



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

## Ziekenhuizen boeken voortgang met implementatie veiligheids- managementsysteem

Risicobeheersing en toepassing veiligheid  
op de werkvloer moeten beter

Den Haag, juli 2010



## Inhoud

### **Voorwoord – 5**

### **Samenvatting – 7**

#### **1 Inleiding – 9**

- 1.1 Aanleiding en belang – 9
- 1.2 Onderzoeksvragen – 10
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader – 10

#### **2 Conclusies – 13**

- 2.1 Algemene conclusie: Ziekenhuizen maken vaart met implementatie veiligheidsmanagementsysteem, maar hebben nog veel te doen – 13
- 2.2 Structuur van het VMS zichtbaar – 13
- 2.3 Veiligheid vooral instrumenteel opgepakt – 13
- 2.4 Veiligheid nog onvoldoende onderdeel van het dagelijkse werk en onvoldoende geborgd – 13
- 2.5 Veiligheid nog steeds geen vanzelfsprekend onderdeel van opleidingen – 14

#### **3 Handhaving – 15**

- 3.1 Geen speciale maatregelen geëist – 15
- 3.2 Aanbevelingen voor het veld – 15
- 3.3 Vervolgacties inspectie – 15

#### **4 Resultaten – 17**

- 4.1 Leiderschap: verantwoordelijkheden expliciet benoemd – 17
- 4.2 Patiëntenparticipatie: betrokkenheid van de patiënt bij het veiligheidsbeleid nog schriftelijk van aard – 19
- 4.3 Retrospectieve risicoanalyses: veilig incident melden in toenemende mate geïmplementeerd – 20
- 4.4 Prospectieve risicoanalyses: uitvoering van prospectieve risicoanalyses langzaam op gang – 22
- 4.5 Cultuur: op de agenda maar veranderingen moeizaam – 23
- 4.6 Medewerkers: deskundigheidsbevordering op het gebied van patiëntveiligheid onvoldoende geborgd – 24
- 4.7 Monitoren: commitment vanuit het bestuur voor veiligheidsbeleid – 25
- 4.8 Verbeteren veiligheid van zorg: leerprocessen en uitkomsten matig bekend op de werkvloer – 26

#### **5 Beschouwing – 29**

#### **6 Summary – 31**

### **Literatuurlijst – 33**

- Bijlage 1 Overzicht getoetste ziekenhuizen – 35
- Bijlage 2 Lijst met gebruikte afkortingen en definities – 36
- Bijlage 3 Methodologische verantwoording 37
- Bijlage 4 Speerpunten – 39



## Voorwoord

De inspectie heeft voor het tweede jaar achtereenvolgens de ontwikkeling en voortgang van de implementatie van het veiligheidsmanagementsysteem (VMS) in ziekenhuizen beoordeeld. Dit is afgesproken op 12 juni 2007 toen de brancheorganisaties<sup>a</sup> hun ambitie uitspraken om in 2012 de vermijdbare schade bij patiënten in ziekenhuizen met 50% te hebben verminderd. Patiëntveiligheid is voor de inspectie één van de prioriteiten waar ze op dit moment in de geplande toezichtactiviteiten veel aandacht aan besteedt. De inspectie hecht aan een systematische benadering van patiëntveiligheid binnen zorginstellingen. Patiëntveiligheid is niet zomaar een project. Het behoort in de gezondheidszorginstellingen en bij de beroepsbeoefenaren, net als bij de inspectie, één van de prioriteiten te zijn. De ambitie om veilige zorg te leveren moet als zodanig ervaren worden en terug te vinden zijn in het gedrag van iedereen in de organisatie; bij de raad van bestuur, hoger- en middenmanagement en bij medewerkers, artsen, verpleegkundigen en ondersteunende medewerkers. De cultuur in een zorginstelling moet veiligheid bewerkstelligen en uitstralen. Voor iedereen moet het onderwerp vanzelfsprekend zijn. Een VMS kan bijdragen aan de noodzakelijke aandacht voor patiëntveiligheid. De ziekenhuissector heeft met de minister van VWS en met de inspectie afgesproken dat alle ziekenhuizen uiterlijk eind 2012 voor het VMS gecertificeerd/geaccrediteerd moeten zijn. Met het onderzoek waar dit rapport verslag van doet, laat de inspectie zien hoe ver ziekenhuizen zijn bij de implementatie van het VMS. Toetssteen is hierbij de beoordeling of ziekenhuizen voldoende op weg zijn om te kunnen garanderen dat zij uiterlijk eind 2012 voor het VMS gecertificeerd/geaccrediteerd kunnen zijn. Volgend jaar volgt vanuit de inspectie wederom een onderzoek en verslag om uiteindelijk in 2012 te kunnen beoordelen of ziekenhuizen op het gewenste niveau zijn gekomen met hun VMS.

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

---

a Orde van Medisch Specialisten (OMS), NVZ Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), Landelijk Expertise-centrum Verpleging en Verzorging (LEVV)



## Samenvatting

In dit rapport doet de inspectie verslag van haar tweede beoordeling over de implementatie van het veiligheidsmanagementsysteem (VMS) in ziekenhuizen. In tegenstelling tot het onderzoek in 2009 bezocht de inspectie voor dit onderzoek een steekproef van 19 ziekenhuizen. Dit lagere aantal komt doordat vorig jaar tevens de ziekenhuizen die niet deelnamen aan het landelijke veiligheidsprogramma zijn bezocht. Daarnaast is dit jaar het toetsingskader afgestemd op de speerpunten<sup>b</sup> die programmapartners<sup>c</sup> van VMSzorg in het najaar van 2009 bekend maakten. Aan de hand van deze speerpunten kunnen ziekenhuizen het VMS implementeren zodat zij eind 2012 hoogstwaarschijnlijk over een gecertificeerd/geaccrediteerd VMS beschikken.

Het algemene beeld is dat de ziekenhuizen voortvarend aan veiligheid werken en elementen van het VMS invoeren. Voor alle onderzochte ziekenhuizen geldt dat de inspectie op dit moment de verwachting heeft dat certificatie/accreditatie van het VMS eind 2012 haalbaar is. Dit impliceert overigens niet dat 15 bezochte ziekenhuizen en vier op het NIAZ-verslag beoordeelde ziekenhuizen voldoen aan alle 'verplichte' speerpunten voor de jaren 2008 en 2009. Zij voldoen echter al zonder uitzondering aan enkele speerpunten waar zij zich pas in 2010 en later op hoeven te richten.

De invoering van het VMS vindt overwegend instrumenteel en beleidsmatig plaats. Voor de implementatie zijn tot nu toe vooral die onderdelen van het VMS gekozen die gemakkelijk zijn in te voeren en voornamelijk bestaan uit 'instrumenten'. Het veilig melden, bijna zonder uitzondering ondersteund door een faciliteit op het ziekenhuisintranet, is uitgebreider ingevoerd dan volgens de verplichte speerpunten nodig is. Dat geldt ook voor de aanpak van de tien hoogrisicothema's. De moeilijker onderdelen van het VMS zoals de prospectieve risicoanalyses en het omzetten van gevonden tekortkomingen in verbeteringen, lopen achter bij de speerpunten. Ziekenhuizen blijken daar nog onvoldoende aan toe te komen, enkele positieve uitzonderingen daar gelaten. Als ziekenhuizen dit punt niet voortvarend oppakken komend jaar, komt certificering/accreditering in 2012 in het gedrang.

De patiëntparticipatie, in het bijzonder via de cliëntenraad, en het bevorderen van de deskundigheid van medewerkers op het gebied van patiëntveiligheid blijft achter. Aandacht voor deze twee onderwerpen verdient aanbeveling.

Opmerkelijk is ten slotte de grote mate van betrokkenheid vanuit de raad van bestuur en het management bij patiëntveiligheid zoals blijkt uit de aandacht voor het speerpunt monitoren. Dit commitment vanuit het hogere management is van groot belang voor het draagvlak binnen het ziekenhuis en draagt bij aan de interne motivatie.

---

b Voor een overzicht van de speerpunten per jaar dan wel onderdeel, zie bijlage 4 en tevens [www.vmszorg.nl](http://www.vmszorg.nl)

c Orde van Medisch Specialisten (OMS), NVZ vereniging van ziekenhuizen, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging (LEVV).





# 1 Inleiding

## 1.1 Aanleiding en belang

In het kader van haar toezichthoudende taak beoordeelde de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in de eerste maanden van 2010 19 ziekenhuizen op de mate waarin een veiligheidsmanagementsysteem (VMS) was geïmplementeerd en functioneerde.

Zowel nationaal als internationaal is er een aanzienlijke toename in aandacht voor patiëntveiligheid na de in 1999 in de Verenigde Staten verschenen publicatie: *“To err is human, building a safer healthcare system”*. Patiëntveiligheid werd hierin 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 de hulpverleners en/of door tekortkoming van het zorgsysteem”* (1).

In Nederland is medio 2004 aan de heer Rein Willems, destijds president-directeur van Shell Nederland, als gezant van de minister van VWS verzocht zijn oordeel omtrent de veiligheid in Nederlandse ziekenhuizen in kaart te brengen. Het rapport met zijn oordeel heeft geresulteerd in 4 conclusies met bijbehorende aanbevelingen (2). Eén van de aanbevelingen is door het veld opgepakt en uitgewerkt door ziekenhuizen te adviseren per januari 2008 een gecertificeerd VMS te realiseren. Januari 2008 bleek echter veel te ambitieus.

In juni 2007 is vervolgens door de brancheorganisaties NVZ, OMS, LEVV, V&VN en NFU voor de Nederlandse ziekenhuizen een veiligheidsprogramma ‘Voorkom schade, werk veilig’ gestart. In het veiligheidsprogramma is de ambitie neergelegd om in 5 jaar tijd in de ziekenhuizen een reductie van onbedoelde (vermijdbare) schade van 50% te behalen. Een belangrijk middel om dat doel te realiseren vormt de implementatie van het VMS (3).

Een VMS is te beschouwen als een systeem om risico’s te beheersen. Het voorziet in een strategie, beleid en activiteiten om risico’s te inventariseren, analyseren, beoordelen en aan te passen. Naast zogenoemde prospectieve risicoanalyse vindt retrospectieve risico-identificatie door middel van incidentenanalyses plaats. De kern van het VMS is het vaststellen en implementeren van maatregelen om risico’s te beheersen.

Het VMS is gebaseerd op de richtlijnen zoals omschreven in de Nederlands Technische Afspraak (NTA) 8009:2007 (4). De basiselementen van een VMS zijn:

- Het formuleren van veiligheidsbeleid/strategie.
- Het creëren van een ‘veilige’ cultuur.
- Het veilig melden van incidenten.
- Het bieden van inzicht in risicovolle processen.
- Het blijvend verbeteren van (patiënt)veiligheid.

Bij de start in juni 2007 van het veiligheidsprogramma ‘Voorkom schade, werk veilig’ is aangegeven dat de IGZ zal toezien op de uitvoering van dit programma (3). Naast het hiervoor genoemde VMS houdt het veiligheidsprogramma eveneens in dat interventies worden geïmplementeerd op tien thema’s. Dit zijn thema’s waarvan bekend is dat ze veel patiëntschade (kunnen) veroorzaken en waar juist

met een aantal verbetermaatregelen veel winst te behalen is. De IGZ zal de tien thema's monitoren met behulp van de zogenoemde veiligheidsindicatoren<sup>d</sup>.

Met de brancheorganisaties is afgesproken dat de inspectie tot en met 2012 jaarlijks bij 20 ziekenhuizen de voortgang van de implementatie van het VMS onderzoekt. Op 24 juni 2009 heeft de inspectie het eerste onderzoeksrapport van de beoordeling van 20 ziekenhuizen, aangevuld met de 4 niet aan het veiligheidsprogramma deelnemende ziekenhuizen, aangeboden aan de minister van VWS en de brancheorganisaties (5). Die rapportage betrof de resultaten tot en met 2008. In dit rapport beschrijft de inspectie de resultaten van 19 in 2010 beoordeelde ziekenhuizen. Deze resultaten hebben betrekking op beleid uit 2009 en gedrag en vaardigheden ten tijde van het bezoek.

