



LEIDS UNIVERSITAIR MEDISCH CENTRUM

Jaarverslag Kwaliteit 2001



Mission statement Leids Universitair Medisch Centrum:

‘Beter zijn, beter worden’

Het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) stelt zich tot doel om zijn kerntaken op het hoogst mogelijke niveau uit te voeren. Het LUMC streeft er dan ook naar de hoogste kwaliteit te bieden, zowel in medisch-technisch opzicht, als in de zorg en aandacht voor de patiënt. Openheid en informatie zijn daarbij sleutelwoorden.

Voor wat betreft het onderzoek wil het LUMC met zijn zwaartepunten en aandachtsgebieden tot de internationale top blijven behoren.

De interactie van fundamenteel onderzoek en patiëntenzorg vormt de basis van het beleid. Dit betekent dat de vele, vaak ook landelijke en internationale topreferentiële taken en de topklinische functies die het LUMC uitoefent, sterk wetenschappelijk zijn onderbouwd.

Naast zijn bovenregionale en landelijke functie biedt het LUMC kwaliteit en voldoende kwantiteit over de gehele breedte van de geneeskunde. Dit is noodzakelijk voor het goed uitvoeren van de maatschappelijke functie van het LUMC op het gebied van innovatie van de zorg en voor de wetenschappelijke toetsing van nieuwe, maar ook bestaande medische technologie.

Via het onderwijs zal het LUMC patiëntgerichte artsen en wetenschappers afleveren met een kritisch wetenschappelijke attitude en met wetenschappelijke nieuwsgierigheid. Plezier in de studie is hierbij essentieel. Op onderwijsgebied heeft verdere internationalisering een hoge prioriteit.

Aan de hand van het principe van levenslang leren speelt het Bureau Nascholing van het LUMC als grootste postacademische onderwijsorganisatie op geneeskundig gebied in Nederland een centrale en steeds belangrijker rol. Het LUMC wil deze positie verder versterken en ook de Leidse nascholing voor HBO en MBO een dergelijke positie geven.

De inzet in teamverband van alle medewerkers van het LUMC is een noodzakelijke voorwaarde voor het realiseren van deze ambities.

Het is duidelijk dat het LUMC een aantal taken niet alleen kan en wil uitvoeren. Naast de samenwerking met andere onderzoekscentra en de andere academische ziekenhuizen is daarvoor een nauwe samenwerking met daartoe gekwalificeerde algemene ziekenhuizen nodig. Het LUMC blijft dan ook streven naar gestructureerde netwerkvorming op bovengenoemde gebieden. Hierbij is gepast gebruik van zorgvoorzieningen een uitgangspunt.

Het Jaarverslag Kwaliteit van het LUMC wordt zowel intern als extern verspreid. U kunt een exemplaar opvragen via telefoonnummer (071 526) 1720.

Colofon

Redactie

Thera Bakkers, Sandra Schuiten

Productie

Bureau Voorlichting & PR LUMC

Fotografie

John Brussel

Lay-out

SAGITTARIUS ontwerpen, Peter van der Burg BNO

Druk

Drukkerij Groen Leiden

Inhoud

pagina

7 ***Inleiding***

Deel 1

9 ***Kwaliteitssysteem LUMC***

9 **1.1 Kwaliteitsorganisatie**

10 **1.2 Visie op kwaliteitszorg**

Deel 2

11 ***Kwaliteitsbeleid 2001***

11 **2.1 Kwaliteitsborging**

14 **2.2 Samenwerking patiënten**

16 **2.3 Verbeterprojecten**

18 **2.4 Ketenkwaliteit**

19 **2.5 Kwaliteitssubsystemen**

22 2.5.1 Infectiecommissie

23 2.5.2 Commissie Medische Ethiek

24 2.5.3 Klachtencommissie

26 2.5.4 Meldingscommissie

27 2.5.5 Centrale Materialen Commissie

27 2.5.6 Brede Permanente Protocollen Commissie

29 2.5.7 Commissie Bevordering Orgaan- en Weefseldonatie

32 2.5.8 Commissie Complexe Behandelbeslissingen/
Subcommissie Middelen en Maatregelen

32 2.5.9 Laser Gebruikerscommissie

33 2.5.10 Bloedtransfusiecommissie

35 2.5.11 Commissie Kwaliteitsborging Klinische Farmacotherapie/
Antibiotica Commissie

36 2.5.12 Commissie Medicinale Gassen

37 2.5.13 Voedingsgroep

40 2.5.14 Coördinatie Commissie Traumatologie

Deel 3

41 ***Kwaliteitsbeleid 2002***

41 **3.1 Actieplan**

42 **3.2 Ontwikkeling NIAZ-kwaliteitssysteem**

42 **3.3 Ketenkwaliteit**

Inleiding

Voor u ligt het Jaarverslag Kwaliteit 2001, het zesde jaarverslag in deze reeks van het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC). Met het uitbrengen van dit verslag voldoet het LUMC aan zijn wettelijke verplichting om verantwoording af te leggen over het gevoerde en in te zetten kwaliteitsbeleid. Daarnaast informeert het Jaarverslag Kwaliteit de medewerkers en patiënten. Deze laatsten zijn onder andere vertegenwoordigd in de Cliëntenraad Academische Ziekenhuizen en het Cliëntenberaad LUMC.

De inspanningen op het gebied van kwaliteitszorg stonden in 2001 in het teken van twee belangrijke hoofdpunten. Ten eerste de kwaliteitsborging van de zorg- en dienstverlening en ten tweede het opstellen van een verbeterplan naar aanleiding van de externe visitatie door het Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen (NIAZ) in december 2000.

Met het behalen van het accreditatiebewijs heeft het LUMC een duidelijke stap voorwaarts gezet. De voorwaarden om verantwoorde zorg te leveren zijn gerealiseerd. De komende jaren wordt gewerkt aan het verder operationaliseren van het proces van cyclische kwaliteitsborging en verbetering zoals bedoeld in de Kwaliteitswet Zorginstellingen.

Het operationaliseren van een kwaliteitssysteem is een hele uitdaging. Het is niet alleen van belang om het systeem te ontwikkelen, maar ook om te testen of het daadwerkelijk werkt. Enerzijds vraagt het om blijvende aandacht van de professionals om abstrac-

te kwaliteitsborgingnormen te vertalen naar de dagelijkse gang van zaken rond de patiëntenzorg. Anderzijds is duidelijk geworden dat de voortgang hiervan mede afhankelijk is van adequate ondersteuning. Daarnaast vormt het kwaliteitssysteem de basis voor de vele verbeterprojecten die immers ook een systematische verankering behoeven.

Het Jaarverslag Kwaliteit is opgebouwd uit drie hoofdstukken. In deel 1 wordt ingegaan op het kwaliteitssysteem van het LUMC. Een overzicht van de belangrijkste activiteiten ten aanzien van het NIAZ-kwaliteitsborgingsstelsel, de verbeterprojecten en de kwaliteitssystemen in 2001 worden in deel 2 weergegeven. Deel 3 geeft vast een vooruitblik op het kwaliteitsbeleid van het LUMC in 2002.

Prof. Dr. O.J.S. Buruma

Voorzitter Raad van Bestuur LUMC

Deel 1

Kwaliteitsysteem *LUMC*

De kwaliteitseisen die worden gesteld in de Kwaliteitswet Zorginstellingen, vormen het kader voor het kwaliteitsbeleid van het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC). Ten behoeve van kwaliteitsborging van de patiëntenzorg heeft het LUMC gekozen voor de NIAZ-kwaliteitsborgingsystematiek.

Centraal in de NIAZ-kwaliteitsborgingsystematiek staat de Deming-cyclus, vaak aangeduid als de **Plan (Beleid) Do (Uitvoering) Check (Evaluatie) Act (Bijstelling)**-cyclus. Deze waarborgt dat er een cyclisch proces van borging en verbetering van de organisatorische kwaliteit van zorg in gang wordt gezet. Deze cyclus gaat voortdurend verder, waarbij de kwaliteitsborgingsnormen en de concrete invulling goed kunnen worden aangepast aan veranderende eisen in de patiëntenzorg.

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de kwaliteitsorganisatie van het LUMC en op de visie op kwaliteit. Informatie over de organisatiestructuur van het LUMC staat op de laatste pagina van dit verslag afgedrukt.

1.1 Kwaliteitsorganisatie

Om het LUMC-kwaliteitsbeleid ten uitvoer te brengen, zijn twee organisatorische pijlers gebouwd: het zogeheten Quality-mandaat (Q-mandaat) en vijftien kwaliteitssubsystemen.

Het Q-mandaat

Aan de voorzitters van de Klein Management Teams (KMT's) en de directeuren van de Ondersteunende

Diensten is het zogeheten Q-mandaat toegekend. Gezien de decentrale aansturing van veel processen in het LUMC is het Q-mandaat van groot belang. De directe verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de Kwaliteitswet Zorginstellingen is binnen het door de Raad van Bestuur vastgestelde beleidskader gemandateerd aan de voorzitters van de KMT's en de directeuren van de Ondersteunende Diensten. Deze Q-mandaathouders zijn verantwoordelijk voor de ontwikkeling, uitvoering en toetsing van het kwaliteitsbeleid op divisie- en dienstenniveau. De wijze waarop de divisies de uitvoering van de Kwaliteitswet Zorginstellingen vormgeven en de voortgang hierin, maken deel uit van zowel de afdelingsplancyclus, als van de financiële jaargesprekken.

Vijftien kwaliteitssubsystemen

Deze centrale kwaliteitscommissies richten zich op de kwaliteitbevordering en borging van LUMC-brede intramurale ketenprocessen. Deze subsystemen functioneren onder verantwoordelijkheid van de Raad van Bestuur, dan wel van het Bestuur Stafconvent. Jaarlijks wordt verslag gedaan aan de Raad van Bestuur over de behaalde resultaten en de kwaliteitsdoelen voor het komende jaar. In deel 2 worden de resultaten en de beleidsvoornemens van de commissies weergegeven.

1.2 Visie op kwaliteitszorg

Binnen de gehanteerde managementfilosofie van integraal, decentraal management wordt integrale kwaliteitszorg binnen de totale organisatie nagestreefd: om kwalitatief hoogwaardige resultaten te behalen, moet het LUMC de noodzakelijke organisatorische voorwaarden bieden binnen het LUMC.

Om te komen tot hoogwaardig resultaten voor de patiënten moet er sprake zijn van verantwoorde zorg. Het is de professional die telkens vaststelt wat voor de individuele patiënt onder verantwoorde zorg moet worden verstaan. Verantwoorde zorg is in ieder geval van goed niveau, doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht waarbij afstemming heeft plaatsgevonden op de reële behoeften van de patiënt. De veiligheid van de patiënt staat hierbij centraal.

Om structureel terugkoppeling te krijgen over de verantwoorde zorg beschikt het LUMC over een aantal mogelijkheden. Eerst en vooral is dat door te luisteren naar de eigen patiëntenpopulatie, naar de Cliëntenraad Academische Ziekenhuizen (CRAZ) en naar het Cliëntenberaad LUMC. Dit laatste orgaan is op 8 mei 2001 ingesteld als lokale aanvulling op de landelijke Cliëntenraad om zo de regionale inspraak van patiënten te vergroten.

Daarnaast worden systematisch interne en externe audits uitgevoerd. Aan het eind van elke audit wordt een auditrapport opgesteld met daarin een overzicht van de feitelijke bevindingen.

De medewerkers van het LUMC werken binnen een cultuur waarin het actief zoeken naar en bespreken van fouten en tekortkomingen noodzakelijk wordt geacht voor het nastreven van excellente kwaliteit. Deze besprekingen vinden zowel op afdelingsniveau plaats in de vorm van complicatiebesprekingen, als op centraal niveau binnen de Meldingscommissie en de Klachtencommissie.

Deel 2

Kwaliteitsbeleid 2001

De aandacht voor de kwaliteit van zorg is integraal opgenomen in het mission statement van het LUMC. De kern daarbij is het streven naar het bieden van de hoogste kwaliteit, zowel in medisch-technisch opzicht als in de zorg en aandacht voor de patiënt. Openheid en informatie zijn hierbij sleutelwoorden.

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de activiteiten die in 2001 in het kader van kwaliteitszorg zijn verricht. Het gaat hier om:

- activiteiten die betrekking hebben op het borgen van de kwaliteit van zorg- en dienstverlening;
- activiteiten die plaatsvinden in het kader van de samenwerking met patiënten;
- de resultaten van verbeterprojecten;
- de stand van zaken rond de kwaliteit van een aantal externe ketens;
- activiteiten van de kwaliteitssystemen.

2.1 Kwaliteitsborging

Om het niveau van de kwaliteit van zorg te verankeren worden borgingsactiviteiten uitgevoerd. Dit zijn activiteiten die op systematische wijze inzicht geven in de effectiviteit van het kwaliteitssysteem en in de mate van kwaliteit van zorg- en dienstverlening. Het betreft hier onder andere het uitvoeren van externe en interne audits, en het beheren van kwaliteitsdocumenten. De resultaten van de audits leiden tot het systematisch doorvoeren van verbeteringen.

Externe audits

Nadat het Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen (NIAZ) het kwaliteitssysteem van het LUMC in 2000 had beoordeeld, kwam in maart

2001 het definitieve accreditierapport beschikbaar. In dit rapport werden de bevindingen en conclusies van de auditoren over de organisatorische kwaliteit van de zorg- en dienstverlening van het LUMC weergegeven. De zwakke punten werden gepresenteerd in de vorm van aanwijzingen en aanbevelingen. Een aanwijzing betekent dat er op korte termijn een verbeteractie moet plaatsvinden, een aanbeveling heeft een minder urgent karakter. Aan de hand van de aanwijzingen en aanbevelingen stelde het LUMC een verbeterplan op. Dit verbeterplan en het accreditierapport werden voorgelegd aan de Commissie Kwaliteitsverklaringen. Op basis van die twee stukken adviseerde de commissie het NIAZ-bestuur om het LUMC het accreditatiebewijs toe te kennen. Op 16 mei 2001 ontving het LUMC het accreditatiebewijs voor de maximale periode van vier jaar. In deel 3 volgt een overzicht van de bevindingen van het NIAZ en de te ondernemen verbeteracties.

Interne audits

In 2001 zijn er in totaal vijftien audits uitgevoerd binnen de divisies en de ondersteunende diensten. Na iedere serie van vijf uitgevoerde audits volgde een zorgvuldige evaluatie met de auditees en de auditoren. Aan de hand van de bevindingen werd de richtlijn 'Intern Auditsysteem' bijgesteld. Zo ontwikkelde het intern auditsysteem zich tot een praktisch, efficiënt en minder bureaucratisch systeem.



Vol vertrouwen

Kwaliteitsbeleid bij de Dienst Maatschappelijk Werk en Patiëntenservice

Bij de Dienst Maatschappelijk Werk en Patiëntenservice werken 65 medewerkers en 100 vrijwilligers aan patiëntenbegeleiding, patiëntenlogistiek en patiëntendienstverlening. Veel patiëntenwerk dus. Van ontvangstbalie tot ontslagzorg. En dat betekent patiënten en hun familie opvangen, voorlichting geven over patiëntenverenigingen, de parkeerregeling uitvoeren, tolken regelen, aanvragen van en onderhandelen met de thuiszorg en ga zo maar door. Frederieke Schenk is hoofd van de dienst en Anneke Jongens is haar waarnemer en hoofd Patiëntendienstverlening. Ze werken al 19 jaar samen op deze manier. 'Wij hebben rechtstreeks met patiënten te maken op alle onderdelen.'

