



PLAN VAN AANPAK
Veiligheidsprogramma
Voorkom schade, werk veilig
in de Nederlandse
ziekenhuizen

Januari 2008

INHOUD

Veiligheidsprogramma ‘Voorkom schade, werk veilig’	1
Doelstelling	3
Doelgroep	5
Plan van aanpak: Tien thema’s om de veiligheid te verbeteren	6
Ontwikkeling ‘good practices’ tien thema’s	6
Ondersteuning van zorgprofessionals en ziekenhuizen met tien thema’s	7
Plan van aanpak VMS	9
Ontwikkelen van ‘good practices’ voor implementatie NTA 8009:2007	9
Ondersteunen van de implementatie van de NTA 8009:2007	12
Toezicht	14
Programmastructuur	15
Netwerken van ziekenhuizen	15
Programmaorganisatie	16
Netwerk van inhoudelijke en methodologische deskundigen	17
Communicatie	19
Begroting	20
Fasering en planning uitvoering	21
Literatuur	24
Bijlagen	
Bijlage A Toelichting op de thema’s 1 t/m 4	25
Bijlage B Revisie en ontwikkeling Nederlandse Norm	32
Bijlage C Aanmelden van netwerken en ziekenhuizen	35
Bijlage D Overlegstructuur	36

VEILIGHEIDSPROGRAMMA 'VOORKOM SCHADE, WERK VEILIG'

Op 12 juni 2007 presenteerden de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), de NVZ vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), de Orde van Medisch Specialisten (Orde), het Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVV) en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) gezamenlijk het veiligheidsprogramma 'Voorkom schade, werk veilig'. Hierin kondigen de partijen aan de veiligheid in de Nederlandse ziekenhuizen in vijf jaar tijd met 50% te verbeteren door een ondersteunend veiligheidsprogramma aan te bieden aan de ziekenhuizen.

Voor u ligt het plan van aanpak van de NVZ, Orde, V&VN en LEVV voor de komende vijf jaar. Het is de operationele uitwerking van het Veiligheidsprogramma van 12 juni 2007. De NFU participeert niet als programmapartner. Gedurende het programma wordt afstemming gezocht om eenduidigheid na te streven.

Het programma is een voortzetting van het project VMS Zorg, waarin met pilotziekenhuizen¹ 'good practices'² zijn ontwikkeld en verspreid in Nederland. Met 'good practices' kan de patiëntveiligheid worden verbeterd. Ook het veiligheidsprogramma richt zich op het ontwikkelen van good practices met en voor de ziekenhuizen en zorgprofessionals, waarmee de gestelde doelstelling van 50% wordt gerealiseerd. In het programma wordt een onderscheid gemaakt tussen twee pijlers:

- **Pijler 1:** reduceren van vermijdbare onbedoelde schade op tien inhoudelijke thema's;
- **Pijler 2:** implementeren van het veiligheidsmanagementsysteem (VMS).

Opmerking: Pijler 3 (zie versie 12 juni 2007) is komen te vervallen wegens onvoldoende beschikbare middelen en omdat de NFU zijn veiligheidsactiviteiten separaat vormgeeft.

Het veiligheidsprogramma is gebaseerd op een geïntegreerde aanpak: ziekenhuizen en zorgverleners maken gebruik van het VMS én werken aan inhoudelijke verbeteringen van de zorgverlening of de organisatie daarvan. Doordat deze twee ontwikkelingen elkaar positief beïnvloeden, kan op korte termijn de gestelde doelstelling '50% minder vermijdbare onbedoelde schade in vijf jaar' worden behaald.

Het programma 'Voorkom schade, werk veilig' ondersteunt ziekenhuizen en de daar werkzame professionals door kennis en ervaring beschikbaar te stellen en 'good practices' te ontwikkelen en te verspreiden. De verantwoordelijkheid voor de daadwerkelijk implementatie van de pijlers in het ziekenhuis ligt bij de raad van bestuur en de medische staf van het desbetreffende ziekenhuis. De toetsing of de landelijke doelstelling van 50% reductie van vermijdbare onbedoelde schade wordt behaald, ligt bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Vanuit haar rol als toezichthouder zal de inspectie monitoren of de vermijdbare onbedoelde schade in de Nederlandse ziekenhuizen in vijf jaar reduceert met 50% en of de resultaten op de pijlers worden behaald.

1 Amphia Ziekenhuis, Albert Schweitzer ziekenhuis, IJsselmeerziekenhuizen, Isala klinieken, Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis, Maaslandziekenhuis, Reinier de Graaf Groep, Medisch Centrum Haaglanden en HagaZiekenhuis.

2 Een 'good practice' is een succesvolle werkwijze, methodiek of benadering van een probleem waar organisaties van kunnen leren.

De 50% reductie wordt behaald door op tien thema's de vermijdbare onbedoelde schade terug te brengen. De thema's komen voort uit de praktijk, wetenschappelijke literatuur en uit de resultaten van het EMGO/Nivel-onderzoek (in opdracht van de Orde, april 2007) naar vermijdbare onbedoelde schade en sterfte in Nederlandse ziekenhuizen. De tien thema's zijn de 'hoog vermijdbaar' geclassificeerde schades uit dat patiëntveiligheidsonderzoek. Alle betrokken beroepsorganisaties, de wetenschappelijke verenigingen van de erkende medische specialismen en het netwerk van verpleegkundig hoogleraren/lectoren hebben hun inbreng gehad in het bepalen van de thema's die zijn vastgelegd in het veiligheidsprogramma 'Voorkom schade, werk veilig'. De thema's moeten een plaats krijgen in het VMS. De elementen van het VMS zoals beleid, cultuur, risico-inventarisatie en continu verbeteren, ondersteunen het implementeren van de thema's. Het VMS vormt het systeem waarmee ziekenhuizen continu risico's kunnen signaleren, verbeteringen kunnen doorvoeren en beleid kunnen vastleggen, evalueren en aanpassen. Het VMS zorgt voor de bedrijfskundige verankering van patiëntveiligheid in de organisatie en in de praktijkvoering van professionals.

De sector geeft met het veiligheidsprogramma een antwoord op de uitkomsten van het onderzoek 'Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen' door 'good practices' te ontwikkelen, te verspreiden en de toepasbaarheid en effectiviteit te onderzoeken. Om de toepasbaarheid en de effectiviteit van de 'good practices' te onderzoeken, zal een onderzoeksinstituut worden gevraagd om een effectiviteitonderzoek te starten. Dit onderzoek moet uitsluitsel geven over welke 'good practices' bijdragen aan het reduceren van de vermijdbare onbedoelde schade.

De middelen die nodig zijn om het veiligheidsprogramma te ontwikkelen en aan te bieden aan de ziekenhuizen en zorgprofessionals worden beschikbaar gesteld door VWS, Orde en NVZ. Deze middelen bedragen hoofdzakelijk de kosten die het landelijk programma maakt. De directe en indirecte kosten die ziekenhuizen zullen maken, zijn niet opgenomen in de begroting.

Met onderhavig plan van aanpak, dat een uitwerking is van het op 12 juni gepresenteerde veiligheidsprogramma 'Voorkom schade, werk veilig', kan de gestelde doelstelling worden gerealiseerd. Bij het lezen van dit plan van aanpak worden het veiligheidsprogramma én het onderzoeksrapport 'Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen' als bekend beschouwd.

DOELSTELLING VEILIGHEIDSPROGRAMMA

IN DE PROGRAMMAPERIODE TOT MEDIO 2012 WORDT
DE VERMIJDBARE ONBEDOELDE SCHADE IN DE
NEDERLANDSE ZIEKENHUIZEN TERUGGEBRACHT MET 50%.

De doelstelling 50% reductie onbedoelde schade, wordt behaald door op de tien thema's de vermijdbare onbedoelde schade terug te brengen. Per thema wordt een doelstelling gesteld die wordt aangehouden voor het selecteren en uitwerken van interventies cq. 'good practices' en het meten van resultaten. Het implementeren van het VMS in ziekenhuizen is ondersteunend aan het implementeren van de thema's.

A. Reduceren van vermijdbare onbedoelde schade op de **tien inhoudelijke thema's** door op alle thema's good practices aan te bieden en kennis te verspreiden.

Opmerking: *Ten opzichte van het veiligheidsprogramma dat op 12 juni jl. is gepresenteerd, is het thema 'Voorkomen van schade bij patiënten door sepsis en inbrenschade bij een centraal veneuze lijn' gewijzigd. De inbrenschade is uit het onderwerp verwijderd omdat de grootste winst te behalen is uit het voorkomen van sepsis, inclusief sepsis door een centraal veneuze lijn. Sepsis en inbrenschade door een centraal veneuze lijn komen in Nederland zeer weinig voor.*

De volgende doelstellingen zijn gesteld voor deze pijler:

- Op landelijk niveau vindt vóór juli 2009 afstemming plaats met zorgprofessionals, waaronder de (medische en verpleegkundige) wetenschappelijke verenigingen, over de doelstelling per thema, de interventies/maatregelen die landelijk worden ondersteund en de uitkomstmaat* hiervan;
- Per juli 2009 zijn op alle thema's 'good practices' beschikbaar die ziekenhuizen kunnen gebruiken om de gestelde doelstelling per thema te behalen;
- Tot juli 2012 worden per thema drie bijeenkomsten georganiseerd ter ondersteuning van ziekenhuizen;
- Het realiseren van landelijke registratie voor de participerende ziekenhuizen om de effecten van de interventies vast te stellen en desgewenst de good practices en de daarbij behorende afstemmingsafspraken over de interventies bij te stellen;
- Het beschikbaar stellen van informatie en kennis aan de IGZ, zodat zij een model kan ontwikkelen voor het monitoren van de thema's.

* *Voor de eerste vier thema's zijn doelstellingen benoemd en is een eerste aanzet gedaan voor interventies (zie bijlage A).*

De tien thema's in het veiligheidsprogramma zijn:

1. Voorkomen van ziekenhuisinfecties na een operatie. **Doelstelling:** 50% reductie van het aantal post operatieve wondinfecties (POWI).
2. Voorkomen van schade bij patiënten door sepsis (= bloedvergiftiging). **Doelstelling:** reductie sterfte van ernstige sepsis met 25%.
3. Vroegtijdige herkenning van patiënten met bedreigde vitale functies. **Doelstelling:** reductie sterfte met 25%.
4. Voorkomen van medicatiegerelateerde fouten, met gerichte aandacht voor overdrachtmomenten. Doelstelling wordt nog vastgesteld.
5. Voorkomen van onbedoelde vermijdbare schade bij de oudere patiënt met specifieke aandacht voor: herkennen en voorkomen van delier (verwardheid), valpreventie, voorkomen van mobiliteitsverlies en voorkomen en verhelpen van ondervoeding.
6. Voorkomen van sterfte ten gevolge van een acuut myocard infarct (plotselinge, onverwachte hartaanval).
7. Voorkomen van onnodig lijden van patiënten door pijn.
8. Voorkomen van incidenten bij het bereiden en toedienen van high risk medicatie.
9. Voorkomen van verwisseling van patiënten en bij patiënten.
10. Voorkomen van nierinsufficiëntie bij gebruik van contrastmiddelen en medicatie.

- B. Bijdragen dat alle ziekenhuizen in Nederland een **veiligheidsmanagementsysteem** kunnen implementeren conform de NTA 8009:2007³.

Het Nivel/EMGO (VU) heeft in het rapport 'Onbedoelde schade' de volgende aanbevelingen gedaan:

- Het implementeren van het melden en analyseren van incidenten;
- Op ziekenhuisniveau vaststellen op welke afdelingen een verhoogd risico is voor vermijdbare onbedoelde schade op basis waarvan prioriteiten worden gesteld voor het veiligheidsbeleid;
- Het systematisch en multidisciplinair houden van complicatiebesprekingen en het doen van dossieronderzoek van overleden patiënten.

Deze aanbeveling leidt tot de volgende doelstellingen:

- Eisen in de NTA die nog niet worden ondersteund door 'good practices' en die noodzakelijk zijn voor implementatie van de NTA, zullen alsnog vóór juli 2012 zijn ontwikkeld en verspreid. Hierbij kan gedacht worden aan leiderschap en training;
- Ziekenhuizen zijn in 2012 bekend met de eisen uit de NTA 8009:2007 en de 'good practices' die gehanteerd kunnen worden om de NTA te implementeren;
- Het beschikbaar stellen van kennis en informatie aan de IGZ zodat zij een model kunnen vaststellen om de implementatie van de NTA 8009 te monitoren.

