

## Veiligheidsplan 2009 – 2012

### Patiëntveiligheid

**Wij nemen verantwoording voor ons eigen werk**



## Inhoudsopgave

<b>1. Inleiding en context</b> .....	<b>3</b>
1.1. Aanleiding.....	3
1.2. Het landelijke programma Voorkom schade werk veilig.....	3
1.3. VMS in relatie met veiligheid en kwaliteit.....	4
1.4. Basiselementen van het VMS.....	5
1.5. Tien thema's.....	6
<b>2. Strategie en beleid</b> .....	<b>6</b>
2.1. Visie op patiëntveiligheid.....	6
2.2. Verantwoordelijkheid in de lijn én eindverantwoordelijkheid raad van bestuur.....	6
2.3. Huidige situatie.....	7
2.4. Gewenste situatie.....	7
2.5. Doelstellingen met betrekking tot beleid en strategie.....	8
<b>3 Cultuur</b> .....	<b>8</b>
3.1. Huidige situatie.....	8
3.2. Gewenste situatie.....	8
3.3. Doelstellingen met betrekking tot cultuur.....	9
<b>4 Decentrale melding, analyse en terugkoppeling van incidenten</b> .....	<b>9</b>
4.1. Huidige situatie.....	9
4.2. Gewenste situatie.....	9
4.3. Doelstellingen met betrekking tot decentrale melding, analyse en terugkoppeling van incidenten.....	10
<b>5 Prospectieve risico-inventarisatie</b> .....	<b>10</b>
5.1. Huidige situatie.....	10
5.2. Gewenste situatie.....	10
5.3. Doelstellingen met betrekking tot prospectieve risico-inventarisatie.....	11
<b>6 Patiëntenparticipatie</b> .....	<b>11</b>
6.1. Huidige situatie.....	11
6.2. Gewenste situatie.....	11
6.3. Doelstellingen met betrekking tot patiëntenparticipatie.....	11
<b>7 Toetsing van het VMS</b> .....	<b>12</b>
7.1. Externe toetsing.....	12
7.2. Interne toetsing.....	12
7.3. Doelstelling met betrekking tot toetsing van het VMS.....	13
<b>8 Communicatie</b> .....	<b>13</b>
8.1. Doelstellingen met betrekking tot communicatie.....	13
<b>Bijlagen</b> .....	<b>14</b>
Bijlage 1: Definities.....	14
Bijlage 2: Handleiding veiligheidsronde.....	15
Bijlage 3: COMPaZ vragenlijst.....	19
Bijlage 4: Stuurgroep.....	23
Bijlage 5: procesbegeleiders.....	23

# 1. Inleiding en context

## 1.1. Aanleiding

In Nederland overlijden mensen vroegtijdig ten gevolge van medisch handelen. Dit is de uitkomst van een onderzoek dat in de Nederlandse ziekenhuizen door NIVEL/EMGO is uitgevoerd. Het onderzoek laat verder zien dat ieder jaar ongeveer 30.000 patiënten schade oplopen tijdens de behandeling in het ziekenhuis, die voorkomen had kunnen worden. De schade kan leiden tot tijdelijke of blijvende beperkingen, een verlengde opname of voortijdig overlijden. Op basis van dit onderzoek zijn tien inhoudelijke thema's vastgesteld waarop veel winst te behalen valt als het gaat om het terugdringen van de onbedoelde vermijdbare schade in ziekenhuizen.

In 2004 verscheen het rapport 'Hier werk je veilig, of je werkt hier niet' van de hand van Rein Willems, president directeur Shell Nederland. Deze heeft op verzoek van de minister van VWS onderzoek gedaan naar veiligheid in de Nederlandse ziekenhuizen. De heer Willems geeft in zijn rapport aan dat op basis van eigen ervaringen een reductie van het aantal incidenten met 75% haalbaar is binnen een periode van 15 jaar. De hoofdaanbeveling van dit rapport is dat alle ziekenhuizen vanaf 1 januari 2008 met een (gecertificeerd) veiligheidsmanagementsysteem (VMS) werken.

De minister heeft deze aanbeveling overgenomen. De NVZ, de Orde van Medisch Specialisten, het V&VN en LEVV hebben vervolgens de krachten gebundeld om de ziekenhuizen te ondersteunen bij het opzetten van een VMS. Hieruit is het "Landelijk Veiligheidsprogramma, voorkom schade werk veilig" ontstaan. Tien pilot ziekenhuizen hebben bijgedragen in de ontwikkeling van het programma. Inmiddels zijn de basiseisen van een VMS voor de ziekenhuizen geformuleerd in een Nederlands technische Afspraak (NTA 8009). De eisen worden op dit moment verder uitgewerkt en de NTA zal zich ontwikkelen tot een Nederlandse Norm (NEN norm). Na een wat langzame start is het programma inmiddels op volle kracht. 2008 is niet gehaald; de ziekenhuizen moeten nu eind 2012 voldoen aan de basiseisen uit de NTA 8009 voldoen.

## 1.2 Het landelijke programma Voorkom schade werk veilig.

Het Veiligheidsprogramma 'Voorkom schade, werk veilig' is gestart op 1 januari 2008 met als doel de patiëntveiligheid in de Nederlandse ziekenhuizen in vijf jaar tijd met 50% te verbeteren. Het programma omvat twee pijlers:

- Reduceren van vermijdbare onbedoelde schade met 50%  
Om de vermijdbare onbedoelde schade in ziekenhuizen met 50% te reduceren zijn 10 actuele thema's vastgesteld. Voor elk van deze thema's is een specifieke doelstelling bepaald, die gedurende de looptijd van dat thema bereikt moet worden.
- Invoeren van een Veiligheidsmanagementsysteem (VMS)  
Met een VMS kunnen ziekenhuizen continu risico's signaleren en verbeteringen doorvoeren. Daarnaast kunnen ze beleid vastleggen, evalueren en aanpassen. Vanaf 1 januari 2008 zijn ziekenhuizen verplicht een VMS in te voeren, zodat systematisch en gestructureerd aan veiligheid kan worden gewerkt. De eisen voor het VMS zijn beschreven in een Nederlands Technische Afspraak (NTA 8009) Eind 2012 dienen alle ziekenhuizen te voldoen aan deze basiseisen.

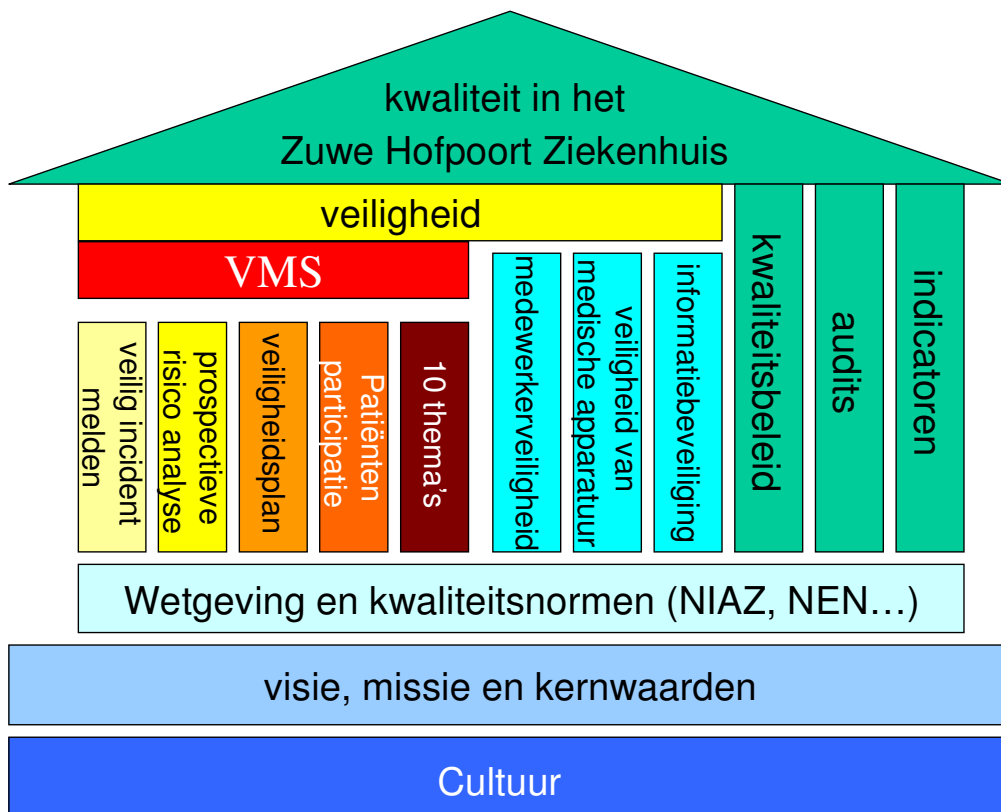
Het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis werkt bij de uitvoering van het veiligheidsprogramma samen met 7 andere ziekenhuizen waarmee zij een netwerk vormt. Het netwerk Midden-Zuid. Dit zijn:

