

# Verantwoorde zorg: de lessen van recente incidenten

Johan Damen, André P. Wolff, Johan Legemaate en GertJan Scheffer

- Het is de morele en wettelijke plicht van beroepsbeoefenaars en instellingen in de zorgsector om verantwoorde zorg te leveren. Zelf zijn ze verantwoordelijk voor de praktische invulling daarvan.
- Recente incidenten in de zorg, zoals de brand in de operatiekamer in het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo en de problemen met de hartchirurgie in het Universitair Medisch Centrum St Radboud te Nijmegen, laten zien dat de controlemechanismen voor het garanderen van de kwaliteit en veiligheid van de patiëntenzorg kunnen falen.
- Na analyse van deze incidenten deden de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de Onderzoeksraad voor Veiligheid een aantal belangrijke suggesties voor de invulling van het begrip 'verantwoorde zorg'.
- De adviezen zijn duidelijk: verbeter de structuur, inrichting en organisatie van de zorg, de controle van medische apparatuur en de bewaking van de kwaliteit en patiëntveiligheid.
- Bestuurders en beroepsbeoefenaars moeten afspraken maken over hun verantwoordelijkheden en daar vervolgens invulling aan geven.

Beroepsbeoefenaars en instellingen in de zorgsector hebben niet alleen de morele, maar ook de wettelijke plicht om verantwoorde zorg te leveren. Ze zijn zelf verantwoordelijk voor de praktische invulling daarvan. Na de analyse van de problemen met de hartchirurgie in het Universitair Medisch Centrum (UMC) St Radboud te Nijmegen en van de brand in de operatiekamer in het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo hebben de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ; [www.igz.nl/15451/106463/2006-04-24\\_Rapport\\_een\\_teko1.pdf](http://www.igz.nl/15451/106463/2006-04-24_Rapport_een_teko1.pdf) en [www.igz.nl/15451/1166039/2008-05\\_Rapport\\_Onderzoek\\_b1.pdf](http://www.igz.nl/15451/1166039/2008-05_Rapport_Onderzoek_b1.pdf))<sup>2,3</sup> en de Onderzoeksraad voor Veiligheid (OvV) ([www.onderzoeksraad.nl/publicaties/ovv/rapport\\_hartchirurgie\\_sint\\_radboud.pdf](http://www.onderzoeksraad.nl/publicaties/ovv/rapport_hartchirurgie_sint_radboud.pdf))<sup>4</sup> een aantal belangrijke suggesties gedaan voor de invulling van het begrip 'verantwoorde zorg'. In dit artikel bespreken wij welke lessen uit de rapporten van deze instanties getrokken kunnen worden.

## DE RADBOUD-CASUS

Eind 2005 bleek dat volwassenen die in het UMC St Radboud in Nijmegen een hartoperatie ondergingen, meer complicaties kregen en vaker stierven dan patiënten in andere Nederlandse hartcentra. De raad van bestuur van het UMC St Radboud gaf een ziekenhuiscommissie de opdracht het probleem te onderzoeken en liet de media weten dat de grotere kans op complicaties en sterfte waarschijnlijk te maken had met de complexe patiëntenpopulatie. De ziekenhuiscommissie onderzocht patiëntendossiers en concludeerde dat bij 8 van de 66 overleden patiënten de sterfte mogelijk vermeden had kunnen worden.<sup>4</sup> Een externe commissie, onder leiding van de IGZ, meende later dat dit het geval was bij 7 patiënten en con-

*Universitair Medisch Centrum St Radboud,  
afd. Anesthesiologie, Nijmegen.*

*Prof.dr. J. Damen en prof.dr. G.J. Scheffer,  
anesthesiologen-intensivisten; dr. A.P. Wolff,  
anesthesioloog.*

