

Veiligheidsmanagementsysteem

'Een nieuw kwaliteitssysteem binnen de zorg'



Definitieve adviesrapportage

26 mei 2009

Veiligheidsmanagementsysteem

'Een nieuw kwaliteitssysteem binnen de zorg'

Definitieve adviesrapportage

*Sophie den Blanken
26 mei 2009*

Haagse Hogeschool
Afdeling Facility Management
Johanna Westerdijkplein 75
2521 EN Den Haag

Opdrachtgever:

Dhr. R. van der Welle
Hoofd Medische Instrumentatie
Medisch Centrum Haaglanden
Lijnbaan 32
2512 VA Den Haag

Docentbegeleider:

Mevr. M.C.Th. Harlaar-Oostveen

Medebeoordelaar:

Dhr. R. Lommerse

Onderzoeksperiode:

februari 2009 – mei 2009

Auteursreferaat

Onderzoek naar de wijze waarop invulling kan worden gegeven aan de **9 prestatie-indicatoren** van het **veiligheidsmanagementsysteem** voor de **afdeling Medische Instrumentatie** (MI) van het **Medisch Centrum Haaglanden** (MCH) en welke consequenties deze invulling met zich meebrengt voor de medewerkers en de afdeling MI. Onderzoeksvraag is: Op welke wijze kan het beste invulling gegeven worden aan de voorgeschreven prestatie-indicatoren van het veiligheidsmanagementsysteem, die voor de afdeling Medische Instrumentatie gelden, en welke consequenties hebben de geselecteerde prestatie-indicatoren voor deze afdeling en de medewerkers?

Achterliggende doelstelling is de **patiëntveiligheid binnen zorginstellingen te verbeteren en fouten te reduceren tot nul**.

Belangrijkste conclusies zijn dat er ten aanzien van veiligheid geen missie is geformuleerd, samenwerking is opgezet in de vorm van A12-verband om het VMS te gaan invoeren en dat procedures moeten worden (her)schreven. Aanbevolen wordt om een tweede persoon aan te nemen voor het schrijven van de procedures en het formuleren van een missie. De conclusies en aanbevelingen bevinden zich op **strategisch, tactisch en operationeel niveau** en zijn ontstaan na analyse van de huidige situatie en door het uitvoeren van in- en extern onderzoek.

Indexreferaat: Facility Management, Veiligheidsmanagementsysteem, prestatie-indicatoren, Medisch Centrum Haaglanden, Medische Instrumentatie, certificering, kwaliteitssysteem, risicoclassificatie, risicomangement.

Managementsamenvatting

In opdracht van het Medisch Centrum Haaglanden (MCH) is onderzocht op welke wijze het beste invulling kan worden gegeven aan de prestatie-indicatoren van het veiligheidsmanagementsysteem (VMS) op de afdeling Medische Instrumentatie. Ook is onderzocht welke consequenties deze invulling meebrengt voor de medewerkers van MI en de afdeling Medische Instrumentatie (MI). De opdracht is ontstaan naar aanleiding van een besluit van de overheid die in 2007 een VMS oplegde aan alle instellingen die zorg verlenen. Tot op heden ontbrak het aan één landelijke manier van patiëntveilig werken. Het VMS vormt hier een goede basis voor en moet in 2010 in alle zorginstellingen gerealiseerd zijn. Het MCH wil laten zien dat zij patiëntveiligheid hoog in het vaandel heeft staan. Het MCH is één van de 10 pilot-ziekenhuizen die met de invoering van het VMS is gestart op de afdeling Medische Instrumentatie.

De volgende probleemstelling is hierop geformuleerd:

"Op welke wijze kan het beste invulling gegeven worden aan de voorgeschreven prestatie-indicatoren van het veiligheidsmanagementsysteem, die voor de afdeling Medische Instrumentatie gelden, en welke consequenties hebben de geselecteerde prestatie-indicatoren voor deze afdeling en de medewerkers?"

Het onderzoek is gestart door het opzetten van subprobleemstellingen die de centrale probleemstelling ondersteunen. Door middel van theoretisch en empirisch onderzoek is het begrip VMS en zijn de prestatie-indicatoren nader omschreven. Om het probleem te onderzoeken is de huidige situatie met bijbehorende knel- en pluspunten in kaart gebracht, waarna intern en extern onderzoek heeft plaats gevonden. Het intern onderzoek is uitgevoerd door middel van kwalitatief onderzoek door het afnemen van interviews met betrokkenen bij het VMS: Hoofd Medische Instrumentatie, Hoofd Kwaliteit en Veiligheid, de kwaliteitscoördinator en de medewerkers van de afdeling MI. Het extern onderzoek is uitgevoerd op afdelingen Medische Instrumentatie van andere ziekenhuizen. Op basis van de onderzoeksresultaten zijn er conclusies getrokken en aanbevelingen gedaan. Er is een plan van aanpak voor de implementatie van de prestatie-indicatoren opgesteld en het rapport wordt afgesloten met de consequenties van de implementatie van de prestatie-indicatoren voor de medewerkers van MI en de afdeling MI.

De knelpunten in de huidige situatie liggen bij de medewerkers van MI en de afdeling MI. De medewerkers werken niet allemaal volgens de vastgestelde procedures, zijn nog niet bekend met het VMS en de prestatie-indicatoren en de procedure voor de aanschaf van apparatuur wordt niet gevolgd. De medewerkers maken goed gebruik van het huidige systeem voor onderhoud en zijn bereid trainingen te volgen om bekend te worden met het VMS en het systeem voor risicoclassificatie. De afdeling Kwaliteit en Veiligheid wil door middel van kwartaalrapportages de Raad van Bestuur informeren over de voortgang van invulling van de prestatie-indicatoren op de afdeling MI.

Het onderzoek heeft geleid tot een aantal belangrijke aanbevelingen. Zo zal er meer commitment vanuit de RvB moeten komen, zal het VMS in samenwerking met onder andere de A-12 groepering worden ingevoerd en zal er draagvlak gecreëerd worden door het VMS op de agenda te zetten tijdens werkoverleggen. Verder moet er voor één jaar een medewerker MI op de afdeling MI worden aangenomen voor het uitvoeren van de risicoclassificatie, een kwaliteitscoördinator om invulling te geven aan de veranderende procedures en zal er een servicecontract moeten worden afgesloten met de afdeling inkoop voor het volgen van de juiste procedure voor de aanschaf van apparatuur.

Het VMS zal uiteindelijk zorgen voor een betere procesbeheersing, risicovermindering op risicovolle apparatuur en meer controle op naleving van de procedures en protocollen waardoor de kans op fouten wordt verminderd. Deze punten zullen bijdragen aan het verhogen van de kwaliteit van de veiligheid van de apparatuur in het MCH en zal het MCH zich profileren als koploper op het gebied van (instrumentele) veiligheid in de regio.

Voorwoord

Na drie en een half jaar aan de opleiding Facility Management gestudeerd te hebben is het moment gekomen om de opleiding af te gaan afsluiten door middel van een afstudeeropdracht. Ik heb de opleiding FM altijd met veel plezier en grote interesse gevolgd.

Gedurende het afstudeertraject heb ik me bezig gehouden met één onderwerp. Doordat het een nieuw onderwerp betrof was het niet eenvoudig hierover veel literatuur te verzamelen. De afstudeerperiode was hierdoor een intensieve periode waardoor ik in het begintraject van de onderzoeksperiode niet goed zag waar ik moest beginnen met onderzoeken. Door even afstand te nemen van het onderwerp en door de hulp van veel mensen heb ik alsnog dit adviesrapport tot stand weten te brengen.

Allereerst wil ik mijn docentbegeleidster, Mariëtte Harlaar, bedanken voor alle benodigde feedback, tussentijdse contactmomenten en het individueel coachen. Door mij op de momenten dat ik door het bos de bomen niet meer zag te ondersteunen heb ik dit adviesrapport kunnen schrijven en naar mijn tevredenheid kunnen volbrengen. Daarnaast wil ik mijn begeleider vanuit het MCH, Rob van der Welle, bedanken. Hij stond tijdens de wekelijkse contactmomenten altijd voor mij klaar en kon ik bij vragen altijd bij hem terecht. Ook de kwaliteitscoördinator van de afdeling Techniek en Gebouwen, Rishma Roepan, heeft aan dit adviesrapport bijgedragen. We hebben veel moeten samenwerken omdat het ook voor haar een nieuw onderwerp was. Daarnaast wil ik de medewerkers van de afdeling MI en de Hoofden van de afdeling Medische Instrumentatie van de externe ziekenhuizen bedanken die tijd hebben vrij gemaakt voor de interviews. Tenslotte wil ik mijn medebeoordelaar, Rob Lommerse, bedanken voor het beoordelen van dit adviesrapport en alle andere personen die ik niet bij naam heb kunnen benoemen maar wel hebben bijgedragen aan het tot stand komen van dit adviesrapport.

Dit adviesrapport is bedoeld voor de afdeling Medische Instrumentatie van het MCH en andere afdelingen Medische Instrumentatie van zorginstellingen die het VMS willen invoeren of die bezig zijn het VMS in te voeren op de afdeling. Ook kan dit adviesrapport worden gebruikt door medewerkers die werkzaam zijn in de zorg en meer over het VMS te weten willen komen.

Sophie den Blanken

Den Haag, 26 mei 2009

Inhoudsopgave

Inleiding.....	1
Hoofdstuk 1 Het Medisch Centrum Haaglanden	2
1.1 Medisch Centrum Haaglanden.....	2
1.1.1 <i>De organisatorische structuur</i>	2
1.1.2 <i>Het besturingsmodel</i>	2
1.1.3 <i>Missie, visie en strategie</i>	3
1.2 Facilitair bedrijf.....	3
1.3 Techniek en Gebouwen	3
1.3.1 <i>Klanten afdeling Techniek en Gebouwen</i>	4
1.3.2 <i>Kwaliteitscoördinator Techniek en Gebouwen</i>	4
1.3.3 <i>Piramide afdeling Techniek en Gebouwen</i>	4
1.4 Afdeling Medische Instrumentatie.....	4
Hoofdstuk 2 Onderzoekopzet	5
2.1 Aanleiding onderzoek.....	5
2.2 Het probleem.....	5
2.3 Methode van onderzoek	6
2.4 Model van organisatiebesturing.....	8
2.5 Stakeholder-analyse afdeling Techniek en Gebouwen	8
2.6 Onderzoekspopulatie	8
2.6.1 <i>Intern</i>	8
2.6.2 <i>Extern</i>	9
2.7 Afbakening onderzoek	10
Hoofdstuk 3 Theoretisch kader veiligheidsmanagementsysteem.....	11
3.1 Veiligheidsmanagementsysteem	11
3.1.1 <i>Wat is een veiligheidsmanagementsysteem?</i>	11
3.1.2 <i>Veiligheidsmanagementsysteem: een landelijke norm</i>	13
3.2 Prestatie-indicatoren	14
3.3 Certificering veiligheidsmanagementsysteem	14
3.3.1 <i>Stappen tot certificering</i>	14
3.4 Risicomanagement	16
3.5 Weerstand tegen veranderen.....	16
3.6 Kritische succesfactoren	18
3.7 Vormen van rapporteren	18
3.8 Model om de huidige situatie in kaart te brengen	19
3.9 Trends en ontwikkelingen.....	20
3.10 Conclusie	21
Hoofdstuk 4 De huidige situatie op de afdeling Medische Instrumentatie ten aanzien van kwaliteit en veiligheid.....	22
4.1 Status voortgang invoering veiligheidsmanagementsysteem	22
4.2 Strategisch besturingsniveau	24
4.3 Tactisch besturingsniveau	24
4.4 Operationeel besturingsniveau	24
4.5 Bouwstenen	24
4.5.1 <i>Mensen en resultaten</i>	25

4.5.2 Middelen	25
4.5.3 Structuur.....	26
4.5.4 Kwaliteitsinstrumenten	27
4.5.5 Ketens	28
4.6 Huidige financiële situatie afdeling Medische Instrumentatie	29
4.7 Conclusie	29
Hoofdstuk 5 Prestatie-indicatoren veiligheidsmanagementsysteem.....	31
5.1 Prestatie-indicatoren	31
5.2 Processtappen prestatie-indicatoren	32
5.2.1 Prestatie-indicator 1 Risicoanalyse.....	32
5.2.2 Prestatie-indicator 2 Gebruiksprotocollen en instructies	33
5.2.3 Prestatie-indicator 4 Doeltreffend beheer.....	33
5.2.4 Prestatie-indicator 6 Investeringsbegroting	33
5.3 Integratie kwaliteitssystemen	33
5.4 Conclusie	34
Hoofdstuk 6 Intern onderzoek.....	35
6.1 Gesprekken medewerkers afdeling Medische Instrumentatie.....	35
6.2 Gesprek kwaliteitscoördinator Techniek en Gebouwen.....	36
6.3 Gesprek Hoofd Medische Instrumentatie	36
6.4 Gesprek Hoofd Kwaliteit en Veiligheid	37
Hoofdstuk 7 Extern onderzoek	38
7.1 De status van het veiligheidsmanagementsysteem bij andere zorginstellingen	38
7.1.1 Erasmus MC, Rotterdam	38
7.1.2 Bronovo, Den Haag.....	38
7.1.3 Diaconessenhuis, Leiden.....	39
7.2 Conclusie	40
Hoofdstuk 8 Conclusie en Aanbevelingen	41
8.1 Conclusies.....	41
8.2 Aanbevelingen	42
8.3 Slot	45
Hoofdstuk 9 Plan van aanpak	47
9.1 Implementatietraject	47
9.2 Succesfactoren	49
Hoofdstuk 10 De consequenties	50
10.1 Personele consequenties	50
10.2 Organisatorische consequenties	50
10.3 Financiële consequenties	51
Literatuuropgave	53

- De bijlagen zijn apart gebundeld.
- Achter in dit rapport is een lijst opgenomen van enkele veelgebruikte afkortingen.

Inleiding

Ter afsluiting van de opleiding Facility Management aan de Haagse Hogeschool dient iedere student een adviesrapport te schrijven over een facilitair beleidsprobleem in opdracht van een organisatie. Het eindrapport dient aanbevelingen te bevatten voor het probleem. Het afstudeertraject is gevolgd in opdracht van het Medisch Centrum Haaglanden (MCH) op de afdeling Medische Instrumentatie.

Het MCH is het topklinisch opleidingsziekenhuis van de Haagse regio met twee locaties: het streekziekenhuis Antoniushove in Leidschendam en het Westeinde in de binnenstad van Den Haag. In het MCH zijn 2700 medewerkers werkzaam. Het ziekenhuis kent een vijftal ondersteunende divisies waar het Facilitair bedrijf er één van is.

De aanleiding van dit onderzoek is dat de patiëntveiligheid in ziekenhuizen niet op het niveau is zoals dat zou moeten. Op het gebied van patiëntveiligheid ontbrak het tot nu toe aan één landelijke manier van patiëntveilig werken. De overheid probeert deze veiligheid te verbeteren door zorginstelling een veiligheidsmanagementsysteem (VMS) op te leggen. Het MCH is één van de 10-pilotziekenhuizen die begonnen is met het invoeren van dit systeem op de afdeling Techniek en Gebouwen (T&G). De afdeling Medische Instrumentatie (MI), dat onder T&G valt, geldt als pilot voor de invoering van het VMS. Het onderzoek naar de prestatie-indicatoren betreft een facilitair beleidsprobleem. Het VMS is een kwaliteitssysteem dat in alle zorginstellingen voor 2012 ingevoerd moet worden. Het systeem treft alle afdelingen in het ziekenhuis en is nodig om het primaire proces (het geven van zorg aan patiënten) door te kunnen laten gaan.

Het onderzoek naar het VMS heeft een innovatief karakter. Dit heeft te maken met het feit dat het een nieuw kwaliteitssysteem betreft dat specifiek gericht is op de patiëntveiligheid en niet te vergelijken is met andere systemen. Doordat het een nieuw systeem is, is er weinig literatuur over beschikbaar en zijn veel documenten vertrouwelijk.

De probleemstelling die op het probleem is geformuleerd en centraal staat gedurende dit adviesrapport luidt als volgt:

"Op welke wijze kan het beste invulling gegeven worden aan de voorgeschreven prestatie-indicatoren van het veiligheidsmanagementsysteem, die voor de afdeling Medische Instrumentatie gelden, en welke consequenties hebben de geselecteerde prestatie-indicatoren voor deze afdeling en de medewerkers?"

Het doel van dit adviesrapport is om de afdeling MI een zo goed mogelijk advies te geven over de wijze waarop het beste invulling kan worden gegeven aan de prestatie-indicatoren van het VMS en hierbij de consequenties weer te geven voor de afdeling MI en de medewerkers van MI. Het advies zal worden gegeven aan de hand van een aantal subprobleemstellingen, die zullen leiden tot het beantwoorden van de centrale probleemstelling. Het advies dat gegeven is kan in grote lijnen door andere afdelingen Medische Instrumentatie in andere ziekenhuizen worden gebruikt.

De opbouw van dit rapport verloopt als volgt:

In hoofdstuk 1 zal een beschrijving worden gegeven van de organisatie, waarna in hoofdstuk 2 de opzet en aanleiding van het onderzoek wordt besproken. Hoofdstuk 3 bestaat uit een theoretisch kader en in hoofdstuk 4 zal de huidige situatie ten aanzien van kwaliteit en veiligheid worden beschreven op de afdeling MI. Vervolgens zullen de prestatie-indicatoren van het VMS in hoofdstuk 5 worden besproken en volgt in hoofdstuk 6 het interne en hoofdstuk 7 het externe onderzoek. Aan de hand van de onderzoeken en analyses worden in hoofdstuk 8 conclusies getrokken en aanbevelingen gedaan en zal de probleemstelling worden beantwoord. In hoofdstuk 9 wordt een plan van aanpak weergegeven voor de implementatie van de prestatie-indicatoren. Hoofdstuk 10 geeft de bedrijfskundige consequenties weer die de prestatie-indicatoren met zich meebrengen. Hierna volgt het slot en zal worden afgesloten met een literaturopgave.

1. Het Medisch Centrum Haaglanden

In dit hoofdstuk wordt een omschrijving gegeven van de organisatie Medisch Centrum Haaglanden. Tevens zullen het Facilitair bedrijf en de afdeling Techniek en Gebouwen worden beschreven waar de afdeling Medische Instrumentatie een onderdeel van is.

1.1 Medisch Centrum Haaglanden¹

Het Medisch Centrum Haaglanden (MCH) is in 1998 ontstaan door de fusie van het ziekenhuis St. Antoniusshove in Leidschendam en het Westeinde Ziekenhuis in de binnenstad van Den Haag. Antoniusshove staat bekend als een streekziekenhuis gelegen in een jaren '60 woonwijk in Leidschendam. Het Westeinde daarentegen is een stadsziekenhuis gelegen in het hartje van Den Haag. De belangrijkste reden voor de fusie was dat beide ziekenhuizen behoefte hadden aan een groter marktaandeel in Den Haag en omstreken. Een groter marktaandeel betekent dat het ziekenhuis meer specialisaties kan gaan aanbieden aan de klant.

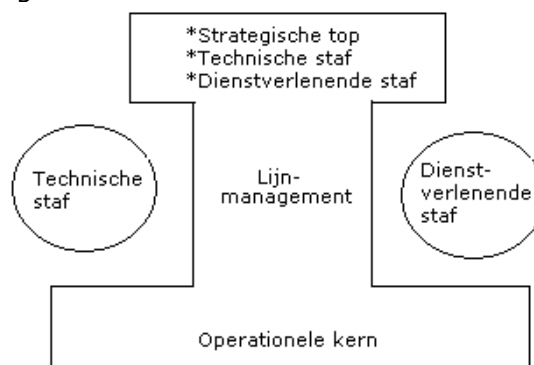
Het primaire proces is het leveren van zorg aan patiënten. Uit het grootschalig onderzoek dat Elsevier² in 2008 hield onder alle ziekenhuizen in Nederland scoorde het MCH een gemiddelde van een 7.3. De spoedeisende hulp, het operatiecomplex en aandacht voor de patiënt waren uitblinkers die naar voren zijn gekomen tijdens het onderzoek.

1.1.1 De organisatorische structuur

Het MCH is een topklinisch ziekenhuis en heeft een eigen opleidingsinstituut. Dit wordt verzorgd door het Landsteiner instituut. Dit instituut is verantwoordelijk voor alle opleidingen in het ziekenhuis, van mbo-niveau tot de opleiding van medisch specialisten. Door het opleidingsinstituut is het verloop aan medewerkers groot. In het MCH zijn in totaal ongeveer 2700 medewerkers werkzaam. Het MCH heeft een Raad van Toezicht, Raad van Bestuur en Stafbestuur. Het MCH kent een uitgebreid organogram (bijlage 1.1) met een vijftal divisies. Aan het hoofd van elke divisie staat een manager die de verantwoordelijke en het aanspreekpunt is voor de divisie.

1.1.2 Het besturingsmodel

MCH gaat uit van een decentrale besturingsfilosofie waarin taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden zoveel mogelijk gedecentraliseerd zijn naar het niveau waar patiëntenzorg en andere activiteiten worden uitgevoerd en gecoördineerd. De organisatiestructuur is flexibel, patiënt- en procesgericht, waarbij verantwoordelijkheden en bevoegdheden gedecentraliseerd zijn. Het MCH kan volgens de configuraties van Mintzberg³ worden ingedeeld tot de professionele bureaucratie, weergegeven in figuur 1. Kenmerkend voor een professionele bureaucratie is dat de productiekern bestaat uit professionals, een sterke cultuur, complexe omgeving, dat diensten worden aangeboden in plaats van producten en een kleine groep technische ondersteuning ten aanzien van de bestuurlijke ondersteuning.



Figuur 1: Professionele bureaucratie, configuratie van Mintzberg

¹ <http://www.mchaaglanden.nl/showpage.asp?steID=6&ID=2365>

² <http://www.elsevier.nl/web/10202035/Nieuws/Wetenschap/Elsevier-onderzoek-Het-beste-ziekenhuis.htm>

³ Dam, N. van en Marcus, J.: *Een praktijkgerichte benadering van organisatie en management*. Groningen: Wolters-Noordhoff, 2005. ISBN: 9001210279

1.1.3 Missie, visie en strategie⁴

De visie die het MCH heeft luidt als volgt: "Het leveren van ziekenhuiszorg van topkwaliteit, vakbekwaam en toegewijd, aan iedereen die dat nodig heeft".

Het MCH werkt met vier strategische pijlers onder de naam KICK:

- Klantgericht
Het MCH is een ziekenhuis dat uitblinkt in het tegemoetkomen aan de wensen, behoeften en verwachtingen van patiënten, bezoekers en medewerkers.
- Innovatief
Het MCH is een ziekenhuis dat nieuwe ontwikkelingen stimuleert en dat graag voorop loopt.
- Creatief
Vanuit de maatschappelijke verantwoordelijkheid ontwikkelt het MCH zich tot een meer marktgerichte onderneming die tegemoet komt aan de wensen van de klant.
- Kwaliteit
Het MCH kan alleen een topklinisch ziekenhuis zijn als het kwaliteit biedt.

De missie is gericht op het leveren van vernieuwende zorg. Patiënten en medewerkers zijn de kern van de decentrale organisatie. De medewerkers werken patiëntgericht, professioneel en stimuleren elkaar. Vanuit een gezonde financiële structuur werkt het MCH patiëntgericht, doeltreffend en doelmatig. Patiënten krijgen te maken met steeds meer keuzes met betrekking tot het kiezen van het ziekenhuis waar ze behandeld willen worden. Het MCH speelt hierop in door zich onderscheidend te gaan opstellen door het aanbieden van meer één persoonskamers en roomservice concepten.

1.2 Facilitair bedrijf

In bijlage 1.2 is te zien dat het Facilitair bedrijf ondersteuning biedt aan vijf divisies. Het Facilitair bedrijf bestaat uit zeven afdelingen. Elke afdeling kent een afdelingshoofd die het aanspreekpunt is voor de afdeling. Het Facilitair bedrijf is 172 FTE groot.

1.3 Techniek en Gebouwen

De afdeling Techniek en Gebouwen (T&G) is onderverdeeld in vier afdelingen en houdt zich bezig met de ontwikkeling, ontwerp, instandhouding en beheer van de gebouwde omgeving. Tevens houdt de afdeling zich bezig met de gebruikers en de gebouw gebonden installaties (de 'harde kern') van het gebouw. Op de afdeling T&G is 53 FTE werkzaam. T&G bestaat uit de volgende afdelingen:

- Medische Instrumentatie (MI)
De afdeling MI is verantwoordelijk voor de aanschaf en het preventieve en correctieve onderhoud van (medische) apparatuur en installaties.
- Gebouw Gebonden Functies (GGF)
De afdeling GGF is verantwoordelijk voor alle gebouw gebonden technische installaties in het MCH.
- Bedrijfsbureau
Het bedrijfsbureau is verantwoordelijk voor de Front-Office van T&G en houdt zich bezig met de bouwprojecten binnen het MCH.
- Telematica
Telematica houdt zich bezig met alle data en infrastructuur binnen het MCH.

Het organogram is opgenomen in bijlage 1.3. De afdelingen kennen allen een afdelingshoofd. De focus van de afdeling is gericht op het optimaal ondersteunen van het primaire proces, namelijk de zorg.

De afdeling T&G heeft een drietal primaire resultaatgebieden:

- Preventief onderhoud
Preventief onderhoud is nodig om storingen te vermijden en continuïteit te waarborgen. Onderhoudsgegevens dienen te worden ingevoerd.

⁴ <http://intranet.mchaaglanden.com/showpage.asp?ID=1213>

- Correctief onderhoud
Correctief onderhoud is het handelen naar aanleiding van een melding. Deze worden onderverdeeld naar 'urgente' en 'niet- urgente' meldingen. Meldingen kunnen mondeling, schriftelijk en telefonisch worden doorgegeven.
- Projecten
Onder projecten worden handelingen verstaan die nodig zijn bij vervangen, updaten, uitbreiden, verplaatsen van apparatuur en voorzieningen. Verder ondersteunt T&G bij het maken van ontwerpen, begrotingen en begeleiding van projecten.

1.3.1 Klanten afdeling Techniek en Gebouwen

Voor de afdeling T&G is een klantprofiel geschetst. Deze is onderverdeeld in de interne en externe klant. Onder de interne klant vallen de medewerkers van het MCH en andere medewerkers vanuit de zorg. In het kader van het beheer van medische apparatuur vormen klanten van de Intensive Care Unit, operatiekamer en de dialyseafdeling een belangrijke groep. Onder de interne klanten vallen ook de zelfstandige ondernemingen van het Medisch Centrum Haaglanden, zoals de Haaglanden Kliniek die gevestigd is in het MCH. Onder externe klanten (patiënten en bezoekers) vallen alle personen aan wie het ziekenhuis haar diensten levert.

1.3.2 Kwaliteitscoördinator Techniek en Gebouwen

Op de afdeling T&G is ter advisering, ondersteuning en totstandkoming van kwaliteitssystemen een kwaliteitscoördinator T&G werkzaam. Een kwaliteitssysteem⁵ is een structuur (taken, bevoegdheden, verantwoordelijkheden, procedures en andere instrumenten) om de kwaliteit te waarborgen. Deze kwaliteitscoördinator staat los van de afdeling Kwaliteit en Veiligheid van het MCH en richt zich op de kwaliteitsaspecten en eisen die alleen gelden voor T&G. De afdeling Kwaliteit en Veiligheid van het ziekenhuis houdt zich bezig met kwaliteitsaspecten die het hele ziekenhuis aangaan. De coördinator wordt aangestuurd door het Hoofd van T&G. Wel werkt de coördinator mee aan kwaliteitsaspecten die het gehele ziekenhuis aangaan zoals ziekenhuisbrede certificeringen. De coördinator introduceert en verspreidt het kwaliteitsbeleid, deskundigheid, adviseert en ondersteunt verbeteractiviteiten van projecten en implementeert kwaliteitssystemen. Daarnaast is (elektronisch) documentbeheer een belangrijk aspect. In het documentbeheersysteem worden alle documenten vastgelegd en digitaal inzichtelijk gemaakt.

1.3.3 Piramide afdeling Techniek en Gebouwen

Voor de afdeling T&G is door de afdeling Kwaliteit en Veiligheid van het MCH een piramide opgesteld. Deze piramide heeft betrekking op het MCH, het Facilitair bedrijf, afdeling T&G, de afdelingen die onder T&G vallen en de medewerkers. Voor elk van deze afdelingen kent de piramide een andere missie, visie, doelstelling, prestatie-indicatoren en acties. Het doel van deze piramide is dat er een samenhang in de opgestelde doelstellingen ontstaat en deze per niveau kunnen worden vastgesteld. Op deze manier werkt iedereen 'met de neus dezelfde kant op' en kunnen de genoemde doelstellingen worden behaald. De piramide is opgenomen in bijlage 2.

1.4 Afdeling Medische Instrumentatie

De afdeling MI is onderdeel van de afdeling T&G (bijlage 1.3). Op de afdeling MI zijn 13 FTE werkzaam. 8 FTE's zijn werkzaam als instrumententechnicus, 4 FTE's als Senior instrumentatietechnicus en 1 FTE als Hoofd Medische Instrumentatie. De Senior instrumentatietechnicus voeren dezelfde taken uit als de instrumententechnicus maar hebben een coördinerende taak, meer kennis en hebben vaak een langer dienstverband. Tevens hebben zij naast de maandelijkse werkoverleggen met alle medewerkers van MI ook wekelijks werkoverleg met alleen de Senioren en het Hoofd van MI.

⁵ van der Bij, H., Broekhuis, M. en Gieskes, J.: *Kwaliteitsmanagement in beweging*. Deventer: Kluwer, 2004. ISBN:9014080891

2. Onderzoeksopzet^{6 7}

In dit hoofdstuk zal de manier van onderzoeken worden besproken. Allereerst zal de aanleiding van het onderzoek worden besproken waarna het probleem zal worden weergegeven door middel van een probleemstelling met bijbehorende subvragen. Vervolgens zal de gebruikte methode van onderzoek en het model van organisatiebesturing, waarmee de huidige geanalyseerd gaat worden, worden weergegeven. Door middel van een stakeholder-analyse worden de interne en externe partijen die bij de afdeling T&G betrokken zijn beschreven. Als laatste zal de onderzoekspopulatie en de afbakening van dit onderzoek worden besproken.

2.1 Aanleiding onderzoek

De aanleiding van dit onderzoek is dat de patiëntveiligheid in ziekenhuizen niet op het niveau is zoals dat zou moeten. Jaarlijks worden er in Nederland 30.000 vermijdbare fouten gemaakt waarvan er 1735 patiënten ten gevolge van deze vermijdbare fouten overlijden⁸. Op het gebied van patiëntveiligheid ontbrak het tot nu toe aan één landelijke manier van patiëntveilig werken. Een goede basis om patiëntveiligheid te garanderen vormt een veiligheidsmanagementsysteem (VMS). Het VMS bundelt 5 basiselementen die in samenwerking met 10 pilot-ziekenhuizen zijn ontworpen. Het MCH is één van deze 10 pilot-ziekenhuizen en is begonnen met de start van het invoeren van het VMS. De afdeling Techniek en Gebouwen is door de afdeling Kwaliteit en Veiligheid (beheerder van de kwaliteitssystemen ziekenhuisbreed) aangewezen om als pilot te fungeren voor de invoering van het VMS. De afdeling Medische Instrumentatie, dat onderdeel is van de afdeling Techniek en Gebouwen, is begonnen om invulling te gaan geven aan de prestatie-indicatoren die verbonden zijn met het VMS. Immers patiëntveiligheid begint bij veilige apparatuur. De Inspectie voor de Gezondheidszorg geeft richtlijnen aan waarop kwaliteit en veiligheid rondom medische technologie bewaakt dient te worden. De Commissie Kwaliteit (bijlage 19) geeft invulling aan deze richtlijnen door het opstellen van 9 prestatie-indicatoren voor de medische technologie. De Commissie Kwaliteit behoort tot de Nederlandse Vereniging voor Klinische Fysica (NVKF). De NVKF houdt zich bezig met de borging van medische systemen. Gezocht is naar indicatoren die per stuk een belangrijk deel van het totale veiligheidsproces rondom medische apparatuur in kaart brengen.

2.2 Het probleem

De probleemstelling

De probleemstelling die gedurende dit adviesrapport centraal staat en beantwoord zal worden luidt als volgt:

"Op welke wijze kan het beste invulling gegeven worden aan de voorgeschreven prestatie-indicatoren van het veiligheidsmanagementsysteem, die voor de afdeling Medische Instrumentatie gelden, en welke consequenties hebben de geselecteerde prestatie-indicatoren voor deze afdeling en de medewerkers?"

De subprobleemstellingen

De subprobleemstellingen die ter ondersteuning van het beantwoorden van de probleemstelling zijn opgesteld zijn als volgt:

1. Wat is een veiligheidsmanagementsysteem?
2. Welke processtappen zijn aan certificering van het veiligheidsmanagementsysteem verbonden?
3. Wat is de huidige situatie ten aanzien van kwaliteitsbehoud en veiligheid op de afdeling Medische Instrumentatie?
4. Wat zijn de knel- en pluspunten in de huidige situatie op de afdeling Medische Instrumentatie?

⁶ Bouter, R.F.: *Handleiding voor de afstudeeropdracht 2008-2009*. 14^e druk. Leiden: 2008. ISBN: 9073077096

⁷ Baarda, D.B. Goede, M.P.M. de en Teunissen, H.: *Basisboek Methoden en Technieken*. Groningen: Stenfort kroeze, 2005. ISBN: 9020731793

⁸ Brochure VMS zorg: 'Werk veilig met VMS zorg'. <http://www.vmszorg.nl/4426/default.aspx>

5. Welke prestatie-indicatoren zijn er verbonden aan het veiligheidsmanagementsysteem en wat houden deze in?
6. Hoever zijn andere ziekenhuizen met de invoering van de prestatie-indicatoren van het veiligheidsmanagementsysteem op de afdeling Medische Instrumentatie?

Het onderzoek naar de wijze waarop het beste invulling kan worden gegeven aan de prestatie-indicatoren van het VMS voor de afdeling MI, is gericht op 4 van de 9 prestatie-indicatoren. Deze afbakening zal in §2.7 nader worden toegelicht.

7. Op welke wijze kan er invulling worden gegeven aan het periodiek rapporteren over de voortgang van het ontwerpproces van de 4 prestatie-indicatoren van het veiligheidsmanagementsysteem aan de Raad van Bestuur?
8. Welke aanbevelingen kunnen er worden gedaan voor het invoeren van de 4 prestatie-indicatoren van het veiligheidsmanagementsysteem?
9. Hoe dient de invoering van de 4 prestatie-indicatoren van het veiligheidsmanagementsysteem te worden aangepakt om deze succesvol te laten slagen op de afdeling Medische Instrumentatie?
10. Wat zijn de personele, organisatorische en financiële consequenties bij invoering van de 4 prestatie-indicatoren van het veiligheidsmanagementsysteem?

Doelstelling

De doelstelling van dit onderzoek is om een advies uit te brengen hoe het beste invulling kan worden gegeven aan de 4 geselecteerde prestatie-indicatoren van het VMS op de afdeling MI. Door invulling te geven aan de 4 prestatie-indicatoren en deze te implementeren op de afdeling MI wil het MCH nog veiliger apparatuur aanleveren bij de patiënt en door betere procesbeheersing fouten zo veel mogelijk reduceren tot nul, waardoor de kwaliteit van de apparatuur verbeterd wordt. Om tot dit doel te komen is er in- en extern onderzoek uitgevoerd. Door middel van een plan van aanpak zullen de door te voeren veranderingen worden weergegeven.

Doelgroep

De inhoud van dit rapport is in eerste instantie gericht op de afdeling Medische Instrumentatie van het MCH. Daarnaast kunnen de aanbevelingen en resultaten van het onderzoek gebruikt worden door zorginstellingen die de prestatie-indicatoren van het VMS op de afdeling Medische Instrumentatie willen gaan implementeren.

2.3 Methode van onderzoek⁹

Het uitvoeren van een onderzoek kan op twee verschillende manieren: door middel van theoretisch en empirisch onderzoek. Door beide onderzoeken te combineren is er gekomen tot een compleet en volledige onderzoeksmethode.

Theoretisch onderzoek

Theoretisch onderzoek is het onderzoek dat gehaald wordt uit bestaande informatie. Dit is gedaan door gebruik te maken van literatuuronderzoeken uit boeken, artikelen, vakbladen en websites. Het theoretisch kader is door dit onderzoek tot stand gekomen om begrippen rondom het veiligheidsmanagementsysteem en de prestatie-indicatoren te verduidelijken en om weerstand en motivatiebegrippen te beschrijven. Tevens is gebruik gemaakt van dit onderzoek om de te veranderende processen op de afdeling MI weer te geven uit de bestaande handboeken, procedures en protocollen.

Empirisch onderzoek

Nadat het theoretisch onderzoek is uitgevoerd volgt het empirisch onderzoek. Empirisch onderzoek is al het onderzoek dat gedaan wordt om informatie te verwerven door middel van zelfonderzoek. Dit is gedaan door het afnemen van interviews. Hierbij is de

⁹ Genet, C.: *Methoden van onderzoeken van de markt*. Den Haag: Haagse Hogeschool, opleiding Facility Management. Versie 2009-2010

bekendheid met het VMS en de prestatie-indicatoren onderzocht, welke middelen er worden gebruikt om veiligheid te borgen, welke knel- en pluspunten er in de huidige situatie zijn etc.

Beschrijvend, exploratief en toetsend onderzoek

Binnen het methode van onderzoek op het gebied van theoretisch en empirisch onderzoek kunnen een drietal subonderzoeken worden onderscheiden:

- *Beschrijvend onderzoek:* Het gaat hierbij om de 'wat is er aan de hand'-vraag. Het onderzoek is gericht op het beschrijven van het voorkomen van een of meer dezelfde kenmerken binnen een specifieke groep.
- *Explorerend onderzoek:* Het gaat hierbij om de 'waarom'-vraag. Het onderzoek is gericht op het ontdekken van verbanden of verschillen van kenmerken binnen een specifieke groep.
- *Toetsend onderzoek:* Het gaat hierbij om de 'klopt-het?'-vraag. Het onderzoek is gericht op het controleren van verklaringen. Vooraf worden er één of meerdere hypothesen geformuleerd die door middel van empirisch onderzoek worden getoetst.

Voor het beantwoorden van de probleemstelling en subprobleemstellingen is gebruik gemaakt van beschrijvend onderzoek. Van beschrijvend onderzoek is gebruik gemaakt om de huidige situatie en de knel- en pluspunten op de afdeling MI te beschrijven. De knelpunten dienen te worden opgelost wil het VMS een kans van slagen hebben op de afdeling MI.

Kwantitatief en kwalitatief onderzoek

De keuze voor kwalitatief of kwantitatief onderzoek is afhankelijk van de aard en omvang van het op te lossen probleem en de randvoorwaarden als beschikbare tijd, budget en personele middelen:

- *Kwantitatief onderzoek*
Kwantitatief onderzoek is voor de probleemoplossing om grotere populaties te onderzoeken. Het biedt cijfermatig inzicht en geeft veelal antwoorden op vragen die in termen van hoeveelheid kunnen worden uitgedrukt.
- *Kwalitatief onderzoek*
Kwalitatief onderzoek is gericht op het verkrijgen van betrouwbare informatie over wat er leeft onder een bepaalde doelgroep en waarom. Deze vorm van onderzoek geeft diepgaande informatie door in te gaan op achterliggende motivaties, meningen, wensen en behoeften van de doelgroep. Het gaat in op het waarom van heersende meningen en bepaalde gedragingen.

Het onderzoek naar de prestatie-indicatoren en het VMS is van kwalitatieve aard. Er is gebruik gemaakt van individuele interviews als onderzoeksmethode. De betrokkenen hebben hun opvattingen, mogelijke knelpunten en consequenties van het VMS kenbaar gemaakt door middel van interviews.

Dataverzamelingsmethoden

Voor het gebruik van dataverzamelingsmethoden kan onderscheid gemaakt worden tussen:

- *Bestaande informatie:* Door middel van literatuuronderzoek en deskresearch.
- *Observeren:* Gericht op het waarnemen van verschijnselen. Geschikt om gegevens over het gedrag te verzamelen.
- *Vragen c.q. interviewen:* Het vragen middels mondelinge of schriftelijke enquêtes. Geschikte manier voor het verzamelen van meningen, attitudes en kennis.

Er is gebruik gemaakt van bestaande informatie en interviewen als dataverzamelingsmethoden omdat deze twee methodes het meeste informatie geven voor de invulling van de probleemstelling. Het VMS is een nieuw begrip waardoor er nog niet veel informatie over beschikbaar is.

2.4 Model van organisatiebesturing¹⁰

Het onderzoek is opgebouwd naar aanleiding van het model van organisatiebesturing (zie bijlage 3). Alles wat in een onderneming gebeurt heeft tot doel het primaire proces zo goed mogelijk te ondersteunen en te laten functioneren. Hiervoor worden 'bouwstenen' zoals mensen, middelen, resultaten, structuur, cultuur en ketens ingezet. Om deze bouwstenen op elkaar af te stemmen is onderling overleg nodig en aansturing vanuit het management. Deze aansturing vindt plaats op drie verschillende niveaus: strategisch, tactisch en operationeel. Er is voor dit model gekozen omdat het VMS een kwaliteitssysteem is dat vanuit het strategische niveau, namelijk door de Raad van Bestuur, wordt geleid. Het VMS zal via het tactische niveau, door middel van opgestelde actiepunten vanuit de RvB, worden ingevoerd op operationeel niveau. De bouwstenen hebben invloed op de wijze waarop er invulling wordt gegeven aan de actiepunten en aan de prestatie-indicatoren. Het model zal in §3.8 in het theoretisch kader worden toegelicht. De interview vragen voor de medewerkers, kwaliteitscoördinator, Hoofd van MI, Hoofd van Kwaliteit en veiligheid en Hoofden Medische Instrumentatie van andere ziekenhuizen zijn gebaseerd op het model.

2.5 Stakeholder-analyse afdeling Techniek en Gebouwen

De stakeholders van T&G zijn onder te verdelen in interne en externe groepen:

Intern

- Medewerkers
- Zorgmanagers
- Kwaliteitscoördinator
- Facilitair Bedrijf
- Afdeling kwaliteit MCH
- Hoofd Techniek en Gebouwen
- Hoofd Medische Instrumentatie
- Hoofd Telematica
- Hoofd bedrijfsbureau
- Inkoop

Extern

- Patiënten
- Bezoekers
- Leveranciers

De verschillende stakeholders hebben allen een ander belang bij de organisatie en de afdeling. De interne groep betreft vooral het personeel van het MCH. Deze zijn afhankelijk van het MCH als organisatie zijnde omdat het hun werkgever is. Andersom is het MCH afhankelijk van de interne groep door hun werkzaamheden. Zonder de afdeling T&G is het niet mogelijk de primaire zorg aan de patiënt te bieden. Het belang van de interne stakeholders bij dit onderzoek is het bevorderen van de patiënt- en medewerkerveiligheid. De externe partij heeft een ander belang bij de afdeling T&G en bij het onderzoek naar het VMS. De patiënten en bezoekers kunnen zonder de werkzaamheden van de afdeling T&G niet worden behandeld doordat apparatuur niet veilig is.

2.6 Onderzoekspopulatie

Voor het onderzoek naar het VMS en de prestatie-indicatoren zijn er interviews af genomen met de medewerkers van MI, met het Hoofd van de afdeling MI, met het Hoofd van de afdeling Kwaliteit en Veiligheid, met de kwaliteitscoördinator en met 3 Hoofden Medische Instrumentatie van 3 ziekenhuizen.

2.6.1 Intern

De intern ondervraagden hebben een directe relatie met het VMS en de prestatie-indicatoren. Dit zijn betrokkenen die direct met de prestatie-indicatoren te maken krijgen bij invoering van het VMS op de afdeling MI. De resultaten zullen in hoofdstuk 6 '*Intern onderzoek*' besproken worden.

¹⁰ Mulders, M.: *75 managementmodellen*, model 52. Groningen: Wolters-Noordhoff, 2007. ISBN: 9001605117

De medewerkers

De medewerkers van de afdeling MI komen als eerste in aanraking met het VMS en de prestatie-indicatoren bij invoering van het kwaliteitssysteem op de afdeling MI. Het belang van de medewerkers bij dit onderzoek is dat er in kaart wordt gebracht wat voor invloed de prestatie-indicatoren met zich mee brengen bij invoering van het VMS op de afdeling MI. Op de afdeling MI zijn alle 10 de medewerkers ondervraagd. Twee medewerkers konden niet worden gesproken door ziekte en vakantie. De interview vragen zijn opgesteld aan de hand van het model van 'organisatiebesturing'. In het model zijn bouwstenen opgenomen die van invloed zijn op de operationele uitvoerende situatie. De bouwstenen vormen de indeling van de vragen.

Kwaliteitscoördinator

De kwaliteitscoördinator beheert de kwaliteitssystemen op de afdeling T&G. De coördinator stelt de procedures en protocollen op die horen bij de kwaliteitssystemen. Het belang van de kwaliteitscoördinator bij dit onderzoek is dat veranderingen in de kwaliteitssystemen op de afdeling T&G door de coördinator moeten worden doorgevoerd en aangepast. De interview vragen zijn samengesteld aan de hand van het model van organisatiebesturing op het gebied van het tactische en operationele niveau en de bouwstenen.

Hoofd Medische Instrumentatie

Het Hoofd van de afdeling MI is de persoon die de invoering van het VMS en de prestatie-indicatoren leidt op de afdeling MI. Het VMS is een systeem dat op den duur ziekenhuisbreed ingevoerd gaat worden. De afdeling T&G is door de afdeling Kwaliteit en Veiligheid aangewezen, om als pilot-afdeling, de prestatie-indicatoren die zijn voorgeschreven voor de medische technologie in te gaan voeren op de afdeling MI. Het belang van het Hoofd van MI bij dit onderzoek is dat er wordt vastgesteld wat voor consequenties de prestatie-indicatoren hebben op de afdeling MI en de medewerkers van MI. Op deze manier kan er voortijdig op de veranderingen worden ingespeeld en waar nodig aanpassingen worden verricht. De interview vragen zijn samengesteld aan de hand van het model van organisatiebesturing op het gebied van de drie besturingsniveau's en de bouwstenen.

Hoofd afdeling Kwaliteit en Veiligheid

Het Hoofd van de afdeling Kwaliteit en Veiligheid beheert alle kwaliteitssystemen die van toepassing zijn op het gehele ziekenhuis. Deze afdeling staat los van de kwaliteitscoördinator die werkzaam is op de afdeling T&G. Deze laatste houdt zich alleen bezig met kwaliteitssystemen die voor T&G gelden. Het Hoofd van de afdeling Kwaliteit en Veiligheid leidt het VMS project ziekenhuisbreed en dient te gaan rapporteren aan de Raad van Bestuur over de voortgang van invulling van de prestatie-indicatoren op de afdeling MI.

De interview vragen zijn samengesteld aan de hand van de drie besturingsniveau's en de bouwstenen van het model van organisatiebesturing. Tevens zijn er vragen gesteld over de wijze van rapporteren aan de Raad van Bestuur.

2.6.2 Extern

Het onderzoek geeft een advies dat gericht is op de afdeling Medische Instrumentatie van het Medisch Centrum Haaglanden. Wel is het mogelijk dat de gegeven adviezen door andere afdelingen Medische Instrumentatie van ziekenhuizen kunnen worden gebruikt. Er is een drietal ziekenhuizen bezocht:

- Erasmus MC, Rotterdam
- Bronovo, Den Haag
- Diaconessenhuis, Leiden

De keuze voor deze 3 ziekenhuizen is gemaakt doordat de Hoofden van de afdeling Medische Instrumentatie van het Bronovo en het Diaconessenhuis aanwezig waren bij een bijeenkomst over het VMS op 26 maart jl. in het MCH. Tijdens de bijeenkomst kwam

naar voren dat beide ziekenhuizen al bezig waren met de invoering van het VMS op de afdeling Medische Instrumentatie en dat het MCH hier wellicht nog wat van kon leren. Het Erasmus MC voert het VMS zelfstandig in. De keuze voor een bezoek aan dit ziekenhuis is dan ook gemaakt om te kijken hoever een ziekenhuis is dat niet in samenwerkingsverband het VMS gaat invoeren.

Extern onderzoek is verricht om te onderzoeken hoe ver andere afdelingen MI zijn met de invoering van het VMS, om mogelijke knelpunten te signaleren en de grootste personele, organisatorische en financiële consequenties in kaart te kunnen brengen. Tijdens de externe bezoeken is gesproken met de Hoofden van de afdelingen Medische Instrumentatie. De interview vragen zijn samengesteld aan de hand van het model van organisatiebesturing. Niet alleen zijn er vragen gesteld over het VMS en de prestatie-indicatoren, ook is er een beeld gekregen van de huidige situatie op de afdelingen.

2.7 Afbakening onderzoek

Om de consequenties van de prestatie-indicatoren op de afdeling MI en de medewerkers te kunnen weergeven moeten de prestatie-indicatoren nader worden beschreven. Er is gekozen om 4 van de 9 opgestelde prestatie-indicatoren voor de afdeling MI te onderzoeken omdat deze in het begin stadium van het onderzoek een rol spelen voor de afdeling MI en de medewerkers van MI. Tevens is afbakening van het onderzoek nodig omdat de omvang van het onderzoek binnen een vastgestelde termijn van 3 maanden moet plaatsvinden. Alle 9 indicatoren onderzoeken is binnen deze termijn niet haalbaar.

Het onderzoek geeft een advies dat toegespitst is op de situatie van de afdeling MI van het MCH. Wel zal het advies in grote lijnen toepasbaar zijn op andere afdelingen MI van zorginstellingen die de prestatie-indicatoren van het VMS willen of bezig zijn in te voeren. Het advies is gedeeltelijk gebaseerd, voor zover dit mogelijk was, op ervaringen van afdelingen MI die reeds gestart zijn met de invoering van het VMS. Het onderzoek betreft een facilitair beleidsprobleem. Het VMS is een kwaliteitssysteem dat op alle afdelingen in het ziekenhuis ingevoerd dient te worden en ondersteuning biedt aan het primaire proces.

3. Theoretisch kader veiligheidsmanagementsysteem

In dit hoofdstuk zal de belangrijkste theorie met betrekking tot het veiligheidsmanagementsysteem (VMS) en de prestatie-indicatoren worden verwerkt. Allereerst zal het begrip VMS worden uitgelegd met hierbij een beschrijving van de basiselementen waarop het VMS is gebouwd. Vervolgens zal het certificeringstraject van het VMS worden beschreven. Tevens zal het begrip risicomanagement worden benoemd en zullen de kritische succesfactoren bij invoering van het VMS voor de afdeling MI worden beschreven. Daarna volgt een theoretisch kader over weerstand en motivatie, enkele mogelijke manieren van rapporteren over het VMS naar de Raad van Bestuur en zal het model worden toegelicht dat gebruikt zal worden om de huidige situatie in kaart te brengen. Als laatste volgen de trends en ontwikkelingen op het gebied van kwaliteit en veiligheid in de zorg.

De volgende subvragen zullen in dit hoofdstuk beantwoord gaan worden: *"Wat is een veiligheidsmanagementsysteem?"* en *"Welke processtappen zijn aan certificering van het veiligheidsmanagementsysteem verbonden?"*

Om te komen tot het beantwoorden van de subvragen is theoretisch onderzoek uitgevoerd.

3.1 Veiligheidsmanagementsysteem (VMS)^{11 12}

Het VMS is een kwaliteitssysteem dat door de overheid is opgelegd aan ziekenhuizen en zorginstellingen die ziekenhuiszorg verlenen. De aanleiding hiervoor was het rapport 'Hier werk je veilig of je werkt hier niet', dat in het kader van het programma 'Sneller beter' in 2004 is uitgebracht door Rein Willems. In dit rapport wordt aangegeven dat het management van zorginstellingen inzicht moet hebben in de zorgprestaties en over een cultuur moet beschikken waarin slechte uitkomsten niet worden geaccepteerd. Er werd ernaar gestreefd het VMS in 2008 in het MCH al ingevoerd te hebben, maar er werd bij publicatie van het systeem geen einddatum van invoering vermeld. In 2009, 2 jaar later, heeft de overheid als einddatum aan de invoering van het VMS 2012 verbonden. Vele zorginstellingen, waaronder het MCH, hebben een jaar lang weinig aan de invoering van het systeem gedaan. Op dit moment wordt er in het MCH op de afdeling MI, onderdeel van de afdeling T&G, een start gemaakt met het invoeren van het VMS.

3.1.1 Wat is een veiligheidsmanagementsysteem?¹³

Het VMS is een kwaliteitssysteem dat zich richt op het beheersen van risico's voor de patiënt en het verminderen van schade aan de patiënt. Daarbij is het streven het aantal incidenten, waarbij schade optreedt bij de patiënt, te reduceren tot nul. Het VMS kan gezien worden als een systeem met kernactiviteiten en input (de regelgeving van de overheid) en output (de vastlegging van gegevens). Centraal staan de activiteiten preventieve en correctieve risicoanalyse. De kernactiviteit van het VMS bestaat uit de inventarisatie van risico's. Als we aan het model de visie, doelstellingen, taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden toevoegen spreken we van een VMS. Risico (R) is de kans waarop een incident optreedt (P1), de waarschijnlijkheid dat dit incident leidt tot een effect (P2) en de aan het effect gerelateerde schade (S). Onderstaand figuur 3.1 geeft in één oogopslag weer hoe het VMS in elkaar steekt.

Om te kunnen spreken van een VMS moet onder andere een risico-inventarisatie worden uitgevoerd en moet een systeem worden opgezet voor het melden van incidenten om verbetermaatregelen en aanbevelingen te kunnen voorstellen.

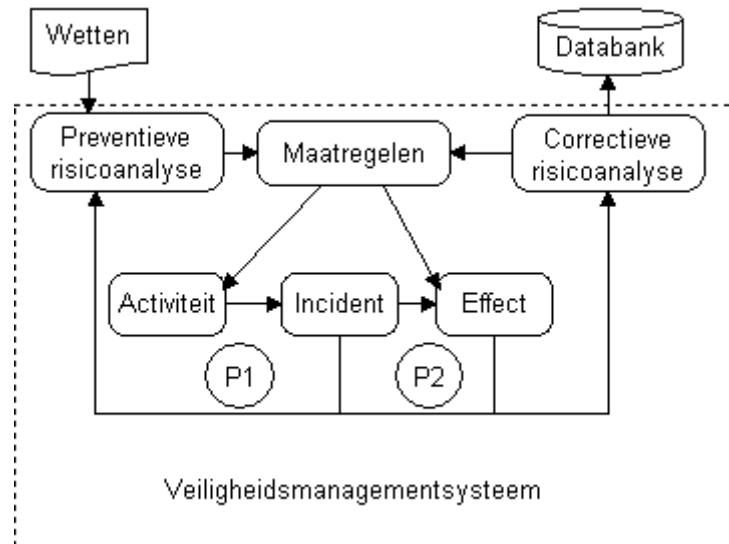
¹¹ *Praktijkids Risicomanagement en Medische Technologie: Praktische gids voor een goede aanpak*. Utrecht: Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), 2007

¹² Willems, R. Shell Nederland: 'Hier werk je veilig of hier werk je niet'. Sneller beter- De veiligheid in de zorg. November 2004

¹³ Nederlandse technische afspraak NTA 8009. *Veiligheidsmanagementsysteem voor ziekenhuizen en instellingen die ziekenhuiszorg verlenen*. Mei 2007

De basisprincipes¹² van het VMS zijn:

- Het systeem moet opgezet zijn mét en vóór de mensen die ermee werken, alle medewerkers, eigen personeel en aannemers, moeten zich betrokken voelen.
- Het systeem moet simpel zijn en gemakkelijk 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.



Figuur 3.1: Veiligheidsmanagementsysteem ¹¹

NTA 8009

In 2007 is de Nederlands Technische Afspraak (NTA) 8009 gepubliceerd. Deze NTA is een afspraak met betrekking tot het VMS voor ziekenhuizen en instellingen die ziekenhuiszorg verlenen. Het is een technische invulling om uiteindelijk te komen tot ziekenhuizen en zorginstellingen waarvan kan worden gezegd 'daar werkt men veilig'. Een NTA is een norm in wording. Dit betekent dat wanneer de NTA wordt aangenomen deze uiteindelijk een NEN-norm wordt. Het MCH heeft als één van de 10 pilot-ziekenhuizen deelgenomen aan de totstandkoming van deze NTA. De NTA bevat basiseisen voor een VMS om de risico's voor patiënten te beheersen en te verminderen en heeft alleen betrekking op de patiëntenveiligheid in ziekenhuizen. De NTA is van toepassing op zorginstellingen die:

- Het VMS inrichten, implementeren, onderhouden en de effectiviteit daarvan continu willen verbeteren, om risico's voor de patiënt te verminderen.
- Zichtbaar willen aantonen (intern en extern) dat zij voldoen aan deze NTA en daarmee aan de basiseisen van het VMS voldoen.

Om te zorgen dat de NTA 8009 aansluit bij de bestaande kwaliteitsnormen is samengewerkt met de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), het Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen (NIAZ) en Stichting Harmonisatie Kwaliteitsborging in de Zorg (HKZ).

3.1.2 Veiligheidsmanagementsysteem: een landelijke norm^{14 15}

Patiëntveiligheid is een onderwerp dat altijd al speelt binnen zorginstellingen. De overheid deed hier in 2007 nog eens een schep boven op door zorginstellingen een VMS op te leggen. Het VMS bundelt de bouwstenen en interventies die in alle ziekenhuizen in Nederland kunnen worden toegepast om de patiëntveiligheid te bevorderen. De vijf basiselementen met bijbehorende prestatie-indicatoren zijn in samenwerking met 10 pilot-ziekenhuizen ontwikkeld en vastgesteld tot een landelijke norm. De landelijke norm is vastgelegd in de NTA 8009. De hoofdpunten uit de norm zijn benoemd als 'basiselementen'.

De basiselementen zijn weergegeven in figuur 3.2. De basis die wordt opgesteld is voor alle ziekenhuizen hetzelfde. Daarbinnen is ruimte voor eigen interpretaties, want niet alles is in de NTA 8009 tot het laagste niveau beschreven. Het opstellen van één gezamenlijke norm biedt ziekenhuizen de kans om van elkaar te leren en te toetsen met elkaar.



Figuur 3.2: Basiselementen Veiligheidsmanagementsysteem ¹¹

A. Beleid en strategie

Het VMS vraagt om leiderschap. Dit dient te gebeuren op strategisch beleidsniveau. In het MCH betekent dit dat de Raad van Bestuur verantwoordelijk is voor het invoeren van het VMS. De afdeling MI die als pilot geldt in het MCH voor het invoeren van het VMS dient aan de prestatie-indicatoren invulling te geven. Het Hoofd van MI is hiervoor de verantwoordelijke.

B. Veiligheidscultuur

Een manier om risico's te verminderen is het scheppen van een veiligheidscultuur. Binnen zo'n cultuur zijn medewerkers alert op mogelijke onverwachte gebeurtenissen en weten bij een gebeurtenis direct corrigerende maatregelen te treffen om de schade zo klein mogelijk te houden. Meldingsbereidheid en training zijn een belangrijk onderdeel. In de NTA wordt er vanuit gegaan dat training een belangrijk aspect is voor het veranderen van de cultuur en het creëren van draagvlak in een instelling. Introductie- en inwerkprogramma's zijn een vereiste op het gebied van patiëntveiligheid.

C. Veilig Incidenten Melden (VIM)

Het melden van incidenten is een belangrijk element om de patiëntveiligheid te borgen. Meldingen uit het VIM mogen niet gebruikt worden tegen individuele medewerkers. Melden kan anoniem en verbeteracties zijn voor de gehele afdeling.