- Orbis medisch centrum: Maastrandziekenhuis, Sittard
- Oosterschelde ziekenhuizen, Goes
- Ziekenhuis Rivierenland, Tiel
- Rivas: Beatrixziekenhuis, Gorinchem
- Sint Maartenskliniek, Nijmegen
- Sint Anna Zorggroep, Geldrop

### 1.3 VMS in relatie met veiligheid en kwaliteit

Veiligheid is een integraal onderdeel van het kwaliteitssysteem van het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis. Het kwaliteitssysteem van het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis is gebaseerd op de kwaliteitsnorm zorginstelling (2.0) van het NIAZ. Deze norm bevat de ook eisen die aan het VMS in ziekenhuizen worden gesteld. (NTA 8009). Het VMS is in eerste instantie gericht op veiligheid van de patiëntenzorg. Naast het VMS zijn er andere projecten en beleidsterreinen in het ziekenhuis die over veiligheid gaan.

- Veiligheid van medewerkers is geborgd binnen het arbobeleid.
  - Het project VeiligeZorg is gericht op veiligheid van medewerkers mbt agressie.
- Veiligheid van medische apparatuur is geborgd binnen het kwaliteitsbeleid medische apparatuur
- Informatieveiligheid is geborgd in het beleid informatiebeveiliging en in het informatiebeveiligingsplan 2009
- Veiligheid bij calamiteiten is geborgd in het calamiteitenplan

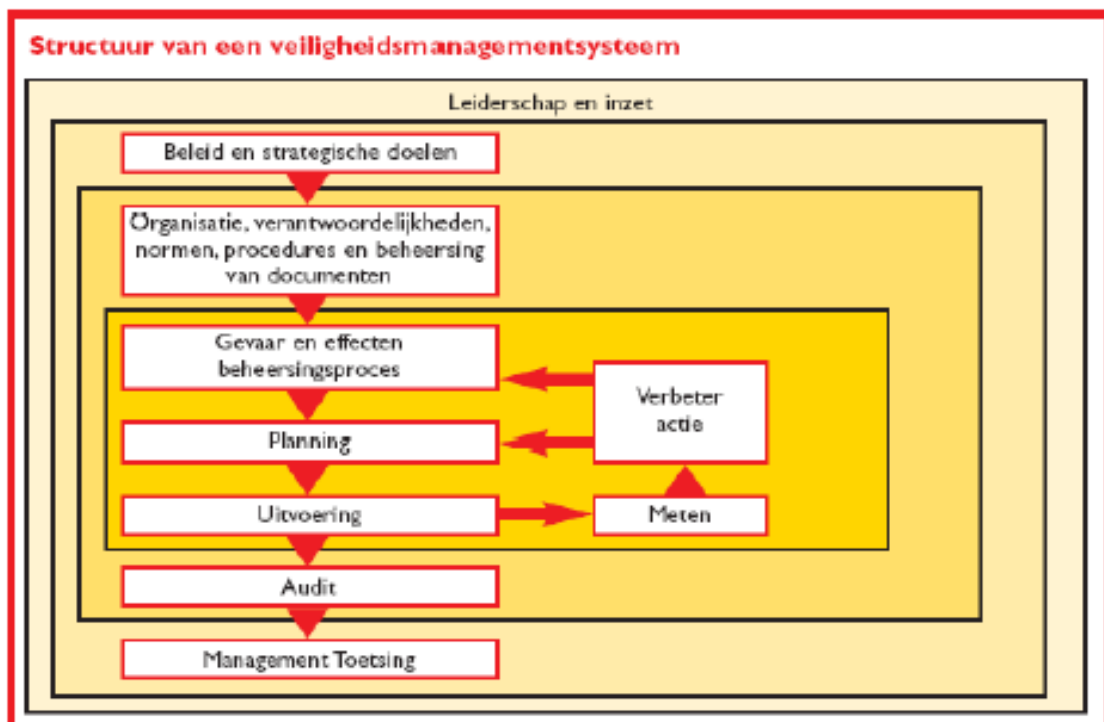


#### 1.4 Basiselementen van het VMS

Het waarborgen van een veilige omgeving voor patiënten is van zeer groot belang. Een goede basis om dit te garanderen vormt een VMS voor de zorg. Dit systeem bundelt veilige bouwstenen en interventies. Doordat de basiselementen van een VMS in het VMS Zorg programma samen met 10 pilotziekenhuizen (2005 - 2007) zijn ontwikkeld, kunnen ze in alle ziekenhuizen in Nederland worden toegepast. De kern van een VMS 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 moeten 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. Dit plan beschrijft op welke wijze het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis de elementen gaat implementeren in de komende vier jaar.

Een VMS onderscheidt zes basiselementen.

- strategie en beleid (vastgelegd in het veiligheidsplan)
- cultuur
- decentrale melding en analyse van incidenten
- prospectieve risico-inventarisatie
- patiëntenparticipatie
- continu verbeteren



## 1.5 Tien thema's

Het onderzoek van NIVEL/EMGO naar incidenten in de Nederlandse ziekenhuizen heeft uitgewezen dat er op een aantal thema's flinke winst kan worden geboekt. Het doel is om de onbedoelde en vermijdbare schade aan patiënten met 50% te reduceren in 5 jaar.

De thema's zijn door expertteams uitgewerkt tot specifieke doelstellingen. Per thema wordt een bundel van interventies (best practices) ingevoerd in het ziekenhuis. Tegelijkertijd wordt het effect hiervan gemeten.

De tien Thema's zijn:

1. Voorkomen van ziekenhuisinfecties na een operatie (POWI).
2. Voorkomen van schade bij patiënten door sepsis (bloedvergiftiging).
3. Vroegtijdige herkenning van patiënten met vitaal bedreigde functies
4. Voorkomen van medicatiegerelateerde fouten, met name bij overdrachtmomenten
5. Voorkomen van onbedoelde vermijdbare schade bij oudere patiënten.
6. Voorkomen van sterfte ten gevolge van een hartinfarct.
7. Voorkomen van onnodig pijn lijden door patiënten.
8. Voorkomen van incidenten bij het bereiden en toedienen van high-risk medicatie
9. Voorkomen van verwisseling van patiënten en bij patiënten
10. Voorkomen van nierinsufficiëntie bij gebruik van contrastmiddelen en medicatie.

Binnen het ziekenhuis worden per jaar twee inhoudelijke thema's benoemd waarop extra aandacht gevestigd wordt en waarop verbeteringen ziekenhuisbreed ingezet gaan worden. De eerste vier thema's zijn in het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis in 2008 en 2009 door projectengroepen verder uitgewerkt. In 2009 worden de bundels hiervoor toegespitst op de organisatie van het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis ingevoerd. In 2010, 2011 en 2012 volgen de thema's 5 tot en met 10.

