

# Handleiding veiligheidsplan

Utrecht, maart 2009  
Handleiding Veiligheidsplan  
Veiligheidsprogramma

## ***Inleiding***

Het Veiligheidsplan is één van de middelen waarmee een ziekenhuis beleid en strategie op gebied van patiëntveiligheid neer kan zetten. Er wordt beschreven welke activiteiten uw ziekenhuis nog gaat starten om te voldoen aan de eisen uit de NTA 8009:2007 om daarmee het ziekenhuis veiliger te maken voor haar patiënten. Alle ziekenhuizen in Nederland moeten in 2012 beschikken over een volledig werkend veiligheidsmanagementsysteem (VMS).

### Waarom een Veiligheidsplan

Er zijn diverse redenen om beleid&strategie van een ziekenhuis neer te zetten in een veiligheidsplan. Hieronder zetten we de belangrijkste redenen voor u op een rij:

- Het veiligheidsplan dient als stappenplan om in 2012 te voldoen aan de eisen uit de NTA.
- Het plan biedt structuur en samenhang en concretiseert de activiteiten op gebied van veiligheid.
- Binnen het veiligheidsplan kunt u randvoorwaarden vastleggen voor een veilig ziekenhuis.
- Ook taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden kunt u vastleggen in het plan.
- Het plan bevordert het leren binnen de organisatie.
- Door middel van het plan kunt u als Raad van Bestuur commitment tonen voor patiëntveiligheid.

Het Veiligheidsplan wordt op ziekenhuisniveau opgesteld en valt onder de verantwoordelijkheid van de Raad van Bestuur. De verschillende managementlagen zijn verantwoordelijk voor de vertaling van het meerjaren veiligheidsplan naar concrete doelstellingen die binnen hun verantwoordelijkheidsgebied behaald moeten worden.

U kunt bij het opstellen van het Veiligheidsplan gebruik maken van een aantal documenten (te vinden op [www.vmszorg.nl](http://www.vmszorg.nl)):

- Deze handleiding geeft een beschrijving van de inhoud van de verschillende onderdelen van het veiligheidsplan;
- Het Format Veiligheidsplan geeft de opbouw voor hoofdstukken en paragrafen uit het veiligheidsplan;
- De NTA 8009:2007 bevat de eisen waar een Veiligheidsmanagementsysteem aan moet voldoen;
- De 'Evaluatie-instrument Veiligheidsprogramma' geeft een ziekenhuis inzicht hoe ver zij is met het implementeren van de eisen uit de NTA 8009:2007;
- Voorbeeld Veiligheidsplannen van andere ziekenhuizen

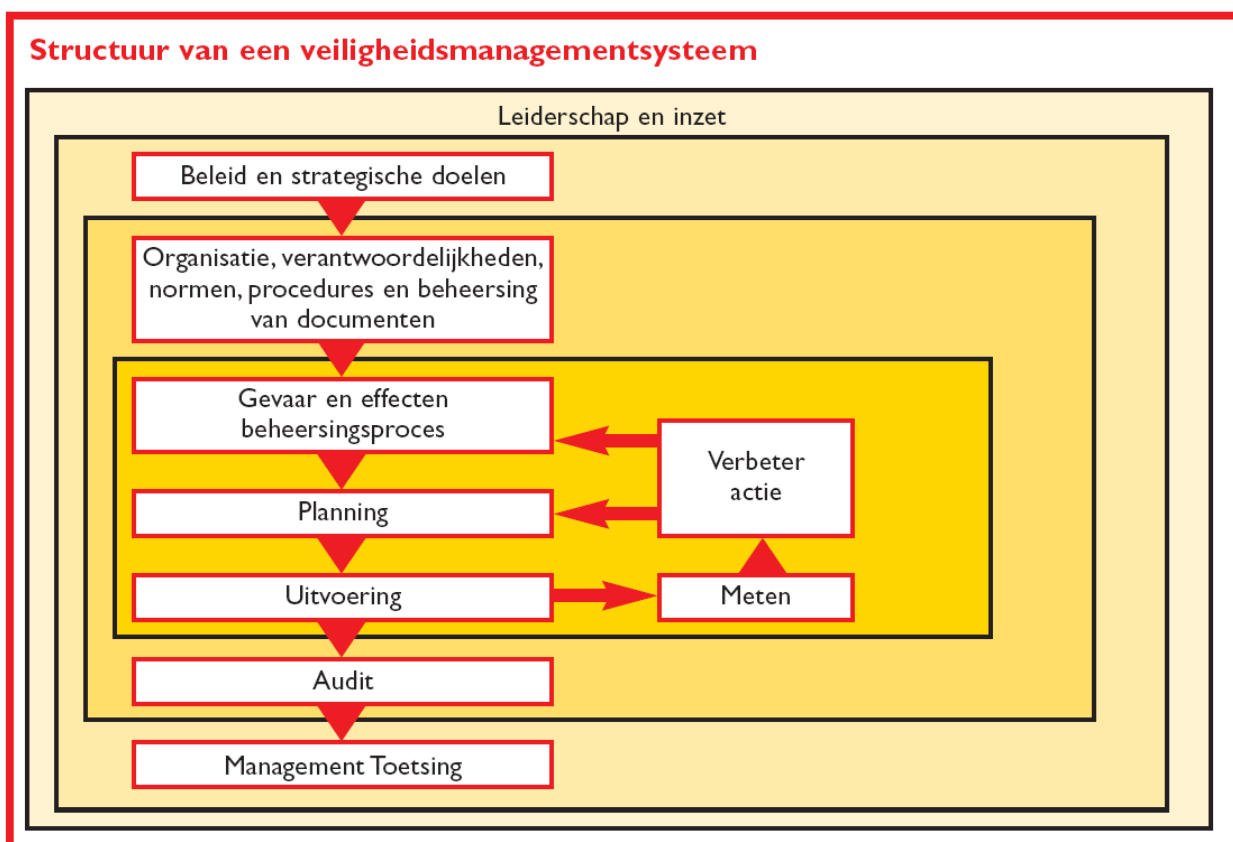
Het opstellen van een meerjarig beleidsplan met daarbij behorende SMART doelstellingen is één van de eisen die zijn opgenomen in de NTA 8009:2007. We hopen dat deze handleiding voor u een hulpmiddel is bij het schrijven van een veiligheidsplan voor uw organisatie. Wij gaan er in deze handleiding vanuit dat het Veiligheidsplan een losstaand plan betreft. U kunt er ook voor kiezen het veiligheidsbeleid te integreren in het algemene meerjarenbeleid van uw ziekenhuis.

## ***Inhoudsopgave***

Inleiding.....	2
Inhoudsopgave .....	3
1. Inleiding Veiligheidsplan .....	4
2. Verantwoordelijkheid Raad van Bestuur.....	7
3. Leiderschap .....	11
4. Communicatie .....	13
5. Medewerkers .....	15
6. Patiëntenparticipatie.....	17
7. Prospectieve risico-inventarisatie.....	18
8. Operationele beheersmaatregelen.....	20
9. Beheren en beheersen van verandering.....	21
10. Melden van incidenten en retrospectieve risico-inventarisatie .....	22
11. Monitoren van uitkomsten en rapportage.....	24
12. Verbeteren veiligheid van de zorgverlening.....	26
13. Tips bij het maken van het Veiligheidsplan.....	28
Bijlage A. Definities.....	29
Bijlage B. Veiligheidsdoelstellingen.....	30
Bijlage C. Voorbeeldplanning .....	32
Woord van dank .....	35

## 1. Inleiding Veiligheidsplan

In het document 'Hier werk je veilig of je werkt hier niet', (Willems, 2004<sup>1</sup>) staat een blauwdruk voor een Veiligheidsmanagementsysteem (zie figuur 1). Het centrale punt is de inventarisatie van risico's en cruciaal daarbij is dat de risico's systematisch worden aangepakt. Een blijvende verbetering van de veiligheid op een afdeling kan pas gemaakt worden als het VMS is opgezet, als het leeft op de afdeling en als ermee gewerkt wordt, en als dit middel (VMS) inderdaad geschikt blijkt om de vooraf gestelde doelstelling te bereiken. Maar heel belangrijk hierbij is ook de cultuur op de afdeling. Is men bereid om te leren van fouten, is de cultuur zodanig dat incidenten veilig gemeld kunnen worden. Dus naast het werken aan een VMS, moet ook gewerkt worden aan de cultuur.



Figuur 1: Blauwdruk Veiligheidsmanagementsysteem, uit Willems, 2004<sup>1</sup>

De inleiding van het meerjaren Veiligheidsplan heeft eenzelfde doel als elke andere inleiding. Het geeft antwoord op de vragen:

- Wat is het onderwerp?
- Waarom dit plan, wat is het doel en het belang van het stuk?
- Wat is de werkwijze en hoe ziet de structuur van het document eruit?

<sup>1</sup> Rein Willems, 'Hier werk je veilig, of je werkt hier niet', Eindrapportage Shell Nederland voor 'Sneller Beter', Den Haag 2004

De inleiding van het Veiligheidsplan kan benut worden door de Raad van Bestuur om het belang te benadrukken van patiëntveiligheid en het commitment aan te tonen voor het onderwerp.

Om u een idee te geven voor een inleiding is hieronder een inleiding opgenomen uit een bestaand veiligheidsplan van een ziekenhuis, de inleiding is opgebouwd uit 4 paragrafen: aanleiding, waarom het ziekenhuis veiligheid belangrijk vindt, het veiligheidsmaatregelen, de verantwoordelijke personen en functies binnen het ziekenhuis, in het bijzonder de Raad van Bestuur en definities.

