



Inspectie voor de Gezondheidszorg
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Klebsiella-uitbraak in Maasstad Ziekenhuis vermijdbaar

Tussenrapportage

Utrecht, oktober 2011

Inhoud

Voorwoord — 5

Samenvatting — 7

1 Inleiding — 9

- 1.1 Aanleiding en belang — 9
- 1.2 Werkwijze inspectie — 9

2 Conclusies — 13

- 2.1 De omvang van de Klebsiella-uitbraak was vermijdbaar geweest — 13
- 2.2 Maatregelen bleven uit door gebrek aan urgentiebesef en een falende aansturing — 13
- 2.3 Infectiepreventie inmiddels op orde — 14

3 Aanpak van de uitbraak en toezicht hierop per periode — 15

- 3.1 Van start uitbraak tot melding bij de inspectie: najaar 2009 – 31 mei 2011 — 15
 - 3.1.1 Bekendheid met de uitbraak — 15
 - 3.1.2 Maatregelen om verdere verspreiding te voorkomen — 15
 - 3.1.3 Bestuurlijke en organisatorische situatie — 16
- 3.2 Van melding aan de inspectie tot instellen verscherpt toezicht op 20 juli 2011 — 16
 - 3.2.1 Melding aan de inspectie — 16
 - 3.2.2 Bestuurlijke situatie — 17
 - 3.2.3 Aanpak van de uitbraak — 17
 - 3.2.4 Communicatie met andere zorgaanbieders en patiënten — 19
 - 3.2.5 Media-aandacht en Kamervragen — 19
- 3.3 Verscherpt toezicht van 20 juli tot 20 september 2011 — 19
 - 3.3.1 Instellen verscherpt toezicht op 20 juli — 19
 - 3.3.2 Bestuurlijke situatie — 20
 - 3.3.3 Waarheidsvinding: oorzaken en gevolgen van de uitbraak — 20
 - 3.3.4 Aanpak van de uitbraak en preventiemaatregelen — 21
 - 3.3.5 Communicatie met externen, patiënten en nabestaanden — 22
- 3.4 Opheffen verscherpt toezicht op 20 september 2011 — 22

Voorwoord

De burger in Nederland moet kunnen vertrouwen op verantwoorde zorg, zo is het motto van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de leidraad van ons handelen. Dit motto moet ook gelden voor de werkers in het veld en voor de bestuurders van de zorginstellingen. De bestuurders hebben dit vastgelegd in de Governancecode. Soms echter gaat het mis en wel zo ernstig en omvangrijk dat het vertrouwen van de bevolking wordt beschaamd. De uitbraak van de Klebsiellabacterie in het Maasstad Ziekenhuis in Rotterdam, de wijze waarop deze lijkt te zijn ontstaan en hoe daarop is gereageerd door alle partijen in het ziekenhuis is zo'n situatie. Veel mensen uit de omgeving van het ziekenhuis waren in deze periode zó angstig dat ze ervoor kozen zich in een ander ziekenhuis te laten behandelen. Omdat het ziekenhuis de uitbraak zo laat ontdekte en ging behandelen, moesten uiteindelijk 4.340 patiënten onderzocht worden op een mogelijke besmetting. Dit omdat zij de kamer hadden gedeeld met een geïnfecteerde patiënt. In de weken na het bekend worden van de Klebsiella-uitbraak heeft het ziekenhuis deze patiënten onderzocht op dragerschap van de Klebsiella. In totaal is de Klebsiella bij 115 patiënten aangetoond.

De inspectie wil mensen die aangewezen zijn of zijn geweest op de zorg in het Maasstad Ziekenhuis zo snel mogelijk informeren over wat het ziekenhuis heeft gedaan om de uitbraak tot staan te brengen en hoe veilig de situatie voor de patiënt inmiddels is. Daarom wijkt de inspectie af van het gangbare patroon, namelijk rapporteren aan het eind van het onderzoek, door nu tussentijds een rapport uit te brengen over de patiëntveiligheid in het Maasstad Ziekenhuis.

In het rapport wordt duidelijk dat het bedwingen van de uitbraak onnodig lang duurde, wat voornamelijk werd veroorzaakt doordat bestuurders en professionals hun verantwoordelijkheid niet namen. Maatregelen bleven ook nadat de volle omvang van de uitbraak duidelijk was uit door gebrek aan urgentiebesef en falende aansturing. Gelukkig kon eind augustus worden vastgesteld dat er sinds eind juli geen onverklaarbare besmettingen meer waren en de uitbraak was bedwongen. Alle partijen en individuen betrokken bij de zorg in het Maasstad Ziekenhuis weten inmiddels weer precies hoe te handelen op het gebied van infectiepreventie om de veiligheid van de patiënten te waarborgen. Het ziekenhuis zal zich enorm moeten inspannen om het vertrouwen van de patiënten te herwinnen. De inspectie zal in de komende maanden nauw blijven toezien op de kwaliteit van de zorg van het ziekenhuis en de borging daarvan.

De inspectie brengt begin 2012 haar tweede, en tevens eindrapport uit over de Klebsiella-uitbraak in het Maasstad Ziekenhuis. Dit rapport zal ingaan op de vraag of er in het ziekenhuis naast vermijdbaar ook verwijtbaar is gehandeld vanaf de eerste besmette patiënt met de Klebsiella Oxa-48 tot het moment dat de uitbraak onder controle was.

Tot slot spreek ik de verwachting uit dat alle ziekenhuizen lering trekken uit dit rapport.

Prof. dr. G. van der Wal,
Inspecteur-generaal voor de Gezondheidszorg

Samenvatting

Op het moment dat het Maasstad Ziekenhuis op 31 mei 2011 melding deed van de Klebsiella-uitbraak was deze uitbraak reeds geruime tijd gaande. Een omvangrijk aantal patiënten raakte, doordat een tijdige aanpak uitbleef, besmet of geïnfecteerd. Sommige patiënten overleden en dit mogelijk als gevolg van de infectie met de multiresistente Klebsiellabacterie. Vanaf de melding over de uitbraak was er dagelijks contact tussen de inspectie, het ziekenhuis en het RIVM om de bestrijding van de epidemie nauwgezet te volgen. De inspectie was niet gerust op de voortgang van de aanpak door een gebrek aan informatie vanuit het ziekenhuis. Op 22 juni uitte ook het RIVM haar zorgen bij de inspectie over de voortgang van de bestrijding. De inspectie bezocht het ziekenhuis en constateerde dat het outbreak-team dat moest zorgen voor het tot staan brengen van de uitbraak gebrekkig werd aangestuurd. Ook waren er zorgen over de communicatie en samenwerking tussen de afdelingen medische microbiologie en infectiepreventie. Het aantal patiënten dat besmet of geïnfecteerd was bleef onduidelijk. De inspectie bleef verstoken van tijdige en volledige informatie. Dringende aanbevelingen aan het ziekenhuis om de aanpak van de uitbraak te verbeteren volgden. Het ziekenhuis nam de aanbevelingen van de inspectie volledig over en haalde externe deskundigheid van onder meer het UMCU in huis ter ondersteuning. Door de betrokkenheid van het UMCU kwam het contactonderzoek naar mogelijk besmette patiënten van de grond en informeerde het ziekenhuis de inspectie met regelmaat over de voortgang daarvan.

