

Handboek

Veilige

boek

Handboek Veiligezorg®



Veiligezorg® is een project in het kader van het Arboconvenant Ziekenhuizen.
Het arboconvenant is een initiatief van NVZ (vereniging van ziekenhuizen), ABVA/ABO FNV,
CIV (Publieke Zaak, de Unie Zorg en Welzijn, Nu '71, FHZ) en de ministeries van VWS en SZW.
Het Arboconvenant Ziekenhuizen wordt uitgevoerd door het Sectorfonds Zorg,
dat deel uitmaakt van Sectorfondsen Zorg en Welzijn, Utrecht.

Veiligezorg®

Handboek Veiligezorg[®]

Colofon

Veiligezorg® is een project in het kader van het Arboconvenant Ziekenhuizen. Het arboconvenant is een initiatief van NVZ vereniging van ziekenhuizen, ABVAKABO FNV, CNV Publieke Zaak, de Unie Zorg en Welzijn, Nu '91, FHZ en de ministeries van VWS en SZW. Het Arboconvenant Ziekenhuizen wordt uitgevoerd door het Sectorfonds Zorg, dat deel uitmaakt van Sectorfondsen Zorg en Welzijn, Utrecht.

Uitgever	April 2004
Auteur	Onderzoek- en Adviesbureau DSP-groep i.s.m. Steinmetz Advies en Opleiding
Redactie	Sectorfondsen Zorg en Welzijn Afdeling Communicatie Landelijk Ondersteuningsteam Veiligezorg®
Realisatie	Waldo Creative Concepts, Hoorn www.waldocc.nl
Oplage	500 stuks
Publicatienummer	920.045.47
Meer informatie	Sectorfondsen Zorg en Welzijn Postbus 8203, 3503 RE Utrecht T (030) 298 52 22 F (030) 298 52 00 E info@fondsenzw.nl I www.veiligezorg.nl ; www.ZIR.nl www.fondsenzw.nl ; www.arbozw.nl

Aan de inhoud van deze uitgave kunnen geen rechten worden ontleend. Sectorfondsen Zorg en Welzijn, verenigd in de Stichting Arbeidsmarktbeleid Zorg en Welzijn, zijn niet aansprakelijk voor eventuele drukfouten noch voor het gebruik van de inhoud van de teksten en de daaruit voortvloeiende feiten, omstandigheden en gevolgen. Overname van teksten is alleen toegestaan na schriftelijke toestemming van de uitgever(s).

Voorwoord

Bottum up, oftewel van de werkvloer voor de werkvloer. Dat is de boodschap die in dit handboek Veiligezorg® wordt neergezet. In heldere woorden, praktische schema's en overzichtelijke stappen. Veiligezorg® levert een concrete bijdrage aan plezierig en veilig werken in de zorg.

Dit handboek was niet tot stand gekomen zonder de hulp, steun en inspanning van diverse personen in en buiten de zorgsector. Als die personen zich niet hadden ingespannen, zou u hier een 'kastplank modellenboek' hebben aangetroffen. Niets is echter minder waar. Het is een praktijkboek voor en door de praktijk geschreven. Een boek dat een bijdrage levert aan het terugdringen van de agressie-incidenten in de ziekenhuizen. En daardoor levert dit handboek ook een bijdrage aan het terugdringen van het ziekteverzuim, zoals wij in het Arboconvenant Ziekenhuizen voorstaan. De mooie managementterm Human Resource Management (HRM), krijgt een tastbare invulling en het samenwerken met andere maatschappelijke instellingen als politie, justitie en gemeenten wordt zeker bevorderd. De handvatten en de wegen daartoe worden u als bruikbare tools in dit handboek aangeboden. De projectmatige aanpak van Veiligezorg® staat garant voor een structurele aanpak op basis van een heldere analyse van de bestaande situatie bij u in het ziekenhuis.

Het ziekenhuis waarin u werkt is dynamisch. Ook dit boek heeft een dynamisch karakter, waarbij het woord 'couleur locale' uiteraard zijn weg zal vinden. Ook zullen actuele gegevens u in de toekomst beschikbaar worden gesteld via de website www.veiligezorg.nl, zodat u steeds gebruik kunt maken van de laatste praktijkervaringen uit het werkveld in de Nederlandse ziekenhuizen.

Ik wil hierbij de werkers van het eerste uur van Veiligezorg® danken voor hun enorme inbreng. Mede daardoor ligt dit handboek er. Een handboek dat toekomstige gebruikers een projectmatige aanpak biedt om een structureel veiligheidsbeleid in de ziekenhuizen neer te zetten. Ziekenhuizen waarin een ieder zich fijn en veilig voelt en waar medewerkers zorg kunnen verlenen aan hen die dat behoeven.

Tim de Jong

Voorzitter Arboconvenant Ziekenhuizen

Inhoudsopgave

Colofon

Voorwoord

Algemene inleiding

1. Leeswijzer
2. Achtergrond van Veiligezorg®
3. Een projectmatige aanpak voor en door werknemers
4. Cruciale succesfactor: het creëren van intern en extern draagvlak
5. De verschillende onderdelen van Veiligezorg®
6. Veiligezorg®: coördineren en optimaliseren van bestaande activiteiten
7. Overzicht van activiteiten op centraal en decentraal niveau

Fase I

Organisatorische voorbereiding

- I.1 Demonstratie door de landelijke projectleider Veiligezorg®
 - I.2 Afbakenen van het begrip agressie
 - I.3 Voorbereiden intentieverklaring
 - I.4 Vaststellen risicoafdelingen
 - I.5 Aanstellen projectleider en opzetten projectorganisatie
 - I.6 Organiseren startbijeenkomst en tekenen intentieverklaring
 - I.7 Opstellen communicatieplan
- Checklist: Fase I

Fase II

Probleemanalyse

- II.1 Oriëntatie op de problematiek en het al gevoerde beleid
 - II.2 Interviews met sleutelpersonen
 - II.3 De personeelsenquête
 - II.4 De kleurenmethode
- Checklist: Fase II

Fase III

Beleidsontwikkeling

- III.1 De omvang van Veiligezorg®: het maken van beleidskeuzen
 - III.2 Thema 1: Plan van aanpak
 - III.2.1 Prioriteiten stellen en het formuleren van doelstellingen
 - III.2.2 Maatregelen selecteren
 - III.2.3 Maatregelen concretiseren in een uitvoeringsplan
 - III.2.4 Budget regelen
- Checklist: Plan van aanpak



Thema 2: Normen en handhavingsbeleid.

Repressie en kwaliteitsbeleid: twee aanvullende benaderingen

Stappenplan handhaving en repressie

Stap 1: Vaststellen normen

Stap 2: Opstellen handhavingprotocollen

Stap 3: Geven van voorlichting

Stap 4: Trainen van personeel

Stap 5: Implementatie en evaluatie

Checklist: Vaststellen normen en handhavingsbeleid

III.4

Thema 3: Opvang, begeleiding en nazorg

III.4.1

De handleiding opvang van werknemers

Checklist: Voorbereiding organisatorische besluitvorming opvang

III.5

Thema 4: Registratie en melding: ZIR

Fase IV

Convenant

IV.1

Inventariseren van de diverse bestaande convenanten

IV.2

Op maat maken aan de hand van het modelconvenant

IV.3

Organiseren conferentie ter ondertekening van het convenant

Fase V

Implementatie van het ontwikkelde beleid

Het hoofdstuk over implementatie vormt een supplement, waarmee het handboek later wordt aangevuld.

Fase VI

Verbreiding

Het hoofdstuk over verbreiding vormt een supplement, waarmee het handboek later wordt aangevuld.

Fase VII

Verankering van Veiligezorg®

Het hoofdstuk over verankering vormt een supplement, waarmee het handboek later wordt aangevuld.

Bijlagen

Toolkit

PR-toolkit

1. **Algemene Inleiding**

2.

3.

Fase

4.

Organisatorische voorbereiding

5.

Fase I

6.

Probleemanalyse

7.

Fase II

8.

Beleidsontwikkeling

Fase IV

Convenant

Fase V

Implementatie van het ontwikkelde beleid

Fase VI

Verbreding

Fase VI

Verankering van Veiligheidszorg

Bijlagen

Toolkit / PR-toolkit

Algemene inleiding

Inhoudsopgave

1. Leeswijzer
2. Achtergrond van Veiligezorg®
3. Een projectmatige aanpak voor en door werknemers
4. Cruciale succesfactor: het creëren van intern en extern draagvlak
5. De verschillende onderdelen van Veiligezorg®
6. Veiligezorg®: coördineren en optimaliseren van bestaande activiteiten
7. Overzicht van activiteiten op centraal en decentraal niveau

1. Leeswijzer

Net als Veiligezorg® is ook het handboek een groeimodel. Vandaar dat gekozen is voor een losbladige vorm. Zo kan het eenvoudig aangevuld worden met extra informatie en nieuwe inzichten.

Deze eerste versie van het handboek heeft vooral betrekking op het kerntraject Veiligezorg® tot aan de implementatiefase, respectievelijk:

Fase I	Organisatorische voorbereiding
Fase II	Probleemanalyse
Fase III	Beleidsontwikkeling
Fase IV	Convenant

Met dit traject is ervaring opgedaan in de veertien pilotziekenhuizen die betrokken waren bij de landelijke pilot. Begin 2004 hebben bijna al deze ziekenhuizen, na een goede voorbereiding en analyse van de problematiek, een plan van aanpak vastgesteld, normen en handhavingsprotocollen opgesteld en een convenant afgesloten.

In de loop van 2004 zullen zij vervolgens de gemaakte plannen implementeren. Op grond van de ervaringen die dan opgedaan worden, wordt het handboek aangevuld met een hoofdstuk over implementatie (Fase V).

Het handboek bestaat, naast deze algemene inleiding, uit twee onderdelen:

1. Een **stappenplan**, waarin de verschillende fasen van Veiligezorg® helder beschreven staan.
De fasen, en de stappen daarbinnen, staan in een logische volgorde, maar zijn niet dwingend van aard. In praktijk lopen bepaalde stappen en fasen iets door elkaar heen. Het staat elk ziekenhuis vrij om op bepaalde punten af te wijken van de genoemde volgorde. Het helemaal loslaten van de volgorde wordt echter afgeraden.
2. Een **toolkit**, waarin per fase van het plan Veiligezorg® praktische instrumenten, checklists en nadere achtergrondinformatie is te vinden.
Deze toolkit is te vinden in de bijlage en digitaal op www.veiligezorg.nl.
Alle bijlagen uit de toolkit zijn genummerd. Met een Romeins cijfer is eerst aangegeven in welke fase (I, II, III of IV) de betreffende bijlage gebruikt kan worden. Vervolgens heeft elke bijlage een eigen nummer (b.v. II-4), zodat hij ook eenvoudig terug te vinden is op de website. Daar staan de betreffende instrumenten namelijk ook gerangschikt op nummer en per fase.

Stel prioriteiten

In dit handboek wordt een stappenplan gepresenteerd voor alle mogelijke onderdelen van Veiligezorg®. Het is uiteraard niet de bedoeling dat al deze onderdelen tegelijkertijd uitgevoerd worden. Lees daarom alleen die onderdelen, die binnen uw ziekenhuis prioriteit hebben gekregen. De andere onderdelen kunnen wellicht op de langere termijn aan bod komen, als daar in de organisatie behoefte aan is.

Achtergrond van Veiligezorg®

Veiligezorg® is in de jaren 2000/2001 ontwikkeld door het Westfries Gasthuis in Hoorn. Jan Franx was daar toen projectleider. Hij heeft bij de ontwikkeling en implementatie van het concept een cruciale rol gespeeld. In die periode is nauw samengewerkt met Hans Westrik van de politie Noord-Holland-Noord.

De aanpak leverde in Hoorn zeer goede resultaten op en het project heeft inmiddels enkele prijzen gewonnen, waaronder de Nederlandse prijs ter bevordering van de veiligheid en gezondheid op het werk en de Europese tegenhanger daarvan, de European Good Practices Award in Safety and Health at Work.

Sinds 2002 wordt Veiligezorg® uitgevoerd in het kader van het Arboconvenant Ziekenhuizen, als onderdeel van het thema Psychische Belasting. Doelstellingen van het convenant zijn in dit verband het terugdringen van het ziekteverzuim en de WAO-instroom, het verminderen van de psychosociale belasting van werknemers en het verbeteren van het imago van de ziekenhuisbranche.

Het arboconvenant is een initiatief van ABVAKABO FNV, CNV Publieke Zaak, FHZ, de Unie Zorg en Welzijn, Nu '91, NVZ vereniging van ziekenhuizen en de ministeries van VWS en SZW. Het Arboconvenant Ziekenhuizen wordt uitgevoerd door Sectorfonds Zorg, dat deel uitmaakt van Sectorfondsen Zorg en Welzijn in Utrecht. In de periode 2002/2003 is een landelijk pilot in veertien ziekenhuizen uitgevoerd om het concept Veiligezorg® uit te testen en verder te ontwikkelen. Zo heeft Veiligezorg® zich ontwikkeld van een concept in één ziekenhuis tot een reguliere werkmethode die in steeds meer ziekenhuizen wordt gebruikt.

In 2004 zullen meer dan twintig ziekenhuizen, met ondersteuning van Sectorfonds Zorg, Veiligezorg® implementeren.

Veiligezorg® is niet primair een beveiligingsproject. Het is een arboproject gericht op de veiligheid en gezondheid van werknemers. Omdat de werknemers centraal staan, heeft het project een sterk bottom-upkarakter: uitgangspunt is om aan te sluiten bij de behoeften en wensen van de werknemers.

Dit handboek, ontwikkeld op basis van de ervaringen die zijn opgedaan tijdens de landelijke pilot, is op verzoek van het Sectorfonds Zorg geschreven door onderzoek- en adviesbureau DSP-groep. De DSP-groep fungeerde tijdens de pilot als adviseur, trainer en evaluator. Daarbij is samengewerkt met Carl Steinmetz van Steinmetz Advies en Opleiding. Het handboek had verder niet tot stand kunnen komen zonder de inhoudelijke en strategische inbreng van de landelijke projectleiders en beleidsadviseurs Veiligezorg®, met name Jan Franx, Hans Westrik en Peter Peerdeman.

Actuele informatie via internet

Voor meer informatie over Sectorfondsen Zorg en Welzijn verwijzen we naar de website www.fondsenzw.nl. Actuele informatie over Veiligezorg® is te vinden op de website www.veiligezorg.nl. Voor meer informatie over het Ziekenhuis Incident Registratiesysteem (ZIR), kunt u terecht op www.zir.nl

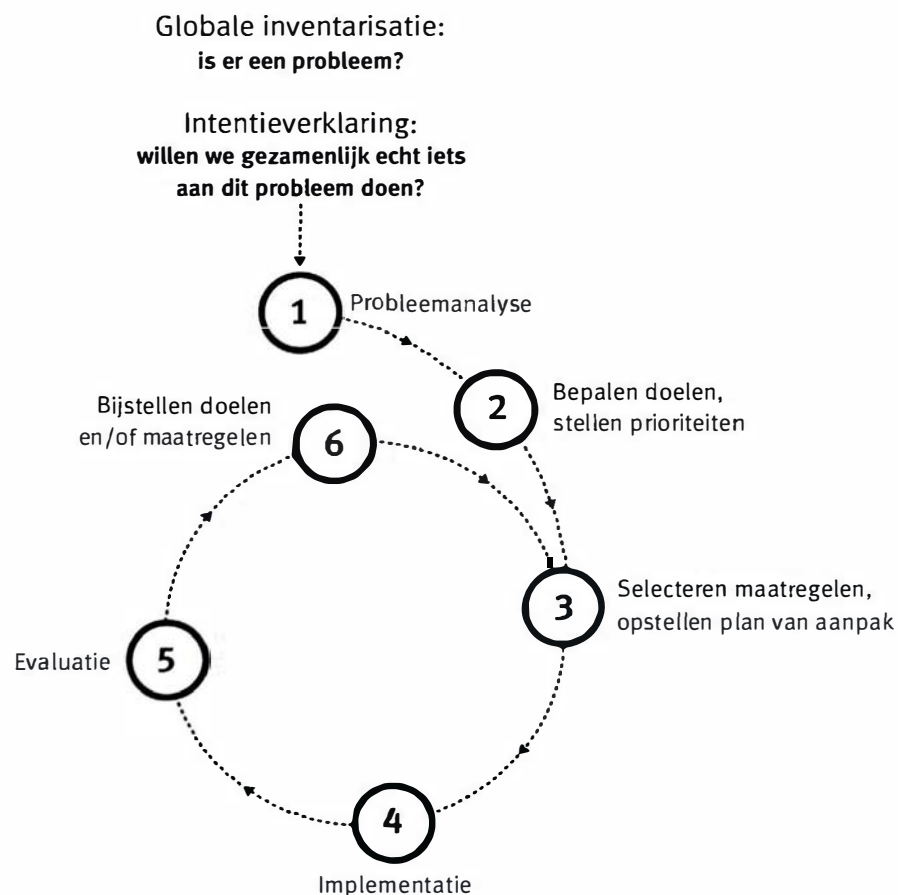
3. Een projectmatige aanpak voor en door werknemers

Bij Veiligezorg® wordt een projectmatige aanpak gehanteerd.
Het project kent een vaste doorgaande beleidscyclus.

Vaak wordt beleid door managers van bovenaf gemaakt. Bij Veiligezorg® lopen de lijnen precies andersom. Omdat bij Veiligezorg® de behoeften van de werknemers centraal staan heeft het project een bottum-upkarakter. Werknemers worden intensief betrokken bij het analyseren van de problemen binnen hun afdeling, het aangeven van prioriteiten, het bedenken van passende maatregelen en het vaststellen van gedragsregels en normen. Dit betekent echter niet dat het management geen rol van betekenis speelt. Commitment van lijnmanagers, de directie en de raad van bestuur is essentieel voor het welslagen van Veiligezorg®. Ook een breed draagvlak onder de medische staf moet niet worden vergeten.

Schema 1

Beleidscyclus



Cruciale succesfactor: het creëren van intern en extern draagvlak

Veiligezorg® staat of valt met voldoende draagvlak, zowel intern in het ziekenhuis als extern richting de ketenpartners.

Om intern draagvlak te krijgen moet ervoor worden gezorgd dat het project op de werkvloer gaat leven. Op die manier kunnen de kennis, houding en het gedrag van de medewerkers beïnvloed worden. Het management moet randvoorwaarden scheppen en het project steunen door er tijd, middelen en zo nodig geld voor beschikbaar te stellen. De houding en het commitment van de leiding hebben ook een uitstralende werking naar het overige personeel. Daarom is het cruciaal dat het project intern zowel op de werkvloer als bij het management voldoende draagvlak heeft.

Ook extern moet draagvlak worden gecreëerd, in het bijzonder bij de politie, het O.M. en de gemeente. Veiligezorg® is een publiekprivaat samenwerkingsproject, waarbij een ketenaanpak centraal staat. Dit betekent dat de aanpak het traject bestrijkt vanaf het moment dat de agressie ontstaat tot en met de strafrechtelijke en civielrechtelijke afwikkeling van het incident.

Het opzetten van een gedegen projectorganisatie, waarbij alle belangrijke doelgroepen vertegenwoordigd zijn, is een belangrijk middel om voor draagvlak te zorgen en dit ook te blijven voeden. De leden van de ingestelde projectgroep en werkgroepen kunnen door de projectleider gestimuleerd worden om regelmatig met collega's over Veiligezorg® te praten en zo 'ambassadeur' van het project te worden.

Om draagvlak te creëren is veel communiceren, lobbyen en netwerken vereist. De projectleider, die aangesteld wordt en het 'gezicht' is van Veiligezorg®, moet dan ook nadrukkelijk over strategisch inzicht en grote communicatieve vaardigheden beschikken. Uit de landelijke pilot bleek dat projectleiders die goede netwerkers waren en die in staat waren mensen te stimuleren om mee te werken en in werkgroepen plaats te nemen, in korte tijd meer resultaten boekten dan projectleiders met minder communicatieve vaardigheden.

Omdat structurele communicatie en voorlichting gedurende de hele looptijd van het project essentieel is, verdient het daarnaast aanbeveling om al vroeg in het traject een gedegen communicatieplan te maken.

Het is nuttig om in het communicatieplan externe en interne voorlichting te onderscheiden. Interne voorlichting kan nog worden onderverdeeld in ziekenhuisbrede voorlichting en voorlichting aan specifieke interne doelgroepen, zoals werknemers van risicoafdelingen, artsen en het management (midden- en hogerkader).

Zo wordt ervoor gewaakt dat geen enkele doelgroep vergeten wordt en het project binnen alle geledingen gaat leven.

Ter ondersteuning van de voorlichtingsactiviteiten en ter vergroting van de herkenbaarheid is een landelijk uniform logo ontworpen voor Veiligezorg®.



5. De verschillende onderdelen van Veiligezorg®

Veiligezorg® is primair een arboproject. De Arbowet vormt dus het wettelijke kader waarbinnen de activiteiten plaatsvinden.

De Arbowet verplicht organisaties beleid te maken gericht op agressie en geweld tegen werknemers. Dit beleid moet in ieder geval aandacht besteden aan:

- het nader analyseren van en het stellen van prioriteiten aan de agressieproblematiek. Agressie is een van de thema's in de risico-inventarisatie en evaluatie (RI&E);
- het opstellen van een plan van aanpak voor de korte en (middel)lange termijn, dat opgenomen moet worden in het arbojaarplan. De RI&E vormt hier de basis voor. De arbeidsinspectie kan periodiek controleren of een dergelijk plan is gemaakt en of de voorgenomen maatregelen inderdaad uitgevoerd worden;
- het voorlichten van het personeel over de bestaande risico's en over het gevoerde agressiebeleid;
- het registreren van agressie-incidenten;
- het opvangen van werknemers die slachtoffer zijn geworden van agressie en/of geweld op de werkplek;
- het bespreekbaar maken van agressie-incidenten.

Veiligezorg® sluit goed aan bij deze arboverplichtingen en heeft speciale instrumenten ontwikkeld die in dit kader gebruikt kunnen worden (zoals analyse-instrumenten en een registratiesysteem). Daarnaast voegt Veiligezorg® een belangrijk onderdeel toe aan de genoemde wettelijke verplichtingen: een normen- en waardentraject.

Veiligezorg® kent verschillende onderdelen, die elk op hun beurt de beleidscyclus doorlopen.

Onderdelen Veiligezorg®

1. Plan van aanpak veiligheid in de zorginstelling
2. Normen en waarden
3. Opvang, begeleiding en nazorg
4. Melding en registratie met behulp van het Ziekenhuis Incident Registratiesysteem (ZIR)

Uit de landelijke pilot bleek dat het verstandig is om niet al deze onderdelen tegelijk te starten, maar het project geleidelijk te laten groeien. Het advies is om klein te beginnen met de 'kern' van Veilige zorg®. Nadat deze kern is geïmplementeerd, kan het project stap voor stap verder verbreed worden.

Uitgangspunten van dit groeimodel zijn:

- I. *Breng eerst de veiligheid in het ziekenhuis zelf op orde alvorens naar buiten te treden.*

Externe veiligheidspartner zullen alleen bereid zijn echt een bijdrage te leveren aan het verbeteren van de veiligheid in en rondom het ziekenhuis, als het ziekenhuis zelf de problemen voldoende aandacht en prioriteit geeft.

- II. *Begin op een beperkt aantal risicoafdelingen.*

De landelijke pilot heeft aangetoond dat het verstandig is om in maximaal twee risicoafdelingen te starten met het project en in een vestiging/locatie tegelijk. Als het project daar goed loopt, kan de aanpak worden verbreed naar een andere afdelingen en ten slotte naar het hele ziekenhuis.

- III. *Sluit aan bij bestaande activiteiten.*

Veilige zorg® moet geen los, op zichzelfstaand project zijn. Het moet aanhaken bij al bestaande verwante activiteiten binnen het ziekenhuis, zodat het zo snel mogelijk geïntegreerd wordt in reguliere werkwijzen en planningscycli.

Overzicht verschillende fasen Veiligezorg®

Kern van Veiligezorg®

Fase I: Organisatorische voorbereiding

1. Demonstratie door de landelijke projectleider Veiligezorg®
2. Afbakenen van het begrip agressie
3. Voorbereiden intentieverklaring
4. Vaststellen risicoafdelingen
5. Aanstellen projectleider en opzetten projectorganisatie
6. Organiseren startbijeenkomst en tekenen intentieverklaring
7. Opstellen communicatieplan

Fase II: Probleemanalyse

1. Oriëntatie op de problematiek en het al gevoerde beleid
2. Interviews met sleutelpersonen
3. Personeelsenquête
4. Kleurenmethode

Fase III: Beleidsontwikkeling

- Thema 1. Plan van aanpak
- Thema 2. Normen en handhavingsbeleid
- Thema 3. Opvang, begeleiding en nazorg
- Thema 4. Registratie en melding: ZIR



Fase IV: Convenant



Fase V: Implementatie en evaluatie van het ontwikkelde beleid

Extra modules (groeimodel)



Fase VI: Verbreding van het project: van enkele risicoafdelingen naar meerdere afdelingen en/of het hele ziekenhuis. Van veiligheid in het ziekenhuis naar veiligheid rondom het ziekenhuis



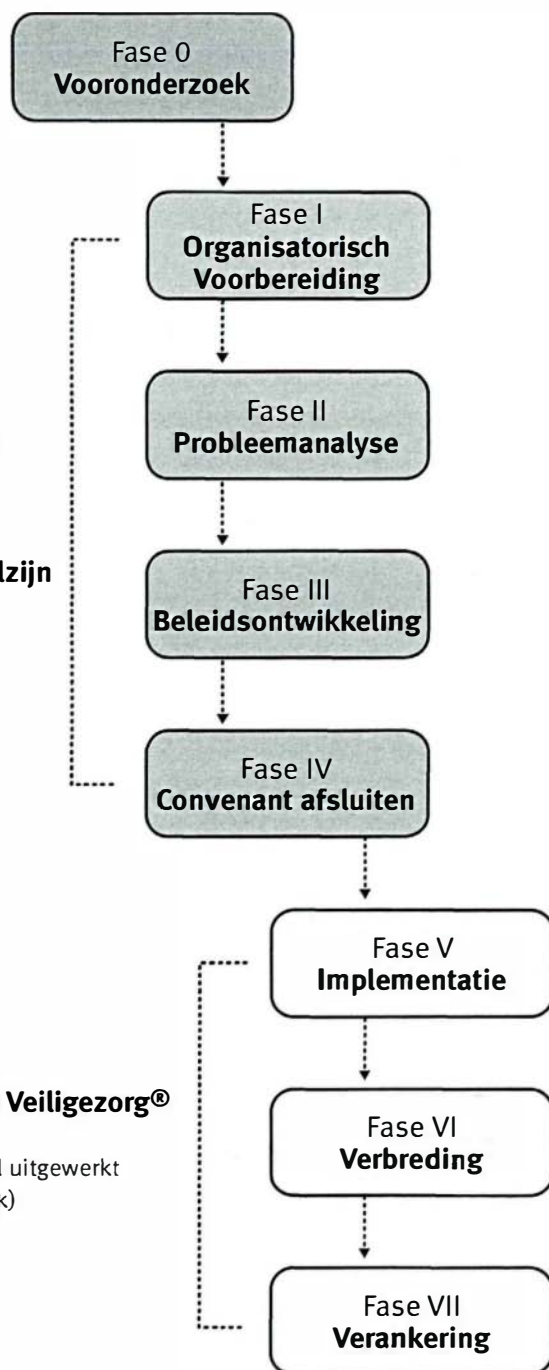
Fase VII: Verankering: van project naar structuur

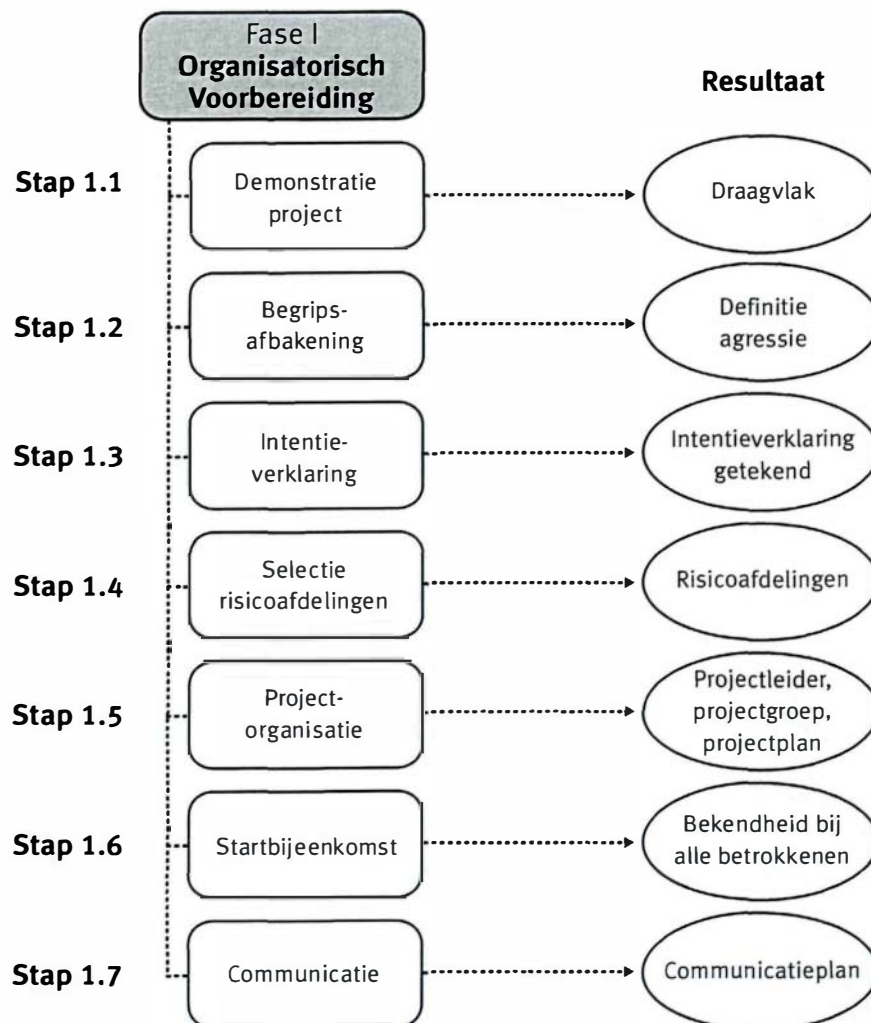
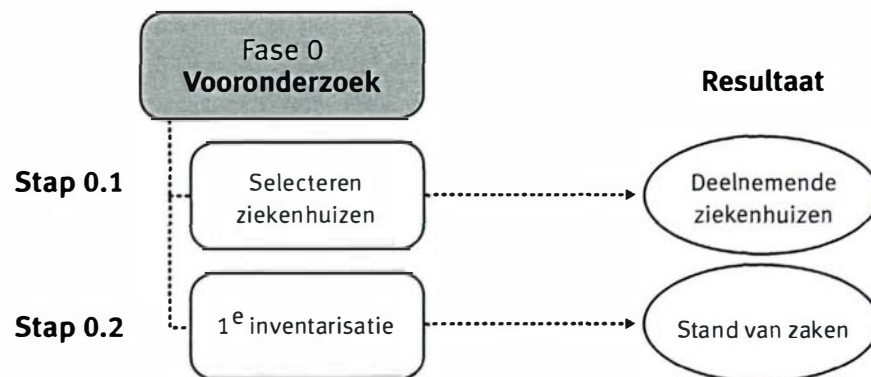
Fasen Veiligezorg®

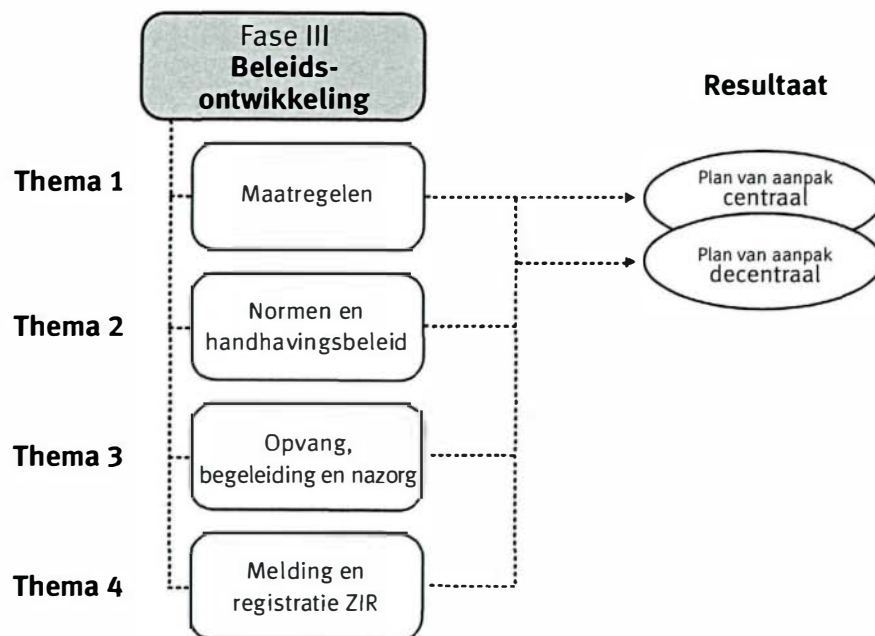
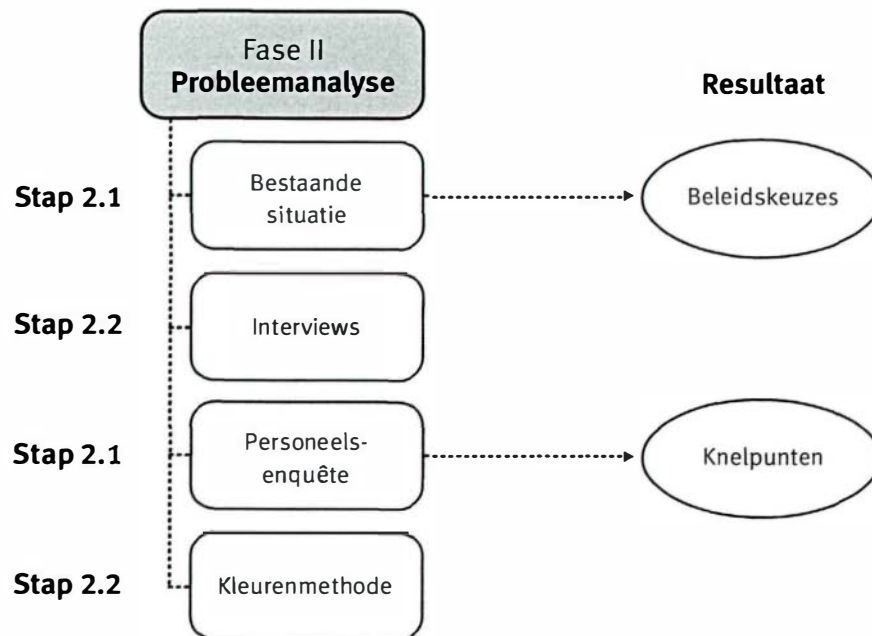
Projectleider Veiligezorg®
Sectorfondsen Zorg en Welzijn

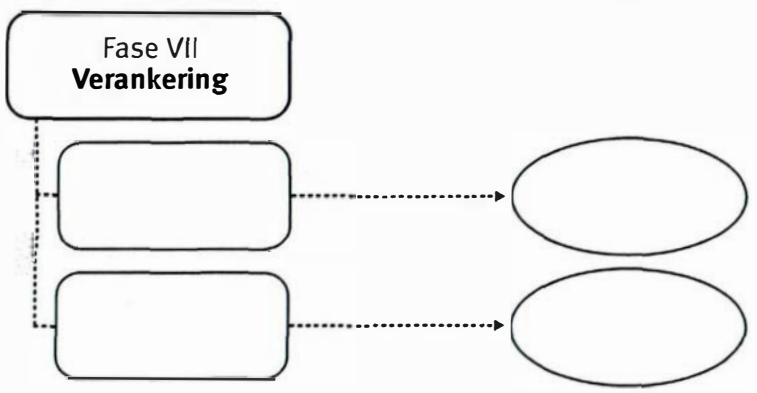
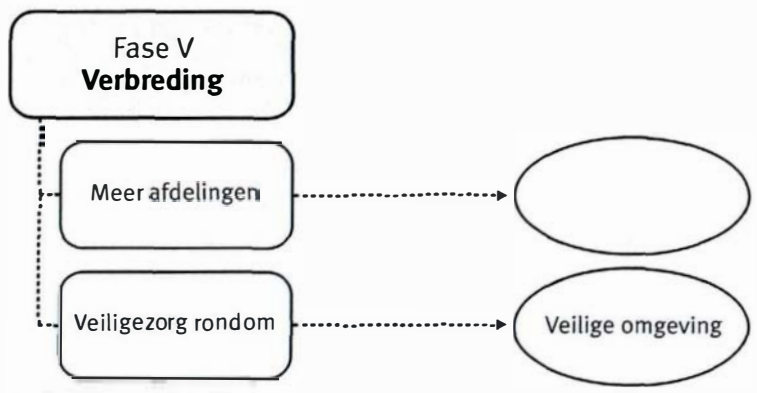
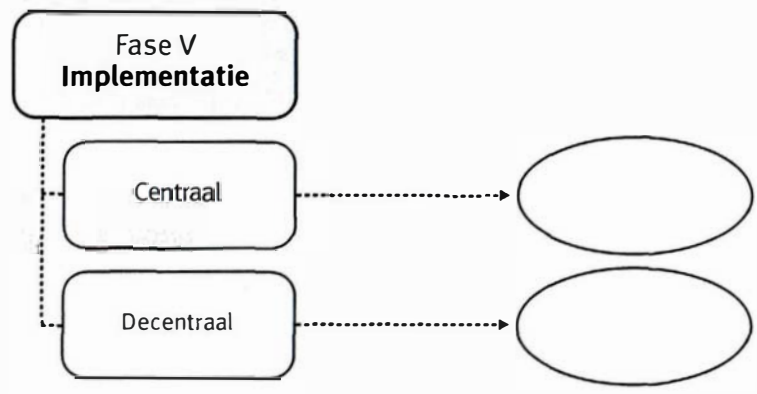
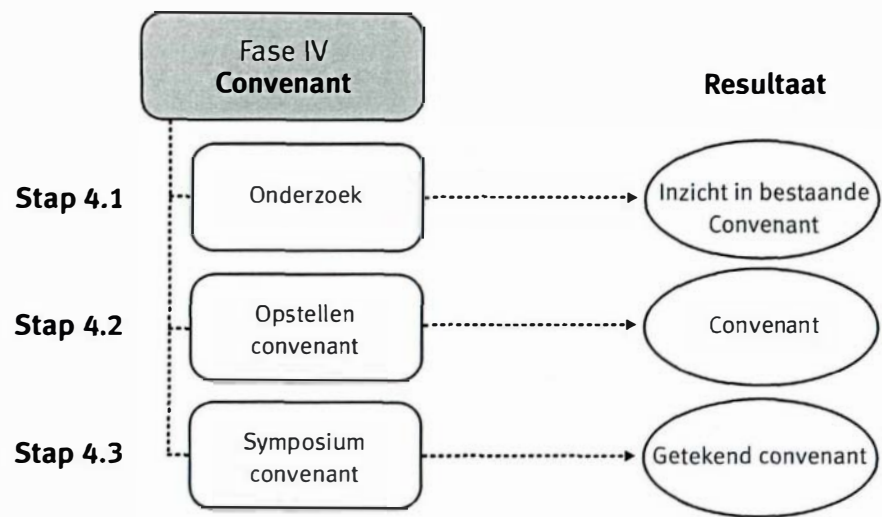
Projectleider Veiligezorg®
Ziekenhuis
+
Projectleider Veiligezorg®
Sectorfondsen Zorg en Welzijn

Projectleider Veiligezorg®
Ziekenhuis
(nog niet geheel uitgewerkt
in het Handboek)





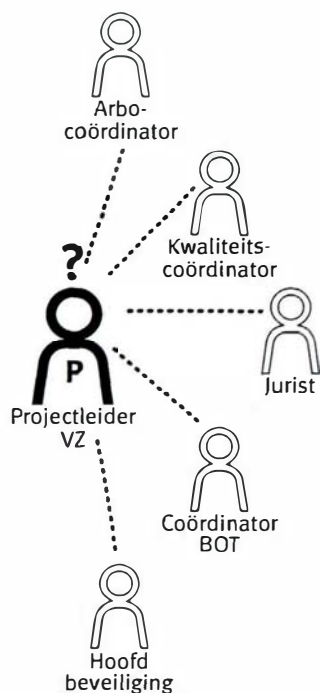




Veiligezorg®: coördineren en optimaliseren van bestaande activiteiten

Elk ziekenhuis besteedt wel enige aandacht aan de veiligheid van werknemers, bezoekers en patiënten. Meestal is deze aandacht verbrokkeld en verdeeld over een veelheid van (staf)functionarissen, die zich niet altijd bewust zijn van de raakvlakken in hun werk.

Zo kunnen diverse functionarissen vanuit hun eigen discipline aandacht besteden aan bepaalde deelaspecten van de veiligheid van werknemers:



- De arbocoördinator houdt zich bezig met een RI&E met betrekking tot arbozaken in het algemeen en ziekteverzuim in het bijzonder. Het analyseren van de agressieproblematiek kan een onderdeel zijn.
- Het hoofd Facilitaire Dienst en/of het hoofd Beveiliging is, samen met beveiligingsfunctionarissen, bezig met het bewaken van de veiligheid van zowel personen, goederen als het gebouw en het omringende terrein.
- Mensen van het bedrijfsmaatschappelijk werk (BMW-ers) en leden van het BOT-team, het bedrijfsopvangteam, zijn betrokken bij de opvang van werknemers na schokkende gebeurtenissen.
- De werkgroep Seksuele intimidatie en de vertrouwenspersoon zijn bezig met de aanpak van agressie met een seksueel karakter.
- De coördinator Kwaliteitsbeleid werkt aan het verbeteren van de kwaliteit van de dienstverlening, waardoor het ontstaan van agressie kan verminderen.
- Er kunnen gedragscodes opgesteld zijn, die deels betrekking hebben op agressief gedrag.
- Er kunnen cursussen omgaan met agressie georganiseerd worden.
- Er kunnen convenanten zijn opgesteld, waar agressie meer of minder expliciet als thema in genoemd wordt.

Veiligezorg® zorgt voor een overkoepelend kader waarbinnen deze activiteiten in samenhang bekeken en uitgevoerd kunnen worden. De projectleider Veiligezorg® fungeert als een spin in het web en probeert de diverse activiteiten op elkaar af te stemmen.

Bovendien biedt Veiligezorg® een heldere methode om stap voor stap de veiligheid van werknemers, bezoekers en patiënten te optimaliseren.



Praktijktip

Het Medisch Centrum Alkmaar (MCA) werkt niet alleen met een centrale projectgroep, maar ook met een klankbordgroep, bestaande uit de arbocoördinator, andere relevante stafmedewerkers, hoofden van de risicoafdelingen en de politie. Doel van deze groep is o.a. om Veiligezorg® goed af te stemmen met wat er al is en met wat anderen al doen.

7. **Overzicht van activiteiten op centraal en decentraal niveau**

Het personeel op de werkvloer wordt sterk betrokken bij Veiligezorg®.

Omdat het kerntraject zich beperkt tot maximaal twee risicoafdelingen, worden de decentrale activiteiten gericht op deze risicoafdelingen. Per risicoafdeling moeten bij voorkeur enkele werknemers een voortrekkersrol spelen. Deze werknemers kunnen samen een werkgroep vormen, die vooral actief is gedurende de probleemanalysefase. Tijdens andere fasen kunnen deze voortrekkers ingezet worden als interne ambassadeurs van het project. Zij houden Veiligezorg® levend op de werkvloer.

Naast deze decentrale activiteiten zijn ook overkoepelende, ziekenhuisbrede activiteiten gewenst. Deze centrale activiteiten worden gecoördineerd door de projectleider en de door hem of haar in te stellen centrale projectgroep. Afhankelijk van de fase waarin het project verkeert en de activiteiten die op de agenda staan, kunnen verschillende interne en externe sleutelpersonen gevraagd worden (tijdelijk) zitting te nemen in de centrale projectgroep.

Schema 3 geeft een overzicht van de activiteiten van Veiligezorg® op centraal, respectievelijk decentraal niveau. Tussen haakjes staan de interne of externe instanties die betrokken kunnen worden bij de diverse activiteiten op centraal niveau.

Schema 3

Activiteiten Veiligezorg® op centraal en decentraal niveau

Decentraal (afdelingsniveau)		Centraal
• Voorlichting aan risicoafdelingen	→	Voorlichting ziekenhuisbreed (afdeling PR en Communicatie, OR, VAR, PAR)
• Probleemanalyse per risicoafdeling	→	Probleemanalyse ziekenhuisbreed afdeling Beveiliging, politie en gemeente (monitor)
• Selecteren van en stellen van prioriteiten aan maatregelen per afdeling	→	Afdelingsoverstijgende maatregelen (afdeling Beveiliging en politie)
• Plan van aanpak per afdeling	→	Ziekenhuisbreed plan van aanpak (afdeling Beveiliging en politie)
• Normen en waardendiscussie	→	Ziekenhuisbrede gedragscode (stafafdeling/werkgroep Gedragscode, kwaliteitscoördinator) Handhavingprotocollen (politie, OM)
• Collegiale opvang in werkoverleg	→	BOT-team / collegiale opvang (BMW, P&O)
• Bewaken meldingsdiscipline	→	ZIR (hoofd Beveiliging/Facilitaire Dienst) Convenant (juridische afdeling, externe samenwerkingspartners) Veiligheid rondom de instelling (hoofd Beveiliging, renovatie- of nieuwbouw- team, Technische Dienst)

Verklaring afkortingen:

PAR = patiëntenadviesraad, VAR = verpleegkundigenadviesraad, OR = ondernemingsraad,

OM = Openbaar Ministerie, P&O = personeel en organisatie en BMW = bedrijfsmaatschappelijk werk

I.1	Algemene Inleiding
I.2	
I.3	Fase I
I.4	Organisatorische voorbereiding
I.5	
I.6	Fase II
	Probleemanalyse
I.7	
Checklist	Fase III
	Beleidsontwikkeling
	Fase IV
	Convenant
	Fase V
	Implementatie van het ontwikkelde beleid
	Fase VI
	Verbreiding
	Fase VII
	Verankering van Veiligezorg®
	Bijlagen
	Toolkit / PR-toolkit

Organisatorische voorbereiding

- I.1 Demonstratie door de landelijke projectleider Veilige zorg®
- I.2 Afbakenen van het begrip agressie
- I.3 Voorbereiden intentieverklaring
- I.4 Vaststellen risicoafdelingen
- I.5 Aanstellen projectleider en opzetten projectorganisatie
- I.6 Organiseren startbijeenkomst en tekenen intentieverklaring
- I.7 Opstellen communicatieplan

Checklist: Fase I

Instrumenten Fase I zijn te vinden onder Bijlagen: toolkit en PR-toolkit

Demonstratie door de landelijke projectleider Veiligezorg®

Aan het begin van het traject is het van belang om relevante sleutelpersonen goed te informeren over Veiligezorg®. Het Landelijk Ondersteuningspunt Veiligezorg® kan hierbij ondersteuning bieden door middel van een demonstratiebijeenkomst.

Deze demonstratiebijeenkomst kent de volgende doelen:

- voorlichting geven over Veiligezorg®,
- de voorwaarden specificeren die verbonden zijn aan deelname, draagvlak peilen en creëren,
- globale probleeminventarisatie maken,
- de vragen van de aanwezigen beantwoorden.

Voor de inhoud van de demonstratie verwijzen wij naar de powerpointpresentatie, die te vinden is in bijlage I-1 en op de website www.veiligezorg.nl.

U kunt de afdeling ICT vragen om deze presentatie van de website te downloaden en op een cd-rom te branden, zodat u dit materiaal kunt gebruiken tijdens voorlichtingsbijeenkomsten.

Als u kiest voor een demonstratiebijeenkomst zijn in het ideale geval de volgende partijen aanwezig:

- leden van de directie en/of het MT,
- arbocoördinator,
- hoofd Personeelszaken,
- veiligheidsfunctionaris,
- zorgmanager,
- hoofden en vertegenwoordigers van (notoire) risicoafdelingen, zoals SEH, de balie receptie/telefonie in de centrale hal, weekend-/avond-/nachtdienst, afdeling neurologie/psychologie, kinderafdeling en de afdeling Psychiatrie,
- vertegenwoordigers van de medische staf,
- vertegenwoordigers van de afdeling Communicatie,
- vertegenwoordigers van de patiëntenvereniging,
- andere geïnteresseerden uit het ziekenhuis, zoals b.v. bedrijfsmaatschappelijk werkers en OR-leden,
- vertegenwoordigers van de politie,
- vertegenwoordigers van het OM,
- vertegenwoordiger van de gemeente,
- eventueel andere externe geïnteresseerden, zoals b.v. vertegenwoordigers van het Regionale Platform Criminaliteitsbeheersing.

De demonstratie kan ook bestaan uit twee bezoeken. Er wordt dan eerst voorlichting gegeven aan de directie en het MT en bij het tweede bezoek aan andere geledingen van de organisatie en externe samenwerkingspartners.

Het betrekken van zoveel mogelijk van de bovengenoemde mensen in het beginstadium van het project is van groot belang, gezien twee belangrijke kenmerken van het project:

- Het project heeft een **bottum-upkarakter**. Vanaf het allereerste begin is een breed **draagvlak** binnen alle (relevante) geledingen in het ziekenhuis van het grootste belang voor het slagen van het project.
- Het project is een vorm van **publiekprivate samenwerking**, waarbij de interne betrokkenen van het ziekenhuis nauw samenwerken met externe partners als de politie, het OM en de gemeente.

1.2 Afbakenen van het begrip agressie

Veiligezorg® onderscheidt in principe drie soorten agressie:

1. verbale agressie,
2. serieuze bedreiging,
3. fysiek geweld.

De Arbowet hanteert een brede definitie van agressie (zie bijlage I-2 voor een toelichting op de definitie uit de Arbowet).

Het is van belang om in het begin van Veiligezorg® goed af te spreken wat onder het begrip agressie valt. Het wordt daarna helder gecommuniceerd naar alle betrokkenen, zodat hier geen misverstanden over kunnen ontstaan.

Ter illustratie

De veertien ziekenhuizen in de landelijke pilot hebben de volgende delicten meegenomen in Veiligezorg®.

Tabel 1.1 Type agressie waar Veiligezorg® zich op richtte binnen de pilotziekenhuizen

Type agressie	Aantal ziekenhuizen (N=14)
Agressie tegen de eigen werknemers	14
Agressie tegen patiënten	12
Agressie tegen bezoekers	11
Agressie tegen ingehuurde externen	8
Diefstal	9
Inbraak	9
Vernieling	6
Anders, namelijk verdacht gedrag	1

Voorbereiden intentieverklaring

Deelname aan Veiligezorg® is voor een ziekenhuis geen vrijblijvende zaak.

