



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

Implementatie van het veiligheidsmanagement-
systeem vordert, maar prospectief
risicomanagement blijft ver achter

Utrecht, oktober 2011

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 vordert, maar prospectieve risicoanalyses blijven ver achter — 13
- 2.2 Doelstellingen niet expliciet genoeg — 13
- 2.3 Patiënten wel betrokken maar nog niet ingeschakeld bij concrete verbetering patiëntveiligheid — 13
- 2.4 Incidentmelden goed georganiseerd, maar functioneren systeem kan beter — 13
- 2.5 Prospectieve risicoanalyses blijven achter bij afspraken — 13
- 2.6 Ziekenhuizen werken merkbaar aan verbetering van veiligheidscultuur — 14
- 2.7 Verbeteracties moeten zichtbaarder worden gemaakt — 14

3 Handhaving — 15

- 3.1 Geen speciale maatregelen voor specifieke ziekenhuizen geëist — 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 — 19
- 4.3 Retrospectieve risicoanalyses: 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 — 28
- 4.8 Verbeteren veiligheid van zorg: veiligheidsprogramma weinig bekend op de werkvloer — 29

5 Beschouwing — 31

6 Summary — 33

Literatuurlijst — 35

- Bijlage 1 Overzicht getoetste ziekenhuizen — 37
- Bijlage 2 Lijst met gebruikte afkortingen en definities — 38
- Bijlage 3 Methodologische verantwoording — 39
- Bijlage 4 Speerpunten van het VMS-veiligheidsprogramma — 41

Voorwoord

De presentatie van de tweede EMGO/Nivel-studie over de zorggerelateerde schade in ziekenhuizen in november 2010 liet zien dat er nog geen vermindering in zorggerelateerde schade was in vergelijking met de resultaten uit het onderzoek dat in 2007 was gepresenteerd. Dat was een teleurstellend resultaat voor al degenen die zich zo hadden ingezet om de patiëntveiligheid te verbeteren. Opgemerkt werd dat de meeste verbeteringen op het gebied van veiligheid pas zijn ingezet ná het meetmoment van de tweede studie. Dat is niet uitgesloten.

Voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg waren de resultaten het signaal dat de inzet die tot nu toe is geleverd om de veiligheid te vergroten zeker niet minder mag worden en juist een intensivering behoeft. Dat geldt zeker ook voor het veiligheidsmanagement waar we al sinds 2004 zoveel van verwachten.

In dit rapport doet de inspectie verslag van het derde – opeenvolgende - onderzoek naar de implementatie van het veiligheidsmanagementsysteem (VMS) langs de speerpunten van het VMS-veiligheidsprogramma. Uit de resultaten blijkt dat er nu meer aandacht voor veiligheidsmanagement is dan in 2009. Desondanks concludeert de inspectie dat die ontwikkeling niet snel genoeg gaat. Sommige ziekenhuizen zijn heel voortvarend bezig en hebben al tientallen processen op hun risico's beoordeeld. Echter, vooral op het gebied van het risicomanagement moeten de meeste ziekenhuizen nog extra inzet plegen, daar vragen de cijfers uit de EMGO/Nivel-studie ook om. Anders acht de inspectie een geaccrediteerd/gecertificeerd VMS in 2012 niet haalbaar.

Dit onderzoek laat ook zien dat de scholing van medewerkers op het gebied van patiëntveiligheid nog beperkt is. Op het jaarlijkse IGZ-patiëntveiligheidscongres in juni 2011 is daar eveneens aandacht voor gevraagd. Ook daar werd vastgesteld dat er meer systematische aandacht moet zijn voor veilig werken, zowel voor individuele competenties als voor het werken als team rond de patiënt. Veiligheidsmanagement betekent ook dat de competenties van de medewerkers 'gemanaged' worden. In navolging van het IGZ-congres zou ik daar ook meer aandacht voor willen vragen.

Naar aanleiding van het resultaat van dit onderzoek roep ik de ziekenhuizen en brancheorganisaties op vanaf nu extra inzet te plegen op risicomanagement om de implementatie van het VMS succesvol te laten zijn. Ook volgend jaar gaat de inspectie weer beoordelen of ziekenhuizen in voldoende mate hun VMS hebben geïmplementeerd. Ik hoop van ganser harte dat eind 2012 elk ziekenhuis een volledig en geaccrediteerd/gecertificeerd VMS zal hebben.

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

Samenvatting

In dit rapport doet de inspectie verslag van haar derde beoordeling van de Nederlandse ziekenhuizen over de mate waarin zij het veiligheidsmanagementsysteem (VMS) hebben ingevoerd. Volgens de afspraak die op 12 juni 2007 met de brancheorganisaties is gemaakt toen zij het veiligheidsprogramma voor de ziekenhuizen 'voorkom schade, werk veilig' lanceerden, houdt de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) toezicht op de ziekenhuizen of ze de gemaakte afspraken nakomen. De belangrijkste afspraak was dat de ziekenhuizen de vermijdbare schade aan patiënten en vermijdbaar overlijden met 50% terug zullen dringen door het invoeren van een VMS en maatregelen ten aanzien van tien hoogrisico thema's.

Net als in 2009 en in 2010 heeft de inspectie dit onderzoek bij een steekproef van ziekenhuizen uitgevoerd. Dit jaar betreft het 22 ziekenhuizen. Bij de toetsing is hetzelfde toetsingskader - afgestemd op de speerpunten die door de programmapartners van VMSzorg zijn vastgesteld - als in 2010 gebruikt. Aan de hand van de speerpunten kunnen ziekenhuizen het VMS implementeren zodat het waarschijnlijk is dat zij in 2012 het VMS op certificeerbaar/accrediteerbaar niveau hebben.

In vergelijking met de voorgaande jaren hebben ziekenhuizen meer ondernomen om de veiligheid voor de patiënten te vergroten door meer systematisch met veiligheid bezig te zijn. Dit blijkt uit het onderzoek dat bij de 22 ziekenhuizen is uitgevoerd. Ziekenhuizen zijn daardoor weer een stapje dichterbij de mogelijkheid om in 2012 hun VMS op accreditbaar niveau te hebben. Toch moeten de ziekenhuizen nog forse stappen zetten. Belangrijke aspecten van veiligheidsmanagement zoals het in beeld brengen van de risico's die er zijn, is nog lang niet in alle ziekenhuizen een vanzelfsprekende zaak. Sommige ziekenhuizen hebben het goed voor elkaar en hebben tientallen processen in kaart gebracht en beoordeeld op de risico's die er voor de patiënt zouden kunnen zijn. Zij zetten die risico's dan ook nog om in maatregelen om ze te beheersen. Het merendeel van de ziekenhuizen echter heeft dat proces slechts bij enkele risicovolle processen doorlopen.

Net als vorig jaar blijken de verbeteringen die het resultaat zijn van de risico-beoordelingen niet goed zichtbaar. Medewerkers kunnen ze niet noemen. Dat moet bij een cultuur waar veiligheid hoog op de agenda staat echt anders. Zeker nu overall de meldsystemen goed zijn ingevoerd moet het voor de medewerker ook duidelijk zijn wat de resultaten van het melden zijn en welke verbeteringen er gerealiseerd zijn na analyse van de meldingen.

Al met al stelt de inspectie vast dat het veiligheidsmanagementsysteem in ziekenhuizen weer een stukje dichterbij is, maar dat er nog geen sprake is van een volwassen systeem. Ziekenhuizen zullen prioriteit moeten geven aan het beheersen van risico's en aan het doorvoeren van verbeteringen. Zoals het er nu voorstaat, acht de inspectie het waarschijnlijk dat zonder extra inzet in een groot aantal ziekenhuizen een volwaardig VMS in 2012 niet haalbaar is. De inspectie zal in de jaargesprekken expliciet aandacht aan de implementatie van het VMS schenken.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding en belang

In het kader van haar toezichthoudende taak heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) vanaf maart tot en met mei 2011 22 ziekenhuizen beoordeeld 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 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 zorg systeem*"¹.

In Nederland is medio 2004 aan 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 vier conclusies met bijbehorende aanbevelingen². Eén van de aanbevelingen is door het veld opgepakt en uitgewerkt in het advies dat luidde dat alle ziekenhuizen per januari 2008 een gecertificeerd veiligheidsmanagementsysteem zouden moeten hebben.

In juni 2007 is vervolgens op initiatief van de brancheorganisaties NVZ, OMS, LEVV, V&VN en NFU 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% te behalen. Een belangrijk middel om dat doel te realiseren is de implementatie van het VMS³.

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) 8009:2007⁴. 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 programma³. Naast het hiervoor genoemde houdt het veiligheidsprogramma eveneens in dat interventies worden geïmplementeerd op 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 tien thema's^a zal de IGZ met behulp van de zogenoemde veiligheidsindicatoren monitoren.

Met de brancheorganisaties is afgesproken dat de inspectie tot en met 2012 jaarlijks bij twintig ziekenhuizen de voortgang van de implementatie van het VMS zal onderzoeken. In juni 2009 heeft de inspectie het rapport naar aanleiding van de beoordeling van twintig ziekenhuizen, aangevuld met de vier niet aan het veiligheidsprogramma deelnemende ziekenhuizen, aan de minister en de brancheorganisaties aangeboden⁵. Die rapportage betrof de resultaten tot en met 2008.

In juli 2010 heeft de inspectie het rapport naar aanleiding van de tweede beoordeling naar de implementatie van het veiligheidsmanagementsysteem in de Nederlandse ziekenhuizen aan de minister en de brancheorganisaties aangeboden⁶. Dit rapport betrof de resultaten tot en met 2009.

In het nu voorliggende rapport beschrijft de inspectie opnieuw de resultaten op geaggregeerd niveau, nu van de 22 ziekenhuizen die in 2011 zijn beoordeeld.

1.2 Onderzoeksvraag

De vraagstelling in 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 22 ziekenhuizen beoordeeld; een uitgebreide beschrijving van de steekproef is opgenomen in bijlage 3.

Met het oog op lastenreductie hebben het NIAZ en de IGZ afgesproken dat de inspectie de ziekenhuizen die door het NIAZ zijn geaccrediteerd, in het kader van dit VMS onderzoek niet bezoekt. Twaalf ziekenhuizen zijn om deze reden niet bezocht. Zeven daarvan zijn beoordeeld op grond van documentenonderzoek, een digitale vragenlijst en de gegevens van de NIAZ-audits. Bij vijf ziekenhuizen vond het NIAZ-accreditatiebezoek plaats tijdens de onderzoeksperiode van de inspectie. Omdat de gegevens uit de NIAZ-audits nog niet beschikbaar waren, zijn deze gegevens niet meegenomen in deze rapportage. Deze ziekenhuizen zijn ook niet bezocht en dus voor deze rapportage uitsluitend beoordeeld op basis van documentenonderzoek en een digitale vragenlijst. Vanzelfsprekend ontvangt de inspectie de gegevens van de NIAZ-audits zodra deze beschikbaar zijn en wordt beoordeeld of er nog aanleiding is om actie te ondernemen.