*VU Medisch Centrum, afd. Sociale Geneeskunde,  
Amsterdam.*

*Prof.mr. J. Legemaate, gezondheidsjurist.*

*Contactpersoon: prof.dr. J. Damen  
([j.damen@anes.umcn.nl](mailto:j.damen@anes.umcn.nl)).*

cludeerde dat een tekortschietend zorgsysteem de oorzaak was van de grotere onveiligheid.<sup>2</sup> Er was onder andere weinig afstemming, weinig multidisciplinair optreden, weinig protocollering, nauwelijks uniformiteit in handelen, nauwelijks toetsing van het medisch handelen, en gebrekkig leiderschap.<sup>2</sup> De grotere kans op morbiditeit en sterfte werd niet veroorzaakt door de grotere complexiteit van de groep geopereerde patiënten – het tegendeel was volgens de commissie eerder het geval – of door de tekortkomingen van één persoon of één groep in de zorgketen.<sup>2</sup> Op 24 april 2006 gaf de IGZ het bevel te stoppen met de uitvoering van hartoperaties bij volwassenen in het UMC St Radboud omdat de risico's te groot waren; tevens gaf zij aan onder welke condities hervatting van de operaties mogelijk was. Op 2 oktober 2006 werd, na inspectie door de IGZ, weer begonnen met de hartchirurgie.

De OvV onderzocht later de bestuurlijke kant van het probleem en concludeerde dat verantwoord bestuur ontbrak.<sup>4</sup> De medici, de raad van bestuur en de toezichthouders hadden onvoldoende gedaan om problemen te signaleren en op te lossen. De bestuurders beschouwden de kwaliteit en veiligheid van de zorg als het domein van de medici en hielden zich daar nauwelijks mee bezig.

### DE TWENTEBORG-CASUS

Op 28 oktober 2006 ontstond in een operatiekamer van het Twenteborg Ziekenhuis in Almelo een zuurstofbrand in een anesthesiezuil, waarschijnlijk als gevolg van een lekkende zuurstofleiding. De patiënte die op dat moment in deze operatiekamer werd geopereerd, overleed.<sup>3,5-7</sup> De raad van bestuur van het ziekenhuis benoemde een commissie om de calamiteit te onderzoeken. Deze commissie concludeerde dat er brand was geweest in een anesthesiezuil, dat het onderhoud onvoldoende was, dat verantwoordelijkheden onduidelijk waren en dat medewerkers niet waren voorbereid op calamiteiten.<sup>7</sup> Onderzoek door de IGZ leerde dat de brand en de dood van de patiënte te vermijden waren geweest; de kans op het ontstaan van brand was onverantwoord groot door de slechte technische staat van de anesthesiezuilen.<sup>3</sup> De individuele medewerkers hadden geen schuld aan het overlijden van de patiënte.<sup>3</sup> Echter, de fabrikant van de anesthesiezuilen, het ziekenhuisbestuur en de medische staf hadden onvoldoende zorg gedragen voor de veiligheid in het ziekenhuis, en de bedrijfscultuur was onvoldoende gericht op veiligheid.<sup>3</sup> De IGZ had voor al deze partijen heldere adviezen om de veiligheid te bevorderen.<sup>3</sup> Het rapport liet ook zien dat de evacuatie van patiënten die zichzelf niet kunnen redden, nadere studie behoefde.

### DE LESSEN: NIET GOED FUNCTIONERENDE SYSTEMEN

Veel kwaliteitsnormen in de zorg zijn alleen gericht op de kwaliteit van zorgprocessen.<sup>4</sup> Het is echter al lange tijd bekend dat de kwaliteit van de ziekenhuiszorg wordt bepaald door het geheel van de structuur, de zorgprocessen en de uitkomst van deze zorgprocessen.<sup>8</sup> In de eerdergenoemde onderzoeksrapporten<sup>2-4</sup> werd dit weer eens bevestigd. Ook viel op dat de problemen niet toe te schrijven waren aan het handelen van één persoon of van enkele individuen, maar dat hele systemen niet goed bleken te functioneren.<sup>9</sup> Overigens speelt binnen deze systemen mensenwerk een belangrijke rol en wij mogen de persoonlijke verantwoordelijkheid voor het goed functioneren van deze systemen niet uit het oog verliezen. Ongeveer 80% van de incidenten in de Nederlandse ziekenhuizen heeft namelijk te maken met menselijke factoren.<sup>10</sup> Er is echter meer te leren; wij noemen de lessen die naar onze mening het belangrijkste zijn voor bestuurders en beroepsbeoefenaars.

