

Format Beleidsplan Patiëntveiligheid



Inhoudsopgave

Vooraf	4
Leeswijzer	4
1. Inleiding	5
1.1 Aanleiding	5
1.2 Veiligheidsmanagementsysteem	5
1.3 Verantwoordelijkheden	7
2. Beleid en strategie	8
2.1 Missie	8
2.2 Visie	8
2.3 Huidige situatie	8
2.4 Gewenste situatie	8
2.5 Doelstellingen	9
3. Cultuur	10
3.1 Huidige situatie	10
3.2 Gewenste situatie	10
3.3 Doelstellingen	10
4. Veilig Incident Melden	11
4.1 Huidige situatie	11
4.2 Gewenste situatie	11
4.3 Doelstellingen	11
5. Prospectieve risico-inventarisatie	13
5.1 Huidige situatie	13
5.2 Gewenste situatie	13
5.3 Doelstellingen	13
6. Continu verbeteren	14
6.1 Huidige situatie	14
6.2 Gewenste situatie	14
6.3 Doelstellingen	14
7. Patiëntenparticipatie	15
7.1 Huidige situatie	15
7.2 Gewenste situatie	15
7.3 Doelstellingen	15
Bijlage 1 Beoordelingssystematiek VMS	16
Bijlage 2 Normen patiëntveiligheid	17
Bijlage 3 Beleidsverklaring directie	18

Vooraf

Dit document is ontwikkeld door RAV Limburg Noord en RAV Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland-Midden, in het kader van het programma Patiëntveiligheid Ambulancezorg.

Dit programma heeft als doel de patiëntveiligheid binnen de ambulancezorg verder te verbeteren en RAV-en te ondersteunen bij het inrichten van een veiligheidsmanagementsysteem (VMS).

Daarvoor zijn binnen het programma instrumenten (tools) ontwikkeld. Het format voor een beleidsplan patiëntveiligheid is één van deze instrumenten.

Met behulp van dit format kunnen RAV-en hun eigen beleidsplan patiëntveiligheid opstellen. Een werkversie van dit document is te vinden op de USB-stick in de toolkit Patiëntveiligheid Ambulancezorg.

Leeswijzer

In de verschillende hoofdstukken van het format Beleidsplan komen de bouwstenen van een veiligheidsmanagementsysteem aan de orde. Elk hoofdstuk bevat een aantal paragrafen.

In de gearceerde blokken staat aangegeven welke informatie nodig is om tot een goed en gedegen beleidsplan patiëntveiligheid te komen. De tekst onder het gearceerde blok is illustratief en bevat aandachtspunten voor de invulling van het plan binnen de eigen organisatie. Soms wordt bij de toelichting verwezen naar de andere tools die binnen het Patiëntveiligheidsprogramma Ambulancezorg zijn ontwikkeld.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

Formuleer wat de aanleiding is voor het opstellen van een beleidsplan patiëntveiligheid.

Toelichting

Veiligheid is een breed begrip. Wat voor de één veilig is kan voor de ander zeer onveilig aanvoelen. De beste beschrijving van veiligheid is wellicht het bewust nemen van gecalculeerde risico's. Met die wetenschap is veiligheid dan ook het maken van een bewuste keuze gebaseerd op kennis en inschatting van risico's.

In 2004 verscheen het rapport 'Hier werk je veilig, of je werkt hier niet; Sneller Beter-De veiligheid in de zorg' van Rein Willems¹. Dit rapport heeft een impuls gegeven aan de brede aandacht voor veilig werken en patiëntveiligheid in de Nederlandse gezondheidszorg. Het rapport benadrukt het belang van het werken met een veiligheidsmanagementsysteem (VMS). Om de veiligheid te verbeteren hoeven geen nieuwe systemen te worden ontwikkeld. Binnen veel RAV-en zijn onderdelen van het VMS al in gebruik. Het totale gebied van veiligheid binnen RAV-en richt zich op patiëntveiligheid, medewerkerveiligheid, veiligheid van gebouwen, materialen en apparatuur, informatiebeveiliging en afdoende verzekering tegen financiële veiligheidsrisico's.

RAV-breed kan men daarom bij veiligheid denken aan een aantal deelsystemen die met elkaar samenhangen en die op een planmatige en georganiseerde wijze zorgdragen voor een geheel van maatregelen dat bijdraagt tot het realiseren van de veiligheidsdoelen. In het (meerjaren)Beleidsplan Patiëntveiligheid ligt de focus echter op het ontwikkelen van een veiligheidsmanagementsysteem. De overige deelsystemen op het gebied van veiligheid blijven verder buiten beschouwing.

