

Breed ondersteuningsaanbod deelnemende ziekenhuizen

pag 2

Proef-audits bij drie ziekenhuizen

pag 3

Genomineerden Nationale Patiëntveiligheid Award 2008

pag 7

Alle ziekenhuizen op een rij

pag 8

## Ambitieuze doelstelling

# Landelijke aanpak veiligheid ziekenhuizen



Er waaide heel wat stof op toen begin 2007 het EMGO/NIVEL rapport 'Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen' verscheen. Het zorgde er echter wel voor dat veiligheid hoog op de politieke agenda kwam te staan. Ook binnen de sector werd het belang erkent. Op 12 juni 2007 presenteerden de NVZ, Orde, V&VN en LEVV daarom een gezamenlijk plan van aanpak onder de titel 'Voorkom schade, werk veilig'. Op 4 januari 2008 vond de officiële aftrap plaats. Doel is om in de programmaperiode de vermijdbare onbedoelde schade met vijftig procent te verminderen.

Veel ziekenhuizen zijn, allemaal op hun eigen manier, zelf al veel langer bezig met veiligheid. Of zijn na het uitkomen van de Nederlandse Technische Afspraak (NTA) 8009 concreet aan de slag gegaan met het implementeren van een veiligheidsmanagementstelsel. De vele en kwalitatief goede inzendingen voor de patiëntveiligheidsaward laten dat zien.

Met het Veiligheidsprogramma wordt het begrip veiligheid verbreed met de 10 thema's die ook ziekenhuisbreed worden opgepakt. Maatregelen en handswijze die her en der al bestonden, worden nu vastgelegd en uitgewerkt door experts en systematisch geïmplementeerd in ziekenhuizen. Een enorme klus, die ook enorm voortvarend wordt opgepakt.

De vier programmapartners (NVZ-vereniging van ziekenhuizen, de Orde van Medisch Specialisten,

Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland en het Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging) formuleerden in 2007 samen met de wetenschappelijke verenigingen, verpleegkundige afdelingen, inspectie en schadeverzekeraars tien thema's waarop de veiligheid moest verbeteren. Deze thema's vormen samen met de implementatie van een Veiligheids Management Systeem (VMS) de kern van het programma.

Allereerst streeft het Veiligheidsprogramma naar een open en veilige cultuur in ziekenhuizen "Daarmee komt namelijk ook ruimte voor vervolgstappen. Er kan dan open over veiligheid en dingen die misgaan worden gesproken," vertelt Brigit Heemsker, manager van het veiligheidsprogramma. Aan de slag gaan met incident melden, risico's in kaart brengen of verbeteringen doorvoeren betekent ook dat je concreet bezig bent met de cultuur. "Je ervaart dan direct waar de communicatie nog niet open is over incidenten of waar mensen persoonlijk worden aangesproken op een fout zonder eerst naar het systeem of organisatie te kijken waar iemand in werkt."

### Tips&trucs

Op basis van input van deze ziekenhuizen, ervaringen uit projecten als Sneller Beter en Move your DOT en natuurlijk de nodige literatuur, komen de experts met tips en suggesties die uiteindelijk onder meer uitmonden in materialen en trainingen voor ziekenhuizen.

Belangrijkste voordeel van die aanpak is dat de ziekenhuizen niet allemaal zelf het wiel uit hoeven te vinden. Maar ze blijven wel zelf verantwoordelijk. Het veiligheidsprogramma biedt handvaten en tips, maar de ziekenhuizen moeten het uiteindelijk zelf doen. Wanneer uit onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg blijkt dat bij een ziekenhuis het nodige mis is, krijgt dit vanuit het VMS Veiligheidsprogramma ondersteuning om de situatie veiliger te maken. Dit betekent dat samen materialen en werkmethoden worden ontwikkeld die passen binnen het Veiligheidsprogramma.

### Enthousiasme

Er is in de ziekenhuizen niemand te vinden die het belang van patiëntveiligheid ontkent. Het getoonde en behouden enthousiasme verdient bovendien respect, want implementeren van alle maatregelen blijkt een veelomvattende klus. Is men eenmaal zover dat bijvoorbeeld het melden van incidenten is geregeld, dan blijkt het vervolgens weer een hele opgave om de gegevens op een juiste manier te analyseren en aan de hand van de uitkomsten verbeteringen in te voeren. Verbeteren van de veiligheid vraagt, zo blijkt, om een andere benadering van de organisatie en dat is nou eenmaal enorm lastig als je al een tijd in de organisatie meedraait. Ondanks de hoeveelheid werk die het ontwikkelen en implementeren van maatregelen de ziekenhuizen oplevert, geven specialisten en verpleegkundigen aan dat zij er

(inmiddels) wel degelijk de meerwaarde van inzien. Immers, liefst 74 ziekenhuizen (ruim negentig procent van alle perifere ziekenhuizen) doet mee. Grote afwezigen waren tot nog toe de academische ziekenhuizen, die weliswaar vertegenwoordigers hadden in de expertteams, maar nog niet officieel meededen aan het Veiligheidsprogramma. De academische ziekenhuizen hebben inmiddels echter besloten vanaf 1 januari ook officieel mee te gaan doen met het Veiligheidsprogramma.

### Noodzaak

Het belang van het programma kan nauwelijks worden overschat. Sinds 2007 klinkt zowel vanuit de politiek als vanuit de consument de eis om meer openheid maar vooral ook meer veiligheid. En na elk incident wordt die roep luider. Met het eigen verbeterplan in de hand kunnen ziekenhuizen laten zien dat veiligheid de hoogste prioriteit heeft en zij tal van concrete stappen zetten om de veiligheid te verbeteren. ■

## Media smullen van medische missers

Wie binnen nieuwssites zoekt op 'ziekenhuizen', krijgt een lange lijst koppen met een veelal negatieve toonzetting voorgeschied: ziekenhuizen werken minder efficiënt, ziekenhuizen te onervaren voor gevaarlijke operaties, ziekenhuizen boos over korting budget, ziekenhuizen slordig met informatiesystemen, eerste hulp ziet kindermishandeling vaak niet. 'Alcoholpoli in vier ziekenhuizen' steekt daar toch wat schril bij af.

Dat medische missers het goed doen in de media staat vast, maar dat zegt hoogstens iets over de intensiteit van de berichtgeving en wellicht de toon. Of de kritiek terecht is, heeft niets te maken met of en hoe erover wordt bericht. De onderliggende feiten kloppen veelal. Waar sprake is van slachtoffers, in welke vorm dan ook, is het bovendien niet meer dan logisch dat een zaak tot op de bodem wordt uitgezocht.

De andere kant is dat, volgens bijvoorbeeld de NVZ vereniging van ziekenhuizen en de Orde van Medisch Specialisten, het af en toe ook wel een onsje minder kan. Dat gaat dan niet alleen over de hoeveelheid onderzoeken waarmee de Inspectie voor de Gezondheidszorg de afgelopen maanden naar buiten kwam, maar ook over de vrijwel altijd negatieve toonzetting. Kwestie van glas half vol of half leeg. Een minister die zegt dat 'wie er zonder meer van uitgaat dat het wel goed zit, bedrogen uit kan komen' maakt dat glas er niet voller op.

Dat Nederland volgens de Euro Health Consumer Index van 2008 de meest consumentvriendelijke zorg van Europa heeft, plaatst alle negatieve aandacht weer een klein beetje in perspectief. Toch mag zo'n tussenstand (aangenomen dat het klopt) nooit reden zijn om tevreden achterover te leunen. De wet van de remmende voorsprong ligt immers altijd op de loer.