## 2. Strategie en beleid

### 2.1 Visie op patiëntveiligheid

Aan de complexe zorgprocessen die plaatsvinden binnen ons ziekenhuis zijn voor patiënten risico's verbonden. Het vraagt continu inspanning van alle medewerkers om de risico's tot een haalbaar minimum terug te brengen. Het beeld dat we met elkaar hebben van patiëntveiligheid is dat het voor iedereen zo vanzelfsprekend wordt dat het op termijn geen issue meer moet zijn, maar volledig geïntegreerd in alles dat we doen. Met elkaar zijn we verantwoordelijk voor de veiligheid van onze patiënten.

### 2.2 Verantwoordelijkheid in de lijn én eindverantwoordelijkheid raad van bestuur

Succesvol veiligheidsmanagement is alleen mogelijk met de volledige steun en inzet van de raad van bestuur. Het is haar verantwoordelijkheid dat veiligheidsmanagement wordt geïmplementeerd, toegepast en continu geëvalueerd.

De lijnmanager is verantwoordelijk voor de veiligheid van de patiënten, medewerkers en bezoekers op zijn/haar eenheid. Het gaat hierbij om leiderschap, het formuleren van beleid en strategie, het creëren van een veiligheidscultuur, het scheppen van voorwaarden en resultaatmanagement.

De teamcoördinator zorgt ervoor dat het Veiligheidsmanagementsysteem wordt ingebed in de eenheid en dat medewerkers worden gestimuleerd en uitgedaagd om veiligheid te integreren in

de dagelijkse werkzaamheden. Hij/zij is verantwoordelijk voor de veiligheidscultuur, het verspreiden van 'good practices' binnen de eenheden en het aansturen van de uitvoering.

Ook de medische, verpleegkundige en overige professionals zijn verantwoordelijk voor de veiligheid van de zorg die zij geven. Alle medewerkers dragen bij aan de cultuur door veiligheid bespreekbaar te maken, incidenten te melden en inzichtelijk te werken volgens duidelijke richtlijnen en protocollen. Medici kunnen aansluiten bij landelijke initiatieven van de wetenschappelijke verenigingen om veiligheid te integreren in het medisch-specialistisch handelen. Gedacht kan worden aan complicatieregistratie, medical audit en visitaties. Patiëntveiligheid wordt gezien als een integraal onderdeel van de werkzaamheden en mag niet leiden tot structurele uitbreiding van overhead.

### **2.3 Huidige situatie**

Binnen het ziekenhuis is patiëntveiligheid terug te vinden in verschillende activiteiten. Zorginhoudelijke activiteiten zijn voor een deel in protocollen gezet en zijn 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, er is een kwaliteitsbeleid medische apparatuur en er worden interne 'audits 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 eenheidsniveau 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 kwaliteit. Met veiligheid wordt niet expliciet rekening gehouden. Binnen het ziekenhuis zijn verschillende meetinstrumenten actief waaronder de prestatie indicatoren. (zoals pijn, decubitus en ondervoeding) De uitkomsten daarvan worden verspreid naar alle niveaus en naar externe belanghebbenden. Veel eenheden zijn bezig met verbetertrajecten. Op dit moment wordt dat echter ad hoc gedaan.

### **2.4 Gewenste situatie**

Het beleid en de strategie zijn erop gericht het ziekenhuis één van de veiligste ziekenhuizen van Nederland te maken. Hiervoor implementeert de raad van bestuur het zogenaamde veiligheidsmanagementssysteem. Het management voelt het als haar verantwoordelijkheid de veiligheid van de zorg voor patiënten te waarborgen en waar nodig te verbeteren. Hiervoor formuleert het management doelstellingen op gebied van patiëntveiligheid binnen haar verantwoordelijkheidsgebied. Dit veiligheidsplan dient als uitgangspunt voor het formuleren van doelstellingen op verschillende niveaus binnen het ziekenhuis. Het management legt in de kwartaaloverleggen 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.

Om dit te bereiken volgen alle managers een managementtraining binnen het MD traject op gebied van veiligheidsmanagement waarin ze leren op veiligheid te sturen. Daarbij krijgen managers een aantal instrumenten aangereikt. Binnen het ziekenhuis willen we gebruik maken van de 'Veiligheidsrondes'. (Bijlage 2) 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 manager van de eenheid 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.

We willen ervaringen gebruiken van ziekenhuizen die langer bezig zijn met patiëntveiligheid en van andere industrieën. Zij kunnen onze managers leren 'patiëntveilig' te managen.

## **2.5 Doelstellingen met betrekking tot beleid en strategie**

- De raad van bestuur evalueert vanaf 2009 het beleid ten aanzien van patiëntveiligheid jaarlijks en stelt dit zo nodig bij. De raad van bestuur wordt hierbij geadviseerd door de stuurgroep kwaliteit en veiligheid.
- Het management evalueert vanaf het derde kwartaal van 2009 het toegepaste veiligheidsbeleid en legt vervolgens elk kwartaal verantwoording af over het toegepaste beleid ten aanzien van patiëntveiligheid in de kwartaalrapportages.
- Beide leden van de Raad van bestuur voeren vanaf 2009 2 x per jaar een veiligheidsronde uit op een eenheid. Daarnaast wordt vanaf juni 2009 elke maand een veiligheidsronde uitgevoerd op een aangewezen eenheid door de manager van een andere eenheid.
- Managers verwerken vanaf 2009 in het businessplan van hun eenheid de veiligheidsdoelstellingen voor de komende jaren en vertalen die naar concrete activiteiten in hun jaarplannen te beginnen met het jaarplan voor 2010.
- In september 2009 is beleid ten aanzien van patiëntveiligheid opgenomen in de Planning&Control cyclus, de kwartaalrapportage en de beleidscyclus.

## **3 Cultuur**

### **3.1 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.

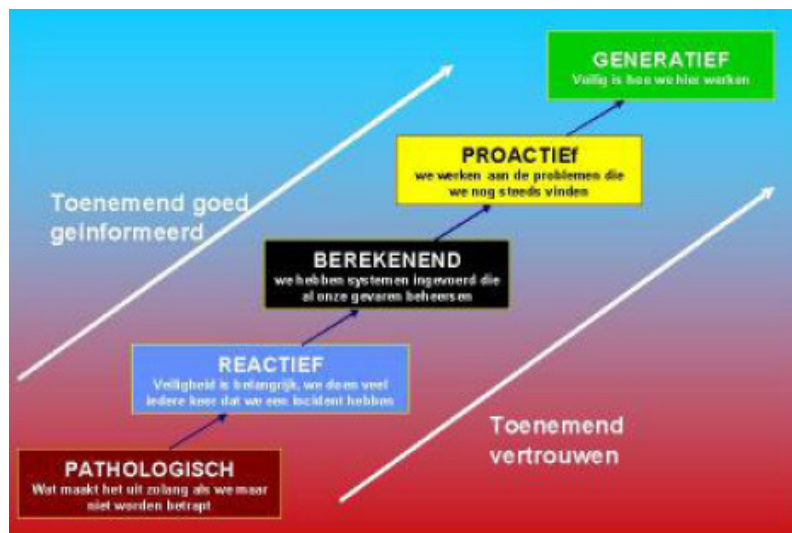
### **3.2 Gewenste situatie**

Binnen het ziekenhuis is werken aan veiligheid onderdeel van het dagelijks werk. Op de eenheden en binnen het management wordt actief gewerkt aan de verspreiding van 'best practices', 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. Per werkeenheid wordt een nulmeting gedaan om het niveau van de veiligheidscultuur te kennen zodat die interventies kunnen worden toegepast die passend zijn bij de heersende cultuur. Om dit te meten gebruiken we de COMPaZ vragenlijst (Bijlage3) van VMS zorg. Veiligheid is onderdeel van de opleidingen en trainingen aangeboden door . Het betreft hier opleidingsactiviteiten op elk niveau van de organisatie. Daarnaast wordt om de 2 jaar een meting gedaan naar de cultuur van veiligheid in het ziekenhuis. Veiligheid is onderdeel van de opleidingen en trainingen (ook binnen het project permanente educatie) . Het betreft hier opleidingsactiviteiten op elk niveau van de organisatie. Daarnaast zijn de leidinggevenden bekend met hulpmiddelen die een bijdrage kunnen leveren aan de cultuur van de eenheid. Het is de verantwoordelijkheid van de leidinggevende deze te gebruiken wanneer dit zinvol wordt geacht.