³ Nederlands Technische Afspraak (NTA) 8009. Veiligheidssysteem voor ziekenhuizen en instellingen die ziekenhuiszorg verlenen, mei 2007.

DOELGROEP

Het veiligheidsprogramma dient alle ziekenhuizen in Nederland te bereiken. Er zijn 105 ziekenhuizen in Nederland, waarvan acht academische ziekenhuizen. De UMC's werken in onderlinge samenwerking op NFU-niveau een eigen veiligheidsprogramma uit.

Het programma richt zich niet op instellingen voor medisch specialistische zorg, revalidatiecentra, radiotherapeutische centra en zorginstellingen binnen de care sector. Deze instellingen kunnen wel gebruik maken van de 'good practices' en informatie die beschikbaar wordt gesteld op de website www.vmszorg.nl. 'Good practices' zijn immers universeel toepasbaar in de gezondheidszorg.

Om alle ziekenhuizen te kunnen ondersteunen, wordt ziekenhuizen gevraagd zich tot netwerk van ziekenhuizen te formeren en aan te melden bij het veiligheidsprogramma. Een netwerk bestaat uit acht tot tien ziekenhuizen. Het is ook mogelijk om als individuele deelnemer aan te melden. De programmaorganisatie zal dan zorg dragen voor het formeren van een netwerk. Nadere toelichting is opgenomen in het hoofdstuk 'Programmastructuur' en bijlage C.

PLAN VAN AANPAK: TIEN THEMA'S OM DE VEILIGHEID TE VERBETEREN

De implementatie van de tien inhoudelijke thema's worden in periodes van anderhalf jaar ondersteund met landelijke bijeenkomsten, het beschikbaar stellen van ervaringsdeskundigen en good practices via www.vmszorg.nl. De betrokkenheid van wetenschappelijke verenigingen, verpleegkundige beroepsverenigingen en het netwerk van verpleegkundig hoogleraren/lectoren is essentieel om tot goede resultaten te komen. Daarom worden vanuit het landelijk programma deze geledingen gevraagd per thema een expertteam samen te stellen. In een expertteam kunnen meerdere wetenschappelijke verenigingen of verpleegkundigen met verschillende specialistische opleidingen vertegenwoordigd zijn. Een expertteam bestaat uit personen die inhoudelijk deskundig zijn. Zij kunnen input leveren aan ziekenhuisteam op basis van eigen ervaring of wetenschappelijk onderzoek op het betreffende thema. Naast medisch specialisten en verpleegkundigen kunnen ook andere professionals deelnemen aan expertgroepen, zoals ziekenhuisapothekers, diëtisten of ziekenhygiënist.

Een expertteam heeft de verantwoordelijkheid voor de inhoudelijke aanpak van een thema. Hierbij kan worden gedacht aan het voordragen van interventies en uitkomst- en procesindicatoren die worden gekozen om tot aantoonbare verbetering te komen of het uitdragen van het thema op de landelijke bijeenkomsten. Deze voorzitter is eindverantwoordelijk voor het expertteam en wordt aangedragen vanuit een wetenschappelijke vereniging of vanuit het netwerk verpleegkundig hoogleraren/lectoren, afhankelijk van de aard van het thema.

De leden uit het landelijk programmateam ondersteunen de voorzitter en het expertteam bij de organisatie van landelijke bijeenkomsten, adviseren

het expertteam methodologisch en fungeren als aanspreekpunt.

Ontwikkeling 'good practices' tien thema's

Per thema worden met wetenschappelijke verenigingen, verpleegkundige beroepsverenigingen en het netwerk hoogleraren/lectoren afspraken gemaakt over welke interventies en/of maatregelen landelijk kunnen worden geïmplementeerd om tot een reductie van vermijdbare onbedoelde schade te komen van 50%. Per thema wordt daarom vastgesteld:

- welke interventies bekend en bewezen 'good practices' zijn;
- hoe interventies worden geselecteerd;
- hoe interventies effectief kunnen worden geïmplementeerd;
- welke verbetering haalbaar is;
- hoe dit resultaat kan worden gemeten.

In het project VMS Zorg is net als in Sneller Beter en in de doorbraakmethode gewerkt met de Nolan⁴ verbetermethodiek. In VMS Zorg is deze ondergebracht in een e-learning module 'Continu verbeteren'.

In deze module wordt de methode toegelicht aan de hand van een aantal casussen uit de dagelijkse praktijk.

Om ziekenhuizen de mogelijkheid te geven daadwerkelijk aan de slag te gaan, wordt kennis en ervaring ondergebracht in een aantal al bestaande of nog te ontwikkelen 'good practices' cq. producten. Om te beginnen worden de tien thema's op basis van casussen opgenomen in de e-learning module 'Continu verbeteren'. Daardoor kunnen professionals op de eigen werkplek de kennis tot zich nemen. Daarnaast wordt per thema een starterskit, een draaiboek en beeldmateriaal ontwikkeld dat via de

website www.vmszorg.nl wordt aangeboden. Ook interactieve internettoepassingen, als forum-discussies, zullen worden ingezet. In het veiligheidsprogramma wordt gewerkt aan het binnen anderhalf jaar beschikbaar (vóór juli 2009) hebben van ‘good practices’ op alle tien de thema’s, zodat ziekenhuizen onafhankelijk van de fasering van themabijeenkomsten vroegtijdig aan de slag kunnen met een willekeurig thema.

Ondersteuning van zorgprofessionals en ziekenhuizen met tien thema’s

De programmaorganisatie organiseert met expertteams een aantal bijeenkomsten die gebaseerd zijn op de doorbraakmethode. De doorbraakmethode is een aanpak waarin een aantal multidisciplinaire teams uit de ziekenhuizen doelstellingen realiseren, door systematisch te werken met de Nolan verbetermethodiek. Tijdens de bijeenkomsten worden ziekenhuisteam begeleid door inhoudelijke en methodologische deskundigen. Daarnaast worden ziekenhuisteam ondersteund bij het implementeren van evidence-based maatregelen (interventies) en het meten van de resultaten. De ‘breakthrough’ methode is een beproefde methode die door het Institute of Healthcare is geïntroduceerd en door het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO is overgenomen. De methodiek die ook in Sneller Beter wordt toegepast, overbrugt de kloof tussen wat al bekend is en wat in de praktijk wordt toegepast.

Aan de slag met de inhoudelijke thema’s

Voor de ziekenhuisteam worden per thema drie bijeenkomsten van één dag georganiseerd waarin de verbetermethodiek wordt getraind met aandacht voor het stellen van een doelstelling, implementatie van de interventies en meten. Daarnaast zijn de bijeenkomsten bedoeld voor:

- kennisuitwisseling met collega’s;
- het voorleggen van vragen en knelpunten aan de ervaringsdeskundigen;
- delen van ervaringen op het gebied van behaalde resultaten;
- het beschikbaar stellen van goede ideeën aan collega’s.

Ziekenhuizen kunnen hun teams inschrijven voor één of meer inhoudelijk thema’s. Het ziekenhuis bepaalt zelf wanneer en aan hoeveel thema’s het mee wil doen. Inhoudelijke bijeenkomsten zullen per fase van anderhalf jaar worden aangeboden: de eerste anderhalf jaar worden in totaal twaalf bijeenkomsten voor de vier thema’s aangeboden, daarna twee keer negen bijeenkomsten voor de resterende zes thema’s (zie planning). Elke fase van anderhalf jaar wordt afgesloten met het opleveren van ‘good practices’ en een advies voor implementatie ervan. Bijeenkomsten zijn toegankelijk voor alle ziekenhuisteam die willen participeren. In Canada zijn positieve ervaringen opgedaan met deze aanpak. Ziekenhuizen hoeven niet deel te nemen aan bijeenkomsten; al het materiaal is namelijk ook beschikbaar op de website www.vmszorg.nl.

Ziekenhuisteam die zich aanmelden moeten aan een aantal voorwaarden voldoen:

- het management stelt tijd, geld en middelen beschikbaar;
- vanuit alle disciplines die bij de verandering betrokken zijn, wordt iemand afgevaardigd in het team;
- het team is enthousiast en gemotiveerd;
- de ziekenhuiscoördinator van het ziekenhuis coördineert de verbeterprojecten op de desbetreffende afdeling in het eigen ziekenhuis.

Resultaten

Om de effectiviteit van ‘good practices’ te onderzoeken, wordt per thema gezien of een bestaand registratiesysteem beschikbaar is - zoals bijvoorbeeld PREZIES (Preventie van ziekenhuisinfecties door surveillance) - of dat landelijke registratietoepassingen moeten worden opgezet. Registratiesystemen moeten in het kader van het benchmarken ondersteunend zijn voor de ziekenhuizen ten opzicht van collega-ziekenhuizen. Daarnaast moet het de programma-organisatie de mogelijkheid geven de effectiviteit van ‘good practices’ te evalueren. Met de registratie kunnen ziekenhuizen per thema op hoofdlijnen rapporteren aan de IGZ (zie ook hoofdstuk ‘Toezicht’).

Om aan het eind van het programma een uitspraak te kunnen doen over de effectiviteit van ‘good practices’, zal wetenschappelijk onderzoek worden opgezet voor de thema’s. Het onderzoek moet antwoord geven op de vraag of en hoe ‘good practices’ bijdragen aan het reduceren van vermijdbare onbedoelde schade en welke mate van reductie haalbaar is als een ziekenhuis alle ‘good practices’ per thema implementeert.

PLAN VAN AANPAK VMS

Als een ziekenhuis participeert in alle VMS-onderdelen, heeft het uiteindelijk alle ervaring en kennis in huis om het veranderingsproces ten aanzien van patiëntveiligheid vorm te geven en te operationaliseren.

Ontwikkelen van ‘good practices’ voor implementatie NTA 8009:2007

De ontwikkeling van de ‘good practices’ onderscheidt drie onderdelen:

- Het voorbereiden van de ziekenhuizen door het thema Patiëntveiligheid onder de aandacht te brengen bij de raad van bestuur, het bestuur van de medische staf en de Verpleegkundige Adviesraad (VAR), het in kaart brengen van de stand van zaken en het opstellen van een veiligheidsbeleid met commitment van de raad van bestuur en het bestuur van de medische staf (*Leiderschap & cultuur*);
- VMS-elementen die zich richten op het prospectief en retrospectief in beeld brengen van risico’s (*Risico-inventarisatie*);
- Het monitoren van de zorg (*Monitoren*).

Leiderschap & cultuur

Een van de belangrijkste succesfactoren is commitment van de raad van bestuur en het bestuur van de medische staf vanuit leiderschapspectief. De ervaringen in het project VMS Zorg onderschreven dat. In de NTA 8009:2007 is opgenomen dat de raad van bestuur zichtbaar commitment moet tonen en eindverantwoordelijk is voor patiëntveiligheid en implementatie van het VMS. Daarnaast blijkt uit VMS Zorg dat voldoende draagvlak bij verpleegkundigen essentieel is. In het project VMS Zorg waren de verpleegkundigen vertegenwoordigd vanuit de VAR of vanuit de functie van verpleegkundig zorgmanager in leiderschapssessies.

In het project VMS Zorg waren hiervoor nagenoeg geen incentives of ‘good practices’ uitgewerkt. Alleen de cultuurinterventie Veiligheidsrondes is getest en gebruikt in de VMS Zorg pilotziekenhuizen om als raad van bestuur, medisch stafbestuur of management het gesprek over patiëntveiligheid te starten op de afdelingen. In het veiligheidsprogramma wordt een aantal activiteiten gestart die moeten uitmonden in ‘good practices’ voor raden van bestuur, medische stafbesturen en de VAR in relatie met het uitdragen van het beleid. Daarnaast is in VMS Zorg een start gemaakt met het ontwikkelen van teamtrainingen (TRM) die gebaseerd zijn op de Crew Resource Management (CRM) training die bekend is uit de luchtmacht. De doorontwikkeling van TRM is een van de cultuurinterventies binnen het veiligheidsprogramma.

De activiteiten zijn:

- Met één of twee (leiderschaps)netwerken met daarin raden van bestuur, medisch stafbestuur en VAR worden ‘good practices’ vastgesteld. Deze ‘good practices’ hebben betrekking op het motiveren van zorgprofessionals en management, het continu op de agenda plaatsen van het onderwerp, het doorlopen van de verschillende fases van organisatieverandering en het uitdragen van het persoonlijk commitment en het beleid als opgenomen in de NTA.
- Om raad van bestuur, medische staf en VAR te ondersteunen bij het vormen van een groep deskundige personen in het eigen ziekenhuis, wordt een cursus Patiëntveiligheid ontwikkeld en aangeboden. De cursus heeft een tweeledig doel:
 1. een cursusformat ontwikkelen dat ziekenhuizen zelf in het eigen ziekenhuis kunnen inzetten. De cursus wordt tijdens het programma met de ziekenhuizen ontwikkeld. Het cursusmateriaal is via www.vmszorg.nl toegankelijk voor de ziekenhuizen.