'Het kwaliteitsbeleid heeft enorm ordenend gewerkt binnen onze dienst. Door de invoe-

ring hebben we geleerd bewuster en systematischer te kijken naar het werk en onze producten,' begint Anneke Jongens. 'We hebben voor zestien uur een kwaliteitsfunctionaris die op dit moment onder andere samen met de medewerkers bezig is procedures te evalueren en verbetertrajecten te toetsen op het gewenste resultaat.'

Vraaggestuurd

In 2001 heeft een aantal onderdelen van de dienst speciale aandacht gehad op het gebied van kwaliteit. Allereerst het Transferpunt. Begonnen in 2000 als project, maar in 2001 een echte voorziening geworden. 'Naast de wettelijk verplichte indicatiestelling, wilden we het Transferpunt een extra service laten zijn,' zegt Schenk.

Het Transferpunt vormt de schakel tussen het verblijf in het ziekenhuis en de terugkeer naar

huis. De zorgbehoefte na ontslag wordt in kaart gebracht en het Transferpunt zorgt ervoor dat de patiënt thuis eventueel verder ondersteund wordt door bijvoorbeeld de thuiszorg.

Jongens: 'Het is voor ons belangrijk patiënten goed te informeren over wat ze mogen verwachten als ze weer thuis zijn. Hier hebben we nu een standaardprocedure voor. Een afdeling meldt bij ons de patiënten aan die met ontslag gaan. Een transfermedewerker gaat naar de patiënt toe en neemt alle gebieden door waarop een zorgvraag kan ontstaan. Zo werken we steeds meer vraaggestuurd.'

Buiten spel

Om meer kwaliteit te bieden zouden Schenk en Jongens graag een algemene patiëntenmap met daarin alle relevante informatie ont-

Kwaliteit. Een heel levendig issue binnen onze dienst.

Doeltreffendheid. Lastig begrip en soms heb je te maken met conflicterende belangen.

Doelmatigheid. Noodzakelijk om schaarse middelen optimaal in te zetten.

Veiligheid. De roep hierom wordt steeds groter.

Patiëntgerichtheid. De patiënt moet bij onze dienst centraal staan.

wikkelen. Dit is ook een duidelijke wens van patiënten. Als voorloper hierop is in 2001 begonnen met een voorlichtingsmap op de nierdialyseafdeling. De map wordt dit jaar geëvalueerd, en lijkt inmiddels een zeer gewaardeerd item te zijn geworden.

Dat patiëntenvoorlichting soms meer is dan informeren over ziekte, blijkt ook bij de afdeling Reumatologie. Een van de maatschappelijk werkers schreef voor hen een folder over chronisch ziek zijn en arbeid. Schenk: 'De belangrijkste zorg van reumapatiënten is dat ze niet buiten spel worden gezet, dus is het ook aan ons om te laten zien hoe ze dat kunnen voorkomen met hun ziekte. De folder is

inmiddels getest via enquêteformulieren en bevalt goed. Zo goed dat er nu ook een proef komt bij de afdeling Longziekten.'

Laagdrempelig

De Dienst Maatschappelijk Werk en Patiëntenservice werkt eigenlijk continu aan haar serviceniveau. Er worden bereikbaarheidsmetingen gedaan om te zien of het ziekenhuis telefonisch goed bereikbaar is, de medewerkers gaan regelmatig op training, er is een klachtenprocedure voor patiënten. Deze laatste bestaat al tien jaar en jaarlijks komen er zo'n zeventig tot honderd klachten binnen. Deze variëren van klachten over wachttijden, tot vieze wc's, tot een volle parkeergarage. Patiënten kunnen bij de balie of het patiëntenservicebureau hun klacht indienen. De medewerkers daar proberen eerst met de patiënt in gesprek te gaan en

helpen ze eventueel bij het invullen van een standaardklachtenformulier.

In principe neemt Jongens met elke klager telefonisch of

schriftelijk contact op. 'Mensen klagen vaak terecht,' zegt ze. 'Onze klachtenopvang is een laagdrempelige voorziening waar in korte lijnen wat mee gedaan wordt.'

Naast deze faciliteit kunnen patiënten hun klacht neerleggen bij de Klachtencommissie of bij de klachtenbemiddelaars van het LUMC.

Dat kwaliteit leeft binnen de dienst is duidelijk. Invoering van een officieel kwaliteitsbeleid heeft daar zeker aan bijgedragen vinden Schenk en Jongens. 'Ons kwaliteitsbeleid is natuurlijk ingebed in het kwaliteitsbeleid van het hele LUMC. Volgend jaar krijgen we een interne audit en dat zien we vol vertrouwen tegemoet.'

Ook zijn de vijftien auditrapporten getoetst op overeenkomsten, verschillen en trends. De overeenkomsten waren consistent met de bevindingen van de NIAZ-auditoren. De belangrijkste trend die zichtbaar werd, is de balans die is ontstaan in het auditen van zowel medisch-organisatorische processen als verpleegkundig-organisatorische processen. De aanbevelingen naar aanleiding van de analyse van de rapporten richten zich onder andere op het verbeteren van de transparantie van verantwoordelijkheden binnen het kwaliteitssysteem, en op het verbeteren van de feitelijke onderbouwing van de verbeterpunten in het auditrapport.

Documentbeheer

In 2001 zijn de proefprojecten op het gebied van documentbeheer afgerond. Deze projecten richtten zich op het gebruik van een softwareprogramma voor het beheren en op intranet beschikbaar stellen van kwaliteitsdocumenten. De bevindingen van het NIAZ bevestigden de noodzaak om geschikte software in te zetten ter ondersteuning van documentbeheer. In dezelfde periode bleek dat de huidige intra- en internettechnologie aan vernieuwing toe was.

Omdat de noodzakelijke functionaliteiten van beide typen software met elkaar overlaptten, werd een kortdurend, vergelijkend onderzoek uitgevoerd dat in juni 2002 tot een besluit tot aanschaf moet leiden. De vraag hierbij was of het LUMC in de toekomst over zowel software voor documentbeheer als software voor webbeheer moest beschikken, of dat één systeem voldoende was.

Inmiddels is gekozen voor een contentmanagement-systeem. Dat heeft twee belangrijke voordelen. Ten eerste zal het beheer van de kwaliteitshandboeken en andere kwaliteitsdocumenten op de gewenste manier plaatsvinden. Ten tweede kunnen de documenten eenvoudig via het intranet ter inzage worden gegeven aan anderen.

2.2 Samenwerking patiënten

Het LUMC hecht veel waarde aan de samenwerking met patiënten. Hieronder volgt een kort verslag van de samenwerking met de patiëntenverenigingen, met de Cliëntenraad Academische Ziekenhuizen en met het Cliëntenberaad LUMC.

Patiëntenverenigingen

De samenwerking met de patiëntenverenigingen is van groot belang voor de diverse specialismen in het LUMC. De patiëntenverenigingen functioneren onder andere als een platform waar lotgenoten contact kunnen hebben over hun ziekte en waar ervaringen en emoties gedeeld kunnen worden. Deze vorm van ondersteuning is uniek en in feite niet beschikbaar in het professionele circuit, maar draagt wel bij aan de draagkracht van de patiënt. Het LUMC wijst haar patiënten dan ook op de patiëntenverenigingen.

De specialisten van het LUMC steunen de initiatieven van de patiëntenverenigingen van harte. Het LUMC werkt structureel samen met zo'n honderd verenigingen. De meeste afdelingen hebben meervoudige contacten met deze verenigingen. Dit varieert van 3 tot meer dan 25 structurele contacten. Vaak worden functies bekleed binnen het bestuur en de adviesraden van de patiëntenverenigingen en wordt actief deelgenomen aan werk- en gespreksgroepen.

De frequente deelname aan bestuurlijke activiteiten en/of deelname aan adviesraden heeft meerdere doelen:

- Het betrekken van specialisten bij het geven van voorlichting binnen de patiëntenverenigingen. Medici houden voordrachten over de ziekte en over nieuwe behandelmethoden. Dat leidt vaak tot grotere bekendheid en meer draagvlak;
- Er wordt gebruik gemaakt van specialistische inbreng om relevante beleidsonderwerpen voor de patiëntenvereniging vast te kunnen stellen;

- Gezamenlijk wordt kritisch gekeken naar het communicatieproces binnen complexe zorgketens met als doel daarin verbeteringen aan te brengen.

Cliëntenraad Academische Ziekenhuizen

De Cliëntenraad Academische Ziekenhuizen (CRAZ) geeft de academische ziekenhuizen terugkoppeling over aspecten van kwaliteitszorg vanuit het 'academische' patiëntenperspectief. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om kwaliteit van zorg, samenwerking tussen afdelingen en patiëntenorganisaties, de interactie tussen patiëntenzorg, wetenschappelijk onderzoek en klachtenbehandeling.

De CRAZ heeft in 2001 haar activiteiten voortgezet zoals in 2000. Daarbij heeft de raad zich geconcentreerd op vijf thema's:

- communicatie en bejegening;
- informatievoorziening en ICT;
- continuïteit van zorg, transmuralisering;
- verdeling van de schaarste en wachten;
- kwaliteit vanuit patiëntenperspectief.

In 2001 heeft de CRAZ een communicatieplan geschreven om de communicatie met de betrokken patiëntenorganisaties en de beleidsmakers van de academische ziekenhuizen te verbeteren. Daarnaast heeft de CRAZ een aantal algemene adviezen uitgebracht aan de academische ziekenhuizen en is een werkconferentie gehouden over multiculturele zorg.

Algemene adviezen

- De beoordeling van de kwaliteitsjaarverslagen aan de hand van door de CRAZ opgestelde criteria. Hiermee kan een goede indruk worden verkregen van de patiëntgerichtheid van het kwaliteitsbeleid van de academische ziekenhuizen;
- De ontwikkeling van een tabblad 'co-morbiditeit' als onderdeel van het elektronisch patiëntendossier. Hiermee wordt de informatieoverdracht

en daarmee de continuïteit van zorg bij patiënten met een chronische aandoening beter gewaarborgd. Het LUMC heeft de bereidheid uitgesproken deze ontwikkeling ter hand te nemen in overleg met de patiëntenorganisaties;

- De CRAZ heeft een ordening aangebracht in voor de patiënt relevante kwaliteitsaspecten. Deze ordening van kwaliteitsaspecten is mede bepalend voor de selectie van vragen in de 'Kernvragenlijst Klanttevredenheid';
- De voorlichting over obductie (verrichten van lijkschouwing) aan nabestaanden is besproken. De CRAZ adviseert over folderteksten voor academische ziekenhuizen;
- Informatie over wachttijden op internet. In overleg met een commissie van de CRAZ is een voorstel ontwikkeld voor een format waarmee het navigeren binnen de sites vergemakkelijkt moet worden;
- Aan het LUMC werd specifiek geadviseerd over de klachtenbehandeling en klachtenbemiddeling zoals die vorm krijgt in het LUMC.

Multiculturele zorg

De werkconferentie, die in 2001 werd georganiseerd voor de CRAZ-leden en deskundigen uit de academische ziekenhuizen had als thema 'Multiculturele zorg'. De aanleiding voor deze werkconferentie was de voorspelling dat over tien jaar het aantal inwoners van verschillende etnische herkomst in de vijf Nederlandse grote steden aanzienlijk zal zijn gestegen. Door middel van workshops werd een aantal thema's onder de loep genomen. De werkconferentie heeft een groot aantal beleidsaanbevelingen opgeleverd die in 2002 een vervolg moeten krijgen.

Cliëntenberaad LUMC

Het Cliëntenberaad LUMC stelt zich ten doel om binnen de doelstellingen van het ziekenhuis ervaringen en belangen van cliënten over te brengen aan de Raad van Bestuur. De leden van het beraad

zijn vertegenwoordigers van de lidorganisaties en van andere patiënten- en consumentenorganisaties.

In mei 2001 werd het convenant tussen het LUMC en de Vereniging van Patiënten/Consumenten Platform Zuid-Holland Noord ondertekend. Tijdens de eerste bijeenkomst kwamen de volgende onderwerpen aan bod:

- factoren die bepalend zijn voor de toegangstijden van het LUMC;
- factoren die betrekking hebben op de wachtlijst van de Pijnpoli en de urgentiecriteria voor nieuwe aanmeldingen;
- de toegangstijden van de polikliniek Reumatologie bij een eerste bezoek;
- de inrichting van de wachtruimten van de reumapoli en de orthopedie-poli in relatie tot de specifieke eisen die van toepassing zijn bij deze chronische aandoening;
- de organisatie van de zorg voor de mensen met een lichamelijke handicap;
- verbetering van de rapportage vanuit de (poli)kliniek naar de huisartsen;
- parkeerbeleid voor patiënten met reumatische aandoeningen;
- het inschakelen van de ambulance voor vervoer van hartpatiënten waarvan de operatie is afgezegd.

2.3 Verbeterprojecten

Verbeterprojecten komen voort uit metingen die worden uitgevoerd of bijvoorbeeld uit klachten van patiënten of uit meldingen van incidenten van medewerkers. De verbeterprojecten richten zich veelal op het bevorderen van doelmatigheid, veiligheid en patiëntgerichtheid; alle aspecten uit de Kwaliteitswet Zorginstellingen. De verbeterprojecten die worden gepresenteerd zijn gestart in 2001. De doorlooptijd is vaak een jaar en soms langer. In tabel 1 wordt een overzicht gegeven van een aantal verbeterprojecten.

Doelmatigheidsprojecten

In 2001 zijn zes nieuwe doelmatigheidsonderzoeken van start gegaan. Deze onderzoeksprojecten hebben veelal tot doel vast te stellen of bepaalde behandel- of diagnostiekvormen doelmatig en kosteneffectief zijn.

Toepassing autoloog navelstrengbloed voor prematuren

Dit onderzoek, dat is gestart op de afdeling Immunohematologie en Bloedtransfusie (IHB), richt zich op het verkrijgen van autoloog bloed van premature bevallingen, geschikt voor transfusie. Autologe transfusies kunnen de noodzaak van

Tabel 1. Overzicht verbeterprojecten

Afdeling	Onderwerp	Activiteit	Resultaat
Operatiekamer Centrum, afdeling Anesthesiologie	beschikbaarheid en efficiënt gebruik IC- bedden	ontwikkelen van Post Anaesthesia Care Unit (PACU)	24-uur's zorgfaciliteit zowel voor postoperatieve patiënten als voor tijdelijke opvang voor patiënten afkomstig van een verpleegafdeling met ontregeling vitale functies

Afdeling	Onderwerp	Activiteit	Resultaat
Heelkunde, Klinische Oncologie, Medische Besliskunde, Pathologie, Radiologie, Klinische genetica en Nucleaire Geneeskunde	toenemende vraag naar hoog kwalitatieve diagnostiek en behandeling van patiënten met mammacarcinoom	opzetten multidisciplinaire polikliniek voor patiënten met mammacarcinoom	meer efficiënte en effectieve behandeling van patiënten met mammacarcinoom
Intensive Care Centrum	automatisering van patiëntgegevens	ontwikkelen van Patiënt Data Management Systeem (PDMS)	operationeel PDMS waardoor toegankelijkheid van zorginformatie wordt verbeterd
Divisie II (niet snijdend)	optimalisatie bedbezetting klinische afdeling	kort-verblijfafdeling	operationeel kort-verblijfafdeling waardoor optimale bedbezetting in relatie tot personele capaciteit
Divisie II (niet snijdend)	opnamecapaciteit	instellen opnamebureau	optimalisatie benutting bedden- capaciteit en minder frequent weigeren van top-referente en -klinische patiënten
Keel-, Neus- en Oorheelkunde	uitval van geplande operaties	aanstellen functionaris wachtlijstbeheer en planning operaties	uitval van operaties na een jaar verminderd met 75 procent
Keel-, Neus- en Oorheelkunde	doorlooptijd van de diagnose en behandeling hoofd/hals-oncologie	coördineren, afstemmen, comprimeren/reducereen aantal bezoeken ziekenhuis	doorlooptijd diagnose/behandeling verminderd van vijf naar twee weken

allogene transfusies onnodig maken waardoor de kans kleiner wordt op het ontstaan van infecties en complicaties.

