



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

Accreditatie van het veiligheidsmanagement-  
systeem in ziekenhuizen is haalbaar, van  
integraal risicomanagement is nog geen sprake

Utrecht, november 2012



## Inhoud

### **Voorwoord – 5**

### **Samenvatting – 7**

#### **1 Inleiding – 9**

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

#### **2 Conclusies – 13**

- 2.1 Implementatie VMS nadert voltooiing, maar veiligheid nog niet vanzelfsprekend – 13
- 2.2 Doelstellingen blijken nog steeds niet expliciet genoeg – 13
- 2.3 Cliëntenraden geïnformeerd over patiëntveiligheid – 13
- 2.4 Incident melden overall goed op orde, meer effect van verbeteringen uit de meldingen mogelijk – 13
- 2.5 Uitvoering prospectieve risicoanalyses nog steeds niet volgens afspraak – 14
- 2.6 Veiligheidscultuur meer zichtbaar – 14
- 2.7 Resultaten verbeterinspanningen nog onvoldoende zichtbaar – 14

#### **3 Handhaving – 15**

- 3.1 Geen maatregelen voor specifieke ziekenhuizen – 15
- 3.2 Aanbevelingen voor de ziekenhuizen – 15
- 3.3 Vervolgacties inspectie – 15

#### **4 Resultaten – 17**

- 4.1 Leiderschap: doelstellingen niet altijd expliciet – 18
- 4.2 Patiëntenparticipatie: patiënten steeds meer betrokken bij patiëntveiligheid – 20
- 4.3 Retrospectieve risicoanalyses: veilig incidentmelden goed georganiseerd – 21
- 4.4 Prospectieve risicoanalyses: nog achter bij de verwachtingen – 23
- 4.5 Cultuur: cultuuronderzoek gangbaar in ziekenhuizen – 25
- 4.6 Medewerkers: aandacht voor veiligheid aanwezig, maar nog niet vanzelfsprekend – 26
- 4.7 Monitoren: management volgde veiligheidsinspanningen – 27
- 4.8 Verbeteren veiligheid van zorg: veiligheidsprogramma weinig bekend op de werkvloer – 28

#### **5 Beschouwing – 31**

#### **6 Summary – 33**

### **Literatuurlijst – 35**

- Bijlage 1 Overzicht getoetste ziekenhuizen – 37
- Bijlage 2 Lijst met gebruikte afkortingen en definitie – 39
- Bijlage 3 Methodologische verantwoording – 40



## Voorwoord

Het vergroten van de patiëntveiligheid en zo het reduceren van vermijdbare schade heeft zowel voor de zorgsector als voor de overheid prioriteit. Eind 2012 behoren alle ziekenhuizen over een veiligheidsmanagementsysteem (VMS) op certificeerbaar/accrediteerbaar niveau te beschikken. Die belofte hebben de NVZ vereniging van ziekenhuizen, Nederlandse Federatie van Universitair medische centra, de Orde van medisch specialisten en het Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging uitgesproken in 2007 bij de presentatie van het Veiligheidsprogramma 'Voorkom schade, werk veilig'. Het VMS, samen met de implementatie van interventies bij tien specifieke risicothema's, zou de zorggerelateerde schade na 2012 met 50 procent moeten terugdringen.

In dit rapport leest u het verslag van het vierde – opeenvolgende - onderzoek naar de implementatie van het VMS langs de speerpunten van het VMS-veiligheidsprogramma. Uit de resultaten blijkt dat certificering/accreditering eind 2012 haalbaar is en dat de doelstelling wat dat betreft daarmee gehaald is. Van een systematische en integrale werking van het VMS is daarentegen nog geen sprake. Ik vind dat het hebben van een VMS op certificeerbaar niveau niet gelijk staat aan een veiligheidscultuur die echt binnen de organisaties leeft. Dit vraagt een langere periode van continue aandacht. Van de ziekenhuizen zelf in de eerste plaats, maar via extern toezicht ook van de inspectie.

Voor een systematische en integrale werking van het VMS is een voortdurend bewustzijn van de risico's van belang. Vooral op het gebied van het systematisch in kaart brengen van de risico's die de patiënt kan lopen, het stellen van doelen om die risico's te beheersen en op te lossen zien we nog te weinig vooruitgang. Deze kern van veiligheidsmanagement wordt wel gefaciliteerd door het VMS maar blijkt in de praktijk niet door alle geledingen in het ziekenhuis uitgevoerd. En dat is wel waar het naar toe moet.

Daarom zeg ik de ziekenhuizen met klem: breng op de werkvloer risico's systematisch in kaart en neem beheersmaatregelen. Daarmee krijgt het VMS inhoud en zullen daadwerkelijk de risico's op gezondheidsschade verminderen. Wij zullen in ons toezicht op de ziekenhuizen blijvend aandacht schenken aan het risicomangement en met name aan de doelen die de ziekenhuizen zichzelf hebben gesteld bij het terugdringen van de risico's en de kans op schade. Ik vertrouw erop dat we daarmee een geïnternaliseerde veiligheidscultuur in de ziekenhuizen een stap dichterbij brengen.

Mr. J.W. Weck,  
Wvd. Inspecteur-generaal voor de Gezondheidszorg



## Samenvatting

Een werkend veiligheidsmanagementsysteem (VMS) in ziekenhuizen is weer dichterbij. De ziekenhuizen kunnen op basis van de uitkomsten van de inspectieonderzoeken eind 2012 op certificeerbaar/accrediteerbaar niveau zijn. Dat is een goede zaak. Van een overall ingebed VMS is echter nog geen sprake. Ziekenhuizen zullen zich meer dan tot nu toe moeten gaan richten op het in kaart brengen en systematisch beheersen van risico's en aan het doorvoeren van daaruit voortvloeiende noodzakelijke verbeteringen. Het gevaar bestaat anders dat het VMS een bureaucratisch instrument wordt waarover een ziekenhuis beschikt, maar omdat het niet 'leeft' niet daadwerkelijk bijdraagt aan de veiligheid van de patiënt. De inspectie heeft op dit moment nog niet het vertrouwen dat het VMS doet wat het zou moeten doen. Veiligheidsmanagement blijft om die reden een belangrijk aandachtspunt bij het toezicht van de inspectie in de komende jaren, zowel in de jaargesprekken met de ziekenhuizen, bij het thematoezicht, als bij de analyse van calamiteiten.

In dit rapport doet de inspectie verslag van haar vierde beoordeling van de Nederlandse ziekenhuizen over de mate waarin zij het VMS hebben ingevoerd. Bij de lancering van het veiligheidprogramma voor de ziekenhuizen 'Voorkom schade, werk veilig' is afgesproken dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg erop toeziet of de ziekenhuizen de gemaakte afspraken nakomen. Die zijn dat de ziekenhuizen de vermijdbare schade aan patiënten en vermijdbaar overlijden met 50 procent zullen terugdringen door het invoeren van een VMS en maatregelen zullen nemen bij tien hoogrisicothema's. Eind 2012 moet het VMS op certificeerbaar/accrediteerbaar niveau zijn. In 2009, 2010 en 2011 heeft de inspectie dit onderzoek bij telkens een kwart van de ziekenhuizen uitgevoerd. Dit jaar onderzocht de inspectie de resterende ziekenhuizen. Bij de toetsing is hetzelfde toetsingskader gebruikt als in 2010 en 2011.

In vergelijking met de voorgaande jaren hebben ziekenhuizen meer ondernomen om de veiligheid voor de patiënten te vergroten. Belangrijke aspecten van veiligheidsmanagement zoals het in beeld brengen van de risico's die er zijn, is echter nog in een beperkt aantal ziekenhuizen een continue en vanzelfsprekende zaak. Deze ziekenhuizen hebben inmiddels tientallen processen in kaart gebracht en beoordeeld op de risico's die er voor de patiënt zouden kunnen zijn. Zij zetten die risico's ook om in maatregelen om ze te beheersen. Echter het merendeel van de ziekenhuizen heeft dat proces nog slechts bij enkele risicovolle processen doorlopen. De keus die zij voor de processen maakten, lijkt soms meer gericht op het halen van een bepaald aantal analyses dan op het terugdringen van de risico's voor de patiënt. Meer dan vorig jaar worden de verbeteringen die het resultaat zijn van de risico-beoordelingen in de ziekenhuizen wel zichtbaar; medewerkers kunnen er enkele noemen. Nu overall het veilig incident melden (VIM) systeem goed is ingevoerd, moet voor de medewerker inzichtelijk worden wat de resultaten van het melden zijn en welke verbeteringen er gerealiseerd zijn na analyse van de meldingen. Terugkoppeling en zichtbaar maken van resultaten is van belang; dat is nu nog in onvoldoende mate en te beperkt het geval.

De komende jaren besteedt de inspectie nog expliciet aandacht aan de vorderingen bij de uitvoering van prospectieve risicoanalyses en bij de implementatie van verbeteringen, ook waar het gaat om de tien thema's uit het veiligheidprogramma. De inspectie neemt maatregelen wanneer blijkt dat ziekenhuizen hun verantwoordelijkheid voor (patiënt)veiligheid onvoldoende nemen.





# 1 Inleiding

## 1.1 Aanleiding en belang

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft van januari tot en met mei 2012 in totaal negentien ziekenhuizen beoordeeld op de mate waarin een veiligheidsmanagementsysteem (VMS) was geïmplementeerd en functioneerde.

Zowel nationaal als internationaal is een aanzienlijke toename in aandacht voor patiëntveiligheid na de, in 1999 in de Verenigde Staten verschenen publicatie *'To err is human, building a safer health care system'*. Patiëntveiligheid werd in ons land 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 Rein Willems, destijds president-directeur van Shell Nederland, als gezant van de minister van VWS verzocht de veiligheid in Nederlandse ziekenhuizen in kaart te brengen. Het rapport met zijn oordeel heeft geresulteerd in vier conclusies met bijbehorende aanbevelingen (2). Eén van de aanbevelingen is door het veld opgepakt en uitgewerkt in het advies dat alle ziekenhuizen per januari 2008 een gecertificeerd VMS zouden moeten hebben.

In juni 2007 is vervolgens op initiatief van de brancheorganisaties Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Orde van Medisch Specialisten (OMS), Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging (LEVV) voor de Nederlandse ziekenhuizen een veiligheidsprogramma 'Voorkom schade, werk veilig' van start gegaan. In het veiligheidsprogramma is de ambitie neergelegd om in vijf jaar tijd in de ziekenhuizen een reductie van onbedoelde (vermijdbare) schade van 50 procent te behalen. Een belangrijk middel om dat doel te realiseren is 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, te analyseren, te beoordelen en aan te passen. Naast zogenoemde prospectieve risicoanalyses worden door middel van incidentenanalyses retrospectief risico's geïdentificeerd. 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 geven 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 houdt het veiligheidsprogramma eveneens in dat interventies worden geïmplementeerd bij tien thema's. Thema's waarvan bekend is dat ze veel patiëntschade (kunnen) veroorzaken en waar juist met een aantal

verbetermaatregelen veel winst is te behalen. De inspectie monitort deze tien thema's<sup>a</sup> met behulp van de zogenoemde veiligheidsindicatoren.

Met de brancheorganisaties is afgesproken dat de inspectie tot en met 2012 jaarlijks bij ongeveer twintig ziekenhuizen de voortgang van de implementatie van het VMS onderzoekt. In juni 2009 heeft de inspectie het eerste rapport over de beoordeling van twintig ziekenhuizen, aangevuld met de vier niet aan het veiligheidsprogramma deelnemende ziekenhuizen, aan de minister en de brancheorganisaties aangeboden (5). Die rapportage, met als titel 'Invoering veiligheidsmanagementsysteem in ziekenhuizen komt op gang', ging over de resultaten tot en met 2008.