#### NEEM VERANTWOORDELIJKHEID EN BRENG GEEN ONWAARHEID NAAR BUITEN

Als bekend wordt dat er een probleem is met de kwaliteit van de zorg, ontken dat dan niet, maar neem onmiddellijk de verantwoordelijkheid, wees eerlijk en stel een onderzoek in. Doe pas uitspraken over het probleem als deze onderbouwd kunnen worden. Ontken niet dat er vermijdbare sterfte is, want helaas komt er in de zorg vermijdbare sterfte voor.<sup>11,12</sup>

#### DE VERMIJDBARE PERIOPERATIEVE STERFTE KAN AANZIENLIJK ZIJN

In de literatuur varieert de proportie vermijdbare perioperatieve sterfte bij hartoperaties van 25-32%.<sup>11,12</sup> Het enige onderzoek naar de proportie vermijdbare sterfte bij algemene chirurgie, vaatchirurgie en traumachirurgie leert dat deze percentages respectievelijk 28, 44 en 19 zijn.<sup>11</sup> De genoemde studies laten ook zien dat risico's en veiligheid eigenschappen zijn van een systeem. Regelmatige meting van de vermijdbare sterfte, opsporing van de oorzaken en het nemen van maatregelen om problemen op te lossen, zijn essentiële onderdelen van het kwaliteits- en veiligheidsbeleid.

#### WEES GERICHT OP SYSTEMATISCH RISICO'S BEHEERSEN EN VOORKÓMEN

De minister, de Tweede Kamer, patiëntenverenigingen en de IGZ hebben al eerder kritisch naar de gezondheidszorg gekeken. De KNMG constateert dat er nu met de OvV een kritische beschouwer bij is gekomen en onderschrijft de conclusie van de OvV dat het veiligheidsdenken in de zorg nog te weinig is gericht op het systematisch beheersen en voorkómen van risico's.<sup>13</sup> De OvV verwijst frequent naar de standpunten van de KNMG.<sup>4</sup> Over de

principes van het veiligheidsdenken bestaan geen verschillen van mening, maar de uitdaging zal zijn om de normen en waarden uit de relevante KNMG-standpunten te vertalen naar de praktijk.<sup>13</sup> Dokters zijn aanspreekbaar op veiligheidsproblemen en zullen zich daar meer dan ooit mee bezig moeten houden.

#### **VERBETER EN MONITOR ZORGPROCES, ZORG VOOR VEILIGHEIDSGARANTIES**

Het rapport van de IGZ heeft een aantal structuurproblemen blootgelegd.<sup>2</sup> Medewerkers moeten gemotiveerd zijn om in een (academisch) ziekenhuis te werken en dienen te beschikken over de juiste eigenschappen voor de juiste veiligheidscultuur. Het is onverstandig om bijvoorbeeld wegens productiedruk niet-gemotiveerde medewerkers aan te nemen. Ook wordt duidelijk gemaakt dat voor specifieke zorg specifieke kennis en kunde nodig zijn.<sup>2</sup> Beroepsbeoefenaars dienen nieuwe procedures adequaat te introduceren en zij moeten ervoor zorgen dat specialistische kennis en kunde 24 uur per dag beschikbaar zijn en dat goede medische verslaglegging plaatsvindt.

Standaardisatie kan de veiligheid van zorgprocessen verbeteren.<sup>2,14</sup> Hiervoor zijn het vastleggen van het proces en afstemming van de verschillende processtappen noodzakelijk. Zo is, in wekelijks overleg, in 2006 de hartchirurgische zorgketen in het UMC St Radboud ontleed en opnieuw ingericht. Er werden protocollen gemaakt en eindverantwoordelijken benoemd voor onderdelen van de zorgketen. Het gebruik van richtlijnen verbetert de kwaliteit van de zorg,<sup>15</sup> maar het naleven ervan kost veel inspanning omdat mensen niet van veranderingen houden<sup>16</sup> en de neiging hebben regels te overtreden.<sup>17</sup> Daarom is er nu aan het begin van elke dag een bijeenkomst om eventuele problemen te bespreken. Wekelijks wordt het operatieprogramma besproken en maandelijks zijn er bijeenkomsten waar complicaties en andere incidenten multidisciplinair worden geanalyseerd. Er is dus een aantal mogelijkheden gecreëerd om te leren van incidenten en bijna-incidenten.