## **1.2 Onderzoeksvragen**

In hoeverre hebben de ziekenhuizen het VMS geïmplementeerd en kan de inspectie erop vertrouwen dat certificatie/accreditatie van het VMS voor de ziekenhuizen eind 2012 gehaald wordt?

## **1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader<sup>e</sup>**

Voor dit onderzoek heeft de inspectie 15 ziekenhuizen bezocht in de maanden maart tot en met mei 2010. Daarnaast is de implementatie van het VMS bij vier ziekenhuizen beoordeeld op basis van de audit door het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ). Het VMS maakt deel uit van de meest recente NIAZ-accrediteringsnorm. Met het oog op de gewenste lastenreductie hebben het NIAZ en de IGZ afgesproken dat ziekenhuizen die volgens die nieuwe norm zijn geaccrediteerd niet door de IGZ worden bezocht in het kader van het VMS. Vanzelfsprekend moet de inspectie dan over die gegevens van de NIAZ-audits kunnen beschikken. In totaal beoordeelde de inspectie de implementatie van het VMS in 19 ziekenhuizen.

Met het formuleren van de speerpunten in het najaar van 2009 door betrokken veldpartijen en met het oog op efficiëntie en reductie van toezichtlasten heeft de inspectie de opzet van haar VMS-onderzoek gewijzigd ten opzichte van het onderzoek uit 2009. Deze speerpunten geven aan wat een ziekenhuis redelijkerwijs per 2009, 2010, 2011 en 2012 moet hebben bereikt om er vanuit te kunnen gaan dat het eind 2012 een gecertificeerd/geaccrediteerd VMS heeft.

Voor dit eerste vervolgonderzoek heeft de inspectie drie vragenlijsten ontwikkeld, met als uitgangspunt de speerpunten zoals door de partners van het veiligheidsprogramma opgesteld<sup>f</sup>.

Aan de kwaliteitsmedewerkers in de geselecteerde ziekenhuizen is gevraagd om een digitale, overwegend dichotome, vragenlijst in te vullen, voorafgaand aan het inspectiebezoek. De NIAZ-geaccrediteerde ziekenhuizen is eveneens gevraagd deze lijst in te vullen.

Het bezoek van de inspectie startte met dossier- en documentenonderzoek om te verifiëren of patiëntveiligheid al dan niet beleidsmatig geborgd was. Daarnaast sprak de inspectie met de raad van bestuur, meestal vergezeld door een kwaliteitsfunctionaris. De inspectie gebruikte een semigestructureerde vragenlijst, die op een vierpuntsschaal werd gescoord (1=onvoldoende, 4=uitstekend).

d 1. Voorkomen van wondinfecties na een operatie. 2a. De behandeling van ernstige sepsis en 2b het voorkomen van lijnsepsis. 3. Vroege herkenning en behandeling van de vitaal bedreigde patiënt. 4. Medicatieverificatie bij opname en ontslag. 5. Kwetsbare ouderen. 6. Optimale zorg bij Acute Coronaire Syndromen. 7. Vroege herkenning en behandeling van pijn. 8. High Risk Medicatie: klaarmaken en toedienen van parenteralia. 9. Verwisseling van en bij patiënten. 10. Voorkomen van nierinsufficiëntie bij intravasculair gebruik van jodiumhoudende contrastmiddelen.

e Voor een uitgebreidere methodologische verantwoording, zie bijlage 2.

f Voor een overzicht van de speerpunten per jaar dan wel onderdeel, zie bijlage 4 en tevens [www.vmszorg.nl](http://www.vmszorg.nl)

Verder voerde de inspectie aan de hand van een vragenlijst gesprekken met een gevarieerde groep medewerkers (verpleegkundigen, specialisten, arts-assistenten, medewerkers functieafdelingen) van de afdelingen interne geneeskunde, chirurgie, IC, radiologie en/of een andere functieafdeling.

Dit rapport is een weergave van de resultaten van zowel de digitale vragenlijst (n=19), de bezoeken (n=15) en de gegevens uit de verslagen van de audits van de vier NIAZ-geaccrediteerde ziekenhuizen. Hierbij zijn alle speerpunten beoordeeld en niet alleen die speerpunten die voor de jaren 2008 en 2009 verplicht zijn<sup>9</sup>.

### **Toetsingskader**

De inspectie beoordeelt de voortgang van de implementatie van het VMS in het ziekenhuis op basis van de door de partners van het veiligheidsprogramma gedefinieerde speerpunten (6). Deze speerpunten refereren aan de NTA 8009:2007, de vigerende veldnorm voor een VMS. In het kader van de Kwaliteitswet zorginstellingen moet een ziekenhuis de veldnorm volgen tenzij het kan aantonen dat zij met andere methoden hetzelfde resultaat kan bereiken.

De ambitie van het veiligheidprogramma is dat het VMS in ieder ziekenhuis eind 2012 gecertificeerd/geaccrediteerd is. De eerdergenoemde speerpunten zijn een leidraad om tot deze certificering/accreditatie te komen. Sommige ziekenhuizen hebben voorrang gegeven aan andere speerpunten dan door de partners van het veiligheidsprogramma is aangegeven. De inspectie gebruikte de speerpunten voor 2009 om te beoordelen of verwacht kon worden dat het ziekenhuis eind 2012 gecertificeerd/geaccrediteerd zal zijn.

Wanneer de inspectie deze verwachting niet heeft, zal het ziekenhuis in de gelegenheid worden gesteld om binnen drie maanden te laten zien op welke wijze het maatregelen heeft genomen waardoor de inspectie dat vertrouwen alsnog krijgt. Wanneer dit niet het geval is, zal de inspectie de minister van VWS vragen een aanwijzing te geven.

---

<sup>9</sup> Voor de ziekenhuizen die op basis van de NIAZ-accreditatie zijn beoordeeld geldt echter dat met name naar de voor het jaar 2008 en 2009 verplichte speerpunten is gekeken.



## 2 Conclusies

### 2.1 **Algemene conclusie: Ziekenhuizen maken vaart met implementatie veiligheidsmanagementsysteem, maar hebben nog veel te doen**

Op basis van de getoetste speerpunten stelt de inspectie vast dat ziekenhuizen voortgang boeken met het implementeren van hun VMS en het verbeteren van de patiëntveiligheid. Dat blijkt ook uit het gegeven dat de invoering van het VMS in alle ziekenhuizen hoog op de agenda staat en voortvarend ter hand wordt genomen. De inspectie verwacht op grond van de huidige situatie, gerelateerd aan de speerpunten 2009, dat ziekenhuizen de vereiste accreditatie/certificatie in 2012 kunnen halen. De prospectieve risicoanalyses blijven een aandachtspunt aangezien de meerderheid van de ziekenhuizen een te gering aantal prospectieve risicoanalyses uitvoerde. Ziekenhuizen moeten gezien de speerpunten 2010 en verder meer aandacht besteden aan een systematische benadering van het beheersen van risico's onder meer door veel vaker prospectieve risicoanalyses uit te voeren. Doen ze dat niet dan is accreditatie/certificatie in 2012 moeilijk haalbaar.

### 2.2 **Structuur van het VMS zichtbaar**

De structuur van het VMS is in ziekenhuizen zichtbaar aangezien patiëntveiligheid en het VMS expliciet onderdeel uitmaken van het beleidsplan en verantwoordelijken zijn aangewezen voor de verschillende onderdelen van het VMS. Er zijn echter nog volop verbeteringen mogelijk. Zo wordt vooralsnog het beleidsplan hoogstens besproken met de cliëntenraad maar is er nog geen sprake van een actieve bijdrage van die cliëntenraad. Ook hebben ziekenhuizen nog niet voor alle VMS-onderdelen concrete doelstellingen geformuleerd.

Daarnaast is gebleken dat voor het hoger management en de raad van bestuur nog niet in alle gevallen de taken en verantwoordelijkheden zijn vastgelegd op het gebied van retro- en prospectieve risicoanalyses.

### 2.3 **Veiligheid vooral instrumenteel opgepakt**

De inspectie stelt vast dat in alle ziekenhuizen het veilig melden van incidenten op alle afdelingen of nagenoeg alle afdelingen een feit is. Het blijkt echter lastig om aan te geven tot welke verbeteringen de meldingen hebben geleid. Alhoewel de meeste medewerkers wel voorbeelden kunnen geven van verbeteringen naar aanleiding van meldingen is er op ziekenhuisniveau geen overzicht beschikbaar van de gerealiseerde verbeteringen.

Alle ziekenhuizen zijn conform afspraak met de eerste vier veiligheidsthema's aan de slag gegaan<sup>h</sup>. Zij implementeren de bijbehorende interventies en verzamelen de gegevens om de resultaten te kunnen tonen. Zij hebben daarmee dus vooral de instrumenten veilig melden en interventies geïmplementeerd. Dat is op zich een goede zaak, maar hier mag het niet bij blijven. De aanpak van veiligheid en de implementatie van het veiligheidsmanagementsysteem vereist meer dan alleen het veilig melden en de implementatie van de tien interventies.

### 2.4 **Veiligheid nog onvoldoende onderdeel van het dagelijkse werk en onvoldoende geborgd**

Medewerkers blijken zich ervan bewust dat ze iets aan de veiligheid moeten doen en vertalen dat vooral in het meer melden van incidenten. Melden is een goede zaak, maar te beperkt. Incidenten moeten vooral leiden tot verbeteringen. Als dat niet gebeurt, zal op den duur het melden afnemen en medewerkers niet motiveren meer

<sup>h</sup> Zie voor de beschrijving van de tien veiligheidsthema's de voetnoot d op pagina 10 en voor de bijbehorende interventies: [www.vmszorg.nl](http://www.vmszorg.nl)

aan veiligheid te doen. De leiding van de ziekenhuisorganisatie op bestuursniveau en in de lijn moet in beleid en gedrag expliciet laten zien dat ze veilige zorg voor de patiënt wil. En dat ze zich daar verantwoordelijk voor voelt. Leiderschap en voorbeeldgedrag zijn bij veiligheid onmisbaar en verdienen meer aandacht. Te veel medisch specialisten leggen zich nog te gemakkelijk neer bij het gegeven dat een behandeling soms anders verloopt dan de bedoeling was. Wanneer een incident optreedt, is het ook hun zaak daar melding van te doen. Vaak laten medisch specialisten het aan de verpleging over of zij een incident melden. Een calamiteit moet juist ook voor de medisch specialist reden zijn het onderste uit de kan te halen om achter de oorzaak te komen en om maatregelen te treffen die herhaling kunnen voorkomen. Te vaak zien zij een incident nog als een bedreiging van de eigen reputatie, terwijl juist het niet melden en onderzoeken ervan dat zou moeten zijn. De cultuur staat in alle ziekenhuizen op de agenda zoals blijkt uit de cultuurmetingen. Een vertaling van de resultaten van deze metingen naar de praktijk is echter nauwelijks zichtbaar. Medewerkers blijken niet op de hoogte van maatregelen die een gevolg zijn geweest van het cultuuronderzoek. Daarmee is een belangrijk instrument om patiëntveiligheid structureel bij medewerkers onder de aandacht te krijgen niet zichtbaar benut.

## **2.5 Veiligheid nog steeds geen vanzelfsprekend onderdeel van opleidingen**

In geen enkel ziekenhuis was in de opleidingsplannen iets opgenomen over patiëntveiligheid. Daardoor benutten ziekenhuizen de mogelijkheid niet om medewerkers op gestructureerde wijze de essenties van veilig werken en risicomanagement bij te brengen. Volgens de speerpunten had dat al wel gerealiseerd moeten zijn.

## **3 Handhaving**

### **3.1 Geen speciale maatregelen geëist**

De inspectie ziet geen noodzaak nu speciale maatregelen te eisen tegen de afzonderlijke ziekenhuizen. De verwachting is dat de ziekenhuizen de vereiste certificatie/accreditatie in 2012 kunnen halen.