¹⁴ VMS zorg: 'Werk veilig met VMS zorg'. <http://www.vmszorg.nl/4426/default.aspx>

¹⁵ Nederlandse technische afspraak NTA 8009. *Veiligheidsmanagementsysteem voor ziekenhuizen en instellingen die ziekenhuiszorg verlenen*. Mei 2007

D. Prospectieve risico-inventarisatie

Risico-inventarisatie is het identificeren, analyseren en beoordelen van risico's. De resultaten worden schriftelijk vastgelegd ter vergroting van de patiëntveiligheid.

E. Blijvend verbeteren

Onder continu verbeteren wordt het doorvoeren van verbeter- en beheersmaatregelen verstaan die geborgd moet worden in nieuwe procesbeschrijvingen om de patiëntveiligheid te optimaliseren.

3.2 Prestatie-indicatoren

Het begrip prestatie-indicator kan als volgt omschreven worden: *'prestatie-indicator is een meetbare grootte die een aanwijzing geeft voor de geleverde kwaliteit. Te denken valt aan doorlooptijden, tevredenheid van medewerkers en patiënten, aantal klachten, wachtlijsten en wachttijden, gebruik protocollen, etc'*¹⁶.

De prestatie-indicatoren geven de invulling aan de basiselementen en vormen de bouwstenen voor het VMS. De prestatie-indicatoren die aan het VMS verbonden zijn en de prestatie-indicatoren die zijn onderzocht voor de afdeling MI zullen in hoofdstuk 5 'Prestatie-indicatoren' worden uitgelicht.

3.3 Certificering veiligheidsmanagementsysteem

Om tot een geldig VMS te komen dient het systeem gecertificeerd te worden.

Certificering kan als volgt worden omschreven: *"Certificering is het toetsen van een managementsysteem of een product dat moet voldoen aan de wetgeving en normen"*¹⁶.

Er kan tot certificering worden overgegaan wanneer aan alle wetgeving en procedures is voldaan. Een ziekenhuis krijgt pas een certificaat als de zaken op orde zijn. Een managementsysteem voor de medische technologie kan men laten toetsen door een onafhankelijke organisatie. MCH wil tot certificering over gaan wanneer alle afdelingen in het ziekenhuis de benodigde procedures, protocollen en alle overige voorzieningen hebben aangepast die noodzakelijk zijn bij het VMS.

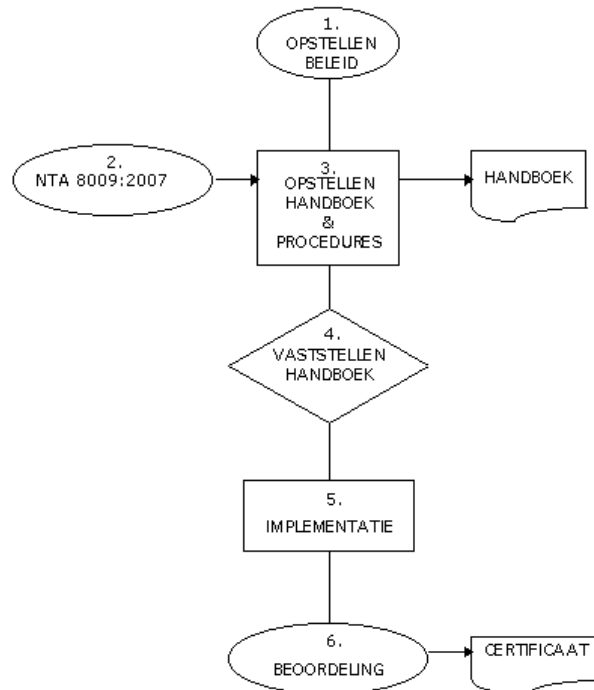
3.3.1 Stappen tot certificering

Om te komen tot certificering van het VMS op de afdeling MI dienen de kwaliteitseisen die aan het VMS zijn verbonden te worden geïntegreerd in de huidige certificering van de ISO 9001:2000 op de afdeling MI. Het is hierbij van belang dat er een raamwerk wordt gemaakt van de ISO 9001:2000 en de kwaliteitsnormen van het veiligheidsmanagementsysteem. De kwaliteitsnormen zijn in bijlage 5 door middel van conversietabellen tegen elkaar uitgezet. Uit de conversietabellen kan geconcludeerd worden dat het VMS en de ISO 9001:2000 veel overeenkomsten hebben.

Figuur 3.3 geeft weer welke stappen ondernomen dienen te worden om tot certificering van het VMS te komen. Er is gekozen voor het gebruik van een bestaand model van certificeringstrajecten¹⁷ omdat dit model stapsgewijs de processen weergeven die voor de afdeling MI nodig zijn om tot certificering van het VMS te komen. Aan het model zijn stap 2: NTA 8009:2007 en het handboek toegevoegd omdat het model op deze manier volledig is aangepast aan de wijze waarop het VMS kan worden geïmplementeerd op de afdeling MI en gecertificeerd kan worden wanneer het VMS ziekenhuisbreed is doorgevoerd.

¹⁶ <http://www.medischetechnologie.nl/veiligheidssysteem/terminologie.html>

¹⁷ <http://www.rmcbv.nl/images>



Figuur 3.3: Stappen tot certificering veiligheidsmanagementsysteem voor de afdeling MI

1. Opstellen beleid

De Raad van Bestuur (RvB) stelt het beleid met betrekking tot het VMS vast en geeft aan hoe er aan het beleid invulling dient te worden gegeven. De RvB heeft een ziekenhuisbrede zelfevaluatie (bijlage 15) opgesteld met betrekking tot het VMS. Hierin staan aspecten die op elke afdeling uitgevoerd moeten worden. De afdeling MI heeft uit de zelfevaluatie actiepunten opgesteld (bijlage 16). De belangrijkste actiepunten zijn:

- Keuze maken voor softwaresysteem voor risicoclassificatie en implementatie;
- Scholen van de medewerkers MI;
- Afdeling MI toevoegen aan VIM-systeem
- Volgen van de juiste aanschafprocedure voor apparatuur.

2. NTA 8009:2007

De basiselementen van het VMS zijn vastgelegd in de NTA 8009. Deze elementen zijn de input voor het veranderen van procedures en opstellen van het handboek.

3. Opstellen handboek & procedures

De kwaliteitscoördinator maakt het plan van aanpak, wijst procedure eigenaren aan en controleert het proces op inhoudelijke aspecten op de afdeling T&G. De eigenaren van de procedures gaan deze beschrijven en laten deze tussentijds zien aan de coördinator.

4. Vaststellen handboek

Het Hoofd van de afdeling T&G beoordeelt de kwaliteit van het handboek. In dit handboek staan onder andere de communicatie- en overlegstructuren weergegeven.

5. Implementatie

Het Hoofd van de afdeling Kwaliteit en Veiligheid begeleidt het implementatieproces ziekenhuisbreed, doet tussentijdse audits en doet de aanvraag voor het certificaat.

6. Beoordeling

Het Hoofd van de afdeling Kwaliteit en Veiligheid spreekt met de certificerende instantie een datum af wanneer deze de audit komen uitvoeren. Deze instantie voert document- en systeemaudits uit. Hierna volgt het advies van de instantie of er wel of geen certificaat wordt uitgereikt. Indien er niet wordt overgegaan tot certificering gaat de coördinator over tot het wijzigen van de benodigde documenten.

3.4 Risicomanagement

De huidige maatschappij vraagt om het afleggen van verantwoording, dus ook op het gebied van risicomanagement. Het gaat om het krijgen van inzicht in risico's en het beheeren ervan. Vandaar dat risicomanagement is opgenomen in dit theoretische kader. Om het begrip risicomanagement helder te krijgen wordt deze als volgt omschreven: *"Risicomanagement omvat alle activiteiten die erop gericht zijn om de risico's die een organisatie loopt bij het bereiken van haar doelstellingen, te beheersen. Het gaat over de risico's die een organisatie loopt en bepaald moet worden welke risico's acceptabel worden geacht en welke niet"*¹⁸.

In de praktijk worden in het kader van risicomanagement gehanteerde begrippen nogal eens op verschillende wijze geïnterpreteerd. Wanneer er over veiligheid, risico's en risicobeheersing wordt gesproken is het van belang overeenstemming te hebben over de te hanteren terminologie. Een activiteit is een aaneenschakeling van handelingen aan bijv. medische apparatuur door medewerkers aan patiënten. Tijdens een activiteit kunnen een of meerdere (on)bedoelde gebeurtenissen optreden. De gegeven definities over de terminologie van het veiligheidsmanagementsysteem in bijlage 4 zijn niet de enig mogelijke. De belangrijkste begrippen met betrekking tot risicomanagement zijn¹¹:

- Een *incident* is een onbedoelde gebeurtenis die kan optreden als gevolg van een activiteit. Een onbedoelde gebeurtenis leidt niet altijd tot een effect. Door het inbouwen van veiligheidsmaatregelen kan de kans op een effect worden verlaagd of gevolgen (= schade) worden verkleind.
- *Schade* is het nadelige effect dat we trachten te vermijden of beperkt te houden. In het kader van risicomanagement wordt gesproken over 'schade' in plaats 'effect'. Bij schade kan naast letselschade ook materiële- of imagoschade zijn.

Bij risicovolle processen dient men veiligheidsrisico's te identificeren (risico-inventarisatie) voordat zich incidenten hebben voorgedaan. Risico-inventarisatie dient ook plaats te vinden op het niveau van medische apparatuur. De trend naar meer afhankelijk worden van de zorg van technologische ontwikkelingen maakt het noodzakelijk om meer aandacht te geven aan het betrouwbaar functioneren van medische apparatuur.

3.5 Weerstand tegen veranderen¹⁹

Door middel van een theoretisch kader over weerstand en motivatie kan er een basis worden gevormd voor de wijze waarop er bewustwording van de verandering kan worden gecreëerd. Er dient bij de medewerkers draagvlak te worden gecreëerd en zij moeten worden gemotiveerd voor de invoering van het nieuwe kwaliteitssysteem. Op basis van onderstaand theoretisch onderzoek wordt weergegeven hoe 'technen' (de medewerkers van MI) aankijken tegen veranderingen. Motivatie is hierbij een belangrijk aspect.

Wanneer een veranderingsproces stukloopt zal een leidinggevende vaak de medewerkers aanwijzen als schuldige. De lage veranderingsbereidheid van de werknemers zal als grootste knelpunt worden genoemd. Een lage veranderingsbereidheid kan zelfs omslaan in weerstand. Bij invoering van nieuwe technologieën leidt deze vaak tot weerstand en

¹⁸ Coumou, C.: *Risicomanagement voor security- en facilitymanagers*. Alphen a/d Rijn: Kluwer, 2003. ISBN: 90130010601

¹⁹ Cozijnsen, A.J. en Vrakking, W.J.: *Handboek verandermanagement*. Deventer: Kluwer, 2003. ISBN: 9789013002997

verwarring. Er zijn altijd medewerkers die zich niet direct aan nieuwe technische vereisten aanpassen.

Bij veranderingen wijzigen in de meeste gevallen ook de communicatiepatronen. De rollen, taken en verantwoordelijkheden kunnen veranderen en de onzekerheid van medewerkers kan toenemen. Opvattingen en denkwijzen van de betrokkenen in de veranderende situatie veranderen mee in dit proces.

De 'technicus' heeft daar soms geen oog voor. Hij ziet de verandering meestal niet als proces. Begrip voor mogelijke weerstand die zich kan voordoen tijdens zo'n veranderingsproces heeft hij in de meeste gevallen niet. Dit in tegenstelling tot de 'veranderkundige', die weerstand aanvaardt als een onderdeel van het veranderingsproces.

Het schema geeft weer dat leidinggevendenden kijk moeten hebben op de wijze waarop mensen reageren op veranderingen in hun organisatie.

Gezichtspunten veranderen	Accent van de 'technicus'	Accent van de 'veranderkundige'
Mensopvatting	Mensen onderschikt aan technische eisen	Techniek is er ter wille van de menselijke behoefte
Opvatting over verandering	Een voorval zoals het omdraaien van een schakelaar	Een proces
Visie op weerstand	Hindernis die je moet nemen	Symptoom dat je ernstig moet nemen
Verklaring voor weerstand	Mensen zijn nu eenmaal tegen techniek	Mensen verzetten zich tegen veranderingen

Figuur 3.4: Accenten van de 'technicus' en de 'veranderkundige' ¹⁹

Medewerkers hebben – als ze betrokken zijn bij de verandering – minder reden om zich te gaan verzetten tegen de verandering. Doordat zij betrokken zijn en inspraak hebben in de veranderende situatie voelen zij zich serieus genomen. Het voordeel van deze betrokkenheid is dat medewerkers zich prettig en gewaardeerd voelen in hun functie. Het nadeel is dat het doorvoeren van de verandering een langer proces kan worden (Lammers 1965).

Werknemers motiveren

Motivatatie kan worden omschreven als datgene wat gedrag energie en richting geeft en ondersteunt²⁰. Een belangrijke motivatie voor medewerkers is dat het gedrag gericht is op het doel dat ze voor ogen hebben. Het is van belang dat managers begrijpen wat medewerkers motiveert. Gemotiveerde medewerkers zijn beter in staat een goed product af te leveren dan ongemotiveerde medewerkers.

De werkaanpassingstheorie is een belangrijk begrip binnen de motivatie van medewerkers. Deze theorie stelt dat de motivatie van een medewerker en de werktevredenheid worden gevormd door de behoeften en talenten van de medewerker en de wijze waarop deze naar voren komen in de functie binnen de organisatie. Een gebrek aan deze overeenstemming kan leiden tot een laag motivatieniveau. De werkaanpassingstheorie stelt dat een functie die voor de ene persoon uitdagend en motiverend is dat voor een ander niet hoeft te zijn en dat niet iedere medewerker betrokken wil zijn bij besluitvorming.

²⁰ Luis, R, Gómez-Mejía, Balkin, D en Cardy, R.: *Personeelsmanagement*. Amsterdam: Pearson Education Benelux, 2005. ISBN: 904300815

3.6 Kritische succesfactoren

Om het VMS te kunnen invoeren krijgt de afdeling MI te maken met diverse kansen en bedreigingen. Deze kunnen van invloed zijn op het slagen van het kwaliteitssysteem. Als kritische succesfactoren kunnen worden genoemd:

- Draagvlak medewerkers;
- Opstellen procedures;
- (Breed gedragen) mandaat vanuit de Raad van Bestuur met verantwoordelijkheden en bevoegdheden;
- Relatie zorg en Medische Instrumentatie.

Draagvlak medewerkers

De medewerkers van MI zijn de personen die uiteindelijk moeten gaan werken met de kwaliteitseisen die aan het VMS zijn verbonden. Wanneer zij het nut van het systeem inzien zal dit het werk positief kunnen beïnvloeden. Uit het artikel 'Hier werk je veilig of hier werk je niet' (zie §3.1.1) word communicatie als belangrijkste item genoemd voor het creëren van draagvlak.

Opstellen procedures

Het (her)schrijven van procedures vormt de basis van het VMS en de certificering. De gewijzigde procedures dienen te worden vastgelegd in het documentbeheersysteem (hierin staan alle procedures en protocollen beschreven) en in het handboek. De medewerkers worden op deze manier op de hoogte gebracht van de gewijzigde en nieuwe procedures.

(Breed gedragen) mandaat vanuit de Raad van Bestuur met verantwoordelijkheden en bevoegdheden

Het VMS wordt gestuurd en geleid vanuit de Raad van Bestuur zoals in de NTA 8009 vermeld staat. Deze dient het VMS naar de afdeling Kwaliteit en Veiligheid te communiceren waarna deze de afdeling MI taken en bevoegdheden toewijst.

Relatie zorg en Medische Instrumentatie

De medewerkers van MI dienen VIM-meldingen te plaatsen wanneer zij constateren dat zorgmedewerkers onjuist omgaan met apparatuur. André Leferink, directeur van het facilitair bedrijf UMC Utrecht, zei in het artikel 'Patiëntveiligheid als facilitair thema' hier het volgende over: *"Uit een analyse van de MIP en VIM-meldingen (systemen voor het melden van (bijna) incidenten) is gebleken dat geen enkele melding wordt gedaan door medewerkers uit het facilitaire werkveld. Dit kan te maken hebben met de onbekendheid van de procedure, maar kan ook iets zeggen over de cultuur in de organisatie. De medewerkers van MI zijn bijna bij elke activiteit betrokken. Hierdoor wordt waardevolle informatie niet gebruikt om patiëntveiligheid te vergroten"*.

3.7 Vormen van rapporteren

De Raad van Bestuur (RvB) is verantwoordelijk voor de invoering van het VMS op de afdeling MI. Deze stelt de eisen en richtlijnen op waaraan het VMS dient te voldoen binnen het MCH. Om de RvB op de hoogte te brengen over de voortgang van de prestatie-indicatoren op de afdeling MI dient hierover te worden gerapporteerd. Het Hoofd van MI dient aan het Hoofd van Kwaliteit en Veiligheid hierover te rapporteren die deze doorzet aan de RvB. Rapportage heeft als doel de geadresseerde snel, helder en overzichtelijk te informeren. Dit kan door twee vormen van rapportage²¹:

- Schriftelijke rapportages: Gegevens liggen direct vast. Er kan op de gegevens niet snel gereageerd worden.
- Mondelinge rapportages: Over de gegevens kan direct worden gecommuniceerd. Deze dienen na de communicatie schriftelijk te worden vastgelegd.

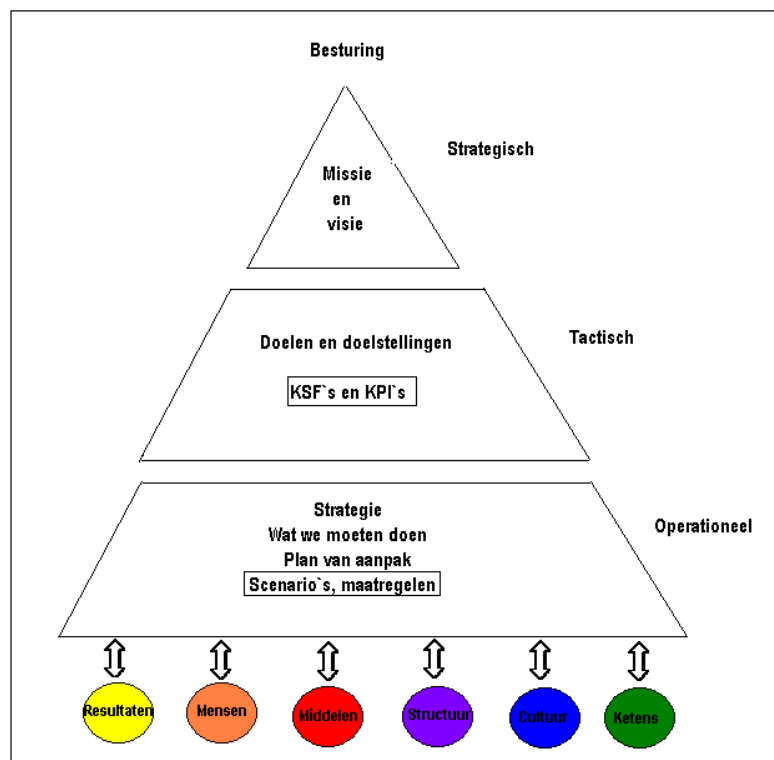
²¹ Hoogland, W en Dik, R.: *Rapport over rapporten*. Groningen: Wolters-Noordhoff, 2007. ISBN: 9001411848.

Rapporteren aan de Raad van Bestuur is noodzakelijk voor:

- Tijdig signaleren van problemen: Wanneer de invulling van de prestatie-indicatoren niet verloopt zoals de RvB dit wilt kan dit tijdig worden aangegeven.
- Informatieoverdracht: Nieuwe ontwikkelingen presenteren en informeren.
- Inzicht in de invulling van de prestatie-indicatoren: Continu informeren over de voortgang van invulling van de prestatie-indicatoren.

3.8 Model om de huidige situatie in kaart te brengen

In §2.4 is reeds gesproken over het model van 'organisatiebesturing'. Er dient bij het onderzoek gekeken te worden naar meerdere aspecten die invloed kunnen hebben op het nieuwe kwaliteitssysteem. Het model zal gebruikt worden om de huidige situatie op de afdeling MI ten aanzien van kwaliteit en veiligheid in kaart te brengen met hierbij de knel- en pluspunten. Wanneer deze bekend zijn kan worden gestart met de invoering van het VMS.



Figuur 3.5: Model van Organisatiebesturing

Strategisch

Het topmanagement, de Raad van Bestuur, is verantwoordelijk voor de plannen op lange termijn, zo ook voor het VMS. De plannen op lange termijn worden vertaald in een missie en visie. De visie geeft een algemeen gedachtebeeld van wat de onderneming in de toekomst wil bereiken. De missie geeft aan met welke product-, markt- en technologiecombinaties de onderneming een positie in de markt wil bereiken.

Tactisch

De doelen en doelstellingen zullen moeten worden vastgesteld om de onderneming te kunnen bijsturen wanneer niet aan de verwachtingen wordt voldaan. Aan de doelen en doelstellingen zijn kritische succesfactoren (KSF) en prestatie-indicatoren verbonden. De term kritische succesfactor zal in §4.3 worden toegelicht.

Operationeel

De strategie geeft aan op welke wijze de doelen gerealiseerd moeten worden. Op operationeel niveau worden de dagelijkse activiteiten van de onderneming uitgevoerd en worden de bouwstenen, waarover de onderneming beschikking heeft, ingezet. De activiteiten op de drie besturingsniveaus worden op deze wijze op elkaar afgestemd zodat de doelen van de onderneming gerealiseerd kunnen worden binnen de gestelde termijnen.

Bouwstenen

De bouwstenen hebben invloed op het operationele niveau. De bouwstenen zullen worden uitgewerkt in de huidige situatie. Aan de bouwstenen is de volgende betekenis gegeven:

Resultaten: Betreft de manier waarop de werkzaamheden van de medewerkers van MI beoordeeld worden ten aanzien van het hanteren van kwaliteit en veiligheid op de afdeling MI.

Mensen: Betreft de manier waarop de werkzaamheden op de afdeling MI verdeeld zijn.

Middelen: Betreft de middelen die beschikbaar zijn en worden aangereikt voor het hanteren van kwaliteit en veiligheid op de afdeling MI.

Structuur: Betreft de manier van communiceren tussen de medewerkers MI en het Hoofd van MI. De communicatie tussen het Hoofd van MI en het Hoofd Kwaliteit en Veiligheid en als laatste tussen het Hoofd van Kwaliteit en Veiligheid en de Raad van Bestuur.

Cultuur: Betreft de (veiligheids) cultuur op de afdeling MI d.m.v. kwaliteitsinstrumenten.

Ketens: Betreft de processen die uitgevoerd worden om de kwaliteit en veiligheid op de afdeling MI ten aanzien van apparatuur te handhaven en te realiseren.

3.9 Trends en ontwikkelingen

De ontwikkelingen omtrent veiligheid, certificering en samenwerkingsverbanden volgen elkaar op. De eisen die worden gesteld aan veiligheid en onderhoud zijn steeds aan veranderingen onderhevig.

De volgende trends en ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg zijn te benoemen:

- Waar de apparatuur niet alleen voor de gebruiker maar ook voor de technicus gecompliceerder wordt, is het steeds lastiger om voldoende geschoold personeel aan te trekken. Ook wordt steeds vaker de beschikbaarheid van apparatuur geëist. Hierdoor is het niet mogelijk dat al het onderhoud door de eigen afdeling MI kan worden uitgevoerd. Servicecontracten worden dan ook steeds vaker afgesloten door de afdeling inkoop. Hierbij zou het niet onverstandig zijn om bij de aanschaf van nieuwe apparatuur de afdelingen Inkoop en MI nauw samen te laten werken²².
- De ICT en Medische Instrumentatie groeien steeds meer naar elkaar toe. Door de snelle ontwikkelingen op ICT-gebied en de behoefte aan systemen die in een netwerk kunnen communiceren - en waaraan ook de medische apparatuur gekoppeld kan worden - zijn de eerste stappen naar een Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) gezet. De instrumentatietechnicus staat hierdoor op de drempel naar een geheel soort ander beheer²³, van medische technologie naar informatietechnologie.
- Op het gebied van certificering voor de zorg- en welzijnszorg zijn er door de DNV Academy een aantal trainingen ontwikkeld voor het opzetten/aanpassen van een kwaliteitssysteem binnen de zorgsector. De training is zo ingericht dat het systeem gemakkelijk kan worden aangepast aan de gestelde richtlijnen, aan de basisprincipes, procesbenadering en continue verbetering.
- Een sterk toenemende ontwikkeling in de zorg heeft betrekking op informatiebeveiliging, bekend onder de NEN-7510. Steeds meer processen in de zorg worden gedigitaliseerd. De gevoeligheid van (patiënt) gegevens maakt dat

²² Vakblad voor Facility management en Medische Technologie: FMT gezondheidszorg. Artikel: *Beheer en organisatie van onderhoudscontracten*. De redactie.: Uitgave februari 2009.

²³ Idem. Artikel: *Veranderende dienstverlening Medische Technologie*. K. van der Mijl.: Uitgave maart 2009.

de beveiliging van informatie in de zorgsector serieus genomen moet worden. Voor steeds meer zorginstelling wordt het beschermen van informatie moeilijker waardoor er wordt gestreefd naar het behalen van het certificaat voor informatiebeveiliging. 'Tactus zorgverslaving' is koploper in het certificeringstraject voor informatiebeveiliging²⁴.

- Was voorheen het fuseren in de ziekenhuiswereld een ontwikkeling, op dit moment zijn dat diverse vormen van samenwerking. Kostendelende samenwerking komt steeds vaker voor. Van een kostendelende samenwerking wordt gesproken wanneer twee of meer organisaties financiële voordelen gaan boeken. Dit voordeel kan zijn in het verdelen van de kosten of het behalen van schaalvoordelen. In de zorg gaan steeds meer instellingen samenwerken omdat de investeringen in bepaalde medische apparatuur dermate hoog zijn, dat deze voor een afzonderlijke instelling niet op te brengen zijn²⁵.
- De veiligheid in de zorg staat door de economische onzekere tijden onder druk. Als oplossing voor de veiligheidsproblematiek biedt ADT Fire & Security diverse mogelijkheden voor zorginstellingen. Het bedrijf concentreert zich daarbij vooral op de trend dat met minder geld meer bereikt moet worden. ADT kan complete concepten aanleveren. Daarbij moet gedacht worden aan bewaking van couveuses of de bewaking van hartpatiënten op de intensive care²⁶.
- Een ontwikkeling dat zich heden afspeelt op de afdeling T&G is dat deze bezig is de ISO 9001:2000, om te gaan zetten naar de ISO 9001:2008.

3.10 Conclusie

Er kan worden geconcludeerd dat het VMS gericht is op verbetering van de patiëntveiligheid. De basis van het systeem zijn de 5 elementen waar door middel van de prestatie-indicatoren invulling aan moet worden gegeven. Deze elementen zijn opgesteld door 10 ziekenhuizen die als pilot zijn aangesteld voor het VMS. Dit zijn de volgende 5 elementen:

- | | |
|-----------------------------|---------------------------------------|
| 1. Beleid en strategie | 4. Prospectieve risico-inventarisatie |
| 2. Veiligheidscultuur | 5. Blijvend verbeteren |
| 3. Veilig Incidenten Melden | |

Om tot de invoering van het VMS te komen dient rekening te worden gehouden met kritische succesfactoren die de kans van slagen van systeem vergroten of juist verkleinen. Wanneer het MCH wil overgaan tot certificering van het VMS dient door een onafhankelijke organisatie een audit te worden uitgevoerd. De volgende stappen dienen te worden doorlopen om de afdeling MI gereed te maken voor certificering van het VMS:

- | | |
|------------------------------|-------------------------|
| 1. Opstellen beleid | 4. Vaststellen handboek |
| 2. Volgen NTA 8009:2007 | 5. Implementatie |
| 3. Procedures en protocollen | 6. Beoordeling |

In de gezondheidzorg zijn op dit moment diverse trends en ontwikkelingen in opkomst:

- De afdeling inkoop van zorginstellingen sluiten door het toenemende tekort aan geschoold technisch personeel steeds vaker servicecontracten af.
- De afstand tussen de afdeling MI en de afdeling ICT in de zorg wordt steeds kleiner. Dit betekent ander beheer van apparatuur in de toekomst.
- Kwaliteitssystemen worden steeds belangrijker in de zorg. DNV Academy heeft een set van trainingen ontwikkeld om de kwaliteitssystemen die continu aan veranderingen onderhevig zijn bij te kunnen houden.
- Binnen de zorg wordt steeds meer gedigitaliseerd waardoor de behoefte aan informatiebeveiliging toeneemt. Een certificaat kan hiervoor worden behaald.
- Van kostendelende samenwerking wordt in de zorg steeds meer gebruikt gemaakt. Dit heeft te maken met het feit dat apparatuur steeds duurder wordt.

²⁴ [http://www.psy.nl/index.php?id=88&tx_ttnews\[backPid\]=135&no_cache=1&tx_ttnews\[tt_news\]=1728](http://www.psy.nl/index.php?id=88&tx_ttnews[backPid]=135&no_cache=1&tx_ttnews[tt_news]=1728)

²⁵ http://www.fvib.be/images/res123995_29.pdf

²⁶ <http://www.mdweekly.nl/907701/veiligheid-in-zorg-staat-onder-druk>

4. De huidige situatie op de afdeling Medische Instrumentatie ten aanzien van kwaliteit en veiligheid

In dit hoofdstuk wordt de huidige situatie op de afdeling Medische Instrumentatie besproken. De huidige situatie zal worden beschreven aan de hand van het model van organisatiebesturing. Allereerst zal de huidige status van invoering van het VMS op de afdeling MI worden beschreven. Vervolgens zullen de strategische, tactische en operationele besturingsniveaus worden benoemd. Aan het operationele besturingsniveau zijn zes bouwstenen verbonden. Elke bouwsteen zal worden beschreven en mogelijke knel- en pluspunten worden weergegeven. Als laatste zal de huidige financiële situatie van de afdeling MI worden beschreven.

De volgende subvragen zullen in dit hoofdstuk beantwoord gaan worden: "*Wat is de huidige situatie ten aanzien van kwaliteitsbehoud en veiligheid op de afdeling Medische instrumentatie?*" en "*Wat zijn de knel- en pluspunten in de huidige situatie op de afdeling Medische Instrumentatie?*".

Het antwoord op de subvragen is verkregen door interviews af te nemen met het Hoofd van MI (bijlage 7), met de medewerkers van MI (bijlage 8), met de kwaliteitscoördinator (bijlage 9) en met het Hoofd van de afdeling Kwaliteit en Veiligheid (bijlage 10). Tevens is ook gebruik gemaakt van de aanwezige documenten, handboeken, werkwijzen, procedures en protocollen. In hoofdstuk 6 'intern onderzoek' zijn de resultaten van het interne onderzoek weergegeven dat bijgedragen heeft tot het tot stand komen van het analyseren van de huidige situatie.

4.1 Status voortgang invoering veiligheidsmanagementsysteem

De invoering van het VMS is in 2007 van start gegaan. Voordat het onderzoek naar het VMS en de prestatie-indicatoren startte waren de volgende aspecten van het VMS al bereikt²⁷:

- Het MCH heeft het systeem voor Veilig Incident Melden aangeschaft;
- Er is MIP-expert ingevoerd voor het melden van incidenten;
- Er is een keuze gemaakt voor het softwaresysteem 'Logic Medical' voor risicoclassificatie.

Zelfevaluatie Medische instrumentatie

Om tot een overzicht te komen van de uit te voeren taken met betrekking tot het VMS voor de afdeling MI, is er een zelfevaluatierapport (bijlage 15) opgesteld door de Raad van Bestuur. De kleuren en de bijbehorende waarden in het rapport geven de streefwaarde aan. De waarde 0 geeft aan dat de bijbehorende actie geen spoed heeft en niet binnen één jaar zou moeten worden bereikt. In tegenstelling tot de waarde 100 dient deze op korte termijn te worden uitgevoerd en ingesteld. Het Hoofd van MI heeft aan de hand van deze zelfevaluatie actiepunten opgezet voor MI (bijlage 16).

De actiepunten zijn afgeleid van de 5 basiselementen (zie §3.1.2) van de NTA en geven hier invulling aan. Er is gekozen voor een zelfevaluatie omdat op deze manier de direct te ondernemen acties ziekenhuisbreed kunnen worden weergegeven.

De belangrijkste actiepunten die MI uit bijlage 16 moet ondernemen zijn:

- Doorvoeren actieplannen op afdelingsniveau;
- Inzicht in de manier van rapporteren (voortgangsevaluaties) naar de Raad van Bestuur;
- Afdeling MI opnemen in het systeem voor Veilig Incidenten Melden;
- Aanschaf softwareprogramma voor de risicoclassificatie en implementatie;
- Risicoclassificatie uitvoeren op alle apparatuur.

De genoemde actiepunten zijn acties die in het eerste jaar de meeste tijd in beslag gaan nemen en waar in het eerste jaar (voor mei 2010) aan moet worden voldaan.

²⁷ <http://www.mchaaglanden.nl/downloadfile.asp?ID=9811>: Jaarverslag Medisch Centrum Haaglanden 2007

Werkgroep veiligheidsmanagementsysteem

Op de afdeling MI bestaat een werkgroep over het VMS tussen de kwaliteitscoördinator en het Hoofd van MI. Deze werkgroep vond eerst onregelmatig plaats maar is bij aanvang van het onderzoek naar de prestatie-indicatoren elke week gepland. Het doel van de werkgroep is om de gang van zaken omtrent het VMS te bespreken. Er wordt besproken wie welke actiepunten op zich neemt en wanneer welke actie af moet zijn. Gezamenlijk zijn de werkgroepleden verantwoordelijk voor het geven van invulling aan de actiepunten op de afdeling MI. Door wekelijks bijeen te komen worden de actiepunten continu gemonitord en kunnen deze tijdig worden bijgestuurd. De werkgroep is de manier om kennis te bundelen en te delen en op deze manier worden aspecten omtrent het VMS niet over het hoofd gezien. De werkgroep zal blijven plaatsvinden totdat aan alle actiepunten invulling is gegeven en zijn geïmplementeerd op de afdeling MI.

A12-groepering

Het VMS dient landelijk te worden ingevoerd door alle ziekenhuizen. Doordat het VMS een nieuw systeem is weten veel ziekenhuizen niet goed waar te beginnen met de invoering van het systeem. De A12-groepering is enkele jaren geleden opgericht om projecten e.d. gezamenlijk op te starten. Onder de benaming A12 worden vier afdelingen Medische Instrumentatie van de ziekenhuizen bedoeld die in de buurt gelegen zijn van de snelweg A12, namelijk t Lange Land, het Bronovo ziekenhuis, Het Groene Hart Ziekenhuis en het MCH. Op 26 maart jl. heeft het MCH het initiatief genomen om de krachten van de groepering te gaan bundelen. Dit is gedaan door o.a. de ziekenhuizen gelegen aan de A12 uit te nodigen voor een presentatie (bijlage 17). Vier van de zes ziekenhuizen uit de regio zijn op de uitnodiging ingegaan. Het doel van de presentatie was om inzicht te krijgen in de voortgang van het VMS in andere ziekenhuizen en om over te gaan tot mogelijke samenwerking. Dit onderzoek naar de prestatie-indicatoren heeft aan de bijeenkomst een bijdrage geleverd. Zo is de presentatie gemaakt en is hierin het onderzoek dat gedaan is naar de procedures binnen het MCH (bijlage 21) opgenomen. De bedoeling hiervan was om te laten zien welke procedures al aanwezig zijn binnen het MCH en welke procedures nog moeten worden (her)schreven om tot de implementatie van het VMS te komen. De nieuw te schrijven procedures zouden kunnen worden verdeeld waardoor kosten kunnen worden gedeeld.

De afdeling MI krijgt voor de invoering van de prestatie-indicatoren niet direct een extra budget. MI dient eerst op andere manieren de kosten op te vangen voor de invoering van het VMS, zoals door samenwerking binnen de A12-groepering. Wanneer uit de bijeenkomsten met de A12-groepering blijkt dat samenwerking omtrent het VMS niet mogelijk is kan MI aanspraak maken op een extra budget dat afkomstig is uit het budget van het ziekenhuis. Uit de bijeenkomst is naar voren gekomen dat de ziekenhuizen zullen gaan inventariseren welke procedures en protocollen ten aanzien van het VMS al op de afdeling MI aanwezig zijn en mogelijk gedeeld kunnen worden. Tevens is naar voren gekomen dat het MCH als enige ziekenhuis is overgegaan tot de aanschaf van een softwaresysteem voor risicoclassificatie. Twee andere ziekenhuizen hebben een start gemaakt met de risicoclassificatie. In mei 2009 is er een tweede bijeenkomst gehouden. Tijdens deze bijeenkomst stonden het softwaresysteem voor de risicoclassificatie en de inventarisatie van de procedures centraal.

Medewerkers

Uit alle interviews met de medewerkers is gebleken dat zij niet op de hoogte zijn van de inhoud van het VMS en de prestatie-indicatoren. Tijdens werkoverleggen wordt hier weinig over gesproken. Kennis over het VMS krijgen de medewerkers door de interviews die gehouden zijn voor het onderzoek naar de prestatie-indicatoren.

Knelpunt voortgang VMS

- De medewerkers hebben te weinig kennis van het VMS en de prestatie-indicatoren.

Pluspunten voortgang VMS

- Het opgestelde zelfevaluatie-rapport geeft weer welke stappen er ondernomen moeten worden per basiselement.
- Het MCH is als eerste ziekenhuis binnen de A12-groepering overgegaan tot aanschaf van een softwaresysteem voor de risicoclassificatie en is hierdoor koploper.
- Het MCH probeert door middel van de A12-groepering kosten met betrekking tot het VMS te delen met andere ziekenhuizen.

4.2 Strategisch besturingsniveau



Strategisch

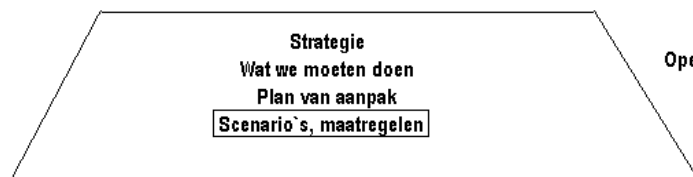
Op het strategisch besturingsniveau worden de missie en visie weergegeven. De missie en visie van de afdeling MI zijn gelijk aan die van de afdeling T&G. Zo is de missie gericht op het waarborgen van de continuïteit van de zorg door het uitvoeren van onderhoud en is de visie klantgericht te werken. Met betrekking tot veiligheid is er geen aparte missie en visie geformuleerd in het MCH of op de afdeling T&G. In bijlage 2 zijn de missie en visie opgenomen.

4.3 Tactisch besturingsniveau

Op het tactische besturingsniveau gaat het om de doelen, kritische succesfactoren (KSF) en prestatie-indicatoren. Een KSF is een kwalitatieve omschrijving van een element uit de strategie waarin de organisatie moet uitblinken om succesvol te zijn. Succesfactoren op de afdeling MI zijn preventief- en correctief onderhoud, verbouwing, voorbereiding en aanschaf. Vervolgens worden er prestatie-indicatoren, ook wel meetfactoren, opgesteld om de KSF meetbaar te maken. De huidige prestatie-indicatoren waarmee de afdeling MI op dit moment werkt zijn gericht op resultaten zoals achterstallig onderhoud, kosten beheersing, kwaliteit, doorlooptijd etc. Uit de 10 gesprekken met de medewerkers is gebleken dat geen van allen bekend zijn met deze indicatoren. Het Hoofd van MI stelt de prestatie-indicatoren samen en evalueert deze jaarlijks met het hoofd van Techniek en Gebouwen. De KSF en prestatie-indicatoren zijn opgenomen in bijlage 2.



Tactisch



Operationeel

4.4 Operationeel besturingsniveau

Op het operationele besturingsniveau gaat het om de strategie. Kwaliteit is opgenomen als één van de vier competenties in de strategie van het

ziekenhuis (zie §1.1.3). Op de afdeling MI is er een plan van aanpak aanwezig wanneer het gaat om het behoud van de (apparatuur) veiligheid. Uit het gesprek met de kwaliteitscoördinator en het Hoofd van MI is gebleken dat het kwaliteitssysteem, de ISO 9001:2000, en het rapport van kwaliteitsborging voor medische apparatuur het plan van aanpak vormen voor het hanteren van de veiligheid op de afdeling. Het rapport geeft weer welke stappen er doorlopen moeten worden om tot de implementatie van het VMS te komen.

4.5 Bouwstenen

Aan het operationele besturingsniveau zijn zes bouwstenen verbonden. Deze bouwstenen geven invulling aan het operationele niveau.



4.5.1 Mensen en resultaten

Er is ervoor gekozen om de bouwstenen mensen en resultaten samen te voegen omdat deze twee bouwstenen betrekking hebben op de medewerkers van MI.

Werkveld

Het werkveld van de afdeling MI is opgesplitst onder de medewerkers (bijlage 6). Dit betekent dat iedere medewerker zich bezighoudt met het onderhoud van de (medische) apparatuur op eigen afdelingen binnen het MCH. Alle tien de medewerkers en het Hoofd van MI zijn tevreden over hoe de werkzaamheden zijn verdeeld. Bij vakantie of ziekte kunnen de werkzaamheden eenvoudig worden overgenomen door de medewerkers op de afdeling.

Opleiding

De medewerkers van de afdeling MI krijgen bij aanvang van nieuwe apparatuur een opleiding aangeboden door de leverancier. Aanschaf van apparatuur gaat via de afdeling inkoop. Deze dient de opleiding bij bestelling van de apparatuur in het pakket erbij te kopen, maar dit gebeurt niet altijd. Dit is gebleken uit 2 van de 10 gesprekken met de medewerkers en uit het gesprek met het Hoofd van MI. Vervolg cursussen worden gemiddeld jaarlijks door de leveranciers aangeboden. Deze opleidingen kunnen in het onderhoudscontract zijn opgenomen, dan wel tegen betaling worden gevolgd.

Resultaten

De resultaten van de medewerkers worden beoordeeld naar aanleiding van rapportages die het Hoofd van MI uitdraait. Deze rapportages geven inzicht in het achterstallig en gedane onderhoud aan de apparatuur. Wanneer er teveel achterstallig onderhoud is spreekt het Hoofd van MI de medewerker hierop aan.

Knelpunt mensen en resultaten

- De afdeling inkoop koopt bij nieuwe apparatuur niet altijd de opleiding erbij.

Pluspunt mensen en resultaten

- Over de indeling van het werkveld zijn de medewerkers en de afdeling MI tevreden.
- Opleidingen worden door leverancier bij nieuwe apparatuur aangeboden en vervolg cursussen gemiddeld jaarlijks.
- Er vinden resultaat- en beoordelingsgesprekken plaats over het gedane onderhoud.

4.5.2 Middelen

Het uitdragen van het kwaliteit- en veiligheidsbeleid binnen het MCH gebeurt op de afdeling Kwaliteit en Veiligheid. Deze afdeling houdt zich bezig met de kwaliteitssystemen ziekenhuisbreed. Op de afdeling T&G is een eigen kwaliteitscoördinator werkzaam die zich bezig houdt met kwaliteitssystemen en kwaliteitsnormen gericht op de afdeling T&G. De kwaliteitscoördinator heeft geen directe relatie met de afdeling Kwaliteit en Veiligheid. De kwaliteitssystemen zijn één van de middelen om de kwaliteit en veiligheid op de afdeling MI te waarborgen.

Het ziekenhuis is NIAZ breed geaccrediteerd en de afdeling T&G is ISO 9001:2000 gecertificeerd. De ISO 9001:2000 en de NIAZ accreditatie zijn tijdens de maandelijkse overleggen met de medewerkers, kwaliteitscoördinator, Hoofd van MI en Hoofd van Kwaliteit en Veiligheid steeds een punt op de agenda. De genoemde kwaliteitssystemen op de afdeling T&G hebben betrekking op de kwaliteit van de uit te voeren werkzaamheden en de te volgen veiligheidsprocedures en protocollen op de afdeling MI. Een NIAZ accreditatie geldt vier jaar en de ISO 9001:2000 voor drie jaar. De kwaliteitscoördinator dient de kwaliteitssystemen continu te monitoren, tijdig aan te passen en gereed te maken voor certificering op de afdeling T&G.

NIAZ accreditatie

NIAZ staat voor Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen. De NIAZ accreditatie is een certificering die betrekking heeft op de gehele bedrijfsvoering in het MCH. Door middel van accreditatie stimuleert het NIAZ instellingen om de kwaliteit van de organisatie van de zorg te borgen en te blijven verbeteren. De NIAZ accreditatie is behaald in 2008 en heeft in samenwerking met de kwaliteitsafdeling van het MCH en de kwaliteitscoördinator plaats gevonden. De NIAZ certificering betekent voor de afdeling MI dat zij de richtlijnen van deze accreditatie volgen en hiervoor de benodigde procedures hebben vastgelegd.

NEN-EN-ISO 9001:2000²⁸

De afdeling T&G heeft in 2005 de NEN-EN-ISO 9001:2000 (ISO 9001:2000) in ontvangst mogen nemen. ISO 9001:2000 is een internationale kwaliteitsnorm die de organisatie in staat stelt om haar eigen kwaliteitssysteem op één lijn te brengen met andere of bestaande managementsystemen, zoals het NIAZ. De ISO 9001:2000 stimuleert een procesbenadering bij het ontwikkelen, invoeren en verbeteren van de doeltreffendheid van een kwaliteitsmanagementsysteem, om de klanttevredenheid te verhogen door te voldoen aan de eisen van klanten. De ISO 9001:2000 betekent voor de afdeling MI dat zij de benodigde procedures en protocollen van de ISO-normering hebben vastgelegd en hierdoor in staat is te voldoen aan eisen van klanten, wet- en regelgeving en aan de eigen eisen van het MCH.

Opleiding

Er is ervoor gekozen om 'opleiding' zowel te plaatsen bij mensen en resultaten als bij middelen. 7 van de 10 medewerkers en het Hoofd van MI noemen opleiding bij beide bouwstenen. De medewerkers van MI dienen het basis diploma van Medische Techniek A en B te hebben. Daarnaast kunnen de medewerkers zelf ook aanvullende trainingen en veiligheidscursussen volgen die tijdens werkoverleggen ter sprake komen en waarvoor alle 10 de medewerkers geïnteresseerd zijn.

Pluspunt middelen

- De ISO 9001:2000 en NIAZ accreditatie zijn vaste agendapunten tijdens overleggen.
- Klanttevredenheid is erg belangrijk op de afdeling MI.
- De medewerkers zijn bereid tot het volgen van trainingen.

4.5.3 Structuur

Onder structuur wordt de manier van communiceren verstaan. Van de volgende communicatievormen wordt gebruikt gemaakt op de afdeling MI:

Documentenbeheersysteem (DKS)

Een groot gedeelte van de kwaliteitsdocumenten zijn opgenomen in het documentenbeheersysteem (bijlage 14). De verantwoordelijkheid voor het beheer van deze documenten ligt bij de documentbeheerder. Voor MI is dit de kwaliteitscoördinator van T&G. De medewerkers van MI schrijven een aantal van de procedures met betrekking tot de apparatuur zelf en worden door de kwaliteitscoördinator geplaatst in het documentenbeheersysteem. In het DKS zijn voor de afdeling MI alle handboeken, veiligheidsprocedures, protocollen en werkinstructies digitaal inzichtelijk gemaakt. Zeven van de tien medewerkers gaven tijdens het interview aan dat zij DKS niet gebruiken, vier medewerkers vinden het DKS onoverzichtelijk. Documenten zijn niet goed gegroepeerd waardoor deze lastig te vinden zijn.

Kwaliteitshandboek

In het kwaliteitshandboek staan de beleidsverklaringen en de doelstellingen voor de afdeling T&G, het handboek is opgenomen in DKS. In het handboek wordt het

²⁸ Nederlands Normalisatie-instituut: Nederlandse norm NEN-EN-ISO 9001:2000

kwaliteitsbeleid, de organisatie- structuur, de bedrijfsprocessen, bevoegdheden en verantwoordelijkheden en de wijze van beheer van het kwaliteitssysteem beschreven door de kwaliteitscoördinator. De 10 medewerkers maken geen gebruik van het handboek.

Overlegvormen

Op de afdeling MI wordt met regelmaat gebruik gemaakt van overleg. De medewerkers van MI hebben maandelijks werkoverleg met het Hoofd van MI. Tijdens dit overleg worden de belangrijkste ontwikkelingen besproken die op dat moment spelen. Kwaliteit is een vastonderdeel van de agenda, ook kunnen de medewerkers zelf punten inbrengen. De Senioren kennen naast de maandelijks ook wekelijkse overleggen met het Hoofd van MI. Veiligheid en het VMS zijn nog geen vaste punten op de agenda tijdens de maandelijks en wekelijkse overleggen met de medewerkers. Het Hoofd van MI heeft maandelijks ook werkoverleg met het Facilitair bedrijf en de afdeling Kwaliteit en Veiligheid in de vorm van een werkgroep. Tijdens deze werkgroepen worden de laatste ontwikkelingen op de afdelingen besproken. Het VMS is in de werkgroepen een centraal en belangrijk onderwerp.

Als laatste heeft het Hoofd van Kwaliteit en Veiligheid elke kwartaal contact met de Raad van Bestuur in de vorm van een rapportage.

Rapportage aan de Raad van Bestuur

De RvB wordt op dit moment niet geïnformeerd over de voortgang van het ontwerpproces van de prestatie-indicatoren van het VMS of over de wijze waarop veiligheid ten aanzien van apparatuur op de afdeling MI wordt gehanteerd. Wel wordt de RvB elk kwartaal geïnformeerd over 2 andere prestatie-indicatoren waarop de afdeling MI wordt beoordeeld, namelijk over de indicatoren 'investeringsbegroting' en 'jobs achterstallig onderhoud'. Het Hoofd van MI levert deze informatie elke kwartaal aan, aan het Hoofd van Kwaliteit en Veiligheid die de indicatoren omzet in schriftelijke rapportages (bijlage 12) en aanbiedt aan de RvB.

Knelpunt structuur

- Het documentbeheersysteem is onoverzichtelijk.
- De medewerkers maken geen gebruik van het handboek.
- De RvB wordt niet volledig geïnformeerd.

Pluspunt structuur

- De diversiteit en frequentie aan aanwezige overlegvormen.
- De RvB wordt geïnformeerd over 2 prestatie-indicatoren.

4.5.4 Kwaliteitsinstrumenten

De bouwsteen "cultuur" zal in dit verdere rapport worden omschreven als kwaliteitsinstrument. Om veiligheid te kunnen borgen zijn er diverse instrumenten nodig. Op de afdeling MI wordt gewerkt met een drietal kwaliteitsinstrumenten:

Ultimo

Op de afdeling MI wordt gewerkt met het softwaresysteem Ultimo. Ultimo wordt gebruikt voor technisch en facilitair beheer. Het systeem geeft inzicht in onderhoudsaspecten van alle medische apparatuur. Ook kunnen hierin (storings) meldingen worden weergegeven. Aan de hand van een inventnummer (unieke identificatie van het product) beheerst en registreert MI de apparaten. Tevens beschikt Ultimo over de mogelijkheid tot het genereren van rapportages. Met deze functie kan door elke afdeling, Hoofd of medewerker automatisch gegenereerde rapportages worden uitgedraaid over de status van de apparatuur.

Veilig Incident Melden (VIM)

Het VIM valt onder het basiselement C. van figuur 3.2. Het VIM is in 2008 ingevoerd op alle afdelingen binnen het MCH. VIM is opgesteld om fouten in procedures te traceren en hiervoor de benodigde verbeteracties uit te kunnen voeren om (dezelfde) fouten in de

toekomst te voorkomen. Opvolging van de afwikkeling van de incidenten vindt plaats door middel van het softwareprogramma MIP-expert. Verbeteringen worden op deze manier binnen het ziekenhuis geëvalueerd, getoetst en inzichtelijk gemaakt. De procedure voor het registreren en afhandelen van meldingen in het VIM bestaat nog niet op de afdeling T&G. Uit 5 van de 10 gesprekken met de medewerkers van MI en uit het gesprek met het Hoofd van MI is gebleken dat de afdeling geen VIM-meldingen kan maken doordat MI niet is opgenomen in het systeem. Dit is wel van belang omdat MI op deze manier fout gebruik van apparatuur door de zorgafdelingen kan melden. Het Hoofd van Kwaliteit en Veiligheid noemde VIM het middel om een veilige cultuur te realiseren.

Meldingen Incidenten Patiëntenzorg (MIP)

In het ziekenhuis staat kwaliteit in een hoog vandaal. Om dit te stimuleren is er een veiligheidscultuur. De veiligheidscultuur wordt gestimuleerd door het softwaresysteem MIP-expert. De MIP-expert levert een belangrijke bijdrage aan het melden en nemen van verbetermaatregelen. Wanneer een incident betrekking heeft op medische apparatuur ontvangt de afdeling MI deze melding van de afdeling waarop het incident heeft plaatsgevonden. Registreren van incidenten is van belang omdat risico's op apparatuur verminderd/voorkomen kunnen worden doordat er tijdig verbeteractiviteiten worden ingesteld. Dit kan zijn in de vorm van het vernieuwen van procedures, geven van trainingen etc. Jaarlijks komen er gemiddeld 35-40 MIP-meldingen binnen op de afdeling MI.

Knelpunten kwaliteitsinstrumenten

- De VIM-procedure voor de afdeling MI is nog niet gereed.
- De afdeling MI komt niet in het VIM-systeem voor.

Pluspunt kwaliteitsinstrumenten

- Ultimo, VIM en MIP dragen bij aan het voorkomen/reducen van fouten op de afdeling MI.
- Er wordt goed gewerkt met Ultimo.

4.5.5 Ketens

De ketens betreffen de processen die uitgevoerd worden om kwaliteit en veiligheid op de afdeling MI te realiseren.

Werkinstructies

De afdeling MI voert haar werkzaamheden uit naar aanleiding van storingen die rechtstreeks aan de medewerkers of door de Front-Office worden gemeld. Naast het oplossen van storingen bestaat het werk uit periodiek en correctief onderhoud aan apparatuur. De onderhoudsaspecten en data staan vermeld in Ultimo. Wanneer er onderhoud gepleegd moet worden meldt Ultimo dit automatisch. De medewerkers draaien van elke storing, reparatie, onderhoud e.d. een werkbon uit waarna zij aan het werk gaan.

Veiligheidsprocedures en protocollen

Op de afdeling MI wordt gewerkt met vaste protocollen en veiligheidsprocedures met betrekking tot medische apparatuur. Deze hebben betrekking op de voorzorg- en hygiënemaatregelen bij het aanbieden van apparatuur. De procedures zijn vastgelegd in het documentbeheersysteem waartoe alle medewerkers toegang tot hebben. Uit de interviews is gebleken dat 4 van de 10 medewerkers de vastgestelde protocollen en procedures niet te allen tijde volgen, zij werken op de manier zoals hen dat geleerd is door hun voorganger of ze voeren het onderhoud uit zoals zij denken dat het hoort.

Registratie

De medewerkers van de afdeling MI moeten sinds 2007 hun productieve uren schrijven en registreren in Ultimo. Dit betekent dat alle uren die zij werken verantwoord moeten kunnen worden. De medewerkers van de afdeling MI noemen zichzelf tijdens de interviews 'technen'. Twee medewerkers zeiden dan ook: "Technen willen niet

registeren die willen met hun handen bezig zijn". Het vastleggen van gegevens is een bezigheid waarmee de medewerkers zich niet graag bezig willen houden.

Knelpunten ketens

- De medewerkers volgen de vastgestelde protocollen en procedures niet te alle tijden.
- De medewerkers hebben weinig bereidheid tot urenregistratie.

4.6 Huidige financiële situatie afdeling Medische Instrumentatie

Er kan onderscheid worden gemaakt bij de aanschaf van apparatuur in kleine en grote investeringen. De aanvraag tot aanschaf van apparatuur verloopt via de afdeling inkoop (bijlage 18). Wanneer een aanvraag binnenkomt dient de afdeling inkoop deze te melden bij MI ter goedkeuring. Op dit moment wordt de procedure niet gevolgd zoals deze is voorgeschreven. Er wordt met regelmaat van de procedure afgeweken waardoor de aanschaf van apparatuur vaak zonder goedkeuring van en buitenom het Hoofd van MI gebeurt.

Kleine investeringen

Onder kleine investeringen valt apparatuur met een aanschafwaarde van maximaal €1000. Om over te gaan tot aanschaf van deze apparatuur is goedkeuring van de investeringscommissie niet nodig.

Grote investeringen

Onder grote investeringen valt apparatuur met een aanschafwaarde van €1000 en meer. Wanneer deze apparatuur aangeschaft moet worden dient hiervoor een aanvraag gedaan te worden bij de investeringscommissie. Aanvragen boven de €1000 worden vastgelegd in de investeringsbegroting voor het komende jaar.

Afschrijving apparatuur

De apparatuur in het MCH kennen geen afschrijvingstermijnen. Wanneer apparatuur aan vervanging toe is dient hiervoor een aanvraag te worden gedaan. Wanneer er een aanvraag gedaan wordt voor een nieuw apparaat spreekt men van een 'o- investering'. Er moet dan een businesscase worden aangemaakt. Goedkeuring van de businesscase wordt gedaan door de investeringscommissie.

Budget Medische Instrumentatie

De afdeling MI heeft geen eigen budget. De afdeling valt onder het budget van de afdeling Techniek en Gebouwen.

Knelpunten huidige financiële situatie

- Van de procedure voor de aanschaf van apparatuur wordt met regelmaat afgeweken, waardoor de aanschaf van apparatuur vaak buitenom de afdeling MI gebeurt.
- De apparatuur kent geen afschrijvingstermijn.

4.7 Conclusie

De huidige situatie is omschreven door middel van het model van organisatiebesturing. Dit model bestaat uit 3 besturingsniveaus en 6 bouwstenen. Op strategisch niveau zijn de missie en visie vastgesteld, op tactisch niveau de kritische succesfactoren en prestatie-indicatoren en op het operationele niveau het gehanteerde plan van aanpak (zie §4.2 t/m §4.5).

Er kan worden geconcludeerd dat er op strategisch niveau geen missie of visie is geformuleerd ten aanzien van veiligheid. Op het tactische niveau is geen van de medewerkers bekend met de huidige prestatie-indicatoren.

Als laatste zijn de 6 bouwstenen van het model onderzocht. Bij dit onderzoek zijn de volgende knelpunten (-) en pluspunten (+) geconstateerd:

- *Mensen en resultaten*
 - De afdeling inkoop koopt bij apparatuur niet de juiste opleiding erbij.
 - + Over de indeling van het werkveld zijn de medewerkers en de afdeling MI tevreden.
 - + Opleidingen worden door leverancier bij nieuwe apparatuur aangeboden en vervolgcursussen gemiddeld jaarlijks.
 - + Er vinden resultaat- en beoordelingsgesprekken plaats over het gedane onderhoud.
- *Middelen*
 - + De ISO 9001:2000 en NIAZ accreditatie zijn vaste agendapunten tijdens overleggen.
 - + Klanttevredenheid is erg belangrijk op de afdeling MI.
 - + De medewerkers zijn bereid tot het volgen van trainingen.
- *Structuur*
 - Het documentbeheersysteem is onoverzichtelijk.
 - De medewerkers maken geen gebruik van het handboek.
 - De RvB wordt niet volledig geïnformeerd.
 - + De diversiteit en frequentie aan aanwezige overlegvormen.
 - + De RvB wordt geïnformeerd over 2 prestatie-indicatoren.
- *Kwaliteitsinstrumenten*
 - De VIM-procedure voor de afdeling MI is niet gereed.
 - De afdeling MI komt niet in het VIM-systeem voor.
 - + Ultimo, VIM en MIP dragen bij aan het voorkomen/reducen van fouten op de afdeling MI.
 - + Er wordt goed gewerkt met Ultimo.
- *Ketens:*
 - De medewerkers volgen de vastgestelde procedures en protocollen niet te allen tijde.
 - De medewerkers hebben weinig bereidheid tot urenregistratie.

