

# Hier werk je veilig, of je werkt hier niet

Sneller Beter - De veiligheid in de zorg

Eindrapportage Shell Nederland | november 2004



# Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Managementsamenvatting	5
Inleiding	6
Analyse patiëntveiligheid	8
Advies 1: Voer in alle ziekenhuizen een veiligheidsmanagementsysteem in	10
Advies 2: Maak ziekenhuisdirecties eindverantwoordelijk voor veiligheid	13
Advies 3: Laat zorgverzekeraars ook op kwaliteit en veiligheid inkopen	14
Advies 4: De overheid moet daadkracht en verantwoordelijkheid tonen	16
Bijlage: Het veiligheidsmanagementsysteem (VMS)	17
Geraadpleegde organisaties	19



## Voorwoord

**Hier werk je veilig, of je werkt hier niet. Deze tekst staat prominent op een bord voor de ingang van de Shell-raffinaderij Pernis. Een kortere samenvatting van het belang dat Shell hecht aan veiligheid kan ik nauwelijks geven. Het verzoek van minister Hoogervorst van VWS om als gezant voor het programma Sneller Beter onderzoek te doen hoe de veiligheid in de zorg te vergroten, heb ik daarom graag aangenomen.**

Sinds het begin van de jaren negentig werkt Shell wereldwijd met een systeem om de veiligheid in alle werkprocessen te managen. Wij hebben het wiel niet zelf uitgevonden, maar hebben veel te danken aan ervaringen van andere bedrijven en industrieën. En nog steeds profiteren wij van de nieuwste inzichten en instrumenten van externe veiligheidsdeskundigen.

Op onze beurt willen wij onze expertise delen met de zorgsector. Niet omdat wij beter weten dan de medisch professional wat er nodig is in het ziekenhuis. Wel omdat de principes van veiligheidsmanagement universeel zijn en in alle sectoren navolging verdienen. Dit rapport is vooral een advies op hoofdlijnen.

Het signaleert knelpunten en doet voorstellen hoe de veiligheid in de zorg kan verbeteren. Daarbij gaat het niet alleen om de veiligheid van de patiënt, maar ook om die van de medische professionals zelf. Juist de mensen die dagelijks verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van de zorg, verdienen het te werken in een veilige omgeving.

Veiligheid is een onderwerp dat voortdurend aandacht behoeft. Dit rapport moet dan ook geen eindpunt zijn, maar het vertrekpunt voor nieuwe initiatieven om de zorg veiliger te maken. Ik daag medische professionals en de Nederlandse ziekenhuizen uit zoveel mogelijk te profiteren van elkaars kennis en ervaring en ook te rade te gaan bij veiligheidsdeskundigen in andere sectoren. De leden van de Vereniging van de Nederlandse Chemische Industrie zijn graag bereid om te helpen.

Dit rapport is tot stand gekomen op basis van een groot aantal gesprekken met professionals uit de zorgsector. In persoonlijke gesprekken, tijdens werkbezoeken, brainstormsessies en expertmeetings heb ik zelf de zorgsector ook beter leren kennen. Ik ben zeer onder de indruk van de enorme betrokkenheid en inzet

van verpleegkundigen, medisch specialisten en apothekers. Ik wil iedereen die een bijdrage heeft geleverd aan dit rapport bedanken voor de inspiratie en het enthousiasme om samen de zorg veiliger te maken, met name het team dat de afgelopen maanden intensief en met plezier heeft samengewerkt met ondergetekende; Ivo van Duijneveldt (Booij, Klusman en van Bruggen), Patrick Hudson (hoogleraar Universiteit Leiden), André Smit (manager Social Investment, Shell Nederland) en Annemarie van der Rest (manager Health, Safety and Environment, Shell Nederland).



Rein Willems  
President-directeur Shell Nederland





## Managementsamenvatting

In de Nederlandse ziekenhuizen overlijden jaarlijks 1.500 tot 6.000 mensen als gevolg van incidenten die te voorkomen waren geweest. Waar gewerkt wordt, worden fouten gemaakt – het kunnen er alleen veel minder zijn. Op basis van eigen ervaringen acht Shell een reductie van het aantal incidenten met 75% haalbaar binnen een periode van 15 jaar, bij een kostenbesparing op termijn van € 1-3 miljard. Om dit in de zorg te realiseren, is een viertal acties noodzakelijk:

### **Advies 1: Alle ziekenhuizen werken in 2008 met een gecertificeerd veiligheidsmanagementsysteem (VMS).**

De bouwstenen voor dit VMS zijn al beschikbaar en zijn in sommige Nederlandse ziekenhuizen al in gebruik. Het VMS dient te bestaan uit een risico-inventarisatie, uit een incidentenanalyse en uit een managementsysteem om verbeteracties te plannen en te monitoren. De invoering van een VMS in elk ziekenhuis wordt begeleid door een Nationaal Platform Patiëntveiligheid. De accreditatie van de systemen kan worden verzorgd door het Nederlands Instituut voor de Accreditatie van Ziekenhuizen.

### **Advies 2: Ziekenhuisdirecties eindverantwoordelijk voor veiligheid.**

De eindverantwoordelijkheid voor de veiligheid van patiënten en medewerkers moet zeer duidelijk vastgelegd worden. Ziekenhuisdirecties moeten de mogelijkheid krijgen te sturen op kwaliteit en veiligheid en waar nodig sancties kunnen uitdelen. De verhouding tussen ziekenhuisdirecties en medewerkers of maatschappen moet zakelijker worden. Het functioneren van specialisten en medewerkers moet regelmatig worden geëvalueerd en contracten van specialisten moeten een beperkte looptijd hebben van vier tot vijf jaar. De ziekenhuisdirectie is ook verantwoordelijk voor de cultuur waarin dit gerealiseerd kan worden.

### **Advies 3: Verzekeraars nemen veiligheid en kwaliteit mee in contractbesprekingen.**

Zorgverzekeraars gaan niet alleen op prijs en productie inkopen, maar ook op kwaliteit en veiligheid van de zorg. Daartoe hebben verzekeraars goede informatie nodig van de ziekenhuizen.

### **Advies 4: De overheid moet daadkracht en verantwoordelijkheid tonen.**

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) stelt de invoering van een VMS per 1 januari 2008 verplicht voor elk ziekenhuis in Nederland. Zij bewaakt de voortgang van deze doelstelling. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) faciliteert de invoering van de systemen, onder meer via Sneller Beter. Tenslotte garandeert VWS dat ziekenhuizen die in veiligheid investeren, ook kunnen rekenen op de opbrengsten van deze investering.



