

Evaluatie derde ronde Toezicht Infectiepreventie (TIP-3)

Vanuit het perspectief van ziekenhuismedewerkers



NIVEL
Kennis voor betere zorg

Evaluatie derde ronde Toezicht Infectiepreventie (TIP-3)

Vanuit het perspectief van ziekenhuismedewerkers

Tamara Coppenhagen
Renée Bouwman
Roland Friele

April 2018

ISBN 978-94-6122-494-1

<http://www.nivel.nl>
nivel@nivel.nl
Telefoon 030 2 729 700
Fax 030 2 729 729

© 2018 Nivel, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Gegevens uit deze uitgave mogen worden overgenomen onder vermelding van Nivel en de naam van de publicatie. Ook het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Dit onderzoek is uitgevoerd in de Academische Werkplaats Toezicht. In deze werkplaats werken samen ZonMw, de IGJ i.o. en vier kennisinstututen: IQ healthcare (RadboudUmc), Erasmus School of Health Policy & Management (Erasmus Universiteit Rotterdam), NIVEL (Utrecht) en Amsterdam Public Health Research Instituut (VUmc). In de Academische Werkplaats Toezicht wordt een door ZonMw gefinancierd onderzoeksprogramma uitgevoerd naar de effectiviteit van toezicht en de determinanten daarvan. Doel van het onderzoek is een bijdrage te leveren aan de verbetering en vernieuwing van het toezicht.

Voorwoord

Nadat sinds 2013 alle ziekenhuizen zijn bezocht ter inspectie van het infectiepreventie- en antibioticabeleid is het van belang dat de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) kritisch kijkt naar de invulling ervan. Deze evaluatie levert hiertoe een aantal handvaten om vervolgstappen te kunnen nemen. Deze evaluatie van het inspectiebezoek in het kader van de derde ronde van Toezicht op Infectiepreventie (TIP-3) laat vanuit het perspectief van de ziekenhuismedewerkers zien dat er aspecten zijn die verbetering nodig hebben.

We richten ons op de ervaringen van de ziekenhuismedewerkers met het inspectiebezoek. Daardoor kunnen we geen concrete aanbevelingen doen over de inhoudelijke invulling van toekomstige inrichting van toezicht op infectiepreventie en antibioticaresistentie. Dat heeft te maken met de vraag vanuit de IGJ en de expertise van de onderzoekers.

Ten eerste danken wij in het bijzonder de organisatie van de (groeps-)gesprekken door de ziekenhuizen en de ziekenhuismedewerkers die bereid zijn geweest om hun ervaringen met het inspectiebezoek met ons te delen. Wij hopen dat wij in hun ogen een relevante beschrijving hebben gegeven van hun ervaringen en hiermee een bijdrage leveren aan een effectieve en gerichte ontwikkeling van het toekomstige toezicht op infectiepreventie in ziekenhuizen, en daarmee een verbetering van de kwaliteit van zorg. Nu is het de beurt aan de IGJ om hier invulling aan te geven.

Daarnaast willen wij de deskundigen uit het werkveld van betrokken organisaties bedanken die ons hielpen om een beeld te krijgen wat er speelt op het gebied van toezicht op infectiepreventie- en antibioticabeleid in ziekenhuizen: Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), de Vereniging voor Hygiëne & Infectiepreventie in de Gezondheidszorg (VHIG), Centrum Landelijke Coördinatie Infectieziektenbestrijding (LCI), de Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie (NVMM) en de Stichting Werkgroep Antibioticabeleid (SWAB).

Dit project is gesubsidieerd binnen het programma Effectief Toezicht van ZonMw. Het project is uitgevoerd i.s.m. de IGJ en de Academische Werkplaats Toezicht (AWT). De uitvoering van dit onderzoek is mede mogelijk gemaakt door de betrokkenheid van Merel Langelaar, Paul van Wijk en Ian Leistikow, werkzaam bij de IGJ als senior inspecteurs en tevens opdrachtgever. Wij willen hen bedanken voor het meedenken met de opzet en uitvoering van het project.

Tamara Coppenhagen, Renée Bouwman en Roland Friele
Utrecht, april 2018

Inhoud

Voorwoord	3
Samenvatting	6
1 Inleiding	9
1.1 Achtergrond	9
1.2 Inhoud inspectiebezoek derde toezichtsrunde	10
1.3 Doel en vraagstelling van dit onderzoek	11
1.4 Onderzoeksopzet	11
1.5 Beperkingen	13
1.6 Leeswijzer	13
2 De ervaringen met het TIP-3 bezoek	14
2.1 Ervaringen over het algemeen	14
2.2 Aankondiging op korte termijn	14
2.3 De benadering door de inspecteurs	15
2.4 Het bezoek als momentopname	16
2.5 Expertise inspectie antibioticabeleid	17
2.6 Suggesties van de ziekenhuismedewerkers samengevat	18
3 Ervaringen met de beoordeling door de inspectie	19
3.1 Ervaringen over het algemeen	19
3.2 De impact van de aanbevelingen	19
3.3 Middel voor inhoudelijke deskundigen	20
3.4 Verouderde richtlijnen	20
3.5 Het <i>zero tolerance</i> beleid	22
3.6 Het inspectierapport als naslagwerk	23
3.7 Tekortkomingen inspectierapport	23
3.8 Inbreuk reputatie openbaarmaking inspectierapport	24
3.9 De suggesties van de ziekenhuismedewerkers samengevat	25
4 Reflectie op de strategie van de inspectie met TIP-3	26
4.1 De inspectie als 'stok achter de deur'	26
4.2 De verantwoordelijkheid bij de raad van bestuur	27
4.3 Het inspectiebezoek als aanvulling op andere toetsmomenten	27
4.4 Toezicht vanuit vertrouwen	28
4.5 Lerend vermogen stimuleren	29
4.6 De suggesties van de ziekenhuismedewerkers samengevat	30
5 Beschouwing: Herijking toekomstig TIP	31
5.1 Uitvoering van het bezoek op orde	31
5.2 Beoordeling als belangrijk onderdeel	31
5.3 De spanning tussen eigen verantwoordelijkheid en controle door de inspectie	32
5.4 Slotbeschouwing	34

6	Literatuur	35
	Bijlage A Topic lijst interview	37
	Bijlage B Toetsingskader	38

Samenvatting

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting (IGJ, vanaf hier: inspectie) ziet naar aanleiding van de toenemende resistentieproblematiek toe op de infectiepreventie en antibioticabeleid in ziekenhuizen, met het programma 'toezicht infectiepreventie in ziekenhuizen' (TIP). Afgelopen zomer 2017 vond de derde toezichtsronde van TIP (TIP-3) plaats. Om keuzes te kunnen maken over de toekomstige invulling van het toezicht op dit thema heeft de inspectie het Nivel gevraagd onderzoek te doen onder ziekenhuismedewerkers naar hun ervaringen met en behoefte aan het toezicht door de inspectie. Mede op grond van die informatie kan de inspectie dan haar toekomstig beleid op dit thema vormgeven.

De volgende onderzoeksvragen stonden daarbij centraal:

- Hoe ervaren medewerkers het inspectiebezoek?
- Hoe ervaren medewerkers de beoordeling door de inspecteurs?
- Hoe ervaren de ziekenhuismedewerkers deze vorm van toezicht om de kwaliteit van zorg?

Om een zo volledig mogelijk beeld te krijgen zijn verschillende medewerkers geïnterviewd tijdens groepsgesprekken met 7 ziekenhuizen. De medewerkers betroffen leden van raden van bestuur, inhoudelijk deskundigen, zorgverleners en schoonmaakmedewerkers. Over het algemeen hebben deze ziekenhuismedewerkers positieve ervaringen met het toezicht op infectiepreventie- en antibioticabeleid, ze beschouwen het als nuttig en nodig. Voor toekomstig toezicht dragen ze een aantal verbeterpunten aan voor het inspectiebezoek zelf, de beoordeling naar aanleiding van het inspectiebezoek en de strategie van de inspectie met TIP-3.

De ervaringen met het TIP-3 bezoek

De ziekenhuismedewerkers zijn zeer positief over de manier waarop het inspectiebezoek wordt uitgevoerd. De meeste medewerkers zien het als een essentieel onderdeel van een inspectiebezoek om met de inspectie in gesprek te gaan en daarvan te leren. Zo kunnen van beide kanten punten toegelicht worden, en vragen worden gesteld.

Een deel van de respondenten zag het bezoek slechts als een momentopname doordat het op één enkele dag plaatsvindt. Zij vonden het bezoek daardoor niet representatief voor de dagelijkse gang van zaken in het ziekenhuis. Hiernaast was de gedetailleerde manier van inspecteren volgens een deel van de respondenten niet realistisch. Door het gedetailleerd inspecteren schiet de inspectie volgens hen door in de controle die ze willen uitoefenen op de ziekenhuizen.

De medewerkers van het antibioticateam denken dat ze meer uit het bezoek kunnen halen als het inhoudelijk wat meer diepgang zou krijgen. De inhoudelijk deskundigen zien zichzelf als voorloper in de ontwikkelingen op het gebied van infectiepreventie- en antibioticabeleid.

Eén van de suggesties die de ziekenhuismedewerkers meegeven is dat de inspectie in de toekomst meer rekening houdt met de belasting die het bezoek het ziekenhuis kost. Zo zou de frequentie en intensiteit van het aantal bezoeken teruggebracht kunnen worden door rekening te houden met overlappingen met inspectiebezoeken van andere toezichtprogramma's, zich te baseren op zelf-opgestelde rapportages, andere kwaliteitsaccreditaties zoals de *Joint Commission International* (JCI) en andere inspectiebezoeken.

Ervaringen met de beoordeling door de inspectie

De beoordeling door de inspectie, in de vorm van een mondelinge terugkoppeling aan het einde van het bezoek en een rapport, wordt gezien als erg waardevol door de ziekenhuismedewerkers. De respondenten waarderen het inspectierapport als vastlegging van de resultaten en aanbevelingen van het inspectiebezoek. Het is een prettig en handig naslagwerk. Voor sommige inhoudelijk deskundigen is het inspectiebezoek en -rapport een middel om zaken bij de raad van bestuur onder de aandacht te brengen, zodat er bijvoorbeeld geld beschikbaar wordt gesteld of om de prioritering duidelijk te maken.

Wat eerder ook in ander onderzoek naar toezicht door de inspectie wordt gevonden is dat er een discrepantie wordt ervaren tussen het mondelinge evaluatiegesprek tussen ziekenhuismedewerkers en inspectie waarin een mildere conclusie gedeeld wordt en het zakelijk ingestoken inspectierapport. Eén suggestie is ook dat wordt ingegaan op aspecten die het ziekenhuis goed op orde heeft en onderwerpen die zijn besproken buiten het toetsingskader om. Dit werkt motiverend en stimuleert een leercultuur. Een andere suggestie is om een rapport zonder beoordeling maar alleen bevindingen te schrijven, waar het ziekenhuis zelf op kan reageren en vervolgens in dialoog met de inspectie tot verbetering kan komen.

Het toetsingskader, dat wordt gebruikt door de inspectie, is gebaseerd op richtlijnen opgesteld door de Werkgroep Infectiepreventie (WIP) en de Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie (NVMM). Per 1 juni 2017 heeft de WIP zichzelf opgeheven, met verouderde richtlijnen tot gevolg (Paauw, 2016; Skipr, 2017). Er is momenteel geen zicht op vernieuwing van de richtlijnen, en de richtlijnen sluiten niet altijd even goed aan bij de praktijk. In een aantal gevallen wordt zelfs gesteld dat voor specifieke situaties, of ziekenhuizen, niet alle richtlijnen relevant zijn. Op het moment van onduidelijkheid of discussie over veldnormen is het ook voor de inspectie onduidelijk op grond waarvan het toezicht vorm moet worden gegeven en kan er sprake zijn van risico's die mogelijk niet gedetecteerd worden. Voor elke vorm van toezicht is het van belang dat duidelijk is wat het toetsingskader is. Dit zou bereikt kunnen worden, zo werd voorgesteld, doordat er toch weer een werkgroep wordt samengesteld voor het bijwerken van de richtlijnen. Die werkgroep zou dan breed moeten worden samengesteld, en goed aangesloten zijn op de praktijk. Heldere normen zijn overigens niet alleen nodig voor het toezicht door de inspectie, maar zijn ook primair van belang binnen de ziekenhuizen, om het infectiepreventiebeleid goed vorm te kunnen geven.

Reflectie op de strategie van de inspectie met TIP-3

Uit de interviews komt een zekere spanning naar voren tussen de gestructureerde en controlerende aanpak van de inspectie bij TIP en de eigen verantwoordelijkheid van de instelling. Enerzijds ervaren ziekenhuizen het positieve effect van het toezicht dat hen scherp houdt en maar anderzijds bestaat onder hen de wens om zelf meer verantwoordelijkheid en vertrouwen van de inspectie te krijgen. Een strategie die aansluit op deze spanning is een verschuiving van een verticale benadering, waar de inspectie de verantwoordelijkheid neemt, richting een meer horizontale benadering, waar de verantwoordelijkheid grotendeels bij de zorgaanbieder wordt gelegd en de inspectie minder in de voetsporen te treden van het bestuur. De inspectie zou zich meer kunnen richten op de vraag of een zorgaanbieder op het gebied van infectiepreventie 'in control' is, en of de processen zo zijn ingericht dat kwaliteit systematisch geborgd wordt. Een voorbeeld van een strategie die hierbij past is het uitbreiden van het interne toetsingssysteem van ziekenhuizen en op grond hiervan het opstellen van verbeterplannen samen met de inspectie. Die verbeterplannen kunnen dan aan de inspectie worden aangeboden, die vervolgens een oordeel vormt over de kwaliteit van de audits, de verbeterplannen en de uitvoering hiervan. Een andere strategie zou kunnen zijn dat ziekenhuizen onderling visitaties uitvoeren, die ook weer kunnen leiden tot verbeterplannen waarvan de inspectie inzage krijgt.

Tot slot

Het TIP-programma is in 2013 gestart, vanwege zorgen over de infectiepreventie in ziekenhuizen. Dit programma wordt, anno 2018, door de inspectie geëvalueerd. Dit onderzoek, naar de ervaringen van betrokken ziekenhuizen met deze vorm van toezicht, is onderdeel van deze evaluatie.

Medewerkers van ziekenhuizen die wij spraken die betrokken waren bij de derde toezichtronde in 2017 meldden dat deze manier van toezicht er aan heeft bijgedragen dat het thema infectiepreventie meer prioriteit heeft gekregen in hun ziekenhuis. Wat hen betreft heeft deze vorm van toezicht dus effect gehad. Tegelijk wordt binnen de ziekenhuizen ook de behoefte gevoeld om nu meer ruimte te krijgen voor de eigen verantwoordelijkheid van de ziekenhuizen. Daarnaast wordt het verouderde en niet altijd even passende toetsingskader als probleem gesignaleerd.