Dat neemt niet weg dat de inspectie alle ziekenhuizen dringend aanraadt zich te spiegelen aan de bevindingen in dit rapport en hiermee hun aanpak zo nodig aan te passen.

### **3.2 Aanbevelingen voor het veld**

Ziekenhuizen bepalen voor zichzelf op welke wijze en in welke volgorde zij de speerpunten realiseren zodat certificatie/accreditatie van het VMS in 2012 haalbaar is. Toch zijn er algemeenheden waar ziekenhuizen in ieder geval aandacht aan moeten schenken:

- Zo is er een noodzaak voor het geven van veel meer gerichte aandacht aan daadwerkelijk risicomanagement. De raad van bestuur moet hier nadrukkelijker sturing aan geven. Ziekenhuizen moeten risicoinventarisaties uitvoeren. Daarvoor moeten ze zich bezig gaan houden met de analyse van hun processen vanuit de vraag wat in een proces de kans is dat er wat mis kan gaan waar de patiënt schade van kan ondervinden. Prospectieve risicoanalyses moeten veel vaker worden uitgevoerd. Iedere lijnmanager zal de processen waar hij/zij verantwoordelijk voor is moeten beoordelen op de kans dat er wat mis kan gaan en daar maatregelen op moeten nemen.
- De leiding moet zich tegenover medewerkers actiever opstellen en laten zien wat veilig werken betekent. De ziekenhuiswereld kan daarbij gebruikmaken van de vele goede voorbeelden uit de industrie.
- De inspectie beveelt aan de raden van bestuur en aan de besturen van de medische staven aan meer aandacht te geven aan het melden en bespreken van incidenten door medisch specialisten.
- De inspectie wil dat ziekenhuizen vooral meer doen met de bevindingen uit de analyses van de incidenten. Wanneer deze niet daadwerkelijk worden omgezet in verbeteringen en de medewerkers niet merken dat er wat mee gedaan is, zullen zij het ook niet meer nodig vinden iets wat is misgegaan te melden. Het lijnmanagement moet deze taak op zich nemen, de raad van bestuur moet er op toezien dat het gebeurt.
- Ook moeten ziekenhuizen medewerkers gestructureerd en systematisch op het gebied van veiligheid scholen en bijscholen en dit nadrukkelijk opnemen in opleidingsplannen.

### **3.3 Vervolgacties inspectie**

De inspectie onderzoekt de voortgang in 2011 wederom bij 20 aselect gekozen ziekenhuizen.





## 4 Resultaten

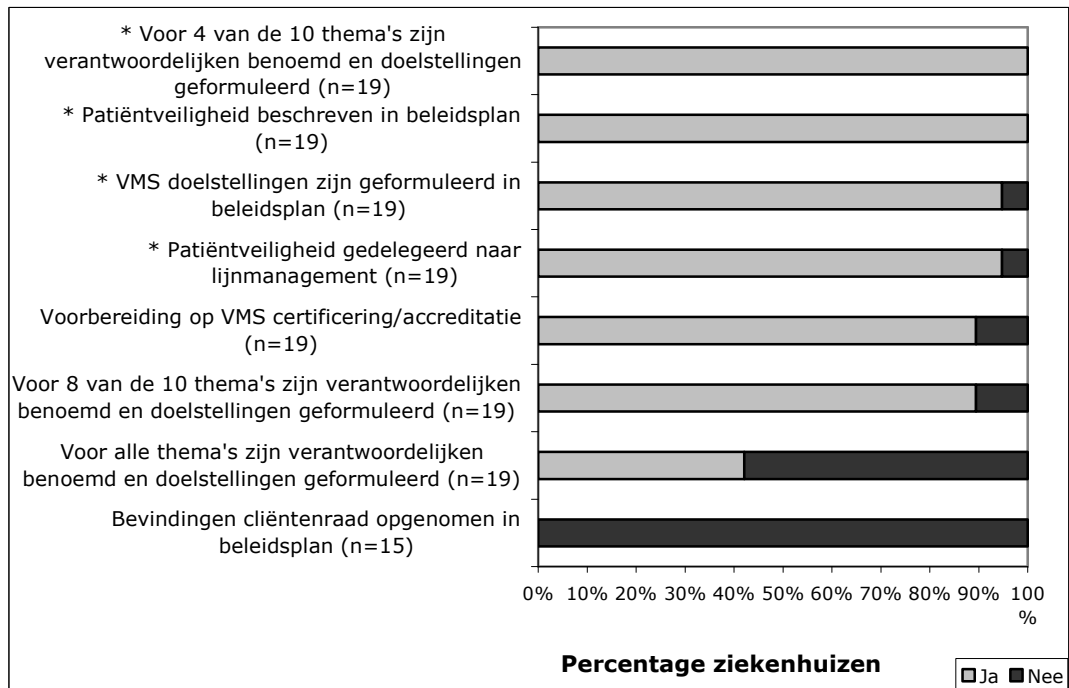
De resultaten van dit onderzoek zijn gegroepeerd naar de thema's zoals deze opgenomen zijn in de NTA<sup>i</sup>. De speerpunten behorende bij de thema's zijn gevisualiseerd in een grafiek. Een overzicht van alle speerpunten is opgenomen in bijlage 4. De speerpunten die niet relevant zijn (nog niet beoordeeld kunnen worden omdat deze specifiek voor het jaar 2012 gelden) zijn achterwege gelaten<sup>j</sup>. Bij de beoordeling van de speerpunten is gebruikgemaakt van alle in dit onderzoek verkregen informatie. Voor de vier NIAZ-geaccrediteerde ziekenhuizen is met name naar de voor 2008 en 2009 'verplichte' speerpunten gekeken. Deze speerpunten zijn herkenbaar aan het sterretje. De speerpunten uit 2008 waren gericht op het opstarten en implementeren van het VMS. Voor het jaar 2009 is het formuleren van concrete doelstellingen als eis toegevoegd. Deze speerpunten bevinden zich vooral op het structuurniveau van een VMS. De speerpunten voor het jaar 2010 en verder richten zich meer op het proces- en uitkomstniveau. De inspectie beoordeelde tevens in welke mate ziekenhuizen reeds voldoen aan de speerpunten voor de jaren 2010 en 2011. Voor de NIAZ-geaccrediteerde ziekenhuizen was dit niet voor alle speerpunten mogelijk aangezien de inspectie deze speerpunten deels beoordeelde op basis van gesprekken en dossieronderzoek. In de grafieken is aan de hand van de 'n' te zien om welke groep ziekenhuizen het gaat (totaal of alleen de 15 bezochte ziekenhuizen).

### 4.1 Leiderschap: verantwoordelijkheden expliciet benoemd

Leiderschap heeft allereerst betrekking op commitment van de raad van bestuur bij het realiseren van het veiligheidsbeleid in hun ziekenhuis. Dit is een belangrijke randvoorwaarde voor het welslagen van patiëntveiligheidsbeleid en daarom tevens voor een succesvolle implementatie van het VMS. Daarnaast moet de raad van bestuur de hogere en middenmanagers aanspreken op hun verantwoordelijkheden op het gebied van het VMS.

- 
- i De NTA-thema's zijn: leiderschap, patiëntenparticipatie, retrospectieve risicoanalyses, prospectieve risicoanalyses, cultuur, medewerkers, monitoren, verbeteren veiligheid van zorg. Het negende thema, operationele beheersmaatregelen, is pas in 2012 van toepassing en buiten beschouwing gelaten bij dit onderzoek.
- j Het betreft 1 leiderschapsspeerpunt ('ziekenhuis gebruikt 2012 om SMART doelstellingen te bepalen voor implementatie van de nieuwe NTA 8009:2011'), 1 cultuur speerpunt ('cultuurinterventies uit 2011 hebben geleid tot een zichtbaar resultaat dat wordt vastgesteld op basis van een cultuuronderzoek'), 1 medewerkers speerpunt ('op basis van accreditatie/certificatie komt naar voren dat medewerkers zich bewust zijn van het risicovolle karakter van het eigen handelen en het belang van het leveren van een actieve bijdrage aan patiëntveiligheid'), 1 monitoren speerpunt ('uit de evaluatie blijkt dat het ziekenhuis het VMS volledig heeft geïmplementeerd. Accreditatie is gerealiseerd') en 1 verbeteren speerpunt ('de gerealiseerde verbeteringen op de 10 thema's zijn ziekenhuisbreed verankerd in de dagelijkse zorgverlening').

**Figuur 1**  
**Score op acht speerpunten behorende bij het thema leiderschap**



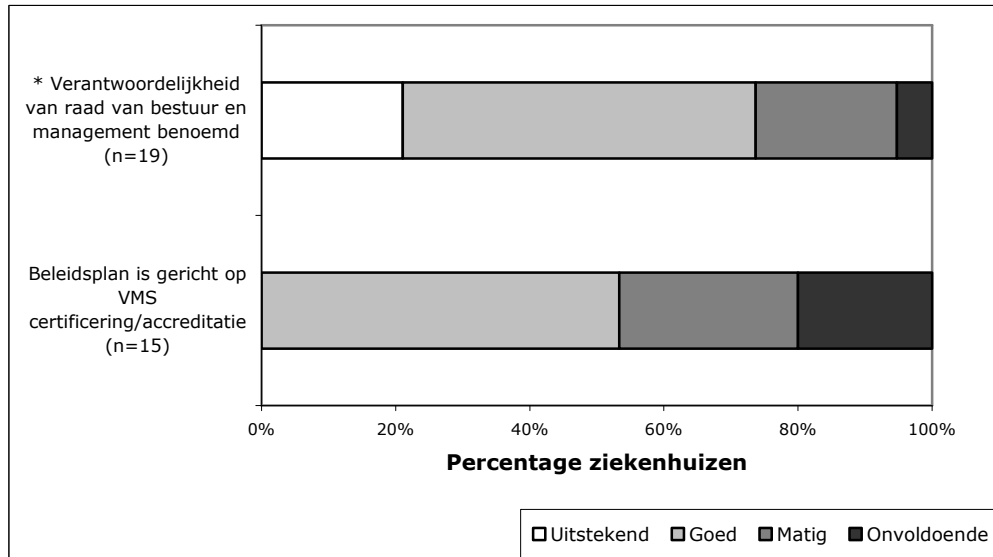
Alle ziekenhuizen voldeden aan de verplichte leiderschapsspeerpunten met uitzondering van één ziekenhuis dat de delegatie van de verantwoordelijkheid voor de patiëntveiligheid naar het lijnmanagement niet had vastgelegd. Dit speerpunt had in 2008 gerealiseerd moeten zijn.

Doelstellingen voor de VMS-hoofditens moesten SMART worden geformuleerd. Alle ziekenhuizen hadden doelstellingen, echter nog niet voor alle hoofditens. Zes ziekenhuizen gaven aan voor minder dan 50% van de VMS-items doelstellingen te hebben geformuleerd, zeven ziekenhuizen hadden voor de helft van de items doelstellingen geformuleerd en twee ziekenhuizen hadden voor alle VMS-items doelstellingen geformuleerd. De inspectie beoordeelde niet de wijze (al dan niet SMART) van formulering van de doelstelling.

Alle ziekenhuizen hadden voor de eerste vier thema's verantwoordelijken aangewezen conform het verplichte speerpunt. Acht ziekenhuizen hadden reeds verantwoordelijken voor alle tien de thema's aangewezen. Ziekenhuizen die nog niet zo ver waren, gaven aan dat in de tweede helft van 2010 de verantwoordelijkheid voor de resterende thema's zou worden belegd of dat deze opgepakt zou worden via het zorgpad (n=1).

De bevindingen van de cliëntenraad op het gebied van patiëntveiligheid waren in nog geen enkel ziekenhuis opgenomen in het beleidsplan.