## Inleiding

Het project Sneller Beter is eind 2003 gestart om de transparantie, doelmatigheid, kwaliteit en innovatie in de curatieve zorg te verbeteren. Dit gebeurt onder meer door de zorg thematisch onder de loep te nemen. In de eerste helft van 2004 stond het thema 'patiëntenlogistiek' centraal. Voor dit thema stelde TPG haar specifieke logistieke expertise ter beschikking. Het tweede thema betreft de veiligheid in de zorg. Minister Hoogervorst heeft Shell gevraagd vanuit haar visie op veiligheidsmanagement te adviseren over mogelijke verbeteringen in de veiligheid van patiënten en medewerkers.

Patiëntveiligheid gaat over het voorkomen van onbedoelde schade aan de patiënt. Niet alle schade hoeft echter het gevolg te zijn van een fout. Denk bijvoorbeeld aan de bijwerkingen die sommige medicijnen hebben. Andersom hoeft ook niet elke fout direct te leiden tot schade. In die gevallen spreken we over bijna-ongelukken. Voor wie systematisch veiligheid wil managen, is inzicht in het ontstaan van bijna-ongelukken net zo relevant als de analyse van een groot ongeluk.

De kern van het veiligheidsmanagement-systeem (VMS) is het inventariseren van risico's en het vastleggen van maatregelen om de risico's te beheersen. Hier kan Shell haar specifieke expertise ter beschikking van de zorg stellen. Natuurlijk zijn patiënten geen oliedrums en is het ziekenhuis geen raffinaderij. Maar net als in de petrochemie, werken in de

zorg professionals in een vaak zeer specialis-tische werkomgeving met complexe werk-processen. Net als in de petrochemie kan een incident grote gevolgen hebben en leiden tot blijvend letsel of erger. Veiligheid dient daarom hoger op de agenda van alle professionals in de zorgsector te staan.

In dit rapport presenteert Shell een visie op hoofdlijnen om tot structurele verbetering van de veiligheid in de zorg te komen. Daarvoor is actie op vier fronten vereist: ziekenhuizen moeten systematisch veiligheidsmanagement gaan invoeren (advies 1), ziekenhuisdirecties worden eindverantwoordelijk voor de veiligheid (advies 2), zorgverzekeraars geven kwaliteit en veiligheid in hun contracten een vaste plaats (advies 3) en het ministerie stelt middelen ter beschikking om de invoering van het VMS te faciliteren (advies 4).

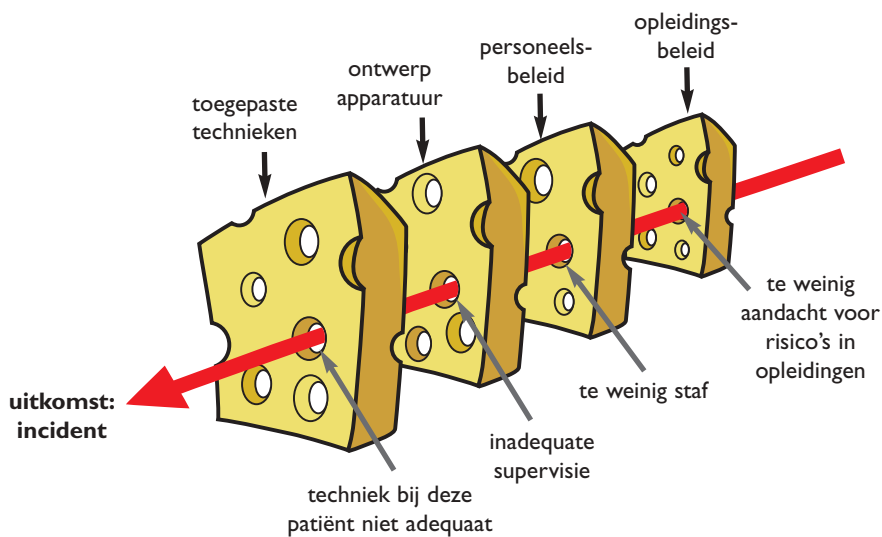
**De kosten van incidenten in de zorg**  
In Nederland ontbreekt een duidelijk zicht op de omvang van het probleem van de veiligheid in de zorg. Dat komt doordat incidenten niet systematisch worden geregistreerd. Duidelijk is dat extra ligdagen als gevolg van incidenten direct bijdragen aan de kosten van de zorg. In de Verenigde Staten worden de kosten van incidenten in de zorg becijferd op \$ 76,6 miljard. Voor Nederland zou dit neerkomen op een bedrag van € 4 miljard per jaar. Uit onderzoek van TNS NIPO blijkt dat met communicatiefouten in de zorg alleen al een bedrag van € 1,4 miljard euro per jaar gemoeid is, waarvan € 300 miljoen voor directe zorgkosten. Op basis van eigen ervaring acht Shell het realistisch om over een periode van 15 jaar het aantal incidenten met 75% te verminderen, hetgeen dan op termijn tot een besparing in Nederland van € 1-3 miljard zal kunnen leiden.

De adviezen in dit rapport hebben betrekking op de situatie zoals Shell die heeft aangetroffen in de Nederlandse ziekenhuizen. De door ons gepresenteerde systematiek voor veiligheidsmanagement is zonder meer ook bruikbaar in andere sectoren van de zorg, zoals in verpleeghuizen of de thuiszorg.

## Hoe incidenten ontstaan

Onder een incident verstaan we in dit rapport alle onbedoelde uitkomsten van een proces of behandeling. Een complicatie is dus ook een incident. In veel werkprocessen, ook in de medische sector, zijn barrières ingebouwd om incidenten te voorkomen. Toch is dit geen garantie voor nul incidenten. Ook barrières kunnen falen. Het zogenaamde gatenkaasmodel laat zien hoe, ondanks verschillende barrières, toch een incident kan ontstaan.

Opeenvolgende barrières en voorzorgsmaatregelen kunnen tekortschieten met een incident als resultaat.





In Nederlandse ziekenhuizen overlijden elk jaar tussen de 1.500 en 6.000 mensen als gevolg van medische fouten die voorkomen hadden kunnen worden. Doordat de incidentenregistratie gebrekkig is, weten we eigenlijk niet goed wat er mis gaat. Veel ziekenhuizen hebben een gesloten bedrijfscultuur, waardoor incidenten niet gemeld worden. Bovendien zijn de verantwoordelijkheden voor kwaliteit en veiligheid niet helder gedefinieerd. Het resultaat: van incidenten wordt niet geleerd.

#### **Gebrekkige incidentenregistratie**

Het aantal van 1.500 tot 6.000 mensen dat jaarlijks overlijdt als gevolg van medische fouten is een schatting. De cijfers zijn gebaseerd op een extrapolatie van gegevens uit de Verenigde Staten. Cijfers uit het Verenigd Koninkrijk en uit Australië ondersteunen dat deze schatting voor de Nederlandse situatie accuraat is. Exacte gegevens over het aantal incidenten in de Nederlandse zorg zijn niet voor handen. Dit komt omdat incidenten niet systematisch worden geregistreerd. Weliswaar kent elk ziekenhuis een MIP-commissie (Meldingscommissie Incidenten Patiëntenzorg), maar lang niet alle incidenten worden bij deze commissie gemeld. Dit geldt zeker voor kleinere incidenten, of voor bijna-ongelukken. Dit is een zeer ernstige situatie, omdat met elke incident dat ongemeld blijft een kans verloren gaat om werkprocessen in de zorg veiliger te maken.