Bij de heroriëntatie door de inspectie op de invulling van deze vorm van toezicht ligt het voor de hand te streven naar behoud van het gunstige effect: doordat de inspectie 'meekijkt' houdt het onderwerp infectiepreventie prioriteit. Daarnaast ligt het voor de hand te zoeken naar een werkwijze van het toezicht die er voor zorgt dat naleving geen formaliteit wordt voor ziekenhuizen, en zo mogelijk ook beter aansluit bij de wens van ziekenhuizen om meer eigen verantwoordelijkheid te kunnen nemen. Dit onderzoek geeft hiertoe enkele concrete suggesties, vanuit het perspectief van de ziekenhuismedewerkers. Ook zal met het veld gezocht moeten worden naar een manier waarop het toetsingskader actueel en relevant blijft.

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

Antimicrobiële resistentie (AMR) is een groeiend probleem. Er zijn steeds meer bijzonder resistente micro-organismen (BRMO), bacteriën die resistent zijn tegen eerste-keuze antibiotica of meerdere groepen antibiotica. In ziekenhuizen brengt een deel van de patiënten die opgenomen worden deze bacteriën met zich mee. Het is dan zaak dat deze BRMO zich niet verder binnen het ziekenhuis verspreiden. Dit kan onder andere door (het naleven van richtlijnen voor) infectiepreventie en surveillance. 'Infectiepreventie' houdt een scala aan handelingen en voorzieningen in die er samen toe moeten leiden dat verspreiding van micro-organismen wordt beperkt én dat de risico's voor de patiënt om een zorginfectie op te lopen zoveel mogelijk worden geminimaliseerd. Ieder ziekenhuis moet bijvoorbeeld zorgen dat de hygiëne op orde is van het ziekenhuispersoneel door het dragen van handschoenen en het schoonmaken en desinfecteren met de juiste middelen. Daarnaast moet een ziekenhuis voor de naleving van richtlijnen voor antibioticagebruik een 'Antibiotica-Stewardship programma' implementeren (IGZ, 2016a). Dit is een continue inspanning om het antibioticagebruik in de ziekenhuispopulatie te optimaliseren om zo patiëntuitkomsten te optimaliseren, kosteneffectieve therapieën in te zetten en om negatieve effecten van antibioticagebruik (inclusief AMR) te minimaliseren (MacDougall & Polk, 2005), geciteerd uit (SWAB, 2012).

Uit onderzoek van de Consumentenbond in 2011 en uit eigen onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)¹ uit 2006 bleek dat de infectiepreventie in verpleeghuizen op veel plaatsen onder de maat was (Hulsbosch, Bilkert, Westerhof, van Marle, & Langelaar, 2014). Omdat er regelmatig patiënten worden uitgewisseld tussen verpleeghuizen en ziekenhuizen, werd ook herkend dat dit in de ziekenhuizen een probleem was. Vanaf 2013 is de Inspectie voor de Gezondheidszorg expliciet toezicht gaan houden op de infectiepreventie in ziekenhuizen, om hierdoor de aandacht voor infectiepreventie in ziekenhuizen te vergroten. Dit deed zij in februari 2013 voor de eerste keer door een vragenlijst te sturen naar alle ziekenhuizen, waarna 26 (grotendeels) aselect gekozen ziekenhuizen zijn bezocht (IGZ, 2013). Op deze manier heeft de IGZ inzicht gekregen of de Nederlandse ziekenhuizen het toetsingskader naleven om zo veilige zorg te kunnen bieden. De belangrijkste conclusie van dit eerste onderzoek 'toezicht infectiepreventie in ziekenhuizen (TIP)' was dat "de keten van infectiepreventie in de meeste ziekenhuizen zwakke schakels kende waardoor er een risico was voor de patiëntveiligheid" (IGZ 2016, pagina 9). In het rapport over deze eerste TIP werd aangegeven dat de richtlijnen en procedures onvoldoende werden nageleefd. Ook patiënten met een verhoogd risico die drager waren van een resistente bacterie "werden zonder verdere maatregelen in het ziekenhuis opgenomen" (IGZ 2013, pagina 5).

Vanaf 1 januari 2014 is er voor Nederlandse ziekenhuizen een nieuw antibioticabeleid van kracht (SWAB, 2012). Op verzoek van de inspectie heeft de Stichting Werkgroep Antibioticabeleid (SWAB) beleid geformuleerd dat ten aanzien van antibiotica in ziekenhuizen gevoerd moet worden (Gezondheidsraad, 2015). Het beleid rust op enerzijds richtlijnen voor het gebruik van antibiotica en anderzijds het instellen van antibioticateams (A-teams) in ziekenhuizen. De A-teams moeten invulling geven aan het *antibiotic stewardship* programma.

¹ Op 1 oktober 2017 fuseren de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en de Inspectie Jeugdzorg (IJZ) tot de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). In dit rapport gebruiken wij de naam IGJ, tenzij het expliciet gaat om het handelen van de inspectie onder de naam IGZ.

In 2015 voerde de IGZ haar onderzoek naar infectiepreventie nogmaals uit: TIP-2, dit maal onder 25 ziekenhuizen (IGZ, 2016a). Nieuw was dat ook de eisen waar het A-team aan moet voldoen binnen TIP-2 werden geïnspecteerd. Deze meting gold als nulmeting. Bij 24 van de 25 ziekenhuizen bleek een A-team aanwezig of in oprichting, maar er waren grote verschillen bij de invulling ervan. Hiernaast bleek dat de richtlijnen op het gebied van persoonlijke hygiëne beter werden opgevolgd, dan geconstateerd in TIP-1. Er waren in 22 van de 25 bezochte ziekenhuizen ook nog punten ter verbetering. Voorbeelden waren de reiniging en desinfectie en het feit dat de isolatiekamers voor patiënten met BRMO technisch niet goed waren. Bovendien kende het personeel de werking van deze kamers onvoldoende. Ook was de risico-inventarisatie voor BRMO voor verbetering vatbaar.

Vanwege de aanhoudende BRMO-problematiek vond afgelopen zomer 2017 de derde toezichtsrunde plaats, TIP-3. In totaal bezocht de inspectie 48 ziekenhuizen, waaronder eerder bezochte hoog-risico ziekenhuizen. Met TIP-3 zijn alle ziekenhuizen in ieder geval één keer geïnspecteerd. Hierin is gebruik gemaakt van een toetsingskader dat vergelijkbaar is met TIP-2, opgebouwd uit de volgende thema's, zie bijlage B (IGZ, 2017):

- Algemene voorzorgsmaatregelen;
- Schoonmaak, reiniging en desinfectie;
- Bijzondere voorzorgsmaatregelen / isolatiemaatregelen;
- Uitvoering MRSA/BRMO risico-inventarisatie en maatregelen;
- Antibioticagebruik en *antibiotic stewardship*, en;
- Kwaliteit, borging en protocollering.

Het toetsingskader is gebaseerd op richtlijnen opgesteld door de Werkgroep Infectiepreventie (WIP) en de Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie (NVMM). Per 1 juni 2017 heeft de WIP zichzelf opgeheven (Paauw, 2016).

Het toetsingskader is via een conferentie bekendgemaakt aan de inhoudelijk deskundigen van alle ziekenhuizen georganiseerd door de inspectie.

1.2 Inhoud inspectiebezoek derde toezichtsrunde

Voor TIP-3 zijn de 48 ziekenhuizen door verschillende inspecteurs van de inspectie bezocht in het voor- en najaar van 2017. De inspectiebezoeken werden een dag van te voren aangekondigd, aan het einde van de middag. Tijdens het inspectiebezoek voerde de inspecteurs gesprekken met inhoudelijk deskundigen en met de raad van bestuur. Ook deden de inspecteurs een rondgang langs de route die een patiënt in het ziekenhuis kan afleggen; de spoedeisende hulp, de afdeling preoperatieve screening en verpleegafdelingen. De inspecteurs spraken tijdens hun inspectieronde op meerdere afdelingen met verschillende ziekenhuismedewerkers; artsen, verpleegkundigen en schoonmaakmedewerkers. De zorgverleners en schoonmaakmedewerkers werden tijdens hun werk op de afdeling aangesproken door één of meerdere inspecteurs over hun werkzaamheden met betrekking tot hygiëne en infectiepreventie. Na de inspectieronde, aan het einde van de middag, vond een mondelinge terugkoppeling plaats van onder andere de aspecten die niet voldoen aan het toetsingskader. Ieder ziekenhuis ontving vervolgens eerst de conceptversie van het rapport met daarin de resultaten en aanbevelingen naar aanleiding van het inspectiebezoek. Zij konden daar nog opmerkingen op geven. Binnen twee maanden werd het rapport openbaar gepubliceerd op de website www.igz.nl. De ziekenhuizen die niet voldeden aan de voorwaarden voor veilige zorg kregen maatregelen opgelegd die zij, afhankelijk van de aanbeveling, binnen drie of zes maanden moesten doorvoeren. Door middel van een verslag konden de ziekenhuizen bij de inspectie aantonen dat de aanbevelingen waren opgevolgd. Bij ernstige aanbevelingen kon de inspectie besluiten om het

ziekenhuis nogmaals te bezoeken om in de praktijk erop toe te zien dat de aanbevelingen waren opgevolgd.

1.3 Doel en vraagstelling van dit onderzoek

De inspectie heeft de bedoeling om ook na het afronden van TIP-3 toezicht op het infectiepreventie- en antibioticabeleid te blijven houden. Voor de vormgeving hiervan voert de inspectie een evaluatie uit. In aanvulling op de eigen evaluatie heeft de inspectie het Nivel gevraagd onderzoek te doen naar de ervaringen van de medewerkers van de geïnspecteerde ziekenhuizen met het toezicht. Immers, het zijn uiteindelijk de ziekenhuizen, of beter gezegd de ziekenhuismedewerkers, die verantwoordelijk zijn voor hun infectiepreventie- en antibioticabeleid, die hier ook vorm aan moeten geven. Daarmee zijn zij de adressant van het toezicht: het toezicht richt zich op hen. Bij het verder vormgeven van het toezicht op de infectiepreventie en het antibioticabeleid is het daarom nuttig om inzicht te krijgen in hun perspectief. Dit onderzoek geeft inzicht in dit perspectief.

Het doel van dit evaluatieonderzoek is inzicht te krijgen in de ervaringen van medewerkers van ziekenhuizen met het toezicht op de infectiepreventie en het antibioticabeleid.

Dit doel wordt bereikt door antwoord te geven op de volgende vragen, opgedeeld in drie thema's:

Onderzoeksvraag 1: Hoe ervaren medewerkers het inspectiebezoek?

Onderzoeksvraag 2: Hoe ervaren medewerkers de beoordeling door de inspecteurs?

Onderzoeksvraag 3: Hoe ervaren de ziekenhuismedewerkers deze vorm van toezicht?

Het evaluatieonderzoek is in de periode oktober 2017 tot april 2018 uitgevoerd.

1.4 Onderzoeksopzet

Vorbereiding

Allereerst zijn deskundigen uit het werkveld benaderd om een beeld te krijgen van wat er speelt op het gebied van toezicht op infectiepreventie- en antibioticabeleid in ziekenhuizen en om bij te dragen aan de inhoudelijke kwaliteit van het onderzoek. Contactgegevens zijn via de inspectie ontvangen. Er is gesproken met vertegenwoordigers de Inspectie en met vertegenwoordigers van de volgende belanghebbende partijen: Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), de Vereniging voor Hygiëne & Infectiepreventie in de Gezondheidszorg (VHIG), Centrum Landelijke Coördinatie Infectieziektenbestrijding (LCI), de Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie (NVMM) en de Stichting Werkgroep Antibioticabeleid (SWAB). Op basis van deze gesprekken zijn er een aantal kernpunten geformuleerd die zijn meegenomen in de interviews met de ziekenhuismedewerkers. Dit onderzoek is uitgevoerd in de Academische Werkplaats Toezicht.

Interviews

Vervolgens zijn interviews gehouden onder ziekenhuismedewerkers. Het doel van de interviews was inzicht te krijgen in de ervaringen van ziekenhuismedewerkers met het toezicht op infectiepreventie en het antibioticabeleid. De ambitie van dit onderzoek om inzicht te krijgen in de verschillende visies binnen de ziekenhuizen over dit thema. Daarom is gekozen voor een kwalitatieve benadering en zijn uitgebreide gesprekken gevoerd met een grote en diverse groep ziekenhuismedewerkers die betrokken zijn geweest bij een TIP-3 inspectiebezoek.

Op basis van gesprekken met de inspectie en de eerder gevoerde gesprekken met de experts is een topic lijst gemaakt (bijlage A). Deze topiclijst diende als leidraad voor de gesprekken met leden van raden van bestuur, inhoudelijk deskundigen en overige ziekenhuismedewerkers. De gesprekken werden in het betreffende ziekenhuis gevoerd door twee onderzoekers.

Er zijn gesprekken gevoerd met een deel van de ziekenhuizen die een TIP-3 inspectiebezoek hebben gekregen. Er zijn in totaal 14 ziekenhuizen benaderd, twee keer zo veel als het beoogde aantal om rekening te houden met afwijzing tot deelname, onmogelijkheid gesprekken in te plannen, etc. De ziekenhuizen zijn per post via de Inspectie benaderd. Van de 48 geïnspecteerde ziekenhuizen zijn 14 (29%) ziekenhuizen door de inspectie uitgenodigd voor deelname. De eerste 7 (14,7%) ziekenhuizen die contact opnamen met de onderzoekers zijn geïnccludeerd in het onderzoek, op een manier dat de ziekenhuizen anoniem blijven voor de inspectie en in het rapport. Bij de selectie van de geïnspecteerde ziekenhuizen is rekening gehouden met de beoordeling in het rapport van de inspectie, het soort ziekenhuis (1 academisch en 6 algemene ziekenhuizen), de grootte van het ziekenhuis (4 grote, 1 middelgroot en 2 kleine ziekenhuizen) en de geografische ligging/verspreiding door Nederland. In tabel 1 staan de functies van de geïnterviewde ziekenhuismedewerkers (n= 55) geordend op de drie gesprekken die per ziekenhuis is gevoerd.