Individualized developmental care of premature infants

Op het Prins Willem-Alexander Kinder- en Jeugdcentrum is een onderzoek gestart naar het effect van een speciaal behandelprogramma voor te vroeg geboren kinderen. Er wordt gekeken naar de effecten op de korte termijn, zoals het aantal verblijfdagen op de Intensive Care, de groei en het ziektebeloop. Ook worden de effecten op lange termijn, zoals het gedrag, de ontwikkeling en medische uitkomsten van de kinderen, onderzocht. Tevens is er aandacht voor het effect op de ouders: hebben zij minder stress en meer zelfvertrouwen door het speciale programma?

Optimale 'transfusietrigger' in orthopedische chirurgie

In deze studie wordt onderzocht of het hanteren van strikte indicatiecriteria voor bloedtransfusies leidt tot het verlagen van het aantal allogene bloedtransfusies (tot 60 procent) bij orthopedische operaties. Het onderzoek is een gezamenlijke activiteit van het IHB en de afdeling Orthopedie.

Vergelijking van Warfarine met Marcoumar

In een eerder onderzoek is aangetoond dat middelen met een langere halfwaardetijd, zoals Marcoumar, tot een stabielere anti-stolling leiden waarbij minder frequente controles nodig zijn dan bij middelen met een korte halfwaardetijd. Warfarine is een anti-stollingsmiddel dat in de meeste landen buiten Nederland wordt gebruikt. Het doel van dit onderzoek is aantonen in hoeverre Warfarine-gebruik leidt tot een stabiele anti-stolling. De subafdeling Klinische Epidemiologie is verantwoordelijk voor het onderzoek.

Doelmatigheid hulpmiddelengebruik door patiënten met Reumatoïde Artritis (RA)

Op de afdeling Fysiotherapie is men begonnen met een onderzoek waarin wordt geïnventariseerd in welke mate er gebruik wordt gemaakt van hulpmiddelen die al in het bezit zijn van patiënten met reumatoïde artritis. Ook wordt geïnventariseerd in welke mate er behoefte bestaat aan hulpmiddelen die niet in bezit zijn, terwijl er wel sprake is van een functionele beperking waarvoor een adequaat hulpmiddel bestaat. Tevens wordt onderzocht welke factoren op het al dan niet gebruikmaken van hulpmiddelen van invloed zijn. De resultaten van dit onderzoek kunnen aanbevelingen opleveren ten aanzien van de indicatiestelling, de advisering en het proces van verstrekking van hulpmiddelen.

Doelmatigheid van fysiotherapie bij de ziekte van Parkinson

In Nederland mogen patiënten met de ziekte van Parkinson (ZvP) onbeperkt aanspraak maken op fysiotherapie. Uit recent onderzoek blijkt dat ongeveer 50 procent van de patiënten met Parkinson in Nederland dit inderdaad doet. In een aantal interventieonderzoeken is de effectiviteit van fysiotherapie bij de ZvP onderzocht, maar dit heeft nog niet tot een eenduidige conclusie geleid. Vanuit het LUMC is, in samenwerking met binnen- en buitenlandse onderzoeksgroepen, een voorstel geschreven voor een groots opgezet onderzoek. Het beoogde resultaat is inzicht krijgen in de uitvoerbaarheid van een speciaal onderzoeksprotocol dat de mate van doelmatigheid van fysiotherapie bij de ziekte van Parkinson aantoont.

2.4 Ketenkwaliteit

De zorg voor ketenkwaliteit richtte zich in 2001 op voortzetting van vijf reeds gestarte meerjarenprojecten, die betrekking hebben op de extramurale

ketenkwaliteit. Het gaat hierbij om voortzetting van het Leids Verwijsproject, de Ziekenhuisverplaatste Verloskundige Zorg, het Fyranet-project voor patiënten met reumatische aandoeningen, en het transmuraal zorgketenproject gericht op verbetering van de geestelijke verzorging. Ten slotte belandde het project Plezier@Work in de fase van het opstellen en invoeren van verbeterplannen. In 2001 zijn ook een aantal nieuwe ketenprojecten gestart. Twee daarvan worden hieronder weergegeven.

Acute regionale heelkundige zorg

Het Centrum Eerste Hulp en de afdeling Heelkunde worden in toenemende mate geconfronteerd met patiënten uit de regio die acute heelkundige zorg nodig hebben. Door de capaciteitsproblemen in de regio worden de patiënten regelmatig overgeplaatst buiten de regio. Om deze ongewenste situatie te verbeteren is het project 'Onze zorg: een kwaliteitsproject voor de acute, heelkundige patiënten in de regio Leiden' gestart. De doelstelling van het project is verdeling over en plaatsing van het aanbod acute patiënten in deelnemende ziekenhuizen.

In 2002 zal een zogeheten plaatsingscoördinator worden aangesteld met het mandaat van de drie ziekenhuizen om acute, heelkundige patiënten op hiervoor geormerkte bedden te plaatsen.

Transmuraal zorgpad CVA-patiënten

Jaarlijks worden in Nederland 30.000 patiënten opgenomen met een beroerte, in vaktermen een Cerebraal Vasculair Accident (CVA) genoemd. Het betreft hier een categorie patiënten die intensieve zorg nodig heeft, veelal langdurig is opgenomen en vaak een lange wachttijd kent voor overname in een verpleeghuis.

Om de kwaliteit van deze specifieke keten goed te kunnen waarborgen, is een regionaal project van start gegaan, het zogeheten 'Zorgpad voor CVA-patiënten'. Het doel van het project is een betere

doorstroming te bewerkstelligen binnen het behandeltraject van de CVA-patiënt. Dat betekent dat de patiënten niet langer in het ziekenhuis blijven dan medisch noodzakelijk is. Als de patiënt dan niet naar huis kan, volgt overplaatsing naar een speciale unit in een verpleeghuis waar alles gericht is op herstel van de zelfstandigheid.

Om de doorstroming te realiseren zijn er in de regio afspraken gemaakt met de betrokken ziekenhuizen en verpleeghuizen. Wekelijks komen de verpleeghuisartsen en de neurologen bijeen om deel te nemen aan een multidisciplinair overleg over de CVA-patiënten. Tijdens dit overleg vindt afstemming over de planning plaats en komen praktische vragen over de behandeling en zorg aan de orde. De genomen maatregelen hebben op de afdeling Neurologie geleid tot een reductie van 160 verpleegdagen. Gevolg hiervan is dat er ruimte is ontstaan voor bijvoorbeeld opname van twaalf extra CVA-patiënten.

2.5 Kwaliteitssystemen

Het LUMC heeft vijftien kwaliteitssystemen. De kwaliteitssystemen zijn gesloten systemen met een verantwoordelijkheid voor het borgen van de kwaliteit van specifieke ketens. Structureel komen vanuit deze systemen adviezen op instellings- of divisieniveau naar voren, die richtinggevend zijn voor de kwaliteitsbevordering en -borging van deze ketenprocessen. De werkwijze is vastgelegd in een reglement en geformaliseerd.

In navolging van de procesanalyse die bij de Bloedtransfusiecommissie in 2001 werd uitgevoerd, is er bij nog zeven kwaliteitssystemen een vergelijkbaar traject gestart. Ook in 2002 zullen de kwaliteitssystemen zich richten op het borgen en verbeteren van de kwaliteit van de patiëntenzorg. In dit hoofdstuk worden de resultaten in 2001 weergegeven.



Correct en beleefd

Kwaliteitsbeleid op de afdeling Inkoop & Logistiek

Bij Inkoop & Logistiek hebben ze altijd te maken met andere afdelingen van het ziekenhuis. Niet alleen worden er voor elke afdeling spullen ingekocht - van tissues tot implantaten - maar 'alles wat beweegt en om planning vraagt is logistiek', zegt hoofd van de afdeling Wim van Schie. Met patiënten hebben de meeste van de 83 medewerkers Inkoop & Logistiek alleen indirect te maken. Een uitzondering hierop vormt het patiëntentransport, onderdeel van de logistieke poot. En op dat punt is in 2001 door Wim van Schie c.s. hard aan kwaliteitsbeleid gewerkt.

'Kwaliteitsbeleid maak je middels afspraken, procedures en beschrijvingen', begint Van Schie. Voor de inkoopoot van zijn afdeling betekent dat goede, langlopende contracten met leveranciers regelen, want hierdoor worden de uitvoerende taken op de werkvloer helderder en makkelijker.

De accountmanagers van Van Schie hebben jaarlijks te maken met zo'n 1000 leveranciers. Hoe weet je nu of dat allemaal een beetje lekker loopt, of zij de kwaliteit leveren die jij wilt? 'Een maal per jaar hebben we performancegesprekken met de grotere leveranciers

om te evalueren of de producten voldoen aan de afgesproken kwaliteitsnormen. Verder hebben we een automatiseringssysteem waarin we kunnen nakijken of een leverancier betrouwbaar is. Er is natuurlijk altijd een gedeeld belang. Als je voor drie jaar met elkaar in zee gaat, is het wel fijn dat je die drie jaar goed doorkomt.'

Servicegraad

Om de kwaliteit van zijn logistieke activiteiten te meten, kijkt Van Schie naar doorlooptijden. Bijvoorbeeld van het patiëntenvervoer. 'Hoe lang duurt het van de oproep van de ene afdeling tot de aflevering van een patiënt bij de andere afdeling? Onze interne afspraak is dat wij een patiënt binnen 15 minuten van de ene naar de andere afdeling kunnen verplaatsen. En daar kunnen we ook steeds meer aan voldoen. De afdeling waar de patiënt vandaan komt, speelt hierin ook een belangrijke rol. Als een patiënt klaarligt met alle toeters en bel-len, dan lukt het. We willen hierover steeds meer afspraken maken met de afdelingen.'

Kwaliteit. Voldoen aan de afspraken die je hebt met afnemers.

Doeltreffendheid. Afdelingsprocedures op elkaar afstemmen.

Doelmatigheid. De kwantitatieve kant van kwaliteit, kosteneffectiviteit.

Patiëntgerichtheid. Correct, beleefd en zo min mogelijk vragen tijdens de korte momenten dat wij ze zien.

Veiligheid. In kunnen schatten wat er onderweg met een patiënt kan gebeuren.

In 2001 is er veel aandacht besteed aan de verbetering van de kwaliteit van het patiëntenvervoer. 'Zo hebben we een oproepsysteem geïnstalleerd. Alle medewerkers die patiënten vervoeren zijn nu bereikbaar met een portofoon en worden aangestuurd vanuit een centrale. In de centrale wordt met behulp van software het tijdstip van de aanvraag, het tijdstip van aankomst op de afdeling en het tijdstip van aankomst op de plek van bestemming

geregistreerd. Met behulp van deze registratie krijgen we inzicht in reactietijd en doorlooptijd van de afdeling en daardoor in onze servicegraad.'

Patiëntbejegening

Verder is in 2001 begonnen met alle medewerkers een cursus patiëntenbejegening te laten volgen. Niet omdat het allemaal zo slecht ging, maar er kwam wel eens een klacht binnen en aandacht voor communicatieve en sociale vaardigheden is sowieso een trend. Medewerkers worden nu uniform geschoold en daarmee is een standaard neergezet voor de omgang met patiënten binnen de afdeling Logistiek.

Doel van de cursus is dat elke medewerker zich moet kunnen verplaatsen in een patiënt die doodziek is, vertelt Van Schie. 'Wij zien de patiënt maar heel kort, en dan moet je je plaats weten. Dat wil zegen dat de uitgangspunten voor patiëntbejegening door onze medewerkers zijn: correct en beleefd zijn en zo min mogelijk vragen. Dat laatste vinden we

heel belangrijk omdat patiënten tijdens een ziekenhuis-traject al zoveel gevraagd wordt. Als iemand zelf een praatje wil maken, is dat natuurlijk prima, maar wij proberen de mensen zo min mogelijk lastig te vallen.'

2.5.1 Infectiecommissie

De Infectiecommissie houdt zich bezig met de preventie en bestrijding van ziekenhuisinfecties in brede zin. De commissie heeft een vierledige taak:

- advies uitbrengen aan afdelingen en de Raad van Bestuur ter opsporing, preventie en bestrijding van ziekenhuisinfecties;
- de hygiëne bewaken en fungeren als meldpunt bij bijzondere besmettingen;
- medewerkers motiveren om bij te dragen aan verantwoorde ziekenhuishygiëne;
- bij calamiteiten heeft de commissie een sturende en coördinerende taak.

Procesanalyse richtlijn 'Algemene voorzorgsmaatregelen en isolatie'.

In samenwerking met TNO Preventie en Gezondheid werd onder de titel 'Voorzorgsmaatregelen onze zorg' begonnen met het opstellen van een implementatieplan voor de richtlijn 'Algemene voorzorgsmaatregelen en isolatie' in het ziekenhuis. Bij ieder voorschrift in de richtlijn werd aangegeven voor wie het voorschrift is bedoeld en wie verantwoordelijk is voor de invoering, uitvoering en controle op de handhaving van de maatregel. Er werden interviews gehouden met de verschillende groeperingen die een rol hebben bij de uitvoering van de richtlijn. Op grond van de hieruit verkregen informatie wordt een implementatieplan opgesteld, dat in een pilotstudy op bruikbaarheid zal worden getest.

Influenzavaccinatie medewerkers

De griepvaccinatie van medewerkers van afdelingen waar patiënten met een verminderde weerstand worden verpleegd, is weinig succesvol geweest. Uit de evaluatie kwam naar voren dat de medewerkers onvoldoende op de hoogte waren van de voordelen van de griepvaccinatie. Hierdoor waren ze niet overtuigd van het belang van de vaccinatie voor het welzijn van de patiënten.

Surveillance

De prevalentiestudie naar ziekenhuisinfecties op de Intensive Cares werd voortgezet. In het kader van het CHIPS-project is het belang van een juiste uitvoering van de pre-operatieve profylaxe - met name ten aanzien van het tijdstip van toediening van de antibiotica voor de operatie - onder de aandacht gebracht van chirurgen en anesthesisten. Na deze interventie is de tweede registratieperiode van wondinfecties en pre-operatieve profylaxe begonnen.

Infectiepreventie Intensive Care

De activiteiten van de ziekenhuishygiënist(en) op de Intensive Cares hebben in 2001 geheel in het teken gestaan van de bestrijding van epidemieën met *Acinetobacter baumannii* en *Serratia marcescens*. Hierdoor is er minder tijd geweest voor meer structurele aandacht voor infectiepreventie op de Intensive Cares dan de bedoeling was

Acinetobacter baumannii

De epidemie met *Acinetobacter baumannii* waar een afdeling mee geconfronteerd werd, heeft tot forse problemen geleid. De afdeling moest tijdelijk worden gesloten. In die periode is de afdeling grondig gereinigd. Dit bleek niet helemaal afdoende. Na uitgebreid onderzoek naar de oorzaken werden drie verbetermaatregelen uitgevoerd. Ten eerste bijstelling van de reiniging, desinfectie en assemblage van beademingsapparatuur. Ten tweede intensivering van het routineschoonmaakprogramma en tot slot is er een protocol opgesteld voor epidemieën op de Intensive Care waarbij afstemming heeft plaatsgevonden met het Epidemieprotocol van de Infectiecommissie.