### 3.3 Doelstellingen met betrekking tot cultuur

- In 2009 is van de zorgeenheden bekend op welk niveau op de cultuurladder de eenheid zich bevindt.
- De enquête van VMSzorg met betrekking tot de veiligheidscultuur in het ziekenhuis (COMPaz) wordt in mei/juni 2009 uitgevoerd. Deelname is voor alle medewerkers van de zorgeenheden verplicht.
- Elke manager formuleert verbeteracties naar aanleiding van de resultaten van de enquête en neemt die op in zijn businessplan.
- In 2009 zorgt de eenheid HR ervoor dat relevante competenties worden benoemd en worden opgenomen in de functiebeschrijvingen.
- De eenheid HRD doet een inventarisatie van beschikbare opleidingen ten aanzien van patiëntveiligheid die nodig zijn om dit beleid uit te voeren.
- Management zorgt voor opleidingen en trainingen om medewerkers in staat te stellen hun verantwoordelijkheid ten aanzien van patiëntveiligheid op een goede manier invulling te geven.



## 4 Decentrale melding, analyse en terugkoppeling van incidenten

### 4.1 Huidige situatie

Met een meldingsformulier kunnen medewerkers incidenten en bijna incidenten melden bij de centraal functionerende MIP-commissie. Deze commissie bespreekt en analyseert in commissie het (bijna)incident. Afhankelijk van de ernst wordt contact opgenomen met de melder en op eenheidsniveau gekeken hoe het (bijna) incident in de toekomst kan worden voorkomen en welke maatregelen de melder/eenheid heeft genomen ter verbetering. 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.

### 4.2 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. De MIP-commissie heeft haar rol aangepast. De commissie initieert en monitort op centraal niveau verbetermaatregelen aan de hand van de ziekenhuisbrede analyses die worden gemaakt door de beleidsadviseur kwaliteit.

Incidentmelden vindt decentraal plaats, waarbij de betreffende eenheden een decentrale VIM commissie benoemt. Deze decentrale VIM commissie onderzoekt de meldingen en zorgt voor een terugkoppeling naar de melder. Vervolgens maakt de decentrale VIM commissie een selectie uit de meldingen waar een diepergaande analyse wordt uitgevoerd. Zij gebruiken hiervoor de PRISMA methode. De commissie analyseert, adviseert en initieert verbetermaatregelen. De rapportages van alle meldingen worden aan de beleidsadviseur kwaliteit doorgegeven die vervolgens trendrapportages maakt voor de stuurgroep kwaliteit en veiligheid. zo ook van meldingen die een ziekenhuisbreed karakter hebben of kunnen hebben. De aard en ernst van incidenten wordt opgenomen in de kwartaalrapportage van elke eenheid. Alle medicatiegerelateerde incidenten worden door de ziekenhuisapotheker doorgestuurd naar de landelijke CMR

#### **4.3 Doelstellingen met betrekking tot decentrale melding, analyse en terugkoppeling van incidenten**

- Het VIM is in 2009 op de zorgeenheden ingevoerd en geborgd.
- Op de zorgeenheden dragen medewerkers actief bij aan het melden van risico's en incidenten met behulp van een digitaal systeem.
- Meldingen worden teruggekoppeld aan de melder.
- Medisch specialisten en andere disciplines, werkzaam op de zorgeenheden, worden door de manager betrokken bij het melden en analyseren van incidenten en het verbeteren van patiëntveiligheid.
- Op de eenheden is in 2009 tenminste 1 verbeteractie en/of -project geïnitieerd naar aanleiding van de nieuwe werkwijze.
- De werkwijze van de MIP-commissie is gewijzigd en initieert en monitort verbetermaatregelen op basis van de trendanalyses die door de beleidsadviseur kwaliteit worden gemaakt.
- Er is een heldere procedure voor alle medewerkers bij wie zij incidenten in de patiëntenzorg melden, zowel op hun eigen eenheid als op andere eenheden als consulent.
- Elke eenheid heeft in 2010 van zijn top vijf van incidenten de analyse volgens de PRISMA methode uitgevoerd.
- Vanaf 2010 realiseert het ziekenhuis per jaar een toename van het aantal gemelde (bijna) incidenten van 50%.
- In 2010 realiseert het ziekenhuis een afname van het aantal ernstige incidenten (categorie 3 en 4) met 50% ten opzichte van 2008.

## **5 Prospectieve risico-inventarisatie**

### **5.1 Huidige situatie**

Er is nog niet eerder een prospectieve risicoanalyse uitgevoerd op het gebied van patiëntveiligheid.

### **5.2 Gewenste situatie**

Op de diverse eenheden zijn de risicovolle processen bekend. Dit zijn zorgprocessen die 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 eenheden gebruikt. Die geven ook inzicht in de risico's per eenheid. Op basis van deze gegevens worden processen uitgekozen die aan nader onderzoek worden onderworpen door middel van prospectieve risico-inventarisatie. De risicovolle processen worden structureel geanalyseerd met behulp van prospectieve risico-inventarisatie. Hiermee worden gevaren blootgelegd en waar nodig worden preventieve maatregelen in het proces ingebouwd. In het managementoverleg worden de zorgen over overstijgende processen genoemd die met behulp van prospectieve risico-inventarisatie geanalyseerd gaan worden. Managers van de Zorgeenheden kiezen per jaar een proces dat op hun eenheid geanalyseerd gaat worden, dit kan uit de literatuur naar voren komen maar ook op advies van de professionals die op de eenheid werkzaam zijn.

### **5.3 Doelstellingen met betrekking tot prospectieve risico-inventarisatie**

- Elke eenheid kan eind 2009 zijn top 3 benoemen van meest risicovolle processen.
- Elke eenheid analyseert het meest risicovolle zorgproces met behulp van de Healthcare Failure Mode and Effect Analysis (HFMEA) methode voor 1 januari 2010.
- Binnen het ziekenhuis worden 10 personen getraind in de prospectieve risico-inventarisatie. Deze personen treden op als procesbegeleider. (Bijlage 5)
- Voordat de analyse start, volgen alle teamleden de e-learning module 'prospectieve risico-inventarisatie'.
- Managers zorgeenheden kiezen per jaar een proces dat op hun eenheid geanalyseerd gaat worden, dit kan uit de literatuur naar voren komen maar ook op advies van de professionals die op de eenheid werkzaam zijn.

## **6 Patiëntenparticipatie**

### **6.1 Huidige situatie**

Ieder jaar wordt er steekproefsgewijs een patiënttevredenheidsonderzoek gedaan. De geselecteerde patiënten ontvangen worden gevraagd digitaal een enquête in te vullen. De respons is meestal rond de 30%. De managers krijgen een terugkoppeling van de resultaten voor hun eenheid.

### **6.2 Gewenste situatie**

Patiënten worden actiever betrokken bij veiligheid dan nu het geval is. Dit willen we bewerkstelligen door patiënten beter te informeren over hun rol hierbij. Patiënten worden betrokken bij de prospectieve risico analyse en nemen deel in de focusgroepen. De cliëntenraad wordt betrokken bij de beleidsvorming en het initiëren van de verbeteracties.