Tien ziekenhuizen zijn in de maanden maart tot en met mei 2011 door de inspectie bezocht.

Aan de kwaliteitsmedewerkers in alle geselecteerde ziekenhuizen is gevraagd om een digitale, overwegend dichotome, vragenlijst in te vullen. Daarnaast is het ziekenhuis gevraagd om 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.

In de tien bezochte ziekenhuizen zijn gesprekken gevoerd met de Raad van Bestuur, meestal vergezeld door een kwaliteitsfunctionaris. Er werd gebruikgemaakt van een

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.

semigestructureerde vragenlijst, die op een vierpuntsschaal kon worden gescoord (1=onvoldoende, 4=uitstekend).

Verder zijn er 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 2.

Voor dit tweede vervolgonderzoek heeft de inspectie dezelfde onderzoeksmethode gehanteerd als in 2010. De gebruikte vragenlijsten zijn gebaseerd op de speerpunten^b zoals die door de partners^c van het veiligheidsprogramma zijn opgesteld^b. Op basis van de ervaringen met het onderzoek in 2010 en een toetsing door een onderzoeker van het VUmc zijn de vragenlijsten op enkele punten aangepast.

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 speerpunten⁷. Deze speerpunten zijn conform de criteria van de NTA 8009:2007, de vigerende veldnorm voor een VMS. In het kader 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 in 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 in 2012 op certificeerbaar/accrediteerbaar niveau kunnen zijn.

b Voor een overzicht van de speerpunten per jaar dan wel onderdeel, zie bijlage 4 en tevens www.vmszorg.nl

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

2 Conclusies

2.1 **Implementatie VMS vordert, maar prospectieve risicoanalyses blijven ver achter**

In vergelijking met 2009 zijn op nagenoeg alle punten de scores verbeterd. Toch hebben vele ziekenhuizen hun beheersing van de risico's voor de veiligheid van de patiënt nog niet op orde. Veelal zijn de risico's nog niet systematisch geïnventariseerd en omgezet in beheersingsmaatregelen. Vaak wordt er alleen reactief met risico's omgegaan. Als er wat mis gaat, onderneemt men actie en brengt men correcties aan. Bij een volwassen veiligheidsmanagement kent men vooraf de risico's en worden deze beheerst. Accreditatie van het veiligheidsmanagementsysteem in 2012 is alleen haalbaar als extra aandacht wordt geschonken aan de tekortkomingen. Dit betreft vooral het systematisch in kaart brengen van de risico's voor de patiënt en daar actie op ondernemen. Ook moet er meer aandacht zijn voor het systematisch implementeren van oplossingen voor tekortkomingen die eenmaal zijn vastgesteld.

2.2 **Doelstellingen niet expliciet genoeg**

Alle ziekenhuizen hebben patiëntveiligheid in hun algemene beleidsplannen opgenomen en veelal in aparte veiligheidsplannen uitgewerkt. Omdat de meeste ziekenhuizen die plannen echter nog niet vertalen in concrete meetbare acties waarbij na te gaan is of de resultaten ook gehaald worden, is de waarde van die plannen beperkt. Juist voor het bereiken van meer veiligheid moeten ziekenhuizen zich concrete doelen stellen.

2.3 **Patiënten wel betrokken maar nog niet ingeschakeld bij concrete verbetering patiëntveiligheid**

In cliëntenraden staat patiëntveiligheid op de agenda. De raden van bestuur bespreken patiëntveiligheid ook met de cliëntenraden. Dat wijst op betrokkenheid van de vertegenwoordiging van de patiënten. Die betrokkenheid bestond echter nog niet uit actieve inschakeling van individuele patiënten bij het thema patiëntveiligheid, wat in een VMS wel het geval zou moeten zijn.

2.4 **Incidentmelden goed georganiseerd, maar functioneren systeem kan beter**

In alle ziekenhuizen zijn tot op afdelingsniveau voorzieningen getroffen zodat medewerkers laagdrempelig incidenten kunnen melden. Ook geeft men zonder uitzondering aan dat het niet bedreigend is om incidenten te melden. Het systeem is goed opgezet maar functioneert nog beperkt. Artsen melden aanzienlijk minder dan verpleegkundigen. Medewerkers die melden, vernemen nog niet in alle gevallen wat er met de melding is gebeurd. Bij geïnterviewde medewerkers is niet duidelijk of de verbeteringen die mogelijk zijn na een melding en de analyse ervan ook daadwerkelijk worden geïmplementeerd.

2.5 **Prospectieve risicoanalyses blijven achter bij afspraken**

Net als over 2009 moet worden vastgesteld dat ziekenhuizen het volgens de speerpunten van het VMS-veiligheidsprogramma vereiste aantal prospectieve risicoanalyses niet halen. Er is wel een toename van het aantal analyses, maar de noodzakelijke inhaalslag is niet gemaakt. Slechts de helft heeft het voor 2010 vereiste minimale aantal van vier prospectieve risicoanalyses uitgevoerd. Daarbij hebben zij nog niet eens de achterstand van 2009 ingehaald. Ziekenhuizen moeten nu echt werk gaan maken van het systematisch in kaart brengen van de risico's die er voor de patiënt kunnen zijn.

2.6 Ziekenhuizen werken merkbaar aan verbetering van veiligheidscultuur

Hoewel niet alle ziekenhuizen systematisch de veiligheidscultuur meten, zetten ze wel zonder uitzondering in op de verbetering van de veiligheidscultuur. Dat blijkt uit de wijze van omgang met incidenten en de manier waarop veiligheid geagendeerd wordt. Veiligheid is echter nog geen integraal onderdeel van al het werk en dus kan er nog veel verbeteren. Zo is het nog lang niet overal onderdeel van de opleidingen en introductieprogramma's en staat veiligheid van werken ook niet structureel op de agenda van het functioneringsgesprek.

2.7 Verbeteracties moeten zichtbaarder worden gemaakt

Meer en meer gebruiken managers zogenoemde dashboards om resultaten van de zorg te monitoren. Maar ziekenhuizen zijn niet goed in staat om te laten zien waar de inspanningen op het gebied van veiligheid nu toe leiden. Verbeteracties zijn bij medewerkers niet goed bekend en ook weten zij geen resultaten van de risico-analyses te benoemen.

3 Handhaving

3.1 **Geen speciale maatregelen voor specifieke ziekenhuizen geëist**

Evenals in 2010 acht de inspectie het niet noodzakelijk nu speciale maatregelen van specifieke ziekenhuizen te eisen. Hoewel er nu nog maar één jaar te gaan is en de inspectie minder zeker is dat ziekenhuizen in 2012 hun veiligheidsmanagementsysteem op gecertificeerd/geaccrediteerd niveau zullen hebben, moet het met extra maatregelen wel mogelijk zijn. Het zijn met name de ziekenhuizen zelf die deze actie moeten ondernemen.

3.2 **Aanbevelingen voor de ziekenhuizen**

In aansluiting aan de presentatie van de resultaten van de tweede EMGO/Nivel-studie in november 2010 is zowel door het ministerie van VWS als de programma-partners in het VMSzorgprogramma gesteld dat het veiligheidsprogramma een intensivering behoeft. De inspectie wil bij deze oproep aansluiten door aan te geven dat de intensivering vooral gestalte zal moeten krijgen in het meer systematisch beheersen van de risico's voor de patiënt. Daarnaast zijn de aanbevelingen zoals opgenomen in het rapport uit 2010 aan het veld nog onverkort relevant en zij worden om die reden herhaald:

- Er moet gerichtere aandacht zijn voor het daadwerkelijke risicomanagement. De Raad van Bestuur moet hier nadrukkelijker sturing aan geven.
- Ziekenhuizen moeten risico-inventarisaties 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 tegen 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 de raden van bestuur en 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 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.
- Ziekenhuizen moeten medewerkers gestructureerd en systematisch op het gebied van veiligheid scholen en bijscholen door het nadrukkelijk op te nemen in opleidingsplannen.

3.3 **Vervolgacties inspectie**

De inspectie zal in de komende jaargesprekken met de ziekenhuizen expliciet aandacht 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.

In 2012 zullen de ziekenhuizen beoordeeld worden die in de voorafgaande jaren niet zijn beoordeeld.

4 Resultaten

De resultaten van dit onderzoek zijn gegroepeerd naar de hoofditems zoals deze opgenomen zijn in de NTA^d. De speerpunten behorende bij de thema's zijn gevisualiseerd in een grafiek. De speerpunten die nu niet aan de orde zijn (nog niet beoordeeld kunnen worden omdat deze specifiek voor het jaar 2012 gelden) zijn achterwege gelaten^e. Bij de beoordeling van de speerpunten is gebruikgemaakt 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 2010 'verplichte' speerpunten zijn herkenbaar aan het sterretje.

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 nog 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=7),
- de resultaten van zowel de digitale vragenlijst en het documentenonderzoek zonder NIAZ-rapportages (n=5),
- resultaten van zowel de digitale vragenlijst en het documentenonderzoek als de bezoeken (n=10).

De resultaten van dit onderzoek heeft de inspectie vergeleken met de resultaten uit het onderzoek van 2010. Dit kon omdat in beide onderzoeken hetzelfde toetsings-instrument is gebruikt^f. 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 niet of niet op dezelfde manier is getoetst. Dit is vermeld bij de betreffende speerpunten.