Serratia marcescens

In de periode april tot juli 2001 werd bij zeven patiënten besmetting met één en dezelfde *Serratia marcescens*-stam vastgesteld. De verspreiding werd tot staan gebracht door de volgende maatregelen:

- instellen van barrièreverpleging voor alle patiënten;
- alleen opnemen van patiënten die naar verwachting kortdurend op de afdeling zouden verblijven;
- aanscherpen van het hygiënisch handelen.

Legionella pneumophila

In 2001 werd het onderzoek van de waterleiding in het LUMC afgesloten. De noodzakelijke aanpassingen van de waterleiding zijn gedaan en er is een beheersplan opgesteld door het Facilitair Bedrijf. Hiermee heeft het LUMC voldaan aan zijn wettelijke verplichtingen. Continue bewaking van de watertemperatuur, regulatie van de doorstroming en periodiek onderhoud van tappunten moeten ervoor zorgen dat de waterleiding legionella-vrij blijft.

Omschakeling handalcohol

De omschakeling op een ander merk handalcohol en het plaatsen van vaste dispensers is in 2001 afgerond.

Anthraxprotocol

In verband met de verzending van brieven met anthraxsporen in de Verenigde Staten werd een protocol opgesteld voor de postkamer, het transport en het Centrum Eerste Hulp over hoe te handelen bij verdachte poststukken en bij binnenkomst van personen die (mogelijk) zijn blootgesteld aan anthraxsporen. Dit protocol kon eenmaal in de praktijk worden getoetst toen iemand van een bedrijf waar een poederbrief was bezorgd, zich meldde. Het protocol functioneerde goed en aanpassingen waren niet nodig.

Kolonisatie van handen bij luierwisselen

Op het Willem-Alexander Kinder- en Jeugdcentrum werd in 2000 een onderzoek verricht naar kolonisatie van de handen met pathogene bacteriën tijdens het wisselen van luiers. De vraag was of het dragen van handschoenen de mate van kolonisatie

zou verminderen. Er werd gerandomiseerd: de helft van de verpleegkundigen gebruikte handschoenen, de andere helft niet. De resultaten kwamen in 2001 beschikbaar. De belangrijkste bevinding was dat al bij aanvang van de handeling 33 procent van de verpleegkundigen pathogene bacteriën op de handen had. Direct na het gebruik van handalcohol had toch nog 25 procent van de verpleegkundige pathogenen op de handen. De conclusie is dat meer aandacht moet worden besteed aan de juiste uitvoering van handdesinfectie.

Beschermende isolatie

Als vervolg op de invoering van de nieuwe richtlijn bronisolutie op het Willem-Alexander Kinder- en Jeugdcentrum, is een evaluatie en aanpassing van de richtlijnen voor beschermende isolatie gestart. Dit proces wordt in 2002 afgerond.

2.5.2 Commissie Medische Ethiek

De Commissie heeft tot taak:

- het bevorderen van de gedachtevorming, het signaleren van knelpunten en het functioneren als gesprekspartner met betrekking tot medisch-ethische aspecten van patiëntenzorg, gezondheidszorgbeleid, wetenschappelijk onderzoek en onderwijs in de breedste zin;
- het medisch-ethisch toetsen van medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen.

In 2001 zijn aan de Commissie 198 onderzoeksprotocollen ter beoordeling voorgelegd. De Commissie kwam 46 maal bijeen.

Twee jaar WMO

De Commissie Medische Ethiek heeft in 2001 de werkzaamheden om haar procedures zowel inhoudelijk als administratief in overeenstemming te brengen met de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO), voortgezet en de

eerste vruchten geplukt van de eerder ingestelde maatregelen. De als gevolg van de WMO ontstane achterstand werd in 2000 weggewerkt. De toetsing van protocollen op volledigheid, die tijdelijk aan Bureau Onderzoek moest worden uitbesteed, kon weer in eigen hand worden genomen.

Vanaf dat moment konden nieuwe protocollen niet alleen rechtstreeks, maar ook persoonlijk aan de secretaris van de commissie worden aangeboden. Deze procedure bleek door onderzoekers goed te worden ontvangen en veel tijdswinst op te leveren. Het gebruik van de checklist bleef gehandhaafd toen bleek dat deze voor onderzoekers een handige leidraad vormt bij het samenstellen van de voor de toetsing benodigde stukken.

Multicenter-onderzoek

De op 1 januari 2001 door de Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek (CCMO) afgekondigde richtlijn 'Toetsingsprocedure Multicenter-Onderzoek' zorgde in eerste instantie opnieuw voor verwarring en onduidelijkheid bij onderzoekers. Gevolg: opnieuw aanpassing van de administratieve organisatie van de commissie. Sinds mei 2001 is de richtlijn echter zodanig in de werkwijze van de commissie geïmplementeerd, dat de voortgang van het wetenschappelijk onderzoek niet meer wordt gehinderd en de belangen van de proefpersonen onverminderd worden beschermd.

Automatisering administratieve organisatie

In de tweede helft van het jaar is bij de Raad van Bestuur een verzoek ingediend om de administratieve organisatie van de commissie verdergaand te automatiseren. Daartoe is een plan van aanpak opgesteld en zijn gesprekken gevoerd met diverse betrokkenen.

Informatievoorziening

De website van de commissie is in 2001 waar nodig herzien en, in samenwerking met de Helpdesk Klinisch Wetenschappelijk Onderzoek,

aangevuld met diverse formats voor protocollen, informatieformulieren en toestemmingsverklaringen.

Onderzoekskwaliteit

Door de hulp van de Helpdesk Klinisch Wetenschappelijk Onderzoek bij de voorbereiding van onderzoek, het aanbieden van formats op de site en het rechtstreeks indienen van protocollen bij de secretaris, is de kwaliteit van de in 2001 aangeboden protocollen merkbaar verbeterd.

Kwaliteit beoordelingsprocedure

Door de aanwezigheid van een fulltime secretaris en verscherping van de standaardprocedures is de doorlooptijd van onderzoeksprotocollen in 2001 aanzienlijk bekort. Automatische bewaking van de termijnen, waaraan de commissie als zelfstandig bestuursorgaan is gebonden bij de beoordeling van de protocollen, bleek meer tijd te vergen dan was voorzien.

Medisch-ethische problemen

De commissie heeft in 2001 meer aandacht besteed aan medisch-ethische problemen. Diverse inhoudelijke onderwerpen zijn besproken. Met betrekking tot één van deze onderwerpen is een duidelijk standpunt gevormd waaraan, nadat daarvoor in het ziekenhuis voldoende draagvlak is gevonden, brede bekendheid zal worden gegeven.

Samenwerking academische commissies

In 2001 is met de commissies van de andere academische ziekenhuizen intensief contact geweest, en zijn over diverse onderwerpen gezamenlijke standpunten naar buiten gebracht.

2.5.3 Klachtencommissie

Het LUMC streeft ernaar zijn taken op het gebied van patiëntenzorg, onderwijs en wetenschappelijk

onderzoek optimaal te vervullen. Toch kan het voorkomen dat het optreden van het LUMC en zijn medewerkers aanleiding geeft tot klachten. Het LUMC neemt klachten serieus en heeft verschillende niveaus waarop die klachten geuit en beoordeeld kunnen worden, waarna zonodig maatregelen kunnen volgen.

In januari 2001 is de klachtenbehandeling in het LUMC herzien. Er zijn nu drie mogelijkheden voor een patiënt om een klacht kenbaar te maken als contact met de betreffende medewerker of diens afdelingshoofd, verpleegkundig hoofd of diensthoofd onvoldoende resultaat oplevert.

Patiëntenservicebureau

Ten eerste kan de patiënt zijn klacht kenbaar maken aan een medewerker van het Patiëntenservicebureau. Het Patiëntenservicebureau geeft geen oordeel over de gegrondheid van de klacht, maar kan behulpzaam zijn met het ophelderen en corrigeren van kennelijke misverstanden. Als de patiënt van de tweede (klachtenbemiddeling) of derde mogelijkheid (Klachtencommissie) gebruik wil maken, kan het Patiëntenservicebureau behulpzaam zijn bij het inschakelen van de ambtelijk secretaris.

Klachtenbemiddelaars

De tweede mogelijkheid is de hulp inroepen van een klachtenbemiddelaar. Hiervoor kan contact worden gezocht met de ambtelijk secretaris. Het LUMC heeft vier personen benoemd als onafhankelijk bemiddelaar. Deze bemiddelaars hebben veel kennis en ervaring in de gezondheidszorg en zijn onafhankelijk van het LUMC. Het doel van de bemiddeling is het herstellen van de vertrouwensrelatie tussen de patiënt en zijn behandelaar. De werkwijze van de onafhankelijke bemiddelaars is beschreven in het reglement Klachtenbemiddelaars LUMC.

In 2001 zijn 42 klachtbrieven door de klachtenbehandelaars bemiddeld. Bijna alle klachten konden naar tevredenheid van de klager worden afgerond.

Tabel 2. Klachten voorgelegd aan klachtenbemiddelaar*

Klachten over:	2001
Afspraken, wachttijden, wachtlijsten	13
Communicatie, bejegening	25
Informatieverstrekking, informed consent	14
(Para)medisch handelen	20
Continuïteit/afstemming van de zorg	11
Statusvoering, berichtgeving	4
Totaal	87

* Een klachtenbrief kan meerdere klachten bevatten

Eén klager heeft na bemiddeling besloten een deel van zijn klacht ter beoordeling voor te leggen aan de Klachtencommissie, terwijl een andere klager tevens koos voor een aansprakelijkheidsstelling. Tot slot was er een klager die zijn klacht voorlegde aan zowel de klachtenbemiddelaar, de Klachtencommissie en het Medisch Tuchtcollege, alsmede een aansprakelijkheidsstelling indiende.

Bij iedere klachtenbrief wordt geïnventariseerd wat de klacht of klachten zijn, waarna deze worden gerubriceerd. Tabel 2 geeft een overzicht van de aard en de inhoud van de klachten. Alle klachten zijn apart gerubriceerd.

Klachtencommissie

De derde mogelijkheid is het indienen van een klacht bij de Klachtencommissie nieuwe stijl. Het doel van deze commissie is een oordeel uit te spreken over het al dan niet gegrond zijn van een klacht. De Klachtencommissie geeft nu na een hoorzitting, waarbij klager en betrokkene(n) worden gehoord, alleen een oordeel over het al dan niet gegrond zijn van een klacht, zonder dat de commissie gerechtigd is tot verdere maatregelen. De Klachtencommissie kan wel aanbevelingen doen aan de Raad van Bestuur. De werkwijze en samenstelling van de commissie zijn beschreven in het reglement Klachtencommissie LUMC.

Tabel 3. Klachten voorgelegd aan Klachtencommissie*

Klachten over:	2001	
Medisch handelen	16	(6)
Verzorging	2	(2)
Bejegening	5	(5)
Organisatie/ coördinatie van zorg	6	(5)
Uitstel van behandeling/ Wachtlijsten	3	(2)
Problemen met rekening	1	
Overige	2	
Totaal	35	(20)

* Twee klachten zijn nog in behandeling

* Een klachtenbrief kan meerdere klachten bevatten

Door de Klachtencommissie zijn tijdens de hoorzittingen zeventien klachtenbrieven behandeld; twee brieven zijn nog in behandeling. De reden hiervan is dat de betrokken klagers pas na zeer geruime tijd lieten weten dat zij kozen voor een beoordeling door de Klachtencommissie.

Bij iedere klachtenbrief wordt geïnventariseerd wat de klacht is of wat de klachten zijn, waarna deze worden gerubriceerd. Tabel 3 geeft een overzicht van de aard en inhoud van de klachten. Tussen haakjes staan de aantallen (deels) gegrond bevonden klachten.

Twaalf klachtbrieven betroffen een primaire aansprakelijkheidsstelling en werden door de verzekeringsmaatschappij van het LUMC behandeld.

Ook in 2001 daalde het aantal klachtbrieven en de daarin gemelde klachten. In totaal werden 101 brieven ontvangen. Opvallend was het hoge aantal klachten dat werd ingetrokken. 29 Klagers besloten na ontvangst van de eerste brief van de ambtelijk secretaris hun klacht in te trekken of reageerden niet op het verzoek om een keuze te maken tussen klachtenbemiddeling en behandeling van de klacht door de Klachtencommissie.

De Klachtencommissie heeft in 2001 één aanbeveling gedaan aan de organisatie. Het betrof hier het bespreken van de bejegening- en communicatieproblemen met de medewerkers van de betrokken polikliniek. De Klachtencommissie brengt zelf een jaarverslag uit.

2.5.4 Meldingscommissie

De Meldingscommissie van het LUMC is een kwaliteitssubstelsysteem dat ongewenste en vermijdbare gebeurtenissen in de patiëntenzorg identificeert met het oog op secundaire preventie. Het gaat hierbij om de vermijdbaarheid van een gebeurtenis en niet om de verwijtbaarheid. De meldingen betreffen incidenten, al dan niet veroorzaakt door menselijk handelen, die hebben plaatsgevonden bij onderzoek, behandeling, verpleging of verzorging waardoor ongerechtvaardigde (potentiële) schade ontstaat voor een patiënt.

Een melding wordt ingestuurd door de medewerker onder wiens verantwoordelijkheid het incident heeft plaatsgevonden. In geval van gedeelde verantwoordelijkheid wordt de melding ingestuurd door de gezamenlijke verantwoordelijken. De melding wordt conform de in het reglement gehanteerde definities gerubriceerd. De melder wordt door de commissie geïnformeerd over de rubricering, waarbij de volgende (landelijke) definities worden gehanteerd:

- Incident: ongewenste gebeurtenis waarbij c.q. waardoor een patiënt schade lijdt;
- Fout: handelen of nalaten van handelen in strijd met de in acht te nemen zorgvuldigheid door één of meer LUMC-medewerkers;
- Technische fout/materiaalfout: elk incident ontstaan door een defect van de gebruikte apparatuur of het gebruikte materiaal;
- Organisatiefout: fout die het gevolg is van onvol-

doende organisatorische voorwaarden, zoals bijvoorbeeld het beschikbaar hebben van actuele procedures en of richtlijnen;

- Ongeval: elk incident waardoor een patiënt schade lijdt, zonder dat er sprake is van een fout of complicatie.

In 2001 behandelde de Meldingssommissie 414 meldingen. Ook deze commissie brengt zelf een jaarverslag uit. In achttien gevallen gaf de melder aan corrigerende maatregelen te hebben genomen naar aanleiding van het incident. In aanvulling op de door de melder gedane preventieve acties werden door de Meldingscommissie elf corrigerende maatregelen voorgesteld en uitgevoerd. Zie tabel 4.

2.5.5 Centrale Materialen Commissie

De Centrale Materialen Commissie (CMC) heeft een sturende taak in het standaardiseren van de aanschaf en uitbreiding van alle LUMC-brede gebruiks- en verbruiksgoederen. Het betreft hier de doelmatigheid en eenduidigheid van productkeuzen die aansluiten bij de kwaliteitseisen die het LUMC stelt aan materialen en apparatuur. In haar functioneren laat de commissie zich adviseren door de Decentrale Materialen Commissies (DMC).