**Figuur 2**  
**Mate waarin verantwoordelijkheden waren benoemd en het beleidsplan was gericht op certificering/accreditatie**

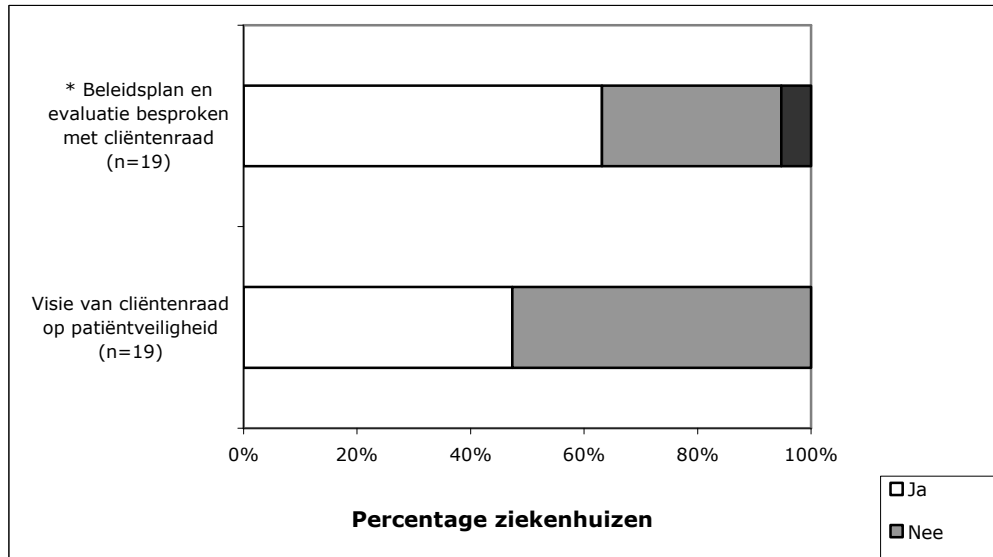


In één ziekenhuis was de verantwoordelijkheid van de raad van bestuur en het management op het gebied van de veiligheidsthema's en bijbehorende doelstellingen niet expliciet benoemd in het beleidsplan. De meerderheid van de beleidsplannen was gericht op certificering/accreditering in 2012.

**4.2 Patiëntenparticipatie: betrokkenheid van de patiënt bij het veiligheidsbeleid nog schriftelijk van aard**

In de NTA is opgenomen dat patiënten actief betrokken en geïnvolveerd moeten worden bij de opzet en uitvoering van het veiligheidsbeleid. De eigen inbreng van de patiënt alsmede de verantwoordelijkheid van de patiënt op het gebied van veiligheid moeten worden gestimuleerd.

**Figuur 3**  
**Score op de twee speerpunten behorende bij het thema patiëntenparticipatie**



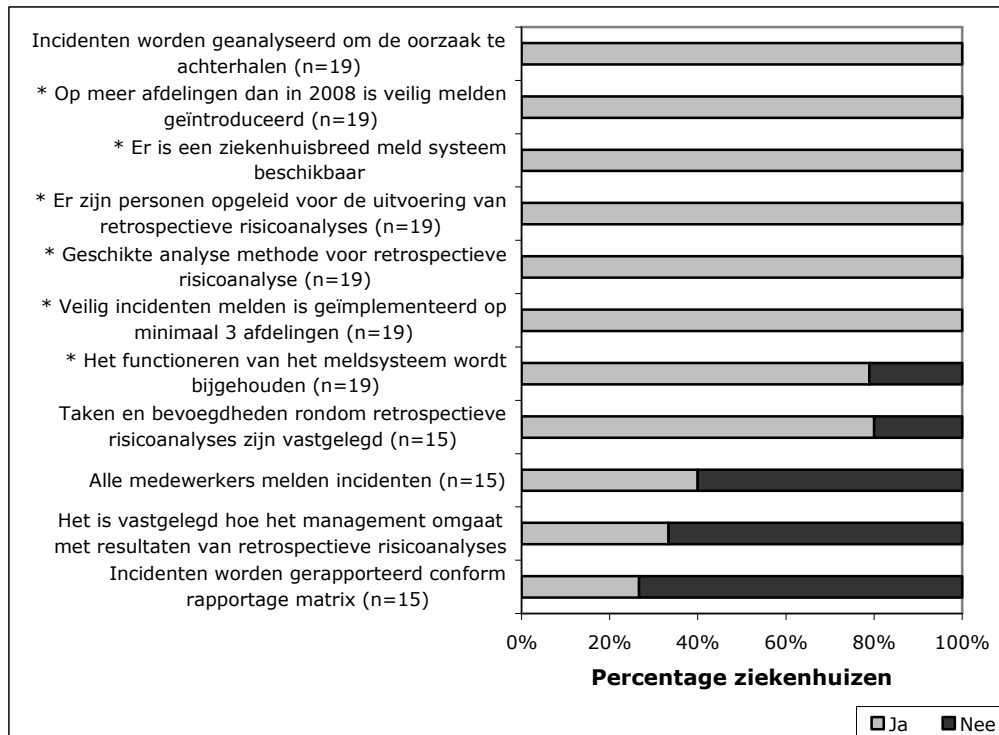
De patiënt werd in de meerderheid van de ziekenhuizen (n=9) betrokken bij het veiligheidsbeleid door het te bespreken in de cliëntenraad. Zes ziekenhuizen betrokken de patiënten niet op deze wijze bij hun veiligheidsbeleid. Voor één ziekenhuis bleef het onbekend of het VMS-beleidsplan en de evaluatie besproken waren met de cliëntenraad.

Vanuit de cliëntenraad was in negen ziekenhuizen een op schrift gestelde visie op patiëntveiligheid beschikbaar. De kleine meerderheid (n=10) had geen visie op patiëntveiligheid vanuit de cliëntenraad.

**4.3 Retrospectieve risicoanalyses: veilig incident melden in toenemende mate geïmplementeerd**

Op basis van incidentmeldingen moeten ziekenhuizen de belangrijkste risico's identificeren zodat ze op basis van deze zogenoemde retrospectieve risicoanalyses soortgelijke incidenten in de toekomst kunnen voorkomen. Het is van belang dat alle medewerkers in het ziekenhuis incidenten melden en dit ook zonder consequenties 'blame-free' kunnen doen. De raad van bestuur moet dit borgen. Voor het melden van incidenten is meestal via het besloten intranet een systeem beschikbaar. Voor de analyse van het incident zijn verschillende methodieken beschikbaar.

**Figuur 4**  
**Score op de elf speerpunten behorende bij het thema retrospectieve risicoanalyse<sup>k</sup>**



Alle ziekenhuizen hadden op ten minste drie afdelingen veilig incident melden geïmplementeerd en het aantal afdelingen was toegenomen ten opzichte van 2008. Deze resultaten hadden betrekking op de patiëntgebonden afdelingen. Bij de niet-patiëntgebonden afdelingen bleek dat de meerderheid van de ziekenhuizen (n=11) op meer afdelingen dan in 2008 het Veilig Incidenten Melden (VIM) had geïmplementeerd. Bij zeven ziekenhuizen was geen toename ten opzichte van 2008 zichtbaar. Eén ziekenhuis ten slotte rapporteerde geen niet-patiëntgebonden afdeling te hebben.

Er werd gevraagd welke analysemethode het ziekenhuis hanteerde bij incidentmeldingen. Bij deze vraag waren meerdere antwoorden mogelijk. De meeste ziekenhuizen (n=13) gaven aan de PRISMA-methode te gebruiken. Daarnaast werden SIRE (n=10), DAM (n=3) en TRIPOD (n=1) en 'een andere methode (Ishikawa, calamiteitenprocedure en het stellen van de waarom vraag)' (n=3) genoemd. Vier ziekenhuizen gaven aan het functioneren van hun meldingsstelsel niet bij te houden.

Alle ziekenhuizen bleken aandacht te besteden aan het scholen van medewerkers specifiek voor de uitvoering van retrospectieve risicoanalyses. Het aantal medewerkers dat geschoold was, varieerde tussen de 3 en 180 personen (gemiddeld 49 medewerkers).

Bij de vraag naar het ziekenhuisbrede meldsysteem bleken acht ziekenhuizen een eigen systeem te gebruiken. De meerderheid maakte gebruik van commercieel ontwikkelde systemen.

<sup>k</sup> Bij een aantal ziekenhuizen was wegens een 100% score een toename niet meer mogelijk, deze ziekenhuizen zijn wel als 'meer dan in 2008' opgenomen in de grafiek.

De omgang met de resultaten van risicoanalyses was door twee ziekenhuizen vastgelegd voor zowel de raad van bestuur als het management. Twee ziekenhuizen hadden dit alleen voor de raad van bestuur vastgelegd en één ziekenhuis alleen voor het management.

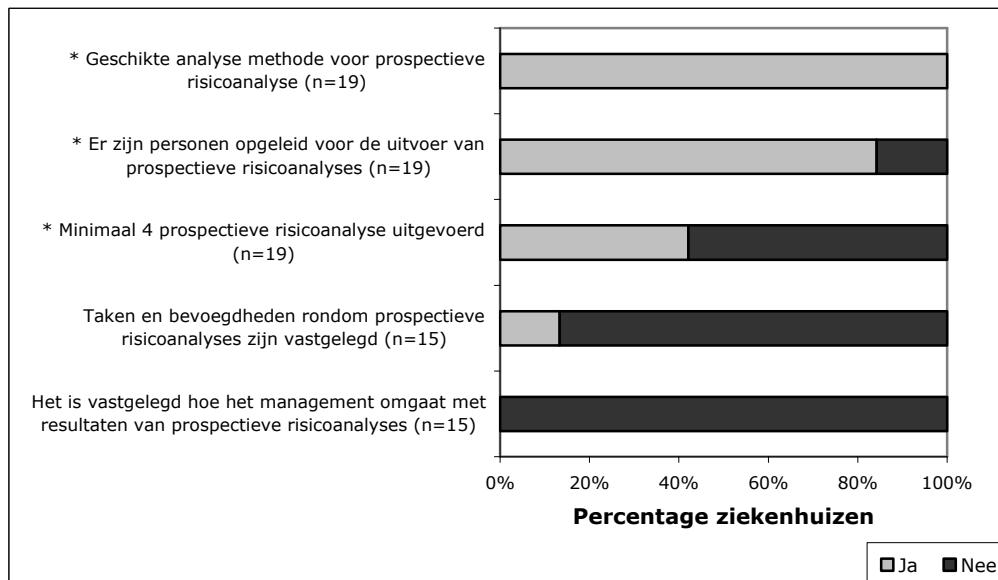
Het rapporteren van incidenten conform de NTA-rapportagematrix was voor de meerderheid van de ziekenhuizen (n=11) nog niet gewoon.

Uit gesprekken met medewerkers bleek dat de frequentie van het doen van een melding varieerde. In lijn met de resultaten uit 2009 waren de specialisten nog steeds de groep die nauwelijks zelf incidenten meldde, gevolgd door de arts-assistenten. Specialisten gaven overigens in enkele gevallen aan het maken van een melding te delegeren aan bijvoorbeeld de verpleegkundigen. De meeste verpleegkundigen gaven aan met enige regelmaat een melding te maken (variërend van twee per week tot drie per half jaar).

#### 4.4 Prospectieve risicoanalyses: uitvoering van prospectieve risicoanalyses langzaam op gang

Ziekenhuizen dienen niet alleen retrospectief maar tevens prospectief mogelijk risicovolle situaties op te sporen.

**Figuur 5**  
**Score op de 5 speerpunten behorende bij het thema prospectieve risicoanalyse**



De meerderheid van de ziekenhuizen (n=11) had nog niet de 'verplichte' vier prospectieve risicoanalyses uitgevoerd. Op drie ziekenhuizen na hadden alle ziekenhuizen in ieder geval één prospectieve risicoanalyse uitgevoerd. Het aantal analyses varieerde tussen de ziekenhuizen, gemiddeld waren er drie analyses uitgevoerd, met een range tussen de 0 en 6. Aangezien het de inspectie niet bekend is hoeveel prospectieve risicoanalyses door de ziekenhuizen in 2008 waren uitgevoerd, is het speerpunt 'er zijn vier nieuwe prospectieve risicoanalyses uitgevoerd ten opzichte van het vorige jaar' niet beoordeeld.