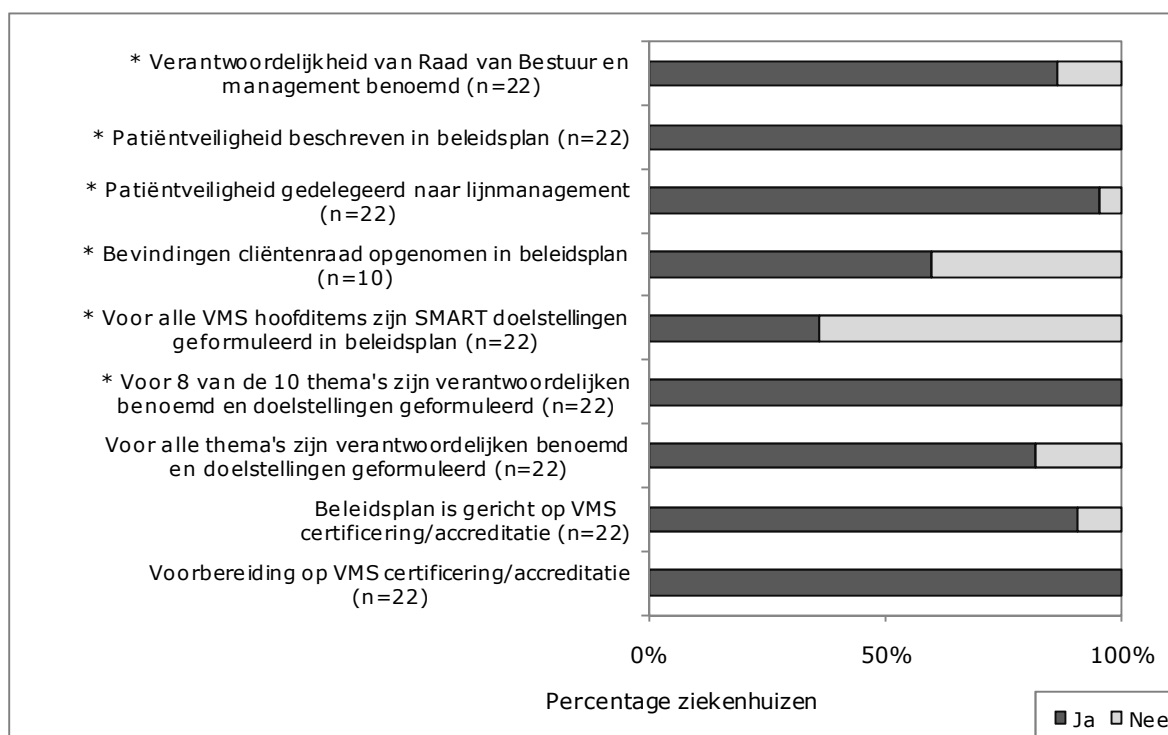
d De NTA-thema's zijn: Leiderschap, patiëntenparticipatie, retrospectieve risicoanalyses, prospectieve risicoanalyses, cultuur, medewerkers, monitoren, verbeteren veiligheid van zorg. Het negende thema, operationele beheersmaatregelen, is pas in 2012 van toepassing en buiten beschouwing gelaten bij dit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

e 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').

f 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 op negen speerpunten behorende bij het thema leiderschap

Alle ziekenhuizen hadden patiëntveiligheid beschreven in het beleidsplan. Het merendeel (n=19) van de ziekenhuizen had hierin ook opgenomen wat de verantwoordelijkheid van de Raad van Bestuur en het management op dit gebied is. Met uitzondering van één ziekenhuis was bij alle ziekenhuizen patiëntveiligheid gedelegeerd naar het lijnmanagement.

Of de bevindingen van de cliëntenraad zijn opgenomen in het beleidsplan is alleen bij de bezochte ziekenhuizen getoetst omdat het voor dit speerpunt van belang was om de resultaten uit het documentenonderzoek te verifiëren.

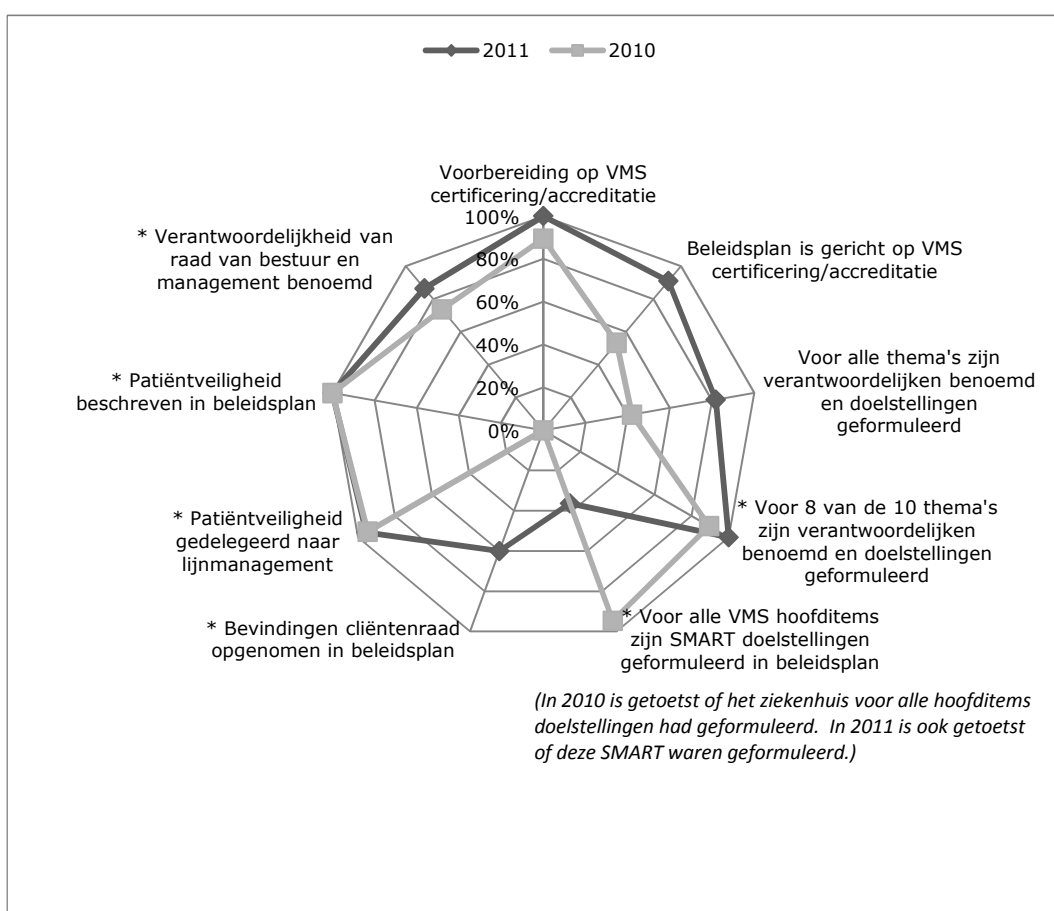
Van de tien bezochte ziekenhuizen had iets meer dan de helft (n=6) de bevindingen van de cliëntenraad opgenomen in het beleidsplan.

Voor alle VMS hoofditems moet het ziekenhuis SMART-doelstellingen hebben geformuleerd in het beleidsplan. Acht ziekenhuizen hadden dit voor alle hoofditems gedaan. Vier ziekenhuizen hadden 50 procent van de doelstellingen SMART geformuleerd en drie ziekenhuizen hadden dit bij minder dan 50% van de doelstellingen gedaan. Bij zeven ziekenhuizen waren de doelstellingen niet (voldoende) SMART geformuleerd.

Alle ziekenhuizen (n=22) hadden voor de acht 'verplichte' thema's verantwoordelijke benoemd en doelstellingen geformuleerd. Het merendeel (n=18) had dit voor alle tien veiligheidsthema's gedaan.

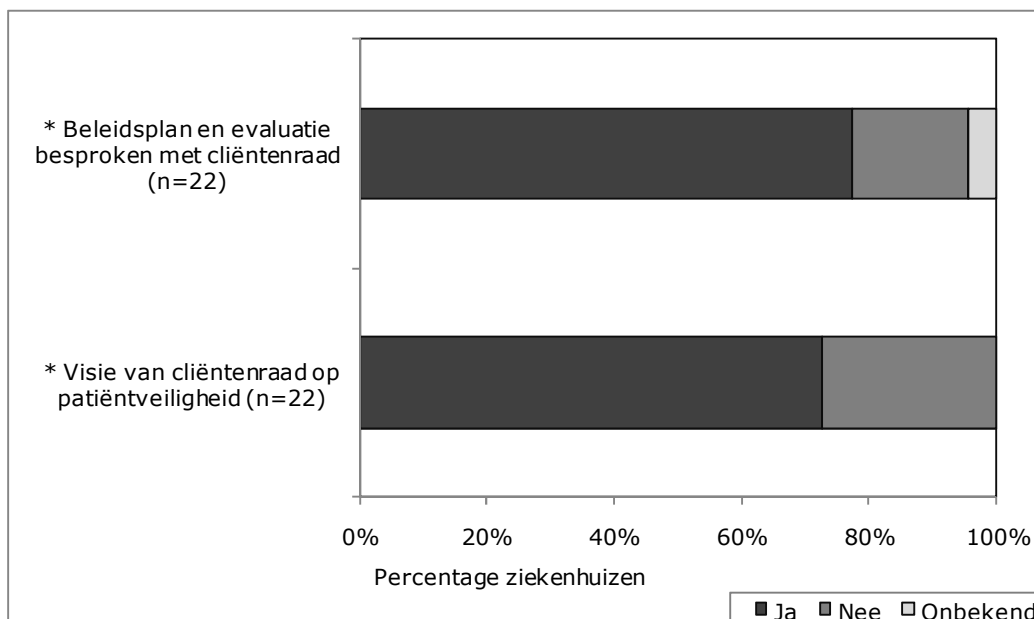
Bij twintig ziekenhuizen bleek het beleidsplan gericht te zijn op accreditatie/certificering van het veiligheidsmanagementsysteem. In de digitale vragenlijst gaven alle ziekenhuizen aan dat zij gestart zijn met de voorbereiding op accreditatie/certificering van het veiligheidsmanagementsysteem.

Vergelijking van de resultaten onderzoek 2010 en 2011 op 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.

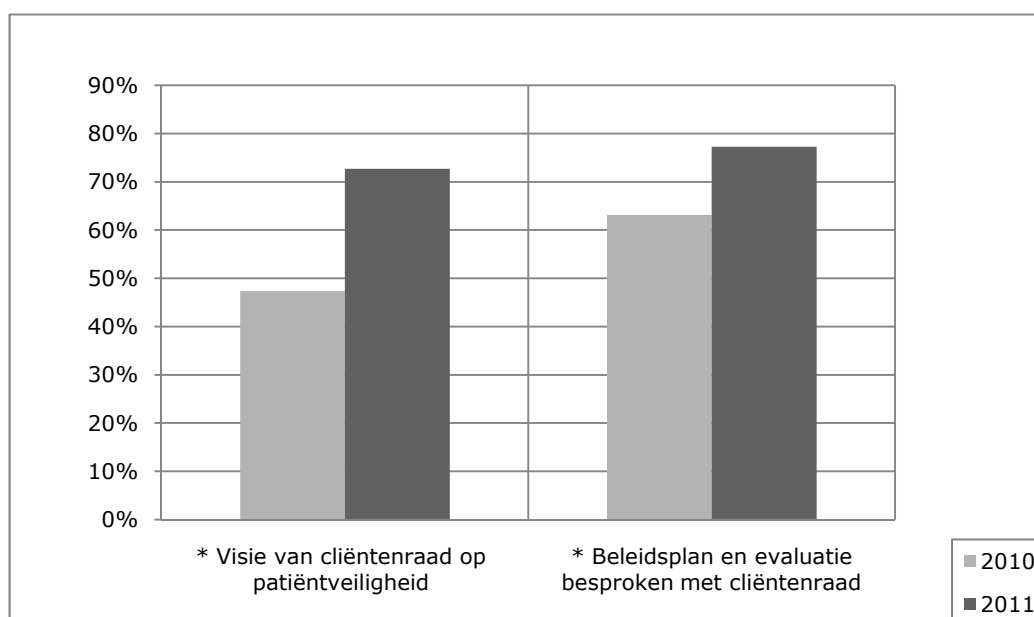


Figuur 2: Score (aan-/afwezigheid) van ziekenhuizen op de twee speerpunten behorende bij het thema patiëntenparticipatie

Het beleidsplan patiëntveiligheid was door een meerderheid (n=17) van de ziekenhuizen besproken met de cliëntenraad. Vier ziekenhuizen hadden dit niet gedaan en van één ziekenhuis was het niet duidelijk of het beleidsplan is besproken met de cliëntenraad.