1.2 Veiligheidsmanagementsysteem

Beschrijf wat het veiligheidsmanagementsysteem inhoudt.

Toelichting

Voor het opbouwen en inrichten van het veiligheidsmanagementsysteem (VMS) kunnen RAV-en gebruik maken van het HKZ-schema 'Cliënt-/Patiëntveiligheid' (2009)². Deze HKZ-normen bevatten de basiseisen voor een VMS, gericht op het beheersen en verminderen van risico's voor patiënten. De normen uit dit schema zijn opgenomen in het HKZ-schema Ambulancezorg uit 2011³.

De kern van het VMS is de inventarisatie van de risico's en het nemen en vastleggen van maatregelen om risico's te beheersen. Het identificeren van risico's, reactief en proactief, is dus van belang. RAV-en willen een veiligheidsbeheersysteem ontwikkelen dat veiligheid dicht bij de medewerkers brengt en niet een abstract element van het management is.

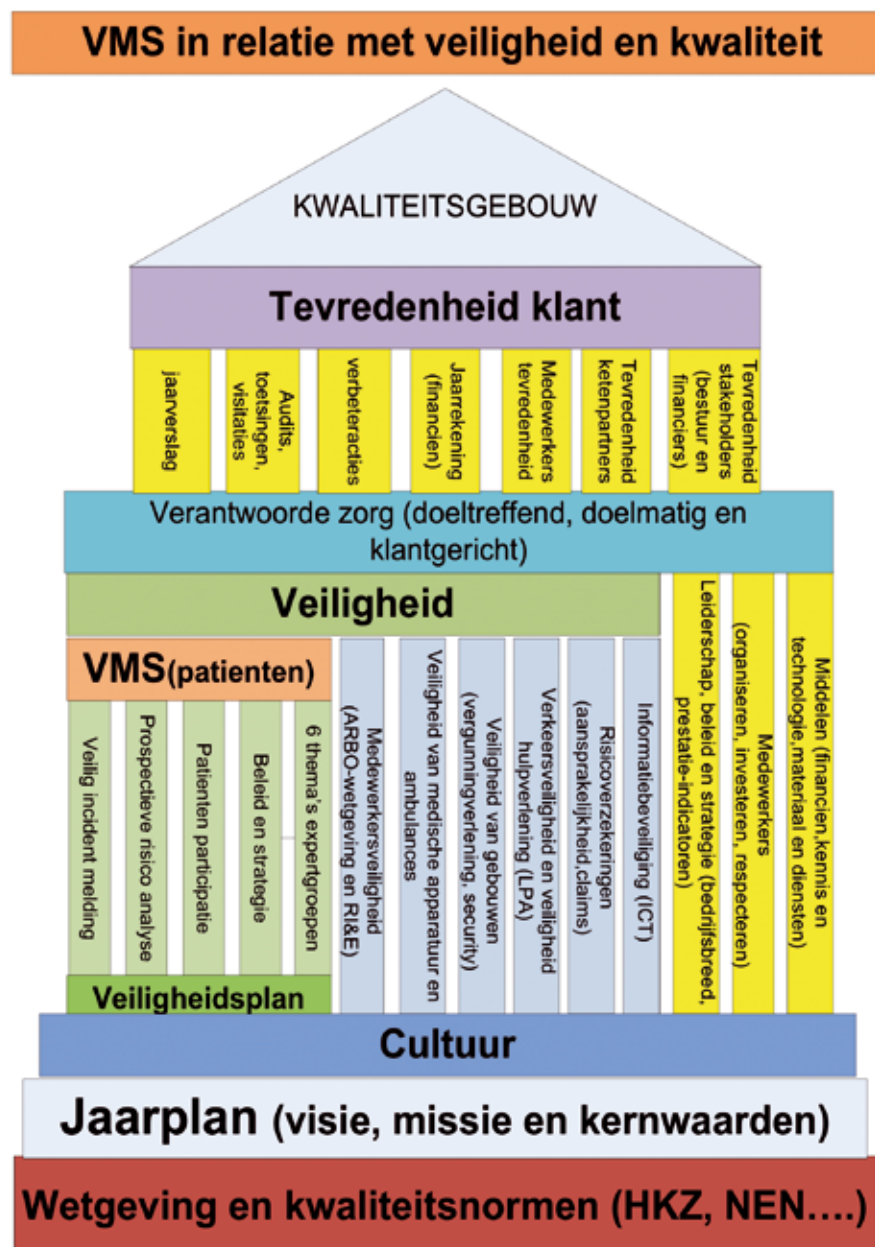
¹ Hier werk je veilig of hier werk je niet. Sneller beter-De veiligheid in de zorg. Eindrapportage Shell Nederland, 2004