### **6.3 Doelstellingen met betrekking tot patiëntenparticipatie**

- Eind 2009 bespreekt de verpleegkundige van de verpleegafdeling de patiëntenkaart met de patiënt bij het opnamegesprek.
- Eind 2009 vraagt de verpleegkundige van de verpleegafdeling de patiënt bij het ontslaggesprek om incidenten en verbeterpunten te melden.
- Eind 2009 heeft een lid van de cliëntenraad zitting in de stuurgroep kwaliteit en veiligheid.
- Vanaf 2010 kunnen mystery guests worden ingezet.
- Vanaf 2012 neemt een patiënt deel aan de prospectieve risicoanalyse.
- Vanaf 2011 start focusgroepen

## **7 Toetsing van het VMS**

### **7.1 Externe toetsing**

#### Veiligheidsprogramma

Het veiligheidsprogramma monitort jaarlijks de voortgang van de implementatie van het VMS door middel van het zelfevaluatie instrument.

#### NIAZ:

Het ziekenhuis wordt door het NIAZ getoetst met als doel de accreditatiestatus te behouden. De eisen uit de NTA 8009 voor het VMS in de ziekenhuizen zijn als meetpunten in de kwaliteitsnorm zorginstelling van het NIAZ opgenomen. Het NIAZ toetst iedere vier jaar in hoeverre het ziekenhuis aan deze NTA voldoet. In het zelfevaluatierapport is in maart 2009 de stand van zaken beschreven mbt de meetpunten van de kwaliteitsnorm zorginstelling. In september 2009 zal het NIAZ de eerstvolgende toets komen uitvoeren.

#### IGZ:

De IGZ controleert jaarlijks in een steekproef de voortgang van de implementatie van het VMS in de ziekenhuizen. In 2009 zijn 24 ziekenhuizen geselecteerd die zijn/zullen worden bezocht. Het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis is daar niet bij. De thema's worden door de IGZ gemonitord aan de hand van prestatie indicatoren. Hiervan is een set beschikbaar voor de eerste vier thema's. De projectgroepen van de thema's zetten de metingen van deze indicatoren op.

#### Visitaties

Nog niet elk specialisme wordt gevisiteerd door collega's, we willen dat verplicht gaan stellen voor de bij ons werkzame vakgroepen. In overleg met het bestuur van de medische staf zal dit verder worden uitgewerkt.

In 2010 willen we een samenwerking aangaan met andere ziekenhuizen op gebied van Veiligheidsrondes en het uitwisselen van Verbetermaatregelen.

### **7.2 Interne toetsing**

#### Evaluatie en intercollegiale toetsing

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 eenheid jaarlijks bij één andere eenheid op bezoek gaat (eventueel kan dit gecombineerd worden met de Veiligheidsronde of het interne auditsysteem). Naast het feit dat vreemde ogen dwingen, denken we dat wederzijds veel van elkaar geleerd kan worden op gebied van veiligheid.

#### Zelfevaluatie instrument

VMSzorg vraagt de ziekenhuizen om jaarlijks middels het evaluatie-instrument te monitoren in welke mate we voldoen aan de eisen van de NTA 8009:2007 en de invoering van de 10 thema's.

#### Intern auditsysteem

Alle eenheden worden iedere vier jaar intern geaudit. De audit wordt uitgevoerd tegen de kwaliteitsnorm zorginstelling van het NIAZ. Hierin zijn de eisen voor het VMS opgenomen. Door deze constructie wordt het dus ook VMS tijdens de interne audit getoetst.

### **7.3 Doelstelling met betrekking tot toetsing van het VMS**

- Voor 1 juni heeft het ziekenhuis het evaluatie instrument van VMSzorg ingevuld.
- In september 2009 is beleid ten aanzien van patiëntveiligheid opgenomen in de Planning&Control cyclus, de kwartaalrapportage en de beleidscyclus..
- Het VMS wordt vanaf 2009 geaudit binnen het interne NIAZ-auditsysteem.
- Vanaf 2011 gaan medewerkers bij elkaar op bezoek om kennis en ervaring uit te wisselen en van elkaar te leren

## **8 Communicatie**

### **8.1 Doelstellingen met betrekking tot communicatie**

- Voor het bereiken van de doelstellingen op het gebied van patiëntveiligheid wordt voor 1 juni 2009 een stuurgroep Kwaliteit en Veiligheid ingesteld. Patiëntveiligheid is vanaf 1 juni 2009 een vast agendapunt op de verschillende overlegvormen, waaronder de vergaderingen van de raad van bestuur, het managersoverleg, de vergaderingen van de medische staf en op het werkoverleg van de zorgeenheden/RVE's. Dit betekent dat de rapportages van de stuurgroep kwaliteit en veiligheid en de klachtencommissie, de resultaten van de prospectieve risico-inventarisaties, de veiligheidsrondes en de prestatie-indicatoren structureel worden besproken op de genoemde vergaderingen.
- Patiëntveiligheid wordt vanaf 1 juni 2009 structureel besproken met de Cliëntenraad.
- Er wordt frequent gecommuniceerd en gerapporteerd volgens de bestaande kanalen van het ziekenhuis. Hiervoor wordt in mei 2009 een communicatieplan opgesteld in samenspraak met de afdeling communicatie.
- In juni is er een in een lunchbijeenkomst aftrapmoment voor alle medewerkers.
- De activiteiten op het gebied van patiëntveiligheid worden op decentraal niveau gecoördineerd door teamcoördinatoren/IPBers van de verschillende eenheden in het ziekenhuis. Deze functionarissen leggen bij de uitvoering verantwoording af aan hun managers. Door deze manier van werken blijft de verantwoordelijkheid bij de lijnorganisatie en komt alle relevante informatie via 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 aan de onderlinge samenhang tussen deze werkgroepen. Op centraal niveau coördineert de beleidsadviseur kwaliteit de activiteiten op gebied van patiëntveiligheid.

## Bijlagen

### Bijlage 1: 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 2: Handleiding veiligheidsronde**

Bron VMSzorg.nl

Niet alleen de Raad van Bestuur draagt verantwoordelijkheid voor veiligheidsmanagement, ook medische, verpleegkundige en overige professionals zijn verantwoordelijk voor de veiligheid van de zorg. Alle professionals dragen bij aan het creëren van een veiligheidscultuur door over veiligheid te praten, incidenten te melden en inzichtelijk te werken volgens duidelijke richtlijnen en protocollen. Het bouwen aan veilige zorg vraagt om een open en pro-actieve cultuur op de afdelingen. 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.

Binnen een veiligheidsmanagementsysteem is cultuur een belangrijk element. Om patiëntveiligheid bespreekbaar te maken is in Amerika het instrument Walkrounds (Patient Safety Leadership Walkrounds, 2004 Institute of Healthcare Improvement) ontwikkeld door het Institute of Healthcare Improvement. In deze handleiding is het instrument Walkrounds vertaald naar de Nederlandse situatie. De naam is daarvoor veranderd in Veiligheidsronde.

### **Veiligheidsronde**

Het instrument is bedoeld om als leidinggevenden het gesprek aan te gaan met medewerkers op de afdeling om inzicht te krijgen in de patiëntveiligheid van de afdeling en om het onderwerp patiëntveiligheid aan de orde te stellen. Veiligheidsronde betekend letterlijk het lopen van een rondje op een afdeling waarbij specifiek gelet wordt op de patiëntveiligheid. Veiligheidsrondes worden uitgevoerd op patiëntgebonden afdelingen in het ziekenhuis.

Deze handleiding beschrijft op welke manier je een Veiligheidsronde kunt uitvoeren. Het geeft adviezen over de locatie en de manier waarop het gesprek gevoerd kan worden op de afdeling. In de handleiding komen de volgende onderwerpen aan bod:

- Wie voert een Veiligheidsronde uit en hoe vaak?
- Waar worden Veiligheidsrondes gehouden?
- Hoe kun je Veiligheidsrondes uitvoeren?
- Waarom zou je gebruik maken van Veiligheidsrondes?
- Doel met betrekking tot Veiligheidsrondes
- Aan welke voorwaarden moet een Veiligheidsronde voldoen?
- Gespreksvoorbeelden

Wanneer het woord leidinggevende gebruikt wordt, worden hier alle leidinggevende mee bedoeld, zoals divisie managers, unit managers, medisch managers, maar ook de Raad van Bestuur. In de praktijk zal een Veiligheidsronde meestal gebruikt worden door operationeel leidinggevenden.