---

### Aanleiding

*De laatste vijftien jaar zijn internationaal verschillende studies verricht naar fouten en tekortkomingen in de gezondheidszorg. Deze laten zien dat bij ongeveer 10% van de in een ziekenhuis opgenomen patiënten incidenten plaatsvinden die leiden tot schade. Naar schatting overlijden per jaar 1735 mensen in Nederland vroegtijdig ten gevolge van medisch handelen. In 2004 verscheen het rapport 'Hier werk je veilig, of je werkt hier niet'. De hoofdaanbeveling van dit rapport is dat alle ziekenhuizen met een (gecertificeerd) Veiligheidsmanagementsysteem (VMS) werken. Om de veiligheid in de Nederlandse ziekenhuizen te verbeteren, hoeven er geen nieuwe systemen te worden ontwikkeld. In veel ziekenhuizen zijn al onderdelen gerealiseerd. De basiselementen moeten bestaan uit en aansluiting vinden bij activiteiten die al in ziekenhuizen worden uitgevoerd. De invulling van die basiselementen vindt u in dit plan.*

### Waarom het ziekenhuis veiligheid belangrijk vindt.

*Door verschillende onderzoeken naar de onveiligheid in Nederlandse en buitenlandse ziekenhuizen wordt steeds duidelijker waarom en ook hoe we de veiligheid voor patiënten kunnen vergroten. Het ziekenhuis heeft al verschillende initiatieven lopen op gebied van veiligheid maar er komt meer en meer behoefte aan samenhang en duidelijkheid. Door meer samenhang wordt voorkomen dat dingen dubbel gedaan worden en kunnen afdelingen van elkaar profiteren. Als er meer duidelijkheid bestaat over verantwoordelijkheden, bevoegdheden en communicatielijnen kunnen leidinggevendenden beter sturen op veiligheid en kan de Raad van Bestuur de eindverantwoordelijkheid voor patiëntveiligheid ook op een goede manier op zich nemen.*

*Aan de complexe zorgprocessen die plaatsvinden binnen het ziekenhuis zijn voor patiënten risico's verbonden. Artsen, verpleegkundigen, paramedici en management nemen soms beslissingen die achteraf niet de juiste blijken te zijn of werken in een omgeving waarin fouten in de hand worden gewerkt. Het vraagt continu inspanning om de risico's tot een haalbaar minimum terug te brengen. Hierbij wordt erkend dat het maken van fouten een onveranderbaar kenmerk is van menselijk handelen. Dit vraagt een dusdanige inrichting van de zorgprocessen dat menselijke fouten worden opgevangen of ontdekt voordat deze leiden tot schade aan de patiënt. De aandacht bij patiëntveiligheid ligt op het verbeteren van het proces en niet op het aanwijzen van een schuldige".*

### Veiligheidsmaatregelen

*De kern van veiligheidsmanagement is de inventarisatie van de risico's en het nemen en vastleggen van maatregelen om de risico's te beheersen. Het identificeren van de risico's is de basis van het VMS. Deze risico's kunnen beheerst worden door barrières in de zorgprocessen in te bouwen, zodat gevaarlijke gebeurtenissen niet optreden. Mocht dit toch gebeuren, dan zijn er herstelmaatregelen nodig om de consequenties (schade aan de patiënt) te voorkomen of te beperken. Hierbij kan gedacht worden aan het werken met een*

*documentbeheersysteem waarin alle behandelprotocollen zijn opgenomen, een elektronisch medicatie voorschrijfsysteem en het inbouwen van dubbele controle in het zorgproces. De minimale eisen waaraan een Veiligheidsmanagementsysteem moet voldoen staan beschreven in de NTA 8009; 2007.*

#### Verantwoordelijken

*Succesvol veiligheidsmanagement is alleen mogelijk met de volledige steun en inzet van de Raad van Bestuur. Het is haar verantwoordelijkheid dat veiligheidsmanagementsysteem wordt geïmplementeerd, toegepast en continu geëvalueerd. Zij is verantwoordelijk voor de veiligheidscultuur, het verspreiden van 'good practices' onder de afdelingen en het aansturen van de uitvoering van verbetermaatregelen. Het gaat hierbij om leiderschap, het formuleren van beleid en strategie, het creëren van een veiligheidscultuur, het scheppen van randvoorwaarden.*

*Niet alleen de Raad van Bestuur draagt verantwoordelijkheid voor veiligheidsmanagement. Ook het management, de medische, verpleegkundige en overige professionals zijn verantwoordelijk voor de veiligheid van de zorg. Alle medewerkers dragen bij aan de cultuur door veiligheid bespreekbaar te maken, incidenten te melden en inzichtelijk te werken volgens duidelijke richtlijnen en protocollen. Medisch specialisten kunnen aansluiten bij landelijke initiatieven van de wetenschappelijke verenigingen om veiligheid te integreren in het medisch-specialistisch handelen. Gedacht kan worden aan complicatieregistratie, dossieronderzoek, medical audits en visitaties.*

#### Definities

*Er zijn verschillende definitie sets in omloop die betrekking hebben op patiëntveiligheid. Wij gebruiken in het ziekenhuis de definitie zoals die zijn genoemd in de NTA 8009; 2007. Zie bijlage A.*

---

## **2. Verantwoordelijkheid Raad van Bestuur**

NTA 8009-2007 paragraaf 3.1-3.7

In dit hoofdstuk worden de missie en visie van het ziekenhuis op gebied van veiligheid beschreven. Ook worden hier in hoofdlijnen de huidige en gewenste situatie binnen het ziekenhuis op gebied van patiëntveiligheid geschetst. Belangrijk is verder om aan te geven hoe veiligheid in de huidige strategische doelstelling van het ziekenhuis past. Uitgangspunt is dat de Raad van Bestuur eindverantwoordelijk is voor het opstellen van een patiëntveiligheidsbeleid dat aansluit bij het bestaande beleid van het ziekenhuis.

Uit ervaring van ziekenhuizen die hebben meegedaan aan de VMS-pilot is gebleken dat het goed is om de verschillende onderwerpen waaraan u gaat werken te verdelen over een aantal jaren. Het is niet zinvol om alle onderwerpen direct aan te pakken en een onderverdeling per jaar geeft houvast en structuur en zorgt voor een efficiënte verdeling van de aandacht van betrokkenen. Aan het einde van deze handleiding vindt u een voorbeeld voor een planning.

### Missie en visie

Het fundament voor een strategie wordt gevormd door de missie en de visie. Deze onderdelen van de organisatie beschrijven de identiteit en zijn relatief stabiel. Missie en visie beschrijven de bestaansredenen van de organisatie en het gemeenschappelijke toekomstbeeld en zijn uitgangspunt voor het formuleren van de doelstellingen van een organisatie.

Een missie en visie kunnen ook geformuleerd worden met betrekking tot één thema, in dit geval patiëntveiligheid. U geeft aan waar het ziekenhuis staat op gebied van veiligheid, en waarom u het belangrijk vindt en wat u wilt bereiken in de komende periode.

---

### *Missie:*

*Ons ziekenhuis wil ziekenhuiszorg van topkwaliteit leveren, vakbekwaam en toegewijd, aan iedereen die dat nodig heeft. Patiëntveiligheid staat hoog in het vaandel bij onze medewerkers. Professionals werken volgens de professionele standaard en dragen dit uit. Managers sturen op veiligheid en de Raad van Bestuur is eindverantwoordelijk voor de patiëntveiligheid in het ziekenhuis.*

### *Visie:*

*Patiëntveiligheid is een onmisbaar onderdeel van de kwaliteitszorg. Patiëntveiligheid moet een vast onderdeel worden van de werkzaamheden van de professional. Het ziekenhuis wil meer aandacht geven aan patiëntveiligheid en heeft daarom de volgende speerpunten voor 2012 benoemd:*

- *Cultuur: van reactief naar een pro-actieve, lerende cultuur*
  - *Veilig Incident Melden: het ziekenhuis gaat Veilig Incident Melden (VIM) invoeren op de verpleeg- en behandelafdelingen*
  - *Prospectieve risico-inventarisatie: het ziekenhuis gaat zorgprocessen systematisch doorlichten en de veiligheidsrisico's daarmee zoveel mogelijk wegnemen*
  - *Continu Verbeteren op de afdeling: het ziekenhuis gaat nieuwe initiatieven vanuit de werkvloer omarmen en de instrumenten bieden om de professionals aan de slag te laten gaan met de initiatieven.*
-

## Huidige situatie in het ziekenhuis

In deze paragraaf van het veiligheidsplan wordt beschreven hoe er nu binnen het ziekenhuis omgegaan wordt met veiligheid. Als hulpmiddel bij het beschrijven hiervan kan gebruik worden gemaakt van het 'evaluatie instrument Veiligheidsprogramma'. Dit instrument kunt u digitaal invullen via de website [www.vmszorg.nl](http://www.vmszorg.nl) en geeft inzicht in de stand van zaken van uw ziekenhuis op alle onderdelen van de NTA.

De volgende onderwerpen kunnen aan bod komen binnen het onderdeel 'huidige situatie':

- Staat veiligheid op de agenda binnen de verschillende overlegvormen?
- Wat wordt gedaan om een veilige cultuur te bewerkstelligen?
- Wordt kwaliteit/veiligheid door het management gefaciliteerd en uitgedragen binnen het ziekenhuis?
- Hoe loopt de evaluatie en het afleggen van verantwoording met betrekking tot patiëntveiligheid binnen het ziekenhuis?