#### **Gesloten bedrijfscultuur**

De bedrijfscultuur in ziekenhuizen is gesloten. Het melden en openlijk bespreken van fouten, is slechts op enkele afdelingen in de Nederlandse ziekenhuizen de praktijk. Een open cultuur, waarin fouten 'veilig' kunnen worden gemeld, zonder dat er een sanctie wordt uitgedeeld, is echter wel vereist om meer zicht en grip te krijgen op de veiligheid in de ziekenhuizen. In zekere zin rust in de zorg een taboe op het erkennen van fouten. Juist doordat medische professionals streven naar de best mogelijke zorg, lijkt er geen ruimte voor het erkennen van fouten. Dit taboe moet doorbroken worden, om tot structurele verbeteringen te kunnen komen.

#### **Ziekenhuisdirecties sturen niet op veiligheid**

De verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en de veiligheid van de zorg is in de meeste

ziekenhuizen niet adequaat geregeld. Duidelijk is dat ziekenhuisdirecties eindverantwoordelijkheid dragen voor de veiligheid in hun ziekenhuizen. In de praktijk ontbreekt het hen echter aan middelen om te sturen op kwaliteit en veiligheid. De incidentenregistratie is gebrekkig. Bovendien laten veel maatschappen zich niet aansturen op kwaliteit en veiligheid. Van periodieke functioneringsgesprekken waarin veiligheid en kwaliteitszorg een vaste plek hebben, is in het geheel geen sprake.

#### **Veiligheid wordt niet gemanaged**

Uit ervaring weet Shell waar we op moeten letten bij het managen van veiligheid. Tijdens de 'Sneller Beter'-bezoeken en in gesprekken met medewerkers hebben we goede voorbeelden gezien van onderdelen van het managen van veiligheid. In Zwolle zagen we het (veilig) melden van incidenten op de neonatologieafdeling van de Isala Klinieken. In het Eindhovense Catharina Ziekenhuis passen de radiotherapeuten de PRISMA-methode succesvol toe en in de Heerlense Maastricht Clinic werkt men met een risicomatrix. Al deze onderdelen

#### **Veel voorkomende incidenten**

Omdat de registratie van incidenten gebrekkig is, ontbreekt een duidelijk zicht op de omvang van het probleem en de aard van de incidenten. Zeer veel genoemd worden echter:

- medicatiefouten
- communicatie- en overdrachtsfouten
- decubitus (doorliggen)
- valincidenten
- post-operatieve wondinfecties



moeten geïntegreerd worden in één systeem, het veiligheidsmanagementsysteem (VMS). De conclusie kan niet anders luiden dan dat de veiligheid in de Nederlandse ziekenhuizen vooral niet gemanaged wordt, enkele positieve uitzonderingen daargelaten. Dankzij de inzet en betrokkenheid van medische professionals gaat er heel veel goed. Maar omdat incidenten meestal door een complex van factoren ontstaan, is 'je best doen' alleen niet goed genoeg. Door gebrekkige incidentenregistratie wordt te weinig van fouten geleerd. Door de gesloten

bedrijfscultuur en het onvermogen van ziekenhuisdirecties om te sturen op veiligheid blijven verbetermaatregelen achterwege. Het resultaat is dat dezelfde incidenten telkens weer kunnen plaatsvinden.

### **Aandacht voor patiëntveiligheid groeit**

Een positieve ontwikkeling is de groeiende aandacht voor het onderwerp patiëntveiligheid. In meerdere ziekenhuizen lopen projecten rond *blame free reporting*. Analysemethoden, zoals de PRISMA-methode of de SIRE-methode, worden met succes in verschillende ziekenhuizen toegepast om de oorzaken van incidenten te achterhalen. Ziekenhuisapothekers experimenteren met methoden om de medicatieveiligheid te bevorderen. Patiëntveiligheid is dit jaar het centrale thema op meerdere grote congressen voor medische professionals. De tijd is rijp om op grotere schaal systematisch werk te maken van de veiligheid voor patiënten en werknemers in de zorg.



### **De ongevalenpiramide**

Grote rampen komen zelden voor. Schoonheidsfoutjes veel vaker. Jaarlijks overlijden 1.500 tot 6.000 mensen als gevolg van medische fouten die te voorkomen waren geweest. Maar dit is pas het topje van de ijsberg. Juist van kleine fouten en van bijna-ongelukken kan een organisatie veel leren. Maar dan moeten medewerkers deze situaties wel durven melden. Een open cultuur waar fouten veilig kunnen worden gemeld, is daarom essentieel.

### **Best practices patiëntveiligheid**

De aandacht voor patiëntveiligheid groeit. Tijdens de werkbezoeken vielen onder meer de volgende *best practices* op:

- Veilig Incident Melden bij de Neonatale Intensive Care Unit van de Isala klinieken te Zwolle. Medewerkers kunnen incidenten op een veilige manier melden (fouten worden niet bestraft) en verbeteracties worden snel aan de melders teruggekoppeld.
- Incidentenanalyse bij de radiotherapie-afdeling en de apotheek van het Catharina Ziekenhuis Eindhoven. Incidenten worden, ook weer dankzij een open cultuur, systematisch gemeld en geanalyseerd met behulp van de PRISMA-methode.
- Duidelijke verantwoordelijkheden in het Leids Universitair Medisch Centrum. In het LUMC is de Raad van Bestuur eindverantwoordelijk voor veiligheid. De gezagsverhoudingen tussen bestuur en medewerkers zijn helder geformuleerd, waardoor de RvB actief kan sturen op kwaliteit en veiligheid. Mede als resultaat van heldere verhoudingen heeft het LUMC een laag ziekteverzuim.



## Advies 1: Voer in alle ziekenhuizen een veiligheidsmanagementsysteem in

Alle ziekenhuizen dienen verplicht per 1 januari 2008 een gecertificeerd veiligheidsmanagementsysteem te hebben voor zowel patiënten als medewerkers. Dit dient gepaard te gaan met een cultuurverandering. Op een ziekenhuisafdeling moet een cultuur ontstaan waar veilig gemeld kan worden en men van fouten wil leren. Het managen van veiligheid vergt een combinatie van organisatie én cultuur.