### **Wie voert een Veiligheidsronde uit en hoe vaak?**

Een Veiligheidsronde wordt uitgevoerd door de leidinggevende. Bij voorkeur wordt één keer per week een Veiligheidsronde gehouden op de eigen afdeling. Indien dit niet haalbaar is dan is het advies in ieder geval één keer per maand. Een Veiligheidsronde duurt gemiddeld 30-60 minuten.

### **Waar worden Veiligheidsrondes gehouden?**

Veiligheidsrondes worden in principe overal uitgevoerd, maar vooral op patiëntgebonden afdelingen omdat daar de directe patiëntenzorg geboden wordt en daar dus de meeste risico's

voor de patiënt bestaan. Door een Veiligheidsronde te houden op de afdelingen zelf is het laag drempelig en het behoudt daarmee het informele karakter. Het is ook mogelijk om als leidinggevende van een afdeling een ronde te houden op een collega afdeling, altijd in overleg met de leidinggevende van die afdeling. Dit kan voor beide afdelingen bijdragen aan nieuwe inzichten op het gebied van patiëntveiligheid. De volgende afdelingen zijn het meest geschikt voor het uitvoeren van een Veiligheidsronde:

- verpleegafdelingen
- operatiekamers
- afdeling Spoedeisende Hulp
- radiologie afdeling
- apotheek
- laboratorium

### **Hoe kun je een Veiligheidsronde uitvoeren?**

Het proces van een Veiligheidsronde bestaat uit een aantal stappen.

#### **Voor de Veiligheidsronde**

1. Kondig een Veiligheidsronde aan

Hierbij gaat het om het daadwerkelijk aankondigen van een Veiligheidsronde (bijvoorbeeld een week van te voren) en medewerkers enthousiast te maken voor en te betrekken bij een Veiligheidsronde. Je kunt er ook voor kiezen om de Veiligheidsronde niet aan te kondigen (zie 'Aan welke voorwaarden moet een Veiligheidsronde voldoen')

#### **Tijdens de Veiligheidsronde**

2. Uitvoeren van een Veiligheidsronde;

De leidinggevende gaat in overleg met één of meerdere medewerkers van de afdeling. In het overleg gaat het alleen over de patiëntveiligheid. Een Veiligheidsronde kan op verschillende manieren uitgevoerd worden:

- De leidinggevende houdt een gesprek op de afdeling, of soms letterlijk op de gang, waarbij medewerkers (eventueel vooraf) gevraagd worden om deel te nemen aan het gesprek. Daarnaast kan op basis van een gesignaleerde onveilige situaties die de leidinggevende gedurende de week ziet een gesprek worden gevoerd over veiligheid.
- Het letterlijk lopen van een ronde over de afdeling, waarbij medewerkers aangesproken worden wanneer de leidinggevende een onveilige situatie ziet, bijvoorbeeld een verpleegkundige die niet haar handen wast voordat ze een infuus inbrengt.
- Het houden van een overleg met een groep medewerkers met een specifieke functie. De leidinggevende vraagt bijvoorbeeld alle leerling-verpleegkundigen of alle arts-assistenten van de afdeling chirurgie om deel te nemen aan het gesprek. Tijdens dat gesprek kan dan een specifiek onderwerp met betrekking tot veiligheid besproken worden, bijvoorbeeld het onjuist gebruik van protocollen.

#### **Na de Veiligheidsronde**

3. Terugkoppeling van het gesprek;

Na afloop van een Veiligheidsronde is het erg belangrijk om het gesprek, geanonimiseerd, terug te koppelen naar de medewerkers. Dit kan bijvoorbeeld door de Veiligheidsronde te bespreken tijdens een afdelingsoverleg of door middel van een brief aan de deelnemers. Het is van belang dat de leidinggevende aangeeft waar het gesprek over ging en welke acties/verbetermaatregelen er op basis van de Veiligheidsronde genomen worden en wanneer. De Veiligheidsronde moeten ook besproken worden met



het management (w.o. Raad van Bestuur) met betrekking tot besluitvorming over verbeteringen. Daarnaast kan ook kennis en ervaring van andere afdelingen gedeeld worden.

4. Het melden van de incidenten in het incident meldingssysteem;

Incidenten die besproken worden tijdens een Veiligheidsronde moeten ook gemeld worden in het incident meldingssysteem, als dat nog niet gedaan is. De betrokken persoon bij het incident kan dat doen, maar ook de leidinggevende kan dit doen (dit uiteraard in overleg met de betrokkene). Het gaat er immers om inzicht te krijgen in onveilige situaties en daarop verbeteringen invoeren.

5. Het invoeren van verbeteracties;

De kern van een Veiligheidsronde is het realiseren van verbeteringen op het gebied van patiëntveiligheid. Informatie uit een Veiligheidsronde moet dus vertaald worden naar concrete verbetermaatregelen. Hierin is een belangrijke taak weggelegd voor de leidinggevende. De leidinggevende wordt op deze manier ook verantwoordelijk gemaakt voor het 'oplossen' van het probleem, oftewel voor het verbeteren van de patiëntveiligheid. Over het invoeren van verbetermaatregelen wordt vanuit het project veiligheidsmanagement het draaiboek 'SMART en BETROUWBAAR verbeteren' aangeboden.

In de bijlage zijn een aantal gespreksvoorbeelden te vinden.

### **Waarom zou je als leidinggevende gebruik maken van Veiligheidsrondes?**

Doel van een Veiligheidsronde:

- Het creëert een veiligheidsbewustzijn.
- Het draagt bij aan het realiseren van een veiligheidscultuur.
- Het geeft inzicht in de patiëntveiligheid van een afdeling.
- Het biedt de mogelijkheid om van elkaar en van andere afdelingen te leren over patiëntveiligheid.
- Het draagt bij aan het continue verbeteren van patiëntveiligheid.
- Het biedt de mogelijkheid om met elkaar het gesprek over patiëntveiligheid aan te gaan
- Het creëert gespreksmogelijkheden over patiëntveiligheid tussen professionals en management en andere betrokkene bij de zorg.
- Toegenomen veiligheidsbewustzijn.

Het resultaat van een Veiligheidsronde uit zich in:

1. Een toename (van minimaal 50%) van het aantal incident meldingen;
2. Het aantal ingevoerde verbetermaatregelen ten opzichte van het aantal gemelde incidenten;
3. Een verhoogde respons op een (veiligheids)cultuurenquête;
4. Een vermindering van het aantal ernstige incidenten ziekenhuisbreed, als gevolg van het invoeren van een ziekenhuisbreed systeem voor het melden van incidenten.
5. Een aanleiding voor het uitvoeren van een prospectieve risico-inventarisatie.

Wat is een Veiligheidsronde niet:

- Het is geen manier voor een 'gewoon' informeel overleg met medewerkers;
- Het is niet het middel om nieuw beleid te communiceren;
- Het is geen middel om het leiderschap te belichten;
- Het gaat niet over de patiënttevredenheid.

Concrete acties voor de leidinggevende naar aanleiding van een Veiligheidsronde:

- Een concrete actie kan zijn dat iedere leidinggevende vier veranderingen per jaar implementeert op het gebied van patiëntveiligheid op basis van de gehouden Veiligheidsrondes.

**Aan welke voorwaarden moet een Veiligheidsronde voldoen?**

Het ziekenhuis, en de leidinggevende beslissen of het tijdstip en de locatie van de Veiligheidsronde wel of niet worden aangekondigd. Het voordeel van het aankondigen van een Veiligheidsronde is dat medewerkers vooraf kunnen nadenken over de patiëntveiligheid op hun afdeling. Een nadeel van het aankondigen van een Veiligheidsronde kan zijn dat medewerkers sociaal wenselijk (veiligheids) gedrag vertonen. Het ziekenhuis moet de medewerkers verzekeren dat alle informatie die uit een Veiligheidsronde naar voren komt als vertrouwelijk en anoniem worden behandeld.