---

### *Huidige situatie*

*Binnen het ziekenhuis is patiëntveiligheid terug te vinden in verschillende activiteiten. Zorginhoudelijke activiteiten zijn in een protocol gezet en digitaal toegankelijk. Er bestaat een structuur voor het melden van incidenten en klachten, er zijn procedures voor het werken met straling en gevaarlijke stoffen zoals cytostatica en er worden audits en focusgroepen georganiseerd. Toch is patiëntveiligheid nog geen integraal onderdeel van de zorg en bedrijfsvoering. De genoemde voorbeelden zijn veelal geïsoleerde bezigheden. Het ziekenhuis kent geen expliciete veiligheidscultuur. Op afdelingsniveau verkeert men in de veronderstelling de beste zorg te leveren, maar dit wordt slechts gedeeltelijk getoetst. Ook wordt veelal reactief gehandeld en een pro-actief beleid in dezen is niet kenmerkend voor de organisatie. Patiëntveiligheid is nog geen vast onderdeel binnen managementbesprekingen. Binnen het ziekenhuis wordt door managers gestuurd op financiën en kwaliteit. Met veiligheid wordt niet expliciet rekening gehouden. Binnen het ziekenhuis zijn verschillende meetinstrumenten actief waaronder een decubitus meetinstrument. De uitkomsten daarvan worden verspreid onder de verschillende afdelingen. Veel afdelingen zijn bezig met verbetertrajecten. Op dit moment wordt dat echter ad hoc gedaan. De uitkomsten van de metingen en de daarop volgende verbeteracties worden geëvalueerd in gesprekken tussen de afdelingshoofden en de clusterhoofden. Als een afdeling iets uitzonderlijks heeft bereikt met een verbeteractie wordt dit in het Nieuwsmagazine van het ziekenhuis vermeld. Het Nieuwsmagazine wordt onder alle medewerkers verspreid.*

---

## Gewenste situatie in het ziekenhuis

In deze paragraaf wordt de missie van het ziekenhuis concreet gemaakt, de ideale situatie wordt beschreven. Uiteindelijk worden uit dit deel van het veiligheidsplan concrete doelstellingen geformuleerd op gebied van veiligheid.

---



#### *Gewenste situatie:*

*Ons ziekenhuis wil één van de veiligste ziekenhuizen van Nederland worden. Hiervoor implementeert de Raad van Bestuur het zogenaamde Veiligheidsmanagementsysteem. Het management voelt het als haar verantwoordelijkheid de veiligheid van de zorg voor patiënten te waarborgen en waar nodig te verbeteren binnen hun verantwoordelijkheidsgebied. Hiervoor formuleert de Raad van Bestuur doelstellingen op gebied van patiëntveiligheid. Dit veiligheidsplan dient als uitgangspunt voor het formuleren van doelstellingen op verschillende niveaus binnen het ziekenhuis. Het management legt periodiek verantwoording af voor het gevoerde beleid aan de Raad van Bestuur. Het ziekenhuisbrede veiligheidsbeleid wordt door de managers uitgedragen en gestimuleerd. Hiervoor onderzoekt en benoemt het management de risico's die liggen binnen haar verantwoordelijkheidsgebied en ontwikkelt en onderhoudt zij een gecoördineerd programma van scholing en verbeterprojecten.*

*Het beleid met betrekking tot patiëntveiligheid is erop gericht zorgprocessen door een 'veiligheidsbril' te bekijken om incidenten en daarmee schade aan de patiënt te voorkomen. Indien zich onverhoeds een incident voordoet wordt dit grondig geanalyseerd om hiervan te leren en het in de toekomst te voorkomen. In geval van een incident als gevolg van een fout zal de nadruk niet op de persoon komen te liggen. Immers fouten maken is een onveranderbaar kenmerk van de mens. De nadruk zal komen te liggen op het opzetten van een zodanig systeem dat menselijke fouten worden opgevangen of ontdekt voordat deze tot schade aan de patiënt leiden.*

*De aandacht wordt gericht op verbetering van het proces en niet op het aanwijzen van een 'schuldige'. Toepassing van deze benadering zal leiden tot een structurele verbetering van de kwaliteit van zorg en daarmee een toename van de patiëntveiligheid.*

*Om dit te bereiken volgen alle managers een managementtraining op gebied van veiligheidsmanagement waarin ze leren op veiligheid te sturen. Daarnaast krijgen managers een aantal instrumenten aangereikt. Binnen het ziekenhuis willen we bijvoorbeeld gebruik maken van de 'Veiligheidsrondes'. Elk lid van de Raad van Bestuur voert 1x per jaar een veiligheidsronde uit op een afdeling. Gedurende de veiligheidsronde wordt gekeken naar risico's op gebied van veiligheid en deze worden besproken met de aanwezige medewerkers.*

#### *Vertrouwelijkheid*

*Alle informatie over de verbeteringen die het ziekenhuis, de medisch specialisten en de verpleegkundigen en overige paramedische en ondersteunende diensten implementeren in lijn met dit plan zijn vertrouwelijk.*

*Als Raad van Bestuur staan wij ervoor in dat het melden van een (bijna)incident geen aanleiding kan zijn voor het nemen van 'strafmaatregelen' gericht op de melder. In het meldsysteem zullen de meldingen ontdaan worden van de naam van de patiënt. Van de patiënt zullen alleen nog zichtbaar zijn: geboortedatum, afdeling, verblijf, geslacht.*

*Vertrouwelijke informatie kan bestaan uit verbeterplannen, (elektronische) data verzameling en rapportages. Sommige informatie kan door instanties van buiten het ziekenhuis worden opgevraagd. Dit zal dan altijd anoniem en in overleg met de betrokken professionals gedaan worden.*

## **Voorbeeld doelstellingen met betrekking verantwoordelijkheid Raad van Bestuur**

In mei 2009 is de verantwoordelijkheid van iedere manager met betrekking tot patiëntveiligheid opgenomen in de Planning&Control cyclus, de kwartaalrapportage en de beleidscyclus.

De Raad van Bestuur maakt vanaf juli 2009 door middel van een driemaandelijke bijdrage in het Nieuwsmagazine zichtbaar dat (patiënt)veiligheid behoort tot én van haar speerpunten op het gebied van zorgverlening en -verbetering.

Binnen een half jaar lopen 2 leden van de Raad van Bestuur samen met een Human Factors specialist door het ziekenhuis om te identificeren wat de risico's op dat gebied voor het ziekenhuis zijn en hoe die kunnen worden verminderd.

### **3. Leiderschap**

NTA 8009-2007 paragraaf 4.1 en 4.11

Het hoofdstuk leiderschap betreft de verdere invulling van de plannen van de RvB op niveau van de managementlagen eronder. In de NTA staan daarover de volgende onderdelen opgenomen:

Het management vertaalt de plannen van de Raad van Bestuur in een plan voor zijn/haar eigen verantwoordelijkheidsgebied.

Het management draagt het patiëntveiligheidsbeleid uit en faciliteert implementatie van het beleid voor haar verantwoordelijkheidsgebied. Daarvoor creëert zij randvoorwaarden en evalueert zij het beleid en legt hierover verantwoording af aan de Raad van Bestuur.

---

#### *Huidige situatie*

*De divisies en afdelingen binnen ons ziekenhuis hebben op dit moment geen eigen veiligheidsplan. Wel maken zij jaarplannen met meer algemene doelstellingen. Deze worden jaarlijks geëvalueerd en de resultaten van de doelstellingen worden besproken met de verantwoordelijk manager.*

#### *Gewenste situatie*

*Managers van de afdelingen en divisies maken nadat het plan van RvB definitief is, een Veiligheidsplan op hun niveau dat is afgeleid van het ziekenhuisbrede plan. Dit plan wordt elk kwartaal geëvalueerd door de manager en de betrokken medewerkers. Resultaten van de evaluatie worden besproken met de manager die 'boven' de betrokken manager staat. Daarbij is het belangrijk dat de manager het beleid uitdraagt. Dit kan onder andere gedaan worden door het beleid op gebied van veiligheid te bespreken in de werkoverleggen, en een manager spreekt mensen aan als ze niet veilig werken of als ze iets signaleren dat misschien een VIM-melding waard is.*

*Elke twee maanden wordt een veiligheidsronde uitgevoerd op een aangewezen afdeling door een manager van een andere afdeling. Gedurende de veiligheidsronde wordt gekeken naar risico's op gebied van veiligheid en deze worden besproken met de aanwezige medewerkers. Een verslag van de veiligheidsronde wordt aan de afdelingsmanager gegeven en kan als input dienen voor het te voeren beleid. Mede door de veiligheidsrondes wordt actief gewerkt aan een organisatiecultuur, waarin het vanzelfsprekend is te leren van fouten en daar vervolgens effectief op te reageren. Het motto hierbij is 'verantwoordelijkheid nemen voor eigen werk'. Het management moet hiervoor randvoorwaarden scheppen.*

*Alle manager ontvangen een managementtraining op gebied van patiëntveiligheid. Afdelingen worden getraind om verbeteringen in te gaan voeren. Gedurende de training leren ze hoe dat gestructureerd te doen en vooral belangrijk hierbij is het meten van de verbetering. Per afdeling zijn in 2010 minimaal 3 mensen getraind in de verbetermethodiek. In 2011 wordt gestart met de medewerkers van de afdelingen die beginnen met 'Veilig Incident Melden' en 'Prospectieve risico- inventarisatie'*

*Binnen het ziekenhuis willen we dat de zorg aantoonbaar veiliger wordt. Door systematisch te verbeteren, realiseren we dat afdelingen van elkaar kunnen leren. Binnen het ziekenhuis stimuleren we een lerende cultuur onder professionals en management. Hiervoor wordt een infrastructuur opgezet waarin afdelingsmanagers en professionals elkaar bezoeken om meer informatie over ingevoerde 'good practices' van elkaar te krijgen.*

---

### **Voorbeeld doelstellingen met betrekking tot leiderschap**

Eind 2010 hebben alle managers een managementtraining gevolgd op gebied van veiligheidsmanagement. Deze training organiseert het ziekenhuis intern met behulp van de trainingen die vanuit het Veiligheidsprogramma worden aangeboden.

Divisie- en afdelingsmanagers maken in 2010 een toegepast veiligheidsbeleidsplan dat is afgeleid van het ziekenhuisbrede beleidsplan op gebied van veiligheid met SMART doelstellingen.

Het divisie- en afdelingsmanagement evalueert vanaf 2010 het toegepaste veiligheidsbeleid op hun afdeling/divisie driemaandelijks en brengt hiervan verslag uit bij zijn/haar leidinggevende.

Binnen ons ziekenhuis worden in 2009 5 tot 10 'kritische proces indicatoren' (KPI's) benoemd voor patiëntveiligheid.