Tabel 1: Geïnterviewde ziekenhuismedewerkers

	Ziekenhuis							Totaal:
	1	2	3	4	5	6	7	
Respondenten gesprek 1: Leden raad van bestuur	1	1	1	2	2	2	2	11
Raad van bestuur (voorzitter/lid)	1	1	1	1	1	1	1	7
Medisch Directeur				1				1
Sectormanager beschouwende vakken					1			1
Arts-microbioloog						1		1
Manager Kwaliteitsbureau							1	1
Respondenten gesprek 2: Inhoudelijk deskundigen	4	2	5	5	4	5	4	29
Deskundige Infectiepreventie (ook: teamleider/leidinggevende)	3	1	1	3	2	2	1	13
Medisch-/Arts-microbioloog		1	1	1	1	1	1	6
Ziekenhuisapotheker/lid A-team			2		1	1	1	5
Adviseur Kwaliteit & Veiligheid	1		1					2
Hoofd Ziekenhuishygiëne & Infectiepreventie				1				1
Onderzoeksverpleegkundige A-team						1		1
Internist infectioloog							1	1
Respondenten gesprek 3: Ziekenhuismedewerkers	3	1	3	2	2	2	2	15
Verpleegkundige (ook: manager/teamleider)	2		2	2	1	2		9
Medisch specialist	1	1					1	3
Schoonmaakmedewerker/hoofd hygiëne			1		1		1	3
Totaal:	8	4	9	10	8	9	8	55

De semigestructureerde interviews zijn opgenomen, met instemming van de respondenten. Deze audio-opnamen zijn woordelijk en geanonimiseerd, getranscribeerd. De respondenten hebben een inhoudelijke samenvatting ontvangen, gemaakt door een van de onderzoekers (TC). De respondenten kregen de mogelijkheid om rectificaties door te voeren, om ervoor te zorgen dat de samenvattingen een correcte afspiegeling is van hun visie op het inspectiebezoek. De transcripten van de interviews

zijn inductief geanalyseerd door één van de onderzoekers (TC), waarbij de bevindingen door een andere onderzoeker zijn gecontroleerd om de kwaliteit van de analyses te garanderen (RB). De onderzoeksvragen zijn als startpunt genomen om de gegevens te analyseren.

Invitational conference

Na 3 ziekenhuizen te hebben geïnterviewd, is er vanuit de inspectie een Invitational Conference georganiseerd. Hier zijn de eerste resultaten van het evaluatieonderzoek gepresenteerd (IGJ, 2018) en is door de aanwezigen op deze resultaten gereflecteerd. Het doel hiervan was enerzijds het veld te informeren over de voortgang van het onderzoek en de aard van de onderzoeksvragen. Anderzijds zijn tijdens deze bijeenkomst suggesties gedaan voor alternatieve invullingen van het toezicht op de Infectiepreventie. Deze suggesties zijn meegenomen in de analyses.

Verzadiging

De onderzoekers constateerden dat er geen of weinig nieuwe elementen in de gesprekken met de laatste ziekenhuizen naar voren kwamen. Hierdoor hebben onderzoekers het vertrouwen dat de gesprekken een redelijk volledig beeld opleveren van de verschillende ervaringen binnen de ziekenhuizen. De thema's die in de resultatenhoofdstukken worden beschreven zijn een afspiegeling van de onderwerpen die meermaals naar voren kwamen tijdens de gesprekken in de 7 ziekenhuizen. De onderzoekers hebben ervoor gekozen om niet te beschrijven hoeveel ziekenhuizen de thema's ter sprake brachten, omdat een klein deel van de ziekenhuizen is geïnterviewd en dit een vertekend beeld kan opleveren.

1.5 Beperkingen

Aangezien er enige tijd tussen het inspectiebezoek en het interview zat, kan er sprake zijn van recall bias.

1.6 Leeswijzer

In dit rapport wordt het Toezicht op Infectiepreventie veelal afgekort als TIP, daarnaast wordt er geen onderscheid gemaakt tussen verschillende inspecteurs die de ziekenhuizen hebben bezocht. De geïnterviewde ziekenhuismedewerkers van de geïnspecteerde ziekenhuizen worden respondenten of medewerkers genoemd.

Hierna volgen 3 hoofdstukken met de resultaten van de interviews waar de ervaringen van de ziekenhuismedewerkers met het inspectiebezoek zijn beschreven. Deze hoofdstukken zijn opgebouwd aan de hand van de onderzoeksvragen. We maken daarbij onderscheid tussen de ervaringen van de ziekenhuismedewerkers met het inspectiebezoek (hoofdstuk 2), de beoordeling van de ziekenhuizen door de inspectie (hoofdstuk 3) en de ervaringen in bredere zin met deze vorm van toezicht (hoofdstuk 4). In deze hoofdstukken zijn de suggesties van de ziekenhuismedewerkers voor een toekomstige TIP verwerkt en zijn aan het einde van ieder hoofdstuk samengevat. In hoofdstuk 5 formuleren we de conclusies van dit onderzoek.

2 De ervaringen met het TIP-3 bezoek

Dit hoofdstuk beschrijft de ervaringen van de ziekenhuismedewerkers met de onderdelen van het TIP-3 inspectiebezoek en geeft antwoord op de eerste onderzoeksvraag:

Onderzoeksvraag 1: Hoe ervaren medewerkers het inspectiebezoek?

Het hoofdstuk is opgebouwd aan de hand van de thema's die tijdens de interviews ter sprake kwamen: de aankondiging van het bezoek (2.2), de benadering door de inspecteurs (2.3), het bezoek als momentopname (2.4) en de expertise van de inspecteurs met het antibioticabeleid (2.5).

2.1 Ervaringen over het algemeen

Het bezoek is volgens de ziekenhuismedewerkers prettig verlopen. De medewerkers staan open voor het bezoek van de inspecteurs in het ziekenhuis en willen graag leren van de aanbevelingen die de inspectie hen geeft. De dag van het inspectiebezoek wordt echter als een spannend moment ervaren. Zo blijkt uit de volgende citaten:

[Ziekenhuis 5, ziekenhuismedewerker]: *“Ik vond het op die werkdag een beetje spannend.”*

[Ziekenhuis 6, raad van bestuur]: *“Het is niet zo dat men daar heel erg tegenop ziet in de zin van, oh, wat eng allemaal, maar het is toch wel spannend als zo iemand komt meekijken en misschien wel dingen ziet die niet goed zijn.”*

[Ziekenhuis 6, inhoudelijk deskundige]: *“Ja, nou ja, het is altijd een spannende dag.”*

Deze spanning wordt geassocieerd met de voor het ziekenhuis belangrijke beoordeling in de vorm van het inspectierapport die de inspectie aan het ziekenhuis geeft en openbaar publiceert. Dit wordt in hoofdstuk 4 uitgebreider beschreven. Wat ook bijdraagt aan deze spanning is de voor de ziekenhuismedewerkers onbekende inspectieroute. Het is niet te voorspellen wat de inspecteurs achterhalen, waardoor het als een mogelijkheid wordt gezien dat er 'iets ernstigs' wordt gevonden door de inspectie. De vraag is of het om toeval, pech of reële tekortkoming(en) gaat die de inspecteurs zouden kunnen ontdekken.

2.2 Aankondiging op korte termijn

De inspectie kondigt haar bezoek slechts een middag van te voren aan bij de raad van bestuur van het ziekenhuis. Niet altijd wordt deze aankondiging doorgegeven aan alle medewerkers. Over het algemeen zien de leden van raden van bestuur het nut in van deze manier van aankondiging:

[Ziekenhuis 4, raad van bestuur]: *“Onaangekondigde bezoeken vind ik op zich niet... Weet je? Wij moeten elke dag klaar zijn voor de patiënten, dus zijn we elke dag ook klaar voor een inspectiebezoek.”*

De inspecteurs krijgen op deze manier een representatieve weergave van de dagelijkse gang van zaken. De leden van de raden van bestuur kunnen zich na aankondiging mentaal voorbereiden op het inspectiebezoek, terwijl de zorgverleners op de werkvloer zich overvallen voelen door de inspecteurs. De ziekenhuismedewerkers hebben weinig tijd om zich voor te bereiden op het bezoek. Er zijn

respondenten die aangaven op de dag van het bezoek extra alert te zijn op de manier waarop zij hun handelingen uitvoeren. Ook bracht deze manier van aankondiging voor een deel van de respondenten, voornamelijk inhoudelijk deskundigen en zorgverleners, praktische problemen met zich mee, omdat er weinig tijd is om de dag van het bezoek naar de wensen van de inspectie in te richten.

2.3 De benadering door de inspecteurs

Tijdens het bezoek waren respondenten, met name ziekenhuismedewerkers op de werkvloer, geïmponeerd door de groep van twee inspecteurs en inhoudelijk deskundigen die de afdeling bezochten

[Ziekenhuis 7, inhoudelijk deskundige]: *“Ze waren heel erg geïmponeerd denk ik, de medewerkers. Ook toen verpleegkundigen hoorden dat ze... Die normaal de hele dag door werken met iets en gewoon helemaal blokkeerden en niks meer durfden te zeggen. Dan denk je ook, dat is natuurlijk wel een beetje raar, maar...” [...] “En ze waren echt niet onaardig of zoiets, maar er zit wel een bepaalde afstand in, een bepaalde manier van vragen, waardoor denk ik mensen van de vloer daar wel...”*

Dit leidde er toe dat de inspectie oordeelde dat een bepaald onderdeel onvoldoende op orde was, terwijl dit volgens het ziekenhuis in de praktijk wel op orde was. Een respondent vraagt zich af of het grote aantal inspecteurs nodig is. Anderzijds blijkt uit gesprekken met de raad van bestuur en inhoudelijk deskundigen dat zij minder moeite hebben met het beantwoorden van de vragen van de inspecteurs dan de ziekenhuismedewerkers op de afdeling.

Toch hebben de meeste respondenten het bezoek als prettig ervaren, door de vriendelijke manier waarop de inspecteurs de ziekenhuismedewerkers hebben benaderd. Echter verschilt het per inspecteur of de medewerker direct of indirect wordt benaderd. Een deel van de medewerkers werden indirect, via een andere ziekenhuismedewerker, benaderd, wat prettig werd gevonden. De heersende spanning bij een deel van de ondervraagde ziekenhuismedewerkers werd weggenomen door de vriendelijke en rustige benadering van de inspecteurs. Tijdens het bezoek werden open vragen gesteld en was er de mogelijkheid om een discussie te voeren. De insteek van de vragen werd als niet-beoordelend ervaren:

[Ziekenhuis 5, inhoudelijk deskundige]: *“Ik vond dat men hier op een hele positieve manier informatie probeerde te krijgen uit de medewerkers, om het zo maar even te zeggen. [...] Ja. Het gesprek was ook uitnodigend om dingen te vertellen en niet met het wijsvingertje of zo. Nee, gewoon prettig.”*

Tijdens het bezoek wilden de meeste ziekenhuismedewerkers graag in gesprek gaan met de inspecteurs over hun werkzaamheden gerelateerd aan het infectiepreventie- of antibioticabeleid. Niet voor iedere respondent was het vanzelfsprekend om met de inspecteur een dialoog te kunnen voeren. Deze respondenten vonden dat de inspecteurs zich hebben beperkt tot de belangrijkste hoofdlijnen. Anderen kregen juist wel de gelegenheid om in gesprek te gaan met de inspecteur. Zij vonden dat de inspecteurs open stonden voor hun input als er onenigheid was over een onderdeel van de inspectie. Door in gesprek te gaan en vragen te stellen aan de medewerkers komen de inspecteurs tot de kern en kunnen ze de meest belangrijke informatie achterhalen:

[Ziekenhuis 5, raad van bestuur]: *“Dat gesprek zou ik willen hebben, die dialoog, want het zit niet op het zetten van vinkjes.”*

Door het jargon van de inspecteurs is er in enkele ziekenhuizen een misverstand ontstaan tijdens een gesprek tussen een inspecteur en een ziekenhuismedewerker. Volgens de respondenten zochten de inspecteurs in het antwoord van de ziekenhuismedewerkers naar specifieke termen in plaats van dat de betekenis van de antwoorden werd doorgrond. Op basis van enkele gesprekken zijn er door de inspecteurs verkeerde conclusies getrokken doordat de formulering van de inspecteur niet aansluit op die van de medewerker. Zo is een medewerker bestempeld als 'niet-geschoold' doordat de trainingen die de medewerker had gevolgd zelf niet ziet als scholing:

[Ziekenhuis 7, inhoudelijk deskundige]: *“De inspectie vroeg: heb je scholing gehad? En diegene zei: nee, scholing, nee, echt niet. Waarop ik zei, nou, ik wil niet heel eigenwijs zijn en me ermee bemoeien, maar ik weet eigenlijk wel zeker dat je wel scholing gehad hebt. Toen werd er een andere collega bijgehaald en die zei van: oh, je bedoelt die bijeenkomst in het personeelsrestaurant? Dat pakte de inspectie nu goed op in de zin dat ze bij de volgende dan inderdaad wel zeiden van: heb je scholingen, bijeenkomsten, instructies...”*

Ook gebruiken de medewerkers die zich bezighouden met het antibioticateam niet in ieder ziekenhuis de term 'A-team'. De inspecteurs kunnen daarom in het vervolg letten op de formulering van de vraag en op de medewerker aan wie zij de vragen stellen, zodat er geen miscommunicatie ontstaat. Hiernaast stelt een ziekenhuismedewerker voor dat een gespreksleider tijdens groeps gesprekken met de inspecteurs er voor kan zorgen dat iedere medewerker aan het woord komt. Enkele medewerkers voelden zich namelijk niet gehoord.

De inspecteurs kwamen volgens een deel van de respondenten zeer ervaren over en waren goed op de hoogte van de stand van zaken in het ziekenhuis, wat betreft het infectiepreventiebeleid. In tegenstelling tot het antibioticabeleid, zie paragraaf 2.5. De deskundigheid van de inspecteurs blijkt uit hun grondige en zorgvuldige manier waarop de inspectie plaatsvond. Ook blijkt dit uit de snelle manier waarop de aanbevelingen gegeven kunnen worden.

2.4 Het bezoek als momentopname

Een deel van de respondenten zag het bezoek als een momentopname doordat het op één enkele dag plaatsvindt. Zij vonden het bezoek daardoor niet representatief voor de dagelijkse gang van zaken in het ziekenhuis. Hiernaast was de gedetailleerde manier van inspecteren volgens van een deel van de respondenten niet realistisch. Door het gedetailleerd inspecteren schiet de inspectie volgens hen door in de controle die ze willen uitoefenen op de ziekenhuizen. Hiernaast is het op toeval gebaseerd welke ziekenhuismedewerkers de inspecteurs treffen. Uit het volgende citaat blijkt bijvoorbeeld dat de inhoudelijk deskundige het idee heeft dat er niet altijd op een eenduidige manier wordt geïnspecteerd en dat toeval een rol speelt in de beoordeling door de inspectie:

[Ziekenhuis 6, Inhoudelijk deskundige]: *“De scores die opgemaakt worden lijken mij soms een beetje te willekeurig. Dat hangt een beetje af van toeval en het lijkt ook niet altijd representatief, bijvoorbeeld bij de beoordeling van de dresscode zagen wij duidelijk tekortkomingen tijdens de ronde, maar de inspectie zag die niet.”*

Enkele inhoudelijk deskundigen gaven aan op de hoogte te zijn gesteld door andere ziekenhuizen in de omgeving over het detailniveau waarop hun ziekenhuis was geïnspecteerd tijdens voorgaande inspectierondes. Tijdens het bezoek viel dit de deskundigen echter mee omdat het infectiepreventiebeleid naar hun idee op hoofdlijnen werd getoetst.