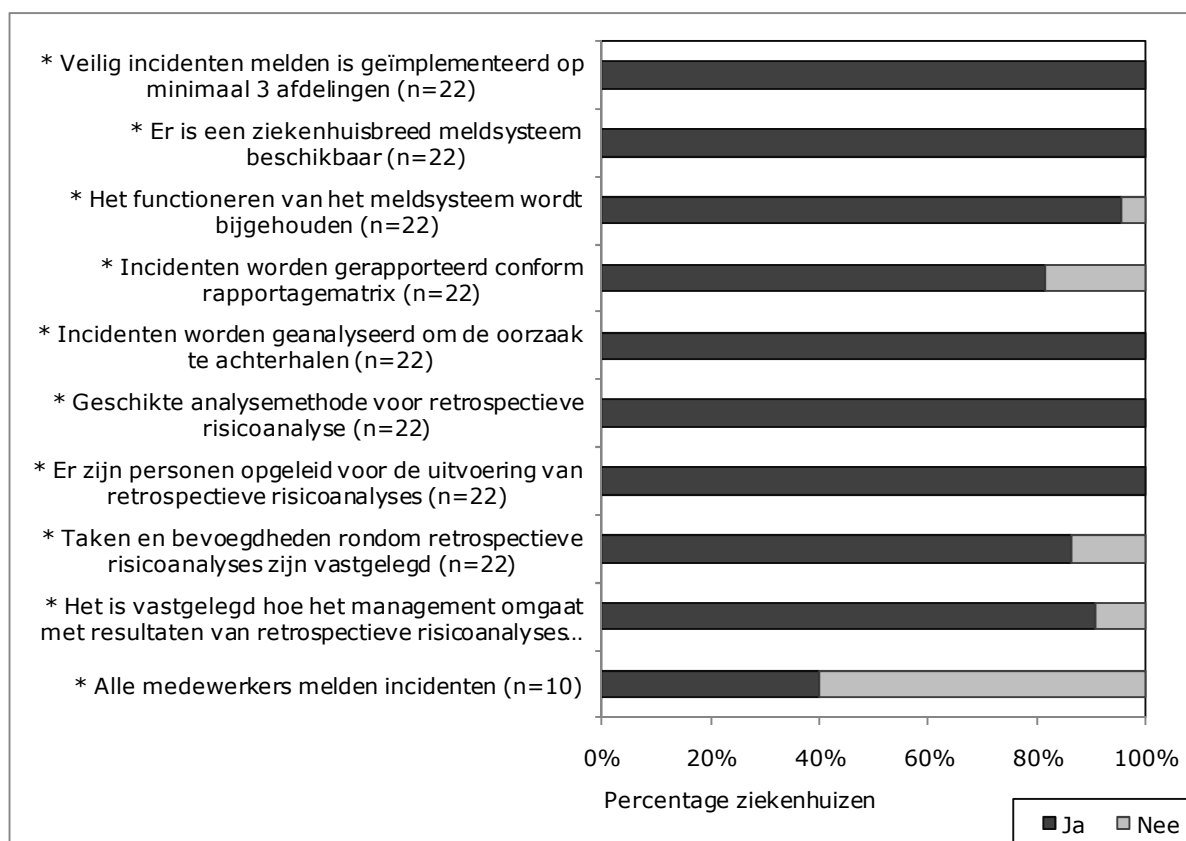
In zestien ziekenhuizen had de cliëntenraad een visie op patiëntveiligheid op schrift gesteld. In de andere zes ziekenhuizen was hier geen sprake van.

Vergelijking resultaten onderzoek 2010 en 2011



4.3 Retrospectieve risicoanalyses: 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 3: Score (aan-/afwezigheid) van ziekenhuizen op de tien speerpunten behorende bij het thema retrospectieve risicoanalyse

Alle ziekenhuizen hadden op ten minste 3 afdelingen het veilig incident melden (VIM) geïmplementeerd.⁹ Negentien ziekenhuizen hadden het veilig incident melden op alle patiëntgebonden afdelingen geïmplementeerd. Bij de andere drie ziekenhuizen was het VIM-men op meer dan 75 procent van de patiëntgebonden afdelingen geïmplementeerd. Voor de niet-patiëntgebonden afdelingen geldt dat elf ziekenhuizen het veilig incident melden op alle niet-patiëntgebonden afdelingen hadden geïmplementeerd. Bij de overige elf ziekenhuizen varieert het percentage niet-patiëntgebonden afdelingen waar VIM is geïmplementeerd tussen de 16 en 90 procent.

⁹ De inspectie heeft niet beoordeeld of het veilig incident melden op meer afdelingen dan in 2008 is geïmplementeerd.

Bij alle ziekenhuizen was een ziekenhuisbreed meldsysteem beschikbaar. Vijf ziekenhuizen gebruikten hiervoor een eigen systeem, de andere ziekenhuizen maakten gebruik van commercieel ontwikkelde systemen. Met uitzondering van één ziekenhuis werd het functioneren van het meldsysteem door alle ziekenhuizen systematisch bijgehouden.

Het merendeel (n=18) van de ziekenhuizen bleek incidenten conform de rapportagematrix zoals opgenomen in bijlage A van de NTA te rapporteren. Alle ziekenhuizen gaven aan incidenten te analyseren om de basisoorzaken te achterhalen en een geschikte analysemethode te hebben geselecteerd. Bij de analysemethode werd gevraagd welke methode het ziekenhuis hanteerde bij incidentmeldingen. Bij deze vraag waren meerdere antwoorden mogelijk. De meeste ziekenhuizen (n=19) gaven aan de SIRE-methode en/of PRISMA (n=16) te gebruiken. Twee ziekenhuizen gaven aan de DAM-methode te gebruiken en één ziekenhuis TRIPOD.

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 4 en 360 personen (gemiddeld 103 medewerkers).

Negentien ziekenhuizen hadden de taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden rondom retrospectieve risico-inventarisatie en het nemen van benodigde vervolgmaatregelen vastgelegd. Bij drie ziekenhuizen was dit niet het geval. Het merendeel (n=20) van de ziekenhuizen had vastgelegd hoe het management omgaat met de resultaten en hoe naleving wordt gevolgd.

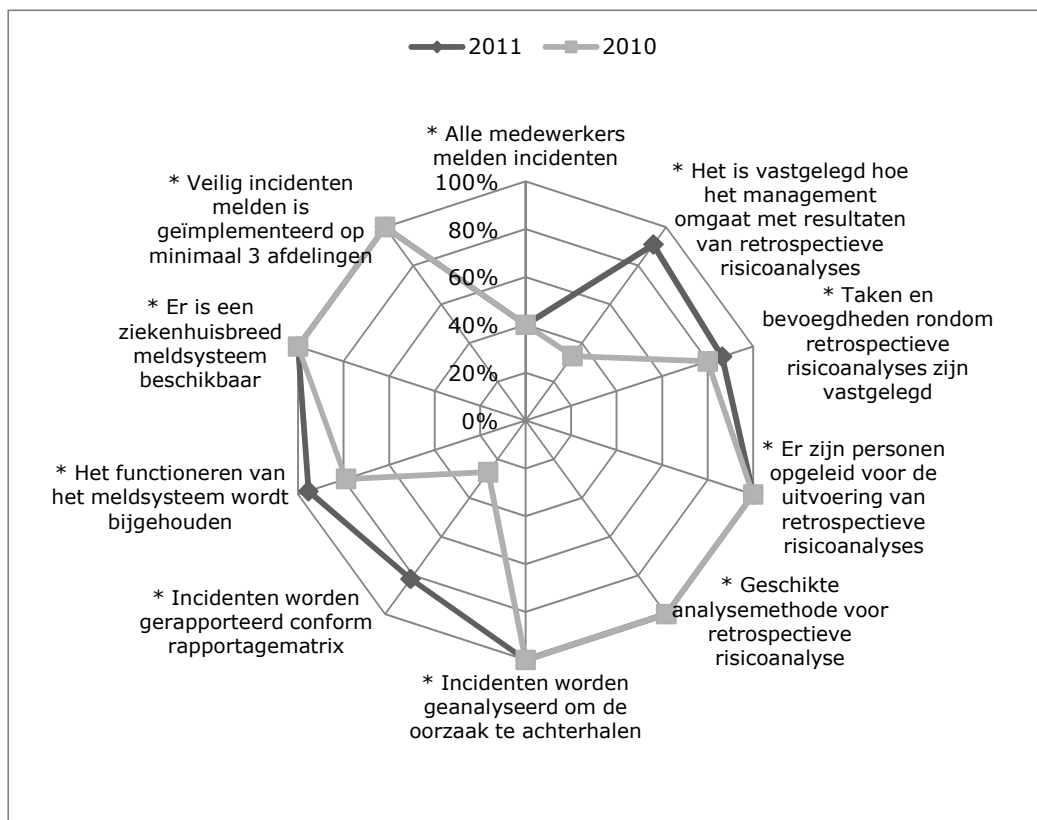
Alleen in de tien bezochte ziekenhuizen is getoetst of alle medewerkers incidenten melden. In vier ziekenhuizen gaven alle medewerkers aan zelf of via een collega incidenten te melden. In de andere zes ziekenhuizen meldden niet alle medewerkers, ook niet via een collega.

Uit de gesprekken met de medewerkers bleek dat bijna alle verpleegkundigen zelf incidenten melden. Eén verpleegkundige gaf aan geen incidenten te melden. De frequentie varieerde per verpleegkundige. Ongeveer de helft van de verpleegkundigen gaf aan in de voorgaande drie maanden één melding te hebben gedaan.

Bijna tweederde 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. De frequentie van melden varieerde van één per drie maanden tot vijf meldingen per half jaar. Een kwart van de 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.