### Bijlage 3: COMPaZ vragenlijst

Bron: VMSzorg.nl

--	--	--	--	--	--



#### INLEIDING

In deze vragenlijst wordt uw mening gevraagd over onderwerpen op het gebied van patiëntveiligheid, vergissingen in de zorgverlening en het melden van incidenten in uw ziekenhuis. Het invullen zal circa 10 tot 15 minuten in beslag nemen.

Bij het invullen van deze vragenlijst, dient u "uw afdeling" te interpreteren als het werkgebied, de afdeling of de werkeenheid van het ziekenhuis waar u het grootste deel van uw werktijd doorbrengt of het grootste deel van uw klinische werkzaamheden verricht.

- Een "incident" wordt gedefinieerd als: een onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de patiënt heeft geleid, had kunnen leiden of (nog) kan leiden.
- Onder onbedoelde gebeurtenis wordt hier mede begrepen: (om het even welk soort) verassing, fout, ongeval/ongeluk of afwijking.
- "Patiëntveiligheid" wordt gedefinieerd als: het (nagenoeg) ontbreken van (de kans op) aan de patiënt toegebrachte schade (lichamelijk/psychisch) die is ontstaan door het niet volgens de professionele standaard handelen van hulpverleners en/of door tekortkoming van het zorgsysteem.

#### HOOFDSTUK A: Uw afdeling

Wat is uw primaire afdeling in dit ziekenhuis? Geef één antwoord door een rondje aan te kruisen.

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> a. Anesthesiologie | <input type="radio"/> g. Interne geneeskunde     | <input type="radio"/> m. Spoedeisende Hulp   |
| <input type="radio"/> b. Apotheek        | <input type="radio"/> h. Kindergeneeskunde       | <input type="radio"/> n. Verloskunde   |
| <input type="radio"/> c. Chirurgie       | <input type="radio"/> i. Laboratorium            | <input type="radio"/> o. Veel verschillende afdelingen of geen specifieke afdeling |
| <input type="radio"/> d. Functieafdeling | <input type="radio"/> j. Neurologie              | <input type="radio"/> p. Anders, specificeer aub:                                  |
| <input type="radio"/> e. Gynaecologie    | <input type="radio"/> k. Psychiatrie/psychologie | <input type="radio"/> l. Radiologie  |
| <input type="radio"/> f. Intensive care  |  |  |

Geef aan in welke mate u het eens of oneens bent met de volgende stellingen over uw afdeling.

Geef uw antwoord door per stelling één rondje aan te kruisen.

Denk aan uw afdeling in dit ziekenhuis ...	Ze er mee oneens	Mee oneens	Geen van beide	Mee eens	Ze er mee eens
1. Mensen steunen elkaar op deze afdeling .....	①	②	③	④	⑤
2. We hebben genoeg personeel om de werklust aan te kunnen .....	①	②	③	④	⑤
3. Wanneer er veel werk snel verricht moet worden, werken we als een team samen om het werk af te krijgen .....	①	②	③	④	⑤
4. Op deze afdeling behandelen mensen elkaar met respect .....	①	②	③	④	⑤
5. Het personeel op deze afdeling maakt langere werktijden dan goed is voor de patiëntzorg .....	①	②	③	④	⑤
6. Wij zijn actief bezig met het verbeteren van patiëntveiligheid .....	①	②	③	④	⑤
7. We gebruiken meer uitzend/invulkrachten dan goed is voor de patiëntzorg .....	①	②	③	④	⑤
8. Het personeel heeft het gevoel, dat hun fouten tegen hen worden gebruikt .....	①	②	③	④	⑤
9. Fouten hebben hier tot positieve veranderingen geleid .....	①	②	③	④	⑤
10. Dat de ernstiger fouten hier niet (vaker) gebeuren berust eigenlijk op toeval .....	①	②	③	④	⑤
11. Als het ergens op de afdeling heel druk is, helpen anderen mee .....	①	②	③	④	⑤

### HOOFDSTUK A: Uw afdeling (vervolg)

Denk aan uw afdeling in dit ziekenhuis ...	Zeer mee oneens	Mee oneens	Geen van beide	Mee eens	Zeer mee eens
12. Wanneer een incident wordt gemeld, voelt het alsof de aandacht naar de melder gaat en niet naar het probleem .....	①	②	③	④	⑤
13. Nadat veranderingen zijn aangebracht om de patiëntveiligheid te verbeteren, wordt hun effectiviteit geëvalueerd.....	①	②	③	④	⑤
14. We werken in een "crisisituatie": we proberen te veel te snel te doen .....	①	②	③	④	⑤
15. Het personeel vreest dat de fouten die zij maken in hun personeelsdossier worden bijgehouden .....	①	②	③	④	⑤
16. We hebben problemen met de patiëntveiligheid op onze afdeling .....	①	②	③	④	⑤
17. Onze procedures en systemen zijn adequaat om vergissingen te voorkomen	①	②	③	④	⑤

### HOOFDSTUK B: Uw supervisor/leidinggevende

Geef aan in welk mate u het eens of oneens bent met de volgende stellingen over uw directe supervisor/leidinggevende of persoon aan wie u verantwoording moet afleggen.  
Geef uw antwoord door per stelling één rondje aan te kruisen.

	Zeer mee oneens	Mee oneens	Geen van beide	Mee eens	Zeer mee eens
1. Mijn supervisor/leidinggevende geeft een compliment als hij/zij ziet dat werkzaamheden volgens de vastgestelde patiëntveiligheidsprocedures worden verricht .....	①	②	③	④	⑤
2. Mijn supervisor/leidinggevende neemt suggesties van het personeel met betrekking tot patiëntveiligheid serieus in overweging .....	①	②	③	④	⑤
3. Telkens wanneer de druk toeneemt wil mijn supervisor/leidinggevende dat wij harder werken, zelfs als dit er toe leidt dat we stappen in procedures overslaan.....	①	②	③	④	⑤
4. Mijn supervisor/leidinggevende ziet problemen die zich keer op keer voordoen over het hoofd .....	①	②	③	④	⑤

### HOOFDSTUK C: Communicatie

Hoe vaak komen de volgende gevallen op uw afdeling voor?  
Geef uw antwoord door per stelling één rondje aan te kruisen.

Denk aan uw afdeling in dit ziekenhuis ...	Nooit	Zelden	Soms	Meestal	Altijd
1. We krijgen feedback over de veranderingen die ten gevolge van het melden van incidenten zijn ingevoerd .....	①	②	③	④	⑤
2. Het personeel voelt zich vrij om te spreken als het iets ziet dat mogelijk een negatief effect heeft op de patiëntenzorg.....	①	②	③	④	⑤
3. We worden geïnformeerd over vergissingen die op deze afdeling voorkomen .....	①	②	③	④	⑤
4. Het personeel voelt zich vrij om beslissingen of acties van personen met meer bevoegdheden ter discussie te stellen.....	①	②	③	④	⑤
5. Op deze afdeling bespreken we mogelijkheden om te voorkomen dat vergissingen zich herhalen .....	①	②	③	④	⑤
6. Het personeel is bang om iets wat niet juist lijkt aan de orde te stellen .....	①	②	③	④	⑤

#### HOOFDSTUK D: Melding van incidenten

Als zich op uw afdeling in dit ziekenhuis de volgende incidenten voordoen, hoe vaak worden ze dan gemeld? Geef uw antwoord door per stelling één rondje aan te kruisen.