Veranderde werkwijze

In 2001 is de werkwijze van de commissie veran-

derd. Er is een verschuiving opgetreden naar het niveau waarop afstemming wordt bereikt over de standaardisatie van LUMC-brede gebruiks- en verbruiksgoederen. De afstemming vindt plaats op divisie/centrale dienst-niveau onder leiding van de voorzitter van de betreffende DMC. In de CMC vindt de formele vaststelling plaats. De veranderde werkwijze betekent een andere samenstelling van de CMC en aanpassing van het reglement.

Daarnaast heeft de commissie zich onder meer beziggehouden met de logistieke veranderingen van de verwerking en opslag van stikstof, de aankoop en inrichting van medicijnkasten en de standaardisatie van RSI-artikelen.

2.5.6 Brede Permanente Protocollen Commissie

In het jaar 2001 heeft de Brede Permanente Protocollen Commissie (BPPC) zich beziggehouden met haar primaire taak: het beoordelen van conceptprocedures, protocollen en richtlijnen, het beoordelen van wijzigingsvoorstellen en het doen van voorstellen voor nieuwe procedures die betrekking hebben op de patiëntenzorg van het LUMC en die een divisie-overstijgend karakter hebben.

Daarnaast is binnen de commissie veel aandacht besteed aan de doelstelling van de BPPC. Door het proces van ontwikkeling, implementatie, borging

Tabel 4. Corrigerende maatregelen 2001

Organisatie		Techniek	
Actie of organisatorische maatregel	3	Aanpassing of bouwkundige dan wel bouwtechnische aanpassing	1
Aanpassing of introductie van procedure, protocol, richtlijn, checklist	7	Aanpassing of introductie van Onderhoudsprogramma	0

en evaluatie van protocollen en de rol daarin van de BPPC te analyseren kon uiteindelijk de taakopdracht van de BPPC scherper geformuleerd worden. De BPPC wil zich meer gaan richten op de implementatie van richtlijnen, de controle op uitvoering en de wijze waarop met richtlijnen wordt omgegaan. De BPPC wil deze items binnen de nieuwe doelstelling meer wetenschappelijk gaan benaderen.

Om dit uit te kunnen voeren, heeft de commissie een nieuw reglement geschreven, een nieuwe werkwijze ingevoerd en een aanzet gegeven om de samenstelling van de commissie te matchen met de doelstelling voor de komende jaren.

Afstemming

In het jaar 2001 heeft de BPPC verdere afstemming gerealiseerd als kwaliteitssubstelsysteem ten opzichte van de andere kwaliteitssubsystemen. De BPPC wil een etalagefunctie vervullen voor alle divisieoverstijgende richtlijnen, procedures en protocollen, en wil een kwaliteitscommissie zijn die ingediende procedures screent op kwaliteitskenmerken. De BPPC wil in dit kader gesprekspartner zijn voor andere kwaliteitssubsystemen. Hierdoor kan zij bijdragen aan eenduidigheid van de structuur van divisie-overstijgende richtlijnen, procedures en protocollen.

Gebruik intranet

Voordat de procedures van de BPPC beschikbaar werden gesteld via intranet, is onderzoek gedaan naar de toegankelijkheid van intranet en is bij de gebruikers geïnformeerd of overplaatsing van ZIS naar intranet gewenst was. Alle procedures, protocollen en richtlijnen zijn inmiddels elektronisch opvraagbaar op een BPPC-site waardoor de toegankelijkheid voor de gebruikers sterk is verbeterd. Daarnaast zijn, binnen de procedures, protocollen en richtlijnen, hyperlinks aangebracht om de samenhang tussen de verschillende procedures binnen en buiten de BPPC aan te brengen.

Implementatie en borging

De BPPC is van mening dat haar rol bij het invoeren van nieuwe procedures niet beperkt mag blijven tot etaleren van het product en controle op de aanwezigheid van kwaliteitskenmerken. De discussie over de nieuwe werkwijze en samenstelling van de commissie richtte zich afgelopen jaar met name op de rol van de commissie bij de implementatie van nieuwe richtlijnen en de controle op de naleving ervan.

De commissie heeft daarbij vastgesteld dat niet alleen kan worden volstaan met de constatering dat implementatie van procedures een verantwoordelijkheid is van het lijnmanagement. De commissie wil graag actief meekijken naar het implementatietraject. Bij het aanbieden van een conceptprocedure, moet daarom worden aangegeven hoe het implementatietraject eruit komt te zien. De BPPC zal zich daar, in de gewijzigde samenstelling en met de nieuwe doelstelling, steeds meer op gaan richten zodat expertise kan worden opgebouwd. De gedachte hierbij is om op den duur in dit kader facilitair te kunnen zijn voor de organisatie.

In de nieuwe doelstelling van de BPPC is ook opgenomen dat op actieve wijze ondersteuning zal worden geboden aan de borging van procedures. In de komende tijd vindt een aantal activiteiten plaats gericht op het vergroten van het bewustzijn en op de naleving van procedures. In dat kader heeft de BPPC met de prevalentiecijfers decubitus (onderzoek Maastricht) de IC-organisatie verzocht specifiek onderzoek te verrichten naar decubitus. Inmiddels is een onderzoeksopzet gemaakt. De resultaten worden in 2002 bekendgemaakt.

Klachtenregistratie

Op de BPPC-site staat een elektronisch klachtenformulier. Medewerkers kunnen daar opmerkingen of suggesties kwijt. Er zijn via deze site nog geen klachten richting de BPPC verzonden.

Nieuwe procedures

Het aantal nieuwe procedures dat is vastgesteld, staat vermeld op de site van de BPPC. In het jaar 2001 zijn de volgende nieuwe procedures vastgesteld:

- richtlijn 'Niet verschijnen poliklinische patiënt';
- procedure 'Drain, tipkweek afnemen';
- procedure 'Vrijheidsbeperkende maatregelen' (vijf stuks inclusief invulformulier);
- procedure 'Liquordrainage op lumbaalniveau'.

Daarnaast zijn er in negentien documenten wijzigingen doorgevoerd.

2.5.7 Commissie Bevordering Orgaan- en Weefseldonatie

De doelstelling van de Commissie Bevordering Orgaan- en Weefseldonatie is drieledig:

- het bevorderen van de kwaliteit van orgaan- en weefseldonaties;
- het bevorderen van de kwantiteit van orgaan- en weefseldonaties;
- het geven van gevraagde en ongevraagde adviezen aan het Bestuur Stafconvent over activiteiten die nodig zijn om de orgaan- en weefseldonatieprocedures te optimaliseren.

In 2001 waren er negen potentiële orgaandonoren in het LUMC. In zes gevallen heeft dit geresulteerd in een geëffectueerde orgaandonatieprocedure. In twee van de zes procedures was er sprake van een Non Heart Beating Donor-procedure (NHBD-procedure) categorie 3. In twee gevallen werd door de familie geen toestemming verleend voor donatie. In één geval was sprake van een 'nee'-registratie in het donorregister. Zie tabel 5.

Het aantal weefseldonaties is wederom gestegen ten opzichte van het jaar 2000. In totaal werd 143 maal het donorregister geraadpleegd.

De commissie heeft in dit verslagjaar aandacht besteed aan de volgende onderwerpen:

Problematiek donatie/obductie-formulier

Ook in 2001 heeft de commissie veel energie gestoken in het motiveren van artsen de donatie/obductie-formulieren volledig in te laten vullen. Uit overleg met de artsen blijkt overigens dat er vaak goede argumenten waren niet tot donatie over te gaan. De ontbrekende formulieren betreffen grotendeels niet voor donatie geschikte patiënten. Dit neemt niet weg dat voor een goed overzicht een sluitende administratie gewenst is. De commissie steekt dan ook veel tijd in het benaderen van artsen bij niet ingevulde formulieren.

Non Heart Beating Donor-procedures

De Non Heart Beating Donor-procedures zijn in 2001 geïmplementeerd op alle Intensive Care Units. Dit heeft geleid tot twee NHBD-nierdonaties.

Vernieuwd hersendoodprotocol

In 2001 werd het nationaal model protocol orgaan- en weefseldonatie vernieuwd. Met name de leeftijdsriteria voor weefseldonatie zijn hierin veranderd. Naar aanleiding hiervan heeft de commissie het 'huisprotocol' aangepast aan de veranderde wet- en regelgeving.

Tabel 5. Overzicht orgaan- en weefseldonaties

	1998	1999	2000	2001
organen	9	7	10	6
bot	2	4	2	3
hartklep	3	6	9	9
cornea	20	26	28	40
huid	4	6	9	13



‘Een kwestie van iedereen blij’

Kwaliteitsbeleid op de afdeling KNO

Het DDD-project op de afdeling KNO/oncologie is een goed voorbeeld van hoe efficiënt en patiëntgericht werken goed samen gaan. Rob Baatenburg de Jong is sinds 1990 waarnemend hoofd van de afdeling en vertelt over kwaliteitsbeleid en de ins en outs van het project. ‘Mensen met kanker vinden de periode van onzekerheid vaak het ergste. Dat we die periode belangrijk hebben kunnen inkorten is een verbetering van de kwaliteit van zorg.’

‘Kwaliteitsbeleid hadden we altijd al, maar we noemden het niet zo’, begint Baatenburg de Jong. ‘Het is eigenlijk niets anders dan standaardafspraken maken voor standaardsituaties. Vroeger deden we dat via papier, nu zetten we het op intranet. Voor zoveel mogelijk van ons handelen hebben we protocollen ontwikkeld en die moet je eens in de zoveel

tijd herzien. Met de NIAZ-systematiek lukt dat veel beter, want anders vergat je nog wel eens iets. Bovendien is het systeem ziekenhuisgericht en dat betekent dat je moet afstemmen met andere afdelingen waardoor we voorkomen dat ieder zijn eigen koers vaart.’

Hoe ziet zo’n DDD-dag eruit?

- MRI-scan
- Echografie van de hals
- Consult anesthesioloog
- Bezoek kaakchirurg
- Kennismaking maatschappelijk werk
- Quality of Life assessment
- Voedingsanamnese, eventueel gevolgd door consult diëtiste
- Eventueel CT-scan longen

Anders

Een mooi voorbeeld van patiëntgericht aan kwaliteit werken is het DDD-project op de afdeling KNO. DDD staat voor Diagnostische Dagopname op Donderdag. Begonnen als project in 2000 en in 2001 uitgegroeid tot de nieuwe manier van omgaan met patiënten met kwaadaardigheden in het hoofd/halsgebied. Een patiënt bij wie een dergelijke kwaadaardigheid is ontdekt of bij wie het vermoeden bestaat, moet vele onderzoeken ondergaan om de juiste diagnose en behandeling vast te stellen. Voor de patiënt betekende dit zeer frequente, belastende en tijdrovende bezoeken aan het ziekenhuis. Met veel onzekerheid ook, want het duurde vaak weken voordat de patiënt wist waar hij of zij aan toe was.

Kwaliteit. Volledigheid, controleerbaarheid, snelheid, accuratesse.

Doeltreffendheid. Al ons handelen moet doeltreffend zijn.

Doelmatigheid. Wordt steeds belangrijker.

Patiëntgerichtheid. Daar draait ons werk om.

Veiligheid. Is onlosmakelijk met al je handelen verbonden.

Baatenburg de Jong: 'Dus besloten we dat het anders moest. Geen poliklinische onderzoeken meer, maar gewoon een dagopname waarop alles geregeld wordt. Mensen met kanker vinden de periode van onzekerheid vaak het ergste. Dat we die periode belangrijk hebben kunnen inkorten is een verbetering van de kwaliteit van zorg.'

Buddy

Een logisch idee, maar het betekende wel veel voorbereiding, planning en regel. 'We krijgen hier ongeveer 150 nieuwe mensen per jaar. Op basis daarvan konden we een planning maken en tijden in agenda's van artsen blokkeren. We besloten een vaste dag te kiezen en zo planden we voor drie patiënten per

week alle onderzoeken op één dag, de donderdag.'

In de proef-fase bleek de DDD al veel voordelen op te leveren. Alle gegevens zijn snel bekend en de patiënt hoeft het ziekenhuis maar één keer te bezoeken. Alleen de verpleging had het zwaar omdat zij de patiënten de hele dag moesten begeleiden tijdens dit intensieve traject. Een onmogelijke opgave, zo bleek. Dus werd er een vrijwilligersproject van gemaakt. Patiënten, partners en personeel bleken zeer tevreden. 'De patiënt wordt nu de hele donderdag door een en dezelfde vrijwilliger vergezeld. De patiënt komt op tijd op de juiste locatie en heeft de mogelijkheid tot contact met zijn of haar "buddy". En zeker tijdens wachtmomenten ervaren ze dat als plezierig en ontspannen.'

Al met al mag het DDD-project succesvol genoemd worden. Het hele traject, van diagnose tot vaststellen van de behandeling is met DDD teruggebracht naar een tot twee weken. Baatenburg de Jong: 'De rompslomp is hierdoor veel minder. Voor de patiënt, maar ook voor onszelf. Er wordt niets meer vergeten, de periode van onzekerheid is korter en bovendien is er tijdens de dagopname nu tijd en aandacht voor de psycho-sociale kant van de patiënt. In eerste instantie vergde dit project een grote inspanning, met name op organisatorisch gebied. Die inspanning heeft zich al lang en breed, op ieder front, terugbetaald. Een kwestie van iedereen blij.'

Vergoeding weefseldonatie

De Nederlandse Transplantatie Stichting geeft sinds 1 januari 2001 financiële vergoeding aan artsen wanneer deze een weefseldonor aanmelden en deze ook geëffectueerd wordt. De commissie heeft naar aanleiding hiervan een brief geschreven aan de Nederlandse Transplantatie Stichting en Bio Implant Service waarin de commissie aangeeft ethische problemen te hebben met deze vergoeding. Overwogen wordt deze vergoeding niet aan de individuele arts te laten uitkeren, maar ten goede te laten komen aan de organisatie.

Voorlichtingsbijeenkomsten

In het verslagjaar zijn voorlichtingsbijeenkomsten georganiseerd over orgaan- en weefseldonatie voor arts-assistenten van de afdelingen Neurologie, Cardiologie, Chirurgie, Anesthesiologie en Interne Geneeskunde. Het doel van deze bijeenkomsten is het bevorderen van kennis over de wet en de praktische uitvoering van orgaan- en weefseldonatie, en het verschaffen van inzicht in de verantwoordelijkheden van het LUMC in een dergelijk proces.

2.5.8 Commissie Complexe Behandelbeslissingen/Subcommissie Middelen en Maatregelen

De Commissie Complexe Behandelbeslissingen (CCB) staat in het LUMC ten dienste van medewerkers die worden geconfronteerd met complexe behandelbeslissingen. De hieronder ressorterende subcommissie Middelen en Maatregelen (M&M) is ingesteld met het oog op de gelijknamige thematiek van de wet Bijzondere Opneming Psychiatrisch Ziekenhuis (BOPZ).

De Commissie fungeert als gesprekspartner voor hulpverleners uit het LUMC die worden geconfronteerd met een complexe behandelbeslissing. De gang van zaken is doorgaans dat een hulpverlener

zich tot de coördinator-secretaris richt met verzoek om advies over een te nemen behandelbeslissing. Als een adequate reactie op een verzoek medisch-inhoudelijke deskundigheid en/of klinische ervaring vereist, roept de coördinator op korte termijn de commissie bijeen om met de adviesvrager van gedachten te wisselen.

In het jaar 2001 is het te voeren beleid met betrekking tot zes patiënten onderwerp van overleg met de commissie geweest. De adviesvragers waren werkzaam op zes verschillende klinische afdelingen. In één geval namen zowel artsen als verpleegkundigen deel aan het overleg. Vijf van de patiënten over wie werd beraadslaagd waren wilsonbekwaam, dat wil zeggen dat zij op grond van hun leeftijd, hetzij op grond van hun mentale conditie, hetzij op grond van beide, niet in staat waren als adequate gesprekspartners van de hulpverleners op te treden bij het bepalen van het te volgen beleid.