Bij de methode van analyseren werd gevraagd naar de naam van het gebruikte systeem waarbij meerdere antwoorden mogelijk waren. Met name de methode HFMEA werd frequent genoemd (n=16). Overige gebruikte analysemethoden waren SAFER (n=4), Bowtie (n=1), TRIPOD (n=1) en 'anders', zoals Tracer JCI, HFMEA light en Ishikawa (n=5).

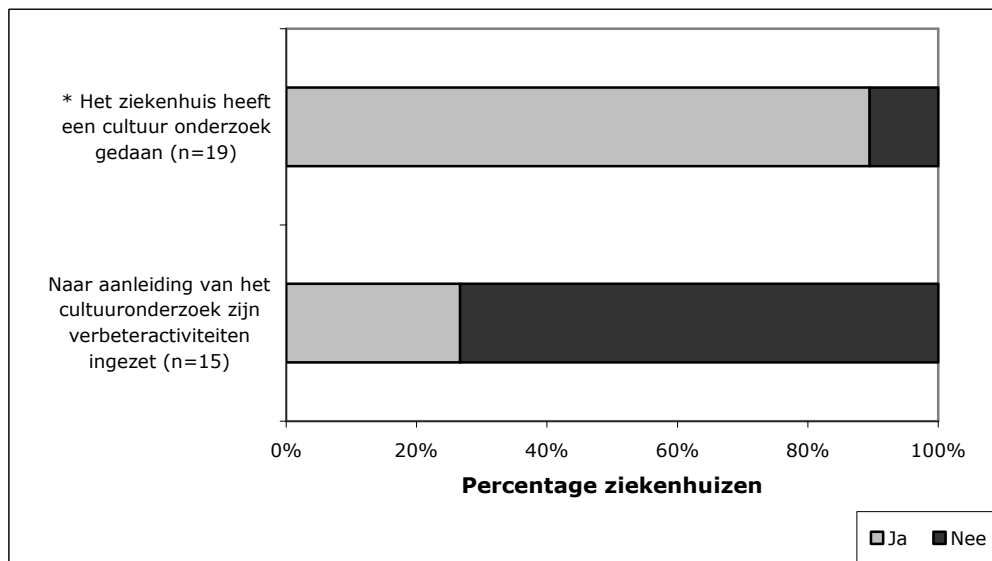
De meerderheid van de ziekenhuizen (n=16) had medewerkers geschoold in het uitvoeren van prospectieve risicoanalyses. Gemiddeld ging het om vijftien specifiek geschoolde medewerkers, met een range van 1 tot 50.

Schriftelijke vastlegging van taken en bevoegdheden rondom deze analyses was in alle ziekenhuizen nog nauwelijks aan de orde.

#### 4.5 Cultuur: op de agenda maar veranderingen moeizaam

De veiligheidscultuur van een ziekenhuis is een belangrijke pijler van het VMS. Om deze veiligheidscultuur gericht te kunnen veranderen zijn aangrijpingspunten op basis van een specifieke cultuurmeting van belang (6).

**Figuur 6**  
Score op de twee speerpunten behorende bij het thema cultuur



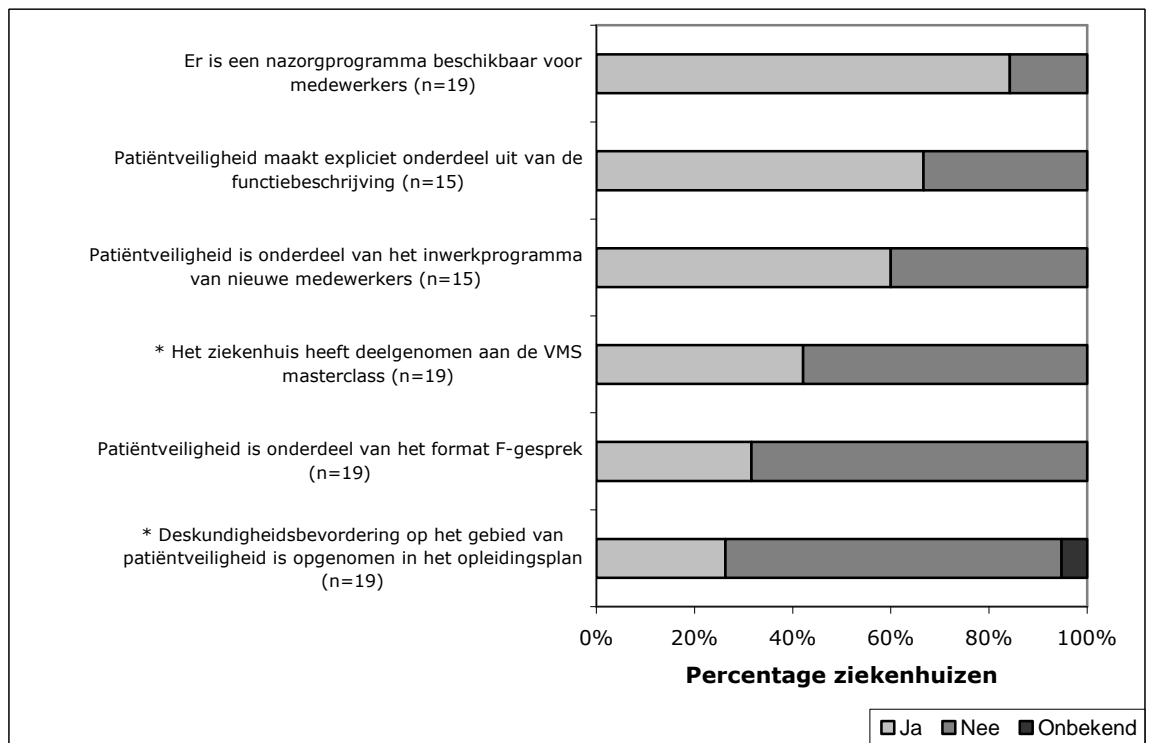
De ruime meerderheid (n=17) had een cultuuronderzoek gedaan. Hierbij hadden ziekenhuizen het COMPaZ-instrument (n=14), het IZEP (n=3) of een eigen dan wel ander instrument (n=4) gebruikt. Enkele ziekenhuizen gaven aan reeds meerdere cultuurmetingen (met verschillende instrumenten) te hebben uitgevoerd. De meeste ziekenhuizen (n=14) hadden het cultuuronderzoek op één of meerdere afdelingen uitgezet; zeven ziekenhuizen hadden een ziekenhuisbreed cultuuronderzoek uitgevoerd.

Hoewel in de digitale vragenlijst 16 ziekenhuizen aangaven dat verbeteracties waren ingezet naar aanleiding van het cultuuronderzoek, bleek tijdens de gesprekken dat deze maatregelen niet erg zichtbaar waren. Bij vier ziekenhuizen werden goede tot uitstekende (zichtbare) verbetermaatregelen geïmplementeerd naar aanleiding van het cultuuronderzoek. Bij vijf ziekenhuizen bleven verbeteracties onduidelijk en de verbeteracties bij de overige zes ziekenhuizen werden na invoering niet gemonitord.

#### 4.6 Medewerkers: deskundigheidsbevordering op het gebied van patiëntveiligheid onvoldoende geborgd

Medewerkers binnen een ziekenhuis moeten zich bewust zijn van het risicovolle karakter van hun handelen en moeten gestimuleerd worden om een actieve bijdrage te leveren aan patiëntveiligheid. Daarnaast staat in de NTA dat medewerkers competent genoeg moeten zijn op het gebied van patiëntveiligheid. De verantwoordelijkheid hiervoor ligt vanzelfsprekend bij het management.

**Figuur 7**  
**Score op de zes speerpunten behorende bij het thema medewerkers**



Een ruime meerderheid van de ziekenhuizen voldeed niet aan de twee 'verplichte' speerpunten.

Door naar de deelname van het ziekenhuis aan de VMS-masterclass te vragen, beoordeelde de inspectie of management en medici deel hebben genomen aan een cursus gericht op patiëntveiligheid en de toepassing van de NTA. De minderheid (n=8) bleek aan een dergelijke cursus deel te hebben genomen.

In het merendeel van de ziekenhuizen (n=9) maakte patiëntveiligheid onderdeel uit van het inwerkprogramma van nieuwe medewerkers. In vier ziekenhuizen was dit van toepassing op alle nieuwe medewerkers, in vijf ziekenhuizen was dit op een deel van de nieuwe medewerkers van toepassing.

De ruime meerderheid (n=16) van de ziekenhuizen beschikte over een nazorgprogramma bij calamiteiten voor medewerkers.

Bij vijf ziekenhuizen was patiëntveiligheid geen expliciet onderdeel van de functieomschrijving. In drie ziekenhuizen was dit onderdeel goed tot uitstekend (expliciet) opgenomen, in zeven ziekenhuizen was dit onderdeel slechts matig terug te vinden.

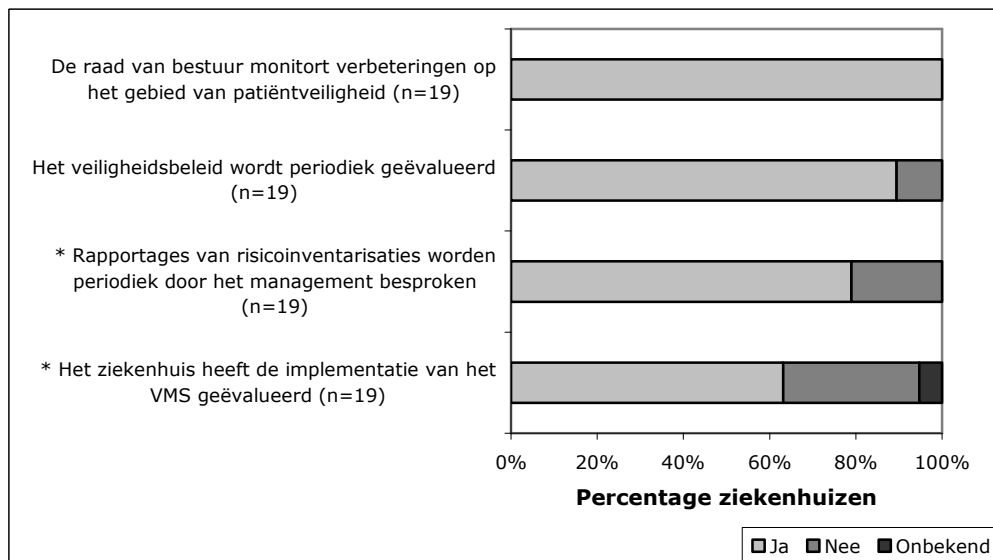


Het functioneren van medewerkers op het gebied van patiëntveiligheid werd nauwelijks structureel besproken gezien het feit dat bij de meerderheid (n=13) van de ziekenhuizen patiëntveiligheid geen onderdeel uitmaakte van het format voor functioneringsgesprekken.

#### 4.7 Monitoren: commitment vanuit het bestuur voor veiligheidsbeleid

Om het VMS succesvol te implementeren is het van belang dat het veiligheidsbeleid en de verbetermaatregelen ook door het hoger management gevolgd, besproken en geëvalueerd worden.

**Figuur 8**  
Score op de vier speerpunten behorende bij het thema monitoren



Rapportages van risico-inventarisaties en meer algemeen het veiligheidsbeleid bleken op basis van de digitale vragenlijst in vrijwel alle gevallen (n=17) periodiek te worden besproken. Tijdens de gesprekken bleken deze besprekingen niet altijd een gewenste structurele vorm te kennen. Het betrof ook slechts een beperkt aantal risico-inventarisaties. In elf ziekenhuizen was sprake van een goede maandelijkse rapportage, in drie ziekenhuizen was deze matig tot onvoldoende en in één ziekenhuis onbekend.