Om vooruit te komen zullen we met name moeten kijken welke kanttekeningen de onderzoekers plaatsen (wachlijsten) om zo de consument in de toekomst nog beter van dienst te kunnen zijn. Hetzelfde geldt voor negatieve uitslagen van onderzoeken naar (patiënt) veiligheid en kwaliteit. Neem ze ter harte en doe er wat aan. Maar het allerbeste zou het natuurlijk zijn als de branche misstanden of verbeterpunten signaleert. Voordat toezichthouders of anderen aan de bel trekken. Dat kan alleen wanneer incidenten (en bijna incidenten) structureel worden gemeld en uniform geregistreerd. De implementatie van een veiligheidsmanagementsysteem VMS is daarvoor een eerste vereiste. Een cultuuromslag een tweede.



## Even voorstellen



**Naam:** Patricia Boelhouters  
**Functie:** Programmamedewerker VMS

### Wat vind je interessant aan je werk bij het Veiligheidsprogramma?

"De insteek van het Veiligheidsprogramma trok mij erg aan omdat ik echt geloof dat de zorg nog een stuk veiliger kan. Daarnaast denk ik er nog veel van te kunnen leren. Vóór mijn overstap naar het Veiligheidsprogramma had ik een leidinggevende positie en stond ik twintig jaar lang met twee benen middenin het ziekenhuiswezen. Nu sta ik meer aan de zijlijn en loop opeens tegen allerlei nieuwe aspecten van de ziekenhuiswereld aan. Ik volg nu bijvoorbeeld geen trainingen meer, maar geef ze zelf. Dat is natuurlijk even schakelen, maar vooral ook leuk om te doen!" ■

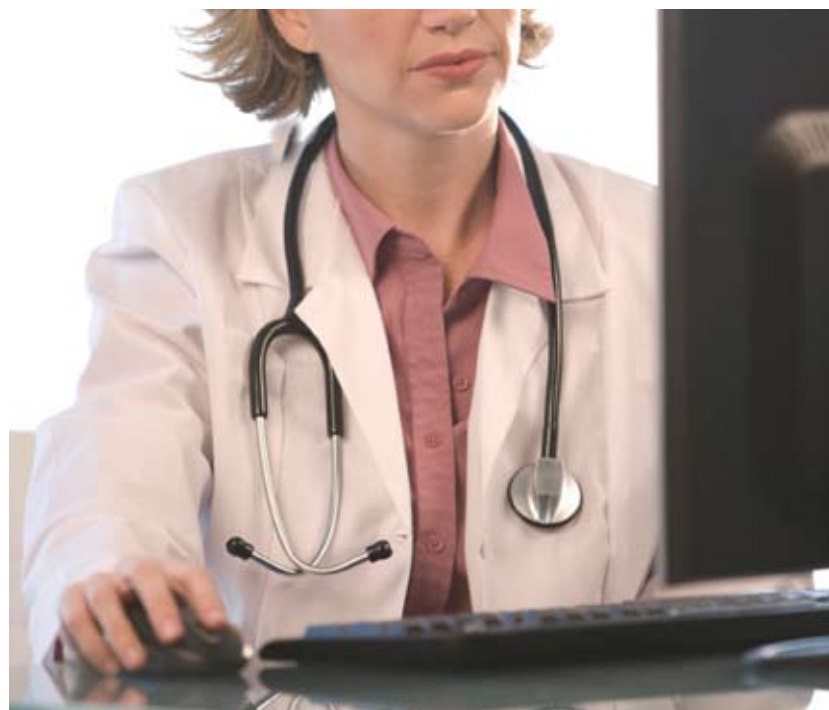


**Naam:** Miriam Kroeze  
**Functie:** Projectleider VMS

### Wat vind je interessant aan je werk bij het Veiligheidsprogramma?

"Ik ben er al meer dan tien jaar mee bezig, het zit inmiddels in de genen. Veiligheid is het voorkomen van schade aan patiënten. Aan het verlenen van zorg zijn risico's verbonden. Door deze risico's op te sporen, kan voorkomen worden dat patiënten onbedoeld schade ondervinden van een behandeling. Het is een interessant gegeven dat vergissen menselijk is en dat je dus de omgeving moet aanpassen om te voorkomen dat er fouten worden gemaakt. Daadwerkelijk over bestaande kaders heen kijken en het geheel optimaliseren, dat maakt het verschil." ■

## Breed ondersteuningsaanbod deelnemende ziekenhuizen



De 74 ziekenhuizen die meedoen aan het veiligheidsprogramma 'Voorkom schade, werk veilig' hebben keuze uit een breed ondersteuningsaanbod. Zo is er een vijfdaagse masterclass patiëntveiligheid, een driedaagse Expertisetraining en zijn er diverse thema- en VMS-conferenties.

De ondersteuning van de diverse ziekenhuizen vindt niet alleen plaats via bijeenkomsten. Elke praktijkgids die door de expertteams per thema wordt uitgebracht, gaat namelijk ook vergezeld van een webcast op [www.vmszorg.nl](http://www.vmszorg.nl). Hierin geven diverse deskundigen een uitgebreide introductie en toelichting op betreffende praktijkgids. Deze webcasts worden gepubliceerd op de website

van VMS en vormen een uitstekende manier om zich op eenvoudige wijze te laten informeren door experts. Ook de praktijkgidsen zelf zijn gewoon te downloaden via internet.

### Masterclass

Naast ondersteuning via de website worden ook tal van trainingen georganiseerd om ziekenhuismedewerkers te helpen het aantal vermijdbare fouten te verminderen. De vijfdaagse masterclass bijvoorbeeld, richt zich op multidisciplinaire teams die in het ziekenhuis het veiligheidsprogramma gaan trekken. Deze teams zetten tijdens de masterclass in vijf dagen tijd een actie of veiligheidsplan op voor het ziekenhuis of scherpen een bestaand plan verder aan. Op de vijfde en laatste dag presenteert het team haar plan vervolgens aan een vertegenwoordiging van de raad van bestuur, medische staf en verpleegkundige adviesraad van het ziekenhuis. De aanmelding voor deze masterclasses vindt plaats via de netwerkcoördinatoren en ziekenhuiscoördinatoren van de deelnemende ziekenhuizen, die hierover apart door de programmaorganisatie worden benaderd. De masterclass is bij uitstek bedoeld voor mensen die het veiligheidsprogramma binnen hun ziekenhuis gaan trekken of het opleidingsge-

deelte onder hun hoede hebben. De masterclass is opgebouwd uit presentaties, ervaringsverhalen, interactieve werkvormen en reflectietijd.

### Expertisetraining

De implementatie van een VMS en het verbeteren van specifieke risicogebieden gaat sneller als een ziekenhuis beschikt over interne experts. Die experts begeleiden afdelingen bij het analyseren van incidenten, het inventariseren van risico's en het doorvoeren van verbeteringen. Om aan deze behoefte te voldoen wordt vanuit het Veiligheidsprogramma een driedaagse Expertisetraining Patiëntveiligheid aangeboden. Daarin komen onderwerpen aan bod als de analysemethoden PRISMA, prospectieve risico-inventarisatie en implementeren en verbeteren op basis van de laatste inzichten. De expertisetraining is zo opgezet dat deelnemers na afloop in staat zijn zelf trainingen te geven in het ziekenhuis.

### Themaconferenties

Eind 2008 zijn de eerste vier thema's van het veiligheidsprogramma 'Voorkom schade, werk veilig' van start gegaan (zie pag. 4 en 5). Elk van deze thema's gaat vergezeld van drie themabijeenkomsten (de eerste zijn inmiddels geweest) waar de deelnemers alle noodzakelijke kennis opdoen over het betreffende thema. Ook gaan afdelingsteams concreet aan de slag met een plan van aanpak voor de eigen afdeling.