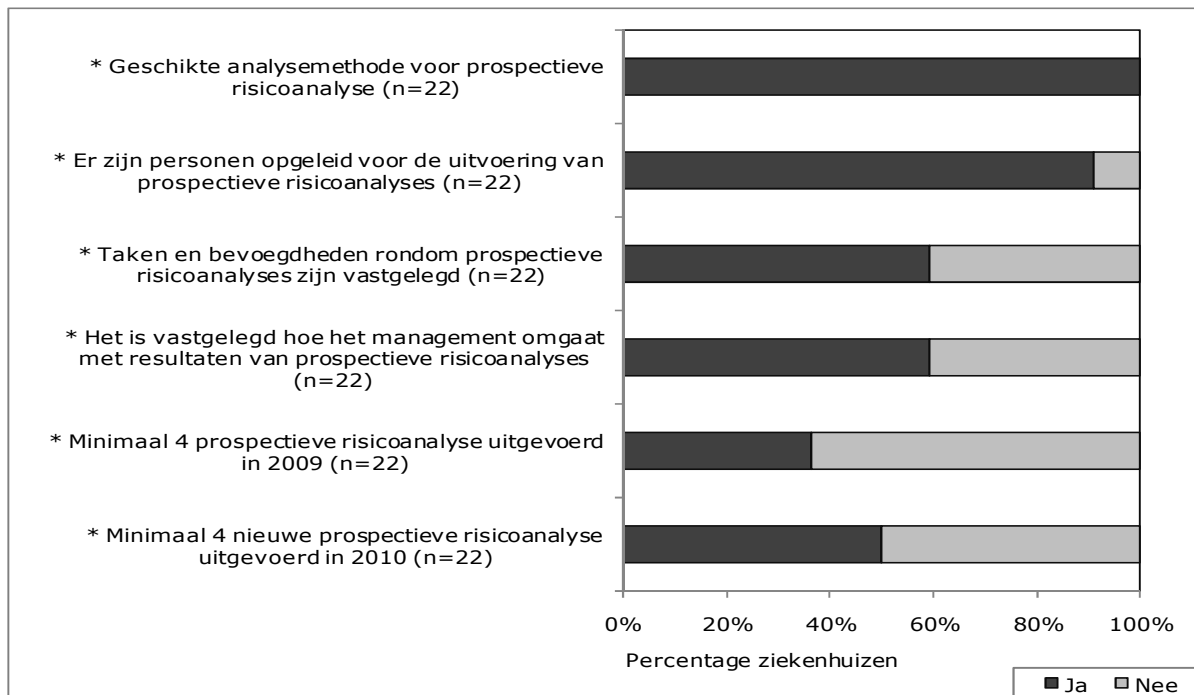
Ook bij de laboranten meldde bijna tweederde van de geïnterviewde laboranten zelf incidenten. Een kwart van de laboranten gaf aan geen incidenten te melden, de overige laboranten gaven aan dat zij een collega vragen om een incident te melden.

Vergelijking van de resultaten onderzoek 2010 en 2011 op het thema retrospectieve risicoanalyses



4.4 Prospectieve risicoanalyses: nog achter bij de verwachtingen

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



Figuur 4: Score (aan-/afwezigheid) van de ziekenhuizen op 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 heeft geselecteerd werd de HFMEA methode door bijna alle (n=20) ziekenhuizen genoemd. Daarnaast werd SAFER (n=7), en BowTie (n=2) genoemd. Bij het beantwoorden van deze vraag waren meerdere antwoorden mogelijk.

De meerderheid (n=20) van de ziekenhuizen had medewerkers geschoold in de uitvoer van prospectieve risicoanalyses. Gemiddeld ging het om 25 geschoolde medewerkers met een range van 1 tot 160.

In dertien ziekenhuizen was vastgelegd wat de taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden op het gebied van de prospectieve risico-inventarisatie en het nemen van vervolgmaatregelen is. In negen ziekenhuizen was dit niet vastgelegd. Dertien ziekenhuizen hadden vastgelegd hoe het management omgaat met de resultaten van de prospectieve risicoanalyse en hoe naleving ervan wordt gevolgd. In de overige negen ziekenhuizen was dit niet schriftelijk vastgelegd.

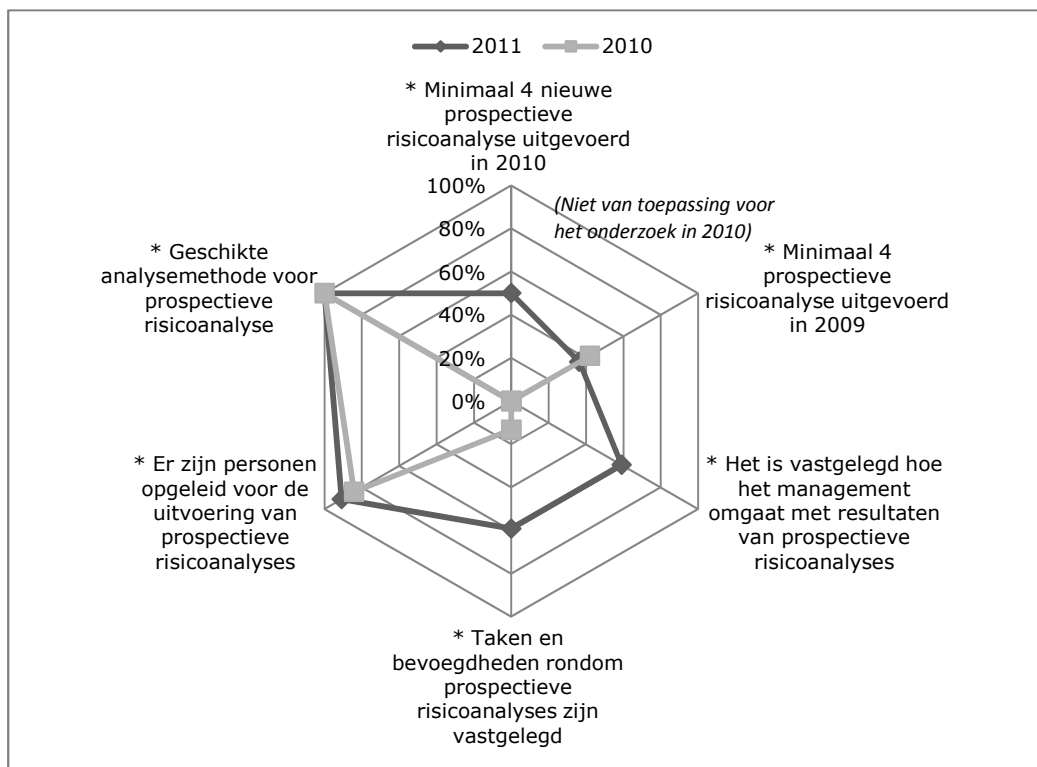
Een van de speerpunten is dat de ziekenhuizen in 2009 minimaal vier prospectieve risicoanalyses en in 2010 minimaal vier nieuwe analyses uitvoeren.

Acht ziekenhuizen hebben in 2009 minimaal vier prospectieve risicoanalyses uitgevoerd. Veertien ziekenhuizen hadden in 2009 minder dan vier prospectieve risicoanalyses uitgevoerd.

In 2010 hadden elf ziekenhuizen minimaal vier analyses uitgevoerd. De andere elf ziekenhuizen hadden minder dan vier prospectieve risicoanalyses uitgevoerd.

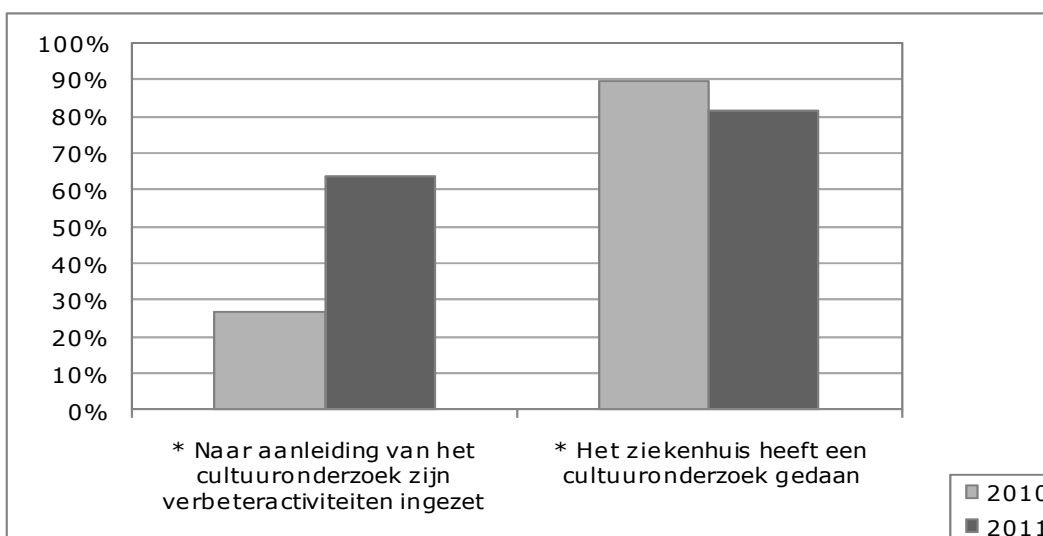
Twee ziekenhuizen hadden zowel in 2009 als in 2010 geen prospectieve risicoanalyses uitgevoerd.

Vergelijking van de resultaten onderzoek 2010 en 2011 op 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 (8).

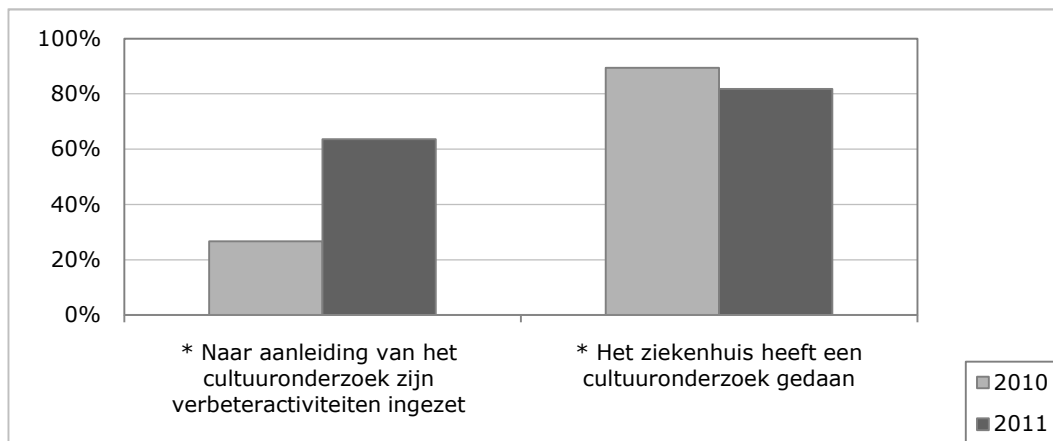


Figuur 5: Score (aan-/afwezigheid) van de ziekenhuizen op de twee speerpunten behorende bij het thema cultuur

De meerderheid (n=18) van de ziekenhuizen had een cultuuronderzoek gedaan. Hierbij hadden ziekenhuizen het COMPaZ-instrument (n=16), het IZEP (n=3) of een eigen dan wel ander instrument (n=6) gebruikt. Enkele ziekenhuizen gaven aan reeds meerdere cultuurmetingen (met verschillende instrumenten) te hebben uitgevoerd. Elf ziekenhuizen hadden het cultuuronderzoek ziekenhuisbreed uitgezet, negen ziekenhuizen hadden (daarnaast) op één of meerdere afdelingen een cultuuronderzoek gedaan. Vier ziekenhuizen hadden geen cultuuronderzoek uitgevoerd.