² Hier werk je veilig, of je werkt hier niet; Sneller Beter-De veiligheid in de zorg 2009. Stichting HKZ, 2009

³ Certificatieschema Ambulancezorg versie 2011. Stichting HKZ, 2011

In de visie op veiligheid zijn zes hoofdelementen te benoemen te weten: beleid en strategie, cultuur, veilig incident melden, prospectieve risico-inventarisatie, continu verbeteren en

patiëntenparticipatie. Hieronder de schematische weergave van VMS in relatie tot veiligheid en kwaliteit.



1.3 Verantwoordelijkheden

Formuleer in grote lijnen de verantwoordelijkheid van de directie, de leidinggevende en de professionals met betrekking tot het VMS.

Toelichting

Succesvol veiligheidsmanagement is alleen mogelijk met de volledige steun en inzet van de directie van de RAV. Het is de verantwoordelijkheid van de directie dat een VMS wordt geïmplementeerd, toegepast en continu geëvalueerd. Ook is zij verantwoordelijk voor de veiligheidscultuur, het verspreiden van good practice op locaties en het aansturen van de uitvoering. Belangrijk daarbij is leiderschap, het scheppen van voorwaarden en resultaatgerichtheid.

Bij dit document is een format voor een 'beleidsverklaring van de directie' toegevoegd (bijlage 3). Door de ondertekening van deze verklaring door directie en ondernemingsraad wordt de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor veiligheid binnen de RAV onderstreept.

Hieronder worden de verschillende verantwoordelijkheden ten aanzien van patiëntveiligheid beschreven.

Personlijke verantwoordelijkheid

Niet alleen de directie draagt verantwoordelijkheid voor patiëntveiligheid. Patiëntveiligheid is een integraal onderdeel van de werkzaamheden van iedere medewerker binnen de RAV.

Het is de verantwoordelijkheid van medewerkers om veiligheid te borgen en onveilige situaties waar mogelijk weg te nemen en anders direct te melden. Medewerkers dragen bij aan de

veiligheidscultuur door over veiligheid te praten, incidenten te melden en inzichtelijk te werken volgens duidelijke procedures en protocollen. Afwijking van een protocol of procedure moet worden onderbouwd en gedocumenteerd. In interne audits kan patiëntveiligheid worden geïntegreerd.

Leidinggevende verantwoordelijkheid

Het is de verantwoordelijkheid van iedere leidinggevende om onoverzichtelijke of complexe handelingen die de grondslag kunnen zijn voor fouten, of waar beperkte (medische) kennis een risico met zich meebrengt, te beschrijven in procedures en protocollen. De ambulancezorgverlener is verantwoordelijk voor het naleven van deze protocollen. De leidinggevende dient zorg te dragen voor het up to date houden van de documenten uit het kwaliteitssysteem. Ook is de leidinggevende verantwoordelijk voor het bewaken van de bekwaamheid, vaardigheid en scholing van de mensen die met protocollen werken.

Bestuurlijke verantwoordelijkheid

Bestuurlijk ligt de verantwoordelijkheid voor veiligheid bij de directie van de organisatie. Die kan alleen worden ingevuld als zij de juiste informatie ontvangt vanuit de organisatie. Management en directie moeten daarom de informatieverzameling goed (laten) inrichten. De directie is verantwoordelijk voor het organiseren en monitoren van het toezicht op naleving van procedures en protocollen.

2. Beleid en strategie

2.1 Missie

Formuleer de missie van de RAV op het gebied van patiëntveiligheid.

Toelichting

RAV-en leveren ambulancezorg. Ambulancezorg wordt omschreven als 'zorg die beroepsmatig wordt verleend om een patiënt binnen het kader van zijn aandoening of letsel hulp te verlenen en waar nodig adequaat te vervoeren, met in acht-neming van datgene wat op grond van algemene beschikbare medische en verpleegkundige kennis vereist is, dan wel de patiënt te verwijzen naar een andere zorgverlener'. Patiëntveiligheid staat hoog in het vaandel bij alle RAV-medewerkers. Zij werken volgens professionele standaarden en dragen dit uit. Het management stuurt op patiëntveiligheid en de directie draagt daarvoor de eindverantwoordelijkheid.