### VMS-conferenties

Om deelnemende ziekenhuizen te ondersteunen bij het invoeren van een VMS is een tweetal conferenties ontwikkeld. Dit zijn Prospectieve risico-inventarisatie (PRI) en Veilig Incident Melden (VIM). Tijdens deze conferenties worden de belangrijkste elementen van een VMS behandeld, zoals ook vastgelegd in de NTA 8009:2007. ■

Zie voor data van de bijeenkomsten de agenda op pagina 8.

Kijk voor meer informatie over de bijeenkomsten en hoe aan te melden op [www.vmszorg.nl/ondersteuning](http://www.vmszorg.nl/ondersteuning)

## Het registreren kan beginnen

# Eerste modules PREZIES gereed



Vanaf mei 2008 werken de expertgroepen sepsis, vitaal bedreigde patiënt, medicatieoverdacht en postoperatieve wondinfecties aan het formuleren van een doelstelling, de bepaling van interventies en de ontwikkeling van indicatoren. De expertgroep 'Voorkomen van wondinfecties na een operatie' heeft inmiddels zelfs een afgerond en kwalitatief hoogstaand product afgeleverd in de vorm van een praktijkgids.

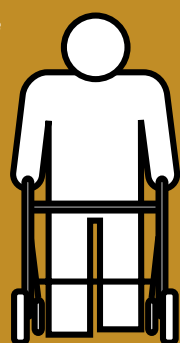
In de praktijkgids 'Voorkomen van wondinfecties na een operatie' staat een beschrijving en een onderbouwing van een bundel van interventies, die de deelnemende ziekenhuizen in 2009 kunnen implementeren en registreren in PREZIES, het landelijk surveillance netwerk voor ziekenhuisinfecties. Op [www.prezies.nl](http://www.prezies.nl) is de module 'Postoperatieve Wondinfecties' inmiddels actief. Daarnaast is er een aparte module beschikbaar voor

wondinfecties na hartchirurgie. Binnen deze PREZIES-modules wordt met ingang van 2009 de mogelijkheid geboden om alle voorgedragen indicatorgrepen en de bundel te registreren.

### Sepsis

De registratie voor lijnsepsis is eveneens ingebouwd in PREZIES. Ook voor deze module kan men zich aanmelden bij het PREZIES-netwerk. Het programmateam van het Veiligheidsprogramma is in gesprek om de registratie voor ernstige sepsis te laten plaatsvinden in NICE. Indien ziekenhuizen niet zijn aangesloten bij NICE vindt overleg plaats om te kijken of dit alsnog mogelijk is. De praktijkgids 'Voorkomen van schade bij patiënten met Sepsis' komt uit in december van dit jaar en gaat, net als de onderwerpen Postoperatieve wondinfecties en Vitaal bedreigde patiënt, vergezeld van een webcast. Hou hiervoor de website [www.vmszorg.nl](http://www.vmszorg.nl) in de gaten. ■

Voorkomen van onbedoelde schade bij de oudere patiënt



VMS  
veiligheids  
programma



**Naam:** Maartje Houtsma  
**Functie:** Programmamedewerker  
10 thema's

#### Wat vind je interessant aan je werk bij het Veiligheidsprogramma?

"Ik ben al even met veiligheid bezig want ik stond aan de wieg van het incident melden in 'Sneller Beter'. Het Veiligheidsprogramma heeft, naast het veiligheidsmanagementsysteem, tien boeiende en praktische thema's gekozen waarmee de ziekenhuizen direct aan de slag kunnen. Samen met betrokken en enthousiaste experts uit het veld, verzamel ik evidence based interventies en goede praktijkvoorbeelden. Aan de hand daarvan kunnen ziekenhuizen de zorg echt veiliger maken en daarmee de schade aan patiënten reduceren. Dat is wat mij in deze baan trekt!"



**Naam:** Maarten Willemse  
**Functie:** Webmaster

#### Wat vind je interessant aan je werk bij het Veiligheidsprogramma?

"Ik werk bij het Veiligheidsprogramma omdat ik graag mijn technische inhoudelijke kennis wil delen ter bevordering van sociale, aansprekende verbetertrajecten. Ik vind patiëntveiligheid een belangrijk aandachtsgebied, temeer omdat het de afgelopen jaren een onderbelicht aspect van de zorg was. Daarnaast zie ik er een duidelijke meerwaarde in om ziekenhuismedewerkers goed te faciliteren via zowel websites als de eigen webomgeving. Des te beter wij dat doen, des te minder tijd zij kwijt zijn aan papierwerk. En dat betekent meer aandacht voor de patiënt."



## Basiseisen VMS in NTA 8009:2007

# Proef-audits bij drie ziekenhuizen



**Bij drie ziekenhuizen vindt komend voorjaar een proef-audit plaats om te kijken in hoeverre zij voldoen aan de basiseisen van een veiligheidsmanagementsysteem. De negen pilot-ziekenhuizen die betrokken waren bij de totstandkoming van de basiseisen zoals vastgelegd in NTA 8009:2007 (zie kader), krijgen een brief waarin ze worden uitgenodigd zich op te geven voor de proef-audit.**

Voor de drie ziekenhuizen is het natuurlijk prettig om te horen hoe ze er voor staan. Misschien nog wel belangrijker is dat duidelijk wordt of NTA in de praktijk ook werkbaar is. De basiseisen zijn namelijk in zeer korte tijd, ongeveer negen maanden, tot stand gekomen. Het zijn bovendien nog niet alle basiseisen. De komende periode worden de laatste drie hoofdstukken nog uitgewerkt. Daar is voor gekozen omdat

het voor ziekenhuizen teveel werk zou zijn om in een keer een volledig eisenpakket te moeten implementeren. De uitkomsten van de proef-audit zullen worden gebruikt om waar nodig de huidige basiseisen aan te passen. Daarnaast levert het kostbare informatie op die kan worden gebruikt bij het opstellen van de rest van de basiseisen. Het Veiligheidsprogramma gaat ook onderzoeken of er eisen moeten worden opgeno-

men die meer inhoudelijk van aard zijn en direct gekoppeld aan de tien thema's. Het is dan bijvoorbeeld de vraag of het daarbij moet gaan om vrij abstracte eisen, of juist hele specifieke. De definitieve versie van de NTA is in 2012, als het huidige Veiligheidsprogramma afloopt, gereed.

#### Zelfevaluatie

De NVZ vereniging van ziekenhuizen heeft, samen met de Orde van

### Totstandkoming basiseisen NTA

De basisvoorwaarden van een veiligheidsmanagementsysteem zijn in 2006 en 2007, met ondersteuning van de NEN (Nederlands Normalisatie-instituut) vastgesteld door een commissie samengesteld uit vertegenwoordigers van de raden van bestuur, medische staf en verpleegkundige adviesraden van de negen VMS zorg pilot-ziekenhuizen. Bij de totstandkoming van het NEN-advies waren in totaal zesendertig partijen betrokken waaronder de negen (pilot) ziekenhuizen. De basiseisen zijn vastgelegd in de NTA 8009:2007. 'Veiligheidsmanagementsysteem voor ziekenhuizen en instellingen die ziekenhuiszorg verlenen'. Elk ziekenhuis in Nederland heeft de NTA 8009:2007 ontvangen.