	Nooit	Zelden	Soms	Meestal	Altijd
1. Als een vergissing wordt gemaakt, maar wordt <u>ontdekt en gecorrigeerd voordat deze de patiënt heeft bereikt</u> , hoe vaak wordt dit gerapporteerd? .....	①	②	③	④	⑤
2. Als een vergissing wordt gemaakt, die <u>niet tot schade aan de patiënt kan leiden</u> , hoe vaak wordt dit gerapporteerd? .....	①	②	③	④	⑤
3. Als een vergissing wordt gemaakt, <u>die de patiënt had kunnen schaden, maar niet oeschaad heeft</u> , hoe vaak wordt dit gerapporteerd? .....	①	②	③	④	⑤

#### HOOFDSTUK E: Waardering voor Patiëntveiligheid

Geef uw afdeling in dit ziekenhuis een algemene waardering voor patiëntveiligheid. Geef één antwoord.

- A Uitstekend     B Zeer goed     C Acceptabel     D Matig     E Slecht

#### HOOFDSTUK F: Uw ziekenhuis

Geef aan in welk mate u het eens of oneens bent met de volgende stellingen over uw ziekenhuis.

Geef uw antwoord door per stelling één rondje aan te kruisen.

Denk aan uw ziekenhuis ...	Zeer mee oneens	Mee oneens	Geen van beide	Mee eens	Zeer mee eens
1. Het ziekenhuismanagement zorgt voor een werkklimaat waarin patiëntveiligheid gestimuleerd wordt.....	①	②	③	④	⑤
2. Ziekenhuisafdelingen stemmen onderling niet goed af.....	①	②	③	④	⑤
3. Er vallen zaken "tussen wal en schip" als patiënten van één afdeling naar een andere afdeling worden overgeplaatst .....	①	②	③	④	⑤
4. Er is een goede samenwerking tussen de ziekenhuisafdelingen die met elkaar moeten samenwerken.....	①	②	③	④	⑤
5. Belangrijke informatie over patiëntenzorg gaat vaak verloren tijdens de wisseling van diensten .....	①	②	③	④	⑤
6. Problemen ontstaan vaak bij de uitwisseling van informatie tussen ziekenhuisafdelingen .....	①	②	③	④	⑤
7. Uit de activiteiten die het ziekenhuismanagement verricht blijkt dat patiëntveiligheid topprioriteit heeft.....	①	②	③	④	⑤
8. Het ziekenhuismanagement lijkt alleen geïnteresseerd in patiëntveiligheid als zich een incident met schadelijk gevolg heeft voorgedaan.....	①	②	③	④	⑤
9. Ziekenhuisafdelingen werken goed samen om patiënten de beste zorg te verlenen .....	①	②	③	④	⑤
10. Wisseling van diensten is problematisch voor de patiënten in dit ziekenhuis .....	①	②	③	④	⑤

#### HOOFDSTUK G: Gemeld aantal incidenten

Uitgaande van de laatste 12 maanden, hoe vaak heeft u een melding-incidentformulier (bijvoorbeeld een MIP/FONA-formulier) ingevuld en ingediend? Geef één antwoord.

- a. geen meldingsformulier                       d. 6 tot 10 meldingsformulieren  
 b. 1 tot 2 meldingsformulieren                 e. 11 tot 20 meldingsformulieren  
 c. 3 tot 5 meldingsformulieren                 f. 21 of meer meldingsformulieren

## HOOFDSTUK H: Achtergrond informatie

Deze informatie helpt ons bij de analyse van de interviewresultaten. Geef per vraag één antwoord.

- Hoe lang werkt u in dit ziekenhuis?
  - a. Minder dan 1 jaar
  - b. 1 tot 5 jaar
  - c. 6 tot 10 jaar
  - d. 11 tot 15 jaar
  - e. 16 tot 20 jaar
  - f. 21 jaar of meer
- Hoe lang werkt u in dit ziekenhuis op uw huidige afdeling?
  - a. Minder dan 1 jaar
  - b. 1 tot 5 jaar
  - c. 6 tot 10 jaar
  - d. 11 tot 15 jaar
  - e. 16 tot 20 jaar
  - f. 21 jaar of meer
- Hoe lang werkt u al in uw huidige specialisme of functie?
  - a. Minder dan 1 jaar
  - b. 1 tot 5 jaar
  - c. 6 tot 10 jaar
  - d. 11 tot 15 jaar
  - e. 16 tot 20 jaar
  - f. 21 jaar of meer
- Hoeveel uren per week werkt u doorgaans in dit ziekenhuis?
  - a. Minder dan 20 uren per week
  - b. 20 tot 39 uren per week
  - c. 40 tot 59 uren per week
  - d. 60 of meer uren per week
- Wat is uw functie in dit ziekenhuis? Geef EÉN antwoord dat uw functie het beste omschrijft.
  - a. Verpleeghulp
  - b. Verpleegkundige in opleiding
  - c. Gediplomeerd verpleegkundige
  - d. Physician Assistant / Nurse Practitioner
  - e. Basisarts / Arts in opleiding tot specialist
  - f. Medisch specialist
  - g. Apotheker
  - h. Administratief medewerker / Secretariaresse
  - i. Fysiotherapeut / Bezigheidstherapeut / Logopedist
  - j. Medisch analist / laborant
  - k. Radiotherapeutisch laborant
  - l. Medewerker functieafdeling (bijv. hartfunctie, longfunctie, EEG)
  - m. Management
  - n. Anders, specificeer aub:
- Uitgaande van uw functie in dit ziekenhuis, heeft u doorgaans directe interactie of contact met patiënten?
  - a. JA, doorgaans heb ik WEL directe interactie of contact met patiënten.
  - b. NEE, doorgaans heb ik GEEN directe interactie of contact met patiënten.

## HOOFDSTUK I: Uw opmerkingen

Hieronder kunt u uw opmerkingen kwijt over patiëntveiligheid, incidenten of over het melden van incidenten in uw ziekenhuis.

**Hartelijk bedankt voor het invullen van deze vragenlijst.**



Cultuuronderzoek onder medewerkers over patiëntveiligheid in ziekenhuizen  
© Nederlandse versie EMGO Instituut /VUmc en NIVEL - april 2008

4

#### **Bijlage 4: Stuurgroep**

Voor het bereiken van de doelstellingen op het gebied van patiëntveiligheid wordt voor 1 juni 2009 een stuurgroep Kwaliteit en Veiligheid ingesteld.

Deze stuurgroep bestaat uit:

- lid raad van bestuur
- voorzitter medische staf
- voorzitter kwaliteitscommissie medische staf
- manager
- secretaris raad van bestuur
- verpleegkundige van de VEC
- lid cliëntenraad
- beleidsadviseur(s) kwaliteit

Taken van de stuurgroep:

Vaststellen patiëntveiligheidsbeleid van het ziekenhuis

Opdrachtgever van activiteiten op het gebied van patiëntveiligheid

Monitoren van de voortgang van deze activiteiten op basis van aangeleverde rapportages van beleidsadviseur kwaliteit

Bespreken ziekenhuisbrede incidenten op basis van aangeleverde rapportage van (de)centrale VIMcommissies

Bewaakt de raakvlakken met andere veiligheidsaspecten zoals veilige zorg, ARBO e.d.

#### **Bijlage 5: procesbegeleiders**

De eenheden ontvangen bij de analyse van incidenten en bij het uitvoeren van prospectieve risico analyse ondersteuning en training van procesbegeleiders. Procesbegeleiders zijn extern getraind in de analysemethodieken PRISMA en HFMEA. De procesbegeleiders brengen kennis over aan de VIM commissies met als doel dat deze uiteindelijk zelf vaardig worden in het uitvoeren van de PRISMA analyse. Bij het uitvoeren van een prospectieve risicoanalyse geven de procesbegeleiders ondersteuning aan het multidisciplinaire team die de analyse uitvoert en bewaken zij het proces. Procesbegeleiders hoeven geen inhoudelijke kennis te hebben van de processen die worden geanalyseerd.

Het is aan te bevelen om rond de tien personen als procesbegeleider te benoemen, zodat er voldoende kennis en mankracht aanwezig is om dit te kunnen waarborgen.

Een procesbegeleider heeft

- hbo denkniveau
- kennis van procesbeschrijvingen
- kennis van risico analyse methodieken
- vaardigheden om training te kunnen geven
- analytisch vermogen