Met betrekking tot de huidige situatie van het VMS kunnen de volgende knelpunten worden benoemd:

- De medewerkers van MI hebben te weinig kennis van het VMS en de prestatie-indicatoren.
- + Het opgestelde zelfevaluatie-rapport geeft weer welke stappen er ondernomen moeten worden per basiselement.
- + Het MCH is als eerste ziekenhuis binnen de A12-groepering overgegaan tot aanschaf van een softwaresysteem voor de risicoclassificatie en is hierdoor koploper.
- + Het MCH probeert door middel van de A12-groepering kosten met betrekking tot het VMS te gaan delen met andere ziekenhuizen.

Als laatste zijn op het financiële gebied de volgende knelpunten geconstateerd:

- Van de procedure voor de aanschaf van apparatuur wordt met regelmaat afgeweken.
- De apparatuur kent geen afschrijvingstermijn.

5. Prestatie-indicatoren veiligheidsmanagementsysteem

In dit hoofdstuk zullen allereerst de prestatie-indicatoren worden beschreven die aan het VMS voor de afdeling MI zijn verbonden. Daarna zullen de processtappen die bij de prestatie-indicatoren horen worden behandeld. Er is gekozen om een gedeelte (4 van de 9) van de indicatoren te onderzoeken. Dit heeft te maken met de tijdsduur van het onderzoek en dat de gekozen indicatoren in het begin traject een rol spelen voor de afdeling MI en de medewerkers van MI. Vervolgens zullen de gekozen indicatoren nader worden uitgewerkt voor de afdeling MI en de medewerkers van MI. Als laatste zal beschreven worden hoe het VMS (de eisen van de NTA) in het huidige kwaliteitssysteem van de afdeling MI geïntegreerd moet worden.

De volgende subvraag zal beantwoord gaan worden: "Welke prestatie-indicatoren zijn er verbonden aan het veiligheidsmanagementsysteem en wat houden deze in?".

Antwoord op de subvraag is verkregen door een afgenomen interview en samenwerking met de kwaliteitscoördinator (bijlage 9), door het interview met het Hoofd van MI (bijlage 7), door extern onderzoek bij afdelingen Medische Instrumentatie van andere zorginstellingen (bijlage 11) en door literatuuronderzoeken.

5.1 Prestatie-indicatoren

Er is door de Commissie Kwaliteit gekozen voor een relatief klein aantal indicatoren voor het VMS om de bureaucratie zo beperkt mogelijk te houden. De Commissie Kwaliteit behoort tot de Nederlandse Vereniging voor Klinische Fysica (NVKF). De NVKF houdt zich bezig met de borging van medische systemen. Er is gezocht naar indicatoren die het belangrijkste gedeelte van de te nemen processtappen in kaart te brengen. De wijze waarop de prestatie-indicatoren dienen te worden geborgd met de bijbehorende processtappen is vastgelegd in het rapport van de Commissie Kwaliteit 'Prestatie-indicatoren Kwaliteitsborging Medische Systemen' (bijlage 19) voor de gezondheidszorg.

Activiteit	Prestatie- indicator	Uitleg
1	Risicoanalyse	Percentage van het totale aantal apparaten/systemen in het databestand dat is ingedeeld naar risicoklasse op basis van de gehanteerde risicoanalyse.
2	Gebruiksprotocollen en instructie	Percentage van de in het afgelopen jaar voor klinische processen in gebruik genomen apparatuur en na vaststelling dat de gebruikers zijn geïnstrueerd op basis van een vastgesteld gebruiksprotocol.
3	Vrijgeven voor gebruik	Percentage van de in het afgelopen jaar voor klinische processen in gebruik genomen apparatuur en software dat formeel voor dat gebruik is vrijgegeven nadat de goede en veilige werking is vastgesteld
4	Doeltreffend beheer	Percentage per risicoklasse van het totale aantal apparaten/systemen in het databestand waarbij geen sprake is van achterstallig preventief onderhoud.
5	Periodieke evaluaties	Percentage per risicoklasse van het totale aantal apparaten/systemen in het databestand waarvan in het afgelopen jaar de technische staat en de functionaliteit in relatie met het klinisch proces is beoordeeld.
6	Investeringsbegroting	Percentage van de in het afgelopen jaar in gebruik genomen medische apparatuur dat is aangeschaft en geïntroduceerd op basis van een vooraf vastgestelde investeringsbegroting en conform een vastgestelde aanschaf- en introductieprocedure.
7	Aanschaf en introductie	
8	Doelmatig beheer	Verhouding tussen de jaarlijkse instandhoudingskosten van de aanwezige medische apparatuur en de totale vervangingswaarde.
9	Relatiebeheer	Wordt een evaluatiesysteem gehanteerd voor beoordeling van de samenwerking tussen Klinische Fysica / Medische Techniek en de andere verantwoordelijke partijen in de instelling?

Figuur 5.1: Prestatie-indicatoren verbonden aan het VMS voor de afdeling Medische Instrumentatie

Het onderzoek is gericht op 4 van de 9 prestatie-indicatoren. De onderzochte indicatoren zijn vet gedrukt in figuur 5.1. Er is gekozen voor een set van 4 indicatoren omdat deze in het begin traject van het onderzoek als eerste een rol gaan spelen voor de afdeling MI en de medewerkers van MI. De prestatie-indicatoren zoals deze in figuur 5.1 zijn weergegeven zijn in bijlage 20 nader toegelicht.

5.2 Processtappen prestatie-indicatoren

Het onderzoek naar de prestatie-indicatoren is gestart door de indicatoren nader uit te werken. In bijlage 19 is een gedeelte van het rapport opgenomen dat door de Commissie Kwaliteit is opgesteld met hierin de processtappen en de beleids- en levenscyclus van apparatuur die horen bij de prestatie-indicatoren van figuur 5.1. Een processtap geeft weer wat er gedaan moet worden om de stap te kunnen doorlopen. Aan alle 48 de processtappen dient te worden voldaan wil het VMS kunnen worden ingevoerd. Onder de beleidscyclus vallen de processtappen die jaarlijks, dan wel meerjaarlijks, doorlopen moeten worden. Bij de levenscyclus van apparatuur zijn dit processtappen die tijdens de aanschaf- en implementatiefase, gebruiksfase en beëindiging worden doorlopen. Het rapport geeft niet weer welke processtap hoort bij welke prestatie-indicator en in welke cyclus deze doorlopen dient te worden. Door middel van onderzoek zijn de processtappen en cyclussen verbonden aan de prestatie-indicatoren. In bijlage 21 is dit onderzoek weergegeven door middel van een schema. De processtappen zijn overgenomen uit het rapport van de Commissie Kwaliteit. De stappen geven de procedures weer die aanwezig moeten te zijn om tot het VMS te kunnen komen. In het schema is weergegeven welke procedures al aanwezig zijn op de afdeling MI (groen), welke procedures moeten worden aangepast (oranje) en welke procedures nieuw moeten worden geschreven (rood). Aan de procedures zijn geschatte tijdseenheden verbonden. Deze hebben te maken met het aantal uur dat nodig is om de procedure te (her)schrijven door de verantwoordelijke. De kosten zijn gebaseerd op de gemiddelde loonkosten van het Hoofd MI en de kwaliteitscoördinator, á €40,- per uur²⁹.

Uit het schema van bijlage 21 kan nu per indicator worden vastgesteld wat deze op organisatorisch, personeel en financieel gebied betekenen in de verschillende cyclussen (bijlage 22). Er is voor de indeling organisatorisch, personeel en financieel gekozen omdat er op deze manier kan worden vastgesteld wat er op organisatorisch niveau moet gebeuren om deze operationeel, naar de medewerkers toe, te kunnen doorvoeren gedurende elke fase. De kosten die aan de processtappen op organisatorisch en personeel gebied verbonden zijn worden op deze manier inzichtelijk. In de volgende subparagrafen zullen voor de onderzochte prestatie-indicatoren de acties op organisatorisch, personeel en financieel gebied worden genoemd. Deze acties komen voort uit bijlage 21 en 22. De afdeling MI heeft als streefdatum aan de invoering van de geformuleerde acties mei 2010 verbonden.

5.2.1 Prestatie-indicator 1 Risicoanalyse

De stappen die bij de indicator risicoanalyse moeten worden ondernomen leiden tot de volgende acties op organisatorisch, personeel en financieel gebied:

Organisatorisch

- Risicoclassificatie softwaresysteem aanschaf en implementeren
- Vaststellen risicoklassen per apparatuur
- MIP en VIM-procedure opstellen
- VMS integreren in het huidige kwaliteitssysteem ISO 9001:2000

Personeel

- Uitvoeren van de risicoclassificatie.

Financieel

- Kosten opstellen procedures en protocollen
- Kosten implementatie softwaresysteem

²⁹ Bron: Hoofd Bedrijfsbureau Techniek en Gebouwen: beheerder loonkosten afdeling T&G.

Er is gebleken dat als de risicoclassificatie op alle 8000 aanwezige apparaten van het MCH uitgevoerd dient te worden er ongeveer 980 uur aan mankracht nodig is. Dit komt erop neer dat één medewerker 27 weken fulltime bezig is met de uitvoering van de risicoclassificering³⁰.

5.2.2 Prestatie-indicator 2 Gebruiksprotocollen en instructies

De stappen die bij de indicator gebruiksprotocollen en instructies moeten worden ondernomen leiden tot de volgende acties op organisatorisch, personeel en financieel gebied:

Organisatorisch

- Vaststellen gebruiksprotocol en gebruiksinstructies
- Opstellen trainingsplan

Personeel

- De medewerkers van MI dienen de protocollen, protocollen en instructies te beheersen
- Training

Financieel

- Kosten training
- Kosten (uren) van het personeel

5.2.3 Prestatie-indicator 4 Doeltreffend beheer

De stappen die bij de indicator doeltreffend beheer moeten worden ondernomen leiden tot de volgende acties op organisatorisch, personeel en financieel gebied:

Organisatorisch

- Opstellen onderhoudsplan

Personeel

- Uitvoeren onderhoudsplan
- Continue bijscholing (nieuwe) gebruikers

Financieel

- Bijscholing medewerkers

5.2.4 Prestatie-indicator 6 Investeringsbegroting

De investeringsbegroting heeft betrekking op het volgen van de juiste procedure voor de aanschaf van apparatuur.

5.3 Integratie kwaliteitssystemen

Het genoemde kwaliteitssysteem waar de afdeling MI op dit moment mee werkt, de ISO 9001:2000, moet geïntegreerd te worden in het VMS. Om de overeenkomsten en verschillen tussen de systemen inzichtelijk te krijgen is er in samenwerking met de kwaliteitscoördinator een raamwerk opgesteld waarbij de eisen die aan de ISO 9001:2000 zijn verbonden naast de eisen van de NTA zijn gelegd. In bijlage 23 zijn 2 bladzijden van het gehele document bijgevoegd. De linkerkolom geeft de eisen van de ISO 9001:2000 weer, de middenkolom de eisen van de NTA 8009 en de rechterkolom de verschillen en de aan te passen of nieuw te schrijven procedures. Het doel van het raamwerk is om inzicht te krijgen in de overeenkomsten, verschillen en nieuw te schrijven procedures tussen de ISO 9001:2000 en de NTA. De nieuw en bestaande procedures die uit het raamwerk naar voren zijn gekomen zijn opgenomen in het schema van bijlage 21. Er kan worden geconcludeerd dat de procedures van de NTA en de ISO 9001:2000 veel overeenkomsten hebben.

Om de huidige procedures aan de NTA aan te passen en om nieuwe procedures te schrijven zal 572 uur nodig zijn (bijlage 21):

- Aanpassen procedures prestatie-indicator 1: 200 uur
- Aanpassen procedures prestatie-indicator 2: 96 uur

³⁰ Rapportage Moussa Ahouch januari 2009, stagiair MI: Risicoclassificatie toegepast

- Aanpassen procedures prestatie-indicator 4: 180 uur
- Aanpassen procedures prestatie-indicator 6: 96 uur
572 uur

5.4 Conclusie

De sleutelwoorden van het VMS zijn de 9 prestatie-indicatoren:

- | | |
|--------------------------------------|----------------------------|
| 1. Risicoanalyse | 6. Investeringsbegroting |
| 2. Gebruiksprotocollen en instructie | 7. Aanschaf en introductie |
| 3. Vrijgeven voor gebruik | 8. Doelmatig beheer |
| 4. Doeltreffend beheer | 9. Relatiebeheer |
| 5. Periodieke evaluaties | |

Er is gekozen om 4 indicatoren te gebruiken omdat deze indicatoren in het begintraject van het onderzoek naar het VMS een rol spelen voor de afdeling MI en de medewerkers van MI. Door aan de indicatoren de processtappen van de Commissie Kwaliteit te verbinden worden de te doorlopen stappen op organisatorisch en operationeel niveau inzichtelijk gemaakt.

Inhoudelijk komen de prestatie-indicatoren neer op het uitvoeren van de risicoclassificatie op de apparatuur (1), het (her)schrijven van de procedures en protocollen (2), het continu trainingen en bijscholen van de medewerkers (4) en het volgen van de juiste procedure voor de aanschaf van (medische) apparatuur (6).

Uit dit onderzoek is gebleken dat er in totaal 572 uur nodig zal zijn om de procedures en protocollen aan te passen aan de eisen van de NTA. Het uitvoeren van de risicoclassificatie zal 27 weken in beslag nemen.

Om het VMS in te kunnen voeren dienen de prestatie-indicatoren te worden geïntegreerd in de huidige certificering van de ISO 9001:2000. Door middel van een gemaakt raamwerk is weergegeven welke procedures overeenkomen met het huidige kwaliteitssysteem en welke procedures aangevuld moeten worden. De procedures van de NTA en de ISO 9001:2000 hebben veel overeenkomsten.

Hoofdstuk 6 Intern onderzoek

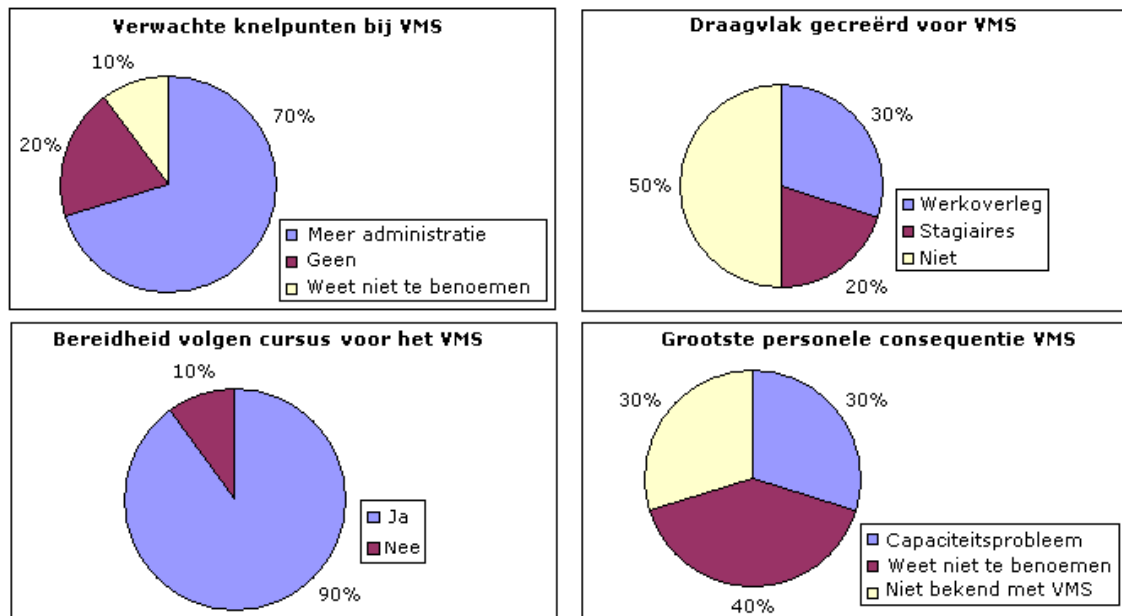
In dit hoofdstuk zullen de resultaten van de interne onderzoeken samengevat worden. Allereerst zullen de uitkomsten van de 10 gesprekken met de medewerkers van MI worden besproken. Vervolgens zal het gesprek met de kwaliteitscoördinator en Hoofd van MI worden weergegeven. Als laatste volgt het gesprek met het Hoofd van Kwaliteit en Veiligheid. Dit gesprek heeft onder andere plaatsgevonden om inzicht te krijgen in de manier van rapporteren aan de Raad van Bestuur over de voortgang van invulling van de prestatie-indicatoren op de afdeling MI.

Er is intern onderzoek verricht om inzicht te krijgen in de huidige situatie op de afdeling MI, in het VMS en in de prestatie-indicatoren. Aan alle genoemde ondervraagden zijn (bijna) dezelfde vragen gesteld. Op deze manier wordt er vanuit verschillende interne invalshoeken onderzocht hoe diverse partijen tegen de huidige situatie, het VMS en de prestatie-indicatoren aankijken.

Er is ervoor gekozen om in dit hoofdstuk alleen de vragen die in directe relatie zijn gesteld over het VMS en de prestatie-indicatoren te verwerken. Het model van organisatiebesturing dat de huidige situatie beschrijft is reeds besproken in hoofdstuk 4.

6.1 Gesprekken medewerkers afdeling Medische Instrumentatie

In totaal zijn er 10 medewerkers gesproken. De uitwerkingen van de gesprekken zijn te vinden in bijlage 8. De interviews zijn afgenomen om inzicht te krijgen in de bekendheid met het VMS, de prestatie-indicatoren en andere aspecten die aan het VMS zijn verboden. De belangrijkste uitkomsten zijn weergegeven in onderstaande grafieken.



Daarnaast kunnen uit de vragen nog de volgende punten worden geconcludeerd:

- 70% ziet het nut van het VMS in doordat de patiënt- en medewerkerveiligheid wordt vergroot, 20% voorziet dat de controle op apparatuur wordt verbeterd en 10% is niet bekend met het VMS en kan het nut niet benoemen.
- 20% geeft aan bekend te zijn met het VIM en maakt zelf ook meldingen, 40% is bekend met VIM maar meldt zelf geen incidenten en 40% is niet bekend met VIM.
- 90% omschrijft de veiligheidscultuur op de afdeling MI als goed en 10% geeft aan dat de veiligheidscultuur verbeterd kan worden.
- 40% kent de basis van het VMS, 10% wil niet met het VMS bekend zijn en 50% weet niets van het VMS.

- 30% denkt dat er geen verschillen zullen zijn in het volgen van de procedures van de huidige certificering op de afdeling MI en het VMS, 20% weet geen verschil te benoemen en 50% is niet op de hoogte van de inhoudelijke aspecten en bijbehorende procedures van de huidige certificering.
- 20% gebruikt DKS niet omdat deze vindt dat het systeem onoverzichtelijk is, 50% heeft voor het niet gebruiken een andere reden en 30% gebruikt DKS wel.

6.2 Gesprek kwaliteitscoördinator Techniek en Gebouwen

De kwaliteitscoördinator is ondervraagd omdat zij door de invoering van het VMS een verandering gaat doormaken. Zij is naast het Hoofd van MI de persoon die de protocollen en procedures voor het VMS gaat aanpassen. De uitwerking van dit gesprek is te vinden in bijlage 9.

Uit het gesprek kwamen de volgende belangrijkste punten naar voren:

- De kwaliteitscoördinator ziet het nut in van het VMS. Niet alleen draagt het VMS bij aan een betere patiëntveiligheid, ook worden de medewerkers van MI zich op deze manier bewuster van de noodzaak van veilige apparatuur.
- De kwaliteitscoördinator is op de hoogte van de prestatie-indicatoren van het VMS.
- Zij vindt dat er vanuit de afdeling MI geen draagvlak gecreëerd wordt voor het VMS.
- Zij verwacht dat het aanpassen van de procedures en protocollen en de naleving hiervan de grootste verandering gaat betekenen bij invoering van het VMS voor zichzelf en de medewerkers van MI.
- Zij ziet geen grote verschillen in werkwijzen en procedures tussen de huidige certificeringen en het VMS.
- Zij omschrijft de veiligheidscultuur als matig.
- Noemt als grootse personele consequentie voor de medewerkers het hanteren van een andere werkwijze en als organisatorische consequentie het aanpassen van de procedures. Op financieel gebied voorziet de kwaliteitscoördinator voor zichzelf geen consequenties.

De uitkomst van het gesprek zijn vergeleken met de gesprekken van de medewerkers.

Overeenkomsten:

- Beiden zien de toegevoegde waarde van het VMS in. De patiëntveiligheid staat voorop.
- Beiden zijn van mening dat er geen grote verschillen zijn in de huidige ISO 9001:2000 certificering en het VMS.

Verschillen

- De kwaliteitscoördinator noemt als knelpunt dat de medewerkers een andere werkwijze moeten gaan aannemen. Velen werken al jaren op dezelfde manier. De medewerkers noemen als belangrijkste knelpunt het capaciteitsprobleem.

6.3 Gesprek Hoofd Medische Instrumentatie

Het Hoofd van MI is de persoon die de prestatie-indicatoren moet gaan doorvoeren op de afdeling MI. De uitwerking van dit gesprek is te vinden in bijlage 7.

Uit het gesprek kwamen de volgende belangrijkste punten naar voren:

- Hoofd MI ziet het nut van het VMS in doordat er nu meer aandacht is voor de patiëntveiligheid en dat de medewerkers zich nog bewuster worden van de risico's die zich voor kunnen doen op de apparatuur.
- Hij vindt dat de veiligheidscultuur op de afdeling verbeterd kan worden. Door het VMS zal er meer richting worden gegeven aan de werkwijzen van de medewerkers.
- Draagvlak voor de medewerkers wordt door hem gecreëerd door hen voor te lichten over het VMS en het aanbieden van cursussen te zijner tijd.
- Hij verwacht dat het VMS, naast het aantal extra handelingen, geen andere werkwijze zal gaan betekenen voor de medewerkers.

- Hoofd van MI noemt als grootste personele consequentie het capaciteitstekort aan personeel dat het VMS met zich mee gaat brengen. Als organisatorische consequentie wordt het aanpassen van de service level agreements (SLA) aan de eisen van het VMS genoemd. De financiële consequentie staat in relatie met de personele consequentie. Om het capaciteitstekort op te lossen dienen er meer medewerkers te worden aangenomen.

De uitkomst van het gesprek zijn vergeleken met de gesprekken van de medewerkers.
Overeenkomsten:

- Zowel het Hoofd van MI als de medewerkers denken dat de werkwijze bij invoering van het VMS niet zal veranderen.
- Als knelpunt bij invoering van VMS zegt een meerderheid van de medewerkers dat het capaciteitsprobleem een knelpunt zal gaan vormen. Hoofd MI denkt hier hetzelfde over.

Verschillen:

- Er wordt volgens Hoofd MI draagvlak gecreëerd door het aanbieden van cursussen te zijner tijd. Uit gesprekken met de medewerkers is gebleken dat er weinig tot geen draagvlak wordt gecreëerd. Zij hebben nog geen weet van de cursus.

6.4 Gesprek Hoofd Kwaliteit en Veiligheid

Het Hoofd van de afdeling Kwaliteit en Veiligheid is ondervraagd omdat hij de persoon is die gaat rapporteren over de status van invulling van de prestatie-indicatoren op de afdeling MI aan de RvB. Op de afdeling Kwaliteit en Veiligheid zijn 8 FTE werkzaam. 3 FTE zijn werkzaam als kwaliteitsfunctionaris en 5 FTE als stafmedewerker. De afdeling Kwaliteit en Veiligheid houdt zich bezig met alle kwaliteitssystemen ziekenhuisbreed en is het aanspreekpunt van het VMS, dat immers een kwaliteitssysteem is. Aan het Hoofd van de afdeling Kwaliteit en Veiligheid zijn vragen gesteld met betrekking tot het VMS, de prestatie-indicatoren en over de rapportage aan de RvB.

De uitwerking van dit gesprek is te vinden in bijlage 10. De belangrijkste uitkomsten uit het gesprek met betrekking tot het VMS en de prestatie-indicatoren zijn:

- Op de afdeling Kwaliteit en Veiligheid is geen missie of visie met betrekking tot veiligheid. Wel wordt kwaliteit genoemd in de strategie van het ziekenhuis.
- Het Hoofd van de afdeling Kwaliteit en Veiligheid is bekend met de prestatie-indicatoren die verbonden zijn aan het VMS.
- De afdeling MI kan aanspraak maken op het budget van het ziekenhuis wanneer deze extra geld nodig mocht hebben voor het VMS. Wel wordt de voorkeur gegeven aan het vinden van andere oplossingen voor het dekken van de kosten van het VMS, zoals door samenwerking in de A12-groepering.
- Draagvlak voor de medewerkers van MI kan het beste worden gecreëerd door hen bewust te maken van de risico's. Dit kan gedaan worden door inzicht te geven in de incidentmeldingen die zich hebben voorgedaan in het verleden.

De belangrijkste uitkomsten van de vragen met betrekking tot de rapportage aan de RvB zijn als volgt:

- De rapportage is bedoeld voor de Raad van Bestuur en heeft als doel inzicht te geven in de ontwikkeling en voortgang van de invulling van de prestatie-indicatoren op de afdeling MI.
- Het Hoofd van de afdeling MI dient de informatie over de voortgang van de prestatie-indicatoren elk kwartaal aan te leveren aan de afdeling Kwaliteit en Veiligheid.
- Het rapport dient te voldoen aan 2 eisen: continuïteit en effectiviteit. Met effectiviteit wordt bedoeld dat de inhoud van het rapport bijdraagt aan de realisatie van het beoogde doel waarvoor de rapportage bedoeld is.
- Het rapport dient op 1 juli 2009 klaar te zijn om deze aan de Raad van Bestuur te kunnen overhandigen.

Hoofdstuk 7 Extern onderzoek

Er is extern onderzoek verricht om te onderzoeken in welk stadia het VMS zich bevindt op andere afdelingen MI van externe ziekenhuizen. Het doel van het externe onderzoek is om in kaart te brengen waar andere Hoofden van de afdeling MI tegenaan (denken) te lopen bij invoering van het VMS. In dit hoofdstuk zullen de uitkomsten van het externe onderzoek worden besproken.

In dit hoofdstuk zal door middel van extern onderzoek de volgende subvraag beantwoord worden: *"Hoever zijn andere ziekenhuizen met de invoering van de prestatie-indicatoren van het veiligheidsmanagementsysteem op de afdeling Medische Instrumentatie?"*.

Antwoord op de subvraag is gekregen door extern onderzoek te verrichten bij 3 afdelingen Medische Instrumentatie van 3 ziekenhuizen. Bij elk ziekenhuis is gesproken met het Hoofd van de afdeling Medische Instrumentatie. De uitwerkingen van de interviews zijn opgenomen in bijlage 11. De conclusies uit de interviews zijn naar voren gekomen uit de vragen die omtrent het VMS zijn gesteld.

7.1 De status van het veiligheidsmanagementsysteem bij andere zorginstellingen

Voor het externe onderzoek zijn de volgende ziekenhuizen bezocht:

- Erasmus MC, Rotterdam
- Bronovo, Den Haag
- Diaconessenhuis, Leiden

7.1.1 Erasmus MC, Rotterdam

Het Erasmus MC kent vier locaties: Erasmus MC, Sophia Kinderziekenhuis, Daniel den Hoed (kankercentrum) en het bijgebouw nieuw Hoboken (kenniscentrum). Op deze locaties zijn in totaal 12.500 medewerkers werkzaam, waarvan 40 op de afdeling Medische Instrumentatie. Deze hebben allen hun eigen taken en werkzaamheden toegekend gekregen waarvoor zij verantwoordelijk voor zijn. Op dit moment is de afdeling Medische Instrumentatie QMT (Quality for Medical Technology) gecertificeerd. Dit model concentreert zich op een veilige inzet van technologie in de zorg, met alles wat daarvoor organisatiebreed nodig is zoals inkoop, onderhoud, training en audits. Het Erasmus MC is op dit moment bezig met het invoeren van het VMS. In het huidige systeem, PRISMA, kunnen incidenten worden gekoppeld aan de inventaris die in Ultimo staat.

In het Erasmus MC heeft een gesprek plaatsgevonden met Hoofd van de afdeling Medische Instrumentatie, Carol van der Palen, en de projectleider van het VMS Leo Groenendaal.

Uit het interview (bijlage 11.1) kunnen de volgende punten worden geconcludeerd:

- De medewerkers zijn bereid tot het volgen van cursussen voor het VMS.
- Draagvlak voor het VMS wordt gecreëerd door medewerkers te betrekken bij het VMS onder andere tijdens werkoverleggen.
- De invoering van het VMS zorgt niet voor extra administratief werk. Wel leidt het VMS tot extra onderhoudswerkzaamheden aan de apparatuur.
- Certificering van het VMS heeft geen consequenties voor andere certificeringen op de afdeling.
- Als mogelijk knelpunt wordt het veranderen van werkwijzen genoemd.
- Het grootste voordeel van het VMS is dat handelingen van medewerkers zijn vastgelegd en bij fouten de medewerker kan worden aangesproken.

7.1.2 Bronovo, Den Haag

Het Bronovo ziekenhuis kent drie locaties: het gezondheidscentrum in Wassenaar, het verpleegtehuis NEBO en het ziekenhuis Bronovo in Den Haag. Het Bronovo is één van de 10 pilot-ziekenhuizen dat met de invoering van het VMS is begonnen. In het ziekenhuis Bronovo zijn 1500 medewerkers werkzaam. Het Bronovo heeft in tegenstelling tot het MCH geen pilot-afdeling aangesteld voor de invoering van het VMS maar voert het

kwaliteitssysteem ziekenhuisbreed in. Het Bronovo kent één certificering namelijk de NIAZ accreditatie.

In het Bronovo ziekenhuis heeft een gesprek plaats gevonden met het Hoofd van de afdeling Medische Instrumentatie, Henk van der Kamp. Dhr. van der Kamp is al 16 jaar werkzaam op de afdeling MI en stuurt 4 FTE aan. De dagelijkse werkzaamheden zijn naast het uitvoeren van onderhoud gericht op het bijhouden van procedures, beheren van het documentbeheer-systeem, het aansturen van de medewerkers en het invoeren van het VMS op de afdeling MI. Uit het interview (bijlage 11.2) kunnen de volgende punten worden geconcludeerd:

- Op het gebied van het VMS is de risicoclassificatie voor 80% uitgevoerd door een stagiaire en vastgelegd in een Excel-document.
- De medewerkers zijn bekend met het VMS en de prestatie-indicatoren.
- Alle medewerkers zijn bereid tot het volgen van trainingen voor het VMS.
- Draagvlak voor het VMS wordt niet gecreëerd voor de medewerkers.
- Het VMS brengt meer administratieve handelingen met zich mee.
- Het VMS zal voor het Hoofd van MI meer aansturing en overleg gaan betekenen.
- Voor het VMS is geen extra budget vrijgegeven.
- Noemt als personele consequentie het capaciteitsprobleem. Het is niet mogelijk om met de huidige personeelsbezetting het VMS in te invoeren. De organisatorische consequentie is dat het nog niet duidelijk is hoe Ultimo gekoppeld gaat worden aan het softwareprogramma voor risicoclassificatie. De financiële consequentie komt voort uit de personele. Doordat er een personeelslid bij moet komen zal hiervoor extra budget moeten worden vrijgemaakt.

7.1.3 Diaconessenhuis, Leiden

Het Diaconessenhuis is gelegen in Leiden en is een eigentijds algemeen ziekenhuis met 1300 medewerkers. Aan het Hoofd van de afdeling MI staat tijdelijk het Hoofd van het Facilitair bedrijf. De reden hiervoor is dat het Hoofd van de afdeling MI het Diaconessenhuis een jaar geleden heeft verlaten en tot op heden nog geen vervanger is gevonden. Het Hoofd van FB stuurt op de afdeling MI dagelijks 5 FTE aan en één medewerker die voor één jaar ter ondersteuning van het VMS is ingehuurd.

Uit het interview (bijlage 11.3) kunnen de volgende punten worden geconcludeerd:

- Op het gebied van het VMS is de risicoclassificatie in zijn geheel uitgevoerd door een externe medewerker die voor één jaar op de afdeling MI is ingehuurd.
- De medewerkers werden al ingelicht over de inhoud van het VMS voordat er stappen zijn ondernomen op het gebied van het VMS.
- Draagvlak wordt voor de medewerkers gecreëerd door continu te communiceren over het VMS en de medewerkers te betrekken bij de veranderende procedures.
- Het VIM-systeem wordt als middel gebruikt om de patiëntveiligheid te handhaven.
- Het VMS betekent voor de medewerkers meer handelingen aan apparatuur. Deze extra handelingen leiden tot minder storingen waardoor er meer onderhoud kan worden uitgevoerd.
- Voor het VMS heeft het Hoofd van FB extra budget vrijgemaakt voor het inhuren van één externe medewerker op de afdeling MI ter ondersteuning van het VMS.
- Het grootste voordeel van het VMS is dat MI weer een plek krijgt binnen het ziekenhuis. Het nadeel is dat het veel tijd en geld kost.
- Noemt als personele consequentie meer handelingen aan apparatuur en als organisatorische consequentie het toenemende aantal onderhoudswerkzaamheden. De grootste financiële consequentie is dat het VMS veel tijd en geld kost aan onderhoudswerkzaamheden. De kosten aan onderhoud leveren wel minder storingen op waardoor er meer tijd overblijft voor het uitvoeren van periodiek onderhoud.

7.2 Conclusie

Er kan worden geconcludeerd dat andere ziekenhuizen op een soort gelijk niveau zitten ten aanzien van de invoering van het VMS als het MCH. Wel is het MCH koploper op het gebied van de invoering van het VMS doordat zij reeds een softwaresysteem voor de risicoclassificatie hebben aangeschaft. Het Bronovo en Diaconessenhuis zijn ook al begonnen met de risicoclassificatie, maar hebben dit in een eigen gemaakt Excel-document vastgelegd. Zij kunnen dit bestand nog niet koppelen aan het huidige onderhoudssysteem, Ultimo. Voor het inventariseren van de risico's hebben zij voor één jaar hulp gehad van een stagiair en een externe medewerker met kennis van medische apparatuur.

Het Hoofd van MI van het Erasmus MC en het Diaconessenhuis gaven aan dat draagvlak een belangrijk item is bij het invoeren van het VMS. Zij gaven aan dat communicatie naar de medewerkers toe en hen continue te betrekken bij de invoering van het systeem essentieel zijn om draagvlak te kunnen creëren.

Als laatste kan worden geconcludeerd dat het verkrijgen van een budget voor het VMS niet in alle ziekenhuizen even gemakkelijk verloopt. Het VMS brengt, door het aantrekken van meer personeel en door meer onderhoudswerkzaamheden, extra kosten met zich mee en deze kosten moeten worden gedekt. De kostenpost die het VMS met zich meebrengt wordt dan ook als grootste nadeel genoemd door alle Hoofden MI. Dat de handelingen van de medewerkers worden vastgelegd en dat de afdeling MI weer een belangrijke plek krijgt in het ziekenhuis worden als de grootste voordelen van het VMS genoemd.

Hoofdstuk 8 Conclusie en Aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden uit de resultaten van de onderzoeken (in- en extern) conclusies getrokken en aanbevelingen gedaan voor de wijze waarop het beste invulling kan worden gegeven aan de 4 prestatie-indicatoren van het VMS. Als laatste volgt het slot met hierin aanbevelingen voor vervolgonderzoeken en aanvullende opmerkingen.

De probleemstelling die centraal stond gedurende dit adviesrapport luidde als volgt:

"Op welke wijze kan het beste invulling gegeven worden aan de voorgeschreven prestatie-indicatoren van het veiligheidsmanagementsysteem, die voor de afdeling Medische Instrumentatie gelden, en welke consequenties hebben de geselecteerde prestatie-indicatoren voor deze afdeling en de medewerkers?"

Het eerste gedeelte van de probleemstelling zal beantwoord worden door de wijze van invulling aan de 4 prestatie-indicatoren door middel van aanbevelingen weer te geven. Het tweede gedeelte van de probleemstelling, de consequenties van de invulling, zullen in hoofdstuk 10 'de consequenties' worden besproken.

De volgende subvragen zullen aan de hand van de aanbevelingen worden beantwoord:

"Op welke wijze kan er invulling worden gegeven aan het periodiek rapporteren over de voortgang van het ontwerpproces van de 4 prestatie-indicatoren van het veiligheidsmanagementsysteem aan de Raad van Bestuur?" en "Welke aanbevelingen kunnen er worden gedaan voor het invoeren van de 4 prestatie-indicatoren van het veiligheidsmanagementsysteem?"

8.1 Conclusies

Aan de hand van het onderzoek kunnen er diverse conclusies worden getrokken:

Conclusies op strategisch niveau

- Er is met betrekking tot veiligheid geen missie ziekenhuisbreed geformuleerd.
- Het MCH is koploper op het gebied van de invoering van het VMS.
- Te weinig commitment met de RvB.

Conclusies op tactisch niveau

- Er is niet direct een extra budget beschikbaar voor de afdeling MI voor de implementatie van de prestatie-indicatoren van het VMS. Het Bronovo en het Erasmus MC hebben ditzelfde probleem. De kosten van het VMS probeert het MCH te delen door samen te gaan werken met diverse ziekenhuizen.
- Onder de benaming A-12 groepering gaat het MCH een samenwerking aan met andere ziekenhuizen om het VMS gezamenlijk in te voeren.
- Er zijn diverse werkgroepen met betrekking tot het VMS aanwezig op verschillende afdelingen. Hierdoor is het moeilijk om het overzicht te houden wat elke werkgroep uitvoert op het gebied van het VMS.
- De communicatie tussen de kwaliteitscoördinator T&G en de afdeling Kwaliteit en Veiligheid is minimaal en de taakverdeling rondom het VMS is niet vastgelegd.
- De communicatie tussen het Hoofd van MI en de kwaliteitscoördinator met betrekking tot het VMS kan verbeterd worden. De coördinator wordt alleen geïnformeerd over het VMS door middel van één werkgroep.
- De NTA 8009 en de ISO 9001:2000 kennen op het gebied van de procedures veel overeenkomsten.

Conclusies op operationeel niveau

Mensen en resultaten

- De afdeling inkoop koopt bij aanschaf van de apparatuur niet de juiste opleiding erbij, terwijl de leverancier (vervolg) opleidingen aanbiedt.
- Over de verdeling van het werk zijn de medewerkers en de afdeling MI tevreden.

Middelen

- De huidige kwaliteitssystemen zijn vaste agendapunten tijdens overleggen.

- De medewerkers zijn allen bereid tot het volgen van trainingen.

Structuur

- De medewerkers weten niet met het documentbeheersysteem om te gaan doordat dit onoverzichtelijk is en maken hierdoor geen gebruik van het digitale handboek.
- De medewerkers van MI hebben te weinig kennis van het VMS en de prestatie-indicatoren.
- Er wordt te weinig draagvlak gecreëerd voor de implementatie van de prestatie-indicatoren van het VMS op de afdeling MI. Het Erasmus MC en het Diaconessenhuis zorgen voor draagvlak door communicatie en betrokkenheid.
- Er zijn vele vormen van frequent overleg op de afdeling MI aanwezig
- De RvB wordt op dit moment al geïnformeerd over 2 prestatie-indicatoren.

Kwaliteitsinstrumenten

- Niet alle medewerkers kennen het systeem voor het Veilig Incidenten Melden. Dit heeft te maken met het feit dat afdeling MI niet in het VIM-systeem voorkomt.
- Ultimo, VIM en MIP dragen bij aan het voorkomen/reduceren van fouten op de afdeling MI. Met Ultimo wordt door de medewerkers goed gewerkt.

Ketens:

- Een gedeelte van de medewerkers volgen de voorgeschreven procedures niet.
- De apparatuur kent geen afschrijvingstermijn.

Conclusies over de prestatie-indicatoren

Het onderzoek is gericht op 4 van de 9 prestatie-indicatoren:

- Prestatie-indicator 1 is gericht op het uitvoeren van de risicoclassificatie op apparatuur. Er is gebleken dat als de risicoclassificatie op alle 8000 aanwezige apparaten van het MCH uitgevoerd dient te worden er ongeveer 980 uur aan mankracht nodig is. Dit komt erop neer dat één medewerker 27 weken fulltime bezig is met de uitvoering van de risicoclassificering. Het Diaconessenhuis en het Bronovo hebben voor het uitvoeren van de risicoclassificatie hulp voor één jaar aangenomen op de afdeling MI.
- Indicator 2 is gericht op het opstellen van de benodigde procedures en protocollen en dat deze worden nageleefd. Uit dit onderzoek is duidelijk geworden welke procedures er al aanwezig zijn en welke procedures nieuw geschreven moeten worden om het VMS in te kunnen voeren. In totaal zal het (her)schrijven van de procedures 572 uur in beslag gaan nemen. Deze indicator heeft slechts een kans van slagen als het documentbeheersysteem wordt aangepast.
- Indicator 4 is gericht op het volgen van trainingen door de medewerkers van MI en op de gebruik- en onderhoudsprotocollen. Doeltreffend beheer kan pas bereikt worden wanneer de afdeling inkoop de opleiding erbij koopt die door de leverancier wordt aangeboden.
- Indicator 6 is gericht op het volgen van de juiste aanschafprocedure voor medische apparatuur.

Conclusie over de wijze van rapportage aan de Raad van Bestuur.

- De Raad van Bestuur wil elk kwartaal schriftelijk geïnformeerd worden over de voortgang van invulling van de prestatie-indicatoren op de afdeling MI.

8.2 Aanbevelingen

Uit de conclusies kunnen nu aanbevelingen worden voorgesteld.

Aanbevelingen voor het geven van invulling aan de prestatie-indicatoren

Invulling geven aan prestatie-indicator 1: Risicoanalyse

Om de risicoclassificatie op de afdeling MI te kunnen uitvoeren wordt aanbevolen om, net zoals het Bronovo en Diaconessenhuis, voor één jaar een medewerker met kennis van medische apparatuur op de afdeling MI aan te nemen. Deze persoon zal bijdragen aan het inventariseren van de risico's en ondersteunen bij het uitvoeren van het dagelijks

onderhoud. De training voor de omgang met de software van het risicosysteem zal door alle medewerkers gevolgd moeten worden.

Invulling geven aan prestatie-indicator 2: Gebruiksprotocollen en instructie

Het Hoofd van MI zal de gebruiksprotocol voor de omgang met de apparatuur moeten gaan schrijven. De kwaliteitscoördinator zal de overige benodigde procedures van het VMS moeten gaan aanpassen. Het (her)schrijven van de procedures zal gedaan moeten worden naast de dagelijkse werkzaamheden van de huidige coördinator en zal 572 uur in beslag gaan nemen. Het aanpassen van de procedures is een jaarlijks terugkomend aspect op de afdeling waardoor er aanbevolen wordt om een tweede coördinator voor fulltime aan te nemen. Tevens wordt aanbevolen aan de coördinator(en) om twee maal per maand overleg te gaan hebben met de afdeling Kwaliteit en Veiligheid.

Invulling geven aan prestatie-indicator 4: Doeltreffend beheer

Het Hoofd van MI zal het bestaande onderhouds- en trainingsplan moeten gaan aanpassen aan het VMS. Tijdens het werkoverleg zal de voortgang en invulling van het onderhoudsplan steeds besproken moeten worden. Het trainingsplan is gericht op het continu bijscholen van de medewerkers over het onderhoud aan apparatuur. Door dit bij te houden in een voortgangsdokument kan per medewerker worden bijgehouden welke cursus zij wanneer hebben gevolgd en/of zij hiervoor het certificaat hebben behaald. Door de training zal het beheer van apparatuur en de veiligheidscultuur verbeterd worden.

Invulling geven aan prestatie-indicator 6: Investeringsbegroting

Er wordt invulling aan deze prestatie-indicator gegeven wanneer de aanschaf van apparatuur verloopt volgens de voorgeschreven procedure. Het Hoofd van de afdeling MI kan door het afsluiten van een servicecontract met de afdeling inkoop de samenwerking verbeteren. Daarnaast kan de financiering van het VMS geregeld worden in samenwerking met de A-12 leden.

Aanbevelingen op strategisch besturingsniveau

Missie formuleren ten aanzien van veiligheid

De RvB moet inzien dat het MCH koploper is op het gebied van het VMS en hierop in gaan spelen. Eén van de strategische pijlers van het MCH is innovatie (§1.1.3). Hierin wordt genoemd dat het MCH graag voorop loopt met nieuwe ontwikkelingen en toont dit ook door een pilot-ziekenhuis te zijn voor het VMS. Het model van organisatiebesturing geeft weer dat de RvB verantwoordelijk is voor de plannen op lange termijn en dat deze vertaald moet worden in een missie. Door een missie aan te nemen ten aanzien van veiligheid kan het MCH zich gaan onderscheiden van andere ziekenhuizen. De bezochte ziekenhuizen hebben namelijk geen van allen een missie ten aanzien van veiligheid geformuleerd. Draagvlak voor de missie kan ziekenhuisbreed worden gecreëerd door de afdeling Kwaliteit en Veiligheid, die tussen de RvB en het operationele niveau instaat.

Vergroten betrokkenheid Raad van Bestuur bij invoering van het VMS op de afdeling MI

De RvB heeft in de beginfase van het VMS voldaan aan basiselement 1 van het VMS 'beleid en strategie' door het opstellen van een zelfevaluatie. Tussen de afdeling MI en de RvB is alleen indirect contact middels een kwartaalrapportage. Direct contact is er niet. De RvB heeft na het opleggen van de zelfevaluatie geen verdere stappen ondernomen op het gebied van het VMS naar de afdeling MI toe, terwijl een breed gedragen mandaat vanuit de RvB als kritische succesfactor (§ 3.6) is genoemd.

Aanbevelingen op tactisch besturingsniveau

Samenstellen projectgroep VMS en afspreken taakverdeling

Wanneer de diverse werkgroepen op de afdelingen binnen het MCH rondom het VMS worden samengevoegd tot één projectgroep zal er geen onduidelijkheid ontstaan welke

afdeling welke taken uitvoert. Hierdoor kan voorkomen worden dat elke afdeling een eigen invulling gaat geven aan het VMS. Door één projectgroep zal de communicatie tussen de kwaliteitcoördinator en de afdeling Kwaliteit en Veiligheid verbeterd worden en kunnen taken, zoals bijv. het beschreven certificeringstraject, gezamenlijk uitgevoerd worden. In de toekomst kan dit ook gaan gebeuren met andere systemen.

Verbeteren van de communicatie door het Hoofd van MI over het VMS

Door de communicatie en samenwerking tussen de kwaliteitscoördinator en het Hoofd van MI over het VMS te verbeteren zal de coördinator nog beter in staat zijn de procedures met betrekking tot het VMS te formuleren. Aanbevolen wordt aan het Hoofd van MI om de coördinator te betrekken bij de werkgroepen en met regelmaat te informeren over nieuwe ontwikkelingen over het VMS.

Tijdig komen tot concrete afspraken binnen de A12-groepering omtrent het VMS

Het komen tot concrete afspraken binnen de A-12 groepering in juni is van belang om de reeds (mei) geïnventariseerde procedures te verdelen. Dit is nodig omdat de opgestelde actiepunten uit de zelfevaluatie moeten worden behaald voor mei 2010 (mijlpaal). Tevens kan door het tijdig komen tot concrete afspraken worden nagegaan of de kosten van het VMS onderling kunnen worden gedeeld, door middel van een kostendelende samenwerking, of dat de afdelingen MI extra budget moeten gaan aanvragen.

Aanbevelingen op operationeel besturingsniveau

Vaststellen van afschrijvingstermijnen op de apparatuur

Aan de apparatuur dienen afschrijvingstermijnen te worden verbonden. Apparatuur wordt op deze manier nog veiliger. De RvB moet de levenstermijn van de apparatuur vaststellen, maar dit gebeurt niet. Het Hoofd van de afdeling Kwaliteit en Veiligheid kan als tussenpersoon fungeren om met de RvB en het Hoofd van MI hierover te overleggen.

Aanschaf van apparatuur volgens procedure

Om de aanschaf van apparatuur volgens procedure te laten verlopen wordt er aanbevolen om de aanwezige trend, namelijk het afsluiten van een servicecontract met de afdeling inkoop, te volgen. Door het servicecontract zullen de benodigde trainingen bij de apparatuur worden aangeschaft. Het volgen van deze aanbeveling is noodzakelijk om invulling te kunnen geven aan prestatie-indicator 4.

Creëren van draagvlak

Het creëren van draagvlak is nodig om de weerstanden die in figuur 3.4 zijn weergegeven over 'technen' te voorkomen. Het slagen van het systeem staat of valt met de bereidheid tot medewerking van de medewerkers en is één van de kritische succesfactoren (§3.6). Draagvlak kan gecreëerd worden door:

- Twee wekelijks het VMS op de agenda te noteren tijdens werkoverleg tussen het Hoofd van MI en de medewerkers MI.
- Het hanteren van de basisprincipes van het VMS (§3.1.1).
- Vergroten van de bekendheid met het VMS en de prestatie-indicatoren.

Afdeling MI opnemen in het VIM-systeem

Het is van belang dat MI op korte termijn wordt toegevoegd aan het VIM-systeem. In de theorie werd in het artikel 'Patiëntveiligheid als facilitair thema' al aangegeven dat het van belang is dat afdelingen van het Facilitair bedrijf toegang hebben tot het VIM-systeem omdat zij werkzaam zijn op alle afdelingen binnen het ziekenhuis.

Aanpassen van het documentbeheersysteem

Door het documentbeheersysteem op korte termijn gebruiksvriendelijker te maken en de procedures erin op te nemen kunnen de medewerkers met het systeem gaan werken. De acceptatiekans van het documentbeheersysteem kan vergroot worden door stimulatie en motivatie vanuit de afdeling MI door middel van het geven van een cursus. Wanneer het

documentbeheersysteem gebruiksvriendelijker is gemaakt, is de basis voor het geven van invulling aan prestatie-indicator 2 gelegd.

Controle op naleving van de voorgeschreven procedures

Meer controle op naleving van de procedures draagt bij aan nog veiligere apparatuur. Controle kan uitgevoerd worden door het Hoofd van MI en de kwaliteitscoördinator.

Aanbeveling voor de vorm van rapportage aan de Raad van Bestuur

Rapportage over de invulling van de 4 onderzochte prestatie-indicatoren aan de Raad van Bestuur kan het beste gedaan worden in het format zoals deze reeds bestaat (bijlage 12). Door deze schriftelijke manier van vastlegging is het bestand eenvoudig te versturen naar alle betrokkenen die in de rapportage inzicht moeten hebben. De huidige prestatie-indicatoren waarover gerapporteerd wordt, 'investeringsbegroting' en 'jobs- achterstallig onderhoud', kunnen geïntegreerd worden in de prestatie-indicatoren van het VMS.

Een voorbeeld van hoe deze rapportage eruit kan komen te zien is in bijlage 13 weergegeven. De rapportages aan de RvB worden vier keer per jaar door het Hoofd van MI opgesteld. Het samenstellen van één rapportage zal ± 10 uur in beslag nemen. Om tot de rapportage te komen dient overleg plaatsvinden met de 5 zorgafdelingen. Eén contactmoment met een afdeling zal ± 1 uur duren en er zullen ± 5 uren nodig zijn om het tot een rapportage te kunnen verwerken.

Gerealiseerd?

Om inzicht te krijgen in de voortgang van de prestatie-indicatoren dient er met regelmaat door het Hoofd van MI te worden gekeken naar de status van realisatie van de 4 prestatie-indicatoren (zie bijlage 13, kolom gerealiseerd).

Inzicht in de realisatie van elke prestatie-indicator kan als volgt worden verkregen:

- Om inzicht te krijgen in de realisatie van prestatie-indicator 1 kan gebruik worden gemaakt van het softwaresysteem 'Logic Medical'. Hieruit kan een uitdraai worden gemaakt van de hoeveelheid aan apparatuur dat geclassificeerd is.
- Inzicht in prestatie-indicator 2 kan verkregen worden door het Hoofd van MI en de zorgmanagers van de divisies. De zorgmanagers dienen te gaan controleren op het in gebruik nemen van de procedures en protocollen en op naleving hiervan.
- Inzicht in prestatie-indicator 4 kan worden gerealiseerd door Ultimo. Door rapportages uit te draaien kunnen de achterstallige onderhoudswerkzaamheden worden weergegeven.
- Inzicht in prestatie-indicator 6 kan worden gerealiseerd in samenwerking met de afdeling inkoop. De afdeling inkoop dient de afdelingen erop te attenderen dat de aanvraag langs de afdeling MI dient te gebeuren. Wanneer dit niet gebeurt kan de afdeling inkoop dit registreren.

8.3 Slot

Tot slot zullen er diverse aanbevelingen worden gegeven voor vervolgonderzoeken omtrent het VMS. Als laatste volgen enkele aanvullende opmerkingen.

Aanbevelingen vervolgonderzoeken

Processen herstructureren

De processen op de afdeling MI kunnen beter worden gestructureerd. Dit is gebleken uit de knelpunten die in de huidige situatie zijn geconstateerd (§ 4.7). Het structureren van de processen kan gedaan worden door een 3^e jaars student aan de opleiding Facility Management in de vorm van een managementstage. Het structureren van de processen zal bijdragen aan een snellere implementatie van de procedures van het VMS.

Invulling geven aan de 5 overige prestatie-indicatoren

Dit adviesrapport is gericht op 4 van de 9 prestatie-indicatoren. Doordat het niet mogelijk was alle 9 de prestatie-indicatoren te onderzoeken wordt aangeraden een afstudeerder aan te nemen om invulling te gaan geven aan de overige 5 prestatie-indicatoren en deze te gaan implementeren op de afdeling MI.

Bezoek brengen aan het congres 'Patiëntveiligheid' op 11 juni 2009

Op 11 juni wordt door de IGZ het jaarlijks congres gehouden over patiëntveiligheid. Dit jaar heeft de bijeenkomst "Medische Technologie: Veilig van ontwerp tot toepassing" als onderwerp. Omdat de afdeling MI op dit moment bezig is met het implementeren van het VMS zal dit congres interessant zijn voor het Hoofd van MI, Hoofd Kwaliteit en Veiligheid en de kwaliteitscoördinator. Gedachten over het VMS kunnen tijdens het congres worden uitgewisseld en eventuele samenwerkingsverbanden worden aangegaan.

Aanvullende opmerkingen

Publicatie presentatie VMS in vakbladen

Het VMS is op dit moment een hot item in de zorg. Door de presentatie over het VMS (bijlage 17) te publiceren in medische vakbladen kunnen andere zorginstellingen lezen over de voortgang van het VMS en de implementatie van de prestatie-indicatoren in het MCH. Hierdoor zullen zorginstellingen geïnformeerd en gemotiveerd worden om tot invoering van het VMS op de afdeling MI over te gaan.

Aanbevelingen implementeren

Het Hoofd van de afdeling MI heeft voorgesteld om de aanbevelingen, die zijn gedaan naar aanleiding van dit onderzoek, te komen implementeren op de afdeling MI. Het onderzoek heeft veel kennis over het VMS en de prestatie-indicatoren opgeleverd. Deze kennis is nog niet aanwezig bij veel zorginstellingen.

Voorstel nieuwe missie ten aanzien van veiligheid

Als aanbeveling is voorgesteld om een missie aan te nemen met betrekking tot veiligheid voor het MCH. De volgende missie is samengesteld die het MCH kan aannemen met hierin het aspect veiligheid verwerkt:

Het Medisch Centrum Haaglanden verleent hoogwaardige en vernieuwde zorg op een aanzienlijk niveau van veiligheid. De patiënt- en medewerkerveiligheid staan op nummer één bij het aanleveren van specialistische en topklinische zorg. Continuïteit van het zorgproces wordt behaald door de levenscyclus van apparatuur te waarborgen door vakbekwaam personeel die werken volgens het kwaliteitsbeleid van het veiligheidsmanagementsysteem en de NIAZ-accreditatie. Kwaliteit, innovatie en veiligheid zijn bepalend voor de wijze waarop invulling wordt gegeven aan de zorg en dienstverlening. Het MCH probeert vanuit een financiële structuur patiëntgericht, doeltreffend en veilig te werken.

Deze missie is ontstaan door de missie van het MCH te combineren met de missie van T&G (bijlage 2) en het aspect veiligheid eraan toe te voegen.

V-KICK

Ook kan aan de strategie het aspect veiligheid worden toegevoegd. Op dit moment wordt gewerkt met 4 strategische pijlers onder de benaming KICK (zie §1.1.3). Hiervan kan V-KICK worden gemaakt. Door veiligheid voor de strategische pijlers te zetten wordt duidelijk dat het MCH veiligheid hoog in het vandaal heeft staan.

Onder veiligheid in de strategie kan het volgende worden verstaan:

Veiligheid: "Het MCH streeft naar het behalen van kwaliteit, innovatie, klantgerichtheid en creativiteit. Dit kan alleen behaald worden wanneer de veiligheid van de patiënt en medewerker op nummer één staat".

Hoofdstuk 9 Plan van aanpak

In dit hoofdstuk zullen de aanbevelingen in een implementatietraject en tijdschema worden gezet. De afdeling MI heeft als streefdatum voor de implementatie van de 4 prestatie-indicatoren mei 2010. Door middel van een tijdsplanning zullen de te ondernemen stappen, om de 4 prestatie-indicatoren te implementeren op de afdeling MI, worden beschreven.

De volgende subparagraaf zal aan de hand van het plan van aanpak beantwoord worden: *"Hoe dient de invoering van de 4 prestatie-indicatoren van het veiligheidsmanagementsysteem te worden aangepakt om deze succesvol te laten slagen op de afdeling Medische Instrumentatie"?*

9.1 Implementatietraject

Om de prestatie-indicatoren te implementeren op de afdeling MI is ervoor gekozen de te ondernemen activiteiten, die invulling geven aan de 4 prestatie-indicatoren, in een tijdschema te verwerken (bijlage 24). Het eerste schema geven alle te ondernemen activiteiten naar chronologische volgorde weer om de 4 prestatie-indicatoren te implementeren op de afdeling MI. De daarop volgende vier schema's geven de te ondernemen activiteiten per prestatie-indicator weer. Tevens is in deze bijlage opgenomen hoe de medewerkers te motiveren en te belonen om tot de verandering over te gaan. Als laatste zal worden weergegeven hoe de continuïteit van de prestatie-indicatoren op de afdeling MI gewaarborgd kan worden door middel van overlegvormen en rapportages.

Het implementatietraject zal worden beschreven aan de hand van het programma van aanpak binnen de zorgsector³¹:

- Fase 1: Diagnose en programma definitie

Deze fase omvat onder andere de volgende activiteiten: studie van informatie over de organisatie, rapportages, overleg met opdrachtgever over welke resultaatgebieden de hoogste prioriteit hebben en een interview met de kwaliteitsorganisatie over de invulling van een overkoepelend kwaliteitsbeleid.

- Fase 2: Programma uitvoering

Deze fase omvat onder andere de volgende activiteiten: beschrijven van de projectopdrachten, uitzetten van opdrachten bij werkgroepen, uitwerken van een activiteitenplanning en communiceren over de voortgang van het programma.

- Fase 3: Evaluatie en verankering

Deze fase omvat onder andere de volgende activiteiten: opstellen van een rapportage met bevindingen, voorbereiden van de evaluatie en bespreken van vervolgacties.

Fase 1 is door middel van dit rapport reeds tot stand gekomen en beschreven. Fase 2 en 3 zullen hieronder volgens de methode worden uitgewerkt aan de hand van de activiteiten uit bijlage 24.