Medisch Specialisten, de V&VN en de LEVV, een zelfevaluatie-instrument VMS ontwikkeld, gebaseerd op de NTA 8009:2007. Deze zelfevaluatie stelt ziekenhuizen in staat om de implementatie van het VMS te monitoren. Ook de resultaten van deze zelfevaluatie vormen input voor de herziene versie van de NEN-norm. Deze Zelfevaluatie is te vinden op [www.vmszorg.nl](http://www.vmszorg.nl) >> Ondersteuning >> Producten >> Zelfevaluatie VMS ■

"Bij verpleegkundigen in het werkveld, maar ook verpleegkundigen die dichterbij de projectorganisatie staan, bestaat het gevoel dat patiëntveiligheid een sterk medische invalshoek heeft. Uiteraard is deze invalshoek zeer relevant en legitiem. Dat neemt echter niet weg dat de verpleegkundige invalshoek en betrokkenheid meer op de voorgrond zou mogen treden. Juist in de praktijk van bijvoorbeeld het 'Vimmen' (Veilig Incident Melden) zien wij dat verpleegkundigen een cruciale rol spelen."

Rolf de Folter, voorzitter Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVV)

LEVV Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging



## Even voorstellen



**Naam:** Georgette Lageman  
**Functie:** Communicatieadviseur

### Wat vind je interessant aan je werk bij het Veiligheidsprogramma?

"Hoe langer ik bij het Veiligheidsprogramma werk, hoe meer ik zie hoeveel goede initiatieven er al binnen ziekenhuizen leven op het gebied van veiligheid. Uiteraard valt er nog genoeg te verbeteren, maar aandacht vragen voor goede ideeën en de uitwisseling ervan, is zeker een stap in de goede richting. Toch heb je aan alle kennis en ideeën niet veel als deze niet op het juiste moment, richting de juiste mensen en met de juiste middelen wordt gecommuniceerd. Vandaar dat ik graag een bijdrage lever aan effectieve en professionele communicatie."



**Naam:** Brigit Heemskerk  
**Functie:** Programmamanager

### Wat vind je interessant aan je werk bij het Veiligheidsprogramma?

"Ik was hiervoor, na jarenlang te hebben gewerkt in het ziekenhuis, projectleider bij VMS-zorg, de voorloper van het Veiligheidsprogramma. Toen zag ik al dat de mate waarin ziekenhuizen 'ja' zeggen tegen het programma ongekend is. Er is daadwerkelijk sprake van een bewustwordingsproces. Ziekenhuizen maken ernst met de aanpak van vermijdbaar leed. Als er fouten worden gemaakt, waren ziekenhuizen tot voor kort nog niet altijd bereid ten volle informatie te verstrekken. Openheid is nu juist een succesfactor. Samen werken we aan het vergroten van de veiligheid in ziekenhuizen!"

## Voorkomen ziekenhuisinfecties na operatie

Het komt helaas nog steeds (te) vaak voor dat patiënten na hun operatie een postoperatieve wondinfectie (POWI) oplopen. Dat levert de patiënt niet alleen veel ongemak op, maar hij heeft ook een twee keer zo grote kans om te overlijden.

Het percentage patiënten dat te maken krijgt met een POWI verschilt sterk per afdeling. Daarnaast is er ook een groot verschil waarneembaar bij verschillende soorten operaties. Er is dus nog veel ruimte voor verbetering.

De expertgroep selecteerde in totaal dertien zogenaamde indicatoroperaties verdeeld over zes specialismen. Daarbij werd binnen de groep operaties die het vaakst voorkomen in Nederland, gekozen voor de groep

met de grootste spreiding in het percentage infecties. Ziekenhuizen kiezen uit deze lijst minimaal vijf ingrepen, verdeeld over drie specialismen, om mee aan de slag te gaan.

### Interventies

In de gids komen vier soorten interventies aan de orde. Zo dient het in- en uitlopen van operatiekamers te worden verminderd. Ook moeten te opereren patiënten waarvoor antibiotica-profylaxe is geïndiceerd, het juiste middel op het juiste tijdstip krijgen. Een derde punt is het pre-operatief ontharen. Dit veroorzaakt wondjes en zou daarom of niet moeten plaatsvinden of indien noodzakelijk met een medische tondeuse. Ten slotte verkleint handhaving van normothermie bij geopereerde patiënten ook de kans op een infectie. ■

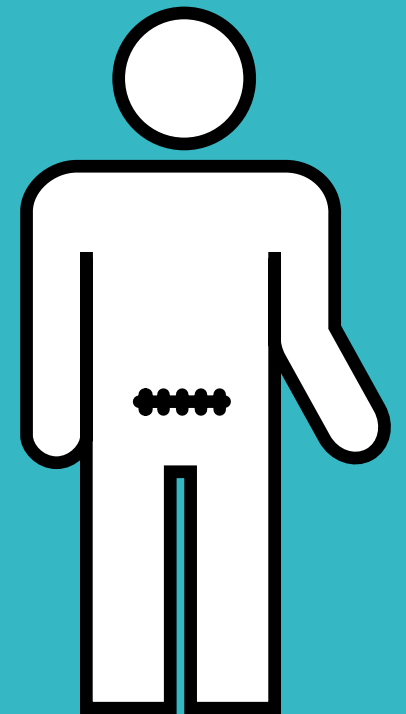
### Voorzitter expertgroep POWI

**Naam:** Peter Hans van den Broek  
**Functie:** hoogleraar infectieziekten en werkzaam op de afdeling Infectieziekten van het Leids Universitair Medisch Centrum.

### Zegt:

"Zolang er nog mensen overlijden, ernstig ziek zijn of voor het leven gehandicapt worden door een wondinfectie na een operatie, mag het onderwerp niet blijven rusten. Mijn drive is sterk beroepsmatig bepaald: het is mijn vak om zorginfecties te voorkomen en te bestrijden. Tegen de ziekenhuizen zou ik willen zeggen: Praat, denk en overleg niet te lang maar ga aan de slag, al doende leert men!"

## Voorkomen van wondinfecties na een operatie



VMS  
veiligheids  
programma

## Bloedvergiftiging vaak laat vastgesteld

In de Nederlandse ziekenhuizen komt sepsis, oftewel bloedvergiftiging, nog vaak voor. Er overlijden jaarlijks zelfs meer mensen aan bloedvergiftiging dan aan borstkanker, colonkanker en longkanker samen. Bij ernstige sepsis is de kans op overlijden liefst veertig procent.

Bloedvergiftiging heeft een moeilijk te herkennen ziektebeeld. Daardoor wordt de behandeling vaak te laat gestart en is deze onvolledig. Vroege herkenning van het ziektebeeld is dan ook de basis voor het terugdringen van het aantal slachtoffers. De behandeling van en zorg voor patiënten met sepsis is intensief en het herstel duurt vaak lang.

### Richtlijn sepsis

Belangrijke doelstellingen van de expertgroep sepsis zijn de preventie

van lijnsepsis en het behandelen van ernstige sepsis op de intensive care (IC). Diverse maatregelen vastgelegd in de richtlijn sepsis moeten zorgen voor verbetering in de herkenning en behandeling van bloedvergiftiging op de IC.

### Desinfectie

Interventies voorafgaand aan het inbrengen van een lijn zijn handdesinfectie met handalcohol, een maximale voorzorgsbarrière (creëren van een ruim steriel veld om de patiënt), desinfectie van de huid met chloorhexidine en optimale selectie van de catheterplaats. Na de inbrenging is dagelijkse controle van de lijn en het inbrengpunt het devies.