Aan participatie zijn de volgende verplichtingen verbonden:

- De methodiek en instrumenten die ontwikkeld zijn in het kader van Veiligezorg® worden door het ziekenhuis toegepast.
- Het ziekenhuis voert regelmatig overleg met de ondernemingsraad over Veiligezorg®.
- Het ziekenhuis levert relevante documenten en registratiegegevens aan voor de nulmeting.
- Het ziekenhuis stelt een projectleider aan, die minimaal acht uur per week aan het project kan besteden. Voorwaarde is wel dat de projectleider in dat geval ondersteund wordt door een stagiair(e) of projectassistent. Uit de landelijke pilot bleek namelijk dat anders acht uur per week over het algemeen te weinig is. Als een projectleider niet kan beschikken over een stagiair(e) of projectassistent wordt geadviseerd hem of haar gemiddeld twaalf tot zestien uur per week vrij te maken voor Veiligezorg®.
- Het ziekenhuis moet mensen vrij maken van de risicoafdelingen voor het uitvoeren van de probleemanalyse.
- Het ziekenhuis zorgt dat de projectleider en/of diens plaatsvervanger aan alle relevante trainingen en terugkomdagen kan deelnemen, die door het Sectorfonds Zorg verzorgd worden.
- Het ziekenhuis moet bereid zijn de opgedane ervaringen en kennis te delen met de sector.

Deelname aan Veiligezorg® houdt ook in dat het ziekenhuis recht heeft op de volgende vormen van ondersteuning:

- diverse scholingsdagen voor de projectleider en/of diens vervanger;
- ondersteuning op maat door de beleidsadviseurs Veiligezorg® van het Landelijk Ondersteuningspunt Veiligezorg® (zie bijlage I-3 van de toolkit voor een overzicht van de medewerkers die verbonden zijn aan dit landelijk ondersteuningspunt).

Deze rechten en verplichtingen staan vermeld in de intentieverklaring die opgesteld is door Sectorfonds Zorg en opgenomen is in bijlage I-4 van de toolkit.

De intentieverklaring moet ondertekend worden door de drie direct betrokken partijen: een lid van de directie of raad van bestuur van het ziekenhuis, een vertegenwoordiger van de politie en de landelijke projectleider Veiligezorg® namens de projectorganisatie Arboconvenant Ziekenhuizen van het Sectorfonds Zorg. Deze ondertekening kan op een feestelijke wijze plaatsvinden tijdens een startbijeenkomst, die voor het hele ziekenhuis georganiseerd wordt (zie I.6).

De standaardintentieverklaring kan overigens aangevuld worden met extra teksten speciaal gemaakt voor het ziekenhuis. Van de in de standaardverklaring genoemde verplichtingen kan echter niets geschrapt worden, aangezien dit basiseisen zijn. Een enkel ziekenhuis heeft een breder opgezette intentieverklaring opgesteld, die mede ondertekend is door de gemeente (de burgemeester of de ambtenaar integrale veiligheid) en het Openbaar Ministerie.

Bepaal zo snel mogelijk welke afdelingen aangewezen worden als risicoafdelingen. Voor het project betekent het dat de problemen op deze afdelingen als eerste aangepakt worden. De andere afdelingen worden vooralsnog niet actief betrokken bij de aanpak, maar zullen in een later stadium eventueel aan bod komen (groei-model).

In feite betekent dit dat de aan te wijzen risicoafdelingen de hoogste prioriteit krijgen van alle onderdelen van de organisatie. Door deze prioriteitsstelling en afbakening blijft het project beperkt van opzet en daardoor werkbaar. Een valkuil is namelijk dat organisaties proberen alle veiligheidsproblemen binnen het hele ziekenhuis tegelijk aan te pakken en daarmee teveel hooi op hun vork nemen. In Veiligezorg® wordt dit voorkomen door maximaal twee afdelingen aan te merken als risicoafdeling, waar het project zich primair op richt.

Ziekenhuizen met meerdere locaties bevelen wij aan om Veiligezorg® in slechts een locatie te starten.

Het mag duidelijk zijn dat het vaststellen van de risicoafdeling(en) een heel belangrijke stap is in het project.

In de praktijk kan deze risicotaxatie echter soms wat terloops tot stand komen.

Als het goed is, is over dit onderwerp van gedachten gewisseld tijdens de demonstratie van het project door de landelijke projectleider. Op grond van onderzoek en ervaringen in andere ziekenhuizen is gepolst of het beeld in uw ziekenhuis overeenkomt met dat van andere ziekenhuizen. Verder is besproken welke afdelingen er bij uw ziekenhuis in eerste instantie uitspringen.

Om de gemaakte keuzen goed te kunnen onderbouwen en (ook later nog) uit te kunnen leggen en/of te verdedigen aan alle geledingen van de organisatie, is het raadzaam om de verschillende overwegingen die ten grondslag liggen aan de gemaakte keuzen schriftelijk vast te leggen.

Geef aan welke afdelingen in uw ziekenhuis bestempeld zijn als risicoafdeling.

Geef per gekozen afdeling aan op basis van welke argumenten deze keuze is gemaakt.

Bedenk dat het hierbij gaat om objectieve en subjectieve veiligheid, feiten en gevoel.

Denk hierbij aan argumenten die ontleend zijn aan de volgende bronnen:

1. cijfermateriaal van het eigen ziekenhuis,
2. onderzoek binnen andere ziekenhuizen,
3. mening van sleutelpersonen en deskundigen,
4. wensen van leidinggevenden en/of opinie van bestuurders.

Het slagen van Veiligezorg® is voor een groot deel afhankelijk van de inzet en (communicatieve) vaardigheden van de projectleider.

In bijlage I-5 van de toolkit staat een profielschets van de projectleider.

Vergeet niet een plaatsvervangend projectleider aan te wijzen, zodat de continuïteit van het project niet in gevaar komt bij ziekte of langdurige afwezigheid van de projectleider.

Tips plaatsvervangend projectleider:

- Houdt bij het selecteren van een plaatsvervanger de profielschets en het takenpakket van de projectleider in gedachten.
- Bedenk hoe de plaatsvervanger het beste ingewerkt kan worden en hoe de plaatsvervanger voldoende voeling met het project kan blijven houden.
- Spreek af bij welke vergaderingen van de projectgroep deze plaatsvervanger aanwezig is.

Daarnaast is het raadzaam om een stagiair(e) te werven, die aangesteld wordt als projectassistent en in die hoedanigheid een deel van het uitvoerende werk kan overnemen van de projectleider.

Ook voor deze stagiair(e) geldt dat kritisch gekeken moet worden naar de capaciteiten, motivatie en inzet van de betrokken persoon alvorens over te gaan tot aanname. De manier van inwerken en het bepalen bij welke vergaderingen de stagiair(e) aanwezig is, verdienen daarbij ook aandacht. Het Landelijk Ondersteuningspunt Veiligezorg® kan bemiddelen bij het werven van stagiair(e)s.



Tips stagiair(e)

- Wij adviseren een stagiair(e) te nemen van een opleiding op hbo-niveau, bij voorkeur van een van de volgende studierichtingen: integrale veiligheid, bedrijfskunde & economie of hoger facilitair management.
- Geef de stagiair(e) de namen, telefoonnummers en emailadressen van stagiair(e)s die projectassistent zijn in andere ziekenhuizen die Veiligezorg® uitvoeren. Dit netwerk kan een ondersteunende functie vervullen voor uw stagiair(e).

De projectleider is verantwoordelijk voor het vormgeven van een adequate projectorganisatie.

Bij het opzetten van de projectorganisatie gelden de volgende uitgangspunten:

- Voor het draagvlak is het belangrijk een centrale projectgroep in te stellen.
- De projectleider is voorzitter van de centrale projectgroep.
- Beide risicoafdelingen zijn vertegenwoordigd in deze centrale projectgroep.
- Het hoofd beveiliging en een vertegenwoordiger van de politie zijn bij voorkeur vertegenwoordigd in de centrale projectgroep.
- Eventuele andere interne of externe partijen kunnen ad hoc zitting nemen in de projectgroep (zoals de afdeling Communicatie, het bedrijfsmaatschappelijke werk, een arts/specialist, een personeelsadviseur, een jurist, de patiëntenservice en/of een lid van de OR).

- Het is raadzaam om per risicoafdeling een deelprojectgroep te vormen, waarvan het hoofd van de afdeling voorzitter is. Het is belangrijk om de hoofden van de risicoafdelingen een actieve rol te geven. Zij moeten namelijk de voorwaarden scheppen voor en de discussie voeren over maatregelen in het plan van aanpak. Binnen de afdeling kunnen werkgroepen bepaalde onderwerpen verder uitwerken, zoals de kleurenmethode en het opstellen van gedragsregels.
- Veiligheidszorg® kan het beste ingebed worden in de reguliere vergaderstructuur. Dit betekent dat het project een vast agendapunt is op de periodieke vergaderingen van de risicoafdelingen en dat van dit agendapunt notulen worden gemaakt.
- Het project wordt regelmatig besproken met de ondernemingsraad. Een OR-lid kan ook zitting hebben in de centrale projectgroep.
- Het verdient aanbeveling om het project minimaal eens per kwartaal op de agenda van de directie en/of het MT te zetten, om zo periodieke terugkoppelmomenten te waarborgen.

De projectorganisatie kan uiteraard pas opgezet worden nadat de risicoafdelingen zijn geselecteerd.

Projectorganisaties in de praktijk

Niet alle projectorganisaties Veiligheidszorg® zien er in de praktijk uit zoals we hier boven beschrijven.

Zo had tijdens de landelijke pilot een ziekenhuis de centrale projectgroep verdeeld in twee centrale werkgroepen: een werkgroep maatregelen en een werkgroep convenant. In principe kan ook een werkgroep 'Gedragscode' worden ingesteld en/of een werkgroep ZIR. Het geheel moet echter wel slagvaardig blijven: de omvang van de werkgroepen moet bij voorkeur beperkt blijven en elke werkgroep hoort een heldere opdracht te krijgen om een bepaald onderdeel van Veiligheidszorg® op centraal niveau nader uit te werken.

Twee ziekenhuizen kenden naast de centrale projectgroep, die beperkt van omvang was gehouden, een breed samengestelde klankbordgroep. In het ene ziekenhuis was deze ingesteld puur met het doel om een brede groep betrokkenen te informeren en zo het draagvlak te vergroten. In het andere ziekenhuis had deze klankbordgroep ook nadrukkelijk een adviesrol: diverse (tussen)producten van de centrale projectgroep werden ter toetsing voorgelegd aan deze klankbordgroep. Ook zijn via deze groep de Verpleegkundige Adviesraad (VAR) en de Patiënten Adviesraad (PAR) geïnformeerd, organen die belangrijk zijn voor het creëren van draagvlak.

Het project staat of valt met een goede projectorganisatie.

Zorg ervoor dat het project vanaf het begin goed organisatorisch opgezet is, alle belangrijke doelgroepen vertegenwoordigd zijn en dat er voldoende commitment bij lijnmanagers, de raad van bestuur en de directie is. Besteed veel aandacht aan netwerken en lobbyen.

Als er organisatorische knelpunten ontstaan en het project vertraagt of vastloopt, kunt u terugvallen op het Landelijk Ondersteuningspunt Veiligheidszorg®.

Ook kunt u steun en een klankbord vinden bij collega-projectleiders. Het advies is hier om met collega's in de regio kennis en ervaring uit te wisselen en regionale samenwerking te stimuleren. Via het landelijk ondersteuningspunt kunt u namen krijgen van projectleiders die ervaring hebben met Veiligheidszorg®.

Het leiden van vergaderingen

De projectleider fungeert meestal als voorzitter van de centrale projectgroep en van een eventuele klankbordgroep.

In de bijlage I-6 van de toolkit zijn aandachtspunten opgenomen voor het leiden van vergaderingen.

Overigens verdient het aanbeveling om periodiek (bijvoorbeeld eens in de vier maanden) een vertegenwoordiger uit de raad van bestuur of het MT te vragen de vergadering van de projectgroep voor te zitten. Zo blijft het hoger management betrokken bij Veiligheidszorg®.

Organiseren startbijeenkomst en tekenen intentieverklaring

Doelen van de startbijeenkomst zijn:

- zorgen voor bewustwording van de ernst en omvang van de problematiek en van de noodzaak om actie te ondernemen;
- zorgen voor het inzicht dat de problematiek het beste door alle betrokkenen gezamenlijk aangepakt kan worden;
- geven van voorlichting over Veiligezorg®;
- creëren van draagvlak;
- beantwoorden van vragen die leven bij alle betrokkenen.



Praktijkvoorbeeld

Tijdens de landelijke pilot in 2002/2003 bestond de startbijeenkomst uit drie onderdelen:

1. liedjes en act door zangeres, waar de problematiek en de gezamenlijke aanpak in werden verbeeld;
2. inhoudelijke inleiding over Veiligezorg® door de landelijke projectleider;
3. forumdiscussie tussen de zaal en een panel dat bestaat uit de ziekenhuis-directeur, de projectleider Veiligezorg®, de voorzitter van de OR en de landelijke projectleider Veiligezorg® van Sectorfonds Zorg.

Voor de voorbereiding van de startbijeenkomst, kan gebruik gemaakt worden van de aandachtspunten in bijlage I-7 van de toolkit.

Ook kan tijdens de startbijeenkomst de intentieverklaring worden ondertekend door de betrokken partijen.

In bijlage I-1 van de (digitale) toolkit is een powerpointpresentatie over Veiligezorg® te vinden, die gebruikt kan worden tijdens de startbijeenkomst. U kunt deze downloaden van www.veiligezorg.nl.

Voor de startbijeenkomst worden in ieder geval dezelfde personen uitgenodigd als die (idealiter) uitgenodigd zijn voor de demonstratie van de landelijk beleidsadviseur Veiligezorg® (zie voor deze lijst 1.1.).

Daarnaast moet ook de voorzitter van de OR aanwezig zijn, want deze zit in het panel. Het verdient ook aanbeveling om de burgemeester en/of de ambtenaar integrale veiligheid uit te nodigen, om het publiekprivate karakter van het samenwerkingsproject te benadrukken.

Voor het uitnodigen van de politie kan gebruik gemaakt worden van de standaardbrieven die hiervoor zijn ontwikkeld en zijn opgenomen in de toolkit, bijlage I-8. Gebruik deze brieven bij voorkeur alleen in nauw overleg met de afdeling Communicatie.

Voor het werven van overige belangstellenden kan gebruik gemaakt worden van het standaardpersbericht dat opgesteld is door Sectorfonds Zorg. Dit persbericht kan ook worden aangepast en worden gebruikt voor later te organiseren breed toegankelijke voorlichtingsbijeenkomsten over Veiligezorg®. Het persbericht is opgenomen in bijlage I-9 van de toolkit.

Ter aankondiging van de startbijeenkomst is een poster ontwikkeld. Een voorbeeld van de poster kunt u zien in het overzicht in de bijlage PR-toolkit. Er is ruimte op de poster om het logo van het eigen ziekenhuis in te voegen.

Tijdens de startbijeenkomst zullen vele vragen gesteld en beantwoord worden. Het is niet onwaarschijnlijk dat er in een later stadium nog andere vragen aan u gesteld worden, waar u zelf wellicht niet altijd een goed antwoord op weet. Daarom is er door Sectorfonds Zorg ten behoeve van de projectleiders een Landelijk Ondersteuningspunt VeiligEZorg® gecreëerd waar u met al uw vragen terecht kan. In bijlage I-3 is een overzicht te vinden van de medewerkers van dit landelijk ondersteuningspunt, die diverse typen vragen kunnen beantwoorden en ondersteuning kunnen bieden, variërend van beleidsadvies tot data-analyse en informatie over subsidiemogelijkheden.

Ter stimulering van de onderlinge netwerkvorming en collegiale consultatie kunt u via het landelijk ondersteuningspunt ook contactgegevens krijgen van lokale projectleiders die deelnemen of hebben deelgenomen aan VeiligEZorg®.

Veiligezorg® is een belangrijk project. De introductie van Veiligezorg® moet daarom planmatig en breed binnen het ziekenhuis bekend worden gemaakt. Een mededeling volstaat hier niet!

Ook in de loop van het project is het geven van voorlichting aan interne en externe doelgroepen van essentieel belang voor het welslagen van het project, onder andere omdat zo het benodigde draagvlak voor het project kan worden gecreëerd. Een overzicht van de diverse interne en externe doelgroepen en een stappenplan om te komen tot een communicatieplan, met extra achtergrondinformatie, is te vinden in bijlage I-10 van de toolkit.

Maak een communicatieplan. Dit zal de kwaliteit en doelgerichtheid van de voorlichting en communicatie zeker ten goede komen.

Het plan hoeft geen uitgebreid plan te zijn: enkele A4-tjes volstaan.

**Tip**

Zorg dat het project eerst intern goed op de rails staat en dat alle interne doelgroepen goed bereikt zijn, voordat u start met een extern communicatieoffensief. Een aantal belangrijke communicatieactiviteiten zijn:

- plan en middelen vastleggen,
- ondernemingsraad inlichten,
- overige overlegorganen informeren,
- personeelsbijeenkomst beleggen,
- interne mededeling maken,
- materiaal aanbrengen op alle afdelingen,
- 'thuisfront' inlichten (maximale betrokkenheid),
- naar buiten treden.

Bepalen van communicatiemomenten

Veiligezorg® kent enkele cruciale onderdelen waarbij voorlichting onmisbaar is. De momenten waarop deze onderdelen plaatsvinden, zijn vrij goed van tevoren in te schatten.

Bewuste communicatie is in ieder geval gewenst op de volgende momenten:

1. na het aanstellen van de projectleider en het samenstellen van de centrale projectgroep,
2. voor de startbijeenkomst,
3. de bespreking van het project met de ondernemingsraad,
4. de introductie van het registratiesysteem (ZIR) en de registratieformulieren,
5. voor het uitvoeren van de probleemanalyse op de risicoafdelingen,
6. na het afronden en voor de implementatie van het plan van aanpak Veiligezorg®,
7. na het opstellen van de regels en de gedragscode,
8. na het opstellen van de handhavingsprotocollen en het vastgestelde lik-op-stukbeleid,
9. rondom het tekenen van het convenant.

Daarnaast kunnen er allerlei andere aanleidingen en momenten zijn waarop communicatie zinvol is.

Behalve communicatie rondom specifieke activiteiten of onderdelen van Veiligezorg®, is het ook aan te raden structureel voorlichting te geven over het project. Aanbevolen wordt om hierbij zoveel mogelijk gebruik te maken van de reguliere communicatiemiddelen, waarmee de interne en externe doelgroepen vertrouwd zijn. Zij zullen deze immers als eerste raadplegen en kunnen zo zonder veel extra inspanning op de hoogte raken van de vorderingen van het project.

Reguliere communicatie over Veiligezorg®

Het gebruik van de volgende overlegmomenten en communicatiemiddelen verdient sterk aanbeveling:

- *Werkoverleg*

Veiligezorg® moet op de agenda van ieder werkoverleg van de risicoafdelingen staan (vast agendapunt).

- *Managementoverleg*

Het project staat bij voorkeur eens in de twee à drie maanden op de vergadering van het MT en/of de raad van bestuur, ter waarborging van de periodieke terugkoppeling.

- *Personeelsblad*

Het is aan te raden om de voortgang van het project regelmatig terug te laten keren in een vaste rubriek in het personeelsblad.

- *Interne nieuwsbrief*

Vier je successen door resultaten zo spoedig mogelijk terug te koppelen. Bijvoorbeeld de veroordeling van een gepakte dader of de installatie van het ZIR.

- *Persberichten voor externe media*

Op belangrijke momenten verdient het aanbeveling om persberichten te sturen naar lokale, regionale en/of landelijke media.

- *Internet en intranet*

Internet en intranet zijn goede instrumenten om de informatie snel bij de interne en externe doelgroep te krijgen.

Invullen communicatieschema's

Nadat bedacht is wat er gecommuniceerd moet worden, wanneer, aan wie en op welke manier, kan de boodschap verzonden worden. Voordat het echter zover is, is het belangrijk dat de gemaakte keuzen beknopt vastgelegd worden en er concrete werkafspraken gemaakt zijn. Hierbij geldt: hoe concreter hoe beter. Wie is waarvoor verantwoordelijk, wie voert wat uit, wie schrijft het artikel, wie bereidt het praatje voor, wie organiseert de bijeenkomst, wie zorgt voor de beamer, wie gaan naar de vergadering, enzovoort. Om ervoor te zorgen dat de implementatie goed verloopt, is de routing en planning van essentieel belang.

Het is daarom handig om per communicatiemoment onderstaand schema in te vullen. Laat dit bij voorkeur doen door een communicatieadviseur van de afdeling communicatie. Betrek deze afdeling hier in ieder geval bij.

Communicatiemoment

Doel:

Doelgroep(en):

Communicatiemiddel(en):

Kernboodschap:

Datum uitvoering:

Uitvoerders:

Deze ingevulde schema's vormen samen de kern van het communicatieplan.
In de bijlage I-8 van de toolkit zijn ter inspiratie voorbeelden te vinden van ingevulde schema's.

Aan het eind van fase I (organisatorische voorbereiding) zijn als het goed is de volgende zaken geregeld.

1. Sleutelpersonen zijn adequaat voorgelicht door middel van een demonstratie. De demonstratie kan ook bestaan uit twee bezoeken. Er wordt dan eerst voorlichting gegeven aan de directie en het MT en pas later aan andere geleidingen van de organisatie en externe samenwerkingspartners van Veiligezorg®.
2. De intentieverklaring is getekend.
3. De projectleider is aangesteld en voor minimaal acht uur per week vrijgesteld.
4. Er is bij voorkeur een plaatsvervanger aangewezen in het geval de projectleider vanwege (langdurige) ziekte of andere redenen tijdelijk vervangen moet worden.
5. Er is bij voorkeur een stagiair(e) aangenomen als projectassistent Veiligezorg®.
6. In fase I is een gedegen projectorganisatie opgezet, die minimaal bestaat uit een centrale projectgroep, eventueel aangevuld door centrale en/of decentrale werkgroepen en een klankbordgroep.
Als in de voorbereidende fase nog niet helder is welke twee risicoafdelingen deel gaan nemen aan Veiligezorg®, worden de vertegenwoordigers van die afdelingen later toegevoegd aan de projectorganisatie.
7. Er is een startbijeenkomst geweest voor een breed publiek.
8. Er zijn eventueel aanvullende communicatieactiviteiten uitgevoerd.
9. Er is een begin gemaakt met het systematisch creëren van intern en extern draagvlak voor het project aan de hand van een communicatieplan.

II.1

Algemene Inleiding

II.2

II.3

II.4

Fase I

Organisatorische voorbereiding

Checklist

Fase II

Probleemanalyse

Fase III

Beleidsontwikkeling

Fase IV

Convenant

Fase V

Implementatie van het ontwikkelde beleid

Fase VI

Verbreiding

Fase VII

Verankering van Veiligezorg®

Bijlagen

Toolkit / PR-toolkit

Inhoudsopgave

- II.1 Oriëntatie op de problematiek en het al gevoerde beleid
 - II.2 Interviews met sleutelpersonen
 - II.3 De personeelsenquête
 - II.4 De kleurenmethode
- Checklist: Fase II

Instrumenten Fase II zijn te vinden onder Bijlagen: toolkit

Het is raadzaam om als eerste oriëntatie op de problematiek de volgende activiteiten uit te voeren:

1. analyse van geregistreerde agressie-incidenten,
2. inventarisatie van bestaande en al geplande maatregelen,
3. inventarisatie van bestaand beleid op relevante aanpalende beleidsterreinen (arbobeleid, kwaliteitsbeleid, opvangbeleid, etc.),
4. eerste financiële oriëntatie.

Een stagiair(e) of projectassistent kan een groot deel van deze oriëntatie uitvoeren.

Analyse van geregistreerde agressie-incidenten

Ga na welke registratiesystemen en meldingsprocedures er binnen het ziekenhuis gehanteerd worden. Vraag een overzicht van de geregistreerde agressie-incidenten en (via de politie) van de aangiften die gedaan zijn in de afgelopen (twee) jaren. Als er cijferrapportages of nadere veiligheidsanalyses beschikbaar zijn, vraag deze dan ook op.

Het blijkt dat in veel ziekenhuizen zeer gebrekkig wordt geregistreerd. Hierdoor is slechts een zeer incompleet beeld beschikbaar van de daadwerkelijk aantal agressie-incidenten. Vandaar dat aanvullend interviews, een enquête en de kleurenmethode worden uitgevoerd om een beter beeld van de problematiek te kunnen krijgen. Daarover meer bij de volgende stappen.

Om het ontbreken van goede registratiesystemen te compenseren, is door het Sectorfonds Zorg een landelijk registratiesysteem ontwikkeld. Nadere informatie over en toegang tot dit registratiesysteem kan aangevraagd worden bij een van de landelijke beleidsadviseurs Veiligezorg®. In hoofdstuk III.5. wordt het Ziekenhuis Incident Registratiesysteem (ZIR) toegelicht.

Inventarisatie van bestaande en al geplande veiligheidsmaatregelen

Veiligheid wordt door organisaties vaak primair gezien als een security-probleem. Raadpleeg daarom primair het hoofd Beveiliging, het hoofd Technische Dienst en/of het hoofd Facilitair Bedrijf en daarnaast de hoofden van de (potentiële) risicoafdelingen.

Vraag relevante beleidsdocumenten en schriftelijke stukken op die betrekking hebben op het veiligheidsbeleid en op maatregelen die het ziekenhuis heeft getroffen om de subjectieve en/of objectieve veiligheid in het ziekenhuis te verbeteren. Raadpleeg de afdeling Opleidingen om na te gaan welke relevante cursussen en trainingen er op het gebied van agressie al hebben plaatsgevonden of gepland zijn.

Maak tijdens de inventarisatie onderscheid tussen de volgende typen maatregelen:

- organisatorische maatregelen,
- bouwkundige maatregelen,
- elektronische maatregelen,
- maatregelen gericht op opvang,
- relevante opleidingen/cursussen.

Geef ook aan welke status de maatregelen hebben: gepland of uitgevoerd. Voor deze inventarisatie kan gebruik worden gemaakt van een checklist die is opgenomen in bijlage II-1 van de toolkit.

Inventarisatie van bestaand beleid op aanpalende terreinen

Veiligheid van werknemers is niet uitsluitend een security-probleem. Er zijn diverse andere functionarissen die op bepaalde deelgebieden direct of indirect bezig zijn met het verbeteren van de veiligheid van werknemers.

Veiligezorg® moet bij voorkeur aanhaken bij bestaande activiteiten om het een en ander te coördineren en op elkaar af te stemmen.

Het verdient daarom aanbeveling om een globaal beeld te krijgen van welk beleid er gevoerd wordt en welke activiteiten uitgevoerd worden op de volgende aanpalende gebieden:

- *arbo- en kwaliteitsbeleid*

Raadpleeg de arbo- en kwaliteitscoördinator om na te gaan welke activiteiten raakvlakken hebben met de veiligheid van werknemers. Bedenk hierbij dat een slechte kwaliteit van de dienstverlening een belangrijke oorzaak is voor het ontstaan van agressie. Het verbeteren van die kwaliteit kan dus preventief werken. Zie verder: fase III, thema 2.

- *gedragscode*

Vraag bij de stafafdeling na of er binnen het ziekenhuis gedragscodes zijn of worden ontwikkeld en vraag deze op. Ga na wat de status is van deze gedragscodes is.

- *afspraken met externe handhavers*

Raadpleeg hiervoor de contactpersoon van de politie en eventueel het O.M. Het hoofd Beveiliging is waarschijnlijk op de hoogte van de gemaakte afspraken met betrekking tot melding, aangifte en alarmopvolging.

- *opvang, begeleiding en nazorg*

Inventariseer of er een bedrijfsopvangteam actief is en/of andere medewerkers belast zijn met de opvang, begeleiding en nazorg van werknemers die slachtoffer van agressie zijn geworden.

- *veilig ontwerpen*

Ga na of er sprake is van ingrijpende renovaties of nieuwbouw. Haak dan aan bij deze ontwikkelingen en neem contact op met het bouwteam om zo veilig ontwerpen op de agenda te krijgen.

Financiële oriëntatie

Het is handig om vooraf een globaal inzicht te krijgen in de uitgaven die de laatste paar jaar zijn gedaan op het gebied van veiligheid en de manier waarop die gedekt zijn. Welke scholing op het gebied van agressiehantering, opvang en/of beveiliging heeft bijvoorbeeld plaatsgevonden en welke elektronische maatregelen (camera's, mobiele alarmseinen) zijn onder meer getroffen. Wat hebben die maatregelen ongeveer gekost? En uit welke budgetten zijn de kosten gedekt? Raadpleeg hiervoor onder meer de volgende sleutelpersonen:

- hoofd Technische Dienst,
- hoofd Facilitair Bedrijf,
- hoofd Opleidingen,
- hoofd Communicatie.

Ook is het nuttig om te inventariseren welke extra budgetten beschikbaar zijn voor Veiligezorg® en wanneer bepaalde budgetaanvragen ingediend moeten worden en volgens welke procedures. Binnen ziekenhuizen is het overigens meestal gebruikelijk om in september nieuwe budgetten aan te vragen.

Het doel van het houden van interviews met een beperkt aantal sleutelpersonen is:

- aanvullende informatie achterhalen met betrekking tot incidenten die hebben plaatsgevonden op de risicoafdelingen;
- achterhalen in hoeverre de leiding op de hoogte is van de incidenten die spelen op de werkvloer en op welke manier zij dit horen;
- achterhalen in hoeverre en op welke manier de werkvloer de leiding op de hoogte stelt van de incidenten.

De volgende sleutelpersonen moeten in elk geval worden geïnterviewd:

- hoofd Bewaking c.q. Interne Dienst/Facilitair Bedrijf,
- een bewakingsfunctionaris,
- twee poortartsen,
- van elke risicoafdeling het afdelingshoofd en minimaal één medewerker.

De vragenlijst, die gebruikt kan worden bij deze interviews, is te vinden in bijlage II-2 van de toolkit.

Als het project beschikt over een (goede) stagiair(e) kan de projectleider besluiten om het afnemen van de interviews te delegeren aan hem of haar. Aangezien een stagiair(e) ervaring moet opdoen in het voeren van dit soort gesprekken, is het handig om de eerste gesprekken samen te voeren.



Praktijkvoorbeeld

In één van de pilotziekenhuizen zijn alle medewerkers van de risicoafdeling geïnterviewd. Dit kost veel tijd, maar is erg goed voor het draagvlak en het heeft veel informatie opgeleverd voor het plan van aanpak (maatregelen). De gesprekken zijn gevoerd door de arbo-adviseur van de interne arbodienst, deels samen met de stagiair(e). Uiteraard kunnen de gesprekken ook goed door de interne arbo-coördinator gedaan worden.

In bijlage II-3 van de toolkit is het enquêteformulier te vinden dat u gebruikt voor de personeelsenquête.

De personeelsenquête kan het beste per post naar de huisadressen van de personeelsleden (van de risicoafdelingen) worden gestuurd. Vooraf aankondigen van de mailing in het personeelsblad en op het prikbord op de afdeling verhoogt de respons van de enquête.

De projectleider is verantwoordelijk voor het (laten) verzamelen van de enquêtes. Als de respons erg laag is, is het belangrijk dat de projectleider samen met de afdelingshoofden de personeelsleden probeert te motiveren om alsnog de enquête in te vullen.

De projectleider is ook verantwoordelijk voor het (laten) analyseren van de ingevulde enquêteformulieren. De uitvoering van de analyse zelf kan verricht worden door de eventueel aangestelde stagiair(e).

Voor deze analyse is een speciaal softwareprogramma ontwikkeld (in Excel) door het Sectorfonds Zorg. Het is een zeer gebruikersvriendelijk programma dat de gebruiker van vraag naar vraag leidt. Zie bijlage II-4 van de toolkit.

Helpdesk

Voor al uw vragen met betrekking tot de analyse van de enquête en het gebruik van het softwareprogramma kunt u terecht bij de helpdesk van het Landelijk Ondersteuningspunt VeiligeZorg®.

De kern van de kleurenmethode is dat op plattegronden van de risicoafdelingen via kleuren wordt aangegeven hoe (on)veilig bepaalde ruimten zijn en hoe (on)veilig men zich in de diverse ruimten voelt.

Hierbij worden de volgende kleuren codes gebruikt:

- rood: groot risico op agressie en geweld en/of de ruimte bevat kostbare, voor criminelen aantrekkelijke goederen;
- geel: (geen aanzienlijke) kans op agressie en geweld en/of de ruimte bevat aantrekkelijk goederen die niet echt kostbaar zijn;
- groen: ruimte bevat geen waardevolle spullen, kans op agressie is klein.

De uitvoering van de kleurenmethode ziet er als volgt uit:

- De kleurenmethode wordt uitgevoerd op elke risicoafdeling.
- Per risicoafdeling worden bij voorkeur minimaal drie groepjes samengesteld van elk twee à drie personen. Alleen werknemers die continu diensten draaien mogen deel uitmaken van deze groepjes. Verder moeten er ook poortartsen en medewerkers van de receptie of ontvangstbalie vertegenwoordigd zijn in deze (multidisciplinaire) groepjes.
- Elk groepje voert de kleurenmethode uit op haar eigen afdeling.
- De projectleider en het afdelingshoofd(en) kunnen ook de kleurenmethode uitvoeren of in ieder geval een rondje lopen over de risicoafdelingen, om zo, tijdens het werkoverleg waarop de resultaten worden besproken, goed inzicht te hebben in de praktijksituatie.
- De landelijk beleidsadviseur Veiligheidszorg® kan uitgenodigd worden voor een rondgang over de risicoafdelingen. De beleidsadviseur geeft dan vele praktische tips voor verbeteringen van de veiligheid.
- De resultaten van de groepjes en van de projectleider worden besproken tijdens het werkoverleg van de betreffende risicoafdeling. In de praktijk blijkt dat deze vier groepjes nooit allemaal dezelfde mening hebben. Er ontstaat dus een discussie over de gemaakte keuzen en de argumenten die daarvoor worden aangedragen. Doel van de bespreking is te komen tot een 'kleuren-consensus'. Soms zijn er meerdere werkoverleggen nodig om te kunnen komen tot een consensus. Zie ook III.2.1 Prioriteiten stellen en het formuleren van doelstellingen.
- Goed notuleren is belangrijk bij deze werkbijeenkomsten. Zo worden de uitkomsten van de diverse subgroepjes, de gebruikte argumenten, het eindresultaat en de kleurenconsensus vastgelegd. Ook de onderbouwing bij de keuze van de rode ruimten wordt genotuleerd.

Aandachtspunten

- Hoe groter de afdeling hoe meer groepjes de kleurenmethode moeten uitvoeren om een redelijk deelnamepercentage en dekking te krijgen van meningen.
- Het is belangrijk dat de vergaderingen waarop de resultaten van de kleurenmethode besproken worden, goed worden bezocht. Aanwezigheid tijdens deze vergadering moet dan ook gestimuleerd worden door het hoofd van de afdeling. De projectleider spoort het hoofd van de afdeling hiertoe aan.



Tip: meedraaien op de risicoafdelingen

Het is raadzaam dat u, voorafgaand aan het uitvoeren van de kleurenmethode, een poosje meedraait op elke risicoafdeling. Zo leert u de afdeling, de werkruimtes, de werkwijze en het personeel beter kennen. Dit zal de kwaliteit van de door u uitgevoerde kleurenmethode verhogen. Bovendien krijgen u en Veiligezorg® extra bekendheid binnen de afdelingen, waardoor het project nog weer wat meer zal gaan leven.

De basismethode van de kleurenmethode kan naar eigen smaak aangevuld worden met de volgende visuele middelen.

- **Delictogrammen**

Delictogrammen zijn pictogrammen van de verschillende vormen van agressie en onveiligheid die in ziekenhuizen kunnen voorkomen. De medewerkers van de risicoafdelingen kunnen aan de hand van de pictogrammen op de ingekleurde plattengronden aangeven waar op de afdelingen welke vormen voorkomen. Zo wordt extra informatie toegevoegd over de aard van de onveiligheid per locatie.

- **Preventogrammen**

Dit zijn pictogrammen van de verschillende preventieve maatregelen die een ziekenhuis kan nemen om de veiligheid te verhogen. Voorbeeld van beide groepen pictogrammen vindt u in de bijlage II-5 van de toolkit.

- **Foto's**

Werknemers van risicoafdelingen kunnen gevraagd worden foto's te nemen van plekken op de afdeling die zij onveilig vinden. Dit maakt het probleem letterlijk heel zichtbaar en overdraagbaar. Het Rode Kruis Ziekenhuis in Beverwijk heeft o.a. gewerkt met foto's ter aanvulling op de kleurenmethode.

Aan het eind van fase II (Probleemanalyse) zijn bij voorkeur de volgende activiteiten uitgevoerd:

1. Er is een inventarisatie gemaakt van agressie-incidenten die plaats vinden in het ziekenhuis.
2. Er is een inventarisatie gemaakt van bestaand beleid dat zich (deels) richt op het voorkomen van agressie en/of de opvang van werknemers.
3. Er zijn maximaal twee afdelingen aangewezen als risicoafdeling (voor zover dit nog niet gebeurd was in fase I).
4. Per risicoafdeling is een vertegenwoordiger gevraagd zitting te nemen in de centrale projectgroep (voor zover dit nog niet gebeurd was in fase I).
5. Er is voorlichting gegeven op de risicoafdelingen over Veiligheidszorg® en in het bijzonder over de manier waarop de probleemanalyse wordt uitgevoerd.
6. Per risicoafdeling zijn enkele werknemers gevraagd te fungeren als voortrekker en 'ambassadeur'.
7. Er zijn sleutelpersonen geïnterviewd.
8. Er is een enquête uitgevoerd onder het personeel en de resultaten hiervan zijn op schrift vastgelegd.
9. Op de risicoafdelingen is de kleurenmethode uitgevoerd. De resultaten hiervan zijn op schrift vastgelegd.

Bovengenoemde rapportages over de personeelsenquête en de kleurenmethode zijn vervolgens besproken in de werkoverleggen van de verschillende risicoafdelingen. Op grond hiervan kan een plan van aanpak opgesteld worden. Het opstellen van het plan van aanpak wordt behandeld in fase III.2.

Algemene Inleiding

III.1

III.2

III.2.1

Fase I

Organisatorische voorbereiding

III.2.2

III.2.3

Fase II

Probleemanalyse

III.2.4

Checklist

Fase III

Beleidsontwikkeling

III.3

III.3.1

Fase IV

Convenant

III.3.2

Fase V

Implementatie van het ontwikkelde beleid

Checklist

Fase VI

Verbreiding

III.4

III.4.1

Fase VII

Verankering van Veiligezorg®

Checklist

III.5

Bijlagen

Toolkit / PR-toolkit

Inhoudsopgave

- III.1 De omvang van Veiligezorg®: het maken van beleidskeuzen
 - III.2 Thema 1: Plan van aanpak
 - III.2.1 Prioriteiten stellen en het formuleren van doelstellingen
 - III.2.2 Maatregelen selecteren
 - III.2.3 Maatregelen concretiseren in een uitvoeringsplan
 - III.2.4 Budget regelenChecklist: Plan van aanpak
 - III.3 Thema 2: Normen en handhavingsbeleid.
 - III.3.1 Repressie en kwaliteitsbeleid: twee aanvullende benaderingen
 - III.3.2 Stappenplan handhaving en repressie
 - Stap 1: Vaststellen normen
 - Stap 2: Opstellen handhavingprotocollen
 - Stap 3: Geven van voorlichting
 - Stap 4: Trainen van personeel
 - Stap 5: Implementatie en evaluatieChecklist: Vaststellen normen en handhavingsbeleid
 - III.4 Thema 3: Opvang, begeleiding en nazorg
 - III.5 De handleiding opvang van werknemers
 - Checklist: 'Voorbereiding organisatorische besluitvorming opvang'
 - III.5 Thema 4: Registratie en melding: ZIR
- Instrumenten Fase III zijn te vinden onder Bijlagen: toolkit

De omvang van Veiligezorg®: het maken van beleidskeuzen

Minimumpakket en maximumpakket

Veiligezorg® bestaat uit een groot aantal onderdelen:

- maatregelen op technisch/elektronisch, bouwkundig en organisatorisch gebied,
- normen, gedrageregels en een gedragscode,
- handhavingsprotocollen,
- opvang, begeleiding en nazorg,
- convenant met politie en justitie,
- melding en registratie door ZIR (Ziekenhuis Incident Registratiesysteem)
- voorlichting,
- kwaliteit van dienstverlening (ter preventie van agressie),
- veiligheid rondom het ziekenhuis (fase VI),
- veilig ontwerpen in eventuele renovatie- en nieuwbouwtrajecten (fase VI).

Alle onderdelen hebben een centraal en een decentraal deel. Ieder ziekenhuis moet zelf bepalen hoe breed, van decentraal naar centraal, aan deze onderdelen wordt gewerkt. Een aantal onderdelen moet minimaal uitgevoerd worden. Dit zijn:

- op afdelingsniveau:
 - maatregelen op technisch/elektronisch, bouwkundig en organisatorisch gebied,
 - normen en gedrageregels,
 - handhavingsprotocollen,
 - opvang, begeleiding en nazorg,
 - voorlichting.
- op centraal niveau:
 - het convenant met politie, justitie en gemeente,
 - melding en registratie door ZIR (Ziekenhuis Incident Registratiesysteem),
 - voorlichting.

Een thema als opvang, begeleiding en nazorg kan op centraal niveau ingevuld worden met een bedrijfsopvangteam (BOT). Voor het thema Normen en handhavingsprotocollen kan gekozen worden om centraal een gedragscode op te stellen. Maar ook andere keuzen zijn mogelijk. De keuze voor een onderdeel en de uitwerking daarvan, zowel op centraal als decentraal niveau, zal gebaseerd zijn op de nulmeting in fase I en de probleemanalyse in fase II. Bij het maken van de keuzen moeten de projectgroep, de afdelingshoofden, het MT, de raad van bestuur of directie en de OR betrokken worden. De uiteindelijke keuze wordt schriftelijk vastgelegd in twee plannen van aanpak, een voor centraal en een voor decentraal niveau. Deze moeten goedgekeurd worden door het MT en/of de directie.

In bijlage III-1 van de toolkit is een voorbeeld opgenomen van een inhoudsopgave van een plan van aanpak. Bijlage III-2 is een voorbeeld van een plan van aanpak voor een SEH.

Een waarschuwing is hier op zijn plaats: Neem niet teveel hooi op de vork en zorg voor een goede prioriteitsstelling.

Thema 1: Plan van aanpak

Het plan van aanpak voor de risicoafdeling, waarin de technische/elektronische en/of organisatorische maatregelen zijn opgenomen, wordt opgesteld op basis van de resultaten van de probleemanalyse. Dit betekent dat de nulmeting, personeelsenquête, interviews en kleurenmethode uitgevoerd moeten zijn.

Het plan van aanpak geeft antwoord op de volgende vragen:

1. Wat zijn de knelpunten? Het inventariseren en analyseren van problemen.
2. Welke problemen willen we als eerste aanpakken?
Stellen van prioriteiten en het formuleren van doelen.
3. Wat moeten we doen?
Welke maatregelen zijn geëigend om deze problemen aan te pakken?
4. Wat hebben we nodig? Over welk budget moeten we beschikken om de beoogde maatregelen te kunnen uitvoeren?

Het lijnmanagement moet het plan van aanpak officieel accorderen. Dit garandeert dat het management het plan steunt en de randvoorwaarden verzorgt die nodig zijn om het plan uit te voeren.

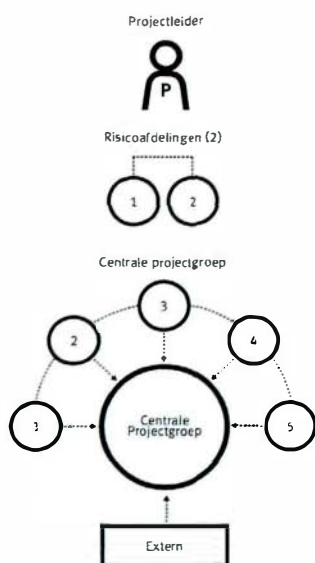
Een en ander betekent dat na afronding van de probleemanalyse bij voorkeur de volgende stappen genomen worden om het plan van aanpak op een systematische manier te ontwikkelen:

- | | |
|--|--|
| Stap 1
Stap 2
Stap 3
Stap 4 | Prioriteiten stellen en doelstellingen formuleren.
Maatregelen selecteren.
Maatregelen concretiseren in uitvoeringsplannen.
Budget vaststellen. |
|--|--|

Veiligheidszorg® wordt uitgevoerd op twee niveaus:

- 1a. het niveau van het hele ziekenhuis (centraal projectniveau)
- 2b. het niveau van de risicoafdelingen (decentraal afdelingsniveau).

Het is verstandig om deze structuur door te laten werken in de opzet van het plan van aanpak. Dit betekent dat er zowel per risicoafdeling een plan van aanpak wordt gemaakt als een afdelingsoverstijgend plan van aanpak op centraal niveau. In bijlage III-1 van de toolkit is de inhoudsopgave te vinden van een plan van aanpak en een voorbeeld van een ingevulde versie. Ook vindt u een voorbeeld van het plan van aanpak uit de pilotfase. In dit voorbeeld wordt duidelijk hoe de structuur van een dergelijk plan er uit kan zien.



Er moet een logisch verband zijn tussen de resultaten van de probleemanalyse, de geformuleerde doelstellingen en de geselecteerde maatregelen. Er wordt in dit verband wel gesproken over een logische doel-middelen-keten. In het volgende schema is visueel weergegeven hoe bij Veiligheidszorg® de samenhang er uit ziet tussen deze stappen. In dit schema is via pictogrammen aangegeven wie verantwoordelijk is voor de uitvoering van een bepaalde stap, respectievelijk de projectleider, de risicoafdeling of de centrale projectgroep.

Schema 4

Procesbeschrijving uitvoeren probleemanalyse, formuleren doelstellingen en selecteren en uitwerken maatregelen

Stap 1a

Projectleider



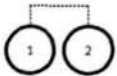
Probleemanalyse op **centraal projectniveau**:

1. analyse geregistreerde incidenten en aangiften,
2. inventarisatie bestaande maatregelen,
3. personeelsenquête,
4. interviews sleutelpersonen.

Output: onderzoeksresultaten communiceren naar personeel (zie stap 1b) én inbrengen in centrale projectgroep (zie stap 2b).

Stap 1b

Risicoafdelingen (2)



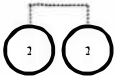
Probleemanalyse op **afdelingsniveau**:

1. uitvoeren kleurenmethode door drie werkgroepjes per risicoafdeling,
2. uitvoeren kleurenmethode door de projectleider op risicoafdelingen.

Output: vier ingekleurde plattegronden per risicoafdeling met onderbouwing inbrengen in het werkoverleg van de risicoafdelingen (zie stap 2a).

Stap 2a

Risicoafdelingen (2)



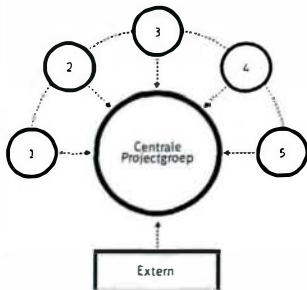
Prioriteitsstelling en selectie maatregelen op **afdelingsniveau**:

1. komen tot kleurenconsensus tijdens werkoverleg,
2. bepalen doelstellingen (prioriteiten) voor de eigen afdeling,
3. opstellen lijst met maatregelen voor de eigen afdeling.

Output: één ingekleurde plattegrond met onderbouwing én een lijst maatregelen per risicoafdeling inbrengen in centrale projectgroep (zie stap 2b).

Stap 2b

Centrale projectgroep



Prioriteitsstelling en selectie maatregelen op **centraal projectniveau**.

Bepalen prioriteiten hele ziekenhuis tijdens vergadering centrale projectgroep.

1. formuleren doelstellingen op projectniveau,
2. toetsen prioriteiten en doelstellingen risicoafdelingen,
3. selecteren maatregelen hele ziekenhuis,
4. toetsen en afstemmen maatregelen risicoafdelingen,
5. laten uitwerken uitvoeringsplannen.

Output: Lijst met maatregelen voor het hele ziekenhuis én (afgestemde) lijst met maatregelen per risicoafdeling én nadere uitvoeringsplannen

Communiceren naar risicoafdelingen en overig personeel, maar pas nadat stap 3 is gezet, zodat beloftes waargemaakt kunnen worden.

Stap 3

Projectleider



Regelen budget voor maatregelen:

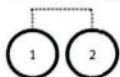
1. goedkope of reguliere maatregelen bekostigen uit reguliere budgetten,
2. complexe, dure maatregelen laten accorderen door directie/MT,
3. langetermijnmaatregelen al inplannen in begroting komende jaren.

Noot 1

Deze uitvoeringsplannen vergen de complexe maatregelen nadere uitwerking. Geplande keuzes worden vervolgens voorgelegd aan de risicoafdelingen, die uiteindelijk beslissen. Om het schema overzichtelijk te houden wordt deze 'loop' tussen centrale projectgroep en de afdelingen hier weggelaten. In de praktijk is deze 'loop' echter essentieel, ook met het oog op terugkoppeling.

Stap 1

Risicoafdelingen (2)

**Prioriteiten stellen op afdelingsniveau**

Per risicoafdeling worden de problemen die geïnventariseerd zijn door de kleurenmethode (zie 2.4.) nader gewogen en er wordt een prioriteit aan toegekend tijdens een speciaal hiervoor ingericht werkoverleg van de afdeling.

Uiteraard is het belangrijk dat zoveel mogelijk werknemers van de afdeling aanwezig zijn op het werkoverleg, zodat de bereikte consensus ook daadwerkelijk kan rekenen op een breed draagvlak binnen de afdeling. Het hoofd van de afdeling moet zorgen voor een goede opkomst bij deze vergadering door vooraf de aanwezigheid zo veel mogelijk te stimuleren.

De werkwijze tijdens het werkoverleg is als volgt.

De vier werkgroepjes², die ieder onafhankelijk van elkaar de kleurenmethode hebben uitgevoerd, hangen de door hen ingekleurde plattegronden op, waardoor in één oogopslag helder wordt waar kleurverschillen en -overeenkomsten bestaan.

Over locaties waarover kleurconsensus bestaat, wordt verder niet gesproken in de vergadering. Wel worden de argumenten die de werkgroepjes hebben gehanteerd voor hun keuzen, na afloop van de vergadering verzameld. Als het goed is zijn deze argumenten door de werkgroepjes genotuleerd, zodat het samenvoegen van de diverse notulen op dit punt volstaat.