Een deel van de respondenten vond het lastig om alternatieve mogelijkheden te noemen voor toekomstig toezicht zodat de inspectie een realistisch beeld kan krijgen van de dagelijkse gang van zaken in de ziekenhuizen. Eén van de suggesties is dat de inspectie pas écht een volledig beeld krijgt als ze een week meelopen met de medewerkers, hoewel dit praktisch niet als haalbaar wordt gezien door de belasting die dit met zich meebrengt. Verder benoemden inhoudelijk deskundigen, met name de arts-microbiologen, dat het toetsen op zowel proces- als uitkomstindicatoren een goed alternatief zouden kunnen zijn voor het huidige gedetailleerde en deels verouderde toetsingskader.

[Ziekenhuis 4, inhoudelijk deskundige]: *“Daar hebben we wel behoefte aan, als je dus niet alleen naar processen wilt kijken... Ik denk dat je er niet aan ontkomt om naar processen te kijken, maar het liefst zou je de uitkomst ook willen betrekken [...] Maar ik denk dat het de combinatie van beide moet zijn en dat er nog wel onderzoek zal moeten gebeuren naar wat dan een goede uitkomstmaat is.”*

Genoemde voorbeelden van procesindicatoren zijn; scholing, registraties, observaties en feedback waarbij het geheel, het systeem, wordt geïnspecteerd. Voorbeelden van uitkomstindicatoren zijn; postoperatieve wondinfecties, lijnsepsis, Meticilline -resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA)-uitbraak en prevalentie van ziekenhuisinfecties. Door in te gaan op het procesniveau hoeft er niet op detailniveau ingegaan te worden. Deze indicatoren kunnen uiteindelijk opgenomen worden in het kwaliteitssysteem van het ziekenhuis, en niet alleen worden gebruikt als inspectie-instrument door de inspectie. Als een ziekenhuis voldoet aan de uitkomstmaten, zou de inspectie er vanuit moeten gaan dat de richtlijnen worden nageleefd.

2.5 Expertise inspectie antibioticabeleid

Zoals beschreven in de introductie, is het antibioticabeleid ook een onderdeel van het TIP-3 bezoek, naast het infectiepreventiebeleid. Het toetsen van het antibioticabeleid bestond met name uit het nagaan van de aanwezigheid van een goed functionerend Antibioticateam, oftewel A-team. De inhoudelijk deskundigen zijn minder te spreken over de mate van diepgang waarop het A-team werd geïnspecteerd. Er zijn goede en terechte vragen gesteld door de inspecteurs, maar er zat weinig diepgang in de vragen. De medewerkers van het A-team hadden het idee dat de inspecteurs een checklist afgingen, wat ‘afvinkerig’ overkwam. Dit in tegenstelling tot de ervaring van andere ziekenhuismedewerkers die juist het idee hadden dat ze meer in gesprek konden gaan met de inspecteurs op de inhoud van infectiepreventie. Dit leek voor de respondenten te maken te hebben met de expertise van de inhoudelijk deskundige medewerkers op het gebied van antibioticabeleid die de expertise van de inspecteurs van de inspecteurs overstijgt. De inhoudelijk deskundigen zijn voorloper in de ontwikkelingen omtrent infectiepreventie- en antibioticabeleid. Zo blijkt bijvoorbeeld uit het volgende citaat:

[Ziekenhuis 2, inhoudelijk deskundige]: *“Dat zij [de inspecteurs, TC] toetsen op zaken waar ze eigenlijk zelf het meeste verstand van hebben. Of wat het dichtst, het makkelijkst, inleesbaar is. En een A-team is gewoon een vergaande specialisatie over antibiotica. En al die inspecteurs, die zowel hier als in het [naam ziekenhuis] zijn geweest, die hebben daar gewoon geen... die zijn daar niet voor opgeleid. Dus die kunnen een heel simpel checklistje afgaan van, heb je dit, heb je dat. Maar die kunnen niet doorvragen. Die kunnen ook niet de kritische, echt pijnlijke vragen stellen over, hoe heb je dan dit geregeld, omdat ze gewoon daar de kennis niet van in huis hebben.”*

Echter zijn er ook inhoudelijk deskundigen die het daar niet mee eens waren:

[Ziekenhuis 5, inhoudelijk deskundige]: *“Mijn gedeelte ging met name over het A-team. Ook positief. Goede terechte vragen, ook met kennis van de achtergrond. Dus ze gingen er niet volledig blanco in, hebben wel gewoon de juiste vragen gesteld.”*

De medewerkers van A-teams binnen de ziekenhuizen hadden meer verwacht van het inspectiebezoek. Dit komt vooral door de energie en tijd die er door hen in het antibioticabeleid wordt gestoken. Dit komt volgens de deskundigen doordat het A-team een vrij nieuw concept is dat nog niet overal in de praktijk goed is uitgekristalliseerd. Zo vertelt de volgende respondent:

[Ziekenhuis 6, inhoudelijk deskundige]: *“Maar ik denk qua werkzaamheden of wat wij als A-team moeten gaan oppakken of iets dergelijks, heb ik er bij het laatste bezoek niet heel veel uit gehaald, dat niet. Maar ik denk ook dat dit gewoon iets is wat heel erg nog in de kinderschoenen staat en wat gewoon landelijk nog niet heel erg gespecificeerd is.”*

Voor de meeste inhoudelijk deskundigen van het A-team is het geen toegevoegde waarde als het inspectiebezoek in het vervolg op dezelfde manier uit wordt gevoerd. Een deel hiervan vindt het echter wel van belang dat het toezicht blijft plaatsvinden omdat het antibioticabeleid volop in ontwikkeling is en er voor het A-team nieuwe richtlijnen zullen uitkomen. Om het nut ervan te vergroten en het A-team te kunnen toetsen zou de focus verlegd en de inspecteurs beter opgeleid moeten worden volgens een deel van de respondenten. Een suggestie is ook dat er toezicht wordt gehouden op bepaalde proces- of uitkomstindicatoren die van belang zijn voor de kwaliteit van het A-team. Hiernaast noemen de medewerkers inspectie op regionaal niveau als aanvulling op het huidige toezicht. Op deze manier kan er op regionaal niveau worden beoordeeld hoe de verschillende A-teams van verschillende ziekenhuizen zich met elkaar verhouden. Er kan getoetst worden op onderlinge communicatie tussen verpleeghuizen, huisartsen en thuiszorg over bijvoorbeeld isolatie-indicaties bij de overdracht van een patiënt.

[Ziekenhuis 5, inhoudelijk deskundige]: *“Of je nou steeds op hetzelfde moet blijven controleren, dat vraag ik me af. Er zijn natuurlijk op het gebied van infectiepreventie heel veel zaken die je kunt bekijken.”*

Het gebruik van de term ‘A-team’ door de inspecteurs werd niet door alle inhoudelijk deskundigen goedgekeurd. Dit zou volgens sommige respondenten een te formeel karakter geven aan iets dat eigenlijk een onderdeel is van de standaardzorg. Hiernaast wordt niet overal de term ‘A-team’ gebruikt, met miscommunicatie tot gevolg.

2.6 Suggesties van de ziekenhuismedewerkers samengevat

- De inspecteurs nemen het initiatief om in gesprek te gaan met de ziekenhuismedewerkers, ook buiten het toetsingskader om.
- De imponerende verschijning van de inspecteurs is beperkt door het verminderen van het aantal inspecteurs.
- De inspecteurs vermijden jargon gebruik om miscommunicatie met de ziekenhuismedewerkers te voorkomen.
- Tijdens groepsgesprekken is een gesprekleider aanwezig die er voor zorgt dat iedere medewerker aan het woord komt.
- Het inspectiebezoek vindt plaats aan de hand van zowel proces- als uitkomstindicatoren, met name voor het A-team:
 - o Procesindicatoren: Scholing, registraties, observaties en feedback.
 - o Uitkomstindicatoren: Postoperatieve wondinfecties, lijnsepsis, MRSA-uitbraak en prevalentie van ziekenhuisinfecties.
- Het antibioticabeleid krijgt meer aandacht tijdens het inspectiebezoek.

3 Ervaringen met de beoordeling door de inspectie

Aansluitend op de ervaringen van de respondenten met de verschillende onderdelen van het inspectiebezoek, beschrijft dit hoofdstuk de ervaringen met de beoordeling door de inspectie. Het inspectiebezoek resulteert in aanbevelingen in een mondelinge terugkoppeling aan het einde van het inspectiebezoek en in een inspectierapport dat het ziekenhuis binnen twee maanden ontvangt. Dit rapport wordt gepubliceerd op de website van de inspectie. Dit hoofdstuk geeft een antwoord op de tweede onderzoeksvraag:

Onderzoeksvraag 2: Hoe ervaren medewerkers de beoordeling door de inspectie?

Dit hoofdstuk is opgebouwd aan de hand van de thema's die tijdens de interviews ter sprake kwamen: de impact van de aanbevelingen (3.2), het inspectiebezoek als middel voor de inhoudelijk deskundigen om onderwerpen op de agenda van de raad van bestuur te krijgen (3.3), de verouderde richtlijnen waarop de ziekenhuizen (deels) op werden getoetst (3.4), het *zero tolerance* beleid op kledinggedrag (3.5) en het inspectierapport dat als naslagwerk werd gebruikt door de medewerkers (3.6-3.8).

3.1 Ervaringen over het algemeen

Respondenten ervoeren de feedback en aanbevelingen van de inspectie als positief. De ontvangen feedback en aanbevelingen werden gezien als een bevestiging van de stand van zaken van het ziekenhuis:

[Ziekenhuis 4, ziekenhuismedewerker]: *“Eén is dat je ook wel een bevestiging krijgt dat je het goed doet, maar ook dat er toch eigenlijk altijd wel weer iets gevonden wordt waarbij je denkt: daar heb ik niet aan gedacht. Je hebt altijd blinde vlekken en ik vind het wel knap dat ze die snel opsporen.”*

[Ziekenhuis 5, inhoudelijk deskundige]: *“Je wordt ook weer eens even met je neus op de feiten gedrukt.”*

Voor ziekenhuizen met weinig aanbevelingen is het een bevestiging van de aspecten die goed op orde zijn. Deze bevestiging werkt enthousiasmerend voor de medewerkers die hier een bijdrage aan hebben geleverd. Daarnaast is het voor ziekenhuizen met aanbevelingen een bevestiging van de aspecten die aandacht nodig hebben. Men is blij met deze aanbevelingen als het gaat om aspecten waar de medewerkers zich in kunnen vinden. Hier gaat het om aspecten waar de medewerkers zelf niet aan gedacht hadden of om blinde vlekken tijdens hun dagelijks handelen.

3.2 De impact van de aanbevelingen

De aanbevelingen krijgen gewicht doordat deze door de inspectie worden uitgedragen. De reflectie die het bezoek biedt helpt de medewerkers om tekortkomingen in zorgprocessen te verbeteren en ervan te leren. Het bezoek was een belangrijke prikkel en steun in de rug om dit te bewerkstelligen. Er wordt serieus omgegaan met de aanbevelingen door de bestuurders, inhoudelijk deskundigen en

ziekenhuismedewerkers die, ieder op hun eigen niveau, acties ondernemen om het infectiepreventie- en antibioticabeleid te verbeteren.

[Ziekenhuis 6, raad van bestuur]: *“Wat duidelijk bleek is dat de schoonmaak bij ons niet op orde was. Dat was voor mij ook een verrassing. Het was duidelijk dat dat... Het was bijzonder hoe de inspecteur dat kon laten zien, wat er beter kon. Er is ook gesproken met de raad van bestuur tijdens datzelfde bezoek. Het heeft echt tot hele structurele verbeteringen geleid.”*

Uit enkele gesprekken kwam naar voren dat de respondenten het niet eens waren met een deel van de aanbevelingen van de inspectie. Eén van de ontvangen aanbevelingen was bijvoorbeeld niet te herleiden uit een richtlijn. Het wordt gewaardeerd dat aanbevelingen heroverwogen konden worden door de inspectie door in gesprek te gaan met de inspectie, naar aanleiding van de conceptversie van het inspectierapport. Hiernaast zagen sommige inhoudelijk deskundigen een verschil in de beoordeling tussen verschillende inspecteurs op bepaalde onderwerpen. Zij vonden dit afdoen aan de deskundigheid van de inspecteurs.

Een veel genoemd verbeterpunt is de directe terugkoppeling door inspecteurs aan de gesproken medewerkers. Zo hoeven zij niet in spanning af te wachten op de terugkoppeling aan het einde van het inspectiebezoek. Dan kan direct duidelijk worden op welke punten verbeteringen nodig zijn en kan men hier ook vragen over stellen. Hiernaast is het belangrijk dat iedere aangesproken medewerker over deze terugkoppeling wordt geïnformeerd.

3.3 Middel voor inhoudelijke deskundigen

Voor sommige inhoudelijk deskundigen is het inspectiebezoek en -rapport een middel om zaken bij de raad van bestuur onder de aandacht te brengen, zodat er bijvoorbeeld geld beschikbaar wordt gesteld of om de prioritering duidelijk te maken. Zij vinden het normaliter namelijk lastig om de raad van bestuur mee te krijgen om te investeren in onderwerpen die door hen belangrijk worden gevonden. De deskundigen voelen zich niet altijd serieus genomen door de raad van bestuur, terwijl het inspectierapport met aanbevelingen direct op het bureau van de raad van bestuur terechtkomt.

[Ziekenhuis 4, inhoudelijk deskundige]: *“We wisten al dat dat niet helemaal goed liep, maar doordat je dan nog een keer zo’n aanbeveling krijgt van de inspectie kan er toch sneller wat mee gebeuren en dan wordt het ook opgepakt door de divisie en door de directie.”*

De aanbevelingen uit het inspectierapport krijgen extra druk doordat deze door de inspectie worden gegeven. Na het bezoek worden sommige aanbevelingen die door de inhoudelijk deskundigen als zeer urgent worden gezien ook door de raad van bestuur op de agenda gezet, omdat de inspectie het belang ervan bevestigt. Ook kan het inspectierapport er aan bijdragen dat de medewerkers op de werkvloer het onderwerp infectiepreventie serieuzer nemen:

[Ziekenhuis 6, inhoudelijk deskundige]: *“Ja, maar goed, we worden niet altijd zo serieus genomen. [...] Het uitdragen naar de werkvloer... Ja. Dan krijgt het net wat meer body, als je dan zegt: de inspectie heeft gezegd dat...”*

3.4 Verouderde richtlijnen

De ziekenhuizen zijn door de inspecteurs beoordeeld aan de hand van een toetsingskader (zie bijlage B). Een deel van de richtlijnen uit dit toetsingskader is verouderd, zoals de desinfectantia-richtlijnen. De respondenten brachten vaak naar voren het niet nuttig te vinden dat er op verouderde richtlijnen

werd getoetst. Ziekenhuismedewerkers vinden het zorgwekkend dat het er niet naar uitziet dat de richtlijnen op korte termijn worden geüpdatet vanwege de opheffing van de WIP per 1 juni 2017 (WIP, 2017). Zo is de WIP Richtlijn Reiniging, desinfectie en sterilisatie voor het laatst in 2009 gereviseerd (WIP, 2009). Terwijl op de website van het RIVM staat vermeld dat het onduidelijk is of de inspectie de WIP-richtlijnen nog zal gebruiken (RIVM, 2018). Daar komt bij dat de richtlijnen zijn opgesteld door wetenschappelijke verenigingen waardoor ze niet altijd gedragen worden door de praktijk. Ook wordt genoemd dat enkele normen niet *evidence-based* zijn waardoor het niet gerechtvaardigd is om hierop te toetsen.