Om de veiligheid in de Nederlandse ziekenhuizen systematisch te gaan managen, hoeven geen nieuwe systemen te worden ontwikkeld. Tijdens onze bezoeken hebben we onderdelen van het VMS in de praktijk zien werken in ziekenhuizen. En elk ziekenhuis kan vandaag beginnen met de eerste verbeterstappen door allereerst het aantal incidenten met patiënten én medewerkers te gaan registreren. Meten is immers weten wat er fout kan gaan. Uit een onderzoek naar de oorzaak van veel voorkomende fouten kunnen dan verbeteracties volgen. Dit is de eerste aanzet voor een VMS. De kwaliteitsnorm, ontwikkeld door het Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen (NIAZ), is een goede basis voor een VMS (zie bijlage). Door in alle ziekenhuizen in Nederland de invoering van een VMS verplicht te stellen, krijgen de ziekenhuizen een instrument in

handen om veiliger en efficiënter te werken. De invoering van een VMS zal echter alleen succesvol verlopen, als de directie van een ziekenhuis hier volledig achter staat.

### Het veiligheidsmanagementsysteem (VMS)

In de afgelopen jaren hebben veel ziekenhuizen gewerkt aan systemen om de kwaliteit van de zorg te managen. Een aantal van die systemen zijn ook geaccrediteerd volgens de normen van het NIAZ. Ook aan een VMS ligt de kwaliteitscyclus 'plan – do – check – act' ten grondslag. Door specifieke aspecten rond veiligheid mee te nemen, kan een kwaliteitsmanagementsysteem worden uitgebouwd tot een VMS. Er zijn ziekenhuizen die al een aantal onderdelen van een VMS hebben opgenomen in hun managementsysteem, maar geen enkele was volledig.

Aspecten die een vast onderdeel vormen van het VMS zijn:

- een risico-inventarisatie
- een systeem voor het (veilig) melden van incidenten
- een incidentenanalyse, bijvoorbeeld middels de PRISMA-methode of de SIRE-methode
- een systeem om verbetermaatregelen en de aanbevelingen uit incidentenonderzoek en audits te managen.

De werking van een VMS wordt in de bijlage achterin dit rapport verder toegelicht.

### Basisprincipes voor de invoering van een veiligheidsmanagementsysteem

- De leiding moet zich volledig inzetten om het belang van een goede werking steeds weer uit te dragen
- Het systeem moet opgezet zijn mét en vóór de mensen die ermee werken, alle medewerkers, eigen personeel en aannemers, moeten zich betrokken voelen
- Alle medewerkers maken in kleine teams regelmatig korte observatiebezoeken bij andere afdelingen
- Het systeem moet simpel zijn en makkelijk actueel te houden
- Er moet tijd en menskracht beschikbaar zijn om het systeem op te zetten en te onderhouden
- Communicatie, communicatie en nog eens communicatie.

Achterin dit rapport staat in een aparte bijlage de werking van het veiligheidsmanagementsysteem beschreven.

### De directie is verantwoordelijk voor de cultuur in een ziekenhuis

Eén van de sleutels voor een succesvolle onderneming is een cultuur waar men bereid is van fouten te leren. Vanuit de literatuur kennen we vijf typen culturen (zie kader). Het is de verantwoordelijkheid van de directie om een cultuur uit te dragen naar alle medewerkers waarin de openheid bestaat om incidenten te melden en ervan te leren. Binnen Shell bestaat een uitgebreid programma om die cultuurverandering teweeg te brengen. In dat programma komen zaken als leidinggeven, het omgaan met regels en procedures, het omgaan met veranderingen, etc. aan de orde. We meten de cultuurverandering met een standaard vragenlijst. Een dergelijke aanpak zou ook geschikt gemaakt kunnen worden voor ziekenhuizen.

### Voer in alle ziekenhuizen, op alle afdeling, *blame free reporting* in

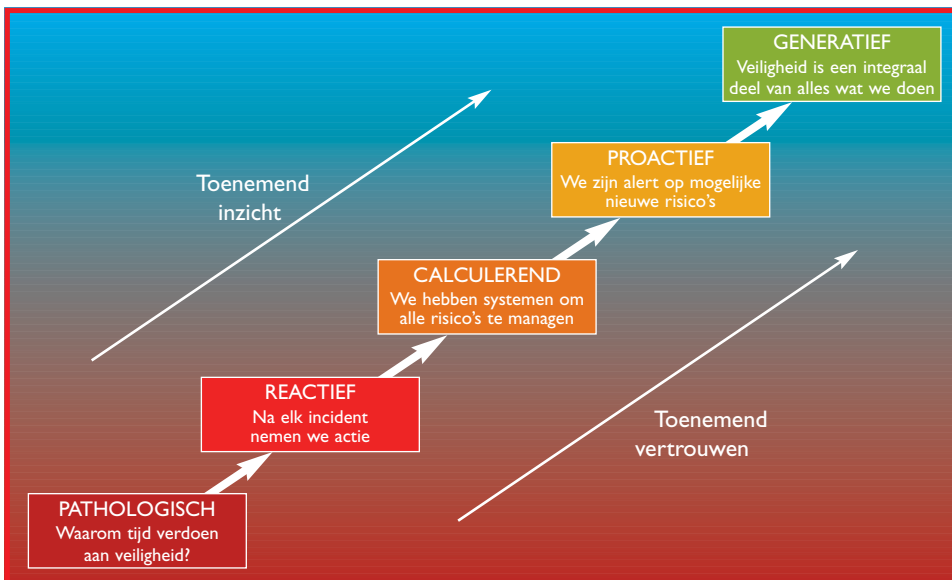
Van bijna-ongelukken en incidenten is veel te leren. Daarom is het van groot belang dat alle medewerkers ook de kleinste incidenten melden. Een systeem van *blame free reporting* of het veilig melden van incidenten is daarvoor een absolute voorwaarde. Veilig melden houdt in dat een medewerker er op kan vertrouwen dat er geen sanctie zal volgen, als hij een incident meldt. In een cultuur van *blame free reporting* worden medewerkers gestimuleerd zoveel mogelijk te melden.

Door de invoering van *blame free reporting* zal in eerste instantie het aantal meldingen van incidenten en fouten stijgen. Dat is goed nieuws, omdat vanaf dat moment zichtbaar wordt wat de werkelijke omvang van de ijs-

berg is. Bij Shell heeft de invoering van *blame free reporting* ook geleid tot een forse groei van het aantal meldingen. Doordat er een beter zicht ontstond op incidenten en fouten, konden gerichte verbeteracties worden uitgevoerd. De afgelopen vijftien jaar is hierdoor het aantal fouten jaarlijks gedaald, in totaal met 75% ten opzichte van het oorspronkelijke aantal.