Bij ernstige sepsis (orgaanfalen) draaien de interventies met name om tijdige herkenning en dus tijdige start van de behandeling. ■

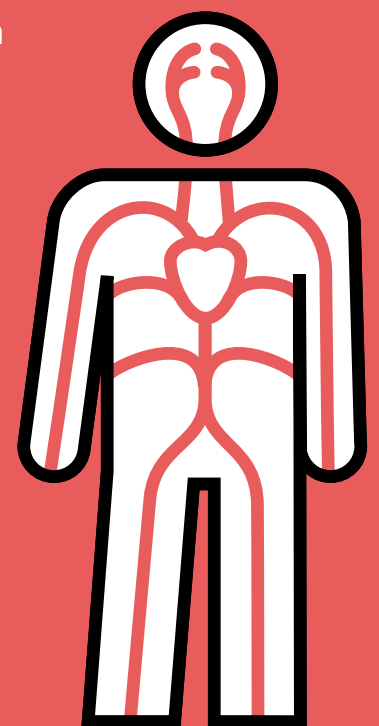
### Voorzitter expertgroep Sepsis

**Naam:** Arthur van Zanten  
**Functie:** internist-intensivist en medisch hoofd Intensive Care alsmede medisch manager cluster OK/IC/SEH in Ziekenhuis Gelderse Vallei in Ede.

### Zegt:

"Er is in Nederland al erg veel expertise op het gebied van sepsisbehandeling en preventie van lijnsepsis. Door deze kennis te bundelen, ontstaat een sterk programma dat toepasbaar is in alle ziekenhuizen. De kans dat dit tot verbetering van de uitkomsten van zorg voor patiënten leidt, is groot. Met de juiste voorzorgsmaatregelen bij het inbrengen en monitoren van de lijn, kan lijnsepsis vrijwel geheel verdwijnen!"

## Voorkomen van lijnsepsis en ernstige sepsis



VMS  
veiligheids  
programma

"Verpleegkundigen moeten de regie en coördinatie van patiëntveiligheid in de ziekenhuizen voeren. Zij zijn tenslotte 24 uur per dag met de patiënt bezig. Om dit goed te organiseren moet patiëntveiligheid in alle opleidingen, bij- en nascholingscursussen en trainingen opgenomen zijn. Iedereen, zowel arts als verpleegkundige, moet bereid zijn om te leren van fouten en dat betekent ook fouten gaan melden. Bij het werken met patiënten is controle en dubbelcheck van belang. Dat kun je opnemen in professionele standaarden en protocollen. En natuurlijk biedt ICT-ondersteuning een middel om het aantal fouten terug te dringen."

Marian Kaljouw, voorzitter V&VN tijdens het IGZ-congres 12 juni 2007 (start van de samenwerking)



**Naam:** Roos Trooster  
**Functie:** Projectleider 10 thema's

#### Wat vind je interessant aan je werk bij het Veiligheidsprogramma?

"Ik werk graag aan het Veiligheidsprogramma mee omdat ik het heel inspirerend vind om te werken met enthousiaste experts. We hebben de lat behoorlijk hoog gelegd, maar als je de patiëntveiligheid écht wilt verbeteren, dan moet dat ook. Je merkt dat de thema's leven in de ziekenhuizen, als je alleen al ziet hoeveel ziekenhuizen er meedoen en hoe er wordt aangepakt. De ontwikkeling van de tien thema's is een belangrijke stap voor de implementatie van bekende richtlijnen en best practices. De eerste resultaten van de expertteams zijn goed. Die lijn moeten we vasthouden."



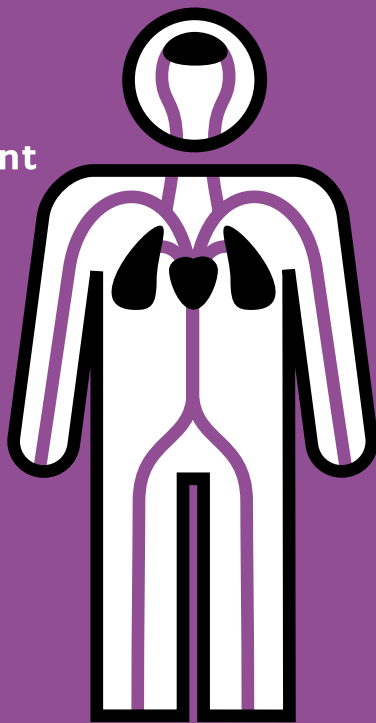
**Naam:** Cora Broekman  
**Functie:** Helpdesk, secretaresse

#### Wat vind je interessant aan je werk bij het Veiligheidsprogramma?

"Toen ik nog bij de NVZ werkte stond ik er nooit zo bij stil dat er, ondanks de protocollen en richtlijnen die er binnen ziekenhuizen gelden, toch nog patiënten verkeerde medicijnen toegediend kregen of infecties opliepen. Dat moet voorkomen worden en daarom is het goed dat het Veiligheidsprogramma er is. Niet alleen voor de mensen die werken in het ziekenhuis, want het is natuurlijk verschrikkelijk als er iets mis gaat, maar vooral ook voor de patiënten. Iedereen wil toch dat patiënten in het ziekenhuis zo min mogelijk kans lopen dat er iets beter had gekund?"



### Herkenning en behandeling van de vitaal bedreigde patiënt



## Vroegtijdige herkenning bedreigde vitale functies

**Patiënten met bedreigde vitale functies als ademhaling, bewustzijn en bloedcirculatie (hartslag) hebben adequate behandeling en zorg nodig om vermijdbare schade en overlijden te voorkomen.**

De nadruk ligt bij deze patiënten op het voorkomen van reanimaties. De voornaamste onbedoelde schade bij een vitaal bedreigde patiënt is namelijk het ontwikkelen van een hartstilstand waardoor een reanimatie noodzakelijk is.

Zeventig procent van de patiënten heeft in de acht uur voorafgaand aan een hartstilstand ademhalingsproblemen. Ook andere vitale functies vertonen in 66 procent van de gevallen extreme waarden in de zes uur voorafgaand aan de hartstilstand. Omdat medewerkers van verpleeg-

afdelingen deze signalen vaak niet herkennen, wordt behandeling vaak te laat gestart. Een ander probleem is dat de verpleegafdeling lang niet altijd in staat is de patiënt de behandeling en zorg te bieden waar hij op dat moment behoefte aan heeft.

#### Afspraken

Om patiënten met bedreigde vitale functies goed te kunnen helpen, is een Spoed Interventie Systeem opgezet. Dit systeem bestaat uit een afferente bundel (vroegtijdige signalering en aanroepprocedure Spoed Interventie Team (SIT)), de efferente bundel (samenstelling SIT, verantwoordelijkheden, oproepbaarheidSIT) en de borginsbundel (evaluatie en feedback, aanspreekpunt op elke afdeling, registratie en data-analyse en scholing).

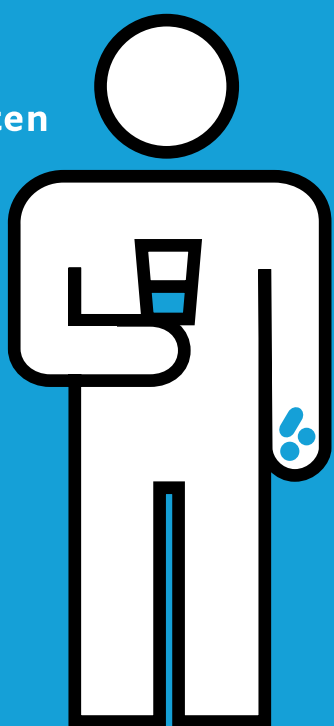
Voorzitter expertgroep Bedreigde vitale functies

**Naam:** Peter Tangkau  
**Functie:** internist-intensivist op de afdeling intensive care van de Reinier de Graaf Groep te Delft.

#### Zegt:

"Het bleek heel lastig om een goed werkend protocol Spoed Interventie Team zo aan te passen dat het ook werkt in alle andere klinieken. De specifieke deskundigheid en ervaring van de verschillende werkgroepleden heeft er uiteindelijk toe bijgedragen dat wij toch een heel goed landelijk protocol hebben ontwikkeld dat moet gaan leiden tot vijftien procent minder reanimaties op verpleegafdelingen."