In juli 2010 heeft de inspectie het rapport over de tweede beoordeling van de implementatie van het VMS in de Nederlandse ziekenhuizen aan de minister en de brancheorganisaties aangeboden (6). Dit rapport 'Ziekenhuizen boeken voortgang met de implementatie veiligheidsmanagementsysteem' ging over de resultaten tot en met 2009. In oktober 2011 bracht de inspectie het rapport 'Implementatie van het veiligheidsmanagementsysteem vordert, maar prospectief risicomanagement blijft ver achter' uit van het onderzoek bij 22 ziekenhuizen over de resultaten tot en met 2010 (7).

In het nu voorliggende rapport beschrijft de inspectie opnieuw de resultaten op geaggregeerd niveau; nu van de resterende ziekenhuizen die in de voorgaande jaren niet zijn beoordeeld.

## **1.2 Onderzoeksvraag**

De vraagstelling van dit onderzoek luidde: In hoeverre hebben de ziekenhuizen het VMS geïmplementeerd en kan de inspectie er op vertrouwen dat certificatie/accreditatie van het VMS voor de ziekenhuizen eind 2012 haalbaar is.

## **1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader**

### *Onderzoeksmethode*

Voor dit onderzoek is de implementatie van het VMS in negentien ziekenhuizen beoordeeld; de lijst met namen van de ziekenhuizen is opgenomen in bijlage 1. Met het oog op de administratieve lastenreductie hebben het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ) en de IGZ afgesproken dat de inspectie de ziekenhuizen die door het NIAZ zijn geaccrediteerd op basis van de Kwaliteitsnorm zorginstellingen (KZi) 2.0 of hoger, voor dit VMS onderzoek niet bezoekt. Negen ziekenhuizen zijn om deze reden niet bezocht. Zij zijn beoordeeld op grond van documentenonderzoek, een digitale vragenlijst en de gegevens van de NIAZ-audits. Tien ziekenhuizen zijn in de maanden januari tot en met mei 2012 door de inspectie bezocht.

Aan de kwaliteitsmedewerkers in alle geselecteerde ziekenhuizen is gevraagd in de periode december 2011 tot begin januari 2012 een digitale, overwegend dichotome, vragenlijst in te vullen. Daarnaast is het ziekenhuis gevraagd om in dezelfde periode een aantal documenten toe te sturen om te verifiëren of patiëntveiligheid al dan niet beleidsmatig geborgd was. Van de NIAZ-geaccrediteerde ziekenhuizen ontving de inspectie bovendien de NIAZ-rapportage ter inzage.

---

a 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.

In de tien bezochte ziekenhuizen zijn gesprekken gevoerd met de raad van bestuur, meestal vergezeld door een kwaliteitsfunctionaris. Er werd gebruikgemaakt van een semigestructureerde vragenlijst, die op een vierpuntschaal kon worden gescoord (1=onvoldoende, 4=uitstekend).

Verder zijn 77 gesprekken gevoerd met medewerkers (verpleegkundigen, specialisten, arts-assistenten, medewerkers functieafdelingen) van de afdelingen interne, chirurgie, IC, radiologie en/of een andere functieafdeling.

Voor een uitgebreidere methodologische verantwoording, zie bijlage 3.

Voor dit vervolgonderzoek heeft de inspectie dezelfde onderzoeksmethode gehanteerd als in 2010 en 2011. De gebruikte vragenlijsten zijn gebaseerd op de speerpunten zoals die door de partners van het veiligheidsprogramma zijn opgesteld<sup>b</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 zogenoemde speerpunten (8). Deze speerpunten zijn conform de criteria van de NTA 8009:2007, de vigerende veldnorm voor een VMS. Op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen dient een ziekenhuis de veldnorm te volgen tenzij het kan aantonen dat het met andere methoden hetzelfde resultaat kan bereiken. De ambitie van het veiligheidprogramma is dat het VMS in ieder ziekenhuis eind 2012 op een certificeerbaar/accrediteerbaar niveau is. De eerder genoemde door het veiligheidsprogramma gedefinieerde speerpunten zijn een leidraad om tot die certificering te komen. Sommige ziekenhuizen hebben voorrang gegeven aan andere speerpunten dan door het veiligheidsprogramma is aangegeven. De inspectie heeft de speerpunten gebruikt om te beoordelen of het vertrouwen kon worden uitgesproken dat de respectievelijke ziekenhuizen eind 2012 op certificeerbaar/accrediteerbaar niveau kunnen zijn. Leidend bij de accreditatie en certificatie is de NTA 8009:2007. De recent (in 2011) gereed gekomen - herziene - versie van de NTA is dus niet als uitgangspunt genomen.

---

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



## 2 Conclusies

### 2.1 **Implementatie VMS nadert voltooiing, maar veiligheid nog niet vanzelfsprekend**

In vergelijking met de voorgaande jaren zijn op nagenoeg alle punten de scores verbeterd. De ziekenhuizen voldoen aan de speerpunten, dit wil echter niet zeggen dat zij de beheersing van de risico's voor de veiligheid van de patiënt op orde hebben. Uit de resultaten blijkt dat certificering/accreditering eind 2012 haalbaar is en dat de doelstelling, het implementeren van een VMS, daarmee gehaald is. Van een systematische en integrale werking van het VMS is echter nog geen sprake. Veelal zijn de risico's nog niet systematisch geïnventariseerd en omgezet in beheersingsmaatregelen. Ziekenhuizen hebben allemaal wel voor een methodologie gekozen om de risico's in kaart te brengen en hebben mensen opgeleid om ze te kunnen hanteren. Op afdelingsniveau heeft men echter nog nauwelijks in kaart gebracht welke risicovolle processen er zijn en dus ook niet welke risico's daar aan verbonden zijn. Men reageert nog reactief. Als er wat mis gaat, onderneemt men actie en brengt men correcties aan. Dit laatste is natuurlijk een goede zaak maar men zal zich meer moeten gaan richten op mogelijk onveilige situaties om zo schade te voorkomen. Bij accreditatie van het VMS eind 2012 zullen ziekenhuizen in ieder geval de methodiek voor risicoanalyse wel op orde hebben. Daarna zullen de ziekenhuizen nog veel moeten blijven doen om de veiligheid voor hun patiënten in beeld te krijgen en de risico's te beheersen. Het VMS anno 2012 lijkt daarmee nog niet te doen wat het moet doen: namelijk het kennen en beheersen van de risico's die de patiënt in een ziekenhuis loopt.

### 2.2 **Doelstellingen blijken nog steeds niet expliciet genoeg**

De ziekenhuizen hebben nu nog vooral in algemene termen hun activiteiten op het gebied van patiëntveiligheid beschreven. Ziekenhuizen zullen in kaart moeten gaan brengen welke onveiligheid er is of ontstaat en welke daarvan niet acceptabel zijn. Pas dan is het mogelijk om doelen te stellen om onveiligheid aan te pakken. Doordat ziekenhuizen dat nog onvoldoende doen, blijven veel van de inspanningen ongericht, zijn ze slecht controleerbaar en kan ook niet aangetoond worden dat het veiliger is geworden. Voor het management is sturing zeer lastig wanneer doelen niet concreet zijn. Het bestuur moet hierin het voortouw nemen en met het management en de professionals komen tot het stellen van concrete veiligheidsdoelen.

### 2.3 **Cliëntenraden geïnformeerd over patiëntveiligheid**

Bij cliëntenraden staat patiëntveiligheid op de agenda, ook in het overleg met de raden van bestuur. Dat wijst op betrokkenheid van de vertegenwoordiging van de patiënten. Die betrokkenheid bestond echter in 2011 nog niet uit actieve inschakeling van patiënten bij het uitvoeren van het patiëntveiligheidsbeleid, wat in een VMS wel het geval zou moeten zijn.

### 2.4 **Incident melden overal goed op orde, meer effect van verbeteringen uit de meldingen mogelijk**

Het functioneren van het VIM (Veilig Incidenten Melden) kent in de ziekenhuizen nauwelijks problemen meer. Alle medewerkers kunnen laagdrempelig incidenten melden. Bijna in alle gevallen door middel van een geautomatiseerd systeem. Ook geeft men zonder uitzondering aan dat het niet bedreigend is incidenten te melden. Artsen melden steeds meer. Zij voeren ook vaker zelf de meldingen in. Zij onderkennen in ieder geval de noodzaak van het invoeren van de melding. Medewerkers die melden, vernemen nog steeds niet in alle gevallen wat er met de melding is

gebeurd. Geïnterviewde medewerkers konden nu wel bijna allemaal verbeteringen noemen die waren gerealiseerd naar aanleiding van een melding.

## **2.5 Uitvoering prospectieve risicoanalyses nog steeds niet volgens afspraak**

Net als voorgaande jaren blijkt dat ziekenhuizen het volgens de speerpunten van het VMS-veiligheidsprogramma vereiste aantal prospectieve risicoanalyses (PRI's) niet halen. Er is wel een duidelijke inhaalslag gemaakt. Daarnaast merkt de inspectie op dat er te weinig systematiek achter de selectie van de prospectieve risicoanalyses zit. Iedere afdeling moet zich bewust zijn van hun risicovolle processen en deze identificeren. Daar moet uit volgen voor welke processen een nadere analyse noodzakelijk is. Dat blijkt vaak niet het geval. De keus voor het uitvoeren van de prospectieve risicoanalyse lijkt nu soms meer te worden bepaald door de noodzaak een bepaald aantal PRI's te halen. Voor het oefenen en eigen maken van de systematiek is dit te begrijpen echter voor het veiliger maken van de zorg is een keuze op basis van prioriteiten in de risico's noodzaak.

## **2.6 Veiligheidscultuur meer zichtbaar**

Medewerkers geven zonder uitzondering aan dat de aanspreekcultuur duidelijk verbeterd is. Ook instrumenten die daarbij gebruikt worden zijn meer vanzelfsprekend geworden. Dat kunnen kaartjes (SIT, SBAR) zijn om als hulpmiddel te gebruiken bij de controle van de patiënt en communicatie over de patiënt, een werkwijze om een overdracht gestructureerd te laten verlopen en om geen zaken te vergeten die voor de patiënt van belang zouden kunnen zijn.

Veiligheid is echter geen integraal onderdeel van het dagelijks werk, er kan nog veel verbeteren. Zo is het nog lang niet overal onderdeel van opleidingen en introductieprogramma's en staat veiligheid van werken nog steeds niet structureel op de agenda van het functioneringsgesprek.

## **2.7 Resultaten verbeterinspanningen nog onvoldoende zichtbaar**

Zolang doelen om onveiligheid terug te dringen niet concreet gesteld zijn, kunnen verbeteringen ook niet goed aangewezen worden. Het begint dus bij het stellen van concrete doelen. Wanneer duidelijk is wat het melden van incidenten oplevert en welke risico's er uit prospectieve risicoanalyses naar voren komen, dan pas kan duidelijk worden welke verbeteringen gerealiseerd moeten worden.

## 3 Handhaving

### 3.1 Geen maatregelen voor specifieke ziekenhuizen

Evenals in 2011 acht de inspectie het niet noodzakelijk nu speciale maatregelen van specifieke ziekenhuizen te eisen. Ziekenhuizen hebben alle het voornemen om eind 2012 op geaccrediteerd niveau te zijn of zullen geaccrediteerd zijn of zijn nu al geaccrediteerd. In overleg met de Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen (NVZ) hebben de ziekenhuizen daar verschillende vormen voor gekozen. Zij rapporteren over hun certificerings/accrediteringssituatie zelf via de NVZ aan de minister van VWS.