2.2 Visie

Formuleer de visie van de RAV op het gebied van patiëntveiligheid: waar willen we naar toe?

Toelichting

Tot op heden kreeg patiëntveiligheid als onderdeel van kwaliteitszorg nog weinig expliciete aandacht en was het nog onvoldoende ingebed in het dagelijks handelen en de werkzaamheden van

de RAV-medewerkers. Sinds 2009, de start van de ontwikkeling van een veiligheidsmanagement-systeem voor de ambulancezorg, is er veel meer aandacht voor het onderwerp.

Binnen de RAV is patiëntveiligheid in verschillende activiteiten terug te vinden. Er zijn zorginhoudelijke protocollen, er bestaat een structuur voor het melden van incidenten en klachten, er zijn de nodige procedures beschreven en er worden interne audits uitgevoerd. Toch is patiëntveiligheid nog geen integraal onderdeel van de zorg en de bedrijfsvoering.

2.3 Huidige situatie

Schets de huidige situatie binnen de RAV op het gebied van patiëntveiligheid.

2.4 Gewenste situatie

Schets de gewenste situatie binnen de RAV op het gebied van patiëntveiligheid.

2.5 Doelstellingen

Formuleer de belangrijkste doelstellingen op het gebied van patiëntveiligheid voor de RAV.

Toelichting

Voorbeelden van doelstellingen kunnen zijn:

- de directie stelt het Beleidsplan Patiëntveiligheid vast;
- de directie evalueert het Beleidsplan Patiëntveiligheid (elk kwartaal of jaarlijks) en stelt dit zo nodig bij;
- het management legt verantwoording af over de voortgang in de (kwartaal)rapportages;
- binnen de RAV is een informatiesysteem aanwezig.

Tip: Formuleer de doelstelling SMART

3. Cultuur

3.1 Huidige situatie

Beschrijf de veiligheidscultuur binnen de RAV op dit moment. Geef ook aan welke initiatieven er zijn om medewerkers te stimuleren om zich conform de veiligheids-cultuur te gedragen.

3.2 Gewenste situatie

Beschrijf hoe de de veiligheidscultuur binnen de RAV er idealiter uitziet en hoe medewerkers hieraan kunnen bijdragen.

Toelichting

De veiligheidscultuur binnen de organisatie is de mate waarin medewerkers het belang van patiëntveiligheid inzien. Voor de patiënt, begeleider, medewerker en bedrijfsvoering. Het bevorderen van een veiligheidscultuur kenmerkt zich door preventie, leren van gemaakte fouten en het stellen van veiligheid boven hiërarchische verhoudingen. Een veiligheidscultuur biedt het individu veiligheid omtrent het melden van onveilige situaties en sanctioneert het bewust en/of herhaald onveilig handelen. De RAV wil zich hierin ontwikkelen. Dat betekent een omslag van een reactieve naar een proactieve, lerende cultuur.

Binnen een veiligheidscultuur is een goed informatiesysteem van essentieel belang. Melden, registreren, structureel verzamelen en analyseren van incidenten en bijna-incidenten vormen de basis om adequaat te kunnen reageren en om de cultuur te veranderen. ICT-systemen kunnen behulpzaam zijn bij informatie over incidenten.

3.3 Doelstellingen

Formuleer de doelstellingen van de RAV ten aanzien van de veiligheids-cultuur.

Toelichting

Voorbeelden van doelstellingen kunnen zijn:

- de RAV heeft inzicht in de eigen cultuur door het uitvoeren van een meting;
- de RAV brengt de discussie over (gewenste) cultuur bij de medewerkers op gang;
- de RAV maakt gebruik van hulpmiddelen om het bewustzijn van de medewerkers te verhogen;
- de RAV gaat investeren in zogenaamde veiligheidsrondes waarbij, door middel van een rondgang langs de locaties, door medewerkers en management onveilige situaties in kaart worden gebracht.

Tip: Formuleer de doelstelling SMART

4. Veilig Incident Melden

4.1 Huidige situatie

Beschrijf op welke wijze het melden en analyseren van incidenten op dit moment vorm krijgt binnen de RAV. Geef ook aan welke middelen gebruikt worden.

4.2 Gewenste situatie

Beschrijf op welke wijze het melden en analyseren van incidenten binnen de RAV er idealiter uitziet en welke middelen daartoe kunnen bijdragen.