### Voorkomen van medicatiegerelateerde fouten bij opname en ontslag



## Fouten in medicatie door overdracht

**Fouten in de toediening van medicatie komen vooral vaak voor na een overdracht. Om het aantal medicatiefouten terug te dringen concentreert het expertteam zich daarom in de eerste plaats op deze overdrachtsmomenten.**

Incomplete medicatieoverzichten bij ziekenhuisopname zijn de oorzaak van bijna 27 procent van alle voorschrijffouten in het ziekenhuis (Dobrzanski 2002). Dit leidt tot veel herstelwerkzaamheden van zorgverleners, hogere kosten van de zorg en niet in de laatste plaats tot extra lijden door patiënten.

Een belangrijk deel van de fouten is toe te schrijven aan de medicatieoverdracht tussen verschillende zorginstellingen, afdelingen en zorgprofessionals. Oplossing voor dit probleem is medicatieverificatie, waarmee verschillen worden aangetoond en daarmee schade wordt voorkomen.

In een relatief kleine Nederlandse studie werden via medicatieverificatie bij zestig procent van de overgedragen patiënten verschillen in de medicatieoverzichten ontdekt (18 procent klinisch relevant). Met medicatieverificatie wordt ongeveer 75 procent van de verschillen opgespoord.

De praktijkgids medicatieverificatie concentreert zich op invoering van medicatieverificaties bij geplande opnames. De interventies betreffen de bundel medicatieverificatie bij opname (historie opvragen bij apotheek, medicatieopnamegesprek en opstellen actueel overzicht) en de bundel Medicatieverificatie bij ontslag (gegevens opvragen bij ziekenhuis-apotheek en hoofdbehandelaar, opstellen overzicht en uitschrijven ontslagreceptuur, medicatieontslaggesprek en overdracht richting apotheek, huisarts en andere zorginstellingen).

Voorzitter expertgroep Medicatieoverdracht

**Naam:** Tim Vreede  
**Functie:** kinderarts in het Flevoziekenhuis in Almere en voormalig kinderarts-intensivist op de kinder-ic van het AMC in Amsterdam.

#### Zegt:

"Het enige dat we als expertgroep gedaan hebben, is afstemming zoeken met allerlei partijen en deze kennis bundelen: iets nieuws hebben we niet verzonnen! Mooi om te zien dat dit nog steeds goed kan. Tegen ziekenhuizen zou ik willen zeggen: Zorg eerst dat het belangrijk wordt gevonden. Pas dan kun je starten met de implementatie."

"Er is in de ziekenhuizen de afgelopen jaren al veel gebeurd op het gebied van de patiëntveiligheid. Dat wil overigens niet zeggen dat we tevreden achterover kunnen leunen. Het kan immers altijd beter en dat moet ook. Ziekenhuizen zijn op weg naar een 'veiligheidscultuur' waarin ze zich continu verbeteren en blijven zich daar de komende jaren ook voor inspannen."

Roelf de Boer, voorzitter NVZ vereniging van ziekenhuizen



**NVZ** vereniging van ziekenhuizen

*“Het geheim van vooruitkomen is beginnen.  
Het geheim van beginnen is de complexe  
en overweldigende opdrachten waarvoor je staat  
op te splitsen in kleine, hanteerbare taakjes  
en dan met de eerste te starten.”*

*Mark Twain*



## Even voorstellen



**Naam:** Beb Jongerius  
**Functie:** Helpdesk, secretaresse

### Wat vind je interessant aan je werk bij het Veiligheidsprogramma?

“Geweldig om te constateren dat iedereen zich zo inzet om de patiëntveiligheid nog meer te verbeteren. Ziekenhuizen zie ik mede vanuit mijn verleden bij de NVZ als grote, complexe bedrijven, omdat er een enorme diversiteit is in verichtingen en medewerkers zoals schoonmakers, catering, verpleging, medisch specialisten en managers. Ook de patiënten zijn natuurlijk heel verschillend, net als de geleverde diensten en bedrijfsprocessen. Ik vind het fascinerend om te zien hoe al die verschillende aspecten tot een goed functionerend ziekenhuis leiden.”



## Genomineerden Nationale Patiëntveiligheid Award 2008

Vele ziekenhuizen hebben projecten aangemeld waarmee ze mee willen dingen naar de Nationale Patiëntveiligheid Award 2008. De deskundige jury (bestaande uit mw. drs. Monissen, Directeur-Generaal Curatieve zorg bij het ministerie van VWS, mw. drs. Zuiderwijk, Voorzitter Raad van Bestuur Tergooiziekenhuizen en lid van het innovatieplatform en prof. dr. Vierhout, Oud-voorzitter van de Orde van Medisch Specialististen en lid raad van bestuur van het Albert Schweitzer Ziekenhuis), selecteerden hieruit drie projecten die officieel zijn genomineerd.

De winnaar wordt woensdag 26 november bekendgemaakt op [www.vmszorg.nl](http://www.vmszorg.nl) en [www.weekvandepatientveiligheid.nl](http://www.weekvandepatientveiligheid.nl). Vergeet die dag dus niet te kijken, en kom vooral ook naar het feestje dat vanaf 14.30 uur wordt gevierd in het winnende ziekenhuis. Wanneer feestgangers hun komst op de dag zelf aankondigen via een email naar [info@vmszorg.nl](mailto:info@vmszorg.nl), staat er in elk geval een stoel en een stuk taart voor ze klaar.



### Oog voor kwetsbare ouderen

Het Medisch Centrum Haaglanden (MCH) is, op de afdeling interne geneeskunde van de locatie Antoniushove, bezig met een project ter verbetering van de zorg aan kwetsbare ouderen. Tijdige signalering en adequate behandeling van knelpunten moeten daarbij het verschil maken.

Het MCA heeft zich verschillende doelen gesteld waarmee de zorg aan kwetsbare ouderen kan verbeteren. Zo moet het aantal medicatie- en voedingsgerelateerde complicaties verminderen, terwijl ook tijdig moet worden gesignaleerd en adequaat behandeld. De te ontwikkelen interventies moeten zoveel mogelijk aansluitend bij normale, dagelijkse gang van zaken. Het uiteindelijke doel is het reduceren van (vermijdbare) complicaties bij de oudere ziekenhuispatiënten en het voorkomen van vermijdbare schade.

De interventies bestaan onder meer

uit scholing van verpleegkundigen en het screenen van patiënten op kwetsbaarheid. Daarnaast vindt actieve preventie plaats op het gebied van decubitus, vallen, medicatiefouten en delirium.

De afdeling heeft goede resultaten geboekt met haar aanpak, al was het alleen maar omdat de communicatie tussen artsen en verpleegkundigen erdoor is verbeterd en er daardoor met meer plezier wordt gewerkt. Maar ook de cijfers laten goede resultaten zien. Zo is de mortaliteit in de eerste drie maanden 6 procent, waar in andere onderzoeken 16 procent als gemiddelde naar boven komt. De (subjectieve) indruk is dat ook bij behandeling van delier goede resultaten zijn behaald (kortere en minder heftige), maar cijfers zijn hierover nog niet. De gemiddelde opnameduur daalde in elk geval van 10,4 naar 6,7 dagen.



### Spoed Interventiesysteem Rijnstate

In het Rijnstate Ziekenhuis in Arnhem werd al in 1997 een Spoed Interventiesysteem opgericht (SIS). De achterliggende gedachte hierbij was dat er patiënten in het ziekenhuis kunnen liggen, bij wie de conditie plotseling verslechtert en voor wie het regelmatig lang duurt voordat de juiste dokter aanwezig is.