### 3.2 Aanbevelingen voor de ziekenhuizen

De aanbevelingen die de inspectie in de rapportage over de implementatie van het VMS over 2011 opnam gelden nog onverkort. Deze aanbevelingen richtten zich niet op het voldoen aan de certificerings/accrediteringseisen, maar deze aanbevelingen richtten zich op de inzet van een 'volwassen' veiligheidsmanagement. Met alleen voldoen aan de eisen uit de NTA is het VMS een te zeer randvoorwaardelijk instrument, waarbij het maar de vraag is of het geïnternaliseerd raakt in de organisatie. De inspectie vindt het van groot belang dat de organisatie in al haar onderdelen, bestuur, (medische) professionals en staf en ondersteuning door-drongen is van de noodzaak van veiligheidsmanagement.

- Er moet gerichte aandacht zijn voor het daadwerkelijke risicomanagement. De raad van bestuur moet hier zichtbaar sturing aan geven.
- Ziekenhuizen moeten risicoinventarisaties uitvoeren. Daarvoor moeten ze bezig gaan met de analyse van hun processen vanuit de vraag wat in dat proces de kans is dat er wat mis kan gaan waar de patiënt schade van kan ondervinden. Prospectieve risicoanalyses moeten veel vaker en gericht worden uitgevoerd. Iedere lijnmanager zal de processen waar hij/zij verantwoordelijk voor is, hierop moeten beoordelen en daar maatregelen tegen moeten nemen. Het betrekken van de patiënten bij deze oriëntatie kan veel extra inzicht opleveren. Zij (her)kennen vanuit hun ervaring de situaties die soms de 'blinde vlekken' voor het management en de professional zijn.
- De leiding moet zich tegenover medewerkers actief opstellen en laten zien wat veilig werken betekent. De ziekenhuiswereld kan daarbij gebruikmaken van goede voorbeelden uit onder andere de industrie.
- De inspectie vraagt raden van bestuur en de besturen van de medische staven nog meer gericht aandacht te geven aan het melden en bovenal het bespreken van incidenten door medisch specialisten en of in multidisciplinair verband.
- De inspectie verwacht dat de bevindingen uit de analyses van de incidenten zichtbaar worden omgezet in verbetermaatregelen. Als medewerkers namelijk niet merken dat er met hun meldingen iets wordt gedaan, verdwijnt de prikkel en zullen zij het ook niet meer nodig vinden iets wat is misgegaan te melden. Het lijnmanagement en de (medische) staf moet deze taak op zich nemen, de raad van bestuur moet er op toezien dat het gebeurt.
- Ziekenhuizen moeten medewerkers gestructureerd en systematisch op het gebied van veiligheid scholen en bijscholen door het nadrukkelijk op te nemen in opleidingsplannen en in functionerings- en jaargesprekken.

### 3.3 Vervolgacties inspectie

De inspectie zal in de komende jaren in haar gesprekken en overige toezicht-activiteiten met de ziekenhuizen expliciet aandacht blijven schenken aan de vorderingen van de ziekenhuizen bij de uitvoering van prospectieve risicoanalyses en bij de implementatie van verbeteringen, ook waar het gaat om de tien thema's

uit het veiligheidsprogramma. De inspectie zal daarbij specifiek de thema's uit het veiligheidsprogramma die aansluiten bij de speerpunten uit het Meerjarenbeleidplan 2012-2015 van de inspectie toetsen op de mate van implementatie. Wanneer blijkt dat ziekenhuizen hun verantwoordelijkheid voor (patiënt)veiligheid onvoldoende nemen, neemt de inspectie maatregelen.



## 4 Resultaten

De resultaten van dit onderzoek zijn gegroepeerd naar de hoofditens zoals deze opgenomen zijn in de NTA<sup>c</sup>. De speerpunten behorende bij de hoofditens zijn gevisualiseerd in een grafiek. Bij de beoordeling van de speerpunten is gebruik gemaakt van alle in dit onderzoek verkregen informatie.

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 proces- en uitkomstniveau. De voor 2008 tot en met 2011 'verplichte' speerpunten zijn herkenbaar aan het sterretje.

Voor de speerpunten voor het jaar 2012 geldt dat ziekenhuizen hier formeel – op moment van toetsing door de IGZ – nog niet aan hoeven te voldoen. Ziekenhuizen moeten deze speerpunten uiterlijk eind 2012 gerealiseerd hebben. Daarnaast zijn enkele speerpunten buiten beschouwing gelaten aangezien deze tijdens het inspectieonderzoek nog niet toetsbaar waren. Deze speerpunten kunnen pas na 2012 beoordeeld worden<sup>d</sup>.

Voor de NIAZ-geaccrediteerde ziekenhuizen was het voor enkele speerpunten niet mogelijk deze te beoordelen omdat deze niet of onvoldoende in de NIAZ-rapportage aan de orde kwamen. In veel gevallen kon de inspectie de stand van zaken toch achterhalen aan de hand van de digitale vragenlijst en de documenten. In de grafieken is aan de hand van de 'n' te zien om welke groep ziekenhuizen (totaal of alleen de tien bezochte ziekenhuizen) het gaat, waarvan uiteindelijk het speerpunt kon worden beoordeeld.

Dit rapport is een weergave van de resultaten van:

- de digitale vragenlijst en het documentenonderzoek inclusief NIAZ-rapportages (n=9),
- resultaten van zowel de digitale vragenlijst en het documentenonderzoek als de bezoeken (n=10).

De inspectie heeft de resultaten van dit onderzoek vergeleken met de resultaten uit het onderzoek van 2010 en 2011. Dit kon omdat in de onderzoeken hetzelfde toetsingsinstrument is gebruikt<sup>e</sup>. Per hoofditem is in een grafiek in percentages weergegeven hoeveel ziekenhuizen voldeden aan de bijbehorende speerpunten. Een enkel speerpunt kon niet vergeleken worden omdat dit in 2010 en/of 2011 niet of niet op dezelfde manier is getoetst. Dit is vermeld bij de betreffende speerpunten.

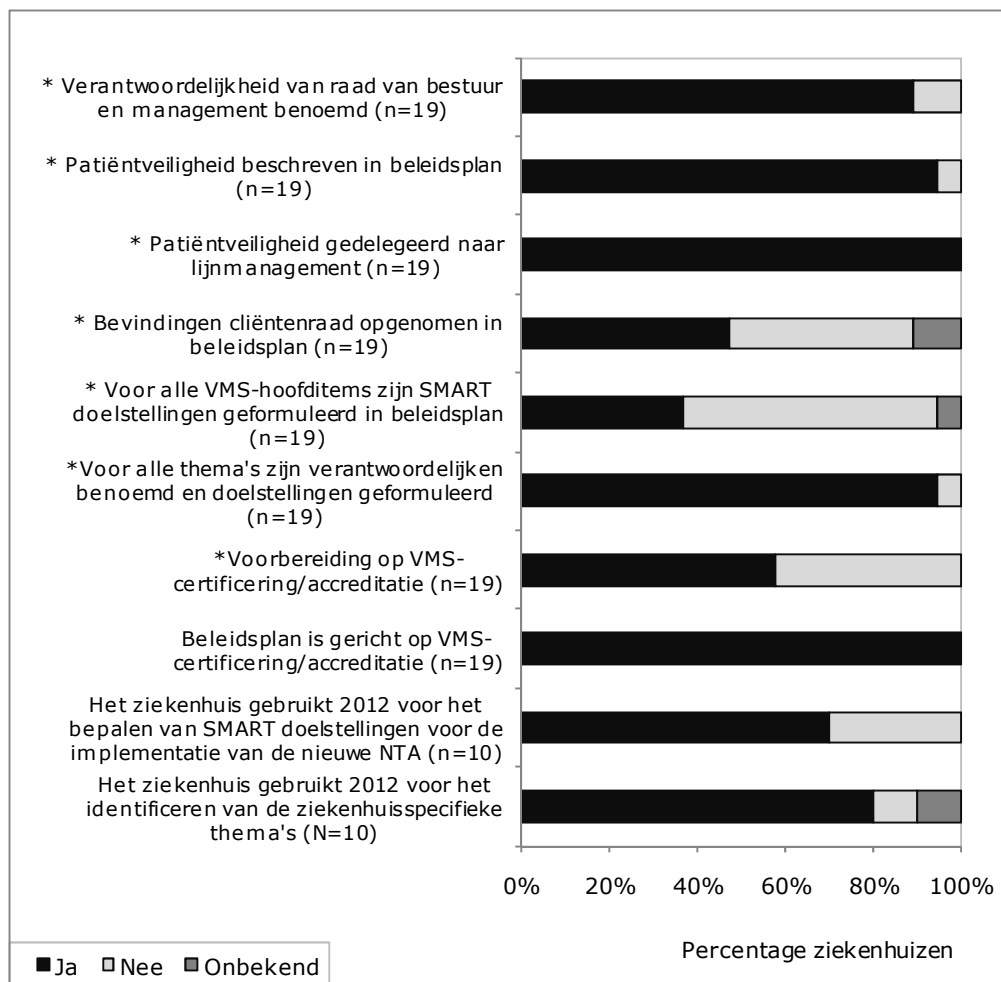
c De NTA-thema's zijn: Leiderschap, patiëntenparticipatie, retrospectieve risicoanalyses, prospectieve risicoanalyses, cultuur, medewerkers, monitoren, verbeteren veiligheid van zorg. Het negende thema, operationele beheersmaatregelen, is pas in 2012 van toepassing en buiten beschouwing gelaten bij dit onderzoek.

d 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').

e De methode is vergelijkbaar, de ziekenhuizen zijn daarentegen wel verschillend.

#### 4.1 Leiderschap: doelstellingen niet altijd expliciet

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.



Figuur 1: Score (aan-/afwezigheid) van de ziekenhuizen bij tien speerpunten behorende bij het thema leiderschap

De verantwoordelijkheid van de raad van bestuur en het management op het gebied van patiëntveiligheid was door zeventien ziekenhuizen vastgelegd. Achttien ziekenhuizen hadden patiëntveiligheid beschreven in het beleidsplan. Alle ziekenhuizen hadden patiëntveiligheid gedelegeerd naar het lijnmanagement.

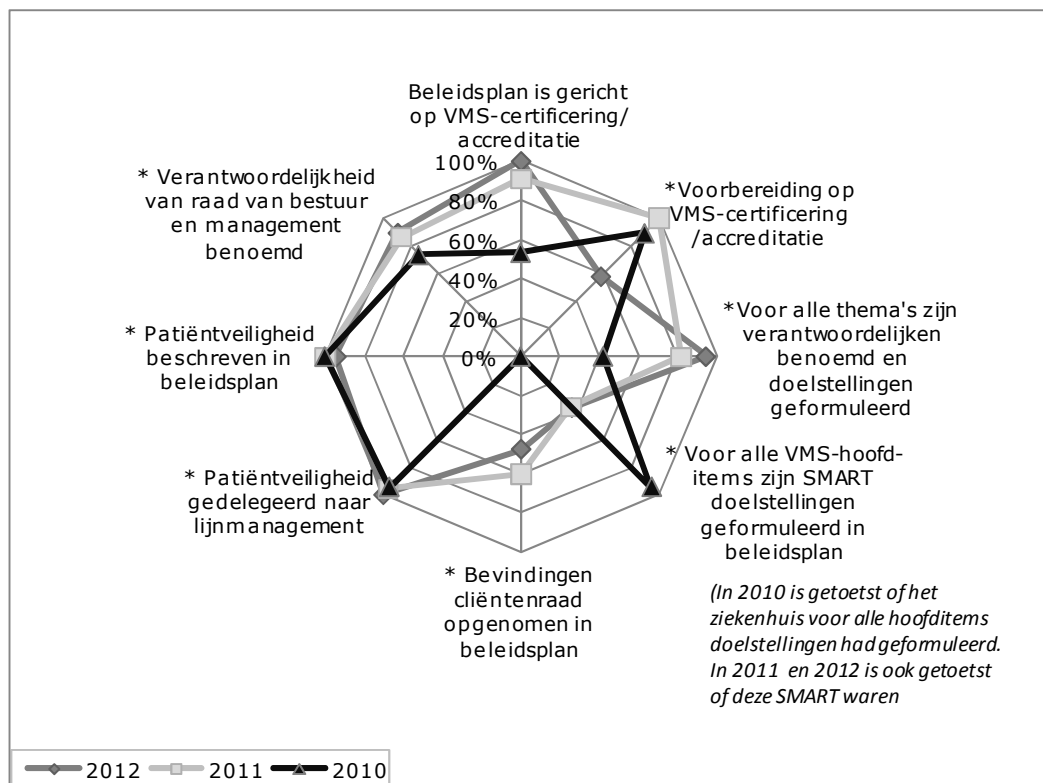
De bevindingen van de cliëntenraad waren door negen ziekenhuizen opgenomen in het beleidsplan. Van twee ziekenhuizen was niet bekend of de bevindingen van de cliëntenraad zijn meegenomen in het beleidsplan. Bij de overige acht ziekenhuizen waren de bevindingen van de cliëntenraad niet meegenomen.