Toelichting

De huidige situatie binnen RAV-en kan zijn dat (bijna) incidenten worden gemeld door middel van een MIK-(Melding Incident Klant)/MIP-(Melding Incident Patiënt)melding. De meldingen worden in de regel besproken binnen de MIK-/MIP-commissie en naar aanleiding van de evaluatie worden aanbevelingen gedaan ter verbetering c.q. ter voorkoming per melding. In de meeste organisaties vindt nog geen structurele analyse plaats.

Het is van groot belang dat een organisatie leert van (bijna)incidenten om ongevallen te voorkomen. In een organisatie waarin sprake is van

Veilig Incident Melden (VIM) is sprake van 'blame free'-cultuur. Hierbij staat niet de vergissing van het individu centraal, maar de condities waaronder mensen werken, combinaties van factoren die geleid hebben tot een fout of de wijze waarop de zorg is georganiseerd. Het is de verantwoordelijkheid van iedereen binnen de organisatie -directie, leidinggevende en medewerker- om ondersteuning en invulling te geven aan deze cultuur. Het management zal de verkregen informatie dus niet gebruiken voor repressieve maatregelen.

Om te kunnen verbeteren is registreren en vervolgens analyseren van incidenten en bijna-incidenten onontbeerlijk. De RAV volgt de ontwikkeling in deze op de voet en heeft optimale analysemethodieken voor de organisatie ter beschikking. Voor het inrichten van een VIM-systeem kan de RAV gebruik maken van de instrumenten uit de toolkit Patiëntveiligheid Ambulancezorg.

4.3 Doelstellingen

Formuleer de doelstellingen van de RAV op het gebied van veilig incident melden en analyseren.

Toelichting

Voorbeelden van doelstellingen zijn:

- het Veilig Incident Melden is ingevoerd;
- de medewerkers dragen actief bij aan het melden van risico's en incidenten met behulp van een digitaal systeem;
- er is een heldere procedure voor iedereen bij wie zij incidenten in de patiëntenzorg melden;

- meldingen worden teruggekoppeld aan de melder;
- de meldingen worden geanalyseerd door de VIM-commissie;
- er is een analysemethode gekozen en ingevoerd binnen de RAV;
- periodiek wordt op organisatieniveau gerapporteerd over het aantal incidenten, de ernst en de oorzaken; tevens worden er trends bewaakt in de meldingen;
- relevante maatregelen worden doorgevoerd om soortgelijke incidenten in de toekomst te voorkomen.

Tip: Formuleer de doelstelling SMART

5. Prospectieve risico-inventarisatie

5.1 Huidige situatie

Beschrijf of, en zo ja op welke wijze prospectieve risico-inventarisatie op dit moment binnen de RAV vorm krijgt.

5.2 Gewenste situatie

Beschrijf op welke wijze prospectieve risico-inventarisatie binnen de RAV er idealiter uitziet en welke middelen daartoe kunnen bijdragen.

Toelichting

Bij prospectieve risico-inventarisatie (PRI) worden risico's binnen zorgprocessen geïdentificeerd en beheersbaar gemaakt. Het doel hierbij is om vooraf mogelijke oorzaken van schade op te sporen zodat maatregelen genomen kunnen worden. Het beheersen gebeurt door barrières in de processen in te bouwen of processen te herontwerpen.

Veel RAV-en voeren nog geen prospectieve risico-inventarisatie uit zoals wordt beoogd in een veiligheidsmanagementsysteem. Wel zal er bijvoorbeeld op het gebied van medewerkerveiligheid volgens een vastgesteld proces een RI&E worden uitgevoerd. Waar de RAV naar toe wil is dat het ambulanceproces systematisch wordt

doorgelicht om veiligheidsrisico's voor patiënten zoveel mogelijk in beeld te krijgen en weg te nemen. De RAV kan hierbij gebruik maken van de instrumenten uit de toolkit Patiëntveiligheid Ambulancezorg.

5.3 Doelstellingen

Formuleer de doelstellingen die de RAV op het gebied van prospectieve risico-inventarisatie heeft.

Toelichting

Voorbeelden van doelstellingen kunnen zijn:

- er is een inventarisatie gemaakt van de veiligheidsrisico's;
- er is een prioriteitenverdeling gemaakt over de aangegeven veiligheidsrisico's;
- er is een analyse van de veiligheidsrisico's gemaakt;
- de beheersmaatregelen zijn bepaald en geïmplementeerd;
- elke locatie voert één prospectieve risico-inventarisatie per jaar uit vanaf het moment dat medewerkers geschoold zijn in PRI.