Wat tien jaar geleden begon als een interessant initiatief, is inmid-

dels op diverse manieren ingebed in de dagelijkse praktijk. Afspraken zijn verwerkt in protocollen, incidentele scholing werd structureel, interventies worden nabesproken en nieuwe artsen worden nog voor hun indiensttreding in de werkwijze onderwezen. De resultaten zijn goed, zo bleek vorig jaar tijdens een symposium ter gelegenheid van tien jaar SIT in Rijnstate.

Uit de destijds gepresenteerde resul-

taten blijkt dat het aantal reanimaties in de loop der jaren flink is afgenomen. Werden er rond de invoering van SIS jaarlijks gemiddeld nog veertig patiënten in het ziekenhuis gereanimeerd, de laatste jaren zijn dat er nog dertig. Oftewel een daling van 25 procent.

#### Veiligheidsgevoel

Dankzij het instellen van het SIS, (feitelijk een uitwerking van het veiligheidsthema vitaal bedreigde patiënt) kan het ziekenhuis garanderen dat iedere patiënt die een plotselinge achteruitgang van vitale functies heeft, snel en vakkundig geholpen wordt. Dat leidt tot een veilige omgeving voor de patiënt. Door het SIS voelen verpleegkundigen en artsen in het Rijnstate Ziekenhuis zich ook veel veiliger, al moet gezegd dat die veiligheidsgevoelens moeilijk meetbaar zijn. Wel goed meetbaar is dat het bestaan van een SIS in het Rijnstate Ziekenhuis heeft geleid tot een significante daling van het aantal reanimaties op de afdelingen.



### Uniformiteit dankzij SURPASS-checklist

Het Academisch Medisch Centrum Amsterdam heeft met SURPASS een multidisciplinaire checklist ontwikkeld waarmee de patiëntveiligheid van opname tot ontslag wordt vergroot. De focus ligt daarbij op informatieoverdracht bij transfermomenten.

De SURPASS-checklist (SURgical PATient Safety System) is binnen het AMC, en inmiddels ook elders, in korte tijd een begrip geworden. Gezien het aantal mensen dat ermee te maken heeft, hoeft dat geen verba-

zing te wekken. Operateur, anesthesioloog, verpleegkundige, zaalarts en operatie-assistent; ze zijn allemaal betrokken bij het invullen van de lijst. Zelfs een time out op de operatiekamer is onderdeel van de lijst, die constant met de patiënt meereist. Voorheen was het zo dat verpleegkundigen, operateurs en anesthesiologen allemaal eigen controlelijsten hanteerden, die op de eigen afdeling bleven en niet gezamenlijk werden doorgenomen. Bij het ontwerpen van de checklist is gekeken naar

voorbeelden uit de lucht- en ruimtevaarttechniek, waar het gebruik van checklists al veel langer gemeengoed is.

#### Overdracht

Doel van de checklist is het standaardiseren en controleren van het chirurgisch traject met extra aandacht voor overdrachtsmomenten van patiëntgerelateerde informatie. Dit moet uitmonden in een vermindering van vermijdbare schade bij de chirurgische patiënt.

De SURPASS-checklist sluit perfect aan op verschillende thema's uit het Veiligheidsprogramma zoals het voorkomen van infecties na een operatie, het voorkomen van fouten in medicatie door een overdracht en het voorkomen van (persoons) verwisselingen. Inmiddels zijn vijf anderen ziekenhuizen ook begonnen met het uitrollen SURPASS. Dit gaat gepaard met een onderzoek naar de patiëntveiligheidsbeleving en de effectiviteit van de SURPASS-methode.

“Alle partijen willen hetzelfde: de kwaliteit van de gezondheidszorg verbeteren. Als we dat doel willen bereiken moeten we samenwerken, leren van onze fouten en niet telkens schuldigen aanwijzen.”

Willem van der Ham, algemeen voorzitter Orde van Medisch Specialististen



Orde van Medisch Specialististen



## Wie doen er mee?

**Meer dan 85 procent van de Nederlandse ziekenhuizen doen mee aan het Nationaal Veiligheidsprogramma Voorkom schade, werk veilig. Het Nationaal Veiligheidsprogramma kent een netwerkconstructie. Er zijn negen netwerken met in totaal 74 deelnemende ziekenhuizen.**

9 ziekenhuisnetwerken - 74 ziekenhuizen

### Netwerk 'De 3 provincien'

Ziekenhuis Amstelland, Amstelveen  
NKI-Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis, Amsterdam  
BovenIJ Ziekenhuis, Amsterdam  
Flevoziekenhuis, Almere  
Rode Kruis Ziekenhuis, Beverwijk  
St. Jans Gasthuis, Weert  
Waterlandziekenhuis, Purmerend  
Zaans Medisch Centrum, Zaandam

### Netwerk: Midden- en Zuid-Nederland

St. Anna ZorgGroep, Geldrop  
Orbis Medisch en Zorgconcern (Maaslandziekenhuis), Sittard  
Rivas Zorggroep (Beatrixziekenhuis), Gorinchem  
Ziekenhuis Rivierenland, Tiel  
Sint Maartenskliniek, Nijmegen  
Zuwe Hofpoort Ziekenhuis, Woerden  
Ziekenhuis Walcheren, Vlissingen  
Oosterschelde Ziekenhuizen, Goes

### Netwerk: Samenwerkende Rijnmond Ziekenhuizen

Havenziekenhuis, Rotterdam  
Ijsselland Ziekenhuis, Capelle a/d IJssel  
Ikazia Ziekenhuis, Rotterdam  
Maasstad Ziekenhuis (MCRZ), Rotterdam  
Ruwaard van Putten Ziekenhuis, Spijkenisse  
Het Oogziekenhuis, Rotterdam  
Vlietland Ziekenhuis, locatie Schiedam  
Van Weel-Bethesda Ziekenhuis, Dirksland

### Netwerk: West-Nederland

Ziekenhuis Bronovo, Den Haag  
Diaconessenhuis, Leiden

Groene Hart Ziekenhuis, Gouda  
't Lange Land Ziekenhuis, Zoetermeer  
Medisch Centrum Haaglanden, Den Haag  
Rijnland Zorggroep, Leiderdorp

### Netwerk: Oost-Midden

Ziekenhuis Gelderse Vallei, Ede  
Diaconessenhuis, Utrecht  
Gelre ziekenhuizen, locaties Apeldoorn en Zutphen  
Streekziekenhuis Koningin Beatrix, Winterswijk  
Stichting Ziekenhuisgroep Twente, Almelo (inclusief Oost-Achterhoek en Ziekenhuis Twenteborg)

### Netwerk: Regio Noord

Antonius Ziekenhuis, Sneek  
Ziekenhuis Bethesda, Hoogeveen  
Delfzicht Ziekenhuis, Delfzijl  
Diaconessenhuis, Meppel  
Ijsselmeerziekenhuizen, Lelystad  
Isala klinieken, Zwolle  
Leveste, locatie Scheper Ziekenhuis, Emmen  
Ziekenhuis Nij Smellinghe, Drachten  
Refaja Ziekenhuis, Stadskanaal  
Saxenburgh Groep/Röpcke-Zweers Ziekenhuis, Hardenberg  
Talma Sionsberg (Zorggroep Passana), Dokkum  
Slingeland Ziekenhuis, Doetinchem  
Ziekenhuis St Jansdal, Harderwijk  
St. Lucas ziekenhuis, Winschoten  
Wilhelmina Ziekenhuis, Assen