### Bundel krachten in een Nationaal Platform Patiëntveiligheid

We spreken uit ervaring als we denken dat de ziekenhuizen assistentie kunnen gebruiken om deze veranderingen door te voeren. Als ieder ziekenhuis weer dezelfde leercurve moet doorlopen en op dezelfde punten gaat struikelen, is het efficiënter de krachten te bundelen, en te leren van *best practices* van anderen. In



### Succesfactoren voor *blame free reporting*

- registreer meldingen per afdeling
- gebruik een eenvoudig formulier
- zorg voor snelle terugkoppeling
- eventueel: anonimiseer meldingen
- laat deskundigen van de afdeling de melding beoordelen
- bepreek de verbeteracties op de afdeling
- meldingen geaggregeerd naar MIP-commissie

een aantal landen is daartoe een Nationaal Instituut voor Patiëntveiligheid opgericht. In Denemarken werkt men volgens een systeem waarbij medische professionals elkaar via internet op de hoogte houden van ontwikkelingen rondom patiëntveiligheid. De overdracht van kennis en ervaringen gebeurt daar door de professionals zelf. Een dergelijk model is ook in Nederland bruikbaar. In een Nationaal Platform Patiëntveiligheid kunnen alle bestaande initiatieven, pilots en projecten hun krachten bundelen. Het ministerie van VWS dient (bescheiden) middelen ter beschikking te stellen om de oprichting van dit platform te faciliteren. Daarbij moet voorkomen worden dat er een extra organisatie ontstaat: er is al een overdaad aan organisaties die de zorg bedienen. Opschonen werkt verhelderend. Specifieke kennisontwikkeling kan plaatsvinden bij bestaande instituten als het CBO, en ook anderen die al betrokken zijn bij het verspreiden van *best practices* in het kader van

Sneller Beter. Door de kennisontwikkeling te bundelen komt er een consistente aanpak. Uniformering en harmonisering van de systemen zal de kennisuitwisseling tussen ziekenhuizen onderling, en tussen ziekenhuizen en andere zorginstellingen bevorderen. Het NIAZ is de aangewezen organisatie om de accreditatie van veiligheidsmanagement-systemen ter hand te nemen.

#### **Tenslotte: blijf leren van andere sectoren**

De zorgsector is bijzonder, maar niet uniek. Het werk is hoogspecialistisch en de werkprocessen zijn complex. Ditzelfde geldt voor andere sectoren, onder meer in de industrie. De luchtvaartsector en de petrochemische industrie zijn voorbeelden van sectoren waar veel ervaring is opgedaan met het managen van veiligheid. Shell heeft zelf veel kunnen leren van de ervaringen uit de luchtvaartsector. Net zo kan de zorgsector veel leren van de petro-

chemische industrie. De leden van de Vereniging van Nederlandse Chemische Industrie stellen hun expertise graag ter beschikking van ziekenhuizen in hun omgeving.

#### **Leidt openheid tot claims?**

Een ziekenhuis dat fouten openlijk toegeeft, ook aan patiënten, stelt zich kwetsbaar op. De vraag ligt daarom voor de hand of een ziekenhuis zichzelf niet in de vingers snijdt, omdat het aantal claims zal stijgen. De praktijk bewijst het tegendeel. Patiënten stellen het zeer op prijs als een ziekenhuis open communiceert als er iets mis is gegaan en overwegen in veel gevallen pas een claim als zij zich miskend voelen. De neonatologieafdeling van de Isala Klinieken heeft goede ervaring met het open communiceren van fouten aan de ouders. In de Verenigde Staten is gebleken dat ziekenhuizen die beschikken over een veiligheidsmanagementsysteem, een sterke zaak hebben als het op een claim aankomt. Zij kunnen bij de rechter immers aantonen dat zij alles doen om hun risico's te managen. Voor de Nederlandse situatie verdient het de voorkeur om meldingen te anonimiseren, als ze buiten de afdeling gaan, bijvoorbeeld naar de MIP-commissie. En tenslotte is in geval van procedures en claims de ziekenhuisdirectie het eerste aanspreekpunt.



## Advies 2: Maak ziekenhuisdirecties eindverantwoordelijk voor veiligheid

De directies of raden van bestuur van ziekenhuizen dienen volledig eindverantwoordelijk te zijn voor de veiligheid van patiënten en medewerkers in hun organisatie. Om deze verantwoordelijkheid waar te kunnen maken, moeten zij de mogelijkheden van sancties hebben, wat nu slechts in zeer beperkte mate het geval is.

Zonder de inzet van de top is een succesvol veiligheidsmanagement niet mogelijk. Ziekenhuisdirecties dienen daarom de volledige eindverantwoordelijkheid te krijgen voor de veiligheid van patiënten en medewerkers in hun organisaties. Het is de taak van de directie erop toe te zien dat veiligheidsmanagementsystemen geïmplementeerd en toegepast worden. Zij moeten zorgen dat de *best practices* en generieke verbeteracties van de ene afdeling ook bekend raken bij andere afdelingen.

### Leg de eindverantwoordelijkheid voor veiligheid vast

Niet alleen de directie, maar ook de medische professional draagt verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Maar anders dan de professional, die een professionele verantwoordelijkheid draagt, wordt de ziekenhuisdirectie afgerekend voor het totale

veiligheidsbeleid. Zij zijn *accountable*. Wanneer patiënten een claim indienen wegens medische fouten stellen zij in de huidige situatie vaak al de directie aansprakelijk, maar deze eindverantwoordelijkheid zou duidelijker in het veiligheidsmanagementsysteem omschreven dienen te worden.

### Geef ziekenhuisdirecties meer sanctiemogelijkheden

Om te kunnen sturen op veiligheid, moeten ziekenhuisdirecties bindende afspraken maken met alle medewerkers (ook medewerkers op contractbasis) over het veiligheidsbeleid. In de jaarlijkse beoordelingsronde is dit een onderdeel van het gesprek. Dit geldt ook voor medisch specialisten. Omdat maatschappen een hoge mate van autonomie hebben, is het voor een directie moeilijk generiek veiligheidsbeleid te voeren. Dit moet veranderen: de maatschap moet zich committeren aan het

veiligheidsbeleid van het ziekenhuis. Ook de benoeming van specialisten in ziekenhuizen dient aan een bepaalde tijd gebonden te zijn, bijvoorbeeld 4 tot 5 jaar. Elk jaar vindt een beoordelingsgesprek plaats met de individuele specialisten waarin kwaliteit en veiligheid nadrukkelijk besproken worden. Na elke contractperiode volgt een *performance review*.

### Laat het ziekenhuis profiteren van investeringen in veiligheid

Bij Shell is gebleken dat een investering in veiligheid in eerste instantie geld kost, maar zichzelf op de lange duur terugverdient. Doordat er minder fouten worden gemaakt, worden extra kosten voorkomen. Door betere zorg voor de werkprocessen, zullen deze bovendien efficiënter verlopen. Ziekenhuizen die investeren in veiligheid, moeten er op kunnen vertrouwen dat zij hun investering terug kunnen verdienen. De huidige financierings-systematiek in de zorg garandeert dit echter niet. Hier ligt een opdracht voor het ministerie van VWS.