2. een aantal personen uit een ziekenhuis in korte tijd een overzicht geven van patiëntveiligheid, het veiligheidsprogramma, bruikbare methoden en beschikbare ‘good practices’. Deze personen kunnen de raad van bestuur, medisch stafbestuur en VAR ondersteunen bij het opstellen van het beleid, het uitvoeren van de situatieschets (zie Beleid) en het uitdragen van het programma in het eigen ziekenhuis. De cursus heeft een duur van vier dagen. Aan de laatste dag nemen ook een lid van de raad van bestuur, een lid medisch stafbestuur en een VAR lid deel om een actieplan op te stellen.
- Om raad van bestuur, medisch stafbestuur en de VAR te ondersteunen bij het creëren van ‘awareness’ en ‘sense of urgency’, wordt een instrument voor dossieronderzoek ontwikkeld. Het gaat om een gestandaardiseerd/gedigitaliseerd instrument dat is gebaseerd op de ervaringen uit het Nivel/EMGO-onderzoek en de beschikbare trigger tool die gebruikt wordt in het project Move Your Dot. Dit instrument is van oorsprong bedoeld om verbeterinitiatieven te achterhalen, maar wordt in het veiligheidsprogramma specifiek ingezet voor het creëren van ‘awareness’ en ‘sense of urgency’. Participerende ziekenhuizen wordt gevraagd een bijdrage te leveren aan de ontwikkelingen van het digitale dossieronderzoek instrument.
 - Een cultuurinterventie is het landelijk uitrollen van de teamtraining (TRM). De teamtrainingen worden gegeven vanuit een landelijk gecoördineerd instituut dat zorg draagt voor een kwalitatief goede training. De training wordt gegeven door gedragswetenschappers en professionals. Deze maken gebruik van kwalitatief trainingsmateriaal dat toepasbaar is in de gezondheidszorg. Voor het doorontwikkelen van de TRM wordt een samenwerking aangegaan met nieuwe pilotziekenhuizen. De cursus TRM zal in eerste instantie worden ontwikkeld voor de OK-omgeving, Intensive Care en de spoedeisende hulp.

Risico-inventarisatie

In het project VMS Zorg is een aantal ‘good practices’ ontwikkeld waar ziekenhuizen mee aan de slag kunnen om retrospectief en prospectief risico-inventarisaties uit te voeren.

Voor de retrospectieve risico-inventarisatie is een ‘e-learning’ module ontwikkeld voor de incident analysemethode PRISMA (Prevention and Recovery Information System for Monitoring and analysis). Ook is een draaiboek ‘Veilig incident melden’ beschikbaar. Beide ‘good practices’ worden tijdens het veiligheidsprogramma in gebruik genomen. Met de bevindingen worden de practices doorontwikkeld. Een ‘good practice’ dat nog ontwikkeld wordt is een DVD of e-learning module dat ingaat op het opzetten van ‘Veilig incident melden’ op de afdeling. Dit instrument ondersteunt ziekenhuisteam met implementatie van VIM. Op langere termijn zijn dan geen conferenties meer nodig over VIM. Wel blijven bijeenkomsten nodig waar professionals kennis en ervaring uitwisselen en vragen kunnen stellen.

Voor prospectieve risico-inventarisatie zijn een ‘e-learning’ module en een draaiboek beschikbaar die beide zijn gebaseerd op de HFMEA (Healthcare Failure Mode & Effects Analysis) en de SAFER-methode (Scenario Analyse van Faalwijzen, Effecten en Risico’s). Deze laatste is met subsidie van ZonMW ontwikkeld door de Maastricht Clinic, UMCU en TU/e. Ook deze practices zullen worden doorontwikkeld.

Monitoren implementatie VMS

Het monitoren van de implementatie van het VMS gebeurt aan de hand van de ‘Nederlandse Technische

Afspraak' (NTA) 8009 die is opgesteld door de NVZ, de Orde en het LEVV, met ondersteuning van het Nederlands Normalisatie Instituut (NEN). In de NTA 8009 zijn de landelijke basiseisen voor een veiligheidsmanagementsysteem (VMS) voor ziekenhuizen geformuleerd. De onderwerpen en basiseisen in de NTA 8009 zijn samengesteld door 36 partijen uit het zorgveld, waaronder de negen VMS pilotziekenhuizen met wie de basiselementen voor het VMS zijn ontwikkeld.

Vanuit het project VMS Zorg hebben de pilotziekenhuizen aangegeven de NTA 8009 apart van de NIAZ-accreditatie te willen laten beoordelen. De ziekenhuizen willen daarmee patiëntveiligheid apart positioneren om de focus op veiligheid goed neer te zetten en het implementeren van het VMS hanteerbaar te houden. De VMS Zorg-pilotziekenhuizen zijn bereid om in 2008 de eerste proefaudits met de NTA 8009 in eigen huis te laten plaatsvinden. De ervaringen worden verwerkt in de volgende versie van de NTA.

De NTA wordt doorontwikkeld volgens een groei-model onder regie van de programmaorganisatie in het veiligheidsprogramma. Het kent twee fasen:

- In de eerste fase is de huidige NTA (versie 1) opgesteld. Hierin zijn de eisen geformuleerd waaraan de basiselementen van het VMS moeten voldoen. Het gaat om de basiselementen beleid, leiderschap, prospectieve risico-inventarisatie, melden van incidenten, retrospectieve risico-inventarisatie en continu verbeteren.

Vanaf januari 2008 organiseert de programmaorganisatie bijeenkomsten voor ziekenhuizen, waar zij hun aanvullingen en opmerkingen op de tekst kunnen indienen. Daarnaast zullen de bevindingen uit de proefaudits worden verzameld. Na het afronden van de proefaudits zal eind 2008 een nieuwe tekstuele versie worden uitgebracht.

- In januari 2008 start de tweede fase, waarin de NTA inhoudelijk wordt herzien en uitgebreid. De aandachtsgebieden communicatie, management van derden en operationele beheersmaatregelen komen dan aan de orde. Daarnaast wordt de NTA uitgebreid met eisen voor inhoudelijke onderwerpen zoals het medicatieproces. Dit leidt uiteindelijk in 2011 tot een nieuwe versie, die als een Nederlandse norm (NEN)⁵ zal verschijnen.

Vanuit het veiligheidsprogramma wordt een structuur opgezet met een besluitvormingscommissie, adviescommissie en werkgroep. In de besluitvormingscommissie hebben vertegenwoordigers uit de ziekenhuizen en de koepelorganisaties zitting. De adviescommissie is een brede groep waarvoor leden worden geworven via de gebruikelijke procedure van de NEN. In ieder geval worden VWS, IGZ, NIAZ, HKZ en NPCF gevraagd zitting te nemen.

Doelstellingen, voorwaarden en aanpak van de ontwikkeling van de NTA zijn beschreven in bijlage B.

⁵ Een Nederlandse norm (NEN) is een afspraak die zorgvuldig, volgens een vaste procedure tot stand komt. Het is vooral belangrijk dat alle belanghebbende partijen bij deze procedure worden betrokken en dat er overeenstemming is over de uiteindelijke afspraak.

Ondersteunen van de implementatie van de NTA 8009:2007

Om ziekenhuizen breed te ondersteunen bij het toepassen van de NTA 8009 en het hanteren van de ‘good practices’, wordt een aantal activiteiten en faciliteiten aangeboden.

Leiderschapssessies per netwerk

Netwerken van ziekenhuizen worden in een aantal leiderschapssessies geïnformeerd, ondersteund, geïnspireerd en gemotiveerd om met de NTA 8009:2007 en de daarbij behorende ‘good practices’ te gaan werken (zie Programmastructuur). Zoals eerder aangegeven, zijn bij de bijeenkomsten een lid raad van bestuur, een lid medisch stafbestuur en een lid VAR aanwezig. In drie of vier bijeenkomsten wordt met inspirerende sprekers het thema Patiëntveiligheid, het veiligheidsprogramma en de ‘good practices’ belicht. Het biedt ziekenhuizen tevens de mogelijkheid onderling kennis en ervaring uit te wisselen, vraagstukken te bespreken, problemen op te lossen en gezamenlijk faciliteiten te organiseren, zoals het inkopen van specialistische trainingen of adviesbureaus voor de brede implementatie in eigen huis.

Speakerscorner

Daarnaast faciliteert de programmaorganisatie in een speakerscorner (zie www.vmszorg.nl) de netwerken bij het vinden van geschikte sprekers voor de eigen ziekenhuizen. De programmaorganisatie bindt sprekers aan zich die onderdelen van het programma inspirerend en toegepast kunnen overbrengen en daarnaast de raad van bestuur, medisch stafbestuur en VAR kunnen ondersteunen bij het onder de aandacht brengen van het thema bij professionals, management en andere medewerkers. Deze sprekers en ervaringsdeskundigen kunnen presentaties

verzorgen in vergaderingen en door het ziekenhuis georganiseerde patiëntveiligheidsbijeenkomsten.

Huidige stand van zaken en vastleggen beleid

Participerende ziekenhuizen worden instrumenten aangeboden waarmee zij kunnen vaststellen hoe ver zij de twee pijlers uit het veiligheidsprogramma al hebben geïmplementeerd. Vanuit het veiligheidsprogramma wordt gesproken over het vaststellen van de implementatiediagnose: waar liggen de aandachtspunten voor de komende vijf jaar? Met de resultaten stellen de ziekenhuizen een op de eigen organisatie gericht meerjarenbeleid en plan van aanpak op, gerelateerd aan het veiligheidsprogramma en de NTA 8009. Ziekenhuizen kunnen gebruikmaken van voorbeeldplannen van de VMS Zorg-pilotziekenhuizen en het format voor deze plannen.

De volgende instrumenten worden aangeboden:

- Een digitale zelfevaluatie (beschikbaar op www.vmszorg.nl), gebaseerd op de NTA 8009. Hierin wordt navraag gedaan naar de mate van implementatie van de tien thema's via bestaande informatie zoals de evaluatie van de MIP/incidentenregistratie, complicatieregistratie, klachtenregistratie, visitaties, audits en overige registraties zoals de basisset prestatie-indicatoren;
- Een digitale cultuurenquête (COMPAZ) om inzicht te krijgen in de cultuur van het ziekenhuis en de afdelingen. De COMPAZ meet de stand van zaken van de patiëntveiligheidscultuur op één of meerdere afdelingen in het ziekenhuis en de bijdrage van diverse veiligheidsactiviteiten aan een veilige cultuur. Een goede veiligheidscultuur is één van de voorwaarden voor een succesvolle implementatie.

Het **resultaat** is dat ziekenhuizen op basis van de zelfevaluatie een meerjarenbeleid en een plan van aanpak opstellen voor de komende jaren.

Risico-inventarisatie

Om te voldoen aan de eisen van de NTA 8009 worden ziekenhuizen onderstaande activiteiten aangeboden.

Retrospectieve risico-inventarisatie

Om aan de doelstellingen te voldoen, hebben alle ziekenhuizen in vijf jaar 'Incident melden' geïmplementeerd. Om opgedane kennis en ervaring over het ontwikkelen van 'good practices' te delen en feedback te krijgen op toepasbaarheid van 'good practices', worden elke anderhalf jaar drie landelijke bijeenkomsten 'Incident melden' georganiseerd. Deze richten zich op het opzetten van het melden van incidenten, het analyseren van incidenten met PRISMA/SIRE en het uitwisselen van kennis en ervaring over gebruik en resultaten in de praktijk. De PRISMA/ SIRE bestaat uit een workshop, toegankelijk voor een groot aantal teams, gecombineerd met de 'e-learning' PRISMA. Vanuit het programma wordt geen volledige training aangeboden. Ziekenhuizen kunnen hiervoor terecht bij gerenommeerde opleidingsinstituten naar eigen keuze.