Bij veertien ziekenhuizen bleek dat er verbeteracties zijn ingezet naar aanleiding van het cultuuronderzoek. Bij acht ziekenhuizen zijn nog geen verbeteracties ingezet, in de meeste gevallen omdat er nog geen cultuuronderzoek was gedaan of omdat de resultaten van het cultuuronderzoek nog niet beschikbaar waren.

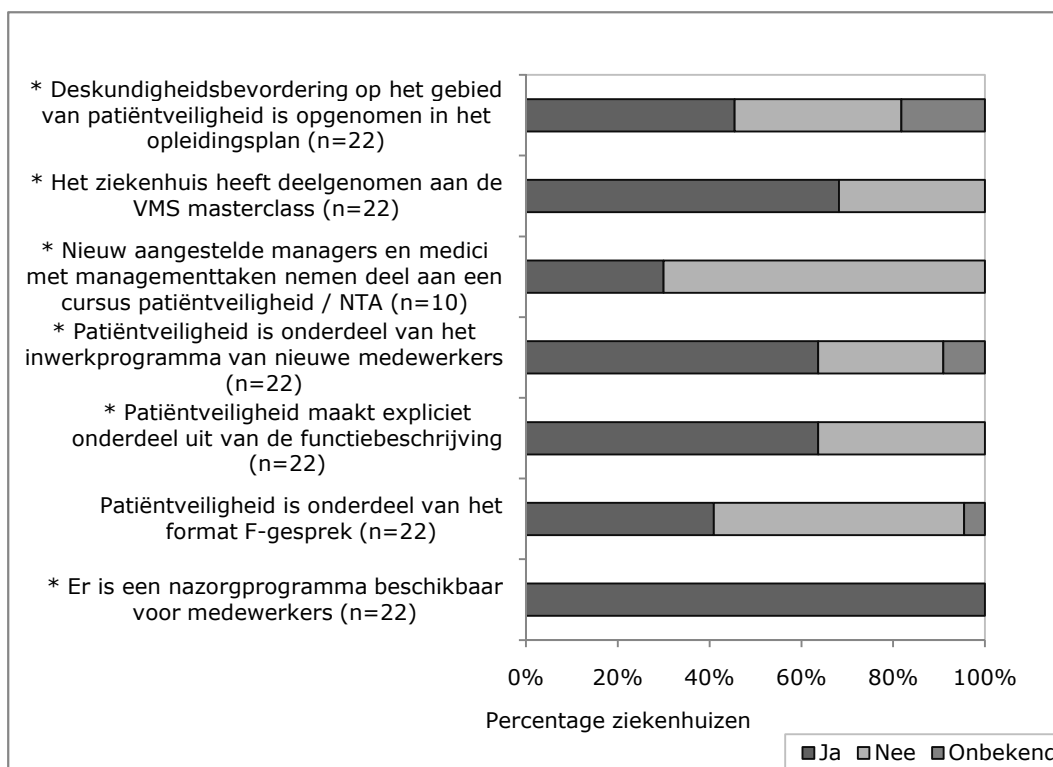
Vergelijking resultaten onderzoek 2010 en 2011 op het thema cultuur



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

Deskundigheidsbevordering op het gebied van patiëntveiligheid was bij tien ziekenhuizen opgenomen in het opleidingsplan. Bij acht ziekenhuizen was dit niet opgenomen en bij vier ziekenhuizen was het onbekend of deskundigheids-bevordering op het gebied van patiëntveiligheid is opgenomen in het opleidingsplan.

Door naar de deelname van het ziekenhuis aan de VMS-masterclass te vragen, beoordeelde de inspectie of management en medici deel hadden genomen aan een cursus gericht op patiëntveiligheid en de toepassing van de NTA. Een merendeel (n=15) van de ziekenhuizen had deelgenomen aan een dergelijke cursus.

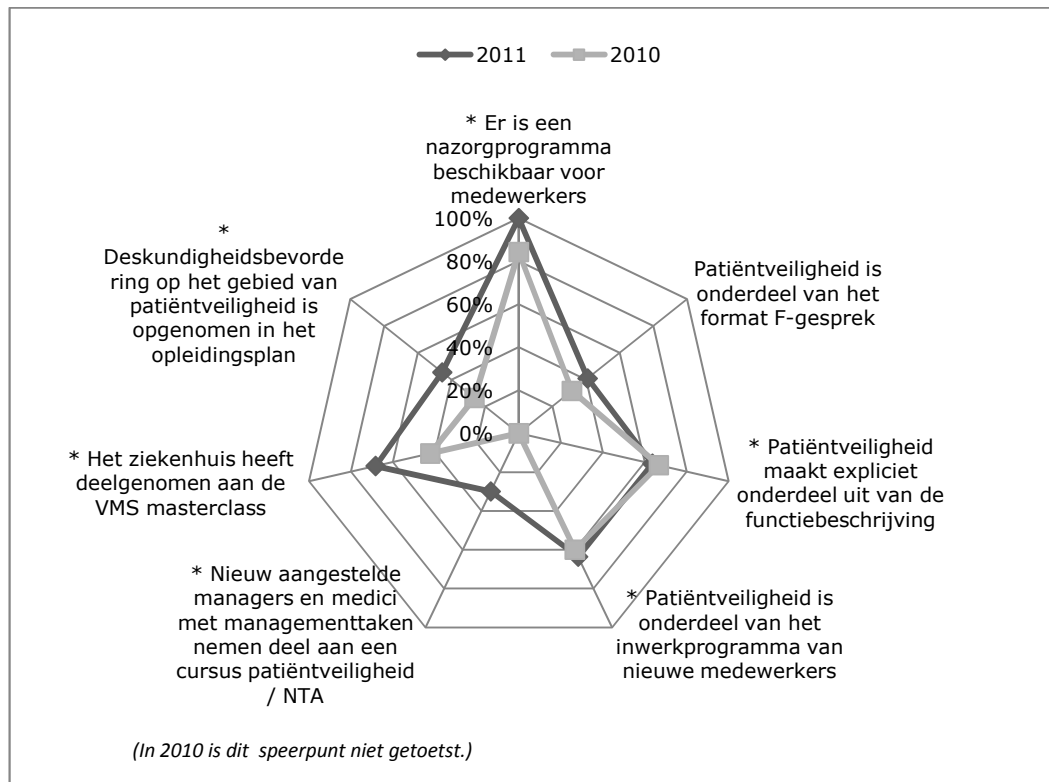
In de tien bezochte ziekenhuizen heeft de inspectie getoetst of nieuw aangestelde managers en medici met managementtaken hadden deelgenomen aan een cursus patiëntveiligheid. Bij zeven ziekenhuizen was dit niet het geval. In twee ziekenhuizen was deelname aan een cursus verplicht maar was dit nog niet vastgelegd. In één ziekenhuis was deelname aan een cursus patiëntveiligheid verplicht voor alle nieuwe aanstellingen en was dit vastgelegd en geïmplementeerd in de organisatie.

Patiëntveiligheid maakte in veertien ziekenhuizen onderdeel uit van het inwerkprogramma van nieuwe medewerkers. Van twee ziekenhuizen was het niet bekend of patiëntveiligheid deel uitmaakt van het inwerkprogramma.

Bij veertien ziekenhuizen was patiëntveiligheid opgenomen in de functiebeschrijving. Iets meer dan de helft (n=12) van de ziekenhuizen had patiëntveiligheid niet opgenomen in het format functioneringsgesprekken. Negen ziekenhuizen hadden dit wel opgenomen en van één ziekenhuis is het niet bekend of patiëntveiligheid is opgenomen in het format functioneringsgesprekken.

Alle ziekenhuizen beschikten over een nazorgprogramma bij calamiteiten voor medewerkers.

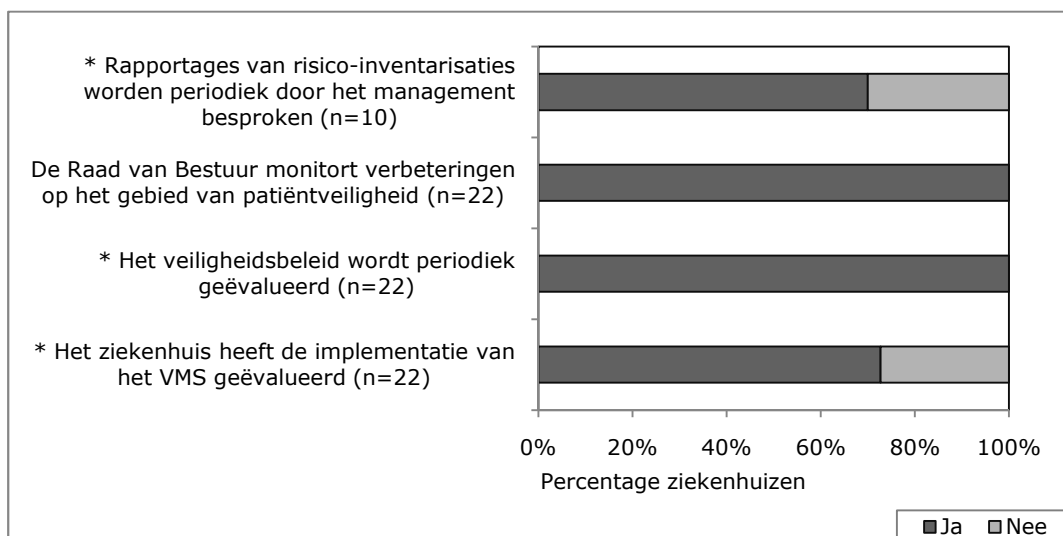
Vergelijking van de resultaten onderzoek 2010 en 2011 op het thema medewerkers



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.