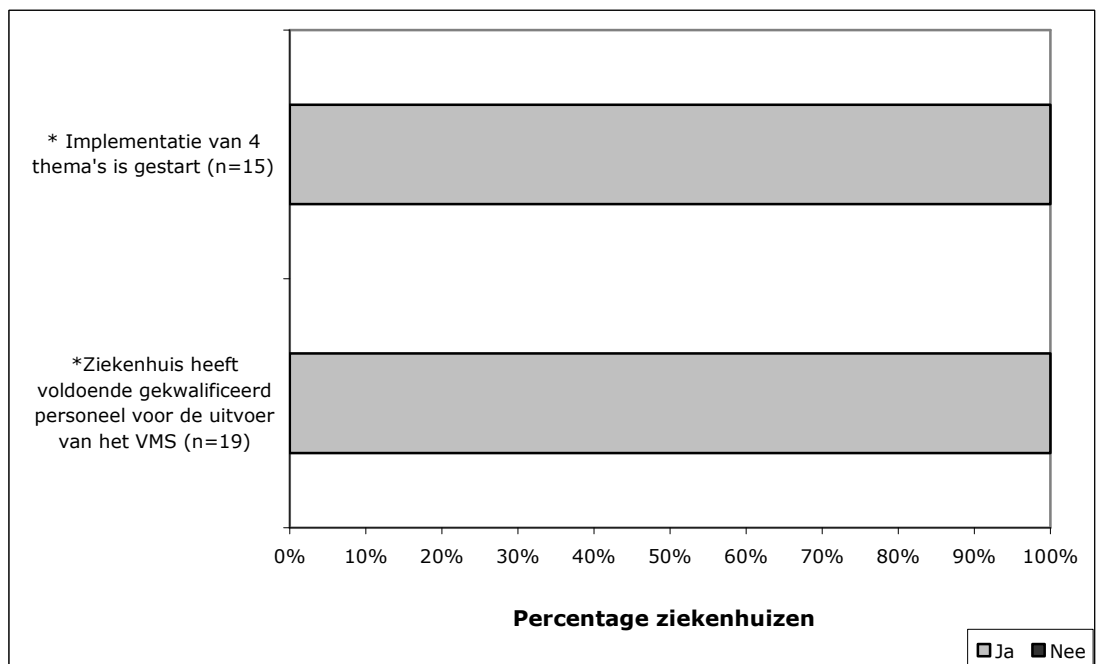
Een periodieke evaluatie was daarentegen in de ruime meerderheid van de ziekenhuizen (n=17) van toepassing. De frequentie hiervan is onbekend. Het bleef voor één ziekenhuis onbekend of een evaluatie van de implementatie van het VMS was uitgevoerd.

De raad van bestuur monitorde in alle ziekenhuizen de verbeteringen op het gebied van patiëntveiligheid. Dit monitoren vond op diverse wijzen plaats, onder andere door audits (n=16), dossieronderzoek (n=10) en walking arounds (n=14).

#### 4.8 Verbeteren veiligheid van zorg: leerprocessen en uitkomsten matig bekend op de werkvloer

Dit onderwerp is beoordeeld op basis van gesprekken met medewerkers en heeft betrekking op de mate waarin het VMS ook 'op de werkvloer leeft'. Daarom zijn de vier NIAZ-geaccrediteerde ziekenhuizen buiten beschouwing gelaten bij de beoordeling van dit thema. Het aantal gesproken medewerkers varieerde per vraag. Dit was een gevolg van tijdgebrek, het niet beschikbaar kunnen maken van de juiste personen of irrelevantie als er geen bekendheid was met het onderwerp. Het speerpunt met betrekking tot de implementatie van het VMS kon niet grafisch worden weergegeven aangezien het antwoord varieerde per medewerker (dan wel functiegroep).

**Figuur 9**  
**Score op de 2 speerpunten behorende bij het thema verbeteren veiligheid van zorg**



Op basis van de scores zoals eerder benoemd bij de thema's retro- en prospectieve risicoanalyses bleken alle ziekenhuizen voldoende gekwalificeerd personeel te hebben voor de uitvoering van het VMS.

De implementatie van de vier thema's was gestart zoals bleek uit de verschillende documenten en de verantwoordelijken die in alle ziekenhuizen benoemd waren voor de eerste vier thema's. Echter, medewerkers waren nog niet volledig geïnformeerd over de veiligheidsthema's. Zo konden slechts 6 van de 76 geïnterviewde medewerkers meer dan de helft van de veiligheidsthema's benoemen. Bij de overige medewerkers was dit 50% of minder, het actief herkennen (opnoemen) van de thema's bleek nog niet aan de orde. Bovendien was regelmatig niet bekend dat het betreffende thema onderdeel uitmaakte van het veiligheidsprogramma.

Van alle geïnterviewden bleek ten slotte dat de helft (of meer) niet van retro- of prospectieve risicoanalyses had gehoord en dat men nauwelijks bekend was met de verschillende methodieken.

Daarentegen bleek meer dan de helft van de gesproken medewerkers (53 van de 86) bekend met verbetermaatregelen voortkomend uit risico-inventarisaties.

Specialisten waren hier wat beter van op de hoogte dan de verpleegkundigen en arts-assistenten.



## 5 Beschouwing

Door de gewijzigde onderzoeksmethode zijn deze onderzoeksresultaten niet volledig te vergelijken met de resultaten van het onderzoek uit 2009. Toch lijken de resultaten uit 2010 te duiden op progressie van de ziekenhuizen op het gebied van de implementatie van het VMS. Door zowel het dossieronderzoek, gesprekken met diverse medewerkers uit het ziekenhuis en de vragenlijst heeft de inspectie een goed beeld kunnen krijgen van het functioneren van het VMS. Toch moet bij de gesprekken met medewerkers aangegeven worden dat er sprake kan zijn geweest van *bias* doordat geïnterviewden op enige wijze (lid van MIP-commissie, senior patiëntveiligheid) betrokken waren bij patiëntveiligheid en het VMS.

De inspectie vindt het een goede zaak dat het veilig incident melden zoveel aandacht heeft gekregen. Het is belangrijk dat medewerkers de zaken die mis zijn gegaan ter sprake kunnen brengen. Het is echter jammer dat het vooral voor de medewerkers zelf nog vaak onduidelijk is tot welke maatregelen de melding heeft geleid. De meldende medewerkers kunnen nauwelijks verbeteringen noemen die een direct gevolg zijn van de meldingen.

De ziekenhuizen gaven aan gemiddeld drie prospectieve risicoanalyses te hebben uitgevoerd. Dat is weliswaar meer dan in 2009 maar nog steeds minder dan gewenst. De variëteit met betrekking tot het aantal prospectieve risicoanalyses blijft groot. Meerdere ziekenhuizen hadden nog geen enkele prospectieve risicoanalyse gedaan. Sommige gaven aan dat ze niet goed wisten wat ze onder een prospectieve risicoanalyse moesten verstaan. Andere lieten blijken het moeilijk te vinden een prospectieve risicoanalyse uit te voeren. Deze analyses moeten in eerste instantie duidelijk maken waar de grootste risico's voor de patiënt te vinden zijn. Als ziekenhuizen daar geen zicht op hebben, weten ze ook niet waar ze de verbeteringen moeten realiseren. Veiligheidsmanagement is dan ook vooral weten waar de risico's zijn, welke bedreiging ze vormen en wat je er aan moet doen. Vervolgens moeten maatregelen volgen om de kans dat het daadwerkelijk mis gaat of misschien zelfs wel weer misgaat zo minimaal mogelijk te maken.

Vergeleken met vorig jaar lijkt er bij de ziekenhuismedewerkers en dan vooral de verpleegkundigen sprake van meer intrinsieke motivatie. De medisch specialisten, en in mindere mate arts-assistenten, blijven echter een zekere mate van weerstand behouden. Dit uit zich in het zeer beperkt doen van meldingen en onvoldoende betrokkenheid.

Vorig jaar constateerde de inspectie al dat juist de doelgroep arts-assistenten meer betrokken moet worden bij het onderwerp patiëntveiligheid omdat zij de cultuur en de praktijk van de toekomst zullen bepalen. Dat geldt eveneens voor de verpleegkundigen. Ziekenhuizen bleken patiëntveiligheid nog niet in de opleidingsplannen te hebben meegenomen. Zij missen daardoor de mogelijkheid om bij de jonge medewerkers de aspecten van patiëntveiligheid gestructureerd onder de aandacht te brengen.

Samenvattend ziet de inspectie dus een duidelijke voortgang in de invoering van het VMS. Vooral het veilig incident melden en de interventies bij de tien thema's hebben veel aandacht gekregen. Als ziekenhuizen ook de andere onderdelen van het VMS voorvarend aanpakken, is certificatie/accreditatie in 2012 haalbaar. Wanneer de ziekenhuizen dat niet doen, is er reden voor zorg.



## 6 Summary

This report presents the findings of the Health Care Inspectorate's second assessment of the implementation of a safety management system in hospitals.

The second assessment differed from the first in that it examined a random sample of only nineteen hospitals. (The 2009 assessment had included some hospitals which are not taking part in the national safety management programme.) A further difference is that the assessment framework applied on this occasion had been adapted in line with the spearheads<sup>l</sup> announced by the programme partners<sup>m</sup> in the autumn of 2009. These spearheads are intended to assist hospitals in implementing an effective safety management system and hence achieve full certification or accreditation by the end of 2012.

The Inspectorate's overall conclusion is that hospitals are devoting considerable attention to safety and to the implementation of the various elements of a Safety Management System. It is certainly possible that all hospitals visited will be able to achieve certification or accreditation by the end of 2012. However, this should not be taken to mean that all fifteen hospitals inspected (or the four assessed on the basis of their NIAZ reports) have yet implemented the 'mandatory' spearheads for 2008 and 2009 in full, although all have indeed taken measures to ensure compliance with the points to which they are expected to devote attention in 2010 and beyond.

In most cases, the implementation of a formal Safety Management System is being addressed using both instruments and amendments to internal policy. To date, hospitals have opted to focus on those components which are relatively simple to apply in practice, relying chiefly on the 'instruments'. Safe reporting, which in the vast majority of cases makes use of the hospital's intranet, has been implemented to even higher standards than those demanded by the mandatory spearheads. Similarly, the ten 'high-risk areas' have been addressed in a manner which exceeds the minimum requirements.

The more difficult components of the Safety Management System, such as prospective risk analyses and the production of improvement plans to address actual shortcomings, have seen less progress and have yet to meet the spearhead targets. With a few exemplary exceptions, the hospitals seem to have been slow in taking the necessary action. If they fail to address these points in a suitably energetic manner during the year ahead, certification and accreditation by the end of 2012 may prove elusive.

There has been insufficient progress in promoting patient participation, particularly that involving 'patient councils', and in staff training to enhance knowledge and expertise with regard to patient safety. The Inspectorate therefore urges hospitals to devote greater attention to these aspects.

The Inspectorate is encouraged to note that hospital Boards of Management and senior managers are showing a very high degree of commitment to patient safety, as demonstrated by the attention they have devoted to the spearhead of 'monitoring'. Commitment on the part of senior management is of great importance in engendering support throughout the hospital and in motivating staff.

<sup>l</sup> The spearheads for each year and/or system component are listed in Appendix 4. They can also be found at [www.vmszorg.nl](http://www.vmszorg.nl)

<sup>m</sup> Society of Medical Specialists (OMS), NVZ Dutch Hospitals Association, Federation of University Medical Centres in the Netherlands (NFU), Dutch Nurses Association (V&VN), National Centre of Excellence in Nursing (LEVIV).