[Ziekenhuis 6, inhoudelijk deskundige]: *“...en we gaan intern bediscussiëren of die toetsingscriteria eigenlijk wel goed zijn. Ze zijn gebaseerd op een oude WIP-richtlijn die eigenlijk nooit meer vernieuwd is en die WIP-richtlijn is ook al lang verlopen.” [...] “Dan ontstaat eigenlijk een hele gênante situatie, dat de inspectie handhaaft en dan iets afdwingt wat in de praktijk helemaal niet haalbaar is.”*

Tijdens het bezoek zouden de geïnspecteerde ziekenhuizen graag geïnformeerd willen worden over de stand van zaken van de inhoudelijke discussie. Met name de inhoudelijk deskundigen zijn hierover in discussie gegaan met de inspecteurs. Aan de hand van het ‘*comply or explain*’-principe is afwijkend beleid van sommige ziekenhuizen gedoogd door de inspectie. Er bestaat echter een tweedeling tussen inspecteurs die zich, volgens sommige respondenten, star aan de verouderde richtlijn houden en inspecteurs die in deze discussie kijken naar de expertise die de ziekenhuizen in huis hebben. Het laatste bevestigt de kundigheid van de inspecteur, doordat deze de discussie met de inhoudelijk deskundigen aangaat en luistert naar de argumentatie van de deskundigen. Andere respondenten zijn er samen met de inspecteur niet uitgekomen en hebben het idee dat ze onterecht op hun vingers zijn getikt. De inhoudelijk deskundigen hebben het idee een stap terug te moeten doen in hun beleidsvoering om te kunnen voldoen aan de richtlijn. De inspectie is er om te handhaven, niet om voor te kauwen welk middel er gebruikt moet worden. In één van de gesprekken is genoemd dat de ziekenhuizen in de omgeving zich gedeisd houden om zich hier in te mengen, omdat ze bang zijn om slapende honden wakker te maken.

In verschillende gesprekken is genoemd dat bepaalde richtlijnen flexibiliteit van de inspectie vragen. De inspecteurs zouden rekening moeten houden met de context waarin een ziekenhuis (medewerker) zich bevindt. Zorgverleners en inhoudelijk deskundigen stellen dat bepaalde richtlijnen voor hun ziekenhuis niet van toepassing zouden moeten zijn. De mate waarin de richtlijnen toegepast kunnen worden is bijvoorbeeld afhankelijk van de capaciteit van hun ziekenhuis. Een voorbeeld hiervan is de richtlijn dat ieder ziekenhuis een internist-infectioloog in dienst moet hebben. Een respondent van een klein ziekenhuis acht dit als onmogelijk en vindt dit niet noodzakelijk vanwege hun capaciteit, zo blijkt bijvoorbeeld uit het volgende citaat:

[Ziekenhuis 2, ziekenhuismedewerker]: *“Het gevaar is dat het allemaal heel leuk door de professoren wordt bedacht, die richtlijnen, maar dat kleine ziekenhuizen...” [...] “En voor kleine ziekenhuizen wordt het steeds lastiger om aan al die regeltjes te voldoen.”*

Ook worden kanttekeningen geplaatst bij de geldigheid van de richtlijnen. Enerzijds wordt geconstateerd dat de richtlijnen worden opgesteld door een beperkte groep professionals, die niet altijd voldoende aandacht besteden aan het draagvlak voor de richtlijnen.

Door de meeste respondenten wordt als oplossing genoemd dat er een WIP 2.0 nodig is voor het bijwerken van de richtlijnen ter ondersteuning van een mogelijke vierde TIP ronde (TIP-4). De werkgroep moet dan bestaan uit een multidisciplinair team van in ieder geval een arts-microbioloog,

deskundige infectiepreventie, deskundige Medische Hulpmiddelen (DSMH) en tevens de inspecteurs zelf. Het is bij de ontwikkeling van de richtlijnen goed aansluiten op de praktijk, waar de richtlijnen uiteindelijk toegepast zullen worden:

[Ziekenhuis 7, raad van bestuur]: *“Maar stel even in het mooie geval dat er in het veld consensus is, dan nog is het heel erg van belang dat de inspectie van tevoren dat toetsingskader aangeeft van: hé, zo kijken wij er ook naar. Dan geef je het veld ook de gelegenheid om daar naartoe te bewegen en dat ook in een ziekenhuis zo met elkaar af te spreken van: nou, oké, hier staan wij achter, dit is onze visie, zo vinden we dat het moet gebeuren.”*

Het normenkader, dat van de richtlijnen wordt afgeleid, zou goed moeten worden afgestemd met degenen die de richtlijnen hebben ontwikkeld en de praktijk, vanwege interpretatieverschillen. Een vraag die daarbij is gesteld door een medewerker, is: ‘Is een norm een minimum- of een streefnorm?’. Om er van verzekerd te zijn dat de richtlijnen in de praktijk na te leven zijn, kan de inspectie eerst een aantal proefinspecties uitvoeren. Dit kan tevens helpen om het referentiekader helder te krijgen.

3.5 Het zero tolerance beleid

In deze derde TIP ronde gold een *zero tolerance* beleid op het kledinggedrag van de ziekenhuismedewerkers. Dit is een klein onderdeel van het toetsingskader, waar wel strenger op wordt gehandhaafd dan in eerder toezicht (TIP-1 en TIP-2) (IGZ, 2017a). De geïnspecteerde ziekenhuizen werden direct als onvoldoende beoordeeld op het onderdeel ‘werkkleding’ als er in ieder geval één medewerker zich niet hield aan de kledingvoorschriften, vastgelegd in de richtlijn ‘Persoonlijke hygiëne medewerker’ (WIP, 2014). Deze richtlijn schrijft onder andere voor dat de onderarmen van ziekenhuismedewerkers onbedekt zijn en dat er geen handsieraden worden gedragen. Uit de meeste gesprekken komt naar voren dat de medewerkers het niet eens zijn met het toepassen deze vorm van *zero tolerance* beleid. Het staat op gespannen voet met leren en verbeteren. Met name de ziekenhuizen die met het *zero tolerance* beleid worden geconfronteerd trekken het nut ervan in twijfel. Zij geven aan te allen tijde te streven naar goede zorg, waarin het infectiepreventie- en antibioticabeleid een belangrijk onderdeel is. Doordat de zorg uit vele gedetailleerde handelingen bestaat, is het volgens hen niet altijd mogelijk om in de praktijk 100% volgens de normen te handelen. Zorg is mensenwerk waar de mogelijkheid moet zijn om fouten te kunnen maken. Dit rijmt niet met het *zero tolerance* beleid waarin afwijken van de norm niet wordt getolereerd, zonder uitzondering of kijkende naar de context waar de ziekenhuismedewerker zich in bevindt. Door het hanteren van het beleid voelt het (net) niet behalen van de norm als een afstraffing, wat frustrerend en demotiverend is voor de respondenten. Het *zero tolerance* beleid is niet in verhouding met de rest van de normen die gehanteerd worden, waardoor de inspectie zichzelf ongeloofwaardig maakt, aldus sommige respondenten.

[Ziekenhuis 3, inhoudelijk deskundige]: *“Ik bedoel, je hebt ook met mensen te maken en er zit wrijving tussen de zero tolerance die je met zijn allen voorstaat en waar je absoluut ook wel achterstaat, waarbij je denkt, als mijn moeder hier komt om geholpen te worden wil ik ook dat er gewoon maximaal goede zorg wordt geleverd... Aan de andere kant hebben we wel te maken met mensen en weten we ook dat het gewoon zo is. Mensen maken fouten. Punt. En het is ook belangrijk dat je fouten mag maken en dat je daar met elkaar het gesprek over aangaat.”*

Anderen zien het *zero tolerance* beleid als een logische stap tijdens deze derde toezichtronde. Zij vinden dat ieder ziekenhuis hun kledinggedrag in orde moet hebben. Vanuit het doel om de patiëntveiligheid te garanderen is een compliance van 100% nodig.

[Ziekenhuis 2, inhoudelijk deskundige]: *“Ja. Het heeft ook wel degelijk geholpen hoor. Door dat zero tolerance beleid in te voeren, was het ook echt zo dat het ziekenhuis echt daadwerkelijk...: en nu is het klaar, en nu gaan we gewoon heel duidelijk beleid uitzetten en iedereen moet zich gewoon daaraan houden. Punt uit. Dat vind ik wel goed. Want dan ben je ook een keer van die discussie af. Het moet ook een keer klaar zijn. Het is algemeen bekend. Je gedraagt je gewoon volgens de hygiëncode, en anders vertrek je maar weer.”*

De respondenten zijn het er in ieder geval unaniem over eens dat de nadruk niet op het *zero tolerance* beleid moet liggen, omdat het afleidt van het doel.

3.6 Het inspectierapport als naslagwerk

De respondenten waarderen het inspectierapport als vastlegging van de resultaten en aanbevelingen van het inspectiebezoek. Het is een prettig en handig naslagwerk. Ook is het een extra bevestiging van de investeringen die alle ziekenhuismedewerkers hebben gedaan. Door de openbaarmaking is er voor de inhoudelijk deskundigen de mogelijkheid om te leren van de kennis en expertise van andere ziekenhuizen, hoewel het leereffect voor sommige ziekenhuizen tegenvalt. Het blijkt dat men vooral het eigen inspectierapport en dat van ziekenhuizen in de directe omgeving bekijkt. Uit de gesprekken met de raden van bestuur komt naar voren dat zij vooral hun eigen inspectierapport raadplegen. Ook zijn er respondenten die het inspectierapport überhaupt niet hebben ontvangen of gelezen.

[Ziekenhuis 4, inhoudelijk deskundige]: *“Je kunt zo aan de hand van de rapportages ook zien hoe goed je het doet ten opzichte van andere ziekenhuizen. Dat geeft je ook weer informatie.”*

[Ziekenhuis 5, raad van bestuur]: *“Wij checken natuurlijk ook weleens wat er dan in andere organisaties uit het rapport is gekomen, zo van: wat halen we hier dan nog uit? Daar leren we ook niet verschrikkelijk veel van. Dat vind ik op zich jammer, want dat hoop je dan hè, dat als ergens iets fout is gegaan, dat wij daarvan kunnen leren en er iets mee kunnen doen.”*

Het ziekenhuis krijgt een termijn van 3 of 6 maanden om verbeteringen door te voeren, afhankelijk van de aanbeveling. Het wordt door de meesten als een schappelijke termijn gezien, ook al kan het flink aanpoten zijn om alles op tijd te verbeteren.

3.7 Tekortkomingen inspectierapport

Sommige respondenten gaven aan dat het inspectierapport niet in lijn was met de mondelinge terugkoppeling van de resultaten. Het inspectierapport is de formele kant van het inspectiebezoek, en komt negatiever over dan de mondelinge terugkoppeling, alhoewel inhoudelijk alles goed vermeld is. De opmerkingen zijn in het inspectierapport op een neutralere en formelere manier geformuleerd. Dit is volgens een inhoudelijk deskundige niet te vermijden. Sommige respondenten, met name de ondervraagde zorgverleners, kwamen er pas na publicatie van het inspectierapport achter op welke aspecten zij onvoldoende beoordeeld zijn. Echter, de meeste aanbevelingen werden herkend.

[Ziekenhuis 6, inhoudelijk deskundige]: *“De mondelinge terugkoppeling leek milder dan uiteindelijk het definitieve rapport, waar wat meer opmerkingen... [...] Maar ik heb wel vaker*

meegemaakt dat het in de toonzetting allemaal heel mild lijkt en dat als ze het gaan rapporteren het allemaal wat harder en formeler en juridischer is.”

Tijdens het bezoek zijn vele onderwerpen in het kader van infectiepreventie- en antibioticabeleid ter sprake gekomen. Sommige respondenten hebben tijdens het bezoek interessante inzichten meegekregen van de inspecteur(s). De onderwerpen die buiten het toetsingskader om zijn besproken heeft de inspectie niet opgenomen in het inspectierapport. Respondenten zouden graag zien dat die informatie wel in het inspectierapport zou staan:

[Ziekenhuis 5, inhoudelijk deskundige]: “Wij hebben daar acties op uitgezet, maar in dat hele rapport wordt het niet meer gemeld [...] Aan de andere kant zeg ik van: het valt buiten de infectiepreventie, maar als je er zo duidelijk een mening over hebt en er zo’n duidelijke uitspraken over doet waar meerdere medewerkers bij aanwezig zijn, zet het er dan ook in.”

Met name de leden van raden van bestuur noemen dat het niet alleen gaat om het naleven van de richtlijnen, maar ook om de cultuur die er heerst in het ziekenhuis. Door deze aspecten, die buiten het toetsingskader vallen, te beschrijven in het inspectierapport kunnen ziekenhuizen meer van elkaar opsteken. Het inspectierapport kan bijvoorbeeld worden uitgebreid door een bijlage toe te voegen. Tijdens de mondelinge terugkoppeling horen de medewerkers graag ook de aspecten die het ziekenhuis al goed op orde heeft, naast de aanbevelingen.

3.8 Inbreuk reputatie openbaarmaking inspectierapport

Over de openbare publicatie van het inspectierapport zijn de meningen van de medewerkers verdeeld. De meeste respondenten vinden het logisch dat de inspectierapporten van de inspectie openbaar worden gepubliceerd, omdat het tegenwoordig als de normale gang van zaken wordt gezien. Voor ziekenhuizen die een inspectierapport met goede resultaten ontvangen is het bevorderend voor de reputatie van het ziekenhuis, aangezien het vaak in de media wordt verspreid en het burgers kan geruststellen. Sommige respondenten van ziekenhuizen die meerdere aanbevelingen hebben ontvangen, beoordeelden de openbaarmaking van het inspectierapport negatief. De medewerkers vrezen voor de reputatie van hun ziekenhuis doordat de pers in het verleden de resultaten zonder nuance heeft geïnterpreteerd en verspreid. Een inspectierapport met een negatief oordeel heeft een politiek effect, wat volgens respondenten door de inspectie onderschat wordt en een angstcultuur opwekt aldus sommige respondenten. Er wordt gevreesd dat dit ten koste zou kunnen gaan van het vertrouwen van de patiënt in de kwaliteit van zorg van het ziekenhuis. Hiernaast wordt echter genoemd dat patiënten aan de hand van het inspectierapport zelf kunnen lezen hoe ziekenhuizen het doen, wat hen kan beïnvloeden in het maken van de keuze voor een bepaald ziekenhuis.