In het beleidsplan waren door zeven ziekenhuizen voor alle VMS-hoofditens SMART-doelstellingen geformuleerd. Vijf ziekenhuizen hadden voor 50 procent van de hoofditens SMART-doelstellingen geformuleerd en vijf ziekenhuizen hadden voor minder dan 50 procent SMART-doelstellingen geformuleerd. Van één ziekenhuis was het niet bekend of er SMART-doelstellingen voor de hoofditens waren geformuleerd.

Voor de tien veiligheidsthema's hadden achttien ziekenhuizen verantwoordelijken benoemd en doelstellingen geformuleerd. Eén ziekenhuis had voor acht van de tien thema's verantwoordelijken benoemd.

Bij alle ziekenhuizen bleek het beleidsplan gericht te zijn op accreditatie/certificering van het VMS. Elf ziekenhuizen bereidden zich voor op certificering of accreditatie van het VMS. De andere acht ziekenhuizen bereidden zich niet specifiek voor op certificering of accreditatie van het VMS omdat zij al waren geaccrediteerd op basis van de NIAZ-norm KZi 2.0 of hoger waarin beoordeling van het VMS is meegenomen.

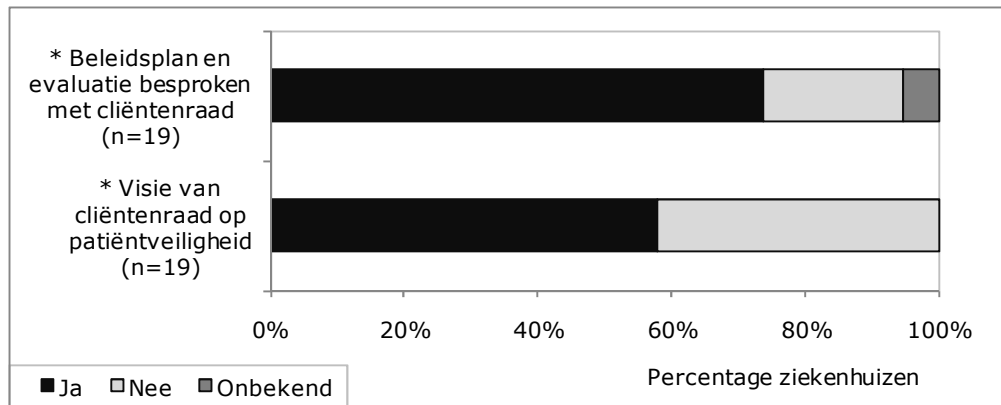
Uit de gesprekken met de raad van bestuur bleek dat zeven van de bezochte ziekenhuizen het jaar 2012 gebruiken om SMART-doelstellingen te bepalen voor de implementatie van de nieuwe NTA 8009:2011. Acht van de bezochte ziekenhuizen gaven aan dat zij 2012 gebruiken om ziekenhuisspecifieke thema's te identificeren op basis van het de informatie uit het VMS.



Figuur 2: Vergelijking van de resultaten onderzoek 2010 t/m 2012 bij het thema Leiderschap

## 4.2 Patiëntenparticipatie: patiënten steeds meer betrokken bij patiëntveiligheid

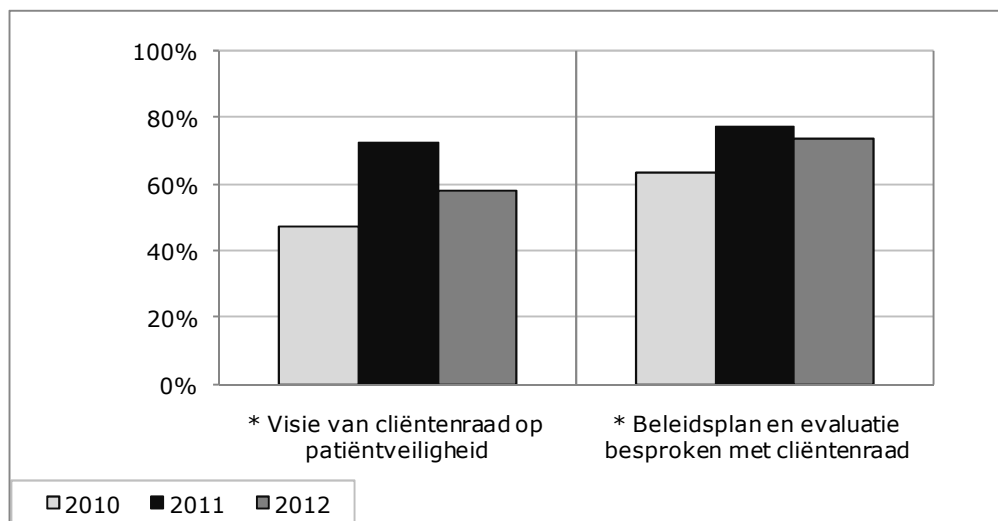
In de NTA is opgenomen dat patiënten actief betrokken moeten worden bij de opzet en uitvoering van het veiligheidsbeleid. De eigen inbreng van de patiënt alsmede de verantwoordelijkheid van de patiënt op het gebied van veiligheid moeten worden gestimuleerd.



Figuur 3: Score (aan-/afwezigheid) van ziekenhuizen bij de twee speerpunten behorende bij het thema patiëntenparticipatie

Het beleidsplan patiëntveiligheid was in veertien ziekenhuizen besproken met de cliëntenraad. In vier ziekenhuizen was de cliëntenraad niet betrokken bij het bespreken van het beleidsplan. Bij één ziekenhuis was het onbekend of de cliëntenraad hierin een rol heeft gespeeld.

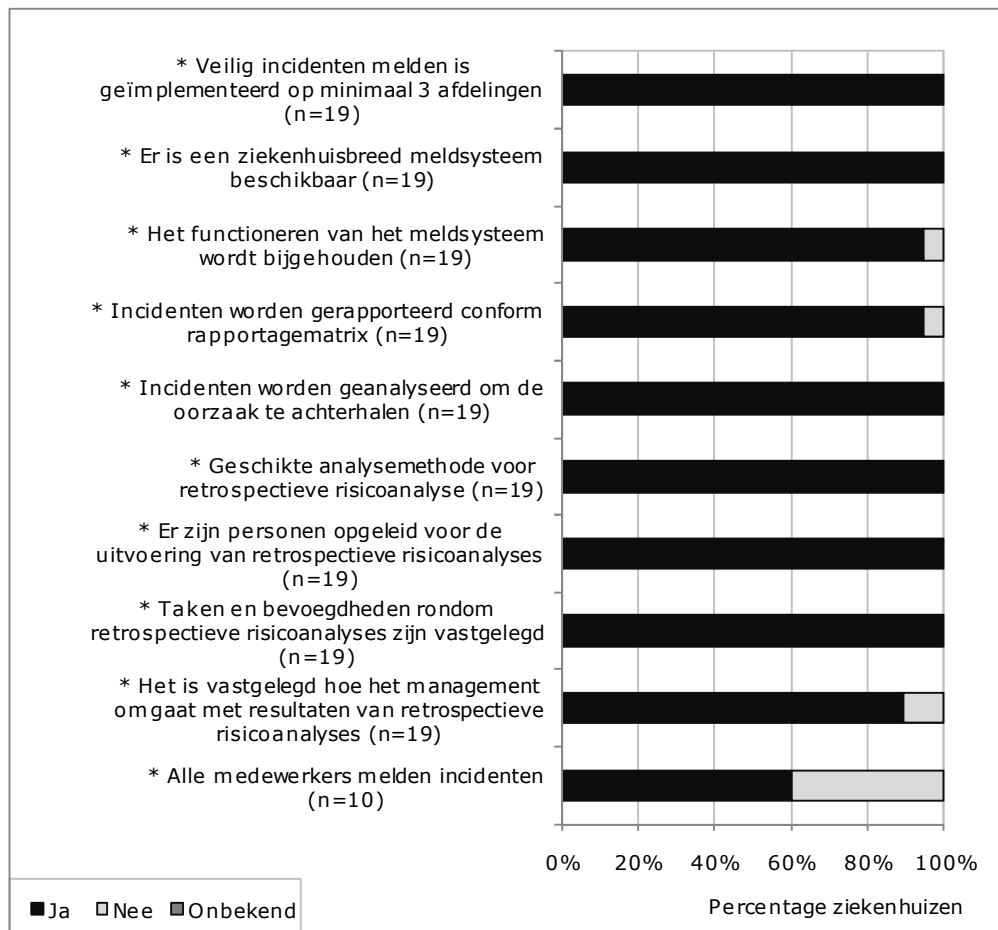
In elf ziekenhuizen had de cliëntenraad een visie op patiëntveiligheid op schrift gesteld. In acht ziekenhuizen was dit niet aan de orde.



Figuur 4: Vergelijking resultaten onderzoek 2010 t/m 2012 bij het thema patiëntenparticipatie

### 4.3 Retrospectieve risicoanalyses: veilig incidentmelden goed georganiseerd

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 5: Score (aan-/afwezigheid) van ziekenhuizen bij de tien speerpunten behorende bij het thema retrospectieve risicoanalyse

Het veilig melden van incidenten is in alle ziekenhuizen op minimaal drie afdelingen geïmplementeerd. Het veilig incident melden (VIM) was met name op de patiëntgebonden afdelingen geïmplementeerd. In zeventien ziekenhuizen was VIM op alle patiëntgebonden afdelingen geïmplementeerd. Bij de andere twee ziekenhuizen was VIM op respectievelijk 65 en 96 procent van de patiëntgebonden afdelingen geïmplementeerd. Bij negen ziekenhuizen was VIM ook op alle niet-patiëntgebonden afdelingen geïmplementeerd. Bij de overige tien ziekenhuizen varieerde het percen-

tage van het aantal niet-patiëntgebonden afdelingen waar VIM was geïmplementeerd tussen de 0 en 75 procent.

In alle ziekenhuizen was een meldsysteem beschikbaar voor het veilig melden van incidenten. Veertien ziekenhuizen maakten hiervoor gebruik van een commercieel ontwikkeld systeem. Vijf ziekenhuizen maakten gebruik van een eigen systeem. Door achttien ziekenhuizen werd het functioneren van het meldsysteem bijgehouden en geëvalueerd. Eén ziekenhuis deed dit niet.

In achttien ziekenhuizen werden incidenten gerapporteerd conform de NTA-rapportagematrix.

De gemelde incidenten werden door alle ziekenhuizen geanalyseerd om de oorzaak te achterhalen. Alle ziekenhuizen hadden hiervoor een geschikte analysemethode geselecteerd. Op de vraag welke analysemethode het ziekenhuis gebruikte, waren meerdere antwoorden mogelijk. De PRISMA-methode werd door twaalf ziekenhuizen genoemd. Daarnaast werden SIRE (8), DAM (5) en Tripod (2) genoemd.