In april 2008 kondigde de raad van bestuur van het UMC St Radboud het plan aan om het Instituut voor Waarborging van Kwaliteit en Veiligheid op te richten. Dit ziekenhuisinstituut bestaat uit beroepsbeoefenaars en bestuurders en gaat de kwaliteit van de zorg meten en monitoren. De kwaliteit van de cardiochirurgische en cardio-esthesiologische zorg wordt thans zowel met proces- als met uitkomstparameters gemeten.<sup>18,19</sup> De geopereerde patiënten worden gedurende 1 jaar na de operatie gevolgd, omdat kwaliteitsproblemen zich nog na de ziekenhuisperiode kunnen openbaren.<sup>20,21</sup> Intussen leveren alle Nederlandse hartcentra jaarlijks data aan de inspectie, omdat de IGZ inzicht wil hebben in de kwaliteit van hartoperaties bij volwassenen.<sup>22</sup>

De IGZ roept de beroepsbeoefenaars op hun professionele verantwoordelijkheid te nemen door zich ervan op de hoogte te houden of het ziekenhuis de faciliteiten waarmee zij werken voldoende onderhoudt.<sup>3</sup> Bij onvoldoende garanties voor de veiligheid van deze faciliteiten mogen ze niet worden gebruikt. De IGZ stelt dat er een einde moet komen aan de cultuur van vrijblijvendheid en zal nadrukkelijker ziekenhuizen en beroepsbeoefenaars aanspreken wanneer schade optreedt door het werken met onveilige medische apparatuur.<sup>3</sup>

#### **BETROKKENHEID ORGANISATIES VAN BEROEPSBEOEFENAARS NODIG**

De Orde van Medisch Specialisten ondersteunt de oproep van de IGZ<sup>3</sup> en meent dat de wetenschappelijke verenigingen eisen dienen te formuleren waaraan medische apparatuur moet voldoen; verder moeten de medische staven in de ziekenhuizen zich periodiek door de raad van bestuur laten informeren over relevante veiligheidsaspecten en dienen de individuele medisch specialisten apparatuur te controleren aan de hand van informatie van de raad van bestuur.<sup>5</sup>

De OvV adviseert de KNMG en de Medisch Specialisten Registratie Commissie ervoor te zorgen dat medisch specialisten beter worden toegerust om de kwaliteit van de zorg te meten en te verbeteren. Ook vindt de raad het verstandig dat bij visitaties tevens de kwaliteit en veiligheid van de patiëntenzorg worden beoordeeld en dat de conclusies hiervan beschikbaar worden gesteld aan de verantwoordelijke bestuurders. De raad constateerde met verbazing dat de herregistratie van specialisten en het erkennen en visiteren van opleidingen geen betrekking hebben op de kwaliteit en veiligheid van de zorg.<sup>4</sup>

#### **ZORG VOOR VERANTWOORD BESTUUR**

De OvV geeft adviezen die van belang zijn voor de raad van bestuur, het dagelijkse bestuur van het ziekenhuis, en de raad van toezicht, de interne toezichthouder op het dagelijkse bestuur. De uitgangspunten zijn dat de medisch specialist werkt binnen een toetsbaar kader en dat de eindverantwoordelijkheid voor verantwoorde zorg wettelijk ligt bij de raad van bestuur.<sup>4</sup> De OvV adviseerde het UMC St Radboud zich zo te organiseren dat de raad van bestuur de eindverantwoordelijkheid voor verantwoorde zorg kan dragen en de raad van toezicht zijn taak als interne toezichthouder kan uitvoeren.<sup>4,23</sup> Het beleid moet gericht zijn op het vermijden van risico's en het management moet dit beleid stimuleren of initiëren.<sup>4</sup> Dat vereist samenwerking tussen bestuurders en beroepsbeoefenaars in de zorg, en helderheid over wederzijdse taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden. Intussen verandert de samenstelling van de raad van toezicht van het UMC St Radboud en men is bezig dit college een beter inzicht te geven in de kwaliteit van de zorg. De raad van

bestuur heeft de clustering van de afdelingen opgeheven en de afdelingshoofden integraal verantwoordelijk gemaakt voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg.

