

Veiligheidsmanagementsysteem

csg Epione

Datum: januari 2021

Opgesteld door:

5.1.2e

Inhoudsopgave

<u>INLEIDING.....</u>	<u>3</u>
<u>VEILIGHEIDSMANAGEMENTSYSTEEM.....</u>	<u>6</u>
LEIDERSCHAP.....	6
COMMUNICATIE.....	6
MEDEWERKERS.....	6
MANAGEMENT VAN DERDEN.....	7
CLIËNTENPARTICIPATIE.....	7
PROSPECTIEVE RISICO-INVENTARISATIE.....	7
MELDEN EN ANALYSEREN VAN INCIDENTEN EN COMPLICATIES.....	7
BEHEERSMAATREGELEN.....	8
BEHEREN EN BEHEERSEN VAN VERANDERINGEN.....	8
MONITOREN VAN UITKOMSTEN EN RAPPORTAGE.....	8
<u>KWALITEITSHANDBOEK.....</u>	<u>10</u>

Inleiding

In de Wet kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg (wkkgz) is gesteld dat kwaliteit van zorg geborgd hoort te worden door een organisatie die zorg verleent. Voor csg Epione spreekt het voor zich dat de zorg van hoge kwaliteit is, en deze aansluit bij de vigerende normen van het Nederlands Genootschap van Abortusartsen en overige aanpalende specialisaties binnen de ketenzorg van vrouwen die ongewenst zwager zijn.

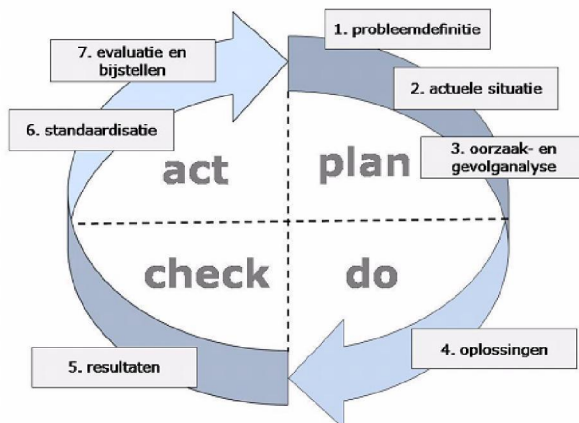
Om de kwaliteit van de geleverde zorg te toetsen en hoogstaand te houden, werkt de organisatie met een veiligheidsmanagementsysteem (VMS).

Binnen csg Epione wordt gewerkt met een veiligheidsmanagementsysteem (VMS) gebaseerd op de NEN-norm 8009. Het heeft als doel het beheersen van risico's om vermijdbare schade aan cliënten en medewerkers te minimaliseren. Het VMS levert een continue bijdrage aan de verbetering van de cliënt-en medewerkersveiligheid door te werken met een PDCA-cyclus (figuur1).

Na het eerste jaar van haar bestaan zal de organisatie elk proces in samenspraak met de medewerkers evalueren en prioriteren.

Mogelijk komt hieruit naar voren dat een proces goed verloopt, er kleine verbeterpunten nodig zijn, of wellicht interne/externe scholing nodig is (voor een/meerdere medewerkers) om de processen te optimaliseren.

Deze cyclus zal zich jaarlijks herhalen.



figuur 1: PDCA-cyclus

Epione werkt met de volgende definities (overgenomen uit de NEN-norm 8009) :

- **calamiteit**

niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van een cliënt of een ernstig schadelijk gevolg voor een cliënt heeft geleid.

[Wkkgz]

- **complicatie**

onbedoelde en ongewenste uitkomst tijdens of volgend op het handelen van een zorgverlener, die voor de gezondheid van de cliënt zodanig nadelig is dat aanpassing van het (be)handelen noodzakelijk is dan wel dat sprake is van onherstelbare schade.

[Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd]

- **incident**

niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg, en heeft geleid, had kunnen leiden of zou kunnen leiden tot schade bij de cliënt (het gaat niet alleen om gebeurtenissen die daadwerkelijk tot schade voor patiënten hebben geleid, maar ook om 'bijna-incidenten').

[Wkkgz]

- **cliënt**

persoon die zorg ontvangt binnen de instelling.

Opmerking bij de term: Op verzoek van de patiënt of als deze daartoe niet in staat is kan de patiënt worden vertegenwoordigd door een naaste of wettelijk vertegenwoordiger.

- **clientveiligheid**

(nagenoeg) ontbreken van (de kans op) aan de cliënt toegebrachte vermijdbare schade door handelen en/of nalaten van medewerkers of door tekortkomingen van het zorgsysteem.

- **instelling**

- rechtspersoon die bedrijfsmatig zorg verleent, een organisatorisch verband van natuurlijke personen die bedrijfsmatig zorg verlenen of doen verlenen, alsmede een natuurlijke persoon die bedrijfsmatig zorg doet verlenen.

[Wkkgz]

- Stichting centrum voor seksuele gezondheid Epione (Epione).

Zorg gericht op zwangerschapsafbrekingen, anticonceptie en overige zorg gericht op behoud dan wel verbeteren van individuele seksuele gezondheid.

- **management**

personen die een leidinggevende functie in de instelling vervullen

- **medewerker**

elke direct dan wel indirect bij de zorgverlening betrokken persoon, ongeacht of deze toegelaten dan wel in dienst van de instelling is.

- **risico**

functie van de kans op een incident en de mogelijke gevolgen daarvan.

- **schade**

nadeel voor de cliënt dat door zijn ernst leidt tot verlenging of verzwaring van de behandeling, tijdelijk of blijvend lichamelijk, psychisch en/of sociaal functieverlies, of tot overlijden (verergering van de toestand van de patiënt door natuurlijk beloop van de ziekte is geen schade).

[5.1.2e en 5.1.2e, 2005]

- **zorgverlener**

natuurlijke persoon die beroepsmatig zorg verleent.

[Wkkgz]

Veiligheidsmanagementsysteem

Leiderschap

De directie is verantwoordelijk voor het VMS en zorgt voor een klimaat waarin medewerkers veilig durven melden, kunnen reflecteren op veilig werken en leren van incidenten. Hierbij is 5.1.2e eindverantwoordelijke voor medisch inhoudelijke processen en 5.1.2e voor financiële en personeelsprocessen.

De directie evalueert periodiek het beleid ten aanzien van de cliënt- en medewerkers veiligheid en rapporteert aan medewerkers en raad van toezicht.

Dit concretiseert zich door deelname van de directie aan het VIM-overleg en kwaliteitsbewaking van het kwaliteitshandboek. Op elk discipline overleg VIM/calamiteiten/complicaties geagendeerd worden, net als eventuele wijzigingen in het kwaliteitshandboek.

Communicatie

Voor overdracht van cliëntgegevens binnen de organisatie van ene naar andere hulpverlener wordt door de directie gezorgd voor een goed functionerend Elektronisch Patiënten Dossier (EPD). Voor overdracht naar het ziekenhuis wordt verwezen naar het handboek waarin deze procedure wordt beschreven.

Er is structureel overleg tussen de directie en de medewerkers. Dit kan in voltallig teamverband of per discipline zijn.

Medewerkers

Medewerkers zijn door de directie op de hoogte gebracht van de procedures rondom het melden van incidenten, complicaties of eventuele calamiteiten. De directie stimuleert het melden hiervan.

Onderdeel van bewaken van de cliëntveiligheid, is het toezien door de directie van de bevoegd- en bekwaamheid van de (zorg)medewerkers. Na periodieke toetsing wordt dit in een persoonlijk portfolio vastgelegd.

Daarnaast zal de directie er voor zorgdragen dat medewerkers opleidingen en trainingen kunnen volgen om de cliëntveiligheid binnen de instelling te kunnen te borgen. Deze gevolgde trainingen worden tevens opgenomen in het persoonlijk portfolio. In voortgangsgesprekken met de medewerker wordt besproken of verdere opleiding noodzakelijk is.