Tip: Formuleer de doelstelling SMART

6. Continu verbeteren

6.1 Huidige situatie

Beschrijf op welke wijze de RAV op dit moment verbetermaatregelen identificeert en implementeert en hoe de effectiviteit wordt getoetst op basis van de resultaten. Geef ook aan welke middelen worden gebruikt.

6.2 Gewenste situatie

Beschrijf hoe verbetermaatregelen binnen de RAV in een continu proces worden geïdentificeerd en geïmplementeerd en op welke wijze de effectiviteit wordt getoetst op basis van resultaten. Geef ook aan welke middelen daartoe kunnen bijdragen.

Toelichting

Binnen de RAV worden jaarlijks interne audits uitgevoerd. Ook wordt er elk jaar een externe audit uitgevoerd ten behoeve van de HKZ-certificering. Er zijn processen met betrekking tot klachten en MIK/MIP. De genoemde voorbeelden zijn op zich staande onderdelen.

In de gewenste situatie zal de RAV initiatieven voor verbetering van de veiligheid vanuit de werplek omarmen en waar mogelijk instrumenten bieden om medewerkers hierin te faciliteren.

Binnen de RAV zijn analyses beschikbaar van de verschillende onderdelen van het VMS en is er één veiligheidssysteem beschikbaar.

6.3 Doelstellingen

Formuleer welke doelstellingen de RAV op het gebied van continu verbeteren en toetsen op resultaten heeft.

Toelichting

Voorbeelden van doelstellingen kunnen zijn:

- het management evalueert elk kwartaal het Beleidsplan Patiëntveiligheid;
- het management rapporteert in de kwartaalrapportages en het jaarverslag over de voortgang;
- binnen de RAV is een analysemethode beschikbaar voor alle medewerkers;
- een systeem is beschikbaar voor de medewerkers om verbetervoorstellen in te kunnen dienen;
- verbetermaatregelen worden systematisch geïdentificeerd en geïmplementeerd.

Tip: Formuleer de doelstelling SMART

7. Patiëntenparticipatie

7.1 Huidige situatie

Beschrijf op welke wijze patiëntenparticipatie binnen de RAV op dit moment vorm krijgt. Geef ook aan welke middelen daarvoor gebruikt worden.

7.2 Gewenste situatie

Beschrijf hoe patiëntenparticipatie binnen de RAV er idealiter uitziet en welke middelen daaraan kunnen bijdragen.

Toelichting

Elke RAV betreft patiënten (en/of hun vertegenwoordigers) bij de ambulancezorg met als doel de zorgverlening optimaal af te stemmen op de behoeften/verwachtingen en om de zorgverlening te verbeteren. Zo worden periodiek patiënttevredenheidsonderzoeken uitgevoerd en beschikt de RAV over een klachtenprocedure.

Bij de ontwikkeling van een VMS worden patiënten actiever betrokken bij veiligheid. Dit kan onder andere door een cliënten-/patiëntenraad in te richten. Ook is er (meer) aandacht voor de eigen verantwoordelijkheid die de patiënt heeft voor de eigen veiligheid. De RAV kan hierbij gebruik maken van de tool die hiervoor binnen het programma patiëntveiligheid is ontwikkeld: de patiëntveiligheidskaart.

7.3 Doelstellingen

Formuleer welke doelstellingen de RAV op het gebied van patiëntenparticipatie heeft.

Toelichting

Voorbeelden van doelstellingen:

- er is een patiëntveiligheidskaart beschikbaar voor/over ambulancezorg;
- er is vastgelegd op welke manier de patiëntenkaart onder de patiënten/burgers wordt verspreid;
- er is een cliënten-/patiëntenraad binnen de RAV aanwezig;
- de verantwoordelijkheden, activiteiten, planning en afspraken van en over de cliënten-/patiëntenraad zijn vastgelegd;
- de klachtenprocedure is beschreven en waar nodig aangepast;
- jaarlijks wordt er een patiënttevredenheidsonderzoek gedaan;
- patiënten ervaren een uitnodigende houding van de zorgverlener zodat zij een eigen inbreng kunnen hebben in de zorg.