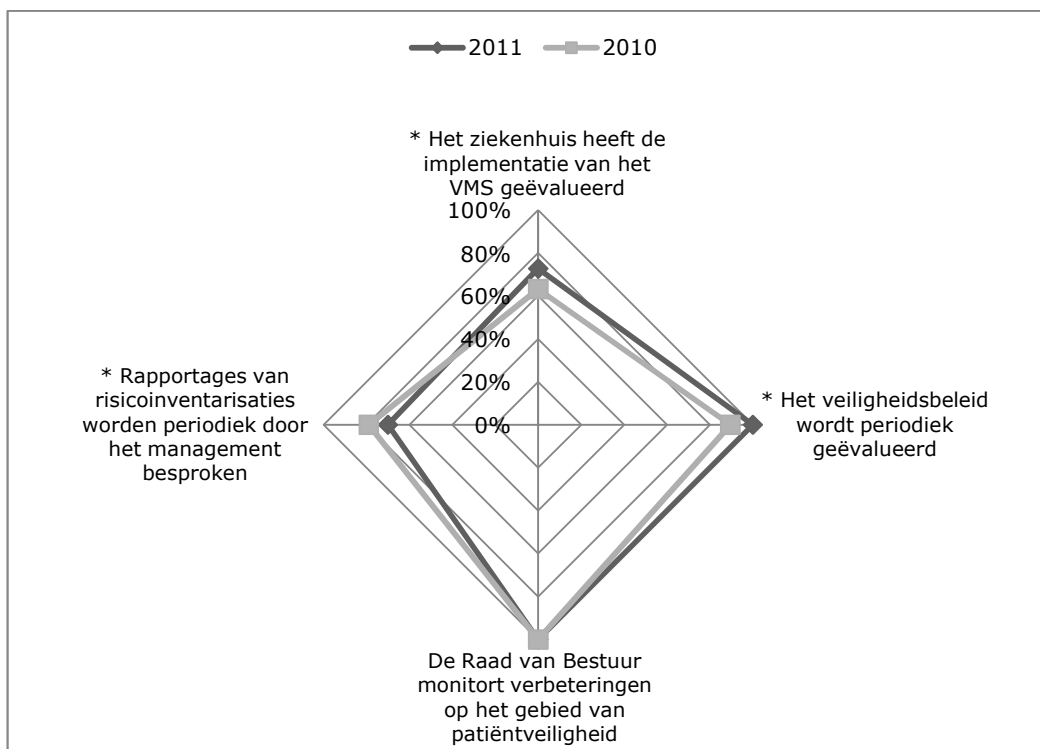
Figuur 7: Score (aan-/afwezigheid) van de ziekenhuizen op de vier speerpunten behorende bij het thema monitoren

Tijdens de bezoeken bleek dat zeven ziekenhuizen rapportages van risico-inventarisaties en meer algemeen het veiligheidsbeleid periodiek bespreken. Vijf van deze ziekenhuizen gaven aan deze evaluaties te verwerken in managementrapportages. In drie ziekenhuizen werden de rapportages van risico-inventarisaties niet periodiek besproken.

Alle ziekenhuizen gaven aan dat de Raad van Bestuur verbeteringen op het gebied van patiëntveiligheid monitort, onder andere door audits (n=22), dossieronderzoek (n=20), walking around (n=18) of op andere manieren (n=10) waaronder het lopen van veiligheidsrondes.

Het veiligheidsbeleid bleek door alle ziekenhuizen periodiek (minimaal eens per half jaar) te worden geëvalueerd. Zestien ziekenhuizen hadden de implementatie van het VMS geëvalueerd. Zes ziekenhuizen hebben de implementatie niet geëvalueerd.

Vergelijking van de resultaten onderzoek 2010 en 2011 op 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 en de NIAZ-geaccrediteerde ziekenhuizen zijn bij de beoordeling zodoende buiten beschouwing gelaten.

Het aantal gesproken medewerkers varieert per vraag. Dit was een gevolg van tijdgebrek of het niet beschikbaar kunnen stellen van de juiste personen.

Het speerpunt met betrekking tot de implementatie van het VMS kon niet grafisch worden weergegeven aangezien het antwoord varieert per medewerker (dan wel functiegroep).

Op basis van de scores zoals eerder benoemd bij de thema's retro- en prospectieve risicoanalyses bleken twintig ziekenhuizen voldoende gekwalificeerd personeel te hebben voor de uitvoering van zowel de retrospectieve als de prospectieve risicoanalyse. Twee ziekenhuizen hadden nog geen medewerkers geschoold voor de uitvoering van prospectieve risicoanalyses.

De implementatie van de acht thema's is gestart zoals bleek uit de verschillende documenten en de verantwoordelijken die in alle ziekenhuizen benoemd waren voor de eerste acht thema's. Echter, medewerkers waren nog niet volledig geïnformeerd over de veiligheidsthema's. Slechts 11 van de 67 geïnterviewde medewerkers (her)kenden meer dan de helft van de thema's als onderdeel van het veiligheidsprogramma. Bij de overige medewerkers was dit 50% of minder.

Uit de interviews met de medewerkers bleek ten slotte dat meer dan de helft van de medewerkers niet van retro- dan wel prospectieve risicoanalyses had gehoord en dat men nauwelijks bekend was met de verschillende methodieken. Specialisten waren hier wat beter van op de hoogte vergeleken met de verpleegkundigen en arts-assistenten.

Een derde van de geïnterviewde medewerkers (22 van de 67) was bekend met verbetermaatregelen die voortkomen uit risico-inventarisaties. Verpleegkundigen leken hier beter in staat om verbeteringen te noemen die voortkomen uit risico-inventarisaties.

5 Beschouwing

Deze rapportage geeft het beeld van de implementatie van het VMS zoals dat in het voorjaar van 2011 het geval was aan de hand van de speerpunten die ziekenhuizen in 2010 hadden moeten realiseren. Er is dus nog ruim een jaar voor de ziekenhuizen om hun VMS te vervolmaken zodat zij eind 2012 hun VMS op accrediteerbaar/certificeerbaar niveau hebben. Er is dan ook vooral gekeken of ziekenhuizen in staat zijn om dat wat er nog niet goed functioneert of nog niet goed is ingevuld in het komend jaar wel gerealiseerd kan worden.

Omdat het in de kern van veiligheidsmanagement gaat om risicomanagement, kent men veel waarde toe aan de mate waarop ziekenhuizen zicht hebben op de risico's voor de patiënt. De inspectie stelt vast dat er in 2011 slechts een beperkte vooruitgang op dit punt is te meten. Als er geen zicht is op de risico's is ook onbekend wat er moet worden gedaan om de risico's te verminderen. Ziekenhuizen zullen daar nog veel extra aandacht aan moeten schenken.

Een belangrijk onderdeel van veilig werken is een cultuur waarbij veiligheid bovenaan staat. Bij alles wat er gebeurt en bij alles wat iedereen doet, hoort veiligheid aan de orde te zijn. De leiding van ziekenhuizen laat in het merendeel van de gevallen wel zien dat het daar oog voor heeft, zij lopen veel veiligheidsrondes op afdelingen. Dat is goed. Toch laten artsen zien dat dingen die mis gaan nog onvoldoende aangrijpingspunt zijn voor verdere verbetering. Zij melden aanzienlijk minder incidenten dan verpleegkundigen. Het trainen van medewerkers in teamverband in situaties waar er in teams wordt gewerkt is niet vanzelfsprekend. Een cultuur waarbij medewerkers elkaar als vanzelfsprekend aanspreken wanneer er iets misgaat, is er nog lang niet overal. Goede voorbeelden uit andere ziekenhuizen - waarbij duidelijk is aangetoond dat bij implementatie van het voorbeeld er duidelijk minder kans op schade aan de patiënt is - worden maar moeizaam overgenomen. Deze '*good practices*' laten echter wel zien dat het implementeren van de verschillende aspecten van een VMS mogelijk is.

Veiligheid staat op de agenda, maar wordt onvoldoende omgezet in actie. Ziekenhuizen zullen dus nog meer inzet moeten plegen om de kans op schade voor hun patiënten te beperken en hun VMS in 2012 volledig op accrediteerbaar/certificeerbaar niveau te hebben.

6 Summary

In this report, the Health Care Inspectorate presents the findings of its third assessment of the progress made by Dutch hospitals in implementing a Safety Management System (SMS). The Inspectorate is responsible for overseeing compliance with the agreements made with the sector organizations in June 2007, on the occasion of the launch of the 'Work safely, do no harm' programme. The most important of these agreements is that hospitals should reduce both avoidable adverse patient events and avoidable mortality by 50%, doing so through the introduction of a Safety Management System and measures which address ten specific high-risk areas.

As in 2009 and 2010, the Inspectorate conducted the 2011 assessment among a representative sample of Dutch hospitals. On this occasion, the study involved 22 hospitals. It relied on the assessment framework applied in 2010, which is based on the priorities established by the SMS programme partners. These priorities, or 'spearheads', are intended to assist hospitals in the implementation of a Safety Management System which is able to meet all certification or accreditation requirements by the end of 2012.

The Inspectorate noted that the 22 hospitals visited appear to have devoted even greater attention to patient safety than in previous years. They have adopted a more systematic approach and are therefore one step closer to achieving the aim of bringing the SMS to a certifiable level by 2012. Nevertheless, there is still much to be done. Certain aspects of safety management, such as clearly identifying all potential risks, have yet to become standard practice in some hospitals. There are indeed some hospitals which have carefully scrutinized dozens of processes to assess where the potential risks to patient safety lie. They have then introduced appropriate measures to manage those risks. However, the majority of hospitals have limited this undertaking to only a few processes of obvious high risk.

As in 2010, the Inspectorate noted that the improvements achieved further to prior risk assessments are not fully visible. Staff were unable to cite any such improvements. In a culture in which safety is high on the agenda, this is unacceptable. Now that reporting systems are in place in all hospitals, staff must be fully aware of the outcome of making a report and of the improvements which have been made further to the analysis of their reports.

Overall, the Inspectorate concludes that the successful implementation of a Safety Management System in hospitals has come a step closer, although it is not yet appropriate to speak of a 'mature' system. Hospitals must prioritize risk management and the associated improvement processes. Given the current situation, the Inspectorate considers it unlikely that all hospitals will have a fully functional and mature Safety Management System by 2012. There are many which must now make a significant extra effort if they are to achieve this aim. The Inspectorate intends to devote express attention to the implementation of the SMS in its annual interviews with hospital Boards of Management and other key personnel.