Fase 2: Programma uitvoering

1. Creëren van draagvlak

Het creëren van draagvlak staat bovenaan en is een proces dat gedurende het gehele implementatietraject voorop staat. Betrokkenheid, communicatie en informatie zijn noodzakelijk om de medewerkers te kunnen laten veranderen.

2. Aanleveren en implementeren software risicoclassificering

Het aanleveren en implementeren van de software door de leverancier zal in juli afgerond moeten zijn, omdat in de zomervakantie door mogelijk afwezigheid van de leverancier en de medewerkers MI alle activiteiten en processen stil liggen.

³¹ <http://www.managementkennisbank.nl/NL/zorg-verandermanagement/kwaliteit-prestatie-indicatoren-zorg>

3. Afsluiten servicecontract met afdeling inkoop

Het afsluiten van een servicecontract met de afdeling inkoop is één van de activiteiten die het Hoofd van MI als eerste moet gaan oppakken. Door het volgen van de juiste aanschafprocedure zullen, naast dat er invulling wordt gegeven aan prestatie-indicator 6, de overige knelpunten, die het niet volgen van de aanschafprocedure met zich mee bracht, worden opgelost.

4. Aanpassen documentbeheersysteem

Het aanpassen van het documentbeheersysteem valt onder de verantwoording van de kwaliteitscoördinator. Zij kan de maanden mei en juni 2009 hiervoor gebruiken zolang nog niet bekend is welke procedures het MCH moet gaan (her)schrijven.

5. Afdeling MI opnemen in VIM-systeem

Het opnemen van de afdeling MI in het VIM-systeem is geen onderdeel van één van de prestatie-indicatoren, maar is wel noodzakelijk in de beginfase bij invoering van het VMS om fouten op korte termijn te kunnen verminderen. Het Hoofd van MI is verantwoordelijk voor de toevoeging van de afdeling MI aan het VIM-systeem.

6. Aannemen medewerker MI voor één jaar

Het aannemen van één medewerker voor de afdeling MI valt onder de verantwoording van het Hoofd van MI. Het aannemen van deze medewerker moet voor augustus 2009 plaatsvinden, omdat dan de training begint voor de omgang met de software.

7. Aannemen tweede kwaliteitscoördinator T&G

Het aannemen van een tweede coördinator valt onder de verantwoordelijkheid van het Hoofd van T&G. Het aanstellen van een tweede coördinator moet voor september zijn gebeurt wil het haalbaar zijn om de procedures voor mei 2010 te (her)schrijven.

8. Kwartaalrapportage Raad van Bestuur

De kwartaalrapportages moeten elk kwartaal worden geschreven door het Hoofd van MI. Hiermee kan het beste een maand voor aanlevering van het rapport worden begonnen.

9. Procedures verdelen binnen A-12 groepering

In juni moet er overeenstemming worden bereikt tussen de samenwerkende ziekenhuizen over de verdeling van de procedures. Wanneer dit bekend is kunnen de coördinator(en) in juli starten met het (her)schrijven van de procedures. Voor de verdeling van de procedures is het Hoofd van MI verantwoordelijk.

10. (her)schrijven procedures

Het (her)schrijven van de procedures valt onder de verantwoording van de kwaliteitscoördinator(en). Zij moeten een gezamenlijke planning maken om de te schrijven procedures in te plannen. Deze activiteit kan pas in juli 2009 beginnen omdat in juni de procedures onder de samenwerkende ziekenhuizen worden verdeeld.

11. Opstellen trainingsplan, gebruik- en onderhoudsprotocol

De genoemde protocollen zullen worden opgesteld door het Hoofd van MI. Dit kan het beste worden gedaan in augustus - oktober 2009 doordat het Hoofd van MI in deze periode geen andere belangrijke activiteiten omtrent het VMS heeft uit te voeren. De protocollen moeten voor mei 2010 worden geschreven, waardoor deze op 'rustigere' momenten tot stand kunnen komen.

12. Trainen medewerkers met softwaresysteem

De implementatie van de software zal naar verwachting in juli 2009 klaar zijn, waarna de medewerkers in september 2009 kunnen starten met de training van de leverancier. De training is bij aanschaf van de software in het pakket opgenomen.

13. Uitvoeren van de risicoclassificatie

Nu de medewerkers getraind zijn met de software voor risicoclassificatie kan in november 2009 worden gestart met de inventarisatie van de risico's op de apparatuur. Het Hoofd van MI is verantwoordelijk voor deze inventarisatie.

Eindproducten van fase 2

- Implementatie acties.
- De (eind) verantwoordelijke voor elke activiteit.
- Tussenrapportages over de voortgang van de prestatie-indicatoren op de afdeling MI.

Fase 3: Evaluatie en verankering

Het tot stand komen van deze fase gebeurt door het waarborgen van de continuïteit van de prestatie-indicatoren door middel van overlegvormen en rapportages. Daarnaast er invulling aan deze fase worden gegeven door het opstellen van vervolgacties in juni 2010 (stap 14).

Eindproducten van fase 3

- Rapportage met leerervaringen over de implementatie van de 4 prestatie-indicatoren. Dit betreft planbaarheid, samenwerking, communicatie e.d. Deze aspecten kunnen bij de implementatie van de 5 overige prestatie-indicatoren worden meegenomen.
- Lijst met vervolgacties.

9.2 Succesfactoren

Bij de invoering van de prestatie-indicatoren krijgt de afdeling MI te maken met factoren die de implementatie van de 4 prestatie-indicatoren kunnen beïnvloeden. In bijlage 24 zijn de succesfactoren aangegeven door middel van vetgedrukte letters achter enkele activiteiten. Deze zullen nader worden toegelicht:

A. Aanleveren software door leverancier

Het is noodzakelijk dat de software door de leverancier op tijd wordt aangeleverd. Wanneer dit niet gebeurt is het niet mogelijk deze te implementeren en kan de training niet in september 2009 worden gestart. Wanneer de medewerkers geen kennis hebben van de software kunnen zij in november 2009 niet beginnen met het uitvoeren van de risicoclassificatie. Hierdoor is het mogelijk dat de streefdatum voor invoering van de risico's, mei 2010, niet zal worden behaald.

B. Aannemen medewerker MI voor één jaar

Wanneer er niet op tijd een medewerker voor één jaar op de afdeling MI wordt aangenomen zal de risicoclassificatie vertraging oplopen.

C. Aannemen tweede kwaliteitscoördinator

Het aannemen van een tweede coördinator zal voor de zomer van 2009 plaats moeten vinden om de procedures in mei 2010 te hebben (her)schreven.

D. Tijdig komen tot afspraken binnen de A12-groepering

In juni 2009 zal er overeenstemming moeten worden bereikt tussen de samenwerkende ziekenhuizen over de verdeling van de procedures. Wanneer dit bekend is kan worden gestart met het schrijven van de procedures. Wanneer dit proces wordt vertraagd kan het mogelijk zijn dat de streefdatum voor invoering van de prestatie-indicatoren niet kan worden behaald, doordat de procedures niet op tijd zijn (her)schreven.

Hoofdstuk 10 De consequenties

In dit hoofdstuk zullen de consequenties op het gebied van personeel, organisatie en financiën worden besproken die de invoering van de 4 prestatie-indicatoren van het VMS met zich meebrengen voor de medewerkers van MI, de kwaliteitscoördinator, het Hoofd van MI en de afdeling MI.

In dit hoofdstuk zal de volgende subvraag worden beantwoord: *"Wat zijn de personele, organisatorische en financiële consequenties bij invoering van de 4 prestatie-indicatoren van het veiligheidsmanagementsysteem?"*

10.1 Personele consequenties

De medewerkers van de afdeling MI zullen bij de invoering van de prestatie-indicatoren te maken krijgen met meer handelingen bovenop de dagelijkse werkzaamheden. Zo zullen zij de risicoclassificatie op de apparatuur moeten gaan uitvoeren. Tevens zullen zij getraind gaan worden in de omgang met de nieuwe risicoclassificatiesoftware, het Veilig Incidenten Melden en op de hoogte worden gebracht van de nieuwe procedures. Als laatste zullen de medewerkers met regelmaat op cursus gaan.

De kwaliteitscoördinator krijgt er een taak bij. Zij zal namelijk de procedures en protocollen met betrekking tot het VMS moeten gaan (her)schrijven en op de naleving ervan gaan controleren. Daarnaast zal de coördinator vaker overleg moeten gaan hebben met de afdeling Kwaliteit en Veiligheid en het Hoofd van MI.

Het Hoofd van MI zal door de invoering van het VMS meer informatie aan de Raad van Bestuur door middel van kwartaalrapportages moeten gaan overhandigen. Tevens zal het Hoofd van MI draagvlak moeten gaan creëren voor het VMS door de medewerkers te betrekken bij de verandering en hen te motiveren. Als laatste zal er één medewerker op de afdeling MI moeten worden aangenomen.

10.2 Organisatorische consequenties

Op het strategische niveau zullen er diverse wijzigingen moeten plaatsvinden door de invoering van het VMS. Zo dient er op strategisch niveau een missie met betrekking tot veiligheid te worden opgesteld. Zal de Raad van Bestuur, indien nodig, voldoende middelen (geld) moeten vrijmaken voor de implementatie van de prestatie-indicatoren op de afdeling MI en zal deze meer betrokkenheid moeten tonen.

Op het tactische niveau dient er aan de prestatie-indicatoren invulling te worden gegeven. Dit betekent dat de kwaliteitscoördinator de (her)schreven procedures zal moeten gaan doorvertalen naar de afdeling MI. Om dit mogelijk te kunnen maken naast de dagelijkse werkzaamheden zal er een tweede kwaliteitscoördinator moeten worden aangenomen. Daarnaast zal het VMS geïntegreerd worden in de bestaande certificering, de ISO 9001:2000, op de afdeling T&G en zal het documentbeheersysteem gebruiksvriendelijker moeten worden gemaakt.

Het Hoofd van MI zal het bestaande trainingsplan, gebruik- en onderhoudsprotocol moeten gaan aanpassen om de veiligheid van de apparatuur te vergroten. Daarnaast zal er in samenwerking met de afdeling inkoop een servicecontract moeten worden afgesloten voor de aanschaf van apparatuur.

Als laatste zal er één werkgroep omtrent het VMS gecreëerd moeten worden.

Op het operationele niveau zullen de werkwijzen van de medewerkers worden aangevuld met de procedures die aan het VMS verbonden zijn. Daarnaast zal er een nieuwe medewerker voor één jaar op de afdeling MI worden aangesteld voor het ondersteunen van de dagelijkse werkzaamheden en het inventariseren en invoeren van de risico's van de apparatuur. Als laatste zal er twee maal per maand werkoverleg worden ingesteld om de medewerkers met de nieuwe procedures en protocollen bekend te maken, hen te motiveren en betrokken te laten voelen in het veranderingsproces en wordt er op deze manier draagvlak gecreëerd voor het VMS.

10.3 Financiële consequenties

Om een inschatting te kunnen maken van de kosten en baten van de implementatie van de 4 prestatie-indicatoren op de afdeling MI is er een kosten- en batenanalyse³² gemaakt. De kosten kunnen worden verdeeld in software-, personeelskosten en overige kosten. De kosten zijn gebaseerd op de kosten die in het eerste jaar naar voren zullen komen en zijn afgerond op gehele getallen.

Kosten

Kosten	Totaal
Software	
Aanschaf, implementatie en training softwaresysteem	€ 17.500
Serviceovereenkomst	€ 6.700
Personeelskosten	
Uitvoeren risicoanalyse door eigen medewerkers	€ 39.200
Tweede kwaliteitscoördinator	€ 33.500
Medewerker Medische Instrumentatie voor 1 jaar	€ 31.800
Kosten Hoofd MI voor het opstellen van rapportages	€ 1.600
Kosten aanpassen procedures aan de eisen van het VMS	€ 22.880
Kosten personeel 2 wekelijkse bijeenkomst	€ 7.680
Overig	
Bijeenkomsten A12-groepering	€ 810
Kosten stagiair	€ 1.156
Totaal	162.826

Software

De aanschaf en implementatie van de software en om de medewerkers te laten trainen met de software is in één totaal pakket aangeschaft en bedraagt €17.500³³. De software dient continu te worden geupdate en onderhouden. Hiervoor is een serviceovereenkomst afgesproken. De kosten van deze overeenkomst bedragen €6.700³³ per jaar.

Personeelskosten

- Voor het uitvoeren van de risicoanalyse is in totaal 980 uur aan mankracht nodig. De medewerkers van MI gaan zelf de risico's inventariseren. De kosten hiervan bedragen: 980 uur x €40,-³⁴ = €39.200.
- Het jaarsalaris voor het aanstellen van een kwaliteitscoördinator (36 uur) voor het VMS bedraagt €33.500³⁴.
- Het jaarsalaris van één medewerker voor de afdeling MI (36 uur) bedraagt €31.800³⁴.
- Het Hoofd van MI dient elk kwartaal te gaan rapporteren aan de Raad van Bestuur. Het opstellen van één rapportage neemt ±10 uur in beslag. Jaarlijks komen de kosten van de rapportage neer op: 10 uur x 4 keer per jaar = 40 uur. 40 uur x €40,- = €1.600.
- De kosten voor het aanpassen van de procedures aan de eisen van het VMS komen neer op (572 uur, zie bijlage 21):

Prestatie-indicator 1 Risicoanalyse: 200 uur á €40,-=	€ 8.000
Prestatie-indicator 2 Gebruiksprotocollen en instructie: 96 uur á €40,-=	€ 3.840
Prestatie-indicator 4 Doeltreffend beheer: 180 uur á €40,-=	€ 7.200
Prestatie-indicator 6 Investeringsbegroting: 96 uur á €40,-=	€ 3.840
	€22.880

³² Mulders, M.: *75 managementmodellen*, model 45. Groningen: Wolters-Noordhoff, 2007. ISBN: 9001605117.

³³ Memo werkgroep Kwaliteit Facilitair Bedrijf 21-07-2008. Betreft: beleid invoering VMS afdeling MI.

³⁴ Bron: Hoofd Bedrijfsbureau Techniek en Gebouwen: beheerder loonkosten afdeling T&G.

- De twee wekelijkse bijeenkomsten zullen worden bijgewoond door de 14 FTE van MI en de twee kwaliteitscoördinatoren. Eén bijeenkomst zal een uur duren. De kosten van één bijeenkomst bedraagt: $16 \text{ FTE} \times €40,- = €640$. In het jaar zullen er 24 bijeenkomsten worden gehouden, waarvan er 12 al maandelijks bestonden. Twaalf bijeenkomsten zijn extra: $12 \times €640 = €7.680$.

Overig

- De kosten van de A12 bijeenkomst op 26 maart jl. bedroegen €270³⁵. Naar verwachting zullen er nog 2 van deze bijeenkomsten dit jaar gaan plaatsvinden. $3 \text{ bijeenkomsten} \times €270 = €810$.
- De kosten van de stagiair om onderzoek te doen naar de prestatie-indicatoren bedroegen maandelijks €289. Het onderzoek heeft 4 maanden geduurd: $4 \text{ maanden} \times €289 = €1.156$.

Totale kosten

De totale kosten van implementatie van de 4 prestatie-indicatoren van het VMS bedragen in het eerste jaar: **€ 162.826**.

Baten

De baten van het VMS zijn niet in geld uit te drukken maar kunnen wel verdeeld worden in materiële en immateriële baten³⁶. De materiële baten kunnen worden uitgedrukt in geld. Immateriële baten zijn voordelen die niet in geld zijn uit te drukken. Bij het VMS is er sprake van immateriële baten: Verbeteren van de kwaliteit van de veiligheid en klanttevredenheid en het aanbieden van een hogere service. De kwaliteit van de veiligheid zal worden verbeterd omdat er continu een coördinator bezig is met het aanpassen van de procedures en controleert op de naleving hiervan. Doordat er nu meer zicht is op de processen zullen fouten minder snel voorkomen waardoor de klanttevredenheid stijgt. Het vastleggen van de procedures zorgt ervoor dat de medewerkers weten hoe te handelen en kunnen op deze manier snel de klant helpen wat leidt tot een hogere service.

Daarnaast zijn er naast het verbeteren van de kwaliteit van veiligheid en klanttevredenheid en het aanbieden van hogere service nog meer baten te benoemen:

- Betere procesbeheersing en meer controle op procedures en protocollen. Hierdoor wordt de kans op fouten verkleind.
- Betere kwaliteit van de af te leveren apparatuur.
- Een risicoverlaging op risicovolle apparatuur.
- De afdeling MI krijgt weer een belangrijke plek in het ziekenhuis.
- Het patiëntvertrouwen zal gaan stijgen. Dit zal op den duur gaan leiden tot meer patiënten voor het MCH.
- Het imago van het MCH zal naar de patiënt, overheid en andere ziekenhuizen toe versterkt worden.
- Het MCH zal voor gekwalificeerd personeel aantrekkelijk worden om voor te werken.
- Het MCH vergroot haar kansen voor subsidies door best practice.
- Certificering van het VMS is een kenmerk voor een professionele bedrijfsvoering.

³⁵ Bron: Catering en Gastenservice Medisch Centrum Haaglanden.

³⁶ Vijn, R.M.: *Kengetallen*. Deventer: Kluwer, 2003. 4^e druk. ISBN: 9013000126.

Literaturopgave

Boeken

- Dam, N. van en Marcus, J.: *Een praktijkgerichte benadering van organisatie en management*. Groningen: Wolters-Noordhoff, 2005. ISBN: 9001210279.
- Bouter, R.F.: *Handleiding voor de afstudeeropdracht 2008-2009*. 14^e druk. Leiden: 2008. ISBN: 9073077096.
- Baarda, D.B. Goede, M.P.M. de en Teunissen, H.: *Basisboek Methoden en Technieken*. Groningen: Stenfort kroeze, 2005. ISBN: 9020731793.
- Cozijnsen, A.J. en Vrakking, W.J.: *Handboek verandermanagement*. Deventer: Kluwer, 2003. ISBN: 9789013002997.
- Mulders, M.: *75 managementmodellen*. Groningen: Wolters-Noordhoff, 2007. ISBN: 9001605117.
- Coumou, C.: *Risicomanagement voor security- en facilitymanagers*. Alphen a/d Rijn: Kluwer, 2003. ISBN: 90130010601.
- Hoogland, W en Dik, R.: *Rapport over rapporten*. Groningen: Wolters-Noordhoff, 2007. ISBN: 9001411848.
- Luis, R, Gómez-Mejía, Balkin, D en Cardy, R.: *Personeelsmanagement*. Amsterdam: Pearson Education Benelux, 2005. ISBN: 904300815.
- Vijn, R.M.: *Kengetallen*. Deventer: Kluwer, 2003. 4^e druk. ISBN: 9013000126.
- van der Bij, H., Broekhuis, M. en Gieskes, J.: *Kwaliteitsmanagement in beweging*. Deventer: Kluwer, 2004. ISBN: 9014080891.

Website`s

- <http://www.medischetechnologie.nl/veiligheidssysteem/systeemopzetten.html>.
- <http://www.vmszorg.nl>.
- <http://www.mchaaglanden.nl/showpage.asp?steID=6&ID=2365>.
- <http://intranet.mchaaglanden.com/showpage.asp?ID=1213>.
- <http://www.rmcbv.nl/images>.
- <http://www2.nen.nl>.
- http://www.12manage.com/methods_stakeholder_mapping_nl.html.
- <http://www.elsevier.nl/web/10202035/Nieuws/Wetenschap/Elsevier-onderzoek-Het-beste-ziekenhuis.htm>.
- [http://www.psy.nl/index.php?id=88&tx_ttnews\[backPid\]=135&no_cache=1&tx_ttnews\[tt_news\]=1728](http://www.psy.nl/index.php?id=88&tx_ttnews[backPid]=135&no_cache=1&tx_ttnews[tt_news]=1728)
- http://www.fvib.be/images/res123995_29.pdf
- <http://www.mdweekly.nl/907701/veiligheid-in-zorg-staat-onder-druk>
- <http://www.managementkennisbank.nl/NL/zorg-verandermanagement/kwaliteit-prestatie-indicatoren-zorg>

Artikelen

- Willems, R. Shell Nederland: *'Hier werk je veilig of hier werk je niet'*. Sneller beter- De veiligheid in de zorg. Eindrapportage, November 2004.
- Leferink, A. Directeur facilitair bedrijf UMC Utrecht, Patiëntveiligheid als facilitair thema. Facility Managementmagazine november 2006.
- Vakblad voor Facility Management en Medische technologie: FMT gezondheidszorg. Uitgave februari 2009 en maart 2009.

Brochures

- Indicatoren veiligheidsprogramma voor ziekenhuizen, basisset 2009 (IGZ).
- Praktijkgids risicomanagement voor medische technologie.
- Praktijkgids: Prestatie-indicatoren kwaliteitsborging medische systemen.
- Brochure VMS zorg.

Syllabus

- Samenstelling Genet, C.: *Methoden van onderzoeken van de markt*. Den Haag: 2008. Versie 2009-2010.

- Y, Mante. *Handleiding schriftelijke rapportage*. 2005. Den Haag: Haagse Hogeschool. Versie 2005-2006.

Interne bronnen

- Rob van der Welle, Hoofd Medische Instrumentatie.
- Rishma Roepan, kwaliteitscoördinator Techniek en Gebouwen.
- Hans Huysen, Hoofd van de afdeling Kwaliteit en Veiligheid.
- Guido Roerink, Hoofd Bedrijfsbureau.
- Medewerkers van de afdeling Medische Instrumentatie.

Externe bronnen

- Erasmus MC, Rotterdam: Carol van der Palen (Hoofd Medische Instrumentatie) en Leo Groenendaal (projectleider VMS).
- Bronovo, Den Haag: Henk van der Kamp (Hoofd Medische Instrumentatie).
- Diaconessenhuis, Leiden: Marion Doets (Hoofd Facilitair Bedrijf en tijdelijk Hoofd Medische Instrumentatie).

Overig

- Nederlandse technische afspraak (NTA) 8009. *Veiligheidsmanagementsysteem voor ziekenhuizen en instellingen die ziekenhuiszorg verlenen*. Mei 2007.
- Nederlands Normalisatie-instituut: Nederlandse norm NEN-EN-ISO 9001:2000.
- Jaarverslag Medisch Centrum Haaglanden 2007.
- Rapportage Moussa Ahouch januari 2009, stagiair MI: Risicoclassificatie toegepast.
- Documentbeheersysteem.
- Handboek: NIAZ- accreditatie;
Afdeling Techniek en Gebouwen.

Lijst van afkortingen

DKS	Documentbeheersysteem
FO	Front-office
FTE	Fulltime- eenheden
GGF	Gebouw Gebonden Functies
HKZ	Harmonisatie Kwaliteitszorg Ziekenhuizen
IGZ	De inspectie voor de gezondheidszorg
ISO	International Organization for Standardization - Internationale kwaliteitsnorm
KPI	Kritische Prestatie-indicator
KSF	Kritische succesfactor
NIAZ	Nederlands Instituut voor Accreditatie Ziekenhuizen
NTA	Nederlands technische afspraak
NVKF	Nederlandse Vereniging voor Klinische Fysica
MCH	Medisch Centrum Haaglanden
MI	Medische Instrumentatie
MIP	Meldingscommissie Incident Patiëntenzorg
PI	Prestatie-indicator
PRISMA	Prevention and Recovery Information System for Monitoring and Analysis - Softwareprogramma voor risicoclassificatie
RvB	Raad van Bestuur
SLA	Service Level Agreement
T&G	Techniek en Gebouwen
VIM	Veilig Incidenten Meldingssysteem
VMS	Veiligheidsmanagementsysteem
QMT	Quality for Medical Technology

Veiligheidsmanagementsysteem

'Een nieuw kwaliteitssysteem binnen de zorg'



BIJLAGEN

Definitieve adviesrapportage

26 mei 2009

Veiligheidsmanagementsysteem

'Een nieuw kwaliteitssysteem binnen de zorg'

BIJLAGEN

Definitieve adviesrapportage *26 mei 2009*

Haagse Hogeschool
Afdeling Facility Management
Johanna Westerdijkplein 75
2521 EN Den Haag

Opdrachtgever:

Dhr. R. van der Welle
Hoofd Medische Instrumentatie
Medisch Centrum Haaglanden
Lijnbaan 32
2512 VA Den Haag

Docentbegeleider:

Mevr. M.C.Th. Harlaar-Oostveen

Medebeoordelaar:

Dhr. R. Lommerse

Onderzoeksperiode:

februari 2009 – mei 2009

Bijlagen overzicht

Bijlage 1: Organogram

1.1 Organogram Medisch Centrum Haaglanden

1.2 Organogram Facilitair bedrijf

1.3 Organogram Afdeling Techniek en Gebouwen

Bijlage 2: Piramide afdeling Techniek en Gebouwen

Bijlage 3: Model van organisatiebesturing

Bijlage 4: Terminologie veiligheidsmanagementsysteem

Bijlage 5: Conversietabellen

Bijlage 6: Aandachtsgebieden medewerkers Medische Instrumentatie

Bijlage 7: Uitwerking interview Rob van der Welle, Hoofd Medische Instrumentatie

Bijlage 8: Uitwerkingen interviews medewerkers Medische Instrumentatie

Bijlage 9: Uitwerking interview Rishma Roepan, Kwaliteitscoördinator

Bijlage 10: Uitwerking interview Hans Huysen, Hoofd Kwaliteit en Veiligheid

Bijlage 11: Uitwerkingen externe onderzoeken

11.1 Erasmus MC, Rotterdam

11.2 Bronovo ziekenhuis, Den Haag

11.3 Diaconessenhuis, Leiden

Bijlage 12: Huidige vorm van rapportage aan de Raad van Bestuur

Bijlage 13: Nieuwe vorm van rapportage aan de Raad van Bestuur

Bijlage 14: Documentbeheersysteem

Bijlage 15: Zelfevaluatie-rapport

Bijlage 16: Actiepunten Medische Instrumentatie

Bijlage 17: Uitnodiging en presentatie VMS 26 maart 2009

Bijlage 18: Procedure aanschaf apparatuur

Bijlage 19: Rapport Commissie Kwaliteit: Processtappen prestatie-indicatoren

Bijlage 20: Beknopte weergaven prestatie-indicatoren

Bijlage 21: Schematische weergave processtappen

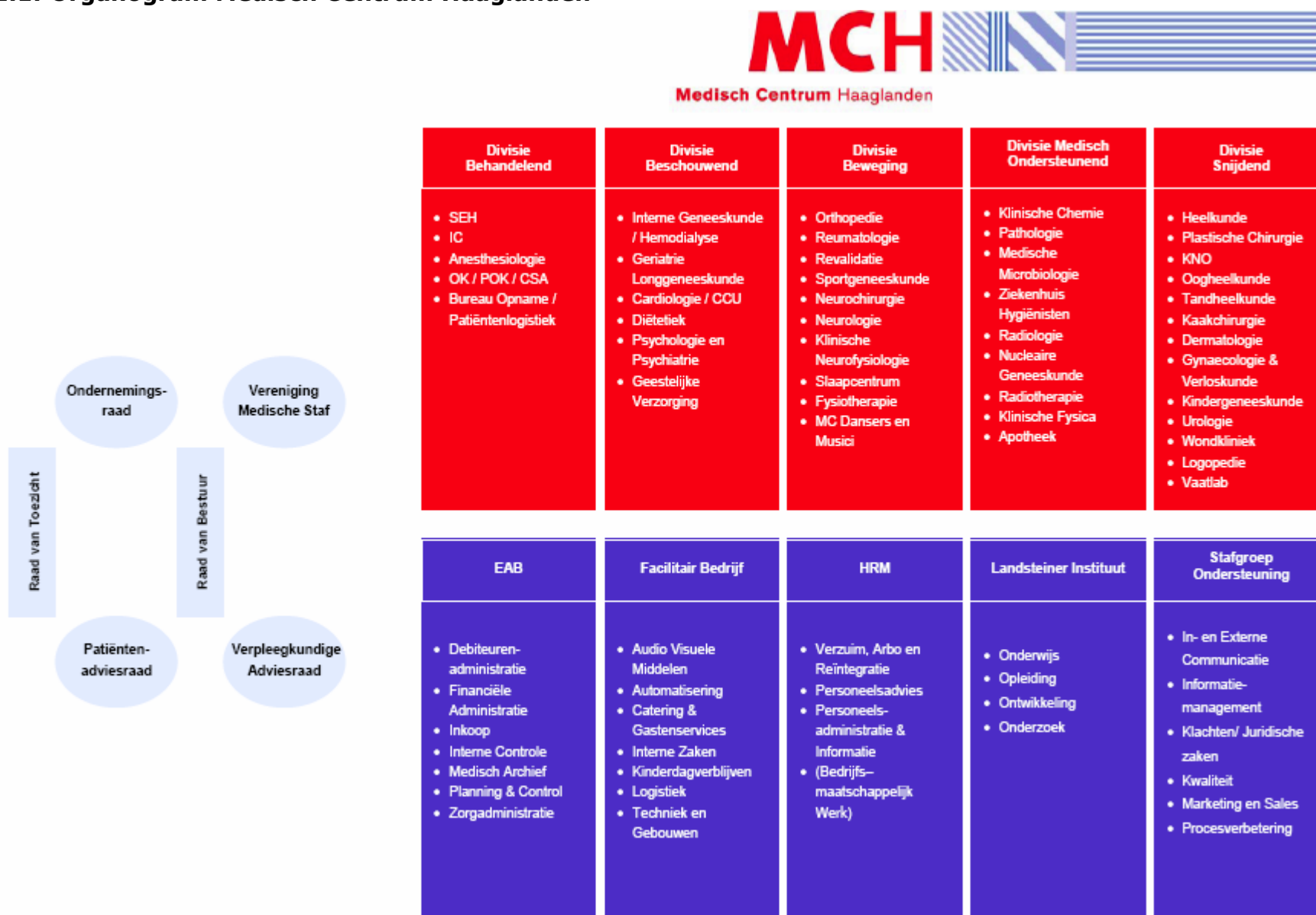
Bijlage 22: Processtappen organisatorisch, personeel en financieel

Bijlage 23: Raamwerk conversietabellen NTA en ISO 9001

Bijlage 24: Plan van aanpak

Bijlage 1: Organogram

Bijlage 1.1: Organogram Medisch Centrum Haaglanden

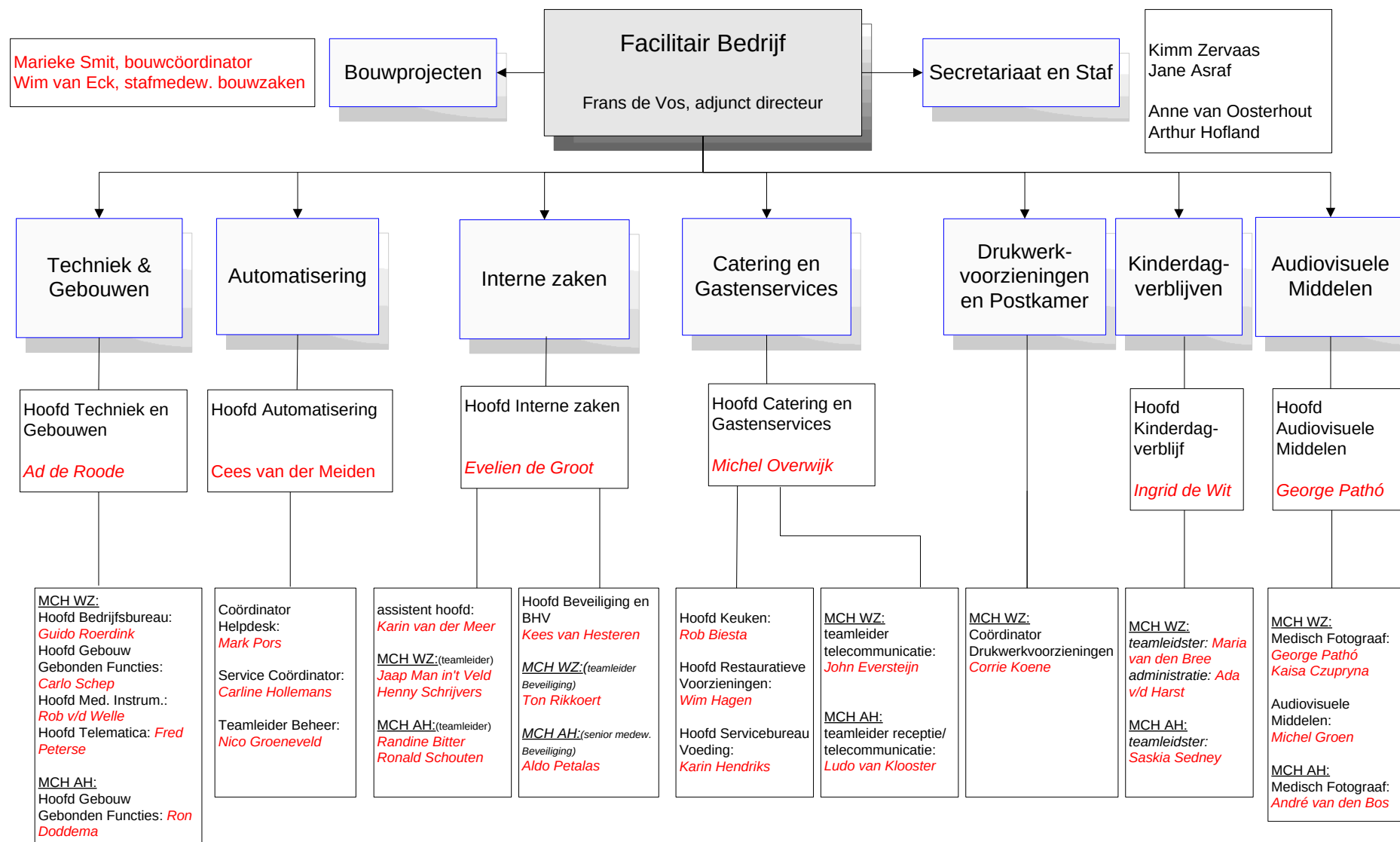


Bijlage 1.2: Organogram Facilitair bedrijf

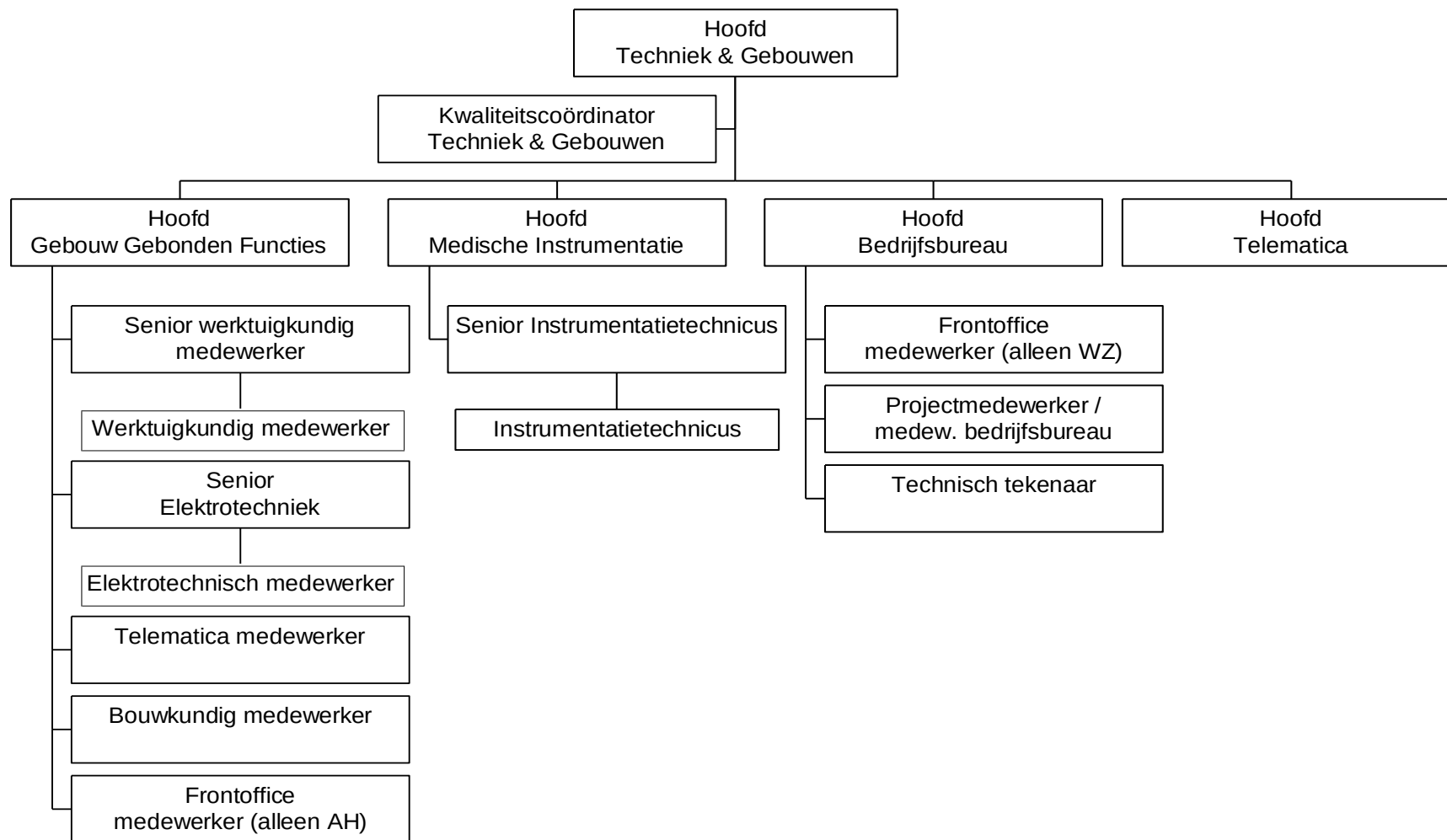


Organogram Facilitair Bedrijf

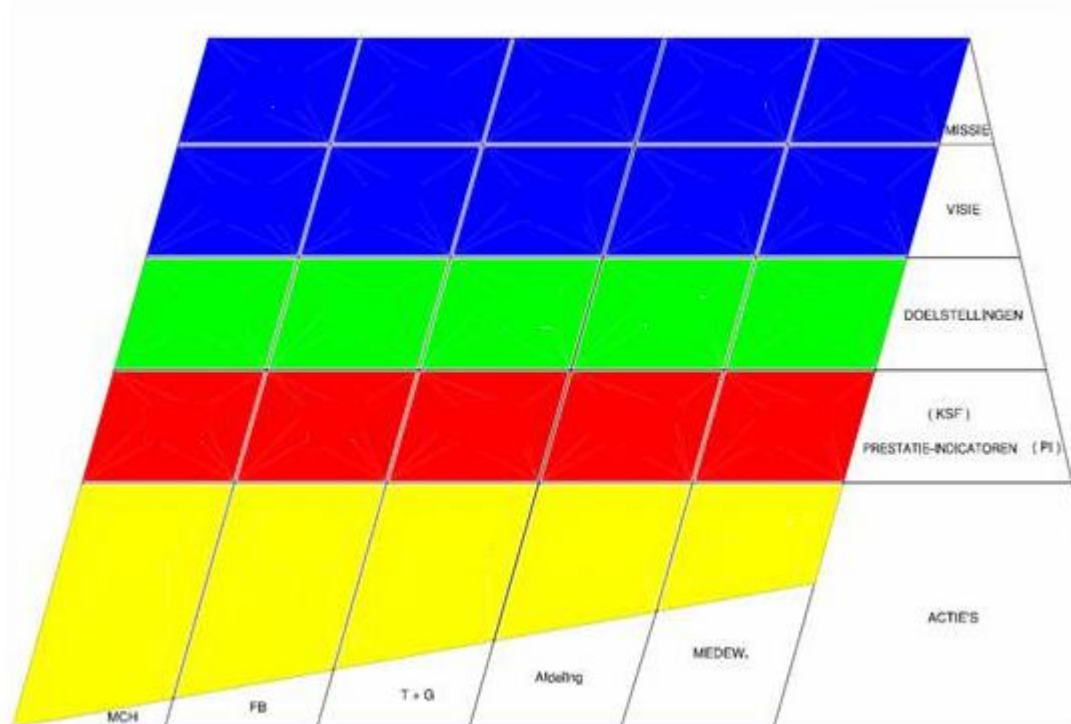
Mei 2008



Bijlage 1.3: Organogram Techniek en Gebouwen



Bijlage 2: Piramide afdeling Techniek en Gebouwen



Missie

Missie Medisch Centrum Haaglanden

Het Medisch Centrum Haaglanden verleent hoogwaardige en vernieuwende zorg. Het aanbod van specialistische en topklinische functies is toegankelijk voor iedereen in de Haagse regio. Ze werken samen met andere instellingen om de patiënt een volledig zorgaanbod te kunnen bieden. De NIAZ-accreditatie waaraan ze werken, waarborgt de kwaliteit.

Patiënten en medewerkers zijn de kern van de decentrale organisatie. De medewerkers werken patiëntgericht, professioneel en stimuleren elkaar. Kwaliteit en innovatie zijn belangrijke pijlers. Het MCH is een ziekenhuis met medisch-specialistische opleidingen en andere gezondheidszorgopleidingen. Kwaliteit en innovatie zijn bepalend voor de zorg en dienstverlening. Vanuit een gezonde financiële structuur werkt het MCH patiëntgericht, doeltreffend en doelmatig.

Missie Facilitair bedrijf

Het Facilitair bedrijf van het MCH wil zorgen voor ondersteunende dienstverlening van het MCH op het gebied van huisvesting, onderhoud van (medische) apparatuur en installaties, infrastructuur, huishouding, veiligheid, voeding, kinderopvang en logistiek om zodanig de continuïteit van het zorgproces te waarborgen.

Missie Techniek en Gebouwen en Medische Instrumentatie

De missie van T&G is afgeleid van de missie van het Facilitair bedrijf. Zo wil de afdeling T&G op het gebied van (medische) apparatuur en installaties de continuïteit van het zorgproces waarborgen door het uitvoeren van onderhoud.

Visie

Visie Medisch centrum Haaglanden

Het leveren van ziekenhuiszorg van topkwaliteit, vakbekwaam en toegewijd, aan iedereen die dat nodig heeft

Visie Facilitair bedrijf

Het Facilitair bedrijf wil klantgericht en marktconform werken en zodanig een toegevoegde waarde leveren aan de doelen van het ziekenhuis.

Visie Techniek en Gebouwen en Medische Instrumentatie

De visie van Techniek en Gebouwen en MI is gelijk aan die van het Facilitair bedrijf.

Visie medewerkers

Goed in je vel = hogere prestaties en creativiteit.

Doelen

Doelen Medisch Centrum Haaglanden

- Regionale positionering van het MCH gericht op het garanderen van hoogwaardige medisch-specialistische zorg en top(poli)klinische zorg;
- Substitutie en zorgvernieuwing gericht op verschuiving van klinische zorg naar dagbehandeling, poliklinische zorg en eerstelijnszorg;
- Doelmatigheid door efficiëntere bedrijfsvoering gericht op kostenbeheersing;
- Intensiveren van het kwaliteitsbeleid met aantoonbare resultaten, zoals het realiseren van het ziekenhuisbrede NIAZ-accreditatie.

Doelen Facilitair bedrijf

- Realiseren van een klantgerichte instelling bij alle medewerkers van het Facilitair bedrijf: dit betekent:
 - "afspraak is afspraak"
 - klantgericht
 - resultaatgericht
- Realiseren van een voor iedereen duidelijke facilitaire organisatie met een heldere communicatie.
- Beschikken over deskundige en betrokken medewerkers en werken aan teambuilding.
- Op de meest doelmatige wijze tegen verantwoorde kosten beschikbaar hebben en houden van producten en diensten van het Facilitair bedrijf.

Doelen Techniek en Gebouwen

1. Techniek en Gebouwen wil zich zowel naar haar interne klanten als naar haar externe klanten profileren als een meedenkende, klantgerichte partner;
2. Techniek en Gebouwen wil zorgen voor de optimale inzetbaarheid van de technische infrastructuur en het technische beheer van alle medische apparatuur in het Medisch Centrum Haaglanden;
3. Binnen Techniek en Gebouwen wordt de zorg voor kwaliteit gekenmerkt door preventie van klachten;
4. Een professioneel aanzien verwerven door het leveren van goede kwaliteit en service door betrokken en deskundige medewerkers.

Doelen van de afdelingen van Techniek en Gebouwen

De doelen van de afdeling Techniek en Gebouwen zijn als volgt:

- Competentiemanagement;
- Leiderschap met passie;
- Service en patiënten logistiek;
- Veiligheidsmanagement en effectiviteit;
- Efficiency;
- Bouw en renovatie.

Doelen medewerkers

De opgestelde doelen voor de medewerkers hebben betrekking op het continue ontwikkelen van de kennis en vakbekwaamheid van de medewerkers:

- Opstellen van persoonlijke ontwikkelingsplannen;
- Competentiemanagement;
- Voeren van jaargesprekken.

Prestatie-indicatoren

De kwaliteitsdoelstellingen zijn de prestatie-indicatoren die door MCH zijn opgesteld. Daarnaast kennen de afdeling Techniek en Gebouwen en Medische Instrumentatie ook eigen prestatie-indicatoren gericht op het eigen bedrijfsonderdeel.

Medisch Centrum Haaglanden

De prestatie-indicatoren en bijbehorende KSF (kritische succesfactoren) zijn MCH breed opgesteld:

	Resultaat	Prestatie Indicator	Realisatie	Norm	Vorig jaar
1.	Kostenbeheersing	Financieel: Realisatie vs budget procentueel		0%	
		Personeel: Realisatie vs budget procentueel		3%	
	Medewerker waardering	Prestatie Indicator	Realisatie	Norm	Vorig jaar
2.	Tevredenheid	% ziekteverzuim		4,8%	
		% verloop op maandbasis		1%	
		Medewerkerstevredenheidsonderzoek 1 per unit / jaar		1	
	Klantwaardering	Prestatie Indicator	Realisatie	Norm	Vorig jaar
3.		Klanttevredenheidsonderzoek		1	
4.		Klachten		8	
	Proces	Prestatie Indicator	Realisatie	Norm	Vorig jaar
5.	Kwaliteit	Kwaliteitsaudits (1 per unit)		0	
	Personeel	Prestatie Indicator	Realisatie	Norm	Vorig jaar
6.	Flexibiliteit	% tijdelijke contracten		8%	
7.	Personele aandacht	% jaargesprekken		85%	

Een stafmedewerker van het Facilitair bedrijf verzamelt de input van de prestatie-indicatoren MCH voor de verschillende bedrijfsonderdelen binnen het Facilitair Bedrijf. Maandelijks ontvangt T&G een rapportage waarin de MCH brede prestatie-indicatoren besproken worden.

Facilitair bedrijf

De prestatie-indicatoren van het Facilitair bedrijf zijn afgeleid van de prestatie-indicatoren van het MCH breed.

INK	Prestatie Indicator	Kengetal	Doel 2006
1 Resultaat			
	Kostenbeheersing	Financieel: % realisatie vs budget	0 %
		Personeel: % realisatie vs budget	3%
2 Medewerker			
		% ziekteverzuim	5,0 %
	Tevredenheid	% verloop op maandbasis	6,0%
		medewerkerstevredenheidsonderzoek	*
3 Klantwaardering			
		Klanttevredenheidsonderzoek	7,8%
		Klachten ¹ via klachtenfunctionaris	10
4 Management van processen			
	Kwaliteit	Kwaliteitsaudit MCH (1 per unit) / NIAZ	5
5 Personeel			
	Flexibiliteit	% tijdelijke contracten	5 %
	Personele aandacht	% jaargesprekken	85 %

Techniek en Gebouwen

De kwaliteitscoördinator T&G verzamelt de input ten behoeve van de prestatie-indicatoren T&G. Deze prestatie-indicatoren zijn specifiek gericht op het T&G en worden per kwartaal besproken. Op basis van de resultaten van de directiebeoordeling worden de prestatie-indicatoren en het activiteitenplan geëvalueerd en indien nodig bijgesteld. Zo kunnen bepaalde prestatie indicatoren vervallen en kunnen nieuwe worden benoemd.

	INK resultaatgebied	Prestatie Indicator	Kengetal	1^e kw 2009	2^e kw 2009	3^e kw 2009	4^e kw 2009	Norm 2008	Norm 2009	Norm 2010
1	Medewerker Waardering									
2	Maatschappij Waardering									
3	Klant Waardering									
4	Management van processen									
5	Leverancier Waardering									

De prestatie-indicatoren van T&G zijn afgeleid van de indicatoren die MCH breed zijn opgesteld. De afdeling T&G dient de indicatoren voor de afdeling zelf bij te houden en te monitoren.

Medische Instrumentatie

De prestatie-indicatoren die opgesteld zijn voor de afdeling MI zijn gericht op de (onderhoud) werkzaamheden zoals de medewerkers deze uitvoeren. Het aantal uit te voeren (onderhoud) werkzaamheden en de hierbij behorende doorlooptijd kunnen als de belangrijkste indicator worden beschouwd.

Kritische succesfactor	Prestatie Indicator	Doel	Werkelijk
Preventief onderhoud	Doorlooptijd		
	Aantal Ultimo bonnen open / gesloten		
Correctief onderhoud	Doorlooptijd		
	Aantal Ultimo bonnen open / gesloten		
Verbouwing, uitbreiding en aanschaf			
(fase 1: opdracht / wens)	Juiste formulering behoefte (fase 1)		
(fase 2: goedgekeurde projecten)	Naleving afspraken tijd (fase 2)		
	Juiste gegevens gedefinieerd (fase 2)		
(fase 3: projectplan)	Uitvoering volgens afspraak (fase 3)		
	Planning volgens projectplan (fase 3)		
	Binnen budget (fase 3)		
	Klanttevredenheid (fase 3)		

De afdeling MI informeert elk kwartaal de Raad van Bestuur over de indicatoren 'investeringsbegroting' en 'jobs periodiek achterstallig onderhoud'. De Raad van Bestuur is alleen geïnteresseerd in deze indicatoren omdat deze het beste weergeven hoe de werkzaamheden op de afdeling MI verlopen.

Acties

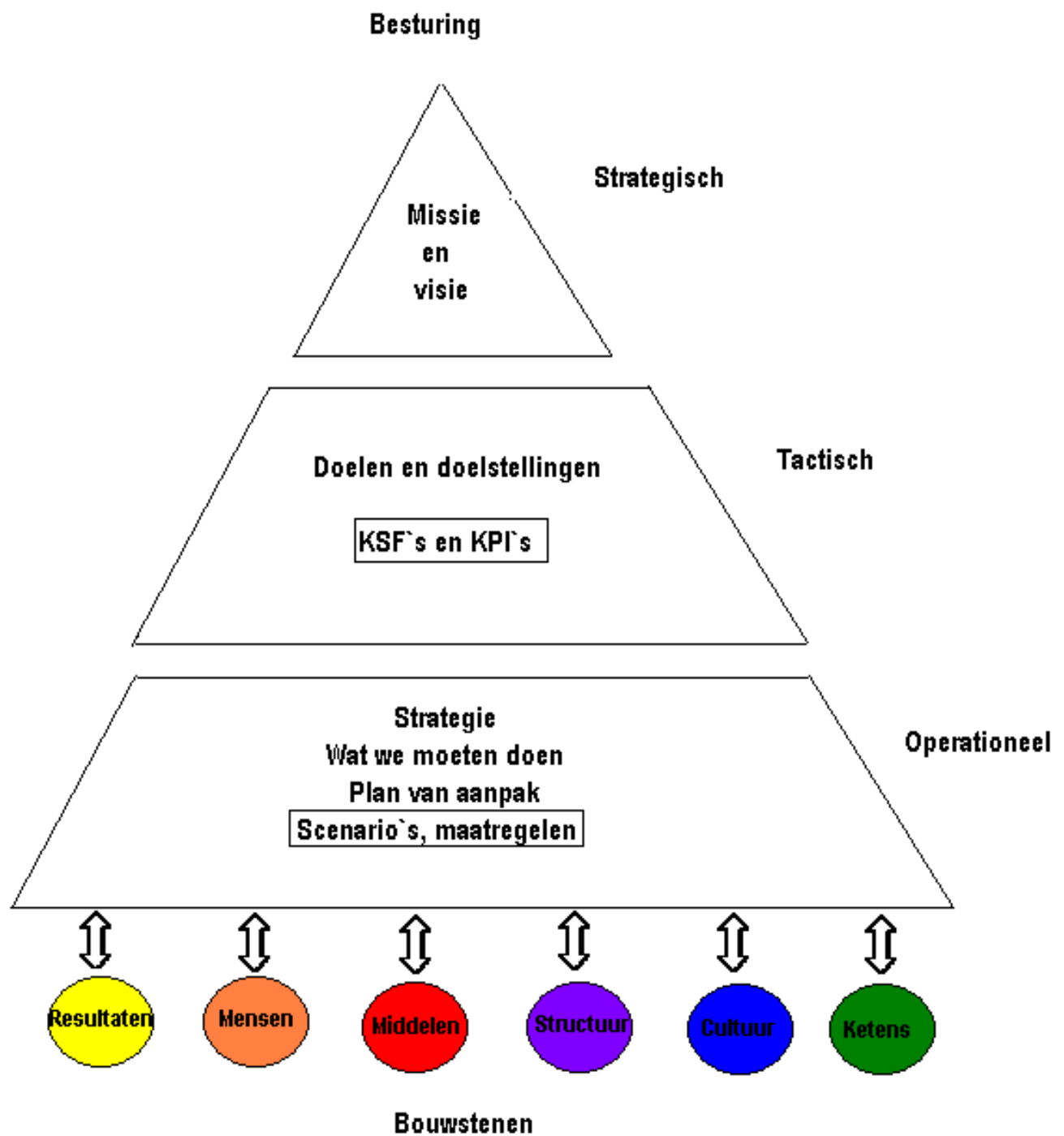
Acties Techniek en Gebouwen

Invoering van het veiligheidsmanagementsysteem voor de afdeling MI.

Acties medewerkers

Omschakeling tot het veiligheidsmanagementsysteem.

Bijlage 3: Model van organisatiebesturing



Bijlage 4: Terminologie veiligheidssysteem

Wanneer er wordt gesproken over de begrippen veiligheid, risico's en risicomanagement dient hierover overeenstemming te zijn over de te hanteren terminologie:

- **Patiëntveiligheid**

Het (nagenoeg) ontbreken van (de kans op) schade aan de patiënt ontstaan door het niet volgens de professionele standaard handelen van hulpverleners en/of door een tekortkoming van het zorgsysteem.

- **Incident**

Een onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de patiënt heeft geleid of zou kunnen leiden.

- **Bijna-incident (incident zonder schade)**

Een onbedoelde gebeurtenis ontstaan door het onvoldoende handelen volgens de professionele standaard en/of tekortkomingen van het zorgsysteem, die niet nadelig is voor de patiënt omdat de gevolgen op tijd zijn onderkend en gecorrigeerd, of waar de gevolgen niet van invloed zijn op het fysiek, psychisch of sociaal functioneren van de patiënt.

- **Onbedoelde gebeurtenis met schade**

Een onbedoelde gebeurtenis ontstaan door het onvoldoende handelen volgens de professionele standaard en/of tekortkomingen van het zorgsysteem met schade voor de patiënt zodanig ernstig dat er sprake is van tijdelijke of permanente beperking en/of een verlengd verblijf of overlijden.

- **Calamiteit**

Een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis in de gezondheidszorg, die tot de dood of een ernstig schadelijk gevolg voor een patiënt heeft geleid, optredende bij een medische, verpleegkundige of verzorgende handeling of bij de toepassing van een product of apparaat in de gezondheidszorg danwel voortkomend uit een kwaliteitsafwijking van een product of apparaat dat toepassing vindt in de gezondheidszorg.

- **Risico**

Een functie van de mogelijkheid op een ongewenst effect en de grootte van dat effect, voortvloeiend uit geva(a)r(en).

- **Effect**

Met het Effect wordt het nadelig effect (ook wel schade) bedoeld dat we trachten te vermijden of anders beperkt te houden. In het kader van risicomanagement ligt het meer voor de hand te spreken van schade, met een duidelijk negatieve betekenis, in plaats van het meer neutrale woord effect. Bij schade kan naast letselschade ook gedacht worden aan materiële schade en imagoschade.

- **Risicoanalyse**

Een proces dat bestaat uit drie componenten: risicoschatting, risicomanagement en risicocommunicatie.

- **Incidentmelding**

Een schriftelijk bericht over een incident, product of apparaat dat toepassing vindt in de gezondheidszorg of het handelen van het bij dat product of apparaat betrokken bedrijf.

Bijlage 5: Conversietabellen

Tabel 1– Conversietabel vanuit NTA 8009:2007 *Veiligheidsmanagementsysteem voor ziekenhuizen en instellingen die ziekenhuiszorg verlenen* naar de NIAZ *Kwaliteitsnorm zorginstellingen*, het HKZ *Basisschema voor kwaliteitsmanagementsystemen* en de norm ISO 9001:2000 *Kwaliteitsmanagementsystemen - Eisen*

NTA 8009:2006	ISO 9001:2000	HKZ basisschema voor kwaliteitsmanagementsystemen ¹	NIAZ Kwaliteitsnorm Zorginstelling ²
3 Verantwoordelijkheid Raad van Bestuur			
3.1 Eindverantwoordelijkheid, beleid, doelstellingen, implementatie VMS	4.1 Algemene eisen 5.1 Betrokkenheid van de directie 5.3 Kwaliteitsbeleid 5.4.1 Kwaliteitsdoelstellingen 6.1 Beschikbaar stellen van middelen	4.1 Beleid en doelstellingen 4.2 Kwaliteitsmanagementsysteem 4.3 Directieverantwoordelijkheid 4.7 Continu verbeteren 5.6 Professioneel handelen 8.2 Uitbesteding aan derden 9.1 Documentatie Kwaliteitsmanagementsysteem; Algemeen	1 Leiderschap 2 Strategie en beleid 3 Management van medewerkers 4 Management van middelen Verbeteren en vernieuwen
3.2 Integratie patiëntveiligheidsbeleid	5.3 Kwaliteitsbeleid	4.1 Beleid en doelstellingen	1 Leiderschap 2 Strategie en beleid
3.3 Systematische monitoring, rapportage, analyse en verbetering	8.1 Meting, analyse en verbetering - Algemeen	4.2 Kwaliteitsmanagementsysteem 4.5 Meten 4.7 Continu verbeteren	1 Leiderschap 2 Strategie en beleid 6 Waardering door patiënten en klanten 7 Waardering door medewerkers 8 Waardering door maatschappij 9 Eindresultaten Verbeteren en vernieuwen
3.4 Omgaan met informatie mbt patiëntveiligheid	4.2.4 Beheersing van registraties Ook relatie met 4.2 en 5.5.3	9.4 Beheersing van registraties	2 Strategie en beleid 6 Waardering door patiënten en klanten 7 Waardering door medewerkers 8 Waardering door maatschappij 9 Eindresultaten

¹ De aangegeven thema's zijn de thema's waaraan de betreffende onderdelen van de NTA kunnen worden gekoppeld. Op dit moment is HKZ bezig om veiligheid nadrukkelijker op te nemen in het basisschema. Zodra het nieuwe basisschema is aangepast, wordt deze tabel aangepast en op de website geplaatst.

² De aangegeven organisatie en/of resultaatgebieden geven de plaats aan om de betreffende onderdelen van de NTA te koppelen. Soms is een directe verbinding al zichtbaar in de criteria. Met de revisie van het normenkader van het NIAZ wordt veiligheid nog meer zichtbaar in het NIAZ referentiekader.