Waar kleurverschillen bestaan, wordt elk groepje gevraagd naar zijn of haar argumenten voor het toekennen van de betreffende kleur (zie ook het kader: Wegingsfactoren). De rest van het aanwezige personeel kan argumenten toevoegen of aanvechten. Zo ontstaat een discussie, waarbij de verschillende argumenten gewogen worden. De discussie gaat door totdat er consensus bestaat over de kleur die de betreffende locatie moet hebben volgens de aanwezigen. De discussie en de daarbij gehanteerde argumenten worden goed genotuleerd tijdens de vergadering (zie kader: Wegingsfactoren).

Er wordt een plattegrond gemaakt waarop het eindresultaat van het werkoverleg zichtbaar is. De kleuren op deze kaart kunnen rekenen op consensus van het personeel van de afdeling. Ook worden de argumenten die doorslaggevend waren bij het kiezen van de kleuren, op schrift gesteld. Basis hiervoor vormen de notulen van de vergadering (voor de locaties waarover geen kleurconsensus bestond) en de notulen van de diverse werkgroepjes (voor de locaties waarover al vanaf het begin kleurconsensus bestond). Het maken van deze plattegrond en lijst met

Noot

We gaan hierbij uit van drie werkgroepjes die zijn samengesteld uit werknemers van de afdeling en één werkgroepje dat bestaat uit de lokale projectleider, het hoofd van de afdeling, de teamleiders en een landelijke beleidsadviseur Veiligheidszorg.

argumenten (wegingsfactoren) hoeft niet tijdens de vergadering plaats te vinden, maar kan op grond van de gemaakte notulen na afloop gebeuren.

De plattegrond en de lijst met gehanteerde argumenten worden later door een vertegenwoordiger van de afdeling ingebracht in de vergadering van de centrale projectgroep.

De rood gekleurde locaties van de plattegrond van de kleurenconsensus vormen de zogeheten hot spots van de afdeling. Om ook op afdelingsniveau te voorkomen dat er teveel hooi op de vork wordt genomen, kan besloten worden om niet alle rode locaties direct aan te pakken, maar eerst een beperkt aantal hot spots te kiezen als doel.

Deze doelstellingen kunnen variëren per afdeling. Zo kan het doel van de afdeling SEH bijvoorbeeld zijn, om het komende jaar zes specifieke locaties aan te pakken die door het personeel gezien worden als het meest onveilig, terwijl de afdeling receptie/telefonie volstaat met drie hot spots.

Wegingsfactoren: aandachtspunten tijdens het notuleren

De volgende factoren zullen zeker worden gebruikt als argument tijdens de discussie om aan te geven waarom een locatie al dan niet prioriteit moet krijgen:

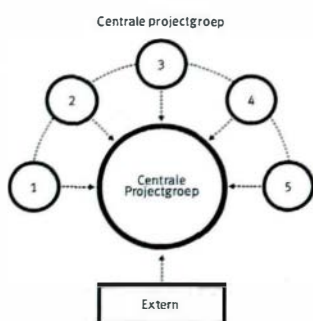
- aard en ernst van de incidenten die hebben plaatsgevonden op de locatie;
- frequentie van de incidenten die daar hebben plaatsgevonden;
- mate waarin personeel zich onveilig voelt op die locatie;
- aantal mensen dat wordt blootgesteld aan het potentiële risico;
- maatregelen die getroffen zijn ter voorkoming van dat risico.

Het is belangrijk dat de notulist alert is op dit type argumenten. Deze argumenten vormen de wegingsfactoren die de 'yardsticks' zijn bij het evalueren van de risico's en bepalen van de prioriteiten per afdeling.



Tip

Gezien het belang van goed notuleren, moeten bijtijds de juiste personen aangezocht worden als notulist. Het verdient ook aanbeveling om de notulisten van tevoren helder te instrueren.



Prioriteiten stellen op centraal niveau

In een vergadering van de centrale projectgroep moeten prioriteiten gesteld worden aan de afdelingsoverschrijdende problemen.

De agenda bestaat (minimaal) uit de volgende onderwerpen:

1. toetsen prioriteiten die gesteld zijn door de risicoafdelingen,
2. vaststellen overall prioriteiten op projectniveau.

Potentiële andere agendapunten voor deze vergadering zijn: nader specificeren van doelstellingen en te selecteren maatregelen.

De prioriteiten van de risicoafdelingen worden om de beurt door de vertegenwoordigers van de risicoafdelingen toegelicht en onderbouwd. Input hiervoor vormt de

plattegrond waarop de kleurconsensus staat en de lijst met argumenten die de gemaakte keuzen nader onderbouwt.

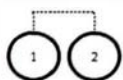
De centrale projectgroep toetst marginaal of de prioriteiten die door de risicoafdelingen zijn gesteld op grond van de kleurenmethode niet strijdig zijn met de uitkomsten van de risico-inventarisatie die door de projectleider is uitgevoerd (enquête, interviews, nulmeting). Er moeten echter zwaarwegende argumenten zijn voordat besloten wordt tot het niet overnemen van prioriteiten die zijn vastgesteld door de risicoafdelingen. Het terugfluiten van een afdeling kan namelijk erg demotiverend werken.

Vervolgens stelt de centrale projectgroep op centraal niveau overkoepelende prioriteiten op grond van de resultaten van de probleemanalyse die de projectleider heeft uitgevoerd (enquête, etc.). Deze prioriteiten werken uiteraard door in de manier waarop de doelstellingen nader geformuleerd en aangescherpt worden en ze vormen de basis voor de te selecteren maatregelen.

III.2.2 Maatregelen selecteren

Stap 2

Risicoafdelingen (2)



Selecteren van maatregelen op afdelingsniveau

Nadat kleurenconsensus is bereikt en eventuele nadere prioriteiten zijn gesteld, gaat het afdelingsteam gezamenlijk nadenken over geëigende maatregelen.

De agenda van dit afdelingsoverleg ziet er als volgt uit:

1. inventariseren van de bestaande maatregelen op de afdeling;
2. gezamenlijk nadenken over eventuele bijstelling van bestaande maatregelen;
3. gezamenlijk bedenken van nieuw te treffen, aanvullende maatregelen om de geprioriteerde problemen op de hot spots op te lossen;
4. prioriteitsstelling van de maatregelen: welke maatregelen moeten direct uitgevoerd worden, welke later.

Input voor deze vergadering vormt:

- overzicht van al getroffen maatregelen (zie o.a. de lijsten die opgesteld zijn door de subwerkgroepjes die de kleurenmethode hebben uitgevoerd);
- plattegrond met kleurenconsensus en bijbehorende lijst met gehanteerde argumenten (aard, ernst, frequentie, oorzaken van de incidenten, mate van onveiligheidsgevoelens en al getroffen maatregelen).

Als de kleurenconsensus plaatsvond in een vorige afdelingsvergadering, zijn er hopelijk al notulen beschikbaar waarin systematisch de gehanteerde argumenten staan vermeld. Vindt de discussie over de maatregelen direct aansluitend plaats na het bepalen van de kleurenconsensus in dezelfde vergadering, dan zijn er uiteraard nog geen notulen en moet men de logische lijn die gehanteerd is in de discussie over de kleurenconsensus vasthouden tijdens de discussie over de maatregelen.



Tip

Het is goed als de projectleider aanwezig is bij de betreffende vergadering(en) van de risicoafdelingen. De projectleider kan dan letten op de logische onderbouwing van de gemaakte keuzen, waardoor gestelde prioriteiten logisch leiden tot bepaalde doelstellingen, die weer logisch leiden tot bepaalde maatregelen (doel-middelen-keten). Voor de discussie en de notulist is het handig als de projectleider de volgende structuur aanhoudt.

Structuur notuleren

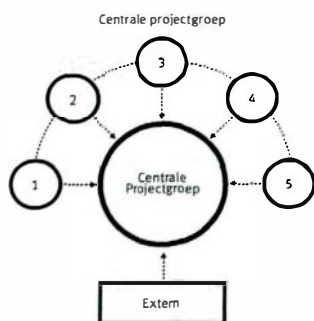
Ook voor (dit onderdeel van) deze vergadering is het belangrijk dat er systematisch wordt genotuleerd, omdat daarmee de onderbouwing voor de geselecteerde maatregelen op schrift wordt vastgelegd.

Onderdelen die in de notulen systematisch moeten terugkomen zijn:

- Wat is het probleem?
- Waar doet het zich voor?
- Wat zijn oorzaken en aanleidingen?
- Wat wordt er al aan gedaan?
- Wat moet er nog meer aan worden gedaan?
- Wie moeten bij de uitvoering hiervan worden betrokken?

De output van de vergadering is een gestructureerd vergaderverslag.

Deze lijstjes worden vervolgens door de vertegenwoordiger van de afdeling ingebracht en toegelicht in de centrale projectgroep.



Selecteren van maatregelen op centraal niveau

Deze selectie vindt plaats tijdens een vergadering van de centrale projectgroep. Vaak is de bespreking van de maatregelen aansluitend op de bespreking van de prioriteiten en doelstellingen, in dezelfde vergadering van de projectgroep.

De agenda van (het vervolg van) deze vergadering van de projectgroep ziet er als volgt uit:

1. Selecteren van overkoepelende maatregelen:
 - bespreken van de bestaande maatregelen op centraal niveau en gezamenlijk nadenken over eventuele bijstelling van de bestaande maatregelen;
 - gezamenlijk bepalen van aanvullende, nieuw te treffen veiligheidsmaatregelen;
 - prioriteitsstelling maatregelen: welke overkoepelende maatregelen moeten direct uitgevoerd worden, welke later.
2. Toetsen en afstemmen van de maatregelen die zijn voorgesteld door de verschillende risicoafdelingen.
3. Vastleggen van werkafspraken over het maken van uitvoeringsplannen.

Input voor (dit deel van) de vergadering vormen:

- de resultaten van het onderzoek, dat is uitgevoerd door de projectleider (interviews, personeelsenquête, nulmeting);
- de genotuleerde lijsten met voorgestelde maatregelen per risicoafdeling; deze lijsten worden ingebracht en toegelicht door vertegenwoordigers van die afdelingen.

De projectgroep toetst en bewaakt dat er per subdoelstelling adequate (niet te veel, niet te weinig) maatregelen ingezet worden om die subdoelstelling te realiseren. Als bijvoorbeeld de doelstelling 'het verbeteren van de opvang' prioriteit heeft gekregen, moet niet alle aandacht uitgaan naar het nemen van bouwkundige en technische maatregelen om het aantal incidenten terug te dringen.

III.2.3 Maatregelen concretiseren in een uitvoeringsplan

Stap 3 De werkwijze varieert per type maatregel.

1. Eenvoudige maatregelen

Voor het uitwerken van eenvoudige bouwkundige en technische maatregelen gaat de projectleider samen met het afdelingshoofd en het hoofd van de technische dienst op de betreffende locaties kijken om nader te bepalen welke maatregelen precies nodig zijn. U kunt voor deze 'schouw' ook andere betrokkenen uitnodigen (bijvoorbeeld een medewerker van de politie, hoofd afdeling beveiliging, landelijk beleidsadviseur Veiligheidszorg®, etc.).

Op grond van de schouw maakt de technische dienst een uitvoeringsplan. Dit plan wordt ter beoordeling voorgelegd aan de betreffende afdelingen en - na eventuele bijstelling en accordering - definitief vastgesteld.

Eenvoudige maatregelen kunnen over het algemeen bekostigd worden uit het reguliere budget van de technische dienst. Uitwerkingsplannen voor dit type maatregelen hoeven daarom meestal niet apart geaccordeerd te worden door de directie/het MT.

2. Complexe maatregelen

Voor het uitwerken van complexe maatregelen is het zinvol om een werkgroepje in het leven te roepen (die soms uit één persoon kan bestaan). Deze werkgroep oriënteert zich verder op deze maatregelen. De procedure is als volgt:

- verzamelen van informatie over de maatregel (bijvoorbeeld verschillende typen alarmsystemen, voor- en nadelen per type, etc.);
- terugkoppelen van deze informatie naar de 'stakeholders', of het inbrengen in het werkoverleg van de betreffende afdeling(en) om hen nadere keuzen te laten maken. Uitgangspunt is ook hier weer dat er consensus is en dus een breed draagvlak voor de gemaakte keuzen;
- aanvraag van offertes;
- voorleggen van geselecteerde offerte aan de directie/MT;
- laten uitvoeren van de maatregelen door het bureau dat de winnende offerte had opgesteld;
- eventueel deel van de uitvoering laten uitvoeren door de technische dienst of andere interne uitvoerders.

3. Overige maatregelen

Voor de overige maatregelen (organisatorische maatregelen, opleidingen) maakt de projectleider een uitwerkingsplan, dat ter toetsing wordt voorgelegd aan de risicoafdelingen voor het definitief vast te stellen.

In bijlage III-3 van de toolkit is een format te vinden van een uitvoeringsplan.

Dit plan is ook digitaal te vinden op www.veiligezorg.nl.

Onderwerpen die in een dergelijk plan minimaal (kort) aan de orde moeten komen zijn:

- nadere beschrijving te treffen maatregel,
- op welke locatie wordt de maatregel uitgevoerd,
- wanneer moet de maatregel uiterlijk ingevoerd zijn,
- wie is/zijn er betrokken bij de uitvoering,
- wat zijn de kosten,
- manier waarop de kosten worden gedekt.



Tip

Om de voortgang te bewaken is het handig om mijlpalen in te plannen. Neem minimaal in de agenda op, op welke momenten bepaalde maatregelen definitief ingevoerd moeten zijn. Ga op die datum naar de locatie of vraag telefonisch of de invoering gelukt is.

III.2.4 Budget regelen

Stap 4

Voor verschillende typen maatregelen bestaan verschillende dekkingsmogelijkheden:

1. *Opleidingen* ter dekking van een deel van de kosten kan (voorlopig nog) een beroep worden gedaan op de STIP-regeling;
2. *Kleinere bouwkundige en technische maatregelen* worden meestal bekostigd uit het reguliere budget van de technische dienst;
3. *Organisatorische maatregelen* vergen meestal aanpassing van het werkproces, extra uitgaven meestal niet nodig;
4. *Complexe, kostbare nieuwe maatregelen* hiervoor moeten apart offertes worden aangevraagd en vervolgens worden deze ter accordering voorgelegd aan de directie/het MT;
5. *Maatregelen die op langere termijn geld kosten* inplannen in de begrotingscyclus.

In hoofdlijnen bestaan er drie procedures:

1. maatregelen waarover de betreffende afdelingen zelfstandig beslissingen kunnen nemen en budget voor kunnen regelen;
2. maatregelen die met andere interne afdelingen en/of instanties afgestemd moeten worden;
3. maatregelen die eerst voorgelegd moeten worden aan de directie/het MT, die op hun beurt beslissen over het al dan niet toekennen van het benodigde budget.

Financiële procedures en bevoegdheden

Het is belangrijk om goed uit te zoeken hoe de bevoegdheden op dit gebied geregeld zijn binnen de organisatie, zodat u later niet voor onverwachte verrassingen komt te staan. Probeer antwoord te vinden op de volgende vragen.

- Tot welk budget mogen de diverse afdelingen zelfstandig beslissen?
- Beschikt u zelf als projectleider over een eigen budget?
- Hoe verloopt de procedure als u een beroep wilt doen op het budget van de technische dienst?
- Hoe ziet de begrotingscyclus er uit? Op welk moment en op welke manier moet u budget reserveren voor maatregelen?
- Zit er een maximum aan de bedragen waarvoor u kunt aankloppen bij de raad van bestuur/directie/het MT?

Budget

1. Maak een inventarisatie van de organisatorische, bouwkundige en elektronische maatregelen die noodzakelijk en/of gewenst zijn.
2. Stel prioriteiten.
3. Maak een tijdsplanning (meerjarenperspectief) waarin staat wanneer welke maatregelen gerealiseerd worden.
4. Maak samen met experts van de technische dienst een schatting van de kosten van de te realiseren eenvoudige maatregelen.
5. Vraag offertes aan voor meer complexe maatregelen.
6. Dien uiterlijk in september het totaalbudget in bij de raad van bestuur/directie/MT.
7. Meestal worden in november beslissingen genomen over aangevraagde budgetten.

In het kader van het 'plan van aanpak veiligheid werknemers' worden bij voorkeur de volgende activiteiten uitgevoerd:

1. Laat per risicoafdeling de werknemers bepalen welke van de door hen geïnterpreteerde problemen direct of op korte termijn aangepakt moeten worden en welke op (middel)lange termijn.
2. Laat de werknemers gezamenlijk bepalen welke maatregelen daarvoor het meest geschikt zijn.
3. Bepaal in de centrale projectgroep welke afdelingsoverstijgende problemen (op korte termijn) aangepakt moeten worden en kies daarvoor passende maatregelen.
4. Stem de prioriteiten van de risicoafdelingen waar nodig op elkaar af en coördineer de afdelingsoverstijgende prioriteiten.
5. Voer een schouwronde uit op de hot spots om vast te stellen welke (eenvoudige) bouwkundige en technische maatregelen concreet gewenst zijn.
6. (Laat) complexe maatregelen nader uitwerken in een uitvoeringsplan.
7. Specificeer hoeveel budget noodzakelijk is voor het realiseren van de opgestelde plannen.
8. Regel bijtijds het benodigde budget.
9. Vraag het management de plannen te accorderen.

**Repressie en kwaliteitsbeleid:
twee aanvullende benaderingen**

Vaak wordt gedacht dat agressie van klanten ontstaat omdat een klant onredelijk of 'gestoord' is. In die visie komt het gevaar van buitenaf en moet het geweerd en tegengegaan worden.

In de praktijk blijkt het complexer te liggen. Zo blijkt uit onderzoek dat het ontstaan van agressie binnen dienstverlenende organisaties in de meeste gevallen (circa 60%) verband houdt met (onvoldoende) kwaliteit van de geleverde producten en dienstverlening. Hiermee wordt overigens niet gezegd, dat een concrete aanleiding het uiten van agressie legitimeert.

Het verdient daarom aanbeveling om een tweesporenbeleid te volgen:

1. een reactief beleid gericht op de agressieve klanten zelf;
2. een pro-actief beleid gericht op het verminderen van oorzaken van agressie die samenhangen met de kwaliteitszorg binnen de organisatie.

Dit betekent dat er feitelijk twee manieren zijn waarop het handhaven van normen en waarden kan bijdragen aan het voorkomen en verminderen van agressie:

• *De externe repressieve benadering*

Centraal staat hierbij het benoemen van normen voor patiënten, bezoekers en andere externen die gebruik maken van het ziekenhuis.

Via adequate handhaving moet erop worden toegezien dat externen zich houden aan de gestelde normen. Het weren, waarschuwen en bestraffen van agressieve klanten staat hier voorop, gevolgd door een goede opvang en nazorg aan de werknemer die slachtoffer is geworden van de agressie.

• *De interne kwaliteitsbenadering*

De blik wordt naar binnen gericht op het eigen functioneren. De nadruk ligt op het optimaliseren van de kwaliteit van de producten en dienstverlening van het eigen personeel, inclusief vrijwilligers, stagiaires, bestuurders, etc.

Zelf het goede voorbeeld geven en klantvriendelijk werken en communiceren staat voorop, om patiënten en bezoekers zo min mogelijk aanleiding te geven voor irritatie en ontevredenheid. Via deze kwaliteitsbenadering wordt getracht agressie van klanten te voorkomen.

Escalatie en herhaling van incidenten wordt zoveel mogelijk tegen gegaan door te zorgen voor een goede nazorg aan de klant.

De interne kwaliteitsbenadering vormt in principe een onderdeel van het reguliere kwaliteitszorgbeleid van het ziekenhuis. In de bijlage toolkit III-4 staat achtergrondinformatie over de kwaliteitsbenadering en wordt ingegaan op randvoorwaarden en aandachtspunten.

Feitelijk kan gesteld worden dat kwaliteitsbeleid en veiligheidsbeleid elkaar hier overlappen: het probleem (agressieve patiënten en bezoekers) is hetzelfde, alleen wordt er vanuit een ander perspectief gekeken en gehandeld. Meer informatie over het verbeteren van de kwaliteit van de dienstverlening is te vinden in bijlage III-4.



Praktijkvoorbeeld

In een middelgroot ziekenhuis in de Randstad dreigt de normendiscussie vast te lopen. Redenen hiervoor zijn:

- het bestaande personeelsbeleid is slecht;
- er is weerstand om over de eigen rol bij agressie te praten (de werknemer als mogelijke medeveroorzaker van agressie).

De projectleider grijpt een recent incident aan om het proces los te trekken en de discussie opnieuw aan te zwengelen.

III.3.2 Stappenplan handhaving en repressie

Om patiënten en bezoekers adequaat te kunnen aanspreken op het schenden van normen, moet het volgende stappenplan worden doorlopen.

Stap 1 *Vaststellen normen*

De normen, die men wil handhaven binnen de organisatie, moeten helder en eenduidig vastgesteld zijn en schriftelijk zijn vastgelegd.

Binnen Veiligezorg® is er voor gekozen de normen in overleg vast te stellen. Ook hier wordt dus een bottom-upbenadering gevolgd.

Stap 2 *Opstellen handhavingprotocollen*

De wijze van strafrechtelijke handhaving van de gezamenlijk vastgestelde normen, moet helder in protocollen zijn vastgelegd.

Het ontwikkelen van deze protocollen gebeurt in overleg, intern door de medewerkers en de beveiliging, extern met justitie en politie.

Stap 3 *Geven van voorlichting*

Zowel de vastgestelde normen als de handhavingprotocollen moeten breed bekend worden gemaakt binnen en buiten de organisatie.

Stap 4 *Trainen van personeel*

Het kan verstandig zijn om, waar nodig, (bepaalde) mensen te trainen in het adequaat aanspreken van normovertreders en het omgaan met agressieve patiënten en bezoekers. Dit kan de invoering ten goede komen.

Stap 5 *Implementatie en evaluatie*

Nadat bovengenoemde voorbereidende stappen zijn uitgevoerd, kunnen de gezamenlijk vastgestelde normen en handhavingprotocollen worden geïmplementeerd. Na invoering vindt periodieke evaluatie plaats, om de gedragsregels steeds verder te optimaliseren, te actualiseren en de beleidscyclus weer rond te maken.

Deze stappen worden hieronder uitvoerig beschreven.

Aandachtspunt

Vergeet niet een of meer artsen te betrekken bij het normen en waardentraject.

U kunt ze bijvoorbeeld vragen zitting te nemen in een werkgroep die als opdracht krijgt een gedragscode op te stellen.

Stap 1

Vaststellen normen

Binnen Veiligezorg® worden de normen gezamenlijk vastgesteld. Het vaststellen van normen verloopt in drie stappen:

1. categoriseren van agressieve incidenten in drie subcategorieën,
2. normeren van die gedragingen,
3. schriftelijk vastleggen van de normen.

Hetgeen besproken en ontwikkeld is in de centrale projectgroep wordt telkens teruggekoppeld naar de werkoverleggen van de risicoafdelingen en vice versa. De projectleider is bij voorkeur aanwezig bij deze overleggen als coach en vraagbaak. De landelijk beleidsadviseur is op afroep beschikbaar voor deze vergaderingen. We zullen deze werkwijze per stap nader uitwerken.

1. Categoriseren van agressie in drie subcategorieën

Agressie wordt in het kader van Veiligezorg® onderverdeeld in de volgende drie subcategorieën:

- verbaal geweld
- serieuze bedreiging
- fysiek geweld

Schrijf tijdens de vergadering deze drie vormen van agressie op drie verschillende flip-overs. Vervolgens krijgen de deelnemers aan de vergadering de volgende opdracht:

Denk na wat je het afgelopen jaar aan agressie hebt meegemaakt. Breng vervolgens elk incident onder bij één van de drie genoemde subcategorieën.

Zo wordt elke subcategorie gevuld met concrete incidenten. Het is mogelijk dat leden van de werkgroep eenzelfde incident onderbrengen in een andere subcategorie. De besprekingen gaan door totdat consensus bestaat en een breed draagvlak is ontstaan.



Tips

- Ga eens in een wachtkamer zitten en maak aantekeningen van wat daar zoal gebeurt en mensen irriteert. Deze concrete voorbeelden kunt u vervolgens bespreekbaar maken op de afdeling.
- Het visualiseren van ongewenste situaties helpt de discussie aan te zwengelen en concreet te maken. In Deventer zijn diverse ongewenste situaties nagespeeld door een interne cabaretgroep. In Hoorn speelden acteurs het normenverhaal in de schouwburg. Alle werknemers zijn daar in groepen heen geweest.

2. Normeren van gedragingen

Het eindresultaat van het categoriseren van agressie in de subcategorieën bestaat uit drie lijsten:

- 'verbaal geweld' met daarop alle incidenten die door de werknemers beschouwd worden als verbaal geweld;
- 'serieuze bedreiging' met bijbehorende incidenten;
- 'fysiek geweld' met bijbehorende incidenten.

Deze lijsten worden vervolgens één voor één door de centrale projectgroep nader besproken en uitgewerkt.

Stel dat de projectgroep start met de lijst 'verbaal geweld'. Het doel is om elk (type) incident dat op die lijst staat, nader te analyseren. Dit kan alleen met medewerkers van de afdeling.

Voorbeeld

Als voorbeeld nemen we het (type) incident 'schelden'. In de vergadering krijgen de leden van de projectgroep de volgende opdracht:

Inventariseer welke uitingen allemaal vallen onder 'verbaal geweld' (i.c. schelden). Rangschik daarna alle gedragingen naar mate van ernst. Stel vervolgens vast waar de grens ligt: welk gedrag/welke uiting accepteren we op dit gebied nog en wat niet meer?

Een voorbeeld van het bepalen van de norm bij schelden is dat 'kutwif' een scheldwoord is dat nog wel geaccepteerd wordt, maar dat met 'kankerwif' volgens betrokkenen de norm wordt overschreden.

Op dezelfde manier worden normen bepaald voor alle andere vormen van verbaal geweld. Als er voor alle verschijningsvormen van verbaal geweld door de leden van de projectgroep consensus is bereikt over de normen die gehanteerd worden, worden deze normen voorgelegd aan de werkoverleggen van de risicoafdelingen. Deze kunnen wijzigingen en aanvullingen voorstellen, die weer teruggekoppeld worden aan de centrale projectgroep.

Op vergelijkbare wijze worden de andere twee lijsten, die van serieuze bedreiging en fysiek geweld doorgenomen.

Meestal is het bij verbaal geweld het lastigste om te bepalen wat nog wel en wat niet acceptabel is. *Richtlijn is dat de zwakste schakel, c.q. de kwetsbaarste werknemer, de ondergrens bepaalt.*

3. Schriftelijk vastleggen van de normen

Als per type agressie de normen gezamenlijk zijn bepaald, zorgt de projectleider ervoor dat deze op schrift worden gesteld. Uiteraard wordt deze schriftelijke verslaglegging ter accordering voorgelegd aan de diverse relevante organen.

Regels en normen hebben overigens geen eeuwigheidswaarde, maar moeten regelmatig worden getoetst aan de actualiteit. Vandaar dat het bespreken, toetsen en actualiseren van de normen een periodiek terugkomend agendapunt moet zijn van het werkoverleg en overleg met klanten. Evaluatie van de vastgestelde normen moet minstens elk half jaar gebeuren.

Het opstellen van normen: drie verschillende werkwijzen in praktijk

Werkwijze VieCuri

De discussie over normen en waarden startte met twee medewerkers per risicoafdeling. Uitgangspunt vormde de normen van het Westfries Gasthuis (WFG). Het proces, het discussiëren zelf, was minstens zo belangrijk als de uitkomst. Na 2,5 uur discussie werden kleine inhoudelijke wijzigingen in het WFG-model aangebracht. Dit voorstel werd voorgelegd aan de raad van bestuur. Daarnaast werd een gedragscode voor werknemers gemaakt. Hiervoor werd aansluiting gezocht bij de bestaande werkgroep klantgericht werken. Het advies aan de raad van bestuur: er moet een code komen en er is een training klantvriendelijk werken nodig.

Werkwijze Den Bosch

Door een kleine projectgroep is globaal voor het hele ziekenhuis een code opgesteld. Deze is ter toetsing voorgelegd aan de werkgroep Seksuele Intimidatie. Daarna werd deze op de verschillende afdelingen ter discussie gesteld en per afdeling nader gespecificeerd. Belangrijk is om simpele regels op te stellen (bijvoorbeeld 'Handen thuis', dat zowel kan slaan op seksuele intimidatie als op diefstal).

De projectleider verzamelt relevant materiaal van andere instellingen die een code hebben ontwikkeld, zoals penitentiaire inrichting Vught, ROC Den Bosch, College Dordrecht, etc.

Werkwijze Medisch Centrum Alkmaar (MCA)

Een klein groepje (waarin onder andere een jurist en de afdeling Communicatie zitting hadden) startte met een brainstorm via de mail over normen. Iedereen kon aangeven wat er wel en niet mag in het ziekenhuis. Dit leverde een grote lijst op. Vervolgens zijn prioriteiten gesteld. Uiteindelijk bleven een paar belangrijke regels over. Momenteel is men aan het nadenken over een aantrekkelijke vorm om deze regels te presenteren, o.a. door gebruik te maken van pictogrammen. De opgestelde regels zijn voorgelegd aan een klankbordgroep die voor Veiligezorg® is opgezet. De klankbordgroep, waarin allerlei interne en externe sleutelpersonen zitting hebben, is ingesteld om aan te sluiten bij de kennis, producten en procedures die binnen het ziekenhuis al bestaan. Samen met de klankbordgroep wordt bekeken hoe de opgestelde regels op dezelfde manier als bestaande relevante regels gepresenteerd kunnen worden.

Het vaststellen van normen speelt zich af binnen de juridische context van de gedragscode. Het kan zinvol zijn om de politie uit te nodigen voor de vergadering waarin de daadwerkelijke norm wordt bepaald, c.q. de grens wordt getrokken. Meer achtergrondinformatie en tips rondom het ontwikkelen van een gedragscode is te vinden in bijlage toolkit III-5. In bijlage toolkit III-6 is een voorbeeld opgenomen van gedragsregels voor een afdeling Spoedeisende Hulp (SEH). In bijlage III-7 is een model gedragscode te vinden die ontwikkeld is voor de sector Welzijn. Raadpleeg in dit verband ook www.gedragscodes.nl.

Stap 2

Opstellen handhavingsprotocollen

Per ziekenhuis moet concreet zijn uitgewerkt:

- een beschrijving van de manieren waarop er ingegrepen wordt als normen worden overschreden;
- een heldere verdeling van taken en verantwoordelijkheden: wie is verantwoordelijk voor wat;
- concrete werkinstructies en procedures.

De afspraken worden vastgelegd in protocollen.

De werkwijze om te komen tot zulke protocollen is vergelijkbaar aan de werkwijze voor het vaststellen van normen. Een verschil is dat de politie aanwezig moet zijn bij alle vergaderingen van de centrale projectgroep. Ook kan het zinvol zijn om voor bepaalde vergaderingen een vertegenwoordiger van het Openbaar Ministerie uit te nodigen.

Het doel van dit traject is om per type agressie (verbale agressie, serieuze bedreiging en fysieke agressie) een specifiek handhavingsprotocol op te stellen. Zo wordt bijvoorbeeld als eerste uitgewerkt op welke wijze normen op het gebied van fysieke agressie gehandhaafd worden.

Vaak komt al snel de vraag *'Hoe kan de aangifteprocedure verbeterd worden'* aan de orde.

Hiervoor moeten concrete afspraken worden gemaakt in nauw overleg de politie. Deze afspraken worden schriftelijk vastgelegd. Uiteraard kunnen de gemaakte afspraken per politieregio verschillen, aangezien politiekorpsen per regio anders georganiseerd kunnen zijn.

Om consensus en draagvlak te krijgen worden de protocollen die de centrale projectgroep heeft ontwikkeld, voorgelegd aan de werkoverleggen van de risicoafdelingen. Eindresultaat: drie handhavingsprotocollen, voor elke vorm van agressie één. Daarna worden afspraken gemaakt over de invoeringsdatum van de protocollen en bijbehorende afspraken. Dit tijdstip wordt bijtijds naar alle interne en externe (handhavings-)partners gecommuniceerd.

De projectleider ziet erop toe dat één en ander nauwkeurig en helder vastgelegd wordt op papier.

Verskillende handhavingsstrategieën: straffen of belonen

Als een regel of norm wordt overtreden, volgt daar meestal een sanctie op.

Politie- en beveiligingsfunctionarissen treden bij uitstek straffend op.

Psychologen weten echter dat het handhaven van regels ook gestimuleerd kan worden via het belonen van gedrag en het maken van complimenten.

Het beste is om waar mogelijk belonend en indien nodig straffend op te treden.

- Probeer na een overtreding de overtreder te verleiden tot het gewenste gedrag. Gebruik daarbij humor. Het effect van verleiden tot gewenst gedrag is vaak groter dan het effect van straffen.
- Als het opleggen van sancties noodzakelijk is, zorg er dan voor dat ze altijd uitgevoerd worden. Als sancties niet worden uitgevoerd, stimuleert dat de overtreder tot het opnieuw overtreden van regels. De regels lijken immers niet serieus genomen te worden door het ziekenhuis zelf.

Stap 3

Geven van voorlichting

De vastgestelde normen en handhavingsprotocollen zijn schriftelijk vastgelegd.

Nu moeten ze bekend worden gemaakt. Uitgebreide schriftelijke notities zijn echter niet aantrekkelijk om integraal te verspreiden binnen en buiten de organisatie.

Daarom is het zinvol de kern van de normen en handhavingsstrategieën op een aantrekkelijke manier kort te verwoorden en vorm te geven.

Het formuleren van huisregels en gedragsregels kan hierbij helpen. Richtlijnen voor het ontwerpen van huisregels/gedragsregels zijn:

- Formuleer regels liever positief dan negatief. Negatief geformuleerde regels lokken overtredingen uit.
- Stel regels eenduidig op. Houdt er rekening mee dat diverse begrippen per cultuur kunnen verschillen.
- Zorg voor een beperkt aantal regels anders wordt handhaving lastig.
- Regels zijn niet éénmalig, ze moeten regelmatig besproken, geëvalueerd en aangepast worden.

Voorbeeld van aantrekkelijk geformuleerde huisregels/gedragsregels

- Hebt u een vraag, vraag het ons.
- Hebt u een probleem, zeg het ons.
- We luisteren naar u, u luistert naar ons.
- Zorg voor een goed humeur.
- We hebben respect voor elkaar.
- We letten op elkaar en elkaars spullen.
- Blowen mag, maar dan wel graag buiten.
- Messen horen in de keuken en niet in uw zak.
- Drinken mag, maar niet te veel.
- Handen thuis in dit ziekenhuis.
- Iedereen is verschillend, maar we doen het samen.

De regels kunnen uiteraard worden gecommuniceerd via de reguliere interne en externe media. Dit geldt ook voor algemene informatie over het normentraject, de manier van handhaving, het tijdstip van invoering en de afspraken die gemaakt zijn met de politie en andere betrokkenen.

Daarnaast is het aan te raden om meer specifiek voorlichtingsmateriaal te ontwikkelen.

Hiervoor is in het Westfries Gasthuis een klein, aantrekkelijk vormgegeven, foldertje ontwikkeld. De kern van het normen en waardentraject is zo in een oogopslag te zien. Deze foldertjes kunnen worden overgenomen door de andere deelnemende ziekenhuizen. Het is echter beter als elk ziekenhuis zijn eigen foldertje op maat maakt.

Dit betekent dat de volgende activiteiten moeten worden uitgevoerd:

- vaststellen korte tekst, die de kern van traject goed weergeeft; zowel de vastgestelde normen als de handhavingsstrategieën,
- bepalen vormgeving, pictogrammen, etc,
- inhuren vormgevingsbureau om de folder te ontwerpen en te produceren,
- maken van een verspreidingsplan.

Uiteraard kost het inhuren van een vormgevingsbureau en het laten vermenigvuldigen van de folders geld. Hier moet dus budget voor worden gereserveerd.

Stap 4

Trainen van personeel

Het is belangrijk dat ziekenhuismedewerkers, inclusief vrijwilligers en stagiaires, niet alleen in theorie weten hoe er moet worden gereageerd op geweld, agressie en seksuele intimidatie van een patiënt of bezoeker. Ze moeten ook beschikken over de concrete vaardigheden die nodig zijn om adequaat te reageren. Als medewerkers zich deze vaardigheden eigen maken, zijn escalaties van incidenten vaak te voorkomen.



Tips

- Zorg dat degene(n) die waarschuwingen en ontheffingen uitdelen (gele en rode kaarten) allemaal een cursus 'omgaan met agressie' hebben gehad.
 - Regel dat het uitreiken van waarschuwingen en ontheffingen niet op naam van de uitreiker geschiedt, maar namens het ziekenhuisbestuur.
- In praktijk blijkt dat de uitreiker, die met naam en toenaam bekend is, anders na afloop lastig gevallen kan worden door degene die een waarschuwing of ontheffing heeft gekregen.

Agressie kan zich richten op de medewerker zelf (op de man spelen) of op de organisatie, de dienstverlening en de producten (de bal spelen).



Op de man spelen

Als 'op de man' gespeeld wordt, kan de medewerker als volgt reageren:

- negeer (kort) de emoties
- roep de ander tot de orde
- stel de ander voor een keuze
- sluit het gesprek (zo snel mogelijk) af

Een ziekenhuis kan (enkele) medewerkers een training laten volgen bij een van de erkende trainingsbureaus op dit gebied. Trainingen kunnen in-company worden gegeven. Bijvoorbeeld voor het hele team van een risicoafdeling. Soms is het echter zinnig om individuele werknemers gericht naar specifieke trainingen te sturen. Aanleiding hiervoor kan zijn dat een bepaalde medewerker opvallend vaak betrokken is bij een incident.



Praktijkvoorbeeld

In Den Bosch is een try-out geweest van een training, gericht op het implementeren van de vastgestelde normen. Daaruit bleek dat het essentieel is dat iedereen op de afdeling zich zoveel mogelijk aan de normen houdt, omdat je anders je collega's in gevaar brengt. De leidinggevenden moeten hier op letten.

Het niet handhaven van normen is niet altijd onwil van mensen. Vaak vinden ze het lastig of eng om dit te doen. Simpel afdwingen helpt niet. Het is beter om het bespreekbaar te maken. Al met al werd de training als zeer nuttig ervaren. Knelpunt is echter dat er vooralsnog geen budget is om deze training op alle risicoafdelingen te geven

Analyseren van opvallende patronen

Als een werknemer opvallend vaak betrokken is bij incidenten, is het verstandig om goed te analyseren wat de oorzaak hiervan is.

Mogelijke oorzaken kunnen zijn:

- *Gebrek aan vakkennis en beroepsmatige vaardigheden*

Als een werknemer zijn functie niet goed uitoefent vanwege gebrek aan (actuele) kennis en vaardigheden, kan dit extra irritatie en agressie bij klanten opwekken. In een dergelijk geval is het verstandig om de werknemer naar een bijscholingscursus of beroepstraining te sturen.

- *Gebrek aan doelmatige beveiliging van een risicovolle hot spot*

Als blijkt dat de betreffende medewerker op een zeer risicovolle locatie werkt of een zeer risicovolle functie heeft, kunnen aanvullende preventieve maatregelen of extra beveiliging nodig zijn om de (te) grote risico's te verminderen.

- *Gebrek aan kennis en vaardigheden met betrekking tot agressieve klanten*

Als meerdere werknemers in dezelfde situatie of functie werken en slechts één iemand telkens het slachtoffer is van agressie, is er misschien iets anders aan de hand. Het lijkt er dan op dat het ook aan de betreffende persoon ligt. Dan is het verstandig om de betreffende medewerker een cursus omgaan met agressie (of een andere agressietraining) te laten volgen. Dit is zinvol om verdere incidenten te voorkomen en het kan ziekteverzuim en uitval van de medewerker voor zijn.

Extra aandacht voor opvang van en nazorg aan de betreffende medewerker is hier uiteraard ook raadzaam, aangezien vele kleine incidenten langzaam maar zeker een steeds grotere impact zullen hebben op (het functioneren van) de medewerker.

Vanzelfsprekend is het verstandig om eerst de betreffende persoon te vragen wat naar zijn/haar mening de oorzaak van de problemen is en te peilen welke opleidingsbehoefte de werknemer zelf heeft.

Stap 5

Implementatie en evaluatie

Gemaakte fouten en incidenten bieden een kans om te leren. Voorwaarden om van zulke incidenten te kunnen leren zijn:

- Registreer en analyseer de incidenten (monitoring).
Door systematisch de gemaakte fouten en incidenten te registreren (bijvoorbeeld in het ZIR) en daarna te analyseren, kunnen mogelijke patronen tijdig gesignaleerd en aangepakt worden.
- Bespreek de incidenten periodiek in het werkoverleg.
Door in het werkoverleg de incidenten samen te bespreken, kan nagegaan worden wat de mogelijke oorzaken van de incidenten zijn en wat er verbeterd kan worden aan de handhaving, preventie en nazorg.

Evaluatie via het werkoverleg

Het is belangrijk om de incidenten die zich voordoen te bespreken. Doel van de bespreking is o.a. om na te gaan waarom iets fout ging en wat er moet gebeuren om ervoor te zorgen dat het een volgende keer beter gaat. Deze evaluatiegesprekken kunnen leiden tot diverse soorten bijstellingen.

Optimaliseren van de handhaving, repressie en nazorg via:

- bijstellen van de normen,
- bijstellen van de handhavingsprocedures,
- maken van aanvullende afspraken met betrekking tot de nazorg.

Optimaliseren van de preventie via:

- bijstellen van de bejegening van bepaalde doelgroepen,
- bijstellen van het aanbod aan bepaalde doelgroepen,
- op een andere manier verbeteren van de klantgerichtheid,
- bijstellen van bestaande preventieve maatregelen,
- invoeren van aanvullende preventieve maatregelen.



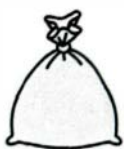
Tip: Eerst opvang bespreken, dan preventie

Een gouden regel voor dit soort gesprekken: besteed eerst aandacht aan de werknemer die slachtoffer is geworden van agressie. Verifieer hoe de persoon erbij zit, welke opvang, begeleiding en nazorg hij of zij al heeft gekregen en welke aanvullende behoeften er nog zijn. Pas daarna is er (psychologische) ruimte om de oorzaken van incidenten samen te analyseren met als doel te leren hoe er veiliger gewerkt kan worden binnen het team, de afdeling en het ziekenhuis in bredere zin.

Praktische instructie voor bespreking Veiligezorg® tijdens het werkoverleg

Veiligezorg® moet een vast agendapunt worden van het reguliere werkoverleg.

Afhankelijk van de fase waarin Veiligezorg® zit, wordt dit agendapunt anders ingevuld.



Agenda werkoverleg tijdens kleurenmethode: vuilniszakkendag

Om te komen tot kleurenconsensus moet één zeer uitgebreide vergadering en als dat nodig is, meerdere vergaderingen ingepland en vrij gemaakt worden.

Het normen en waardentraject wordt pas ingezet nadat er kleurenconsensus is

bereikt in het werkoverleg van de risicoafdeling. De vergadering naar aanleiding van de resultaten van de kleurenmethode heet ook wel 'vuilniszakkendag'. Alle incidenten uit de voorgaande periode en al het oud zeer, wordt boven tafel gehaald en besproken.

*Agenda werkoverleg tijdens ontwikkelen normen en waardentraject:
bespreken en checken voorstellen centrale projectgroep*

De werkoverleggen daarna staan in het teken van het opstellen van de normen en handhavingsprotocollen. De resultaten van de centrale projectgroep worden periodiek voorgelegd aan de werkoverleggen, om zo consensus te creëren. Hier wordt elke vergadering de nodige tijd voor ingeruimd (gemiddeld circa een uur).

*Agenda werkoverleg na implementatie normen en waardentraject:
structurele en systematische evaluatie*

Na circa vijf maanden, als de normen en protocollen zijn vastgelegd, kan de implementatie beginnen. Na de invoering van de normen en protocollen, wordt in elke vergadering aandacht besteed aan de evaluatie van het normen en waardentraject. Daarnaast moeten natuurlijk de reguliere lopende zaken van het plan Veiligezorg® op de agenda staan.

Vaste agendapunten Veiligezorg® voor het werkoverleg

- *Kort verslag lopende zaken Veiligezorg®.*
- *Terugkoppeling van incidenten die op de vorige vergadering gemeld zijn.*
De huidige status en follow up worden besproken.
- *Terugkoppeling over afspraken die vorige keer gemaakt zijn.*
Hier wordt bijvoorbeeld besproken in hoeverre de afspraken (bijv. het voortaan behandelen van bepaalde klanten in een andere behandelkamer) ook daadwerkelijk nagekomen worden en zo nee, waarom niet.
- *Melden nieuwe incidenten: Wat is er gebeurd?*
Bespreking van feitelijk incident en de manier waarop er door betrokkenen is gereageerd.
- *Bespreken van deze incidenten: Wat heeft dit met de betrokken medewerkers gedaan?*
Hier wordt nagegaan welke begeleiding en opvang er plaatsvond en in hoeverre er bij de medewerker(s) behoefte bestaat aan aanvullende opvang.
- *Hoe zouden deze incidenten voorkomen kunnen worden?*
Bespreking van mogelijke oorzaken en te treffen maatregelen.
- *Samenvatten en vastleggen gemaakte afspraken over opvang en verbeteren handhaving en/of preventie.*

Gemiddeld kost het bespreken van de agendapunten rondom Veiligezorg® 15 tot 30 minuten per werkoverleg. Vraag de projectleider als 'coach' aanwezig te zijn bij het bespreken van het agendapunt Veiligezorg®.

De gemaakte afspraken worden vervolgens goed gecommuniceerd naar diegenen die niet op de vergadering waren. Vraag hen ook of zij recent nog bepaalde incidenten hebben meegemaakt en behoefte hebben aan aanvullende opvang. Deze incidenten worden op een volgende vergadering alsnog besproken.

In het kader van het normen en waardentraject van Veiligezorg® worden bij voorkeur de volgende activiteiten uitgevoerd:

1. het bespreken en in eerste aanleg vaststellen van normen voor verbale agressie, ernstige bedreiging en fysieke agressie;
2. het bereiken van consensus over de normen in alle relevante organen;
3. het schriftelijk vastleggen van deze normen;
4. het bespreken en in eerste aanleg vaststellen van handhavingsprotocollen in de centrale projectgroep voor verbale agressie, ernstige bedreiging en fysieke agressie;
5. het toetsen en aanvullen van deze protocollen in het werkoverleg van de risicoafdelingen;
6. het bereiken van consensus over de protocollen in alle relevante organen;
7. het schriftelijk vastleggen van deze protocollen;
8. het (laten) vervaardigen van een brochure/flyer waarin de kern van de normen en protocollen verwoord staan;
9. het geven van voorlichting over de vastgestelde normen en protocollen aan relevante doelgroepen binnen en buiten de organisatie;
10. het, voor zover nodig, organiseren van trainingen voor het personeel;
11. het periodiek en systematisch evalueren van de vastgestelde normen en protocollen.

Daarnaast is het advies aandacht te besteden aan het verbeteren van de kwaliteit van de dienstverlening, omdat daarmee veel agressie voorkomen kan worden. Meer informatie hierover is te vinden in bijlage III-4.

Een specifiek onderdeel vormt het opstellen van een ziekenhuisbrede gedragscode. Achtergrondinformatie en tips over dit onderwerp vindt u in bijlage III-5 van de toolkit.

De handleiding opvang van werknemers

De Arbowet verplicht de werkgever te zorgen voor opvang, begeleiding en nazorg van alle personeelsleden na incidenten en schokkende gebeurtenissen. De wet geeft echter niet aan hoe de opvang, begeleiding en nazorg in de praktijk moet worden uitgewerkt. Organisaties moeten dit zelf doen. Wel stelt de wet dat daarbij rekening moet worden gehouden met de laatste stand van zaken op wetenschappelijk gebied. In de praktijk zijn diverse opvangmodellen te onderscheiden. Elk model is geschikt voor een ander type incident. Elk model heeft voor- en nadelen.

In de SDu-uitgave 'Handleiding opvang van werknemers na agressie en geweld op de werkplek', staat nauwkeurig beschreven hoe die verschillende opvangmodellen er uit zien en hoe opvangbeleid in de praktijk ontwikkeld kan worden. Vooral het daarin opgenomen werkboek is een praktische handleiding voor projectleiders die belast zijn met het ontwikkelen, implementeren en evalueren van het opvangbeleid. We zullen in dit handboek Veiligheidszorg® deze informatie niet herhalen. We volstaan met een verwijzing naar de websites waar dit handboek te downloaden is.

**Tip**

Voor ontwikkeling en/of verbetering van uw opvangbeleid, is het door SDu uitgegeven 'Handboek opvang van werknemers na agressie en geweld' een rijke bron van informatie.

U kunt dit handboek gratis downloaden via de websites van de auteurs op www.dsp-groep.nl en www.sao.nl.

In dit handboek Veiligheidszorg® geven we beknopte aanvullende informatie. De nadruk ligt op het beantwoorden van enkele vragen die in de praktijk vaak worden gesteld. Deze vragen zijn in drie categorieën in te delen:

1. Bestaat opvang enkel uit het voeren van gesprekken met slachtoffers over het opgedane leed of zijn er ook nog andere activiteiten die verplicht zijn?
2. a) Is een bedrijfsopvangteam (BOT-team) voor ziekenhuizen het enige antwoord op de verplichting tot opvang, begeleiding en nazorg na incidenten en schokkende gebeurtenissen?
b) Welke modellen zijn er voor opvang, begeleiding en nazorg?
3. Hoe moeten opvang, begeleiding en nazorg organisatorisch worden ingebed?

In de volgende paragrafen worden deze vragen behandeld.

1. Bestaat opvang alleen uit gesprekken?

Opvang van werknemers wordt bij voorkeur uitgevoerd door collega's. Deze blijken in de praktijk echter vaak de neiging te hebben om het werk en het jargon van psychologen na te bootsen.

Dit kan leiden tot de volgende ongewenste gedragingen:

- collega-opvangers gaan zeggen dat iemand een 'psychotrauma' heeft opgelopen;
- collega-opvangers vragen te veel door op emoties en gedachten;
- collega-opvangers gaan te diep in op mogelijke klachten;
- er wordt niet ingegaan op de opgelopen (fysieke) schade;
- collega-opvangers voeren alleen maar gesprekken, er vindt geen praktische en juridische begeleiding plaats.

Dit is allemaal NIET de bedoeling. Wetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond dat adequate opvang het volgende inhoudt:

• *Begeleiding bij herstel van schade*

Vernieling en schade, veroorzaakt door het incident, moeten door de werkgever worden hersteld.

• *Praktische begeleiding*

De getroffen personen moeten praktisch worden bijgestaan door de organisatie. Bijvoorbeeld: ondersteuning bij het doen van aangifte, eventueel meegaan naar het ziekenhuis / de huisarts en ondersteuning bij het invullen van verzekeringspapieren.



Tip

Aangifte bij de politie kan niet anoniem. De aangever is echter wel vrij om domicilie (woonplaats) te kiezen. Gebruik de adresgegevens van het ziekenhuis in plaats van het privé-adres. Geef ook niet het eigen 06-nummer op. Zo wordt stal-ken voorkomen. Op dit moment wordt de mogelijkheid onderzocht om niet op naam, maar op sofinummer aangifte te doen.