[Ziekenhuis 6, raad van bestuur]: “Wat ik trouwens soms wel jammer vind is dat de pers en de uitstraling van dit soort bezoeken vaak weer wat op de vingertikkerig zijn, in de grote lijnen. Soms ook wel: ja, ziekenhuizen zijn dan niet veilig. Dat komt dan vaker in het nieuws dan het goede nieuws.”

De goed-beoordeelde onderdelen van het ziekenhuisbeleid die besproken zijn tijdens het bezoek zouden volgens de meeste respondenten meer benadrukt mogen worden in het inspectierapport. Het stimuleren van medewerkers is een betere manier om een organisatie in beweging te krijgen en hen te inspireren dan het aanwijzen van verbeterpunten. Momenteel zorgt het inspectierapport voor negatieve beeldvorming door de focus op de verbeterpunten die ziekenhuizen moeten doorvoeren. De leden van de raden van bestuur geven aan dat door additionele benadrukking van de positieve

resultaten de nuance tussen verschillende resultaten in het inspectierapport wordt vergroot. Op deze manier vrezen zij minder voor de verspreiding van de resultaten door de media. Hiernaast geven de inhoudelijk deskundigen en leden van raden van bestuur aan dat het inspectierapport uitgebreid mag worden met de aanbevelingen die buiten het toetsingskader om worden gedaan. De urgentie van deze onderwerpen wordt hierdoor benadrukt.

3.9 De suggesties van de ziekenhuismedewerkers samengevat

- De inspectie informeert de ziekenhuizen op een eenduidige manier over de stand van zaken van nationale discussies (e.g. verouderde WIP-richtlijnen).
- Bij het updaten van de richtlijnen draagvlak creëren bij de praktijk (systeem- vs. leefwereld).
- De inspecteurs houden rekening met de situatie waarin het ziekenhuis en de -medewerker zich in bevindt, tijdens het inspectiebezoek.
- De inspecteurs geven een directe terugkoppeling van de aanbevelingen en nodigen alle ondervraagde medewerkers uit tot deelname aan de (mondelijke) terugkoppeling van de aanbevelingen.
- Het inspectierapport benadrukt de positieve resultaten.
- Het inspectierapport bevat aanbevelingen die buiten het toetsingskader om zijn gegeven.

4 Reflectie op de strategie van de inspectie met TIP-3

In dit hoofdstuk gaan we in op de meer strategische aspecten achter TIP en geven we antwoord op de derde onderzoeksvraag:

Onderzoeksvraag 3: Hoe ervaren de ziekenhuismedewerkers deze vorm van toezicht?

De inspectie heeft met het TIP traject gekozen voor een actieve en aanjagende rol om zo het infectiepreventie- en antibioticabeleid hoger op de agenda van de ziekenhuizen te krijgen. Het doel van de inspectie was een veranderproces in te zetten bij ziekenhuizen door ter plekke de stand van zaken te observeren en hierover te communiceren. Dit doet zij vrij gedetailleerd, aan de hand van een toetsingskader gebaseerd op veldnormen.

Dit hoofdstuk is opgebouwd aan de hand van de thema's die tijdens de interviews ter sprake kwamen: de inspectie als 'stok achter de deur' om het infectiepreventie- en antibioticabeleid op orde te krijgen (4.2), het inspectiebezoek als aanvulling op andere toetsmomenten (4.3), de verantwoordelijkheid van de raad van bestuur (4.4), vanuit vertrouwen toezicht houden op de ziekenhuizen (4.5) en het stimuleren van het lerend vermogen van de ziekenhuizen (4.6).

4.1 De inspectie als 'stok achter de deur'

Voor respondenten geldt de inspectie als een kritische externe partij die belangrijk is voor de kwaliteit van de gezondheidszorg. De respondenten zien het belang van het werk van de inspectie op dit terrein, omdat het infectiepreventie- en antibioticabeleid in ieder ziekenhuis op orde moet zijn. Doordat de inspectie hiervoor pleit zien de inhoudelijk deskundigen hen als een medestander. Hiernaast heeft de inspectie de mogelijkheid om een ziekenhuis onder verscherpt toezicht te plaatsen. Dit is een risico wat een ziekenhuis kan lopen waardoor een van de inhoudelijk deskundigen aangeeft voorzichtig te zijn met het tegenspreken van de inspecteur.

De ziekenhuismedewerkers worden door het bezoek scherp gehouden om hun handelingen conform de richtlijnen uit te voeren.

[Ziekenhuis 4, inhoudelijk deskundige]: *"Het is prettig om af en toe zo'n stok achter de deur te hebben."*

Uit een van de gesprekken met inhoudelijk deskundigen blijkt dat de aandacht die er al is voor het thema meer gefocust wordt doordat het duidelijker is welke aspecten van belang zijn. Het is lastig om te voldoen aan de vele wetten, regels en veldnormen. De inspectie kan ziekenhuizen helpen om prioriteiten te stellen. Hierdoor kan het uiteindelijke doel, verbeteren van de kwaliteit van zorg, worden bereikt.

[Ziekenhuis 6, inhoudelijk deskundige]: *"Maar in het algemeen is het wel aardig dat je gewoon een buitenstaander hebt die gewoon kijkt naar jouw bedrijfsvoering. Die ziet ook beter waar je mankementen zitten dan jijzelf. Als je zelf continu in het proces zit, kijk je over dingen heen. Dus het is altijd goed als iemand van extern gewoon kritisch een keer naar je proces kijkt. Daar kun je ook van leren en je ziet ook waar de inspecteurs naar kijken."*

Anderzijds vinden sommige respondenten dat het op peil houden van het infectiepreventie- en antibioticabeleid idealiter uit de intrinsieke motivatie van de ziekenhuismedewerkers zou moeten komen, in plaats van voor de inspectie. Een dergelijk inspectiebezoek zou dan niet nodig zijn:

[Ziekenhuis 1, raad van bestuur]: *“Eigenlijk maakt het ons niet zozeer uit wat de inspectie vindt. Klinkt een beetje arrogant. Per jaar krijgen we diverse bezoeken van de inspectie. De ene is wat positiever dan de andere. Maar wij doen het hier niet voor de inspectie, we doen het hier gewoon voor goede patiëntenzorg. Voor de volgende patiënt, zeg ik altijd. Als er wat gebeurt, moet dat dan een les zijn. Het is niet dat wij dat hier doen voor de inspectie.”*

4.2 De verantwoordelijkheid bij de raad van bestuur

Uit de interviews komt een zekere spanning naar voren tussen de rol van de inspectie en de eigen verantwoordelijkheid van de instelling. Hoewel de medewerkers idealiter zelf alles op orde zouden willen hebben, wordt ook opgemerkt dat het goed is als de inspectie de vinger aan de pols houdt. Het toezicht helpt de medewerkers om scherp te blijven en kan worden gezien als een onderdeel van de kwaliteitscyclus in de ziekenhuizen. Onderwerpen, die volop in ontwikkeling zijn, zou de inspectie niet moeten loslaten. Wel vraagt een lid van de raad van bestuur zich af in welke mate het toezicht plaats moet vinden:

[Ziekenhuis 7, lid raad van bestuur]: *“Dus toezicht is echt nodig. Het houdt ons scherp. Wij kijken ook graag in de spiegel. Maar waar zit het evenwicht?”*

Vooraf de leden van de raden van bestuur benadrukken dat de verantwoordelijkheid van juiste beleidsvoering bij hen ligt, en niet bij de inspectie. Een deel van hen noemde dat de inspectie niet nodig is om druk te zetten op de implementatie van de richtlijnen. Zij zien de raad van bestuur als het aanspreekpunt voor de inspectie en zijn van mening dat zij zelf de verantwoordelijkheid hebben om toe te zien op de infectiepreventie.

[Ziekenhuis 5, raad van bestuur]: *“Ik heb jullie [de inspectie, TC] niet nodig om druk te zetten op het systeem. Ik ben zelf verantwoordelijk, met mijn managementteam, om dat te regelen.”*

Voor toekomstig toezicht wordt dan ook geopperd om het detailniveau waarop de bezoeken worden uitgevoerd te verleggen naar het systeemniveau van het ziekenhuis. Integraal, horizontaal toezicht als focus. Een inhoudelijk deskundige suggereert dat ziekenhuizen hun aandacht voor infectiepreventie- en antibioticabeleid kunnen vergroten door de integrale inspectierondes van het interne controle- en toezichtbeleid uit te breiden met een multidisciplinair inspectieteam. Volgens andere inhoudelijk deskundigen zou de raad van bestuur een eigen interne inspecteur moeten aannemen zodat zij eigenaar worden van eventuele problemen.

4.3 Het inspectiebezoek als aanvulling op andere toetsmomenten

Aangezien de inspectie de ziekenhuizen toetst aan de nationale norm, zien de meeste respondenten het als een aanvulling op andere toetsmomenten, zoals interne audits of het bezoek van het internationale Joint Commission International (JCI)-accreditatie. De aanbevelingen van de inspectie worden serieuzer genomen dan die van interne audits, volgens een zorgverlener:

[Ziekenhuis 1, ziekenhuismedewerker]: *“Die aanbevelingen neem je makkelijker mee, dan wanneer het een interne audit betreft. Dat bedoel ik niet vervelend, maar de interne audit op*

de weegschaal ten opzichte van inspectie, die ligt toch net even anders. Dus zo'n aanbeveling is makkelijker mee te nemen en om acties voor elkaar te krijgen."

Het verschilt echter per ziekenhuis of het bezoek als toegevoegde waarde wordt gezien bovenop de interne audits die regelmatig plaatsvinden. Een deel van de respondenten vindt het bezoek onmisbaar door de gedetailleerde en specialistische manier de inspecteurs te werk gaan:

[Ziekenhuis 1, ziekenhuismedewerker]: *"Kijk, een inspecteur is toch een specialist is voor de ziekenhuizen. Snap je? Dus die kijken toch wel weer op een ander vlak."*

Eén van de bestuurders vindt het echter niet nuttig om kort na het TIP-2, bezoek wat zij hadden gekregen, een derde inspectieronde uit te voeren. Door TIP-2 hebben vele verbeteringen plaatsgevonden. Deze bestuurder vraagt zich af of infectiepreventie nationaal gezien het grootste risico is. Ook hier komt de spanning naar voren tussen de mate van extern toezicht door de inspectie en de eigen verantwoordelijkheid van de ziekenhuizen. De meeste medewerkers willen dat de frequentie en intensiteit van de inspectiebezoeken en het werk dat het met zich mee brengt voor zover mogelijk wordt beperkt. Andere toetsingen gerelateerd aan infectiepreventie- en antibioticabeleid kunnen een bijdrage leveren aan het verlagen van de intensiteit van het inspectiebezoek. De inspectie kan bijvoorbeeld accreditaties zoals de JCI gebruiken kwaliteit van zorg te beoordelen. Anderzijds noemt een inhoudelijk deskundige dat de regeldruk zal verhogen als ziekenhuizen hun interne audits aan de inspectie moeten voorleggen door de administratielast die dit met zich mee zal brengen. De medewerkers schoonmaak noemen echter dat het inspectiebezoek juist wel vervangen kan worden door een interne audit, waarmee aangetoond kan worden dat alles in orde is zodat er op dit gebied niet geïnspecteerd hoeft te worden.

[Ziekenhuis 4, ziekenhuismedewerker]: *"Dat doen wij, maar er zou vertrouwen moeten zijn van die toezichthouder in dat je dat doet en dat je het goed doet en dat je daar verbetermaatregelen aan verbindt. Dan schiet je er iets mee op, niet als ik dat weer extern ga verantwoorden."*

Het meenemen van het infectiepreventie- en antibioticabeleid in het jaargesprek is een alternatief dat door meerdere respondenten is geopperd. De raad van bestuur kan tijdens het jaargesprek zelf aangeven welke aspecten van deze thema's het komende jaar aandacht nodig hebben. Hierdoor blijft de verantwoordelijkheid bij de bestuurders en wordt er gekeken of het beleid deugt in plaats van dat er op detailniveau geïnspecteerd wordt. Mogelijk kan de inspectie naar aanleiding van dit gesprek besluiten om de genoemde aspecten te inspecteren.

4.4 Toezicht vanuit vertrouwen

Sommige respondenten hebben het idee dat de inspectie de ziekenhuizen vanuit wantrouwen inspecteert, terwijl juist het vertrouwen, vanuit hun opinie, de basis zou moeten vormen van het toezicht. Het voelde voor hen alsof de inspecteurs er op uit waren om iemand te betrappen die niet handelt volgens de richtlijnen, terwijl de ziekenhuismedewerkers aangaven niets te verbergen hebben. De inspecteurs lijken door hun manier van doorvragen op zoek te zijn naar iets wat de medewerkers tijdens hun dagelijks handelen niet op orde hebben.

[Ziekenhuis 4, raad van bestuur]: *"Het wantrouwen druipt van de muur, zal ik maar zeggen. Het zit wel heel erg in het drinkwater. En wij moeten proberen dat... Dat moeten we gewoon niet doen. Vertrouwen is echt essentieel. Eigenlijk is ook de beweging veel meer in die richting. Ja."*

De inspectie zou er vanuit moeten gaan dat ziekenhuizen intrinsiek gemotiveerd zijn om optimale zorg te leveren en hun beleid op het gebied van infectiepreventie en antibiotica blijven verbeteren. Terwijl de inspectie dit in hun meerjarenbeleidsplan 2016-2019 genaamd 'gezond vertrouwen' juist onderschrijft en benadrukt dit te willen uitdragen (IGZ, 2016b). Andere respondenten hebben juist wel het idee dat de inspectie steeds meer vanuit dat vertrouwen wil handelen, maar begrijpen niet waarom de ziekenhuizen zich iedere keer weer opnieuw aan de inspecteurs moeten bewijzen:

[Ziekenhuis 7, raad van bestuur]: *“Ik voel me niet gewantrouwd door de inspectie, zeker niet, geenszins, maar wij zijn nog wel heel veel dingen aan het doen, waarbij je je kunt afvragen: waarom moeten we elke keer bewijzen dat we door dezelfde hoepel kunnen springen, dat hebben we nu toch wel laten zien?”*

Daarnaast ziet een lid van de raad van bestuur het ook als de taak van de geïnspecteerde medewerkers om zelf ook het vertrouwen te hebben in de inspectie:

[Ziekenhuis 4, raad van bestuur]: *“De beweging is wel veel meer dat er vanuit vertrouwen wordt bezocht, maar wij, zal ik maar zeggen, de instellingen die zich laten inspecteren, moeten ook volwassen zijn en het niet beschouwen als een inspectiebezoek met eigenlijk alleen maar negatieve emoties. Dat is aan onze kant belangrijk. Dus daar moeten we een eigen rol in spelen.”*

Eén van de genoemde mogelijkheden om het vertrouwen te vergroten is dat de inspectie pas zou moeten acteren, inspecteren of ingrijpen op het moment dat er een 'niet-pluisgevoel' is, of als er een incident of calamiteit plaatsvindt. Dus handelen aan de hand van een uitkomstmaat. Een andere manier is het aanleveren van een rapportage met de stand van zaken, opgesteld door het ziekenhuis zelf, dat voor de inspectie aanleiding zou kunnen zijn voor een (inspectie)bezoek aan het ziekenhuis. In dit rapport vermelden de ziekenhuizen de aspecten die zij zelf willen verbeteren. Op deze manier zou de inspectie het vertrouwen kunnen hebben dat de ziekenhuizen hun eigen verantwoordelijkheid nemen door naar eigen inziens te rapporteren over hun tekortkomingen. Tijdens het bezoek kan er getoetst worden of het ziekenhuis het vertrouwen nog steeds waard is. Dit helpt volgens een lid van de raad van bestuur de ook om de bureaucratie te verminderen:

[Ziekenhuis 7, raad van bestuur]: *“Het enige wat de inspectie komt doen is één keer per jaar of één keer per twee jaar toetsen of je dat vertrouwen nog steeds waard bent. Dat is wel een andere manier van vorm en inhoud geven aan gezond vertrouwen. Ik denk dat dat de bureaucratie enorm zou kunnen verminderen.”*

Door een lid van een raad van bestuur is genoemd dat aspecten die ziekenhuizen in ieder geval op orde hebben niet nuttig zijn om te inspecteren, zoals de kwaliteit van het drinkwater. De inspectie zou ook hier het vertrouwen moeten hebben dat het ziekenhuis deze en soortgelijke aspecten zelf op orde heeft.