Parallel aan het contact over het bedwingen van de uitbraak, startte de inspectie op 12 juli 2011 haar onderzoek naar het ontstaan van de uitbraak. Zij keek daarbij naar het vastgestelde en gevoerde infectiepreventie- en antibioticabeleid in het ziekenhuis. Vrijwel direct werd vastgesteld dat er weliswaar beleid was, maar dat de basale uitvoering van de algemene voorzorgsmaatregelen voor infectiepreventie nog altijd niet overall werden nageleefd door medewerkers op de afdelingen. De inspectie nam op dat moment verscherpt toezicht in overweging omdat ze zich ernstig zorgen maakte. Omdat het ziekenhuis echter de hulp had ingeroepen van externe deskundigen van het RIVM en UMCU, partijen waarin de inspectie vertrouwen heeft, kreeg het ziekenhuis nog twee weken de tijd om hun infectiepreventie- en antibioticabeleid op orde te brengen.

Nadat op 20 juli 2011 berichten in de pers verschenen over een besmetting van vier patiënten en het ziekenhuis hierover geen duidelijkheid kon verschaffen, had de inspectie niet langer vertrouwen dat de uitbraak op een adequate wijze zou worden aangepakt en ingedamd. De inspectie stelde het ziekenhuis per direct onder verscherpt toezicht.

Uiteindelijk werden door het ziekenhuis adequate maatregelen getroffen en werd de uitbraak tot staan gebracht.

De inspectie heeft bij haar bezoeken in augustus en september 2011 in het ziekenhuis een situatie aangetroffen waarbij, in tegenstelling tot voorheen, de kennis en het naleven van de infectiepreventie weer op orde bleek te zijn. Er was op het gebied van infectiepreventie een veilige situatie voor patiënten bereikt. Door voldoende vertrouwen in de aanpak van het huidige bestuur is het verscherpt toezicht op 20 september opgeheven. Wel houdt de inspectie intensief de vinger aan de pols om te controleren of de maatregelen leiden tot een structurele verbetering en een goede borging van de infectiepreventie in het licht van de patiëntveiligheid.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding en belang

Op 31 mei 2011 berichtte het NOS-journaal dat het Maasstad Ziekenhuis zou falen bij de aanpak van een bacterie-uitbraak. Op dezelfde dag meldde het bestuur van het ziekenhuis bij de inspectie dat inderdaad patiënten besmet waren met een multiresistente Klebsiellabacterie (verder: Klebsiella). Hoewel uitbraken van multiresistente bacteriën in Nederlandse ziekenhuizen met enige regelmaat voorkomen, was een uitbraak met deze multiresistente variant van de Klebsiella, Oxa48, uitzonderlijk zeker qua omvang. Niet eerder was deze multiresistente variant bij Nederlandse patiënten aangetroffen. Deze variant is resistent voor bijna alle antibiotica, waardoor geïnfecteerde patiënten die toch al ernstig ziek zijn, niet goed behandeld kunnen worden.

Wat is een Klebsiella?

De Klebsiellabacterie is een gewone darmbacterie die onschadelijk is als hij zich in de darmen van gezonde mensen bevindt. De bacterie kan onder bepaalde omstandigheden ook infecties veroorzaken, bijvoorbeeld aan de urinewegen of de bloedbaan. De gewone Klebsiellabacterie is met antibiotica goed te behandelen. In het Maasstad Ziekenhuis werd bij meerdere patiënten een voor antibiotica resistente variant aangetoond: een Klebsiella die ESBL produceerde en een Oxa48 plasmide bezat. Beide factoren, ESBL en Oxa48 zijn verantwoordelijk voor de resistentie tegen antibiotica.

Wanneer is de Klebsiella gevaarlijk voor mensen?

Voor ernstig zieke patiënten, zoals mensen die op de intensive care liggen, kan besmetting met deze bacterie levensbedreigend zijn. Patiënten met een infectie veroorzaakt door deze Klebsiella zijn namelijk heel moeilijk te behandelen met antibiotica.

Mensen die besmet zijn, zijn wel drager van de Klebsiella maar hebben geen infectie en dus ook geen klinische verschijnselen. Geïnfecteerde patiënten zijn patiënten die besmet zijn maar daarnaast ook een infectie hebben met de Klebsiella. Patiënten met een infectie veroorzaakt door de Klebsiella moeten in het ziekenhuis behandeld worden, omdat de nog werkzame antibiotica alleen per infuus kunnen worden toegediend. Tijdens de ziekenhuisopname verpleegt men deze patiënten geïsoleerd.

Het ziekenhuis meldde de uitbraak met de voor sommige patiënten levensbedreigende bacterie niet uit zichzelf bij de inspectie maar onder druk van publiciteit. Op het moment van de melding aan de inspectie was niet duidelijk hoeveel patiënten daadwerkelijk geïnfecteerd en/of besmet waren. Wel duidelijk was dat een aantal patiënten met een Klebsiella-infectie op de intensive care lag en er in het verleden besmette patiënten op diverse verpleegafdelingen hadden gelegen.

1.2 Werkwijze inspectie

Gebruikelijk bij een uitbraak met een multiresistente bacterie is dat het ziekenhuis zelf de benodigde maatregelen neemt om de uitbraak tot staan te brengen. Er is geen meldplicht in Nederland voor het melden van zo'n uitbraak. Of dat in dit geval wel had moeten gebeuren, en het ziekenhuis in gebreke is gebleven is de vraag, mede omdat de omvang van de uitbraak niet bekend was bij het ziekenhuis. Het

melden van een uitbraak aan de inspectie is wel altijd noodzakelijk als er consequenties zijn voor de toegankelijkheid van de zorg.

Wanneer een uitbraak wordt gemeld wordt afgesproken dat het ziekenhuis de inspectie informeert over de afloop. Indien daartoe aanleiding is, wordt ook tussentijds bericht over de voortgang van de aanpak van de uitbraak. De focus van het ziekenhuis en de inspectie ligt bij een uitbraak primair op het voorkomen van nieuwe besmettingen om er zo voor te zorgen dat de patiëntveiligheid weer kan worden gegarandeerd. Het ziekenhuis is daarbij aan zet.