In de kwartaalrapportages van de afdelingen zien we vanaf 2010 terug hoe het staat met patiëntveiligheid door de scores op de KPI's te beschrijven.

## 4. Communicatie

NTA 8009-2007 paragraaf 4.2

Communicatie is essentieel om het denken over patiëntveiligheid binnen een ziekenhuis te bevorderen. Alle medewerkers moeten optimaal geïnformeerd worden door het onderwerp patiëntveiligheid structureel binnen de organisatie te bespreken.

Het is belangrijk een duidelijke infrastructuur te hebben waarin gerapporteerd en van elkaar geleerd wordt over veiligheid. Duidelijk moet zijn wie welke verantwoordelijkheden heeft en wie naar wie rapporteert; immers om te sturen op veiligheid moet informatie beschikbaar zijn.

Door dit onderdeel binnen het beleidsplan op te nemen zal iedere medewerker weten waar hij of zij aan toe is en waar hun verantwoordelijkheid ten aanzien van communicatie over patiëntveiligheid ligt. Naast interne communicatie speelt externe communicatie ook een belangrijke rol bij patiëntveiligheid. Van een ziekenhuis wordt verwacht dat het veilig is en dat moet zichtbaar zijn. Er moeten communicatiekanalen beschikbaar zijn om informatie over de manier waarop het ziekenhuis met patiëntveiligheid omgaat te verspreiden.

---

### *Huidige situatie*

*Op dit moment wordt communicatie niet specifiek ingezet voor patiëntveiligheid. Wat we wel hebben gedaan is het ophangen van postermateriaal over veiligheid in de Week van de Patiëntveiligheid.*

### *Gewenste situatie*

#### *Communicatiestructuur*

*Voor het bereiken van de missie op het gebied van patiëntveiligheid is een (tijdelijke) projectstructuur opgezet binnen het ziekenhuis. Deze ziet er als volgt uit: Er komt een stuurgroep kwaliteit&veiligheid in het ziekenhuis die het onderwerp veiligheid beheert. In deze stuurgroep zitten een lid van de Raad van Bestuur, Medische Staf en Verpleegkundige Adviesraad (of een ander verpleegkundig adviesorgaan), een divisie manager, 4 afdelingshoofden en de betrokken kwaliteitsfunctionarissen. Deze groep komt 6x per jaar bij elkaar om af te stemmen, uit te wisselen en te bewaken of het ziekenhuis de goede richting op blijft gaan. Daarnaast wordt gecommuniceerd en gerapporteerd volgens de bestaande kanalen van het ziekenhuis. De afdeling communicatie neemt het onderwerp 'patiëntveiligheid' vanaf volgend jaar op in hun jaarlijkse communicatieplan.*

#### *Interne communicatie*

*Patiëntveiligheid is een vast agendapunt op de verschillende overlegvormen, waaronder de vergaderingen van de Raad van Bestuur, het managementoverleg en, de vergaderingen van de medische staf. Dit betekent dat de rapportages van de VIM-commissie en de klachtencommissie, de resultaten van de prospectieve risico-inventarisaties, de veiligheidsrondes, focusgroepen en de prestatie-indicatoren structureel worden besproken op de genoemde vergaderingen.*

*Patiëntveiligheid is minimaal vier keer per jaar onderwerp van een publicatie in het Nieuwsmagazine. Informatie met betrekking tot patiëntveiligheid is beschikbaar via intranet omdat patiëntveiligheid een eigen link krijgt. De stuurgroep patiëntveiligheid geeft input aan de afdeling communicatie om deze site te vullen.*

*Patiëntveiligheid wordt structureel besproken met de Cliëntenraad. De activiteiten op het gebied van patiëntveiligheid worden gecoördineerd door diverse functionarissen werkzaam binnen verschillende afdelingen in het ziekenhuis. De betrokken functionarissen (kwaliteitsfunctionarissen, stafmedewerkers en projectmedewerkers) leggen bij de uitvoering verantwoording af aan hun leidinggevenden. Door deze manier van werken blijft de verantwoordelijkheid bij de lijnorganisatie en komt alle relevante informatie via de leidinggevenden bij de managers en de Raad van Bestuur. Er bestaan verschillende werkgroepen en commissies die direct of indirect betrokken zijn bij patiëntveiligheid. Het komend jaar zal gewerkt worden de onderlinge samenhang tussen deze werkgroepen.*

---

### **Voorbeeld doelstellingen met betrekking tot communicatie**

In samenwerking met de afdelingen 'Communicatie' en 'Public Relations' wordt een communicatieplan opgesteld met betrekking tot patiëntveiligheid. Dit plan moet definitief zijn in december 2011.

Per 1 januari 2010 is patiëntveiligheid een vast onderdeel op de verschillende overlegvormen waaronder de vergaderingen van de Raad van Bestuur, managersoverleg (alle lagen) en het overleg van het bestuur Medische Staf.

Patiëntveiligheid wordt vanaf 2010 in elk werkoverleg een vast onderwerp op de agenda, waarin de ontwikkelingen, vorderingen, verbeterplannen en resultaten worden besproken en uitgewerkt.

Per januari 2011 zorgt de Public Relations-afdeling dat alle informatie betreffende het veiligheidsprogramma op medewerkerniveau op het intranet en voor patiënten en derden op het internet toegankelijk is, zodat elke medewerker, patiënt en derde kan lezen hoe veiligheid binnen het ziekenhuis wordt aangepakt en verbeterd.

Alle procedures, protocollen, kwaliteitshandboeken, richtlijnen, werkwijzen, wet en regelgeving etc. zijn per oktober 2011 toegankelijk via intranet in de laatste gevalideerde versie en eventueel te printen voor gebruik.

## 5. Medewerkers

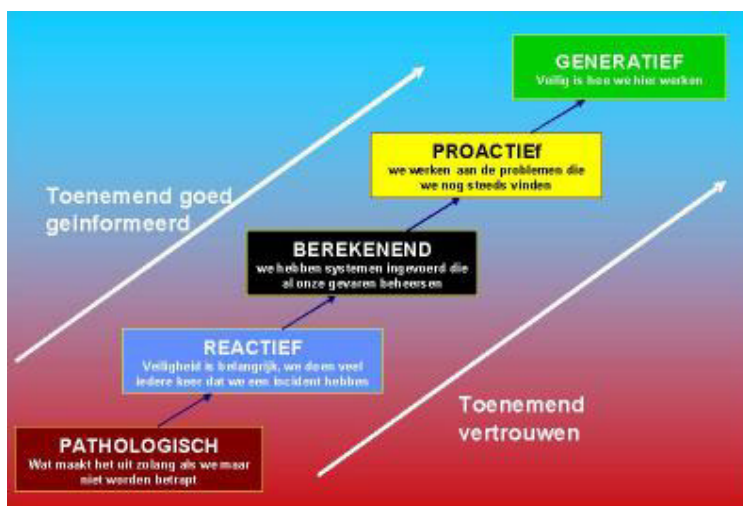
NTA 8009-2007 paragraaf 3.6 en 4.1.5 en 4.3

Het bouwen aan veilige zorg vraagt om een open en proactieve cultuur op de afdelingen binnen het ziekenhuis. Het veranderen van gedrag en stimuleren van professionals om anders naar het eigen werk te kijken, zijn aspecten die aandacht vragen bij het werken aan veiligheid.

In dit onderdeel van het beleidsplan wordt de cultuur op gebied van (patiënt)veiligheid beschreven. Om de veiligheidscultuur te kunnen veranderen is het noodzakelijk deze te meten en gerichte aangrijpingspunten voor verbetering te hebben. Er kan hierbij gebruik gemaakt worden van een cultuurmeting, bijvoorbeeld de COMPaZ vragenlijst van het Nivel. Deze vragenlijst maakt gebruik van een indeling in 5 vormen van organisatiecultuur:

- pathologisch (waarom tijd verdoen aan veiligheidsbeleid, wij leveren goede zorg)
- reactief (na elk incident nemen we actie)
- calculerend (we hebben systemen om alle risico's te managen)
- proactief (we zijn alert op mogelijke nieuwe risico's)
- generatief (veiligheid is een integraal deel van alles wat we doen)

Deze cultuurenquête kan behulpzaam zijn bij het vaststellen van de huidige situatie met betrekking tot cultuur.



Figuur 2: De 5 stadia van cultuur

Daarnaast is een hulpmiddel het Instrument voor Zelf Evaluatie van de Patiëntveiligheidscultuur (IZEP), ([www.vmszorg.nl](http://www.vmszorg.nl)) dat de afdeling helpt de cultuur te kwalificeren, bediscussiëren, verbeteren en evalueren.

In dit hoofdstuk van het Veiligheidsplan wordt beschreven welke instrumenten ingezet kunnen worden om de cultuur te verbeteren en op welke afdelingen en niveaus binnen het ziekenhuis de instrumenten gebruikt gaan worden.

Alle medewerkers van het ziekenhuis hebben hun eigen verantwoordelijkheid ten aanzien van patiëntveiligheid. Voor medewerkers die bij de directe patiëntenzorg betrokken zijn zoals specialisten en verpleegkundigen is dit een professionele verantwoordelijkheid.

Medewerkers moeten zich bewust zijn van deze verantwoordelijkheid en moeten de mogelijkheden krijgen om deze verantwoordelijkheid ook te kunnen nemen. Daarom zal deskundigheidsbevordering op gebied van patiëntveiligheid een plek moeten krijgen binnen het meerjaren veiligheidsplan.