• *Organiseren van verschillende typen opvang voor verschillende typen incidenten*

Het is essentieel om de opvang te differentiëren per type incident. Dit houdt in dat er in het opvangbeleid onderscheid gemaakt wordt tussen:

- een 'klein' incident
- opstapeling van meerdere 'kleine' incidenten
- een ernstig incident (bijv. een overval, vechtpartij, seksuele intimidatie)
- een calamiteit (bijv. grote brand, busongeluk tijdens personeelsuitje)

Voor deze diverse typen incidenten zijn in de praktijk verschillende opvangmodellen ontwikkeld.

• *Nazorg: regelen van doorverwijzing naar specialisten*

Voor bepaalde soorten slachtoffers schiet collegiale opvang tekort. In zulke gevallen is het belangrijk dat getroffen en snel worden doorverwezen naar specialisten voor psychotherapie voor een posttraumatische stress-stoornis. Dit is direct nodig bij getroffen en met verhoogde prikkelbaarheid (moeite met in of doorslapen, prikkelbaarheid of woede-uitbarstingen, concentratieproblemen, overmatige waakzaamheid en overdreven schrikreacties).

• *Voeren van gesprekken volgens protocol*

Zo maar een gesprek voeren met een slachtoffer is contraproductief en brengt zelfs risico's met zich mee. Een niet goed gevoerd gesprek kan tot meer klachten leiden dan wanneer helemaal geen gesprek wordt gevoerd. De collega-opvanger moet dus goed weten wat hij doet. Het is bijvoorbeeld belangrijk om tijdens gesprekken de nadruk te leggen op in chronologische volgorde vertellen van de feiten. Het is verstandig om het 3-5 gesprekken-model te volgen. Daarbij moet per gesprek een vast gespreksprotocol worden gehanteerd. Om het gespreksprotocol op een goede manier te gebruiken is training nodig.

2. Opvang voor ziekenhuizen altijd door een BOT-team?

Het BOT-team model is van oorsprong door de Nederlandse politie ontwikkeld. BOT staat voor bedrijfsopvangteam. BOT staat ook voor meerdere gesprekken met de getroffen en. BOT staat voor opvang na ernstige incidenten. BOT staat niet voor opvang na 'kleine' incidenten of de opstapeling daarvan. BOT staat ook niet voor begeleiding en verwijzingen voor nazorg BOT-teams hanteren het 3-5 gesprekken-model.

Dit model wordt gehanteerd bij ernstige incidenten. Na elk incident regelt de leidinggevende voor de getroffen en opvang via een getrainde collega-opvanger. De gehele opvang verloopt aan de hand van een vast draaiboek met bijbehorende procedures.

Andere opvangmodellen:

• *Collegiale opvang (vertrouwde collega)*

De kern van opvang is een collega die echt in de ander geïnteresseerd is ook als die ander iets naars heeft meegemaakt. Dat wil zeggen, dat deze collega uit zichzelf op een getroffen collega afstapt en zegt: "Ik heb gehoord dat jij iets vervelends hebt meegemaakt. Wil je er wat over vertellen? Ik heb nu tijd om naar je te luisteren". In de praktijk wordt een dergelijke opvang collegiale opvang genoemd. In dit model stapt bij elk klein incident een vertrouwde collega af op een getroffen collega. Deze gesprekken moeten gevoerd worden aan de hand van een vast gespreksprotocol. De kern daarvan is: collegiaal Luisteren, Samenvatten en Doorvragen (LSD-aanpak). Door de getroffen zeer spaarzaam te adviseren wordt de zelfredzaamheid van het slachtoffer bevorderd. In feite moeten adviezen over wat het beste kan worden gedaan, achterwege blijven.

- *Teamgericht Zorgoverleg over Agressie en Schokkende gebeurtenissen (TZAS) (werkoverleg)*

Via een vast gespreksmodel wordt met dit model de collegiale opvang onder de loep genomen en voorzien van een verbeterplan.

Eindverantwoordelijk voor de uitvoering zijn de leidinggevendenden van teams (zorg- en behandleindverantwoordelijken). Het model is een vorm van werkoverleg met daaraan een vast verbeterplan gekoppeld. Dat verbeterplan wordt opgesteld op grond van concrete ervaringen met incidenten van leden van het team.

■ *Crisismanagement*

Bij grote calamiteiten wordt een crisisteam ingesteld onder leiding van de hoogst leidinggevende (meestal een lid van de raad van bestuur). Dit crisisteam werkt volgens de principes van crisismanagement. Het crisisteam komt een beperkt aantal keren bijeen en wordt bijgestaan door werkgroepen aangestuurd door leden van het crisisteam. Hoofddoel van het crisisteam is vaak het bewerkstelligen van orde en rust zodat de staande organisatie het werk weer kan oppakken.

Concreet moet elke organisatie de volgende *inhoudelijke beslissingen* nemen over de aanpak van opvang, begeleiding en nazorg.

■ *Opvangmodel*

Besluit of voor elke vorm van opvang, begeleiding en nazorg een model uitgewerkt moet worden. Kan volstaan worden met een BOT-team of is het ook wenselijk om een model uit te werken voor kleine incidenten, die zich opstapelen en/of een model voor calamiteiten?

■ *Beleidsplan*

Het moet duidelijk zijn wie verantwoordelijk is voor het vaststellen van het beleid met betrekking tot opvang, begeleiding en nazorg. Een beleidsplan geeft helderheid over de randvoorwaarden van het opvangbeleid, zoals budget, tijd en middelen die beschikbaar zijn.

■ *Werkinstructie*

Het moet duidelijk zijn wie de bijbehorende werkinstructie (draaiboek en procedures) ontwikkelt. Alleen een beleidsplan is onvoldoende.

• *Implementatie*

Besluit wie verantwoordelijk is voor de uitvoering van het opvangbeleid en de bijbehorende opvangmodellen. Wat zijn de taken en verantwoordelijkheden van iedereen?

Los van die meer inhoudelijke beslissingen moet elke organisatie een aantal *beslissingen nemen over oefenen en trainen*.

Oefenen en trainen is noodzakelijk om de uitvoer van de opvangmodellen goed te laten verlopen. Afhankelijk van de keuze voor verschillende opvangmodellen moet de organisatie over het oefenen en trainen de volgende besluiten nemen.

• *Crisismodel*

Welke disciplines (bijvoorbeeld communicatie) komen in het crisisteam terecht? Wie is de voorzitter van het crisisteam? Welke externe deskundigen worden procesmanagers bij een crisis? Hoe vaak per jaar oefent het crisisteam? Wie traint dit crisisteam?

- 3-5 gesprekken model

Wie is belast met de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de opvang, begeleiding en nazorg (mogelijk zijn: leidinggevend en een coördinator van het opvangteam)? De organisatie stelt vast hoeveel collega-opvangsters er nodig zijn. Verder stelt de organisatie vast wie direct aan de collega-opvangsters leiding geeft of deze ondersteunt. Wie voert de werving en selectie van collega-opvangsters uit? Voor deze collega-opvangsters zal een opleidings- en onderhoudsplan moeten worden opgesteld

- Teamgericht Zorgoverleg over Agressie en Schokkende gebeurtenissen (TZAS)

Welke afdelingen van de organisatie gaan TZAS regelmatig uitvoeren? Hoe vaak per jaar voeren deze afdelingen TZAS uit? Welke leidinggevende/medewerker van een afdeling wordt opgeleid als TZAS- gespreksleider (een soort van vergadervoorzitter)? Welke leidinggevende per afdeling ziet toe op de uitvoering en de resultaten van TZAS (= uitvoering verbeterplannen)? Wie plant het TZAS en wie organiseert een training.

Het is zinvol dat de projectleider Veiligezorg® nagaat welke keuzen er door het ziekenhuis zijn gemaakt op dit gebied. Hij bekijkt welke zaken nog ontbreken en aangekaart kunnen worden.

3. Organisatorische inbedding van opvang, begeleiding en nazorg

In de praktijk is met verschillende organisatorische aanpakken voor de inbedding van opvang, begeleiding en nazorg geëxperimenteerd.

Hieronder staan verschillende opties.

- *Inbedding in het bedrijfsmaatschappelijk werk/de psychologische dienst*

Voordeel hiervan is dat er op deze manier automatisch een achterwacht is met verstand van zaken. Nadeel is dat de organisatie opvang, begeleiding en nazorg als een vreemde eend in de bijt blijft ervaren. Deze vorm van inbedding is niet geschikt voor crisisopvang en Teamgericht Zorgoverleg over Agressie en Schokkende gebeurtenissen. Het bedrijfsmaatschappelijke werk heeft immers geen lijnbevoegdheden.

- *Inbedding in het lijnmanagement*

Het voordeel is dat de lijnmanager direct belang heeft bij de opvang, begeleiding en nazorg. Het directe belang is terugdringen van concentratieverlies, ziekteverzuim en in ieder geval bevorderen van collegiale steun. Nadeel is dat de lijnmanager niet precies weet wat opvang, begeleiding en nazorg is. Daarom zijn een uitgebreide voorlichting en mogelijk workshops opvang, begeleiding en nazorg voor leidinggevend noodzakelijk. Deze vorm van inbedding is voor alle opvangmodellen zeer geschikt.

- *Geen inbedding, maar inhuren via arbodiensten en externe opvangbedrijven*

Voordeel hiervan is dat de kosten binnen de perken blijven. Er wordt alleen iets aan opvang gedaan als er echt iets 'heel ergs' aan de hand is. Nadeel is dat er in de organisatie geen basis wordt gelegd voor goede collegiale opvang na incidenten.

ten en schokkende gebeurtenissen. Immers de opvang kan worden afgeschoven op het externe bedrijf. Het gevaar bestaat dat de medewerkers gaan denken dat incidenten bij het werk horen. Via deze externe diensten zijn overigens alle vormen van opvang in te huren.

Los van de eerder genoemde inhoudelijk te nemen besluiten moet de organisatie een beslissing nemen over de organisatorische inbedding van opvang, begeleiding en nazorg na incidenten en schokkende gebeurtenissen. Het is verstandig om dit te laten voorbereiden door een goed samengestelde groep werknemers die afkomstig zijn uit verschillende geledingen van de organisatie.

Deze groep dient een gedegen advies uit te brengen over de beste wijze van organisatorische inbedding.

Een goede werkmethode hiervoor is om bij alledrie de hierboven geschetste scenario's de diverse praktische voor en nadelen op een rijtje zetten. Op grond daarvan kan vervolgens een goed onderbouwde afweging en keuze worden gemaakt.

Hoe de organisatie zich kan voorbereiden op besluitvorming rondom opvang vindt u in deze korte checklist.

Allereerst kan de directie een werkgroep instellen. De inzet van de projectgroep Veiligezorg® is hierbij mogelijk. De checklist is gebaseerd op de veronderstelling dat de projectgroep de directie adviseert over het opvangbeleid. Daarbij kunnen de volgende stappen worden gevolgd:

1. onderzoeken van de huidige opvang en de ervaringen daarmee binnen het ziekenhuis;
2. opstellen beleidsplan;
3. instemming vragen van de directie (incl. te besteden budget, tijd en middelen);
4. opstellen uitvoering beleidsplan (incl. projectplan en opleidingsplan);
5. instemming vragen van de directie (incl. bijstelling te besteden budget, tijd en middelen);
6. uitvoering beleidsplan neerleggen bij de door de directie gewenste uitvoeringsinstelling, te weten het bedrijfsmaatschappelijk werk, lijnmanagement en/of ingehuurde bedrijven.

ZIR

Het project 'Veiligezorg®' gaat geweld binnen ziekenhuismuren te lijf. Tachtig procent van de artsen en verpleegkundigen in de Nederlandse ziekenhuizen heeft te maken met agressie en geweld. Vooral op de Spoedeisende Hulp, bij de portier, aan de balie en op de psychiatrische afdeling groeit het aantal geweldsincidenten. Reden voor ziekenhuizen om dit probleem aan te pakken. Om te bepalen of de aanpak effect heeft, moeten de feiten worden vastgelegd. Voor de automatisering van dit proces heeft VX Company in opdracht van Sectorfonds Zorg, het Ziekenhuis Incident Registratiesysteem (ZIR) gebouwd. Een webapplicatie waarmee incidenten centraal, eenduidig en veilig worden geregistreerd. Begin juni zijn veertien ziekenhuizen gestart met de online registratie. Vanaf 2004 sluiten steeds meer ziekenhuizen zich aan. Een goed voorbeeld van een publiekprivate samenwerking. Het project Veiligezorg® heeft inmiddels meerdere prijzen gewonnen waaronder de European Good Practices Award in Safety And Health at Work.

Situatie

Veiligezorg® is een van de grootste projecten van het Arboconvenant Ziekenhuizen. Doel is zorgverleners te beschermen tegen agressief gedrag. Dat vraagt om inzicht. Een goede incidentenregistratie is een belangrijk onderdeel van het project. Een systeem dat precies achterhaalt waar het meeste geweld voorkomt, informatie over de geweldplegers en de aard van het delict, op welke tijdstippen en afdelingen en of dit tot ziekteverzuim leidt. Met deze gegevens geeft Sectorfonds Zorg beleidsadvies aan ziekenhuizen (individueel en landelijk), ministeries en justitie/politie. Zorgverleners moeten gemakkelijk incidenten kunnen melden. Zorgplicht staat voorop! Het systeem staat los van de bestaande IT-infrastructuur van de ziekenhuizen. De applicatie moet flexibel en schaalbaar zijn en voldoen aan de eisen van College Bescherming Persoonsgegevens (CBP). Rapportage moet worden aangeboden via het web. Sectorfonds Zorg benaderde Microsoft Gold Certified Partner VX Company om dat te vertalen naar automatisering.

Processen vertaald naar automatisering

Veertien ziekenhuizen doen mee aan de pilot. In nauwe samenwerking met de gebruikersgroep heeft VX Company de processen van Veiligezorg® geanalyseerd. De set aan procedures, gedragsregels en voorlichtingmateriaal voor de ziekenhuizen is één op één terug te vinden in de webapplicatie. "Wij hebben Sectorfonds Zorg goed kunnen ondersteunen door het proces helder te vertalen naar IT. Een gebruikersgerichte aanpak is hierbij een bewuste keuze, de gebruikers zagen vanaf het begin al voorbeeldschermen" aldus Marjon van Schendel, projectmanager VX Company.

Maatwerkoplossing met standaardcomponenten

Om voor alle ziekenhuizen toegang tot het systeem mogelijk te maken, was een webapplicatie een logische keuze. Om tot een flexibele en schaalbare webapplicatie te komen, werd gekozen voor Microsoft .NET technologie. Het Ziekenhuis Incident Registratiesysteem kent een drie-lagen-architectuur; de data, business logica en presentatie zijn in drie volledig gescheiden lagen ondergebracht. Het systeem draait op Microsoft Windows 2000 Server en als database wordt Microsoft SQL Server 2000 gebruikt. Het programmeerwerk is gedaan met behulp van Microsoft .NET Framework en Microsoft Visual Studio.NET.

Snelheid en gemak door .NET ontwikkelstraat

Voor het project is gebruikgemaakt van de VX Company .NET ontwikkelstraat. Zo werd het bedrijfsproces bij Sectorfonds Zorg niet verstoord. De aanpak omvat alle processen, standaarden, richtlijnen en tools die een snelle fabrieksmatige ontwikkeling ondersteunen. Een speciaal ingericht portaal zorgt ervoor dat alle deelnemers aan het project op elk moment de voortgang kunnen monitoren. Iedereen weet precies wanneer welke stappen worden gezet. VX Company doet ook het beheer van ZIR. De projectmatige aanpak garandeert kwaliteit en geeft vooraf zekerheid over kosten en doorlooptijd. "Microsoft Nederland heeft de architectuur en het programmeerwerk gecheckt en haar kwaliteitskeurmerk aan de webapplicatie gegeven" aldus Harm Kappen, account manager VX Company.

Volledig beveiligd

De beveiliging is op basis van Public Key Infrastructure geregeld; de eisen die de overheid stelt bij communicatie van vertrouwelijke gegevens over internet. Encryptie en firewalls zorgen ervoor dat niemand de berichten onderweg onderschept of verandert. De beheerder van ZIR is de spil in het registratieproces. Hij zorgt ervoor dat de incidenten worden geregistreerd. Om zeker te weten dat hij ook degene is die hij zegt dat hij is, moet naast loginnaam en password ook een One Time Password (OTP) worden ingevoerd. In de autorisatiemodule is precies geregeld wie inzage in de incidentengegevens heeft en wie niet. Het ene ziekenhuis mag bijvoorbeeld niet de registratiegegevens van het andere inzien. Zo worden de persoonsgegevens volgens de Wet Bescherming Persoonsgegevens beschermd.

Metten = weten

Het ZIR geeft concrete informatie over wat er in de ziekenhuizen gebeurt. Op ziekenhuisniveau kan de beheerder van ZIR (bijvoorbeeld Hoofd BHV, arbocoördinator, hoofd Beveiliging) incidenten opvolgen en bewaken. Zo kan hij personeelszorg inschakelen, de incidentstatus bij politie monitoren en intern advies geven over een ingang of afdeling die beter moet worden beveiligd. De adviseurs van Sectorfonds Zorg geven dan aan hoe de beveiliging kan worden verbeterd. Op landelijk niveau kan Sectorfonds Zorg de geregistreerde incidenten van alle aangesloten ziekenhuizen via ZIR opvragen en analyseren. ZIR maakt het mogelijk een gefundeerd beleidsadvies te geven vanuit Veiligezorg® aan het ziekenhuis. Het helpt Sectorfonds Zorg en de betrokken ministeries (Justitie, SZW, VWS) bij het opstellen van beleidsmaatregelen en gerichte acties. Door eenduidige registratie wordt de voortgang en effectiviteit van de aanpak gemeten en bijgestuurd.

Ervaring projecten

VX Company heeft grote ervaring met omvangrijke ontwikkelprojecten. Dankzij deze expertise kan vooraf vaste afspraken worden gemaakt over de tijdsduur en de kosten van implementatie, waardoor opdrachtgevers achteraf niet met onvoorziene financiële verrassingen worden geconfronteerd. Marjon van Schendel, projectmanager bij VX Company: "Sectorfonds Zorg heeft duidelijk voor onze organisatie gekozen op basis van het herkennen en meedenken van hun proces, onze pragmatische aanpak en vanwege onze kennis van beveiligde infrastructuur".

Toekomstige automatiseringsplannen

Vanaf begin 2004 sluiten andere ziekenhuizen zich aan bij Veiligezorg®. Doelstelling is dat alle ziekenhuizen meedoen met Veiligezorg®. Bij het architectuurontwerp is hier al rekening mee gehouden. In de toekomst kunnen ook andere systemen aan het ZIR worden gekoppeld, zoals online koppeling met politie, patiëntenregistratie etc. Veiligheid staat hoog op de politieke agenda. Ook andere sectoren hebben interesse getoond in een online registratiesysteem van geweldsincidenten.

Over VX Company

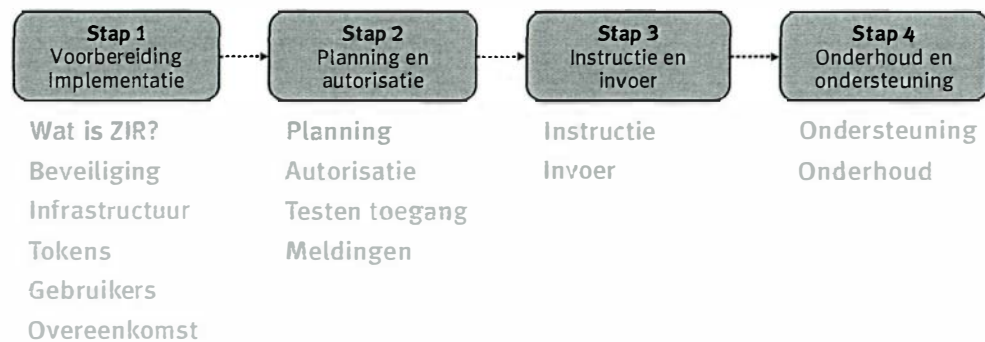
VX Company is IT-dienstverlener. Al 15 jaar automatiseerder van enterprise-systemen. Zij verzorgen voor opdrachtgevers de ontwikkeling, integratie en het beheer van bedrijfskritische applicaties. Applicaties die zeven dagen per week, 24 uur per dag beschikbaar moeten zijn. Zie voor verdere informatie website www.vxcompany.com.

Stappenplan ZIR

Implementatie Ziekenhuis Incident Registratiesysteem

De implementatie van ZIR in een ziekenhuis verloopt in een aantal stappen. Hieronder is het gehele proces schematisch weergegeven, met per stap een korte toelichting op de verschillende onderdelen. Vervolgens wordt elke stap uitgebreid beschreven.

Schema 5



Betrokkenen in dit stappenplan zijn:

ICT-beheerder van het ziekenhuis

De ICT-beheerder is verantwoordelijk voor alle zaken die te maken hebben met de inrichting van hard- en software voorzieningen ten behoeve van ZIR.

Projectleider ZIR

De projectleider is degene die vanuit de instelling verantwoordelijk is voor het trekken van het project ZIR, eventueel in combinatie met Veiligezorg®. In de regel zal dit via een persoon lopen, omdat beide projecten direct met elkaar te maken hebben.

Raad van bestuur / directie / MT van het ziekenhuis

Een directielid is betrokken bij het project Veiligezorg®/ZIR.

ZIR-gebruikers

Alle geregistreerde en geautoriseerde gebruikers van ZIR (maximaal 2 á 3, liefst 1 á 2 per locatie).

Team Veiligezorg®/ZIR

De landelijke beleidsadviseurs bij Sectorfonds Zorg zijn verantwoordelijk voor de ondersteuning en begeleiding van ZIR. In het algemeen zullen zij betrokken zijn bij beleidsmatige zaken die verband houden met de werking van ZIR, de inhoud van afspraken en het algemene tevredenheidsniveau.

VX Company

VX Company is de ontwikkelaar van de ZIR-applicatie en verantwoordelijk voor de initiële instructie en het oplossen van fouten. VX Company is ook contactpunt in situaties die te maken hebben met de beveiligde internetverbinding.

Vorbereitung implementatie ZIR

Stap 1

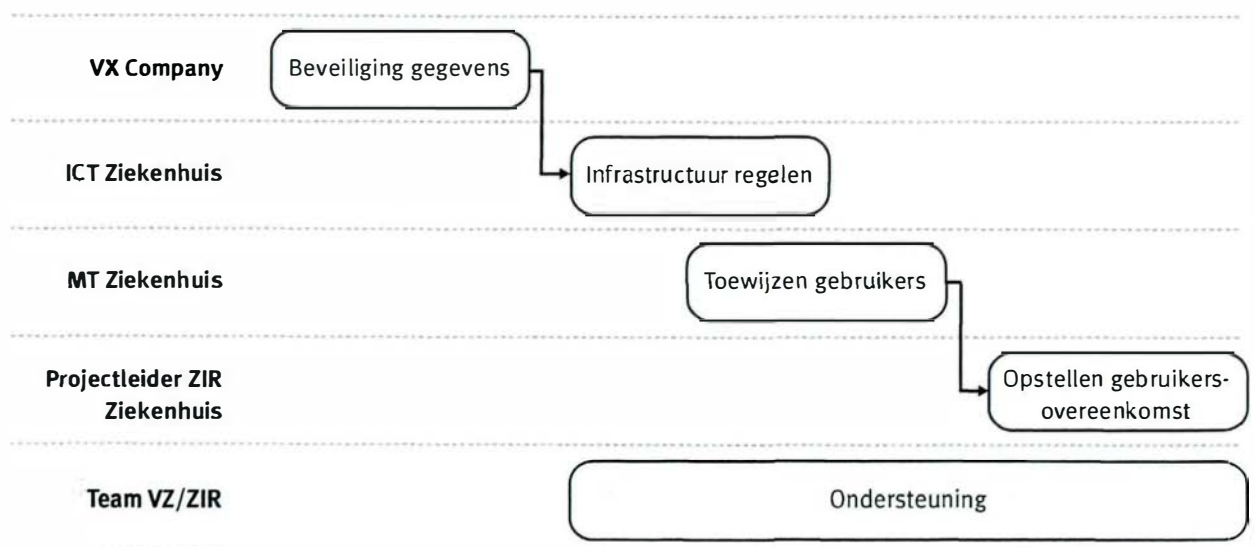
Wat is ZIR?

ZIR is een database die als onderdeel van Veiligezorg® wordt gebruikt voor de invoer en registratie van agressie-incidenten en een aantal andere incidenten, zoals diefstal en vandalisme. Met behulp van ZIR kunnen analyses worden uitgevoerd op de geregistreerde gegevens. Deze analyses vormen een belangrijke input voor beleidsbeslissingen ten behoeve van het terugdringen van agressie. N.B. ZIR bevat een deel van de gegevens die nodig zijn voor het opstellen van een procesverbaal. Daarvoor zal altijd nog een verhoor nodig zijn.

Beveiliging van de gegevens

De databank met alle geregistreerde incidenten is opgeslagen op een centrale server. Om toegang te krijgen tot ZIR moet daarom een verbinding met internet worden gemaakt. Hieronder wordt schematisch weergegeven wat er aan voorbereidende activiteiten moet plaatsvinden om met ZIR te kunnen werken.

Schema 6



De gegevens op de databank zijn zodanig beveiligd opgeslagen dat alleen met een zogenaamd token en een wachtwoord via internet toegang kan worden verkregen tot het ZIR-systeem. Hiervoor worden een beperkt aantal gebruikers geautoriseerd.

Wanneer gegevens van incidenten lokaal in een ziekenhuis worden ingevoerd worden deze vervolgens versleuteld ('encrypted', zoals met internetbankieren) via het internet verzonden naar de centrale server. Hiermee wordt voldaan aan de eisen die gesteld worden door het College Bescherming Persoonsgegevens. In de bijlage III-10 van de toolkit is een kopie Ontheffing CBP opgenomen.

Infrastructuur

Om gebruik te kunnen maken van het ZIR moet de infrastructuur in het ziekenhuis aan de volgende voorwaarden voldoen:

- gebruik van internet Explorer 5.0 en hoger, met high encryption pack
- toegang tot beveiligde websites (https (s van secured))



TIP

Een schermresolutie van 1024*768 pixels geeft het beste beeld. Een lagere resolutie kan uiteraard ook.

Token

Met een token en het wachtwoord kan vanaf elke computer toegang worden verkregen tot ZIR. Een token is een persoonlijke codegenerator, die nodig is om toegang tot ZIR te verkrijgen. Een token wordt persoonsgebonden uitgereikt. Om te voorkomen dat niet-geautoriseerde personen toegang krijgen tot de gegevens die in het ZIR zijn ingevoerd, is het van groot belang de tokens goed te beheren.

Gebruikers

Invoer van gegevens in ZIR kan alleen door geregistreerde en geautoriseerde gebruikers. Elk ziekenhuis wijst een aantal personen aan, bijvoorbeeld twee, maximaal drie, per locatie, die toegang krijgen tot ZIR. Vanuit de raad van bestuur/MT van de instelling zal schriftelijk een toewijzing plaatsvinden van de personen die met ZIR gaan werken.

De projectleider ZIR/Veiligezorg(in het ziekenhuis zorgt er vervolgens voor dat:

- de gebruikers worden geregistreerd en geautoriseerd,
- wordt vastgelegd welke taken door welke gebruiker(s) worden uitgevoerd,
- wordt vastgelegd wat de verantwoordelijkheden van de gebruikers zijn,
- gebruikers voldoende tijd krijgen voor de invoer en verwerking.

Dit wordt schriftelijk vastgelegd in een gebruikersovereenkomst. De afspraken daarin zijn daarna bindend voor alle betrokkenen.

Gebruikersovereenkomst

In de gebruikersovereenkomst worden afspraken vastgelegd over: wie is waarvoor verantwoordelijk, wie doet wat, hoeveel tijd wordt daarvoor vrijgemaakt.

Wie?

- ▀ directie / MT
- ▀ hoofd Facilitair Bedrijf / Interne Dienst
- ▀ hoofd Beveiliging
- ▀ beveiligingsmedewerkers
- ▀ afdeling ICT

Wat?

- ▀ invoeren van gegevens over een incident
- ▀ contacten met de politie en het OM over een incident,
- ▀ contacten met het slachtoffer,
- ▀ maken van overzichten (tabellen, grafieken) over de ingevoerde incidenten,
- ▀ terugkoppelen van de overzichten naar het MT,
- ▀ terugkoppelen van de overzichten naar de betreffende afdeling(en),
- ▀ melden van storingen aan de helpdesk ZIR,
- ▀ jaarlijks overzicht maken van de meldingen.

Benodigde tijd

Het invoeren van een incident kost een paar minuten. Wanneer gegevens moeten worden achterhaald wordt dit al snel een uur. Als overleg met het slachtoffer, politie en OM nodig is, kan de tijd oplopen tot 8 - 12 uur.



TIP

Maak een overzicht waarin alle gebruikers met hun verantwoordelijkheden en hun afdeling c.q. werkplek zijn opgenomen, zo mogelijk inclusief directe telefoonnummers, e-mailadres en werkdagen en/of werktijden.

Stap 2

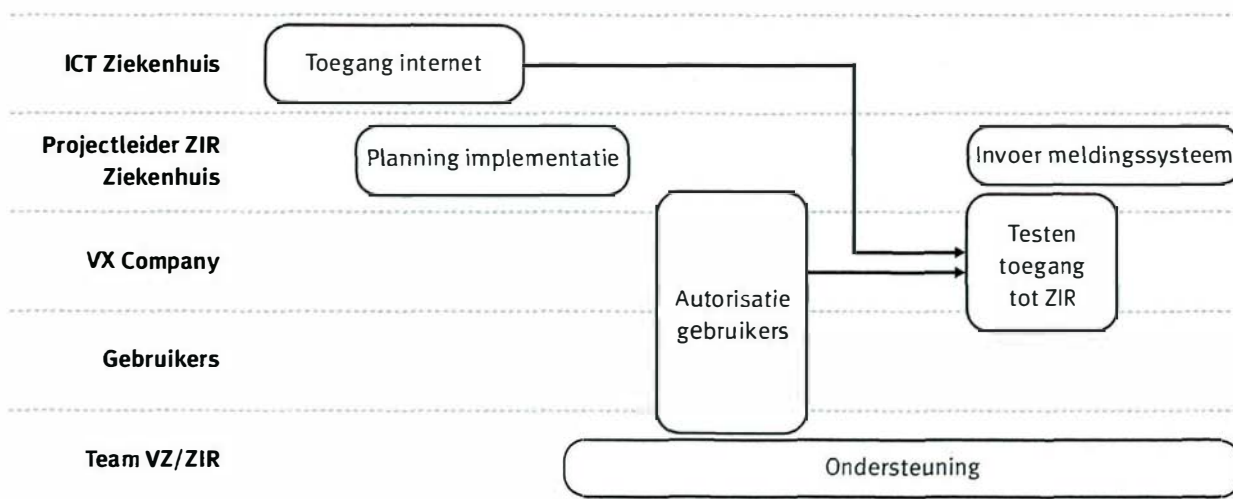
Planning implementatie en autorisatie

In stap 2 wordt een planning gemaakt voor de implementatie van ZIR.

Een ander belangrijk onderdeel in deze stap is de autorisatie van de gebruikers.

Hieronder zijn schematisch de activiteiten in deze stap weergegeven.

Schema 7



Planning implementatie

Als de gebruikers bekend zijn en afspraken zijn gemaakt over wie wat doet, kan een planning worden gemaakt voor de implementatie van ZIR. De implementatie bestaat uit:

- het autoriseren van de gebruikers,
- het testen van het gebruik van het token en wachtwoord,,
- testen van de toegang tot ZIR,
- introductie van een meldingssysteem, bv. via de meldingenkaartjes van Veiligezorg®

Autorisatie van de gebruikers

Om toegang te krijgen tot ZIR is een autorisatie van VX Company (de beheerder van ZIR) nodig.

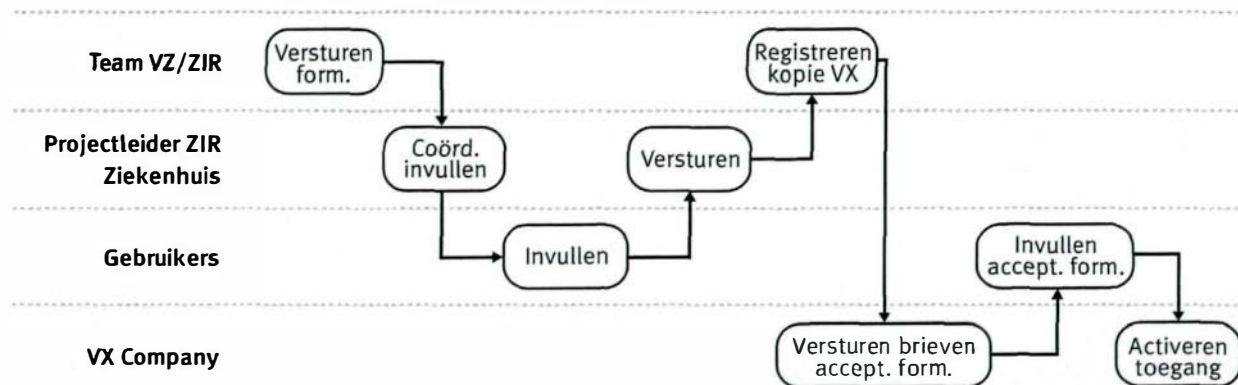
Voor het autoriseren van de gebruikers wordt de volgende procedure gevolgd:

1. Het team Veiligezorg®/ZIR stuurt de autorisatieformulieren naar de projectleiders ZIR in de ziekenhuizen.
2. De projectleider ZIR in het ziekenhuis zorgt ervoor dat de gebruikers het formulier invullen en dat het formulier ondertekend wordt door het verantwoordelijke directie-/MT-lid.
3. De projectleider ZIR in het ziekenhuis stuurt de formulieren naar Sectorfondsen Zorg en Welzijn, team Veiligezorg®/ZIR.
4. Het team Veiligezorg®/ZIR registreert de gegevens en stuurt een kopie van het formulier naar VX Company.
5. VX Company geeft de tokens en wachtwoorden af. Hiervoor verstuurt VX Company twee aangetekende brieven naar de gebruikers in de ziekenhuizen:
 - één met het token en de gebruikershandleiding voor dit token
 - één met username en password voor de aan dit token gekoppelde gebruiker en het acceptatieformulier
6. De gebruiker stuurt het acceptatieformulier terug naar VX Company.
7. Na ontvangst van het acceptatieformulier wordt de eerstvolgende vrijdag de toegang tot ZIR voor de betreffende gebruiker geactiveerd.

LET OP

Verificatie van gebruikers is de verantwoordelijkheid van de instelling! Het verdient dus aanbeveling hierover intern procedures te hebben dan wel goede afspraken te maken.

Schema 8 Het autorisatieproces in schema



Testen toegang tot ZIR

Na ontvangst van alle tokens door de gebruikers is het aan te bevelen met deze gebruikers een proef uit te voeren waarin de toegang via token en wachtwoord naar de ZIR-applicatie wordt uitgetest. Deze test volstaat met het uitproberen van de toegang. Eventuele incidenten kunnen weliswaar worden ingevoerd maar wij adviseren hiermee te wachten totdat instructie over de werking van ZIR heeft plaatsgehad. Alle eventuele invoer wordt namelijk direct in de centrale databank ZIR als werkelijk incident opgeslagen.

Meldingssysteem

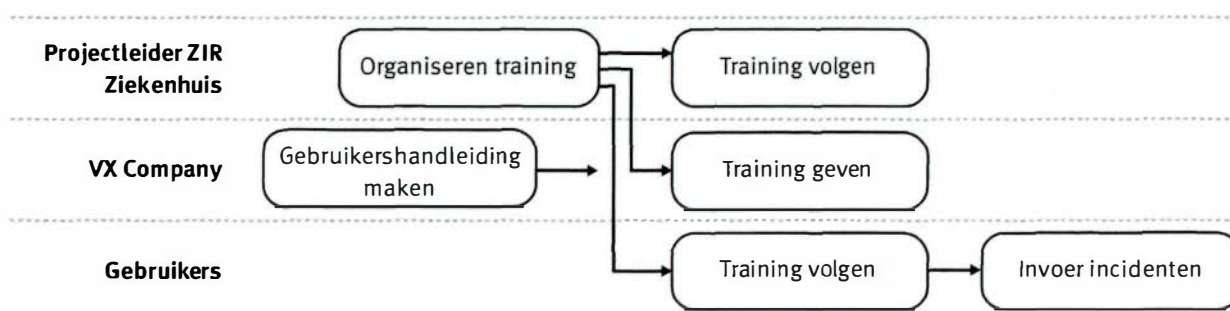
Om incidenten in ZIR te kunnen registreren zullen ze eerst gemeld moeten worden. Ieder ziekenhuis bepaalt zelf hoe dit te doen. In het landelijke project Veiligezorg® zijn meldingskaartjes ontwikkeld. Deze kunnen door ieder ziekenhuis worden gebruikt. In deze fase verdient het aanbeveling het meldingssysteem te bespreken en de meldingskaartjes met de gebruikers te bespreken. Het gebruik van deze kaartjes bevordert het uniform aanleveren van incidentgegevens ten behoeve van de invoer in ZIR.

Stap 3

Instructie en invoer

In stap 3 kan met de werkelijke invoer worden begonnen. Daaraan voorafgaand krijgen de gebruikers nog een instructie. Hieronder worden schematisch de activiteiten in deze stap weergegeven.

Schema 9



Instructie ZIR

Nadat alle gebruikers geautoriseerd zijn en de procedures voor de invoer van incidenten vastgesteld zijn, ontvangen de gebruikers een instructie. Deze instructie wordt gegeven door een medewerker van VX Company.

De instructie wordt eenmalig gegeven en duurt een dag.



TIP

Zorg dat alle gebruikers tijdens deze instructiedag aanwezig zijn.

Voorwaarden voor het goed kunnen geven van de instructie zijn:

- één of meer PC's (afhankelijk van het aantal gebruikers),
 - toegang tot het ZIR (dus toegang tot internet) vanuit het ziekenhuis (de locatie maakt in principe niet uit). Tijdens de instructie wordt de werking van ZIR uitgelegd.
- De ervaring leert dat ZIR weliswaar een zeer gebruikersvriendelijk programma is, maar dat een aantal stappen van cruciaal belang zijn voor een goed gebruik van ZIR, zoals het gebruik van de tokens in combinatie met de code en het op de juiste manier opslaan van de ingevoerde gegevens.

Behalve de instructie ontvangen de gebruikers ook nog een gebruikershandleiding.

Invoer in ZIR

Na de instructie (maar ook al tijdens) kan daadwerkelijk begonnen worden met de invoer van incidenten, overeenkomstig de procedures.

Om te voorkomen dat er grote achterstanden ontstaan met de invoer van incidenten is het goed om intern af te spreken met welke frequentie de incidenten worden ingevoerd: meteen na het incident, tijdens de nachtdienst, eens per week. Het advies is niet langer dan een week te wachten met de invoer.

Stap 4

Ondersteuning en onderhoud

Vanaf stap 4 is ZIR operationeel. Incidenten worden ingevoerd. Ondersteuning van VX Company is geregeld via een helpdesk. Onderhoud en optimalisatie gaat via een meldingsprocedure.

Schema 10

Hieronder wordt schematisch weergegeven wie wat doet.

Projectleider ZIR Ziekenhuis	Begeleiding invoering ZIR / organiseren helpdesk
VX Company	Helpdesk functie / Onderhoud ZIR
Gebruikers	Invoer incidenten in ZIR
Team VZ/ZIR	Algemene ondersteuning

Ondersteuning

Na de gebruikersinstructie kunnen gemelde incidenten worden ingevoerd. Dit kan direct of bijvoorbeeld eens per week (als batch).

Er kunnen natuurlijk altijd problemen ontstaan of vragen zijn. In dat geval kan men terecht bij het Landelijk Ondersteuningspunt Veiligezorg®/ZIR of de helpdesk van VX Company.

Voor gebruik van de helpdesk wordt een overeenkomst gesloten met het ziekenhuis.

LET OP

Om een zo goed mogelijke ondersteuning te kunnen geven is het van belang dat zowel het landelijke team Veiligezorg®/ZIR als de helpdesk van VX Company, een actueel overzicht hebben van de gebruikers, hun afdeling, rechtstreekse telefoonnummers, e-mailadressen en hun werkdagen en/of werktijden.



TIP

Noteer het nummer van de helpdesk bij uw ZIR-gegevens en in de gebruikershandleiding. De helpdesk is bereikbaar op werkdagen tussen 08.30 en 17.00 uur op tel. nr. 035 - 5390328.

Onderhoud

Om ZIR verder te kunnen optimaliseren is het nodig om opmerkingen of wensen van gebruikers teruggekoppeld te krijgen. Hiervoor kunt u een elektronisch meldingsformulier opvragen via de website www.zir.nl en via het forum op de homepagina www.fondsenzw.nl. Iedere nieuwe instelling krijgt bij de ingebruikname van ZIR toegang tot dit forum. De toegang wordt in eerste instantie verstrekt aan de projectleider ZIR. Wanneer voor meerdere gebruikers binnen de instelling een dergelijke toegang gewenst is, kan de projectleider ZIR van het ziekenhuis deze aanvragen. Op dit forum zal ook een overzicht met veel gestelde vragen (FAQ) komen.

In bijlage III-8 van de toolkit is de gebruikershandleiding van ZIR opgenomen, die ook te vinden is op www.ZIR.nl.

IV.1.

Algemene Inleiding

IV.2.

IV.3.

Fase I

Organisatorische voorbereiding

Fase II

Probleemanalyse

Fase III

Beleidsontwikkeling

Fase IV

Convenant

Fase V

Implementatie van het ontwikkelde beleid

Fase VI

Verbreiding

Fase VII

Verankering van Veiligheidszorg®

Bijlagen

Toolkit / PR-toolkit

Inhoudsopgave

- IV.1 Inventariseren van de diverse bestaande convenanten
- IV.2 Op maat maken aan de hand van het modelconvenant
- IV.3 Organiseren conferentie ter ondertekening van het convenant

De bekroning van het (kern)traject Veilige zorg® is het afsluiten van een convenant met externe samenwerkingspartners zoals de politie, de gemeente en het OM. Aan deze feestelijke gebeurtenis gaat een uitgebreid voorbereidingstraject vooraf.

Vaak circuleren er binnen het ziekenhuis al verschillende typen convenanten, die allemaal een specifiek pakket aan overeenkomsten regelen. Het verdient aanbeveling om deze convenanten te verzamelen, zodat een goed beeld ontstaat van de verschillende afspraken die zijn gemaakt.

De volgende stap is om het modelconvenant Veiligezorg®, dat is ontwikkeld in opdracht van Sectorfonds Zorg, goed door te nemen. Meerdere officieren van justitie en juristen hebben dit model kritisch bekeken en hun goedkeuring uitgesproken. Dit modelconvenant is opgenomen in bijlage IV-1 van de toolkit.

Het modelconvenant vormt feitelijk een soort keuzemenu. De bedoeling is dat samen met de externe samenwerkingspartners bepaald wordt welke thema's relevant zijn voor uw ziekenhuis en welke (vooralsnog) niet. Zo krijgt het convenant 'couleur locale'.

Vergelijking tussen de al binnen het ziekenhuis bestaande convenanten en het modelconvenant wijst uit in hoeverre de huidige convenanten de belangrijkste thema's dekken of dat er cruciale afspraken over het hoofd zijn gezien. Ook kan nagegaan worden of de oude convenanten bepaalde onderwerpen op een juiste en volledige manier regelen of dat actualisering van de afspraken verstandig is. In het algemeen verdient het aanbeveling om de oude convenanten te vervangen door een nieuwe overkoepelende, die bovendien aangepast is aan de behoeften van Veiligezorg®. Uiteraard gebeurt dit alleen in nauw overleg met alle betrokken partijen. Maar er kan ook worden besloten om een aanvullend convenant te maken waarin specifiek zaken ten aanzien van agressie zijn geregeld. Dit gaat meestal sneller. De Utrechtse ziekenhuizen UMC Utrecht en het Mesos MC hebben dit bijvoorbeeld gedaan.

Organiseren conferentie ter ondersteuning van het convenant

Het afsluiten van het convenant is een belangrijk communicatiemoment.

Benut de strategische waarde van deze gebeurtenis door bijvoorbeeld lokale en/of landelijke politici uit te nodigen. “Vier het convenant” is het motto van de conferentie. Het ondertekenen van het convenant is de afsluiting van de beleidsfase en een brug naar de uitvoerende fase. Er ligt een gedegen basis. Nu kunnen alle betrokkenen, zowel de interne als externe samenwerkingspartners, goed voorbereid aan de slag gaan om het opgestelde beleid in praktijk te brengen en de agressie en onveiligheidsgevoelens daadwerkelijk terug te dringen.

Vraag de afdeling Communicatie om de organisatie van dit evenement te ondersteunen. In de toolkitbijlage IV-2 vindt u een powerpointpresentatie, die bruikbaar kan zijn. U kunt deze downloaden van de website www.veiligezorg.nl.

Op de volgende pagina vindt u de verkorte versie van de hoofdtekst van het modelconvenant, die ook in de bijlage is opgenomen. Voor de uitgebreide versie en alle diverse thema's, die kunnen worden toegevoegd aan het convenant, verwijzen we naar bijlage IV-1 van de toolkit.

Convenant

De partijen:

- Politiekorps regio
- Directie ziekenhuis
- Openbaar ministerie te
- Gemeente

Considerans

Het is algemeen bekend dat de omgangsvormen in de samenleving verruimen en dat de agressie toeneemt. Als gevolg van agressiedelicten gepleegd door zowel patiënten, bezoekers, personeel of andere aanwezigen in en in de directe omgeving van het ziekenhuis..... te, nemen de onveiligheidsgevoelens van deze personen toe.

Voor de directie van het ziekenhuis is dit aanleiding geweest om tot passende en sluitende maatregelen te komen. De bestrijding van de agressiedelicten wordt in een publiekprivate samenwerking (PPS) ter hand genomen. De gewenste samenwerking tussen de partijen en de afstemming van de verantwoordelijkheden is noodzaak. De actoren - de ziekenhuisdirectie, de politie, de gemeente en het Openbaar Ministerie - ondertekenen daartoe een convenant.

In dit convenant worden eveneens afspraken tussen de partijen op andere gebieden vastgelegd. Dit verbetert de onderlinge verstandhouding en voorkomt problematieken.

Met het oog op bovenstaande doelen verbindingen alle betrokken partijen zich tot:

1. het voeren van een deugdelijke registratie met betrekking tot gepleegde agressiedelicten in en onder de invloedssfeer van het ziekenhuis. Proces- en effectevaluatie vinden plaats door middel van een jaarlijkse verslaglegging;
2. het handelen overeenkomstig de protocollen met betrekking tot de bestrijding van agressiedelicten;
3. een structureel overleg (éénmaal in de zes weken), waarbij afstemming plaats vindt met betrekking tot gevoerde preventieve en repressieve acties. Hierbij zijn minimaal aanwezig het hoofd Bedrijfshulpverlening (Beveiliging) en de groepschef politie. Deze vertegenwoordigers kunnen zich desgewenst ad-hoc laten bijstaan door materiedeskundigen;
4. de benoeming van een contactpersoon die verantwoordelijk is voor de coördinatie van alle zaken die tot het bereiken van het bovengenoemde doel kunnen bijdragen;
5. een transparante (schriftelijke) verantwoording van hun activiteiten inzake de aanpak van agressiedelicten, met inachtneming van het beroepsgeheim en de privacywetgeving. De bestaande klachtenregelingen van de partijen zijn van toepassing;
6. een constructieve bijdrage aan een permanente open communicatie welke gericht is op en een bijdrage levert aan de bestrijding van agressiedelicten;
7. het maken van verdere werkafspraken inzake taken en bevoegdheden tussen het ziekenhuis en politie / justitie, die op soortgelijke wijze worden toegepast en binnen één jaar worden gevoegd onder de werkingssfeer van dit convenant. Dit kan eventueel gedaan worden door gebruik te maken van één of meerdere bijlagen welke bij dit convenant behoren.

Met dit convenant wordt door het ziekenhuis, de regiopolitie, het openbaar ministerie en de gemeente een gemeenschappelijke inspanning geleverd om de in het rapport 'Veiligheidszorg' d.d. juli 2000 genoemde objectieve en subjectieve veiligheidsgevoelens, op een voor alle betrokken partijen aanvaardbare norm te brengen en verder onderlinge werkafspraken te bekrachtigen.