Gezien de uitzonderlijke uitbraak met een Klebsiella Oxa-48 droeg de inspectie het Maasstad Ziekenhuis direct na de melding op 31 mei 2011 op om de inspectie dagelijks te informeren over de beheersing van de uitbraak en de genomen maatregelen. Vanwege het risico voor de patiëntveiligheid en het feit dat de epidemie nog niet tot staan was gebracht, volgde de inspectie het ziekenhuis strikt. Er was frequent contact met de toenmalig bestuurder die de eindverantwoordelijkheid droeg.

Vanaf begin juni werd het RIVM bij deze uitzonderlijke uitbraak betrokken om het ziekenhuis te ondersteunen bij het in kaart brengen van de epidemie. Besmette patiënten moesten zo snel mogelijk worden achterhaald om verdere verspreiding van de Klebsiella tegen te gaan.

In de maand juni adviseerde de inspectie de bestuurder van het ziekenhuis intensief over de te nemen maatregelen om de epidemie te bedwingen. De indruk daarbij was toen nog dat het ziekenhuis, geholpen door het RIVM, voortvarend aan de slag ging met het in kaart brengen van de epidemie en het doorvoeren van de noodzakelijke maatregelen op het gebied van infectiepreventiebeleid en antibioticabeleid om verdere verspreiding van de Klebsiella te voorkomen.

Heldere informatieverstrekking vanuit het ziekenhuis aan de inspectie kwam echter vanaf het begin maar moeizaam op gang. Op 22 juni gaf het RIVM bij de inspectie aan dat er in het ziekenhuis niet voldoende werd doorgepakt bij het bedwingen van de uitbraak. Dat was voor de inspectie reden het ziekenhuis per direct te bezoeken.

De inspectie constateerde onvoldoende urgentiebesef bij de bestuurder en legde dringende maatregelen op aan het ziekenhuis. In de weken erna zat er onvoldoende vooruitgang in het doorvoeren van noodzakelijke maatregelen om de uitbraak tot staan te brengen. Een bericht in de media op 20 juli over mogelijk vier nieuwe besmettingen kon door het ziekenhuis niet worden verklaard. Op dat moment verloor de inspectie het vertrouwen dat de bestuurder 'in control' was en stelde het ziekenhuis onder verscherpt toezicht.

In de periode van het verscherpt toezicht heeft de inspectie het ziekenhuis met regelmaat onaangekondigd bezocht en noodzakelijke maatregelen afgedwongen. De inspectie keek daarbij naar de uitvoering van infectiepreventie maatregelen op de werkvloer, had inzage in een groot aantal documenten en sprak met betrokkenen in het hele ziekenhuis: onder andere de bestuurder, interim-bestuurder, directieleden, leden van de Raad van Toezicht, medisch specialisten, medische staf, verpleegkundigen, artsen-microbioloog, adviseurs infectiepreventie en vertegenwoordigers van de verpleegkundige adviesraad en patiëntenraad.

Op 12 juli is de inspectie, parallel aan het volgen van de beheersing van de op dat moment heersende epidemie, haar onderzoek gestart naar hoe de bacterie zich in deze mate binnen het ziekenhuis heeft kunnen verspreiden. Gekeken werd en wordt

daarbij naar zowel vermijdbaarheid (had het voorkomen kunnen worden) als verwijtbaarheid (is het een zorgverlener/bestuurder persoonlijk aan te rekenen).

Voor dit onderzoek zijn inmiddels diverse externe betrokkenen geraadpleegd die direct of indirect met de uitbraak in het Maasstad Ziekenhuis van de Klebsiella Oxa-48 te maken hadden. De inspectie sprak onder meer met de artsen-microbioloog van het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMCU), het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), het huisartsenlaboratorium Etten Leur, het Slotervaart Ziekenhuis te Amsterdam en de GGD Rotterdam.

2 Conclusies

2.1 **De omvang van de Klebsiella-uitbraak was vermijdbaar geweest**

De algemene conclusie is dat het Maasstad Ziekenhuis door niet adequaat te handelen veel patiënten langdurig aan grote risico's heeft blootgesteld. Hoe groot de risico's waren, bleek uit het feit dat er patiënten (mede) door de besmetting met de Klebsiella Oxa48-bacterie zijn overleden. Doordat de uitbraak maandenlang niet adequaat is bestreden, zijn ruim vierduizend patiënten onnodig in contact geweest met besmette patiënten.

Als het ziekenhuis de richtlijnen van de landelijke Werkgroep Infectie Preventie (WIP) had gevolgd, had de uitbraak niet zo lang geduurd, was de omvang van de uitbraak niet zo groot geweest, en waren de gevolgen niet zo ernstig geweest. De richtlijnen van de WIP, waaronder de richtlijn BRMO^a, geven heel helder aan welke maatregelen onder dergelijke omstandigheden noodzakelijk zijn. Deze zijn niet gevolgd. Pas eind juni 2011, een maand na de melding aan de inspectie, werd met behulp van het RIVM en het UMCU gestart met het nemen van adequate maatregelen waaronder het invoeren van de BRMO-richtlijn.

De inspectie vindt het verloop van deze calamiteit des te ernstiger omdat veel beroepsbeoefenaren in het ziekenhuis tijdig op de hoogte waren van het ongebruikelijke aantal patiënten met deze resistente bacterie. Artsen-microbioloog, adviseurs infectiepreventie, intensivisten en overige medisch specialisten, verpleegkundigen en bestuurders hebben hun verantwoordelijkheid om verantwoorde zorg voor hun patiënten te waarborgen niet tijdig genomen. Zij hebben onvoldoende adequate preventie- en bestrijdingsmaatregelen in gang gezet, noch bij het bestuur op maatregelen aangedrongen.

2.2 **Maatregelen bleven uit door gebrek aan urgentiebesef en een falende aansturing**

Het Maasstad Ziekenhuis was na de melding aan de inspectie, ondanks de hulp van het RIVM en het UMCU, niet in staat zelf de maatregelen te treffen die nodig waren om de uitbraak tot staan te brengen en infectiepreventie snel en tijdig op een acceptabel niveau te brengen. Verscherpt toezicht is een middel dat de inspectie niet lichtvaardig inzet, maar ingrijpen was in dit geval noodzakelijk om de goede maatregelen te treffen voor de patiëntveiligheid.