Prospectieve risico-inventarisatie

Prospectieve risico-inventarisatie is een methode die in de ziekenhuizen ingezet kan worden om processen te analyseren die direct verband houden met de tien thema's. Als een ziekenhuis bijvoorbeeld de medicatieoverdracht wil verbeteren, dan kan het naast het implementeren van de interventies ook inventariseren waar de faalwijzen liggen in het proces om het proces verder te verbeteren. Vanuit het veiligheidsprogramma worden ziekenhuizen ondersteund bij het kennis maken met de methodiek. Per anderhalf jaar worden drie eendaagse bijeenkomsten aangeboden waarin deelnemers kennis maken met de methode, de eisen in de NTA en de 'good practices' die gebruikt kunnen worden voor

implementatie. De training wordt aangeboden in combinatie met de e-learning module. Ook deze bijeenkomsten zijn grootschalig en het staat ziekenhuizen vrij om teams op te geven.

Samenwerking met de petrochemische industrie

In het project VMS Zorg hebben pilotziekenhuizen samenwerking gezocht met chemisch bedrijven in hun omgeving. De samenwerking is door de ziekenhuizen verschillend ingevuld, maar bestond ten minste uit werkbezoeken, managementtraining en ondersteuning bij incidentanalyse. In het veiligheidsprogramma faciliteert de programmaorganisatie opnieuw het opzetten van dergelijke samenwerkingsverbanden, met als doel dat ziekenhuizen leren van de industrie en vice versa. Dit gebeurt in eerste instantie door een chemisch bedrijf te koppelen aan een netwerk, maar mogelijk ook aan individuele ziekenhuizen.

De brancheorganisatie van de chemische industrie (VNCI) zal opnieuw worden gevraagd een coördinerende rol te spelen.

TOEZICHT OP HET VEILIGHEIDSPROGRAMMA

Het toezicht op de uitvoering van het veiligheidsbeleid in ziekenhuizen en de resultaten die zij behalen, is de verantwoordelijkheid van de toezichthouder IGZ. Zij zal toezien op het behalen van de 50% reductie van vermijdbare onbedoelde schade op de tien thema's en de implementatie van het VMS.

De IGZ zal haar toezichthoudende rol vanuit de regio's uitvoeren om zo de individuele ziekenhuizen te monitoren op voortgang en resultaten. De IGZ geeft aan dat zij - in haar rol als toezichthouder - een koppeling maakt tussen reductie van schade en de beschikbare of nog te ontwikkelen prestatie-indicatoren.

Het staat ziekenhuizen vrij een aanpak te hanteren die afwijkt van het landelijke veiligheidsprogramma, onder voorwaarde dat zij aan de IGZ kunnen aantonen dat de gestelde doelstellingen zijn behaald.

Daarnaast heeft de minister van VWS aangegeven dat ziekenhuizen die nog geen volledig VMS hebben geïmplementeerd, vóór 1 januari 2008 de voortgang daarover moeten melden bij de IGZ aan de hand van een stappenplan met daarin de nog te nemen stappen. Ziekenhuizen kunnen hiervoor het digitale zelfevaluatie-instrument van VMS Zorg gebruiken. De inhoud hiervan is afgestemd met de IGZ en voldoet ook aan de normen van de IGZ. Bevindingen worden in een rapportage vastgelegd. Met de bevindingen stelt het ziekenhuis een eigen stappenplan op ter bespreking met de IGZ. Gedurende het programma zal de IGZ in afstemming met de programmaorganisatie een model ontwikkelen, voor verdere invulling van de rol van toezichthouder.

PROGRAMMASTRUCTUUR

Om in de komende vijf jaar alle ziekenhuizen te bereiken, worden middelen en faciliteiten aangeboden vanuit één centrale programmaorganisatie die zich kenmerkt door korte lijnen. Daardoor wordt slagvaardig, zelfstandig en klantgericht gewerkt. Tevens is er een goede aansluiting bij de dagelijkse praktijk, doordat wordt gewerkt met netwerken van ziekenhuizen en een netwerk van deskundigen.

Netwerken van ziekenhuizen

Om het uitdragen van de kennis en producten efficiënt en doelmatig te laten plaatsvinden in nauw contact met het veld, wordt gewerkt met netwerken van ziekenhuizen. Ziekenhuizen kunnen zich inschrijven als netwerk of als individueel ziekenhuis. In het laatste geval zal de programmaorganisatie ziekenhuizen met elkaar verbinden in netwerken. In een netwerk zitten acht tot tien ziekenhuizen. Het netwerk is bedoeld om raden van bestuur, medische stafbesturen en VAR's direct te ondersteunen bij het vormgeven en uitdragen van het veiligheidsprogramma in het eigen ziekenhuis. Daarnaast maakt de programmaorganisatie gebruik van de netwerken om specifieke onderdelen van het programma verder uit te werken en good practices te ontwikkelen. De ziekenhuizen kunnen in het netwerk kennis en ervaring uitwisselen en gezamenlijk problemen of vraagstukken oplossen.

In Sneller Beter en het project VMS Zorg zijn netwerken zeer succesvol gebleken, omdat het een raad van bestuur, medische stafbestuur en VAR de mogelijkheid geeft actuele zaken rond het onderwerp Patiëntveiligheid te bespreken en gezamenlijk op te lossen. 36 ziekenhuizen hebben gefungeerd als VMS Zorg-ziekenhuis, Sneller Beter-ziekenhuis en/of Move Your Dot ziekenhuis. Aan deze ziekenhuizen wordt gevraagd of zij een voortrekkersrol willen vervullen

in een netwerk, om zo de opgedane kennis en ervaring rondom patiëntveiligheid beschikbaar te stellen.

De verantwoordelijkheid voor het functioneren van het netwerk ligt bij de deelnemende ziekenhuizen. Zij zijn verantwoordelijk voor het organiseren van de bijeenkomsten, het uiteindelijke programma per bijeenkomst en de onderlinge uitwisseling van kennis en ervaring.

Om de communicatie tussen ziekenhuizen onderling en met de programmaorganisatie goed te laten verlopen, zal elk netwerk van ziekenhuizen een netwerkcoördinator of secretaris beschikbaar stellen voor één fte. Deze heeft als taak activiteiten die de ziekenhuizen onderling organiseren te coördineren. Tevens is deze persoon contactpersoon voor de landelijke programmaorganisatie. Daarnaast maakt elk participierend ziekenhuis één fte beleidsmedewerker vrij om het eigen ziekenhuis te ondersteunen en coördinatie op zich te nemen, de ziekenhuiscoördinator.

Taken van de netwerkcoördinator zijn onder meer het organiseren van bijeenkomsten met de raden van bestuur, bestuur medische staf en VAR, het organiseren van de bijeenkomsten met ziekenhuiscoördinatoren, het kanaliseren van vraagstukken voor de programmaorganisatie en het oppakken van gezamenlijke activiteiten tussen de ziekenhuizen. De ziekenhuiscoördinator houdt zich hoofdzakelijk bezig met coördinatie van het veiligheidsprogramma in het eigen ziekenhuis.

Het programmateam organiseert maandelijkse bijeenkomsten voor de netwerkcoördinatoren. Deze bijeenkomsten staan in het teken van het operationaliseren van het veiligheidsprogramma in de ziekenhuizen vanuit het netwerk waaraan de coördinator is verbonden.

Daarnaast ondersteunt het programmateam de netwerkcoördinator bij:

- het organiseren van maandelijkse bijeenkomsten door sprekers voor te dragen, een programma vast te stellen en materiaal beschikbaar te stellen. De netwerkcoördinator gebruikt deze kennis om de maandelijkse overleggen met ziekenhuiscoördinatoren te organiseren;
- het inspelen op specifieke vragen of problemen uit ziekenhuizen, onder meer door het aanbieden van specifieke expertise;
- het verspreiden van ‘good practices’ in ziekenhuizen;
- interne en externe communicatie.

De selectiecriteria voor de netwerken zijn opgenomen in bijlage C. Voor de aanmeldingsprocedure zie www.vmszorg.nl.

Programmaorganisatie

Het veiligheidsprogramma kent een relatief platte structuur, met een programmadirectie, programmateam en twee begeleidingscommissies.

De programmaorganisatie wordt vertegenwoordigd in het programmabureau, dat is gevestigd bij de NVZ. De NVZ is tevens de hoofdaannemer voor subsidieverstrekker VWS en beheert de toegekende middelen.

De **programmادirectie** is eindverantwoordelijk voor het veiligheidsprogramma. De directeuren van de ‘veldpartijen’ zijn vertegenwoordigd onder voorzitterschap van de NVZ. De programmادirectie stuurt aan op de voortgang van het veiligheidsprogramma, wijziging van het beleid en het maken van zakelijke afspraken met externe en participerende partijen. Voor de directieleden wordt een taakverdeling opgesteld. De programmادirectie komt eens in de zes

weken bij elkaar om de voortgang van het veiligheidsprogramma te bespreken. Eens per half jaar rapporteert de programmادirectie aan de portefeuillehouders Kwaliteit in de besturen van de veldpartijen.

De portefeuillehouders zullen dan deelnemen aan de vergadering. Portefeuillehouders rapporteren conform de bestaande lijnen aan het bestuur van hun eigen organisatie. De verantwoordelijkheid voor de uitvoering van het programma is gedelegeerd aan de programmamanager.

De **programmamanager** is verantwoordelijk voor het bewaken van het programma, de organisatie, de planning, het personeel, de urenverantwoording en de financiële controle. De programmamanager zal worden ondersteund door een kleine staf, bestaande uit financiële en secretariële ondersteuning en een communicatieadviseur.

Het **programmateam** is, onder leiding van de programmamanager, verantwoordelijk voor de uitvoering van het programma. Het programmateam bestaat uit deskundigen van de NVZ, Orde, LEVV, V&VN en/of externe deskundigen. De teamleden hebben ruime werkervaring op het gebied van het implementeren van veiligheidsmanagement in ziekenhuizen, implementeren van thema’s, verbeteringsprojecten en organisatieveranderingstrajecten. Binnen het programmateam wordt per pijler een **projectleider** benoemd die verantwoordelijk is voor het operationaliseren van de desbetreffende pijler in samenwerking met **programmamedewerkers**.

Het programma wordt begeleid door één **begeleidingscommissie**. de begeleidingscommissie heeft een onafhankelijk voorzitter die over de voortgang aan de programma-manager rapporteert. Voor de begeleidingscommissie wordt een opdracht en een heldere functieomschrijving opgesteld, waarin doel-

stelling en taken van de commissie worden omschreven:

De **begeleidingscommissie** ondersteunt de programmaorganisatie bij het vaststellen van uitkomst- en proces-indicatoren voor de thema's, het ontwikkelen van de benodigde meetfaciliteiten en het monitoren van de doelstelling van de tien thema's.

Daarnaast ondersteunt de commissie de programmaorganisatie bij het ontwikkelen van de NTA 8009 naar een NEN-norm, waarin alle basiselementen zijn uitgewerkt en de inhoudelijke eisen zijn opgenomen. De commissie fungeert als klankbord voor de te ontwikkelen 'good practices' en adviseert de programmaorganisatie. In de begeleidingscommissie hebben zitting: raden van bestuur, besturen medische staf, verpleegkundige uit adviesraden en externe deskundigen.