Plaatsnaam, datum

Namens,

Ziekenhuis:

Regiopolitie:

Openbaar Ministerie:

Gemeente:

Algemene Inleiding

Fase I

Organisatorische voorbereiding

Fase II

Probleemanalyse

Fase III

Beleidsontwikkeling

Fase IV

Convenant

Fase V

Implementatie van het ontwikkelde beleid

Fase VI

Verbreiding

Fase VII

Verankering van Veiligezorg®

Bijlagen

Toolkit / PR-toolkit

Algemene Inleiding

Fase I

Organisatorische voorbereiding

Fase II

Probleemanalyse

Fase III

Beleidsontwikkeling

Fase IV

Convenant

Fase V

Implementatie van het ontwikkelde beleid

Fase VI

Verbreiding

Fase VII

Verankering van Veiligezorg®

Bijlagen

Toolkit / PR-toolkit

Algemene Inleiding

Fase I

Organisatorische voorbereiding

Fase II

Probleemanalyse

Fase III

Beleidsontwikkeling

Fase IV

Convenant

Fase V

Implementatie van het ontwikkelde beleid

Fase VI

Verbreiding

Fase VII

Verankering van Veiligezorg®

Bijlagen

Toolkit / PR-toolkit

Toolkit

PR-toolkit

Algemene Inleiding

Fase I

Organisatorische voorbereiding

Fase II

Probleemanalyse

Fase III

Beleidsontwikkeling

Fase IV

Convenant

Fase V

Implementatie van het ontwikkelde beleid

Fase VI

Verbreiding

Fase VII

Verankering van Veiligezorg®

Bijlagen

Toolkit / PR-toolkit



Inhoudsopgave Toolkit

Instrumenten Fase I

Organisatorische voorbereiding

- I.1 Powerpointpresentatie voor voorlichting aan een breed publiek
- I.2 Arboret: Definitie agressie
- I.3 Medewerkers Landelijk Ondersteuningspunt Veiligheidszorg®
- I.4 Intentieverklaring (model)
- I.5 Profielschets projectleider
- I.6 Aandachtspunten bij het leiden van vergaderingen
- I.7 Aandachtspunten organiseren startbijeenkomst
- I.8 Brief aan de politie (model)
- I.9 Persbericht (model)
- I.10 Handreiking communicatie

Instrumenten Fase II

Probleemanalyse

- II.1 Checklist inventarisatie bestaande en geplande maatregelen
- II.2 Voorbeeld vragenlijst interviews sleutelpersonen
- II.3 Voorbeeld vragenlijst personeelsenquête
- II.4 Excelprogramma voor het analyseren van de enquêteresultaten
- II.5 Voorbeeld van delictogrammen en preventogrammen

Instrumenten Fase III

Beleidsontwikkeling

- III.1 Inhoudsopgave plan van aanpak (Format)
- III.2 Plan van aanpak Spoedeisende Hulp (Voorbeeld)
- III.3 Uitvoeringsplan (Format)
- III.4 De kwaliteitsbenadering: achtergronden, randvoorwaarden en aandachtspunten
- III.5 Achtergronden en tips bij het ontwikkelen van een gedragscode
- III.6 Gedragsregels Spoedeisende Hulp (Voorbeeld)
- III.7 Model Gedragscode Sector Welzijn
- III.8 Handleiding ZIR
- III.9 Powerpointpresentatie voorlichting over het ZIR
- III.10 Ontheffing College Bescherming Persoonsgegevens

Instrumenten Fase IV

Convenant

- IV.1 Voorwoord
- IV.2 Modelconvenant
- IV.3 Verklaringen bij het modelconvenant
 - IV.3.1 Uitvoeringen bij agressie
 - IV.3.2 Informatieverstrekking
 - IV.3.3 Assistentieverlening aan het ziekenhuis
 - IV.3.4 Medewerker als slachtoffer of als verdachte
 - IV.3.5 De patiënt als getuige
 - IV.3.6 De patiënt als verdachte
 - IV.3.7 Slachtofferhulp

IV.3.2	Schade(verhaal) en besmettingen
IV.3.3	Wapens
V.3.10	Vermoeden of constatering van een ernstig misdrijf
IV.3.11	Afgifte gevaarlijke/verboden stoffen
IV.3.12	Het bewaken van patiënten
IV.3.13	Niet natuurlijke dood
IV.3.14	Bloedproeven in verband met rijden onder invloed en DNA-onderzoek op last van justitie
IV.3.15	Discriminatie
IV.3.16	Case Screening en afhandeling OM
IV.3.17	Medisch beroepsgeheim
IV.3.18	Het beroepsgeheim in contact met politie

inhoudsopgave

- I.1 Powerpointpresentatie voor voorlichting aan een breed publiek
- I.2 Arbowet: Definitie agressie
- I.3 Medewerkers Landelijk Ondersteuningspunt Veiligheidszorg®
- I.4 Intentieverklaring (model)
- I.5 Profielschets projectleider
- I.6 Aandachtspunten bij het leiden van vergaderingen
- I.7 Aandachtspunten organiseren startbijeenkomst
- I.8 Brief aan de politie (model)
- I.9 Persbericht (model)
- I.10 Handreiking communicatie

In de map Presentaties op het Forum vindt u alle powerpointpresentaties.
www.veiligezorg.nl

Arbowet: definitie agressie

Toelichting op de definitie agressie en geweld volgens de Arbowet

Onderstaande tekst is een citaat uit het themanummer over seksuele intimidatie, agressie en geweld uit de Praktijkreeks Arbo & Milieu, geschreven door dr. C.H.D. Steinmetz en drs. P.M. de Savornin Lohman.

Iedereen kan zich direct iets voorstellen bij de begrippen 'agressie' en 'geweld'. Toch blijkt het lastig om een sluitende definitie van deze begrippen te geven.

De wetgever houdt het kort en omschrijft (in de Arbowet) agressie en geweld tegen werknemers als volgt:

"Voorvallen waarbij een werknemers psychisch of fysiek wordt lastiggevalen, bedreigd of aangevallen, onder omstandigheden die rechtstreeks verband houden met het verrichten van de arbeid".

Een dergelijke beleidsmatige definitie biedt echter weinig houvast als men in de praktijk de problemen in kaart wil brengen. Dan moeten we toch wat duidelijker zijn over de vormen die agressie en geweld kunnen aannemen.

Een redelijk volledige indeling van verschijningsvormen treffen we aan in een publicatie van Mandemakers e.a., 1994.

- Fysiek geweld, gericht op het lichaam van werknemers: onder andere schoppen, trappen, slaan, verwonden, vastgrijpen.
- Psychisch geweld tegen werknemers: onder andere lastig vallen, bedreigingen met geweld, chantage, onder druk zetten, irriteren, achtervolgen.
- Discriminatie van werknemers in woord of gedrag.
- Verbaal geweld tegen werknemers (voor zover niet vermeld onder de voorgaande categorieën): onder andere bedreigingen, uitgescholden worden, etc.
- Vernielingen van objecten in het bijzijn van de werknemer.
- Vormen van geweld tegen bedrijven of instellingen waardoor werknemers zich onveilig of bedreigd voelen.
- Vormen van geweld in de omgeving van bedrijven of instellingen waardoor werknemers zich onveilig of bedreigd voelen.

Deze opsomming geeft een goede impressie van wat er op geweldsgebied zoal kan gebeuren in organisaties.

Hierbij moet wel worden opgemerkt dat de omschrijving van agressie en geweld nooit helemaal objectief kan zijn. Bij de beoordeling of bepaalde situaties of gedragingen van personen bestempeld moeten worden als 'agressief' of 'bedreigend' spelen subjectieve factoren een rol. De persoonlijke beleving van de betrokkenen en hun eigen normen en waarden, bepalen uiteindelijk of er al dan niet sprake is van agressie of bedreiging. De eigen beleving van de direct betrokkenen moet daarom altijd het uitgangspunt zijn voor een analyse van de problemen in een organisatie.

Medewerkers Landelijk Ondersteuningspunt Veiligezorg®

Team Veiligezorg®

Voor alle vragen over Veiligezorg® kunt u terecht bij de landelijke beleidsadviseurs Veiligezorg® van het Sectorfonds Zorg:

Peter Peerdeman (tevens landelijk coördinator)

p.peerdeman@fondsenzw.nl

tel: 030 298 53 47

mobiel: 06 218 759 62 (maandag tot en met donderdag)

Hans Westrik (met name voor vragen over de rol en inzet van politie en justitie)

h.westrik@fondsenzw.nl

tel: 030 298 53 66

Jan Franx (persvoorlichting)

j.franx@fondsenzw.nl

mobiel: 06 546 563 79

Elisabeth Brouwer (algemeen en projectmatig werken)

e.brouwer@fondsenzw.nl

tel: 030 2985 234

mobiel: 06 293 533 11

Marie-José Rico (ZIR)

m.rico@fondsenzw.nl

tel: 030 298 53 66

Marije de Graaf (projectsecretariaat)

m.degraaf@fondsenzw.nl

tel: 030 298 53 66

Helpdesk data-analyse

Voor vragen over het gebruik van het softwareprogramma dat is ontwikkeld ten behoeve van de analyse van de personeelsenquête of voor andere vragen over het analyseren van data (waaronder ZIR), kunt u terecht bij:

Kristiaan Hillen

Sectorfondsen Zorg en Welzijn

k.hillen@fondsenzw.nl

tel: 030 298 53 52

Intentieverklaring Veiligezorg® (model)

Inleiding

Deze intentieverklaring heeft betrekking op Veiligezorg®.

Veiligezorg® is een aanpak van agressie welke in het kader van een initiatief vanuit van het Arboconvenant Ziekenhuizen is ontwikkeld. Uiteindelijk doel is dat Veiligezorg® beleid wordt in de ziekenhuizen en geïntegreerd wordt in de interne processen.

Doelstelling

De primaire doelstelling van het project is:

- bewustwording van de problematiek bij personeel en management;
- terugdringen van het aantal agressie-incidenten (zowel verbaal als fysiek);
- invoeren van een lik-op-stukbeleid bij agressie en geweld;
- verbeteren van de opvang binnen de instelling.

Aanpak

Essentiële onderdelen in de aanpak zijn:

- het project wordt bottom-up ingevoerd;
- een startbijeenkomst met daarin een forumdiscussie met medewerkers van het ziekenhuis;
- betrokkenheid van alle relevante actoren: personeel op de werkvloer, management, politie, Openbaar Ministerie;
- een projectmatige aanpak;
- inventarisatie van veiligheidsrisico's door middel van de kleurmethode, enquêtes en interviews;
- normen en gedragsregels expliciet en kenbaar maken;
- Convenant met politie en Openbaar Ministerie.

Betrokken partijen:

- deelnemend ziekenhuis
- deelnemend politiecorps
- Openbaar Ministerie
- gemeente
- Sectorfonds Zorg

Inspanning

- Deelname houdt in dat het ziekenhuis recht heeft op:
 - vier cursusdagen voor de projectleider en de vervanger van de projectleider;
 - ondersteuning van de beleidsadviseurs van het Landelijk Ondersteuningspunt Veiligezorg®, ondergebracht bij de Sectorfonds Zorg;
 - toegang tot ZIR (het Ziekenhuis Incident Registratiesysteem) en gebruik ervan voor intern beleid.
- Het ziekenhuis verklaart bij deze dat het bereid is te investeren in Veiligezorg®. Dit blijkt o.a. uit de investering in tijd en middelen voor:
 - het aanstellen van een projectleider die gemiddeld een dag per week aan het project kan besteden;
 - het vrijmaken van mensen voor de interviews t.b.v. de probleemanalyse;
 - het aanleveren van relevante documenten;
 - deelname van de projectleider en een vervanger (dit kan eventueel ook een leidinggevende zijn van een deelnemende pilotafdeling) aan de vier cursusdagen.
- Ook is het ziekenhuis bereid de ervaringen en kennis te delen met de sector.
- Het ziekenhuis heeft met de ondernemingsraad overleg gevoerd over dit project en blijft dit ook doen gedurende de duur van het project.

Intentieverklaring Veiligezorg®

Ondergetekenden stellen zich ten doel om binnen de vastgestelde randvoorwaarden de geformuleerde doelen te realiseren.

Namens het ziekenhuis [naam ziekenhuis]:

Naam: Handtekening:

Functie:

Namens de politie [korps]:

Naam: Handtekening:

Functie:

Namens justitie [arrondissement]:

Naam: Handtekening:

Functie:

Namens de gemeente [naam]:

Naam: Handtekening:

Functie:

Namens de projectorganisatie Arboconvenant Ziekenhuizen BBC:

Naam: Peter Peerdeman Handtekening:

Functie: beleidsadviseur Arboconvenant Ziekenhuizen / team Veiligezorg®

*De projectorganisatie van het Arboconvenant Ziekenhuizen is ondergebracht bij:
Sectorfonds Zorg, Postbus 8203, 3503 RE Utrecht,
telefoon: 030 298 52 22*

Op basis van o.a. de ervaringen in de pilotprojecten Veiligezorg® is een lijst gemaakt van competenties en vaardigheden die een goede projectleider nodig heeft om een project Veiligezorg® in zijn/haar ziekenhuis met succes op te kunnen zetten en uit te voeren.

De projectleider heeft een belangrijke coördinerende, sturende en motiverende rol.

Daarvoor is een actieve, optimistische en ambitieuze houding nodig. Het kan ook nodig zijn om in bepaalde situaties met gezag op te kunnen treden.

Bij het zoeken/aanstellen van een projectleider is het goed om uit te gaan van onderstaande competenties:

- daadkrachtig
- dynamisch
- stressbestendig
- mobiliserend vermogen
- energiek
- enigszins dominant
- creatief
- consequent
- empatisch vermogen

Daarbij is het belangrijk om over onderstaande vaardigheden te beschikken:

- communicatief
 - goede mondelinge- en schriftelijke uitdrukkingsvaardigheid
 - affiniteit met de verschillende niveaus en bedrijfsprocessen in de organisatie
- beïnvloedend gedrag
 - vermogen tot samenwerken en stimuleren
 - vermogen om op te treden
- projectmatig werken
 - ervaring met projectmatig werken, organiseren en voortgangscntrole
 - affiniteit met digitale techniek (mailgebruik, internet)
- probleemoplossend vermogen
 - omgevingsbewustzijn, probleemanalyse, organisatiesensitiviteit
- motiveren
 - energiek, klantgericht, ambitie, daadkracht, doorzettingsvermogen
- persoonlijke vaardigheden
 - besluitvaardig, grote lijn bewaken en oog voor details, stressbestendig, vasthoudend, multicultureel bewustzijn, aanpassingsvermogen

Het spreekt voor zich dat de projectleider draagvlak heeft binnen de organisatie.

Het is in het belang van iedereen om een aantal zaken m.b.t. het projectleiderschap helder en concreet vast te leggen:

- * functie- en taakomschrijving
- * tijdbesteding (extra tijd of in plaats van)
- * bevoegdheden en mandaat
- * rapportage verplichting
- * periodiek overleg
- * structuur en lijnbevoegdheden
- * middelen

Enkele belangrijke principes voor het leiden van vergaderingen zijn.

- **Doel en noodzaak van de vergadering bepalen.**
 - Noodzaak vaststellen van de vergadering. Een vergadering kost immers veel tijd dus geld.
 - Wat is het doel van de vergadering en is er wellicht een (beter) alternatief om dit doel te bereiken?
 - Per agendapunt nagaan: wat willen we bereiken.
 - Hou in de gaten wie de 'eigenaar' van een agendapunt is.
- **Touwtjes goed in handen houden.**
 - Heldere taakverdeling maken: wie is voorzitter (hoeft niet altijd de leidinggevende te zijn), wie is notulist.
 - Zorg voor een goede voorbereiding en zorg dat de stukken ruim voor de vergadering bij alle deelnemers zijn.
 - Stuur op resultaten. Een goede manier om te sturen op resultaten is om regelmatig samen te vatten.
- **Strakke tijdsplanning.**
 - Gelijk beginnen en zoveel mogelijk per agendapunt bepalen hoeveel tijd nodig is.
 - Een realistische tijdsplanning is met name van belang indien er emotionele onderwerpen worden besproken.
- **Conflicten oplossen.**
 - Conflicten zijn niet alleen bedreigend of vervelend maar bieden ook kansen om nieuwe ideeën te genereren. Belicht daarom ook de positieve kanten die aan het conflict zitten.
 - Vraag goed door tot de kern van het conflict, verhelder het probleem, vat samen, brainstorm over oplossingen en maak afspraken.
- **Betrokkenheid van alle deelnemers stimuleren.**
 - Let niet alleen op verbale maar ook op non-verbale communicatie.
 - Betrek minder mondige mensen en mensen die met hun gedachten elders lijken.
- **Resultaten behalen en acties vastleggen.**
 - Zorg als voorzitter dat je systematisch nagaat of de gestelde doelen van de vergadering ook bereikt worden.
 - Vat als voorzitter regelmatig samen wat er afgesproken is.
 - Zie erop toe dat de notulist goed de gemaakte afspraken vastlegt zodat voor iedereen (ook afwezigen) helder is wat afgesproken is en wie wat wanneer gaat doen.

Doel

Het doel van de startbijeenkomst is informeren van alle betrokkenen in en buiten het ziekenhuis over Veiligezorg®, het creëren van draagvlak voor Veiligezorg® en duidelijk een moment te markeren waarop het project start.

Sommige ziekenhuizen kiezen ervoor de intentieverklaring tijdens de startbijeenkomst te ondertekenen, anderen hebben dat al ervoor gedaan.

Het is altijd goed een nieuw project op een wat feestelijke wijze te starten. Een mogelijkheid daarvoor is een zangeres uit te nodigen die speciaal voor Veiligezorg® een lied heeft gemaakt.

Voor informatie hierover kunt u terecht bij het projectsecretariaat Veiligezorg® bij het Sectorfonds Zorg (zie bijlage 1-3).

Draaiboek

Hieronder wordt een aantal aandachtspunten gegeven waarmee een draaiboek kan worden gemaakt voor het organiseren van de startbijeenkomst.

In het draaiboek moet komen: wat er gedaan moet worden, door wie en wanneer het klaar moet zijn. Het is goed om een persoon te benoemen die eindverantwoordelijk is voor het geheel.

Een aantal keren overleg met betrokkenen/uitvoerenden is nodig om zicht te houden op de voortgang en om te voorkomen dat er gaten vallen of dingen dubbel worden gedaan.

Als eerste

- een datum vaststellen,
- een zaal reserveren met de volgende faciliteiten:
 - beamer
 - spreekinstallatie, microfoon ook in de zaal
 - podium voor het forum met tafels en stoelen, naambordjes, water en glazen,
- zangeres regelen (kan via het Sectorfonds),
- vaststellen van de vorm van de uitnodiging: eenvoudige brief, mooi opgemaakte flyer, gedrukte uitnodigingskaart?
- vaststellen wanneer en hoe de uitnodigingen verspreid gaan worden,
- wil je een goede opkomst dan moet je minimaal zes tot acht weken van tevoren de uitnodigingen versturen. Lukt dat niet dan kun je een voorlopige uitnodiging b.v. per e-mail versturen,
- eerste opzet voor het programma maken,
- vaststellen wie de (middag)voorzitter wordt,
- persoonlijk uitnodigen van de sprekers,

Vervolgens

- zo snel als er duidelijkheid is over deelname aan Veiligezorg een brief naar de politie sturen. Na verzending dit direct doorgeven aan het landelijke projectbureau zodat er vanuit de Sectorfonds Zorg ook contact met de politie opgenomen kan worden;
- sprekers inpraten;
- programma vaststellen;
- uitnodigingen maken;
- adressenlijsten en stickers maken;
- uitnodigingen versturen;
- aankleding van de zaal regelen;
- ca. drie weken voor aanvang posters ophangen;
- ca. twee weken voor aanvang persbericht versturen;
- laatste twee weken management en medewerkers herinneren/motiveren om naar de bijeenkomst te komen.

Als laatste

- afspraak met de beheerder van de zaal om alle praktische zaken nog een keer door te lopen en te checken;
- presentaties van de sprekers verzamelen en b.v. op cd-rom zetten;
- eventueel hand-outs maken van de presentaties.

- **Programma**

Een onderdeel in het programma is een forumdiscussie. Dit kan geleid worden door de (middag)voorzitter.

- **Deelnemers aan het forum**

Het forum bestaat in ieder geval uit:

- ziekenhuisdirectie
- politie (projectleider vanuit de politie)
- projectleider vanuit het ziekenhuis
- officier van Justitie (eventueel)
- beleidsadviseur Veiligezorg® Sectorfonds Zorg

- **Externe gasten**

Bij het uitnodigen van externe gasten kan aan onderstaande personen/instanties worden gedacht:

- burgemeester
- ambtenaar Integrale Veiligheid
- zorgverzekeraars
- raad van toezicht
- verder naar eigen inzicht

Pers

- dag en weekbladen
- regionale radio en TV

Enquêtes, interviews en kleurmethode:

Voor aanvang van de startbijeenkomst:

- enquêtes en vragenlijst voor interviews vermenigvuldigen
- naamstickers opvragen bij personeelszaken
- enveloppe en retourenveloppe verzendklaar maken
- bij Technische Dienst bouwtekeningen opvragen in zesvoud
- kleurpotloden regelen (rood, geel en groen)

Na de startbijeenkomst

- enquêtes verspreiden onder medewerkers en leidinggevende van de pilotafdelingen (SEH, PAAZ, receptietelefonie, etc);
- interviews afnemen onder de leidinggevende en twee à drie medewerkers van de eerder genoemde afdelingen;
- kleurmethode uitvoeren in drie groepjes van twee à drie medewerkers en zelf ook invullen. Dit wordt later teruggekoppeld in werkgroepen.

Geachte (zelf in te vullen, per ziekenhuis verschillend),

Onlangs heeft het ziekenhuis te ingestemd met deelname aan Veiligezorg®.

Het project omvat diverse aspecten, waaronder een uitgebreide probleemanalyse, invoeren van maatregelen ter verbetering van de objectieve veiligheidssituatie, invoeren van gedragsregels, een lik-op-stukbeleid en een convenant met politie en justitie.

Het doel is het aantal agressie-incidenten en de gevoelens van onveiligheid bij medewerkers te verminderen.

Het voordeel voor de politie bleek uit de eerste ervaringen met deze aanpak in het Westfries Gasthuis te Hoorn. Naast een geweldsafname van 30% werden de contacten tussen de gebiedsgebonden groepschef BPZ, de recherchechef en de 24-uurs noodhulp van het ziekenhuis geïntensiveerd, waardoor de effectiviteit van hun optreden sterk toenam.

Het aantal aangiftes nam toe, het aantal assistentieverleningen nam af door gericht lik-op-stukbeleid. Wederzijds vertrouwen werd hersteld en onveiligheidsgevoelens namen aantoonbaar af. Hierin werd nauw samengewerkt met de politie Noord-Holland-Noord, o.a. in de persoon van Hans Westrik.

Deelname aan het project houdt voor uw korps het volgende in:

- een vast aanspreekpunt bij de afdelingschef van de BPZ en recherche (functiegebonden);
- aanwezigheid bij regulier werkoverleg in het ziekenhuis met een vaste regelmaat, frequentie in onderling overleg vast te stellen;
- ad-hoc overleg bij incidenten;
- interne communicatie binnen het korps, waarbij iedere medewerker op de hoogte gesteld wordt van (de voortgang) van Veiligezorg®;
- inspanningsverplichtingen ten aanzien van hetgeen in het convenant wordt afgesproken;
- beperkte analyses;
- waarborging om de continuïteit in het project te behouden;
- verankering van de resultaten van het project in het politiekorps.

Desgewenst kan binnen uw korps een voorlichting worden gegeven over de inhoud van dit project. Op de website www.veiligzorg.nl kunt u meer informatie vinden over het project.

<datum>..... is er een startbijeenkomst. Hierover ontvangt u nog nadere informatie.

Uw deelname aan dit project geeft vorm aan de publiekprivate samenwerking, en is van cruciaal belang in de veiligheidsketen van dit project.

Vertrouwend u naar behoren te hebben ingelicht,

Hoogachtend,

Standaard persbericht project Veiligezorg®

Datum:

[kopsuggestie:]

Ziekenhuispakt agressie binnen de muren aan

[chapeau]

Bekroond project Veiligezorg® bijzonder doeltreffend

[platte tekst]

Ons ziekenhuis is recent gestart met Veiligezorg® in. Dit project is er op gericht om de toenemende agressie in ziekenhuizen aan te pakken, een verschijnsel waarmee helaas ook onze instelling te maken heeft. Uit recent onderzoek is gebleken dat meer dan de helft van de 200.000 artsen en verpleegkundigen, in de 101 algemene en 42 categorale ziekenhuizen die ons land telt, te maken heeft gehad met bedreigingen met steek- of vuurwapens. Ruim negentig procent van de ziekenhuismedewerkers ondervindt psychisch en fysiek geweld; ruim tachtig procent werd geconfronteerd met seksuele intimidatie.

Veiligezorg® biedt ziekenhuizen handvatten om (preventief) beleid te maken op het gebied van agressiebeheersing. In samenwerking met het Openbaar Ministerie en de regionale politiedienst wordt efficiënt lik-op-stukbeleid gestalte gegeven. Bij calamiteiten wordt gelijk procesverbaal opgemaakt en overtreders die een 'rode kaart' krijgen, wordt de toegang tot ons ziekenhuis geweigerd. Ze kunnen hier voortaan alleen nog terecht voor spoedeisende hulp, acute psychiatrische hulp of bezoek aan een specialist op verwijzing. Dit vindt dan onder begeleiding plaats.

Veiligezorg® is ontwikkeld door het Westfries Gasthuis (WFG) in Hoorn. Dit ziekenhuis diende als eerste proeflocatie voor Veiligezorg®. In het WFG werden in het jaar 2000 ruim 300 incidenten gemeld. Na invoering van maatregelen uit Veiligezorg bleek het fysieke geweld in het WFG met ruim dertig procent te zijn gedaald en het verbale geweld met 27 procent. Inmiddels is Veiligezorg® verder ontwikkeld in veertien pilot-ziekenhuizen. Dit is uitgevoerd door het Sectorfonds Zorg, in opdracht van werkgevers- en werknemersorganisaties in de branche Ziekenhuizen en de ministeries van VWS en SZW.

Veiligezorg® wordt momenteel landelijk ingevoerd. Ons ziekenhuis is één van de deelnemende instellingen.

Veiligezorg® heeft in 2002 de prijs European Good Practices Award In Safety And Health At Work ontvangen. Daarnaast is het als één van de beste initiatieven op het gebied van verbetering van arbeidsomstandigheden onderscheiden met het Nederlandse equivalent van deze internationale prijs.

Onderdeel van Veiligezorg® is een landelijk Ziekenhuis Incident Registratiesysteem (ZIR).

Wilt u meer weten over Veiligezorg®, kijk dan op www.veiligezorg.nl of bel met het projectsecretariaat: 030 298 53 66.

1. Inleiding

Veiligezorg® is een belangrijk project. De introductie van Veiligezorg® moet daarom planmatig en breed binnen het ziekenhuis bekend worden gemaakt. Een mededeling alleen volstaat niet!

Ook in de loop van het project is het geven van voorlichting aan interne en externe doelgroepen van essentieel belang voor het welslagen, onder meer omdat zo het benodigde draagvlak voor het project te creëren.

Het opstellen van een communicatieplan is aan te bevelen en zal de kwaliteit en doelgerichtheid van de voorlichting en communicatie zeker ten goede komen. Dit hoeft geen uitgebreid plan te zijn: enkele A4-tjes volstaan.

Deze handreiking biedt projectleiders ondersteuning bij het opzetten van een communicatieplan voor Veiligezorg®.

De handreiking bestaat uit de volgende onderdelen:

1. Inleiding.
2. Stappenplan voor het ontwikkelen van een communicatieplan.
3. Nadere toelichting op de belangrijkste stappen zoals:
 - 3.1 zender en doel bepalen van de communicatie;
 - 3.2 doelgroepen vaststellen;
 - 3.3 communicatiemiddelen selecteren.
4. Overzicht van belangrijke communicatiemomenten binnen Veiligezorg®.
5. Praktisch invulschema (blauwdruk) aan de hand waarvan het communicatieplan kan worden opgesteld.

Deze onderdelen worden in de hier onderstaande paragrafen één voor één nader besproken.

De snelle lezer, die gelijk aan de slag wil gaan, kan paragraaf 2 en 3 overslaan en gelijk doorbladeren naar paragraaf 4, waarin een blauwdruk wordt gepresenteerd voor het opstellen van een beknopt communicatieplan. Indien het daar besproken schema door u wordt ingevuld, ontstaat een helder beeld wat er wanneer binnen uw ziekenhuis gecommuniceerd gaat worden, aan wie, op welke manier en wie er verantwoordelijk is voor de uitvoering. Kortom: het invulschema geeft antwoord op alle belangrijke vragen die thuishoren in een communicatieplan.

In de bijlage zijn ter inspiratie enkele voorbeelden te vinden van ingevulde communicatieplannen.

2. Stappenplan voor het ontwikkelen van een communicatieplan

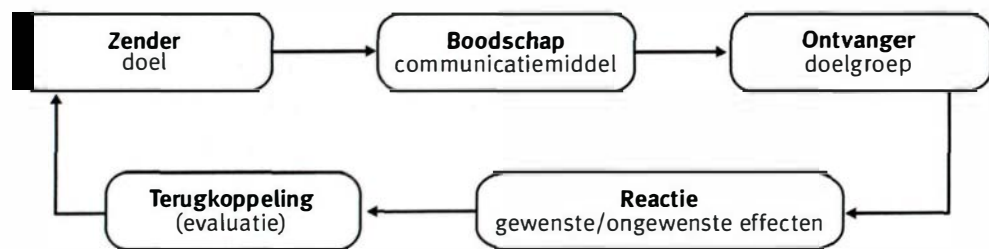
Communicatie is een middel en geen doel op zich. Je doet aan communicatie om een specifiek doel te bereiken, een bepaalde gewenst effect te bereiken. Dit klinkt heel logisch, maar vreemd genoeg wordt dit nog wel eens over het hoofd gezien. Effectieve communicatie omvat in het algemeen meer dan het rondsturen van wat schriftelijke informatie.

Goede voorlichting bestaat uit het doelbewust beïnvloeden van specifieke doelgroepen op kennis-, houdings- en gedragsniveau door gebruik te maken van de in uw situatie meest geëigende communicatiemiddelen.

Daarom is het van belang om van tevoren te weten wat u wilt bereiken, bij wie, wanneer en op welke manier u dat het beste kan aanpakken. Pas als je over deze zaken hebt nagedacht en keuzen hebt gemaakt, kun je doelgericht inhoud geven aan het onderdeel communicatie binnen het project.

De communicatie dient derhalve gestructureerd aangepakt te worden.

Om dat te realiseren is het noodzakelijk om een communicatieplan te ontwikkelen.



Om tot een gefundeerd communicatieplan te komen, moet een aantal keuzen gemaakt worden.

Stappenplan voor het ontwikkelen van een communicatieplan:

- Stap 1 **Zender** bepalen
- Stap 2 **Doel** dat door de zender wordt nagestreefd helder formuleren
- Stap 3 **Doelgroep(en)** voor de communicatie bepalen (ontvangers)
- Stap 4 **Communicatiemiddelen** selecteren
- Stap 5 **Boodschap** (per doelgroep) vaststellen
- Stap 6 **Uitvoeren** van concrete werkafspraken voor het communicatieplan
- Stap 7 **Evaluatie:** nagaan of de beoogde doelen bereikt worden en eventueel bijstellen aanpak

Voordat u aan de creatieve uitwerking en uitvoering van uw communicatieplan begint is het echter zaak eerst de volgende randvoorwaarden veilig te stellen:

- Benodigd budget regelen (b.v. voor aanschaf materialen, drukkosten, etc.)
- Benodigde uren van uitvoerders vastleggen (resp. van de projectleider en anderen)
- Goede tijdsplanning maken, zodat de benodigde personele capaciteit ook op de juiste momenten beschikbaar is (m.n. tijdens belangrijke communicatiemomenten die veel inspanningen vergen; zie paragraaf 4.1).

In de volgende paragraaf zullen de belangrijkste keuzen, die tijdens het doorlopen van het stappenplan gemaakt moeten worden, nader worden toegelicht.

3. Toelichting op de belangrijkste te maken keuzen

3.1 Zender en doel van de communicatie

■ Bepalen van de zender: wie is verantwoordelijk voor wat?

De projectleider zal een hoofdrol spelen bij het ontwikkelen én uitvoeren van het communicatieplan.

Betekent dit dat de projectleider ook de zender is van de boodschappen?

Het is goed om vast te stellen wie verantwoordelijk is voor de communicatie.

Vaak zal het zo zijn dat officieel de Raad van Bestuur eindverantwoordelijk is voor zowel de interne als externe communicatie over Veiligezorg®. In dat geval is de Raad van Bestuur de zender van de informatie. De projectleider en de projectgroep zal in praktijk de communicatie coördineren.

Voor interne communicatie gericht op de afdelingen is in principe het lijnmanagement verantwoordelijk.

Bedenk dat een zender een bepaald 'karakter' heeft: doelgroepen hebben een mening over 'hem' (de organisatie of persoon die de boodschap 'ondertekent'). Net zoals media hun eigen karakter hebben waarvan wel degelijk invloed kan uitgaan die uw boodschap ondersteunt of juist ongeloofwaardig maakt, kan ook van de zender ondersteunende of juist ondermijnende invloed uitgaan. Het is dus zaak om na te denken over de vraag: van wie zal de doelgroep deze boodschap het makkelijkst 'aannemen', wie is in hun ogen een 'autoriteit', en/of een 'logische' afzender van deze boodschap.

Mogelijk moet u anderen, deskundigen of hoger geplaatsten inschakelen bij het bewerken van hiërarchisch hogere niveaus dan het uwe. Voor ander doelgroepen bent u zelf weer de juiste persoon om de lezing te geven of het gesprek te voeren. Ook is het denkbaar dat u slachtoffers, daders of andere betrokkenen waarmee men in het project te maken zal krijgen, in citaten, in levende lijve of op film ten tonele voert om uw (of andermans) verhaal te ondersteunen. U kunt ook acteurs inhuren voor het naspelen van situaties en het doen van rollenspelen.

■ Bepalen van de communicatiedoelen: beïnvloeden van kennis, houding en gedrag

Een project als Veiligezorg® kent een heleboel doelen en middelen. In eerste instantie is het van belang te bepalen op welk niveau u werkt. Zo kan onderscheid worden aangebracht in meer algemene (landelijke) campagnedoelstellingen en meer concreet uitgewerkte subdoelstellingen.

De primaire doelstelling van het project Veiligezorg® is:

- terugdringen van het aantal agressie incidenten (zowel verbaal als fysiek);
- bewustwording van problematiek bij personeel en management;
- invoeren van een lik-op-stukbeleid bij agressie en geweld;
- verbetering van de opvang binnen de instelling;
- vermindering van ziekteverzuim en WAO-instroom;
- imagoverbetering.

Uitwerking van de eerste doelstelling in verschillende doelen.

Projectdoel: terugdringen aantal agressie incidenten met 50% in periode X

Middel 1: invoeren registratiesysteem

Communicatiedoel 1: kennis over de bestaande registratieprocedures overdragen

Het communicatiedoel is niet hetzelfde als het projectdoel. Als de projectdoelstelling luidt dat in het ziekenhuis het aantal gevallen van agressie en geweld verminderd moet worden dan lukt dit niet met communicatie alleen. Een communicatiedoel dient verwoord te zijn in termen van hetgeen met communicatie alleen te realiseren zou zijn. Wat wilt u bereiken?

Uw communicatiedoel is waarschijnlijk dat u wilt bereiken dat uw doelgroepen:

- iets weten (kennisniveau)
- iets vinden (houdingniveau)
- iets doen/laten (gedragsniveau)

Voorbeelden van communicatiedoelen zijn: bekendheid geven aan het bestaan van het project, voorlichting geven over omgaan met incidenten, bespreken concept draaiboek.

Kortom: algemene communicatiedoelen zijn het bewust beïnvloeden van:

1. kennis
2. houding
3. gedrag

• **Draagvlak creëren en weerstanden wegnemen**

Voor een project als Veiligezorg® is het noodzakelijk draagvlak te bewerkstelligen onder het personeel en het management. Immers, als de directie, het management en/of medewerkers er niet achter staan, is elk initiatief tot mislukken gedoemd. Het ontwikkelen en invoeren van een nieuw project als Veiligezorg® gebeurt niet in een vacuüm. Men probeert iets nieuws te realiseren binnen een bestaande organisatie die zo zijn eigen beleidslijnen en prioriteiten, overlegstructuren, werk- en denkwijzen en routines kent. Dus dient er door de projectgroep gewerkt te worden aan het creëren van draagvlak.

De volgende activiteiten kunnen dit draagvlak vergroten:

- van tevoren dingen in de week leggen, zodat een beslissing van de projectgroep niet als een donderslag bij heldere hemel komt;
- de doelstellingen van het project aan alle medewerkers duidelijk maken;
- inspraakmogelijkheden inbouwen voor medewerkers die geen deel uitmaken van de projectgroep;
- de leden van de projectgroep stimuleren om met hun collega's op de werkvloer te praten over het onderwerp.

Voorbeeld: Communicatiedoelen van het project Veiligezorg® in Ziekenhuis A. te B.

Door middel van gerichte communicatie aan specifieke doelgroepen worden de volgende algemene doelen nagestreefd en ondersteund:

1. Kennis

Alle personeelsleden van het ziekenhuis en nader omschreven externe doelgroepen kennen de aanleiding voor Veiligezorg® en hebben globaal inzicht in de onderdelen en tijdsplanning van het project. Ook is bij hen bekend wat de resultaten van het project zijn.

2. Houding

Zowel de interne als externe doelgroepen staan positief tegenover Veiligezorg® en de activiteiten die in dat verband uitgevoerd worden. Zij zien de verschillende maatregelen als een positieve investering in de veiligheid van patiënten, bezoekers en medewerkers.

3. Gedrag

Het personeel kan beter omgaan met agressie op de werkvloer en is beter in staat agressie te voorkomen en collega's op te vangen.

Bezoekers en patiënten zullen zich aantoonbaar minder agressief gedragen.

Vraag:

Zijn volgens u bovengenoemde communicatiedoelen van ziekenhuis A. te B. goede communicatiedoelen? Waarom wel/niet?

Criteria voor het formuleren van goede communicatiedoelen

Communicatiedoelen dienen bij voorkeur te voldoen aan drie eisen.

1. Er moet een **gewenst resultaat** in staan.
2. Dat moet in **meetbare termen** worden verwoord.
3. Er moet een **termijn** en een **plaats** in worden genoemd.

Ad 1 Gewenst resultaat

Zolang in een doelstelling niet staat wat het gewenste resultaat of effect moet zijn, is het meestal geen doel maar een intentieverklaring of iets dat men van plan is te gaan doen. Het gaat dan om formuleringen als:

- voorlichting geven aan...
- belangstelling wekken voor...
- interesse kweken bij..

Er is een ezelsbrug om te controleren of er werkelijk een doel geformuleerd is: een goede doelformulering moet beginnen met de zinsnede 'wij willen bereiken..' b.v. :

- dat onze doelgroep op de hoogte is van het feit dat;
- dat onze doelgroep van mening is dat registreren zinvol is;
- dat onze doelgroep contact met ons opneemt.

Ad 2 Meetbare termen

Het formuleren van voorlichtingsdoelen moet idealiter gepaard gaan met het vaststellen van evaluatiecriteria, liefst zowel in kwaliteit als in kwantiteit uitgedrukt. In feite gaat het om antwoord op de vraag: met welk constateerbaar dwz. meetbaar resultaat zijn we tevreden.

Als we 10% van de beoogde doelgroep bereiken met onze boodschap is dat dan genoeg, te weinig of te veel? Als 50% daarvan na confrontatie met de boodschap weet wat wij willen dat ze weten, is dat dan een goed, matig of beroerd resultaat?

Ad 3 Vastgestelde termijn en plaats

In een goede doelstelling hoort ook een termijn thuis waarbinnen en de plaats waar dat doel gerealiseerd moet zijn.

Als de doelformulering voldoet aan deze genoemde eisen, zijn daarmee tevens de *evaluatiecriteria* benoemd.

Een voorbeeld van een goed geformuleerd communicatiedoel:

"Aan het eind van het project, in november 2003, weet 50% van de beoogde doelgroepen op de risico-afdelingen dat...".

Een voorbeeld van een *te vaag* geformuleerde doelstelling:

"Het bekend maken van beleidsvoornemens op het gebied van incidentenregistratie".

3.2 Doelgroepen vaststellen

Voor wie is de voorlichting eigenlijk precies bedoeld? Dat is de vraag naar de doelgroep(en).

Een communicatieplan moet aangeven:

- welke doelgroepen worden onderscheiden;
- welke kenmerken van de verschillende doelgroepen in dit geval van belang zijn;
- welke doelgroepen prioriteit krijgen.

Hierbij kan een onderscheid worden aangebracht tussen interne en externe doelgroepen.

Intern hebt u niet met 'het ziekenhuis' in z'n totaliteit te maken, maar met verschillende soorten medewerkers, waar u ook heel verschillende doelen mee hebt. Het is daarom zaak om per doelgroep te bekijken of en wat u hen te bieden heeft, opdat u uw doel bereikt. Tevens is het zo dat verschillende doelgroepen een andere informatiepositie kunnen bekleden. Zo kan het zijn dat men aan de top van de organisatie al wel een redelijk duidelijk inzicht in het wat, hoe en waarom van het project heeft, terwijl de meeste andere medewerkers dat niet hebben, omdat ze in een totaal ander informatiecircuit zitten. Er moet rekening mee gehouden worden dat daar veel andere informatie circuleert over het project, zoals geruchten, foute veronderstellingen en 'indianenverhalen'. De informatie die vanuit de projectgroep gegeven wordt, kan dan ook heel anders worden uitgelegd dan was bedoeld zeker als de informatie niet heel helder is geformuleerd in de taal van de medewerkers zelf.

Interne doelgroepen

- medewerkers
- stagiaires
- stafleden
- directie, management team, raad van bestuur
- lijnmanagers (sectormanagement, unithoofden)
- stafbestuur
- patiënten
- bezoekers
- ondernemingsraad
- patiënten/cliëntenraad

Externe doelgroepen

- 'Toeleveranciers' van patiënten: iedereen die vanuit een medische professie mensen kan doorverwijzen naar het ziekenhuis (huisartsen, fysiotherapeuten, etc.)
- Lokale overheden in de regio, provinciale overheid, landelijke overheid
- Politie
- Openbaar Ministerie
- Hulpverlenende organisaties (brandweer, ambulancediensten)
- Bevolking in de regio (potentiële patiënten en/of bezoekers en/of medewerkers)
- Directies collega-ziekenhuizen en andere zorginstellingen
- Bedrijven en instellingen: omringende bedrijven, vervoerbedrijven, schooldirecties, sportclubs, etc.
- Schrijvende pers:
 - landelijk: ANP, dagbladen, vaktijdschriften (medisch, politie)
 - regionaal: regionale edities, huis-aan-huisbladen, zondagskranten
- Audio/visuele pers:
 - landelijke en regionale tv-nieuwsrubrieken: Nova, etc.
 - radio (landelijk, regionaal, lokaal): Radio Noord-Holland, Utrecht, etc.

Het is niet alleen van belang te bepalen wie de doelgroepen zijn, ook is het belangrijk de doelgroepen als het ware te leren kennen. Hoe groot is de doelgroep? Hoe kijkt de doelgroep nu aan tegen zaken als agressie, preventie en repressie (interesse, wens, etc.). Wat voor maatregelen kennen ze en hoe waarderen ze die? Hoeveel geld, moeite, tijd heeft de doelgroep over voor de uitvoering van Veiligheidszorg?

Hoe beter men de doelgroepen kent, des te gericht kan men communiceren, bestaande weerstanden wegnemen en boodschappen op maat formuleren.

3.3 Communicatiemiddelen selecteren

Bij deze stap gaat het om het kiezen van de meest geëigende communicatiemiddelen (media). De communicatiemiddelen moeten zo gekozen worden dat de kans zo groot mogelijk is dat de beoogde doelgroepen echt bereikt worden en de boodschap daadwerkelijk aankomt.

De belangrijkste criteria om media op te beoordelen zijn de volgende:

Bereik

Uiteraard is het allerbelangrijkste criterium om een medium in te zetten of het medium veel of weinig leden van uw doelgroep bereikt. In de vorige stap heeft u zich ingeleefd in de situatie van uw doelgroep en u afgevraagd op wat voor manier zij informatie tot zich nemen. Nu is het zaak de lijn door te trekken en daar een bepaald medium aan te verbinden. Zo heeft het weinig zin om via de radiozender van het ziekenhuis te proberen 'bezoekers' bewust te maken van VeiligeZorg®. Voor patiënten daarentegen kan het wel een goed medium zijn.

Soort overdracht

Met 'soort overdracht' wordt bedoeld of de boodschap schriftelijk, mondeling, auditief, visueel of audiovisueel door het medium kan worden overgedragen, of in combinaties daarvan. Waar het om gaat is dat de soort overdracht geschikt moet zijn voor uw boodschap. Bij grote en gemêleerde groepen is het aan te raden om te zoeken naar een combinatie van soorten overdracht, om zoveel mogelijk mensen te kunnen bereiken.

Karakter en communicatievermogen

Met het karakter van het medium wordt hetzelfde bedoeld als voor mensen geldt. Bijvoorbeeld serieuze versus 'flauwekul' blaadjes. Communicatievermogen verwijst naar omvang (luciferdoosje versus poster), attentiewaarde (actualiteiten op teletekst en achtergrondverhalen in het ziekenhuisblaadje) en plaats van 'ontvangst' (wachtkamer versus thuis) van het medium.

Geschiktheid

In het algemeen kun je stellen dat hoe moeilijker de doelstelling is, des te persoonlijker en des te vaker men de doelgroep moet zien te bereiken. Gecompliceerde boodschappen komen beter tot hun recht in media die men relatief lang onder ogen heeft. Dat maakt bijvoorbeeld een affiche (waar iedereen langsloopt) absoluut ongeschikt voor boodschappen waar je als doelgroep even de tijd voor zou moeten nemen om ze tot je door te laten dringen. Groepsgesprekken en bijeenkomsten zijn alleen geschikt als men mikt op een zeer geïnteresseerde doelgroep. Het kost mensen immers nogal wat: je moet er flink wat (vrije) tijd voor uittrekken, je moet er heen, etc.

Communicatiemiddelen om interne doelgroepen te bereiken

- memo's (interne mededelingen)
- brieven, al dan niet persoonlijk gericht
- voorlopig project- en netwerkplan met begeleidend gesprek of briefje
- informatiemiddag/avond/ochtend (al dan niet gekoppeld aan een andere bijeenkomst)
- lezing met of zonder audiovisuele hulpmiddelen
- tweegesprek
- groepsgesprek
- informele bespreking
- groepsdiscussie
- personen (een journalist die zijn ervaringen vertelt, slachtoffers, ex-daders, hulpverleners)
- publicaties in interne krantjes (b.v. in interne nieuwsbrief, personeelsblad)
- jaarverslag
- intranet
- e-mail berichten
- een film of videoband voor op het interne tv-kanaal
- ideeënbus
- bestaande werkoverleggen
- postvakjes
- affiches
- notulen
- t-shirts
- infoboekje
- powerpoint presentatie
- raamstickers
- posters
- flyers voor bezoekers
- mailing aan het thuisfront

Communicatiemiddelen om externe doelgroepen te bereiken

- beperkt of uitgebreid informatiepakket (brief, poster, flyer, sticker)
- algemeen persbericht (print en digitaal) voor diverse kranten
- artikel of column in specifiek regionaal blad
- informatieverbreiding via internet



Tip

Ga niet te snel “extern”. Zorg dat het project eerst intern goed op de rails staat en alle interne doelgroepen goed bereikt zijn, alvorens te starten met een extern communicatie-offensief.

Een logische volgorde van communicatieactiviteiten is bijvoorbeeld:

1. plan en middelen vastleggen
2. ondernemingsraad inlichten
3. overige overlegorganen bijeenroepen
4. personeelsbijeenkomst beleggen
5. interne mededeling maken
6. materiaal aanbrengen op alle afdelingen
7. ‘thuisfront’ inlichten (maximale betrokkenheid)
8. naar buiten treden



Tip

Aanbevolen wordt om zoveel mogelijk gebruik te maken van de reguliere communicatiemiddelen, waarmee de interne en externe doelgroepen vertrouwd zijn. Zij zullen deze immers als eerste raadplegen en kunnen aldus zonder veel moeite op de hoogte raken van de vorderingen van het project.

Reguliere communicatie over Veiligezorg®

Het gebruik van de volgende communicatiemiddelen verdient sterk aanbeveling:

- *Werkoverleg*
Veiligezorg® moet regelmatig op de agenda van het werkoverleg van de pilotafdelingen staan.
- *Managementoverleg*
Het project moet bij voorkeur eens in de twee à drie maanden op de vergadering van het MT en/of de raad van bestuur staan, ter waarborging van de periodieke terugkoppeling.
- *Personeelsblad*
Het is aan te raden om de voortgang van het project regelmatig terug te laten keren in een vaste rubriek in het personeelsblad.
- *Persberichten voor externe media*
Op belangrijke momenten verdient het aanbeveling om persberichten op te sturen naar lokale, regionale en/of landelijke media.
- *Internet en intranet*
Internet en intranet zijn goede instrumenten om de informatie snel bij de interne en externe doelgroep te krijgen.

De herkenbaarheid van Veiligezorg® wordt voor een groot deel bepaald door het logo van Veiligezorg® dat reeds ontworpen is en in verschillende uitingen/middelen gebruikt kan worden.

Door een extern PR-bureau zijn reeds verschillende communicatiemiddelen ontwikkeld (inclusief logo), waar gebruik van kan worden gemaakt.

Een overzicht van de inhoud van deze PR-toolkit is opgenomen in bijlage 2.

3.4 Aandachtspunten ten aanzien van de overige keuzen

Aandachtspunten ten aanzien van de **boodschap**:

- Het doorwerken van informatie kost in grote groepen meer tijd dan in kleinere. Met dit vertragingseffect zal in grote organisaties rekening gehouden moeten worden.
- De informatie moet 'dakpansgewijs' worden gegeven. Ieder stuk nieuwe informatie moet een deel van de vorige omvatten, waarop de nieuwe informatie aansluit.
- De boodschap moet per doelgroep worden geformuleerd. Er kan heel goed een gemeenschappelijke kern, thema of slogan zijn, maar verschillen in voorkennis, houding en eigenaardigheden van doelgroepen zorgen voor verschillende uitwerkingen. Als de verschillen te groot zijn en er per se een enkele boodschap moet worden uitgedragen, moet gekozen worden: delen van de doelgroep zullen dan minder of niet worden bereikt.
- Bij het vaststellen van de boodschap gaat het erom dat u zaken zo verwoordt dat de doelgroep ze niet alleen herkent en begrijpt maar ook gaat weten of vinden of doen wat u, de zender, beoogt, kortom, de reactie gaat vertonen die gewenst is. De doelgroep moet dus iets hebben aan uw boodschap, het liefst voordeel.

Aandachtspunten ten aanzien van de **follow-up en evaluatie**:

- Heel belangrijk is het om van tevoren te bedenken of, en zo ja wat voor follow-up straks nodig zal zijn. Zonder enige vorm van follow-up zal al snel na afloop van het project de aandacht die u van uw doelgroep heeft gevraagd, weer gaan verslappen. Dat zal zeker het geval zijn indien u als doel had gesteld kennis, houding of gedrag te gaan veranderen. Als u dit soort doelen nastreeft is het zeker nodig dat u met enige regelmaat aan de weg blijft timmeren. Dat kan in de vorm van een herhaling van het project over enige tijd, maar meestal heeft u met een project al een goede voedingsbodem gekweekt om de zaak 'warm' te kunnen houden met minder inspanning.
- Bedacht moet worden dat nieuwe medewerkers en stagiaires ook op de hoogte gesteld moeten worden van het project.
- Follow-up is niet alleen noodzakelijk om de doelen te bewaken, maar is ook van belang om intern commitment te verzekeren. Gaat u maar eens na wat u internen zoal belooft met uw aanbod. Het zal nodig zijn om op een gegeven moment voor alle betrokkenen heel expliciet te maken dat u ook 'geleverd' heeft. Wie hard gewerkt heeft aan het slagen van het project, vindt het leuk om te horen wat daar nou mee bereikt is. Daarvan kan ook een grote stimulans uitgaan om een volgende keer weer mee te werken aan een project, er zal dan

in het algemeen gunstiger worden gesproken over het project, er zal mogelijk meer budget voor het project ter beschikking komen, etc. Een kans die u niet moet laten schieten ook al bent u na afloop van het project geneigd te denken dat het 'afgelopen' is.