#### ZORG VOOR VERANDERING VAN WETTEN

De OvV adviseert de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) om de Kwaliteitswet Zorginstellingen en de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) nog eens kritisch te beschouwen om eventuele onduidelijkheden in de relatie tussen beide wetten weg te nemen.<sup>4</sup> Het past niet meer bij de hedendaagse gezondheidszorg om de verantwoordelijkheden van instellingen en beroepsbeoefenaars apart te regelen. Deze verantwoordelijkheden zijn zozeer met elkaar verweven dat er één duidelijke en samenhangende wettelijke regeling dient te komen. Ook krijgt de minister van de OvV het advies een klokkenluidersregeling te realiseren en de IGZ zodanig uit te rusten dat ze haar toezichthoudende taak kan uitoefenen. De minister meent dat patiëntveiligheid geen vrijblijvende zaak is en tracht daarom de Wet Uitbreiding Bestuurlijke Handhaving Volksgezondheidwetgeving door de Tweede Kamer te krijgen.<sup>23</sup> Wettelijke uitbreiding van de bevoegdheden van de IGZ – zoals het recht om patiëntendossiers in te zien en de mogelijkheid om een bestuurlijke boete op te leggen – zal een intensiever en krachtiger toezicht mogelijk maken.<sup>23</sup> De komende tijd zal duidelijk worden wat de minister doet met de andere aanbevelingen.

#### BETER INTERN TOEZICHT VERSTERKT HET EXTERNE TOEZICHT

Op 20 mei 2008 stuurde de minister van VWS een brief naar de Tweede Kamer in reactie op het IGZ-rapport over de brand in het Twenteborg Ziekenhuis.<sup>23</sup> Daarin stelde de minister dat medische apparatuur altijd behoort te voldoen aan de geldende normen, dat hij de aanbevelingen van de IGZ<sup>3</sup> en de Orde van Medisch Specialisten<sup>5</sup> ondersteunt, en dat hij verwacht dat ziekenhuizen, bestuurders en beroepsbeoefenaars hun verantwoordelijkheden op zich nemen en proactief kwaliteit en veiligheid in hun werksituatie integreren.<sup>23</sup> Men moet het

interne toezicht in de ziekenhuizen verbeteren om te voldoen aan de wettelijke plicht verantwoorde zorg te leveren. Alleen op deze manier kunnen het interne toezicht en de IGZ elkaar versterken.

#### CONCLUSIE

De recente incidenten in de zorg laten zien dat de controlemechanismen voor het garanderen van de kwaliteit en veiligheid van de patiëntenzorg kunnen falen. De raden van bestuur moeten zich realiseren dat kwaliteit niet het exclusieve domein is van medisch specialisten, maar dat zij de eindverantwoordelijkheid dragen voor verantwoorde zorg. Dit betekent dat bestuurders en beroepsbeoefenaars hun relatie opnieuw moeten bezien om hun verantwoordelijkheden voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg te kunnen waarmaken. De adviezen in de onderzoeksrapporten<sup>2-4</sup> zijn duidelijk: verbeter de structuur, inrichting en organisatie van de zorg, de controle van medische apparatuur en de bewaking van de kwaliteit en patiëntveiligheid. Partijen moeten afspraken maken over hun verantwoordelijkheden en daar vervolgens invulling aan geven. Weliswaar heeft ongeveer 80% van de incidenten in de Nederlandse ziekenhuizen te maken met menselijke factoren, maar bij een kwart speelt de organisatie een rol en bij 10% zijn technische zaken in het geding.<sup>10</sup> Om het bovenstaande te faciliteren is het aan te bevelen de Wet BIG en de Kwaliteitswet Zorginstellingen te vervangen door één wettelijke regeling die betrekking heeft op de gezamenlijke verantwoordelijkheid van bestuurders en beroepsbeoefenaars voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 25 juli 2008