## Literatuurlijst

- 1 Wagner C., & van der Wal, G. Patiëntveiligheid in Nederland. Assen: Van Gorcum B.V.: Assen; 2005.
- 2 Willems, R. Hier werk je veilig, of hier werk je niet. Sneller Beter - De veiligheid in de zorg. Eindrapportage Shell Nederland. Den Haag: Shell Nederland; 2004.
- 3 VWS, IGZ, NVZ, NFU, Orde, LEVV, V&VN. Veiligheidsprogramma Voorkom Schade, werk veilig in Nederlandse ziekenhuizen. Den Haag:, 2007.
- 4 Nederlands Technische Afspraak. NTA 8009 (nl). *Veiligheidsmanagementsysteem.*
- 5 *voor ziekenhuizen en instellingen die ziekenhuiszorg verlenen. Beleidscommissie Koepel 'VMS Zorg'*. Delft: Nederlands Normalisatie-instituut; 2007.
- 6 Inspectie voor de Gezondheidszorg. *Invoering veiligheidsmanagementsysteem in ziekenhuizen komt op gang.* Den Haag; 2009.
- 7 [www.vmszorg.nl](http://www.vmszorg.nl).
- 8 Wagner, C. & van der Wal, G. (2005). Patiëntveiligheid in Nederland. Van Gorcum B.V.: Assen.



## Bijlage 1      Overzicht getoetste ziekenhuizen

Ziekenhuis	Categorie	Opmerkingen
Diaconessenhuis Utrecht	OvA	Beoordeeld op NIAZ-accreditatie
Elkerliek Ziekenhuis Helmond	OvA	Beoordeeld op NIAZ-accreditatiegegevens
Franciscus Ziekenhuis Roosendaal	OvA	
Groene Hart Ziekenhuis Gouda	OvA	
Ikazia Ziekenhuis Rotterdam	OvA	
Admiraal de Ruyter Ziekenhuis Vlissingen	OvA	
Slingeland Ziekenhuis Doetinchem	SAZ	
Streekziekenhuis Koningin Beatrix Winterswijk	SAZ	
MC Groep Lelystad	SAZ	
Rode Kruis Ziekenhuis Beverwijk	SAZ	
Ziekenhuis Bethesda Hoogeveen	SAZ	Beoordeling volgt 2e helft 2010 na audit door het NIAZ
Diaconessenhuis Leiden	SAZ	
Medisch Spectrum Twente Enschede	STZ	
Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis Nijmegen	STZ	Beoordeeld op NIAZ accreditatie
Kennemer Gasthuis Haarlem	STZ	
Jeroen Bosch Ziekenhuis Den Bosch	STZ	
Catharina Ziekenhuis Eindhoven	STZ	Beoordeeld op NIAZ accreditatie
Reinier de Graaf groep Delft	STZ	
AMC Amsterdam	UMC	
Vumc Amsterdam	UMC	

NB. Indeling van ziekenhuizen is conform de Dutch Hospital Data (DHD) indeling zoals eind 2009 bekend bij de IGZ.

OvA = Overige (algemene) Ziekenhuizen; SAZ = Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen  
STZ = Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen; UMC = Universitair Medische Centra

## Bijlage 2 Lijst met gebruikte afkortingen en definities

COMPaZ	Cultuur Onderzoek onder Medewerkers over de Patiëntveiligheid
DAM	Decentrale Analyse Meldingen
HFMEA	Health Failure Mode Effect Analysis
IZEP	Instrument ZelfEvaluatie Patiëntveiligheid
JCI	Joint Commission International
LEVV	Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging
NFU	Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
NIAZ	Nederlands instituut voor accreditatie in de zorg
NTA	Nederlands Technische Afspraak
NVZ	NVZ vereniging van ziekenhuizen
OMS	Orde van Medisch Specialisten
PRISMA	Prevention and Recovery Information System for Monitoring and Analysis
SAFER	Scenario Analyse van Faalwijzen Effecten en Risico's
SIRE	Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie
TRIPOD	Incident analysemethode van Tripod Solutions
VMS	Veiligheidsmanagementsysteem
V&VN	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland

### **Definities**

**Patiëntveiligheid** 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 de hulpverleners en/of door tekortkoming van het zorgsysteem. (8)

## Bijlage 3 Methodologische verantwoording

### **Steekproef**

Voor dit onderzoek heeft de inspectie een steekproef getrokken van 20 ziekenhuizen die een representatieve afspiegeling zijn van alle Nederlandse ziekenhuizen. Bij het trekken van deze steekproef zijn de ziekenhuizen buiten beschouwing gelaten die in 2009 zijn bezocht in het kader van het VMS-onderzoek.

De inspectie heeft er kennis van genomen dat het NIAZ de NTA 8009:2007 heeft opgenomen in de kwaliteitsnorm zorginstelling. Dit gegeven is voor de inspectie aanleiding geweest om aan te geven dat de ziekenhuizen die geaccrediteerd zijn volgens deze kwaliteitsnorm zorginstelling niet door de inspectie zullen worden bezocht. Voor de beoordeling van de voortgang van de implementatie van het VMS zal gebruikgemaakt worden van de gegevens verkregen bij de accreditering. In de door de inspectie getrokken steekproef bleken vier ziekenhuizen de NIAZ-accreditering met beoordeling van het VMS te hebben doorlopen. Eén van de geselecteerde ziekenhuizen zou in dezelfde periode als de IGZ-bezoeken de NIAZ-accreditatiebezoeken ondergaan. Om pragmatische redenen heeft de inspectie besloten dat ziekenhuis te zijner tijd te beoordelen op grond van de accrediterings-rapportage. Omdat deze gegevens pas na het verschijnen van deze rapportage beschikbaar zijn, zijn deze niet meegenomen in deze rapportage. Deze rapportage betreft dus de resultaten van 19 ziekenhuizen, waarvan 15 ziekenhuizen door de inspectie zijn bezocht.

### **Instrument**

Met de speerpunten die door het veiligheidsprogramma van de brancheorganisaties uit de ziekenhuiswereld zijn opgesteld<sup>n</sup> als uitgangspunt heeft de inspectie een beoordelingsinstrument opgesteld. Het instrument bestaat uit vier onderdelen:

- 1 Een digitale vragenlijst die ziekenhuizen voorafgaand aan het inspectiebezoek moesten invullen. Deze vragenlijst is door alle 19 ziekenhuizen ingevuld. Deze vragenlijst bestond uit 19 overwegend dichotome vragen.
- 2 Het inspectiebezoek zelf bestond uit dossieronderzoek. Het ziekenhuis had tevoren opgegeven gekregen welke documenten de inspectie wilde inzien. De inspectie heeft de documenten beoordeeld op aan- dan wel afwezigheid van beleid rondom patiëntveiligheid.
- 3 Aan de hand van een semigestructureerde vragenlijst vond een gesprek plaats met de raad van bestuur, meestal vergezeld van kwaliteits- en/of veiligheidsfunctionarissen. Naast vragen over de speerpunten werden zowel de gegevens uit de digitale vragenlijst als verkregen uit het documentenonderzoek zo nodig nader toegelicht en besproken. De inspecteur scoorde aan de hand van een vierpuntschaal (1=onvoldoende, 4= uitstekend) in hoeverre aan het speerpunt was voldaan.
- 4 Tot slot hebben gesprekken plaatsgevonden met per ziekenhuis gemiddeld acht medewerkers (verpleegkundigen, artsen, medewerkers functieafdelingen) van de afdelingen interne geneeskunde, chirurgie, IC, radiologie, functieafdeling. Aan het begin van het bezoek is aan het ziekenhuis kenbaar gemaakt welke functionarissen de inspectie wilde spreken. Zo kon ervoor worden gezorgd dat deze zich vrijmaakten voor het gesprek. De gesprekken met de medewerkers konden dichotoom (ja/nee) worden beoordeeld op een enkele vraag na waar een specificatie aan de orde was.

---

<sup>n</sup> Voor een overzicht van de speerpunten per jaar dan wel onderdeel, zie bijlage 4 en [www.vmszorg.nl](http://www.vmszorg.nl)

### **Procedure**

De inspecteurs-accounthouder die de bezoeken hebben afgelegd zijn voorafgaand aan de bezoeken geïnstrueerd over het onderzoek en het gebruik van het instrument. Tijdens de bezoeken zijn de inspecteurs-accounthouder van het ziekenhuis vergezeld van telkens dezelfde programmamedewerker voor de verslaglegging. Hierdoor kon een consistente beoordeling worden geborgd. Na afronding van alle bezoeken hebben de inspecteurs de bevindingen met elkaar besproken voordat zij de beschouwing en conclusies hebben opgesteld.

De bijeenkomsten voor en na de bezoeken waren nadrukkelijk bedoeld om de interbeoordelaars variëteit te reduceren. Daarnaast vloeiden deze bijeenkomsten voort uit de ervaring met het onderzoek in 2009.

De ziekenhuizen die niet bezocht zijn, zijn door de inspecteur-accounthouder en/of projectleider beoordeeld aan de hand van de resultaten uit de NIAZ-accreditatie-rapportage, vergezeld van informatie uit de digitale vragenlijst.

Aan de hand van de aan het ziekenhuis voorgelegde en zo nodig gecorrigeerde bevindingen, heeft de inspecteur-accounthouder de beschouwing en conclusie opgesteld. Ieder ziekenhuis ontving een definitief rapport over de bevindingen, vergezeld van de beschouwing en conclusie. De inspectie zal bij het verschijnen van dit rapport al deze rapporten via haar website openbaar maken.

## Bijlage 4    Speerpunten

	<b>SPEERPUNTEN IMPLEMENTATIE VEILIGHEIDSMANAGEMENTSYSTEEM</b>			
	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
1. Leiderschap	<p>* Het ziekenhuis heeft voor alle hoofd-items van het VMS (NTA) SMART doelstellingen geformuleerd in het beleidsplan, gebaseerd op een evaluatie van het beleidsplan 2008 en een scan die het ziekenhuis uitgevoerd heeft op basis van het evaluatie-instrument (is conform de eisen van de NTA).</p> <p>* Daarnaast heeft het ziekenhuis voor vier van de tien thema's verantwoordelijken en betrokkenen benoemd en SMART doelstellingen bepaald, afgestemd op de doelstellingen van het VMS Veiligheidsprogramma.</p> <p>* Tevens is in het beleidsplan opgenomen wat de verantwoordelijkheid van de raad van bestuur en het management op dit gebied is.</p>	<p>* Het ziekenhuis heeft voor alle hoofd-items van het VMS (NTA) SMART doelstellingen geformuleerd in het beleidsplan, gebaseerd op een evaluatie van het beleidsplan 2009, een scan die het ziekenhuis heeft uitgevoerd op basis van het evaluatie-instrument (is conform de eisen van de NTA) en de bevindingen van de cliëntenraad (zie 2. patiëntenparticipatie).</p> <p>* Daarnaast heeft het ziekenhuis voor acht van de tien thema's verantwoordelijken en betrokkenen benoemd en SMART doelstellingen bepaald, afgestemd op de doelstellingen van het VMS Veiligheidsprogramma.</p> <p>* Tevens is opgenomen wat de verantwoordelijkheid van raad van bestuur en management op dit gebied is.</p>	<p>* Het ziekenhuis heeft voor alle hoofd-items van het VMS (NTA) SMART doelstellingen geformuleerd in het beleidsplan, gebaseerd op een evaluatie van het beleidsplan 2010, een scan die het ziekenhuis heeft uitgevoerd op basis van het evaluatie-instrument (is conform de eisen van de NTA) en de bevindingen van de cliëntenraad (zie 2. patiëntenparticipatie).</p> <p>* Daarnaast heeft het ziekenhuis voor tien thema's verantwoordelijken en betrokkenen benoemd en SMART doelstellingen bepaald, afgestemd op de doelstellingen uit het VMS Veiligheidsprogramma.</p> <p>* Tevens is opgenomen wat de verantwoordelijkheid van raad van bestuur en management op dit gebied is.</p> <p>* De raad van bestuur start de voorbereidingen voor het accrediteren/certificeren<sup>o</sup> van het VMS conform de NTA.</p>	<p>* Het ziekenhuis heeft voor alle hoofd-items van het VMS (NTA) SMART doelstellingen<sup>p</sup> geformuleerd in het beleidsplan, gebaseerd op een evaluatie van het beleidsplan 2011, een scan die het ziekenhuis heeft uitgevoerd op basis van het evaluatie-instrument (conform de eisen van de NTA) en de bevindingen van de cliëntenraad (zie 2. patiëntenparticipatie).</p> <p>* Het beleidsplan is gericht op accreditatie/certificatie van het VMS voor december 2012 en het gerealiseerd hebben van alle doelstellingen die zijn gesteld voor de tien thema's.</p> <p>* Daarnaast gebruikt het ziekenhuis 2012 om SMART doelstellingen te bepalen voor de implementatie van de nieuwe NTA 8009:2011 en het identificeren van de ziekenhuisspecifieke tien thema's op basis van de informatie uit het functionerend veiligheidsmanagementsysteem. Deze doelstellingen worden uiteindelijk in het beleidsplan 2013 vastgelegd.</p>

<sup>o</sup> Voor de accreditatie en certificatie instanties spreekt het VMS veiligheidsprogramma geen voorkeur uit. Onder deze instanties worden verstaan HKZ, NIAZ, Lloyds, KEMA etc. Het VMS veiligheidsprogramma zet zich wel in om, in overleg met deze instanties, er zorg voor te dragen dat de eisen uit de NTA 8009:2007 voldoende zijn opgenomen in de modellen en/of accreditatieschema's die deze instanties hanteren.