Tot op het hoogste niveau was er onvoldoende urgentiebesef en werd de ernst van de uitbraak en het risico voor patiënten volledig onderschat. Het bestuur kwam bovendien de gemaakte afspraken met de inspectie over uit te voeren maatregelen niet na. Ook het RIVM constateerde dat in het outbreakteam en bij het management het gevoel voor urgentie ontbrak. Het feit dat het ziekenhuis de uitbraak niet meldde aan andere ziekenhuizen, zorginstellingen en huisartsen in de regio en onvoldoende aandacht had voor de communicatie met nabestaanden en patiënten, duidt op een onderschatting van de calamiteit en de impact hiervan op de patiënten en de samenleving.

Deze calamiteit bracht aan het licht dat de aansturing van de organisatie op het punt van bestrijding en waarborging van de infectiepreventie systematisch tekortschoot. Verantwoordelijkheden waren in dit geval niet helder, samenwerking tussen disciplines was niet systematisch georganiseerd, registratiesystemen functioneerden

a Maatregelen tegen overdracht van bijzonder-resistente micro-organismen (BRMO), *Werkgroep Infectie Preventie*, december 2005 (revisie december 2010).

niet naar behoren en het bestuur werd niet systematisch geïnformeerd over potentieel gevaarlijke situaties. Dit belemmerde zowel een adequate aanpak van de uitbraak als het implementeren van veranderingen in de ziekenhuisorganisatie. Dat betrokken professionals niet aan de bel trokken, zegt ook iets over de cultuur die er ten tijde van de uitbraak heerste in het Maasstad Ziekenhuis. Patiënten werden de dupe van slechte samenwerking, gebrekkige communicatie en de cultuur waarbij professionals elkaar onvoldoende aanspraken op risicovol gedrag.

2.3 Infectiepreventie inmiddels op orde

Het infectiepreventiebeleid met de te nemen voorzorgsmaatregelen in het Maasstad Ziekenhuis is, medio oktober 2011, weer op een verantwoord niveau. Het ziekenhuis heeft ter zake structurele verbeteringen doorgevoerd, mede dankzij de ondersteuning van het UMCU en het RIVM. De artsen-microbioloog en adviseurs infectiepreventie werken momenteel samen onder aansturing van een arts-microbioloog die verbonden is aan het UMCU. De infectiepreventierichtlijnen worden gevolgd en er is regulier overleg van de artsen-microbioloog met de afdelingen. De kennis over infectiepreventie bij professionals wordt getoetst en is een dagelijks terugkerend agendapunt op de verpleegafdelingen.

Behalve de interventies van de inspectie was ook het ingrijpen van de Raad van Toezicht belangrijk voor het op orde komen van het infectiepreventiebeleid in het ziekenhuis. De raad stelde de heer prof. dr. L.Eijsman aan als interim-bestuurder van buiten. Hij kreeg de opdracht om de organisatie en de communicatie rond het bedwingen van de epidemie op orde te krijgen en op die manier vanuit bestuurlijk perspectief de uitbraak te bedwingen. Hij bracht daarnaast het infectiepreventiebeleid op orde in nauwe samenspraak met prof. dr. M.J.M. Bonten die dit vanuit vakinhoudelijk perspectief deed. Dr. M.J. M. Bonten is hoogleraar medische microbiologie aan het UMCU. Na het vertrek van de bestuurder (eenhoofdige RvB) stelde de raad een tweede interim-bestuurder als vervanger van de vertrokken bestuurder aan. Ook heeft de Raad van Bestuur op verzoek van de Raad van Toezicht een commissie van externe deskundigen geformeerd onder leiding van prof. dr. W. Lemstra. Deze commissie zal zich richten op de waarheidsvinding met betrekking tot de uitbraak.

De inspectie is positief over de ingezette cultuurverandering en de wil om te verbeteren. Initiatieven hiertoe komen niet alleen van het nieuwe management, maar ook van medewerkers zelf. De inspectie blijft het ziekenhuis de komende periode nauwgezet volgen of de veranderingen blijvend zijn en het infectiepreventiebeleid structureel geborgd is.

3 Aanpak van de uitbraak en toezicht hierop per periode

3.1 Van start uitbraak tot melding bij de inspectie: najaar 2009 – 31 mei 2011

3.1.1 Bekendheid met de uitbraak

- Op de intensive care van het Maasstad Ziekenhuis (locatie Zuider) toonde men in 2010 regelmatig een multiresistente Klebsiellabacterie aan. Vanaf oktober 2010 tot december 2010 waren 31 patiënten geïnfecteerd.
- De infecties waren in oktober 2010 aanleiding voor een van de directeuren patiëntenzorg om een 'informele' werkgroep in te stellen. Hierin had de arts-microbioloog geen zitting. Er zijn geen verslagen van de bijeenkomsten. Er volgden geen structurele maatregelen in samenspraak met de behandelaren en verpleegkundigen. De bestuurder werd niet geïnformeerd.
- Op 14 maart 2011 meldde het huisartsenlaboratorium in Etten-Leur aan een arts-microbioloog van het Maasstad Ziekenhuis dat een patiënt afkomstig uit zijn ziekenhuis besmet was met Klebsiella Oxa48. Op 8 april constateerde een microbioloog in het Slotervaart Ziekenhuis deze bacterie ook bij een patiënt die van het Maasstad Ziekenhuis was overgenomen en meldde dit aan een arts-microbioloog van het Maasstad Ziekenhuis.
- In mei 2011 startten de artsen-microbioloog uit het ziekenhuis zelf onderzoek naar de Klebsiella oxa 48. De beschikbare apparatuur en materialen waren daartoe aangeschaft. Uit de periode 2008-2010 waren –zoals dat gebruikelijk is in ziekenhuizen - nog de Klebsiella's uit bloedkweken bewaard gebleven van circa 100 patiënten.

3.1.2 Maatregelen om verdere verspreiding te voorkomen

- Het ziekenhuis trof na het bekend worden van bovenstaande onderzoeksresultaten geen adequate maatregelen om nieuwe besmettingen te voorkomen. Contactonderzoek bij medepatiënten (kamergenoten) vond niet plaats. Volgens de BRMO-richtlijn van de WIP zou het ziekenhuis al bij meer dan één geïnfecteerde patiënt een beleidsteam moeten instellen om verdere verspreiding te voorkomen en geïnfecteerde patiënten adequaat te behandelen. Veel beroepsgroepen in het ziekenhuis wisten inmiddels van de besmettingen: artsen-microbioloog, adviseurs infectiepreventie, intensivisten en andere medisch specialisten en verpleegkundigen.
- Het ziekenhuis verstrekke in deze periode geen informatie over de besmetting aan andere ziekenhuizen, zorginstellingen en huisartsen in de regio. Ook de inspectie werd niet geïnformeerd.