In alle ziekenhuizen waren personen opgeleid voor de uitvoering van retrospectieve risicoanalyses en waren taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden rondom de uitvoering vastgelegd.

Zeventien ziekenhuizen hadden vastgelegd op welke manier het management omgaat met de resultaten van retrospectieve risicoanalyses. In twee ziekenhuizen was dit niet vastgelegd.

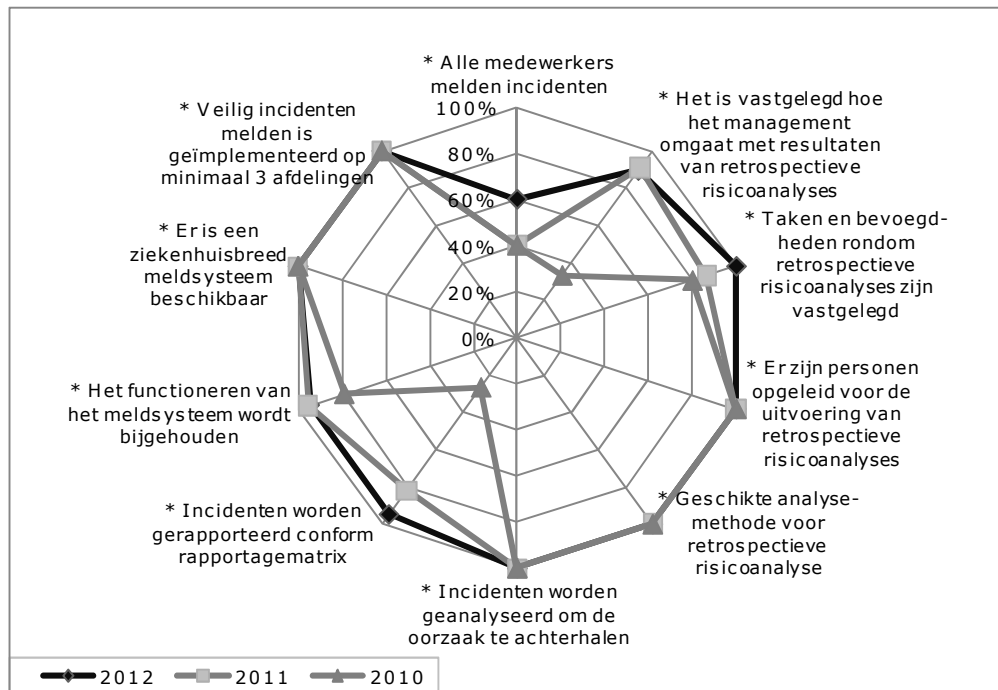
In zes van de tien bezochte ziekenhuizen gaven alle medewerkers aan zelf of via een collega incidenten te melden. In de andere vier ziekenhuizen meldden niet alle medewerkers, ook niet via een collega.

Uit de gesprekken met de medewerkers bleek dat bijna alle verpleegkundigen zelf incidenten meldden. Eén verpleegkundige gaf aan incidenten via een collega te melden.

Iets meer dan de helft van de geïnterviewde artsen en arts-assistenten gaf aan zelf incidenten te melden. Tijdens de gesprekken werd wel duidelijk dat de artsen in veel gevallen een verpleegkundige vragen om de melding te registreren.

Een derde van de geïnterviewde artsen en arts-assistenten gaf aan zelf geen incidenten te melden maar dit aan een collega over te laten. De overige artsen gaven aan geen incidenten te melden, ook niet via een collega.

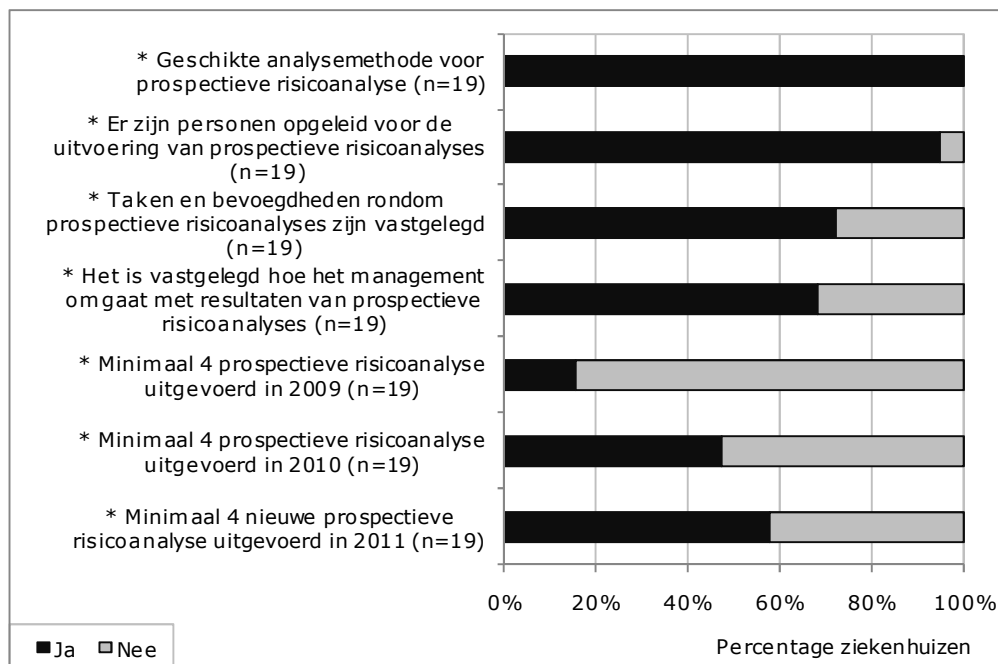
Ook bij de laboranten meldde ongeveer de helft van de geïnterviewde laboranten zelf incidenten. Een derde van de laboranten gaf aan dat zij een collega vragen om incidenten te melden, de overige laboranten gaven aan geen incidenten te melden.



Figuur 6: Vergelijking van de resultaten onderzoek 2010 t/m 2012 bij het thema retrospectieve risicoanalyses

#### 4.4 Prospectieve risicoanalyses: nog achter bij de verwachtingen

Ziekenhuizen moeten niet alleen retrospectief maar tevens prospectief mogelijke risicovolle situaties opsporen.



Figuur 7: Score (aan-/afwezigheid) van de ziekenhuizen bij de zes speerpunten behorende bij het thema prospectieve risicoanalyse

Alle ziekenhuizen hadden een geschikte analysemethode geselecteerd voor de uitvoering van prospectieve risicoanalyses. Als antwoord op de vraag welke methode het ziekenhuis had geselecteerd, werd door tien ziekenhuizen de HFMEA-methode genoemd. Daarnaast werden SAFER (5), BowTie (3), Tripod (1) genoemd. Elf ziekenhuizen gaven aan ook gebruik te maken van andere methoden zoals HFMEA Light. Bij het beantwoorden van deze vraag waren meerdere antwoorden mogelijk.

Achttien ziekenhuizen hadden medewerkers opgeleid voor het uitvoeren van prospectieve risicoanalyses.

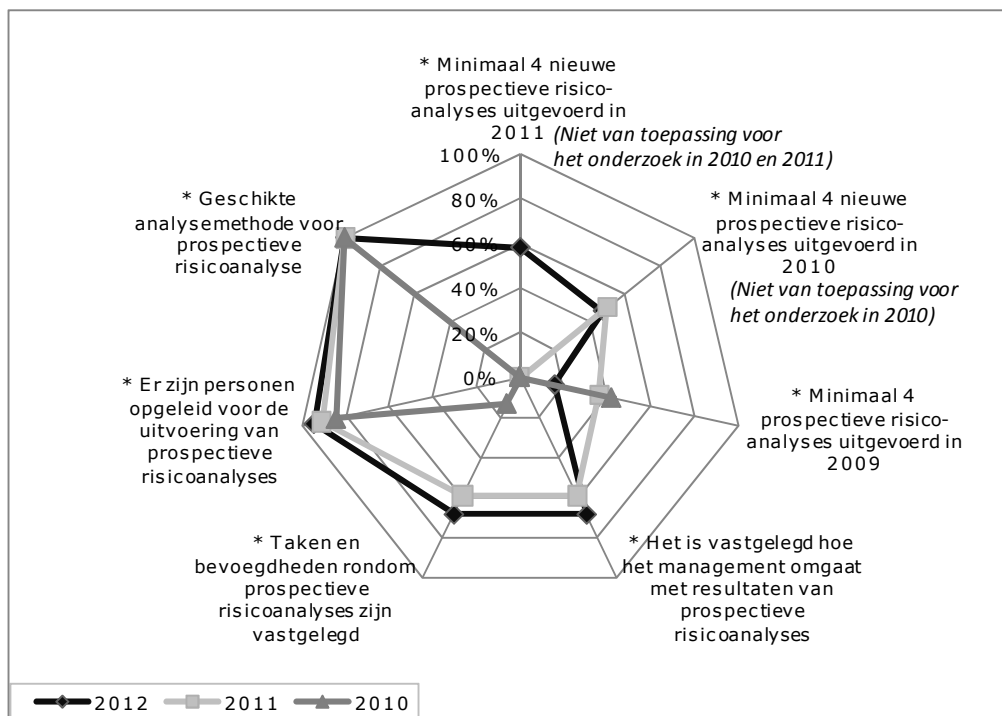
De taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden op het gebied van prospectieve risicoanalyses waren door dertien ziekenhuizen vastgelegd. Vijf ziekenhuizen hadden dit niet vastgelegd en van één ziekenhuis was het onbekend of dit was vastgelegd. Door dertien ziekenhuizen was vastgelegd hoe het management omgaat met de resultaten van prospectieve risicoanalyses. Zes ziekenhuizen hadden dit niet vastgelegd.

Uit de antwoorden op de vraag bij hoeveel processen het ziekenhuis in 2009, 2010 en 2011 een prospectieve risicoanalyse had uitgevoerd, bleek dat niet alle ziekenhuizen op dit onderdeel voldeden aan de verplichte speerpunten.

Drie ziekenhuizen hadden in 2009 bij minimaal vier nieuwe processen een prospectieve risicoanalyse uitgevoerd. Negen ziekenhuizen hadden in 2010 bij minimaal vier nieuwe processen een prospectieve risicoanalyse uitgevoerd.

In 2011 hadden elf ziekenhuizen dit bij minimaal vier nieuwe processen gedaan. De andere acht ziekenhuizen hadden in 2011 – ten opzichte van 2010 - minder dan vier nieuwe prospectieve risicoanalyses uitgevoerd.

Gemiddeld zijn sinds 2009 per ziekenhuis bij acht processen prospectieve risicoanalyses uitgevoerd.