---

#### *Huidige situatie*

*Binnen het ziekenhuis wordt niet expliciet aandacht besteed aan de veiligheidscultuur. Binnen de bestaande opleidingen komt het onderwerp aan de orde in de vorm van trainingen over feedback, monitoren van de verpleegkundige zorgverlening met behulp van focusgroepen.*

#### *Gewenste situatie*

*Binnen het ziekenhuis is werken aan veiligheid onderdeel van het dagelijks werk. Op de afdelingen en binnen het management behoort veiligheid tot ieders verantwoordelijkheid en bestaat een sfeer van openheid en bereidheid om van elkaar te leren. Door inzet van verschillende instrumenten op gebied van veiligheid wordt deze cultuur steeds beter. Om dit te meten gebruiken we de COMPaZ- vragenlijst die binnen het Veiligheidsprogramma wordt aangeboden.*

*Veiligheid is onderdeel van de opleidingen en trainingen aangeboden door de afdeling Opleidingen. Het betreft hier opleidingsactiviteiten op elk niveau van de organisatie. Daarnaast zijn de leidinggevenden bekend met hulpmiddelen die een bijdrage kunnen leveren aan de afdelingscultuur. Het is de verantwoordelijkheid van de leidinggevende deze te gebruiken wanneer dit zinvol wordt geacht.*

---

### **Voorbeeld doelstellingen met betrekking tot medewerkers**

De enquête met betrekking tot de veiligheidscultuur in het ziekenhuis (COMPaZ) wordt in 2009 op alle afdelingen uitgevoerd. Deze enquête wordt iedere twee jaar herhaald, de uitkomst wordt gebruikt om het veiligheidsbeleid bij te stellen

In 2010 starten 3 afdelingen met het IZEP zelfevaluatie instrument namelijk de longgeneeskunde, neurologie en algemene chirurgie. Als minimaal twee van de drie afdelingen enthousiast zijn, wordt het instrument verder binnen het ziekenhuis verspreid.

In 2010 zorgt de afdeling P&O ervoor dat de taken en bevoegdheden ten aanzien van patiëntveiligheid opgenomen worden in de bestaande functieprofielen van patiëntgebonden functies.

De afdeling Opleidingen doet in 2010 inventarisatie van beschikbare opleidingen ten aanzien van patiëntveiligheid die nodig zijn om dit beleid uit te voeren.

Op 1 december 2012 is patiëntveiligheid een vast onderdeel van het onderwijs- en opleidingsprogramma van de organisatie.



## **6. Patiëntenparticipatie**

NTA 8009-2007 paragraaf 4.5

Patiënten zijn een waardevolle bron bij het signaleren van risico's binnen de zorg. Het is daarom belangrijk om patiënten actief te betrekken bij het opstellen en formuleren van het veiligheidsbeleid van de verschillende afdelingen. Daarnaast moeten er ook voldoende wegen zijn om te bewandelen als patiënten ergens mee zitten of een klacht hebben.

---

### *Huidige situatie*

*Elke patiënt krijgt na opname in het ziekenhuis een enquête thuisgestuurd met vragen over zijn/haar ervaringen met de verleende zorg in het ziekenhuis. Ongeveer 30% van de patiënten stuurt deze enquête ingevuld terug. Elke 3 maanden ontvangt elke afdeling een terugkoppeling van deze enquête van de patiënten die op de betreffende afdeling hebben gelegen.*

*Voor patiënten die niet tevreden zijn is er een klachtenprocedure. In de centrale hal van het ziekenhuis is een informatiefolder te vinden over het indienen van klachten.*

### *Gewenste situatie*

*Patiënten worden actiever betrokken bij veiligheid dan nu het geval is. Dit willen we bewerkstelligen door patiënten actiever en op een meer laagdrempelige manier te bevragen over hun gevoel van veiligheid. Dat wordt in het exitgesprek gedaan terwijl de patiënt nog op de afdeling verblijft, maar wel diezelfde dag of een dag later naar huis gaat. Dit gesprek wordt gevoerd door een verpleegkundige van de afdeling.*

*Daarnaast zijn we van mening dat de klachtenprocedure een hoge drempel is voor een aantal patiënten. Wij willen die verlagen door een extra mogelijkheid te bieden om incidenten of verbeterpunten te melden. Er wordt in 2009 onderzoek gedaan naar de wensen van patiënten door een afstudeerder van de Hogeschool. We verwachten als uitkomst een manier van melden door patiënten. Vervolgens willen we de uitkomsten van dat onderzoek gaan invoeren binnen het ziekenhuis.*

*Uitkomsten van de enquêtes die door patiënten worden ingevuld moeten terugkomen in het afdelingsbeleid, managers worden hierop door hun leidinggevende beoordeeld.*

---

### **Voorbeeld doelstellingen met betrekking tot patiëntenparticipatie**

Vanaf augustus 2009 wordt veiligheid meegenomen in de exitgesprekken die verpleegkundigen voeren met de patiënt, dit is terug te zien in de ingevulde exitformulieren.

In het najaar van 2009 wordt een afstudeeronderzoek uitgevoerd door een student van de Hogeschool om te bepalen welke extra behoeften patiënten hebben met betrekking tot het laagdrempelig melden van incidenten tijdens hun verblijf. Vanaf 2010 willen we de uitkomsten van dit afstudeeronderzoek in gaan voeren binnen het ziekenhuis.

Vanaf 2010 worden de uitkomsten van patiëntenquêtes meegenomen in de jaarplannen van de betreffende afdeling/divisie. Leidinggevend worden hierop beoordeeld.

## **7. Prospectieve risico-inventarisatie**

NTA 8009-2007 paragraaf 4.6

De prospectieve risico-inventarisatie is een onderdeel van het veiligheidsmanagement-systeem en is een middel om risico's in zorgprocessen te vinden. Bij prospectieve risico-inventarisatie worden zorgprocessen in een multidisciplinair team geanalyseerd op risico's en worden verbeteracties geformuleerd in het kader van risicomanagement. Binnen het Veiligheidsprogramma is gebruik gemaakt van de methode 'Healthcare Failure Mode & Effects Analysis' (HFMEA). De methode is vertaald en aangepast aan de Nederlandse situatie en binnen het Veiligheidsprogramma wordt de naam PRI gebruikt (prospectieve risico-inventarisatie).

In het Veiligheidsplan kunt u aangeven hoeveel processen jaarlijks geanalyseerd gaan worden met PRI. Ook kunt u aangeven aan welke eisen de processen moeten voldoen om geanalyseerd te worden. Omdat het analyseren relatief veel tijd kost is het belangrijk om hierin een goede afweging te maken. Ook scholing met betrekking tot de analysemethode kan aan bod komen in het veiligheidsplan.

Omdat nog maar weinig ziekenhuizen aan prospectieve risico-inventarisatie doen, wordt op dit punt alleen de gewenste situatie met betrekking tot dit onderwerp genoemd.

---

### *Huidige situatie*

*We hebben nog nooit aan prospectieve risico-inventarisatie gedaan binnen ons ziekenhuis.*

### *Gewenste situatie*

*Op onze afdelingen is een top 3 van risicovolle processen bekend. Dit zijn zorgprocessen die kunnen leiden tot schade aan de patiënt wanneer ze niet optimaal worden uitgevoerd.*

*Gedacht kan worden aan het toedienen van cytostatica, patiënten identificatie, statusvoering, infectiepreventie. Om risicovolle processen te benoemen worden ook de VIM-meldingen van de verschillende afdelingen gebruikt. Die geven ook inzicht in de risico's per afdeling. Op basis van deze gegevens worden processen uitgekozen die aan nader onderzoek worden onderworpen door middel van prospectieve risico-inventarisatie.*

*OP ziekenhuisniveau wordt per jaar bepaald welke processen worden geanalyseerd met behulp van prospectieve risico-inventarisatie. Hiermee worden gevaren blootgelegd en waar nodig worden verbeteracties ingezet. Om de PRI's uit te kunnen voeren worden mensen getraind.*

---

### **Voorbeeld doelstellingen met betrekking tot prospectieve risico-inventarisatie**

Elke afdeling kan eind 2010 zijn top 3 benoemen van meest risicovolle processen en communiceert deze naar de stuurgroep Patiëntveiligheid.

In 2009 worden binnen het ziekenhuis 10 personen getraind in de prospectieve risico-inventarisatie.

Voor 1 januari 2010 is bij 10 processen met een hoog risico een PRI uitgevoerd.

Bij elke analyse die vanaf 2010 in ons ziekenhuis plaatsvindt treedt één van de tien in de methodiek getrainde personen op als procesbegeleider.

## **8. Operationele beheersmaatregelen**

Formuleer in dit hoofdstuk hoe operationele beheersmaatregelen momenteel in uw ziekenhuis beheerst zijn. Hierbij kunt u denken aan maatregelen om te bewerkstelligen regels rond inkoop, medische apparatuur, medicatiedistributie, opslag, voorraadbeheer vastgesteld en nageleefd worden.

- U beschrijft hier wederom de huidige situatie, de gewenste situatie en de doelstellingen die ervoor gaan zorgen dat u de gewenste situatie bereikt.

---

### *Huidige situatie*

*Er is geen ziekenhuisbrede procedure waarin operationele beheersmaatregelen vastgelegd zijn.*

### *Gewenste situatie*

*Er zijn binnen ons ziekenhuis procedures vastgelegd waarin beschreven staat hoe de patiëntveiligheid geborgd wordt bij de verschillende operationele processen zoals medicatiedistributie, inkoop van medicatie, medische apparatuur, gebouwen en infrastructuur.*

*Hiervoor worden vanuit de stuurgroep patiëntveiligheid kaders opgesteld en deze worden ingevuld door de verschillende verantwoordelijke afdelingen. De procedures worden gecheckt door de risicomanager en samengevoegd in een digitaal handboek dat beschikbaar is via het intranet.*

---

### **Voorbeeld doelstellingen met betrekking tot operationele beheersmaatregelen**

In 2009 zijn door de stuurgroep patiëntveiligheid kaders vastgesteld waaraan de procedures rond operationele beheersmaatregelen moeten voldoen

In 2010 worden deze kaders inhoudelijk uitgewerkt, waarbij per onderwerp een verantwoordelijke afdeling wordt benoemd

In 2011 worden de procedures gecheckt door de risicomanager, na goedkeuring worden ze in een digitaal handboek gezet dat toegankelijk is via intranet.