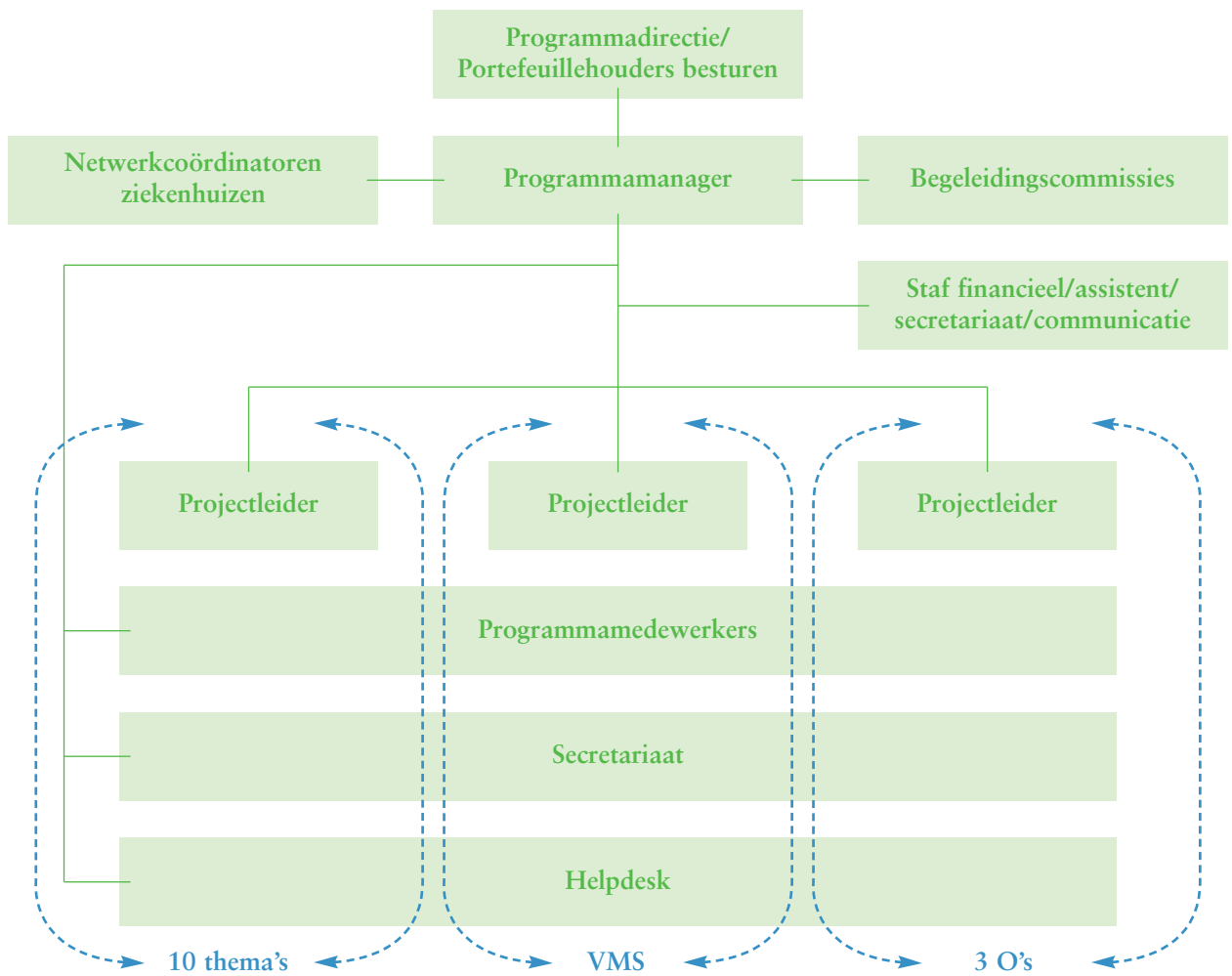
Voor zorgvuldige monitoring vindt halfjaarlijks een **afstemmingsoverleg** plaats tussen de programma-directie, IGZ en VWS. In dit overleg komen de voortgang en de resultaten van het programma aan de orde.

Netwerk van inhoudelijke en methodologische deskundigen

Om een landelijk veiligheidsprogramma te kunnen draaien en de deskundigheid in alle ziekenhuizen naar een hoger niveau te brengen, is het noodzakelijk om alle beschikbare kennis en de deskundige personen samen te brengen. Deskundigheid over patiëntveiligheid is de afgelopen jaren opgedaan in (academische) ziekenhuizen die participeerden in Sneller Beter, Move Your Dot en VMS Zorg. Daarnaast hebben Isala klinieken en UMCU een kenniscentrum Patiëntveiligheid opgezet voor de eigen organisatie en om kennis te delen met collega-instellingen.

Vanuit de programmaorganisatie worden zoveel mogelijk ervaringsdeskundigen bij het programma betrokken, onder andere door personen te vragen zitting te nemen in de begeleidingscommissies en/of ziekenhuizen of personen te verbinden aan het programma. In het project VMS Zorg werd samengewerkt met de luchtmacht en de petrochemische industrie. In het nieuwe veiligheidsprogramma worden bestaande relaties benaderd om opnieuw te participeren. Daarnaast worden nieuwe contacten gelegd die ziekenhuizen in het bijzonder, maar ook de programmaorganisatie blijven inspireren zich te ontwikkelen.

De overlegstructuur van het programma is opgenomen in bijlage D.



Figuur 1: Structuur waarin de verantwoordingslijnen zijn opgenomen.

COMMUNICATIE

Communicatie met en tussen de ziekenhuizen, belanghebbende partijen en de maatschappij is een belangrijke succesfactor. De programmaorganisatie is verantwoordelijk voor deze communicatie. Binnen het programma is een communicatieadviseur en een webmaster aangesteld voor ondersteuning.

Interne communicatie

Communicatie met netwerken van ziekenhuizen en met de overige ziekenhuizen en zorginstellingen zal multimediaal zijn.

De website www.vmszorg.nl vormt de basis, maar ook zal ten behoeve van communicatie met en tussen netwerken (van ziekenhuizen) gebruik worden gemaakt van vakbladen, radioprogramma's, televisieprogramma's, promotiefilms etc. Doelstelling is het veiligheidsprogramma optimaal onder de aandacht te brengen en alle ziekenhuizen te stimuleren en te inspireren om te werken aan patiëntveiligheid.

Daarnaast worden elk jaar één of meerdere conferenties georganiseerd waarin specifieke onderwerpen worden belicht, met als doel opgedane kennis en ervaring snel zo mogelijk te verspreiden binnen de sector.

Externe communicatie

De communicatie naar de maatschappij zal plaatsvinden via de communicatiekanalen van de NVZ, Orde, LEVV en V&VN. Voor de externe communicatie wordt een apart communicatieplan opgesteld met een planning die gekoppeld is aan de conferenties, politieke en themagerichte momenten.

BEGROTING

De begroting bestaat uit drie grote onderdelen. Het eerste onderdeel zijn de kosten die gemaakt worden door het programmabureau in het kader van het totale programma. Hierbij kan gedacht worden aan de programmamanager, de communicatie en begeleidingscommissies. Daarnaast is per pijler in kaart gebracht wat de kosten zijn, onderverdeeld naar mensen en middelen.

Bij het doorberekenen van de personele kosten is uitgegaan van indienstneming van personeelsleden voor het veiligheidsprogramma. De genoemde kosten zijn salariskosten inclusief sociale lasten en bureaunkosten.

De begroting is opgesteld voor de totale programma-periode van vijf jaar. In 2012 worden de kosten op een aantal posten gehalveerd, omdat de landelijk ondersteuning in de vorm van bijeenkomsten en trainingen in juli 2012 wordt afgerond. Voor het ontwikkelen en operationaliseren van de TRM-training worden aanvullende middelen aangevraagd.

De begroting kan worden opgevraagd bij de programmaorganisatie.

FASERING EN PLANNING UITVOERING VEILIGHEIDSPROGRAMMA

Het veiligheidsprogramma duurt in totaal vijf jaar, waarvan gedurende viereneenhalf jaar ondersteuning wordt geboden in de vorm van bijeenkomsten. Het programma start in januari 2008 en eindigt formeel eind 2012.

De eerste anderhalf jaar zal zeer intensief insteken op het opstarten van programma-activiteiten met netwerken van ziekenhuizen, het ontwikkelen van 'good practices' voor alle thema's en het organiseren van de eerste bijeenkomsten.

Tien thema's

Voor de tien thema's houdt dit in dat na deze anderhalf jaar de 'good practices' worden opgeleverd zodat ziekenhuizen zelfstandig aan de slag kunnen.

De bijeenkomsten voor thema's worden in fases aangeboden. De eerste vier thema's worden ondersteund van januari 2008 tot en met juli 2009.

De daarop volgende drie thema's worden ondersteund met bijeenkomsten van juli 2009 tot en met december 2010. De laatste drie thema's worden ondersteund van januari 2011 tot en met juli 2012.

De landelijke ondersteuning via de helpdesk, website www.vmszorg.nl en telefonische conferenties blijft beschikbaar gedurende de gehele programma-periode.

VMS

De trainingen in het kader van VMS veranderen door de jaren heen ook van karakter. Voor Incident melden zullen de trainingen de eerste anderhalf jaar in het teken staan van het opzetten van incident melden. Voor de periode daarna zullen de bijeenkomsten meer moeten worden gezien als terugkom-bijeenkomsten waar teams vragen kunnen stellen en

kennis kunnen uitwisselen. Ook worden op deze terugkombijeenkomsten goede voorbeelden getoond om teams te motiveren, te inspireren en op weg te helpen.

De training Prospectieve risico-inventarisatie richt zich op het trainen van een methodiek. Deze zal gedurende de gehele programmaperiode worden herhaald, om zoveel mogelijk ziekenhuisteam de mogelijkheid te geven zich de methodiek eigen te maken.

Vorbereidingen programma van augustus 2007 tot maart 2008

De programmavorbereidingen richten zich op het inrichten van de programmastructuur, het werven van ziekenhuizen en het gereed maken van al het documentatiemateriaal en benodigde andere producten om in januari 2008 van start te kunnen gaan.

Vorbereidingen	Periode	Verantw.
Indienen projectvoorstel voor financiering	augustus - november 2007	NVZ, Orde, LEVV en V&VN
Samenstellen programmadirectie	november 2007	directeuren NVZ, Orde, LEVV en V&VN
Benoemen programmamanager	november 2007	directeuren NVZ, Orde, LEVV en V&VN
Samenstellen programmateam, begeleidingscommissies, expertteams thema's.	november 2007 - februari 2008	programmamateam
Start benaderen ziekenhuizen voor participatie (recruitment): <ul style="list-style-type: none"> • Informatiebijeenkomst • Aanschrijven alle ziekenhuizen en medisch stafbesturen en VAR's • Lokale bijeenkomsten in de week van de patiëntveiligheid • Overige communicatie naar alle ziekenhuizen en zorgprofessionals 	oktober - december 2007	programmamateam
Vaststellen stand van zaken ziekenhuizen met zelfevaluatie-instrument en opstellen stappenplan door alle ziekenhuizen.	start oktober 2007 en afronding december 2007	ziekenhuizen
Aanmelden ziekenhuizen voor het programma en formeren van netwerken van ziekenhuizen.	februari/maart 2008	ziekenhuizen en programmamateam

Starten veiligheidsprogramma

In januari 2008 gaat het programma van start met de ziekenhuizen die daar belangstelling voor hebben. Op basis van bijgevoegd schema kunnen ziekenhuizen zich inschrijven voor de bijeenkomsten en deelnemen aan de verschillende onderdelen. Het gaat om grote bijeenkomsten. Het schema is een indicatie van de planning. Bij de start van het programma zal de planning definitief worden vastgesteld.

VMS

Training	jan-08	feb-08	mrt-08	apr-08	mei-08	juni-08	juli-08	aug-08	sep-08	okt-08	nov-08	dec-08	jan-09	feb-09	mrt-09	apr-09	mei-09	juni-09
Training patiëntveiligheid (basic)				X		X			X			X			X			X
Training patiëntveiligheid (advanced)						X			X			X			X			X
Opzetten VIM (180)					X				X						X			X
Prospectieve risico-inv.					X					X							X	

Training	juli-09	aug-09	sep-09	okt-09	nov-09	dec-09	jan-10	feb-10	mrt-10	apr-10	mei-10	juni-10	juli-10	aug-10	sep-10	okt-10	nov-10	dec-10
Training patiëntveiligheid		X						X							X			
Training patiëntveiligheid (advanced)		X						X							X			
Opzetten VIM				X						X					X			
Prospectieve risico-inv.					X						X						X	

Training	jan-11	feb-11	mrt-11	apr-11	mei-11	juni-11	juli-11	aug-11	sep-11	okt-11	nov-11	dec-11	jan-12	feb-12	mrt-12	apr-12	mei-12	juni-12
Training patiëntveiligheid																		
Training patiëntveiligheid (advanced)																		
Opzetten VIM		X							X						X			
Prospectieve risico-inv.				X							X						X	

Thema's

Thema	jan-08	feb-08	mrt-08	apr-08	mei-08	juni-08	juli-08	aug-08	sep-08	okt-08	nov-08	dec-08	jan-09	feb-09	mrt-09	apr-09	mei-09	juni-09
POWI					X				X						X			
Bedreigde vitale functies					X				X						X			
Sepsis						X				X						X		
Medicatieoverdracht						X					X						X	

Thema	juli-09	aug-09	sep-09	okt-09	nov-09	dec-09	jan-10	feb-10	mrt-10	apr-10	mei-10	juni-10	juli-10	aug-10	sep-10	okt-10	nov-10	dec-10
Acuut myocard infarct			X					X							X			
Lijden door pijn				X					X							X		
Oudere patiënt					X					X							X	

Thema	jan-11	feb-11	mrt-11	apr-11	mei-11	juni-11	juli-11	aug-11	sep-11	okt-11	nov-11	dec-11	jan-12	feb-12	mrt-12	apr-12	mei-12	juni-12
High risk medicatie	X							X						X				
Verwisseling		X							X						X			
Nierinsufficiëntie			X							X						X		

LITERATUUR

Joshi MS, Hines SCG, Getting the board on board: Engaging hospital boards in quality and patient safety, *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2006 Apr;32(4):179-87.