Nieuw (of tijdelijke) medewerkers worden op het inwerkprogramma gewezen in het kwaliteitshandboek en er wordt tijd gereserveerd om dit te kunnen bestuderen.

Op elk discipline overleg worden eventuele incidenten, calamiteiten of VIM-meldingen besproken. Eventuele verbetermaatregelen worden toegelicht en ingangsdatum van de maatregelen worden aangegeven.

Management van derden

De directie zorgt er voor dat bij levering van producten, diensten of middelen van derden, deze voldoen aan de eisen van de instelling. Tevens zorgt de directie voor een dienstverleningsovereenkomst met derden, waarin de veiligheidseisen en bij wie de verantwoordelijkheid van deze eisen ligt, zijn beschreven.

Afspraken over risico's en kansen ten aanzien van de cliëntveiligheid bij overdracht naar het achterwacht ziekenhuis (Amsterdam UMC) zijn vastgelegd in de samenwerkingsovereenkomst.

Cliëntenparticipatie

Binnen de organisatie worden cliënten voldoende geïnformeerd over de eventuele risico's van de zorgverlening. Zij krijgen daarbij informatie hoe deze risico's geminimaliseerd kunnen worden. Concreet betekend dit bijvoorbeeld uitleg over infectierisico en het gebruik van antibiotica in de kliniek of leefregels na een zwangerschapsafbreking.

Er is een laagdrempelige klachten- en geschillenregeling, informatie hierover is te vinden in de wachtkamer en op de website van de instelling. De procedure hieromtrent is vastgelegd in het kwaliteitshandboek.

Indien zich een incident, complicatie of calamiteit voordoet waarbij een cliënt betrokken is, wordt deze onverwijld geïnformeerd. Indien uit onderzoek blijkt dat er sprake is van potentieel vermijdbare schade, erkent de instelling dat en beidt de cliënt verontschuldigen aan. De aard en toedracht van het incident wordt middels een aantekening in het EPD vastgelegd en de daartoe van toepassing zijnde commissie besproken.

Prospectieve risico-inventarisatie

Onder de maatregelen die de cliënt-(en medewerkers) veiligheid continu kunnen verbeteren, vallen oa het op de hoogte blijven van actuele ontwikkelingen binnen het zorggebied. Dit doet de directie door niet alleen literatuur en (inter) nationale ontwikkelingen in het zorgaanbod bij te houden, maar ook bijvoorbeeld door te participeren in de door de beroepsvereniging (NGvA) georganiseerde studiedagen en overleggen. De directie stimuleert medewerkers dit ook te doen en scholingen te kunnen volgen om zorg te kunnen blijven bieden conform de dan geldende richtlijnen.

Bij introductie van nieuwe producten, diensten of middelen wordt een risico-inventarisatie gemaakt (of deze uit evidence based literatuur gehaald).

Voor de implementatie van de nieuwe producten, diensten of middelen, worden medewerkers geïnformeerd en eventueel bijgeschoold. De eventuele risico's en kansen van de nieuwe middelen worden besproken met de medewerkers.

Melden en analyseren van incidenten en complicaties

Binnen de instelling is een Veilig Incident Melden systeem. Medewerkers zijn op de hoogte van de procedure, welke tevens terug te lezen is in het kwaliteitshandboek.

Meldingen worden periodiek geanalyseerd in de zogenoemde VIM-commissie. Deze commissie komt met mogelijke verbetermaatregelen en communiceert deze naar de overige medewerkers.

Complicaties ontstaan door de geleverde zorg worden periodiek geanalyseerd in de complicatieregistratie-commissie. In de overleggen van de betrokken disciplines worden de complicaties en eventuele verbetermaatregelen besproken.

Tijdens overleg met het achterwachtziekenhuis worden deze complicaties en de daaruit voorgekomen verbeteringen besproken en vastgelegd.