<sup>p</sup> In het jaar 2012

	<b>SPEERPUNTEN IMPLEMENTATIE VEILIGHEIDSMANAGEMENTSYSTEEM</b>			
	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
2. Patiëntenparticipatie	Het beleidsplan VMS en de evaluatie zijn besproken met de cliëntenraad.	Ziekenhuizen hebben de eisen met betrekking tot patiëntenparticipatie uit de NTA geïmplementeerd in de organisatie. De bevindingen uit de risico-inventarisaties zijn met de cliëntenraad besproken. De visie van de cliëntenraad wordt meegenomen in de evaluatie van het beleidsplan.	Zie speerpunten voorgaande jaren.	Zie voorgaande jaren.
3. Retrospectieve risico-inventarisatie	Het ziekenhuis heeft in kader van de retrospectieve risico-inventarisatie: * een geschikte analysemethode(n) geselecteerd. * personen opgeleid en deskundigheid beschikbaar om retrospectieve risico-inventarisaties uit te voeren. * een ziekenhuisbreed meldsysteem <sup>q</sup> beschikbaar waarmee incidenten gemeld kunnen worden in de directe werk-omgeving van de melder. * bijgehouden in welke mate het beschikbare meldsysteem wordt toegepast in de praktijk. * op aantoonbaar meer afdelingen dan in 2008 het veilig incident melden geïmplementeerd.	In het kader van de retrospectieve risico-inventarisatie heeft het ziekenhuis zorg gedragen dat: * alle personen die werken op een patiëntgebonden afdeling incidenten melden. * de taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden op het gebied van de retrospectieve risico-inventarisatie en het nemen van benodigde vervolgmaatregelen zijn vastgelegd. Tevens is vastgelegd hoe het management om gaat met de resultaten en is bepaald hoe de naleving wordt geverifieerd. * incidenten worden geanalyseerd om de basisoorzaken te achterhalen. * incidenten worden gerapporteerd conform de rapportagematrix zoals opgenomen in de NTA (bijlage A).	Ziekenhuizen identificeren op basis van de analyses van de incidenten de structurele oorzaken en dragen zorg voor verbetermaatregelen om incidenten in de toekomst te reduceren.	Zie voorgaande jaren.

<sup>q</sup> Het gaat hierbij om het melden en registreren van incidenten conform de eisen die in de NTA op dit gebied vastgelegd zijn: ziekenhuizen moeten zorgen dat in het kader van het incidentmeldingssysteem minimaal wordt geregistreerd: de datum, het tijdstip en de locatie van het optreden van het incident, de toedracht en de mogelijke oorzaken, de eventuele gevolgen voor de patiënt, de ernst van het vermoedelijke letsel, een korte omschrijving van het incident en de maatregel die is genomen om herhaling te voorkomen (uit NTA 8009:2007, 4.9.1.c).



	<b>SPEERPUNTEN IMPLEMENTATIE VEILIGHEIDSMANAGEMENTSYSTEEM</b>			
	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
4. Prospectieve risico-inventarisatie	<p>Het ziekenhuis heeft in het kader van de prospectieve risico-inventarisatie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* een geschikte analysemethode(n) geselecteerd.</li> <li>* personen opgeleid en deskundigheid beschikbaar om prospectieve risico-inventarisaties uit te voeren.</li> <li>* vier prospectieve risico-inventarisaties uitgevoerd op processen. Deze processen zijn geïdentificeerd op basis van de bevindingen van de retrospectieve risico-inventarisatie of op basis van geïdentificeerde risicovolle processen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* In het ziekenhuis zijn vier nieuwe prospectieve risico-inventarisaties uitgevoerd op processen die zijn geïdentificeerd op basis van de retrospectieve risico-inventarisatie of op basis van geïdentificeerde risicovolle processen.</li> <li>* De taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden op het gebied van de prospectieve risico-inventarisatie en het nemen van benodigde vervolgmaatregelen zijn vastgelegd. Tevens is vastgelegd hoe het management om gaat met de resultaten en is bepaald hoe de nalevering wordt geverifieerd.</li> </ul>	<p>In het ziekenhuis zijn vier nieuwe prospectieve risico-inventarisaties uitgevoerd op processen die zijn geïdentificeerd op de basis van de retrospectieve risico-inventarisatie of op basis van geïdentificeerde risicovolle processen.</p>	<p>In het ziekenhuis zijn vier nieuwe prospectieve risico-inventarisaties uitgevoerd op processen die zijn geïdentificeerd op de basis van de retrospectieve risico-inventarisatie.</p>
5. Cultuur	<p>Het ziekenhuis heeft de veiligheidscultuur in zijn ziekenhuis onderzocht<sup>r</sup> en de resultaten verwerkt in het beleidsplan.</p>	<p>Het ziekenhuis heeft zichtbaar geïnvesteerd in het verbeteren van de veiligheidscultuur.</p>	<p>Het ziekenhuis heeft zichtbaar geïnvesteerd in het verbeteren van de veiligheidscultuur.</p>	<p>De cultuurinterventies uit 2011 hebben geleid tot een zichtbaar resultaat dat wordt vastgesteld op basis van een cultuuronderzoek.</p>

<sup>r</sup> Met het Ministerie van VWS is afgesproken dat alle ziekenhuizen in 2009 een cultuuronderzoek uitvoeren met het gevalideerde instrument COMPaZ zodat ziekenhuizen de resultaten kunnen meenemen in hun veiligheidsbeleid en de IGZ kan afzien van het uitzetten van dergelijke cultuuronderzoek per individueel ziekenhuis.

	<b>SPEERPUNTEN IMPLEMENTATIE VEILIGHEIDSMANAGEMENTSYSTEEM</b>			
	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
6. Medewerkers	<p>* Het ziekenhuis heeft in het opleidingsplan deskundigheidsbevordering op het gebied van patiëntveiligheid en de NTA opgenomen.</p> <p>* Management en medici met managementtaken hebben deelgenomen aan een cursus gericht op patiëntveiligheid en de toepassing van de NTA.</p>	<p>* Het ziekenhuis heeft in het opleidingsplan rekening gehouden met deskundigheidsbevordering op het gebied van patiëntveiligheid in het algemeen en de NTA in het bijzonder.</p> <p>* Nieuw aangestelde managers en medici met managementtaken nemen deel aan een cursus gericht op patiëntveiligheid en de toepassing van de NTA.</p> <p>* Patiëntveiligheidsbeleid maakt onderdeel uit van het inwerk-/introductieprogramma van medewerkers.</p> <p>* Het ziekenhuis heeft een procedure beschikbaar voor nazorg voor medewerkers die betrokken zijn geweest bij een calamiteit .</p> <p>* Patiëntveiligheidsbeleid is expliciet benoemd als verantwoordelijkheid van het management in het ziekenhuis en is opgenomen in het functionerings- en beoordelingsstelsel van het management.</p>	<p>Patiëntveiligheidsbeleid maakt onderdeel uit van het functioneringssysteem van alle medewerkers waarvan de functie essentieel is voor het VMS.</p>	<p>Op basis van de accreditatie/certificatie komt naar voren dat medewerkers zich bewust zijn van het risicovolle karakter van het eigen handelen en het belang van het leveren van een actieve bijdrage aan patiëntveiligheid.</p>
7. Monitoren	<p>De rapportages van risico inventarisaties en indicatoren uit het veiligheidsprogramma worden periodiek (=minimaal jaarlijks) door hoger management besproken, op basis waarvan prioriteiten gesteld worden m.b.t. verbeteracties. Het ziekenhuis heeft een ziekenhuisbreed cultuuronderzoek uitgevoerd met bijvoorbeeld de COMPaz cultuurenquête.</p>	<p>* Het veiligheidsbeleid wordt periodiek geëvalueerd.</p> <p>* Het ziekenhuis heeft een evaluatie uitgevoerd aangaande implementatie van het VMS en neemt de bevindingen mee in het beleidsplan 2010</p>	<p>Het management heeft een tool voor monitoren beschikbaar waarmee kan worden geïdentificeerd of verbeteringen hebben geleid tot een zichtbaar resultaat en of de doelstellingen op de thema's zijn behaald.</p>	<p>Uit de evaluatie blijkt dat het ziekenhuis het VMS (NTA 8009:2007) volledig heeft geïmplementeerd. Accreditatie is gerealiseerd. Het ziekenhuis registreert voor alle thema's de beschikbare indicatoren van het veiligheidsprogramma.</p>

	<b>SPEERPUNTEN IMPLEMENTATIE VEILIGHEIDSMANAGEMENTSYSTEEM</b>			
	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
8. Verbeteren veiligheid van zorg / 10 thema's	<p>Het ziekenhuis heeft voldoende gekwalificeerd personeel en deskundigheid beschikbaar om op basis van een geselecteerde verbetermethodiek verbeterinitiatieven uit te voeren. Daarnaast is het ziekenhuis gestart met de implementatie van de vier geselecteerde thema's (beleidsplan) bestaande uit het invoeren van interventies (zie praktijkgidsen thema's <a href="http://www.vmszorg.nl">www.vmszorg.nl</a>) en het meten van de resultaten op basis van de indicatoren (zoals beschreven in de Gids Monitoren). Het ziekenhuis werkt naast de thema's ook zichtbaar aan de implementatie van verbeteringen die voortkomen uit de risico-inventarisaties (zie 7. Monitoren).</p>	<p>Het ziekenhuis is gestart met de implementatie van acht van de thema's (die in het beleidsplan staan beschreven) bestaande uit het invoeren van interventies en het meten van de resultaten op basis van de indicatoren (zie praktijkgidsen thema's <a href="http://www.vmszorg.nl">www.vmszorg.nl</a>). Het ziekenhuis werkt naast de thema's ook zichtbaar aan de implementatie van verbeteringen die voortkomen uit de risico-inventarisaties.</p>	<p>Het ziekenhuis is gestart met de implementatie van alle thema's (die in het beleidsplan van het ziekenhuis zijn vastgesteld), bestaande uit implementatie van interventies en het meten van de resultaten op basis van de indicatoren (zie praktijkgidsen thema's <a href="http://www.vmszorg.nl">www.vmszorg.nl</a>). Het ziekenhuis werkt naast de thema's ook zichtbaar aan de implementatie van verbeteringen die voortkomen uit de risico-inventarisaties.</p>	<p>Verbeterpunten voortkomend uit analyse van de informatie uit VMS worden op basis van prioriteit geïmplementeerd in de organisatie. De gerealiseerde verbeteringen op de tien thema's zijn ziekenhuisbreed verankerd in de dagelijkse zorgverlening.</p>
9. Operationele beheersmaatregelen	---	---	---	<p>Bij vernieuwingen of organisatorische veranderingen die van invloed zijn op patiëntveiligheid wordt een prospectieve risico-inventarisatie uitgevoerd.</p>

IGZ 10-28; 300 exemplaren