Wat had het ziekenhuis op grond van de BRMO richtlijn behoren te doen?

Resistente bacteriën vragen om onmiddellijke actie als ze bij een patiënt geconstateerd worden. Zodra er meer dan één patiënt op dezelfde afdeling of in een kort tijdsbestek besmet is, moeten normaliter alarmbellen gaan rinkelen waarbij gecontroleerd wordt of de resistente bacterie zich op de afdeling of door het ziekenhuis verspreidt. De belangrijkste maatregelen zijn:

Preventiemaatregelen

- Algemene infectiepreventiemaatregelen zoals handen wassen, infecties bij medewerkers melden en persoonlijke hygiëne van patiënten.
- Specifieke infectiepreventiemaatregelen afhankelijk van de eigenschappen van de bacterie.

- Screening van risicogroepen voor BRMO en MRSA bij opname in het ziekenhuis.

Bestrijden uitbraak

- Als meer dan één besmette patiënt op dezelfde afdeling ligt, wordt een beleids-team (Outbreakteam) gevormd waarin onder meer de medisch microbioloog, de adviseur infectiepreventie, management en professionals van de betreffende afdeling participeren. Naast het treffen van maatregelen zoals isolatie van patiënten en eventueel contactonderzoek, behoren ook aanpassing van het antibioticabeleid, rapportage aan de Raad van Bestuur en het informeren van andere ziekenhuizen tot de taken van het beleidsteam.
- Zo nodig cohortverpleging waarbij nieuwe en niet-besmette patiënten gescheiden blijven van (mogelijk) besmette patiënten.

3.1.3

Bestuurlijke en organisatorische situatie

- De Raad van Bestuur van het Maasstad Ziekenhuis bestond uit één persoon. Deze zat de directieraad voor die verder bestond uit twee directeuren patiëntenzorg en een directeur beheer. De voorzitter en secretaris van de medische kernstaf namen deel aan het directieoverleg, evenals de leiding van de Maasstad-academie en staffunctionarissen communicatie en marketing. Het was onduidelijk welke bevoegdheden de niet-directieleden hadden in dit overleg.
- De vakgroep medische microbiologie had geen hoofd. De vakgroep bestond uit drie artsen-microbioloog, een medisch moleculair-bioloog en een moleculair bioloog. De artsen-microbioloog gaven ieder leiding aan het laboratorium, elk vanuit een eigen aandachtsgebied. De vakgroep is in oktober 2009 gevisiteerd door de beroepsvereniging Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie (NVMM). Een belangrijk kritiekpunt was dat de afdeling infectiepreventie geen deel uitmaakte van de afdeling medische microbiologie. Buiten het overleg in de infectiecommissie hadden de artsen-microbioloog alleen ad hoc contact met de adviseurs infectiepreventie. Verder had de NVMM kritiek op de laboratoriumautomatisering. De afdeling infectiepreventie leverde geen jaarverslag ondanks de eis die de beroepsgroep hierover zichzelf heeft opgelegd. De directeur beheer vond een jaarverslag niet noodzakelijk.

3.2

Van melding aan de inspectie tot instellen verscherpt toezicht op 20 juli 2011

3.2.1

Melding aan de inspectie

- Op 30 mei informeerde de bestuurder van het Maasstad Ziekenhuis de Raad van Toezicht over de uitbraak.
- Op 31 mei meldde de bestuurder bij de inspectie dat patiënten geïnfecteerd waren met een multiresistente Klebsiellabacterie. De melding kwam nadat het ziekenhuis had gehoord dat het NOS-journaal een item voorbereidde over de tekortschietende aanpak van het ziekenhuis.
- De inspectie verzocht het ziekenhuis om de nodige maatregelen te treffen om de uitbraak te bedwingen. Met het oog daarop werd afgesproken dat de bestuurder de inspectie voortdurend en dagelijks op de hoogte zou houden van de ontwikkelingen. Het RIVM werd ingeschakeld om het ziekenhuis te ondersteunen bij het in kaart brengen van de epidemie. Besmette patiënten moesten zo snel mogelijk worden achterhaald om verdere verspreiding van de Klebsiella tegen te gaan.
- Omdat de eerste focus bij zowel het ziekenhuis als de inspectie lag op het beheersen van de epidemie, die op dat moment niet onder controle was, startte

de inspectie haar onderzoek naar de oorzaak van de uitbraak en het gevoerde infectiepreventiebeleid tot dan toe op 12 juli.

3.2.2

Bestuurlijke situatie

- De bestuurder informeerde de Raad van Toezicht over de ontwikkelingen. Naar het oordeel van de raad gebeurde dit onvoldoende. De eerste informatie kreeg de raad daags voor de NOS-uitzending. De raad bemoeide zich in eerste instantie niet met de aanpak. Wel benaderde de raad op 13 juli 2011 prof. dr. M. Bonten, hoogleraar medische microbiologie als adviseur. In september 2011 bracht prof. Bonten verslag uit aan de raad.
- Het was onduidelijk of de uitbraak op de agenda stond van het directieoverleg. De directeur patiëntenzorg, de directeur beheer en de bestuurder waren lid van het outbreakteam en daarmee wel op de hoogte van de situatie.

3.2.3

Aanpak van de uitbraak

- Het ziekenhuis formeerde op 1 juni 2011 een outbreakteam dat dagelijks bijeenkwam. Ook het RIVM participeerde in het outbreakteam. Er werden maatregelen getroffen om de uitbraak te beheersen door het aanscherpen van algemene voorzorgsmaatregelen voor infectiepreventie en het isoleren van besmette patiënten.
De bestuurder zou vervolgens de inspectie zoals afgesproken dagelijks op de hoogte houden en van informatie voorzien. Dit gebeurde onvoldoende. De inspectie kreeg vaak onvolledige informatie die bovendien pas na herhaald aandringen geleverd werd.
- In overleg met het RIVM was door het outbreakteam besloten tot onderzoek naar mogelijk besmet geraakte patiënten en medewerkers. Dit startte bij patiënten en medewerkers van de intensive care. Verder werden alle patiënten gecontroleerd zowel bij opname als ontslag uit het ziekenhuis op dragerschap van de Klebsiella. Ook werden patiënten gecontroleerd die sinds juni 2009 op de intensive care hadden gelegen. Indien zij besmet waren met de resistente Klebsiellabacterie, kregen zij het advies dit bij andere behandelaars te melden. Zij kregen deze informatie ook op papier. Eveneens werd een belteam ingesteld om patiënten zo goed mogelijk te informeren.
- Het outbreakteam bleef discussiëren over de te nemen voorzorgsmaatregelen zonder tot concrete maatregelen te besluiten. Om dit proces te versnellen, adviseerde de inspectie de bestuurder op 16 juni dringend om de BRMO-richtlijn op te nemen in het beleid van het ziekenhuis.
- De inspectie had vanaf het moment van de melding vrijwel dagelijks contact met het RIVM om te toetsen hoe de bestrijding van de uitbraak vorderde. Tijdens contact met het RIVM op 22 juni bleek het hoofd Bacteriologie zich zorgen te maken over het gebrek aan urgentiebesef bij de bestuurder en de overige leden van het outbreak team. Het contactonderzoek (verder dan zoals hierboven genoemd op de IC) dat moest aantonen hoeveel mensen besmet konden zijn, kwam maar niet van de grond. De gegevens over de uitbraak waren verder sinds 2 juni niet meer in de epidemische curve bijgewerkt. Bovendien bleek dat ook bij andere bacteriën dan de Klebsiella de multiresistente plasmide Oxa48 was aangetoond. Dit was een zeer zorgwekkend signaal dat echter niet leidde tot adequate actie van het ziekenhuis. De omvang van de epidemie was nog altijd niet bekend.
- Naar aanleiding van het gesprek met het RIVM (22 juni) besloot de inspectie de volgende dag, 23 juni, het ziekenhuis te bezoeken. De inspectie had zorgen over:
 - De aansturing van het outbreakteam en de gebrekkige verslaglegging van de activiteiten.