De zesde patiënt was niet wilsonbekwaam. Het beleid was voorwerp van bespreking omdat de patiënt, die leed aan een levensbedreigende aandoening, weigerde een behandeling te ondergaan die een reële kans op herstel bood. De commissie maakt een verslag van de aan haar voorgelegde casus en van het beraad dat door haar werd gevoerd.

2.5.9 Laser Gebruikerscommissie

De Laser Gebruikerscommissie (LGC) is een commissie van het Bestuur Stafconvent, waarin alle afdelingen vertegenwoordigd zijn die met laserapparatuur werken. De commissie heeft de volgende doelstellingen:

- optimaliseren van de veiligheid van medewerkers en patiënten bij het werken met laserapparatuur;
- ontwikkelen en borgen van voorschriften die deze veiligheid vergroten;
- bevorderen van de deskundigheid bij lasergebruik;

- analyseren van bijna-ongevallen;
- adviseren bij aanschaf en onderhoud van laserapparatuur.

Veiligheid en doelmatigheid

Om te kunnen garanderen dat het gebruik van medische lasers veilig en doelmatig gebeurt, is een aantal maatregelen genomen.

Ten eerste het verplichtstellen van een laserveiligheids cursus voor (nieuwe) gebruikers van lasers (niet-LCP) en laserassistenten (LASS), *voordat* met lasers gewerkt mag worden. Ten tweede formalisering van het gebruik van medische lasers met behulp van een stelsel van Interne Toestemmingen. Deze worden verleend aan het betreffende afdelingshoofd en bevatten voorwaarden op het gebied van veiligheidsvoorzieningen, deskundigheid en scholing, toezicht en veiligheids- en behandelprotocollen. Dit is vergelijkbaar met de voorwaarden voor de toepassing van ioniserende straling ingevolge het Besluit Stralingsbescherming Kernenergiewet. Ten derde hebben in 2000 zes laserassistenten (LASS) een cursus van het NMLG gevolgd. Het NMLG heeft echter in 2001 haar voornemen om opnieuw een landelijke cursus voor medici en paramedici te organiseren, niet waar kunnen maken. Na inventarisatie van de behoefte aan scholing op de diverse LUMC-afdelingen heeft de LGC besloten het aanbieden van een interne laserveiligheids cursus hoge prioriteit te geven.

Controle aanschaf laserapparatuur

Structurele, sluitende afspraken met de afdelingen over het aanmelden van nieuw aangeschafte laserapparatuur waren tot nu toe moeilijk te realiseren. Dit komt onder andere door het gemak waarmee demonstratie- en leaseapparatuur op de afdelingen terecht komt. De contacten hierover van de LGC met de betrokken diensten/afdelingen hebben inmiddels geleid tot een redelijk efficiënt vangnet.

Werkplekbezoek

Voorzitter en secretaris van de LGC hebben een werkplekbezoek gebracht aan alle disciplines die binnen het OK-Centrum medische lasers gebruiken. Naast een informatief karakter had dit bezoek ook tot doel inzicht te krijgen in hoeverre de interne richtlijn 'Veilig gebruik van medische lasers in het LUMC' binnen het OK-Centrum is geïmplementeerd. Sinds het vorige bezoek van twee jaar geleden is er op het gebied van (laser)veiligheid veel vooruitgang geboekt. Bedieningsprotocollen, veiligheidsvoorschriften en beschermingsmiddelen waren op alle werkplekken in orde.

De conclusie van het werkbezoek was dat de richtlijnen en protocollen nauwkeurig worden nageleefd. Terugkoppeling van deze bevindingen naar de betreffende afdelingen vindt plaats door middel van rapportage en in de plenaire bijeenkomst van de LGC.

Interne Toestemming

Een eerste concept voor een Interne Toestemming is in de LGC besproken. Op basis van de bevindingen van de werkplekbezoeken kunnen de Interne Toestemmingen verder ontwikkeld worden en kunnen de afdelingen - waar nodig - nadere aandacht geven aan de daarin gestelde voorwaarden. Een punt van aandacht is met name het toespitsen van de te stellen voorwaarden op de specifieke laser-toepassingen.

2.5.10 Bloedtransfusiecommissie

De activiteiten van de Bloedtransfusiecommissie richten zich op de bewaking en borging van de kwaliteit van de intramurale transfusieketen. Dit om een juist en veilig gebruik te bevorderen van bloedproducten en om ongewenste uitkomsten van transfusies van bloedproducten te voorkomen. In het jaar 2001 hebben de activiteiten van de commissie zich vooral gericht op twee onderwerpen:

ten eerste op de algehele leukocytendepletie van bloedproducten en ten tweede op borging van de intramurale transfusieketen.

Leukocytendepletie bloedproducten

In september 2000 werd door de Raad van Bestuur besloten over te gaan op algehele leukocytendepletie van toe te dienen bloedproducten in het LUMC. Dit betekent dat bijna alle witte bloedlichaampjes worden verwijderd uit de cellulaire bloedproducten. Aan de Bloedtransfusiecommissie werd verzocht hiervoor een plan van aanpak op te stellen. Dit plan werd in de zomer van 2001 ingevoerd. Dat houdt in dat sinds 1 augustus 2001 alle patiënten die in het LUMC erythrocyten en trombocyten nodig hebben, uitsluitend leukocytengedepleteerde producten krijgen toegediend. Zolang dit nog niet gerealiseerd is in de overige ziekenhuizen in Nederland bewaakt het LUMC de medische indicatie voor leukocytengedepleteerde bloedproducten.

Intramurale transfusieketen

In 2000 werd een analyse van de intramurale transfusieketen uitgevoerd. Hierbij werden alle processtappen in beeld gebracht en werden knelpunten opgespoord. Voor het oplossen van de knelpunten werd door de betreffende afdeling een verbeterplan opgesteld. Na vaststelling van het plan werden de verbeteringen doorgevoerd en geborgd binnen het kwaliteitssysteem. Hieronder volgt een korte samenvatting van de verbeteracties.

Hemovigilantieconsulent

Hemovigilantie is een systeem dat continu inzicht moet geven in de werkelijke kwaliteit van de klinische toepassing van bloedproducten en de uitkomsten daarvan. In dit kader werden door het KMT van divisie II middelen ter beschikking gesteld voor de aanstelling van een hemovigilantiefunctionaris. Besloten werd deze functie op te splitsen in een verpleegkundig en een medisch gedeelte. De werkzaamheden van de medisch hemovigilan-

tieconsulent richten zich op een aantal aspecten. Naast het registreren en documenteren van werking en bijwerking van bloedproducten houdt de consulent zich voornamelijk bezig met het bewaken van de indicatiestelling en het overleg met de klinische afdelingen om hierin verbetering te brengen. Inmiddels is een aantal projecten opgestart om te komen tot besparing van bloedproducten.

Elektronische controle bloedgroepen

Naar aanleiding van de transfusieongevallen in Rotterdam en Maastricht werd de elektronische bloedgroepencontrole in het LUMC opnieuw onder de loep genomen. Dit controlesysteem moet sluitend zijn en voorkomen dat er een verwisseling kan optreden van bloedgroepen bij een patiënt. Voorstellen tot verbetering zijn gedaan.

Naleving richtlijnen bloedproducten

Om te kunnen evalueren in welke mate de richtlijnen 'Bloedtransfusie' worden nageleefd door de klinische afdelingen wordt de aanvraagdiscipline van bloedproducten gemonitord. Twee maal per jaar ontvangen budgetverantwoordelijken van klinische afdelingen een overzicht van het verbruik (en de vernietiging) van bestelde bloedproducten, zoals plasma en erythrocyten. De norm die hierbij wordt gehanteerd, is een vernietigingspercentage van 5 procent. Afdelingen die boven de norm uitkwamen, werden verzocht maatregelen te treffen ter verbetering en deze kenbaar te maken aan de Bloedtransfusiecommissie.

In 2001 werd een aantal afdelingen binnen de patiëntenzorgdivisies aangeschreven in verband met een te hoog vernietigingspercentage. De verbetermaatregelen die werden voorgesteld, bestonden onder andere uit het bekendmaken van de gegevens aan de bestellers, het aanspreken op het bestelgedrag en het reviseren en implementeren van een afdelingsgebonden protocol.

Logistieke keten bloedproducten

Een aantal factoren die bepalend zijn voor de kwaliteit van het vervoer van bloedproducten in het LUMC werd geanalyseerd. Dit betrof de vervoerscondities, de vervoerstijd en de overdracht van verantwoordelijkheden op de schakels van de keten. De afdeling Logistiek is verantwoordelijk voor de kwaliteitsborging van het vervoer van bloedproducten. Uit de procesanalyse is echter naar voren gekomen dat deze schakel nog niet is geborgd. In samenspraak met de ketenpartners is een protocol ontwikkeld waarin de vervoerscondities zijn gedefinieerd en er afspraken zijn gemaakt over de overdracht van het bloedproduct.

2.5.11 Commissie Kwaliteitsborging Klinische Farmacotherapie/Antibiotica Commissie

De Commissie Kwaliteitsborging Klinische Farmacotherapie (CKKF) heeft als taak een optimale en uniforme farmacotherapie binnen het LUMC te bevorderen. Dit doet zij door het geven van adviezen en richtlijnen en het doen van beleidsvoorstellen met betrekking tot de doelmatigheid, doeltreffendheid en kwaliteitsbewaking van de geneesmiddelenketen. Er is een stappenplan ontwikkeld om de farmacotherapie te standaardiseren. Om de kwaliteit van de farmacotherapie te bewaken en te borgen is de keten in kaart gebracht aan de hand van een analyse van het proces. Hiermee is de stand van zaken met betrekking tot de doelmatigheid en veiligheid van het gebruik van geneesmiddelen geëxpliciteerd.

LUMC-formularium

In 2001 verscheen de vijfde editie van het LUMC-formularium (overzicht van gebruikte geneesmiddelen). Om de toegankelijkheid te vergroten kwam de nieuwe editie in elektronische vorm beschikbaar, waardoor nu ook een continue revisie mogelijk is. Om het verschijnen van deze nieuwe editie

onder de aandacht van de artsen te brengen, werd een Informatie (interne folder) verstuurd. Tevens werd een aankondiging op intranet geplaatst en verscheen er een artikel in het interne blad, de LUMC-info.

Adviezen BPPC

De opmerkingen van de BPPC met betrekking tot de richtlijnen die waren opgesteld door de CKKF zijn verwerkt. Dit heeft geresulteerd in het afvoeren van de richtlijn 'Eerste toediening van intraveneuze geneesmiddelen' en het opnieuw aanbieden van de richtlijnen 'Midazolam bij endoscopieën' en 'Keuze van lokaalanesthetica bij kortdurende ingrepen'. De CKKF heeft zich uitgesproken over de plaatsbepaling van een aantal nieuwe geneesmiddelen.

Preventie overdracht BSE

Er is een advies uitgebracht naar aanleiding van de mogelijke overdracht van BSE bij toepassing van het plasmavervangingsmiddel Gelofusin®. Geadviseerd wordt om waar mogelijk gebruik te maken van een hydroxyethylzetmeel bevattend product, zoals Voluven®. Voor enkele specifieke patiëntengroepen en indicaties blijft Gelofusin® beschikbaar.

Antibiotica-commissie

De Antibiotica-commissie is een subcommissie van de Commissie Kwaliteitsborging Klinische Farmacotherapie en voert haar taakopdracht uit door:

- het geven van adviezen aan de CKKF met betrekking tot het antibioticagebruik;
- het vaststellen van richtlijnen aangaande antimicrobiële profylaxe binnen het LUMC. Deze richtlijnen worden overgenomen in de klapper 'Anti-microbiële Therapie' van de afdeling Infectieziekten;
- het toetsen aan het formulariumbeleid van de richtlijnen die zijn opgenomen in de klapper 'Anti-microbiële Therapie';
- het bewaken van anti-microbiële therapie door

het voorschrijven en registreren van de toediening van anti-microbiële geneesmiddelen te reguleren.

Bewaking Anti-microbiële Therapie (BAT)

Het BAT-project is voltooid. Doel van het project was enerzijds het (beter) uitdragen van de richtlijnen van de Antibioticacommissie, om zo de kwaliteit van de antibioticaprescriptie te verhogen, en anderzijds om het voorschrijfgedrag continu te toetsen aan deze richtlijnen. Belangrijkste resultaat is dat het BAT-project op alle deelnemende afdelingen een significante kwaliteitsverbetering teweeg heeft gebracht. Van de elektronische variant (Medicatie/Medicator) is de toename van het aantal correcte voorschriften significant en de mate van significantie is bij de elektronische variant groter dan bij de handmatige variant.

In een eerder onderzoek is reeds aangetoond, dat het strikt opvolgen van de richtlijnen van de Antibioticacommissie leidt tot het tegengaan van resistentie-ontwikkeling en tot een reductie van kosten. Toch werd in slechts 30 procent van het totale aantal voorschriften, de motivatie volledig ingevuld. Om het voorschrijfgedrag continu te kunnen toetsen aan de richtlijnen zou bij alle voorschriften de motivatie volledig ingevuld moeten worden. Aan de Ziekenfondsraad is verslag gedaan over de resultaten van het BAT-project.

Verbetering controle bijwerkingen

Gehoorschadiging is één van de belangrijkste bijwerkingen van het gebruik van aminoglycosiden. De controle op het optreden van gehoorschadiging bij het gebruik van aminoglycosiden is onlangs geëvalueerd. Naar aanleiding van de resultaten van deze evaluatie heeft de Antibioticacommissie een nieuw advies geformuleerd. Dit nieuwe advies maakt de behandelend artsen duidelijk op welk moment de controle dient plaats te vinden zodat bij de patiënt die aminoglycosiden gebruikt, minder snel beschadiging van het gehoor zal optreden.

Toetsing dosering

Toetsing van het gebruik van antibiotica door kinderen heeft aangetoond dat bij bepaalde antibiotica niet de optimale dosering werd voorgeschreven. De belangrijkste oorzaak was dat het dosisadvies in de klapper 'Anti-microbiële Therapie' voor de kinderartsen niet duidelijk bleek. De kinderdoseringen in de klapper worden in het eerste kwartaal van 2002 geoptimaliseerd.

De aminoglycoside-dosering wordt aangepast aan de huidige inzichten met betrekking tot patiëntenstromen in het eerste kwartaal van 2002 op één Intensive Care. Door te doseren op basis van die gegevens wordt de ingezette antibiotische therapie beter aangepast aan de individuele patiënt, hetgeen leidt tot therapie op maat.

Landelijke richtlijn

Het peri-operatieve profylaxegebruik is geëvalueerd en aangepast. Dit heeft geresulteerd in een nieuw - vereenvoudigd - advies in de klapper 'Anti-microbiële Therapie'. De aanpassing aan de landelijke richtlijn van de peri-operatieve profylaxe wat betreft keuze antibioticum, wordt nu voorbereid.

2.5.12 Commissie Medicinale Gassen

De Commissie Medicinale Gassen adviseert de Raad van Bestuur over het gebruik van medicinale gassen in het LUMC. Het gaat hierbij om de infrastructuur (aanschaf, installatie, onderhoud en controle op de centrale leidingen en het medicinale flessenpark) en om de kwaliteit van de medicinale gassen. Om deze taken naar behoren te kunnen vervullen, is de commissie breed samengesteld en bestaat uit medici, verpleegkundigen, vertegenwoordigers vanuit de ziekenhuisapotheek, Technische Zaken en de Dienst Inkoop.