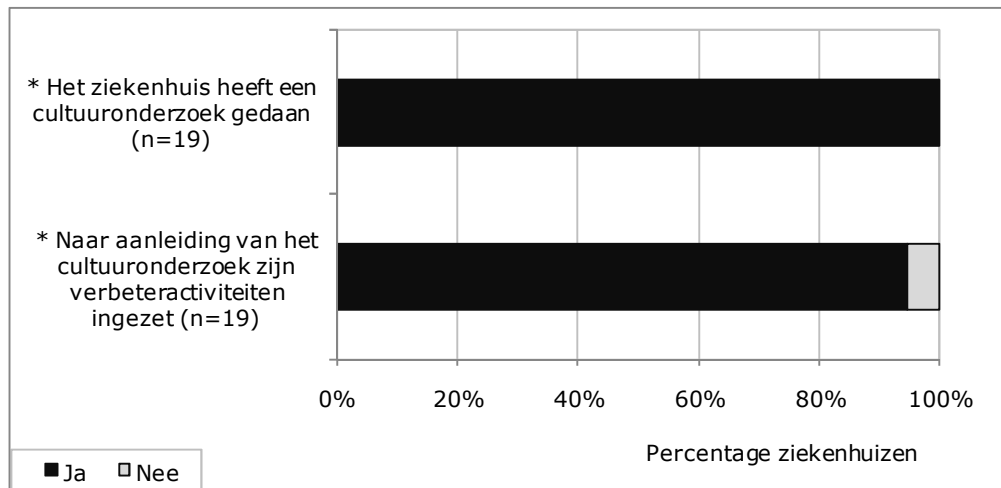


Figuur 8: Vergelijking van de resultaten onderzoek 2010 t/m 2012 bij het thema prospectieve risicoanalyses



#### 4.5 Cultuur: cultuuronderzoek gangbaar in ziekenhuizen

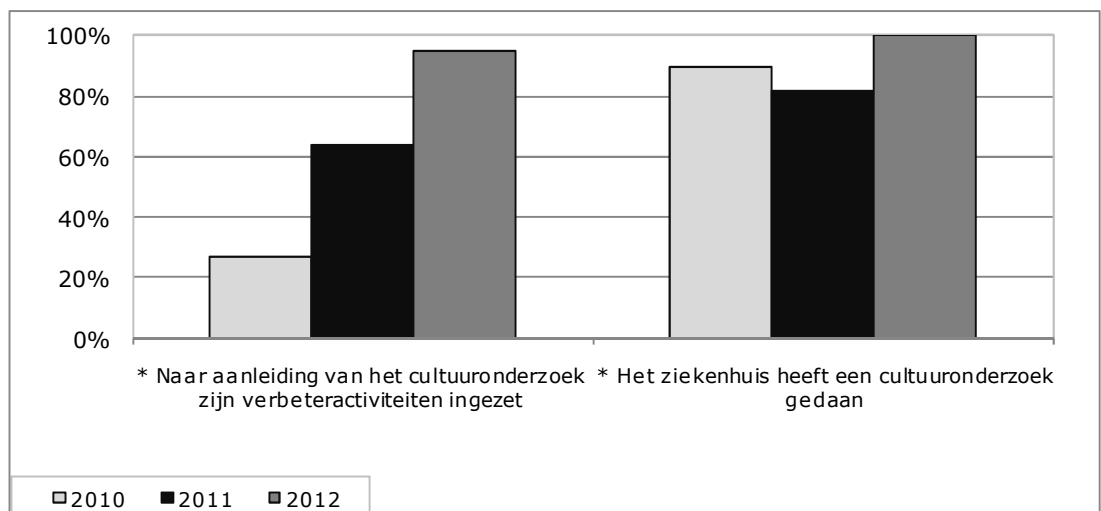
De veiligheidscultuur van een ziekenhuis is een belangrijke pijler van het VMS. Om deze veiligheidscultuur gericht te kunnen veranderen zijn aangrijpingspunten op basis van een specifieke cultuurmeting van belang (9).



Figuur 9: Score (aan-/afwezigheid) van de ziekenhuizen bij de twee speerpunten behorende bij het thema cultuur

Alle ziekenhuizen hadden een cultuuronderzoek uitgevoerd. Veertien ziekenhuizen deden dit ziekenhuisbreed en vijf ziekenhuizen deden dit op enkele afdelingen. Tien ziekenhuizen gaven aan meerdere cultuuronderzoeken met verschillende instrumenten te hebben uitgevoerd. De ziekenhuizen gebruikten het COMPaZ-instrument (14), het IZEP (6) of een eigen dan wel ander instrument (10).

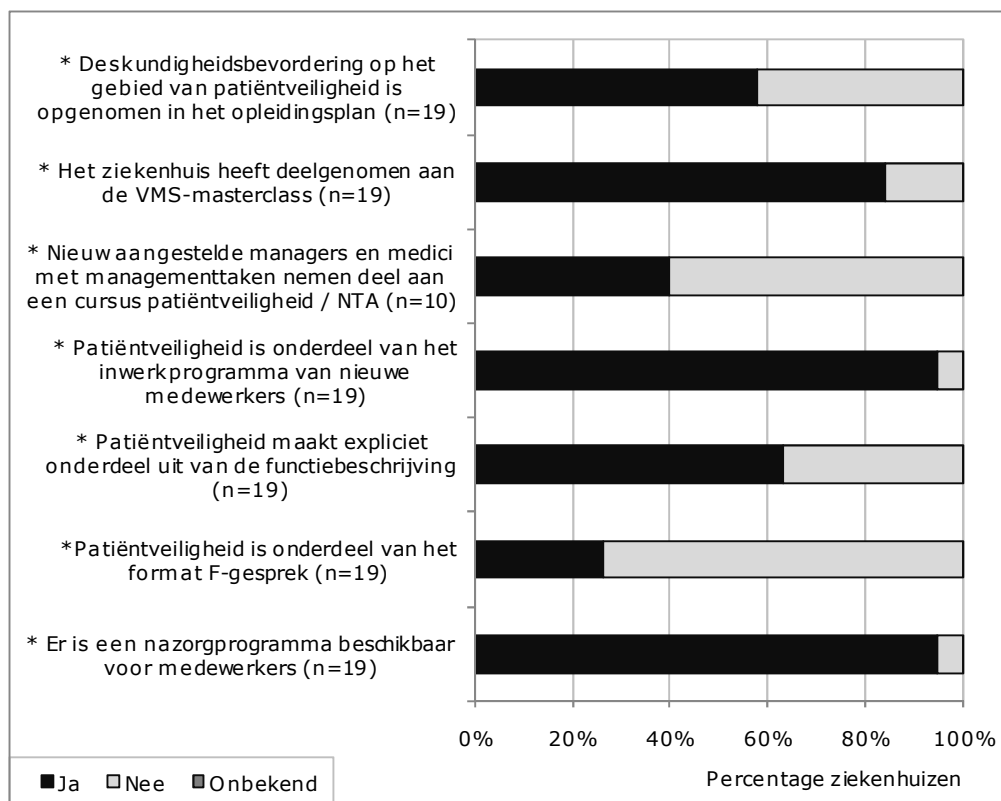
Achttien ziekenhuizen hadden na het cultuuronderzoek verbeteractiviteiten ingezet. In één ziekenhuis waren geen verbeteractiviteiten ingezet.



Figuur 10: Vergelijking resultaten onderzoek 2010 t/m 2012 bij het thema cultuur

#### 4.6 Medewerkers: aandacht voor veiligheid aanwezig, maar nog niet vanzelfsprekend

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 11: Score (aan-/afwezigheid) van ziekenhuizen bij de zeven speerpunten behorende bij het thema medewerkers

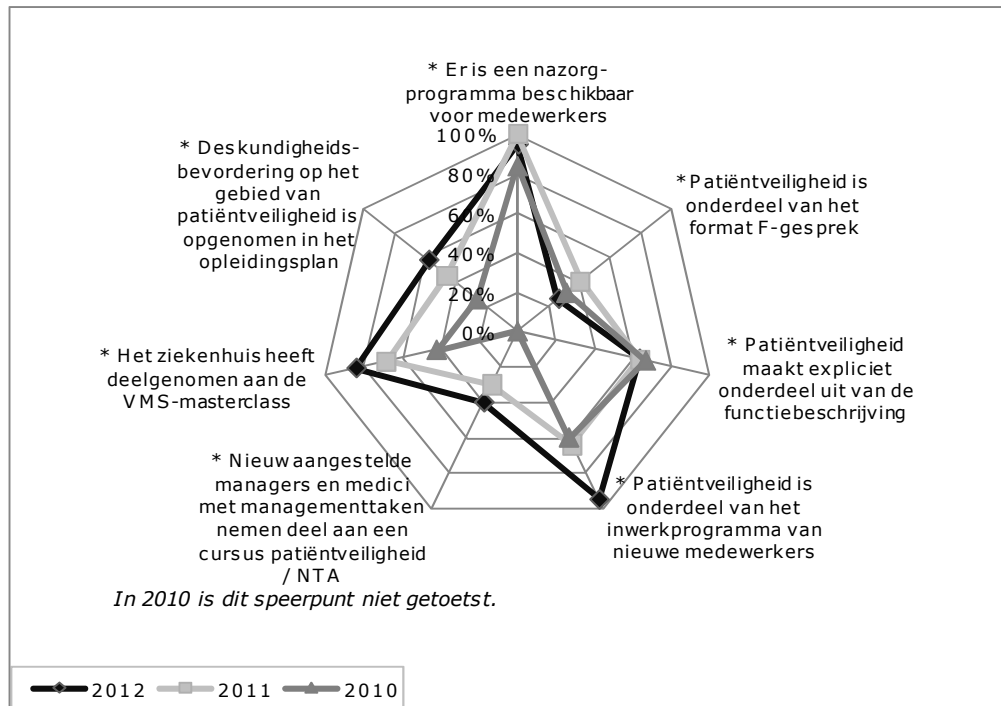
Door elf ziekenhuizen was deskundigheidsbevordering op het gebied van patiëntveiligheid opgenomen in het opleidingsplan. Acht ziekenhuizen hadden dit niet opgenomen in het opleidingsplan.

Zestien ziekenhuizen hadden deelgenomen aan de VMS-masterclass. Bij vier van de tien bezochte ziekenhuizen namen nieuw aangestelde managers en medici met managementtaken deel aan een cursus gericht op patiëntveiligheid en de toepassing van de NTA, bij zes ziekenhuizen niet.

Achttien ziekenhuizen hadden patiëntveiligheid opgenomen in het inwerkprogramma van nieuwe medewerkers. Bij één ziekenhuis was dit niet het geval.

Twaalf ziekenhuizen hadden patiëntveiligheid opgenomen in de functiebeschrijving van afdelingshoofden. Bij vijf ziekenhuizen was patiëntveiligheid als onderdeel opgenomen in het format voor de functioneringsgesprekken, bij de meerderheid (14) niet.

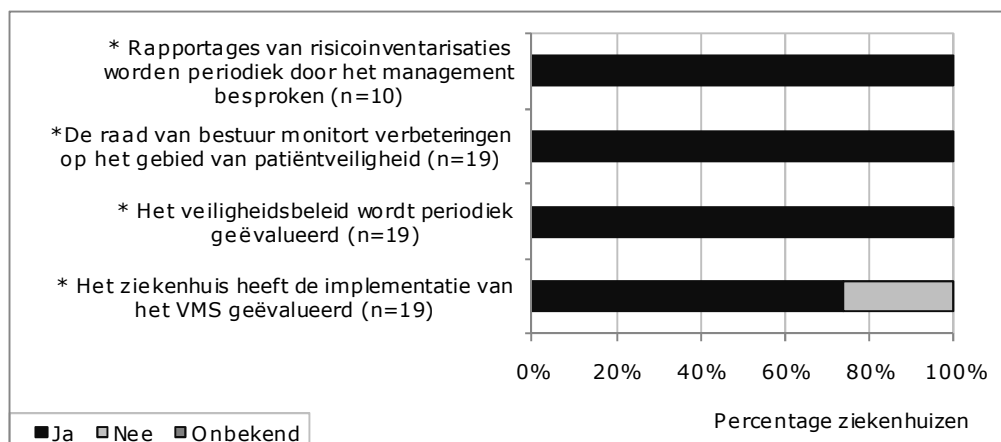
Achttien ziekenhuizen beschikten over een nazorgprogramma bij calamiteiten voor medewerkers.



Figuur 12: Vergelijking van de resultaten onderzoek 2010 t/m 2012 bij het thema medewerkers

#### 4.7 Monitoren: management volgde veiligheidsinspanningen

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.