## **9. Beheren en beheersen van verandering**

NTA 8009-2007 paragraaf 4.8

Bij veranderingen die ziekenhuizen doormaken is het belangrijk te onderzoeken welke gevolgen deze veranderingen hebben voor de patiëntveiligheid. Als er risico's zijn met betrekking tot de patiëntveiligheid moet het management maatregelen nemen om deze risico's te minimaliseren.

---

### *Huidige situatie*

*Bij relatief grote veranderingen wordt altijd een plan van aanpak opgesteld. Dit plan bevat een heleboel informatie. Onder andere wie de eigenaar van het verandertraject is en wie verantwoordelijk is voor de diverse stappen die genomen gaan worden. Er zijn ook standaard hoofdstukken die in dat plan terug moeten komen, maar er is nog geen hoofdstuk opgenomen met als onderwerp 'de veiligheid van de patiënten'.*

### *Gewenste situatie*

*In het plan van aanpak voor veranderingen binnen ons ziekenhuis wordt ook standaard een hoofdstuk opgenomen over 'patiëntveiligheid'. Hierin wordt beschreven wat de risico's zijn en wordt ook onderzoek gedaan naar de risico's voor de verandering door middel van het onderzoeken van incidenten die gemeld zijn met betrekking tot dat procesdeel. Als er risico's blijken te bestaan voor de patiëntveiligheid worden hiervoor passende maatregelen genomen die goedgekeurd worden door de verantwoordelijke manager.*

---

### **Voorbeeld doelstellingen met betrekking tot beheren en beheersen van veranderingen**

Vanaf 2009 wordt een hoofdstuk over patiëntveiligheid toegevoegd aan de projectplannen die betrekking hebben op grootschalige veranderingen binnen onze organisatie. Deze paragraaf moet voor het project start worden goedgekeurd door de risicomanager.

## **10. Melden van incidenten en retrospectieve risico-inventarisatie**

*NTA 8009-2007 paragraaf 3.4 en 4.9*

Het melden en analyseren van incidenten vormt een belangrijk basiselement van het veiligheidsmanagementsysteem en heeft als doel (snel) inzicht te krijgen in de risico's op ziekenhuisafdelingen. Bij de analyse van incidenten staat niet de vergissing van een persoon centraal maar de condities waaronder mensen werken en de wijze waarop de zorg is georganiseerd. Dit betekent dat op het moment dat een (bijna)incident optreedt, men zich niet afvraagt door wie het komt, maar hoe het komt dat de veiligheidsmechanismen (barrières) van het systeem niet gewerkt hebben.

Het melden van incidenten is een eerste deel van het 'Incident melden en analyseren'. Cultuur is daarbij erg belangrijk; is de cultuur zo dat medewerkers aangemoedigd worden om te melden als zij een (bijna)incident meemaken?

Voor een ziekenhuis komt daarna het belangrijkste deel, het leren van incidenten door deze zorgvuldig te analyseren. In de ziekenhuizen worden op verschillende manieren incidenten gemeld en geanalyseerd er wordt vooral gebruik gemaakt van de analysemethoden Prevention and Recovery Information System for Monitoring and Analysis (PRISMA) en Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie (SIRE). Met deze methoden worden de basisoorzaken van het incident achterhaald, zodat de mogelijkheid ontstaat om verbetermaatregelen te formuleren en in te voeren.

Voor medicatiegerelateerde incidenten bestaat er bovendien een landelijk registratie systeem (Centrale Medicatiefouten Registratie, CMR) van de NVZA (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers) waarbij de medicatiegerelateerde incidenten volgens een vaste indeling (op procesniveau) worden geclassificeerd. Door als ziekenhuis deel te nemen aan de CMR is het mogelijk de gemelde medicatiegerelateerde incidenten te spiegelen aan de landelijke cijfers en is het mogelijk preventieve maatregelen te treffen om incidenten te voorkomen die elders in het land (met grote kans op herhaling) zijn opgetreden.

In dit hoofdstuk van het Veiligheidsplan beschrijft u wat u wilt bereiken op gebied van incident melden en analyseren en hoe u dat wilt bewerkstelligen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan:

- Het stimuleren van medewerkers om incidenten te melden;
- Het laten plaatsvinden van melden en analyseren op decentraal niveau;
- Het opbouwen van een gegevensbestand met structurele meldingen.

---

### *Huidige situatie*

*Met een (digitaal) meldingsformulier kunnen medewerkers fouten en bijna fouten melden bij de centraal functionerende MIP-commissie. Deze commissie bespreekt en analyseert het (bijna) incident. Zeer ernstige meldingen worden door de commissie aan de Raad van Bestuur gemeld. Soms leiden meldingen tot een algemeen geldende maatregel ter verbetering/verandering van beleid, procedures of protocol. Er vindt geen analyse plaats met behulp van de SIRE of PRISMA-methode.*

### *Gewenste situatie*

*In het ziekenhuis kunnen incidenten veilig worden gemeld. De Raad van Bestuur en het management zullen de informatie vanuit het VIM-systeem niet gebruiken voor repressieve maatregelen en dit is vastgelegd in een procedure.*

*Incidentmeldingen vindt decentraal plaats, waarbij de betreffende afdeling(en) een eigen VIM-commissie hebben die de meldingen analyseren en verbeteracties opzetten en ook terugkoppeling geven naar de melder. Deze commissie krijgt training en tijd beschikbaar om hun taken uit te voeren.*

*Meldingen worden via intranet gemeld op een digitaal meldformulier met vaste vragen. Voor het analyseren gebruikt de VIM-commissie de PRISMA methode; waarmee incidenten onderzocht en geanalyseerd worden en waarmee verbetermaatregelen worden opgesteld. De uitkomsten van de analyses worden vastgelegd en gerapporteerd aan het divisie management. De rapportages met daarin algemene gegevens van alle meldingen worden aan de centrale MIP-commissie doorgegeven in grafiekvorm (frequentie van de soorten incidenten per afdeling). De aard en ernst van incidenten wordt opgenomen in de kwartaalrapportage van elke afdeling.*

*De MIP-commissie heeft haar rol aangepast en zij heeft nu de functie van centrale analyseafdeling, die ziekenhuisbreed trendanalyses maakt van de meldingen die gedaan worden en via de decentrale commissies bij haar binnenkomen. Daarnaast analyseert zij incidenten die veel voorkomen of ernstige gevolgen hebben gehad. Daarvoor stelt zij verbetervoorstellen op en initieert zij verbetermaatregelen die worden gemonitord door het management van de betreffende afdeling.*

*Alle medicatiegerelateerde incidenten worden door de ziekenhuisapotheker doorgestuurd naar de landelijke CMR. Afdelingen kunnen bij ernstige incidenten de centrale MIP commissie vragen de melding te analyseren, de verantwoordelijkheid hiervoor ligt bij de meldingscommissies.*

*Voor het uitrollen van VIM is een implementatieplan geschreven.*

---

### **Voorbeeld doelstellingen met betrekking tot Melden van incident melden en retrospectieve risico-inventarisatie**

In de tweede helft van 2009 wordt door de stuurgroep patiëntveiligheid een implementatieplan VIM geschreven waarin vermeld staat hoe de uitrol van VIM binnen het ziekenhuis gaat plaatsvinden en wel welke stappen moet nemen.

De stuurgroep patiëntveiligheid maakt in 2009 een nieuwe procedure met betrekking tot het melden van incidenten en neemt hierbij ook op hoe omgegaan wordt met calamiteiten die een wettelijke meldingsplicht hebben.

Op 1 december 2010 worden incidenten op afdelingsniveau geregistreerd en geanalyseerd.

Vanaf 2011 wordt in de jaarverslagen van alle afdelingen een hoofdstuk opgenomen over de aantallen en de aard van de VIM-meldingen, de uitkomsten van de PRISMA-analyses en de behaalde verbeteringen.

Vanaf 2011 worden in de functioneringsgesprekken van de afdelingshoofden met hun leidinggevende de meldingen en de ingezette verbeteracties op de afdeling geëvalueerd.

## **11. Monitoren van uitkomsten en rapportage**

NTA 8009-2007 paragraaf 3.7, 4.1.6, 4.10.1, 4.10.3

Met toetsing van het VMS wordt bedoeld dat er periodieke evaluaties zijn die sterke en zwakke elementen uit het VMS aanwijzen en voor verbetering kunnen zorgen. Er zijn interne en externe toetsingsmomenten.

Extern:

Ziekenhuizen zijn maatschappelijke ondernemingen en dienen derhalve verantwoording af te leggen aan hun omgeving over hun bedrijfsresultaten. Enerzijds gebeurt dit in jaarverslagen en kwaliteitsjaarverslagen. Anderzijds wordt in toenemende mate inzicht vereist in zogenaamde prestatie- en kwaliteitsindicatoren, die veelal op internet worden gepubliceerd. Ook andere organisaties, zoals schadeverzekeraars, bieden hulp aan in de vorm van audits.

Intern:

Binnen het ziekenhuis kun je aan de slag met interne toetsing door middel van periodieke evaluatie van het beleid door Raad van Bestuur en management. Ook kunnen interne audits uitgevoerd worden op verschillende niveaus.