- De communicatie en samenwerking tussen de afdelingen medische microbiologie en infectiepreventie.
- Onduidelijkheid over het aantal patiënten dat besmet of geïnfecteerd was.
- Ontbreken van een strategie voor de bestrijding van andere (door Oxa48) resistente bacteriën.
- Ontbreken van documenten over de voorlichting aan andere ziekenhuizen, zorgaanbieders en patiënten.
- Onvoldoende berichtgeving aan de inspectie.

De inspectie sprak die dag met leden van het outbreakteam, waaronder de bestuurder. De inspectie concludeerde dat een adequate aanpak inderdaad uitbleef en dat het ziekenhuis niet doordrongen was van de ernst van de problemen.

Naar aanleiding van de bevindingen deed de inspectie op 23 juni aan de bestuurder aanbevelingen over:

- Het verbeteren van de kwaliteit en structuur van het onderzoek.
- Het aantrekken van een extern microbioloog die de leiding zou krijgen over het onderzoek.
- Het inschakelen van een of meer externe adviseurs infectiepreventie.
- Het zorg dragen voor rapportage over de dagelijkse stand van zaken.

De bestuurder bleek de zorgen van de inspectie niet in die mate te delen reden waarom de inspectie op 26 juni van de bestuurder eiste dat deze de aanbevelingen onverwijld zou uitvoeren.

- Het ziekenhuis nam de aanbevelingen van de inspectie volledig over. De bestuurder berichtte de inspectie op 29 juni dat het UMCU een aantal medewerkers in het Maasstad Ziekenhuis zou stationeren. In dezelfde week voerde het ziekenhuis de BRMO-richtlijn in.
- Met de komst van het UMCU-team kwam het contactonderzoek naar mogelijk besmette patiënten van de grond en informeerde het ziekenhuis de inspectie met regelmaat over de voortgang daarvan.
- Parallel aan het contact over het bedwingen van de uitbraak, startte de inspectie op 12 juli 2011 haar onderzoek naar het ontstaan van de uitbraak. Zij keek daarbij naar het vastgestelde en gevoerde infectiepreventie- en antibioticabeleid in het ziekenhuis. Vrijwel direct was duidelijk dat er weliswaar beleid lag, maar dat de basale uitvoering van de algemene voorzorgsmaatregelen voor infectiepreventie nog altijd niet overal werden nageleefd door medewerkers op de afdelingen. Op basis van observaties tijdens het bezoek en in de gevoerde gesprekken bleek het de inspectie dat de naleving van infectiepreventie en de benodigde kennis tekortschoot. Door informatiebijeenkomsten en interne berichtgeving over infectiepreventie wilde het ziekenhuis de naleving van de richtlijnen bevorderen. Dit sorteerde aanvankelijk onvoldoende effect. Medewerkers van de intensive care en de afdeling heelkunde gaven aan nog onvoldoende op de hoogte te zijn van infectiepreventiemaatregelen. Zij voelden zich ook onvoldoende gesteund door infectiepreventiedeskundigen, artsen-microbioloog en adviseurs infectiepreventie. Ook de informatie-uitwisseling met en tussen de afdelingen medische microbiologie en ziekenhuishygiëne was onvoldoende. Er was geen overeenstemming over het antibioticabeleid. De surveillance van infecties was eveneens onvoldoende.
- De inspectie nam daarop het instellen van verscherpt toezicht in overweging omdat ze zich ernstige zorgen maakt over de systemen en het niet goed functioneren van onderdelen van het ziekenhuis. Omdat het ziekenhuis echter de hulp had ingeroepen van externe deskundigen van het RIVM en UMCU, partijen waarin de inspectie vertrouwen heeft, besloot de inspectie het ziekenhuis nog twee weken de tijd te geven om met een spoedproject het infectiepreventie- en antibioticabeleid op orde te brengen. De inspectie legde de

bestuurder op om hier binnen twee weken een plan van aanpak voor aan te leveren en dit per omgaande te realiseren.

3.2.4 *Communicatie met andere zorgaanbieders en patiënten*

- Het RIVM informeerde op 31 mei via Inf@ct en Labinf@ct (elektronische nieuwsbrief) alle abonnees op deze service over de uitbraak. Abonnees zijn de meeste artsen-microbioloog, artsen infectieziekten van GGD's. Raden van Bestuur waren daarmee niet (direct) op de hoogte. De GGD Rotterdam verstreekte in het outbreakteam informatie over voorzorgsmaatregelen bij patiënten met een resistente Klebsiellabacterie. De GGD had mede als taak te voorkomen dat de uitbraak zich buiten het Maasstad Ziekenhuis voortzette.
- Het Ikazia Ziekenhuis had naar aanleiding van de berichten in de media met de inspectie contact opgenomen. Dit ziekenhuis nam in verband met de verhuizing van het Maasstad Ziekenhuis veel patiënten over. Doordat het Maasstad Ziekenhuis hen niet tijdig informeerde, waren hun patiënten onnodig aan risico's blootgesteld. Ook andere zorgaanbieders werden op dat moment nog niet geïnformeerd.
- Op aandringen van de inspectie zegde het Maasstad Ziekenhuis toe andere zorginstellingen bij overplaatsing van besmette patiënten te informeren over de resistente bacterie.
- Het Maasstad Ziekenhuis informeerde de ziekenhuizen in de regio op 9 juni over de Klebsiella-uitbraak en bracht toen ook voor het eerst een persbericht uit.
- Op 22 juni bracht het ziekenhuis in een persbericht naar buiten dat 47 patiënten een infectie hadden met de Oxa-48 en dat van deze groep inmiddels 21 patiënten overleden waren aan ernstige aandoeningen waarvoor zij destijds op de intensive care opgenomen waren.
- De bestuurder had in juli aangegeven dat er na overlijden van patiënten een procedure voor nazorg voor de nabestaanden werd gevolgd die bestond uit een gesprek gevolgd door een telefonisch contact van de behandelend specialist met nabestaanden.