Bijlage 6: Aandachtsgebieden medewerkers Medische Instrumentatie

Westeinde

Senior instrumentatietechnicus
Senior instrumentatietechnicus
Senior instrumentatietechnicus
Instrumentatietechnicus
Instrumentatietechnicus
Instrumentatietechnicus
Instrumentatietechnicus
Instrumentatietechnicus

Heye
Dietz
Van Wijk
Brouwer
Schrurs
Groen
Laarman
Popken

Antoniushove

Senior instrumentatietechnicus
Instrumentatietechnicus
Instrumentatietechnicus
Instrumentatietechnicus

Brouwer
de Bruijn
Groeneveld
van de Wal

Cluster I

Seniormedewerker Dietz

Afdelingen

Intensive Care Unit
Coronary Care Unit
Operatiekamers
Spoed Eisende Hulp
Gynaecologie/ Verloskunde
Kinderafdeling
Stroke unit

Medewerkers

Brouwer, Dietz, **Schrurs**, Van Wijk
Dietz, Heye, **Schrurs**
Brouwer, Dietz, **Groen**, Van Wijk
Dietz, Groen, **Schrurs**, Popken
Dietz, Groen, **Schrurs**, Van Wijk, Popken
Brouwer, Dietz, **Schrurs**, Van Wijk
Dietz, Heye, **Schrurs**

Cluster II

Seniormedewerker Heye

Afdelingen

Longfunctie
Hartfunctie
Klinische neurofysiologie
Slaapcentrum
Vaatlabor
Refractiecentrum
Radiodiagnostiek
Hemodialyse
Klinisch Chemisch Lab
Nucleaire Geneeskunde
Klinische Fysica

Medewerkers

Heye, **Schrurs**
Dietz, Heye, **Schrurs**
Dietz, Heye, **Schrurs**
Dietz, Heye, **Schrurs**
Brouwer, Heye, **Schrurs**
Groen, **Van Wijk**, Popken
Dietz, Laarman, Van Wijk, Popken
Heye, Laarman, Popken
Dietz, **Heye**, van Wijk
Dietz, Heye
Heye

Cluster III

Seniormedewerker van Wijk

Afdelingen

Verpleegafdelingen (algemeen)
Verpleegafdelingen (medische gassen)
Poli Gynaecologie
Poli Urologie
Sprak en Gehoorfunctie
Poli Dermatologie
Poli Plastische Chirurgie
Poli Kaakchirurgie
Poli Tandheelkunde
Poli Oogheelkunde (ook Refractiecentrum)
Poli KNO

Medewerkers

Dietz, Groen, **Van Wijk**, Popken
Groen, **Popken**
Laarman, **Schrurs**, Van Wijk
Brouwer, Dietz, Van Wijk
Brouwer, Dietz
Heye, Van Wijk
Heye, Van Wijk
Laarman, Van Wijk
Laarman, Van Wijk
Brouwer, Groen, Laarman, **van Wijk**
Brouwer, Groen, Laarman, **van Wijk**

Bijlage 7: Uitwerking interview Rob van der Welle, Hoofd Medische Instrumentatie

Gesprek: Rob van der Welle, Hoofd Medische Instrumentatie

1. Wat is uw functie en wat houdt deze in?

Ik ben het Hoofd van de afdeling Medische Instrumentatie (MI) in het MCH. Dit betekent dat ik de medewerkers (12 FTE) van MI aanstuur, coördineer en het aanspreekpunt ben van de afdeling.

2. Hoe zijn de werkzaamheden verdeeld op de afdeling MI?

De werkzaamheden zijn verdeeld naar aandachtsgebied. De afdelingen zijn verdeeld in clusters waar een Senior kleine coördinerende werkzaamheden over heeft. Op deze manier heeft iedere medewerker zijn eigen afdelingen.

3. Bent u tevreden met de manier waarop de werkzaamheden verdeeld zijn?

De manier waarop de werkzaamheden zijn verdeeld hebben hun voor en nadelen. Het voordeel is dat er één aanspreekpunt is voor elke afdeling. Het nadeel is dat ieder zijn eigen 'eilandje' heeft op deze manier. Tevens is het zo dat bij een tekort aan personeel de aandachtsgebieden verdeeld worden over de medewerkers en dit is soms een beetje scheef. De ene medewerker heeft op deze manier meer taken dan een ander.

4. Op welke wijze worden de resultaten van de medewerkers (en van u) beoordeeld m.b.t. het volgen van veiligheidsprocedures etc.?

De resultaten van de medewerkers worden beoordeeld door weekrapportages die ik uitdraai. Deze rapportages geven weer hoeveel onderhoud er is uit gevoerd, hoeveel onderhoud er nog uitgevoerd moet worden e.d. Deze rapporten kan ik per medewerker uitdraaien maar ook van alle medewerkers samen in één overzicht. De rapportages stuur ik naar het Hoofd van FB, Hoofd van Techniek en Gebouwen en naar de medewerkers.

5. Op welke wijze communiceert u met de medewerkers m.b.t. veiligheid?

Naast de werkoverleggen heb ik geen extra communicatie met de medewerkers over veiligheid. Wel spreek ik mensen soms aan op de werkvloer wanneer ik constateer dat de veiligheid niet juist wordt gehandhaafd. Bij de risicoclassificatie zal er meer over de veiligheid gecommuniceerd gaan worden.

6. Zijn de medewerkers bekend met het veiligheidsmanagementsysteem (VMS)?

De medewerkers zijn globaal bekend met het VMS. Daarmee bedoel ik dat ze de inhoudelijke invulling van het systeem niet kennen. Het VMS is bij de medewerkers bekend geworden door vorige stagiaires. Deze hebben eerder al onderzoek gedaan naar risicoclassificatie en hebben de medewerkers hiervoor benaderd.

7. Zijn de medewerkers bekend met de prestatie-indicatoren?

Nee, de medewerkers zijn hiermee niet bekend. Dit is ook niet nodig omdat de prestatie-indicatoren meer op beleidsmatig niveau een rol spelen. De prestatie-indicatoren zullen naar afdelingsniveau vertaald gaan worden. Dit betekent voor de medewerkers extra werkzaamheden.

8. Ziet u het nut van het VMS in?

Ja, dit draagt bij aan de patiëntveiligheid en dat de medewerkers zich nog bewuster worden van de risico's van apparatuur.

9. Wordt er op dit moment al gewerkt met prestatie-indicatoren op de afdeling MI?

Ja, er wordt op dit moment al gewerkt met prestatie-indicatoren. Deze zijn opgesteld door MI. De medewerkers zijn hiervan niet op de hoogte. Bij de invoering van het VMS zullen de medewerkers wel met de prestatie-indicatoren in aanraking komen.

10. Zijn er eerder op de afdeling MI nieuwe softwaresystemen geïmplementeerd?
Ja, enkele jaren geleden is Ultimo ingevoerd. Dit was echter voor mijn tijd.

11. Hoe kan de veiligheidscultuur op de afdeling MI omschreven worden?
Veiligheid is een onderdeel van het werk en gebeurt nu soms op 'gevoel'. Door middel van de risicoclassificatie zal hier straks een structuur aan worden gegeven en worden vastgelegd.

12. Zijn de medewerkers bereid om trainingen/cursussen te volgen?
Dit is verschillend per medewerker. De één interesseert zich hier meer voor dan een ander, maar de cursus is wel verplicht.

13. Op welke wijze wordt er draagvlak gecreëerd voor de medewerkers?
Draagvlak wordt gecreëerd door één niveau te creëren. Op deze manier kunnen de medewerkers elkaar ondersteunen. Dit niveau wordt gecreëerd door cursussen aan te bieden aan de medewerkers.

14. Welke middelen worden er aangereikt aan de afdeling MI en de medewerkers voor het handhaven van de veiligheid?
Ultimo is één van de middelen die wordt aangereikt voor het hanteren van de veiligheid op de afdeling MI. Ultimo is het systeem waarin de onderhoudsgegevens van apparatuur wordt vastgelegd. Aan de hand van een inventnummer (unieke identificatie van het product) beheerst en registreert MI de apparaten.

Daarnaast zijn er de algemene opleidingen die elke medewerker moet volgen. Basis Medische Techniek A en B is een vereiste. Daarnaast kunnen de medewerkers aanvullende trainingen volgen. Dit kunnen zij zelf ook aanvragen als zij dit zouden willen. Ook worden er speciale cursussen voor veiligheid voor gevorderden aangeboden. Als laatste hebben we de testapparatuur. Deze wordt gebruikt om apparatuur te testen op veiligheid. Ieder apparaat wordt hierop aangesloten bij het periodieke onderhoud en bij nieuwe apparatuur dat binnen komt.

15. Is er een missie/visie op de afdeling MI voor veiligheid? Zo ja, is iedereen hiermee bekend?

Nee, er is geen specifieke missie of visie voor de afdeling MI m.b.t. veiligheid. Wel komt in de strategie van het ziekenhuis het onderdeel 'kwaliteit' naar voren. Dit kan voor de afdeling MI de kwaliteitssystemen inhouden.

16. Is er een plan van aanpak/veiligheidsscenario's voor het realiseren van veiligheid?
De ISO 9001:2000 is het plan van aanpak voor de afdeling MI. Door de ISO 9001 wordt veiligheid gerealiseerd op de afdeling. Daarnaast is er ook het rapport van kwaliteitsborging voor medische apparatuur. Dit rapport is opgesteld door inspecteurs van de overheid voor het MCH.

17. Wie is er eindverantwoordelijk voor de (patiënt)veiligheid op de afdeling?
De eindverantwoordelijke is de Raad van Bestuur. Juridisch gezien kan de medewerker ook aangesproken worden voor het foutief handelen. Echter gebeurt dit niet.

18. Kunnen de medewerkers omgaan met het documentbeheersysteem DKS waar de procedures en protocollen in vermeld staan?
De omgang met het DKS systeem voor de medewerkers vind ik niet zo van belang. De medewerkers hebben voor het grootste gedeelte alleen de procedures nodig die voor hun apparatuur van belang zijn in de vorm van handleidingen die door de leveranciers worden meegestuurd met de apparatuur. Deze staan niet in DKS. Zolang zij deze procedures volgen is dat voor mij voldoende. Wel kan de bekendheid van het DKS vergroot worden maar dan dient DKS eerst overzichtelijker te worden gemaakt.

19. Betekent het VMS een andere werkwijze voor de medewerkers?

Nee, de werkwijze zal voor de medewerkers bij invoering van het VMS niet veel gaan veranderen. Zij zullen alleen extra werkzaamheden boven op hun dagelijkse werk krijgen.

20. Zijn de medewerkers voldoende op de hoogte van het Veilig Incidenten Melden (VIM)?

Ze weten van het bestaan van het VIM maar nog niet alle medewerkers zijn er voldoende van op de hoogte. Dit heeft te maken dat meldingen die MI maakt niet kunnen worden gemeld doordat MI (nog) niet voorkomt in het systeem, en de medewerkers het VIM dus niet kunnen gebruiken. Wanneer dit veranderd is en de procedure voor het gebruik van VIM is gemaakt zal hier meer aandacht aan gaan worden besteed.

21. Denkt u dat er verschillen in de werkwijze en het volgen van procedures zullen zitten tussen de huidige certificeringen en het VMS? Zo ja welke?

Nee, er zijn geen grote verschillen tussen de ISO en het VMS te bekennen. Bij beiden gaat het om het in kaart brengen van processen. Bij het VMS kunnen sommige processen afwijken zoals die bij de ISO 9001 zijn beschreven. Enige aanpassingen aan en/of nieuwe processen zijn dan noodzakelijk.

22. Hoe zit het met de afschrijvingstermijn op de apparatuur?

Op dit moment zit er op de apparatuur nog geen afschrijvingstermijnen verbonden. Apparatuur wordt bij aanschaf direct financieel afgeschreven. Bij invoering van het VMS zal dit wel gaan veranderen. De Raad van Bestuur zal de levensverwachting moeten gaan opstellen en indien nodig ook moeten verleningen. Op dit moment dient er voor nieuwe apparatuur een business case gemaakt te worden, een zogenaamde '0-investering'. Dit betekent dat voor nieuwe apparatuur een aanvraag gedaan moet gaan worden, waarna deze op relevantie en urgentie bekeken gaat worden. Ook zijn er vervangingsaanvragen. Deze aanvragen kunnen gedaan worden wanneer de levenstermijn van apparatuur verloopt en reparatie/onderhoud niet meer kan worden gedaan. De kosten van nieuwe apparatuur zal in de toekomst worden doorberekend aan de patiënt door middel van de invoering van Diagnose Behandeling Combinatie.

23. Wat is de huidige status van het VMS?

De opstart van het VMS is begonnen door het verschijnen van de NTA 8009. Het MCH is één van de 10 pilot- ziekenhuizen dat bijgedragen heeft aan het tot stand komen van de NTA 8009. In de NTA zijn een 5tal basiselementen geformuleerd waaraan 9 prestatie-indicatoren zijn verbonden. Deze basiselementen zijn omgezet in actiepunten voor de afdeling MI. Deze actiepunten geven aan welke stappen er ondernomen moeten worden om tot het VMS op de afdeling MI te komen. Het VMS is een nieuw begrip voor alle ziekenhuizen. Vandaar dat er plannen zijn om in 'A12' verband samen te gaan werken door voor elkaar procedures etc. te schrijven. Onder de A12 worden alle ziekenhuizen verstaan die gelegen zijn de snelweg A12. Door samen te bundelen kan de voortgang van en invulling aan het systeem versneld worden. Als laatste is er afgelopen februari een keuze gemaakt voor het risicoclassificatiesysteem 'Logic'. Wanneer deze geleverd en geïmplementeerd wordt is nog onduidelijk.

24. Betekent de invoering van het VMS een grote financiële impact voor de afdeling MI?

Voor de invoering van het VMS is geen extra budget. Wel kent het VMS een financiële impact op de afdeling. Deze heeft betrekking op de extra handelingen die een medewerker op een apparaat uitvoert. Uit eerdere onderzoek is gebleken dat er 10-15 minuten extra werk op apparatuur zit wanneer het VMS wordt ingevoerd. Dit betekent dat er meer tijd gaat zitten in onderhoud en hierdoor ander onderhoud uitgesteld moet worden. Om niet teveel achterstallig onderhoud te hebben dient hiervoor weer extra personeel te worden aangenomen, wat weer financiële kosten met zich meebrengt. Daarnaast is er voor de risicoclassificatie software nodig. Deze kosten zijn voor rekening van het Facilitair bedrijf die deze weer doorbelast aan de divisies.

25. Ziet u knelpunten bij de invoering van het veiligheidsmanagementsysteem?

Jazeker. Doordat er meer handelingen aan de apparatuur nodig zijn zullen de medewerkers meer tijd nodig hebben voor het onderhoud aan de apparatuur. Achterstallig onderhoud mag niet gebeuren waardoor er een capaciteit tekort aan personeel zal gaan ontstaan en er dus meer medewerkers moeten worden aangenomen.

26. Wat denkt u dat er voor u gaat veranderen wanneer het VMS is ingevoerd?

Door het VMS zal ik meer moeten gaan rapporteren en zal ik meer betrokken worden bij het MIP en het VIM. Tevens zal door het VMS meer grip op de veiligheid van de apparatuur komen.

27. Wat zijn de grootste voordelen van het systeem?

De samenwerking tussen inkoop en MI zal door de invoering van het VMS verbeterd gaan worden. De inkoop van apparatuur verloopt op dit moment via de zorgafdeling naar de inkoopafdeling. MI dient hierin een adviserende rol te hebben maar wordt vaak vergeten. Door de invoering van het VMS zal de afdeling MI weer bij de inkoop van apparatuur betrokken gaan worden.

28. Welke informatie is volgens u voor de Raad van Bestuur het meest waardevol?

Per afdeling dient er te worden vastgesteld welke aspecten noodzakelijk zijn voor de Raad van Bestuur om hier inzicht in te hebben en deze ontwikkelingen te volgen. Voor de afdeling MI zijn dat de 9 prestatie-indicatoren. Het is voor de Raad van Bestuur belangrijk om te weten hoe de invulling aan de prestatie-indicatoren verloopt en wat goed gaat en wat niet.

29. Wat is volgens u de grootste personele, organisatorisch en financiële consequentie?

Als personele consequentie kan worden genoemd dat de medewerkers meer handelingen per apparaat moeten gaan uitvoeren. Dit leidt tot een capaciteitstekort op de afdeling.

Organisatorische consequenties zijn het aanpassen van SLA's aan het onderhoud. Deze moeten worden aangepast aan de eisen die het VMS stelt.

De grootse financiële consequentie komt voort uit de personele consequentie. Doordat er straks te weinig medewerkers zijn om het onderhoud uit te voeren dient hiervoor extra personeel te worden aangenomen.

Bijlage 8: Uitwerkingen interviews Medewerkers Medische Instrumentatie

Medewerker 1

1. Wat is uw functie en wat houdt deze in?

Ik ben instrumentatietechnicus o.a. op de afdeling IC, spoedeisende hulp, verloskunde en slaapcentrum op het Westeinde. Op deze afdelingen voer ik het onderhoud uit en los ik storingen op.

2. Hoe zijn de werkzaamheden verdeeld op de afdeling MI?

De werkzaamheden zijn verdeeld naar aandachtsgebied. Dit betekent dat ieder zijn eigen afdeling heeft binnen het MCH. Wel kan men om elkaars hulp vragen.

3. Bent u tevreden met de manier waarop de werkzaamheden verdeeld zijn?

Ja. Ik vind leuk vaste afdelingen te hebben. Op deze manier leer je de mensen op de afdeling ook goed kennen.

4. Op welke manier worden de resultaten van uw werk beoordeeld?

Mijn werk wordt niet echt beoordeeld. Er wordt voornamelijk gekeken dat het aantal jobs met betrekking tot achterstallig onderhoud niet al te groot is. Wekelijks worden er rapportages uitgedraaid uit Ultimo door het Hoofd van MI. De resultaten van de rapportages krijgen wij via de email toegestuurd.

5. Bent u bekend met het veiligheidsmanagementsysteem (VMS)?

Ik ken de basis van het VMS. Zo weet ik dat het VMS is gebouwd op de risicoclassificatie en dat de risico's van apparatuur in kaart moeten worden gebracht. Door middel van deze classificatie moeten wij de apparatuur gaan onderhouden naar indeling van risico.

6. Bent u bekend met de prestatie-indicatoren?

Nee, de prestatie-indicatoren zeggen mij niets. Zoals gezegd ken ik alleen de risicoclassificatie.

7. Wordt er op de afdeling MI op dit moment al gewerkt met prestatie-indicatoren?

Vast wel, maar daar heb ik geen weet van.

8. Ziet u het nut van het VMS in?

Jazeker. Er is nu één begrip waarmee gewerkt moet gaan worden. Op dit moment verloopt de samenwerking tussen de medewerker van MI en de zorgafdeling soms wat stroef. De chirurg kan de werking van het apparaat nog voldoende vinden, terwijl MI vindt dat deze niet goed meer zijn functie vervuld. Door invoering van het VMS is er voor iedere apparatuur het risico vastgesteld waardoor er geen discussie meer mogelijk is.

9. Ziet u eventuele knelpunten/problemen bij invoering van het VMS?

Echte knelpunten zie ik niet. Wel zal het VMS leiden tot meer papierwerk en dat kost veel tijd. Zo is er berekend dat het invoeren van de classificatie van de apparatuur in Ultimo per apparaat ongeveer 30 minuten gaat kosten.

10. Zijn er eerder op de afdeling MI nieuwe softwaresystemen geïmplementeerd?

Gedurende de twee jaar dat ik hier nu werk heb ik geen nieuwe systemen gelijk aan het VMS meegemaakt. Sinds anderhalf jaar moeten wij al onze uren verantwoorden in Ultimo. Dit betekent dat we van tijd tot tijd per dag moeten bijhouden hoelang wij met bepaald onderhoud bezig zijn. Dit is wel een verandering geweest en is het nog steeds. Wij zijn 'techneuten'. Techneuten willen niet registreren die willen met hun handen bezig zijn.

11. Hoe kan de veiligheidscultuur op de afdeling MI omschreven worden?

Op de afdeling MI wordt er alles aangedaan om apparatuur zo veilig mogelijk te houden. Dit wordt gedaan door diverse procedures en werkinstructies die aan de apparatuur verbonden zijn. Wanneer nieuwe apparatuur wordt aangeschaft gebeurt dit via de afdeling inkoop. MI dient bij de aanschaf van apparatuur betrokken te worden door te fungeren als adviseur maar dit gebeurt niet altijd. Bij nieuwe apparatuur bestaat de mogelijkheid om een cursus erbij te kopen maar dit gebeurt niet altijd door de afdeling inkoop. Vervolg cursussen worden ook de leveranciers aangeboden tegen betaling maar zijn soms ook wel eens opgenomen in het onderhoudscontract.

12. Wat denkt u dat er voor u gaat veranderen wanneer het VMS is ingevoerd?

Voor zover ik bekend ben met het VMS zal er voor mij op het gebied van onderhoud niets gaan veranderen.

13. Denkt u dat er verschillen in de werkwijze en het volgen van procedures zullen zitten tussen de huidige certificeringen en het VMS? Zo ja welke?

Ja, ik denk dat er verschillen zijn tussen de ISO 9001 en het VMS. Bij de invoering van de ISO 9001 betekende dit voor mij geen extra papierwerk, bij het VMS wel.

14. Op welke wijze wordt er draagvlak gecreëerd vanuit de afdeling MI?

Vanuit de afdeling wordt er geen draagvlak gecreëerd vind ik. Tijdens werkoverleggen e.d. wordt hier niet over gesproken. Ik ben bekend geworden met het VMS door de stagiaires.

15. Welke middelen worden er aangereikt om de patiëntveiligheid zo veel mogelijk te kunnen handhaven?

Vraag 11.

16. Op welke manier wordt er met u gecommuniceerd vanuit de afdeling MI?

Deze wijze van communicatie op de afdeling MI is heel informeel. Bij vragen kan ik bij iedereen terecht. Elke laatste dinsdag van de maand zijn er werkoverleggen waar de gang van zaken op de afdeling wordt besproken en waarin ik ook mijn aandacht- en knelpunten kan vertellen.

17. Gebruikt u het documentbeheersysteem (DKS) voor naslag van procedures en protocollen? Nee, waarom niet?

Ik maak geen gebruik van het DKS. DKS is onoverzichtelijk en voor het onderhoud van apparatuur gebruik ik de handleidingen die mee worden gestuurd door de leverancier.

18. Bent u bekend met Veilig Incidenten Melden (VIM)?

Ja, ik ben bekend met VIM. Ik heb mezelf hierin wegwijs gemaakt doordat er geen uitleg van uit de opleiding over is gegeven. Op de afdeling wordt weinig gewerkt met VIM omdat MI niet bekend is in het systeem.

19. Bent u bereid om opleidingen/cursussen te volgen? Nee, waarom niet?

Jazeker. Ik ben nog maar kort in dienst en vind het leuk om steeds weer nieuwe dingen te leren.

20. Wat is volgens u de grootste personele consequentie?

Ik zie voornamelijk geen consequenties voor mezelf.

Medewerker 2

1. Wat is uw functie en wat houdt deze in?

Ik ben Senior instrumentatietechnicus o.a. op de verpleegafdelingen, poli oogheelkunde, poli KNO en fysiotherapie op het Westeinde. Op deze afdelingen voer ik het onderhoud uit en los ik storingen op.

2. Hoe zijn de werkzaamheden verdeeld op de afdeling MI?

De werkzaamheden zijn verdeeld naar aandachtsgebied. De afdelingen van het MCH zijn opgedeeld in drie clusters. Elke Senior instrumentatietechnicus is verantwoordelijk voor zijn eigen clustergebied.

3. Bent u tevreden met de manier waarop de werkzaamheden verdeeld zijn?

Ja, daar ben ik tevreden mee. We helpen elkaar ook veel waardoor de werkzaamheden steeds afwisselend zijn.

4. Op welke manier worden de resultaten van uw werk beoordeeld?

Eén keer per week is er senioren overleg. Hierin wordt gesproken over bijzonderheden aan apparatuur en over de status van de apparatuur.

5. Bent u bekend met het veiligheidsmanagementsysteem (VMS)?

Ik weet wat het VMS is, namelijk borging van de patiëntveiligheid, maar van de inhoudelijke kern weet ik niets.

6. Bent u bekend met de prestatie-indicatoren?

Nee, daarmee ben ik niet bekend.

7. Wordt er op de afdeling MI op dit moment al gewerkt met prestatie-indicatoren?

Nee, niet dat ik weet. Wel werken wij met doorlooptijden die gehaald moeten worden. Dit is nog niet helemaal het geval.

8. Ziet u het nut van het VMS in?

Ik zie het nut van het VMS in voor de patiënt. Voor de afdeling MI zal het VMS alleen maar meer papierwerk opleveren. Het onderhoud aan de apparatuur zal niet veranderen, deze ligt immers al in Ultimo vastgelegd.

9. Ziet u eventuele knelpunten/problemen bij invoering van het VMS?

Ja, een knelpunt dat ik zie is wie gaat het werk allemaal uitvoeren. En dan bedoel ik het werk van het invoeren van de risico's van apparatuur en dit continue waarborgen. Het MCH kent in zijn totaliteit 8000 stuks aan apparatuur. Het invoeren van de risicoclassificatie duurt 30 minuten voor elk apparaat. De vraag is dan moeten wij dit zelf gaan doen of gaat een externe deze gegevens invoeren.

10. Zijn er eerder op de afdeling MI nieuwe softwaresystemen geïmplementeerd?

Een aantal jaren terug is er een systeem ingevoerd. De implementatie verliep niet helemaal goed, deze bestaat dan ook al niet meer.

11. Zoja, hoe werd dit door de afdeling MI geïntroduceerd?

Tijdens werkoverleggen werd hier het één en ander over verteld.

12. Hoe kan de veiligheidscultuur op de afdeling MI omschreven worden?

Als zeer goed. Met regelmaat ga ik op training waardoor mijn kennis over apparatuur en nieuwste ontwikkelingen steeds wordt bijgehouden.

13. Wat denkt u dat er voor u gaat veranderen wanneer het VMS is ingevoerd?

Ik denk dat er weinig gaat veranderen. Dat weet ik pas wanneer er meer duidelijkheid vanuit de afdeling over het VMS gegeven is.

14. Denkt u dat er verschillen in de werkwijze en het volgen van procedures zullen zitten tussen de huidige certificeringen en het VMS? Zo ja welke?

Ja, ik denk dat er verschillen zijn. ISO 9001 kent andere processen dan het VMS.

14. Op welke wijze wordt er draagvlak gecreëerd vanuit de afdeling MI?

Vanuit de afdeling MI is er nog geen draagvlak gecreëerd. Ik denk dat dit pas komt wanneer er meer duidelijkheid gegeven is over het VMS.

15. Welke middelen worden er aangereikt om de patiëntveiligheid zo veel mogelijk te kunnen handhaven?

Er worden met regelmaat cursussen aangeboden door de leveranciers. Ook wordt door invoering van risicoclassificatie op apparatuur de patiëntveiligheid verbeterd.

16. Op welke manier wordt er met u gecommuniceerd vanuit de afdeling MI?

Elke week is er Senioren overleg. Daarnaast is er elke laatste dinsdag van de maand werkoverleg met de hele afdeling.

17. Gebruikt u het documentbeheersysteem (DKS) voor naslag van procedures en protocollen? Nee, waarom niet?

DKS gebruik ik niet. Deze is meer voor de eindgebruiker. De procedures en technische specificaties volg ik op zoals deze in de handboeken beschreven staan.

18. Bent u bekend met Veilig Incidenten Melden (VIM)?

Ik weet wat VIM is maar weet niet precies hoe het werkt. Ik heb voor het gebruik van VIM geen cursus of iets dergelijks gehad. Laatst wou ik een melding maken maar kwam tot de conclusie dat de melding die ik had gemaakt niet kon worden gemeld doordat MI niet in het systeem voorkomt.

19. Bent u bereid om opleidingen/cursussen te volgen? Nee, waarom niet?

Ja, ik zou graag willen weten hoe het VMS in elkaar steekt.

20. Wat is volgens u de grootse personele en organisatorische consequentie?

Het invoeren van de risico's is voor mij de grootse consequentie voor zover ik met het VMS bekend ben.

Medewerker 3

1. Wat is uw functie en wat houdt deze in?

Ik ben Senior instrumentatietechnicus op de afdeling Dialyse op het Westeinde. Ik voer al het onderhoud en de reparaties uit op deze afdeling.

2. Hoe zijn de werkzaamheden verdeeld op de afdeling MI?

Deze zijn verdeeld naar aandachtsgebied. De dialyse afdeling is een grote afdeling. Hiermee houd ik me dan ook veel bezig.

3. Bent u tevreden met de manier waarop de werkzaamheden verdeeld zijn?

Ja. Ik vind de dialyse afdeling erg leuk. Doordat er zoveel apparatuur is en de zorgvuldigheid gebaard is, is het afwisselend.

4. Op welke manier worden de resultaten van uw werk beoordeeld?

De resultaten van mijn werk worden niet echt beoordeeld. Wel krijg ik wekelijks een rapportage via de mail toegestuurd met hierin een overzicht van het aantal achterstallig onderhoud op de afdeling MI. Teveel achterstallig onderhoud mag niet gebeuren.

5. Bent u bekend met het veiligheidsmanagementsysteem (VMS)?

Nee.

6. Bent u bekend met de prestatie-indicatoren?

Nee.

7. Wordt er op de afdeling MI op dit moment al gewerkt met prestatie-indicatoren?
Nee, niet dat ik weet.

8. Ziet u het nut van het VMS in?

Ja, de patiëntveiligheid wordt op deze manier nog meer vergroot.

9. Ziet u eventuele knelpunten/problemen bij invoering van het VMS?

Het VMS kan leiden tot uit het voeren van vaker onderhoud aan de apparatuur op de dialyse. Dit onderhoud dient te worden ingevoerd in Ultimo of nieuw VMS systeem wat leidt tot extra werkzaamheden.

10. Zijn er eerder op de afdeling MI nieuwe softwaresystemen geïmplementeerd?

Een aantal jaren geleden is Ultimo geïmplementeerd, hiermee werken wij nog steeds mee naar tevredenheid.

Zoja, hoe werd dit door de afdeling MI geïntroduceerd?

Dat weet ik niet meer.

11. Hoe kan de veiligheidscultuur op de afdeling MI omschreven worden?

Als ik kijk naar de veiligheidscultuur die ik hanteer op de afdeling Dialyse en in de omgang met apparatuur kan ik deze omschrijven als zeer goed. Ik volg de voorgeschreven procedures en handleiding van de leverancier.

12. Wat denkt u dat er voor u gaat veranderen wanneer het VMS is ingevoerd?

Op het gebied van mijn werkzaamheden zou dit gaan leiden tot extra onderhoud- en administratiehandelingen.

13. Denkt u dat er verschillen in de werkwijze en het volgen van procedures zullen zitten tussen de huidige certificeringen en het VMS? Zo ja welke?

Dat weet ik niet. Daarmee ben ik niet bekend.

14. Op welke wijze wordt er draagvlak gecreëerd vanuit de afdeling MI?

Tijdens werkoverleggen worden er stagiaires aangekondigd die onderzoek komen doen naar elementen van het VMS. Door hen wordt ik geïnformeerd en op een bepaalde manier een soort van draagvlak gecreëerd.

15. Welke middelen worden er aangereikt om de patiëntveiligheid zo veel mogelijk te kunnen handhaven?

Handhaven van de patiëntveiligheid is een item dat erg belangrijk is op de afdeling MI. Cursussen worden dan ook vaak aangeboden door de leverancier.

16. Op welke manier wordt er met u gecommuniceerd vanuit de afdeling MI?

Tijdens werkoverleggen wordt er gesproken over nieuwe ontwikkelingen, stagiaires e.d. Naast werkoverleggen wordt er verder geen gebruik gemaakt van enige vorm van communicatie vanuit de afdeling MI.

17. Gebruikt u het documentbeheersysteem (DKS) voor naslag van procedures en protocollen? Nee, waarom niet?

Ja. Ik gebruik alleen de procedures, protocollen en handleidingen die nodig zijn bij de dialyse apparatuur, verder (haast) niet.

18. Bent u bekend met Veilig Incidenten Melden (VIM)?

Ja. Ik krijg wel met VIM-meldingen te maken. Zelf maak ik ze niet en dat is ook niet mogelijk doordat de afdeling MI geen meldingen kan aanmaken.

19. Bent u bereid om opleidingen/cursussen te volgen? Nee, waarom niet?

Ja.

20. Wat is volgens u de grootse personele en organisatorische consequentie?
Zie vraag 9.

Medewerker 4

1. Wat is uw functie en wat houdt deze in?

Ik ben Instrumentatietechnicus op alle afdelingen op Antoniushove. Ik voer onderhoud uit en los storingen op van alle apparatuur.

2. Hoe zijn de werkzaamheden verdeeld op de afdeling MI?

Deze zijn verdeeld naar aandachtsgebied. Op de locatie Antoniushove hebben we maar één Senior instrumentatietechnicus. Deze coördineert de werkzaamheden op de afdeling MI. Daarnaast hebben we ieder onze eigen aandachtsgebied. Op dit moment hebben we één collega minder waardoor zijn taken over worden overgenomen.

3. Bent u tevreden met de manier waarop de werkzaamheden verdeeld zijn?

Jazeker. Door de aandachtsgebieden is het eenvoudig om taken van elkaar over te nemen.

4. Op welke manier worden de resultaten van uw werk beoordeeld?

Wanneer onderhoudswerkzaamheden zijn gedaan dienen ze te worden afgesloten in Ultimo. De Senior dient het onderhoud bij te houden. Wanneer wij niet onze onderhoudswerkzaamheden uitvoeren spreekt hij ons hierop aan.

5. Bent u bekend met het veiligheidsmanagementsysteem (VMS)?

Nee.

6. Bent u bekend met de prestatie-indicatoren?

Nee.

7. Wordt er op de afdeling MI op dit moment al gewerkt met prestatie-indicatoren?

Nee, volgens mij niet.

8. Ziet u het nut van het VMS in?

Het veiligheidsmanagementsysteem zal bijdragen aan een grotere patiënt- en medewerkerveiligheid.

9. Ziet u eventuele knelpunten/problemen bij invoering van het VMS?

Ja, meer administratieve handelingen zullen er moeten worden uitgevoerd.

10. Zijn er eerder op de afdeling MI nieuwe softwaresystemen geïmplementeerd?

Enkele jaren geleden werd Ultimo ingevoerd voor het invoeren van het onderhoud. Deze is erg gebruiksvriendelijk.

Zoja, hoe werd dit door de afdeling MI geïntroduceerd?

Tijdens werkoverleggen werd hierover gesproken. Toen het op de afdeling MI kwam hebben we door de leverancier gebruikersinstructies gekregen.

11. Hoe kan de veiligheidscultuur op de afdeling MI omschreven worden?

Goed. Veiligheid staat op nummer één op onze afdeling. Wanneer ik denk dat apparatuur niet veilig is gaat deze niet terug naar de afdeling, ook al hebben ze deze nog zo nodig. Dat risico riskeer ik liever niet. Daarnaast krijg ik soms een opfriscursus door een leverancier aangeboden.

12. Wat denkt u dat er voor u gaat veranderen wanneer het VMS is ingevoerd?

Zie vraag 9.

13. Denkt u dat er verschillen in de werkwijze en het volgen van procedures zullen zitten tussen de huidige certificeringen en het VMS? Zo ja welke?

Ik ben niet bekend met de daadwerkelijke inhoud van de ISO 9001 en het VMS. Maar ik denk dat hier wel verschillen tussen bestaan, doordat elke certificering op zichzelf staat.

14. Op welke wijze wordt er draagvlak gecreëerd vanuit de afdeling MI?

Vanuit MI wordt er geen draagvlak gecreëerd. Onderling hebben we het er wel eens snel over, maar er diep op ingaan gebeurt nog niet.

15. Welke middelen worden er aangereikt om de patiëntveiligheid zo veel mogelijk te kunnen handhaven?

Naast dat cursussen worden aangeboden beschikken we ook over de mogelijkheid tot toegang tot de Q:schijf. Op deze manier is er inzicht in alle procedures van alle apparatuur van andere collega's.

16. Op welke manier wordt er met u gecommuniceerd vanuit de afdeling MI?

Doordat wij op een andere locatie zitten dan het Hoofd van MI is er naast de maandelijkse werkoverleggen weinig contact. De Senior heeft wekelijks overleg in het Westeinde. Hij rapport ons hier wekelijks mondeling over.

17. Gebruikt u het documentbeheersysteem (DKS) voor naslag van procedures en protocollen? Nee, waarom niet?

Ik maak geen gebruik van DKS. DKS is niet gebruiksvriendelijk. Wanneer documenten inzichtelijk moeten worden gemaakt, zoals bijv. de door mij gemaakte protocollen voor apparatuur, zet ik deze op de Q:schijf van de computer. Toegang tot deze schijf is voor alle medewerkers.

18. Bent u bekend met Veilig Incidenten Melden (VIM)?

Ik weet waar het VIM voor is, maar maak zelf geen meldingen. Wanneer ik een fout constateer overleg ik dit met de zorgmanager of Senior. Zij maken de meldingen indien nodig.

19. Bent u bereid om opleidingen/cursussen te volgen? Nee, waarom niet?

Ja, ik ben bereid tot cursussen.

20. Wat is volgens u de grootse personele en organisatorische consequentie?

Zie vraag 5.

Medewerker 5

1. Wat is uw functie en wat houdt deze in?

Ik ben instrumentatietechnicus op Antoniushove. Ik houd bij bezig met de mechanische aspecten in het huis als bedden, rolstoelen e.d.

2. Hoe zijn de werkzaamheden verdeeld op de afdeling MI?

De werkzaamheden zijn verdeeld door middel van aandachtsgebieden. Ik houd me niet zozeer bezig met apparatuur maar veel meer met de mechanische kant. Door deze scheiding weet iedereen direct bij wie hij terecht moet zijn.

3. Bent u tevreden met de manier waarop de werkzaamheden verdeeld zijn?

Jazeker. Mechanische kant van de werkzaamheden op de afdeling MI spreekt mij het meeste aan.

4. Op welke manier worden de resultaten van uw werk beoordeeld?

Deze worden niet beoordeeld. Wanneer ik mijn werk naar behoren uitvoer kunnen hierover geen klachten ontstaan. Wel krijg ik wekelijks een rapportage toegestuurd van het Hoofd van MI met hierin het aantal jobs die nog uitgevoerd dienen te worden.

5. Bent u bekend met het veiligheidsmanagementsysteem (VMS)?
Nee.

6. Bent u bekend met de prestatie-indicatoren?
Nee.

7. Wordt er op de afdeling MI op dit moment al gewerkt met prestatie-indicatoren?
Nee, volgens mij niet.

8. Ziet u het nut van het VMS in?
Ja, voor de patiëntveiligheid en de medewerkers.

9. Ziet u eventuele knelpunten/problemen bij invoering van het VMS?
Het VMS zal op het gebied van de onderhoudswerkzaamheden niet gaan veranderen denk ik. Wel zullen er meer administratieve handelingen verricht moeten gaan worden.

10. Zijn er eerder op de afdeling MI nieuwe softwaresystemen geïmplementeerd?
Ultimo is een tijd geleden ingevoerd. Deze werkt nog steeds prima waardoor nieuwe softwaresystemen niet nodig zijn.

Zoja, hoe werd dit door de afdeling MI geïntroduceerd?
De Senior en Hoofd van MI informeerde ons hier steeds over tijdens werkoverleggen.

11. Hoe kan de veiligheidscultuur op de afdeling MI omschreven worden?
De veiligheidscultuur voor de mechanische kant van de afdeling is goed. Apparatuur wordt bij onderhoud altijd getest op veiligheid.

12. Wat denkt u dat er voor u gaat veranderen wanneer het VMS is ingevoerd?
Zie vraag 9.

13. Denkt u dat er verschillen in de werkwijze en het volgen van procedures zullen zitten tussen de huidige certificeringen en het VMS? Zo ja welke?
Geen idee.

14. Op welke wijze wordt er draagvlak gecreëerd vanuit de afdeling MI?
Er wordt vanuit MI geen draagvlak gecreëerd. Onderling praten we er wel eens over met elkaar maar daar blijft het dan ook bij.

15. Welke middelen worden er aangereikt om de patiëntveiligheid zo veel mogelijk te kunnen handhaven? (cursussen e.d.)
Cursussen worden vanuit de leverancier aangeboden. Daarnaast kan ik zelf ook aangeven wanneer ik behoefte heb aan extra training.

16. Op welke manier wordt er met u gecommuniceerd vanuit de afdeling MI?
Het Hoofd van MI communiceert door middel van werkoverleggen. Wanneer ik specifieke vragen heb kan ik hem altijd opbellen.

17. Gebruikt u het documentbeheersysteem (DKS) voor naslag van procedures en protocollen? Nee, waarom niet?
Ik maak geen gebruik van DKS. Ik gebruik de protocollen en procedures die nodig zijn voor de apparatuur die op de Q:schijf staan gepubliceerd.

18. Bent u bekend met Veilig Incidenten Melden (VIM)?
Nee, ik ben niet bekend met VIM. Zelf maak ik deze dus ook niet. Ik zou er wel graag meer van willen weten, door middel van een cursus, aangezien dit een onderdeel is van het VMS. Ik heb begrepen van collega's dat het aanmaken van meldingen niet kan doordat MI niet in de lijst voorkomt.

19. Bent u bereid om opleidingen/cursussen te volgen? Nee, waarom niet?

Jazeker. Met name om kennis te krijgen van het VIM.

20. Wat is volgens u de grootse personele en organisatorische consequentie?

Ik voorzie geen grote personele consequenties. Ik accepteer de (extra) werkzaamheden die nodig zijn om met het VMS te kunnen werken.

Medewerker 6

1. Wat is uw functie en wat houdt deze in?

Ik ben Senior instrumentatietechnicus voor alle afdelingen op de locatie Antoniushove. Ik ondersteun de medewerkers bij onderhoud en reparaties.

2. Hoe zijn de werkzaamheden verdeeld op de afdeling MI?

Er wordt gewerkt met zogenaamde aandachtsgebieden. Hierdoor weet iedereen welk onderhoud uit te voeren en wordt apparatuur niet vergeten.

3. Bent u tevreden met de manier waarop de werkzaamheden verdeeld zijn?

Ja. Op dit moment zijn we met 3FTE werkzaam op de locatie Antoniushove. Zelf heb ik geen specifiek aandachtsgebied waardoor ik mijn collega's goed kan ondersteunen bij de extra werkzaamheden.

4. Op welke manier worden de resultaten van uw werk beoordeeld?

Tijdens wekelijkse overleggen hebben we het over de gang van zaken. Wat gaat er wel goed en wat niet. Daarnaast krijg ik wekelijks rapportage van het Hoofd van MI met hierin het aantal achterstallig onderhoud aan jobs die nog uitgevoerd moeten worden.

5. Bent u bekend met het veiligheidsmanagementsysteem (VMS)?

Nee, ik ben niet heel bekend met het VMS. Wel weet ik wat meer over het VMS door de Senioren overleggen die 2 maandelijks plaatsvinden. De informatie die ik hier krijg communiceer ik door naar de medewerkers op de locatie Antoniushove.

6. Bent u bekend met de prestatie-indicatoren?

Nee.

7. Wordt er op de afdeling MI op dit moment al gewerkt met prestatie-indicatoren?

Ik heb hierover wel eens wat gelezen in het handboek. Op de afdeling MI wordt nooit gesproken over te halen prestatie-indicatoren.

8. Ziet u het nut van het VMS in?

Ja, dat zie ik zeker. Niet alleen de patiëntveiligheid zal hierdoor toenemen ook onze eigen veiligheid. Er kan nu worden aangetoond dat er volgens de procedures is gehandeld en de medewerker, bij goed volgen van de procedure, bij fouten niet kan worden aangesproken. Op dit moment worden de procedures niet altijd gevolgd.

9. Ziet u eventuele knelpunten/problemen bij invoering van het VMS?

Echte knelpunten zie ik nog niet. Een knelpunt zou kunnen zijn dat er meer administratie aan het VMS vastzit. Veel informatie is al te vinden in Ultimo. De gegevens die ingevoerd moeten worden voor het VMS zouden hierdoor misschien dubbel zijn.

10. Zijn er eerder op de afdeling MI nieuwe softwaresystemen geïmplementeerd?

Een aantal jaren geleden is Ultimo ingevoerd, daarna is er volgens mij niets nieuws meer geïmplementeerd.

Zoja, hoe werd dit door de afdeling MI geïntroduceerd?

Hierover werd gesproken tijdens de Senioren en werkoverleggen. De veranderingen en verbeterpunten werden verteld.

11. Hoe kan de veiligheidscultuur op de afdeling MI omschreven worden?

Deze kan als goed omschreven worden. Onderhoud aan apparatuur gebeurt zorgvuldig. Tevens maak ik VIM-meldingen om de veiligheid van apparatuur te vergroten.

12. Wat denkt u dat er voor u gaat veranderen wanneer het VMS is ingevoerd?

Niets. Alleen meer administratieve handelingen.

13. Denkt u dat er verschillen in de werkwijze en het volgen van procedures zullen zitten tussen de huidige certificeringen en het VMS? Zo ja welke?

De ISO 9001 en het VMS zijn twee totaal verschillende certificeringen. Wel kennen zij overeenkomsten. Procedures zouden in zekere zin alleen moeten worden aangepast.

14. Op welke wijze wordt er draagvlak gecreëerd vanuit de afdeling MI?

Er wordt vanuit MI totaal geen draagvlak gecreëerd naar de medewerkers toe. Er dient meer gecommuniceerd te worden naar de medewerkers. Wanneer deze er meer bij betrokken worden zal er meer begrip komen voor het VMS en het nut ervan in worden gezien. Communicatie is hierin het sleutelwoord. Het VMS zal dan niet meer alleen gezien worden als een 'papierwinkel'.

15. Welke middelen worden er aangereikt om de patiëntveiligheid zo veel mogelijk te kunnen handhaven?

Er worden cursussen aangeboden door het Hoofd van MI, leveranciers maar ook kan dit worden aangegeven door mijzelf mocht ik hier behoefte aan hebben.

16. Op welke manier wordt er met u gecommuniceerd vanuit de afdeling MI?

Ik heb met regelmaat contact met het Hoofd van MI door middel van email, werkoverleggen en telefoon. Doordat het Hoofd van MI gevestigd is op de locatie Westeinde ben ik het aanspreekpunt voor de afdeling MI op het Antoniushove.

17. Gebruikt u het documentbeheersysteem (DKS) voor naslag van procedures en protocollen? Nee, waarom niet?

DKS gebruik ik helemaal niet. De keren dat ik er in keek kon ik niet vinden wat ik zocht. Dit had te maken met dat de door mij gezochte informatie er niet in stond. DKS moet eerst overzichtelijker worden voordat ik informatie kan vinden dat voor mij relevant is.

18. Bent u bekend met Veilig Incidenten Melden (VIM)?

Jazeker. Zelf maak ik ook meldingen via een zorgafdeling aangezien MI niet voorkomt in het VIM-systeem. Als medewerker MI heb ik een signalerende functie. Ik meld foutieve handelingen aan apparatuur door een zorgmedewerker dan ook via een VIM.

19. Bent u bereid om opleidingen/cursussen te volgen? Nee, waarom niet?

Ja. Een cursus draagt altijd bij aan goed gebruik van een softwaresysteem.

20. Wat is volgens u de grootse personele en organisatorische consequentie?

Zie vraag 9.

Medewerker 7

1. Wat is uw functie en wat houdt deze in?

Ik ben instrumentatietechnicus o.a. op diverse verpleegafdelingen, poliklinieken en spoedeisende hulp op het Westeinde. Mijn vakgebied is de mechanische kant van de apparatuur. Hiervoor doe ik de het onderhoud en voer ik reparaties uit.

2. Hoe zijn de werkzaamheden verdeeld op de afdeling MI?

De werkzaamheden zijn verdeeld naar aandachtsgebied. Taken kunnen op deze manier van elkaar worden overgenomen.

3. Bent u tevreden met de manier waarop de werkzaamheden verdeeld zijn?

Ja. Op dit moment neem ik een aantal taken over van een collega die een tijdje op vakantie is. Door deze duidelijke taakverdeling is het overnemen van de aandachtsgebieden eenvoudig.

4. Op welke manier worden de resultaten van uw werk beoordeeld?

Deze worden niet beoordeeld volgens mij. Tijdens jaarlijkse functioneringsgesprekken wordt uitvoering van mijn werk wel genoemd.

5. Bent u bekend met het veiligheidsmanagementsysteem (VMS)?

Nee. Ik ben op de hoogte gebracht van de term VMS door wat ik meekregen heb van stagiaires met betrekking tot de risicoclassificatie.

6. Bent u bekend met de prestatie-indicatoren?

Nee.

7. Wordt er op de afdeling MI op dit moment al gewerkt met prestatie-indicatoren?

Nee, dat dacht ik niet. En anders weet ik hier niets vanaf.

8. Ziet u het nut van het VMS in?

Ja dat zeker wel. Door invoering van het VMS wordt er nog meer gekeken naar de patiëntveiligheid.

9. Ziet u eventuele knelpunten/problemen bij invoering van het VMS?

Nee, die zie ik nog niet.

10. Zijn er eerder op de afdeling MI nieuwe softwaresystemen geïmplementeerd?

Nee, niet dat ik weet.

11. Hoe kan de veiligheidscultuur op de afdeling MI omschreven worden?

De veiligheidscultuur is goed op de afdeling MI. Zo maak ik eigen procedures voor eigen apparatuur die ik vervolgens doorgeef aan de kwaliteitscoördinator. Zij plaatst ze vervolgens in DKS waardoor deze voor iedereen inzichtelijk zijn. Ook volg ik cursussen die door de leverancier worden aangeboden.

12. Wat denkt u dat er voor u gaat veranderen wanneer het VMS is ingevoerd?

Ik denk dat protocollen en procedures zullen moeten uitgebreid en worden nageleefd. Dit betekent dan ook dat ik mijn eigen geschreven procedures met betrekking tot mijn apparatuur moet gaan nalopen.

13. Denkt u dat er verschillen in de werkwijze en het volgen van procedures zullen zitten tussen de huidige certificeringen en het VMS? Zo ja welke?

Ik ben niet heel erg op de hoogte van de procedures die bij de ISO 9001 en VMS horen. Verschillen zou ik dus niet weten te benoemen.

14. Op welke wijze wordt er draagvlak gecreëerd vanuit de afdeling MI?

Vanuit MI wordt draagvlak gecreëerd door het Hoofd van de afdeling MI en door stagiaires.

15. Welke middelen worden er aangereikt om de patiëntveiligheid zo veel mogelijk te kunnen handhaven?

Ultimo is een middel om de patiëntveiligheid te kunnen handhaven. Iedereen op de afdeling heeft hier toegang tot waardoor onderhoudswerkzaamheden kunnen worden ingezien. Daarnaast worden er door leveranciers regelmatig cursussen aangeboden.

16. Op welke manier wordt er met u gecommuniceerd vanuit de afdeling MI?

Het Hoofd van MI communiceert met mij door werkoverleggen. Wanneer ik of hij vragen heeft gebeurt dit ook mondeling tussen de werkzaamheden door.

17. Gebruikt u het documentbeheersysteem (DKS) voor naslag van procedures en protocollen? Nee, waarom niet?

Ik volg de procedures zoals deze in DKS zijn vastgelegd. Zelf maak ik voor bepaalde apparatuur en/of mechanisch meubilair procedures voor de eindgebruikers. Deze procedures geef ik door aan de kwaliteitscoördinator waarna zij ze invoert in DKS.

18. Bent u bekend met Veilig Incidenten Melden (VIM)?

Ja, ik ben bekend met het VIM. Zelf doe ik hier alleen niets mee.

19. Bent u bereid om opleidingen/cursussen te volgen? Nee, waarom niet?

Ja, ik ben bereid tot het volgen van cursussen wanneer deze betrekking hebben op mijn werkzaamheden.

20. Wat is volgens u de grootse personele en organisatorische consequentie?

Ik kan geen consequentie noemen die op mij betrekking zal gaan hebben. Wel neem ik op dit moment de afdelingen van een collega waar die laatst het MCH heeft verlaten. Bij invoering van het VMS dient deze vacature te zijn vervuld omdat ik dan niet in staat ben beide taken te kunnen vervullen.

Medewerker 8

1. Wat is uw functie en wat houdt deze in?

Ik ben Senior instrumentatietechnicus. Senior betekent dat ik kleine coördinerende werkzaamheden heb op de werkplaats van MI op het Westeinde. Mijn aandachtsgebieden zijn de infuuspompen en verder alle kleine apparaten die op alle afdelingen te vinden zijn.

2. Hoe zijn de werkzaamheden verdeeld op de afdeling MI?

Ik heb mijn eigen aandachtsgebieden in het MCH, Westeinde.

3. Bent u tevreden met de manier waarop de werkzaamheden verdeeld zijn?

Ja, het gaat al jaren goed zo. Veranderen van de gebieden is niet nodig.

4. Op welke manier worden de resultaten van uw werk beoordeeld?

Niet volgens mij. Wel dient er te worden naar het achterstallig onderhoud dat niet teveel jobs open blijven staan.

5. Bent u bekend met het veiligheidsmanagementsysteem (VMS)?

Nee, daarmee ben ik niet bekend en dat hoeft voor mij ook niet. Bekend word ik er wel mee wanneer deze ingevoerd gaat worden.

6. Bent u bekend met de prestatie-indicatoren?

Nee.

7. Wordt er op de afdeling MI op dit moment al gewerkt met prestatie-indicatoren?

Niet dat ik weet.

8. Ziet u het nut van het VMS in?

Ik zie het nut in van het VMS. Ik denk alleen dat het voor de afdeling MI niet veel verandering betekent.

9. Ziet u eventuele knelpunten/problemen bij invoering van het VMS?

Nee, voor zover zie ik nog geen knelpunten.

10. Zijn er eerder op de afdeling MI nieuwe softwaresystemen geïmplementeerd?

Ultimo is de laatste nieuwe software geweest op de afdeling, dit is alweer een aantal jaren terug geweest. De implementatie verliep snel en goed. Een aantal jaren geleden

werd er ook een nieuw systeem ingevoerd waarvoor wij veel administratieve handelingen hebben moeten verrichten. Nadat alle benodigde gegevens waren ingevoerd bleek achteraf dat het systeem toch niet zo handig was en werd deze afgeschaft.

Zoja, hoe werd dit door de afdeling MI geïntroduceerd?

Tijdens werkoverleggen werd Ultimo geïntroduceerd. Alle voordelen werden hier toen genoemd, waardoor (bijna) iedereen enthousiast was.

11. Hoe kan de veiligheidscultuur op de afdeling MI omschreven worden?

Wanneer onderhoud gedaan dient te worden aan apparatuur volg ik hierbij meestal de handleiding van de leverancier. Op deze manier weet ik zeker dat het onderhoud goed verloopt. Wanneer er nieuwe pompen zijn krijg ik hier van de leverancier een cursus bij.

12. Wat denkt u dat er voor u gaat veranderen wanneer het VMS is ingevoerd?

Het VMS zal gaan leiden tot meer onderhoudsintervallen. Hiermee bedoel ik dat onderhoud aan apparatuur vaker dient te gebeuren. Nu zit er op de meeste apparatuur jaarlijks onderhoud, dit zal door het VMS per kwartaal kunnen gaan worden. Het is moeilijk om voor een 'techneut' handelingen te registreren in computers. Dit kost veel tijd. Deze tijd kan dan weer beter besteedt worden aan onderhoud van apparatuur.

13. Denkt u dat er verschillen in de werkwijze en het volgen van procedures zullen zitten tussen de huidige certificeringen en het VMS? Zo ja welke?

Dat weet ik niet. De ISO 9001 is net zoals als het VMS niet veel zeggend voor mij. Het straalt naar de buiten wereld wat uit maar inhoudelijk betekent het geen (grote) verandering.

14. Op welke wijze wordt er draagvlak gecreëerd vanuit de afdeling MI?

Als Senior heb ik naast de maandelijkse werkoverleggen ook twee maandelijks senioren overleg. Hierin wordt soms het VMS genoemd, maar veel wordt er niet over verteld.

15. Welke middelen worden er aangereikt om de patiëntveiligheid zo veel mogelijk te kunnen handhaven?

De middelen die mij aangereikt worden zijn handleidingen door de leverancier en cursussen door de afdeling MI. De afdeling inkoop verzorgt de aanschaf van apparatuur en koopt hier bij de cursussen ook in. Dit gebeurt niet altijd.

16. Op welke manier wordt er met u gecommuniceerd vanuit de afdeling MI?

Door middel van Senioren overleg en werkoverleggen wordt ik op de hoogte gehouden van de ontwikkelingen op de afdeling.

17. Gebruikt u het documentbeheersysteem (DKS) voor naslag van procedures en protocollen? Nee, waarom niet?

Ik heb het DKS 1x gebruikt. Noodzaak tot het gebruiken van het systeem zie ik niet. De manier van onderhoud van de apparatuur kan ik terug vinden in de handleidingen die de leveranciers meesturen.

18. Bent u bekend met Veilig Incidenten Melden (VIM)?

Ja, het VIM is bekend bij mij. Ik krijg met regelmaat meldingen, maar hoeft zelf geen meldingen te maken. De afdeling MI komt niet eens in het systeem voor waardoor het niet eens mogelijk is om aan te maken. Het is niet mijn taak om op de omgang met apparatuur door de zorgmedewerkers te letten. Meldingen zou ik hiervoor dus niet gaan maken.

19. Bent u bereid om opleidingen/cursussen te volgen? Nee, waarom niet?

Heel open sta ik er niet voor. Dit heeft te maken met eerdere nieuw ingevoerde systemen waarvoor veel inwerk van informatie over apparatuur is verricht. Dit heeft toentertijd veel tijd gekost en deze systemen zijn nu alweer verdwenen doordat ze

achteraf toch niet bleken te werken. Maar ik volg wanneer dit nodig moet zijn. Wel ga ik ervan uit dat het invoeren van de risicoclassificatie niet door eigen personeel gedaan gaat worden. Hiervoor hebben wij echter de capaciteit niet.

20. Wat is volgens u de grootse personele en organisatorische consequentie?

Zie vraag 5.

Medewerker 9

1. Wat is uw functie en wat houdt deze in?

Ik ben instrumentatietechnicus op de kinderafdeling, poli urologie en de OK op het Westeinde. Op deze afdeling verzorg ik het onderhoud van de apparatuur en los ik storingen op en voer reparaties uit.

2. Hoe zijn de werkzaamheden verdeeld op de afdeling MI?

De werkzaamheden zijn ingedeeld naar aandachtsgebied. Toen ik hier 8 jaar geleden kwam werken nam de aandachtsgebieden van mijn voorganger over.

3. Bent u tevreden met de manier waarop de werkzaamheden verdeeld zijn?

Ja, heel erg zelfs. Doordat ik altijd op dezelfde afdelingen bezig ben leer ik het personeel op de afdelingen goed kennen. Hierdoor wordt de drempel voor het vragen om hulp verlaagd.

4. Op welke manier worden de resultaten van uw werk beoordeeld?

Er wordt gekeken naar het aantal nog uit te voeren jobs, preventief achterstallig onderhoud. Deze mogen niet teveel zijn.

5. Bent u bekend met het veiligheidsmanagementsysteem (VMS)?

Nee, het veiligheidsmanagementsysteem is niet bekend bij mij.

6. Bent u bekend met de prestatie-indicatoren?

Nee, de prestatie-indicatoren zeggen mij ook bijna niets. Wel ben ik ermee bekend dat de risico's van apparatuur moeten geïnventariseerd en in kaart moeten worden gebracht.

7. Wordt er op de afdeling MI op dit moment al gewerkt met prestatie-indicatoren?

Dat weet ik niet.

8. Ziet u het nut van het VMS in?

Zie vraag 5.

9. Ziet u eventuele knelpunten/problemen bij invoering van het VMS?

Zie vraag 5.