4.5 Lerend vermogen stimuleren

De inspectie kan een grotere rol spelen in het stimuleren van het lerend vermogen van de ziekenhuizen. Sommige inhoudelijk deskundigen zouden willen dat het belang van zorgnetwerken door de inspectie wordt benadrukt. De inspectie kan ziekenhuizen met vergelijkbare aanbevelingen verbinden, zodat zij van elkaar kunnen leren. Hiernaast doen de inspecteurs veel ervaring op in de Nederlandse ziekenhuizen, die ze tijdens inspectiebezoeken kunnen delen om het betreffende

ziekenhuis ervan te laten leren. Uit het TIP-2 rapport van de inspectie komt naar voren dat actieve participatie van alle ziekenhuizen in de regionale zorgnetwerken van groot belang is om de circulatie van BRMO tegen te gaan (IGZ, 2016a). Zo kan er door verschillende zorginstellingen gewerkt worden aan het voorkomen van antibioticaresistentie en het bestrijden van verspreiding op regionaal niveau worden.

Verschillende ziekenhuismedewerkers noemen hun interesse in de algemene stand van zaken van het infectiepreventie- en antibioticabeleid in ziekenhuizen in Nederland. Na de reeks TIP-bezoeken op individueel ziekenhuis-niveau ontvangen zij graag de algemene stand van zaken van de Nederlandse ziekenhuizen op het gebied van infectiepreventie- en antibioticabeleid. Het is nu niet bekend dat de inspectie hierover een rapport zal publiceren. De individuele ziekenhuizen kunnen zich op deze manier meten aan het nationale niveau. De inhoudelijk deskundigen vinden het belangrijk dat ook de 'gewone' medewerker op de hoogte wordt gesteld. Dit alles helpt de ziekenhuismedewerkers de urgentie in te zien van de (te) ontvangen aanbevelingen.

4.6 De suggesties van de ziekenhuismedewerkers samengevat

- Het verlagen van de frequentie van de inspectiebezoeken, rekening houdend met overlappende bezoeken.
- De inspectie bezoekt ziekenhuizen vanuit vertrouwen en vertrouwt dat bepaalde basisaspecten op orde zijn.
- De inspectie acteert pas bij een 'niet-pluisgevoel', rekening houdend met resultaten van andere inspectiebezoeken bij de beoordeling.
- Ziekenhuizen stellen zelf rapportages op met de stand van zaken van hun infectiepreventie- en antibioticabeleid.
- De inspectie benadert de raden van bestuur als eindverantwoordelijke en eerste aanspreekpunt.
- Tijdens het jaargesprek bespreken de inspecteurs met de raad van bestuur wat voor het komende jaar van belang is op het gebied van infectiepreventie- en antibioticabeleid.
- De focus van het inspectiebezoek verschuift van detail- naar systeemniveau, volgens de *governance* benadering, mogelijk begeleid door een integraal inspectieteam.
- De inspectie benadrukt het belang van zorgnetwerken voor de ziekenhuizen.
- De inspectie communiceert duidelijk over de nationale stand van zaken betreffende infectiepreventie en antibioticaresistentie in ziekenhuizen, vanuit de inspectie.

5 Beschouwing: Herijking toekomstig TIP

De inspectie heeft met TIP als doel om verhoogde ziektelast en eventueel overlijden ten gevolge van infecties in ziekenhuizen te verminderen door de naleving van de richtlijnen te bevorderen, wat verspreiding van BRMO's in het ziekenhuis tegengaat (IGJ, 2017; IGZ, 2016a). In totaal heeft de inspectie vanaf 2013 drie toezichtrondes uitgevoerd waarbij infectiepreventie centraal stond. Vanaf de tweede ronde was er meer aandacht voor het *antibiotic stewardship*. Sinds 2013 is er in de ziekenhuizen veel verbeterd (IGZ, 2016a). De richtlijnen worden beter nageleefd; meer ziekenhuizen voldoen aan de algemene voorzorgsmaatregelen en de medewerkers houden zich beter aan de kledingvoorschriften. Dit is een positief effect van TIP. Ondanks deze positieve ontwikkelingen waren er ook na de tweede ronde nog steeds tekortkomingen op het gebied van infectiepreventie zoals het dragen van niet-steriele handschoenen, reiniging en desinfectie, en aspecten van bijzondere voorzorgsmaatregelen die betrekking hebben op de isolatie verpleging (IGZ, 2016a). Dit gaf aanleiding voor een derde TIP-ronde.

In het huidige onderzoek staan de ervaringen van ziekenhuismedewerkers met TIP centraal. Ziekenhuismedewerkers noemen verschillende positieve effecten van het inspectiebezoek. Het bezoek heeft ervoor gezorgd dat het infectiepreventie- en antibioticabeleid (hoger) op de agenda is gezet en het fungeert als steun in de rug om veranderingen door te voeren. De meeste ziekenhuismedewerkers geven aan dat het belangrijk is om een vorm van toezicht op infectiepreventie te continueren. Deze observatie sluit aan bij de eerdere constatering van de inspectie dat TIP een positief effect heeft op de infectiepreventie in ziekenhuizen. Wel geeft dit onderzoek inzicht in een aantal spanningsvelden die spelen vanuit het perspectief van de ziekenhuizen, die meegewogen zouden moeten worden bij de keuze over de inrichting van dit toezicht.

5.1 Uitvoering van het bezoek op orde

De respondenten zijn over het algemeen zeer te spreken over de manier waarop het bezoek door de inspecteurs is uitgevoerd. Uit hoofdstuk 3 komen enkele suggesties naar voren die zij belangrijk achten om mee te nemen in toekomstig toezicht, als het inspectiebezoek daarbij blijft bestaan. Voorbeelden zijn dat er vanuit de inspecteur meer in gesprek wordt gegaan met medewerkers over hun werkzaamheden gerelateerd aan het infectiepreventie- of antibioticabeleid. Door in gesprek te gaan en vragen te stellen aan de medewerkers komen de inspecteurs tot de kern en kunnen ze de meest belangrijke informatie achterhalen. Ook werd gesuggereerd om met een kleiner aantal inspecteurs te komen omdat dit soms als intimiderend werd ervaren. Hiernaast kan een gespreksleider er tijdens de groeps gesprekken met de medewerkers en inspecteurs voor zorgen dat iedere medewerker aan het woord komt. Tot slot hebben inhoudsdeskundigen gesuggereerd dat het onderwerp antibioticabeleid meer diepgang vraagt.

5.2 Beoordeling als belangrijk onderdeel

De beoordeling door de inspectie van de staat van het infectiepreventie- en antibioticabeleid is belangrijk voor ziekenhuizen. Ziekenhuizen hechten veel waarde aan het oordeel van de inspectie en het inspectierapport betekent veel voor een organisatie. Toch zijn er ook suggesties vanuit de ziekenhuizen om de beoordeling, en de vorm waarin deze gegoten is, te verbeteren waardoor deze ook meer effect kan hebben binnen een organisatie. Wat ook eerder in ander onderzoek naar toezicht door de inspectie wordt gevonden is dat er een discrepantie wordt ervaren tussen het mondelinge

evaluatiegesprek tussen ziekenhuismedewerkers en inspectie waarin een mildere conclusie gedeeld wordt en het zakelijk ingestoken inspectierapport (Grit et al., te verschijnen 2018; Stoopendaal & Bouwman, te verschijnen 2018). Tijdens het gesprek kunnen ook de positieve prestaties van het ziekenhuis worden besproken, en worden aspecten besproken die buiten het toetsingskader vallen. De respondenten zouden graag zien dat die informatie ook in het inspectierapport zou staan: met name de leden van raden van bestuur noemen dat het niet alleen gaat om het naleven van de richtlijnen, maar ook om de cultuur die er heerst in het ziekenhuis. Door ook aandacht te besteden aan dit soort zaken wordt een positieve leercultuur gestimuleerd en kunnen ziekenhuizen ook meer onderling leren.

Het toetsingskader

In de gesprekken komen verschillende kritische noten over het toetsingskader voor de infectiepreventie en het antibioticabeleid naar voren. De richtlijnen infectiepreventie zijn verouderd en het zicht op vernieuwing ontbreekt op dit moment. Dit heeft te maken met het opheffen van de Werkgroep Infectie Preventie. Daar wordt dan ook bij opgemerkt dat de richtlijnen niet altijd even goed aansluiten bij de praktijk en niet altijd breed worden gedragen. In een aantal gevallen wordt zelfs gesteld dat voor sommige situaties, of ziekenhuizen, niet alle richtlijnen relevant zijn.

De inspectie houdt, in principe, toezicht op het veld aan de hand van veldnormen. Dat betekent dat op het moment dat er geen veldnormen zijn, of op het moment dat deze ter discussie staan, het voor de inspectie onduidelijk is op grond waarvan het toezicht vorm moet worden gegeven. Hierdoor zou, theoretisch, de ongewenste situatie kunnen ontstaan dat bij gebrek aan eenduidige veldnormen de inspectie haar taken niet kan uitvoeren, terwijl er vanuit een maatschappelijk perspectief sprake is van een relevant risico, waarbij het toezicht zou moeten optreden.

Eén van de suggesties uit het veld is dat er toch weer een werkgroep wordt samengesteld voor het bijwerken van de richtlijnen ter ondersteuning van het toezicht. Die werkgroep zou dan breed moeten worden samengesteld, en goed aansluiten op de praktijk. Heldere normen zijn niet alleen nodig voor het toezicht door de inspectie, maar zijn ook primair van belang binnen de ziekenhuizen, om het infectiepreventiebeleid goed vorm te kunnen geven. Onduidelijk is of hiermee alle discussies over het normenkader opgelost zullen zijn.

Een ander punt betreft het toezicht op de Antibiotica-teams. Vanuit de ziekenhuizen wordt opgemerkt dat het toezicht zich te weinig richt op de inhoud en zich beperkt een aantal 'vink-vragen', waaronder de vraag naar de aanwezigheid van een A-team. Er is vanuit het veld behoefte aan een inhoudelijker manier van toezichthouden op dit thema.

5.3 De spanning tussen eigen verantwoordelijkheid en controle door de inspectie

Uit de interviews komt een zekere spanning naar voren tussen de gestructureerde en controlerende aanpak van de inspectie bij TIP en de eigen verantwoordelijkheid van de instelling. Raden van bestuur stellen dat de verantwoordelijkheid voor de infectiepreventie primair bij hen ligt. De inspectie zou er volgens hen vanuit moeten gaan dat ziekenhuizen intrinsiek gemotiveerd zijn om optimale zorg te leveren en hun beleid op het gebied van infectiepreventie en antibiotica te blijven verbeteren en hierin hun manier van toezicht ook van uit moeten gaan. Op deze manier zou de inspectie bijdragen aan een cultuur waar de eigen verantwoordelijkheid van het ziekenhuis om alles op orde te hebben gestimuleerd wordt. Op zich sluit deze visie goed aan bij het feit dat de verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid in het Nederlandse stelsel inderdaad zijn neergelegd bij zorgaanbieders. Ook

sluit deze visie aan bij de uitgangspunten uit het meerjarenbeleidsplan 2016-2019 van de inspectie: “Een gezond vertrouwen in de Nederlandse zorg” (IGZ, 2016b).

In de gesprekken zijn suggesties gedaan voor benaderingen door de inspectie waarin de hier geconstateerde spanning wellicht kan worden teruggebracht.

Alternatieve strategie voor de inspectie: Meer verantwoordelijkheid bij de zorgaanbieder

Een strategie die aansluit op deze spanning is een verschuiving van een verticale benadering, waar de inspectie de verantwoordelijkheid neemt, richting een meer horizontale benadering, waar de verantwoordelijkheid grotendeels bij de zorgaanbieder wordt gelegd en de inspectie minder in de voetsporen te treden van het bestuur. Op deze manier ligt de nadruk meer op ‘horizontaal toezicht’ of zelfregulering dan dat er sprake is van verticaal toezicht. Doordat er meer zal worden vertrouwd op de intrinsieke motivatie van de zorginstellingen zelf om het infectiepreventie- en antibioticabeleid op peil te houden, zou het publieke toezicht beperkt kunnen worden. Daarbij kan er meer worden gekeken naar of een zorgaanbieder op het gebied van infectiepreventie ‘in control’ is, en de processen zo zijn ingericht dat kwaliteit systematisch geborgd wordt. Zo werd de suggestie gedaan om ziekenhuizen meer verantwoordelijkheid te geven door de interne audits uit te breiden en op grond hiervan verbeterplannen op te stellen. Die verbeterplannen kunnen dan aan de inspectie worden aangeboden, die zich vervolgens een oordeel vormt over de kwaliteit van de audits, de verbeterplannen en de uitvoering hiervan. De inspectie zal dan vooral toezicht houden op het lerend vermogen van ziekenhuizen. Daarbij kan dan afhankelijk van de prestaties van het ziekenhuis meer maatwerk worden geboden: bij ziekenhuizen die goed presteren kan de inspectie zich verder terugtrekken.

Hier ligt een parallel met een andere toezichtstrategie van de inspectie: die van het calamiteitentoezicht. Bij deze vorm van toezicht is de inspectie er toe over gegaan ziekenhuizen zelf calamiteiten te laten onderzoeken. De inspectie beoordeelt de kwaliteit van dit onderzoek. In een evaluatie van deze vorm van toezicht, die in 2018 uitkomt, wordt geconstateerd dat de aandacht van de inspectie zich inmiddels zou kunnen verleggen van de kwaliteit van het onderzoek, naar de implementatie van de geleerde lessen. Wellicht dat dit voorbeeld bruikbaar is als inspiratiebron voor de vernieuwde invulling van TIP.