- Ook als de resultaten tegenvallen is follow-up van belang: iedereen kan er lering uit trekken.
- Vormen van follow-up die u kunt kiezen zijn:
 - voortgangsrapportages publiceren over het project (zo blijft iedereen op de hoogte en betrokken bij de zaak);
 - bedankbrieven schrijven na afloop;
 - publicaties verzorgen in het ziekenhuisblad omtrent de voortgang van het project en de verdiensten van internen daarbij;
 - artikelen die in kranten verschijnen op het prikbord prikken;
 - het evaluatierapport of een uittreksel daarvan rondsturen;
 - etc.
- Voor (het bewaken van) de follow-up moet er na de afronding van de project-opdracht en de mogelijk daarop volgende opheffing van de projectgroep expliciet één of meer medewerkers aangewezen worden.
- Vaak worden communicatie activiteiten niet geëvalueerd. Het is echter verstandig om wel feedback te vragen op uw communicatieactiviteiten. Dat geeft immers mogelijkheden om gedurende de looptijd van het project de door u gemaakte keuzen steeds op maat bij te stellen zodat de beoogde doelen en doelgroepen steeds beter bereikt worden.
- Hoofdvragen in het kader van een evaluatie van de communicatie zijn: was iedereen voldoende op de hoogte, goed gemotiveerd, goed geïnstrueerd; in hoeverre heeft de communicatie bijgedragen (of afgedaan) aan het succes van het project; is daaruit lering te trekken voor een volgend project?

4.1 Bepalen communicatiemomenten

Veiligezorg® kent enkele cruciale onderdelen waarbij voorlichting onmisbaar is. De momenten waarop deze onderdelen plaatsvinden, zijn vrij goed van tevoren in te schatten. Bewuste communicatie is in ieder geval gewenst op de volgende momenten.

Communicatiemomenten

1. Na het aanstellen van de projectleider en het samenstellen van de centrale projectgroep.
2. Voor de startconferentie.
3. Ter introductie van het registratiesysteem en de registratieformulieren.
4. Voor het uitvoeren van de probleemanalyse op de pilotafdelingen.
5. Na het afronden en voor invoeren van het plan van aanpak Veiligezorg®.
6. Na het opstellen van de normen en waarden.
7. Na het opstellen van de handhavingsprotocollen en het vastgestelde lik-op-stukbeleid.
8. Rondom het tekenen van het convenant.

Daarnaast kunnen er allerlei andere aanleidingen en momenten zijn waarop communicatie zinvol is.

Behalve communicatie rondom specifieke activiteiten of onderdelen van Veiligezorg®, is het ook aan te raden structureel voorlichting te geven over het project. Dit kan door b.v. periodiek een artikel te schrijven over Veiligezorg® in interne en/of externe nieuwsbrieven, kranten e.d.

4.2 Invullen communicatieschema's

Nadat alles is uitgedacht en ontwikkeld wordt de boodschap gezonden. Voordat het echter zover is zorgt u ervoor dat de gemaakte keuzen beknopt vastgelegd worden en er concrete werkafspraken gemaakt worden. Hierbij geldt: hoe concreter hoe beter. Wie is waarvoor verantwoordelijk, wie voert wat uit: wie schrijft het artikel, wie bereidt het praatje voor, wie organiseert de bijeenkomst, wie zorgt voor de beamer, wie gaan naar de vergadering enzovoort.

Om ervoor te zorgen dat de implementatie goed verloopt, is de routing en planning van essentieel belang.

Per communicatiemoment moet daarom onderstaand schema ingevuld worden. Deze ingevulde schema's vormen samen de kern van het communicatieplan.

Communicatiemoment:

Doel:

Doelgroep(en):

Communicatiemiddel(en):

Kernboodschap:

Datum uitvoering:

Uitvoerders:

Ingevulde Communicatieschema's (voorbeelden)

Communicatiemoment: Mondelinge introductie Veiligezorg®

Doel:	Informeren van het Management Team en de Raad van Bestuur
Doelgroep(en):	Leden van het MT en de raad van bestuur
Communicatiemiddel(en):	Mondelinge toelichting door de projectleider met behulp van powerpointsheets
Kernboodschap:	• noodzaak van het tegengaan van agressie • doelstellingen van het project • aanpak en duur van het project • functie van de projectgroep • te verwachten investering • te verwachten opbrengsten
Datum uitvoering:	Direct na de formele opdracht tot het uitvoeren van Veiligezorg®
Uitvoerders:	Projectleider

Communicatiemoment: Schriftelijke introductie Veiligezorg®

Doel:	Personeel informeren over de start van het project en over de functie van de projectleider en de centrale projectgroep
Doelgroep(en):	Al het personeel
Communicatiemiddel(en):	Een artikel in het personeelsblad en/of op intranet
Kernboodschap:	• noodzaak van het tegengaan van agressie • doelstellingen van het project • aanpak en duur van het project • functie en samenstelling van de projectgroep • telefoonnummers en email-adressen van de leden van de projectgroep
Datum uitvoering:	Direct na de instelling van de projectgroep
Uitvoerders:	De projectleider en/of de stagiaire: aanleveren tekst Afdeling PR: vormgeving en publicatie

Communicatiemoment: Uitvoeren probleemanalyse

Doel:	Methoden die gebruikt worden voor de probleemanalyse introduceren.
Doelgroep(en):	1. Al het personeel in het algemeen, en 2. Het personeel van de risicoafdelingen in het bijzonder.
Communicatiemiddel(en):	1. Interne nieuwsbrief 2. Mondelinge voorlichting op de risicoafdelingen
Kernboodschap:	Introductie personeelsenquête: • doel van de enquête • belang van het invullen van de enquête • datum waarop de enquête verzonden wordt • datum waarop ingevulde enquêtes uiterlijk binnen moeten zijn Introductie kleurenmethode: • doel van de kleurenmethode • belang van de methode • hoe werkt de kleurenmethode • wanneer wordt de kleurenmethode uitgevoerd • waar wordt de kleurenmethode uitgevoerd • welke medewerking wordt verlangd
Datum uitvoering:	Twee weken voorafgaand aan de toepassing van de onderzoeksmethode
Uitvoerders:	Projectleider Stagiaire Leden van de centrale projectgroep Afdelingshoofden

Communicatiemoment: Voortgang Veiligheidszorg®

Doel:	Informereren over de voortgang van het project
Doelgroep(en):	1. MT en/of raad van bestuur 2. Het personeel van de instelling 3. Contactpersoon van de politie
Communicatiemiddel(en):	1. Mondelinge voorlichting tijdens Informatiebijeenkomst met het MT en/of raad van bestuur 2. Artikel in het personeelsblad 3. Mondelinge voorlichting tijdens het periodiek overleg met de contactpersoon van de politie
Kernboodschap:	Afhankelijk van het stadium waarin het project zich bevindt.
Datum uitvoering:	Na afronding van elk onderdeel van Veiligheidszorg®.
Uitvoerders:	Projectcoördinator en leden van de projectgroep Afdeling PR

Inhoudsopgave

- II.1 Checklist inventarisatie bestaande en geplande maatregelen
- II.2 Voorbeeld vragenlijst interviews sleutelpersonen
- II.3 Voorbeeld vragenlijst personeelsenquête
- II.4 Excelprogramma voor het analyseren van de enquêteresultaten
- II.5 Voorbeeld van delictogrammen en preventogrammen

Checklist inventarisatie bestaande en geplande maatregelen

Door onderstaand schema in te vullen krijgt u een eerste overzicht van de reeds getroffen en/of geplande veiligheidsmaatregelen voor het ziekenhuis in totaliteit.

Op grond van de interviews met sleutelpersonen kan het schema stap voor stap aangevuld worden. Het verdient aanbeveling om dit schema niet alleen globaal voor het hele ziekenhuis in te vullen, maar ook meer in detail per risicoafdeling. Dit vormt een goede voorbereiding op de kleurenmethode.

Schema: Overzicht bestaande en geplande veiligheidsmaatregelen

Type maatregel	aanwezig	niet aanwezig	in de planning
Electronische maatregelen			
Camera's			
Mobiele alarmseinen			
Alarmknop			
Overige			
Fysieke en bouwkundige maatregelen			
Kluisjes			
Andere compartimentering			
Verhoogde balies			
Sociaal veilige verlichting			
Overige			
Scholing m.b.t.			
Opvangmogelijkheden en procedures			
Aanleren vaardigheden (omgaan met agressie)			
Kennis over beveiligingsmaatregelen en procedures			
Organisatorische maatregelen en protocollen			
Toegangsbeheer			
Sleutelbeheer			
Slachtofferzorg			
Gedragsregels			
Melding incidenten			
Registratie incidenten			
Inschakelen politie			
Terugkoppeling over strafrechtelijke en			
Civielrechtelijke afdoening aan slachtoffer			
Alarmering			
Taken en bevoegdheden beveiligingspersoneel			
Calamiteiten			

Veiligheidsonderzoek ziekenhuizen in Nederland

1. Op welke manier bent u op de hoogte gesteld van het project "Veiligezorg"?

Symposium Westfries Gasthuis

0

Dagbladen

0

Radio

0

Tv

0

Anders n.l.

0

2. Komen er bij u in het ziekenhuis incidenten van agressie en geweld voor?

	Nooit	Soms	Regelmatig	Vaak	Zeer vaak
Bezoeker	0	0	0	0	0
Patienten	0	0	0	0	0
Personeel	0	0	0	0	0

3. In welke vorm komen incidenten voor?

	Nooit	Soms	Regelmatig	Vaak	Zeer vaak
Verbale agressie (bijvoorbeeld opmerkingen, schelden)	0	0	0	0	0
Psychisch geweld (bijvoorbeeld bedreigen, intimidatie)	0	0	0	0	0
Seksuele intimidatie (verbaal, non-verbaal)	0	0	0	0	0
Fysiek geweld (slaan, schoppen etc.)	0	0	0	0	0
Bedreiging met gebruik van wapens en/ of andere voorwerpen	0	0	0	0	0

4. Onveilige situaties en locaties

In welke situaties of op welke locaties voelen medewerkers zich onveilig?

	Nooit	Soms	Regelmatig	Vaak	Zeer vaak
Tijdens (individuele) gesprekken met patiënten	0	0	0	0	0
Tijdens (individuele) gesprekken met bezoekers	0	0	0	0	0
(Alleen) op de afdeling/kantoor	0	0	0	0	0
Op het parkeerterrein	0	0	0	0	0
Binnen bezoeken rond het ziekenhuis	0	0	0	0	0
Buiten bezoeken rond het ziekenhuis	0	0	0	0	0

5. Meldingssysteem bij incidenten of calamiteiten.

Is het personeel, volgens u, op de hoogte van een meldingssysteem voor incidenten of calamiteiten?

	Onvoldoende	Matig	Voldoende	R.voldoende	Uitstekend
	0	0	0	0	0

6. Aangifte bij politie

Wordt er bij de volgende incidenten aangifte gedaan bij politie?

	Nooit	Soms	Regelmatig	Vaak	Zeer vaak
Verbale agressie (bijvoorbeeld opmerkingen, schelden)	0	0	0	0	0
Psychisch geweld (bijvoorbeeld bedreigen, intimidatie)	0	0	0	0	0
Seksuele intimidatie (verbaal, non-verbaal)	0	0	0	0	0
Fysiek geweld (slaan, schoppen etc.)	0	0	0	0	0
Bedreiging met gebruik van wapens en/of andere voorwerpen	0	0	0	0	0

7. Contact met politie

Heeft het ziekenhuis contact met de politie ten behoeve van de (algemene) veiligheid?

	Nooit	Soms	Regelmatig	Vaak	Zeer vaak
	0	0	0	0	0

8. Welke preventieve en curatieve maatregelen worden er bij u in het ziekenhuis reeds genomen?

Bouwkundig (open of gesloten balies, sloten op deuren, aangepast meubilair)

Organisatorisch (protocollen, veiligheidsbeleid, afspraken, opleiding)

Elektronisch (alarmsysteem, panieksein, camera's)

9. Welke maatregelen moeten er, volgens u, nog genomen worden om de veiligheid in het ziekenhuis te verbeteren?

Bouwkundig

Organisatorisch

Elektronisch

10. Zijn er (in het verleden) convenanten gesloten en/of projecten opgezet ter verbetering van de veiligheid in het ziekenhuis?

Nee 0

Ja, namelijk 0

11. Bent u van mening dat een eenduidig veiligheidsproject de veiligheid in Nederlandse ziekenhuizen zal verbeteren?

Nee, want 0

Ja, want 0

0. Afdeling

	Lab/Röntgen	SEH	PAAZ	Rec/Tel	WANT	Beveiliging
1. Op welke afdeling in uw instelling bent u werkzaam?	1	2	3	4	5	6
	Zorgonder- steunend	Verpleegk.	Arts	Receptionist	Leidinggevende	Beveiliging
2. Wat is uw functie?	1	2	3	4	5	6
	Man	Vrouw				
3. Bent u man of vrouw?	1	2				

1. Geweld en agressie

Bent u afgelopen jaar slachtoffer geweest van

1. fysiek geweld (bijvoorbeeld slaan, schoppen, trekken, duwen) door:	Nooit	1 keer	2 - 5 keer	6 - 15 keer	>15 keer
a) een of meer bezoekers	1	2	3	4	5
b) een of meer patiënten	1	2	3	4	5
c) personeel	1	2	3	4	5

2. verbale agressie (bijvoorbeeld schelden, pesten, treiteren) door:

	Nooit	1 keer	2 - 5 keer	6 - 15 keer	>15 keer
a) een of meer bezoekers	1	2	3	4	5
b) een of meer patiënten	1	2	3	4	5
c) personeel	1	2	3	4	5

3. psychisch geweld (bijvoorbeeld bedreigen, intimidatie, achtervolgen) door:

	Nooit	1 keer	2 - 5 keer	6 - 15 keer	>15 keer
a) een of meer bezoekers	1	2	3	4	5
b) een of meer patiënten	1	2	3	4	5
c) personeel	1	2	3	4	5

4. seksuele intimidatie (ongewenst aanraken/betasten, seksuele opmerkingen) door:

	Nooit	1 keer	2 - 5 keer	6 - 15 keer	>15 keer
a) een of meer bezoekers	1	2	3	4	5
b) een of meer patiënten	1	2	3	4	5
c) personeel	1	2	3	4	5

5. bedreiging met gebruik van wapens en/of andere voorwerpen door:

	Nooit	1 keer	2 - 5 keer	6 - 15 keer	>15 keer
a) een of meer bezoekers	1	2	3	4	5
b) een of meer patiënten	1	2	3	4	5
c) personeel	1	2	3	4	5

In de vorige vragen hebben we gevraagd naar daadwerkelijke incidenten waar u in het afgelopen jaar slachtoffer van bent geworden.

In de volgende vragen willen wij graag weten of en waar u zich het afgelopen jaar onveilig heeft gevoeld.

2. Onveilige situaties en locaties

Heeft u zich het afgelopen jaar onveilig gevoeld in de volgende situaties of op de volgende locaties:

	Nooit	1 keer	2 - 5 keer	6 - 15 keer	>15 keer
1. tijdens gesprekken met patiënten	1	2	3	4	5
2. tijdens gesprekken met bezoekers	1	2	3	4	5
3. tijdens gesprekken met personeelsleden	1	2	3	4	5
4. als u alleen op de afdeling bent	1	2	3	4	5
5. als u alleen op uw kantoor bent	1	2	3	4	5
6. als u alleen op de gangen loopt	1	2	3	4	5
7. als u gebruik maakt van de liften	1	2	3	4	5
8. op het parkeerterrein	1	2	3	4	5
9. bij de fietsenstalling	1	2	3	4	5
10. als u binnen bezoeken rondom het ziekenhuis bent	1	2	3	4	5
11. als u buiten bezoeken rondom het ziekenhuis bent	1	2	3	4	5
12. als u binnen bezoeken binnen het ziekenhuis bent	1	2	3	4	5
13. als u buiten bezoeken in het ziekenhuis bent	1	2	3	4	5

3. Diefstal en inbraak

Bent u in het afgelopen jaar in of rondom het ziekenhuis geconfronteerd met

	Nooit	1 keer	2 - 5 keer	6 - 15 keer	>15 keer
1. vernieling van persoonlijk eigendommen	1	2	3	4	5
2. vernieling van eigendommen van het ziekenhuis	1	2	3	4	5
3. diefstal van persoonlijke eigendommen	1	2	3	4	5
4. diefstal van eigendommen van het ziekenhuis	1	2	3	4	5

4. Brandveiligheid en veiligheidsbeleid

Vindt u dat u voldoende op de hoogte bent gehouden van de volgende veiligheidsaspecten?

	Ruim onvold.	Onvoldoende	Matig	Voldoende	Ruim vold.
1. Wat te doen bij brand?	1	2	3	4	5
2. Wat te doen bij een ander gevaarlijk incident (bijvoorbeeld straling, morsen gevaarlijke stoffen)	1	2	3	4	5
3. Vluchtroutes (bijvoorbeeld borden, aanduidingen, plattegronden)	1	2	3	4	5
4. Afdeling bedrijfshulpverlening (bijvoorbeeld evacuatieplan, ontruimingsplan, procedures, regels)	1	2	3	4	5
5. Omgaan met blusmaterialen	1	2	3	4	5
	Onvoldoende	Matig	Voldoende	Ruim vold.	Uitstekend
6. Regelgeving opslag, gebruik en verwerking gevaarlijke stoffen	1	2	3	4	5
7. Hanteren van preventieve brandveiligheidsbeleid over					
a) zelfsluitende deuren	1	2	3	4	5
b) vrije (nood) doorgang	1	2	3	4	5
c) vluchtwegaanduiding	1	2	3	4	5
d) rookgedoogzone(s)	1	2	3	4	5

8. Cursus bedrijfshulpverlening	Ja	Nee	Indien "nee" sla b) en c) over!!!		
a) Heeft u een cursus bedrijfshulpverlening gevolgd?	1	2			
	Onvoldoende	Matig	Voldoende	Ruim vold.	Uitstekend
b) Wat vond u van het theoretische gedeelte	1	2	3	4	5
c) Wat vond u van het praktische gedeelte	1	2	3	4	5

5. Meldingssysteem bij incidenten of calamiteiten

Bent u op de hoogte van een meldingssysteem voor incidenten of calamiteiten (op de volgende gebieden)?

	Onvoldoende	Matig	Voldoende	Ruim vold.	Uitstekend
1. Fysiek, verbaal en psychisch geweld, seksuele intimidatie	1	2	3	4	5
2. Diefstal, inbraak, vernielingen	1	2	3	4	5
3. Brand en andere gevaarlijke calamiteiten (gevaarlijke stoffen)	1	2	3	4	5
4. Bedrijfsongeval	1	2	3	4	5

Excelprogramma voor het analyseren van de enquêteresultaten

Dit excelbestand is alleen te downloaden van www.veiligezorg.nl

Delictogrammen

Preventogrammen



Fysiek geweld



Zwerfvuil



Psychisch geweld



Druggebruik



Bedreiging met wapen



Drugshandel

Diefstal
persoonlijke eigendommen

Enge mensen



Inbraak



Enge plek



Verbale agressie



Vernieling



Ongewenst aanraken



Graffiti

Diefstal eigendommen
ziekenhuis

Brandstichting



Diefstal (brom)fiets



Opleiding/training

Camerabewaking
in/rond de zorginstellingAfsluiten
(delen van het gebouw)Fysieke aanpak
kwetsbare plekkenOpbergen
gevaarlijk materiaal

Aanpak zwerfvuil

Toezichhouders
in/rond zorginstellingAfspraken gezamenlijk
verlaten gebouw

Verlichting

Afsluitbare of bewaakte
fietsenstalling

Aanpak graffiti

Sociaal veilige
woon/werkroute

Kluisjes

Fysieke beveiliging
in- en uitgangen en ramen

(Draagbare) panieknop

Afsluitbare of bewaakte
parkeerplaatsen

Badges/toegangsbeheer



Inhoudsopgave

III.1	Inhoudsopgave plan van aanpak (Format)
III.2	Plan van aanpak Spoedeisende Hulp (Voorbeeld)
III.3	Uitvoeringsplan (Format)
III.4	De kwaliteitsbenadering: achtergronden, randvoorwaarden en aandachtspunten
III.5	Achtergronden en tips bij het ontwikkelen van een gedragscode
III.6	Gedragsregels Spoedeisende Hulp (Voorbeeld)
III.7	Model Gedragscode Sector Welzijn
III.8	Handleiding ZIR
III.9	Powerpointpresentatie voorlichting over het ZIR
III.10	Ontheffing College Bescherming Persoonsgegevens

1 Inleiding

- 1.1 Het project Veiligezorg[■] aanpak en onderdelen
- 1.2 De projectorganisatie Veiligezorg[®] in ons ziekenhuis

2 Probleemanalyse

- 2.1 Korte beschrijving uitgevoerd onderzoek
- 2.2 Beknopte resultaten
 - 2.2.1 Overkoepelende kerncijfers en knelpunten
 - 2.2.2 Kerncijfers en knelpunten per risicoafdeling

3 Doelstellingen van het project

- 3.1 Algemene doelstellingen voor het hele ziekenhuis
- 3.2 Aanvullende doelstellingen per risicoafdeling

4 Maatregelen

- 4.1 Maatregelen per risicoafdeling
 - 4.1.1 Reeds getroffen maatregelen
 - 4.1.2 Nieuw te treffen maatregelen
- 4.2 Overkoepelende maatregelen
 - 4.2.2 Reeds getroffen overkoepelende maatregelen
 - 4.2.3 Nieuw te treffen overkoepelende maatregelen

5 Uitvoeringsplannen

- 5.1 Uitvoeringsplan voor risicoafdeling 1
- 5.2 Uitvoeringsplan voor risicoafdeling 2
- 5.3 Uitvoeringsplan voor overkoepelende maatregelen

Plan van aanpak Spoedeisende Hulp (Voorbeeld)

Toelichting bij knelpunt 1 en knelpunt 4

Op dit moment vindt er een verbouwing plaats aan de buitenkant van de SEH.

Het plan is de toeloop naar de huidige entree te overkappen.

De wens bestaat om dan de huidige entree naar de weg te verplaatsen. Niet pal langs de weg maar een aantal meters terug om een overkapte fietsenstalling te kunnen realiseren. De nieuwe overkapte binnenruimte kan aangekleed worden met stoeltjes, planten e.d. hetgeen een nette eerste entree geeft maar ook ruimte geeft aan grote groepen die onder begeleiding van de beveiligingsdienst volgens afspraak op de afdeling kunnen komen (punt 1.5). De overgebleven ruimte naast de toegang tot aan het nieuw te realiseren RT-gebouw zal ingevuld kunnen worden als algemene opslag, voor bijvoorbeeld rolstoelen e.d. of als loge voor de beveiligingsdienst. Verder is het wenselijk om het binnenplein tussen het RT-gebouw en de SEH ook toe te wijzen als extra verblijfsruimte voor SEH-bezoekers (punt 4.3). Deze wensen worden door het management neergelegd bij de bouwcommissie. Een gedetailleerde uitwerking (concept) zal door de projectgroep gedaan worden.

Plan van aanpak - Veiligezorg® Spoedeisende Hulp

1= hoge prioriteit/noodzakelijk 2= wenselijk 3= wenselijkheid ter discussie

Knelpunt	Oplossingen	Prioriteit	Verantwoordelijk	Uitvoering door	Wanneer gereed	Kosten	Opmerkingen
1. Afdeling is te open							
	1.1 Toegangsbeperking door kaartlezers	1	MT	FB			afd. overstijgend
	1.2 Toegangsbeperking door halfautomatische slagboom voor ambulancehal	3	B&RM	FB			Voorlopig niet uit te voeren
	1.3 Toegangsbeperking door verplaatsen/verminderen van deuren	1	MT	FB			
	1.4 Afsluiten wachtruimte volwassenen (alleen ingang, geen uitgang)	1	MT	FB	Schets voor 1 okt.		
	1.5 Voorportaal veranderen in wachtruimte	1	MT	FB			

Knelpunt	Oplossingen	Prioriteit	Verantwoordelijk	Uitvoering door	Wanneer gereed	Kosten	Opmerkingen
2. Regels en normen zijn onduidelijk							
	2.1 Gedragscode medewerkers SEH - communicatieplan gedragscode medewerkers	1	Loc. Man.	Projectgroep	1 nov. 03		door mensen van de werkvloer
	2.2 Gedragsregels voor patiënten en bezoekers - communicatieplan gedragsregels patiënten en bezoekers	1	Loc. Man.	Projectgroep	1 nov. 03		door mensen van de werkvloer
	2.3 Training omgaan met agressie	3	Loc. Man.	Projectgroep	Eind nov. opdracht verleend		
	2.4 (Na)bespreken van incidenten	1	Loc. Man.	Projectgroep			
	2.5 Opvang na incidenten	2	Loc. Man.	Projectgroep			Wordt vaak gebagatelliseerd

Knelpunt	Oplossingen	Prioriteit	Verantwoordelijk	Uitvoering door	Wanneer gereed	Kosten	Opmerkingen
3. Te weinig informatie over gang van zaken op SEH aan patiënt en bezoeker	3.1 Informatie naar patiënten en bezoekers door middel van bijvoorbeeld folders, poster, video en door personeel	1	Loc. Man.	Projectgroep (met receptie)	nov. 03		

Knelpunt	Oplossingen	Prioriteit	Verantwoordelijk	Uitvoering door	Wanneer gereed	Kosten	Opmerkingen
4. Te lange wacht- en doorlooptijden (te weinig informatie)	4.1 Informatievoorziening omtrent wacht- en doorlooptijden	1	Loc. Man.	Projectgroep			
	4.2 Invoeren triagemodel/ triagekamer	2	Loc. Man.	Loc. Man.			
	4.3 Creëren van 3e wacht-ruimte/huiskamer (voor patiënten die gezien zijn door vpk en arts)	1	Loc. Man.	FB			

Knelpunt	Oplossingen	Prioriteit	Verantwoordelijk	Uitvoering door	Wanneer gereed	Kosten	Opmerkingen
5. Te weinig zicht op wat er op de afdeling gebeurt	5.1 Bij- en herplaatsen van camera's en monitoren (aansluiten bij CCTV-project)	1	Loc. Man.	FB	najaar van start		
	5.2 Updaten bestaande intercommogelijkheid	1	Loc. Man.	FB	najaar van start		
	5.3 Dect-telefonie inclusief alarmmelding en patiëntenoproep	1	Loc. Man.	FB			

Veiligezorg® ziekenhuisbreed

	Oplossingen	Verantwoordelijk Prioriteit	Uitvoering door	Wanneer gereed	Kosten	Opmerkingen
Knelpunt						
6. Geen goede afspraken met de politie en justitie over aanpak agressie	6.1 Convenant Veiligezorg®: afspraken tussen directie, politie en justitie	1	Directie Politie OM	Beveiliging/ juridische zaken Politie OM	24 Sept. 2003 onder- tekening	Concept gereed Juridische zaken

	Oplossingen	Verantwoordelijk Prioriteit	Uitvoering door	Wanneer gereed	Kosten	Opmerkingen
Knelpunt						
7. Onvolledige registratie	7.1 ZIR- Ziekenhuis Incident Registratie-systeem invoeren	1	Directie Politie OM	Beveiligings- dienst		Landelijk systeem

Wat is het **probleem**?

Waar doet het **probleem** zich voor?

Wat wil en kan men aan het probleem **doen** (welke maatregel)?

Op welke manier worden eventuele **kosten** van deze maatregel **gedekt**?

Wie zijn betrokken bij de **uitvoering** van deze maatregel?

Wanneer moet de maatregel worden **uitgevoerd**?

De kwaliteitsbenadering: achtergronden, randvoorwaarden en aandachtspunten

1. Klantvriendelijk werken: randvoorwaarden en aandachtspunten Het ontstaan van agressie blijkt binnen dienstverlenende organisaties in circa 60% van de gevallen samen te hangen met de kwaliteit van de dienstverlening en producten. Het bewaken en verhogen van deze kwaliteit is dus een goede methode om agressie door klanten te voorkomen.

Klantvriendelijk werken moet dus gestimuleerd worden, niet alleen vanuit kwaliteitsbeleid, maar ook vanuit het oogpunt van veiligheidsbeleid.

Randvoorwaarden om klantvriendelijk te kunnen werken zijn:

- medewerkers die klanten een goede dienstverlening kunnen en willen bieden;
- collega's en leidinggevenden die de betreffende medewerkers daarbij ondersteunen en faciliteren;
- heldere normen over wat er in dit kader verwacht dan wel geëist wordt van medewerkers, collega's en leidinggevenden.

Uiteraard is het voor medewerkers eenvoudiger om klantvriendelijk te zijn indien klanten zich prettig en redelijk opstellen, dan als klanten onredelijk, snel geïrriteerd en agressief zijn. Ook - of misschien wel juist - bij zulke 'lastige klanten' is het echter belangrijk om klantvriendelijk te blijven¹.

In deze bijlage worden achtereenvolgens de volgende onderwerpen toegelicht:

1. inzicht in het verband tussen agressie en klantvriendelijkheid van medewerkers. Het ontstaan van zogenaamde 'onrechtvaardigheidsstress' speelt hierbij een centrale rol.
2. de randvoorwaarden die gecreëerd moeten worden om klantvriendelijk werken mogelijk te maken;
3. de uitdaging die het omgaan met lastige klanten biedt.

2. Het voorkomen van onrechtvaardigheidsstress via klantvriendelijk werken

Klanten ervaren soms bij (bureaucratische) instellingen een discrepantie tussen investering en opbrengst. Die discrepantie wordt ervaren als onrechtvaardigheidsstress.

Klanten beoordelen bewust of onbewust de opbrengsten van hun contacten met medewerkers. In deze contacten stelt de klant een vraag en geeft de medewerker een antwoord. Bij het beantwoorden van de vraag beschikt een medewerker over twee mogelijkheden:

- er wordt verteld wat het bestaande aanbod van producten en diensten is, of
- het bestaande aanbod wordt door de medewerker aangepast.

Dit antwoord wordt door klanten getoetst aan de hand van de volgende principes:

- het behoefteprincipe (klant met de grootste behoefte krijgt de meeste opbrengst);
- het gelijkheidsprincipe (iedere klant krijgt precies dezelfde opbrengst);
- het proportionaliteitsprincipe (opbrengsten hangen af van de investering: hoe meer een klant investeert, hoe groter de opbrengst).

Als onrechtvaardigheidsstress ontstaat proberen klanten van die onvrede af te komen met stress-reductiemechanismen. Agressie is zo'n mechanisme. Medewerkers worden onder druk gezet om beslissingen te herzien of om de procedures te wijzigen (instrumentele agressie). Of klanten maken de medewerker via agressie kenbaar dat hij/zij boos/ geïrriteerd is (expressieve agressie).

Onvrede en agressie is te voorkomen als een klant inziet dat de opbrengst (afstemmen van vraag en aanbod) op een correcte wijze tot stand is gekomen. Het is daarbij meestal niet de 'uitkomst' - de opbrengst zelf - die telt, maar de procedures die zijn toegepast en het concrete gedrag van de medewerker op dat moment. De vraag die dit oproept is: 'welke criteria moeten in acht worden genomen om procedureel rechtvaardig te handelen richting klanten'.

In de literatuur worden de volgende criteria genoemd:

- correcte behandeling: klanten moeten onbevooroordeeld worden behandeld,
 - accuratesse: medewerkers mogen bij het verzamelen en verwerken van informatie zo min mogelijk fouten maken,
 - corrigeerbaarheid: besluiten moeten kunnen worden bijgesteld, bijvoorbeeld via beroepsprocedures,
 - representativiteit: klanten moeten inspraak krijgen.
- Er moet goed naar hun opinies en overwegingen worden geluisterd.

In feite kan onrechtvaardigheidsstress en de daaruit volgende agressie voorkomen worden door ervoor te zorgen dat er klantvriendelijk wordt gewerkt. We zullen in onderstaande paragraaf nader analyseren wat hiervoor precies nodig is.

3. Randvoorwaarden voor klantvriendelijk werken: de plichten van werknemers, collega's en leidinggevenden nader bekeken

Medewerkers van een ziekenhuis hebben zowel rechten als plichten. Rechten zijn onder andere het recht op een respectvolle benadering door klanten en het recht om beschermd te worden tegen agressie op de werkplek. Hieraan wordt o.a. invulling gegeven via het vaststellen en handhaven van normen (zie hoofdstuk 3). Een belangrijke plicht van medewerkers is om te zorgen voor een goede kwaliteit van de dienstverlening aan de klant. De klant is immers koning, ook binnen dienstverlenende organisaties als ziekenhuizen. Dit adagium laat zich vertalen in de volgende voor medewerkers geldende plichten en verboden:

- de plicht om klanten een duidelijk, eenduidig en tijdig antwoord te geven,
- de plicht om de vraag van de klant zorgvuldig te verkennen,
- de plicht om een klant respectvol te bejegenen,
- de plicht om de eigen kennis op peil te houden en 'up-to-date' te blijven,

- de plicht om grenzen te trekken in contacten met klanten als:
 - de klant de medewerker normoverschrijdend bejegent
 - als de klant normoverschrijdende handelingen verlangt van de medewerker
- het verbod om klanten met geweld, agressie en seksuele intimidatie te bejegenen.
- het verbod om misbruik te maken van voorzieningen,
- het verbod om klanten bevooroordeeld rond de leefwereld en persoon te bejegenen.

Bovenstaande plichten vormen randvoorwaarden voor een goede kwaliteit van de dienstverlening richting de klant. Dit wordt ook wel *extern klantgericht* werken genoemd.

Het advies is om bovengenoemde plichten en verboden per risicoafdeling nader te concretiseren en na te gaan wat medewerkers nodig hebben om te kunnen voldoen aan deze plichten.

We stuiten hierbij op de verantwoordelijkheid van de organisatie in brede zin. Een medewerker kan namelijk alleen aan de plicht tot *extern klantgericht* werken voldoen, indien hij of zij daarbij door de organisatie voldoende ondersteund wordt. Met andere woorden: de organisatie heeft de plicht *intern klantgericht* te werken, door de medewerker adequaat te ondersteunen bij zijn/haar klantcontacten. Deze ondersteuning dient uitgevoerd te worden door collega's, de leiding en staf. Adequate interne ondersteuning vormt dus een randvoorwaarde voor *extern klantgericht* werken.

Vuistregels voor intern klantgericht werken

Uit literatuur blijkt dat *extern klantgericht* werken door medewerkers alleen mogelijk is als zij daarbij adequaat ondersteund worden door de organisatie in brede zin.

De volgende vormen van ondersteuning dienen minimaal aanwezig te zijn:

- *Klantgerichte ondersteuning*
Als de menselijke- en technische ondersteuning faalt is een medewerker namelijk gedoemd om bakzeil te halen in het contact met de klant.
- *Collegiale steun*
Bij complexe klantcontacten moet een medewerker kunnen terugvallen op zijn/haar collega's.
- *Regelmatig werkoverleg over schendingen van rechten, regels en plichten en incidenten*
Spelregels in het menselijk verkeer hebben alleen maar zin als deze regelmatig onderwerp zijn van bespreking en toetsing.

Welke ondersteuning medewerkers precies nodig hebben, wordt na overleg met de medewerkers door de leiding nader uitgewerkt. De leiding is vervolgens verantwoordelijk voor het realiseren van de noodzakelijke vormen van ondersteuning.

4. Klantvriendelijk blijven bij lastige klanten

- *Nazorg aan de klant na normoverschrijding*

Klantvriendelijkheid kan agressie voorkomen, maar helaas niet altijd. Het is echter de vraag of de klantvriendelijkheid op moet houden als een klant agressief wordt. Vanuit het oogpunt van het voorkomen van escalatie wordt geadviseerd om ook in zo'n geval de klant vriendelijk te blijven bejegenen, al moet natuurlijk wel aangegeven worden dat de klant een norm overschrijdt. Ook als overgegaan wordt tot het uitdelen van waarschuwingen of sancties, is het verstandig in gesprek met de klant te blijven om te achterhalen waarom deze zo agressief werd en wat hij of zij nu eigenlijk precies verlangde. Dit geeft enerzijds meer inzicht in de oorzaak van de agressie en de mogelijke preventie ervan in de toekomst. Daarnaast kan het de agressieve klant tot rust brengen en mogelijk zelfs transformeren tot een goede klant in de toekomst.

- *Extra aandacht voor onverklaarbaar snel geïrriteerde klanten*

Een extra uitdaging vormt het klantvriendelijk blijven behandelen van klanten die al direct bij het eerste contact met de medewerker van het ziekenhuis agressief reageren. Deze agressie komt snel onredelijk over, er lijkt dan immers geen verband te zijn tussen de agressie en de kwaliteit van de dienstverlening. Vaak is dat verband er echter wel, zij het dat er dan veelal sprake is van een indirect verband. De oorzaak van de agressie en irritatie moet in zo'n geval vaak gezocht worden bij eerdere ervaringen van een dergelijke klant. Klanten van het ziekenhuis hebben in de loop van hun leven meestal contacten met diverse ziekenhuizen en vergelijkbare instellingen. In deze contacten doet men soms negatieve ervaringen op met onrechtvaardige behandelingen.² In de loop der tijd leren sommige klanten om met agressie te anticiperen op nieuwe onrechtvaardige behandelingen. Zelfs als er nog geen sprake is van een onrechtvaardige behandeling, verwacht de klant dit al wel en wil dit voor zijn met agressie. Het ziekenhuis kan hierop inspelen door met (nieuwe) klanten, die onverklaarbaar snel geïrriteerd en agressief reageren, na te gaan wat er in eerdere contacten met ziekenhuizen en vergelijkbare instellingen eventueel fout is gegaan om vervolgens te vragen wat het ziekenhuis kan doen om het contact beter te laten verlopen. Dit kan verdere escalatie voorkomen en herhaling van het gedrag in de toekomst tegengaan.

Het zal in bovenstaande gevallen niet altijd mogelijk zijn om klantvriendelijk te blijven. Van een werknemer mag niet onder alle omstandigheden verwacht worden vriendelijk te blijven tegen agressieve klanten. Er zal telkens een goede balans gezocht moeten worden tussen het behartigen van de belangen van de klant en het beschermen van (het belang van) de werknemer. De rechten van beide partijen moeten zoveel mogelijk gerespecteerd worden. Bij tegenstrijdige belangen moet echter soms een keuze worden gemaakt. Het belang van de werknemer zal bij ernstige gevallen van agressie moeten prevaleren.

Noot ² Zie Tijdschrift voor toegepaste Arbeidwetenschap 10, nr 2, 1997; Frijda: Emotionele achtergronden van geweld, Justitiële Verkenningen 20 (1), 1994, 8-28

Achtergronden en tips bij het ontwikkelen van een gedragscode

1. Relevante wetten en regelingen

Het bepalen van normen vindt plaats binnen een bepaalde juridische context. De volgende landelijk geldende strafrechtelijke en arbeidsrechtelijke regels zijn in dit verband relevant:

- geweld, agressie en seksuele intimidatie, zoals omschreven in de Arbeidsomstandighedenwet, is niet toegestaan;
- incidenten, zoals omschreven in het Wetboek van Strafrecht, zijn niet toegestaan;
- misbruik van voorzieningen (fraude, verzwijgen van informatie, het ontlopen van wet- en regelgeving) is niet toegestaan voor medewerkers en klanten;
- discriminatie en vooroordelen die geweld doen aan de leefwereld en de persoon van de klant/medewerker moeten te allen tijde worden voorkomen;
- de CAO voor ziekenhuizen moet worden geïmplementeerd.

De CAO vereist onder meer dat er een gedragscode voor medewerkers en klanten wordt geformuleerd.

De externe juridische regels uit het strafrecht en arbeidsrecht moeten door de organisatie vertaald worden in concrete interne regels die vermeld staan in de gedragscode.

2. Het ontwikkelen en nader invullen van een gedragscode

Het ontwikkelen en concretiseren van een gedragscode kan op verschillende manieren worden aangepakt:

- door in Nederland en daarbuiten informatie te verzamelen en deze te vertalen naar de situatie van het ziekenhuis (zie www.gedragscodes.nl);
- door kleine groepjes van medewerkers en klanten samen te laten praten over regels, waarden en normen en hen zelf oplossingen te laten aandragen.

Binnen Veiligezorg® wordt gekozen voor de tweede methode: het in kleine groepjes bespreken en gezamenlijk bepalen van de regels en bijbehorende normen, in verband met het creëren van draagvlak en commitment.

Het is belangrijk dat u zich realiseert dat het normen-en-waardentraject zich afspeelt binnen de juridische context van de gedragscode. Vraag daarom na wie zich binnen uw organisatie tot nu toe bezig heeft gehouden met het ontwikkelen van de gedragscode en -indien deze reeds op papier staat - vraag een exemplaar hiervan op.

Feitelijk worden in het normen-en-waardentraject de algemene, wat abstracte regels uit de interne gedragscode nader geconcretiseerd.

Per regel wordt de norm bepaald: vastgesteld wordt bij welk concreet gedrag de regel wordt overtreden c.q. welk gedrag nog net wordt getolereerd.

Zo kan bijvoorbeeld gezamenlijk worden bepaald dat het zeggen van 'rotwif' nog wel, maar 'kankerwif' niet meer geaccepteerd wordt.

1. Toelichting

Deze gedragsregels zijn gebaseerd op de gedragsregels zoals die zijn opgesteld in het UMC Utrecht in het kader van het project Veiligezorg® op de Spoedeisende Hulp. In een aantal gedragsregels wordt de term betrokkene(n) gebruikt.

Hieronder wordt verstaan: de patiënt, diens partner, begeleider, een medewerker van het ziekenhuis of een medewerker van een extern bedrijf.

2. Melden en registreren

Elk incident moet door de medewerkers van de SEH worden geregistreerd. Ook als de beveiliging op de afdeling aanwezig is geweest tijdens het incident! De wijze waarop het incident wordt geregistreerd hangt af van de procedure in het ziekenhuis. In het UMC Utrecht is op Scoop (intranet) een formulier geplaatst dat door de medewerkers moet worden ingevuld. Op basis hiervan wordt door enkele geautoriseerde medewerkers van de beveiliging het incident ingevoerd in ZIR.

Voor de melding kunnen ook de landelijk ontworpen meldingskaartjes worden gebruikt. Wanneer in een ziekenhuis meerdere meldingsprocedures gelden bepaalt het slachtoffer welke procedure wordt gebruikt.

3. Acties: aanspreken op gedrag

Betrokkene gedraagt zich dusdanig dat deze hierop moet worden aangesproken.

- Aanspreken op gedrag kan door iedere medewerker worden gedaan. Het is daarbij irrelevant of de medewerker slachtoffer is van de overtreding of dat deze alleen getuige is van het incident. Het aanspreken kan indien wenselijk gebeuren in aanwezigheid van de beveiliging.
- Het slachtoffer, de getuige of de beveiliging geeft aan dat dergelijk gedrag niet wordt getolereerd en/of op prijs wordt gesteld. Hierbij mag geen sprake zijn van een corrigerende toon. Het gaat hier om een opmerking van informatieve aard.
- Mocht de persoon zich verder niet misdragen, dan zullen er geen verdere acties worden ondernomen.
- Blijft de persoon zich echter misdragen, schakel dan meteen de beveiliging in. Deze zal bepalen of er een gele kaart of een rode kaart zal worden uitgereikt.

• Gele kaart

Betreffende persoon gedraagt zich dusdanig dat het geven van een officiële waarschuwing nodig is in de vorm van een gele kaart.

- Een gele kaart kan enkel en alleen worden uitgedeeld door een medewerker van het ziekenhuis die daartoe door de directie / raad van bestuur gemandateerd is. Dit is vaak het hoofd Beveiliging, maar kan ook het hoofd Juridische Zaken zijn. Deze hoeft daarvoor geen getuige te zijn geweest van het incident.
- De gemandateerde persoon geeft aan dat dergelijk gedrag niet wordt getolereerd en dat het voortzetten ervan een ontzegging tot het ziekenhuis tot gevolg zal hebben.
- De periode waarover een gele kaart geldig is wordt vooraf door het ziekenhuis vastgesteld. De uitreiking van de gele kaart wordt geregistreerd (in het ZIR). Na verloop van de vastgestelde periode vervalt de gele kaart.

- Mocht de betreffende persoon zich verder niet misdragen, dan zullen er verder geen acties worden ondernomen.
- Mocht de betreffende persoon zich wederom misdragen, dan zal er een rode kaart worden uitgereikt.

• *Rode kaart*

Betreffende persoon gedraagt zich dusdanig dat het ontzeggen van de toegang tot het ziekenhuis nodig is. Er wordt aangifte gedaan bij de politie en er is sprake van mogelijke juridische vervolging.

- Een rode kaart kan enkel en alleen worden uitgereikt door een medewerker van het ziekenhuis die daartoe door de directie / raad van bestuur gemandateerd is. Dit is vaak het hoofd Beveiliging, maar kan ook het hoofd Juridische Zaken zijn. Deze hoeft daarvoor geen getuige te zijn geweest van het incident.
- De gemandateerde persoon geeft aan dat dergelijk gedrag niet wordt getolereerd en dat de persoon een toegangsontzegging krijgt.
- Een rode kaart heeft een geldigheidsduur van een door de directie / raad van bestuur te bepalen periode. Na deze periode wordt de ontzegging omgezet in een voorwaardelijke toelating tot het ziekenhuis. Bij misdragingen van welke aard dan ook, zal de persoon een nieuwe rode kaart ontvangen.
- De betreffende persoon zal alleen tot het ziekenhuis worden toegelaten indien er sprake is van spoedeisende of acute psychiatrische hulp. Dit gebeurt dan onder begeleiding (van bijvoorbeeld de beveiliging). Voorop staat dat zorg verleend wordt indien noodzakelijk.
- Bij overtreding van de toegangsontzegging wordt de politie ingeschakeld.

• *Juridische vervolging*

Een persoon overtreedt naast het stelsel van normen en waarden ook de wet. Deze feiten komen naast een kaart, ook in aanmerking voor juridische vervolging. Hieronder vallen onder andere fysiek geweld, discriminatie, seksuele intimidatie, bedreiging, het in bezit hebben van verboden wapens, diefstal en vernieling. Van deze feiten wordt in beginsel aangifte gedaan bij de politie.

- Juridische vervolging wordt door de beveiliging geïnitieerd en door politie en OM afgehandeld.
- De beveiliging geeft aan dat dergelijk gedrag niet wordt getolereerd en dat van de overtreding aangifte zal worden gedaan bij de politie. Bij ernstige delicten zal de politie ter plaatse moeten komen.
- Wanneer door een overtreding schade in enige vorm is ontstaan zal deze altijd worden verhaald op de overtreder.

Regel 1

Een patiënt mag door maximaal twee personen worden begeleid.

Toelichting

Dit is afhankelijk van de situatie. In principe mogen er twee personen met de patiënt meekomen.

In bepaalde omstandigheden kan er een uitzondering worden gemaakt.

De verpleegkundigen bepalen hoeveel personen er bij de patiënt mogen.

Actie

- Komen er toch grote groepen naar binnen, zonder toestemming van de verpleegkundigen dan wordt de groep hierop aangesproken en verzocht buiten te wachten.
- Weigert men, dan wordt de beveiliging ingeschakeld en handelt deze het verder af.
- Registreren en melden in het dienstverslag.

Regel 2

Verbaal geweld wordt op de SEH niet toegestaan.

Toelichting

Onder verbaal geweld wordt verstaan:

- vloeken,
- beledigende opmerkingen zoals flikker, wijf,
- kwetsende opmerkingen over het uiterlijk zoals dikke, paard, bochel, kanker hond, teringlijder,
- vloeken met genitaliën zoals kut, lul,
- kwetsende opmerkingen met een maatschappelijk lading zoals slet, pooier, mongool,
- ernstige verwensingen zoals val dood, ik hoop dat je kind sterft,
- vloeken met kleine kwetsende lading zoals stommeling, slome, gek,
- intimiderend taalgebruik zoals jij moet... , wat wil je nou?!

Actie

- Betrokkene(n) aanspreken, eventueel samen met de beveiliging.
- Registreren en melden in het dienstverslag.

Regel 3

Discriminatie wordt op de SEH niet toegestaan.

Toelichting

Onder discriminatie wordt verstaan:

- een ander belachelijk maken, uitschelden en achterstellen opgrond van: afkomst, geloof, geslacht, leeftijd, gedrag, uiterlijk, kleding.

Actie

- Betrokkene(n) op het gedrag aanspreken, eventueel samen met de beveiliging.
- Bij aanhoudend gedrag de beveiliging inschakelen. Deze handelt het verder af.
- Registreren en melden in het dienstverslag.

Regel 4

Seksuele intimidatie wordt op de SEH niet toegestaan.

Toelichting

Onder seksuele intimidatie wordt verstaan:

- handtastelijkheden
- (open)trekken (van) aan kleding, (open)scheuren van kleding
- het maken van allerlei seksuele toespelingen
- het maken van seksuele toespelingen in schriftelijke vorm zoals brieven, e-mails, e.d. naar personeelsleden

Actie

- Betrokkene(n) op het gedrag aanspreken, eventueel samen met de beveiliging.
- Bij aanhoudend gedrag de beveiliging inschakelen. Deze handelt het verder af.
- Registreren en melden in het dienstverslag.
- Wanneer het om een collega gaat kan men ook contact opnemen met de vertrouwenspersoon.

Regel 5

Bedreiging van de medewerkers op de SEH wordt niet toegestaan.

Toelichting

Onder bedreiging wordt verstaan:

- bedreiging (verbaal) met verwonding zoals in elkaar slaan, dood maken, ik wacht op je,
- betreden van de wachtruimtes in groepen van meer dan vier personen in samenhang met provocerend gedrag.

Actie

- Betrokkene(n) aanspreken, eventueel samen met de beveiliging.
- Bij aanhoudend gedrag en ernstige bedreiging altijd de beveiliging inschakelen.
- Registreren en melden in het dienstverslag.

Regel 6

Fysiek geweld of een poging tot fysiek geweld wordt op de SEH niet toegestaan.

Toelichting

Onder fysiek geweld wordt verstaan:

- geweld met wapentuig zoals een messteek, pepperspray, klap met een knuppel;
- geweld met gevaarlijke voorwerpen zoals steken met een injectienaald, schaar, mes;
- langdurige zware mishandeling zoals meerdere malen slaan, schoppen;
- serieuze poging tot verwonding zoals een wurggreep, in de ogen prikken;
- eenmalige zware mishandeling zoals een schop, klap;
- lichte mishandeling zoals aan de haren trekken;
- gevaarlijk fysiek contact zoals duwen, trekken, laten struikelen;
- gooien met zware en/of gevaarlijke voorwerpen zoals een computerscherm, stoel, beker, schaar;

- gooien met lichte, ongevaarlijke voorwerpen zoals water, een krant, ponskaart;
- spugen.

Actie

- Betrokkene(n) aanspreken, eventueel samen met de beveiliging.
- Bij fysiek geweld (mishandelen) altijd de beveiliging inschakelen (verdedigen is altijd toegestaan).
- Registreren en melden in het dienstverslag.

Regel 7

Het vernielen van eigendommen op de SEH van medewerkers en/of van patiënten/begeleider(s) wordt niet toegestaan.

Toelichting

Onder het vernielen van eigendommen wordt verstaan:

- gooien met voorwerpen (niet op de verpleegkundige/arts gericht);
- schoppen, trappen, slaan (niet op de verpleegkundige/arts gericht).