10. Zijn er eerder op de afdeling MI nieuwe softwaresystemen geïmplementeerd?

Ja, een aantal jaren geleden is Ultimo geïmplementeerd. Hiervoor werkte wij met een ander softwaresysteem voor onderhoud, maar Ultimo is veel gebruiksvriendelijker. Ultimo heeft er toe geleid dat de urenverantwoord dienen te worden in het systeem. Veel van de handelingen die ik uitvoer zijn hand en span diensten aan de afdelingen die niet in Ultimo geboekt kunnen worden. Ik vind het onzin om mijn uren te verantwoorden en doe dit dan ook meestal pas aan het einde van de week.

11. Zoja, hoe werd dit door de afdeling MI geïntroduceerd?

Dat weet ik niet meer precies. Volgens mij werd ik tijdens werkoverleggen hierover geïnformeerd.

11. Hoe kan de veiligheidscultuur op de afdeling MI omschreven worden?

Wanneer het gaat om de veiligheid van apparatuur dan kan ik zeggen dat deze heel erg goed is. Wanneer nieuwe apparatuur op de afdeling komt wordt deze eerst meerdere malen ondervonden aan tests. Ook is de veiligheid van bestaande apparatuur goed.

12. Wat denkt u dat er voor u gaat veranderen wanneer het VMS is ingevoerd?

Zie vraag 5.

13. Denkt u dat er verschillen in de werkwijze en het volgen van procedures zullen zitten tussen de huidige certificeringen en het VMS? Zo ja welke?

Zie vraag 5.

14. Op welke wijze wordt er draagvlak gecreëerd vanuit de afdeling MI?

Het veiligheidsmanagementsysteem is in de werkoverleggen een enkele keer genoemd. Verder is vanuit de afdeling (nog) geen aandacht aan besteedt.

15. Welke middelen worden er aangereikt om de patiëntveiligheid zo veel mogelijk te kunnen handhaven?

Met regelmaat worden er tijdens werkoverleggen cursussen voorgelegd die gevolgd kunnen worden. Dit is erg prettig. Op deze manier kunnen de nieuwste ontwikkelingen worden bijgehouden.

16. Op welke manier wordt er met u gecommuniceerd vanuit de afdeling MI?

Tijdens werkoverleggen wordt er op het laatst een vragenronde gedaan waarin iedereen zijn zegje kan doen. Op deze manier worden knelpunten voorkomen.

17. Gebruikt u het documentbeheersysteem (DKS) voor naslag van procedures en protocollen? Nee, waarom niet?

Ik ben op de hoogte van het bestaan van het DKS. Het DKS is ingevoerd toen ik hier al werkzaam was. Bij invoering is er een korte cursus gegeven, echter heb ik er daarna niet meer naar gekeken. Ik voer de onderhoudswerkzaamheden uit zoals ik denk dat deze gedaan dienen te worden en zoals mijn voorganger het mij geleerd heeft. De procedures kijk ik hierbij niet in. Technici willen zich niet bezig houden met administratieve handelingen, maar met het uitvoeren van het onderhoud.

18. Bent u bekend met Veilig Incidenten Melden (VIM)?

Ja, ik ben bekend met het VIM tot op zekere hoogte. Ik weet waarvoor het dient maar krijg hier alleen mee te maken wanneer het hoofd van MI mij hiervoor uitleg vraagt als het betrekking heeft op mijn afdeling. Verder wil ik er ook niet meer van weten.

19. Bent u bereid om opleidingen/cursussen te volgen? Nee, waarom niet?

Wanneer nieuwe apparatuur binnenkomt krijg ik bij complexe apparatuur hiervoor een cursus bij van de leverancier. Verder verzorgt de afdeling af en toe een opfriscursus over bepaalde apparatuur. Als het om het veiligheidsmanagementsysteem gaat ben ik bereid hiervoor cursussen te volgen.

20. Wat is volgens u de grootse personele en organisatorische consequentie?

Zie vraag 5.

Medewerker 10

1. Wat is uw functie en wat houdt deze in?

Ik ben instrumentatietechnicus o.a. op de afdeling Dialyse op het Westeinde. Dialyse is een grote afdeling waar ik dagelijks veel storingen oplos en onderhoud pleeg.

2. Hoe zijn de werkzaamheden verdeeld op de afdeling MI?

Deze zijn verdeeld naar aandachtsgebied. De dialyse is een grote afdeling waardoor ik deze samen met Fons Heye verzorg.

3. Bent u tevreden met de manier waarop de werkzaamheden verdeeld zijn?

Ja. Tot nu toe is onderhoud aan apparatuur op de afdelingen goed verlopen, dit zal mede te danken zijn aan de indeling.

4. Op welke manier worden de resultaten van uw werk beoordeeld?

Er wordt gekeken naar het aantal achterstallige onderhoud op de apparatuur. Deze worden inzichtelijk gemaakt door wekelijkse rapportages die het Hoofd van MI mij toestuurt. Echt beoordeeld wordt het werk niet.

5. Bent u bekend met het veiligheidsmanagementsysteem (VMS)?

Gedeeltelijk. Ik weet dat het een systeem is dat door de overheid wordt opgelegd. Bij het VMS speelt risicoclassificatie een grote rol.

6. Bent u bekend met de prestatie-indicatoren?

Nee.

7. Wordt er op de afdeling MI op dit moment al gewerkt met prestatie-indicatoren?

Nee, volgens mij niet.

8. Ziet u het nut van het VMS in?

Ik vind het goed dat het VMS wordt ingevoerd. Op deze manier wordt er nog meer controle uitgevoerd op de zorgafdelingen en hun omgang met de apparatuur.

9. Ziet u eventuele knelpunten/problemen bij invoering van het VMS?

Nee, tot zover voorzie ik nog geen knelpunten. Wel zal het VMS veel papierwerk met zich mee gaan brengen.

10. Zijn er eerder op de afdeling MI nieuwe softwaresystemen geïmplementeerd?

De laatste verandering met betrekking tot een nieuw systeem was Ultimo. Deze bracht veel vernieuwen met zich mee, in positieve zin.

11. Hoe kan de veiligheidscultuur op de afdeling MI geïntroduceerd?

Dit kwam ter sprake tijdens werkoverleggen. Toen het systeem op de afdeling kwam werd door de leverancier hiervoor een cursus verzorgd.

12. Hoe kan de veiligheidscultuur op de afdeling MI omschreven worden?

Ik ga erg zorgvuldig om met de veiligheidscultuur die gewenst is op de afdeling MI en volg ik met regelmaat trainingen.

13. Wat denkt u dat er voor u gaat veranderen wanneer het VMS is ingevoerd?

Voor mij zal het gaan betekenen dat ik de risico's van de apparatuur moet gaan invoeren. De vraag is alleen moet ik deze gegevens zelf gaan invoeren of gaat een externe dit doen. Mijn voorkeur gaat uit naar het zelf doen. Wanneer ik de risico's van de apparatuur opneem en deze vervolgens moet doorgeven aan een ander persoon kost dit veel tijd. Deze tijd kan ik dan beter benutten door de gegevens direct in te voeren.

14. Denkt u dat er verschillen in de werkwijze en het volgen van procedures zullen zitten tussen de huidige certificeringen en het VMS? Zo ja welke?

Nee, dat denk ik niet. Beiden certificeringen zijn gericht op andere doelgroepen.

15. Op welke wijze wordt er draagvlak gecreëerd vanuit de afdeling MI?

Het VMS is een punt op de agenda dat altijd wel wordt behandeld tijdens werkoverleggen. Heel lang wordt er niet over gesproken maar dit heeft denk ik te maken

dat de vorderingen van het systeem nog niet op het niveau zitten waar wij straks mee moeten gaan werken.

15. Welke middelen worden er aangereikt om de patiëntveiligheid zo veel mogelijk te kunnen handhaven?

Door de leverancier worden handleidingen en cursussen aangeboden om veilig met de apparatuur om te gaan. Daarnaast kan ik als ik wil ook zelf trainingen volgens, dit moet ik dan wel zelf aangegeven.

16. Op welke manier wordt er met u gecommuniceerd vanuit de afdeling MI?

Ik ben geen Senior waardoor ik geen wekelijks overleg heb. Communicatie uit MI komt dan alleen maandelijks tijdens werkoverleggen en wanneer Hoofd van MI mij wilt spreken over een bepaald onderwerp.

17. Gebruikt u het documentbeheersysteem (DKS) voor naslag van procedures en protocollen? Nee, waarom niet?

Ja, ik gebruik DKS regelmatig. Op de afdeling Dialyse heb ik te maken met een grote hoeveelheid aan complexe apparatuur die elke weer een andere procedure kent. Ik gebruik DKS om deze procedures op te zoeken. Wel kan DKS gebruiksvriendelijker worden. De exacte bestandsnaam waaronder de procedure staat moet worden ingevoerd bij de zoekterm om snel tot het juiste bestand te komen.

18. Bent u bekend met Veilig Incidenten Melden (VIM)?

Nee, ik ben niet bekend met het VIM. Wel zou ik hier graag meer van willen weten. Ik zie met regelmaat dat medewerkers van de Dialyse verkeerd omgaan met de apparatuur wat schadelijk kan zijn voor de patiënt. Dit zou ik graag zelf willen melden in plaats van dit door een ander te laten doen.

19. Bent u bereid om opleidingen/cursussen te volgen? Nee, waarom niet?

Ja, ik ben bereid tot het volgen van cursussen. Graag zou ik ook vaker opfriscursus willen hebben. Dit heeft te maken met de grote hoeveelheid aan apparatuur waarvoor ik verantwoordelijk ben.

20. Wat is volgens u de grootste personele en organisatorische consequentie?

Zie vraag 9.

Bijlage 9: Uitwerking interview Rishma Roepan, Kwaliteitscoördinator

1. Wat is uw functie en wat houdt deze in?

Ik ben kwaliteitscoördinator op de afdeling Techniek en Gebouwen in het MCH. Ik beheer de kwaliteitssystemen, ISO en NIAZ, voor de afdeling. Daarnaast ondersteuning ik activiteiten en projecten van de afdeling, vorming van evaluatieverslagen klanttevredenheidsonderzoeken en implementeren van het VMS.

2. Wat is de relatie/verschil op het gebied van kwaliteit voor de afdeling Techniek en Gebouwen en dat van de 'algemene' afdeling kwaliteit en veiligheid in het MCH?

Ik ben geen onderdeel van de afdeling Kwaliteit en Veiligheid. Zo heb ik geen overleggen met de afdeling Kwaliteit en Veiligheid. De afdeling Techniek en Gebouwen is een los onderdeel met eigen kwaliteitssystemen. Ik word dan ook aangestuurd door het Hoofd van het bedrijfsbureau. Wel zal in de toekomst door het VMS meer samengewerkt moeten gaan worden met de afdeling Kwaliteit en Veiligheid.

3. Hoe zijn de werkzaamheden verdeeld op de afdeling MI?

De medewerkers van de afdeling MI hebben allemaal hun eigen aandachtsgebieden waar zij het onderhoud e.d. uitvoeren. De afdeling T&G bestaat uit de afdeling Medische Instrumentatie (MI), Gebouw Gebonden Functies (GGF), Bedrijfsbureau en Telematica. De afdeling MI en GGF hebben zijn voornamelijk voor het onderhoud van apparatuur en het gebouw. Het bedrijfsbureau en telematica zijn meer op beleidsniveau i.p.v. operationeel niveau actief. MI en GGF ondersteunen het bedrijfsbureau en telematica bij projecten e.d.

4. Ziet u het nut van het veiligheidsmanagementsysteem (VMS) in?

Jazeker. De bestaande ISO normen op de afdeling zijn gericht op de klanten van de afdeling Gebouwen en Techniek. Het VMS is gericht op de patiëntveiligheid. Voor de medewerkers betekent dit ook meer bewustwording van de noodzaak van de veiligheid van apparatuur.

5. Bent u bekend met de prestatie-indicatoren van het VMS?

Ja, ik ben bekend met de prestatie-indicatoren die aan het VMS verbonden zijn. Alleen zou ik ze inhoudelijk niet kunnen beschrijven

6. Wordt er op de afdeling T&G en MI op dit moment al gewerkt met prestatie-indicatoren?

Ja op beide afdelingen wordt al gewerkt met prestatie-indicatoren. Deze zijn opgesteld door alle Hoofden (T&G, MI, GGF, Kwaliteit). De prestatie-indicatoren waarmee op dit moment wordt gewerkt staan los van de prestatie-indicatoren die verbonden zijn aan het VMS. In de toekomst zullen deze 2 indicatoren niet samengevoegd worden.

7. Is er een missie/visie op de afdeling Techniek en Gebouwen en MI voor veiligheid?

Nee, er bestaat geen missie of visie die gericht op veiligheid op beide afdelingen. Wel wordt er ziekenhuis breed aandacht besteed aan kwaliteit. Deze is terug te vinden in de strategie van het ziekenhuis.

8. Is er een plan van aanpak/veiligheidsscenario's voor het realiseren van veiligheid?

Op de afdeling MI is een veiligheidsreglement aanwezig. Deze moet nog wel worden aangepast. In dit reglement staat beschreven hoe te handelen bij calamiteiten en is beschreven hoe de beveiliging geregeld is.

9. Wie is er eindverantwoordelijk voor de (patiënt)veiligheid op de afdeling MI?

Eindverantwoordelijk is de Raad van Bestuur. Wel kan het Hoofd van de afdeling bij een incident hier ook op aangesproken worden.

10. Op welke wijze worden de resultaten van u beoordeeld m.b.t. het volgen van veiligheidsprocedures etc.?

Mijn werkzaamheden worden beoordeeld door het Hoofd van het bedrijfsbureau. Ik voer verschillende taken uit voor verschillende medewerkers. Hij gaat ook bij hen na hoe ik mijn werk heb uitgevoerd. Het eindmoment is de audit van de ISO. Er kan dan worden geconstateerd of ik juist heb gehandeld en heb toegewerkt naar de certificering en hierbij gedacht heb aan alle veiligheidsprocedures.

11. Welke middelen worden er aan u door MI aangereikt voor het handhaven van de veiligheid?

Er worden diverse middelen aangereikt voor het handhaven van de veiligheid. Zo is er DKS het documentbeheersysteem. Dit systeem is voor het handhaven van de procedures. Hierin staan de werkinstructies en protocollen in vermeld. Daarnaast worden er door leveranciers van softwaresystemen cursussen aangeboden en kan ik zelf ook aangeven wanneer ik een cursus wil volgen.

12. Op welke wijze wordt er vanuit MI draagvlak gecreëerd voor het VMS?

Er wordt vanuit MI geen draagvlak gecreëerd. Het VMS wordt op de afdeling gewoon ingevoerd.

13. Wat denkt u dat er voor u gaat veranderen wanneer het VMS is ingevoerd?

Rondom het onderwerp VMS is heel veel informatie beschikbaar maar er staat nergens exact beschreven hoe het VMS geïntegreerd moet worden in huidige kwaliteitssystemen. Op dit gebied is het dan ook nog onduidelijk wat er gaat veranderen voor mij. Wel moet ik procedures en protocollen gaan schrijven en al bestaande procedures gaan aanpassen. De controle op de uitvoering van deze procedures en protocollen dienen door mij meer gecontroleerd te gaan worden. Meer controle op de naleving van de procedures en protocollen is nodig omdat niet alle medewerkers op dit moment deze volgen.

14. Welke certificeringen zijn er op dit moment aanwezig op de afdeling MI?

De afdeling T&G is ISO 9001:2000 gecertificeerd. Dit is een kwaliteitssysteem voor het hanteren van klanttevredenheid. Op dit moment zijn wij bezig om de nieuwste certificering van de ISO te krijgen, de ISO 9001:2008. Daarnaast is het ziekenhuis NIAZ gecertificeerd.

15. Zijn er grote verschillen tussen de huidige certificeringen en het VMS?

Voor de afdeling Medische Instrumentatie heeft de certificering van het VMS geen nut. Er wordt op dit moment ook geen waarde gehecht aan de overige certificeringen. Het is fijn om gecertificeerd te zijn maar kent geen toegevoegde waarde voor de afdeling. Er wordt veel waarde gehecht aan klanttevredenheid en middelen om de werkzaamheden uit te kunnen voeren, maar daarvoor is geen certificering nodig.

16. Wat is volgens u het nut van certificering van het VMS?

Certificering van het VMS maakt de medewerkers van de zorgafdelingen bewuster van het eigen handelen. De zorgafdelingen worden bewuster van de noodzaak van veiligheid van de apparatuur. Zij dienen de apparatuur nu ook te gaan controleren en kunnen op deze manier niet alleen meer de technici de 'schuld' geven bij niet goed functioneren van de apparatuur.

17. Betekent het VMS een andere werkwijze voor de medewerkers van de afdeling Medische Instrumentatie (MI)?

Ja, dat denk ik wel. Op dit moment werken de medewerkers niet met vaste werkinstructies. Iedereen heeft zijn eigen afdeling binnen het MCH en voert daar zijn werkzaamheden uit. De procedures en protocollen worden niet altijd gevolgd. De bekendheid van het bestaan hiervan moet dan ook worden vergroot.

18. Zijn er eerder op de afdeling MI nieuwe softwaresystemen geïmplementeerd?
Ultimo is een aantal jaren geleden op de afdeling geïmplementeerd.

Zoja, hoe werd dit door de afdeling MI geïntroduceerd?
Ultimo was al geïmplementeerd toen ik hier kwam werken.

19. Denkt u dat er verschillen in de werkwijze en het volgens van procedures zullen zitten tussen de huidige certificeringen en het VMS? Zo ja welke?
Nee, er zijn geen grote verschillen tussen de bestaande ISO certificering en de te integreren VMS. Er moeten procedures worden (her)schreven om tot certificering van het VMS te komen.

20. Op welke wijze worden de medewerkers geïnformeerd over de aanwezige procedures en protocollen?

Het documentbeheersysteem (DKS) is een wijze waardoor de medewerkers geïnformeerd worden over de procedures en protocollen. Ook is er een kwaliteitshandboek. In dit handboek staat alles over de afdeling T&G en MI. Zo is de organisatiestructuur, de soorten overlegvormen weergegeven maar ook zijn bedrijfsprocessen en de wijze van het beheer van kwaliteitssystemen beschreven. Daarnaast zijn er voor de ISO9001:2000 voorlichtingssessies gehouden. Deze voorlichtingssessies werd het doel, nut en de te veranderen processen besproken. Als laatste worden de medewerkers ook via informele manieren over de procedures en protocollen ingelicht. Hiermee wordt bedoeld dat de medewerkers op de werkvloer hierop worden aangesproken en geïnformeerd.

21. Worden deze procedures/protocollen ook daadwerkelijk gevolgd? Nee, waarom niet?
Nee, deze worden niet altijd gevolgd. Dit heeft ermee te maken dat de medewerkers het als een ballast zien en hieraan geen tijd willen besteden. Daarnaast wordt het door het Hoofd van MI niet voldoende gestimuleerd en gecontroleerd op het gebruik hiervan.

22. Hoe kan de veiligheidscultuur op de afdeling MI omschreven worden?
De huidige veiligheidscultuur is slecht. Deze kan verbeterd worden door het navolgen van de voorgeschreven procedures en protocollen.

23. Op welke manier wordt er met u gecommuniceerd vanuit de afdeling MI?
Het Hoofd van MI communiceert op formeel en informele wijze. Formeel tijdens vergaderingen en andere bijeenkomsten. Informele communicatie gebeurt tijdens koffiepauze's of hij komt langs mijn bureau.

24. Wat is de huidige status van het VMS?
Op het gebied van het VMS zijn al enkele stappen ondernomen. Zo is er een raamwerk gemaakt van de NTA en ISO 9001. Hierin is inzichtelijk gemaakt welke procedures overeenkomen en welke nieuw geschreven moeten worden. Daarnaast is er een actieplan van de zelfevaluatie gemaakt voor de afdeling MI. Hierin staan de te doorlopen stappen om tot invoering van het VMS op de afdeling MI te komen.

25. Wat zijn de grootste voordelen van het VMS?
Het grootste voordeel voor mij van het VMS is dat de nadruk nu niet op de klanttevredenheid ligt maar op de patiëntveiligheid. De aandacht is er altijd wel geweest maar nu wordt deze extra benadrukt. Als tweede pluspunt kan ik noemen dat medewerkers dezelfde procedures moet gaan volgen en daardoor gestructureerder gaan werken.

26. Ziet u eventuele knelpunten/problemen bij invoering van het VMS?
Een knelpunt dat ik voorzie bij de medewerkers is dat deze bewuster moeten worden van de veiligheid. Je moet de medewerkers niet de NTA 8009 voorleggen maar voor hen doelstellingen formuleren die voor hun (persoonlijk) van toepassing zijn op het gebied van het VMS.

27. Wat denkt u dat er voor u gaat veranderen wanneer het VMS is ingevoerd?

Voor mij zal er veel gaan veranderen. Zo moet ik het kwaliteitssysteem de ISO 9001 gaan aanpassen. De ISO 9001 dient in het VMS geïntegreerd te gaan worden. Wanneer het VMS is ingevoerd zal er meer aan de regels gehouden moeten gaan worden, er zal minder vrijheid zijn bij de invulling van procedures. Als laatste zal er meer samenwerking moeten gaan plaatsvinden met het Hoofd van Kwaliteit en Veiligheid en het Hoofd van MI.

28. Welke vorm van rapportage naar de Raad van Bestuur lijkt u het meest geschikt?

Een combinatie van schriftelijke en mondelinge rapportage. Ervaring uit eerdere rapportages naar de Raad van Bestuur leert dat alleen schriftelijke rapportages lijdt tot onduidelijkheid en extra mondelinge toelichting nodig is. En mondelinge rapportages vragen weer om schriftelijk te worden vastgelegd en te worden geëvalueerd.

29. Wat is volgens u de grootste personele, organisatorische consequentie?

Personele consequenties zijn er voor mij denk ik niet. Wel voor de medewerkers van de afdeling Medische Instrumentatie. Zij moeten nog vaker in overleg gaan met de zorgmanager van hun afdeling.

Op organisatorisch gebied betekent dat het VMS mij meer werk gaat opleveren. Aangezien ik de functie van kwaliteitscoördinator alleen vervul zal er iemand bij moeten komen. De andere taken naast het VMS zullen immers ook uitgevoerd moeten worden. Een andere consequentie is dat ik meer trainingen zal moeten gaan volgen. Op dit moment volg ik al een training DKS, om procedures en protocollen vast te leggen. Daarnaast zou ik ook graag een aantal opfriscursussen willen gaan volgen met betrekking tot de huidige kwaliteitssystemen om het VMS hier nog beter op aan te laten sluiten. Daarnaast krijg ik door het VMS een controlerende functie toegeschoven. Het uitvoeren van audits is niet mijn sterkste kant. Een training hiervoor zal een oplossing kunnen zijn.

Op financieel gebied zal de invoering van het VMS voor mijn functie geen consequenties betekenen.

Bijlage 10: Uitwerking interview Hans Huysen, Hoofd Kwaliteit en Veiligheid

Vragen omtrent het VMS en de prestatie-indicatoren

1. Wat is uw functie en wat houdt deze in?

Ik ben manager van de afdeling Kwaliteit en Veiligheid in het MCH. In totaal zijn er 8 FTE werkzaam op de afdeling. 3 FTE zijn werkzaam als klachtenfunctionarissen en 5 FTE als stafmedewerker.

2. Wat is de relatie/verschil op het gebied van kwaliteit (de kwaliteitscoördinator) voor de afdeling Techniek en Gebouwen en dat van de 'algemene' afdeling kwaliteit en veiligheid in het MCH?

De afdeling T&G heeft zijn eigen kwaliteitscoördinator en heeft niets te maken met de afdeling Kwaliteit en Veiligheid. Wel ondersteund de kwaliteitscoördinator ziekenhuis brede kwaliteitssystemen zoals de NIAZ en het VMS.

3. Is er op de afdeling kwaliteit en veiligheid een missie/visie m.b.t. veiligheid?

Nee, er is geen specifieke missie of visie m.b.t. veiligheid. Wel is er ziekenhuis breed een missie en visie m.b.t. kwaliteit en veiligheid 'Zorg met passie'. Deze missie en visie worden jaarlijks aangepast op de nieuwste ontwikkelingen op het gebied van veiligheid.

4. Bent u bekend met de prestatie-indicatoren van het VMS?

Ik ben bekend met de basisset van de prestatie-indicatoren. De inspectie voor de gezondheidszorg volgt de prestatie-indicatoren van het VMS zoals deze binnen het MCH worden doorgevoerd. Jaarlijks dient de afdeling Kwaliteit en Veiligheid over de voortgang van de prestatie-indicatoren aan de inspectie te rapporteren. Daarnaast zijn er ook kwartaalrapportages. Deze gaan over de risicovolle prestatie-indicatoren die vaker geëvalueerd dienen te worden.

5. Worden er op dit moment op de afdeling kwaliteit en veiligheid gewerkt met prestatie-indicatoren?

Ja. De prestatie-indicatoren die op de afdeling Kwaliteit en Veiligheid worden gebruikt zijn de indicatoren van het VMS. Hierover dient, zoals bij vraag 4 is beschreven, gerapporteerd te worden naar de inspectie van de gezondheidszorg.

6. Voor het VMS is geen (extra) budget beschikbaar. Kan MI extra budget krijgen wanneer dit nodig mocht blijken?

Het ziekenhuis beschikt over een extra budget voor speciale activiteiten die binnen het MCH georganiseerd dienen te worden. De afdeling MI kan hier aanspraak op maken. Er is afgesproken met de afdeling MI dat er eerst andere oplossingen worden gevonden voordat er aanspraak wordt gedaan op het extra budget van het ziekenhuis. De afdeling MI kan het beste de bijeenkomst op 26 maart a.s. afwachten. Misschien dat er onderling met de ziekenhuizen uit de 'A12' groepering taken rondom het VMS verdeeld kunnen worden. Op deze manier worden de kosten gedeeld.

7. Welke middelen worden er aangereikt om een veilige cultuur te realiseren?

VIM is het middel dat wordt aangereikt om een veilige cultuur te realiseren. De afdelingshoofden zijn zogenaamde 'sleutelfiguren' die inzicht hebben en krijgen in de meldingen. Deze 'sleutelfiguren' en medewerkers van de afdelingen krijgen allemaal een training voor de omgang en het gebruik met VIM.

8. Op welke wijze wordt er door de afdeling kwaliteit met de afdeling MI gecommuniceerd?

Maandelijks zijn er overleggen in de vorm van een 'werkgroep'. Deze werkgroep is in samenwerking met het Facilitair bedrijf. Over het VMS wordt globaal gesproken tijdens deze bijeenkomsten. Ontwikkelingen die spelen op dat moment worden behandeld.

Laatst was dit het risicoclassificatie softwaresysteem 'Logic' en de bijeenkomst op 26 maart met de 'A12' groepering van ziekenhuizen.

9. Bent u op de hoogte van de te volgen procedures/protocollen die door de medewerkers gevolgd moeten worden in DKS?

Nee, ik houd me niet bezig met de procedures en protocollen die de medewerkers moeten volgen. Wel ben ik op de hoogte van het DKS systeem. Ik krijg soms een verzoek van de kwaliteitscoördinator om bepaalde procedures te accorderen voor het DKS. Het Hoofd van de afdeling MI is ervoor verantwoordelijk dat het DKS bekend wordt bij nieuwe medewerkers.

10. Hoe worden de resultaten van de medewerkers gecontroleerd m.b.t. veiligheid?

De resultaten van de medewerkers van MI dienen door het Hoofd van de afdeling MI gecontroleerd te worden.

11. Op welke wijze kan er het beste draagvlak voor de medewerkers van MI gecreëerd worden?

Het is van belang dat de medewerkers bewust worden van de risico's die zich voordoen op de apparatuur. Dit kan gedaan worden door inzicht te geven in de incidentmeldingen die zich hebben voorgedaan

12. Zijn er specifieke veiligheidsprocedures/softwaressystemen op de afdeling kwaliteit voor het handhaven van veiligheid?

De afdeling Kwaliteit en Veiligheid is beheer van MIP. MIP staat voor Meldingscommissie Incidenten Patiëntenzorg. Verder wordt er niet gewerkt met veiligheidsprocedures of softwaressystemen. De afdeling Kwaliteit en Veiligheid ondersteunt het veiligheidsbeleid ziekenhuis breed.

Vragen omtrent de invulling van de rapportage naar de Raad van Bestuur

1. Voor wie is de rapportage bedoeld?

De rapportage is bedoeld voor de Raad van Bestuur.

2. Wat is het doel van de rapportage?

Het doel van de rapportage is om inzicht te geven in de voortgang en de status van de prestatie-indicatoren op de afdeling MI. Bij een bezoek van de inspectie van de gezondheidszorg kunnen deze rapportages worden aangetoond.

3. Wie moet er aan u gaan rapporteren over de voortgang van het VMS en de prestatie-indicatoren?

Het Hoofd van de afdeling MI zal aan mij gaan rapporteren. Hij zal dit gaan doen in de vorm van een 9tal prestatie-indicatoren die inzicht zullen gaan geven in de ontwikkeling en implementatie hiervan op de afdeling MI.

4. Wordt er op dit moment al gerapporteerd tussen MI en kwaliteit?

Nee, er vindt op dit moment nog geen enkele vorm van rapportage plaats tussen MI en Kwaliteit en Veiligheid. Wel levert de afdeling MI elk kwartaal 2 prestatie-indicatoren aan, de investeringsbegroting en achterstallig onderhoud, waarover gerapporteerd wordt aan de Raad van Bestuur.

5. Welke vorm van rapportage wordt op dit moment gebruikt om inzicht te geven in de status van de NIAZ- accreditatie?

De vorm van rapporteren gebeurt voornamelijk door middel van schriftelijke rapportages. Laatst kwamen uit de rapporten van de NIAZ een 11tal verbeteracties die hebben geleid tot 11 PVA's. Deze PVA's worden ieder kwartaal besproken omdat op deze manier de voortgang kan worden bijgehouden. Tevens kan er in het NIAZ- systeem worden aangegeven op welke manier de voortgang wordt gemonitord.

6. Aan welke eisen dient de rapportage te voldoen?

Het rapport dient de continuïteit te waarborgen en effectief te zijn. Met effectiviteit wordt bedoeld dat met de inhoud van het rapport wat gedaan kan worden en het doel van de rapportage behaald wordt, namelijk invulling geven aan de prestatie-indicatoren op de afdeling MI. Er wordt niet gewerkt met een vast format van rapportages binnen het MCH.

7. Welke informatie dient minstens in de rapportage te worden opgenomen met betrekking tot het VMS en de prestatie-indicatoren?

De rapportage dient de 9 prestatie-indicatoren te bevatten die aan het VMS verbonden zijn. Per indicator dient te worden vastgelegd wat de status ervan is.

8. Van welke omvang moet de rapportage zijn?

De omvang van het rapport is niet van belang. Het is van belang dat alle informatie die noodzakelijk is voor de afdeling MI en de Raad van Bestuur erin verwerkt is.

9. Hoe vaak wilt u dat er gerapporteerd wordt?

Het rapport dient elk kwartaal te worden opgesteld.

10. Welke afdeling(en) moet(en) in het rapport worden opgenomen?

De afdeling MI dient in de rapportage te worden opgenomen wanneer het gaat om de prestatie-indicatoren van het VMS. In de rapportage zullen de 5 divisies van het ziekenhuis ook worden meegenomen maar deze zullen op andere aspecten worden beoordeeld.

11. Wat zijn de meest gemaakte fouten bij rapporten in het MCH?

Bij de rapportages van MIP en VIM worden nog steeds veel fouten gemaakt. Het rapporteren over deze twee begrippen is nog vrij nieuw. Er worden hiervoor wel cursussen aangeboden maar in de praktijk is het vaak toch wat lastiger.

12. Wanneer dient het eerste rapport over de voortgang van het VMS en de prestatie-indicatoren te worden uitgebracht?

Op 1 juli 2009 zal de jaarlijkse rapportage aan de Raad van Bestuur gaan plaats vinden. Het rapport over de voortgang van de prestatie-indicatoren dient dan klaar te zijn.

Bijlage 11: Uitwerking externe onderzoeken

Bijlage 11.1: Uitwerking interview Erasmus MC, Rotterdam

Carol van der Palen (Hoofd Medische Instrumentatie) en Leo Groenendaal (Projectleider VMS), 3 maart 2009

1. Wat is uw functie en wat houdt deze in?

Carol van der Palen is Hoofd van de afdeling Medische Instrumentatie en stuurt dagelijks 40 medewerkers aan. De lijnen op de afdeling zijn kort, dit betekent dat hij de medewerkers direct aanstuurt zonder tussenpersonen. Leo Groenendaal is één van de projectleiders/consultant die het belangrijkste aanspreekpunt is op het gebied van het VMS.

2. Welke stappen zijn al ondernomen op het gebied van het VMS?

Op de afdeling wordt gewerkt met het PRISMA (Prevention and Recovery Information System for Monitoring and Analysis) softwaresysteem. Dit systeem dient als risicoclassificatie op de afdeling voor het melden van fouten en bijna fouten. Het biedt per fout/oorzaak ondersteuning voor verbetermaatregelen. Prisma is gekoppeld aan de inventaris dat vermeld staat in Ultimo.

3. Zijn de medewerkers bekend met het veiligheidsmanagementsysteem en de prestatie-indicatoren?

Ja. De medewerkers zijn bekend met het VMS. Tijdens werkoverleggen is dit altijd een onderdeel van de agenda. De prestatie-indicatoren kennen zij inhoudelijk niet maar zijn wel bekend met de indicatoren als Ultimo, MIP-expert en NIAZ.

4. Zijn de medewerkers bereid om trainingen/cursussen te volgen?

Alle medewerkers zijn bereid tot het volgen van cursussen. Dit is ook verplicht. Het soort cursus dat een medewerker moet volgen is verschillend. Zo is er standaard voor nieuwe medewerkers een cursus waarbij de procedures worden uitgelegd en waar deze te vinden zijn. Tevens zijn er bijscholingscursussen, veiligheidscursussen en dergelijke.

5. Op welke wijze wordt er draagvlak gecreëerd voor de medewerkers?

Op de afdeling Medische Instrumentatie wordt gewerkt met het QMT-model. Alle betrokkenen komen bij elkaar aan tafel en luisteren naar elkaar. Zo ook de medewerkers. Deze waren vanaf het begin betrokken bij de invoering van het QMT-model. Gezamenlijk met de Raad van Bestuur, inkoopafdeling e.d. hebben zij aan tafel gezeten en hun input erin mogen geven. Op deze manier is het systeem ingevoerd. Zo ook straks met het VMS-systeem. Tevens is het QMT-model en de andere certificeringen (ISO 9001 en NIAZ) een vast agendapunt tijdens werkoverleggen. Het belangrijkste is 'vier je successen'. Wanneer doelstellingen (bijv. certificeringen) behaald zijn dit naar je medewerkers toe te uiten. Dit hebben wij eerder gedaan door een hoogleraar het certificaat te laten uitreiken en de directeur bedankte de medewerkers voor hun inzet tijdens een toespraak. Op deze manier voelen de medewerkers zich gewaardeerd en betrokken.

6. Betekent de invoering van het veiligheidsmanagementsysteem een andere werkwijze voor de medewerkers?

Nee, de medewerkers krijgen alleen te maken met extra werkzaamheden en handelingen aan de apparatuur.

7. Ik heb gemerkt tijdens de interne gesprekken dat de medewerkers het VMS alleen maar zien als een papierwinkel. Is dit ook daadwerkelijk zo?

Nee, zo moeten de medewerkers het niet gaan zien. Het invoeren van de gegevens in het systeem is niet een dagelijkse bezigheid. Het moet een onderdeel van hun werk worden.

Een nieuwe manier van werken moet hen aangeleerd gaan worden. Het gaat om de uiteindelijke kwaliteit die ze moeten gaan leveren en hiervan moeten ze het nut van gaan inzien.

8. Is er al een certificering op de afdeling Medische Instrumentatie? Zoja, op welke wijze denkt u dat het veiligheidsmanagementsysteem hier impact op heeft?

De afdeling Medische Instrumentatie is QMT- gecertificeerd. QMT bestond eerder dan het VMS. Daarnaast zijn wij ook NIAZ en ISO 9001 gecertificeerd. Door het QMT-model konden deze certificeringen eenvoudig worden ingevoerd omdat deze veel overeenkomsten hebben. Alle certificeringen staan los van het VMS en zullen dan ook niet geïntegreerd gaan worden. Het VMS zal dan ook geen invloed hebben op het QMT.

9. Betekent de invoering van het veiligheidsmanagementsysteem een grote financiële impact voor de afdeling Medische Instrumentatie?

Nee. Bij de invoering van het QMT is er 1 FTE aangenomen, een kwaliteitsfunctionaris. Daarnaast hebben wij nog een geld bedrag gekregen, dit is niet veel maar daarmee redden we het wel. Met deze middelen kunnen wij in de toekomst ook het VMS gaan invoeren.

10. Moeten er veel procedures/protocollen worden aangepast om het VMS in de huidige situatie te integreren?

De kwaliteitsfunctionaris is de persoon die de procedures en protocollen moet gaan aanpassen. Deze is aangesteld bij het QMT en kan deze taak op zich gaan nemen. Om tot het QMT te komen zijn gesprekken gevoerd met veel partijen in het ziekenhuis. Wanneer deze allen hun eigen procedures aanpassen en bij de kwaliteitsfunctionaris neerleggen hoeft MI niet veel aan te passen.

11. Wat zijn mogelijke knelpunten bij invoering van het VMS?

Toen het QMT-model werd ingevoerd kregen we te maken met wat weerstand. Medewerkers die al jarenlang hetzelfde werk uitvoeren hebben de werkzaamheden eigen gemaakt. Een andere manier van werken aannemen was voor hen wel lastig in het begin. Toen zij zagen dat andere collega's wel volgens de nieuwe werkwijzen gingen werken was de weerstand snel voorbij.

12. Wat zijn de grootste voordelen van het VMS?

Door het VMS kan er precies gezien worden welke medewerker welke handeling heeft uitgevoerd en kan deze bij fouten worden aangesproken.

11.2 Uitwerking interview Bronovo, Den Haag

Henk van der Kamp (Hoofd Medische Instrumentatie), 2 april 2009

1. Wat is uw functie en wat houdt deze in?

Ik ben al 16 jaar werkzaam als Hoofd van de afdeling MI in het Bronovo ziekenhuis. Ik stuur de medewerkers van MI aan en houd mij daarnaast bezig met de certificeringen en procedures op de afdeling.

2. Hoe veel medewerkers zijn werkzaam op de afdeling Medische Instrumentatie (MI)?

Er zijn, inclusief mijzelf, 4 FTE werkzaam op de afdeling MI.

3. Hoe zijn de werkzaamheden verdeeld op de afdeling MI? Tevreden mee?

De werkzaamheden zijn niet verdeeld op de afdeling. De medewerkers kunnen zelf in Ultimo zien welk onderhoud er uitgevoerd moet worden. Onderling kunnen zij dit met elkaar afstemmen. Wel is het zo dat de ene medewerker meer kennis heeft van bepaalde apparatuur dan een ander en voert dat onderhoud dan ook meestal uit. Het is haast niet mogelijk om door de kleine groep aan medewerkers het werk te verdelen. Wanneer één

medewerker dan ziek of op vakantie is moet dit werk dan weer verdeeld worden over de andere medewerkers.

4. Op welke wijze worden de resultaten van de medewerkers (en van u) beoordeeld m.b.t. het volgen van veiligheidsprocedures etc.?

De werkzaamheden worden niet beoordeeld maar er worden rapportages uit Ultimo uitgedraaid om bij te houden hoeveel onderhoud er is uitgevoerd. Achterstallig onderhoud mag niet gebeuren en door middel van de rapportages kan dit bij worden gehouden.

5. Welke stappen zijn al ondernomen op het gebied van het VMS?

Wij zijn begonnen met de risicoclassificatie. 80% van de apparatuur is geïnventariseerd en hebben we ingevoerd in een Excel-bestand. De classificatie is uitgevoerd door een stagiair waardoor wij het onderhoud konden blijven uitvoeren. Het uitvoeren van de risicoclassificatie heeft ongeveer een half jaar geduurd. Op dit moment ben ik bezig om de processtappen die in het rapport van de Commissie Kwaliteit beschreven staan om te zetten in procedures en aan deze procedures de verantwoordelijke te verbinden. De verantwoordelijke voor de procedure dient deze te gaan aanpassen.

6. Zijn de medewerkers bekend met het veiligheidsmanagementsysteem en de prestatie-indicatoren?

Op de afdeling MI werken wij niet met de prestatie-indicatoren van de NVKF, de medewerkers hebben hier dan ook geen kennis van. Wel zijn de medewerkers bekend met het VMS en dat deze bijdraagt aan veiligere apparatuur.

7. Wordt er op de afdeling op dit moment al gewerkt met prestatie-indicatoren?

Nee, er wordt niet gewerkt met prestatie-indicatoren op de afdeling MI. Ik kijk naar het aantal jobs achterstallig onderhoud en dat ik het onderhoud dit jaar allemaal nog afkrijg.

8. Zijn de medewerkers bereid tot het volgen van trainingen/cursussen?

Jazeker. Het volgen van trainingen gebeurt nu ook al met regelmaat. Per medewerker houd ik bij wanneer zij welke cursus hebben gevolgd en/of zij het certificaat hiervoor hebben gehaald.

9. Zien de medewerkers het nut van het VMS in?

De medewerkers zien het nut van het VMS in maar het geeft voor hen wel een dubbel gevoel. Zij weten dat fouten op de apparatuur door middel van het VMS nog beter voorkomen kunnen worden. Maar aan de andere kant levert het VMS hen veel meer extra administratieve handelingen op.

10. Hoe kan de cultuur/veiligheidscultuur op de afdeling MI omschreven worden?

De veiligheidscultuur kan als zeer goed worden omschreven. De medewerkers zijn erg proactief en volgen de voorgeschreven procedures allen goed op.

11. Op welke wijze wordt er draagvlak gecreëerd voor de medewerkers?

Er wordt helemaal geen draagvlak gecreëerd voor het VMS vanuit de afdeling MI. Het VMS wordt ziekenhuisbreed in één keer ingevoerd en treft vooral de leidinggevenden. Op managementniveau wordt er wel veel over gesproken zoals laatst op 26 maart jl. bij de bijeenkomst op het MCH. Tijdens werkoverleggen met de medewerkers wordt hier (nog) niet over gesproken.

12. Welke middelen worden er aangereikt om de patiëntveiligheid zo veel mogelijk te kunnen handhaven?

Naast het aanbieden van de standaard middelen als trainingen en cursussen zorgen wij ook voor een veilige werkplek en werkomgeving. Maar ook voor de juiste verlichting om het onderhoud goed te kunnen uitvoeren.

13. Is er een missie/visie op de afdeling MI voor veiligheid?

Nee, op de afdeling MI is er geen missie/visie aanwezig speciaal gericht op veiligheid. Wel staat kwaliteit hoog in het vaandel. Dit is te zien aan het feit dat er in het documentbeheersysteem DKS alleen al 2227 procedures t.a.v. kwaliteit staan vastgelegd.

14. Is er een plan van aanpak/veiligheidsscenario's voor het realiseren van veiligheid?

Er is geen plan van aanpak aanwezig voor het realiseren van de veiligheid. Wel werken wij met speciale kwaliteitshandboeken voor de afdeling MI en zijn er natuurlijk procedures en protocollen die wij moeten volgen.

15. Wie is er eindverantwoordelijk voor de (patiënt)veiligheid op de afdeling?

De uiteindelijke verantwoordelijk voor de veiligheid in het ziekenhuis ligt bij de Raad van Bestuur. Natuurlijk kunnen hoofden van afdelingen en medewerkers ook worden aangesproken op levering van slechte kwaliteit van de veiligheid.

16. Op welke manier wordt er door u gecommuniceerd met de medewerkers?

Op de afdeling MI zijn wij met een klein team van 4 FTE en zitten met z'n allen in één werkkamer. Hierdoor hebben wij veel informeel contact en is regelmatig werkoverleg niet noodzakelijk. Structureel werkoverleg hebben wij elk kwartaal. Tijdens deze werkoverleggen hebben we het dan over niet alle dagelijkse dingen als nieuw projecten, het NIAZ, nieuwe apparatuur en opleidingen etc.

17. Welke certificeringen zijn er op dit moment aanwezig op de afdeling MI?

Het ziekenhuis is NIAZ geaccrediteerd. Het NIAZ kent geen overeenkomsten met het VMS en is gericht op een ander doel.

18. Wat betekent de invoering van het VMS voor de medewerkers?

Voor de medewerkers betekent het VMS op dit moment nog niet veel. Voor mij betekent het VMS meer. Zo heb ik met regelmaat diverse overleggen over het VMS.

19. Ik heb gemerkt tijdens de interne gesprekken dat de medewerkers het VMS alleen maar zien als meer administratieve handelingen. Zit u dit ook zo?

Nee, zo zien wij dat hier niet. Wel brengt het VMS meer handelingen met zich mee maar de medewerkers zien ook zeker het nut in van al deze extra handelingen.

20. Zijn er eerder op de afdeling MI nieuwe softwaresystemen geïmplementeerd?

Ja. Een aantal jaren geleden is Ultimo geïmplementeerd. Meerdere afdelingen werken met dit systeem en is vanaf iedere p.c. op in te loggen.

21. Wat denkt u dat er voor u gaat veranderen wanneer het VMS ingevoerd gaat worden?

De invoering van het VMS zal mij meer werk gaan opleveren. Zo zal ik meer moeten gaan communiceren met de zorgafdelingen, meer moeten gaan aansturen op de afdeling MI en meer een controlerende functie moeten gaan aannemen.

22. Hoe gaat er geïnformeerd worden aan de Raad van Bestuur over de voortgang van het VMS op de afdeling MI?

Op dit moment rapporteren wij door middel van een jaarverslag aan de Raad van Bestuur en dit zal waarschijnlijk ook zo blijven bij invoering van het VMS. In dit jaarverslag rapporteren wij o.a. over onze achterstallige onderhoud, het NIAZ en de personeelsbezetting.

23. Is er een extra budget beschikbaar gesteld voor het VMS?

De afdeling MI werkt niet met een budget. De afdeling MI valt onder de technische dienst (TD) en het budget van de TD. De TD berekent de kosten die zij maken, behalve de

personeelskosten, door aan de afdelingen. Dit zijn kosten voor materialen en andere middelen die nodig zijn voor het onderhoud op de afdeling.

24. Wat zijn de grootste voordelen van het VMS?

Het grootste voordeel van het VMS voor mij is dat ik meer sturing zal gaan krijgen op de werkzaamheden. De risico's op de apparatuur zijn vastgelegd waardoor onderhoud aan de apparatuur nog specifiek wordt vastgelegd.

25. Wat zijn mogelijke knelpunten bij invoering van het VMS?

Het grootste knelpunt is voor mij dat ik problemen ga krijgen met de bezetting. Het is niet mogelijk om met 4 FTE de werkzaamheden te blijven doen na invoering van het VMS.

26. Wat zijn de grootste personele, organisatorische en financiële consequenties?

De grootste personele consequentie is het capaciteitsprobleem. De werkzaamheden zullen toenemen maar de bezetting blijft hetzelfde. Er zal een extra persoon op de afdeling moeten worden aangenomen.

Een organisatorische consequentie is de koppeling van de softwaresystemen. Hoe moet bijv. het risicoclassificatiesysteem worden aangesloten op Ultimo. Dit weet nog niemand. De financiële consequentie heeft te maken met de personele consequentie. Extra personeel kost meer geld. Het Bronovo moet voor de TD met een groter budget komen.

11.3 uitwerking interview Diaconessenhuis, Leiden

Marion Doets (Hoofd Facilitair bedrijf en tijdelijk Hoofd afdeling Medische Instrumentatie), 20 april 2009

1. Wat is uw functie en wat houdt deze in?

Ik ben werkzaam als het Hoofd van het Facilitair bedrijf in het Diaconessenhuis in Leiden. Daarnaast ben ik, nu voor een jaar, tevens het Hoofd van de afdeling Medische Instrumentatie. Het vorige Hoofd van MI heeft het Diaconessenhuis verlaten en tot op heden hebben wij nog geen vervanger kunnen vinden.

2. Hoe veel medewerkers zijn werkzaam op de afdeling Medische Instrumentatie (MI)?

Op de afdeling MI zijn 5 FTE werkzaam.

3. Hoe zijn de werkzaamheden verdeeld op de afdeling MI? Tevreden mee?

De werkzaamheden op de afdeling zijn ingedeeld naar technische aandachtsgebieden. Onderhoud aan (zeer) specialistische apparatuur hebben wij uitbesteed door middel van onderhoudscontracten. De medewerkers en ik zijn hier tevreden mee. Jaarlijks evalueren wij de aandachtsgebieden en kunnen deze, indien noodzakelijk, veranderen.

4. Op welke wijze worden de resultaten van de medewerkers (en van u) beoordeeld m.b.t. het volgen van veiligheidsprocedures etc.?

Wij werken met een eigen kwaliteitssysteem afgeleid van de klinische Fysica. Hierin zijn de 9 prestatie-indicatoren opgenomen en verwerkt in de organisatie. Dit kwaliteitssysteem is voor het grootste gedeelte gericht op het periodieke onderhoud van de apparatuur. Aan de 9 prestatie-indicatoren hebben wij een andere benaming gegeven dan de klinische fysica heeft voorgeschreven, maar de inhoud is hetzelfde.

5. Welke stappen zijn al ondernomen op het gebied van het VMS?

Op het gebied van het VMS hebben wij al veel vorderingen gemaakt. De gehele risicoclassificatie is uitgevoerd en vastgelegd in een Excel-document. Deze risicoclassificatie is gedaan door één medewerker die wij hebben ingehuurd bij TNO. TNO is een kennisorganisatie die een schakel vormt in de kennisketen tussen de wetenschap

enerzijds en bedrijven en organisaties anderzijds. Deze medewerker is nog steeds werkzaam op de afdeling MI.

6. Zijn de medewerkers bekend met het veiligheidsmanagementsysteem en de prestatie-indicatoren?

Ja, alle medewerkers zijn op de hoogte van het VMS en de prestatie-indicatoren. Al voordat wij enige plannen of stappen hadden ondernomen op het gebied van VMS hebben wij de medewerkers hier al over geïnformeerd.

7. Wordt er op de afdeling op dit moment al gewerkt met prestatie-indicatoren?

Voor de afdeling MI heb ik Kritische Prestatie-indicatoren (KPI's) opgesteld. Deze worden elk jaar opgesteld en geëvalueerd door mij. Evalueren wordt gedaan door een uitdraai te maken van het aantal jobs achterstallig onderhoud en deze met de medewerkers te bespreken. De huidige KPI's heb ik opgesteld op het gebied van periodiek onderhoud. Er wordt ernaar gestreefd hier 100% aan te gaan voldoen. Op dit moment zitten wij op de 90%.

8. Zijn de medewerkers bereid tot het volgen van trainingen/cursussen?

Alle medewerkers van MI dienen de gebruikelijke cursussen te volgen die noodzakelijk zijn voor het onderhoud aan de apparatuur. Specifieke cursussen volgen voor het VMS is niet noodzakelijk. Op dit moment zijn wij nog niet van plan om over te gaan op software voor de risicoclassificatie waardoor cursussen niet nodig zijn. Het huidige Excel-document werkt voor alsnog goed en kost niets.

9. Zien de medewerkers het nut van het VMS in?

Ja, alle medewerkers weten waarom het VMS ingevoerd gaat worden. Zij zien door de reeds gedane invoeringen van het VMS dat zij minder storingen hebben aan apparatuur en hierdoor meer tijd overhouden voor het periodieke onderhoud. Tevens door hen voorbeelden uit de praktijk te laten zien, zoals de brand in Almelo een paar jaar geleden, zijn zij het nut van het VMS in gaan zien.

10. Hoe kan de cultuur/veiligheidscultuur op de afdeling MI omschreven worden?

Op de afdeling MI is sprake van een open cultuur. Over fouten wordt gesproken en tijdens overleggen wordt gesproken over verbeterpunten en acties die goed verlopen. Doordat er een opencultuur is kan er gesproken worden van een goede veiligheidscultuur.

11. Op welke wijze wordt er draagvlak gecreëerd voor de medewerkers?

Communicatie is het middel waarmee wij draagvlak op de afdeling MI hebben gecreëerd. De medewerkers van MI werden al voordat er plannen waren gemaakt voor invoering van het VMS betrokken en geïnformeerd. Procedures en protocollen zijn continue ingezien door medewerkers en alle andere betrokkenen waardoor zij hier op- en aanmerkingen kon maken. Op deze manier wisten de medewerkers wat hen te wachten stond. Voor nieuwe medewerkers wordt draagvlak voor het VMS gecreëerd door de presentatie van het VMS op 26-03-2009 zodat zij weten wat het VMS is en waarvoor het dient.

Daarnaast is het motiveren van de medewerkers belangrijk. De medewerkers worden gemotiveerd doordat zij zelf inzien dat het VMS hen meer periodiek onderhoud en minder storingen oplevert. Wat leidt tot veiligere apparatuur wat de medewerkers motiveert om door te gaan.

12. Welke middelen worden er aangereikt om de patiëntveiligheid zo veel mogelijk te kunnen handhaven?

De afdeling MI is aangesloten op het VIM-systeem. Meldingen met betrekking tot de afdeling MI worden gemeld aan mij. Ik bekijk meldingen en stel hiervoor verbeteracties op.

13. Wie is er eindverantwoordelijk voor de (patiënt)veiligheid op de afdeling?

De Raad van Bestuur is, zoals in elk ziekenhuis, eindverantwoordelijk voor de veiligheid binnen het Diaconessenhuis.

14. Op welke manier wordt er door u gecommuniceerd met de medewerkers?

Op de afdeling MI wordt gecommuniceerd middels kwartaalrapportages die worden gevormd door een negental groepen binnen het Diaconessenhuis die in relatie staan met de afdeling MI. In deze rapportages komen de knel- en verbeterpunten te staan en deze worden ieder kwartaal geëvalueerd door de negen groepen. De kwartaalrapportages zijn voor iedereen inzichtelijk en staan op 'share point' (het documentbeheersysteem van het Diaconessenhuis).

15. Welke certificeringen zijn er op dit moment aanwezig op de afdeling MI?

Geen.

16. Wat betekent de invoering van het VMS voor de medewerkers?

Het VMS betekent voor de medewerkers van MI extra handelingen naast de risico-inventarisatie. Zo moeten de medewerkers tijdschreven. Hiermee bedoel ik dat de medewerkers in een document moeten bijhouden welke werkzaamheden zij die dag hebben gedaan. Het grote voordeel van het tijdschrijven is dat de medewerkers zelf ook kunnen inzien wat zij die dag hebben gedaan en dat zij meer periodiek onderhoud hebben uitgevoerd in plaats van storingen en dat het VMS hieraan heeft bijgedragen.

17. Ik heb gemerkt tijdens de interne gesprekken dat de medewerkers het VMS alleen maar zien als een papierwinkel. Zit u dit ook zo?

Nee, de medewerkers moeten het VMS niet zien als een kwaliteitssysteem dat hen wordt opgedragen maar moet onderdeel van het werk worden en er zelf hun eigen invulling en draai aan gaan geven.

18. Zijn er eerder op de afdeling MI nieuwe softwaresystemen geïmplementeerd.

Ja, een aantal jaren geleden is Ultimo ingevoerd. Echter zijn wij over dit systeem op dit moment niet zo tevreden meer. Ultimo is slecht te bereiken.

19. Wat denkt u dat er voor u gaat veranderen wanneer het VMS wordt ingevoerd?

Voor mij zal het VMS niet veel veranderingen met zich mee gaan brengen. Op korte termijn zal er een nieuw Hoofd van MI worden aangesteld en zal de medewerker van TNO de afdeling weer gaan verlaten.

20. Is er een extra budget beschikbaar gesteld voor het VMS?

Als Hoofd van het Facilitair bedrijf stel ik zelf mijn eigen budget samen. In 2007 heb ik al in het budget weergegeven dat ik voor één jaar een medewerker van TNO ter ondersteuning van het VMS in wou huren. In 2008 heb ik dit wederom weergegeven.

21. Wat zijn de grootste voordelen van het VMS?

Er zijn meerdere voordelen te benoemen van het VMS: De afdeling MI wordt weer op de kaart gezet, Specialisten van de zorgafdelingen weten dat aanschaf van de apparatuur moet verlopen via de afdeling MI in samenwerking met de afdeling Inkoop zoals in de procedures is voorgeschreven en De veiligheid in ziekenhuizen wordt wederom benadrukt

22. Wat zijn mogelijke knelpunten bij invoering van het VMS?

De nadelen/knelpunten van het VMS zijn dat het kwaliteitssysteem veel tijd en geld kost.

23. Wat zijn de grootste personele, organisatorische en financiële consequenties?

De grootste personele consequentie is dat het VMS meer tijd en handelingen vergt van de medewerkers van MI. Op organisatorisch gebied meer werk en meer onderhoudswerkzaamheden. De grootste financiële consequentie is dat het VMS meer geld aan onderhoud kost maar hierdoor het onderhoud wel verbeterd wordt.