### Netwerk: STZ-1

Alysis Zorggroep, Arnhem  
Antonius Mesos Groep, Nieuwegein  
Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis, Nijmegen

Catharina Ziekenhuis, Eindhoven  
Martini Ziekenhuis, Groningen  
Medisch Spectrum Twente, Enschede  
Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, Amsterdam  
Reinier de Graaf Groep, Delft  
Sint Franciscus Gasthuis, Rotterdam

### Netwerk: STZ-2

Deventer Ziekenhuis, Deventer  
Gemini Ziekenhuis, Den Helder (wordt MCA-Geminigroep)  
HagaZiekenhuis, locatie Leyenburg, Den Haag  
Meander Medisch Centrum, Amersfoort  
Medisch Centrum Alkmaar, Alkmaar (wordt MCA-Geminigroep)  
Medisch Centrum Leeuwarden (Zorggroep Noorderbreedte), Leeuwarden  
Sint Lucas Andreas Ziekenhuis, Amsterdam  
Spaarne Ziekenhuis, Hoofddorp  
Kennemer Gasthuis, Haarlem  
Isala klinieken, Zwolle

### Netwerk: STZ-3

Albert Schweitzer ziekenhuis, Dordrecht  
Amphia Ziekenhuis, Breda  
Atrium Medisch Centrum Parkstad, Heerlen  
Jeroen Bosch Ziekenhuis, Den Bosch  
Máxima Medisch Centrum, Veldhoven  
St. Elisabeth Ziekenhuis, Tilburg  
Vicuri, Medisch Centrum voor Noord-Limburg, locatie Venlo

### Ook academische ziekenhuizen sluiten zich aan

*Ook de academische ziekenhuizen doen vanaf 1 januari 2009 mee aan het Nationaal Veiligheidsprogramma. Dit is afgesproken met de NFU (Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra) waarin de academische ziekenhuizen zich hebben verenigd. De acht UMC's gaan zich, in goed overleg, ook aansluiten bij de diverse netwerken. Binnen de expertgroepen waren overigens al diverse academische specialisten actief. Dat zal niet veranderen.*

**Uitgever:** VMS Veiligheidsprogramma

**Redactie:** Ewoud Verwer

**Eindredactie:** Brigit Heemskerk

**Vormgeving en Opmaak:**

Werk in Uitvoering, Amsterdam

**Fotografie:** Foto Rijnstate pagina 7:

Erik Vos - Het Lab, Arnhem

**Prepress:** Plusworks, Amsterdam

**Drukwerk:** Dijkman Offset, Diemen

**Redactieadres:**

VMS veiligheidsprogramma

Postbus 9696, 3506 GR Utrecht

**Oplage & Verspreiding:**

In het kader van de Week van de Patiëntveiligheid wordt op 24 november 2008 bij alle 74 ziekenhuizen die deelnemen aan het Veiligheidsprogramma de Veiligheidskrant actief aangeboden door een promotieteam.

De Veiligheidskrant heeft een oplage van 40.000.

## Agenda:

Kijk voor meer informatie over deze bijeenkomsten en om aan te melden op [www.vmszorg.nl](http://www.vmszorg.nl) >> ondersteuning

### Themaconferenties

**Wat?** Conferentie 'Voorkomen van medicatiegerelateerde fouten, met name bij overdrachtsmomenten'

**Doelgroep?** Afdelingsteams bestaande uit medisch specialisten en verpleegkundigen die de opname- en ontslaggesprekken willen invoeren op de eigen afdeling. Maar ook voor ziekenhuisapothekers en apothekersassistenten.

**Waar?** Domus Medica, Utrecht

**Wanneer?** 29 januari en 14 mei 2009

**Accreditatie?** Toegekend door ABMS<sup>1</sup>: 5 punten

**Wat?** Conferentie 'Voorkomen van ziekenhuisinfecties na een operatie (POWI)'

**Doelgroep?** Deze conferentie is bedoeld voor OK-teams van ziekenhuizen

**Waar?** Domus Medica Utrecht

**Wanneer?** 18 december 2008 en 26 maart 2009

**Accreditatie?** Toegekend door ABMS<sup>1</sup>: 5 punten

**Toegekend door VHIG<sup>2</sup>:** 10 punten

**Wat?** Conferentie 'Vroegtijdige herkenning van patiënten met vitaal bedreigde functies'

**Doelgroep?** afdelingsteams die met het thema aan de slag willen gaan en IC-artsen en verpleegkundigen die een rol gaan spelen in het rapid respons team

**Waar?** Domus Medica Utrecht

**Wanneer?** 8 januari en 16 april 2009

**Accreditatie?** Toegekend door ABMS<sup>1</sup>: 7 punten

**Wat?** Conferentie 'Voorkomen van schade bij patiënten door sepsis (bloedvergiftiging)'

**Doelgroep?** IC-teams die op hun afdeling de resuscitatiebundel, de managementbundel en de bundel voor de preventie van lijnsepsis willen invoeren

**Waar?** Domus Medica Utrecht

**Wanneer?** 12 maart en 28 mei 2009

**Accreditatie?** Toegekend door ABMS<sup>1</sup>: 7 punten

**Toegekend door VHIG<sup>2</sup>:** 10 punten

### VMS-conferenties

**Wat?** Conferentie 'Prospectieve risico-inventarisatie'

**Doelgroep?** Afdelingsteams van ziekenhuizen

**Waar?** Domus Medica Utrecht

**Wanneer?** 15 januari en 7 mei 2009

**Accreditatie?** Toegekend door ABMS<sup>1</sup>: 6 punten

**Wat?** Conferentie 'Veilig Incidenten Melden (VIM)'

**Doelgroep?** Afdelingsteams van ziekenhuizen

**Waar?** Domus Medica Utrecht

**Wanneer?** 10 december 2008, 12 februari en 25 juni 2009

**Accreditatie?** Toegekend door ABMS<sup>1</sup>: 6 punten

### Masterclass & Expertisetraining

**Wat?** Driedaagse Expertisetraining Patiëntveiligheid

**Doelgroep?** Ziekenhuiscoördinatoren en procesbegeleiders verantwoordelijk voor het opzetten en begeleiden van initiatieven passend bij het Veiligheidsprogramma. (o.a. kwaliteitsfunctionarissen of ziekenhuiscoördinatoren. Maar ook verpleegkundigen, specialisten of managers die collega's trainen en begeleiden.

**Waar?** Nader te bepalen per training

**Wanneer?** 7-9 januari, 4-6 maart, 22-24 april, 22-24 juni 2009

**Accreditatie?** Toegekend door ABMS<sup>1</sup>: 19 punten

**Wat?** Vijfdaagse Masterclass Patiëntveiligheid

**Doelgroep?** Voortrekkers Veiligheidsprogramma en opleiders. Medisch specialisten, verpleegkundigen, raad van bestuur, kwaliteitsfunctionarissen en andere sleutelfiguren binnen het Veiligheidsprogramma

**Waar?** Nader te bepalen per masterclass

**Wanneer?** 14-18 september 2009 (overige data volgeboekt)

**Accreditatie?** Toegekend door ABMS<sup>1</sup>: 24 punten

### Trainingen

**Wat?** E-learning Patiëntveiligheid. De E-learning Patiëntveiligheid bestaat uit vier modules: Introductie Patiëntveiligheid, PRISMA, Prospectieve Risico-inventarisatie en Continu Verbeteren

**Kosten?** € 55,00 (excl. btw en eventuele administratiekosten)

**Studiebelasting?** 80 minuten per module (introductie 20 min.)

1 - Accreditatie Bureau Medisch Specialisten

2 - Vereniging voor Hygiëne & Infectiepreventie in de Gezondheidszorg

## Colofon