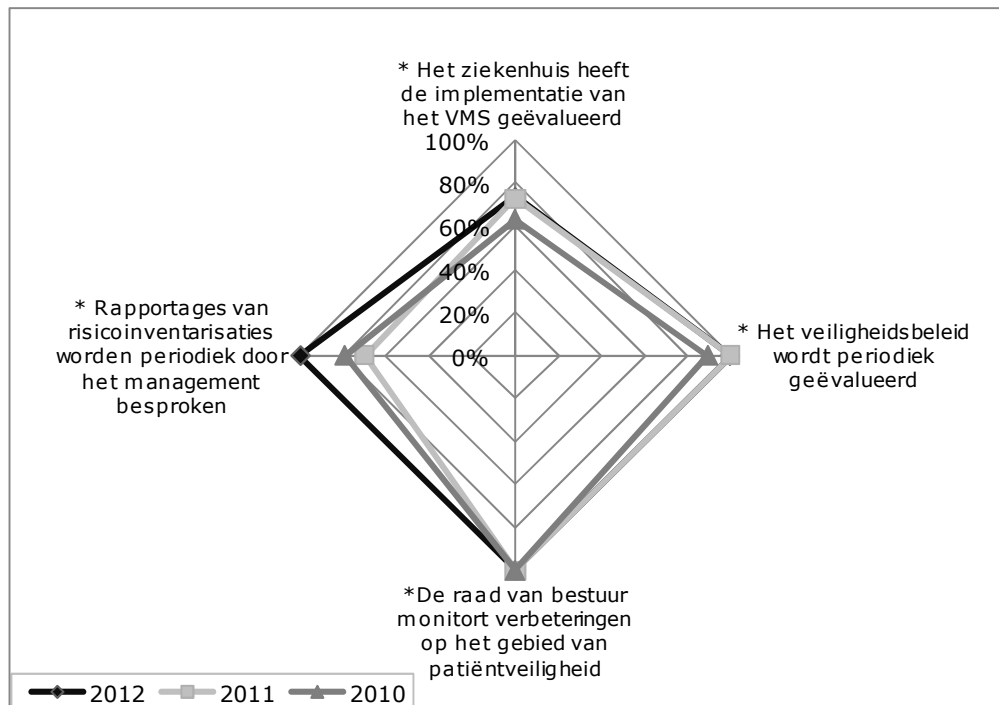


Figuur 13: Score (aan-/afwezigheid) van de ziekenhuizen bij de vier speerpunten behorende bij het thema monitoren

Bij alle tien bezochte ziekenhuizen bleek dat rapportages van risico-inventarisaties periodiek door het management worden besproken. Acht ziekenhuizen verwerkten de evaluaties hiervan in een managementrapportage, twee ziekenhuizen voerden de evaluaties wel uit maar verwerkten die niet in een managementrapportage.

Bij alle negentien ziekenhuizen bleek dat de raad van bestuur verbeteringen op het gebied van patiëntveiligheid monitort, onder andere door *audits* (18), dossieronderzoek (11), *walking around* (16) of op andere manieren (16) waaronder het lopen van veiligheidsrondes en het gebruik van sturingsinformatie.

Het veiligheidsbeleid werd door alle ziekenhuizen periodiek geëvalueerd. Veertien ziekenhuizen hadden de implementatie van het VMS geëvalueerd. In vijf ziekenhuizen had deze evaluatie niet plaatsgevonden.



Figuur 14: Vergelijking van de resultaten onderzoek 2010 t/m 2012 bij het thema monitoren

#### 4.8 Verbeteren veiligheid van zorg: veiligheidsprogramma weinig bekend op de werkvloer

Dit onderwerp heeft betrekking op de mate waarin het VMS ook 'op de werkvloer leeft', oftewel de mate waarin medewerkers zich bewust zijn van het belang van veiligheid in hun dagelijks handelen.

Dit onderwerp is beoordeeld op basis van gesprekken met medewerkers. De NIAZ-geaccrediteerde ziekenhuizen zijn bij de beoordeling zodoende buiten beschouwing gelaten.

Het aantal gesproken medewerkers varieert per vraag. De antwoorden worden niet grafisch weergegeven.

- 1 Op basis van de scores zoals eerder benoemd bij de thema's retro- en prospectieve risicoanalyses bleken achttien ziekenhuizen voldoende gekwalificeerd

personeel te hebben voor de uitvoering van zowel de retrospectieve als de prospectieve risicoanalyse. Eén ziekenhuis had nog geen medewerkers geschoold voor de uitvoering van prospectieve risicoanalyses.

- 2 De implementatie van de tien thema's is gestart zoals bleek uit de verschillende documenten en de verantwoordelijken die in bijna alle ziekenhuizen benoemd waren voor de tien thema's. Uit de gesprekken met medewerkers bleek dat 20 van de 77 geïnterviewde medewerkers op de hoogte waren van meer dan helft van de veiligheidsthema's. De overige medewerkers waren op de hoogte van de helft of minder dan de helft van de thema's.
- 3 Uit de interviews met de medewerkers bleek dat meer dan de helft van de medewerkers niet van (methoden voor) retro- dan wel prospectieve risicoanalyses had gehoord. Er was hierin geen groot verschil tussen de kennis van de specialisten en verpleegkundigen.
- 4 Een meerderheid van de geïnterviewde medewerkers (39 van de 62) was bekend met verbetermaatregelen die voortkomen uit risico-inventarisaties. Zowel laboranten, verpleegkundigen als arts-assistenten en specialisten konden voorbeelden van verbetermaatregelen noemen.



## 5 Beschouwing

In de rapportage beschrijft de inspectie de uitkomsten van het onderzoek naar de implementatie van het VMS zoals dat in het voorjaar van 2012 het geval was aan de hand van de speerpunten die ziekenhuizen in 2011 hadden moeten realiseren. De programmapartners van VMSzorg hebben afgesproken dat eind 2012 de ziekenhuizen hun VMS op accrediteerbaar/certificeerbaar niveau hebben. De inspectie heeft conform de afspraak met de minister gekeken of het aannemelijk is en de afspraak wordt nagekomen dat ziekenhuizen eind 2012 hun VMS op accrediteerbaar/certificeerbaar niveau hebben.

Bij de certificering/accreditering wordt vastgesteld of de *structuur* van een VMS op orde is. De vraag of het VMS ook daadwerkelijk doet wat het moet doen, wordt daarbij beperkt beoordeeld. De inspectie wil graag dat het VMS bijdraagt aan het doel van een daadwerkelijke verbetering van de veiligheid in ziekenhuizen.

De inspectie stelt vast dat het merendeel van de elementen uit de NTA wel aanwezig is in de ziekenhuizen. Om die reden verwacht de inspectie dat alle ziekenhuizen hun accreditatie/certificatie wel zullen halen. Sommige elementen zoals de prospectieve risicoanalyses zijn echter nu nog zeer beperkt ontwikkeld en uitgevoerd. Dit blijft kennelijk een lastig proces. Daarom vraagt de inspectie zich af of het VMS ook daadwerkelijk doet wat het moet doen.

Zoals de inspectie vorig jaar ook opmerkte, gaat het in de kern van veiligheidsmanagement om risicomanagement en kent de inspectie veel waarde toe aan de mate waarop ziekenhuizen zicht hebben op de risico's voor de patiënt. De inspectie stelt vast dat er ook in 2012 een beperkte vooruitgang op dit punt is te meten. Als er nog steeds geen zicht is op de risico's, is ook onbekend wat er moet worden gedaan om de risico's te verminderen.

Ziekenhuizen zijn er nog niet door hun VMS te laten accrediteren/certificeren. Weliswaar hebben zij dan de structuur op orde om de risico's te beheersen, maar daarmee is er nog geen zekerheid dat er ook naar gewerkt wordt, en het gaat toch om de uitvoeringspraktijk. Het betekent nadruk op 'good governance' want het is een verantwoordelijkheid van de raad van bestuur. Daarnaast zijn er continue nieuwe ontwikkelingen die vereisen dat ziekenhuizen op zoek moeten blijven naar risico's voor de patiëntveiligheid, deze risico's identificeren volgens de systemen die er nu liggen om vervolgens maatregelen te kunnen nemen.

De inspectie zal in de komende tijd aandacht blijven schenken aan het daadwerkelijk functioneren van het veiligheidsmanagement. Dit zal deels gebeuren bij de (jaar)gesprekken met het ziekenhuis. Ook zal in het thema onderzoek veiligheid(sthema's) hoog op de agenda blijven. Wanneer de inspectie in deze gevallen constateert dat ziekenhuizen hun verantwoordelijkheid voor het vergroten van de patiëntveiligheid onvoldoende nemen, zal zij handhavend optreden.





## 6 Summary

Further progress has been made towards implementing a fully operational and effective Safety Management System (SMS) in all hospitals. The Health Care Inspectorate conducted a number of inspection visits in late 2012, the results of which indicate that hospitals now have a system which meets all basic accreditation requirements. This is clearly a positive development. However, there is still some way to go towards achieving a fully integrated Safety Management System which covers all departments and is embedded in the hospital's day-to-day working practices. Hospitals must therefore redouble their efforts to identify all risks and implement the improvements necessary to ensure that those risks can be managed in a systematic manner. Failure to do so raises the prospect of the Safety Management System becoming a bureaucratic instrument which does little to enhance patient safety in practice. As yet, the Health Care Inspectorate is not confident that the Safety Management Systems in place will achieve the intended effect. For this reason, Safety Management will remain a key component of the Inspectorate's supervision in the years ahead, forming part of the annual review meetings with the hospitals' management boards, the regular inspections and the investigation of incidents and near-misses.

This report presents the findings of the Inspectorate's fourth assessment of the progress made by Dutch hospitals in implementing an effective Safety Management System. At the launch of the *Voorkom schade, werk veilig* ('Prevent harm, work safely') programme, it was decided that the Inspectorate should be responsible for ensuring that hospitals achieve the key objective of this programme: a 50% reduction in avoidable patient harm and mortality. This was to be achieved through the introduction of an effective Safety Management System, together with measures addressing ten 'high-risk' themes. Hospitals were instructed that their Safety Management System should meet all accreditation requirements by the end of 2012. The Inspectorate visited a quarter of the hospitals in each of the years preceding this target date, applying a standard assessment framework in each case.

The most recent inspection visits reveal that hospitals have indeed stepped up their efforts to ensure a high level of patient safety. However, only a relatively small number of hospitals have achieved a situation in which some important aspects of safety management, such as identifying the risks which exist, are fully embedded into day-to-day practice. These hospitals have carefully examined a large number of internal processes to ascertain where the potential risks to the patient lie. They have then implemented measures to control, mitigate or obviate those risks. The majority of hospitals, however, have restricted this examination to a few high-risk processes. Moreover, those processes seem to have been selected with a view to achieving a certain target number of analyses, rather than any desire to reduce patient risk.

The improvements made on the basis of the risk analyses are now more visible than in foregoing years. Staff are generally able to cite various changes that have been made. A system of incident reporting has been successfully implemented in all hospitals, whereby it is essential that all staff can ascertain what action has been taken further to their reports, and what actual improvements have been implemented. Transparency and adequate feedback are important aspects to which considerable attention must be devoted. At present, this would seem to be the case in relatively few hospitals, and to only a limited extent.

In the years ahead, the Inspectorate will closely monitor the progress made in conducting prospective risk analyses and in implementing improvements, including but not restricted to those addressing the ten themes of the safety programme. The Inspectorate will take enforcement action against any hospital which fails to fulfil its responsibility for (patient) safety to an adequate degree.

## 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 voor ziekenhuizen en instellingen die ziekenhuiszorg verlenen. Beleidscommissie Koepel 'VMS Zorg'*. Delft: Nederlands Normalisatie-instituut; 2007.
- 5 Inspectie voor de Gezondheidszorg. *Invoering veiligheidsmanagementsysteem in ziekenhuizen komt op gang*. Den Haag; 2009.
- 6 Inspectie voor de Gezondheidszorg. *Ziekenhuizen boeken voortgang met implementatie veiligheidsmanagementsysteem*. Den Haag 2010.
- 7 Inspectie voor de Gezondheidszorg. *Implementatie van het veiligheidsmanagementsysteem vordert, maar prospectief risicomanagement blijft ver achter*. Utrecht 2011.
- 8 [www.vmszorg.nl](http://www.vmszorg.nl).
- 9 Smits, M. *Unintended events in hospitals: causes and the role of patient safety culture*. Utrecht: NIVEL; 2009.