3.2.5 *Media-aandacht en Kamervragen*

- Er was grote en aanhoudende mediabelangstelling voor deze calamiteit in het Maasstad Ziekenhuis. Dat leidde tot onrust bij (potentiële) patiënten, waarvan enkelen contact opnamen met de inspectie. Ook Kamerleden stelden vragen naar aanleiding van de berichten in de media.
- Op 20 juli verscheen een bericht in de media dat vier nieuwe patiënten besmet zouden zijn met de Klebsiella Oxa-48.

3.3 Verscherpt toezicht van 20 juli tot 20 september 2011

3.3.1 *Instellen verscherpt toezicht op 20 juli*

- Zeven dagen nadat de inspectie verscherpt toezicht had overwogen en van het ziekenhuis een plan van aanpak had geëist voor het op orde brengen van haar infectiepreventie- en antibioticabeleid, verscheen een bericht in de media over vier nieuwe besmettingen. Ondanks daarover gemaakte afspraken had het ziekenhuis dit niet zelf bij de inspectie gemeld. De inspectie constateerde dat de bestuurder op dat moment op vakantie was en zijn taken had overgedragen aan de directeur patiëntenzorg. Deze bleek niet geïnformeerd, kon de telefonische vragen van de inspectie niet beantwoorden en geen duidelijkheid verschaffen over de nieuwe besmettingen.

De inspectie bezocht diezelfde dag, 20 juli, wederom het ziekenhuis. De inspectie wilde weten in hoeverre het mediabericht over vier nieuwe besmettingen klopte. In drie gevallen was geen sprake van een onverwachte bevinding.

Het betrof drie patiënten die volgens het contactonderzoek waren onderzocht. Bij één patiënt was meer onderzoek nodig. Deze bleek later niet besmet.

Aan het eind van het bezoek deelde de inspectie mee dat zij geen vertrouwen meer had dat het ziekenhuis bij ongewijzigd beleid in staat zou zijn op korte termijn de juiste maatregelen te treffen om verdere verspreiding van de bacterie te stoppen. Bovendien was het ziekenhuis structureel onvoldoende transparant over zijn acties en kwam het afspraken met de inspectie bij herhaling niet na. Dit alles leverde grote risico's op voor de patiëntveiligheid. Daarom stelde zij het ziekenhuis onder verscherpt toezicht. De inspectie liet weten ook een patiëntenstop in te zullen stellen bij nieuwe besmettingen (buiten het contactonderzoek) en/of als op 22 juli nog geen arts-microbioloog van buiten het ziekenhuis was aangetrokken.

- De inspectie drong sterk aan op het verbeteren van de communicatie met patiënten en de zorg voor nabestaanden. De inspectie ontving signalen dat deze tekortschoten, zowel van burgers als van patiëntenvereniging Zorgbelang.

3.3.2 *Bestuurlijke situatie*

- De Raad van Toezicht erkende in een reactie op het verscherpt toezicht van 22 juli dat de uitbraak groter was geworden doordat het ziekenhuis te lang geprobeerd had het zelf op te lossen. De raad realiseerde zich dat een sterke regie en adequate communicatie nodig waren om weer controle te krijgen. De raad had vertrouwen in de aanpak met het UMCU en RIVM, maar wilde nadrukkelijker de vinger aan de pols gaan houden.
- Op 28 juli werd prof. dr. L. Eijssman telefonisch benaderd door de Raad van Toezicht en gevraagd als interim-bestuurder naast de zittende algemeen directeur. Hij startte, zonder schriftelijk vastgelegde opdracht van de Raad van Toezicht, op 1 augustus. Hij kreeg de opdracht om de organisatie en de communicatie rond het bedwingen van de epidemie op orde te krijgen en op die manier vanuit bestuurlijk perspectief de uitbraak te bedwingen. Op 9 augustus legde de zittend algemeen directeur zijn functie neer. Op 17 augustus werd een tweede interim-bestuurder benoemd die zich richtte op de dagelijkse leiding van het ziekenhuis.
- De eerste interim-bestuurder trof naar eigen zeggen een hiërarchisch zwakke organisatie aan en nam de regie zodat hij snel maatregelen kon treffen om de uitbraak in te dammen. Hij formeerde hiervoor een speciaal team en zorgde dat hij dagelijks werd geïnformeerd over de ontwikkelingen. Naast acute beheersing van de uitbraak en het voldoen aan de eisen van de inspectie, richtte hij zich op het verbeteren van de voorlichting en scholing voor onder meer patiënten en medewerkers en het verbeteren van in- en externe communicatie. Daarnaast lag een zwaar accent op het herstructureren van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden in het ziekenhuis.

3.3.3 *Waarheidsvinding: oorzaken en gevolgen van de uitbraak*

- Waarheidsvinding over de oorzaak en aanpak van de uitbraak stonden vanaf zijn aantreden in augustus ook hoog op de bestuurlijke agenda van de interim-bestuurder. Deze stelde op verzoek van de Raad van Toezicht hiertoe op 13 september een externe commissie in onder leiding van prof. dr. W. Lemstra. Deze commissie zal het functioneren van beroepsbeoefenaren, het bestuur en de Raad van Toezicht onderzoeken.
- In opdracht van de Raad van Bestuur onderzocht prof. dr. E. de Jonge van het LUMC in hoeverre er patiënten als gevolg van de resistente Klebsiella zijn overleden. Hij rapporteerde 2 september over zijn conclusies. Bij zijn onderzoek zijn 27 overleden patiënten betrokken; zij waren allemaal al zeer ernstig ziek. Bij 3

van hen was de Klebsiellabesmetting zeer waarschijnlijk de oorzaak van het overlijden, bij 10 was dit mogelijk het geval.