Het veiligheidsmanagementsysteem is ook bedoeld om de veiligheid van medewerkers in de zorg te managen. Ziekenhuisdirecties die actief de veiligheid in hun organisatie managen, zullen dit terugzien in een daling van het ziekteverzuim. Medewerkers zullen gemotiveerd werken aan patiëntveiligheid, als zij weten dat er ook aandacht is voor hún veiligheid.



## Advies 3: Laat zorgverzekeraars ook op kwaliteit en veiligheid inkopen

De zorgverzekeraars dienen naast hun taak als 'financiers' van de zorg tevens een specifieke taak op zich te nemen ten aanzien van de veiligheid van patiënten en medewerkers in de ziekenhuizen. Veiligheid en kwaliteit dienen een vaste plaats te krijgen in de contracten tussen verzekeraars en ziekenhuizen, naast de afspraken over kosten en productie.

Het is een positieve ontwikkeling dat steeds meer zorgconsumenten zich op internet oriënteren op ziektes en behandelingen en de schaarse gegevens over de performance van ziekenhuizen tegen elkaar afzetten. Toch is de invloed van patiëntenraden vooralsnog bescheiden – ook op het terrein van patiëntveiligheid. De echte consumentenkracht ligt vooralsnog bij de zorgverzekeraars. Die betalen de ziekenhuizen uiteindelijk voor de geleverde zorg.

### **Maak kwaliteit en veiligheid een integraal onderdeel van contractonderhandelingen**

Het is zorgwekkend dat vrijwel alle zorgverzekeraars louter op prijs en productie onderhandelen met ziekenhuizen. In sommige contractonderhandelingen wordt van ziekenhuizen verlangd dat zij aan de verzekeraar in vrij algemene termen verantwoording afleggen

over het gevoerde kwaliteitsbeleid. Zorgverzekeraars moeten in hun contractbesprekingen de veiligheidsperformance van ziekenhuizen betrekken. Dan ontstaat ook de mogelijkheid om afspraken te maken over verbetering van de veiligheidsstatistieken, zodat over de jaren het aantal meldingen zal dalen.

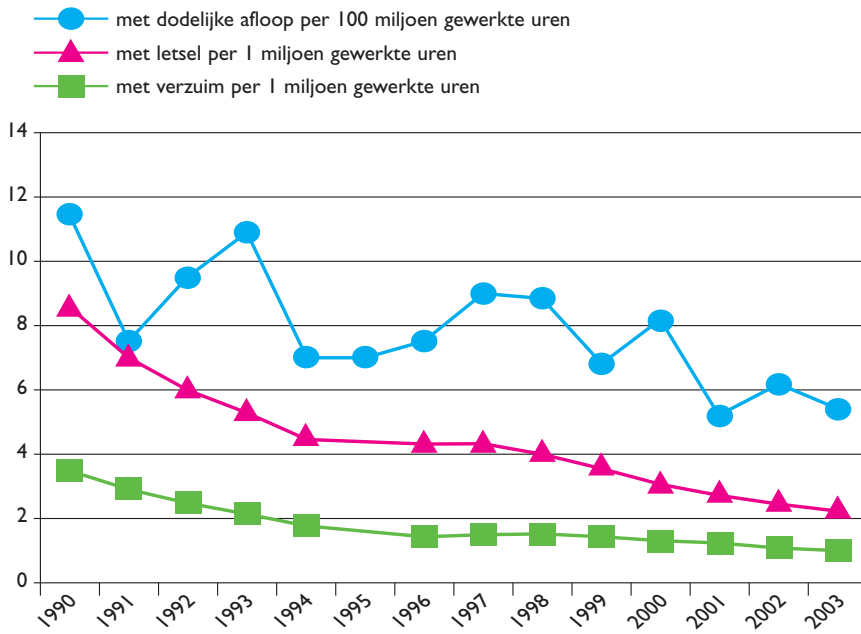
### **Veilig werken betaalt zichzelf terug**

Investeren in veiligheid loont. Elke vermeden fout die voorkomt dat een patiënt langer in een ziekenhuis ligt, is een directe kostenbesparing. De totale maatschappelijke kosten vallen uiteraard nog vele malen lager uit als patiënten eerder aan het werk kunnen en minder een beroep hoeven doen op uitkeringen. Ook voor het ziekenhuis werpt veiligheidsmanagement vruchten af. Een goed veiligheidsbeleid voor patiënt en medewerker draagt bij aan een goed werkklimaat. Het LUMC kent, mede door het goede veiligheidsbeleid, een voor de zorgsector zeer laag ziekteverzuim van 4 procent (2003).

### In 15 jaar tijd 75% minder incidenten

Shell heeft veilig werken altijd hoog in het vaandel gehad. Sinds vele decennia houdt Shell veiligheidsstatistieken bij. Na een daling van het aantal incidenten in de jaren '80 van de vorige eeuw door verbeteringen in de apparatuur in de fabrieken door te voeren, bleek het aantal ongevallen niet verder te dalen. Daarom werkt Shell sinds het begin van de jaren '90 systematisch aan het verbeteren van de prestaties op veiligheid, gezondheid en milieu. Het resultaat: in 15 jaar tijd is het aantal incidenten met 75% gedaald.

#### Veiligheidsstatistieken Shell Groep 1990-2003



Aanvankelijk stegen de grafieken, omdat veel meer incidenten gemeld werden. Sinds begin jaren negentig, is het aantal ongevallen elk jaar gedaald. In de grafiek zijn de veiligheidsstatistieken voor de Shell Groep over de periode 1990–2003 samengevat. De figuur toont het aantal ongevallen met letsel en het aantal ongevallen dat leidt tot verzuim per miljoen gewerkte uren (oftewel 25.000 werkweken van 40 uur). Ook is het aantal ongevallen weergegeven met dodelijke afloop, maar dan per 100 miljoen gewerkte uren. De statistieken hebben betrekking op de het werk van medewerkers en aannemers die in opdracht van Shell werken.



## Advies 4: De overheid moet daadkracht en verantwoordelijkheid tonen

Voor de overheid is ten slotte ook een belangrijke rol weggelegd om de zorg veiliger te maken. De Inspectie voor de Gezondheidszorg moet leiderschap tonen door de invoering van veiligheidsmanagementsystemen in de Nederlandse ziekenhuizen per 1 januari 2008 verplicht te stellen. VWS moet toezien op de voortgang, maar ook de helpende hand bieden en ziekenhuizen faciliteren bij de invoering van een VMS.