## Bijlage 1 Overzicht getoetste ziekenhuizen

| Ziekenhuis                              | Beoordeeld op basis van:                                      |
|---|---|
| Beatrixziekenhuis Gorinchem             | digitale vragenlijst, documenten en bezoek                    |
| Spaarne Ziekenhuis Hoofddorp            | digitale vragenlijst, documenten en bezoek                    |
| Wilhelmina Ziekenhuis Assen             | digitale vragenlijst, documenten en bezoek                    |
| Bronovo Ziekenhuis Den Haag             | digitale vragenlijst, documenten en bezoek                    |
| Sint Lucas Andreas Ziekenhuis Amsterdam | digitale vragenlijst, documenten en bezoek                    |
| 't Lange Land Ziekenhuis Zoetermeer     | digitale vragenlijst, documenten en bezoek                    |
| St. Anna Ziekenhuis Geldrop             | digitale vragenlijst, documenten en bezoek                    |
| UMC Utrecht                             | digitale vragenlijst, documenten en bezoek                    |
| Oogziekenhuis Rotterdam                 | digitale vragenlijst, documenten en bezoek                    |
| Ziekenhuis Amstelland Amstelveen        | digitale vragenlijst, documenten en bezoek                    |
| Diaconessenhuis Meppel                  | digitale vragenlijst, documenten en NIAZ-accreditatiegegevens |
| Albert Schweitzer Ziekenhuis Dordrecht  | digitale vragenlijst, documenten en NIAZ-accreditatiegegevens |
| Rijnland Ziekenhuis Leiderdorp          | digitale vragenlijst, documenten en NIAZ-accreditatiegegevens |
| UMC St. Radboud Nijmegen                | digitale vragenlijst, documenten en NIAZ-accreditatiegegevens |
| Onze Lieve Vrouw Gasthuis Amsterdam     | digitale vragenlijst, documenten en NIAZ-accreditatiegegevens |
| Havenziekenhuis Rotterdam               | digitale vragenlijst, documenten en NIAZ-accreditatiegegevens |
| Zuwe Hofpoort Ziekenhuis Woerden        | digitale vragenlijst, documenten en NIAZ-accreditatiegegevens |
| ZorgSaam Ziekenhuis Terneuzen           | digitale vragenlijst, documenten en NIAZ-accreditatiegegevens |
| Lievensberg Ziekenhuis Bergen op Zoom   | digitale vragenlijst, documenten en NIAZ-accreditatiegegevens |



## Bijlage 2      Lijst met gebruikte afkortingen en definitie

|        |  |
|--------|--|
| 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    | Nederlandse 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                   |
| SBAR   | Situation, Background, Assessment, Recommendation                      |
| SIRE   | Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie                      |
| SIT    | Spoed Interventie Team   |
| SMART  | Specifiek, Meetbaar, Aanvaardbaar, Realistisch, Tijdgebonden           |
| TRIPOD | Incident analysemethode van Tripod Solutions                           |
| VMS    | Veiligheidsmanagementsysteem   |
| V&VN   | Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland                              |

### **Definitie**

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"<sup>f</sup>

---

<sup>f</sup> Wagner, C. & van der Wal, G. (2005). Patiëntveiligheid in Nederland. Van Gorcum B.V.: Assen.

## Bijlage 3 Methodologische verantwoording

### 1 Steekproef

Voor dit onderzoek heeft de inspectie ziekenhuizen geselecteerd die nog niet voor het VMS-onderzoek in 2009, 2010 of 2011 waren bezocht.

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 niet door de inspectie bezocht worden, maar dat voor de beoordeling van de voortgang van de implementatie van het VMS gebruik-gemaakt zal worden van de gegevens verkregen bij de accreditering. In de door de inspectie getrokken steekproef bleken tien ziekenhuizen de NIAZ-accreditering met beoordeling van het VMS te hebben doorlopen. Van twee van deze ziekenhuizen was de NIAZ-rapportage niet tijdig voor de inspectie beschikbaar. De beoordeling van deze ziekenhuizen is daarom niet meegenomen in deze rapportage.

Deze rapportage betreft dus de resultaten van 19 ziekenhuizen, waarvan 10 ziekenhuizen door de inspectie zijn bezocht.

### Instrument

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

- 1 Een digitale vragenlijst die alle ziekenhuizen (voorafgaand aan het inspectie-bezoek) moesten invullen. Deze vragenlijst is door alle 19 ziekenhuizen ingevuld. Deze vragenlijst bestond uit 21 overwegend dichotome vragen.
- 2 a. Documentenonderzoek: alle ziekenhuizen zijn gevraagd (voorafgaand aan het bezoek) enkele documenten<sup>h</sup> aan de inspectie toe te sturen. De inspectie heeft de documenten beoordeeld op aan- dan wel afwezigheid van beleid rondom patiëntveiligheid.  
b. De NIAZ-geaccrediteerde ziekenhuizen hebben daarnaast de delen uit de NIAZ-rapportage die betrekking hebben op het VMS (ter inzage) aan de inspectie toegestuurd, eventueel aangevuld met de huidige stand van zaken.
- 3 In de bezochte ziekenhuizen vond, aan de hand van een semigestructureerde vragenlijst, een gesprek plaats met de raad van bestuur, meestal vergezeld van kwaliteit- 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 in de bezochte ziekenhuizen gesprekken plaatsgevonden met per ziekenhuis 7 à 8 medewerkers (verpleegkundigen, artsen, medewerkers functieafdelingen) van de afdelingen interne, chirurgie, IC, radiologie, functieafdeling. Aan het begin van het bezoek is aan het ziekenhuis kenbaar gemaakt welke functionarissen de inspectie wilde spreken, waarna er voor kon 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>g</sup> Voor een overzicht van de speerpunten per jaar dan wel onderdeel, zie tevens [ww.vmszorg.nl](http://ww.vmszorg.nl)

<sup>h</sup> Opgevraagde documenten: Beleidsplan, plan van aanpak/VMS implementatieplan, verslag van zelfevaluatie /Verslag van (meest recente) overleg met cliëntenraad /Managementreview/rapportage /Document waaruit gebruik/functioneren van het meldsysteem blijkt /Rapportage matrix (conform bijlage A van de NTA) /Opleidingsplan /Introductie-/inwerkprogramma voor nieuwe medewerkers (specialisten, verpleegkundigen en AA) /Calamiteiten nazorg programma /Functiebeschrijving van een afdelingshoofd /Format functioneringsgesprek /Veiligheidseffectrapportage.



## Procedure

Tijdens de bezoeken is de inspecteur-accounthouder van het ziekenhuis vergezeld van telkens dezelfde – met uitzondering van één bezoek - medewerker toezicht voor de verslaglegging. Hierdoor kon een consistente beoordeling worden geborgd.

De ziekenhuizen met een NIAZ-accreditatie zijn door de projectleider beoordeeld aan de hand van de resultaten uit de NIAZ-accreditatierapportage, documentenonderzoek en de informatie uit de digitale vragenlijst.

Aan de hand van de aan het ziekenhuis voorgelegde en zo nodig gecorrigeerde resultaten zijn door de inspecteur-accounthouder of de projectleider de beschouwing en conclusie opgesteld. Ieder ziekenhuis ontving over de resultaten, vergezeld van de beschouwing en conclusie, een definitief rapport. De inspectie maakt deze rapporten via haar internetsite openbaar.

|                          | 2009   | 2010  | 2011   | 2012  |
|--------------------------|--|---|--|---|
| <b>1<br/>Leiderschap</b> | <p>* Het ziekenhuis heeft voor alle hoofditens 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 hoofditens 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 hoofditens 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>i</sup> van het VMS conform de NTA.</p> | <p>* Het ziekenhuis heeft voor alle hoofditens van het VMS (NTA) SMART doelstellingen 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>i</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.

|  | 2009   | 2010  | 2011  | 2012   |
|--|--|---|---|--|
| <b>2<br/>Patiënten-<br/>participatie</b>                         | 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 risicoinventarisaties 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.  |
| <b>3<br/>Retro-<br/>spectieve<br/>risico-<br/>inventarisatie</b> | Het ziekenhuis heeft in kader van de retrospectieve risico-inventarisatie:<br>* een geschikte analyse-methode(n) geselecteerd.<br>* personen opgeleid en deskundigheid beschikbaar om retrospectieve risico-inventarisaties uit te voeren.<br>* een ziekenhuisbreed meldsysteem beschikbaar waarmee incidenten gemeld kunnen worden in de directe werkomgeving van de melder.<br>* bijgehouden in welke mate het beschikbare meldsysteem wordt toegepast in de praktijk.<br>* 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:<br>* alle personen die werken op een patiëntgebonden afdeling incidenten melden.<br>* 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.<br>* incidenten worden geanalyseerd om de basisoorzaken te achterhalen.<br>* incidenten worden gerapporteerd conform de rapportagematrix zoals opgenomen in (bijlage A) van de NTA. | 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.  |
| <b>4<br/>Prospectieve<br/>risico-<br/>inventarisatie</b>         | Het ziekenhuis heeft in het kader van de prospectieve risico-inventarisatie:<br>* een geschikte analyse-methode(n) geselecteerd.<br>* personen opgeleid en deskundigheid beschikbaar om prospectieve risico-inventarisaties uit te voeren.<br>* 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.  | * 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.<br>* 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 naleving wordt geverifieerd.  | 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. | In het ziekenhuis zijn vier nieuwe prospectieve risico-inventarisaties uitgevoerd op processen die zijn geïdentificeerd op de basis van de retrospectieve risico-inventarisatie. |

|                      | 2009   | 2010   | 2011   | 2012   |
|----------------------|--|--|--|--|
| <b>5 Cultuur</b>     | Het ziekenhuis heeft de veiligheidscultuur in zijn ziekenhuis onderzocht en de resultaten verwerkt in het beleidsplan.   | Het ziekenhuis heeft zichtbaar geïnvesteerd in het verbeteren van de veiligheidscultuur.   | Het ziekenhuis heeft zichtbaar geïnvesteerd in het verbeteren van de veiligheidscultuur.   | De cultuurinterventies uit 2011 hebben geleid tot een zichtbaar resultaat dat wordt vastgesteld op basis van een cultuuronderzoek.   |
| <b>6 Medewerkers</b> | <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> | Patiëntveiligheidsbeleid maakt onderdeel uit van het functioneringssysteem van alle medewerkers waarvan de functie essentieel is voor het VMS.   | 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.           |
| <b>7 Monitoren</b>   | 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>* 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>  | 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. | 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. |

|  | 2009   | 2010   | 2011   | 2012   |
|--|--|--|--|--|
| <b>8<br/>Verbeteren<br/>veiligheid<br/>van zorg /<br/>10 thema's</b> | <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 geselecteerd 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).</p> <p>Het ziekenhuis werkt naast de thema's ook zichtbaar aan de implementatie van verbeteringen die voortkomen uit de risicoinventarisaties (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>).</p> <p>Het ziekenhuis werkt naast de thema's ook zichtbaar aan de implementatie van verbeteringen die voortkomen uit de risicoinventarisaties.</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>).</p> <p>Het ziekenhuis werkt naast de thema's ook zichtbaar aan de implementatie van verbeteringen die voortkomen uit de risicoinventarisaties.</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> |
| <b>9<br/>Operationele<br/>beheers-<br/>maatregelen</b>               |  |  |  | <p>Bij vernieuwingen of organisatorische veranderingen die van invloed zijn op patiëntveiligheid wordt een prospectieve risico-inventarisatie uitgevoerd.</p>  |