Actie

Als dit uit onmacht gebeurt (slecht nieuwsbericht), kan er begrip voor zijn.

Er moet wel wat van gezegd worden, maar op een zorgvuldige manier.

- Betrokkene(n) aanspreken en zo nodig de beveiliging inschakelen.
- Betrokkene(n) in de gaten houden en eventueel de beveiliging preventief inschakelen.
- Registreren en melden in het dienstverslag.
- Eventuele schadekosten worden op de vernieler verhaald; het management dient de schadeclaim in.

Regel 8

Diefstal van eigendommen wordt niet toegestaan.

Toelichting

Dit wordt in geen enkel geval getolereerd. Als je het hebt gezien, meld je dit meteen bij de beveiliging. De 'dief' wordt hierop aangesproken. De medewerker kan er zelf voor kiezen om dit alleen te doen of in aanwezigheid van de beveiliging. Bij een vermoeden van diefstal kan er tegen de 'dief' gezegd worden dat er iets mist. Vaak wordt het niet toegegeven, maar durven ze het gestolen goed niet meer mee te nemen en wordt dit later ergens teruggevonden.

Actie

- Bij diefstal meteen de beveiliging inschakelen.
- Pas nadat de beveiliging is geïnformeerd de betreffende persoon aanspreken, eventueel samen met beveiliging.
- Registreren en melden in het dienstverslag.
- Altijd aangifte doen bij de politie.

Regel 9

Verboden wapens en andere gevaarlijke voorwerpen worden niet toegestaan en worden altijd in beslag genomen door de Beveiliging/Politie.

Toelichting en actie per punt

- Verboden wapens die zichtbaar worden gedragen, of in kledingsstukken worden gevonden.

Actie: Dit wordt niet geaccepteerd. Doe zelf niks, maar schakel meteen de beveiliging in. Deze handelt het verder af, in samenwerking met de politie.

- De patiënt en/of partner/begeleider is in het bezit van een scherp en/of eventueel gevaarlijk voorwerp (stanleymes, zakmes, schroevendraaier).

Actie: Deze voorwerpen moeten worden ingeleverd bij de receptie. Daar zal een kluis komen waarin deze voorwerpen worden bewaard. Na behandeling moeten ze worden opgehaald. Volg hierbij de reeds bestaande procedure waarin gebruik wordt gemaakt van een ontvangstbewijs.

Wordt de patiënt opgenomen, dan wordt het scherpe en/of gevaarlijke voorwerp overgedragen aan de verpleegkundigen van die afdeling.

- De patiënt en/of partner/begeleider is in het bezit van een scherp en/of eventueel gevaarlijk voorwerp en vertoont dreigend gedrag.

Actie: Wordt niet geaccepteerd en de beveiliging wordt meteen geïnformeerd..

Actie

Al deze gebeurtenissen registreren en melden in het dienstverslag.

Regel 10

Het gebruik van alcohol en/of drugs op de SEH is niet toegestaan.

Toelichting

Betrokkenen nuttigen alcohol en/of drugs binnen het UMC Utrecht.

Actie

- Betrokkene(n) aanspreken en vragen geen alcohol en/of drugs meer te nuttigen.
- Blijft men alcohol en/of drugs nuttigen, dan de beveiliging bellen.
Deze zorgt ervoor dat de betreffende personen het ziekenhuis verlaten.
- Registreren en melden in het dienstverslag.
- Bij gebruik van harddrugs altijd de beveiliging inschakelen.

Regel 11

Begeleider(s) die onder invloed zijn van alcohol en/of drugs worden de toegang tot de SEH geweigerd.

Toelichting

Dit wordt niet toegestaan. Betreffende personen worden onder begeleiding van de beveiliging naar buiten gestuurd.

Actie

- Begeleider aanspreken en vragen het ziekenhuis te verlaten.
- Weigert men dit dan worden ze door de Beveiliging naar buiten gebracht.
- Registreren en melden in het dienstverslag.

Regel 12

Een patiënt onder invloed van alcohol en/of drugs kan in geval van overlast ook de toegang tot de SEH worden geweigerd.

Toelichting

Dit is afhankelijk van de overlast die de patiënt veroorzaakt. Is de patiënt niet lastig dan wordt er niet opgetreden. Is de patiënt echter agressief en onhandelbaar en laat de medische toestand van de patiënt het toe, dan kan de Beveiliging de patiënt van de SEH verwijderen.

Actie

- Patiënt aanspreken op gedrag.
- Patiënt is onhandelbaar: de beveiliging bellen, deze handelt het verder af.
- Registreren en melden in het dienstverslag.
- Indien een patiënt wordt weggestuurd, wordt dit vermeld in het medisch dossier van de patiënt.

Regel 13

Iedereen wil graag weten waar hij aan toe is! Daarom informeren de verpleegkundigen/artsen de patiënt zo goed en zo vaak mogelijk over het verloop van de behandeling en de wachttijden.

Regel 14

Heeft u een scherp en/of eventueel gevaarlijk voorwerp bij u? Geef dit dan in bewaring bij de receptie van de SEH. Na behandeling kunt u het weer ophalen. Denk hierbij aan een schroevendraaier of stanleymes. De voorwerpen worden maximaal één dag bewaard.

Regel 15

In het UMC Utrecht gaat men respectvol met elkaar om. Dit geldt zowel voor de medewerkers onderling als vanuit de medewerker naar de patiënten toe.

(met kleine lettertjes om bij stil te staan, want elke organisatie verdient zijn eigen gedragscode!)

Deze organisatie acht het voorkomen en bestrijden van agressie, seksuele intimidatie en discriminatie van groot belang.

Discriminatie op grond van ras, leeftijd, levensovertuiging, godsdienst, politieke gezindheid, geslacht, nationaliteit, hetero- of homoseksuele gerichtheid, burgerlijke staat en handicap wordt door de organisatie niet geaccepteerd.

De organisatie wil daar door middel van deze gedragscode vorm en inhoud aan geven. Het gaat daarbij naast het voorkomen en bestrijden van agressie, seksuele intimidatie en discriminatie ook om het bespreekbaar maken van deze zaken. Zij onderschrijft daarmee hetgeen is neergelegd in artikel 24j van de CAO Welzijnswerk.

Artikel 1: Definities

a. *Onder seksuele intimidatie wordt verstaan:*

ongewenste seksuele toenadering, verzoeken om seksuele gunsten of ander verbaal, non-verbaal, of fysiek gedrag waarbij sprake is van een van de volgende punten:

- onderwerping aan dergelijk gedrag wordt hetzij expliciet hetzij impliciet gehanteerd als voorwaarde voor de tewerkstelling van een persoon;
- onderwerping aan of afwijzing van dergelijk gedrag door een persoon, wordt gebruikt als basis voor beslissingen die het werk van deze persoon raken;
- dergelijk gedrag heeft het doel de werkprestaties van een persoon aan te tasten en/of een intimiderende, vijandige of onaangename werkomgeving te creëren, dan wel heeft tot gevolg dat de werkprestaties van een persoon worden aangetast en/of een intimiderende, vijandige of onaangename werkomgeving wordt gecreëerd.

b. *Onder agressie wordt verstaan:*

voorzaken waarbij een werknemer psychisch of fysiek wordt lastiggevallen, bedreigd of aangevallen, onder omstandigheden die rechtstreeks verband houden met het verrichten van de arbeid. Hieronder valt ook pesten.

c. *Onder discriminatie wordt verstaan:*

elke vorm van onderscheid, elke uitsluiting, beperking of voorkeur, die ten doel heeft of ten gevolge kan hebben dat de erkenning, het genot of de uitoefening op voet van gelijkheid van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden op politiek, economisch, sociaal of cultureel terrein of op andere terreinen van het maatschappelijk leven, wordt teniet gedaan of aangetast.

d. *Voor de begrippen werkgever, werknemer, cliënt, bestuur en andere begrippen die voor deze gedragscode van belang zijn wordt uitgegaan van de definities in de CAO Welzijnswerk.*

e. *Levensbeschouwing wordt gedefinieerd als:*

een - min of meer - samenhangend stelsel van waarden, normen en opvattingen die zin en richting geven aan het leven.

- *Wat moet u vastleggen in artikel 1?*

U zult moeten nagaan welke begrippen voor uw organisatie van belang zijn en in de gedragscode moeten worden opgenomen. De CAO Welzijnswerk spreekt in ieder geval van het voorkomen van agressie, racisme, seksuele intimidatie, leeftijdscriminatie en van het respecteren van levensbeschouwelijke opvattingen. Die begrippen zullen dan ook moeten worden besproken.

De in deze voorbeeldgedragscode gebruikte definities zijn in diverse wetten (zie de bijlage hierover) terug te vinden. Overigens zijn racisme en rassendiscriminatie verschillende begrippen, maar om praktische redenen worden ze in deze richtlijn als synoniemen gebruikt.

Het is goed mogelijk dat u ook over andere vormen van ongewenst of juist gewenst gedrag iets wilt opnemen. Bedenkt u daarbij dat u niet altijd zelf de grenzen kunt stellen van wat wel of niet acceptabel is. Ook kunt u niet zomaar bepaald gedrag verbieden of toelaten als wetten andere regels geven.

In sommige situaties zal geen twijfel bestaan over wat een te volgen gedragslijn is. In geval van mishandeling of verkrachting of ernstige vormen van racisme wordt niet alleen de gedragscode overtreden, maar is er ook sprake van crimineel gedrag. Aangifte bij de politie moet dan ook een gevolg zijn.

In een gedragscode legt u niets voor eeuwig vast. Waarden en normen verschuiven en veranderen. Wat op dit moment geaccepteerd gedrag is, kan over een aantal jaren strafbaar zijn of andersom. Een voortdurende toetsing is dan ook noodzakelijk. Op die manier blijft iedereen alert en wordt de professionele werkhouding binnen de instelling vergroot.

Artikel 2: Doel en algemeen uitgangspunt

Seksuele intimidatie, agressie en discriminatie op grond van ras, leeftijd, levensovertuiging, godsdienst, politieke gezindheid, geslacht, nationaliteit, hetero- of homoseksuele gerichtheid, burgerlijke staat en handicap worden door de organisatie als vormen van ongewenst gedrag afgewezen.

De organisatie neemt het op zich, in het dagelijks handelen en bij het ontwikkelen van beleid deze vormen van ongewenst gedrag te voorkomen en te bestrijden.

De gedragscode maakt deel uit van het algemeen beleid van de organisatie en van de professionele houding van de medewerkers van de organisatie.

- *In artikel 2 legt u vast waarom u een gedragscode vaststelt.*

Hetgeen de CAO vereist moet in ieder geval worden opgenomen: het doel is het bestrijden en voorkomen van agressie, racisme, leeftijdscriminatie, seksuele intimidatie en het bestrijden en voorkomen van discriminatie op grond van levensbeschouwing.

Vraag u af wat u met behulp van de gedragscode wilt bereiken. Dat kunnen doelen zijn, maar ook dat uw organisatie bepaalde beginselen onderschrijft en dat u daar vorm en inhoud aan wilt geven. Als u bijvoorbeeld een organisatie bent waar de medewerkers veel met allochtone jongeren te maken hebben, dan kunt u als doel omschrijven dat uw organisatie zich bewust is van mogelijke etnische en andere verschillen en dat u handvatten wilt geven over hoe in bepaalde situaties gehandeld moet worden.

Heeft men in uw organisatie te maken met situaties waarin een verhoogd risico bestaat op agressief gedrag van cliënten? Dan kunt u in dit artikel aangeven dat u wilt regelen hoe daarmee moet worden omgegaan.

Ook een combinatie van een aantal doelen is mogelijk. Niet elk doel hoeft expliciet te worden omschreven. Een neveneffect van een goed werkende gedragscode kan zijn dat het ziekteverzuim omlaag gaat, maar het is geen doel op zich.

Artikel 3: Status en reikwijdte van de gedragscode

De gedragscode is een nadere invulling van de wettelijke bepalingen omtrent seksuele intimidatie, agressie en discriminatie en van artikel 24j uit de CAO Welzijnswerk 1998-1999.

De gedragscode geldt voor medewerkers, bestuursleden, stagiaires en vrijwilligers. De werkgever draagt zorg voor de bekendmaking van de gedragscode. In ieder geval ontvangen alle medewerkers een exemplaar.

• Welke plaats en welke reikwijdte?

In dit artikel wordt naast de reikwijdte ook aangegeven welke plaats de gedragscode inneemt temidden van wetten en regelingen.

De Grondwet verbiedt discriminatie. In het Wetboek van Strafrecht worden bepaalde typen van discriminerend gedrag dan ook strafbaar gesteld. Maar hoe binnen een organisatie met discriminatie moet worden omgegaan, hoe het te herkennen en te voorkomen, is niet in een wet te vinden.

Uw organisatie kan meer te maken hebben met zaken als agressie dan andere organisaties en om die reden kan het goed zijn om daar meer aandacht aan te besteden. De grens tussen gedragscode en bijvoorbeeld strafbaar gedrag is echter niet altijd even scherp aan te geven. In sommige gevallen zult u meer (moeten) tolereren dan in andere gevallen. De reikwijdte van de gedragscode hangt af van uw organisatie. Probeer duidelijk te omschrijven voor wie de gedragscode geldt. Het kan helpen om onderscheid te maken tussen interne en externe contacten. Stel u daarbij de volgende vragen:

Met wie heeft de organisatie intern te maken? Geldt het alleen voor de medewerkers of ook voor een bestuur of raad van toezicht of een dergelijk equivalent?

En geldt de gedragscode voor elk onderdeel van uw organisatie in gelijke mate of moeten voor sommige onderdelen aangepaste gedragscodes worden ontworpen?

En hoe zit het met de externe contacten: heeft u cliënten, afnemers, leveranciers of wellicht leerlingen en patiënten? In hoeverre gaat de gedragscode voor hen gelden? Duidelijk zal zijn dat derden niet zomaar 'iets kunnen worden opgelegd'.

Wat bijvoorbeeld als één van uw medewerkers in contact treedt met een groep op straat rondhangende jongeren en hij/zij 'verwelkomd' wordt met racistische en seksistische taal?

In deze situatie zullen de jongeren minder snel op de gedragscode en eventuele gevolgen kunnen worden gewezen. Wie weet zitten de jongeren niet eens op bezoek van medewerkers van de instelling te wachten. Toch kan ook in dit geval de medewerker baat hebben bij de gedragscode: die geeft immers een houvast hoe met deze situatie om te gaan.

Artikel 4: Arbeidsovereenkomst

Het niet aangaan, beëindigen of niet verlengen van een arbeidsovereenkomst mag niet samenhangen met een in de wet verboden discriminatiegrond, leeftijd en handicap.

In geval van reorganisatie of inkrimping worden, bij de beoordeling wie voor ontslag in aanmerking komt, slechts objectieve criteria gehanteerd.

- *Praktisch*

De artikelen 4, 5, 6 en 7 zijn praktisch van aard: u geeft handelingsvoorschriften voor bepaalde situaties. Het gaat er hier om, die omstandigheden te vinden die het meest typisch en kenmerkend zijn voor uw organisatie. Dat kunnen tegelijkertijd situaties zijn waarin het grootste risico bestaat op ongewenst gedrag.

Die situaties hangen samen met het doel waarvoor uw organisatie is opgericht. Een jongereninformatiepunt zal andere zaken tegenkomen dan een brede welzijnsinstelling. Maak scherp wat voor organisatie u bent en in wat voor soort situaties de organisatie of medewerkers kunnen komen. De volgende vragen kunnen u daarbij helpen: Welke diensten leveren wij? Wie zijn onze klanten? Welke externe contacten hebben we? En onder welke omstandigheden komen we klanten en externe contacten tegen?

In deze voorbeeldgedragscode wordt een eerste aanzet gegeven, beginnend bij de organisatie en het personeelsbestand. Vraagt u zich eens af hoe uw organisatie eruit ziet. Is het een afspiegeling van de maatschappij en als dat niet zo is, hoe verandert u dat (er van uitgaande dat u wilt veranderen). Zijn er (vrijwel) uitsluitend blanke collega's terwijl u in een overwegend multiculturele wijk of regio zit of vrijwel alleen maar met allochtone cliënten te maken hebt? Misschien is het dan goed om te kijken naar de wijze van werving van personeel maar ook naar de functie-eisen.

- *Hoe wordt personeel geselecteerd?*

Stel, u werft voor staf- en beleidsfuncties vrijwel uitsluitend via via, terwijl er geen of zeer weinig etnische minderheden of vrouwen in de organisatie zijn en zij bovendien in overwegende mate ondersteunende functies bezetten.

Op deze wijze is de kans dat daar verandering in komt erg klein.

Immers, de autochtone mannelijke medewerkers zullen over het algemeen in autochtone mannelijke kringen rondvragen.

Het kan zijn dat u via advertenties probeert mensen te krijgen. Adverteert u dan ook in die bladen die veel door allochtonen worden gelezen en is de tekst zodanig dat niet alleen autochtonen zich aangesproken voelen? Neemt u, gewoontegetrouw, de zinsnede op 'goede beheersing van de Nederlandse taal', vraagt u zich dan af of dat wel voor elke functie geldt. Een dergelijke eis kan tot indirecte discriminatie leiden.

En als u allochtonen en vrouwen uitnodigt voor een gesprek is de selectiecommissie dan zodanig samengesteld dat deze zich daar ook in kunnen herkennen? En bij de overweging of u wel of geen psychologische test of assesment wilt af laten nemen: houdt u dan ook rekening met het feit dat veel testen cultuur bepaald zijn en/of uitgaan van bepaalde vooroordelen? Dit zal immers leiden tot een consequent lagere score van allochtonen.

• *Heeft iedereen even veel kans op promotie?*

Vraagt u zich af wie er promotie maken binnen de organisatie. Als er weinig of geen allochtonen of vrouwen doorstromen en de verdeling over functies (ondersteunend, staf, leidinggevend) onevenredig is zonder solide redenen, kan er aanleiding zijn om te kijken naar het scholingsbeleid of de doorstroommogelijkheden en kan het zinvol zijn in de gedragscode op te nemen dat men waarborgen geeft voor gelijke behandeling.

Stel, de organisatie maakt gebruik van cursussen van een externe instelling en het valt op dat allochtone medewerkers slechts bij uitzondering de cursussen met positief gevolg doorlopen, terwijl van de autochtone medewerkers vrijwel niemand zakt. Het kan zijn dat een aantal cursusleiders vooroordelen heeft ten opzichte van allochtonen en autochtonen steevast beter beoordeelt. Het kan ook zijn dat een mannelijke cursusleider er van houdt seksistische en denigrerende grappen te maken. Mede door zijn intimiderend optreden, komt het niet tot klachten. Maar vrouwelijke deelnemers of cliënten voelen zich wel minachtend behandeld en een groot deel haakt daardoor voortijdig af. Waardoor de mannelijke collega's die de cursus wel - met goed gevolg - doorlopen, een grotere kans op promotie maken.

Artikel 5: Arbeidsomstandigheden en werkvloer

De inrichting van de organisatie voldoet aan wettelijke eisen daaromtrent, in het bijzonder de arbowetgeving, maar is in ieder geval zodanig dat medewerkers en cliënten zich veilig voelen.

De omgang tussen bestuurders, medewerkers en cliënten wordt bepaald door respect voor ieders ras, sekse, levensbeschouwing en leeftijd en andere gronden genoemd in deze gedragscode.

- a. Discriminerende, seksistische of andere beledigende of krenkende uitlatingen of grappen, mondeling of schriftelijk, zijn niet toegestaan.
- b. Agressieve handelingen en of uitingen zijn niet toegestaan.

Het bepaalde onder a. komt mede tot uiting door het bieden van mogelijkheden voor het beleven van uitingen samenhangend met sekse, levensbeschouwing en leeftijd.

• *Hoe gaan collega's onderling met elkaar om?*

De gedragscode bevat in elk geval bepalingen die aangeven wat wel en wat niet geaccepteerd wordt. Discriminatie, seksuele intimidatie, agressie en geweld zijn niet toegestaan. Soms is erg duidelijk dat zaken niet door de beugel kunnen maar dat hoeft niet altijd zo te zijn. Ongewenst gedrag kan meer verborgen zijn, verpakt in een grapje of in een bepaalde manier van benaderen.

Denk bijvoorbeeld aan het te kleine kopieerhok waarin lichamelijk contact onvermijdelijk is als zich daarin meer dan één persoon bevindt en waar sommigen toch maar wat graag komen als er al iemand binnen is... Of denk aan de voorzitter die telkens als het gaat om criminaliteit door allochtonen het woord aan de enige allochtone medewerker geeft met de woorden: 'daar zal jij wel meer van weten'.

Het is voor leidinggevendenden essentieel te beseffen dat hun gedrag in sterke mate meebepaalt wat in een organisatie wel en niet wordt geaccepteerd: zij zijn mede sfeerbepalers. Maar in dit voorbeeld moedigt de voorzitter acceptatie van bepaald, ongewenst gedrag - bewust of onbewust - aan.

Het komt voor dat (soms grappig bedoelde) pamfletten worden verspreid (op papier of via een computernetwerk) of op een prikbord worden opgehangen.

Zo'n tekst of afbeelding kan uitermate beledigend of bedreigend zijn.

Stel bijvoorbeeld dat onder collega's een zogenaamde enquête voor asielzoekers circuleert met vragen als 'hoe lang jij in de gevangenis gezeten' en 'hoe lang jij wil in luilekkerland Nederland blijven' etc. De gedragscode is hier duidelijk in: het is niet toegestaan.

Of dat vrouwelijke collega's via het interne computernetwerk regelmatig pornografische afbeeldingen krijgen toegestuurd van mannelijke collega's. Ook in dit geval geeft de gedragscode duidelijkheid: daarin staat immers niet alleen wie er voor moet zorgen dat dit vervelende gedrag wordt stopgezet, maar ook bij wie er een klacht kan worden ingediend, wat er met die klacht gebeurt en welke maatregelen worden genomen.

Artikel 6: Omgang met deelnemers of cliënten

De medewerker laat zich bij contacten met deelnemers of cliënten leiden door gedragsregels, zoals die gelden voor de beroepsgroep, en door de eigen beroepscode.

De medewerker accepteert geen agressieve gedragingen van deelnemers of cliënten en neemt zelf geen initiatief tot agressieve gedragingen jegens hen; behalve onder de in de gedragscode genoemde voorwaarden.

De medewerker accepteert geen seksuele gedragingen van deelnemers of cliënten en neemt zelf geen initiatief tot seksuele gedragingen jegens hen.

De medewerker accepteert geen discriminerend gedrag van deelnemers of cliënten en werkt niet mee aan en of neemt zelf geen initiatief tot discriminerend gedrag.

• Hoe bejegen je cliënten en deelnemers?

Het lijkt voor de hand liggend maar vaak is dat helaas niet zo: de wijze van bejegening van cliënten of deelnemers kan veel uitmaken. Als een medewerker niet elke deelnemer of cliënt op gelijke wijze bejegt kan dit een bron zijn voor onnodige ergernis maar het kan ook discriminerend zijn of seksistisch.

Voorbeeld: Een medewerker begroet een groep deelnemers/ cliënten.

Allochtonen worden ongevraagd met 'je' en 'jij' aangesproken, terwijl de aanwezige mannelijke autochtonen worden bejegend met 'meneer' en 'u' en de aanwezige autochtone vrouwen worden aangesproken met 'mevrouwetje'.

Artikel 7: Werking naar cliënten, deelnemers, bezoekers en derden

De gedragscode wordt op een voor deelnemers, cliënten, bezoekers en derden zichtbare plaats gelegd. Van deelnemers, cliënten, bezoekers en derden wordt verwacht dat zij niet in strijd handelen met de in deze gedragscode opgenomen bepalingen. In voorkomende gevallen kunnen zij op het bestaan en de inhoud van de gedragscode gewezen worden.

Een voorbeeld: Een van uw medewerkers/collega's maakt, tot tevredenheid van de cliënt, een afspraak voor een huisbezoek. De medewerker belt aan en de cliënt ziet dat degene met wie hij een afspraak heeft van Turkse afkomst is. De cliënt wordt boos en weigert de toegang onder het motto 'Turken komen er bij mij niet in...'. Het is overduidelijk dat deze cliënt in strijd met de modelgedragscode handelt, maar hoe gaat de instelling hiermee om?

Artikel 8: Toezicht gedragscode

Met het toezicht op de naleving van deze gedragscode is de directie belast. Er wordt een vertrouwenspersoon benoemd die gedegen kennis heeft op een of meerdere terreinen waarop de gedragscode van toepassing is. U neemt in dit artikel op hoe het toezicht op de naleving van de gedragscode is geregeld. In de voorbeeldgedragscode is de directie genoemd maar uiteraard sluit dat andere mogelijkheden niet uit.

Het kan zinvol zijn een vertrouwenspersoon te benoemen. Gevallen van seksuele intimidatie of racisme zijn voor het slachtoffer immers vaak schokkend en verwarrend. Als er al een vertrouwenspersoon is, kan deze ook als vertrouwenspersoon voor deze gedragscode worden aangewezen. Hier geldt wel dat een vertrouwenspersoon terzake deskundig moet zijn. Desnoods moet de kennis van een vertrouwenspersoon door middel van opleiding en training op peil worden gebracht.

Artikel 9: Klachten

Met het in werking treden van deze gedragscode wordt ook een klachtencommissie ingesteld voorzover hierin niet al is voorzien bij andere bepalingen.

De commissie is samengesteld uit een vertegenwoordiger van de werkgever, van de werknemer en een onafhankelijk, extern deskundige op een van de terreinen die door de gedragscode wordt bestreken.

De klachtencommissie stelt een klachtenprocedure (werkwijze etc.) op en maakt deze zo spoedig mogelijk bekend. De klachtenprocedure voldoet in ieder geval aan de beginselen van behoorlijk klachtrecht.

De klachtencommissie draagt zorg voor een behoorlijke klachtregistratie.

Een gedragscode wint aan kracht als het indienen van een klacht geregeld is. In dit artikel regelt u de klachtenprocedure. Deze moet effectief zijn voor zowel medewerkers, stagiaires en vrijwilligers. Een aantal beginselen moet in acht worden genomen:

- De procedure moet goed toegankelijk zijn. Er moeten dus weinig formele voorschriften zijn en kosten mogen geen belemmering zijn om een klacht in te dienen.
- Een klachtencommissie moet onafhankelijk zijn. Bij voorkeur nemen externe deskundigen zitting.
- Het moet duidelijk zijn hoe en op welke gronden (de motivering) een beslissing tot stand komt. Dit stelt eisen aan de doorzichtigheid van de procedure, de openbaarheid, het beginsel van hoor en wederhoor en dergelijke.

Een bekend verschijnsel is de zogenaamde 'victimisatie'. Een slachtoffer klaagt maar loopt daardoor het risico nadelige gevolgen te ondervinden. Het opnemen

van - met name - een ontslagbescherming is daarom geen overbodige voorziening. Een aantal wetten kent een dergelijke voorziening.

Mogelijkerwijs is er reeds een klachtenvoorziening binnen uw organisatie.

Het is mogelijk de bevoegdheden van deze commissie aan te passen. Let daarbij ook op de samenstelling van de klachtencommissie. Is die zodanig dat er voldoende kennis is op de terreinen die de gedragscode bestrijkt? Zo niet dan moet uitbreiding van de klachtencommissie plaatsvinden.

Artikel 10: Evaluatie

Zo vaak als nodig, maar in ieder geval een keer per, jaar wordt deze gedragscode geëvalueerd. De rapportage aan de hand van deze evaluatie wordt opgenomen in het jaarverslag.

De bedoeling van dit artikel is om de werking van de gedragscode te garanderen en te optimaliseren. Hoewel het onderdeel is van het gehele proces rondom een gedragscode kan het zeker geen kwaad om in de gedragscode zelf of de toelichting een datum te noemen waarop evaluatie moet plaatsvinden.

Arbowet - Artikel 1.

In deze wet en de daarop berustende bepalingen wordt verstaan onder seksuele intimidatie: ongewenste seksuele toenadering, verzoeken om seksuele gunsten of ander verbaal, non-verbaal of fysiek gedrag waarbij sprake is van een van de volgende punten:

- onderwerping aan dergelijk gedrag wordt hetzij expliciet hetzij impliciet gehanteerd als voorwaarde voor de tewerkstelling van een persoon;
- onderwerping aan of afwijzing van dergelijk gedrag door een persoon wordt gebruikt als basis voor beslissingen die het werk van deze persoon raken;
- dergelijk gedrag heeft het doel de werkprestaties van een persoon aan te tasten en/of een intimiderende, vijandige of onaangename werkomgeving te creëren, dan wel heeft tot gevolg dat de werkprestaties van een persoon worden aangetast en/of een intimiderende, vijandige of onaangename werkomgeving wordt gecreëerd; agressie en geweld, als bedoeld in het tweede lid, onderdeel b, wordt verstaan voorvallen waarbij een werknemer psychisch of fysiek wordt lastiggevalen, bedreigd of aangevallen, onder omstandigheden die rechtstreeks verband houden met het verrichten van de arbeid.

Arbowet - Artikel 4

De werkgever voert, binnen het algemene arbeidsomstandighedenbeleid, een beleid met betrekking tot het beschermen van werknemers tegen seksuele intimidatie en tegen agressie en geweld.

Artikel 1

Internationaal Verdrag inzake Uitbanning van elke vorm van rassendiscriminatie

In dit verdrag wordt onder rassendiscriminatie verstaan elke vorm van onderscheid, uitsluiting, beperking of voorkeur op grond van ras, huidkleur, afkomst of nationale of etnische afstamming die ten doel heeft de erkenning, het genot of de uitoefening, op voet van gelijkheid, van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden op politiek, economisch, sociaal of cultureel gebied, of op andere

terreinen van het openbare leven, teniet te doen of aan te tasten, dan wel de tenietdoening of aantasting daarvan ten gevolge heeft.

Artikel 1 Grondwet

Allen die zich in Nederland bevinden, worden in gelijke gevallen gelijk behandeld. Discriminatie wegens godsdienst, levensovertuiging, politieke gezindheid, ras, geslacht of op welke grond dan ook, is niet toegestaan.

Artikel 90 quater Strafrecht

Onder discriminatie of discrimineren wordt verstaan elke vorm van onderscheid, elke uitsluiting, beperking of voorkeur, die ten doel heeft of ten gevolge kan hebben dat de erkenning, het genot of de uitoefening op voet van gelijkheid van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden op politiek, economisch, sociaal of cultureel terrein of op andere terreinen van het maatschappelijk leven, wordt teniet gedaan of aangetast.

Artikel 1 Algemene Wet Gelijke Behandeling

In deze wet en de daarop berustende bepalingen wordt verstaan onder onderscheid: direct en indirect onderscheid.

- direct onderscheid: onderscheid tussen personen op grond van godsdienst, levensovertuiging, politieke gezindheid, ras, geslacht, nationaliteit, hetero- of homoseksuele gerichtheid of burgerlijke staat;
- indirect onderscheid: onderscheid op grond van andere hoedanigheden of gedragingen dan die bedoeld in onderdeel b. dat direct onderscheid tot gevolg heeft.

Literatuurlijst richtlijn gedragscodes

Seksuele intimidatie op de werkvloer
mr. R. Holmaat, Ars Aequi Libri 1999

Met recht rassendiscriminatie bestrijden
mr C.F. Pattipawae, mr drs C. A. Tazelaar, Tjeenk Willink 1997

Maatschappelijk debat integratie, gedragscodes ter voorkoming en bestrijding van rassendiscriminatie
BZK 1992

Tijdschrift voor sociaal-pedagogische hulpverlening SPH, themanummer agressie.
Juni 1998.

De uitvoering van de ABU-gedragsregels ter voorkoming van discriminatie
dr J. Meloen, drs H. Tromp, COMT-LISWO 1992

Model Gedragscode jeugdhulpverlening
groep van 18, 1998

Voorbeeldcode en klachtenregeling ter voorkoming en bestrijding van ongewenst gedrag
ABVAKABO

Gedragscode ter bestrijding en voorkoming van discriminatie in de sector
welzijn en jeugdhulpverlening
VOG 1997.

Bijlage II

Handleiding ZIR

Zie de map ZIR op het Forum

Bijlage III - 9

ZIR - powerpoint presentatie

Zie de map ZIR op het Forum

Bijlage III - 10

Ontheffing College Bescherming Persoonsgegevens

Alleen opgenomen op het Forum

Inhoudsopgave

IV.1	Voorwoord
IV.2	Modelconvenant
IV.3	Verklaringen bij het modelconvenant
IV.3.1	Uitvoeringen bij agressie
IV.3.2	Informatieverstrekking
IV.3.3	Assistentieverlening aan het ziekenhuis
IV.3.4	Medewerker als slachtoffer of als verdachte
IV.3.5	De patiënt als getuige
IV.3.6	De patiënt als verdachte
IV.3.7	Slachtofferhulp
IV.3.8	Schade(verhaal) en besmettingen
IV.3.9	Wapens
IV.3.10	Vermoeden of constatering van een ernstig misdrijf
IV.3.11	Afgifte gevaarlijke/verboden stoffen
IV.3.12	Het bewaken van patiënten
IV.3.13	Niet-natuurlijke dood
IV.3.14	Bloedproeven in verband met rijden onder invloed en DNA-onderzoek op last van justitie
IV.3.15	Discriminatie
IV.3.16	Case Screening en afhandeling OM
IV.3.17	Medisch beroepsgeheim
IV.3.18	Het beroepsgeheim in contact met politie

Dit modelconvenant is gemaakt om binnen het project Veiligezorg® te worden gebruikt voor de pilotziekenhuizen en/of de plaatselijke coördinatoren Veiligezorg®. Nadat Veiligezorg® in het Westfries Gasthuis (WFG) in Hoorn was gestart, is door de organisatoren een convenant opgesteld. Dit convenant betreft een vastlegging van de afspraken tussen politie, ziekenhuis, Openbaar Ministerie en gemeenten.

Meerdere partijen zijn in een dergelijk convenant denkbaar. Alles hangt af van de situatie ter plaatse en de bereidheid om met partners te gaan samenwerken in de aanpak van het probleem. Deze ketenaanpak oftewel de 'publiekprivate samenwerking', is één van de peilers van Veiligezorg®.

Ook andere ziekenhuizen hebben gebruik gemaakt van convenanten om de afspraken met externe partners vast te leggen. Ik noem de convenanten van het Leijenburgziekenhuis in 's Gravenhage en het convenant van het UMCU te Utrecht. De convenanten tezamen hebben geleid tot een modelconvenant dat nu voor u ligt.

Dit modelconvenant bestaat uit een raamwerk en een flink aantal hoofdstukken. Naar behoefte kunt u als betrokken ziekenhuis bij Veiligezorg® die hoofdstukken binnen het convenant benoemen, die voor u nodig zijn. Op deze wijze ontstaat een convenant dat voor ieder betrokken ziekenhuis op maat is gesneden. Natuurlijk in overleg met de ketenpartners die daadwerkelijk bij Veiligezorg® zijn betrokken.

Ad informandum is een schrijven toegevoegd met betrekking tot de geheimhoudingsplicht. Dit onderwerp leidt nogal eens tot onnodige discussies en dat is niet nodig.

Om de toetst der kritiek goed te kunnen doorstaan is dit modelconvenant door meerdere personen die Veiligezorg® een warm hart toedragen, inhoudelijk gecontroleerd op wettelijke basis en uitvoerbaarheid. Al deze personen zijn werkzaam bij de juridische afdelingen van ziekenhuizen, politie en/of justitie.

Ik wens u veel succes met de verdere implementatie van Veiligezorg® binnen uw ziekenhuis.

Peter Peerdeman

Landelijk coördinator Veiligezorg®.

Veiligezorg® is een project in het kader van het Arboconvenant Ziekenhuizen. Het arboconvenant is een initiatief van NVZ vereniging van ziekenhuizen, ABVAKABO FNV, CNV Publieke Zaak, de Unie Zorg en Welzijn, NU'91, FHZ en de ministeries van VWS en SZW. Het Arboconvenant Ziekenhuizen wordt uitgevoerd door het Sectorfonds Zorg, dat deel uitmaakt van Sectorfondsen Zorg en Welzijn, Utrecht.

De partijen:

- Politiekorps regio
- Directie ziekenhuis
- Openbaar ministerie te
- Gemeente

Considerans

Het is algemeen bekend dat de omgangsvormen in de samenleving verruimen en dat de agressie toeneemt. Als gevolg van agressiedelicten gepleegd door zowel patiënten, bezoekers, personeel of andere aanwezigen in en in de directe omgeving van het ziekenhuis..... te, nemen de onveiligheidsgevoelens van deze personen toe.

Voor de directie van het ziekenhuis is dit aanleiding geweest om tot passende en sluitende maatregelen te komen. De bestrijding van de agressiedelicten wordt in een publiekprivate samenwerking (PPS) ter hand genomen. De gewenste samenwerking tussen de partijen en de afstemming van de verantwoordelijkheden is noodzaak. De actoren - de ziekenhuisdirectie, de politie, de gemeente en het Openbaar Ministerie - ondertekenen daartoe een convenant.

In dit convenant worden eveneens afspraken tussen de partijen op andere gebieden vastgelegd. Dit verbetert de onderlinge verstandhouding en voorkomt problematieken.

Met het oog op bovenstaande doelen verbindingen alle betrokken partijen zich tot:

1. het voeren van een deugdelijke registratie met betrekking tot gepleegde agressiedelicten in en onder de invloedssfeer van het ziekenhuis. Proces- en effectevaluatie vinden plaats door middel van een jaarlijkse verslaglegging;
2. het handelen overeenkomstig de protocollen met betrekking tot de bestrijding van agressiedelicten;
3. een structureel overleg (éénmaal in de zes weken), waarbij afstemming plaats vindt met betrekking tot gevoerde preventieve en repressieve acties. Hierbij zijn minimaal aanwezig het hoofd Bedrijfshulpverlening (Beveiliging) en de groepschef politie. Deze vertegenwoordigers kunnen zich desgewenst ad-hoc laten bijstaan door materiedeskundigen;
4. de benoeming van een contactpersoon die verantwoordelijk is voor de coördinatie van alle zaken die tot het bereiken van het bovengenoemde doel kunnen bijdragen;
5. een transparante (schriftelijke) verantwoording van hun activiteiten inzake de aanpak van agressiedelicten, met inachtneming van het beroepsgeheim en de privacywetgeving. De bestaande klachtenregelingen van de partijen zijn van toepassing;
6. een constructieve bijdrage aan een permanente open communicatie welke gericht is op en een bijdrage levert aan de bestrijding van agressiedelicten;
7. het maken van verdere werkafspraken inzake taken en bevoegdheden tussen het ziekenhuis en politie / justitie, die op soortgelijke wijze worden toegepast en binnen één jaar worden gevoegd onder de werkingssfeer van dit convenant. Dit kan eventueel gedaan worden door gebruik te maken van één of meerdere bijlagen welke bij dit convenant behoren.

Met dit convenant wordt door het ziekenhuis, de regiopolitie, het openbaar ministerie en de gemeente een gemeenschappelijke inspanning geleverd om de in het rapport 'VeiligEZorg®' d.d. juli 2000 genoemde objectieve en subjectieve veiligheidsgevoelens, op een voor alle betrokken partijen aanvaardbare norm te brengen en verder onderlinge werkafspraken te bekrachtigen.

Plaatsnaam, datum

Namens,

Ziekenhuis:

Regiopolitie:

Openbaar Ministerie:

Gemeente:

Uitvoeringen bij agressie**Uitgangspunt**

Agressie in welke vorm dan ook ten opzichte van een ieder die zich in het ziekenhuis of op het terrein van het ziekenhuis en/of de invloedssfeer van het ziekenhuis bevindt, wordt niet getolereerd. Agressie behelst in deze aanpak de volgende begrippen:

Verbaal geweld

Hieronder wordt iedere vorm van verbaal geweld begrepen, bijvoorbeeld schelden, dreigende houding, niet serieus dreigen en seksistische opmerkingen.

Maatregelen

1. De pleger zal door het ziekenhuis worden aangesproken op dit gedrag.
2. Het ziekenhuis overhandigt aan pleger een schrijven namens de raad van bestuur met vermelding van het onacceptabele gedrag en de mededeling dat bij herhaling de toegang tot het ziekenhuis zal worden ontzegd.
3. Bij vastpakken en/of handtastelijkheden zal de bewaking worden ingeschakeld.

Ernstige belediging en/of serieuze bedreiging

Hieronder worden alle beledigingen en bedreigingen verstaan die door het slachtoffer als zodanig worden ervaren. Hieronder vallen serieuze bedreigingen, lastig vallen, volgen, bedreigen van familie, bedreigen met een voorwerp, poging tot verwonden, slaan, schoppen of stompen en discriminerende opmerkingen.

Maatregelen

1. De bewaking wordt ingeschakeld.
2. De pleger zal worden medegedeeld dat dergelijk gedrag als een strafbaar feit wordt aangemerkt waarvan dienovereenkomstig aangifte gedaan zal worden bij de politie die vervolgens procesverbaal zal opmaken.
3. Het ziekenhuis overhandigt aan de pleger een schrijven namens de raad van bestuur met vermelding van het onacceptabele gedrag en de mededeling dat bij herhaling de toegang tot het ziekenhuis zal worden ontzegd.
4. Het Openbaar Ministerie zal aan deze aangifte een hoge prioriteit toekennen en een daad van vervolging instellen door het toepassen van het zogeheten lik-op-stukbeleid.

Fysiek geweld

Hieronder wordt verstaan seksuele handtastelijkheden, vernielingen van interieur, gooien met objecten, het verhinderen of hinderen om een vertrek te verlaten, het fysiek verhinderen van werkzaamheden, duwen, trekken, bijten, krabben, grijpen of spugen, slaan, stompen, schoppen of kopstoot geven en/of anderszins verwonden.

Maatregelen

1. De bewaking wordt ingeschakeld.
2. Op verzoek van de bewaking zal de politie zich zo spoedig mogelijk naar de betreffende locatie in het ziekenhuis begeven.
3. Het ziekenhuis overhandigt de pleger een toegangsverbod en meldt hem dat aangifte zal worden gedaan waarvan vervolgens procesverbaal zal worden opgemaakt.
4. In voorkomende gevallen bestaat de mogelijkheid dat de aangifte wordt opgenomen in het ziekenhuis.
5. Het procesverbaal wordt direct doorgezonden naar de betreffende Officier van Justitie die aan de behandeling ervan een hoge prioriteit toekent en vervolging instelt door het toepassen van het lik-op-stukbeleid.
6. Het OM houdt het ziekenhuis op de hoogte van de afhandeling.

IV.3.2 Informatie verstrekking

Voor alle incidenten geldt dat partijen elkaar (waar nodig onverwijld) op de hoogte stellen (bij voorkeur via de contactpersonen) van alle informatie die voor een partij van belang kan zijn om incidenten te voorkomen, te verminderen dan wel daarop te kunnen anticiperen. De hier geformuleerde regels hebben betrekking op praktijksituaties waar ziekenhuizen en politieambtenaren mee te maken hebben. Niet voor alle problemen in de praktijk zullen deze regels een oplossing bieden. In dat laatste geval moet men contact opnemen met de contactfunctionaris die voor de betreffende situatie is aangewezen.

Informatie-uitwisseling en gegevensverstrekking

1. De hoofdregel bij uitwisseling van informatie en verstrekking van gegevens betreffende patiënten luidt: de ziekenhuizen verstrekken geen informatie aan derden, i.c. de politie en OM, die onder de reikwijdte van het beroepsgeheim valt, tenzij de patiënt of diens vertegenwoordiger daartoe toestemming heeft verleend. Er kunnen zich echter situaties voordoen (zoals bijvoorbeeld een noodsituatie, conflict van plichten), waardoor de behandelaar deze hoofdregel kan nuanceren of opheffen.
2. Als de politie gegevens wil verkrijgen omtrent de identiteit van een patiënt, dan is het uitgangspunt dat de politie deze gegevens aan de patiënt zelf vraagt. Dit gebeurt conform de gedragsregels van het ziekenhuis.
3. Als de politie in het kader van haar hulpverleningstaak gegevens wil verkrijgen omtrent de identiteit van een wilsonbekwame patiënt, dan worden deze gegevens zo mogelijk gevraagd aan de vertegenwoordiger van de patiënt, als deze ter plaatse aanwezig is. Is dit niet mogelijk, dan kunnen deze gegevens door de ziekenhuizen aan de politie worden verstrekt.
4. Als de politie in het kader van haar opsporingstaak gegevens wil verkrijgen omtrent de identiteit van een (wilsonbekwame) patiënt, dan worden deze gegevens niet door de ziekenhuizen aan de politie verstrekt. Dergelijke gegevens vallen onder het beroepsgeheim.

Een uitzondering op deze hoofdregel kan worden gerechtvaardigd indien een conflict van plichten optreedt bij het ziekenhuis. Dit laat onverlet dat zich op of aan de patiënt bevindende gegevensdragers (zoals identiteitspapieren en zakboekjes) wel onder de aandacht van de politie kunnen worden gebracht.

5. Als de politie in het kader van haar hulpverleningstaak het ziekenhuis vraagt om medische gegevens van de patiënt (bijvoorbeeld om familie van de patiënt op de hoogte te stellen van de situatie waarin de patiënt verkeert), dient dit via de contactfunctionaris van het ziekenhuis (eventueel gedelegeerd naar Spoedeisende Hulp) te lopen. Deze kan daarbij dan behulpzaam zijn en neemt daarbij het volgende in acht:

- indien de patiënt in staat is zelf de familie of naasten op de hoogte te brengen, krijgt de politie geen informatie over de patiënt;
- kan de patiënt zelf niet bellen, maar stelt het ziekenhuis zelf de familie op de hoogte, dan krijgt de politie geen informatie;
- kan de patiënt niet zelf bellen en kan het ziekenhuis de familie niet op de hoogte stellen, dan wordt eerst toestemming aan de patiënt gevraagd om gegevens aan de politie te verstrekken. Is de patiënt wilsonbekwaam, dan wordt zo mogelijk toestemming aan de vertegenwoordiger van de patiënt gevraagd. Is ook dit niet mogelijk, dan kan toestemming van de patiënt worden verondersteld te zijn gegeven indien informatieverstrekking in het belang is van de patiënt;
- alleen die informatie wordt verstrekt die strikt noodzakelijk is het kader van de door de politie te vervullen taak.

Het ziekenhuis heeft altijd een eigen verantwoordelijkheid om de familie van de patiënt te informeren. Afstemming met de politie is aan te raden, met name in situaties waarin de politie betrokken is bij de spoedopname.

6. Als de politie in het kader van haar opsporingstaak het ziekenhuis vraagt om medische gegevens van de patiënt, dan verwijst het ziekenhuis de politie naar de patiënt.

Daarbij gebruikt de politie het 'Aanvraagformulier medische informatie' van de KNMG. Indien de patiënt wilsonbekwaam is, wordt geen informatie verstrekt, tenzij er (zo mogelijk schriftelijke) toestemming van diens vertegenwoordiger is verkregen.

7. Indien het Openbaar Ministerie voornemens is om een inbeslagname van medische gegevens te vorderen, zal als volgt worden gehandeld:

- a. de contactpersoon van het betreffende ziekenhuis wordt benaderd;
- b. er worden afspraken gemaakt omtrent procedure en uitvoering.

8. Van het verstrekken van gegevens dient door het ziekenhuis aantekening te worden gemaakt. Daarbij wordt vermeld welke gegevens het betreft en aan wie en wanneer deze gegevens zijn verstrekt.

IV.3.3 **Assistentieverlening aan het ziekenhuis**

1. De politie streeft bij een alarmmelding van het ziekenhuis naar een responstijd van ten hoogste tien minuten.
2. Het Openbaar Ministerie zal de via de politie aangebrachte zaken die betrekking hebben tot agressiedelicten gepleegd in en nabij het ziekenhuis zoveel mogelijk via lik-op-stukbeleid afdoen.
3. De uitkomst van deze zaken zal rechtstreeks worden gerapporteerd aan de contactpersoon van het ziekenhuis door tussenkomst van de contactpersoon van de politie

■ 3.4 **Medewerker als slachtoffer of als verdachte**

De medewerker als slachtoffer

Het is aan de medewerker zelf of deze de politie wil inschakelen en/of aangifte wil doen. De contactfunctionaris heeft een opvangfunctie; hij kan de medewerker adviseren en attenderen op het feit dat de politie ingeschakeld kan worden zonder dat de medewerker al besloten heeft of deze aangifte wil doen. De medewerker wordt voor het doen van aangifte bij de politie geadviseerd door de contactfunctionaris.

De medewerker als verdachte

Voor een medewerker van het ziekenhuis gelden dezelfde regels als voor alle andere verdachten. Een en ander laat onverlet de overige rechtspositionele gevolgen die met de persoon van deze functionaris samenhangen.

IV.3.5 **De patiënt als getuige**

1. De politie heeft de wettelijke bevoegdheid getuigen van een strafbaar feit te verhoren, ook als deze de status van patiënt hebben.
2. Een getuige (of een aangever) is niet verplicht zijn medewerking aan de politie te verlenen.
3. Als de politie de patiënt als getuige wil horen, dient in overleg met de behandelend arts te worden gezien of de gezondheidstoestand van de patiënt dit toelaat. Als het verhoor medisch niet verantwoord wordt geacht, dient de patiënt toestemming te geven.

■ 3.6 **Patiënt als verdachte**

De politie heeft de wettelijke bevoegdheid tot het verhoren en/of aanhouden van verdachten, ook als deze patiënt zijn. De politie behoeft geen instemming van de patiënt om deze aan te houden of te verhoren.

1. De politie heeft (binnen de grenzen van de wet) de bevoegdheid tot verhoren en/of aanhouden van de patiënt-verdachte, ook indien de patiënt daarmee niet instemt.

2. Indien een patiënt als verdachte is aangehouden, is de politie bevoegd gebruik te maken van de haar toekomende wettelijke dwangmiddelen.
3. In beginsel prevaleren de door de politie voorgenomen of gehanteerde dwangmiddelen.
4. Indien de politie wenst over te gaan tot het horen en/of aanhouden van een persoon die zich als patiënt in een ziekenhuis bevindt, dient bij de politie bekend te zijn in welk ziekenhuis de betreffende persoon zich bevindt en wat de identiteit van deze persoon is.
5. Als de politie de identiteit niet kent, is het ziekenhuis niet verplicht mededeling te doen over de identiteit van in het ziekenhuis verblijvende patiënten.
6. Indien de politie wenst over te gaan tot aanhouding of verhoor van een patiënt als verdachte wendt de politiefunctionaris zich tot de contactfunctionaris van het betreffende ziekenhuis. Deze overlegt met de behandelend arts over de wijze waarop een en ander op medisch verantwoorde wijze kan worden uitgeoefend.
7. Wanneer een aanhouding niet medisch verantwoord wordt geacht kan worden overwogen de aanhouding later te effectueren of formeel te effectueren en een verhoor op een later tijdstip te laten plaatsvinden.
8. Wanneer aanhouding niet op een later tijdstip kan plaatsvinden zal dit, afhankelijk van de toestand van de patiënt, worden gedaan op:
 - a. het bureau van politie, huis van bewaring of penitentiair hospitaal, alleen indien de patiënt, naar het oordeel van de behandelend arts, vervoerd kan worden en de behandeling en/of verpleging, afhankelijk van de zijn/haar medische situatie, elders voortgezet kan worden.