Kwaliteitsborgingsnorm

Een projectgroep van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers heeft in het verslagjaar een concept kwaliteitsborgingsnorm voor medische gassen in ziekenhuizen opgesteld. Veel van de al jaren in het LUMC gehanteerde systematiek is hierin terug te vinden. De conceptnorm wordt begin 2002 ter becommentariëring voorgelegd aan de overige in het veld betrokken partijen. Dit zijn de producenten van medische gassen, de Vereniging van Instrumentatietechnici in ziekenhuizen en de Inspectie Gezondheidszorg. Na afronding en aanvaarding van de kwaliteitsborgingsnorm zal implementatie in het LUMC, voor zover nog niet van toepassing, worden gerealiseerd. De commissie neemt hierin het voortouw.

Verbetering gasdistributie en -opslaginstallaties

Afgevaardigden van de commissie hebben met vertegenwoordigers van de afdeling Infra van het Facilitair Bedrijf overleg gevoerd omtrent de geplande vervanging van onderdelen van de gasdistributie en -opslaginstallaties. Het betreft met name installaties die niet meer aan de huidige wet- en regelgeving voldoen. De door Infra ontwikkelde plannen hebben de goedkeuring van de commissie gekregen.

Kwaliteitscontroles

De bewaking van de kwaliteit van de medische gassen - een permanente activiteit van de commissie die wordt uitgevoerd door het farmaceutisch kwaliteitscontrole laboratorium van de apotheek - heeft in 2001 weer de gebruikelijke aandacht gekregen. Met name in de vorm van routinematige controles uitgevoerd op behandel- en verpleegafdelingen in geval van aanpassingen aan het centrale distributiesysteem. Hierbij zijn geen onregelmatigheden geconstateerd.

2.5.13 Voedingsgroep

De doelstelling van de Voedingsgroep richt zich op bevordering en borging van de kwaliteit van de toepassing van kunstvoeding (parenterale en enterale voeding). De Voedingsgroep heeft een adviseerende taak in het ontwikkelen en voorbereiden van beleidsadviezen en richtlijnen voor het gebruik van kunstvoeding voor het gehele LUMC. Het betreft hier de doelmatigheid en veiligheid van de toepassing van kunstvoeding.

Wijziging assortiment kunstvoeding

Met ingang van 1 februari 2001 is één van de door de apotheek zelf gemengde parenterale voedingsmiddelen vervangen door een commercieel te verkrijgen mengsel. In de afweging is meegenomen de productiecapaciteit voor de bereiding van parenterale voeding van de apotheek, de prijs en de langere houdbaarheid van de commercieel te verkrijgen mengsels.

Doelmatigheidsonderzoek 'Verbetering toepassing kunstvoeding'

De voedingsgroep was vertegenwoordigd in de begeleidingsgroep van het doelmatigheidsonderzoek 'Verbetering toepassing kunstvoeding'. Dit project is in oktober 2001 afgerond. Het beoogd resultaat van het project 'Het ontwikkelen en implementeren van de indicatiestelling parenterale voeding, het terugdringen van het gebruik van parenterale voeding en het bevorderen van deskundigheid met betrekking tot de toepassing van parenterale voeding', is bereikt. Van het project is een eindverslag gemaakt, waarvan een samenvatting is opgestuurd naar alle betrokkenen op de verpleegafdelingen. De indicatie kunstvoeding wordt behandeld in de BPPC en zal in 2002 op het intranet worden geplaatst.

Immunonutritie

In 2001 is gediscussieerd over de toepassing van immunonutritie in het LUMC. Immunonutritie is



‘We kunnen slechts inschatten wat de behoefte van de patiënt is’

Kwaliteitsbeleid op het Intensive Care Centrum

Patiënttevredenheid meten op de Intensive Care (IC) is op z'n zachtst gezegd niet eenvoudig. 'Patiënten komen hier ernstig ziek binnen', leggen Paul van den Berg en Theo Alaerts, respectievelijk afdelingshoofd en stafmedewerker van de Intensive Care uit. 'De communicatie met hen is dan ook beperkt, we hebben vooral te maken met verwanten. De gemiddelde verblijfsduur is vier tot acht dagen en zodra je weer in betere conditie bent en weer kunt praten, word je overgeplaatst naar een gewone verpleegafdeling.' Kwaliteit op de IC zit 'm dan ook vooral in snelheid, accuraatheid en in de communicatie met verwanten.

'Kwaliteitsbeleid is een continu proces. De kwaliteit van de behandeling wordt voor een groot deel bepaald door goede samenwerking tussen alle bij een behandeling betrokken specialisten. Het behandelen volgens richtlijnen en protocollen is hierbij een goed hulpmiddel,' zegt Van den Berg. Dat samenwerken is op de IC extra belangrijk want voor elke patiënt komen de hele dag door allerlei gegevens binnen van verschillende afdelingen. Per patiënt krijgt een intensivist een tienvoud aan gegevens binnen vergeleken met een patiënt die op een gewone verpleegafdeling wordt behandeld.

Toegankelijker

Vroeger werden die gegevens handmatig bijgehouden, maar sinds een jaar of vijf beschikt de IC over een Patiënt Data Management Systeem (PDMS). Dit is een softwarepakket dat alle data op een logische manier presenteert en waarin de medewerkers ook zelf gegevens kunnen invoeren. Zo worden niet alleen laboratoriumuitslagen automatisch in het systeem gezet, maar ook informatie over hartslag, bloeddruk en beademing is continu beschikbaar. En dat moet ook, want de conditie van de patiënt kan in korte tijd belangrijk veranderen en dan zijn snelheid en continue beschikbaarheid van gegevens van groot belang. Net als veiligheid. En door het PDMS kan de IC sneller en veiliger werken. Overschrijffouten worden voorkomen en interpretatieverschillen als gevolg van onvolledige datapresentatie zijn niet meer mogelijk.

Kwaliteit. Goede bewaking en monitoring van patiënten door het hele team.

Doeltreffendheid. Het beleid om de behandeling zo zuiver mogelijk te richten op de aandoening waar de patiënt voor wordt opgenomen.

Doelmatigheid. Met inzet van minimale middelen een vooraf gedefinieerd behandelingsresultaat bereiken.

Patiëntgerichtheid. Het streven een behandelingsresultaat te bereiken dat voldoet aan de eisen die de patiënt stelt aan zijn bestaan na ontslag van de IC.

Veiligheid. Het door preventieve maatregelen voorkomen van voor de patiënt risicovolle omstandigheden.

Alaerts: 'Een paar keer per dag bespreken de artsen de situatie per patiënt op basis van de gegevens uit het systeem en een maal per dag wordt de afgelopen 24 uur geanalyseerd. Het PDMS is in die zin een directe behandelings-tool, maar aan de hand van de continu beschikbare gegevens kunnen we ook het beleid "real time" bijstellen.' Van den Berg vult aan: 'Op dit moment betekent werken aan kwaliteit voor ons onder andere het PDMS

verder invoeren en optimaliseren. Het kan nog toegankelijker en het zou mooi zijn als het ook aansluit op bijvoorbeeld excel-bestanden. Dan kunnen we zelf de gegevens verder analyseren en achteraf de kwaliteit van ons handelen bij geselecteerde groepen patiënten evalueren. Nu zijn we voor de data-extractie afhankelijk van IT-experts.'

Verbeteringen

Ook al is de communicatie met patiënten op de IC dan beperkt, met verwanten heeft de afdeling des te meer te maken. Van den Berg: 'Het is hier een soort ongeschreven wet dat de verpleging ook in de gaten houdt hoe het met de familie gaat. Die weet vaak niet wat ze moet doen, bijvoorbeeld of ze bij een kritische toestand van de patiënt wel of niet in het ziekenhuis moet blijven. Verpleegkundigen staan de familie bij in deze voor hen zware tijden en worden vaak gevraagd te adviseren hoe in

belang van de patiënt en de familie zelf moet worden gehandeld.

Om de familie tot slot goed op te vangen werkt de cardiochirurgische unit van de IC met gastvrouwen. 'Zij begeleiden de mensen de gehele periode dat een patiënt bij ons ligt. Uit gesprekken tussen

gastvrouwen en familie komen ook suggesties naar voren voor verbetering van de begeleiding. Zo bleek twee jaar geleden dat men de bezoektijden te krap vond en die hebben we inmiddels dan ook uitgebreid.'

een parenterale voeding waaraan specifieke voedingsstoffen zijn toegevoegd die de afweerfunctie van de patiënten zou kunnen bevorderen. De leden van de Voedingsgroep zijn van mening dat er op dit moment onvoldoende wetenschappelijk bewijs is dat toepassing van immunonutritie inderdaad leidt tot bevordering van de afweerfunctie. Invoering van dit product zal daarom in het LUMC nog niet plaatsvinden.

2.5.14 Coördinatie Commissie Traumatologie

De Coördinatie Commissie Traumatologie (CCT) heeft als doelstelling de traumazorg in het LUMC te optimaliseren. De commissie draagt zorg voor ontwikkeling, implementatie en actualisatie van multidisciplinaire protocollen op het gebied van de traumazorg. De protocollen omvatten zowel medisch-inhoudelijk als organisatorische aspecten door de acute situaties waarin zij worden toegepast.

De commissie bestaat uit stuurgroepen en diverse sub-werkgroepen zoals de Werkgroep Wervel-pathologie, de Werkgroep Schedelletsel, de Werkgroep Vitale Functies, de Werkgroep Hypothermie, de Werkgroep Neurotrauma en de Werkgroep Rampenplan.

Verbetering rampenplan

Op 1 januari 2001 werd in het LUMC het rampenplan in werking gesteld in verband met de opvang van slachtoffers van de ramp van Volendam. Goede opvang in zowel kwantitatief als kwalitatief opzicht bleek mogelijk. Uiteraard gaf de evaluatie van de ramp aanleiding om het rampenplan van het LUMC en de deelplannen van de afdelingen opnieuw kritisch te bezien. Dit leidde tot herschrijven van het rampenplan.

Verwacht wordt dat in 2002 het overkoepelend rampenplan van het LUMC op detailpunten moet worden aangepast aan de bijgestelde werkwijze op

het Centrum Eerste Hulp (CEH). De geplande rampoefening werd verschoven naar 2002, om niet te interfereren met de bijgestelde plannen van het CEH.

Ter verbetering van de communicatie op het CEH werd getest met draadloze communicatieapparatuur. Deze wordt binnenkort geïmplementeerd.

Traumacentrum

Het Traumacentrum West-Nederland is gevormd en bestaat uit een nauwe samenwerking tussen het LUMC - dat een door het ministerie van VWS-erkend traumacentrum is - het Medisch Centrum Haaglanden/locatie Westeinde en het ziekenhuis Leyenburg, beide te Den Haag. De gezamenlijke registratie van traumapatiënten is in het jaar 2001 verder uitgebreid. Dit zal nog verder worden uitgebreid naar de perifere ziekenhuizen.

Deel 3

Kwaliteitsbeleid 2002

De aandacht voor de kwaliteit van zorg is een continu proces in het LUMC. In 2002 richt het kwaliteitsbeleid zich vooral op de Check/Act-fase.

In het Centraal Strategisch Beleidsplan is een paragraaf gewijd aan kwaliteitszorg. Hierin zijn voor 2002-2003 de volgende doelstellingen geformuleerd:

- De verdere ontwikkeling van het kwaliteitssysteem volgens NIAZ-eisen (Check/Act-fase). Vier jaar na toekenning van het eerste accreditatiebewijs moet het kwaliteitssysteem van het ziekenhuisdeel aantoonbaar verder zijn ontwikkeld. Dit betekent dat systematische periodieke toetsing en evaluatie plaatsvindt, en waar nodig systematische periodieke bijstelling van de kwaliteitssystemen die functioneel zijn voor de patiëntenzorgtaken van het LUMC.
- De komende jaren krijgt op verschillende niveaus binnen het LUMC de feedback van patiënten en patiëntenverenigingen op de kwaliteitszorg een meer gestructureerde vorm. In de Check-fase van de kwaliteitscirkel komt de cliënt, en dat is in vele gevallen de patiënt, aan bod om zijn oordeel te geven over de resultaten van de kwaliteitszorginspanningen van het LUMC.
- Op centraal niveau wordt het accent gelegd op de ontwikkeling van bruikbare indicator-registratiesystemen. Deze vervullen een noodzakelijke functie in het kwaliteitssysteem. Ten eerste zijn metingen onontbeerlijk om tot normstelling te komen. Ten tweede zijn meetinstrumenten noodzakelijk om systematisch het effect van het gevoerde kwaliteitsbeleid vast te kunnen stellen. De zogeheten 'Kernvragenlijst Klanttevredenheid', die de Vereniging van Academische Zieken-

huizen (VAZ) samen met de CRAZ heeft ontwikkeld, zal worden ingevoerd.

- Patiëntenvoorlichting en -communicatie gaan een nieuwe fase in waarbij een heldere taakverdeling tussen centraal en decentraal een verdere verbetering en actualisering moet bevorderen. Een projectgroep vanuit de divisies en vanuit de afdeling Voorlichting en Public Relations zal de verbeteringen concreet en meetbaar maken.
- Een ander aandachtspunt is de borging van de ketenkwaliteit tussen het LUMC en de ketenpartners. De door de Regionale Commissie Zuid-Holland Noord geformuleerde visie zal hierbij leidend zijn.

Bovengenoemde doelstellingen vormen de leidraad voor de Q-mandaathouders om afdelingen en diensten van richting te voorzien bij het opstellen en uitvoeren van decentraal kwaliteitsbeleid.

Dit hoofdstuk gaat achtereenvolgens nog in op het Actieplan LUMC ter voorbereiding op de heraudit door het NIAZ in 2002, op de verdere ontwikkeling van het NIAZ-Kwaliteitssysteem en tot slot op de activiteiten die zullen worden uitgevoerd in het kader van ketenkwaliteit.

3.1 Actieplan

Aan de hand van het NIAZ-accreditatierapport heeft het LUMC een actieplan opgesteld. In Tabel 6 wordt dit plan weergegeven met daarin de bevin-

dingen van de NIAZ-auditoren, de verbeteracties en het gewenste resultaat. De aanwijzingen dienen één jaar na toekenning van het NIAZ-accreditatiebewijs te zijn gerealiseerd. Voor aanbevelingen geldt een termijn van vier jaar.

In 2002 zal het LUMC een heraudit ondergaan door het Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen. De auditoren zullen zich dan richten op de uitwerking en resultaten van de aanwijzingen en bevindingen, zoals die zijn uitgewerkt in het actieplan. Het doel van de heraudit is om te checken of het ziekenhuis in voldoende mate de verbeteracties heeft gerealiseerd, zodat het recht op gebruik van het accreditatiebewijs gehandhaafd kan blijven. Het uitvoeren van de verbeteracties zal de ontwikkeling van het kwaliteitssysteem verder in de Check/Act fase brengen.

3.2 NIAZ-kwaliteitssysteem

Tijdens de volgende, ziekenhuisbrede accreditatie, die door het NIAZ in 2004 zal worden uitgevoerd, zullen de auditoren beoordelen of er sprake is van een stijgende lijn van de ontwikkeling van het kwaliteitssysteem van het LUMC ten opzichte van de vorige accreditatie. Is er een stijgende lijn van de verbetercultuur en is er wederom sprake is van gerechtvaardigd vertrouwen? De stappen die nu gezet worden, richten zich dan ook op het in stand houden en het verder tot stand brengen van het kwaliteitssysteem door het in de Check/Act fase te brengen. Dat betekent dat de activiteiten zich, naast het uitvoeren van de door de NIAZ-auditoren geconstateerde verbeterpunten, richten op aantoonbare kwaliteitsverbetering van de zorg- en dienstverlening.