Eventuele complicaties ontstaan door sedatie, worden binnen de sedatiecommissie besproken met de achterwacht anesthesist. Vanuit deze commissie kan een advies dan wel verbeterpunt op het gebied van de sedatie voortkomen.

Calamiteiten worden gemeld bij de Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) via de daarvoor geldende procedure. De calamiteiten procedure van de instelling staat beschreven in het kwaliteitshandboek.

Indien noodzakelijk wordt een interne calamiteiten commissie ad hoc samengesteld uit medewerkers die niet betrokken waren bij de calamiteit. Indien dit niet mogelijk is, wordt er een beroep gedaan op een externe calamiteiten commissie, mogelijk in samenwerking met het achterwacht ziekenhuis.

Er is een klachten- en geschillenprocedure voor cliënten. De directie gaat in gesprek met de betrokken cliënt en eventueel betrokken medewerkers. Indien er gezamenlijk niet tot een oplossing gekomen kan worden, kan er beroep gedaan worden op een externe geschillen commissie.

Beheersmaatregelen

Voor het waarborgen van de continuïteit en cliëntveiligheid zijn in het kwaliteitshandboek verschillende procedures opgenomen. Deze worden periodieke geëvalueerd volgens een PDCA-cyclus. Waar nodig worden procedures doormiddel van interne of externe audits beproefd. Eventuele verbeterpunten worden in de procedures opgenomen en de eventuele gevolgen hiervan besproken met de medewerkers.

Het VMS wordt jaarlijks geëvalueerd in het kwaliteitsoverleg met de directie. Hiervan wordt een terugkoppeling aan medewerkers en raad van toezicht gegeven.

Beheren en beheersen van veranderingen

Bij veranderingen van (zorg)processen, gebruik van nieuwe apparatuur, introductie van nieuwe werkwijzen of medische technieken, zal de directie bewerkstelligen dat de cliënt- en medewerkersveiligheid tijdens en na de verandering is gewaarborgd en wordt geëvalueerd.

Monitoren van uitkomsten en rapportage

De directie zorgt jaarlijks voor een evaluatie van het VMS en gaat na of de bevindingen uit de PDCA-cyclus gerealiseerd zijn. De directie kijkt naar het

functioneren van het VMS en zorgt voor naleving van eventuele verbetermaatregelen mbt de cliënt- en medewerkersveiligheid. Een verslag hiervan wordt meegenomen in het jaarverslag van de instelling, welke ook aan de raad van toezicht wordt voorgelegd.

Kwaliteitshandboek

Een belangrijk onderdeel van het VMS van de instelling, is het kwaliteitshandboek. Het handboek draagt bij aan cliënt- dan wel medewerkersveiligheid door onder andere vast te leggen wat de werkwijze van verschillende zorgprocessen zijn binnen de organisatie.

Bij elke beschrijving van een zorgproces zijn de naam van de auteur en de naam van de degene die het document autoriseert, vastgelegd. Tevens is in het document een datum van herziening opgenomen.

Het handboek is in verschillende onderdelen ingedeeld:

- Bedrijfsvoering
- Personeelsbeleid
- Cliëntenzaken
- Dossiervoering
- Kwaliteit en Veiligheid
- Medicatieveiligheid
- Infectiepreventie
- Medische technologie
- Zorgproces

Alle medewerkers worden bij in dienst treden op de hoogte gebracht van het kwaliteitshandboek en hebben dit ter beschikking via het intranet van de instelling. Nieuwe medewerkers krijgen tijdens de inwerkperiode de ruimte om kennis te nemen van de inhoud van het handboek.

De directie stimuleert medewerkers om actief verbeterpunten op de inhoud van het handboek aan te dragen. Samen met een kwaliteitsmedewerker evalueert de directie periodiek de beschreven procedures, verbetert en introduceert eventueel nieuwe procedures in het handboek. Het hanteert voor de evaluatie een hierboven beschreven PDCA-cyclus.

Wijzigingen binnen het handboek worden aan alle medewerkers bekend gemaakt.