### De IGZ stelt de invoering van een veiligheidsmanagementsysteem verplicht per 1 januari 2008

Eén van de voorwaarden voor de succesvolle invoering van een VMS is de inzet van de hoogste leiding. Binnen een ziekenhuis is dat de directie, maar voor de systeem van de gezondheidszorg is dat de minister van VWS. Het is wenselijk om in het systeem van de zorg de verplichting in te bouwen om met ingang van 1 januari 2008 de invoering van een VMS in alle Nederlandse ziekenhuizen verplicht te stellen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft hier de wettelijke bevoegdheden toe. Het vaststellen van de verplichting om in 2008 een VMS in alle ziekenhuizen geïmplementeerd te hebben alleen, is niet voldoende. De IGZ zal ook een vinger aan de pols moeten houden en de voortgang van de invoering van de VMS'en in de zieken-

huizen moeten volgen. De directies van de ziekenhuizen leggen jaarlijks verantwoording af aan de IGZ over het gevoerd veiligheidsbeleid en de voortgang van de verbeteracties. Daartoe sturen ze elk jaar een 'veiligheidsbrief', met daarin ook de resultaten van de zelfevaluatie van het VMS. De IGZ verplicht zich om binnen een redelijke termijn op deze brieven te antwoorden.

### VWS faciliteert ziekenhuizen bij de invoering van een VMS

In het kader van het programma Sneller Beter vinden in 24 ziekenhuizen programma's plaats om *best practices* rond patiëntenlogistiek en patiëntveiligheid in te voeren. Het gaat hier om ongeveer 20% van de ziekenhuizen. De andere 80% van de ziekenhuizen kunnen op hun beurt weer leren van de ervaringen die de 'Sneller Beter'-ziekenhuizen hebben opgedaan.

De 'Sneller Beter'-ziekenhuizen krijgen daarom ook de opdracht hun ervaringen actief over te dragen op collega's van andere ziekenhuizen. Deze aanpak stimuleert de uitwisseling van ervaringen tussen ziekenhuizen onderling. VWS zal er evenwel op toe moeten zien dat deze aanpak voldoende is om de doelstelling 'in 2008 in ieder ziekenhuis een VMS' daadwerkelijk ten uitvoer te brengen en indien nodig extra faciliteiten ter beschikking stellen.

### Ziekenhuizen die in veiligheid investeren, verdienen ook de opbrengsten

Ziekenhuizen die geld uittrekken om een veiligheidsmanagementsysteem in te voeren, doen daarmee een diepte-investering in hun organisatie. In het huidige zorgstelsel is dit echter geen garantie dat de opbrengsten van efficiëntere en veiliger werkprocessen ook ten goede komen van het ziekenhuis. Op het ogenblik is het tegendeel het geval. Een ziekenhuis krijgt meer inkomen wanneer complicaties bij patiënten optreden. Hiermee ontbreekt in ieder geval de financiële prikkel om aan een veiliger zorg te werken. Aan VWS de taak om de ziekenhuizen de garantie te geven dat een investering in veiligheid ook loont.





## Bijlage: Het veiligheidsmanagementsysteem (VMS)

Een veiligheidsmanagementsysteem (VMS) bestaat uit een set van maatregelen die tot doel hebben om de veiligheidsdoelstelling te bereiken. Hieronder volgt een beschrijving van de werking van een VMS.

Een goede basis voor een VMS kan de norm zijn die het Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen (NIAZ) hanteert voor kwaliteitsmanagementsystemen in de zorg. Aan een VMS ligt net als aan een managementsysteem voor kwaliteit de cyclus 'plan – do – check – act' ten grondslag.

### Risico-inventarisatie

Het centrale punt van een VMS bestaat uit de inventarisatie van risico's. Van daaruit wordt het VMS verder opgebouwd. Bij het inventariseren zal blijken dat veel medewerkers zich bewust zijn van risico's. Het cruciale punt is echter de systematische aanpak van alle risico's. Bij een risico-analyse van een activiteit staan vier vragen centraal:

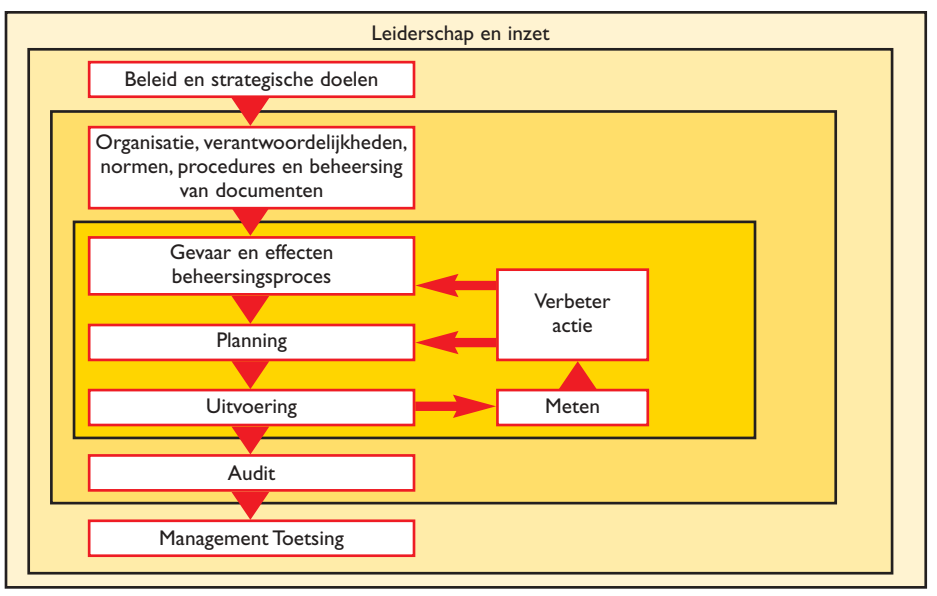
1. Wat kan er mis gaan, en hoe ernstig is dat?
2. Wat kan ik doen om te voorkomen dat het misgaat?
3. Wat kan ik eraan doen als het misgaat?
4. Waar kan ik meer informatie krijgen?

Alle mogelijke risico's, klinisch en niet klinisch, moeten worden geïnventariseerd. Denk dus bijvoorbeeld ook aan de risico's van slechte hygiëne in de keuken of risico's tijdens het transport van patiënten. Het multidisciplinaire team dat de risico-analyse uitvoert zal uit eigen ervaring putten, maar zich ook baseren op risico's die in literatuur beschreven zijn. Op basis van de inventarisatie benoemt het team de risico's en bijbehorende beheersmaatregelen. Niet alle risico's hebben dezelfde ernstige gevolgen, en het is dan ook raadzaam om niet aan alle risico's even veel aandacht te besteden. Het onderscheid kan kwalitatief in kaart worden gebracht met een risicomatrix. De Maastrichtse Clinic in Heerlen werkt al met een dergelijke matrix. Ook is uit de literatuur een risico-analyse bekend voor de klinische farmacie.