Bijlage 12: Huidige vorm van rapportage aan de Raad van Bestuur

Bijlage 13: Nieuw vorm van rapportage aan de Raad van Bestuur

Onderwerp	Doel 2009	Beschouwend Realisatie 2009	Behandelend Realisatie 2009	Snijdend Realisatie 2009	Medisch ondersteunend Realisatie 2009	Beweging Realisatie 2009	Gerealiseerd
Med. Instr. (MI)	<u>Prestatie-indicator 1</u> 100% risico inventarisatie op alle apparatuur	Bij ... % van de apparatuur classificatie uitgevoerd	Bij ... % van de apparatuur classificatie uitgevoerd	Bij ... % van de apparatuur classificatie uitgevoerd	Bij ... % van de apparatuur classificatie uitgevoerd	Bij ... % van de apparatuur classificatie uitgevoerd	
Med. Instr. (MI)	<u>Prestatie-indicator 2</u> 100% in gebruik name van de procedures en protocollen	...% van de procedures en protocollen worden in gebruik genomen	...% van de procedures en protocollen worden in gebruik genomen	...% van de procedures en protocollen worden in gebruik genomen	...% van de procedures en protocollen worden in gebruik genomen	...% van de procedures en protocollen worden in gebruik genomen	
Med. Instr. (MI)	<u>Prestatie-indicator 4</u> 0 jobs achterstallig onderhoud	... jobs met achterstallig onderhoud	... jobs met achterstallig onderhoud	... jobs met achterstallig onderhoud	... jobs met achterstallig onderhoud	... jobs met achterstallig onderhoud	
Med. Instr. (MI)	<u>Prestatie-indicator 6</u> MI voor 100% betrokken bij de investeringsbeslissingen m.b.t. apparatuur	Bij ...% betrokken	Bij ...% betrokken	Bij ...% betrokken	Bij ...% betrokken	Bij ...% betrokken	

Bijlage 14: Documentbeheersysteem

DKS - Microsoft Internet Explorer

Bestand Bewerken Beeld Favorieten Extra Help

Vorige Zoeken Favorieten

Adres <http://dkse.mch.nl/default.asp> Ga naar Koppelingen

Infoland
web • quality • security

Document Manager

Improving your business

Medisch Centrum Haaglanden

- Documentgebieden
 - DIVISIES
 - MCH-BREED
 - ONDERSTEUNENDE BEDRIJVEN
 - EAB
 - Facilitair Bedrijf
 - Audiovisuele Middelen
 - Automatisering
 - Catering en Gastenservices
 - Centraal
 - Interne Zaken
 - Kinderdagverblijf
 - Logistiek
 - Techniek en Gebouwen
 - Formulieren FB T&G
 - Handboek Frontoffice FB T&G
 - Kwaliteitshandboek FB T&G
 - Procedures FB T&G
 - Werkinstructies FB T&G**
 - HRM
 - Landsteiner Instituut
 - Globale Groepen

Lijst van documenten

Er zijn 35 documenten gevonden

2 pagina's - Pagina: << vorige - 1 - 2 - volgende >>

Titel	Documentgebied
Accountgesprekken ten behoeve van relatiebeheer.	Werkinstructies FB T&G
checklist N.S.A.	Werkinstructies FB T&G
Competentiemanagement Techniek & Gebouwen	Werkinstructies FB T&G
Correctieve en preventieve maatregelen	Werkinstructies FB T&G
Directiebeoordeling procedure	Werkinstructies FB T&G
Directiebeoordelingsrapport 2004	Werkinstructies FB T&G
Directiebeoordelingsrapport 2004 (document)	Werkinstructies FB T&G
Gebruikershandleidingen voor de telefoontoestellen VOX SOPHO	Werkinstructies FB T&G
Handleiding DECT C124	Werkinstructies FB T&G
Handleiding DECT C244	Werkinstructies FB T&G
Handleiding Ergoline 3	Werkinstructies FB T&G
Handleiding Ergoline 4	Werkinstructies FB T&G
Handleiding Ergoline4	Werkinstructies FB T&G
Handleiding toestel Ergoline 1+	Werkinstructies FB T&G
Handleiding toestel Ergoline 2	Werkinstructies FB T&G
Handleiding toestel Ergoline 2+	Werkinstructies FB T&G
Interne audit Techniek en Gebouwen	Werkinstructies FB T&G
Inwerkplan nieuwe medewerkers Document / Checklist	Werkinstructies FB T&G

2 pagina's - Pagina: << vorige - 1 - 2 - volgende >>

Werkgebied: Werkinstructies FB T&G

Nieuwe Documenten

Bijlage 15: Zelfevaluatie-rapport Medische Instrumentatie

Actietabellen

1. Beleid en strategie

	Stellingen	Rood 0-25	Oranje 25-50	Geel 50-75	Groen 75-100
1.	De Raad van Bestuur heeft een ziekenhuisbreed meerjarenveiligheidsbeleid met SMART-geformuleerde doelstellingen opgesteld dat aansluit op of is geïntegreerd in het meerjarenbeleidsplan	☐	☒	☐	☐
2.	Het meerjarenveiligheidsbeleid is doorvertaald in het medisch en verpleegkundig beleid waarbij rekening is gehouden met afspraken binnen de beroepsgroepen	☐	☒	☐	☐
3.	De Raad van Bestuur neemt een voorbeeldfunctie in bij de uitvoering van het meerjarenveiligheidsbeleid en heeft dit ondergebracht in specifieke activiteiten	☐	☐	☐	☐
4.	De Raad van Bestuur bespreekt periodiek met het management de uitvoering van het meerjarenveiligheidsbeleid	☐	☒	☐	☐
5.	De Raad van Bestuur stelt voorwaarden (personeel / tijd, financiën, deskundigheid) beschikbaar voor de uitvoering van het meerjarenveiligheidsbeleid	☐	☐	☒	☐
6.	Er zijn ziekenhuisbrede afspraken naar wie en wanneer de verschillende soorten incidenten worden gerapporteerd en welke informatie hierbij wordt verstrekt (conform bijlage A NTA). Deze afspraken worden nageleefd.	☐	☐	☒	☐
7.	De Raad van Bestuur legt afspraken vast om te voorkomen dat informatie uit het veiligheidsmanagementsysteem of de incidentenmelding ten laste van individuele medewerkers wordt gebruikt	☐	☒	☐	☐
8.	De Raad van Bestuur zorgt voor verspreiding van voorbeelden van goede zorg en/of succesvolle maatregelen ter bevordering van patiëntveiligheid tussen de clusters en afdelingen	☐	☒	☐	☐
9.	Het meerjarenveiligheidsbeleid wordt periodiek geëvalueerd door de Raad van Bestuur en zo nodig bijgesteld	☐	☒	☐	☐
10.	De Raad van Bestuur communiceert de resultaten van het voorgenomen meerjarenveiligheidsbeleid binnen de organisatie	☐	☒	☐	☐
11.	De Raad van Bestuur bespreekt periodiek de visitatierapporten en zet maatregelen in om de patiëntveiligheid te verbeteren	☐	☐	☒	☐

2. Leiderschap

	Stellingen	Rood 0-25	Oranje 25-50	Geel 50-75	Groen 75-100
1.	Het management vertaalt het meerjarenveiligheidsbeleid naar een veiligheidsplan met doelstellingen voor zijn verantwoordelijkheidsgebied	☐	☐	☒	☐
2.	Het management implementeert de doelstellingen uit zijn veiligheidsplan op aantoonbare wijze	☐	☐	☒	☐
3.	Het management evalueert periodiek het veiligheidsplan en stelt, indien nodig, het plan bij	☐	☒	☐	☐
4.	Het management communiceert structureel de resultaten van de doelstellingen van het veiligheidsplan naar zijn medewerkers	☐	☒	☐	☐
5.	Het management rapporteert periodiek de evaluatie en bijstelling van het veiligheidsplan naar de Raad van Bestuur	☐	☒	☐	☐

3. Medewerkers

	Stellingen	Rood 0-25	Oranje 25-50	Geel 50-75	Groen 75-100
1.	Het management heeft de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden toegewezen en beschreven voor de functies die essentieel zijn voor het veiligheidsmanagementsysteem	☐	☒	☐	☐
2.	Het management maakt de medewerkers bewust van het risicovolle karakter van het eigen handelen en hun eigen verantwoordelijkheid om een actieve bijdrage te leveren aan de patiëntveiligheid	☐	☐	☒	☐
3.	Medewerkers werken actief mee aan verbeterteams, intercollegiale toetsing en/of visitaties in het kader van verbetering van patiëntveiligheid	☐	☒	☐	☐
4.	Medewerkers werken volgens professionele richtlijnen in het kader van patiëntveiligheid ontwikkeld vanuit wetenschappelijke verenigingen of instanties en beheersen de risicovolle handelingen in hun werk	☐	☐	☒	☐
5.	Omgaan met patiëntveiligheid is een vast onderdeel in het inwerkprogramma bij nieuwe en tijdelijke medewerkers	☐	☒	☐	☐
6.	Patiëntveiligheid maakt vast onderdeel uit van het reguliere onderwijsprogramma voor verpleegkundigen en artsen in opleiding	☐	☒	☐	☐
7.	Het management inventariseert structureel de behoeften aan bijscholing op het gebied van patiëntveiligheid en schoolt medewerkers aan de hand van deze inventarisatie bij	☐	☒	☐	☐
8.	De deskundigheidsbevorderende maatregelen van de medewerkers rondom patiëntveiligheid worden vastgelegd en geëvalueerd	☐	☐	☒	☐
9.	Maatregelen en de procedure rondom nazorg na een incident zijn vastgelegd en beschikbaar voor medewerkers en geïmplementeerd, zoals opvang medewerkers na een ingrijpend incident en nazorg na bijvoorbeeld prikincidenten	☐	☒	☐	☐

4. Patiëntenparticipatie

	Stellingen	Rood 0-25	Oranje 25-50	Geel 50-75	Groen 75-100
1.	De Raad van Bestuur zorgt ervoor dat patiënten en/of de cliëntenraad periodiek input levert tijdens de evaluatie en/of (her)formuleren van het meerjarenveiligheidsbeleid	☐	☐	☒	☐
2.	Het management zorgt ervoor dat patiënten op de hoogte zijn van procedures om hun incidenten, klachten of claims te kunnen melden	☐	☐	☐	☒
3.	De Raad van Bestuur gebruikt de informatie van patiënten bij het formuleren en nemen van verbetermaatregelen ten aanzien van patiëntveiligheid	☐	☐	☒	☐

De afdeling Medische Instrumentatie heeft op het gebied van patiënten participatie geen actie's opgelegd gekregen.

5. Proactieve risico inventarisatie en beheersing (HFMEA)

	Stellingen	Rood 0-25	Oranje 25-50	Geel 50-75	Groen 75-100
1.	Er vindt systematisch een risico-inventarisatie plaats van de risico's in de zorgprocessen volgens een vastgestelde en geschikt bevonden methode	☐	☐	☒	☐
2.	Het multidisciplinair team krijgt voldoende middelen (scholing, training, tijd, etc.) en is voldoende deskundig om de prospectieve risico-inventarisatie uit te voeren	☐	☐	☒	☐
3.	Het management zorgt ervoor dat de resultaten van de prospectieve risico-inventarisatie worden vastgelegd in een rapportage	☐	☐	☒	☐
4.	Het management zorgt er voor dat maatregelen worden genomen indien een onbeheerst risico is geconstateerd naar aanleiding van de prospectieve risico-inventarisatie	☐	☐	☒	☐
5.	Het management bespreekt de resultaten uit de prospectieve risico-inventarisatie periodiek met zijn medewerkers	☐	☐	☒	☐
6.	Het management toetst of de verbetermaatregel naar aanleiding van de prospectieve risico-inventarisatie doeltreffend is geweest en legt het resultaat vast	☐	☒	☐	☐
7.	Bij veranderingen in techniek, proces of organisatie wordt vooraf structureel een risico-inventarisatie uitgevoerd gericht op het behouden of verbeteren van de patiëntveiligheid	☐	☒	☐	☐

6. Retrospectieve risico inventarisatie en –beheersing (vim-men)

	Stellingen	Rood 0-25	Oranje 25-50	Geel 50-75	Groen 75-100
1.	Het ziekenhuis beschikt over een (digitaal) meldingssysteem om incidenten te melden op het niveau van de directe werkomgeving van de melder waarmee tevens inzicht wordt verkregen in incidenten over een langere periode	☐	☐	☐	☐
2.	Medewerkers melden incidenten in een (digitaal) meldingssysteem. Hierin wordt minimaal geregistreerd: het tijdstip, de locatie van het optreden van het incident, de toedracht en de mogelijke oorzaken, de eventuele gevolgen voor de patiënt, de classificatie van ernst van vermoedelijk letsel, een korte omschrijving van het incident en de maatregel die is genomen om herhaling te voorkomen	☐	☐	☐	☐
3.	Het management voert de afspraken, om te voorkomen dat informatie uit het veiligheidsmanagementsysteem of de incidentmeldingen ten last van individuele medewerkers wordt gebruikt, uit	☐	☐	☐	☐
4.	Het management bewaakt dat de privacy van patiënten blijft gewaarborgd bij het melden van incidenten	☐	☐	☐	☐
5.	Er vindt systematisch een analyse plaats van de gemelde incidenten volgens afgesproken procedure en met geschikte methoden	☐	☐	☐	☐
6.	Het management stelt voldoende middelen (scholing, training, tijd, etc.) beschikbaar om de retrospectieve risico-inventarisatie uit te voeren, van melden tot analyseren	☐	☐	☐	☐
7.	Het management zorgt ervoor dat de resultaten van de retrospectieve risico-inventarisatie worden vastgelegd in een rapportage	☐	☐	☐	☐
8.	Het management zorgt er voor dat maatregelen worden genomen naar aanleiding van de retrospectieve risico-inventarisatie	☐	☐	☐	☐
9.	Het management bespreekt de resultaten uit de retrospectieve risico-inventarisatie periodiek met betrokken medewerkers	☐	☐	☐	☐
10.	Het management toetst of de maatregel naar aanleiding van de retrospectieve risico-inventarisatie doeltreffend is geweest en legt het resultaat vast	☐	☐	☐	☐

7. Monitoren en verbeteren van veiligheid zorgverlening

	Stellingen	Rood 0-25	Oranje 25-50	Geel 50-75	Groen 75-100
1.	Het management controleert periodiek de uitvoering van de voorgestelde verbeteringen die voortkomen uit het veiligheidsmanagementsysteem	☐	☐	☐	☐
2.	Het management toetst of de verbetermaatregelen zijn doel hebben bereikt en stelt bij, indien de verbetermaatregelen niet effectief zijn geweest	☐	☐	☐	☐
3.	Het management beoordeelt periodiek of de instrumenten, afspraken en maatregelen rondom patiëntveiligheid zodanig werken dat zij bijdragen aan het behalen van de doelstellingen in het veiligheidsplan	☐	☐	☐	☐

De afdeling Medische Instrumentatie heeft op het gebied van monitoren en verbeteren van veiligheid zorgverlening geen actie's opgelegd gekregen.

Bijlage 16: Zelfevaluatie Medische Instrumentatie

H.n	Hc	par.	r	Parag.	Item	Status / Aandachtspunt / Risico	Afdeling	Actie	Plan Gereed:	Wie?	Actie MI	Plan Gereed:	Wie?
1 Analyse													
1 1.01 Beleid en Strategie													
1				1.01	1	Veiligheidsbeleid is geformuleerd in strategisch beleidsplan van het MCH "Zorg Met Passie"		Nog niet SMART geformuleerd. Verder uitwerken in de volgende beleidscyclus.	Dec. 08	RvB	-	-	
1				1.01	2	Doorvertaling van strategisch beleid naar Divisiebeleid heeft plaatsgevonden.		Divisiebeleidsplannen vaststellen in het kader van de beleids- en begrotingcyclus.	Dec. 07	RvB	-	-	
1				1.01	3	Voordrachten voor VMS, zorgmanagers, stafbestuur, Vereniging Medische Staf, Veiligheidsrondes, openen veiligheidstrainingen (w.o. TRM, VIM-trainingen), uitnodigen NIVEL-EMGO DATUM).		Gestart, continueren.	2008	RvB	-	-	
1				1.01	4	Raad van Bestuur heeft reeds periodiek overleg met Divisiemanagement t.a.v. realisatie doelen.		Opnemen van veiligheid op agenda voortgangsevaluaties RvB / Divisiemanagement. Starten per 1/1/08.	Jan. 08	RvB	-	-	
1				1.01	5	Middelen voor VMS (tijd, geld) zijn meegenomen in de begrotingsronden.			Dec. 07	RvB	-	-	
1				1.01	6	In Draaiboek Veilig Incident melden en via inrichting MIP-expert zijn werkwijzen en routines m.b.t. melden, registreren, analyseren van incidenten in de patiëntenzorg vastgelegd. Bezig met implementeren. Reguliere MIP-procedures werd reeds nauwgezet nageleefd.		Verder verspreiden VIM-men. Doelen 31/12/2007 33%, 30/06/08 75%, 31/12/2008 100%.	Dec. 08	Afdeling K&V	Werkwijze analyse van via MIP-expert gemelde apparatuur gerelateerde incidenten in de patiëntenzorg vastleggen. Afspraak met MIP Commissie /PIM Wooning en Marjo Krommeren	Dec. 08 — mrt. 09	MI
1				1.01	7	Het MCH houdt zich aan de landelijk gemaakte afspraken omtrent het veilig incident melden.			30-12-2008	RvB	-	-	
1				1.01	8	Verzamelen van Best Practices, geschikt maken voor gebruik in MCH en zorgdragen voor verspreiding vindt plaats door afdeling Kwaliteit & Veiligheid.		Systematiseren van opslag, toegankelijk maken en communiceren.	30-12-2008	Afdeling K&V		Lopend	
1				1.01	9	Binnen beleids- en begrotingcyclus is routine aanwezig om realisatie van voorgenomen beleid te evalueren.		Zorg met Passie wordt herijkt / geëvalueerd hierin worden de veiligheidsdoelen voor 2008 opgenomen. Opnemen van evaluatie van veiligheidsdoelen in Beleids- en begrotingcyclus.	30-12-2008	RvB Daams.	-	-	
1				1.01	10	Communicatie van voorgenomen beleid vindt reeds plaats door RvB via meerdere kanalen.		Opnemen van communicatie veiligheidsbeleid.	30-3-2008	RvB / pr & comm.	-	-	
1				1.01	11	Alle opleidingsvisitatierapporten worden door de RvB besproken. Andere rapporten worden besproken doch niet op structurele basis.		Continueren bestaand beleid.	30-3-2008	RvB / K&V	-	-	
1 1.02 Leiderschap													
1				1.02	1	Beleid vanuit het strategisch plan wordt decentraal doorvertaald naar Divisiebeleid.		Veiligheidsdoelen verder decentraal doorvertalen.	dec-08		Veiligheidsdoelen verder decentraal doorvertalen naar de afdeling. Memo VMS Rob - Hans	Dec. 2008 — mei 2009	MI
1				1.02	2	Divisiebeleidsplannen worden omgezet in actieplannen, op divisieniveau en op afdelingsniveau.			dec-08	DM	Beleidsplannen worden omgezet in actieplannen op afdelingsniveau.	Dec. 2008 — mei 2009	MI
1				1.02	3	Divisiemanagement evalueert periodiek met zorgmanagement voortgang / realisatie van actieplannen.		Bewaken of realisatie van veiligheidsdoelen onderdeel uitmaken van deze periodieke voortgangsevaluaties.	dec-08	RvB/DM / ZM	Bewaken of realisatie van veiligheidsdoelen onderdeel uitmaken van deze periodieke voortgangsevaluaties. D.m.v. kwartaalrapportages	Dec. 2008 — mei 2009	MI
1				1.02	4	Realisatie van doelen wordt reeds periodiek gecommuniceerd door divisiemanagement met zorgmanagement.		Monitoren.	dec-08	DM / ZM	Monitoren I.o.m. K&V investseringsPI en achterstallig onderhoud	Dec. 2008 — mei 2009	MI
1				1.02	5	Periodieke (per kwartaal, per jaar) evaluatie van realisatie doelen vindt plaats binnen beleids- en begrotingcyclus.		Opnemen van evaluatie realisatie veiligheidsbeleid in periodieke evaluaties.	dec-08	RvB / DM		-	
1 1.03 Medewerkers													
1				1.03	1	Algemene taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden zijn reeds beschreven. In de lijnorganisatie zijn veiligheidsaspecten reeds ondergebracht.		Specifieke taken / verantwoordelijkheden uitwerken waar nodig. Nader te bepalen.	dec-08		Specifieke taken / verantwoordelijkheden uitwerken waar nodig. Nader te bepalen. SLA MI DM o.b.v. PI	Dec. 2008 — sept. 2009	MI
1				1.03	2	Sinds 2007 worden veiligheidsrondes gelopen door leden van de Raad van bestuur en de projectgroep Kwaliteit & Veiligheid die als doel hebben het belang van veilig werken bij medewerkers aan de orde te stellen. In opleidingen, vergaderingen e.d. is patiëntveiligheid een onderwerp van bespreking.		Verbreden en verdiepen.			-	-	
1				1.03	3	Medewerkers zijn betrokken bij de totstandkoming van verbeteractiviteiten, zowel op afdelingsniveau als op ziekenhuisniveau.				DM / ZM	Verbeteractiviteiten bespreken in werkoverleg.	gereed	MI
1				1.03	4	Voor de overgrote meerderheid worden professionele richtlijnen gevolgd. Getoetst middels opleidingsvisitaties.					Reacer certificatie continueren. (Certificatie via de beroepsvereniging)	Lopend	MI

notulen agenda kwaliteit en verbeterpunten november 2008 in VMS map

Bijlage 16: Zelfevaluatie Medische Instrumentatie

H.n	Hc	par.	r	Parag	Item	Status / Aandachtspunt / Risico	Afdeling	Actie	Plan Gereed:	Wie?	Actie MI	Plan Gereed:	Wie?
1	1.03					Richtlijnen en protocollen beschikbaar via Documentbeheersysteem. Mate waarin richtlijnen / protocollen worden gevolgd in het dagelijks werk worden mede getoetst middels de uitvoering van interne audits.							
1	1.03					Registraties in het kader van de wet BIG worden bijgehouden.							
1	1.03				5	Patiëntveiligheid is een onderwerp in het introductieprogramma van nieuwe medewerkers.		Opnemen van patiëntveiligheid in de inwerkprogramma's van nieuwe medewerkers.	dec-08	DM / ZM	Opnemen van patiëntveiligheid in de inwerkprogramma's van nieuwe medewerkers	Dec.-2008— 2009	Mrt MI
1	1.03					Patientveiligheid is niet in alle afdelingsgebonden inwerkprogramma's een gestandaardiseerd onderwerp.							
1	1.03					Inwerkprogramma's beschikbaar. Nog niet altijd patiëntveiligheidselementen standaard opgenomen / uitgewerkt in inwerkplan.							
1	1.03				6	Patiëntveiligheid is opgenomen in opleiding van senior verpleegkundige, zorgmanager. Overleg met Landsteiner Instituut is gaande om patiëntveiligheid onderdeel te maken van alle relevante opleidingen		Zorg dragen dat patiëntveiligheid onderdeel is van alle relevante opleidingen in MCH i.s.m. Landsteiner Instituut.	31-12-2008	LI	-	-	
1	1.03				7	Op het gebied van de algemene verpleegkunde is de behoefte aan veiligheidsopleidingen geïnventariseerd. Afsproken is dat alle verpleegkundigen in 2007 en 2008 zullen worden getraind in het vroegtijdig herkennen van patiënten met bedreigde vitale functies.		Organiseren		Intensivisten, internisten, LI	-	-	
1	1.03				8	Wet BIG. Wet Beroepen Individuele Gezondheidsrecht				LI	Opnemen van deskundigheidbevorderende maatregelen op het gebied van patiëntveiligheid in opleidingsplan Cursus Prisma inplannen voor MI opleidingsplan	Dec.-2008— mei 2009	MI
1	1.03					Nurse practitioners Physician assistants Leden van VIM-teams worden opgeleid in patientveiligheid, Vim-men, PRISMA, Continu Verbeteren. Overzicht van medewerkers en gevolgde opleidingen zie volgende pagina.							
1	1.03				9	De zorg voor medewerkers betrokken bij incidenten ligt bij de direct leidinggevende. Voor opvang is de functie van maatschappelijk werker beschikbaar of hulp anderszins beschikbaar, al naar gelang behoefte.			31-12-2008	HRM i.s.m. DM	-	-	
1	1.03												
1	1.04				Patiëntenparticipatie								
1	1.04				1	Patiënten Adviesraad wordt middels reguliere overleg betrokken bij veiligheidsbeleid.		Continueren.	-		-	-	
1	1.04				2	Procedures rondom melden en afwikkelen van klachten en claims zijn beschikbaar binnen het MCH en worden afdoende gevolgd. De klachtenfunctionaris of de patienten klachtencommissie kunnen zelfstandig of via de RvB een incident melden.		Continueren	-		-	-	
1	1.04				3	Vindt plaats.		Continueren	-		-	-	
1	1.05				Prospectieve risico-inventarisatie en –beheersing (HFMEA)								
1	1.05				1	- Prospectieve risicoanalyses zijn onderdeel van het ontwikkelen en beheersen van integrale patiëntenprocessen (NIAZ). Iedere divisie heeft een beleid om integrale patiëntenprocessen te ontwikkelen en te beheersen, waaraan invulling wordt gegeven. - Daarnaast worden HFMEA's uitgevoerd op (delen van) processen op het moment dat het zinvol wordt geacht (bijvoorbeeld voortkomend uit incidentanalyses).		Uitvoeren beleid. Eind 2008 evalueren.	dec-08	DM	Keuze is gemaakt voor een systeem van risicoclassificatie en nog te implementeren .	Dec.-2008— mei 2010	MI
1	1.05										HFMEA's uitvoeren naar aanleiding van score inrisicoclassificatie.	nog inplannen na implementatie Systeem Risico	
1	1.05							Analiseren resultaten checklisten NVZA op risico's voor medicatieveiligheid. Vaststellen verbetermaatregelen.					

Bijlage 16: Zelfevaluatie Medische Instrumentatie

H.n	Hc	par.	r	Parag.	Item	Status / Aandachtspunt / Risico	Afdeling	Actie	Plan Gereed:	Wie?	Actie MI	Plan Gereed:	Wie?
1	1.05				2	Een multidisciplinair team krijgt inhoudelijke ondersteuning vanuit de afdeling Kwaliteit & Veiligheid. Een aantal medewerkers zijn getraind in de HFMEA-methodiek.		Uitvoeren staand beleid, evalueren eind 2008.	dec-08		Voldoende medewerkers scholen om HFMEA's te kunnen uitvoeren opelidingsplan 2009/10.	Dec.-2008 Mei 2009	MI
1	1.05				3	In de systematiek van het uitvoeren van een HFMEA is een rapportage opgenomen welke wordt aangeboden aan de leidinggevende(n) van afdelingen berokken bij het (deel van) het proces waarop de HFMEA betrekking heeft.		-			-		
1	1.05				4	In het MCH is een verbeterprocedure van kracht die bewerkstelligd dat resultaten uit toetsingen, analyses en metingen worden geëvalueerd en waar nodig omgezet in verbeteringen. Beheersing en bewaking hiervan vindt plaats via het 'verbeterplan' in de Kwaliteitsbarometer.		-			-		
1	1.05				5	Zorgmanagers nemen resultaten van analyses, metingen en toetsingen door met medewerkers om te komen tot verbeterinitiatieven.		-			-		
1	1.05				6	Verbeterresultaten voortkomend uit prospectieve risico analyses worden geëvalueerd of ze zijn doorgevoerd en, voor zover mogelijk, op beoogd resultaat.		Continueren.	dec-08	DM	Continueren i.o.m. K&V	Dec.-2008	MI
1	1.05				7	Gebeurt reeds incidenteel (bouw). Organisatieveranderingen wordt impliciet wel meegenomen, doch niet expliciet geformuleerd. Wel hanteert de PAR een checklist om plannen voor (ver)bouwen op patientveiligheidscriteria te beoordelen.		Zorg dragen dat organisatie- en procesveranderingen welke OR-plichtig zijn worden onderworpen aan het in kaart brengen van de patientveiligheidsrisicoanalyse (HFMEA).	dec-08	RvB	Structurele risicoclassificatie op alle apparatuur. Opnemen in procedure zie punt 1.05.1 i.o.m. MIP	Dec.-2008 mrt 2009	MI
1	1.06	Retrospectieve risico inventarisatie en –beheersing (vim-men)											
1	1.06				1	MIP-expert is operationeel vanaf 3 december 2007. MIP-Expert draagt ervoor zorg dat iedere medewerker direct vanaf de werkplek in de computer een incident kan invoeren. Middels wordt de afwikkeling van het MIP-expert beheerst (melden, registreren, beoordelen, analyseren, verbetermaatregel). Daarnaast mogelijkheden voor geaggregeerde rapportages.		Evalueren effectiviteit MIP-Expert.	dec-08		Hoofd MI is sleutelfiguur KFI in MIP-expert. Evalueren effectiviteit. Afspraak Pim en Marjo MIP -expert zie punt 1.01.6	Dec. 2008 dec 2009	MI
1	1.06				2	Vanaf 3 december 2007.		-	-		-	-	
1	1.06				3	Impliciet reeds opgenomen in de VIM-aanpak. Opgenomen binnen de VIM-procedures met de bekende landelijke problematiek omtrent de meldingsplicht rond calamiteiten / ernstige incidenten.		Werking tzt toetsen.	dec-08	RvB	-	-	
1	1.06				4	Geregeld via de wet BIG / WGBO.		Monitoren door management.			Uitzoeken hoe geregeld voor MI.	Dec.-2008	MI
1	1.06				5	- Sinds jaar en dag worden incidenten systematisch geanalyseerd en waar nodig worden verbetermaatregelen vastgesteld en doorgevoerd. Tot 2007 vond dit plaats door de centrale MIP-Commissie. Sinds het 4 ^e kwartaal van 2007 is gestart met VIM-men. En zijn er afspraken gemaakt omtrent de decentrale analyse van incidenten (uitgevoerd door VIM-teams, middels PRISMA-analyse, teamleden zijn getraind in de methodiek). - De medicatiegerelateerde incidenten worden doorgestuurd naar het landelijke Centrale Medicatiefouten Register (CMR). T.z.t. komen (benchmark) analyses ter beschikking welke aanleiding kunnen geven tot aanvullende maatregelen ter verbetering.		Te bewaken / ontwikkelen / evalueren. Afwachten benchmarkanalyses uit het CMR.	dec-08		Terugkoppeling naar risicoclassificatie ontwikkelen.	Dec.-2008 Dec 2009	MI
1	1.06				6	VIM-team leden krijgen opleidingen in a) introductie patiëntveiligheid b) vim-men c) PRISMA-methodiek d) verbetermethodieken.		In gang gezette beleid continueren. Evalueren december 2008.	dec-08	RvB	Toegang tot systeem voor registratie MIP	mei-09	-
1	1.06				7	Analyses van incidenten worden geregistreerd in MIP-Exert.		-			-		
1	1.06				8	Via verbeterprocedure / kwaliteitsbarometer worden verbetermaatregelen welke voortkomen uit incidentanalyses opgenomen in het 'verbeterplan' van de kwaliteitsbarometer conform de verbeterprocedure.		Monitoren			-		
1	1.06				9	Via verbeterprocedure		Monitoren			-		
1	1.06				10	In gang gezet.		Uitwerken en monitoren.			-		
1	1.07	Monitoren en verbeteren van veiligheid van zorgverlening											

Bijlage 16: Zelfevaluatie Medische Instrumentatie

H.n	Hc	par.r	Parag m	ite	Status / Aandachtspunt / Risico	Afdeling	Actie	Plan Gereed:	Wie?	Actie MI	Plan Gereed:	Wie?
1	1.07			1	Verbetermaatregelen worden beheerd en bewaakt in het 'verbeterplan' van de kwaliteitsbarometer. Controle op uitvoering van verbetermaatregelen vindt plaats door zorgmanagers.		-			-		
1	1.07			2	Is in de procedure beoordeelbaar maar niet altijd in het resultaat.							
1	1.07			3	Management review nog niet georganiseerd		Organiseren management review.	dec-08	RvB	-	-	-
1	1.08	10+1			thema's: reduceren van vermijdbare schade							
1	1.08			-	-		-	-	-	-	-	-
1	1.09				Datasheet							
1	1.09			1	Aanzet beschikbaar		Verder detailleren en smart maken.	dec-08	RvB	Verder detailleren en smart maken.	Dec. 2008 — mrt 2009	MI
1	1.09			2	Zie 1					Zie 1		
1	1.09			3	Jaarverslag MIP beschikbaar.		Follow-up naar verbetermaatregelen niet geborgd.	dec-08	RvB is leidend	Follow-up naar apparatuur gerelateerde verbetermaatregelen geborgd. Rob neemt contqact op met Hans Huysen	Dec. 2008 — mrt 2009	HH
1	1.09			4	Rapportages van de IGZ beschikbaar, naar tevredenheid van IGZ opgevolgd		Geen. Continueren.					
1	1.09			5	Rapportages van de schade verzekeraar beschikbaar, inclusief opvolging verbeterplannen, evaluatie, afronding. Naar tevredenheid schadeverzekeraar		Geen.					
1	1.09			6	Beschikbaar zijn rapportages van: Interne audits Externe audits (Lloyds, NIAZ, MediRisk, beroepsgroepvisitaties, opleidingsvisitaties). Opvolging aan interne audits via kwaliteitsbarometer / verbeterplan. Alle visitaties beschikbaar. Opvolging vindt plaats via Centrale Opleidingscommissie (COC) met behulp van jaarlijkse evaluatie door assistenten in opleiding en opleiders separaat.							
1	1.09			7	Beschikbaar		Geen					
1	1.09			8	De volgende dossieronderzoeken hebben plaatsgevonden: - 50 overleden patiënten middels trigger tools in het kader van het Move Your Dot programma. Follow-up_ verbeterprogramma dossiervoering (te starten), programma Kwetsbare Ouderen (lopend), Spoed Interventie Team (te starten). - NIVEL incidentenstudie naar schade aan patienten. Follow-up: verbeteren dossiervoering. - Oorzakenonderzoek NIVEL (loopt).		Beleid ontwikkelen hoe verder met dossieronderzoek.	dec-08	RvB	-	-	-
1	1.09			9	PRISMA onderzoeken zijn systematisch gestart in 4 ^e kwartaal 2007, nog geen resultaten.		Te continueren en verdiepen.			-		
1	1.09			10	Rapportages meerdere HFMEA-analyses beschikbaar incl. follow-up.		Te continueren.			Te continueren.		
1	1.09			11	0-meting COMPaZ enquête op iedere afdeling die start met VIM-men. Enkele rapportages beschikbaar (SEH AH, C7b, Dialyse), de rest moet nog retour komen van NIVEL. IZEP-trainingen: 2 verzorgd voor SEH AH en afdeling Ditta Barreveld (AH). Bij SEH zijn de resultaten voortkomend uit COMPaZ enquête meegenomen met de TRM-training welke is gegeven in het (1 ^e kwartaal 2007).		Te continueren.					
1	1.09			12	Necrologiebespreking per grote afdeling beschikbaar en afdelingen met opleiding beschikbaar. Wordt ziekenhuisbreed georganiseerd.		Verder uitwerken taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de centrale necrologiecommissie.		RvB	-		
1	1.10				Risicobeheersing							
1	1.10			1	Nadere analyse gewenst van de claims op de SEH.	SEH, divisie Behandelend	Analyse, inden nodig voorstellen voor verbetering.		Kroese			
1	1.10			2	Onderzoek claims Gynaecologie		Nader onderzoek,voorstellen voor verbetering		Rutters			
1	1.10			3	Onderzoek claims medicatie gewenst	Divisie medisch Ondersteunend	Nader onderzoek gewenst, voorstellen voor maatregelen voor verbetering.		Huijboom			
1	1.10			4	Nader onderzoek gewenst claims m.b.t. apparatuur en materiaal (OK)		Nader onderzoeken, voorstellen voor maatregelen voor verbetering.		Kroese			
1	1.11				Welke activiteiten vinden waar plaats?							
1	1.11			-	-		-	-	-	-	-	-

Bijlage 16: Zelfevaluatie Medische Instrumentatie

H.n	Hc	par.	r	Parag.	Item	Status / Aandachtspunt / Risico	Afdeling	Actie	Plan Gereed:	Wie?	Actie MI	Plan Gereed:	Wie?
1	1.12	Aandachtspunten uit de retrospectieve risico-inventarisatie											
1	1.12		1					Overkoepelende evaluatie uitvoering HFMEA's opstellen.	dec-08	K&V			
1	1.13	Aandachtspunten uit de incidentmeldingen											
1	1.13			1	Valincidenten			1 advies verzonden. Geen zicht op opvolging / effectiviteit maatregel.					
1	1.13			2	Medicatie incidenten			3 adviezen, geen zicht op opvolging / effectiviteit maatregelen.					
1	1.13			3	Behandeling en verzorging			20 adviezen vanuit MIP-commissie, geen zicht op opvolging en effectiviteit maatregelen.					
1	1.13			4	Overig			1 advies vanuit MIP-Comissie. Geen zicht op opvolging en effectiviteit.					
1	1.14	Aandachtspunten uit de cultuurmetingen (COMPaZ)											
1	1.14	-	-					-	-	-	-	-	-
1	1.15	Necrologiebesprekingen, complicatieregistraties, dossieronderzoek											
1	1.15	-	-					-	-	-	-	-	-
1	1.16	Aandachtspunten vanuit necrologiebesprekingen											
1	1.16	-	-					-	-	-	-	-	-
1	1.17	Aandachtspunten vanuit de complicatieregistraties											
1	1.17	-	-					-	-	-	-	-	-
1	1.18	Aandachtspunten vanuit dossieronderzoek											
1	1.18	-	-					-	-	-	-	-	-
1	1.19	Aandachtspunten vanuit de veiligheidsaudits											
1	1.19	-	-					-	-	-	-	-	-

MCH Medisch Centrum Haaglanden



Bijeenkomst donderdag 26 maart 2009

“Samenwerking Veiligheid Medische Instrumentatie”

MCH Medisch Centrum Haaglanden



III Opening

- Inleiding “ VMS een containerbegrip “
- Doel bijeenkomst

MCH Medisch Centrum Haaglanden

Omschrijving VMS

- Kwaliteit is verantwoordelijkheid nemen en samenwerken
- Veiligheidsbeleid en Strategie
- Patiëntveiligheid en reputatie
- Heeft het ziekenhuis inzicht in de risico's die patiënten lopen in Uw ziekenhuis
- Het VMS richt zich op beheersen van risico's en het verminderen van schade aan de patiënt.

MCH Medisch Centrum Haaglanden

Het VeiligheidsManagementSysteem (1)

Personeel is goed voorbereid op hoe te handelen bij calamiteiten

Kennis en vaardigheid m.b.t. patiëntveiligheid bij artsen en medewerkers

Alle medewerkers en artsen, melden incidenten, analyseren en leren

Alle maatschappen registreren complicaties, analyseren en verbeteren

MCH Medisch Centrum Haaglanden

Het VeiligheidsManagementSysteem(2)

- Alle eenheden/afdelingen werken conform NTA
- Reductie vermijdbare schade conform landelijke doelstellingen
- Detectie van risicovolle patiënt & follow up
- Ruimtes zijn optimaal veilig en (medische)apparatuur functioneert adequaat

MCH Medisch Centrum Haaglanden

Welke activiteiten/commissies permanent van aard

- Necrologie CIE (maatschappen registreren)
- MIP CIE
- Anti Infectie CIE
- Stuurgroep Veilige Infra /BHV/Apparatuur CIE
- Complicatie registratie CIE
- Pro actieve proces risico analyse
- Interne Audits



Veiligheidsmanagement ondersteunende systemen (ICT)

- Veilige ruimtes en apparatuur : Ultimo, alarmeringssystemen etc (GBS)
- Detectie risicovolle patiënt : Par Expert (registratie van patiënt en apparatuur)
- Alle Medewerkers en artsen : Mip Expert
- Alle Maatschappen registratie en analyse



Eisen NTA aan Medische Instrumentatie

- Proactief borgen
- Continu verbeteren
- Melden van incidenten
- Bedrijfscultuur
- Borging van samenhang en resultaat



Eisen Klinische fysica aan Medische Instrumentatie

- Praktijkgids Risicomanagement en Medische Technologie (NVZ 2004)
- 9 Prestatie-indicatoren van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Fysica (NVKF)
- CBZ
- VZI
- WIBAZ (Instrumentatie Technische Academische Ziekenhuizen)



NIAZ en de relatie met VMS

- Doelen veiligheidsbeleid beschreven
- Van relevante processen zijn de veiligheidsaspecten bekend
- Verantwoordelijkheden en bevoegdheden op het gebied van veiligheid bekend en beschreven
- Personeel opgeleid
- Systemen voor risico-identificatie beschikbaar
- Meldingssysteem / meldingscultuur
- Gestructureerde rapportage en analyse van incidenten(mip)
- Systematische aanpak verbeteracties



Prospectieve Risicoanalyse

- Proces beschrijvingen
- Risicovolle momenten opnemen
- Medische apparatuur is geregistreerd
- Traceerbaar voor analyse
- Aantoonbare competenties van gebruiker en medewerkers medische instrumentatie



Zelfevaluatie Medische Instrumentatie

- Aanleiding
- Zelfevaluatie MCH breed
- Zelfevaluatie Medische Instrumentatie
 - Voorbeeld
 - Leiderschap

Zelfevaluatie VMS MCH breed

Stellingen		Reactie 6-25	Reactie 25-50	Reactie 50-75	Reactie 75-100
1.	De Raad van Bestuur heeft een ziekenhuizenovername meerjarenverplichtheid met NUTM-gevoeligheden opgesteld dat aansluit op de 30-jarige termijn in het eerste paragraafje.	☐	☐	☐	☐
2.	De meerjarenverplichtheid is niet noodzakelijk in het medisch en verpleegkundig belang waarbij rekening is gehouden met afgrazen binnen de beroepsregio.	☐	☐	☐	☐
3.	De Raad van Bestuur neemt een voorstel aan in bij de uitvoering van het meerjarenverplichtheid aan heeft af ondergetekend in specifieke activiteiten	☐	☐	☐	☐
4.	De Raad van Bestuur bespreekt per voorstel met het management de uitvoering van het meerjarenverplichtheid	☐	☐	☐	☐
5.	De Raad van Bestuur stelt voorwaarden (personeel / 40%, financiën, dienstverlening) beschikbaar voor de afgrazing van het meerjarenverplichtheid	☐	☐	☐	☐
6.	Er zijn ziekenhuizenafspraken nu en wanneer de verschillende soorten incidenten worden gemiddeld en welke informatie wordt wordt conform (NVA of NTA). Deze afspraken worden goedgekeurd	☐	☐	☐	☐
7.	De Raad van Bestuur legt afgevoerd toe te voorkomen dat informatie uit het ziekenhuismanagementplan of de ziekenhuisovername van medewerkers wordt gebruikt	☐	☐	☐	☐
8.	De Raad van Bestuur zorgt voor verspreiding van voorbeelden van goede zorg en/of succesvolle maatregelen ter bevordering van publiekvertrouwen tussen de clusters en afdelingen	☐	☐	☐	☐
9.	De meerjarenverplichtheid wordt persoonlijk getekend door de Raad van Bestuur en zo nodig bijgevoegd	☐	☐	☐	☐
10.	De Raad van Bestuur communiceert de resultaten van het voorgaande meerjarenverplichtheid bijlagen	☐	☐	☐	☐
11.	De Raad van Bestuur bespreekt periodiek de vitaliteitsrapporten en met maatregelen in de toekomst in de ziekenhuisovername	☐	☐	☐	☐

Voorbeeld zelfevaluatie MCH breed (Plan van Aanpak)

1.01	Breidel en Strategie		
1.01	Vrijgelibdeheid is getoelander in strategisch beleidsplan van de MCA (2003-2004 Met Pasen)	Nog met SMOEP getoelander. Verder afwerken in de volgende beleidsplan.	Dec. 08
1.01	Doortoelander van strategisch beleid na Distriebele beleid plaasgeleiden	Duisebeeldeplanen vaststellen in het kader van de beleids- en getoelanderplan.	Dec. 07
1.01	Voordaeke voor VMS, zorgaanstalt, etasbeur, Vereening Mediese Stel, Vrijgelibdeiden, opeien Vrijgelibdeiden (v.o. TPA, VMS-arrangien), atroedien NITS, ENNIS DA VMS	Statist. continueer	2008
1.01	Plaas van Beurtae heel te getoelander ovelieg met Cuietendat met realisasie	Oprenen van ovelieg na getoelander opgetoelander (VMS) (Duisebeidegeen). Starten per 1998	Jan. 00
1.01	Mideelen voor NITS (gelyk) gelyk meegenomen in de getoelander		Dec. 07
1.01	In Duisebeide. Vrijgelibdeiden medien na in atroedien MPT opgetoelander en rouder na b.t. medien, registreer, angetoelander van rouder in de palatienatong vrygetoelander. Baring met medienatien. Registreer MPT-prosedure verder getoelander nagevolg	Verder verspreiden VMS-mien. Doelien 23/02/2007 33% 30/04/08 75% 31/02/2008 100%	Dec. 08
1.01			

Zelfevaluatie VMS Medische Instrumentatie

[illegible]

Leiderschap

Win?	Arbeidsorganisatie	Plan	Ge-mod.	Win?
DM	Verkeersdoelen werden decentral doorgesloten naar de afdeling	Dec. 2008	MI	
DM / ZM	Beleidsplannen worden omgemaakt in actieplannen op afdelingsniveau.	Dec. 2008	MI	
RoB/DM / ZM	Bewaken of realisatie van veiligheidsdoelen onderdeel uitmaken van deze periodieke voortgangsevaluatie.	Dec. 2008	MI	
DM / ZM	Monitoren	Dec. 2008	MI	
RoB / DM	-	-	-	-

Med Keuze uitwerking Plan van Aanpak (1)

Onderwerp: Risicomanagement en Medische Technologie
Auteurs: Werkgroep NVZ

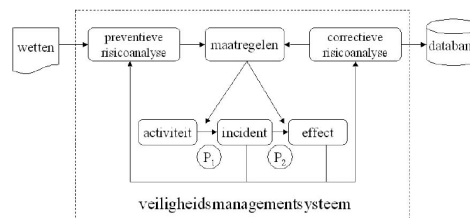
Pagina: 1 van 34
Datum: 02-10-2007

Praktijkgids Risicomanagement en Medische Technologie.

O-SAMENVATTING	2
1-INLEIDING	4
1.1 Project Veiligheidsmanagementsysteem (VMS)	4
1.2 Werkkorsoo Risicomangement Medische Technoloole en taakstelling	4

Med Keuze uitwerking Plan van Aanpak (2)

verweven met alle onderdelen van het model en kan als zodanig niet separaat weergegeven worden. Hierna wordt op deze drie aspecten ingegaan.



Figuur 2. Model voor een veiligheidsmanagementsysteem

MCH
Medisch Centrum Haaglanden

Prestatie Indicatoren

Indicatoren
Veiligheidsprogramma voor ziekenhuizen
Basisset 2009

MCH
Medisch Centrum Haaglanden

Prestatie-indicatoren IGZ

- Ziekenhuissterfte
- Vermijdbare sterfte en schade
- Veiligheidsmanagementsysteem
- Postoperatieve wondinfecties
- Sepsis
- Bedreigende vitale functies
- Medicatieoverdracht

MCH
Medisch Centrum Haaglanden

Prestatie Indicatoren VMS

3 Veiligheidsmanagementsysteem (VMS)

Het VMS is de basis voor enerzijds een gericht risicomanagement op het gebied van patiëntveiligheid en anderzijds een belangrijk instrument voor een noodzakelijke cultuurverandering gericht op patiëntveiligheid. Veel ziekenhuizen zijn hier al mee bezig. Binnen het veiligheidsprogramma is een zelfevaluatie-instrument ontwikkeld waarmee de ziekenhuizen hun status kunnen monitoren. Het VMS wordt ook een vast onderdeel van de NIAZ-accreditatie.

Het RIVM ontwikkelde voor de IGZ een toetsingsinstrument dat gebaseerd is op de door het NEN, in samenwerking met de veldpartijen, ontwikkelde veldnorm de NTA 8009:2007.

Binnen het veiligheidsprogramma zullen de ziekenhuizen de voortgang van de VMS-implementatie met behulp van de zelfevaluatie rapporteren. De IGZ houdt toezicht op de voortgang van de implementatie van het VMS bij ziekenhuizen die niet deelnemen aan het veiligheidsprogramma en bij een steekproef van de ziekenhuizen die wel deelnemen.

MCH
Medisch Centrum Haaglanden

Prestatie-indicatoren NVKF

ABF
Centrum voor Kwaliteit

Prestatie-Indicatoren Kwaliteitsborging Medische Systemen

opdracht is om de volgende prestatie-indicatoren te ontwikkelen en te implementeren in de Medische Systemen Kwaliteitsborging Medische Systemen (NVKF), met name in het kader van de NVKF.

MCH
Medisch Centrum Haaglanden

Prestatie-indicatoren NVKF

Keuze gemaakt voor de 9 prestatie-indicatoren van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Fysica (NVKF):

- 1. Risicoanalyse
- 2. Gebruiksprotocollen en instructie
- 3. Vrijgeven voor gebruik
- 4. Doeltreffende beheer
- 5. Periodieke evaluaties
- 6. Investeringsbegroting
- 7. Aanschaf en introductie
- 8. Doelmatig beheer
- 9. Relatiebeheer

MCH
Medisch Centrum Haaglanden

Processtappen

ABF
Centrum voor Kwaliteit

Bijlage 1: Processtappen in het kader van de NVKF voor de medische apparatuur

Processtap	Doelstelling
1. Vrijgeven voor gebruik	Doelstelling: Het medische apparaat is veilig en geschikt voor gebruik.
2. Doeltreffende beheer	Doelstelling: Het medische apparaat wordt op een veilige en effectieve manier beheerd.

Bijlage 17: Presentatie VMS 26-03-2009



MCH
Medisch Centrum Haaglanden

Prestatie-indicator 1 (NVKF) Risicoanalyse

PI	Meerjarlijk	Jaarlijks	Aanschaf en implementatie	Gebruiksfase	Bereidingsfase gebruik
1	Risicoanalyse				
2			35. Uitvoering interdisciplinaire risicoanalyse met betrekking tot aanschaf, introductie en toekomstig gebruik van medische apparatuur optreken in relatie tot het klinische proces.	38. Melden en beoordelen van incidenten en zo nodig doorvoeren van verbeter activiteiten, daarbij meldingen in relatie met medische technologie als aparte categorie registreren en behandelen	-
3			31. Prioriteren en plannen van aanschafvragen, in relatie met de randvoorwaarden vanuit de risicoanalyse en in afstemming met de betrokken gebruikers en ondersteunende afdelingen		



Medisch Centrum Haaglanden

Prestatie-indicator 2 &3 (NVKF) Gebruiksprotocollen en instructie en vrijgeven voor gebruik

PI		Meerjarlijk / Jaarlijks	Aanschaf en implementatie	Gebruiksfase	Bereiding gebruik
2 & 3	Gebruiksprotocollen en instructies & Vrijgeven voor				
2			12. Vaststellen programma van functionele, technische en overige eisen (PvE) 24. Opstellen gebruiksprotocol en trainingplan		
3			30 Trainen gebruikers 44. Handleiding en trainen (nieuwe) gebruikers en (nieuwe) medewerkers technisch ondersteunende afdelingen		
4				37. Geaccrediteerde medewerkers gebruiken vrijgegeven apparatuur/systeem volgens gebruiksprotocol	



Prestatie-indicator 4 (NVKF) Doeltreffende beheer

PI	Meerjarlijkt / Jaarlijks	Aanschaf en implementatie	Gebruik / fase	Beëindiging gebruik
4 Doeltreffend beheer				
1		2) Vaststellen onderhoudsplan en training technisch ondersteunende medewerkers	3b. Onderhouden (preventief onderhoud en inspecties, correctief onderhoud, kalibratie, vrijgave)	
2		3) Vaststellen kwaliteitsborging (onderhoudsalgoritmen, service level agreements (SLA's), etc)		

				
Prestatie-indicator 5 (NVKF) Periodieke evaluaties				
PI	Meerjarig Jaarlijk	Kanschaal en implementatie	Gebruiksfase	Eleverdig gebruik
5	Periodieke evaluatie	5. Periodiek evalueren van inzet, gebruik en beheer van de aanwezige medische apparatuur evalueren	40. Periodiek evalueren van gebruik en onderhoud.	
2			41. Keuren apparatuur (op indicatie)	
3			42. Bijhouden van leveringsoverzichten	
4				45. Voorbereiden buiten gebruikstelling
5				46. Buiten gebruik stellen
6				47. Eventueel beschikbaar stellen voor ander gebruik
7				48. Afschrijven (lijsten en administratief)

				
Prestatie-indicator 6&7 (NVKF) Investeringsbegroting en aanschaf en introductie				
PI	Menselijk Jaarlijk	Aanschaf en implementatie	Gebruik of use	Overdraging gebruik
6&7	Investeringsbegroting en aanschaf en			
1	1. Kaderstelling voor de indeling met granularisatie criteria voor investeringen	13. Vaststellen long list leveranciers		
2	7. Voorbeelden en indelen van aanschafplannen voor aankopen en inkoop metingen, inclusief vertelding van de impactafgevolgen van de investeringen	14. Uitwerken offertesaanvragen met Programma van Eisen naar leverancier		
3	8. Beoordelen en prioriteren van aanschafplannen voor aankopen en investeringen	15. Keuzematrix opstellen en beoordelen offertes en leveranciers		
4	9. Kaderstellen van investeringsbegroting inclusief investeringsbegroting	16. Vaststellen short list leveranciers		
5		17. proefplaatsingen en site visits		
6		18. Bijhouden licentietarieven		
7		19. Ouderhanden		
8		20. Product- en leverancierskeuze, contracten en betalings		
9		21. Realiseren overige interne coördinatie		

				
Prestatie-indicator 6&7 (NVKF) Investeringsbegroting en aanschaf en introductie vervolg				
PI	Meejaarlijk Jaarlijks	Aanschaf en implementatie	Gebruik fase	Bereiding gebruik
12		22. Vaststellen testprocedures (instrumentenanalyse, veiligheidstechnisch en functioneel)		
13		25. Installeren en testen door leverancier		
14		26. Technische tests door de installatie		
15		27. Fysische tests door de installatie		
16		28. Klinische tests door de installatie		
17		29. Acceptatierapport van het medische systeem		
18		32. Completeren vermeldingen in diverse technische documenten		
19		33. Vrijgeven voor gebruik		
20		34. Gereed maken voor gebruik en in gebruik nemen		
21		35. Financieel afhandelen		
22		36. Evalueren van aanschaf- en implementatieproces door geïntegreerde medewerkers, inclusief het zorgveld, uitvoeren van patiëntregistratie		

MCH
Medisch Centrum Haaglanden

Prestatie-indicator 8 (NVKF) Doelmatig beheer

PI	Meerjarijg	Jaarlijks	Aanschaf en implementatie	Gebruiksfase	Beëindiging gebruik
8 Doelmatig beheer			42. Beoordelen van potentiële upgrades		

MCH
Medisch Centrum Haaglanden

Prestatie-indicator 9 (NVKF) Relatiebeheer

PI	Meerjarijg	Jaarlijks	Aanschaf en implementatie	Gebruiksfase	Beëindiging gebruik
9 Relatiebeheer			Planttelevredendsonderzoeken		
2			Accountgesprekken		

MCH
Medisch Centrum Haaglanden

PAUZE

MCH
Medisch Centrum Haaglanden

Doel van de bijeenkomst:

Wat zijn de mogelijkheden voor samenwerking?

MCH
Medisch Centrum Haaglanden

Stappenplan VMS Medische Instrumentatie

- 1) Aanschaf van software per ziekenhuis (Kosten circa € 17.500)
- 2) Invoeren gegevens per medisch apparaat
 - Aanpassen protocollen en procedures (vrijgave, afkeur, aanschaf, onderhoud, etc.)
 - Wat betekent dit voor onderhoud en onderhoudstijd per apparaat?
- 3) Communiceren per afdeling
- 4) Risicoclassificatie aanpassen aan de hand van MIP-meldingen
- 5) Opleiding van medewerkers

MCH
Medisch Centrum Haaglanden

Voorbeeld

Infuuspompen

Pomp 1: OK / IC
 Pomp 2: CCU
 Pomp 3: Oncologie
 Pomp 4: Verpleegafdeling

Dezelfde pomp heeft op ieder van bovenstaande afdelingen een andere score op het gebied van onderhoud en risicoclassificatie.

Vragen

- Stand van zaken VMS aanwezige ziekenhuizen
- Inventarisatie beschikbare middelen en ambities per ziekenhuis

Vervolgafspraken

- ❖ Wie
- ❖ Wat
- ❖ Waar

Beste collega's,

Vanuit het Medisch Centrum Haaglanden (MCH) nodigen wij u graag uit voor een bijeenkomst op donderdag 26 maart 2009 met als thema 'Samenwerking Veiligheid Medische Instrumentatie'.

Vanuit IGZ en het landelijk veiligheidsprogramma dient ieder ziekenhuis een veiligheidsmanagementsysteem te ontwikkelen. Één van de onderdelen hiervan betreft veiligheid van medische instrumentatie. Op dit onderdeel is nog veel werk te verrichten door ziekenhuizen.

Het MCH heeft op dit gebied al een aantal stappen genomen en wil dit graag met u delen.

Onze adjunct directeur Facilitair Bedrijf, de heer Frans de Vos en ons hoofd Medische Instrumentatie, de heer Rob van der Welle zullen u deze middag informeren over het eisenkader VMS en de aanpak van het MCH op dit gebied.

In deze bijeenkomst wil het MCH graag met jullie bekijken wat de mogelijkheden zijn voor samenwerking. Door kennis te delen en afspraken te maken over gezamenlijk ontwikkelen en implementeren zou ieder ziekenhuis kosten kunnen besparen.

Graag tot donderdag 26 maart a.s.!

Met vriendelijke groet,

Medisch Centrum Haaglanden

De bijeenkomst is interessant voor:

Managers Facilitair Bedrijf, Hoofden Medische Instrumentatie,
Hoofden Medische Technologie, Ziekenhuiscoördinatoren VMS.

Vorbereiding:

Lezen rapport 'Prestatie-indicatoren kwaliteitsborging medische systemen',
dit rapport is te vinden op de website www.nvkf.nl.

Inventariseren stand van zaken Veiligheidsmanagementsysteem m.b.t.
Medische Instrumentatie in eigen ziekenhuis.

Programma

<i>Tijdstip</i>	<i>Onderwerp</i>
14.00	Opening door Adjunct directeur Facilitair Bedrijf (Frans de Vos)
14.15	Eisen vanuit VMS, NTA en klinische fysica aan Medische Instrumentatie (door Frans de Vos)
14.30	Zelfevaluatie VMS door MCH (door Rob van der Welle)
14.45	Plan van aanpak MCH aan de hand van het rapport "Prestatie-indicatoren kwaliteitsborging medische systemen" van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Fysica (NVKF) (door Rob van der Welle)
15.30	Pauze
15.45	Mogelijkheden samenwerking VMS (door deelnemers)
16.00	Vragen Dialoog: • Stand van zaken VMS aanwezige ziekenhuizen • Inventarisatie beschikbare middelen en ambities per ziekenhuis
16.30	Afsluiting met borrel

Inschrijving:

Via het secretariaat van het Facilitair Bedrijf MCH

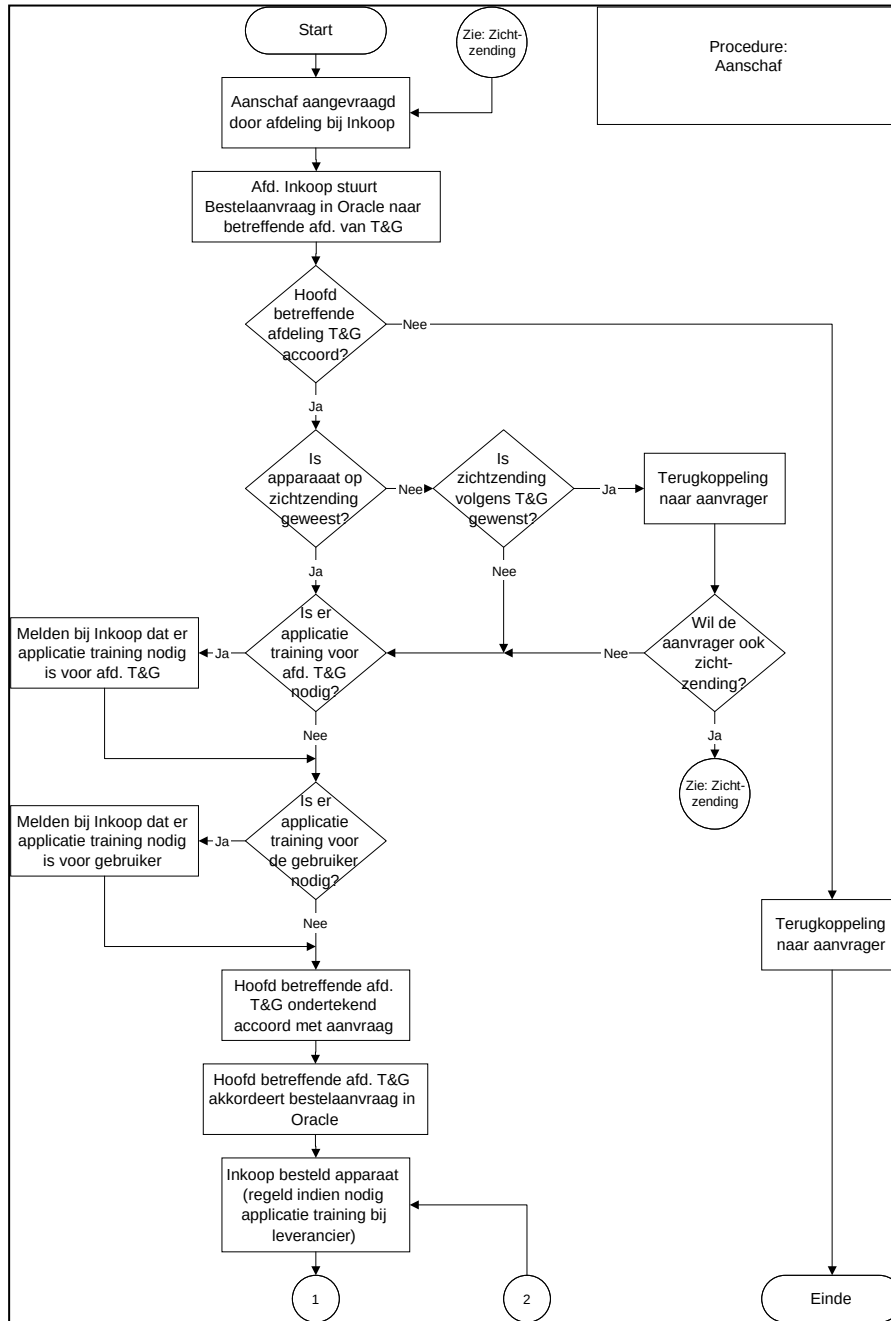
Telefoon: (070) 330 25 47.

