praktijktraining, casuïstiekevaluatie en -bespreking (voorbeelden uit de praktijk) en klinische lessen. In een aantal gevallen geeft het ziekenhuis aan dat het een eenmalige scholing is gegeven op dit onderwerp. Daarbij valt het op dat de kennisoverdracht zich ook dit jaar vooral richt op verpleegkundigen, terwijl dit ook voor medisch specialisten en andere zorgverleners relevant is. Een aantal ziekenhuizen heeft wel aandacht voor de scholing van A(N)IOS (artsen in opleiding) en medisch specialisten.
- Meerdere ziekenhuizen beleggen de inzet van VBI centraal bij een centrale werkgroep, aandachtsvelders (medewerkers met VBI als aandachtsgebied), een zogenaamd vrijheidsbeperkende interventie team (VIT) of een *geriatric emergency team* (GEM). De leden van het VIT zijn expert op het gebied van inzet van VBI. De focus ligt op de signalering van mogelijk probleemgedrag, preventie en de inzet van alternatieve maatregelen.
- In de aanlevering komt niet duidelijk naar voren hoe vaak ziekenhuizen VBI inzetten.



#### Goede voorbeelden ter inspiratie

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

- De toepassing van zware VBI is in sommige ziekenhuizen voorbehouden aan een aantal afdelingen, bijvoorbeeld spoedeisende hulp (SEH), intensive care (IC) of een neurologieafdeling. En daarmee is de keuze gemaakt om niet meer op verpleegafdelingen patiënten te fixeren.
- Een ziekenhuis verbreedt het beleid over de inzet van VBI naar andere patiënten at risk, namelijk intoxicatie/middelenmisbruik.
- In een ziekenhuis heeft de inzet van waakstudenten geleid tot een afname van VBI. Er is minder agressie en onrust en ook is het risico op vallen en dwalen verminderd. Het inzetten van de waakstudent ondersteunt zo de zorgprofessional op de afdeling. In dit ziekenhuis is voor de waakstudent een nieuwe functie vastgesteld, namelijk de zorgwachter.
- Een ziekenhuis gaf aan te participeren aan een onderzoek naar onrustige patiënten op de IC (PRAISE-MONITOR\_IC trial).
- Een ziekenhuis heeft hulpmiddelen ingezet en het effect daarvan geëvalueerd, zoals het zitkussen met sta-op-detectie (positief effect en verdere implementatie in het ziekenhuis).
- Er wordt veel ingezet op het stimuleren van zorgverleners om te leren en te verbeteren. Zo is er een ludieke kennisinterventie ontwikkeld waarbij foto's van VBI's per categorie geordend kunnen worden in een spelkast. Elk kaartje bevat een VBI of preventieve of alternatieve interventie aan de ene zijde en een kennisweetje, ervaring van patiënt of vraag aan de andere zijde. Inzet van een professional in de functie van verpleegkundig consultant VBI. Andere betreffen filmpjes specifiek voor artsen, opfrisweken met extra aandacht voor VBI, een kletsplot met stellingen, een *escaperoom* om VBI te ervaren, een VBI interventiebox, kennis verspreid door posters op teamposten, casusbespreking en casuevaluatie. Weer andere hebben actieve aandachtsvelders op afdelingen, training op de afdeling, maandelijkse dossier steekproeven.

- Leren met andere ziekenhuizen, bijvoorbeeld het waarde-gedreven project in netwerkverband waarin data onderling wordt uitgewisseld om te leren en te verbeteren, een regiogroep ‘consultatieve psychiatrie, uitwisseling van ervaringen met ziekenhuizen in de regio.

Voor andere goede voorbeelden verwijst de inspectie naar de publicatie [‘Verbeterdoelen msz in beeld 2023’](#).



### Wat moet beter?

Dit is de derde keer dat het verbeterdoel VBI is uitgevraagd. Deze aanlevering geeft het beeld dat meerdere ziekenhuizen goed op weg zijn om de inzet van VBI in Nederland verder terug te dringen. Ook ziet de inspectie ziekenhuizen die in de beginfase zijn om de inzet van VBI terug te dringen. De inspectie blijft deze ziekenhuizen die het aangaan hierop aanspreken en legt zo nodig verbetermaatregelen op.

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

Omdat de inzet van VBI steeds minder vaak voorkomt, is het voor ziekenhuizen belangrijk om beleid te maken op het bekwaam blijven in het uitvoeren van deze risicovolle handeling door verpleegkundigen.

Het uitgangspunt is en blijft, dat de inzet van VBI bijna nooit nodig zou moeten zijn. Daarbij worden ziekenhuizen opgeroepen om de inzet van VBI te bezien in kader van het inperken van mensenrechten. En om daarbij zich te richten op preventieve en alternatieve maatregelen voor de inzet van VBI. Een VBI kan niet ingezet worden als middel om een valrisico van een patiënt in te perken. Maar dient alleen ingezet te worden als dit medisch noodzakelijk is, zo stelt ook de richtlijn. De inspectie wijst op een door het kennisinstituut V&VN nieuwe richtlijn met handvatten om zorgvuldig om te gaan met vrijheidsbeperking in een ziekenhuis. Naar verwachting is deze richtlijn in de tweede helft 2026 klaar.

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

#### Richtlijn

[V&VN Handreiking Vrijheidsbeperkende interventies? Nee, tenzij 2013](#)