### Analyse van incidenten (PRISMA, SIRE)

Het PRISMA-systeem (een afkorting voor Prevention and Recovery Information System

### Structuur van een veiligheidsmanagementsysteem



for Monitoring and Analysis) is een voorbeeld van een diepgaande analyse naar de oorzaak van incidenten. Een ander voorbeeld van een methode om incidenten te analyseren is de SIRE-methode (een afkorting van Systematische Incidenten Reconstructie en -Evaluatie). Dit is bedoeld om risico's die bekend zijn, beter te beheersen en om zo incidenten in de toekomst te voorkomen. Aan een incident liggen in veel gevallen meerdere oorzaken ten grondslag. Systemen als PRISMA en SIRE helpen de basisoorzaken te benoemen. Het systeem gaat uit van een hoofdindeling in technische, organisatorische, menselijke, patiëntgebonden of niet classificeerbare basisoorzaken. In Nederland is het PRISMA-systeem inmiddels succesvol ingezet in onder meer het

Catharina Ziekenhuis in Eindhoven en de Maastricht Clinic in Heerlen. SIRE wordt gebruikt in de Isala klinieken te Zwolle en het UMC Utrecht.

### Shell Risico Matrix

Bij het gebruik van de risicomatrix worden twee vragen gesteld:

- Wat is de ernst van het misgaan, wat is de mogelijke consequentie
- Hoe vaak komt het voor dat het misgaat

Door de combinatie van het antwoord op de twee vragen, kom je in het lichtroze, roze of rode gebied. De risico's die in het lichtroze gebied vallen worden veelal beperkt door een goede opleiding. In het roze gebied moeten maatregelen genomen worden om ze te

voorkomen. De risico's die in het rode gebied vallen doen zich minder vaak voor, maar de gevolgen zijn enorm. Daarom moet er een gedegen studie worden gemaakt om die te voorkomen.

Om een goede risico-inventarisatie te kunnen maken is het handig om gebruik te kunnen maken van een archief met reeds voorgevallen incidenten, deze kunnen helpen de risico-inventarisatie te verbeteren. Ook het melden van nieuwe incidenten is van essentieel belang om een stap voorwaarts te maken. Een meldingsprocedure en een verbeterplan zijn dus ook een onderdeel van het VMS. Als de risico-inventarisatie is gemaakt kan verder gewerkt worden aan de opbouw van het VMS. Een belangrijk punt hierbij is nog het vaststellen van de grenzen van het VMS. Veel incidenten vinden plaats als patiënten naar een andere afdeling of instelling gaan. Juist bij deze transfers is het noodzakelijk goede afspraken te maken en de verantwoordelijkheden vast te leggen.

### Cultuur

Een blijvende verbetering van de veiligheid op een afdeling kan pas gemaakt worden als het VMS is opgezet, als het leeft op de afdeling en als ermee gewerkt wordt, en als dit middel (VMS) inderdaad geschikt blijkt om de vooraf gestelde doelstelling te bereiken. Maar heel belangrijk hierbij is ook de cultuur op de afdeling. Is men bereid om te leren van fouten, is de cultuur zodanig dat incidenten veilig gemeld kunnen worden. Dus naast het werken aan een VMS, moet ook gewerkt worden aan de cultuur:

Gevolgen					Toenemende waarschijnlijkheid →				
					A	B	C	D	E
	Mensen	Schade	Milieu	Reputatie	Mondiaal onbekend	Gehoord van incident in bedrijfstak	Incident vond plaats in ons bedrijf	Gebeurt enkele keren per jaar in ons bedrijf	Gebeurt enkele keren per jaar in een vestiging
1	Geen letsel	Geen schade	Geen gevolgen	Geen invloed					
2	Nauwelijks letsel	Nauwelijks schade	Nauwelijks gevolgen	Geen publieke onrust					
3	Licht letsel	Geringe schade	Geringe gevolgen	Lokale onrust					
4	Ernstig letsel	Duidelijke schade	Duidelijke gevolgen	Regionale onrust					
5	Invaliditeit / 1-3 doden	Grote schade	Grote gevolgen	Nationale onrust					
6	Meer dan 3 doden	Extreme schade	Extreme gevolgen	Internationale onrust					

# Geraadpleegde organisaties

De volgende organisaties zijn geraadpleegd tijdens expertmeetings, brainstormsessies, werkbezoeken en persoonlijke gesprekken:

- Academisch Ziekenhuis Groningen
- Achmea Zorg
- Algemene Vergadering Verpleegkundigen en Verzorgenden
- Catharina Ziekenhuis Eindhoven
- CBO Kwaliteitsinstituut voor de zorg
- Crisis Onderzoeks Team
- Erasmus MC / Sophia Kinderziekenhuis
- Groene Hart Ziekenhuis
- Inspectie voor de Gezondheidszorg
- Isala Klinieken Zwolle
- IJsselmeerziekenhuizen
- Landelijk expertisecentrum Verpleging en Verzorging
- Landelijk Steunpunt Cliëntenraden
- Leids Universitair Medisch Centrum
- Maastru Clinic
- Medisch Centrum Alkmaar
- Medisch Centrum Haaglanden
- Medisch Spectrum Twente
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- Nederlandse Federatie van Universitair medische centra
- Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen
- Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers
- NIVEL
- NVZ vereniging van ziekenhuizen
- Oogziekenhuis Rotterdam
- Orde van Medisch Specialisten
- Paradox
- Raad voor het Gezondheids Onderzoek
- RIVM
- Stichting Netwerk Cliëntenraden
- Technische Universiteit Eindhoven, Technologie Management
- Turner
- UMC st. Radboud
- Universitair Medisch Centrum Utrecht
- Universiteit Leiden, Centrum voor veiligheidsonderzoek
- Vereniging Kind en Ziekenhuis
- VGZ zorgverzekeraar
- Zorgconsult Nederland



“Fouten zullen altijd worden gemaakt - het kunnen er alleen veel minder zijn. Door systematisch veiligheidsmanagement in de Nederlandse ziekenhuizen kan het aantal incidenten in de zorg met 75% omlaag. Als gezant voor ‘Sneller Beter’ heb ik de afgelopen maanden gesproken met vele medische professionals: specialisten, verpleegkundigen, apothekers. Hun betrokkenheid en visie op de kwaliteit van de zorg heeft mij oprecht geraakt. Zij verdienen het te mogen werken in een omgeving waarin de veiligheid van patiënten en medewerkers de hoogste prioriteit heeft. Zodat zij kunnen zeggen: Hier werk je veilig. Of je werkt hier niet.”

**Rein Willems**

President-directeur Shell Nederland



**Shell Nederland**

**Carel van Bylandtlaan 30  
2596 HR Den Haag**

**[snellerbeter@shell.com](mailto:snellerbeter@shell.com)**