---

*Gewenste situatie*

*Toetsing extern*

*Het ziekenhuis doet aan externe toetsing van de resultaten op gebied van veiligheid door het traject in te stappen van NIAZ-accreditatie. Verder wordt elk jaar een audit gedaan door Medirisk waar een aantal verbeterpunten uit komen waaraan gewerkt gaat worden. Nog niet elk specialisme wordt gevisiteerd door collega's, we willen dat verplicht gaan stellen voor de bij ons werkzame vakgroepen. In 2011 willen we een samenwerking aangaan met een ander ziekenhuis op gebied van Veiligheidsrondes en het uitwisselen van Verbetermaatregelen.*

*Toetsing intern*

*De Raad van Bestuur evalueert haar beleid op gebied van patiëntveiligheid periodiek. Evenals het management dit doet voor het beleid ten aanzien van haar verantwoordelijkheidsgebied. In het ziekenhuis willen we dat een aantal medewerkers van een afdeling jaarlijks bij één andere afdeling op bezoek gaat om te bespreken hoe het met de veiligheid voor patiënten staat (eventueel kan dit gecombineerd worden met de Veiligheidsronde). Naast het feit dat vreemde ogen dwingen, denken we dat wederzijds veel van elkaar geleerd kan worden op gebied van veiligheid.*

---

### **Voorbeeld doelstellingen met betrekking tot monitoring van uitkomsten en rapportage**

De Raad van Bestuur evalueert het beleid ten aanzien van patiëntveiligheid jaarlijks en stelt dit zo nodig bij aan de hand van de doelstellingen.

In januari 2011 zijn kritische proces indicatoren vastgesteld en ingevoerd waarmee de effectiviteit van het veiligheidsbeleid getoetst kan worden.

Op 1 januari 2011 voeren leidinggevenden van patiëntgebonden afdelingen één keer per maand een veiligheidsronde uit.



Het management legt elk kwartaal verantwoording af over het toegepaste beleid ten aanzien van patiëntveiligheid in hun kwartaalrapportage dat besproken wordt in het kwartaalgesprek met hun leidinggevende.

Er wordt voor 2012 een auditsysteem ontwikkeld voor interne veiligheidsaudits, in overleg met coördinatoren van het interne NIAZ-auditsysteem, voor het opnemen van veiligheidstoetsing in afdelingsaudits

## 12. Verbeteren veiligheid van de zorgverlening

NTA 8009-2007 paragraaf 4.11

Verbeteren van de veiligheid van zorg is de kern van het patiëntveiligheid; het continu leren en verbeteren door aan de slag te gaan met de risico's die op verschillende manieren geïdentificeerd zijn.

De input voor verbeteringen kunt u halen uit de instrumenten die binnen de andere basiselementen ingezet worden om risico's te identificeren zoals de PRI, de cultuurenquête en VIM-meldingen.

Vele verbetering in de zorg worden doorgevoerd maar vaak op ad hoc basis en onvoldoende systematisch. Dit is een gegeven om aandacht aan te besteden, maar het is niet de bedoeling dat elke verbetering ingevoerd wordt door middel van het opzetten van een nieuwe projectstructuur. Dit onderdeel van het veiligheidsplan is bedoeld om als ziekenhuis vast te leggen dat het management het verbeteren faciliteert en stimuleert. Bijvoorbeeld door de medewerkers tijd te geven om trainingen op gebied van Continu Verbeteren te volgen en om verbeteracties op te zetten. Ook kan hiermee een structuur vastgelegd worden waarin gestimuleerd wordt dat ook tussen afdelingen van elkaar geleerd kan worden en zo 'good practices' binnen het ziekenhuis te verspreiden. Daarbij is het belangrijk om een voorbeeldfunctie te hebben als manager. Daarnaast heeft het management de verantwoordelijkheid om de verbetering te monitoren.

Een systematiek van continu verbeteren kan de medewerkers helpen verbeteringen te implementeren, te meten en te borgen.

---

### *Gewenste situatie*

*Het management bepaald op basis van de resultaten van de uitgevoerde patiëntveiligheidsactiviteiten zoals PRI en analyse van meldingen welke verbetermaatregelen worden geïmplementeerd om de patiëntveiligheid te vergroten. Verbetermaatregelen worden, indien relevant, door multidisciplinaire teams gepland en uitgevoerd. Deze teams voorzien het management, zo nodig, van informatie op basis waarvan de effectiviteit van de ingevoerde verbetermaatregelen kan worden geëvalueerd. Tevens kunnen hierbij de tien thema's van het landelijk veiligheidsprogramma een goede houvast bieden. Van deze thema's is op basis van onderzoek bekend dat zij behoren tot de risicovolle processen in de zorg waarop verbetering mogelijk is. Het betreft de volgende tien thema's:*

- *Voorkomen van ziekenhuisinfecties na een operatie (POWI)*
  - *Voorkomen van schade bij patiënten door sepsis ( bloedvergiftiging)*
  - *Vroegtijdige herkenning van patiënten met bedreigde vitale functies*
  - *Voorkomen van medicatiegerelateerde fouten, met name bij overdrachtmomenten*
  - *Voorkomen van onbedoelde vermijdbare schade bij oudere patiënten*
  - *Voorkomen van sterfte ten gevolge van een hartinfarct*
  - *Voorkomen van onnodig pijn lijden door patiënten*
  - *Voorkomen van incidenten bij het bereiden en toedienen van high-risk medicatie*
  - *Voorkomen van verwisseling van patiënten en bij patiënten*
  - *Voorkomen van nierinsufficiëntie bij gebruik van contrastmiddelen en medicatie*
-

**Voorbeeld doelstelling verbeteren veiligheid zorg:**

Op 1 december 2012 heeft de organisatie een positie bij de eerste 15 bereikt op de rangordelijst van de Nederlandse Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR).

Op 1 december 2012 is het percentage onbedoeld vermijdbare schade terug gebracht met 50%

Op 1 juni 2010 is er een systeem beschikbaar binnen het ziekenhuis waarin digitaal verbeteringen kunnen worden opgenomen en geprioriteerd en benoemd kan worden wie verantwoordelijk is binnen welke termijn om de verbetering door te voeren.

### **13. Tips bij het maken van het Veiligheidsplan**

- Schrijf in duidelijke taal die door alle medewerkers begrepen wordt
- Zorg voor draagvlak bij de medewerkers door hen te informeren tijdens het schrijven van het plan
- Betrek mensen door hun mening te vragen over zaken die hen aangaan
- Zorg dat belangrijke wijzigingen in het werk van bepaalde managers al bij hen bekend zijn voordat het veiligheidsplan breed bekend wordt gemaakt
- Zorg voor goede verspreiding van het plan met een aansprekende begeleidende brief

#### **Benoemde succesfactoren vanuit de pilotziekenhuizen:**

- Begin klein.
- Breng structuur aan.
- Breng detaillering aan op het juiste niveau; het plan hoeft niet gelijk om alle fronten tot in detail te beschrijven wat er gaat gebeuren, het mag groeien.
- Formuleer uw doelen SMART.
- Zorg dat veiligheid op uitkomst toetsbaar is.
- Gebruik het plan als besturingsmiddel voor het management.
- Gebruik het plan om binnen de organisatie een gedeeld beeld te laten ontstaan, de neuzen gaan dezelfde kant op.
- Benoem voorbeelden van voorbeeldgedrag in het plan.
- Laat het plan aansluiten bij het jaarplan.
- Kies op basis van de bestaande structuur in het ziekenhuis voor verspreiding direct ziekenhuisbreed of stap voor stap de organisatie door, dit heeft allebei voor- en nadelen.
- Gebruik bestaand enthousiasme.
- Zorg voor borging in de organisatie.
- Leg de relatie met certificering van het Veiligheidsmanagementsysteem.
- Laat de projectleiding optreden als ambassadeurs van het plan.

#### **Benoemde faalfactoren vanuit de VMS-pilotziekenhuizen:**

- De omvang is van tevoren moeilijk in te schatten, zorg dat je de sneeuwbal die gaat rollen, blijft beheersen.
- Kwantificeerbaarheid is moeilijk aan te geven, denk hier goed over na.
- 'Te' compleet willen zijn in het plan is een valkuil; breng detail aan op de juiste niveaus en het plan mag nog groeien.
- Onvoldoende randvoorwaarden die geschept worden vanuit het management (bijvoorbeeld begrotingstechnisch).
- Teveel op de stoel van de professional gaan zitten is niet goed, laat hen zelf uitkomsten benoemen en risicovolle processen.

Onduidelijkheid over het 'veilig' melden bemoeilijkt de cultuuromslag, de Raad van Bestuur kan dit voorkomen door een statement te maken over de VIM-meldingen bijvoorbeeld 'Informatie uit deze meldingen mag niet door management gebruikt worden om disciplinaire maatregelen op te leggen'.

## ***Bijlage A. Definities***

Voor het beschrijven van de verschillende begrippen worden de definities van de Inspectie van de Gezondheidszorg gebruikt: [NTA 8009:2007]

claim

vordering van een patiënt of diens vertegenwoordiger als gevolg van onvrede over het handelen van een zorgverlener of het zorgsysteem

calamiteit

niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis in de gezondheidszorg, die tot de dood of een ernstig schadelijk gevolg voor een patiënt heeft geleid, optredende bij (para)medische, verpleegkundige of verzorgende handeling of bij de toepassing van een product of apparaat in de gezondheidszorg dan wel voortkomend uit een manco in een voorziening of kwaliteitsafwijking van een product of apparaat dat toepassing vindt in de gezondheidszorg

complicatie

een onbedoelde en ongewenste uitkomst tijdens of volgend op het (niet) handelen van een hulpverlener, die voor de gezondheid van de patiënt zodanig nadelig is dat aanpassing van het medisch (be-)handelen noodzakelijk is dan wel dat er sprake is van (onherstelbare) schade.

incident

een onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de patiënt heeft geleid of zou kunnen leiden.

klacht

elk naar voren gebracht bezwaar tegen het handelen of functioneren van een zorgaanbieder, komend van de gebruiker van de zorgaanbieder

patiëntveiligheid

(nagenoeg) ontbreken van (de kans op) schade aan de patiënt, ontstaan door het niet volgens de professionele standaard handelen van hulpverleners en/of door een tekortkoming van het zorgsysteem.

## **Bijlage B. Veiligheidsdoelstellingen**

Binnen het veiligheidsplan is het belangrijk om doelstellingen te beschrijven. Deze doelstellingen kunnen per hoofdstuk benoemd worden of apart in een hoofdstuk 'Veiligheidsdoelstellingen'. In deze doelstellingen benoemt u aan de hand van de voorgaande hoofdstukken wat het ziekenhuis wil bereiken in de jaren dat het beleidsplan actief is.