Tip: Formuleer de doelstelling SMART




Bijlage 1. Beoordelingssystematiek VMS

Inleiding

Deze tool is ontwikkeld om RAV-en te ondersteunen bij het inzichtelijk maken van de mate waarin de organisatie voldoet aan de normen voor patiëntveiligheid. Door het instrument periodiek te gebruiken kan de voortgang van de ontwikkeling van het VMS binnen de organisatie worden gevolgd. Het gebruik van smileys heeft als doel de uitkomsten van de analyse voor en door medewerkers, bijvoorbeeld interne auditoren, helder in beeld te krijgen. De tool is gebaseerd op de normen voor patiëntveiligheid uit het HKZ-certificatieschema 'Cliënt-/Patiëntveiligheid (HKZ, 2009)', die ook zijn opgenomen in het HKZ-schema Ambulancezorg uit 2011. Om het instrument hanteerbaar te houden zijn de normen op hoofdlijnen beschreven. Voor verdieping, interpretatie en toelichting wordt verwezen naar de beide certificatieschema's (www.hkz.nl).

Werkwijze

Elk normelement uit de VMS-module kan beoordeeld en gescoord worden volgens onderstaande tabel met een schaalverdeling van 0 t/m 3. In de tweede kolom staat een meer operationele beschrijving van wat men bij de inschaling op een bepaald niveau moet kunnen aantreffen. De RAV kan deze beschrijvingen naar eigen inzicht aanvullen. Een werkversie is beschikbaar op de USB-card, die ook in de toolkit Patiëntveiligheid zit.

Score	Beschrijving
Niet van toepassing	Het normelement is in de organisatie of werkeenheden van ondergeschikt belang of komt niet voor.
1. NEE 	Het normelement krijgt weinig of geen aandacht of er zijn uitsluitend plannen om met het normelement aan de slag te gaan.
2. DEELS 	Het normelement is op projectbasis of slechts op beperkte schaal in de organisatie/locaties geïmplementeerd of de kwaliteitscyclus is nog niet doorlopen. <ol style="list-style-type: none"> Er bestaan afspraken die antwoord geven op de W-vragen (wie? wat? waar? wanneer?) (plan), de afspraken zijn door de verantwoordelijke functionaris geautoriseerd en (door-gaans) schriftelijk gedocumenteerd. De afspraken zijn bekend bij en begrepen door een deel van de medewerkers/locaties (plan/do) en worden door hen feitelijk (operationeel) uitgevoerd (do). Controle of de afspraken deugdelijk zijn d.w.z. dat ze tot het beoogde resultaat leiden zonder schadelijke bijwerkingen (check) vindt nog niet of slechts incidenteel plaats. Voor de eventuele bijstelling van de afspraken (act) bestaan voornemens.
3. VOLLEDIG 	Het normelement is geïmplementeerd op alle voor de kwaliteit meest kritieke plaatsen in de organisatie of locatie en het doorlopen van de kwaliteitscyclus heeft een structureel karakter. <ol style="list-style-type: none"> Zijn de afspraken bekend bij en begrepen door vrijwel alle medewerkers/locaties (plan/do)? Controle of de afspraken deugdelijk zijn d.w.z. dat ze tot het beoogde resultaat leiden zonder schadelijke bijwerkingen (check) heeft plaatsgevonden op alle onderdelen. Zonodig worden de afspraken (act) op alle onderdelen bijgesteld.