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). *Veiligheidsmanagement-systeem voor ziekenhuizen en instellingen die ziekenhuiszorg verlenen. Beleids-commissie 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 www.vmszorg.nl.
- 8 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:
Ziekenhuis Bernhoven Oss	digitale vragenlijst, documenten en bezoek
Gelre Ziekenhuizen loc. Zutphen	digitale vragen, documenten en NIAZ accreditatiegegevens
TweeSteden ziekenhuis Tilburg	digitale vragenlijst en documenten. NIAZ accreditatiegegevens volgen.
Ziekenhuis Gelderse Vallei Ede	digitale vragenlijst, documenten en NIAZ accreditatiegegevens
Ziekenhuisgroep Twente, Twenteborg ziekenhuis Almelo	digitale vragenlijst, documenten en NIAZ accreditatiegegevens
Zaans Medisch Centrum Zaandam	digitale vragenlijst, documenten en NIAZ accreditatiegegevens
Orbis medisch en zorgconcern Sittard	digitale vragenlijst en documenten. NIAZ accreditatiegegevens volgen.
Gemini Ziekenhuis Den Helder	digitale vragenlijst en documenten. NIAZ accreditatiegegevens volgen.
Ziekenhuis Nij Smellinghe Drachten	digitale vragenlijst, documenten en NIAZ accreditatiegegevens
Ziekenhuis Rivierenland Tiel	digitale vragenlijst, documenten en bezoek
Röpkke-Zweers Ziekenhuis Saxenburgh Groep Hardenberg	digitale vragenlijst, documenten en bezoek
Van Weel-Bethesda Ziekenhuis Dirksland	digitale vragenlijst, documenten en bezoek
Ruwaard van Putten Ziekenhuis Spijkenisse	digitale vragenlijst, documenten en bezoek
St. Franciscus Gasthuis Rotterdam	digitale vragenlijst, documenten en bezoek
VieCuri Medisch Centrum Nrd-Limburg loc. Venlo en Venray	digitale vragenlijst, documenten en bezoek
Deventer Ziekenhuizen Deventer	digitale vragenlijst en documenten. NIAZ accreditatiegegevens volgen.
Isala klinieken, locaties Weezenlanden en Sophia	digitale vragenlijst, documenten en bezoek
Atrium Medisch Centrum Parkstad, locaties Heerlen, Brunssum en Kerkrade	digitale vragenlijst en documenten. NIAZ accreditatiegegevens volgen.
Alysis Zorggroep loc. Rijnstate Arnhem en Velp	digitale vragenlijst, documenten en NIAZ accreditatiegegevens
LUMC Leiden	digitale vragenlijst, documenten en NIAZ accreditatiegegevens
Erasmus MC Rotterdam	digitale vragenlijst, documenten en bezoek
St. Maartenskliniek loc. Woerden	digitale vragenlijst, documenten en bezoek

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 zorg-systeem" ^h
--------------------	---

^h Wagner, C. & van der Wal, G. (2005). Patiëntveiligheid in Nederland. Van Gorcum B.V.: Assen.

Bijlage 3 Methodologische verantwoording

Steekproef

Voor dit onderzoek heeft de inspectie een steekproef getrokken van 24 ziekenhuizen die een representatieve afspiegeling zijn van alle Nederlandse ziekenhuizen. Bij het trekken van deze steekproef zijn de ziekenhuizen die in 2009 en 2010 in het kader van het VMS-onderzoek zijn bezocht buiten beschouwing gelaten.

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 bezocht worden, maar dat voor de beoordeling van de voortgang van de implementatie van het VMS gebruikgemaakt zal worden van de gegevens verkregen bij de accreditering. In de door de inspectie getrokken steekproef bleken negen ziekenhuizen de NIAZ-accreditering met beoordeling van het VMS te hebben doorlopen. Vijf van de geselecteerde ziekenhuizen zou in dezelfde periode als de IGZ-bezoeken de NIAZ-accreditatiebezoeken ondergaan. Om pragmatische redenen heeft de inspectie besloten deze ziekenhuizen te beoordelen op grond van documentenonderzoek en de digitale vragenlijst. Zodra de accrediteringsrapportage beschikbaar is ontvangt de inspectie deze ter inzage.

Het onderzoek bij twee ziekenhuizen is nog niet afgerond. Van deze ziekenhuizen was het beschikbare materiaal onvoldoende om mee te nemen in de eindrapportage.

Deze rapportage betreft dus de resultaten van 22 ziekenhuizen, waarvan 10 ziekenhuizen door de inspectie zijn bezocht.

Instrument

Met de speerpuntenⁱ die door het veiligheidsprogramma van de brancheorganisaties zijn opgesteld 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 22 ziekenhuizen ingevuld. Deze vragenlijst bestond uit 21 overwegend dichotome vragen.
- 2 a. Documentenonderzoek: alle ziekenhuizen zijn gevraagd (voorafgaand aan het bezoek) enkele documenten^j 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 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 kwaliteits- en/of veiligheidsfunctionarissen. Naast vragen over de speerpunten werden zowel de gegevens uit de digitale vragenlijst als verkregen uit het documentenonderzoek zonodig nader toegelicht en besproken. De

ⁱ Voor een overzicht van de speerpunten per jaar dan wel onderdeel, zie tevens www.vmszorg.nl

^j 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 functionerings-gesprek / Veiligheidseffectrapportage.

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 gemiddeld zeven 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 waar een specificatie aan de orde was.

Procedure

Tijdens de bezoeken zijn de inspecteur-accounthouders van het ziekenhuis vergezeld van telkens dezelfde programmamedewerker 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.

De ziekenhuizen die tijdens het onderzoek van de inspectie door het NIAZ zijn bezocht, zijn beoordeeld aan de hand van de opgevraagde documenten en de informatie uit de digitale vragenlijst.

Aan de hand van de aan het ziekenhuis voorgelegde en zonodig gecorrigeerde bevindingen zijn door de inspecteur-accounthouder of de projectleider de beschouwing en conclusie opgesteld. Ieder ziekenhuis ontving over de bevindingen, vergezeld van de beschouwing en conclusie, een definitief rapport. De inspectie zal te zijner tijd al deze rapporten via haar internetsite openbaar maken.

Bijlage 4 Speerpunten van het VMS-veiligheidsprogramma

Speerpunten implementatie veiligheidsmanagementsysteem				
	2009	2010	2011	2012
1. Leiderschap	* Het ziekenhuis heeft voor alle hoofditems 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). * Daarnaast heeft het ziekenhuis voor vier van de tien thema's verantwoorde-lijken en betrokkenen benoemd en SMART doelstellingen bepaald, afgestemd op de doelstellingen van het VMS-Veiligheidsprogramma. * Tevens is in het beleidsplan opgenomen wat de verantwoordelijkheid van de Raad van Bestuur en het management op dit gebied is.	* Het ziekenhuis heeft voor alle hoofditems 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). * Daarnaast heeft het ziekenhuis voor acht van de tien thema's verantwoorde-lijken en betrokkenen benoemd en SMART doelstellingen bepaald, afgestemd op de doelstellingen van het VMS-Veiligheidsprogramma. * Tevens is opgenomen wat de verantwoordelijkheid van Raad van Bestuur en management op dit gebied is.	* Het ziekenhuis heeft voor alle hoofditems 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). * Daarnaast heeft het ziekenhuis voor tien thema's verantwoordelijken en betrokkenen benoemd en SMART doelstellingen bepaald, afgestemd op de doelstellingen uit het VMS-Veiligheidsprogramma. * Tevens is opgenomen wat de verantwoordelijkheid van Raad van Bestuur en management op dit gebied is. * De Raad van Bestuur start de voorbereidingen voor het accrediteren/certificeren^k van het VMS conform de NTA.	* Het ziekenhuis heeft voor alle hoofditems 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). * 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. * 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.

^k 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.

Speerpunten implementatie veiligheidsmanagementsysteem				
	2009	2010	2011	2012
2. Patiënten-participatie	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 analyse-methode(n) geselecteerd. * personen opgeleid en deskundigheid beschikbaar om retrospectieve risico-inventarisaties uit te voeren. * een ziekenhuisbreed meldsysteem beschikbaar waarmee incidenten gemeld kunnen worden in de directe werkomgeving 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 (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.
4. Prospectieve risico-inventarisatie	Het ziekenhuis heeft in het kader van de prospectieve risico-inventarisatie: * een geschikte analyse-methode(n) geselecteerd. * personen opgeleid en deskundigheid beschikbaar om prospectieve risico-inventarisaties uit te voeren. * vier prospectieve risico-inventarisaties uitgevoerd	* 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. * De taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden op het gebied van de	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.

Speerpunten implementatie veiligheidsmanagementsysteem				
	2009	2010	2011	2012
	op processen. Deze processen zijn geïdentificeerd op basis van de bevindingen van de retrospectieve risico-inventarisatie of op basis van geïdentificeerde risicovolle processen.	prospectieve risico-inventarisatie en het nemen van benodigde vervolgmataregelen zijn vastgelegd. Tevens is vastgelegd hoe het management om gaat met de resultaten en is bepaald hoe de nalevering wordt geverifieerd.		
5. Cultuur	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.
6. Medewerkers	* Het ziekenhuis heeft in het opleidingsplan deskundigheidsbevordering op het gebied van patiëntveiligheid en de NTA opgenomen. * Management en medici met managementtaken hebben deelgenomen aan een cursus gericht op patiëntveiligheid en de toepassing van de NTA.	* Het ziekenhuis heeft in het opleidingsplan rekening gehouden met deskundigheidsbevordering op het gebied van patiëntveiligheid in het algemeen en de NTA in het bijzonder. * Nieuw aangestelde managers en medici met managementtaken nemen deel aan een cursus gericht op patiëntveiligheid en de toepassing van de NTA. * Patiëntveiligheidsbeleid maakt onderdeel uit van het inwerk-/introductieprogramma van medewerkers. * Het ziekenhuis heeft een procedure beschikbaar voor nazorg voor medewerkers die betrokken zijn geweest bij een calamiteit. * Patiëntveiligheidsbeleid is expliciet benoemd als verantwoordelijkheid van het management in het ziekenhuis en is opgenomen in het functionerings- en beoordelingsstelsel van het management.	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.

Speerpunten implementatie veiligheidsmanagementsysteem				
	2009	2010	2011	2012
7. Monitoren	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.	* Het veiligheidsbeleid wordt periodiek geëvalueerd. * Het ziekenhuis heeft een evaluatie uitgevoerd aangaande implementatie van het VMS en neemt de bevindingen mee in het beleidsplan 2010	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.
8. Verbeteren veiligheid van zorg / 10 thema's	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 www.vmszorg.nl) 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)..	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 www.vmszorg.nl). Het ziekenhuis werkt naast de thema's ook zichtbaar aan de implementatie van verbeteringen die voortkomen uit de risico-inventarisaties.	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 www.vmszorg.nl). Het ziekenhuis werkt naast de thema's ook zichtbaar aan de implementatie van verbeteringen die voortkomen uit de risico-inventarisaties.	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.
9. Operationele beheersmaatregelen	---	---	---	Bij vernieuwingen of organisatorische veranderingen die van invloed zijn op patiëntveiligheid wordt een prospectieve risico-inventarisatie uitgevoerd.