Veiligheidsprogramma
Voorkom schade, werk veilig, juni 2007

Bruijne, M.C. de Zegers, M. Hoonhout, L.H.F. Wagner, C. Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen. Dossieronderzoek van ziekenhuisopnames in 2004, EMGO Instituut en NIVEL 2007

Massoud MR, Nielsen GA, Nolan K, Schall MW, Sevin C. A Framework for Spread: From Local Improvements to System-Wide Change. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2006

Fraser, Sarah W, (2002) Accelerating the spread of good practice: a workbook for healthcare, Kingsham Press.

McCannon, C J, Schall, MW, Calkins, DR, Nazem, AG, 100 000 Lives Campaign national field manager 1 Saving 100 000 lives in US hospitals, *BMJ* 2006;332:1328-1330

BIJLAGE A

TOELICHTING OP THEMA'S 1 T/M 4

1. Voorkomen van ziekenhuisinfecties na een operatie

Een operatie kan voor patiënten het risico van een postoperatieve wondinfectie (POWI) met zich mee brengen. Uit de cijfers van het surveillancenetwerk PREventie van ZIEkenhuisinfecties door Surveillance (PREZIES) blijkt dat ziekenhuisinfecties nog steeds veel voorkomen in Nederland. Een POWI levert veel ongemak op voor de patiënt. Daarnaast is uit de literatuur gebleken dat een patiënt met POWI een tweemaal grotere kans heeft om te overlijden dan een patiënt zonder POWI.

Op basis van de cijfers in PREZIES komt naar voren dat in de Nederlandse ziekenhuizen veel variatie te zien is tussen afdelingen en verschillende soorten operaties. Hieruit kan worden geconcludeerd dat er nog steeds ruimte is voor verbetering.

De afgelopen periode hebben 24 Sneller Beter ziekenhuizen gewerkt met gerichte maatregelen om POWI te voorkomen. De maatregelen zijn gericht op zeer concrete zaken als het tijdig toedienen van antibiotica, het verminderen van het aantal deurbewegingen op de OK en het niet scheren van de patiënt. De successen uit Sneller Beter en de schade die POWI met zich meebrengt voor de patiënt, zijn aanleiding geweest om POWI als een van de thema's op te nemen in het veiligheidsprogramma.

Doelstelling

In het veiligheidsprogramma wordt gestreefd naar 50% reductie van het aantal POWI's in de ziekenhuizen. Met de gegevens die beschikbaar zijn in PREZIES, wordt bekeken waar de activiteiten zich in het begin op zullen richten, bijvoorbeeld de heup- en knieoperaties bij de orthopedie of de grote buikoperaties bij de algemene chirurgie. De cijfers in

PREZIES zullen moeten aangeven waar de meeste winst kan worden behaald.

Interventies

Om de doelstelling te halen, wordt gebruik gemaakt van de beschikbare best practices waarmee ervaring is opgedaan in Sneller Beter, zoals adequaat gebruik van profylactische antibiotica, gebruik van preoperatieve maatregelen zoals niet scheren en het gebruik van de hygiënevoorschriften van de Werkgroep InfectiePreventie (WIP).

2. Voorkomen van schade bij patiënten door sepsis

Sepsis (bloedvergiftiging) is een ernstige aandoening waaraan meer patiënten overlijden dan aan borstkanker, colonkanker en longkanker tezamen. In de Nederlandse ziekenhuizen komt sepsis vaak voor. Sepsis kan gepaard gaan met orgaanfalen. Bij een ernstige sepsis is de sterftekans 40%. De behandeling en zorg voor patiënten met sepsis is intensief en het herstel is vaak langdurig. Het ziektebeeld sepsis is moeilijk te herkennen, waardoor de behandeling regelmatig (te) laat wordt herkend en niet volledig is. Een vroege herkenning en behandeling zijn dus essentieel om sepsis te voorkomen en adequaat te kunnen behandelen. In navolging van een internationaal initiatief van onder andere de **European Society of Intensive Care Medicine (ESICM)** en de **Society of Critical Care Medicine (SCCM)**, is in Nederland in 2005 de 'Surviving Sepsis Campaign' gestart.

Doelstelling

In het veiligheidsprogramma wordt aangesloten op de 'Surviving Sepsis Campaign'. De doelstelling wordt ook overgenomen: een reductie van de sterfte aan ernstige sepsis van 25% in vijf jaar.

Interventies

Met een set van maatregelen die zijn vastgelegd in de richtlijn sepsis, wordt het herkennen en behandelen van sepsis op de intensive care verbeterd. De richtlijn bestaat uit een resuscitatie bundel, sepsis management bundel en aanvullende aandachtspunten.

3. Vroegtijdige herkenning van patiënten met bedreigde vitale functies

Patiënten met bedreigde vitale functies als ademhaling, bewustzijn en circulatie van het bloed (hartslag), hebben adequate behandeling en zorg nodig om vermijdbare schade en overlijden te voorkomen. Om adequaat te kunnen reageren op deze patiëntengroep, zijn eenduidige afspraken nodig die in ieder geval betrekking hebben op het tijdig signaleren van achteruitgang bij patiënten wanneer een kritische grens wordt overschreden.

Doelstelling

De doelstelling is de sterfte bij patiënten met bedreigde vitale functies te reduceren met 25%.

Interventies

Om de sterfte bij patiënten met bedreigde vitale functies te verminderen, is het belangrijk dat het zorgproces rond deze patiëntengroep is vastgelegd in ziekenhuisprotocollen. Hierin moeten afspraken zijn opgenomen over de bandbreedtes van de vitale functies en het handelen bij achteruitgang van een patiënt (bijvoorbeeld het inzetten van een spoed-interventieteam).

4. Voorkomen van medicatiegerelateerde fouten, met gerichte aandacht voor de momenten van overdracht

Onderzoek in Nederland heeft uitgewezen dat bij

het voorschrijven van medicatie vaak vermijdbare fouten worden gemaakt. Deze fouten komen naar voren in het grote aantal adverse events, dat in de ziekenhuizen wordt geregistreerd. Een belangrijk deel van de fouten is toe te schrijven aan de medicatie-overdracht tussen verschillende zorginstellingen, afdelingen en zorgprofessionals die daarbinnen werkzaam zijn.

Doelstelling

De doelstelling voor medicatieoverdracht wordt vastgesteld wanneer de richtlijn medicatieoverdracht formeel is vastgesteld en bepaald is waar de aandacht komt te liggen binnen het thema medicatieoverdracht.

Interventies

De maatregelen worden afgeleid uit de richtlijn medicatieoverdracht, die zullen opgesteld worden door veldpartijen en IGZ. De richtlijn heeft betrekking op de organisatie van medicatieoverdracht, zodat geen vergissingen mogelijk zijn in persoon, middel(en) en dosering(en).

5. Kwetsbare ouderen

Oudere patiënten die worden opgenomen in het ziekenhuis krijgen vaker te maken met onbedoelde schade en vermijdbare schade. Een buitenlandse studie liet zien dat het verhoogde percentage vermijdbare schade bij ouderen werd verklaard doordat ouderen meer complexe zorg nodig hebben. Leeftijd had na correctie voor complexiteit van de behandeling in deze studie geen directe relatie met een verhoogde kans op onbedoelde schade¹. Dat maakt de oudere ziekenhuispatiënt als patiëntencategorie een kwetsbare groep waar extra aandacht aan moet worden besteed. Dit wordt tevens onderschreven in het NIVEL/EMGO(VU) studie ‘Onbedoelde schade’.

Binnen het Veiligheidsprogramma willen we de zorg aan de kwetsbare oudere op vier punten verbeteren.

Delirium

Een delirium (of acute verwardheid) is een veel voorkomende, ernstige neuropsychiatrische stoornis die wordt uitgelokt door een of meer lichamelijke oorzaken. De symptomen van een delirium bestaan uit een wisselend/gedaald bewustzijn, desoriëntatie, gestoorde aandacht en concentratie en gaan vaak, maar niet altijd, gepaard met hallucinaties, waan-ideeën, motorische onrust en angst. Het delirium is een van de meest voorkomende psychiatrische stoornissen in het ziekenhuis en komt naast en in combinatie met depressie en dementie vooral voor bij de oudere patiënt. 25% van het totaal aantal opgenomen patiënten is 70 jaar of ouder. Dat zijn er ruim 400.000 per jaar. De schattingen zijn dat tussen de 40.000 en de 160.000 van hen bij opname een delirium hebben of tijdens ziekenhuisverblijf een delirium krijgen. Het delirium bij oudere patiënten is een ernstig ziektebeeld. en gaat vaak gepaard met een langere opnameduur, (tijdelijk danwel blijvend) verlies van zelfredzaamheid, een verhoogd risico op complicaties en een hogere mortaliteit zowel tijdens de ziekenhuisopname als daarna². Ten behoeve van een verbeterde herkenning en behandeling van een delirium is een richtlijn opgesteld door de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie samen met de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (www.cbo.nl).

Vallen en mobiliteitsverlies

Vallen is een serieus probleem waar ouderen mee te maken krijgen en kan leiden tot mortaliteit, morbiditeit en immobiliteit³.

Studies hebben laten zien dat onder met name diegenen die opgenomen zijn in instellingen een verhoogd risico bestaat voor vallen: zwakke benen, balansproblemen, vermindering van dagactiviteiten, verminderd zicht, verminderd geheugen en het gebruik van meerdere soorten medicijnen zoals sedativa en antihypertensiva⁴. Verschillende studies hebben laten zien dat naarmate een patiënt meer factoren heeft die gerelateerd zijn aan vallen, het risico op valincidenten zelfs exponentieel stijgt. Voor patiënten die een valincident hebben gehad is het zinvol om te analyseren wat de onderliggende factoren waren die hebben bijgedragen tot de val. Dit om een nieuwe val en (nieuw) letsel te voorkomen. Een plan met de risicofactoren kan het aantal valincidenten reduceren of elimineren en kan gezondheidsuitkomsten verbeteren⁵.

Programma's die erop gericht zijn om door middel van oefening fysieke activiteit te bevorderen en sterkte en balans te verbeteren kunnen valincidenten reduceren van 9-35%⁶. Er is een richtlijn valincidenten opgesteld door de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie in samenwerking met andere belanghebbende partijen om vallen zo veel mogelijk te voorkomen.

Ondervoeding

Onvrijwillig gewichtsverlies onder oudere personen

¹ Thomas EJ, Brennan TA. Incidence and types of preventable adverse events in elderly patients: population based review of medical records. *BMJ*, 2000a; 320(7237): p.741-744

² IGZ, De oudere patiënt met een delirium in het ziekenhuis: verwardheid nog onvoldoende onderkend, Den Haag, oktober 2005

³ Rubenstein LZ, Josephson KR, Robbins AS. Falls in the nursing home. *Ann Intern Med*. 1994; 121:442-451

⁴ Nevitt MC. 'Falls in the elderly: Risk factors and prevention.' In Masdeu JC, Sudarsky L, Wolfson L. *Gait Disorders of Aging*. Lippincott-Raven, Philadelphia, 1997

⁵ Rubenstein LZ, Josephson KR, Robbins AS. Falls in the nursing home. *Ann Intern Med*. 1994; 121:442-451

⁶ Close J, Ellis M, Hooper R, Glucksman E, Jackson S., Swift C, Prevention of falls in the elderly trial (PROFET): a randomised controlled trial. *The Lancet*, Vol. 353, Issue 9147, 9 January 1999, Pages 93-97

voorspelt een verhoogd risico op mortaliteit. Een aantal factoren zijn van voorspellende waarde bij ondervoeding van oudere ziekenhuispatiënten, zoals een lage energetische intake (<30% van de behoefte) en een laag serum albumine. Deze factoren houden verband met onder andere een langer verblijf in het ziekenhuis en frequentere heropname.

Een meta-analyse van klinische onderzoeken laat zien dat patiënten met ondervoeding die voor de derde opnamedag een voedingsinterventie geboden werd, gemiddeld 3 dagen korter in het ziekenhuis verblijven. Een interventie na de vierde opnamedag liet dit resultaat niet zien. In het landelijke project ‘Vroege herkenning en behandeling van ondervoeding’ waarin 28 ziekenhuizen participeren is gewerkt aan het voorkomen van ondervoeding. De ervaringen opgedaan met dit project worden meegenomen in het veiligheidsprogramma. Daarnaast is de richtlijn ‘Preoperatief voedingsbeleid’ voor de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie samen met de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde in concept gereed.