Bijlage 2. Normen patiëntveiligheid

Norm	Omschrijving	Toelichting	Voortgang
PLAN fase: basis en randvoorwaarden van het veiligheidsmanagementsysteem			
1.1	Veiligheidsbeleid	- De organisatie heeft haar missie en visie vastgelegd in (meerjaren) veiligheidsbeleid. - De organisatie legt indicatoren vast waarmee is na te gaan in welke mate deze doelstellingen behaald worden.	
1.2	Structuur en verantwoordelijkheden	De directie legt voor het VMS de volgende zaken vast: - de organisatiestructuur; - de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden binnen de organisatie; - de middelen die nodig zijn voor het VMS.	
1.3	Identificatie risicovolle processen	De organisatie legt vast welke primaire en ondersteunende processen die gerelateerd zijn aan de cliënt kritisch zijn voor de zorg- en dienstverlening en beschrijft deze.	
1.4	Prospectieve risico-inventarisatie en -analyse	De organisatie legt vast met welke frequentie, welke methode en met welke periodisering een risico-inventarisatie en -analyse wordt uitgevoerd.	
1.5	Documentatie	De organisatie heeft een handboek waarin de processen van het VMS opgenomen zijn.	
1.6	Beheersing van documentatie	De organisatie heeft in een procedure vastgelegd welke beheersmaatregelen nodig zijn voor documenten.	
1.7	Beheersing van registraties	De organisatie heeft in een procedure vastgelegd welke beheersmaatregelen nodig zijn voor de registraties en zorgt ervoor dat de registraties worden bijgehouden.	
DO fase: uitvoeren van het veiligheidsmanagementsysteem			
2.1	De directie	De directie is verantwoordelijk voor het bevorderen van de veiligheidscultuur en bevordert dat medewerkers zich bewust zijn van de eigen bijdrage aan veiligheidsdoelstellingen.	
2.2	Professioneel handelen	De organisatie zorgt ervoor dat medewerkers over de benodigde competenties beschikken en dat dit wordt geregistreerd.	
2.3	Risico-inventarisatie en -analyse individueel cliëntniveau	De organisatie legt afspraken met betrekking tot risico-inventarisatie vast en de organisatie meet en beoordeelt de effectiviteit van de maatregelen.	
2.4	(veilig) Melden	De organisatie hanteert een vastgelegde procedure voor veilig en efficiënt melden.	
CHECK fase: meten en analyseren			
3.1	Meten en analyseren	De organisatie heeft vastgelegd met welke frequentie, methode en indicatoren cliëntveiligheid is bereikt. De organisatie meet volgens vooraf vastgestelde frequentie en methode hoe medewerkers, ketenpartners en cliënten de veiligheid van zorg- en dienstverlening hebben ervaren.	
3.2	Interne audit	De organisatie voert volgens vastgestelde procedures interne audits uit die gericht zijn op cliëntveiligheid.	
ACT fase: systematisch verbeteren en leren			
4.1	Verbeteren en leren	De organisatie beoordeelt volgens vastgelegde procedures de effectiviteit van de verbetermaatregelen en maakt deze en de resultaten inzichtelijk.	
4.2	Directiebeoordelingen	De directie beoordeelt periodiek het VMS om ervoor te zorgen dat dit geschikt en doeltreffend is. Van de beoordelingen worden registraties bijgehouden.	

Bijlage 3. Beleidsverklaring directie

De directie van de RAV en de ondernemingsraad (medezeggenschapsraad) hechten grote waarde aan de veiligheid, gezondheid en het welzijn van de patiënten, begeleiders en medewerkers binnen de organisatie. Daarbij hanteren de directie en ondernemingsraad (medezeggenschapsraad) als uitgangspunt dat de RAV zich conformeert aan de wettelijke eisen en CAO-afspraken op het gebied van veiligheid, gezondheid en arbeidsomstandigheden.

De directie heeft zich tot taak gesteld de nodige actieve ondersteuning en leiding te geven aan:

- Het voorkomen of beperken van extra belasting, zowel fysiek als psychisch, bij patiënten, begeleiders en medewerkers ten gevolge van vermijdbaar onheil.
- Het voorkomen of beperken van materiële schade als gevolg van calamiteiten.
- Het jaarlijks, binnen de planning- en controlecyclus, inruimen van aandacht voor beleidsmaatregelen gericht op een hoger veiligheidsniveau door het formuleren van doelstellingen op het gebied van veiligheid en procesverbetering.
- Het zorgdragen voor een laagdrempelige en veilige omgeving waarin medewerkers, begeleiders en medewerkers melding kunnen maken van onveilige en ongewenste situaties.

De directie verwacht van de medewerkers en leidinggevenden:

- Een proactieve opstelling ten aanzien van het beperken of voorkomen van veiligheidsrisico's binnen de organisatie in het algemeen en de eigen, directe werkomgeving in het bijzonder.
- Dat zij adequaat reageren richting de direct leidinggevende bij het vaststellen van een onveilige situatie en het, als dat mogelijk is, wegnemen van het gevaar.
- Dat zij medeverantwoordelijk zijn voor aandragen van oplossingen ten aanzien van ervaren onveilige situaties.
- Dat zij elkaar aanspreken en zich laten aanspreken op onveilig gedrag.

Naam:

Bestuurder RAV

Handtekening:

Datum:

Naam:

Voorzitter OR

Handtekening:

Datum:

Colofon

Deze brochure is gemaakt in het kader van het programma **Patiëntveiligheid Ambulancezorg**.

info@ambulancezorg.nl
www.ambulancezorg.nl

Tekst

Guy Goessen, RAV Limburg Noord en
Leandra Wolf, RAV Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland-Midden

Redactie

Ambulancezorg Nederland en Huisling Communicatie & BeleidsAdvisering, Tiel

Ontwerp

Vormix, Maarssen

Druk

Stimio Communicatie & Presentatie, Tiel