Het is belangrijk de doelstellingen SMART te omschrijven. SMART staat voor: Specifiek, Meetbaar, Appellerend, Resultaatgericht en Tijdgebonden.

Specifiek: een doel geeft aan wat er zal worden bereikt, wanneer het zal worden bereikt en wie daarbij betrokken zijn. Als je bijvoorbeeld decubitus wilt reduceren, geef je aan of het alleen gaat om het

aantal nieuwe gevallen of ook om de ernst van de decubitus. Ook geef je aan op welke afdeling je wilt gaan verbeteren. Hoe specifieker en beter afgebakend je doelstelling en het onderwerp, hoe gericht veranderingen kunnen worden ingezet.

Meetbaar: formuleer de doelstelling zó dat je het resultaat kunt meten. Bijvoorbeeld door een reductie

van decubitus graad 2-4 te realiseren van 2%.

Appellerend: dit betekent dat de doelstelling aansprekend, aantrekkelijk en uitdagend is. Halveren van het aantal patiënten met decubitus is waarschijnlijk makkelijk haalbaar als je 10% decubitus hebt op je afdeling. Appellerend is dan om te zeggen bijvoorbeeld dat je het laagste percentage decubitus van alle vergelijkbare afdelingen wilt krijgen (dan moet je wel weten hoe hoog dat is).

Resultaatgericht: resultaatgericht is een belangrijk punt omdat daar vaak vergissingen in worden gemaakt. Een resultaat is bijvoorbeeld niet het ontwikkelen van een protocol, maar het effect van het protocol op de kwaliteit van zorg voor de patiënt. Resultaatgericht betekent dat de doelstelling concreet moet aangeven wat de inspanningen zullen opleveren aan vermindering van schade bij de patiënt. Dus een doel is niet het formuleren van een nieuw decubitusprotocol maar het terugbrengen

van onnodig lijden door het reduceren van het percentage decubitus.

Tijdgebonden: het is noodzakelijk om een tijdplanning op te nemen in de doelstelling zodat je weet wanneer je kunt meten of je doel is gehaald. Bijvoorbeeld: binnen een half jaar moet het aantal nieuwe gevallen van decubitus per maand zijn teruggebracht met 50%.

Meer informatie over doelstellingen is te vinden in de handleiding 'Continu Verbeteren' dat te vinden is via [www.vmszorg.nl](http://www.vmszorg.nl)

## **Voorbeeld doelstellingen**

Ziekenhuisbreed wordt in 2010 een digitaal systeem om incidenten te melden ingevoerd.

Binnen het ziekenhuis starten de 6 chirurgische afdelingen ieder met het uitvoeren van een prospectieve risico-inventarisatie op een risicovol proces in 2011.

Binnen het ziekenhuis worden per jaar 2 inhoudelijke thema's benoemd waarop extra aandacht gevestigd wordt en waarop verbeteringen ziekenhuisbreed ingezet gaan worden. In 2010 zullen de thema's 'postoperatieve wondinfecties' en 'medicatieveiligheid' ziekenhuisbreed in de belangstelling staan.

Vanaf 2011 realiseert het ziekenhuis per jaar een toename van het aantal gemelde (bijna) incidenten van 50% ten opzichte van het jaar ervoor.

In 2012 realiseert het ziekenhuis een afname van het aantal ernstige incidenten (categorie 3 en 4) met 25% ten opzichte van 2011.

Het ziekenhuis realiseert in 2010 een afname van het aantal medicatiefouten met schadelijke gevolgen voor de patiënt met 70%.

Het aantal transfusie-vrije cardiochirurgische patiënten, de hele peri-operatieve fase in aanmerking nemend laten we stijgen met 50% in het tijdsbestek 1 januari 2011 tot 30 augustus 2011. Dit alles zonder verslechtering in de mortaliteit (uitgedrukt in de Hospital Standardized Mortality Ratio).

In 2011 is het aantal onnodige/onterechte (afwijkend van de 4-5-6- flexinorm) toegediende bloedtransfusies in het ziekenhuis is met 75% gereduceerd t.o.v. 2009.

## Bijlage C. Voorbeeldplanning

Tijd		2009				2010				2011				2012			
Activiteit	Verantwoordelijke	31- mrt	30- jun	30- sep	31- dec	31- mrt	30- jun	30- sep	31- dec	31- mrt	30- jun	30- sep	31- dec	31- mrt	30- jun	30- sep	31- dec
<b>Leiderschap</b>																	
<b>Op elk niveau binnen het ziekenhuis is bekend wat de doelstellingen zijn op gebied van patiëntveiligheid. Deze worden regelmatig geëvalueerd. Veiligheidsrondes worden uitgevoerd door managers om risico's te vinden en te leren van andere afdelingen.</b>																	
Beleidsplan opstellen/evalueren	RvB		X			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Veiligheidsrondes	RvB																
Zelfevaluatie VMS uitvoeren	Stuurgroep: Jeroen	X															
Jaarplannen op clusterniveau gereed	Clustermanagers			X													
Jaarplannen van de afdelingen gereed	Afdelingsmanagers					X											
<b>Cultuur</b>																	
CompaZ uitzetten	Stuurgroep*: Marieke	X															
IZEP op de 3 laagst scorende afdelingen testen	Afdelingsmanagers			X	X	X											
Bij positieve test IZEP uitrollen										X							
<b>VIM</b>																	
<b>Doelstelling: in 2012 hebben alle afdelingen een decentraal systeem voor melden en analyseren van incidenten en zijn zichtbare verbeteringen ingevoerd</b>																	
Systeem opzetten voor decentraal melden	Stuurgroep*	X	X														
Training afdelingen 1-5	Afdelingsmanagers			X													
Training afdelingen 6-10	Afdelingsmanagers				X												
Training afdelingen 11-15	Afdelingsmanagers					X											
Training afdelingen 16-21	Afdelingsmanagers						X										
Start VIM-commissies afdelingen 1-5	Afdelingsmanagers				X												
Start VIM-commissies afdelingen 6-10	Afdelingsmanagers					X											
Start VIM-commissies afdelingen 11-15	Afdelingsmanagers						X										
Start VIM-commissies afdelingen 16-21	Afdelingsmanagers							X									
Centrale evaluatie VIM-systeem	Stuurgroep*										X				X		



Tijd		2009				2010				2011				2012			
Activiteit	Verantwoordelijke	31- mrt	30- jun	30- sep	31- dec	31- mrt	30- jun	30- sep	31- dec	31- mrt	30- jun	30- sep	31- dec	31- mrt	30- jun	30- sep	31- dec
<b>PRI</b>																	
<b>In 2012 hebben we in het ziekenhuis 4 processen prospectief geanalyseerd op risico's en passende maatregelen genomen om deze te verminderen</b>																	
Training team 1	Afdeling opleiding							X									
Training team 2	Afdeling opleiding								X								
Training team 3	Afdeling opleiding									X							
Training team 4	Afdeling opleiding										X						
Analyseren proces 1	Afdelingsmanagers**									X							
Analyseren proces 2	Afdelingsmanagers**											X					
Analyseren proces 3	Afdelingsmanagers**													X			
Analyseren proces 4	Afdelingsmanagers**															X	
<b>Blijvend Verbeteren</b>																	
<b>Verbetertrajecten worden ingezet nav verschillende instrumenten die op de afdelinge ingezet worden. Iedereen in het ziekenhuis weet wie gespecialiseerd is in verbeteren en dus kan helpen en adviseren bij verbetertrajecten</b>																	
Verbetersteams volgen training	Afdeling opleiding					X				X				X			
Verbeterprojecten n.a.v. VIM-analyses	Afdelingsmanagers																
Verbeterprojecten n.a.v. PRI bevindingen	Afdelingsmanagers										X		X		X		X
Verbeterprojecten n.a.v. meetinstrumenten cultuur	Afdelingsmanagers		X				X										
<b>Overig</b>																	
Dossieronderzoek	Afdelingsmanagers									X							
Conferentie patiëntveiligheid	Stuurgroep*	X															
Crew Resource Management	Afdelingshoofd SEH/ P&O																

Tijd		2009				2010				2011				2012			
Activiteit	Verantwoordelijke	31- mrt	30- jun	30- sep	31- dec	31- mrt	30- jun	30- sep	31- dec	31- mrt	30- jun	30- sep	31- dec	31- mrt	30- jun	30- sep	31- dec
<b>Acties n.a.v. rapport zelfevaluatie</b>																	
<b>In 2012 voldoen we als ziekenhuis aan de NTA, onderstaand de acties waar we nog aan moeten werken om aan de NTA te voldoen</b>																	
Vastleggen hoe wordt omgegaan met informatie uit VIM-systeem	Stuurgroep*: Anne		X														
Plan opstellen om communicatie rond patiëntveiligheid te verzorgen intern en extern (patiënten!)	Stuurgroep*/ PR/comm					X											
Taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden t.a.v. patiëntveiligheid vastleggen door organisatie heen en competentieprofielen aanpassen	P&O											X					
Vastleggen hoe om te gaan met calamiteiten	Stuurgroep*: Jeroen	X															
Management development opstarten rond leiderschap ipv management	Stuurgroep*: Mirjam			X													
Ziekenhuissysteem (communicatie) opzetten hoe te leren van elkaars verbeteringen	Stuurgroep*: Mirjam													X			

\* betreft stuurgroep patiëntveiligheid

\*\* betreft de afdelingsmanager die hoofdverantwoordelijk is voor het te analyseren proces

## ***Woord van dank***

Bij deze willen we de volgende ziekenhuizen bedanken voor het ter beschikking stellen van hun Veiligheidsplan.

- MC Haaglanden
- Amphia ziekenhuis
- Orbis Medisch centrum

Wij hebben uit deze plannen input gehaald voor de voorbeeldteksten die in dit handboek worden gebruikt.