Uit de gesprekken kwamen daarnaast de volgende meer praktische suggesties naar voren die passen in deze alternatieve strategie: Toezicht houden op proces- en uitkomstindicatoren zoals scholing van medewerkers op het onderwerp en aantallen postoperatieve wondinfecties, infectiepreventie opnemen in het jaargesprek tussen raad van bestuur en inspectie, en het rekening houden met andere kwaliteitssystemen waaraan het ziekenhuis al voldoet zoals de internationale JCI accreditering.

Tijdens zijn oratie suggereerde prof.dr. Leistikow dat inspecteurs vaker een inspectiebezoek zouden kunnen afronden met een rapportage van hun bevindingen, zonder beoordeling (Leistikow, 2018), daarbij refererend aan ervaringen in de ouderenzorg (Verkaik e.a., 2016). Deze rapportage wordt vervolgens aangeboden aan het betreffende zorgaanbieder en hen wordt om een reactie gevraagd. In een gesprek, enkele weken na aanbidding van de rapportage, worden de verbeterplannen gedeeld en besproken. Wellicht is deze benadering ook bruikbaar voor het toezicht op de infectiepreventie. Het is een vorm van toezicht waarmee de inspectie wel het onderwerp infectiepreventie hoog op de agenda kan houden, en tegelijk meer verantwoordelijkheid legt bij het ziekenhuis.

Een andere mogelijkheid die deze twee wensen combineert is om het visitatie-instrument in te zetten. Dat betekent dat collega’s uit het ene ziekenhuis een ander ziekenhuis ‘visiteren’.

Visitatierapportages kunnen ter hand wordt gesteld aan inspectie die zich ook laat informeren over de verbeterplannen en de uitvoering hiervan. Als een ziekenhuis geen visitatierapport kan overleggen, kan de inspectie alsnog besluiten tot het zelf uitvoeren van het toezicht. Een dergelijke benadering benadrukt de eigen verantwoordelijkheid en het belang van onderling leren. Beide suggesties hebben gemeen dat hiermee het ziekenhuis meer wordt aangesproken op de eigen verantwoordelijkheid en dat de inspectie toch de vinger aan de pols kan houden.

Het onderzoek van Stoopendaal en de Bree et al. (2014) bevestigt dat een benadering die meer gericht is op *governance* er voor zal zorgen dat de verantwoordelijkheid bij de zorginstellingen zelf zal komen te liggen, zie ook hoofdstuk 4.4 (Stoopendaal & de Bree, 2014)

5.4 Slotbeschouwing

De gestructureerde en gestandaardiseerde aanpak van de inspectie voor het toezicht op infectiepreventie heeft bijgedragen aan positieve ontwikkelingen in de ziekenhuizen; het onderwerp is onder de aandacht gebracht en ziekenhuizen hebben energie gestoken in het verbeteren van infectiepreventie. Tegelijkertijd heeft een dergelijke aanpak, vanuit het perspectief van de betrokken ziekenhuizen, ook beperkingen en neveneffecten.

Een gestandaardiseerde aanpak kan een formaliteit worden voor ziekenhuizen, waarbij het toezicht zijn werking en betekenis verliest. Zo kan het zijn dat het voldoen aan de eisen van de inspectie een invuloefening wordt voor zorgaanbieders om de inspectie 'op afstand te houden'. Het aan de eisen voldoen is dan het eindpunt, het onderwerp is 'afgedaan' voor deze periode. Het toezicht verliest dan zijn positieve effect en betekenis om de aandacht en focus te houden op het continu verbeteren van kwaliteit van zorg, het leren, het scherp blijven en 'in control' zijn.

Dit betekent dat er alle reden is om de huidige aanpak te heroverwegen, waarbij de gesignaleerde voordelen (de inspectie draagt er aan bij dat het onderwerp infectiepreventie hoog op de agenda staat) worden behouden en een vorm wordt gekozen die deze ritualisering tegen gaat en tegemoet komt aan de wens binnen ziekenhuizen om beter de eigen verantwoordelijkheid te kunnen nemen.

Dit onderzoek is uitgevoerd op verzoek van de inspectie om inzicht te krijgen in de ervaringen van ziekenhuizen met deze vorm van toezicht op de infectiepreventie en het antibioticabeleid. In dezelfde periode waarin dit onderzoek is uitgevoerd heeft de inspectie zelf onderzoek gedaan naar de effecten van hun vorm van toezicht. Deze twee onderzoeken, elk met hun eigen invalshoek, vormen de basis voor een heroriëntatie door de inspectie op de manier waarop zij haar toezicht in de toekomst vorm zal geven.

6 Literatuur

- Gezondheidsraad. (2015). *Antibiotica in ziekenhuizen: profylaxe en antibiotic stewardship*. Den Haag: De Gezondheidsraad.
- Grit, K., Bomhoff, M., Friele, R., & Bal, R. (2016). *Toezicht in onzekere situaties*. Rotterdam: Marketing & Communicatie iBMG.
- Grit, K., de Kam, D., Bouwman, R., Harmsen, M., Friele, R., & Bal, R. (te verschijnen 2018). *Kennissynthese calamiteitentoezicht*. Rotterdam: ESHPM, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Hulsbosch, S., Bilkert, M., Westerhof, P., van Marle, H., & Langelaar, M. (2014). Toezicht op infectiepreventie in ziekenhuis en verpleeghuis. *Infectieziekten Bulletin*, 25(2), p. 42-44.
- IGJ. (2017). Infectiepreventie in ziekenhuizen. Geraadpleegd van <https://www.igj.nl/zorgsectoren/ziekenhuizen-en-klinieken/infectiepreventie>
- IGJ. (2018). De toekomst van het toezicht op infectiepreventie in ziekenhuizen. Geraadpleegd van <https://abonneren.rijksoverheid.nl/nieuwsbrieven/archief/artikel/919/1ce262d2-6b26-497e-ae19-d7c3f6338187/f92f11a6-7544-4f88-bf78-b4293d72f41d>
- IGZ. (2013). *Keten van infectiepreventie in ziekenhuizen breekbaar: meerdere zwakke schakels leiden tot onveilige zorg*. Utrecht: IGZ.
- IGZ. (2016a). *Infectiepreventie in ziekenhuizen kan echt nog beter*. Utrecht: IGZ.
- IGZ. (2016b). *Meerjarenbeleidsplan 2016-2019*. Utrecht: IGZ.
- IGZ. (2017). *Toetsingskader Toezicht Infectiepreventie (TIP 3)*. Den Haag: IGZ.
- Leistikow, I. (2018). *The proof of the pudding*. Rotterdam: Marketing & Communicatie ESHPM.
- MacDougall, C., & Polk, E. (2005). Antimicrobial Stewardship Programs in Health Care Systems. *Clinical Microbiology Reviews*, 18(4), 638-656.
- Paauw, S. (2016). Werkgroep Infectie Preventie heft zichzelf op. Geraadpleegd van <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/werkgroep-infectie-preventie-heft-zichzelf-op-.htm>
- RIVM. (2018). Informatie over WIP-Richtlijnen. Geraadpleegd van https://www.rivm.nl/Onderwerpen/W/Werkgroep_Infectie_Preventie_WIP/Informatie_over_WIP_Richtlijnen
- Skipr. (2017). Werkgroep Infectie Preventie staakt activiteiten. Geraadpleegd van <https://www.skipr.nl/actueel/id29184-werkgroep-infectie-preventie-staakt-activiteiten.html>
- Stoopendaal, A., & Bouwman, R. (te verschijnen 2018). *Ruimte voor Vertrouwen. De Dynamiek van vertrouwen in het toezicht op zorg*. Rotterdam: ESHPM, Erasmus Universiteit Rotterdam.

Stoopendaal, A., & de Bree, M. (2014). *Evaluatieonderzoek systeemtoezicht op kwaliteit en veiligheid in de zorg*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

SWAB. (2012). *De kwaliteit van het antibioticabeleid in Nederland. Advies aangaande het restrictief gebruik van antibiotica en het invoeren van Antibioticateams in de Nederlandse ziekenhuizen en in de Eerste lijn*.

Verkaik, R., Friele, R., Francke, A. (2016) *Het toezichtinstrument Onbegrepen Gedrag nader onderzocht: ervaringen en nalevingbereidheid binnen de psychogeriatric*. Utrecht; NIVEL.

WIP. (2009). *Reiniging en desinfectie van ruimten, meubilair en voorwerpen*. Leiden: Leids Universitair Medisch Centrum.

WIP. (2014). *Algemene voorzorgsmaatregelen Persoonlijke hygiëne medewerker*. Leiden: Leids Universitair Medisch Centrum.

WIP. (2017). RIVM beantwoordt tijdelijk vragen over WIP-richtlijnen. Geraadpleegd van https://www.rivm.nl/Onderwerpen/W/Werkgroep_Infectie_Preventie_WIP

Bijlage A Topic lijst interview

Introductie: Toelichting onderzoek (vooral: i.o. van IGJ, maar onafhankelijk), uitleg interview (audio-opname, vertrouwelijkheid, anonimiteit etc.)

Akkoord vragen opname: Wilt u nogmaals voor de opname akkoord geven en uzelf willen voorstellen met naam en functie?

Openingsvraag: Hoe heb je het inspectiebezoek ervaren?

Inhoudelijke vragen (inspectiebezoek)

- Invloed van het inspectiebezoek
- Nut van het inspectiebezoek voor het ziekenhuis
- Verwachtingen van het inspectiebezoek
- Wijze van uitvoering inspectiebezoek
- Vragen die de inspecteurs stellen (formulering)
- Aanvullingen op inspectiebezoek

Attitude-vragen (inspectiebezoek)

- Ervaring inspectiebezoek (waar is men nou precies bang voor?)
- Leerpunten voor inspecteurs (manier van aanpak, benadering)
- Voorbereiding door de geïnterviewde
- Aankondiging inspectiebezoek, ervaring

Inhoudelijke vragen (rapport)

- Waarneming rapport (resultaten)
- Inhoud rapport, mening
- Nut van het rapport (mate, belang voor het ziekenhuis, invloed)
- Verwachtingen inhoud rapport
- Publicatie rapport
- Aanvullingen op (de publicatie) van het rapport

Toekomstvragen, gericht op toekomstig inzicht

- Belang bij toekomstig inspectiebezoek door de inspectie
- Mogelijkheden voor andere onderwerpen of andere manieren van inspectie
- De voorkeur van de geïnterviewde omtrent manier van toezicht

Bijlage B Toetsingskader



Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Toetsingskader Toezicht Infectiepreventie (TIP 3)

Dit toetsingskader is een kader voor het toezicht houden op de organisatie en uitvoering van de infectiepreventiemaatregelen in de ziekenhuizen. Dit toetsingskader is gefocust op de basis hygiënemaatregelen en de extra maatregelen die moeten worden getroffen in het kader van de bestrijding van bijzonder resistente micro-organismen (BRMO)(inclusief MRSA). Ook wordt er beoordeeld in hoeverre de implementatie van het Antibiotic Stewardship is gevorderd.

Daarnaast wordt er gekeken of er sprake is van verankering van verantwoordelijkheden bij de verschillende functionarissen die betrokken zijn bij de infectiepreventie en het Antibiotic Stewardship. Hierbij wordt ook expliciet de verantwoordelijkheid van het bestuur betrokken.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) sluit met dit toetsingskader aan op de vigerende richtlijnen in het veld.

Het toetsingskader is opgebouwd uit de volgende thema's:

- Algemene voorzorgsmaatregelen
- Schoonmaak, reiniging en desinfectie
- Bijzondere voorzorgsmaatregelen / Isolatiemaatregelen
- Uitvoering MRSA/BRMO risico-inventarisatie en maatregelen
- Antibioticagebruik en Antibiotic Stewardship
- Kwaliteit, borging en protocolering

Per thema is een aantal normen beschreven. Per norm zijn toetsingscriteria ontwikkeld. De onderbouwing vanuit de wetgeving, de veld- en beroepsnormen en aanvullende bronnen staan per thema aangegeven. Het toetsingskader geeft aan welke normen de inspectie toetst. Aan de hand van dit toetsingskader is een toezichtinstrument ontwikkeld.

In het toetsingsinstrument worden de volgende richtlijnen bij de verschillende thema's als normkader genomen:

Thema Algemene voorzorgsmaatregelen
<ul style="list-style-type: none">• WIP Richtlijn Handhygiëne medewerkers ¹• WIP Richtlijn Persoonlijke hygiëne medewerkers ¹• WIP Richtlijn Persoonlijke beschermingsmiddelen ¹
Thema Schoonmaak reiniging en desinfectie
<ul style="list-style-type: none">• WIP Richtlijn Reiniging, desinfectie, sterilisatie ¹• WIP Richtlijn Reiniging en desinfectie van ruimten meubilair en voorwerpen ¹• Wetgeving zoals ook beschreven in (concept)richtlijn Reiniging, desinfectie en sterilisatie van medische hulpmiddelen voor hergebruik ¹• WIP Richtlijn pospoelers en vermaalsystemen ¹• Toetingskader biociden van het College voor de toelating van gewasbeschermingsmiddelen en biociden²
Thema Extra maatregelen/Isolatiemaatregelen
<ul style="list-style-type: none">• WIP Bouw en inrichtingseisen isolatiekamers¹• WIP Richtlijn strikte isolatie¹• WIP Richtlijn aerogene isolatie¹
Thema Uitvoering MRSA/BRMO risico inventarisatie en maatregelen
<ul style="list-style-type: none">• WIP Richtlijn MRSA¹• WIP Richtlijn BRMO¹

Thema Antibioticagebruik
<ul style="list-style-type: none"> • Stichting Werkgroep Antibioticabeleid (SWAB), richtlijn Antimicrobial Stewardship³
Thema Kwaliteit/protocolering
<ul style="list-style-type: none"> • Wet kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg (Wkkgz)⁴ • Kwaliteitsrichtlijn voor infectiepreventie in ziekenhuizen⁵ • Beroepsprofiel deskundige infectiepreventie⁶ • Beroepsprofiel arts microbioloog⁷ • IGZ kader goed bestuur 2016⁸

Verwijzingen :

1. Actuele Richtlijnen Werkgroep Infectiepreventie

http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Professioneel_Praktisch/Richtlijnen/Infectieziekten/WIP_Richtlijnen/Actuele_WIP_Richtlijnen/Ziekenhuizen

2. College voor de toelating van gewasbeschermingsmiddelen en biociden. <http://www.ctgb.nl/>

3. SWAB <http://www.swab.nl/richtlijnen>

4. <http://wetten.overheid.nl/BWBR0037173/2016-08-01>

5. <http://www.nvmm.nl/richtlijnen/kriz-kwaliteitsrichtlijn-voor-infectiepreventie-ziekenhuizen>

6. https://www.vhig.nl/index.php?option=com_content&view=article&id=187&Itemid=502

7. http://www.nvmm.nl/system/files/webfm/concilium/Beroepsprofiel%20arts-microbioloog_2008.pdf

8. <https://www.igz.nl/actueel/nieuws/toezicht-igz-en-nza-op-goed-bestuur.aspx>