Het kwaliteitssysteem van het ziekenhuisdeel is op onderdelen aantoonbaar ontwikkeld tot een instrument van systematische, periodieke toetsing, evalu-

atie en waar nodig bijstelling. Samengevat komt het op het volgende neer:

- realisatie van het jaarlijks geformuleerde kwaliteitsbeleid;
- realisatie van revisie van richtlijnen, procedures en protocollen binnen de gestelde termijnen;
- realisatie van de auditplanning en de bijbehorende verbeterplannen.

3.3 Ketenkwaliteit

De borging van de ketenkwaliteit tussen het LUMC en de diverse ketenpartners zal verder vorm worden gegeven. De reeds gestarte projecten worden voortgezet (zie verslag) en in 2002 zal bovendien een nieuw ketenzorgproject worden opgestart, namelijk die van het Geriatriesch Netwerk.

Ouderenzorg

Zowel op het gebied van preventie, als op het gebied van de zorg en het herstel, is er bij valincidenten bij ouderen veel gezondheidswinst te boeken. Zeker daar waar een behandelbare, organische oorzaak kan worden opgespoord. Samenwerking, afstemming en kennisoverdracht zijn sleutelwoorden in de zorg- en hulpverlening aan oudere patiënten. Door partijen in de gezondheidsregio Zuid-Holland Noord is deze behoefte aan afstemming en samenwerking onderkend. Er is veel informatie en kennis in de regio aanwezig, maar er wordt onvoldoende gebruik van gemaakt.

Valincidenten

In het streven naar een integrale keten van ouderen zorg is in eerste instantie gekozen voor een beperking van de zorgvraag rondom valincidenten. Tijdige en relevante informatievoorziening zal naar verwachting een grote rol kunnen spelen bij de preventie van en zelfzorg bij gezondheidsproblemen bij ouderen.

In 2002 wordt daarom de Stuurgroep Geriatriesch

Netwerk opgericht met onder andere als opdracht het toegankelijk maken van informatie over verouderingsgeneeskunde. Eén van de initiatieven van het geriatrisch netwerk is het opzetten van de 'Geri Wijzer', een informatie- en coördinatiepunt voor ouderenzorg in de regio. Op deze wijze wordt expertise bijeengebracht, waardoor de coördinatie tussen hulpverleners op het gebied van diagnostiek en behandeling wordt bevorderd. De Geri Wijzer zal gebruikmaken van ICT-mogelijkheden (bijvoor-

beeld televisiefaciliteiten) zodat informatie en kennis beschikbaar zijn daar waar nodig is. Aan de ouderen zal informatie worden verstrekt over preventieve maatregelen om recidieven van valincidenten te voorkomen. De effectiviteit van deze valpreventieve maatregelen is eerder aangetoond. Daarnaast zal het profiel van de zorgvrager in een aantal gevallen leiden tot een vroegtijdige hulpvraag of specialistische verwijzing om (gevolgen van) recidieven te voorkomen.

Tabel 6. Actieplan 2002

Bevinding	Verbeteractie	Resultaat
de toedeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden aan Q-actoren is op een aantal punten onduidelijk	toetsing door Raad van Bestuur op welke aspecten een nadere invulling van het Q-mandaat rond verantwoordelijkheden en bevoegdheden gewenst is	in 2002 verstrekt de Raad van Bestuur duidelijkheid over de inhoud en reikwijdte van het Q-mandaat
intern calamiteitenplan is verouderd en zelden geoefend	actualisering calamiteitenplan en ontwikkeling oefensystematiek	in 2002 is een geactualiseerd calamiteitenplan beschikbaar en voorzien van een oefensystematiek.
ontbreken van periodieke risicoanalyse ten aanzien van vitale technische voorzieningen	uitvoering risicoanalyse	aanpassing in 2002 van programma van eisen van het gebouw voor Onderwijs en Onderzoek waardoor continuïteit vitale technische voorzieningen verbeterd
jaargespreekssystematiek nog onvoldoende structureel	systematisch voeren jaargesprekken	in 2002 worden jaargesprekken systematisch gevoerd
beter benutten van Meldingscommissie als onderdeel kwaliteitssysteem	systematische registratie in database van klachten en van genomen maatregelen ter verbetering	in 2002 periodiek overzicht klachten en maatregelen beschikbaar stellen aan lijnmanagement

Bevinding	Verbeteractie	Resultaat
periodiek onderhoud van apparatuur nog onvoldoende geregeld	oprichten afdeling Instrumentele Ondersteuning	in 2002 systeem operationeel voor periodiek onderhoud apparatuur
organisatorische en professionele verantwoordelijkheidslijnen niet altijd duidelijk	verduidelijken verantwoordelijkheden	duidelijkheid over de verantwoordelijkheden verpleegkundigen ten opzichte van artsen
samenhangende aanpak kwaliteitsbeleid op ziekenhuisbreed niveau ontbreekt	afstemming coördinatie kwaliteitsbeleid, training kader kwaliteitsfunctionarissen en paragraaf Toekomstperspectief kwaliteitszorg opnemen in Strategisch Beleidsplan	samenhang en uniformiteit kwaliteitsbeleid op afdelings- en divisieniveau
beheersfunctie op kwaliteitsgebied is onvoldoende ontwikkeld	ontwikkelen Q-controlfunctie	de Q-controlfunctie wordt op de verschillende organisatorische niveaus aantoonbaar uitgevoerd
ontwikkelingen en ervaringen op het gebied van kwaliteitszorg kunnen beter worden benut	uitwisseling en afstemming van kwaliteitszorgactiviteiten binnen het lijnmanagement en de verschillende kwaliteitscommissies	optimaal benutten van ervaringen op het gebied van kwaliteitszorg
moderne ICT-mogelijkheden worden te weinig benut	inhaalslag op ICT-gebied	implementatie van de vastgestelde beleidskeuzes op ICT-gebied
opslag patiëntenarchief afdeling Klinische Genetica is onvoldoende veilig	opslaan archief conform NIAZ-norm	brandveiligheid en privacyaspecten van de dossiers zijn gewaarborgd
doelmatigheid binnen kwaliteitsbeleid heeft beperkte belangstelling	doelmatigheid structureel op de agenda	doelmatigheid structureel onderdeel van het kwaliteitsbeleid

Bevinding	Verbeteractie	Resultaat
sociaal plan is niet actueel	uitwerken vastgestelde beleids- onderwerpen in een beleidsplan Human Resource Management (HRM)	actueel beleidsplan HRM beschikbaar
waarderingsonderzoeken worden incidenteel uitgevoerd	gebruikmaken van 'Kernvragen- lijst Klanttevredenheid'	structureel uitvoeren van waarderingsonderzoek
onvoldoende verbreding van resultaten interne audits naar ziekenhuisniveau	inhoudelijke analyse van auditrapporten op centraal niveau	uitwisseling resultaten interne audits
geen systematische registratie en evaluatie van prestatie- indicatoren	training kader kwaliteits-functio- narissen, ontwikkeling van een 'Kernvragenlijst Klanttevreden- heid' (met VAZ), ontwikkeling van een set prestatie-indicatoren (met VAZ, NIAZ, CBO en Orde van Medisch Specialisten)	systematische registratie en evaluatie van prestatie- indicatoren
richtlijn 'Documentbeheer' onvoldoende bekend	richtlijn wordt onder de aandacht gebracht	richtlijn is bekend bij de betrokkenen
onduidelijkheid besluitvorming automatisering document- beheer	zorgvuldige communicatie over besluitvorming automatisering documentbeheer	lijnmanagement is bekend met de besluitvorming



‘The best monitor is a good nurse’

Kwaliteitsbeleid op de dialyse-afdeling

Noleen Berkhout is sinds drie jaar een van de twee teamleiders van de afdeling Dialyse en in die hoedanigheid verantwoordelijk voor de dagelijkse gang van zaken op deze afdeling. Een afdeling met veel aandacht voor kwaliteitsbeleid. En dat moet ook wel want patiënten hebben vaak voor de rest van hun leven wekelijks te maken met de afdeling.

‘Wat kwaliteit is op deze afdeling? Kwaliteit is voor ons verbetering van de patiëntenzorg. We hebben hier te maken met chronisch zieke patiënten die veel weten van hun ziekte. En om aan hun wensen te voldoen, is een andere aanpak nodig dan in de rest van het ziekenhuis. We werken patiëntgericht. Dat wil zeggen dat elke verpleegkundige twee à drie patiënten krijgt toegewezen voor een vaste periode. Hij of zij is verantwoordelijk voor de totale zorg van deze mensen. Na zes maanden krijgen de patiënten een andere verpleegkundige toegewezen. Dat werkt aan twee kanten positief want het is zowel voor de patiënt als voor de verpleegkundige een prettige afwisseling.’

Evaluatie

‘Vlak voor de wisseling van de wacht is er een evaluatie en vragen we hoe de verleende zorg is ervaren. De patiënten krijgen een formulier mee of vullen dit samen met de verpleegkundige in. Dit doen we al enige jaren, maar helaas levert het weinig bruikbare gegevens op. Dit kan twee dingen betekenen: of de patiënten zijn tevreden, of ze schromen kritiek te geven, juist omdat er toch een soort afhankelijkheid bestaat. Ik ben dan ook verder gaan zoeken naar methoden om bruikbare informatie van patiënten los te krijgen en kwam terecht bij de landelijke vereniging van dialysepatiënten. Zij herkennen dit probleem en hebben de opdracht gegeven dit wetenschappelijk te laten onderzoeken. Nu is het even wachten wat daar uitkomt. Maar gelukkig is het inmiddels wel gelukt een cliëntenraad op te zetten. Deze bestaat uit PD(buikspoeling)- en HD(kunstnier)-patiënten.’

Kapstok

De afdeling Dialyse werkt volgens de HKZ-norm. HKZ staat voor harmonisatie kwaliteitsbeoordeling in de zorgsector. In samenwerking met de beroepsvereniging voor dialyseverpleegkundigen, de artsenvereniging en het patiëntenplatform is een set normen opgesteld. Deze normen vormen een soort kapstok of handleiding voor hoe je kwaliteit moet organiseren hier. Een voorbeeld van zo'n norm? In het kader van veiligheid moet je aantoonbaar geregeld hebben dat de apparatuur na elke dialyse gedesinfecteerd wordt. Dat is de norm en die leggen we vervolgens vast in een procedure. In die procedure staat dat elke desinfectie afgetekend moet worden. Hiervoor hebben we per machine een map beschikbaar. Voordat ik een volgende patiënt aansluit, kijk ik dus eerst of er is afgetekend.'

Kwaliteit. Verbetering van de patiëntenzorg.

Doeltreffendheid. Het zichtbaar maken van kwaliteit.

Doelmatigheid. Het toepasbaar, in de praktijk merkbaar maken van kwaliteit.

Patiëntgerichtheid. Een heel prettige manier om te werken.

Veiligheid. Moet absoluut gegarandeerd worden.

Trots

Kwaliteitsbeleid is een continu proces, maar voor de dialyseafdeling was het jaar 2001 toch wel een beetje speciaal. Vorig jaar werden alle inspanningen beloond met een certificering volgens die HKZ-norm. Als derde centrum in Nederland en voor de maximale periode van drie jaar, en daar is de afdeling best trots op. Om de certificering rond te krijgen, moesten drie zaken verbeterd worden. 'We hadden eerst maar één dialysetechnicus en waren daardoor heel kwetsbaar. Vervanging moet je dan extra goed regelen. Om gecertificeerd te worden moesten we dit binnen drie maanden dit structureel opgelost hebben, en met name ook dankzij de inspanningen van de chef de

clinique is dat gelukt. Het tweede punt betrof het meten van de effectiviteit van de dialyse. De metingen hebben we vorig jaar aangescherpt. We kijken nu tweemaandelijks naar de effecten van een behandeling en voor 2001 gebeurde dat drie keer per jaar. Dit is echt een hele grote kwaliteitsverbetering. We kunnen nu bijvoorbeeld de behandeltijd uitbreiden als dat nodig is. Hierdoor daalt de mortaliteit en blijven de patiënten in betere conditie. Dat is eigenlijk ook ons doel. We willen de nadelige effecten van de dialyse voor patiënten zoveel mogelijk reduceren, zodat ze een optimale conditie hebben en klaar zijn voor een eventuele transplantatie. Tot slot hebben we in 2001 de auditplanning geregeld want die ontbrak nog. Je kunt wel een kwaliteitssysteem invoeren, maar zonder audits weet je niet of je systeem effectief is.'

Menselijk

Maar naast alle formaliteiten draait het bij kwaliteitsbeleid toch vooral om de mens. 'Met al onze procedures en afspraken minimalise-

ren we de kans dat er iets misgaat. Maar verplegen blijft mensenwerk en ondanks alle machines en techniek zeg ik altijd maar: "The best monitor is a good nurse". En ook als het om de patiënten gaat, vergeet Berkhout de mens erachter niet. De afdeling organiseert regelmatig themamiddagen voor patiënten die zelf ook onderwerpen hiervoor kunnen aandragen. 'Er is al een middag geweest over vakantie - hoe doe je dat als dialysepatiënt? - en binnenkort staat er een middag over dieet op het programma. Lekker eten maken is vrij bewerkelijk voor dialysepatiënten. Het idee is om met zoveel mogelijk patiënten ergens samen te gaan koken en het dan ook samen lekker op te eten.' Ook dat is kwaliteit.

Organisatiestructuur LUMC

De huidige organisatiestructuur van het LUMC, waarin de verantwoordelijkheden voor de vijf kerntaken patiëntenzorg, onderwijs, onderzoek, opleiding en bij- en nascholing zijn geïntegreerd, weerspiegelt het streven naar een slagvaardige en strategische organisatie. Er is sprake van verreгаande decentralisatie, die gepaard gaat met mandatering van bevoegdheden naar de divisiebesturen. Het LUMC bestaat uit vijf divisies

Het LUMC kent bovendien een viertal interdivisionele centra. Het Intensive Care Centrum, het Centrum Eerste Hulp en het Centrum Operatie Kamers zijn organisatorisch ondergebracht binnen divisie 1, het Centrum voor Infectieziekten binnen divisie 2.

Daarnaast is er een Facilitair Bedrijf en zijn er diverse organisatie-onderdelen zoals Beleidsontwikkeling Bedrijfsvoering, Concern Control, de Centrale Dienst Informatievoorziening, Veiligheid, Stralenbescherming en Milieu en Voorlichting en Public Relations.

Ten slotte heeft het LUMC een aantal formele adviesorganen, waaronder de Ondernemingsraad.

De Raad van Bestuur bestaat uit vier leden. Zoals gezegd is een belangrijk deel van de verantwoordelijkheden en taken van de Raad van Bestuur gemandateerd aan de divisiebesturen.

Het bestuur van een divisie ligt in handen van een Klein Managementteam (KMT), bestaande uit een medisch afdelingshoofd, tevens voorzitter, de manager bedrijfsvoering en de verpleegkundig manager. Bij Divisie IV en V, die geen verpleegkundige taken uitvoeren en dus ook geen verpleegkundig manager hebben, bestaat het KMT uit een afdelingshoofd als voorzitter, de manager bedrijfsvoering en een tweede afdelingshoofd.

Elk KMT overlegt maandelijks met de Raad van Bestuur. Elk KMT wordt ondersteund door een Groot Managementteam (GMT), in de regel bestaande uit afdelingshoofden.