Doelstelling

Het reduceren van (vermijdbare) complicaties bij de oudere ziekenhuispatiënt zullen binnen het veiligheidsprogramma zijn gericht op: delier, vallen, mobiliteitsverlies en ondervoeding. De doelstelling is tweeledig: de kwetsbare ouderen moeten vroegtijdig herkend worden en vervolgens dient adequate behandeling te worden ingesteld om verdere (vermijdbare) schade te voorkomen. De concrete doelstellingen en beoogde aanpak wordt met het expertgroep kwetsbare oudere vastgesteld.

Interventies

Binnen de expertgroep kwetsbare ouderen wordt op de vier aandachtsgebieden doelstellingen en de interventies vastgesteld. Deze interventies worden geïnventariseerd en geselecteerd op basis van (evidence based medische en verpleegkundige) literatuur, richtlijnen (soms nog in ontwikkeling) en uit andere landelijke projecten zoals ‘Move your dot’ en lopend wetenschappelijk onderzoek.

6. Voorkomen van verwisseling bij patiënten en van patiënten

Verwisseling kan voorkomen bij patiënten, maar ook van patiënten. Uit cijfers van schadeverzekeraar Medirisk blijkt dat er jaarlijks zo’n 15 links-rechts verwisselingen voorkomen. Hierbij gaat het dan om verwisseling van de kant van de patiënt tijdens het OK proces. Verkeerde-kant chirurgie moeten we voorkomen en is ook te voorkomen⁷. Links-rechts verwisseling bij de patiënt is een brede term, die gaat over alle chirurgische operaties die zijn uitgevoerd bij de patiënt, zoals een verkeerd lichaamsdeel, de verkeerde kant van het lichaam, of op een verkeerd niveau van de goede kant of verkeerd onderdeel van het lichaam, maar ook bij de verkeerde patiënt.

De Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) heeft een oorzakenanalyse uitgevoerd van 126 gevallen van links-rechtsverwisseling. Hieruit blijkt dat het in 13% van de gevallen de verkeerde patiënt betrof, in 11% van de gevallen ging het om de verkeerde operatie en in 76% van de gevallen om de verkeerde kant van het lichaam⁸.

⁷ Universal Protocol for Preventing Wrong Site, Wrong Procedure, Wrong Person Surgery, Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (accessed 2 Feb 2006).

⁸ Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. A follow-up review of wrong site surgery. Sentinel Event Alert. December 5, 2001: Issue 24

⁹ Dalton D., Blau W., et.al.; Changing Acute Pain Management to Improve patient Outcomes: an Educational Approach; Journal of Pain and Symptom Management; 1999; 17(4): 277-287

¹⁰ Vandermeulen E., van Aken H., Acute Postoperatieve Pijntherapie; in: Tijdschrift voor Geneeskunde; 1994; 50(13): 1067-1078.

Mogelijke risicofactoren zijn spoed OK's, ongewone tijdsdruk bij de start van de OK of bij het afmaken en de betrokkenheid van verschillende snijdende medisch specialisten of verschillende procedures op één OK.

Naast links rechts verwisseling bij de patiënt wordt er binnen het Veiligheidsprogramma ook aandacht besteed aan verwisseling van patiënten tijdens de behandeling.

Doelstelling

Links recht verwisseling is onaanvaardbaar. De doelstelling van het Veiligheidsprogramma is om links rechts verwisseling van en bij patiënten te voorkomen.

Interventies

Belangrijk bij het oplossen van links-rechtsverwisseling is dat er multidisciplinair wordt samengewerkt en dat er gezamenlijk procedures worden vastgesteld om verwisseling te voorkomen. Het expertteam zal wetenschappelijke literatuur en 'good practices' bestuderen en daaruit interventies selecteren die links-rechtsverwisseling helpen voorkomen. Landelijk is in een aantal ziekenhuizen ervaring opgedaan met het toepassen van de time-out procedure voor het starten van de OK. Deze interventie wordt meegenomen bij het uitwerken van het thema links-rechtsverwisseling.

7. Voorkomen van incidenten bij het bereiden en toedienen van high-risk medicatie

De Centrale Medicatiefouten Registratie (CMR) registratie van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers (NVZA) leert ons dat van de 5070 gemelde medicatiefouten 46% is toe te schrijven

aan toedieningsfouten, 20% aan voorschrijffouten en 5% van bereidingsfouten. In het kader van het Veiligheidsprogramma wordt er naar gestreefd het aantal medicatiefouten bij de high-risk medicatie terug te brengen. High-risk medicatie is de medicatie waarbij de kans op schade bij foutieve behandeling het grootst is. Hierbij kan gedacht worden aan antistolling, wat 11% van het aantal medicatiefouten voor zijn rekening neemt. In het Veiligheidsprogramma zal worden vastgesteld welke medicatie in eerste instantie als high-risk kan worden gelabeld.

Doelstelling

De doelstelling is om het aantal medicatiefouten dat optreedt bij het bereiden en toedienen van high-risk medicatie te verminderen. Het expertteam high-risk medicatie zal de concrete doelstelling vaststellen.

Interventies

Het expertteam high-risk medicatie zal aan de hand van wetenschappelijke kennis en praktijkervaringen bepalen welke interventies invloed hebben op de vermindering van de fouten bij het bereiden en toedienen van high-risk medicatie.

8. Voorkomen van onnodig lijden van patiënten door pijn

Het onnodig lijden van pijn kan worden voorkomen door systematische pijnmeting en het inzetten van gerichte interventies om onnodig pijn te voorkomen. Pijn heeft een nadelig effect op het genezingsproces van de patiënt en dient zoveel mogelijk te worden voorkomen.

Postoperatieve pijn is een belangrijk klinisch probleem. Uit literatuur^{9,10} blijkt dat 40% tot 75% van de patiënten matige tot zeer ernstige pijn aan geeft in de postoperatieve periode. Pijnbestrijding

heeft de afgelopen periode veel aandacht gekregen onder meer in Sneller Beter pijler 3. Een aantal ziekenhuizen geven aan een ‘pijnvrij’ ziekenhuis te zijn. Daarnaast is er de richtlijn ‘Postoperatieve pijnbehandeling en sedatie en/of analgesie door niet –anesthesiologen’ en is de richtlijn ‘Diagnostiek en behandeling van patiënten met pijn bij kanker’ van de Nederlandse Vereniging van Anesthesiologie in concept gereed. De ervaringen van deze ziekenhuizen en de richtlijnen worden gebruikt om de doelstelling en interventies vast te stellen en de ‘tools’ om de pijnbestrijding in de ziekenhuizen te verbeteren.

Doelstelling

De doelstelling van dit thema binnen het Veiligheidsprogramma is om patiënten niet onnodig te laten lijden door pijn. De doelstelling zal door het expertteam pijn worden vastgesteld.

Interventies

De ervaringen in de ziekenhuizen met pijnbestrijding en de bovengenoemde richtlijnen worden gebruikt om interventies vast te stellen en ‘tools’ te ontwikkelen om de pijnbestrijding in de ziekenhuizen te verbeteren.

9. Voorkomen van sterfte ten gevolge van acuut myocard infarct

Een hartinfarct of hartaanval ontstaat wanneer een bloedstolsel een kransslagader plotseling afsluit. Door die afsluiting krijgt het bijbehorende gedeelte van de hartspier geen zuurstof meer en sterft af. De afsluiting van de kransslagader gaat gepaard met een plotselinge, hevige en lang aanhoudende pijn in de borststreek, vaak uitstralend naar de hals, armen, kaken of mond. Misselijkheid en zweten treden ook

dikwijls op. Deze symptomen kunnen ook minder uitgesproken zijn. De ernst van een hartinfarct hangt af van de grootte van de beschadiging van het hart. Bij grote schade werkt de hartspier onvoldoende en treedt hartfalen op. Ook kunnen vernauwingen in de kransslagaders leiden tot zuurstoftekort, waardoor angina pectoris kan ontstaan. Een hartinfarct is een gevaarlijke aandoening, die met ernstige ritmestoornissen (en soms met de dood) gepaard kan gaan.

De cijfers van de IGZ 2006¹¹ laten zien dat de totale sterfte kort na een hartinfarct, namelijk binnen 30 dagen of in het ziekenhuis, 5.8% bedraagt. De overlevingskans van een patiënt is afhankelijk van een tijdige en juiste diagnose, behandeling en nazorg. Verschillende studies hebben aangetoond dat er een verband bestaat tussen de kwaliteit van de geleverde zorg na het optreden van een acuut myocard infarct (AMI) en de mortaliteit.

Doelstellingen

Binnen het Veiligheidsprogramma wordt gestreefd naar het verminderen van sterfte ten gevolge van een AMI.

Interventies

De doelstelling zal behaald kunnen worden door het stellen van een juiste diagnose, het uitvoeren van de juiste behandeling en de geleverde nazorg. Het expertteam AMI zal aan de hand van wetenschappelijk onderzoek, richtlijnen en praktijkervaringen bepalen welke interventies na invoering invloed zullen hebben op de sterfte na een acuut myocard infarct op het gebied van diagnose, behandeling en nazorg.

¹¹ Inspectie voor de gezondheidszorg, Prestatie-indicatoren basisset 2007.

10. Nierinsufficiëntie

Geschat wordt dat in Nederland jaarlijks 0,5 tot 1 miljoen verrichtingen (diagnostisch en therapeutisch) met jodiumhoudende contrastmiddelen plaatsvinden. Vrijwel al deze handelingen worden verricht door of onder supervisie van een radioloog of een cardioloog. Door recente innovaties van CT-scanners, met name door multislice-technieken, zal het aantal injecties met jodiumhoudende contrastmiddelen vermoedelijk eerder stijgen dan dalen.

In de Nederlandse ziekenhuizen wordt tegenwoordig (vrijwel) uitsluitend non-ionisch contrast gebruikt bij intravasale toepassing. De vroeger frequent voorkomende reacties, als anafylactische shock, komen daardoor nauwelijks meer voor. Geleidelijk verschuift de aandacht naar nefrotoxiciteit, bij patiënten met risicofactoren¹² dus niet bij gezonde mensen.

Reeds bestaande nierbeschadiging kan leiden tot acute nierinsufficiëntie na de toediening van contrastmiddelen. Voorzorgsmaatregelen moeten genomen worden, zoals identificatie van risicopatiënten en het zorgen voor voldoende hydratatie voorafgaand aan CM-toediening. De kans op acute nierinsufficiëntie is bij oudere patiënten¹³ groter.

Doelstelling

Het verminderen van een risico op nierinsufficiëntie bij gebruik van contrastmiddel en andere medicijnen.

Interventie

Het expertteam nierinsufficiëntie gaat bepalen welke interventies ingevoerd worden om de doel-

stelling op dit thema te behalen. Gedacht kan worden aan interventies op de volgende onderwerpen:

- Inschatting van het risico op nierinsufficiëntie
- Bepalen van nierfunctie bij risico personen
- Beleid bepalen ten aanzien van patiënten met verhoogd risico

¹² Conceptrichtlijn Voorzorgsmaatregelen bij jodiumhoudende contrastmiddelen: www.cbo.nl.

¹³ Geneesmiddelen repertorium, 2006 Pharma Publishers: www.geneesmiddelenrepertorium.nl/013_iomer_16914.html

BIJLAGE B

REVISIE EN ONTWIKKELING NEDERLANDSE NORM

Deelproject 'Revisie NTA 8009 Veiligheidsmanagementsysteem voor ziekenhuizen en instellingen die ziekenhuiszorg verlenen'

en

Deelproject 'Ontwikkeling Nederlandse Norm, NEN xxx, Veiligheidsmanagementsysteem voor ziekenhuizen en instellingen die ziekenhuiszorg verlenen'

Begindatum en doorlooptijd

Deelproject 'Revisie NTA 8009'

Aanvangsdatum: januari 2008

Beoogde einddatum: december 2008

Deelproject 'Ontwikkeling Nederlandse norm'

Aanvangsdatum: januari 2009

Beoogde einddatum: december 2011

Doel

Deelproject 'Revisie NTA 8009'

De NTA 8009 Veiligheidsmanagementsysteem voor ziekenhuizen en instellingen die ziekenhuiszorg verlenen, is in juni 2007 gepubliceerd. Na deze publicatie vindt een eerste verkenning plaats van de ziekenhuizen met de NTA 8009 in de eigen werksituatie. Op basis van de ervaring van de ziekenhuizen met de formuleringen in de huidige NTA, wordt de NTA in september 2007 bij NEN in revisie genomen. Tijdens deze revisie wordt het document op basis van deze eerste ervaringen aangepast. Het gaat hierbij om tekstuele aanpassingen, om de helderheid, leesbaarheid en begrijpelijkheid van de formuleringen in de NTA te verbeteren en het draagvlak van de NTA onder de ziekenhuizen te vergroten. Na deze revisie zal NEN de NTA opnieuw publiceren in eind 2008. De revisie van de NTA vindt plaats tijdens zogenoemde 'invitation-

bijeenkomsten', waarvoor de belanghebbende partijen worden uitgenodigd.