E-mail: K.Zervaas@mchaaglanden.nl

Gelieve u in te schrijven voor maandag 23 maart 2009.



Bijlage 18: Procedure aanschaf apparatuur



Bijlage 19: Rapport Commissie Kwaliteit: Processtappen prestatie-indicatoren



Commissie Kwaliteit

Prestatie-indicatoren Kwaliteitsborging Medische Systemen

opgesteld onder verantwoordelijkheid van de Commissie Kwaliteit van de
Nederlandse Vereniging voor Klinische Fysica (NVKF)
met consultatie van de leden van de NVKF

vastgesteld door het Bestuur van de NVKF
op 29 mei 2007



Commissie Kwaliteit

Prestatie-indicatoren kwaliteitsborging medische systemen¹

Commissie Kwaliteit van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Fysica
10 mei 2007

Auteur: dr. ir. S.R. Vaartjes, klinisch fysicus

Kwaliteitsborging rond medische systemen

Op basis van de actuele wet- en regelgeving hebben Inspectie voor de Gezondheidszorg² en Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen³ generieke richtlijnen gegeven voor de wijze waarop kwaliteit en veiligheid rond aanschaf, introductie en toepassing van medische technologie moeten worden bewaakt. Een vertaling hiervan naar een integrale procesbeschrijving heeft geresulteerd in het artikel "Kwaliteitsborging rond medische systemen" dat in twee delen is gepubliceerd in het tijdschrift FMT Gezondheidszorg^{4,5}. Het artikel beschrijft een totale procesketen waarmee instellingen invulling kunnen geven aan afdelingsoverstijgende processen, gericht op de borging van kwaliteit en veiligheid rond medische technologie. Omdat aanschaf, introductie en gebruik van medische technologie niet alleen veilig en doelmatig, maar ook economisch verantwoord moet gebeuren, zijn, behalve de levenscyclus van medische apparatuur, ook beleidscycli op instellings- en afdelingsniveau weergegeven en zijn verbanden tussen de verschillende cycli in kaart gebracht. De Commissie Kwaliteit van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Fysica (NVKF) heeft geoordeeld dat de in het artikel beschreven werkwijze een goede aanpak vertegenwoordigt en kan worden gerelateerd aan het predicaat good practice. Het belang van een goede borging van kwaliteit en veiligheid in de gezondheidszorg volgt, behalve uit de richtlijnen, ook uit publicaties over vermijdbare risico's^{6,7,8}.

Processtappen en prestatie-indicatoren

Met medewerking van studenten Clinical Safety and Quality Assurance van de Universiteit Twente⁹ heeft deze commissie, bijgestaan door enkele andere leden van de NVKF, de in het

¹ Opgesteld onder verantwoordelijkheid van de Commissie Kwaliteit van de NVKF, mede op basis van reacties vanuit de NVKF op het voor commentaar verspreide concept, met als doel het aan te bieden aan het Bestuur van de NVKF ter vaststelling van een formeel standpunt van de vereniging, op basis waarvan vervolgens door de NVKF onder meer adviezen aan bij ontwikkeling en toetsing van kwaliteit en veiligheid in de gezondheidszorg en ontwikkeling van het Veiligheid Management Systeem betrokken landelijke organen kunnen worden verstrekt.

² Inspectie voor de Gezondheidszorg. Kwaliteitsborging van medische apparatuur in ziekenhuizen: verbeteringen noodzakelijk. Den Haag, 2002 http://www.igz.nl/15451/96651/rapport_medische_apparatuur1.pdf

³ NVZ Vereniging van ziekenhuizen. Kwaliteitsborging van medische systemen. Utrecht, 2004 <http://www.nvz-ziekenhuizen.nl/dsc?c=getobject&s=obj&lsessionid=1s51z8ZWno7t18nhb9oWM9x@GwuyBTeqM75UuUCIRV1DyOvofxagvo3h50uVxzYX&objectid=3435&idsname=nvz>

⁴ S.R. Vaartjes, L.S. Jonker. Kwaliteitsbeleid rond medische systemen (1). FMT Gezondheidszorg 4, 34-37, 2006

⁵ S.R. Vaartjes, L.S. Jonker. Kwaliteitsbeleid rond medische systemen (2). FMT Gezondheidszorg 5, 40-45, 2006

⁶ R. Willems. Hier werk je veilig, of je werkt hier niet. Sneller Beter – De veiligheid in de zorg. Eindrapportage

Shell Nederland, november 2004

⁷ Inspectie voor de Gezondheidszorg. Patiëntveiligheid: de toepassing van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen in zorginstellingen en thuis. Den Haag, december 2004

⁸ M.C. de Bruijne et al. Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen. Dossieronderzoek van ziekenhuisopnames in 2004. EMGO Instituut/VUmc en NIVEL, ISBN 978-90-6905-845-0, april 2007

⁹ L. van Bokhorst, R. de Beer, E. van den Berg. Kwaliteitsborging van verschillende cycli van medische apparatuur. Scriptie voor het vak Clinical Safety and Quality Assurance en de Commissie Kwaliteit van de NVKF. Universiteit Twente, Enschede, 2006



Commissie Kwaliteit

boven genoemde artikel beschreven werkwijze verder gedetailleerd en aangevuld. Dit heeft onder meer geresulteerd in een overzicht van aanbevolen processtappen met per stap een korte toelichting. Een tweede resultaat is een set prestatie-indicatoren, gerelateerd aan de totale procesketen, die bedoeld is om uitdrukking te geven aan de mate waarin de borging van kwaliteit en veiligheid rond medische technologie in de instelling is ontwikkeld. Het resulterende document is als concept onder de leden van de NVKF verspreid, met een verzoek om reacties. In het hier voorliggende definitieve document zijn deze reacties verwerkt. Het uiteindelijke overzicht van de processtappen is opgenomen in bijlage 1.

Keuzemethode prestatie-indicatoren

De Commissie Kwaliteit is bij de keuze voor prestatie-indicatoren als volgt te werk gegaan.

Geconstateerd is dat klinisch fysici en medisch technici, gezamenlijk en afzonderlijk, invloed hebben of zouden moeten hebben op de meeste stappen in de procesketen. Bewust heeft de commissie er voor gekozen zich bij de keuze van de indicatoren niet te beperken tot de processtappen die geheel of grotendeels binnen afdelingen Klinische Fysica of Medische Techniek (kunnen) worden uitgevoerd. Centraal heeft de vraag gestaan hoe kan worden vastgesteld in welke mate de veiligheid voor patiënten en personeel en de doelmatigheid van de diagnostische en behandelprocessen in relatie met de levenscyclus van medische technologie systematisch worden geborgd. Door deze integrale procesbenadering is de keuze van indicatoren los komen te staan van de diverse wijzen waarop afdelingen en afdelingstaken in de instellingen zijn vormgegeven.

Er is gekozen voor een relatief klein aantal indicatoren om de bureaucratie zo beperkt mogelijk te houden. Daardoor is niet gestreefd naar een complete set indicatoren die de effectiviteit van alle aspecten van de borging van kwaliteit en veiligheid in relatie met technologie weerspiegelt. Gezocht is naar indicatoren die per stuk, direct of indirect, een belangrijk deel van de totale procesketen in kaart brengen. Soms is het kunnen invullen van de indicator er tegelijk een teken van dat andere delen van de procesketen op een goede wijze worden uitgevoerd. Bij de keuze is eerst gezocht naar de belangrijkste activiteiten die nodig zijn voor de borging van veiligheid en kwaliteit bij aanschaf, introductie en gebruik van medische apparatuur en software in relatie met de betreffende diagnostische en behandelprocessen en de daaraan ondersteunende processen. Vervolgens zijn bij deze activiteiten indicatoren gezocht die getalsmatig uitdrukking geven aan de mate waarin een belangrijk deel van de doelstellingen van deze activiteiten wordt behaald.

Belangrijkste activiteiten

Bij veiligheidsborging voor patiënten en personeel heeft de Commissie Kwaliteit in dit kader als belangrijkste activiteiten gevonden:

1. het uitvoeren van risicoanalyses voor aanschaf en introductie van medische technologie en het, in relatie daarmee, indelen van de medische apparatuur in risicoklassen;
2. het instrueren van alle gebruikers op basis van gebruiksprotocollen die rekening houden met de aan de gebruikssituatie gerelateerde risico's van de betreffende apparatuur en software;
3. het formeel vrijgeven voor gebruik van alle medische apparatuur, na vaststelling van de goede en veilige werking en nadat de gebruikers zijn geïnstrueerd;
4. het conform de onderhoudsplannen beheren van de apparatuur en software in de gehele gebruiksfase.



Commissie Kwaliteit

Bij doelmatigheid van de processen zijn dat:

5. het periodiek evalueren van de technische en functionele staat van de aanwezige apparatuur en software, van het uitgevoerde onderhoud en van de doelmatigheid van het gebruik;
6. het vaststellen van een investeringsbegroting na prioritering op basis van vervangingsnoodzaak van apparatuur en software en te verwachten kwaliteitswinst van nieuwe technologie;
7. het aanschaffen en introduceren van medische technologie op basis van een vastgestelde aanschaf- en introductieprocedure;
8. het bewaken van de integrale instandhoudingskosten en de beschikbaarheid van de aanwezige medische apparatuur.

Aanvullend hierop is toegevoegd dat de onderlinge samenwerking in de instelling doelmatig moet zijn om de procesketen goed te kunnen laten verlopen. Hierdoor is ten aanzien van de relaties van Klinische Fysica / Medische Techniek met de vele andere betrokken partijen in de instelling een belangrijke activiteit:

9. relatiebeheer.

Prestatie-indicatoren

In samenhang met deze activiteiten zijn, met de boven aangegeven bedoeling, de volgende indicatoren opgesteld:

Activiteit	Betreft	Indicator	
1	Risicoanalyse	a	Percentage van het totale aantal apparaten/systemen in het databestand dat is ingedeeld naar risicoklasse op basis van de gehanteerde risicoanalyse.
2	Gebruiksprotocollen en instructie	b	Percentage van de in het afgelopen jaar voor klinische processen in gebruik genomen apparatuur en software dat formeel voor dat gebruik is vrijgegeven nadat de goede en veilige werking is vastgesteld en na vaststelling dat de gebruikers zijn geïnstrueerd op basis van een vastgesteld gebruiksprotocol.
3	Vrijgeven voor gebruik		
4	Doeltreffend beheer	c	Percentage per risicoklasse van het totale aantal apparaten/systemen in het databestand waarbij geen sprake is van achterstallig preventief onderhoud.
5	Periodieke evaluaties	d	Percentage per risicoklasse van het totale aantal apparaten/systemen in het databestand waarvan in het afgelopen jaar de technische staat en de functionaliteit in relatie met het klinisch proces is beoordeeld.
6	Investeringsbegroting	e	Percentage van de in het afgelopen jaar in gebruik genomen medische apparatuur dat is aangeschaft en geïntroduceerd op basis van een vooraf vastgestelde investeringsbegroting en conform een vastgestelde aanschaf- en introductieprocedure.
7	Aanschaf en introductie		
8	Doelmatig beheer	f	Verhouding tussen de jaarlijkse instandhoudingskosten van de aanwezige medische apparatuur en de totale vervangingswaarde.
9	Relatiebeheer	g	Wordt een evaluatiesysteem gehanteerd voor beoordeling van de samenwerking tussen Klinische Fysica / Medische Techniek en de andere verantwoordelijke partijen in de instelling?



Commissie Kwaliteit

		#	Stapomschrijving	Doel processtap
Beleidscyclus ziekenhuis	Meerjaarlijks	1	Ontwikkelen en vaststellen van het meerjaren instellingsbeleid op basis van de missie van de instelling en de gewenste ontwikkeling van medische functies	Aanwezigheid meerjarenplan en aanwezigheid specifiek beleid gericht op niveau verschillende medische functies om een integraal kader te scheppen voor de beleids- en technologische ontwikkelingen op de diverse afdelingen.
		2	Vaststellen van criteria en tijdsafspraken voor meerjaren afdelings- en investeringsplannen en deze verspreiden in organisatie	Organisatiebreed hanteren van duidelijke, meetbare, actuele en uniforme beoordelingscriteria, opgesteld met stakeholders, om betrokkenen gericht te laten werken aan afdelingsplannen en deze beter te kunnen beoordelen volgens vaste maatstaven.
		3	Ontwikkelen en vaststellen van meerjaren afdelingsplannen inclusief meerjaren investeringsplannen	Vertalen en invullen van het meerjaren instellingsbeleid op afdelingsniveau en vinden van inhoudelijke en financiële aansluiting (exploitatiegevolgen van investeringen) tussen totale afdelingsplannen en investeringsplannen.
		4	Op gestructureerde wijze afstemmen, beoordelen en bekrachtigen van meerjaren afdelingsplannen, inclusief meerjaren investeringsplannen	Verschaffen van zo veel mogelijk gemeenschappelijke duidelijkheid over de in een reeks van jaren voor de afdelingen, in aansluiting bij het ziekenhuisbeleid en de ontwikkelingen in het eigen vakgebied, te realiseren en te financieren ontwikkelingen.
	Jaarlijks	5	Periodiek evalueren van staat, gebruik en beheer van de aanwezige medische apparatuur evalueren	Vaste cyclus voor de evaluatie van de apparatuur en het gebruik daarvan, volgens vooraf vastgestelde criteria en rapportagemethoden, om zicht te krijgen op benodigde bijsturing in de kwaliteitscyclus.
		6	Kaderstelling door de instelling met geactualiseerde criteria voor investeringen	Kaders en criteria worden jaarlijks bijgewerkt om deze actueel te houden m.b.t. externe en interne ontwikkelingen.
		7	Voorbereiden en indienen van afdelingsplannen voor activiteiten en investeringen, inclusief vermelding van de exploitatiegevolgen van de investeringen	Vaste data voor voorbereiden en indienen van afdelingsplannen voor activiteiten en investeringen volgens standaardformat om deze goed te kunnen vergelijken en duidelijkheid te scheppen voor de indieners.
	Jaarlijks	8	Beoordelen en prioriteren van afdelingsplannen voor activiteiten en investeringen	Instellingsbreed beoordelen en prioriteren van afdelingsplannen volgens een vastgestelde procedure op basis van de vastgestelde criteria om onder meer vast te stellen welke investeringen belangrijk en minder belangrijk zijn om in het komende jaar uit te voeren.
		9	Vaststellen van jaarbegroting inclusief investeringsbegroting	Vaststellen volgens standaardmethode op vooraf vastgestelde data om duidelijkheid te scheppen voor alle betrokkenen over uit te voeren activiteiten en aan te schaffen apparatuur en daartoe beschikbare financiën.



Commissie Kwaliteit

		#	Stapomschrijving	Doel processtap
Levenscyclus medische apparatuur	Aanschaf- en implementatiefase	10	Uitvoering interdisciplinaire risicoanalyse met betrekking tot aanschaf, introductie en toekomstig gebruik van medische apparatuur/ systemen in relatie tot het klinische proces	Een vooraf opgestelde risico-evaluatie is noodzakelijk om onder meer aan te geven welke van de volgende processtappen moeten worden doorlopen en welke kunnen worden overgeslagen, wat daarbij bijzondere aandachtspunten zullen moeten zijn, welke specifieke inbreng daarbij nodig is en of er een traceringsstelsel voor met de aan te schaffen apparatuur/ systemen te diagnosticeren/ te behandelen patiënten moet zijn.
		11	Prioriteren en plannen van afhandelingstrajecten van investeringen, in relatie met de randvoorwaarden vanuit de risicoanalyse en in afstemming met de betrokken gebruiks- en ondersteunende afdelingen	Vastgestelde procedures voor prioritering en planning van afhandelingstrajecten van investeringen om kwaliteit van afhandelingstrajecten te verbeteren en kwaliteitsverschillen te voorkomen.
		12	Vaststellen programma van functionele, technische en overige eisen (PvE)	Er wordt nagedacht over hoe de functionele, technische en overige eisen kunnen worden geformuleerd om als middel voor het inrichten van het verdere proces te dienen, zodat een aanschaf, die in een werkelijke behoefte voorziet, wordt gedaan tegen aanvaardbare kosten.
		13	Vaststellen long list leveranciers	Er wordt een objectieve en complete lijst van leveranciers opgesteld om te voorkomen dat mogelijk geschikte leveranciers niet in het keuze proces worden betrokken.
		14	Uitsturen offerteaanvragen met Programma van Eisen naar leveranciers	Proberen uniformiteit en directe vergelijkingsmogelijkheid met de eisen en wensen te verkrijgen binnen offertes van leveranciers.
		15	Keuzematrix opstellen en beoordelen offertes en leveranciers	Er wordt een keuzematrix ontwikkeld (of gereactiveerd en geactualiseerd als deze al eens gemaakt is) waarop alle eisen uit het PvE beoordeeld worden, eventueel met een bepaald waardeoordeel per eis om een keuze te kunnen maken tussen de verschillende leveranciers die is gebaseerd op feiten en niet op persoonlijke voorkeuren.
		16	Vaststellen short list leveranciers	Aan de hand van de lijst opgesteld in stap 13 en 15 wordt bepaald welke leveranciers voldoen aan de gestelde eisen om ervoor te zorgen dat er een objectieve shortlist van leveranciers komt.
		17	proefplaatsingen en site-visits	Er worden zo nodig proefplaatsingen en site-visits gedaan om een gedetailleerd inzicht te krijgen in hoeverre het apparaat aan de gestelde eisen uit de keuzematrix en het PvE voldoet en hoe het in praktijk bevalt.
		18	Bijstellen keuzematrix	Eisen kunnen toegevoegd of veranderd worden in de keuzematrix (nooit verwijderd, dan als niet haalbaar geclassificeerd) of waardeoordelen per eis kunnen worden aangepast om een zo goed mogelijk werkende keuzematrix te verkrijgen.



Commissie Kwaliteit

#	Stapomschrijving	Doel processtap
19	Onderhandelen	Er wordt met twee of meer leveranciers in onderhandeling gegaan om de beste prijs/kwaliteit verhouding te vinden.
20	Product- en leverancierskeuze, contracteren en bestellen	Het best passende product wordt geselecteerd en met een passend contract besteld.
21	Realiseren overige interne voorzieningen	De overige interne voorzieningen waaraan voldaan moet worden, worden uitgevoerd. Hiermee wordt aan alle voorwaarden voldaan die gebruiker en leverancier stellen aan de omgeving van het product.
22	Vaststellen testprotocol (instrumentatietechnisch, veiligheidstechnisch en functioneel)	In samenwerking met de leverancier moet er een testprotocol opgesteld worden waarin zowel rekening wordt gehouden met het PvE en de risico analyse om ervoor te zorgen dat de aan te schaffen medische technologie op alle gebieden van voldoende kwaliteit is.
23	Vaststellen onderhoudsplan en training technisch ondersteunende medewerkers	Er moet er een onderhoudsplan opgesteld worden waarin rekening wordt gehouden met het PvE en de risicoanalyse om ervoor te zorgen dat de aan te schaffen medische technologie te allen tijde goed onderhouden is. Medewerkers van technisch ondersteunende afdelingen moeten adequaat zijn/ worden opgeleid.
24	Opstellen gebruiksprotocol en trainingsplan	Er moet een gebruiksprotocol opgesteld worden waarin zowel rekening wordt gehouden met het PvE en de risicoanalyse om ervoor te zorgen dat het voor iedereen die ermee werkt duidelijk is hoe men deze medische technologie moet gebruiken. Hierbij wordt zowel gebruik gemaakt van de gebruikssituatie, van de gebruiksaanwijzing van de leverancier, als van de aanwezige of binnengehaalde kennis over het product. Indien aan de orde moet aangegeven zijn dat en hoe patiëntenregistratie bij gebruik van het betreffende apparaat / systeem moet worden gevoerd.
25	Installeren en testen door leverancier	Deze test is de verantwoordelijkheid van de leverancier.
26	Technische tests door de instelling	De technische tests worden uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van de instelling en gerapporteerd. Welke tests dit zijn hangt onder meer af van het PvE opgesteld in stap 12 en de geldende veiligheidsnormen. Dit om er zeker van te zijn dat het product voldoet aan de technische eisen.



Commissie Kwaliteit

#	Stapomschrijving	Doel processtap
27	Fysische tests door de instelling	De fysische tests worden uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van de instelling en gerapporteerd. Welke tests dit zijn hangt af van het PvE opgesteld in stap 12 en de te hanteren functionele en kwaliteitseisen. Dit om er zeker van te zijn dat het product voldoet aan de eisen.
28	Klinische tests door de instelling	De klinische tests worden uitgevoerd door de instelling en gerapporteerd. Welke tests dit zijn hangt af van het PvE opgesteld in stap 12. Dit om er zeker van te zijn dat het product voldoet aan de eisen.
29	Acceptatiemoment van het medische systeem	Het systeem wordt geaccepteerd, mits de tests uit de fases 26 t/m 28 zijn afgerond en tot positieve conclusies hebben geleid. De stappen 26 t/m 29 vormen samen het acceptatietraject.
30	Trainen gebruikers	Hierbij moet worden gedacht aan het bereiken van alle potentiële gebruikers om deze op de hoogte te brengen van de werking en de goede gebruikswijze van het nieuwe systeem. Het hoofd van de gebruiksafdeling houdt hiertoe een actueel register van na training gecertificeerde gebruikers bij.
31	Vaststellen kwaliteitsborging (onderhoudsafspraken, service level agreements (SLA's), etc)	Er worden duidelijke organisatorische en financiële afspraken gemaakt met alle betrokken verantwoordelijken opdat zeker wordt gesteld dat de voor de borging van kwaliteit en veiligheid gedurende de gebruiksfase uit te voeren activiteiten ook tijdig en juist zullen worden uitgevoerd.
32	Completeren vermeldingen in diverse technische databestanden	Technische databestanden worden door de daarvoor verantwoordelijken up-to-date gehouden om een volledig databestand te kunnen garanderen.
33	Vrijgeven voor gebruik	Het systeem wordt pas na het afronden van de vorige stappen officieel vrijgeven om er zorg voor te dragen dat alleen veilige, doelmatige en betrouwbare apparatuur in deskundig gebruik komt.
34	Gereed maken voor gebruik en in gebruik nemen	Het hoofd van de gebruiksafdeling aanvaardt in praktische zin zijn/ haar verantwoordelijkheden ten aanzien van het toezicht op het goede en veilige gebruik door alleen gecertificeerde medewerkers. Voorafgaand aan het gebruik wordt het systeem met behulp van het gebruiksprotocol gecontroleerd op de juiste instellingen en invoergegevens.
35	Financieel afhandelen	De externe financiële verplichtingen van de aankoop afhandelen als de leverancier aan alle verplichtingen in dat kader heeft voldaan.



Commissie Kwaliteit

		#	Stapomschrijving	Doel processtap
Gebruiksfasen		36	Evaluëren van aanschaf- en implementatietraject door gecertificeerde medewerkers, inclusief het, zonodig, uitvoeren van patiëntregistratie	Er wordt een evaluatie gehouden door de bij de invoering van het systeem betrokken personen. Hierbij worden alle stappen van 11 t/m 35 doorlopen. Er wordt een evaluatierapport opgesteld dat gebruikt kan worden voor toekomstige aanschaffen. Dit om de eventuele volgende aanschaf te vergemakkelijken en in de toekomst eventuele gemaakte fouten terug te kunnen vinden.
		37	Gecertificeerde medewerkers gebruiken vrijgegeven apparatuur/ systemen volgens gebruiksprotocol	Ten dienste van kwaliteit en veiligheid rond apparatuurgebruik in het klinische proces.
		38	Onderhouden (preventief onderhoud en inspecties, correctief onderhoud, kalibratie, vrijgave)	De onderhoudsplannen die opgesteld zijn in fase 23 moeten gevolgd worden, omdat de medisch apparatuur veilig en goed bruikbaar moet zijn.
		39	Melden en beoordelen van incidenten en zonodig doorvoeren van verbeteractiviteiten; daarbij meldingen in relatie met medische technologie als aparte categorie registreren en behandelen	Het melden van (bijna) incidenten moet gestimuleerd worden en voor het beoordelen van incidenten moet een standaardprocedure komen om ervan te kunnen leren en maatregelen te treffen. Deze standaardprocedure moet een verbinding leggen tussen het Veiligheid Management Systeem en de kwaliteitsborging rond medische apparatuur/ systemen. Meldingen in relatie met medische technologie moeten beoordeeld worden in relatie met verbetermogelijkheden binnen de levenscyclus van het betreffende apparaat/ systeem.
		40	Periodiek evalueren van gebruik en onderhoud (zie 5)	De evaluatie moet volgens een standaardprocedure interdisciplinair gedaan worden om periodiek veiligheid en doelmatigheid rond instandhouding en gebruik in samenhang te bespreken om zo nodig conclusies te trekken ter verbetering van de situatie.
		41	Keuren apparaat (op indicatie)	Deze stap is om de mogelijkheid te geven in de gebruiksfasen ook tussen de periodieke evaluaties in te keuren op veiligheid en betrouwbaarheid wanneer in het gebruik aanleiding toe wordt gevonden.
		42	Beoordelen van potentiële upgrades	De eventueel mogelijke upgrades van het systeem worden beoordeeld en eventueel toegepast om de levenstermijn van het apparaat te kunnen verlengen. Na deze stap gaat men terug naar stap 11.
		43	Bijstellen van levensverwachting	Aan de hand van evaluaties en incidenten kan de levensverwachting bijgesteld worden.
		44	Nascholing en trainen (nieuwe) gebruikers en (nieuwe) medewerkers technisch ondersteunende afdelingen	Nieuwe gebruikers moeten een training volgen en periodiek moet er een nascholing plaatsvinden van gebruikers, omdat alle gebruikers op de hoogte moeten zijn van de werking van het apparaat.
		45	Vorbereiden buiten gebruikstelling (zie 3 en 7)	Als het apparaat aan het eind van zijn levensverwachting is gekomen moeten buiten gebruik stelling en eventueel vervanging worden voorbereid.



Commissie Kwaliteit

		#	Stapomschrijving	Doel processtap
	Beëindiging gebruik	46	Buiten gebruikstellen	Voorkomen moet worden dat een afgekeurd of anderszins buiten gebruik gesteld apparaat of systeem onterecht weer in gebruik genomen moet worden. Dit moet vastgelegd worden in de database medische apparatuur.
		47	Eventueel beschikbaar stellen voor ander gebruik (relevante stappen vanaf 11 doorlopen)	Bij het eventueel beschikbaar stellen van een apparaat voor een andere afdeling dan de oorspronkelijke moeten de stappen 11 en verder opnieuw doorlopen worden om te voorkomen dat niet geschikte, onveilige of niet betrouwbare apparatuur in gebruik komt bij mogelijk daartoe niet geïnstrueerd personeel en zonder dat opnieuw goede onderhoudsafspraken zijn gemaakt. Hergebruik moet vastgelegd worden in de database medische apparatuur.
		48	Afvoeren (fysiek en administratief)	Bij het afvoeren moet men de normen omtrent milieu en veiligheid in acht nemen en zorgen dat het apparaat niet meer in de eigen instelling in gebruik kan komen. Dit moet vastgelegd worden in de database medische apparatuur.

Bijlage 20: Beknopte weergave prestatie-indicatoren

Hieronder een beknopte uitwerking van de inhoud van de prestatie-indicatoren zoals deze in figuur 5 omschreven staan.

1. Risicoanalyse

Identificeren, analyseren en beoordelen van risico's en deze indelen in risicoklassen. De resultaten dienen schriftelijk te worden vastgelegd.

2. Gebruiksprotocollen en instructies

Het instrueren van alle gebruikers door middel van gebruikerprotocollen en het geven van instructies. Door de protocollen en instructies op stellen wordt er rekening gehouden met de risico's die aan de apparatuur verbonden zitten.

3. Vrijgeven voor gebruik

Wanneer de risico's zijn vastgesteld kan de apparatuur door de geïnstrueerde medewerkers worden gebruikt.

4. Doeltreffend beheer

Het beheren van de apparatuur aan de hand van de opgestelde onderhoudsplannen gedurende de gehele gebruiksfase.

5. Periodieke evaluaties

Het periodiek evalueren van de technische en functionele staat van de apparatuur.

6. Investeringsbegroting

Het vaststellen van de investeringsbegroting na indeling van de vervangingsnoodzaak van apparatuur. Hierbij dient de te verwachten kwaliteitswinst van de nieuwe technologie in mee te worden genomen.

7. Aanschaf en introductie

Het aanschaffen en introduceren van de apparatuur moet gebeuren op basis van een vastgestelde aanschaf- en introductieprocedure.

8. Doelmatig beheer

Doelmatig beheer heeft in vergelijking tot het doeltreffend beheer de nadruk liggen op de kosten die bij de apparatuur komen kijken. Tevens dient er te worden bijgehouden of er voldoende apparatuur aanwezig is.

9. Relatiebeheer

In deze fase dienen de bovengenoemde prestatie-indicatoren in samenwerking met de andere betrokken partijen bij het gebruik van de apparatuur in stand te worden gehouden gedurende het gehele traject.

Bijlage 21: Schematische weergave processtappen

PI		Meerjaarlijks	Jaarlijks	Aanschaf en implementatie	Gebruiksfase	Beëindiging gebruik	Procedures MI	Uitvoeren procedures	kosten procedures*
1 Risicoanalyse									
1				10. Uitvoering interdisciplinaire risicoanalyse met betrekking tot aanschaf, introductie en toekomstig gebruik van medische apparatuur/ systemen in relatie tot het klinische proces		-	Procedure risicoclassificatie ± 40 uur, aanschaf software systeem en implementatie ± 120 uur	Hoofd MI	160 uur á € 40= € 6400,-
2					39. Melden en beoordelen van incidenten en zonodig doorvoeren van verbeteractiviteiten; daarbij meldingen in relatie met medische technologie als aparte categorie registreren en behandelen		MIP en VIM procedure schrijven ± 40 uur	Kwaliteitscoördinator	40 uur á € 40= € 1600,-
3				11. Prioriteren en plannen van afhandelingstrajecten van investeringen, in relatie met de randvoorwaarden vanuit de risicoanalyse en in afstemming met de betrokken gebruiks- en ondersteunende afdelingen			Inkoop	Inkoop	
2 & 3 Gebruiksprotocollen en instructies & Vrijgeven voor gebruik									
1				12. Vaststellen programma van functionele, technische en overige eisen (PvE)			Procedure opstellen door inkoop ± 20 uur + MI overleg inkoop afstemmen	Inkoop, kwaliteitscoördinator en Hoofd van MI	20 uur á € 40= € 800,-
2				24. Opstellen gebruiksprotocol en trainingsplan			Trainingsplan opstellen: - Opleidingsplan ± 8 uur - Inwerkprogramma ± 4 uur (DKS 9.12 Inwerkplan nieuwe medewerkers) - Trainen ± 40 uur	Hoofd MI	52 uur á € 40= € 2080,-
3				30. Trainen gebruikers					
				44. Nascholing en trainen (nieuwe) gebruikers en (nieuwe) medewerkers technisch ondersteunende afdelingen			Procedure nascholing ± 8 uur	Hoofd MI	8 uur á € 40= € 320,-
4					37. Gecertificeerde medewerkers gebruiken vrijgegeven apparatuur/ systemen volgens gebruiksprotocol		Procedure gebruiksprotocol opstellen ± 16 uur	Kwaliteitscoördinator en Hoofd MI	16 uur á € 40= € 640,-
4 Doeltreffend beheer									
1				23. Vaststellen onderhoudsplan en training technisch ondersteunende medewerkers	38. Onderhouden (preventief onderhoud en inspecties, correctief onderhoud, kalibratie, vrijgave)		DKS I Deelprocessen bij 'Preventief onderhoud' DKS II Deelprocessen bij 'Correctief onderhoud' ± 20 uur --> Risicoclassificatie toegevoegen	Kwaliteitscoördinator en Hoofd MI	20 uur á € 40= € 800,-
2				30. Vaststellen kwaliteitsborging (onderhoudsafspraken, service level agreements (SLA's), etc)			Aanpassen SLA's aan VMS ± 160 uur	Inkoop, kwaliteitscoördinator en Hoofd van MI	160 uur á € 40= € 6400,-

Bijlage 21: Schematische weergave processtappen

PI		Meerjaarlijks	Jaarlijks	Aanschaf en implementatie	Gebruiksfase	Beëindiging gebruik	Procedures MI	Uitvoeren procedures	kosten procedures*
5	Periodieke evaluaties								
1			5. Periodiek evalueren van staat, gebruik en beheer van de aanwezige medische apparatuur evalueren		40. Periodiek evalueren van gebruik en onderhoud.		Procedure evalueren MI, divisies en externe op het gebied van: staat, gebruik en beheer ± 80 uur	Kwaliteitscoördinator en Hoofd MI	80 uur á €40= € 3200,-
2					41. Keuren apparaat			Kwaliteitscoördinator	20 uur á €40= € 800,-
3					43. Bijstellen van levensverwachting		Procedure levensverwachting opstellen	Kwaliteitscoördinator	
4						45. Voorbereiden buiten gebruikstelling	DKS III 2.4 Apparatuur gerelateerde processen 'afkeuren geïnventariseerde apparatuur' ± 8 uur	Kwaliteitscoördinator	8 uur á €40= € 320,-
5						46. Buiten gebruikstellen	DKS III 2.8 Apparatuur gerelateerde processen 'Afkeuren van geïnventariseerde apparatuur' ± 8 uur	Kwaliteitscoördinator	8 uur á €40= € 320,-
6						47. Eventueel beschikbaar stellen voor ander gebruik	Procedure risicoclassificatie uitwisseling apparatuur onderling ± 20 uur	Kwaliteitscoördinator en Hoofd MI	20 uur á €40= € 800,-
7						48. Afvoeren (fysiek en administratief)	DKS III Apparatuur gerelateerde processen 'Afkeuren van geïnventariseerde apparatuur' Retourzending ± 8 uur	Kwaliteitscoördinator en Hoofd MI	8 uur á €40= € 320,-
6 & 7	Investeringsbegroting & Aanschaf en introductie								
1			6. Kaderstelling door de instelling met geactualiseerde criteria voor investeringen	13. Vaststellen long list leveranciers			Procedure opgesteld door inkoop ± 16 uur	Inkoop	16 uur á €40= € 640,-
2			7. Voorbereiden en indienen van afdelingsplannen voor activiteiten en investeringen, inclusief vermelding van de exploitatiegevolgen van de investeringen	14. Uitsuren offerteaanvragen met Programma van Eisen naar leveranciers			DKS III Uitbereiding, verbouwing en aanschaf 'Projecten' Meldingstraject projectenCluster 2 specificeren inkoopbehoefte 2.1 Vaststellen PVE 2.2 Opstellen PVE 2.3 Bepalen type offerteaanvraag ± 80 uur	Kwaliteitscoördinator en Hoofd MI	80 uur á €40 = € 3200,-
3			8. Beoordelen en prioriteren van afdelingsplannen voor activiteiten en investeringen	15. Keuzematrix opstellen en beoordelen offertes en leveranciers			Inkoop	Inkoop	
4			9. Vaststellen van jaarbegroting inclusief investeringsbegroting	16. Vaststellen short list leveranciers			Inkoop	Inkoop	
5				17. proefplaatsingen en site-visits			DKS III 2.1 Apparatuur gerelateerde processen 'Zichtzending' ± 8 uur	Kwaliteitscoördinator en Hoofd MI	8 uur á €40= € 320,-
6				18. Bijstellen keuzematrix			Inkoop	Inkoop	
7				19. Onderhandelen			Inkoop	Inkoop	
8				20. Product- en leverancierskeuze, contracteren en bestellen			DKS III 2.2 Apparatuur gerelateerde processen 'Aanschaffen van inventaris apparatuur' ± 8 uur	Inkoop, kwaliteitscoördinator en Hoofd MI	8 uur á €40= € 320,-
9				21. Realiseren overige interne voorzieningen			Procedure omgevingseisen --> Checklist ± 40 uur	Kwaliteitscoördinator en Hoofd MI	40 uur á €40= € 1600,-

Bijlage 21: Schematische weergave processtappen

PI		Meerjaarlijks	Jaarlijks	Aanschaf en implementatie	Gebruiksfas	Beëindiging gebruik	Procedures MI	Uitvoeren procedures	kosten procedures*
10				22. Vaststellen testprotocol (instrumentatietechnisch, veiligheidstechnisch en functioneel)			Ingangscontrole Ultimo. Technische specificaties toevoegen. DKS 910Kalibratie en beheer van meet- en testapparatuur in gebruik bij T&G ± 20 uur	Kwaliteitscoordinator en Hoofd MI	20 uur á €40= € 800,-
11				25. Installeren en testen door leverancier					
12				26. Technische tests door de instelling			DKS IV Veiligheid ± 12 uur	Kwaliteitscoordinator en Hoofd MI	12 uur á €40= € 480,-
13				27. Fysische tests door de instelling			DKS IV Veiligheid ± 12 uur	Kwaliteitscoordinator en Hoofd MI	12 uur á €40= € 480,-
14				28. Klinische tests door de instelling			DKS IV Veiligheid ± 12 uur	Kwaliteitscoordinator en Hoofd MI	12 uur á €40= € 480,-
15				28. Acceptatiemoment van het medische systeem					
16				32. Completeren vermeldingen in diverse technische databestanden					
17				33. Vrijgeven voor gebruik					
18				34. Gereed maken voor gebruik en in gebruik nemen					
19				35. Financieel afhandelen			Inkoop	Inkoop	
				36. Evalueren van aanschaf- en implementatietraject door gecertificeerde medewerkers, inclusief het, zonodig, uitvoeren van patiëntregistratie					
8 Doelmatig beheer									
1				42. Beoordelen van potentiële upgrades			Checklist / procedure levenstermijn --> Rapportage ± 80 uur	Kwaliteitscoordinator en Hoofd MI	80 uur á €40= € 3200,-
9 Relatiebeheer									
1			Klanttevredenheidsonderzoeken				Procedure uitvoeren klanttevredenheidsonderzoeken ±40 uur	Kwaliteitscoordinator	40 uur á €40=€ 1600,-
2				Accountgesprekken			Procedure uitvoeren accountgesprekken ± 40 uur	Kwaliteitscoordinator	40 uur á €40 = € 1600,-

Legenda

- Procedures aanwezig
- Procedures aanpassen
- Procedures niet aanwezig
- Procedure wordt niet door MI opgesteld

* Kosten van 1 man uur € 40,00

Totaal aantal uur: 988
Totale kosten: € 39520,-

Bijlage 22: Processtappen organisatorisch, personeel en financieel

Activiteit	Betreft	Indicator
1	Risicoanalyse	Percentage van het totale aantal apparaten/systemen en in het databestand dat is ingedeeld naar risicoklasse op basis van de gehanteerde risicoanalyse.

	Organisatorisch	Personele	Financieel
Jaarlijks	-	-	-
Aanschaf en implementatie	Uitvoeren risicoanalyse	Voorlichting: doel	Uitvoeren risicoanalyse
	Onderzoek naar risicoclassificatie software systeem	Training / opleiding MI en klant	Aanschaf risicoclassificatie software systeem
Gebruiksfas	Opzetten incidentensysteem (VIM en MIP) + Vaststellen procedure	Instructies melden van (bijna) incidenten	Aanschaf Incidentensysteem + Vastleggen procedure
Beëindiging gebruik	-	-	-

Activiteit	Betreft	Indicator
2	Gebruiksprotocollen en instructies	Percentage van de in het afgelopen jaar voor klinische processen in gebruik genomen apparatuur en software dat formeel voor dat gebruik is vrijgegeven nadat de goede en veilige werking is vastgesteld en na vaststelling dat de gebruikers zijn geïnstrueerd op basis van een vastgesteld gebruiksprotocol.
3	Vrijgeven voor gebruik	

	Organisatorisch	Personele	Financieel
Jaarlijks	-	-	-
Aanschaf en implementatie	Vaststellen programma van functionele, technische en overige eisen (PVE)	Bekend worden met PVE's.	Opstellen PVE (door externe of eigen manuren)
	Opstellen van gebruiksprotocol	Personeel informeren en instrueren gebruiksprotocol	Opstellen gebruiksprotocol
	Trainingsplan opstellen voor medewerkers	Personeel betrekken bij trainingsplan	Trainingsplan opstellen en uitvoeren

Gebruiksfase	Medewerkers certificeren voor omgang apparatuur	-	-
Beëindiging gebruik	-	-	-

Activiteit	Betreft	Indicator
4	Doeltreffend beheer	Percentage per risicoklasse van het totale aantal apparaten/systemen in het databestand waarbij geen sprake is van achterstallig preventief onderhoud.

	Organisatorisch	Personele	Financieel
Jaarlijks	-	-	-
Aanschaf en implementatie	Vaststellen procedures voor beheer	-	Schrijven procedures (externe of eigen manuren)
	Vaststellen onderhoudsplan: - Preventief onderhoud - Opstellen levensverwachting	Training technisch ondersteunende medewerkers	Vaststellen onderhoudsplan + training medewerkers
	Vaststellen kwaliteitsborging (organisatorische en financiële afspraken) SLA`s, procedures	-	Vaststellen kwaliteitsborging
Gebruiksfase	Toetsen controle	Uitvoeren onderhoudsplan	-
Beëindiging gebruik	-	-	-

Activiteit	Betreft	Indicator
5	Periodieke evaluaties	Percentage per risicoklasse van het totale aantal apparaten/systemen en in het databestand waarvan in het afgelopen jaar de technische staat en de functionaliteit in relatie met het klinische proces is beoordeeld.

	Organisatorisch	Personele	Financieel
Jaarlijks	Opstellen vaste cyclus evaluatie apparatuur	Periodiek evalueren staat, gebruik en beheer apparatuur	Evaluatie
Aanschaf en	Opstellen evaluatie	Evalueren aanschaf	Rapportage

implementatie	rapport	en implementatietraject	
Gebruiksfas	Vaststellen standaardprocedure evaluatie	Periodieke evaluatie gebruik en onderhoud	Evaluatie
	-	Keuren apparatuur	Keuring
	-	Bijstellen levensverwachting	-
Beëindiging gebruik	Buiten gebruik stellen	Voorkomen dat afgeschreven apparatuur in gebruik wordt genomen	Controle rondes uitvoeren (Periodiek onderhoud)
	Beschikbaar stellen apparatuur	Personeel instrueren	-
	Veiligheidsaspecten vastleggen apparatuur	Apparatuur afvoeren	Afvoeren apparatuur

Activiteit	Betreft	Indicator
6	Investerings Begroting	Percentage van de in het afgelopen jaar in gebruik genomen medische apparatuur dat is aangeschaft en geïntroduceerd op basis van een vooraf vastgestelde investeringsbegrotingen conform een vastgestelde aanschaf- en introductieprocedure.
7	Aanschaf en introductie	

	Organisatorisch	Personele	Financieel
Jaarlijks	Vaststellen en bijwerken criteria investering apparatuur	Advies Medische Instrumentatie	-
	Vaststellen van investeringsplannen voor afdelingen	-	Opstellen investeringsplannen
	Vaststellen jaarbegroting inclusief investeringsbegroting	-	Opstellen jaar- en investeringsbegroting

Aanschaf en implementatie	Vaststellen long- en short list leveranciers	-	Opstellen long- en short lists
	Offerte aanvragen bij leveranciers	-	
	Beoordelen offertes leverancier	-	Beoordelen offertes
	Onderhandelen leveranciers	-	Onderhandelingskosten
	Proef plaatsen apparatuur	Instructie omgang proef apparatuur	-
	Contracteren leverancier	-	-
	Realisatie overige interne voorzieningen - aanpassen omgeving - procedures	Instrueren medewerkers omgang overige voorzieningen	-
	Vaststellen testprotocol (instrumentatie technisch, veiligheid en functioneel)	Instrueren omgang testprotocol	Vaststellen protocol
	Installatie en testen leverancier	-	Installatiekosten
	Technische, fysische en klinische tests. Ingangstekst Ultimo	Uitvoeren door technische ondersteunende medewerkers	-
Gebruiksfase	Validatie: geldigheidsverklaring voor gebruik	Acceptatie medisch systeem	Aanpassen voor acceptatie
	Financieel afhandelen met leverancier	-	Betalen Medisch Systeem
	Systeem vrijgeven en in gebruik nemen	Werken met systeem	Opleiden medewerkers omgang systeem

Beëindiging gebruik	-	-	-
----------------------------	---	---	---

Activiteit	Betreft	Indicator
8	Doelmatig beheer	Verhouding tussen de jaarlijkse instandhoudingskosten* van de aanwezige medische apparatuur en de totale vervangingswaarde.

	Organisatorisch	Personele	Financieel
Jaarlijks	-	-	-
Aanschaf en implementatie	-	-	-
Gebruiksfas	Beoordelen van potentiële upgrades om levenstermijn apparatuur te kunnen verlengen	-	Upgraden apparatuur
Beëindiging gebruik	-	-	-

*Onder de instandhoudingskosten vallen correctief (incidenteel) en preventief onderhoud.

Activiteit	Betreft	Indicator
9	Relatiebeheer	Wordt een evaluatiesysteem gehanteerd voor beoordeling van de samenwerking tussen Klinische Fysica/Medische Techniek en de andere verantwoordelijke partijen in de instelling?

	Organisatorisch	Personele	Financieel
Jaarlijks	-	-	-
Aanschaf en implementatie	-	-	-
Gebruiksfas	Nascholing en trainen (nieuwe) gebruikers en (nieuwe) medewerkers technisch ondersteunende afdelingen	Nascholing en training medewerkers	Nascholing en training
	Vorbereiden buiten gebruikstelling	Continue evalueren stand van zaken van de apparatuur	Afvoeren en vervangen van apparatuur
Beëindiging gebruik	-	-	-

Op het gebied van relatiebeheer dienen meerjaarlijks acties te worden ondernomen:

Meerjaarlijks	
Stapomschrijving	Doel processtap
Ontwikkelen en vaststellen van het meerjaren instellingsbeleid op basis van de missie van de instelling en de gewenste ontwikkeling van medische functies. Nieuw te formuleren	Aanwezigheid meerjarenplan en aanwezigheid specifieke beleid gericht op niveau verschillende medische functies om een integraal kader te scheppen voor de beleids- en technologische ontwikkelingen op de diverse afdelingen.
Vaststellen van criteria en tijdsafspraken voor meerjaren afdelings- en investeringsplannen en deze verspreiden in de organisatie. Nieuw te formuleren	Organisatiebreed hanteren van duidelijke, meetbare, actuele en uniforme beoordelingscriteria, opgesteld met stakeholders, om betrokkenen gericht te laten werken aan afdelingsplannen en deze beter te kunnen beoordelen volgens vaste maatstaven.
Ontwikkelen en vaststellen van meerjaren afdelingsplannen inclusief meerjaren investeringsplannen. Nieuw te formuleren	Vertalen en invullen van het meerjaren instellingsbeleid op afdelingsniveau en vinden van inhoudelijke en financiële aansluiting (exploitatiegevolgen van investeringen) tussen totale afdelingsplannen en investeringsplannen.
Op gestructureerde wijze afstemmen, beoordelen en bekrachtigen van meerjaren afdelingsplannen, inclusief meerjaren investeringsplannen. Nieuw te formuleren	Verschaffen van zo veel mogelijk gemeenschappelijke duidelijkheid over de in een reeks van jaren voor de afdelingen, in aansluiting bij het ziekenhuisbeleid en de ontwikkelingen in het eigen vakgebied, te realiseren en te financieren ontwikkelingen.

Meerjaren strategie opstellen:

- **Hans Huysen, Hoofd Kwaliteit en Veiligheid**
- **Rob van der Welle, Hoofd Medische Instrumentatie**

Bijlage 23: Raamwerk Conversie tabellen NTA en ISO 9001

Conversie ISO 9001 -> NTA 8009 mei 2009

Titel paragraaf ISO	Nummer	Titel paragraaf NTA	Nummer	Status	Huidige document	DKS ID.
Hoofdstuk 5 Directieverantwoordelijkheid						
Betrokkenheid van de directie	5.1	Eindverantwoordelijkheid, beleid, doelstellingen, implementatie VMS	3.1			
De directie levert het bewijs van betrokkenheid bij ontwikkelen en invoeren van het kwaliteitssysteem en bij continu verbeteren van de doeltreffendheid door: a) het belang van het voldoen aan de eisen van de klant en wettelijke voorschriften kenbaar te maken binnen de organisatie; b) het vaststellen van het kwaliteitsbeleid; c) zorg dragen dat kwaliteitsdoelen zijn vastgesteld; d) het uitvoeren van directiebeoordelingen; e) beschikbaarheid van middelen zeker stellen.		De Raad van Bestuur is eindverantwoordelijk voor het formuleren en uitvoeren van het meerjarig beleid, het veiligheidsplan en de daarbij behorende SMART-geformuleerde doelstellingen op het gebied van patiëntveiligheid en voor het realiseren van de randvoorwaarden (voldoende personele en financiële middelen, training en deskundigheid, beschikbaar stellen van tijd) om dit beleid uit te voeren. De Raad van Bestuur implementeert hiervoor het VMS, dat voldoet aan de eisen van deze NTA en toont				
		Leiderschap	4.1			
		TOELICHTING Het management bewerkstelligt dat, binnen het algehele patiëntveiligheidsbeleid van ziekenhuizen, voor het eigen verantwoordelijkheidsgebied invulling aan dit		nieuw	inspectiekalender	Ultimo
		Het management vertaalt het veiligheidsbeleid en het veiligheidsplan naar het eigen verantwoordelijkheidsgebied, met daarbij behorende SMART-geformuleerde doelstellingen.	4.1.1	nieuw	veiligheidsronde	Ultimo
	Het management implementeert ten behoeve van de uitvoering van het patiëntveiligheidsbeleid, voor het eigen verantwoordelijkheidsgebied, een vertaling van	4.1.2	aanpassen	activiteitenplan i.o.	Ultimo	
			aanpassen	directiebeoordeling	4926	
Voors tel:						

Conversie ISO 9001 -> NTA 8009 mei 2009

Titel paragraaf ISO	Nummer	Titel paragraaf NTA	Nummer	Status	Huidige dekking	DKS ID.
Klantgerichtheid	5.2	Veiligheidscultuur	-			
De leiding heeft bewerkstelligd dat: de eisen van de klant zijn bepaald; dat eraan is voldaan; dat klanttevredenheid wordt verhoogd. (zie 7.2.1 en 8.2.1)		De Raad van Bestuur verspreidt voorbeelden van goede zorg over de afdelingen en stuurt op de uitvoering van het patiëntenveiligheidsbeleid.	3.6		publicatie complimenten, publicatie beleids- en evaluatierapporten	
		Het management creëert voorwaarden voor het ontstaan van een veiligheidscultuur en op aantoonbare wijze de implementatie van het patiëntveiligheidsbeleid voor het eigen verantwoordelijkheidsgebied	4.1.5		klachtenmanagement/ Compliance-management/ Ideeënmanagement	
Voors tel:						

Titel paragraaf ISO	Nummer	Titel paragraaf NTA	Nummer	Status	Huidige dekking	DKS ID.
Kwaliteitsbeleid	5.3	-				
Het directie heeft een kwaliteitsbeleid dat a) is afgestemd op het doel van de organisatie; b) een verbintenis inhoudt te voldoen aan de eisen en de doeltreffendheid van het kwaliteitsmanagementsysteem continu te verbeteren; c) een kader biedt voor het opstellen en beoordelen van kwaliteitsdoelen; d) kenbaar is gemaakt aan en begrepen binnen de organisatie; e) wordt beoordeeld op voortdurende geschiktheid.		Is reeds beschreven bij iso norm 5.5	3.1			
		Integratie patiëntveiligheidsbeleid	3.2			
		De Raad van Bestuur bewerkstelligt dat het patiëntveiligheidsbeleid aansluit bij het meerjarig beleid van het ziekenhuis en de geldende wet- en regelgeving en afspraken binnen de beroepsgroepen. Het patiëntveiligheidsbeleid is geïntegreerd in het medisch en verpleegkundig		aanpassen	vervolg 'Zorg met Passie'	geen
		Toegepast beleid, veiligheidsplan en doelstellingen	4.1.1.	nieuw	registratie wet-ten regelgeving	6072
		Het management vertaalt het veiligheidsbeleid en het veiligheidsplan naar het eigen verantwoordelijkheidsgebied, met daarbij behorende SMART-geformuleerde doelstellingen.		nieuw	is dit dan aantoonbaar in een divisieplan ?	
		Commitment en communicatiebeleid	4.1.2.	aanpassen	activiteitenplan vms-eremmenen,	geen
		Het management implementeert ten behoeve van de uitvoering van het patiëntveiligheidsbeleid, voor het eigen verantwoordelijkheidsgebied, een vertaling van het VMS dat voldoet aan de eisen van deze NTA.		nieuw	welke worden ZH breed opgezet en welke moeten afzonderlijk en verplicht door de afdeling zelf worden	9585
Voors tel:						

Legenda

Nieuw: De procedure die de NTA voorschrijft is nog niet aanwezig in de huidige ISO 9001.

Aanpassen: De procedure is al aanwezig in de ISO 9001 maar dient aangepast te worden zodat deze past bij de procedure zoals de NTA deze voorschrijft.

Bijlage 24: Plan van aanpak

Implementatietraject prestatie-indicatoren 1,2,4 en 6

	Activiteit	2009						2010							
		mei	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec	jan	feb	mrt	apr	mei	Jun
1.	Creëren van draagvlak														
2.	Aanleveren en implementeren software risicoclassificering														
3.	Afsluiten servicecontract met afdeling Inkoop														
4.	Aanpassen documentenbeheersysteem														
5.	Afdeling MI opnemen in VIM-systeem														
6.	Aannemen medewerker MI voor één jaar														
7.	Aannemen tweede kwaliteitscoördinator T&G														
8.	Kwartaalrapportage RVB														
9.	Procedures verdelen binnen A12-groepering														
10.	(her)schrijven procedures														
11.	Opstellen trainingsplan, gebruik- en onderhoudsprotocol														
12.	Trainen medewerkers met softwaresysteem														
13.	Uitvoeren van de risicoclassificatie														
14.	Opstellen van vervolgacties														

Legenda

Leverancier Logic Medical	
Hoofd MI	
Hoofd T&G	
Kwaliteitscoördinator	

Prestatie-indicator 1 Risicoanalyse

		2009								2010				
	Activiteit	mei	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec	jan	feb	mrt	apr	mei
1.	Creëren van draagvlak													
2.	Aanleveren en implementeren software risicoclassificering	 A												
3.	Aannemen medewerker MI voor één jaar	 B												
4.	Trainen medewerkers met softwaresysteem													
5.	Uitvoeren van de risicoclassificatie													

Prestatie-indicator 2 Gebruiksprotocollen en instructies

		2009								2010				
	Activiteit	mei	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec	jan	feb	mrt	apr	mei
1.	Creëren van draagvlak													
2.	Aanpassen documentenbeheersysteem													
3.	Aannemen tweede kwaliteitscoördinator T&G													
4.	Procedures verdelen binnen A12-groepering													
5.	(her)schrijven procedures													
6.	Opstellen trainingsplan, gebruik- en onderhoudsprotocol													

Prestatie-indicator 4 Doeltreffend beheer

[illegible]

Prestatie-indicator 6 Investeringsbegroting

	Activiteit	2009									2010				
		mei	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec	jan	feb	mrt	apr	mei	
1.	Creëren van draagvlak														
2.	Afsluiten servicecontract met afdeling Inkoop														

Legenda

Leverancier Logic Medical	
Hoofd MI	
Hoofd T&G	
Kwaliteitscoördinator	

Motiveren

Om het plan van aanpak succesvol uit te voeren is medewerking vanuit de medewerkers van groot belang. Het motiveren van de medewerkers om tot de verandering over te gaan is noodzakelijk om te voorkomen dat deze als hindernis (figuur 3.4) wordt gezien. Het motiveren kan gedaan worden vanuit het management, via de top-down structuur. Het Hoofd van Kwaliteit en Veiligheid dient het Hoofd van MI continue te informeren door deze op de hoogte te houden van de gesprekken die worden gevoerd met de RvB over de status van realisatie van de prestatie-indicatoren op de afdeling MI. Het Hoofd van MI dient deze en andere informatie omtrent het VMS door te spelen aan de Senioren en hen te motiveren door betrokkenheid. De Senioren motiveren op hun beurt weer de medewerkers van MI. Tevens is horizontale motivatie ook van belang. De medewerkers moeten elkaar ook motiveren bij het uitvoeren van de vernieuwde werkzaamheden.

Motiveren kan middels:

- Het houden van inspraakrondes gedurende werkoverleggen;
- Informeren en inzicht bieden in het aantal incidentmeldingen;
- Leidinggevendens die het juiste voorbeeld geven.

Belonen

Het belonen van de medewerkers van de afdeling MI kan bijdragen aan een snelle invoering van het PVA en de acceptatiekansen van de 4 prestatie-indicatoren vergroten. Er zijn diverse valkuilen te benoemen bij beloningssystemen¹ voor op de afdeling MI:

- Het alleen doen waarvoor je betaald wordt;
- Prestaties zijn moeilijk meetbaar;
- Gebrek aan controle.

De afdeling MI kan bij het overgaan op een beloningssysteem het beste belonen op behaalde prestaties in teamverband. Gedacht kan worden aan teamuitjes, traktaties e.d. Het gehele team dient hierdoor gemotiveerd te zijn en zullen elkaar hierdoor ook onderling kunnen motiveren. De samenwerking en onderlinge sfeer zal hierdoor nog meer versterkt worden. Wel is het belangrijk dat ook de individuele prestaties van de medewerker bijv. tijdens een jaargesprek worden benadrukt, zodat deze ook weet hoe hij/zij zelf presteert.

Continuïteit

Bij de implementatie van de 4 prestatie-indicatoren op de afdeling MI is het creëren van draagvlak en het motiveren van de medewerkers van MI een belangrijk aspect voor het kunnen waarborgen van de continuïteit van de prestatie-indicatoren op de afdeling MI. Het waarborgen van de continuïteit kan door middel van de diverse reeds bestaande en geadviseerde werkoverleggen worden gedaan. Het schema in figuur 9.1 geeft aan welke overlegvormen en rapportages er nodig zijn om de continuïteit te kunnen waarborgen.

De volgende overlegvormen en rapportage zijn nieuw:

- 2x per maand werkoverleg met medewerkers van MI, de kwaliteitscoördinator(en) en het Hoofd van MI.
- 2x per maand bijeenkomen van de kwaliteitscoördinator(en), Hoofd van MI en Hoofd van Kwaliteit en Veiligheid.
- Kwartaalrapportage aan de Raad van Bestuur.

¹ Luis, R, Gómez-Mejía, Balkin, D en Cardy, R.: *Personeelsmanagement*. Amsterdam: Pearson Education Benelux. ISBN: 904300815.

Soorten overlegvormen en rapportages	Frequentie
Senioren overleg met Hoofd van MI	1x per maand
Werkoverleg met medewerkers van MI, de kwaliteitscoördinator(en) en het Hoofd van MI	2x per maand
Kwaliteitscoördinator(en), Hoofd van MI en Hoofd van Kwaliteit en Veiligheid	2x per maand
Werkgroep Kwaliteit Facilitair bedrijf: Hoofd van MI, afdeling Kwaliteit en Veiligheid en Facilitair bedrijf	1x per maand
Uitdraai rapportages Ultimo	1x per week
Rapportage Raad van Bestuur	1x per kwartaal

Figuur 9.1: Waarborgen van de continuïteit op de afdeling MI