3.3.4

Aanpak van de uitbraak en preventiemaatregelen

- Op 22 juli werd prof. dr. M.J.M. Bonten, op dringend advies van de inspectie, aangesteld als verantwoordelijke voor de afdelingen medische microbiologie en infectiepreventie van het Maasstad Ziekenhuis. De formele opdracht liet overigens nog lang op zich wachten. De dagelijkse leiding van de medische microbiologie en infectiepreventie kwam in handen van een tweede arts-microbioloog uit het UMCU, die deze taak in ieder geval voor een periode van een jaar zal vervullen.
- De inspectie sprak met deskundigen over de maatregelen die het Maasstad Ziekenhuis zou moeten nemen om de uitbraak op korte termijn te stoppen en de patiëntveiligheid te borgen. Dit betrof externe partijen, zoals het RIVM, het UMCU en de GGD Rotterdam. Tevens sprak de inspectie de instellingen die de artsen-microbioloog in het Maasstad Ziekenhuis over de besmetting met de multiresistente Klebsiella Oxa48 hadden geïnformeerd: het huisartsen-laboratorium in Etten-Leur en het Slotervaartziekenhuis.
- Om de voortgang van de maatregelen te monitoren tijdens het verscherpt toezicht, bezocht de inspectie het ziekenhuis op 28 juli, 2 en 16 augustus en 1 en 13 september. De inspectie visiteerde verschillende afdelingen en sprak onder meer met teamleiders, medisch specialisten, verpleegkundigen, artsen-microbioloog, adviseurs infectiepreventie, vertegenwoordigers van de facilitaire dienst en technische dienst en de bestuurders.
- De inspectie constateerde bij de bezoeken begin augustus dat de situatie nog niet voldoende was verbeterd. Gebrekkige samenwerking en afstemming duurden voort, er was geen hiërarchische lijn, geen auditstructuur en geen adequate signalering van mogelijk schadelijke micro-organismen en onvoldoende kennis en uitvoering van infectiepreventie op de afdelingen. Daarom drong de inspectie aan op een krachtiger aanpak door het ziekenhuis., ondermeer door te adviseren audits door externe deskundigen te laten uitvoeren.
- Met de aanstelling van het interim-bestuur op 1 augustus werd een sterkere regie zichtbaar en merkbaar in de cultuur van het samenwerken en communiceren in het ziekenhuis. De van buiten aangetrokken deskundigen namen dit van dichtbij waar en ervoeren dat betrokkenen zich volop inzetten om de communicatie te verbeteren.
- De afdelingen medische microbiologie en infectiepreventie gingen samenwerken in lijn met de richtlijnen van de WIP en de beroepsprofielen van de eigen beroepsgroepen. De communicatie en samenwerking tussen professionals en de artsen-microbioloog verbeterden. Zij voerden gestructureerde besprekingen op de verpleegafdelingen.
- Ook de maatregelen om infectiepreventie structureel te verbeteren begonnen effect te sorteren. Teamleiders van de afdelingen kregen een centrale rol waarbij zij toetsten en vastlegden of medewerkers bekend waren met de protocollen en de betekenis ervan. Zij konden hun kennis oprispen tijdens frequente presentaties over infectiepreventie. Tijdens een nieuw ingesteld ochtendoverleg kwam infectiepreventie aan de orde mede aan de hand van een checklist. De zorgmanager zag toe op de afgesproken acties en besprak eventuele knelpunten met de teamleider. Deze systematiek gold ook voor de avond- en nachtdiensten.
- In het plan van aanpak was ook voorzien in een systematiek om er voor te zorgen dat het bestuur tijdig geïnformeerd wordt bij incidenten. Deze systematiek was al wel ingevoerd maar moest eind september nog worden verankerd.

3.3.5 *Communicatie met externen, patiënten en nabestaanden*

- Het ziekenhuis had een aantal verpleegkundigen vrijgesteld voor de nazorg aan nabestaanden, aan patiënten die met de Klebsiella besmet waren geraakt en aan (ex) patiënten die benaderd waren voor het contactonderzoek.
- Voorlichting aan (potentiële) patiënten was verbeterd. Dit uitte zich onder meer in vragen en antwoorden op de website over de uitbraak en een nieuwe patiëntenfolder.
- Op donderdag 18 augustus werd een (geaccrediteerde) bijeenkomst voor externen georganiseerd waar onder anderen huisartsen en verpleeghuisartsen werden geïnformeerd. Ook is een syllabus opgesteld door het ziekenhuis waarvoor ook externe partijen waren benaderd.

3.4 Opheffen verscherpt toezicht op 20 september 2011

Op 20 september is het verscherpt toezicht opgeheven. De inspectie heeft weer vertrouwen in de maatregelen van het huidige bestuur en acht het ziekenhuis zelf in staat de noodzakelijke veranderingen te realiseren en daar de regie over te voeren.

- De inspectie heeft geconstateerd dat de doelen uit het plan van aanpak, dat het ziekenhuis op verzoek van de inspectie opstelde, inmiddels zijn gerealiseerd. Het gaat hierbij om verbeteringen in het infectiepreventiebeleid, het antibioticabeleid en de luchtbehandeling. Er treden al geruime tijd geen nieuwe, niet begrepen besmettingen meer op. De inspectie realiseert zich dat uit het contactonderzoek nog 'nieuwe' besmettingen naar voren kunnen komen.
- De inspectie constateerde dat de aanpak inmiddels breed gedragen wordt in het ziekenhuis. Uit gesprekken met medewerkers en artsen maakte de inspectie op dat er een cultuurverandering is ingezet waarbij men elkaar aanspreekt als van de regels voor infectiepreventie wordt afgeweken. Medewerkers zien de noodzaak van de maatregelen in en willen bijdragen aan veilige zorg voor patiënten. De vereniging medische staf waarin alle medisch specialisten zijn vertegenwoordigd, onderschrijft bovendien de getroffen maatregelen. Zij uiten waardering voor de rol van de supervisor medische microbiologie en externe adviseurs infectiepreventie. Ook de verpleegkundige adviesraad is positief over de ontwikkelingen.
- De inspectie houdt de komende periode intensief toezicht op het Maasstad Ziekenhuis om te zien of de stijgende lijn zich voortzet en verbeteringen goed geborgd zijn. Het bestuur zal de inspectie minimaal maandelijks, en bij bijzonderheden vaker, informeren. De inspectie bezoekt binnen enkele maanden het ziekenhuis opnieuw aangekondigd en zal daarnaast ook onaangekondigde inspecties uitvoeren. Het onderzoek dat de inspectie heeft ingesteld om te beoordelen of sprake is van individuele verwijtbaarheid is nog niet gereed. Begin 2012 zal de inspectie het eindrapport over deze melding afronden waarbij eveneens conclusies zullen worden gepresenteerd.
- Het inspectieonderzoek naar het ontstaan en de aanpak van de Klebsiella-uitbraak is nog gaande. De resultaten daarvan worden begin 2012 verwacht.