Citeer als Ned Tijdschr Geneesk. 2009;153:B61

 [Meer op www.ntvg.nl/klinischepraktijk](http://www.ntvg.nl/klinischepraktijk)

#### LITERATUUR

- 1 Yamada T. In search of new ideas for global health. *N Engl J Med*. 2008;358:1324-5.
- 2 Een tekortschietend zorgproces. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg; 2006.
- 3 Rapport onderzoek brand Twenteborg Ziekenhuis Almelo. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg; 2008.
- 4 Een onvolledig bestuurlijk proces: hartchirurgie in UMC St Radboud. Den Haag: Onderzoeksraad voor Veiligheid; 2008.
- 5 Orde roept alle medisch specialisten op de aanbevelingen van de IGZ ter harte te nemen. *Med Contact*. 2008;63:971.
- 6 Kalkman CJ, Romijn C, van Rheineck Leyssius AT. Brand en explosiegevaar bij gebruik van zuurstof in operatiekamers. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2008;152:1313-6.
- 7 Sanders FB, de Mol BA, Monteban E, Ale BJ. Verslag onderzoekscommissie brand OK Twenteborg Ziekenhuis. Hilversum: Raad van Bestuur van de Ziekenhuisgroep Twente, Almelo; 2007.

- 8 Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q.* 1966;44 Suppl:166-206.
- 9 Reason J. Human error: models and management. *BMJ.* 2000;320:768-70.
- 10 Wagner C, Smits M, van Wagtenonk I, Zwaan L, Lubberding S, Merten H, et al. Oorzaken van incidenten en onbedoelde schade in ziekenhuizen. Een systematische analyse met PRISMA op afdelingen Spoedeisende Hulp, chirurgie en interne geneeskunde. Amsterdam: EMGO Instituut; 2008.
- 11 Healey MA, Shackford SR, Osler TM, Rogers FB, Burns E. Complications in surgical patients. *Arch Surg.* 2002;137:611-7.
- 12 Guru V, Tu JV, Etchells E, Anderson GM, Naylor CD, Novick RJ, et al. Relationship between preventability of death after coronary artery bypass graft surgery and all-cause risk-adjusted mortality rates. *Circulation.* 2008;117:2969-76.
- 13 Holland P. Veiligheid in de zorg. *Med Contact.* 2008;63:967.
- 14 Klein J. Multimodal multidisciplinary standardization of perioperative care: still a long way to go. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2008;21:187-90.
- 15 Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L, et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess.* 2004;8:iii-72.
- 16 Aberegg SK, Haponik EF, Terry PB. Omission bias and decision making in pulmonary and critical care medicine. *Chest.* 2005;128:1497-505.
- 17 Amalberti R, Vincent C, Auroy Y, de Saint Maurice G. Violations and migrations in health care: a framework for understanding and management. *Qual Saf Health Care.* 2006;15 Suppl 1:i66-71.
- 18 Shahian DM, Edwards FH, Ferraris VA, Haan CK, Rich JB, Normand SL, et al. Quality measurement in adult cardiac surgery: part 1. Conceptual framework and measure selection. *Ann Thorac Surg.* 2007;83(4 Suppl):S3-12.
- 19 O'Brien SM, Shahian DM, DeLong ER, Normand SL, Edwards FH, Ferraris VA, et al. Quality measurement in adult cardiac surgery: part 2. Statistical considerations in composite measure scoring and provider rating. *Ann Thorac Surg.* 2007;83(4 Suppl):S13-26.
- 20 Wouters CW, Noyez L. Is no news good news? Organized follow-up, an absolute necessity for the evaluation of myocardial revascularization. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2004;26:667-70.
- 21 Noyez L, Verheugt FW, van Swieten HA. The importance of an organized follow-up for the evaluation of mortality after hospital discharge in cardiac surgery. *Interact Cardiovasc Thorac Surg.* 2008;7:449-51.
- 22 Sheldon T. Dutch want publication of data on heart surgery. *BMJ.* 2006;332:1049.
- 23 Klink A. Rapport IGZ over brand ziekenhuis Twenteborg te Almelo. Brief aan Tweede Kamer der Staten-Generaal CZ/TSZ-2847127, 20 mei 2008. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2008.