Kenmerken van een NTA:

- Een NTA is een openbare afspraak tussen ten minste twee belanghebbende partijen;
- Een NTA kan, indien een snelle oplossing van een probleem nodig is, tegemoet komen aan een vraag uit de markt voor snelle afspraken die breed toepasbaar zijn;
- Binnen een openstellingstermijn voor deelname (zes weken) mogen geen belanghebbende partijen geweigerd worden voor deelname in de projectgroep;
- Besluiten over de NTA worden met eenvoudige meerderheid van stemmen in de projectgroep genomen;
- Er vindt geen openbare commentaarprocedure plaats;
- De NTA mag niet in conflict zijn met andere normatieve documenten;
- De geldigheidsduur van een NTA is (maximaal) drie jaar; daarna wordt beslist of de NTA moet worden gehandhaafd, aangepast, ingetrokken of worden omgezet in een NEN-norm. Deze beslissing kan ook binnen de drie jaar genomen worden.

Deelproject 'Ontwikkeling Nederlandse norm'

Na de tweede publicatie van de NTA 8009 in 2008, wordt een traject gestart dat zal leiden tot de omzetting van de NTA in een Nederlandse norm (NEN). Deze herziening houdt tevens in dat de onderwerpen die in de eerste fase niet aan bod zijn gekomen, nu in de norm opgenomen worden. Dit betreffen de onderwerpen communicatie, management van derden en operationele beheersmaatregelen.

Naast deze onderwerpen zullen zes werkgroepen onder de normcommissie van start gaan, waarin relevante thema's op het gebied van patiëntveiligheid worden behandeld. Hierbij kan worden gedacht aan de thema's decubitus, wondinfectie of medicatieveiligheid. In de werkgroepen worden de specifieke, inhoudelijke bouwstenen voor deze thema's uitgewerkt en wordt, indien mogelijk, de normstelling voor de thema's gekoppeld aan prestatie-indicatoren. In de werkgroepen zullen inhoudelijke experts deelnemen. Bij aanvang van het normontwikkelingstraject in april 2008 zullen twee van de zes werkgroepen van start gaan. Na een half jaar zal, op basis van de ervaringen van deze werkgroepen, een procesmatige evaluatie plaatsvinden en zullen de overige vier werkgroepen van start gaan. Afhankelijk van de behoefte aan een verdere uitwerking van specifieke thema's op het gebied van patiëntveiligheid, kan worden besloten om de zes werkgroepen verder uit te breiden.

Het normontwikkelingstraject neemt in totaal rond drie jaar in beslag en heeft, afhankelijk van de gevolgde planning, een beoogde einddatum in het tweede kwartaal van 2011.

Kenmerken van een norm:

- Een norm is een openbare afspraak tussen zoveel mogelijk betrokken partijen.
- De besluitvormingsprocedure bij een norm is op basis van consensus. Dit houdt in dat er algehele instemming met het document moet zijn en dat er geen blijvende bezwaren tegen (delen van) het document mogen bestaan.
- Voor definitieve publicatie dient het ontwerp voor een norm te worden gepubliceerd voor openbare kritiek.
- De norm mag niet in conflict zijn met andere normatieve documenten.
- De geldigheidsduur van een norm is (maximaal)

vijf jaar; daarna wordt beslist of de norm moet worden gehandhaafd, aangepast of ingetrokken. Deze beslissing kan ook binnen de vijf jaar worden genomen.

Opdrachtgever en doelgroep

De opdrachtgevers van het project zijn NVZ vereniging van ziekenhuizen, de Orde van Medisch Specialisten, het Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland.

De doelgroep voor het project zijn Nederlandse ziekenhuizen en instellingen die ziekenhuiszorg verlenen.

Acceptatiecriteria

De acceptatie van een NTA is gebaseerd op het meerderheidsprincipe: de NTA moet door de meerderheid van de leden van de normcommissie geaccepteerd worden.

De acceptatie van een Nederlandse norm is gebaseerd op het consensusprincipe. Dit houdt in dat een norm niet kan worden gepubliceerd, voordat alle kritieken zijn behandeld en overgenomen, of onderbouwd zijn weerlegd.

Planning

Voor het deelproject 'Revisie NTA 8009' zal de revisie van de NTA 8009 januari 2008 van start gaan. De eerste invitationbijeenkomst wordt gepland in begin 2008.

Het deelproject 'Ontwikkeling Nederlandse norm' zal direct na de publicatie van de tweede editie van de NTA 8009 starten in januari 2009 en zal drie jaar in beslag nemen. Een gedetailleerde planning voor dit project zal door NEN worden opgesteld en samen met de opdrachtgever en de normcommissie worden besproken.

Normcommissie

Bij aanvang van de ontwikkeling van een Nederlandse norm wordt een normcommissie ingesteld. De leden van een normcommissie zijn terzake deskundigen die in staat zijn gezamenlijk de bij de normalisatie betrokken belangen te behartigen. De leden hebben zitting namens de organisaties of instellingen die hen hebben voorgedragen.

Voor een nieuwe normcommissie worden alle belanghebbende partijen uitgenodigd om hierin zitting te nemen. Meestal zijn deze partijen producenten, handelaren, gebruikers, overheden of consumentenorganisaties. Voor het deelproject 'Ontwikkeling Nederlandse norm' kunnen de normcommissieleden onder andere bestaan uit vertegenwoordigers uit de Nederlandse ziekenhuizen, NVZ, Orde, LEVV, HKZ, NIAZ, VWS, IGZ, NPCF, V&VN, NFU en andere relevante belanghebbende partijen. Bij de start van het traject zal NEN een stakeholdersanalyse uitvoeren. NEN nodigt vervolgens, op basis van de uitgevoerde stakeholdersanalyse, de belanghebbende partijen uit.

Een normcommissie heeft een projectmatig karakter. Bij de start van het project wordt het commissieplan met het werkprogramma en de activiteiten vastgesteld. Hiernaast wordt jaarlijks een specifiek commissieplan opgesteld, met het werkprogramma voor het desbetreffende jaar.

Voor de effectieve behandeling van een afgerond deel van haar taken kan de normcommissie een werkgroep instellen. De werkgroep heeft een duidelijk omschreven taak en een tijdelijk karakter en rapporteert aan de normcommissie. Voor het deelproject 'ontwikkeling Nederlandse norm' is afgesproken om zes werkgroepen samen te stellen.

BIJLAGE C

AANMELDEN VAN NETWERKEN EN ZIEKENHUIZEN

Om een succesvol programma te kunnen draaien, is een aantal aanmeldingscriteria opgesteld waaraan netwerken en ziekenhuizen die zich inschrijven voor het programma moeten voldoen.

Aanmeldingscriteria netwerken:

- Ziekenhuizen stellen gezamenlijk een netwerkcoördinator aan voor één fte. De kosten voor de netwerkcoördinator worden door de ziekenhuizen zelf gedragen.
- De netwerkcoördinator heeft meerdere jaren ervaring in de gezondheidszorg, wordt door de ziekenhuizen zelf voorgedragen, heeft ervaring met grote veranderingsprojecten, is een organisator en gaat makkelijk samenwerkingsrelaties aan. Leidinggevende ervaring heeft de voorkeur.

Aanmeldingscriteria ziekenhuizen:

- commitment van de raad van bestuur en het medische stafbestuur voor deelname;
- er is draagvlak voor deelname op het niveau van de medische staf, het managementteam, de cliëntenraad, de VAR en andere relevante raden en geledingen;
- het ambitieniveau van het ziekenhuis komt overeen met de doelstellingen van het programma;
- het ziekenhuis beschikt over een ambitieuze raad van bestuur en medisch stafbestuur die actief betrokken zijn bij de opzet en verspreiding van veiligheidsmanagement;
- het ziekenhuis kan 1,0 fte vrijmaken voor een ziekenhuiscoördinator die is belast met de coördinatie in het ziekenhuis;
- het is voor het ziekenhuis mogelijk om daar waar nodig voldoende menskracht in te zetten en tijd vrij te maken op alle niveaus binnen de organisatie;

Voorwaarden

Het ziekenhuis is bereid (en in staat):

- tot samenwerking en uitwisseling met de andere ziekenhuizen die deelnemen aan het programma op bestuurlijk en operationeel niveau.
- de opgedane ervaring niet alleen intern maar ook extern te delen, bijvoorbeeld door middel van publicaties, presentaties op congressen, bezoeken van andere ziekenhuizen, geven van trainingen, enz.
- de opgedane ervaring systematisch en gericht terug te koppelen aan de programmaorganisatie voor landelijke verwerking en verspreiding.
- een brede infrastructuur op te bouwen in de organisatie gericht op brede verspreiding van resultaten en geleerde lessen.
- zijn resultaten publiek te maken aan de programmaorganisatie die de resultaten gebruikt voor verantwoording aan VWS en aan de maatschappij.

Werving netwerken met ziekenhuizen

Ziekenhuizen zullen via NVZ, Orde, V&VN en/of LEVV worden geïnformeerd over de start van het programma. In februari 2008 wordt ook een informatiebijeenkomst georganiseerd waarin het veiligheidsprogramma uiteen wordt gezet en waar ziekenhuizen zich direct kunnen aanmelden. De feitelijke aanmelding verloopt via www.vmszorg.nl.

BIJLAGE D
 OVERLEGSTRUCTUUR

Bijeenkomst/overleg programmaorganisatie	Duur	Aanwezig	Frequentie	Voorzitter	Verantwoordelijke
Vergadering programmadirectie	1,5 uur	Directeuren organisaties Bestuurders met portefeuille Programmamanager	1 x 2 maand 1 x 6 maand	Directeur NVZ	Directeur NVZ
Vergadering begeleidingscommissies	2 à 3 uur	Leden commissie Programmamanager Projectleider	1 x 2 maand	Voorzitter commissie	Voorzitter commissie
Programmateam vergadering	1,5 uur	Programmamanager Programmateamleden	1 per 2 week 1 per 2 week	Programmamanager	Programmamanager
Leiderschapsnetwerk	1 dag	RvB, MS en VAR van de ziekenhuizen uit het netwerk	4 x in 1,5 jaar per netwerk	Gekozen dagvoorzitter	Netwerkcoördinator
Netwerkcoördinatoren bijeenkomsten	1 dag	Netwerkcoördinatoren Programmamanager Projectleiders	1 x maand	Programmamanager	Programmamanager
Pijler 10 thema's					
Bijeenkomsten thema's	1 dag	Voorzitter expertgroep Expertgropleden Ziekenhuissteams Programmateamlid Programmamanager (indien nodig)	Per thema 3x per 1,5 jaar	Voorzitter expertteam	Voorzitter expertteam projectleider pijler tien thema's
Pijler VMS					
VIM bijeenkomsten inclusief PRISMA training	1 dag	Ziekenhuissteams Programmateamlid	3 bijeenkomsten per 1,5 jaar	Gekozen dagvoorzitter	Projectleider pijler VMS
Training prospectieve risico-inventarisatie	1 dag	Ziekenhuissteams Programmateamlid	3 x per 1,5 jaar	Gekozen dagvoorzitter	Projectleider pijler VMS
Cursus patiëntveiligheid algemeen	4 dagen	Selectieve groep uit ziekenhuizen Programmamanager Programmateamlid	3 x per 1,5 jaar	Gekozen dagvoorzitter	Projectleider pijler VMS
Besluitvormingsgroep NTA	n.t.b.	n.t.b.	n.t.b.	n.t.b.	n.t.b.
Adviescommissie NTA	n.t.b.	n.t.b.	n.t.b.	n.t.b.	n.t.b.
Werkgroep NTA	n.t.b.	n.t.b.	n.t.b.	n.t.b.	n.t.b.



NVZ vereniging van ziekenhuizen

NVZ vereniging van ziekenhuizen



Orde van Medisch Specialisten

Orde van Medisch Specialisten (Orde)

LEVV Landelijk Expertisecentrum
Verpleging & Verzorging



Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVV)

v&vn

Beroepsvereniging van zorgprofessionals

Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)