De medische verantwoordelijkheid wordt vervolgens overgedragen aan een arts van politie/Justitie. Met toestemming van de patiënt wordt hiertoe de voor verdere behandeling/verpleging noodzakelijke informatie verstrekt
 - b. het ziekenhuis, indien de patiënt niet vervoerd kan worden. In dat geval blijft de behandelend arts medisch verantwoordelijk. De politie zal voor een adequate bewaking zorgen. De contactfunctionaris van het ziekenhuis zal hierover onverwijld worden ingelicht.
9. Indien de behandelend arts het medisch niet verantwoord acht dat de patiënt door de politie wordt verhoord, wordt dat meegedeeld aan de politie. Indien er sprake is van zwaarwegende omstandigheden die verhoor noodzakelijk maken, zal er overleg plaatsvinden tussen de contactfunctionaris van het ziekenhuis, van de politie en eventueel van het OM.

IV.3.7 Slachtofferhulp

1. Wanneer een patiënt die in het ziekenhuis is opgenomen ook slachtoffer is van een strafbaar feit als genoemd in dit convenant, is het aan de patiënt zelf of deze al dan niet aangifte wil doen van een strafbaar feit.
2. Indien een slachtoffer van een strafbaar feit zich rechtstreeks tot het ziekenhuis wendt kan het ziekenhuis het slachtoffer attent maken op de mogelijkheid om de politie in te schakelen.
3. Slachtofferhulp wordt via de politie geregeld. De beslissing om aangifte te doen kan met de politie worden besproken.
4. Ook bij seksueel geweld is het aan het slachtoffer zelf of deze aangifte wil doen. Dit wijkt niet af van slachtoffers van andere delicten. Toegevoegd kan worden dat met het slachtoffer besproken wordt of/wanneer het eventueel verzamelen van bewijs (sporenonderzoek) (nog) mogelijk is.
5. Bij aangifte van seksueel geweld kan de politie initiatief nemen om onderzoek te (laten) verrichten in het ziekenhuis.

IV.3.8 Schade(verhaal) en besmettingen

Medewerker

Met een medewerker wordt hierbij gelijkgesteld:

- alle personen die in het ziekenhuis betaalde arbeid verrichten;
- alle personen die in het ziekenhuis vrijwilligerswerk verrichten;
- alle personen die in het ziekenhuis als stagiaire werkzaam zijn.

Soorten schade

Een medewerker die slachtoffer is geworden van agressie jegens hem gepleegd, kan twee soorten schade lijden.

- a. Materiële schade: dit is de waarde van vernielde of gestolen goederen, herstellkosten, medische kosten en verlies van inkomsten bij ontstane arbeidsongeschiktheid.

Voorbeeld: Een veroorzaker slaat een medewerker tegen het hoofd waardoor de bril van de medewerker beschadigd raakt.

- b. Immateriële schade: dit is een vergoeding voor geleden verdriet, pijn en angst (smartengeld).

Voorbeeld: Een overlast veroorzakende verslaafde prikt plotseling met een vuile spuit een medewerker van het ziekenhuis in het lichaam. De medewerker verkeert nog langere tijd in onzekerheid of hij besmet is geraakt. Dit heeft ook weerslag op zijn privésituatie.

Daarnaast kan ook het ziekenhuis zelf (materiële) schade lijden. Hieronder vallen bijvoorbeeld een gewonde medewerker die geen dienst kan doen, medische apparatuur dat is beschadigd, of de proceskosten die moeten worden gemaakt in het kader van het schadeverhaal. Overigens valt een schaderegeling als loonder-
ving onder het civielrecht.

Reikwijdte

Het convenant, voor zover het de verantwoordelijkheid van het ziekenhuis betreft, is van toepassing op alle vormen van geweld of agressie. Bij verbale agressie, zoals belediging en opruiing, worden in principe geen stappen ondernomen om te komen tot enig schadeverhaal. Vanzelfsprekend wordt in al deze gevallen wel door het Openbaar Ministerie uit het oogpunt van strafrechtelijke handhaving en indien dit mogelijk en opportuun is, tegen de betreffende dader opgetreden. Aan de afhandeling van deze agressiedelicten wordt zo veel mogelijk prioriteit gegeven.

Bedrijfsopvang

Een belangrijk element in de procedure is onder andere de noodzaak van een goede effectieve en tijdige opvang van medewerkers die het slachtoffer zijn geworden van agressie. Zonder een daartoe professioneel ingerichte bedrijfsopvang zal het effect van de afspraken binnen dit convenant voor een deel verloren gaan. Het ziekenhuis acht de bedrijfsopvang voor gevallen als deze van essentiële betekenis en zal stringent toezien op de naleving ervan teneinde zeker te stellen dat het doel van het protocol daadwerkelijk wordt bereikt. Vanzelfsprekend ligt hier ook een verantwoordelijkheid voor de leiding van de betrokken afdeling aan wie de directe zorg van de betreffende medewerker is toevertrouwd.

De voornaamste taak van de bedrijfsopvang is:

- het op gang brengen en instandhouden van een systematisch proces van opvang van een collega of van collega's na een schokkende gebeurtenis tijdens of vanwege de dienstuitoefening;
- het bevorderen/mobiliseren van de sociale hulp door de eigen omgeving (collega's, chefs e.d.).

Raadplegen artsen

De medewerker die tijdens of ten gevolge van de werkzaamheden het slachtoffer is geworden van: agressie en/of geweld tegen hem, waardoor als direct gevolg (psychisch) letsel is ontstaan, wordt door zijn lijnchef na het incident in de gelegenheid gesteld een arts van de arbodienst te bezoeken teneinde het (psychisch) letsel te laten vaststellen. Deze arts zal het slachtoffer binnen 48 uur na aanmelding ontvangen.

De medewerker die tijdens of ten gevolge van zijn werkzaamheden het slachtoffer is geworden van: agressie en/of geweld tegen hem, waardoor als direct gevolg lichamelijk letsel is ontstaan, waarbij kortstondige ziekenhuisopname heeft plaatsgevonden, neemt direct na diens ontslag uit het ziekenhuis, contact op met de bedrijfsarts teneinde hem te bezoeken en het letsel te laten vaststellen.

De arts van de arbodienst stelt de aard van het letsel en de vermoedelijke duur van het herstel vast en vult terstond de 'geneeskundige verklaring' in. Hij geeft deze verklaring na afloop van het bezoek mee aan het slachtoffer.

Arbo en besmettingen

De arbodienst dient, onder andere in samenwerking met de GGD, een Protocol Besmettingsaccidenten vast te stellen waarin in het kader van bijt-, prik- en sproei-incidenten, afspraken worden gemaakt voor wat betreft de acute dienstverlening van de kant van de GGD. Het Protocol Besmettingsaccidenten omschrijft wat de taken zijn van slachtoffer, leidinggevende, bedrijfsarts, dienstdoende arts en GGD in de situatie waarbij sprake is van besmettingsaccidenten bij medewerkers. Onder 'Besmettingsaccidenten' wordt verstaan een mogelijke blootstelling aan bloed of aan met bloed verontreinigde lichaamsvloeistoffen ten gevolge van:

- een huidverwonding (door en door),
- contact met niet-intacte huid of
- contact met slijmvlies.

Voorbeelden van bovengenoemde gevallen zijn: prikaccidenten, bijtwonden, bloedspatten in het oog of mond, zichtbaar bloed bij mond-op-mondbeademing of bloed op de niet intacte huid. Vanwege de kans op overdracht van virussen, zoals Hepatitis B, Hepatitis C en HIV, dienen in het protocol richtlijnen te worden vastgesteld over de wijze van behandeling e.d. Besmettingsaccidenten zijn gevallen die kunnen worden beschouwd als toepassing van geweld tegen medewerkers.

Wat betreft de verantwoordelijkheden dient het Protocol Besmettingsaccidenten ervan uit te gaan dat indien een dergelijk accident plaatsvindt door beroepsblootstelling, het ziekenhuis medeverantwoordelijk is voor de te nemen maatregelen. Het ziekenhuis is namelijk verantwoordelijk voor een adequate doorverwijzing en behandeling. Vervolgens dient het protocol een drietal verantwoordelijkheden te onderkennen:

- van de leidinggevende wordt verwacht dat hij/zij als eerste verantwoordelijkheid draagt voor de begeleiding van de medewerker die betrokken is bij een besmettingsaccident;
- de GGD-arts zal zorg dragen voor de juiste advisering met betrekking tot besmettingsrisico;
- de medewerker is zelf verantwoordelijk voor het melden van het besmettingsaccident bij zijn leidinggevende; hij/zij is overigens zelf verantwoordelijk voor de beslissing om de geadviseerde maatregelen ook te nemen.

Besmettingsaccidenten

In geval van besmettingsaccidenten kan door het slachtoffer/medewerker eventueel een kort geding worden aangespannen tegen de veroorzaker als deze weigert aan een bloedafname mee te werken, teneinde deze ertoe te dwingen wel medewerking te verlenen.

Schadeverhaal

De strekking van het convenant is, kort gezegd, dat een medewerker (slachtoffer) in een concreet schadegeval zoveel mogelijk door het ziekenhuis wordt bijgestaan. Anders gezegd, de medewerker dient niet te worden belast met 'administratieve rompslomp' in het kader van het schadeverhaal.

Indien er materiële schade is in eenvoudige zaken, de veroorzaker bekend heeft en bereid is de schade te vergoeden, wordt door de politie een schaderegeling opgemaakt.

Wanneer een medewerker die slachtoffer is geworden van agressie en/of geweld en als gevolg daarvan tijdelijk arbeidsongeschikt raakt, dan kan het ziekenhuis de geleden loonschade verhalen op de schuldige derde (veroorzaker).

Wat betreft de tegemoetkoming in de immateriële schade zal eerst het onherroepelijke vonnis van de rechter worden afgewacht. Het toewijzen van de schade staat in het vonnis. Na het vonnis wordt de medewerker de mogelijkheid geboden het schadebedrag aan het korps te cederen. Het bedrag wordt aan de medewerker via het salaris uitbetaald en het ziekenhuis verhaalt het bedrag bij de veroordeelde. In de regel stelt de rechter een schademaatregel vast waarbij de officier van justitie aan het CJIB vraagt het bedrag te incasseren.

In alle hierboven genoemde gevallen verleent de juridische afdeling van het ziekenhuis passende ondersteuning.

Indien een zaak niet in eigen beheer kan worden afgehandeld, bijvoorbeeld omdat de zaak te ingewikkeld is of een advocaat vereist, dan kan het ziekenhuis de zaak uitbesteden aan externe deskundigen.

Voegen in het strafrechtproces en civielrecht

Een medewerker kan tegen een veroorzaker van een agressiedelict, vanwege het aan hem toegebrachte letsel en/of schade, zich voegen als benadeelde inzake de Wet Terwee (relatief eenvoudige zaken).

Op grond van de Wet Terwee kan een dader van een strafbaar feit door de rechter in een strafproces worden verplicht een schadevergoeding aan het slachtoffer te betalen. De rechter zal zich in het proces over twee zaken uitspreken:

- over een eventuele straf die de veroorzaker krijgt,
- over de eventuele toekenning van een schadevergoeding.

De benadeelde partij (= medewerker in zijn hoedanigheid als slachtoffer) kan haar civiele vordering voorafgaand aan de terechtzitting indienen door middel van een zogenaamd voegingsformulier. Hierdoor kan onder meer worden meegedeeld welke gevolgen het voorval voor het slachtoffer heeft gehad en kan de te claimen schade nader worden omschreven. Er geldt ten aanzien van de hoogte van de vordering geen maximum. De vordering kan worden gesplitst in een eenvoudig te bewijzen deel dat gevoegd kan worden in het strafproces, en een niet-eenvoudig deel dat kan worden voorgelegd aan de burgerlijke rechter.

Aparte civiele vorderingsactie bij de rechter

Bij een aparte civiele vorderingsactie moet het onderscheid worden gemaakt tussen zaken waarbij schade wordt gevorderd tot een bedrag van € 5000,— en zaken waarbij de schadevordering hoger is. Laatstbedoelde zaken zullen altijd behandeld moeten worden door een advocaat. In dit geval wordt geen voegingsformulier, maar een dagvaardingsformulier ter inleiding van een civiele procedure bij de kantonrechter gebruikt.

Voeging in strafproces

Het Openbaar Ministerie voorziet het procesverbaal van de politie met het Terwee-formulier van parketnummer en stuurt desgewenst een voegingformulier.

De medewerker/slachtoffer vult de ontbrekende gegevens op het voegingsformulier in. Hij kan zich daartoe laten bijstaan door een adviseur.

Het Openbaar Ministerie draagt er zorg voor dat:

- het de schadevergoedingsvordering ter afwikkeling aan de strafrechter voorlegt,
- het de afloop van de strafzaak aan het slachtoffer bericht.

Het ziekenhuis dan wel haar adviseur, draagt ondermeer zorg voor aanwezigheid tijdens de rechtszaak ter toelichting van de vordering tot schadevergoeding, indien dit nodig is. Het ziekenhuis int de schadevergoeding en indien nodig schakelt zij daartoe een deurwaarderskantoor in.

Als het ziekenhuis schade heeft geleden of de medewerker schadeloos heeft gesteld en zij heeft de veroorzaker daarvoor aansprakelijk gesteld, dan bericht het ziekenhuis aan het Openbaar Ministerie omtrent de betaling(en) van de veroorzaker aan het ziekenhuis.

Als de veroorzaker het ziekenhuis niet of onvoldoende schadeloos heeft gesteld dan stelt het Openbaar Ministerie het ziekenhuis in de gelegenheid om zich zo mogelijk civiel partij te stellen tijdens de betrokken strafzaak.

.3.

Wapens

Ontdekking van wapens

Indien in of op het terrein van het ziekenhuis wapens worden ontdekt, zullen onderstaande maatregelen worden getroffen.

Onder wapens worden verstaan alle wapens zoals deze staan beschreven in de relevante wapenwetgeving in Nederland. Hieronder vallen bijvoorbeeld stiletto's, boksbeugels, ploertendoders, wurgstokken, schietwapens, kogels en munitie die een giftige, verstikkende, traanverwekkende e.d. stof verspreiden.

Maatregelen

1. De bewaking wordt ingeschakeld.
2. Door het ziekenhuis wordt aan de patiënt een schrijven overhandigd waarin is opgenomen dat het in bezit hebben van een dergelijk wapen een strafbaar feit is.
3. Door de bewakingsdienst zal de pleger worden aangehouden en in een separate ruimte worden ondergebracht waarna deze aan de politie zal worden overgedragen.
4. Voorts zal aangifte worden gedaan en zal aan de pleger worden bericht dat bij herhaling de toegang tot het ziekenhuis zal worden ontzegd.
5. Het ziekenhuis zal door middel van informatieborden en brochures aan patiënten en bezoekers mededelen dat ontdekking van verboden wapenbezit als een potentiële daad van agressie tegen het ziekenhuis zal worden beschouwd.

6. Het ziekenhuis acht dergelijke informatie geen onderdeel van de behandelingsovereenkomst in welke zin dan ook en zal zich dan ook bij het doen van aangifte niet beroepen op het beroepsgeheim.

IV.3.10

Vermoeden of constatering van een ernstig misdrijf

1. Onder een ernstig misdrijf wordt in dit verband niet alleen verstaan strafbare feiten waarvoor de wetgever voorlopige hechtenis (voorarrest) heeft toegestaan. Op grond van art. 67 Wetboek van Strafvordering zou dat een misdrijf zijn waarop een gevangenisstraf van 4 jaar of meer is gesteld. Hier wordt bedoeld die misdrijven waarop een gevangenisstraf van 8 jaar of meer is gesteld. Voorbeelden hier van zijn: diefstal met geweld, afpersing, doodslag, moord, openlijk geweld, en mishandeling met zwaar lichamelijk letsel en verkrachting.
2. Als er in deze situatie sprake is van of er bestaat een vermoeden van een ernstig misdrijf waardoor voor de medewerkers van het ziekenhuis een noodsituatie, conflict van plichten ontstaat, kan in overleg met de contactfunctionaris wel informatie worden verschaft aan de politie. De behandelend arts kan bij conflict van plichten toch besluiten informatie aan de politie te verstrekken indien de verwachting gerechtvaardigd is dat er opnieuw een ernstig misdrijf zal plaatsvinden.
3. Ziekenhuizen hebben interne afspraken over consultatieteams of vertrouwensartsen die ingeschakeld kunnen worden bij vermoeden van kindermishandeling.
4. Indien besloten wordt tot melding of informatieverstrekking zal de hulpverlener zich over het algemeen wenden tot de het Advies en Meldpunt Kinderbescherming (AMK); de politie zal zelden door het ziekenhuis zelf ingeschakeld worden.

Afgifte inbeslagnemen kleding, schoeisel en andere voorwerpen in geval van (een vermoeden van) een strafbaar feit

1. Indien sprake is van (een vermoeden van) een strafbaar feit geldt als uitgangspunt dat de medewerkers van het ziekenhuis de van de patiënt/pleger verwijderde kleding en overige voorwerpen die patiënt/pleger met zich voerde, in aparte daarvoor bestemde zakken deponeren.
2. Deze zakken worden zorgvuldig voorzien van de naam van de patiënt/pleger en de plaats, datum en tijd van verwijdering van kleding en/of voorwerpen.
3. Zonder toestemming van ziekenhuis mogen brieven en geschriften die onder het medisch beroepsgeheim vallen niet in beslag genomen worden, voor zover zij geen voorwerp van het strafbaar feit uitmaken of tot het begaan daarvan hebben gediend.
4. Als de patiënt het slachtoffer is van een misdrijf vraagt de politie bij afgifte van de kleding en/of voorwerpen hiervoor zo mogelijk eerst toestemming van de patiënt/slachtoffer. Is dit niet mogelijk dan wordt geprobeerd toestemming van de familie te vragen. Is dit niet uitvoerbaar, dan wordt uitgegaan van de veronderstelde toestemming van de patiënt/slachtoffer.
Dit laat onverlet dat de politie, indien zij de kleding of voorwerpen in het kader van waarheidsvinding in een strafrechtelijk onderzoek in beslag wil nemen, daartoe direct op grond van de haar toekomen de bevoegdheden kan overgaan.

5. Is de patiënt de vermoedelijke dader van een misdrijf en vraagt de politie om afgifte van kleding en/of voorwerpen van een vermoedelijke dader dan kan de politie van haar eigen bevoegdheid gebruikmaken. Hiervoor bestaan geen wettelijke vormvereisten. De politie kan van haar eigen bevoegdheid gebruik maken en deze zaken in beslag nemen. Als de voorwerpen zich nog onder het beheer van het ziekenhuis bevinden en de politie gaat tot inbeslagneming over, dan legt het ziekenhuis dit schriftelijk vast.
6. Is het ziekenhuis verdachte of medewerkers van het ziekenhuis zijn verdachten en de politie wil voorwerpen van het ziekenhuis (bv. operatieapparatuur indien deze niet afdoende gewerkt heeft) in beslag nemen, dan is het noodzakelijk om hierbij de Inspectie Gezondheidszorg te betrekken. Dit gebeurt ook in overleg met de contactfunctionaris van het ziekenhuis. Het verdient aanbeveling om, voordat tot inbeslagneming overgegaan wordt, in contact te treden met de dienstdoende officier van justitie.
7. De politie verstrekt een schriftelijk bewijs aan degene onder wie de goederen in beslag zijn genomen, waarin staat welke goederen in beslag zijn genomen.

IV.3.11 Afgifte gevaarlijke/verboden stoffen

1. Indien tijdens het medisch onderzoek in of aan het lichaam van de patiënt verdovende / verboden middelen of wapens / munitie worden aangetroffen, dan wordt de patiënt op heterdaad betrapt op een strafbaar feit. Deze constatering van een strafbaar feit valt onder het beroepsgeheim.
2. De verdovende/verboden middelen of wapens en munitie worden onverwijld aan de politie overhandigd door de directie van het ziekenhuis. Hierbij worden geen mededelingen gedaan over de herkomst van de verdovende/verboden middelen c.q. de wapens/munitie.
3. In verband met de veiligheid van medewerkers haalt de politie het 'gevonden voorwerp' op in het ziekenhuis.
4. Het is wenselijk dat de ziekenhuizen voorzieningen hebben om de goederen tijdelijk op te slaan.
5. De patiënt wordt door de directie medegedeeld bij welk politiebureau de verdovende/verboden middelen en/of wapens/munitie zijn gedeponed. Als de patiënt denkt hier aanspraak op te kunnen maken, kan hij/zij zich daar vervoegen.
6. De politie verstrekt aan de directie van het ziekenhuis die de verdovende/verboden middelen en/of wapens/munitie afgeeft, een ontvangstbewijs, dat door het ziekenhuis gearhiveerd wordt.

IV.3.12 Het bewaken van patiënten

Redenen voor bewaking van patiënten kunnen zijn: bescherming van de patiënt omdat gevreesd wordt dat deze (opnieuw) slachtoffer wordt van een ernstig misdrijf, bescherming van andere patiënten, personeel en/of andere aanwezigen, dan wel voorkoming van vlucht van een door de politie aangehouden patiënt.

1. Patiënten die door de politie zijn aangehouden, maar medische behandeling dienen te ondergaan, worden door de politie bewaakt. Het kan gaan om patiënten die voor hun komst in het ziekenhuis zijn aangehouden - men komt

dan onder bewaking het ziekenhuis in - of patiënten die in het ziekenhuis zijn aangehouden en niet vervoerd kunnen worden.

2. De bewaking blijft in principe gedurende de behandeling van de door de politie aangehouden patiënt aanwezig in de directe omgeving (in overleg met de contactfunctionaris en/of behandelend arts), dit ook ter beveiliging van de medewerkers. Zodra de behandeling dit toelaat verlaat de door de politie aangehouden patiënt het ziekenhuis richting bureau of penitentiair ziekenhuis.
3. De bewaking wordt stopgezet wanneer de noodzaak daartoe niet meer aanwezig is.
4. Over de wijze van bewaking overlegt de politie met de contactfunctionaris.

IV.3.13 Niet-natuurlijke dood

1. Voor de forensisch geneeskundige taken inzake optreden als gemeentelijk lijkschouwer zijn in de regio de artsen van de GGD aangewezen (in dit verband ook wel schouwartsen genoemd).
2. Indien er geen zekerheid is over een natuurlijke dood, brengt de behandelend arts - na de directie van het ziekenhuis in kennis te hebben gesteld - de dienstdoende forensisch geneeskundige onverwijld op de hoogte.
3. Indien reeds een verklaring van natuurlijke dood is afgegeven, doch daarover tijdens obductie in het ziekenhuis twijfel ontstaat, wordt de obductie direct gestaakt en zal direct contact worden opgenomen met de dienstdoende forensisch geneeskundige. De forensisch geneeskundige zal de officier van justitie naar bevind van zaken inlichten.
4. De officier van justitie beslist over de verder te volgen procedures.
5. Indien het Openbaar Ministerie over gegevens wil beschikken, bijvoorbeeld in het kader van een opsporingsonderzoek, zal de contactpersoon van het OM contact opnemen met de contactpersoon van het ziekenhuis.

IV.3.14 Bloedproeven in verband met rijden onder invloed en DNA-onderzoek op last van justitie

Bloedproeven in verband met rijden onder invloed

1. Indien van een in het ziekenhuis verblijvende verdachte een bloedproef genomen moet worden in verband met rijden onder invloed, schakelt de politie de forensisch geneeskundige in die hiertoe bevoegd is.
2. De forensisch geneeskundige neemt vervolgens contact op met het ziekenhuis (de contactfunctionaris, tenzij anders overeengekomen) om zijn/haar taak uit te kunnen voeren. De forensisch geneeskundige:
 - beoordeelt, eventueel in overleg met de hulpverlener, of het medisch verantwoord is een bloedproef af te nemen,
 - voert de bloedproef uit,
 - volgt hierbij de landelijke regelingen van de minister van Justitie in het kader van de Wegenverkeerswetgeving.

Afname lichaamsmateriaal bij verdachte t.b.v. DNA-onderzoek

1. Een verdachte die als patiënt in het ziekenhuis is opgenomen kan worden onderworpen aan een DNA-onderzoek.
2. De verdachte stemt schriftelijk toe in afname van DNA-materiaal: een daartoe aangewezen opsporingsambtenaar kan wangslijmvlies bij de patiënt/verdachte afnemen. De opsporingsambtenaar neemt voordat hij daartoe overgaat, contact op met de functioneel contactpersoon.
3. De verdachte stemt niet schriftelijk toe in afname van DNA-materiaal:
 - de officier van justitie kan een bevel geven tot afname van wangslijmvlies;
 - de rechtercommissaris kan een bevel geven tot afname van wangslijmvlies, haarwortels of bloed.

In deze gevallen geschiedt de uitvoering door een forensisch geneeskundige.

IV.3.15 Discriminatie

1. Onder discriminatie of discrimineren wordt verstaan elke vorm van onderscheid, elke uitsluiting, beperking of voorkeur, die ten doel heeft of ten gevolge kan hebben dat de erkenning, het genot of de uitoefening op voet van gelijkheid van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden op politiek, economisch, sociaal of cultureel terrein of op andere terreinen van het maatschappelijk leven, wordt tenietgedaan of aangetast.
2. Indien er bij de agressiedelicten sprake is van discriminatie zal hiervan aangifte worden gedaan bij de politie.....
3. In geval van aangifte bij de politie zal er ook een melding worden gedaan aan het Anti-discriminatiebureau en de officier van justitie belast met discriminatie-zaken in het arrondissement.....

IV.3.16 Case Screening en afhandeling OM

1. Indien door de politie een verdachte is gehoord en er wordt een procesverbaal/ dossier ingezonden naar de Officier van Justitie, dan wordt dit procesverbaal voor verzending voorzien van een stempel met het logo van Veiligezorg®.
2. Indien het convenant door de partijen is ondertekend zal door Sectorfondsen Zorg en Welzijn gratis een stempel met het logo van Veiligezorg® aan de politie ter beschikking worden gesteld.
3. Door de officier van justitie wordt er op toegezien dat een procesverbaal/ dossier, voorzien van het logo van Veiligezorg®, wat bij het Openbaar Ministerie wordt ontvangen ten spoedigste wordt behandeld. Bij voorkeur middels een lik-op-stukregeling.
4. Wordt door de officier van justitie van een afhandeling middels een afgezien, dan bericht de officier van justitie hierover ten spoedigste en met redenen omkleed aan zowel het betrokken politiekorps, het slachtoffer, als het betrokken ziekenhuis.
5. De officier van justitie kan zich laten vervangen door een parketsecretaris en/of een hulpofficier van justitie.

Medisch beroepsgeheim

In dit hoofdstuk worden de belangen van de ziekenhuizen, politie en Openbaar Ministerie in relatie met het medisch beroepsgeheim nader belicht.

Aan de hand van praktijkvoorbeelden wordt een verantwoorde afweging in verschillende situaties gemaakt. Het doel hiervan is de grenzen van belangenafweging in kaart te brengen. Duidelijk moet zijn dat bij een afweging van belangen een eenduidig antwoord niet altijd mogelijk is. Het is steeds de verantwoordelijkheid van de handelende persoon om in een concrete situatie een zorgvuldige afweging te maken.

Het is van belang vast te stellen dat het beroepsgeheim pas aan de orde komt als er een professionele relatie is tussen patiënt en hulpverlener. Daarbuiten, indien er geen sprake is van een patiënt als wederpartij van de hulpverlener, komt het beroepsgeheim niet aan de orde.

Het beroepsgeheim vloeit voort uit de bijzondere aard van het beroep van de medische hulpverlener. Daarbij is het van belang dat iedereen medische hulp moet kunnen vragen als hij die nodig heeft en dat er tegelijkertijd zekerheid moet bestaan over de geheimhouding van zijn gegevens.

Het medisch beroepsgeheim dient twee belangen. In de eerste plaats het algemeen belang. Dit houdt in dat het in onze maatschappij niet zo mag zijn dat mensen geen medische hulp zoeken uit angst dat hun gegevens door hulpverleners worden openbaar gemaakt.

In de tweede plaats dient het medisch beroepsgeheim het individuele belang. Hierbij gaat het er om dat iedere afzonderlijke patiënt erop moet kunnen vertrouwen dat zijn of haar gegevens geheimgehouden worden. Met andere woorden dat de privacy wordt gerespecteerd.

Een vaak gehanteerd uitgangspunt in het gezondheidsrecht is dat het beroepsgeheim ten behoeve van de patiënt bestaat en niet ten behoeve van de hulpverlener. De door SOVAM (Sectorfonds ambulancezorg) ingestelde werkgroep heeft vastgesteld dat in juridisch wetenschappelijke kringen voor nuancering van dit uitgangspunt wordt gepleit. Daarom heeft de werkgroep aan dit uitgangspunt aandacht besteed.

Het beroepsgeheim is in de optiek van de werkgroep niet alleen voor de patiënt bedoeld. Was dit wel het geval, dan zou in de situatie dat de patiënt toestemming tot doorbreken van het beroepsgeheim geeft, een hulpverlener daarop 'automatisch' moeten reageren. Als de patiënt die toestemming geeft gaat het echter steeds om een gerichte toestemming, dat wil zeggen: van toepassing in een concrete situatie. Het verlenen van toestemming van de patiënt om de vertrouwelijkheid van bepaalde gegevens in zo'n concrete situatie op te heffen staat dus niet gelijk aan het opheffen van het beroepsgeheim als zodanig. Het is uiteindelijk de hulpverlener die moet beoordelen of het beroepsgeheim ook daadwerkelijk wordt doorbroken. In de afweging die aan deze beoordeling vooraf gaat moet zowel het individuele belang van de patiënt als het algemene, maatschappelijke belang worden afgewogen. Juist het maatschappelijk belang is een argument om vast te

stellen dat het beroepsgeheim niet op de patiënt van toepassing is. Dit algemeen maatschappelijk belang gaat voorbij de invloedssfeer van de patiënt; dit deel van het beroepsgeheim is de beroepsverantwoordelijkheid van de hulpverlener. Met betrekking tot het beroepsgeheim moet de hulpverlener dus steeds twee belangen behartigen en dat maakt het hanteren van het beroepsgeheim voor hulpverleners vaak complex.

Samenvattend kunnen wij vaststellen dat uit het beroepsgeheim voor de hulpverlener (op grond van de bijzondere aard van zijn beroep) een geheimhoudingsplicht voortvloeit. Het beroepsgeheim is geen intern medische aangelegenheid, maar heeft ook z'n effect in sociale verhoudingen en maatschappelijke processen. Het doel en de inhoud van het medische beroepsgeheim zal dan ook in iedere concrete situatie opnieuw gedefinieerd en gelegitimeerd moeten worden. Daarbij is echter wel een aantal hoofdlijnen te onderscheiden en zijn er grenzen te trekken.

Het beroepsgeheim: zwijgplicht en verschoningsrecht.

Handhaving van het beroepsgeheim is op twee manieren mogelijk gemaakt. Enerzijds heeft de hulpverlener een zwijgplicht tegenover ieder ander dan de patiënt. Anderzijds beschikt de hulpverlener over het verschoningsrecht dat hij voor de rechter kan invoeren in geval van een gerechtelijke procedure.

Zwijgplicht.

De zwijgplicht is op verschillende plaatsen in de wet verankerd, bijvoorbeeld:

- in de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO), art. 7:457 BW;
- in het Wetboek van Strafrecht, art. 272;
- in de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG), art. 88.

Interessant is dat met de inwerkingtreding van de Wet BIG het beroepsgeheim voor iedereen geldt die een beroep uitoefent op het terrein van de individuele gezondheidszorg. Het begrip 'afgeleid beroepsgeheim', zoals dat bijvoorbeeld gold voor de ambulancechauffeur, is daarmee vervallen. Ook een ambulancechauffeur heeft dus een eigen beroepsgeheim (en dus ook een zwijgplicht). De zwijgplicht strekt zich niet alleen uit tot de feiten die betrekking hebben op behandeling en verzorging van de patiënt. Ook over andersoortige zaken die de hulpverlener zijn medegedeeld of waarvan hij in zijn hoedanigheid als hulpverlener kennis heeft gekregen, moet hij zwijgen als het openbaar maken daarvan het vertrouwen van patiënten zou beschamen. Dit luistert bijzonder nauw als het gaat om feiten die de persoonlijke levenssfeer van patiënten betreffen.

Schendt een hulpverlener de zwijgplicht, dan kan hij hierop strafrechtelijk, tuchtrechtelijk (als de hulpverlener een 'artikel 3-beroep' Wet BIG heeft) en/of civielrechtelijk worden aangesproken.

De bijzondere vertrouwensrelatie tussen de hulpverlener en de patiënt wordt hierdoor beschermd, opdat de patiënt zich zonder meer kan toevertrouwen aan de hulpverlener en de hulpverlener zonder belemmeringen de best mogelijke hulp kan bieden.

Verschoningsrecht.

Het verschoningsrecht is neergelegd in art. 218 Wetboek van Strafvordering. Dit recht is in feite niet meer dan de bescherming van het beroepsgeheim in gerechtelijke procedures. Als de hulpverlener bijvoorbeeld als getuige wordt opgeroepen om te verschijnen voor de rechter, kan hij bepaalde vragen onbeantwoord laten voor het geval dit doorbreking van zijn beroepsgeheim zou betekenen. Hij beroept zich dan op zijn verschoningsrecht. Het is overigens ter beoordeling van de rechter of dat beroep op het verschoningsrecht wordt gehonoreerd.

Onder het verschoningsrecht vallen dus alle gegevens die ook onder de zwijgplicht vallen.

Het is een misverstand dat in een procedure voor de rechter alleen medische gegevens beschermd worden door het beroepsgeheim. Het beroepsgeheim wordt boven het belang van waarheidsvinding gesteld en daarmee dus boven het 'algemeen belang'. Het is in eerste instantie aan de verschoningsgerechtigde (de hulpverlener) om te beslissen of hij zich al dan niet op dit recht beroept. Ook als de patiënt de hulpverlener toestemming heeft gegeven om voor de rechter te spreken, betekent dit nog niet dat de hulpverlener zonder nadere overweging kan afzien van het verschoningsrecht. Opgemerkt moet worden dat het verschoningsrecht meestal een verschoningsplicht is.

De hulpverlener houdt zich immers niet aan zijn zwijgplicht als hij zich voor de rechter niet op zijn verschoningsrecht beroept.

Doorbreking van het beroepsgeheim.

Aan de zwijgplicht en het verschoningsrecht hecht de Hoge Raad veel belang. Hulpverleners mogen niet snel informatie die hen bij de uitoefening van hun beroep bekend is geworden, openbaar maken. Ondanks de strikte regels is het medisch beroepsgeheim niet absoluut. Er zijn situaties waarbij de zwijgplicht doorbroken mag worden of - in bepaalde extreme situaties - zelfs doorbroken moet worden. Er is dan sprake van een spreekplicht in plaats van een zwijgrecht. Doorbreking van het beroepsgeheim kan in de volgende drie situaties gerechtvaardigd zijn:

- toestemming van de patiënt zelf,
- wettelijk voorschrift,
- conflict van plichten.

Toestemming van de patiënt zelf

De toestemming om de zwijgplicht te doorbreken moet duidelijk en vrijwillig zijn. Bovendien moet het zo zijn dat de patiënt de consequenties van zijn toestemming begrijpt (gerichte toestemming). In sommige situaties mag stilzwijgende toestemming worden verondersteld (de veronderstelde toestemming) bijvoorbeeld als het nodig is om in het kader van de behandeling andere (medische) hulpverleners bepaalde gegevens te verstrekken. In de situatie dat de patiënt wilsonbekwaam is (bijvoorbeeld bewusteloos), mag verondersteld worden dat de patiënt ermee instemt dat gegevens over zijn medische conditie aan zijn familie worden verstrekt.

Het is goed om voor ogen te houden dat, ondanks de toestemming van de patiënt, de uiteindelijke beslissing het beroepsgeheim al dan niet te doorbreken, bij de hulpverlener ligt. Hij draagt daarvoor de eindverantwoordelijkheid. Het kan bijvoorbeeld gebeuren dat de hulpverlener het voor de behandeling niet juist acht informatie vrij te geven en daarin een andere afweging maakt dan de patiënt. Ook komt het voor dat de hulpverlener de beslissing neemt om geen gegevens door te geven met het oog op de vertrouwensrelatie tussen patiënt en hulpverlener in het algemeen, dus niet tussen deze individuele patiënt en de hulpverlener. Leidraad voor de hulpverlener is de bepaling uit de WGBO (art. 7: 453 BW), op grond waarvan de hulpverlener 'de zorg van een goed hulpverlener' moet betrachten, in overeenstemming met zijn professionele standaard. Op grond van deze overweging blijkt dat ook de hulpverlener iets te zeggen heeft over het beroepsgeheim. De patiënt heeft geen beroepsgeheim en kan dus ook geen mede-eigenaar zijn

Wettelijk voorschrift

Een voorbeeld van een wettelijk voorschrift is de Infectieziektewet. Op grond van deze wet is een arts verplicht tot aangifte van de daarin genoemde besmettelijke ziekten aan de Inspecteur van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid. Andere voorbeelden zijn de Wet op de Lijkbezorging, in verband met een overlijdensverklaring en de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (Wet BOPZ), in verband met geneeskundige verklaringen in het kader van een gedwongen opname of voortzetting van het verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis.

Conflict van plichten

Er is sprake van een conflict van plichten als zich een situatie voordoet waarin het handhaven van de ene plicht (bijvoorbeeld zwijgen) strijdig is met het handhaven van een andere plicht (bijvoorbeeld spreken). De hulpverlener verkeert dan in een noodtoestand en moet - op grond van een afweging van belangen - bepalen welke plicht hij voorrang geeft.

Uit het voorafgaande is gebleken dat het medisch beroepsgeheim zeer zwaarwegende belangen beschermt:

- de vrije toegang tot medische hulp,
- de vertrouwensrelatie tussen hulpverlener en patiënt,
- de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de patiënt.

Het is dus duidelijk dat, wil er sprake zijn van een conflict van plichten, er eveneens sprake is van een zeer zwaarwegend ander belang. In de literatuur en de rechtspraak is bepaald dat hiervan sprake is als er een ernstig (levens)gevaar dreigt voor de patiënt zelf of voor anderen.

Te denken valt in dit verband aan dreiging van levensdelicten, kindermishandeling of aan het gaan deelnemen aan het verkeer onder invloed van alcohol of drugs. In dergelijke situaties moet de hulpverlener dus de afweging maken of hij in het concrete geval het beroepsgeheim doorbreekt.

Interessant is dat beroepsbeoefenaren met een vertrouwensfunctie de bevoegdheid krijgen om gevallen van (een vermoeden van) kindermishandeling te melden. Dit is verwoord in het wetsvoorstel 'Wijziging van de Wet op de jeugdhulpverlening in verband met de advies- en meldpunten kindermishandeling' dat in juli 2001 aan de Tweede Kamer is aangeboden. Met dit voorstel heeft het Kabinet ingestemd.

Criteria doorbreken beroepsgeheim

Er zijn criteria ontwikkeld waaraan moet zijn voldaan, wil een keuze tot doorbreking van het beroepsgeheim gerechtvaardigd zijn:

- alles is in het werk gesteld om toestemming tot doorbreken van het geheim te krijgen;
- het niet doorbreken van het geheim levert voor een ander ernstige schade op;
- de zwijgplichtige verkeert in gewetensnood door handhaving zwijgplicht;
- er is geen andere weg om het probleem op te lossen dan door doorbreking van het geheim (subsidiariteit);
- het moet vrijwel zeker zijn dat door geheimdoorbreking schade aan een ander kan worden voorkomen of beperkt;
- het geheim moet zo min mogelijk worden geschonden (proportionaliteit).

Is aan al deze voorwaarden voldaan, dan kan het gerechtvaardigd zijn om het beroepsgeheim te doorbreken. De beoordeling van de vraag of hieraan is voldaan is in eerste instantie aan de hulpverlener. Het is in dergelijke situaties echter zeer aan te bevelen dat hulpverleners de beslissing zoveel mogelijk in overleg met hun leidinggevenden nemen. Indien er met betrekking tot doorbreking van het beroepsgeheim een gerechtelijke procedure volgt, wordt door de rechter beoordeeld of in de gegeven situatie dit besluit redelijkerwijs kon worden genomen.

IV.3.18 Het beroepsgeheim in de contacten met de politie

Botsende belangen

Stel er is een moord gepleegd. De ambulancezorgverleners komen het eerst ter plaatse en even later verschijnt ook de politie. De politie wil in het kader van haar opsporingstaak zoveel mogelijk informatie en bewijs vergaren en vraagt de ambulancezorgverleners medewerking te verlenen. Deze willen de justitiële gang van zaken niet in de weg staan, maar voelen zich niet geheel vrij om de informatie die hen ter kennis is gekomen, aan de politie bekend te maken.

Ambulancezorgverleners hebben immers een beroepsgeheim en bovendien kunnen zich in sommige omstandigheden repercussies in de persoonlijke sfeer voordoen ('Ik weet je wel te vinden' is een voorbeeld van agressie in de invloedsfeer van het ziekenhuis. Lik-op-stukbeleid is mogelijk).

Hier botst heel duidelijk het opsporingsbelang van de politie met het belang van de ambulancezorgverlener om het beroepsgeheim niet te schenden. Het recht moet zijn loop hebben, maar tegelijkertijd moet ook iedereen zich vrij kunnen voelen om de medische hulp die nodig is, in te roepen. Wat moet er gedaan worden in een dergelijke situatie?

Een eenduidige gedragslijn is niet te geven, omdat het vaak zal gaan om een belangenafweging die door partijen in de concrete situatie moet worden gemaakt. Als samenleving hebben wij er voor gekozen de vertrouwensrelatie tussen de hulpverlener en de patiënt een dermate groot gewicht toe te kennen, dat deze relatie veelal prevaleert boven het opsporingsbelang. Hoewel geen eenduidig antwoord te geven is op de vraag hoe te handelen in het geval van botsende belangen, is er wel een aantal duidelijke hoofdlijnen te onderscheiden die met betrekking tot de belangenafweging kunnen worden gevolgd. Aan de hand van enkele voorbeelden worden deze geschetst.

Situatie 1

Een patiënt is ernstig gewond geraakt bij een ongeval. De politie wil in het kader van haar hulpverlenende taak de persoonsgegevens van de patiënt hebben om de familie op de hoogte te kunnen stellen.

De persoonsgegevens van een patiënt zijn gemakkelijk te achterhalen door inzage van de documenten die de patiënt bij zich draagt, zoals een rijbewijs of een identificatiekaart. Deze documenten kunnen aan de politie worden overgedragen als de patiënt hiertoe niet zelf in staat is. De ambulancezorgverlener treedt in zo'n situatie op als zaakwaarnemer van de patiënt. Dit houdt in dat, nu de patiënt zelf niet in staat is zijn belangen te behartigen, de ambulancezorgverlener deze zorg op zich neemt zolang de patiënt onder zijn verantwoordelijkheid valt.

De politie wil ook medische gegevens hebben om de familie preciezere informatie te geven over de toestand van de patiënt. De vertrouwensrelatie tussen de ambulancezorgverlener en de patiënt treedt weer op de voorgrond, waarbij het uitgangspunt is dat zonder toestemming van de patiënt (dan wel indien aanwezig: zijn vertegenwoordiger) geen informatie wordt gegeven aan derden.

De politie kan wel, als dat noodzakelijk is, op de hoogte worden gesteld van de ernst van de toestand van de patiënt met het oog op het informeren van de familie. De grondslag voor het verstrekken van gegevens is dan de veronderstelde toestemming van de patiënt. Verder zal de familie doorverwezen moeten worden naar de behandelend arts in het ziekenhuis waar de patiënt wordt of is heengebracht.

Situatie 2

Een patiënt is betrokken bij een ongeval, maar mogelijk ook bij een misdrijf of is (ernstig) mishandeld. De politie meldt zich in het kader van haar opsporingstaak.

• Variant A

Een patiënt is betrokken bij een verkeersongeval, de politie probeert de ware toedracht daarvan te achterhalen en roept de hulp in van de ambulancezorgverleners. Het medische beroepsgeheim omvat niet alle gegevens die de ambulancezorgverlener waarneemt tijdens zijn beroepsuitoefening, ook al hebben die betrekking op de patiënt. Het beroepsgeheim wordt gedefinieerd in de Wet BIG. Volgens art. 88 van deze wet omvat het beroepsgeheim:

- al datgene wat de hulpverlener bij het uitoefenen van zijn beroep als geheim is toevertrouwd;
- of wat daarbij als geheim te zijner kennis is gekomen;
- of wat daarbij te zijner kennis is gekomen en waarvan hij het vertrouwelijke karakter moest begrijpen.

Belangrijk is dat in elke situatie helder wordt waarop het beroepsgeheim van toepassing is. Wat betreft een vraag van de politie aan ambulancezorgverleners om de feiten te beschrijven van de situatie zoals zij die hebben aangetroffen (waar stond de auto, waar lag de fietser op straat, wie stonden er om heen), is het zeer de vraag of deze aspecten behoren tot het beroepsgeheim. Duidelijk is dat het verstrekken van gegevens over de aanwezigheid van anderen dan de patiënt, waaraan de ambulancezorgverleners geen hulp hebben verleend, of opvallende zaken die zijn waargenomen, niet in strijd zijn met het beroepsgeheim. Ook staat niets de ambulancezorgverlener in de weg om bijvoorbeeld het kenteken van de auto van de veroorzaken van de aanrijding (die niet van de patiënt is) aan de politie te verstrekken. Ambulancezorgverleners verleenden namelijk aan die persoon geen hulp en bovendien vallen deze gegevens niet in de categorie 'als geheim is toevertrouwd', of 'waarvan hij het vertrouwelijke karakter moest begrijpen'.

Immers, met het doorgeven van deze gegevens wordt niet het vertrouwen geschonden dat de samenleving moet kunnen hebben in de omstandigheid dat hulpverleners informatie over hun patiënten niet prijsgeven.

Daar de politie in het kader van haar opsporingstaak de identiteit van de patiënt/slachtoffer behoort vast te stellen, kunnen ambulancezorgverleners de aanwezigheid van 'gegevensdragers' zoals identiteitspapieren en zakboekjes van de patiënt, onder de aandacht van politieambtenaren brengen.

Duidelijk is dat een ontkennend antwoord op de vraag of de patiënt zijn autogordel droeg wel strijd met het beroepsgeheim op kan leveren. Deze gegevens kunnen de patiënt benadelen, bijvoorbeeld indien hij daardoor geen uitkering van de verzekering krijgt. Dat betekent dat ambulancezorgverleners uiterst zorgvuldig moeten wegen waarover zij gegevens verstrekken en zich telkens dienen te realiseren waarop dit beroepsgeheim betrekking heeft. Bij twijfel is zwijgen beter dan spreken.

Uiteraard kan zich een situatie voordoen dat een ambulancezorgverlener oordeelt dat hij met het verstrekken van bepaalde gegevens niet zijn beroepsgeheim schendt, maar vreest voor zijn eigen veiligheid. De ambulancezorgverlener mag dan met het oog op zijn welbegrepen eigen belang zwijgen.

Over gegevens die wel onder het beroepsgeheim vallen moet dus gezwezen worden. Hierop bestaan echter wel de reeds genoemde drie uitzonderingen: de toestemming van de patiënt, een wettelijk voorschrift en een conflict van plichten. Deze laatste uitzondering is hier vooral interessant.

Een conflict van plichten bestaat als de ambulancezorgverlener zich aan de ene kant gebonden weet aan zijn beroepsgeheim, maar aan de andere kant kennis heeft van een voornemen van de patiënt waarbij mensen ernstig gevaar lopen. In een dergelijke 'noodtoestand' (conflict van plichten) kan de ambulancezorgverlener zijn zwijgplicht doorbreken en de politie de noodzakelijke informatie geven om het dreigende gevaar af te wenden. Voor de precieze voorwaarden die hier gelden, wordt verwezen naar de criteria doorbreking beroepsgeheim.

Verder zij hier nogmaals vermeld dat ook met toestemming van de patiënt het uiteindelijk de verantwoordelijkheid van de ambulancezorgverlener is om de afweging te maken tussen het wel of niet doorbreken van het beroepsgeheim. Dit blijkt ook uit het feit dat toestemming strafrechtelijke aansprakelijkheid uitsluit, maar nog onvoldoende zegt over de eventuele civielrechtelijke of tuchtrechtelijke aansprakelijkheid. Voorzichtigheid blijft dus geboden.

• Variant B

Een patiënt is zelf mogelijk betrokken bij misdrijven en de politie wil bewijzen vergaren.

Hier geldt hetzelfde als voor variant A is beschreven. Het uitgangspunt is en blijft dat de vertrouwensrelatie tussen de ambulancezorgverlener en de patiënt in beginsel prevaleert boven het opsporingsbelang van de politie. Zonder toestemming van de patiënt mag dus geen informatie aan de politie worden gegeven. Ook hier zijn de drie uitzonderingen van toepassing. Het is heel belangrijk dat de hulpverlener zich realiseert dat een gevoel van onvrede of onrechtvaardigheid op zichzelf niet voldoende is voor het doen ontstaan van een conflict van plichten. Weten wie de dader is van bijvoorbeeld een ernstig misdrijf, roept de vanzelfsprekende wens op gegevens aan de politie door te geven om op die manier het recht zijn loop te laten hebben. Door zijn hulpverlenende taak staat het de ambulancezorgverlener echter niet zonder meer vrij deze kennis met de politie te delen.

Een conflict van plichten bestaat alleen als er een ernstig en onmiddellijk gevaar dreigt voor de patiënt zelf of anderen. In zo'n situatie mag de ambulancezorgverlener de minimaal noodzakelijke informatie verstrekken. Het is vervolgens aan de politie om alles in het werk te stellen om onrecht te voorkomen. De politie heeft hier ook de nodige opsporingsbevoegdheden voor gekregen, zoals het (met toestemming van de (hulp)Officier van Justitie) tegen de wil van iemand, bloed of ander lichaamseigen materiaal afnemen. Het is aan de politie om op de juiste

wijze van deze bevoegdheden gebruik te maken. De politie mag een patiënt die tevens verdachte is, dat wil zeggen dat er een redelijk vermoeden van schuld jegens hem bestaat, staande houden of aanhouden (art. 52 resp. art. 53 en 54 Wetboek van Strafvordering). Daarnaast mag gebruik gemaakt worden van haar toekomende dwangmiddelen. In beginsel prevaleren de door de politie voorgenomen of gehanteerde dwangmiddelen; de ambulanceverpleegkundige kan echter bepalen dat het (gezien de bedreiging van de vitale functies) niet verantwoord is om de patiënt te verhoren en daar zal de politie rekening mee houden. Wel zal de politie een verhoor moeten kunnen uitvoeren zodra de toestand van de patiënt dit toelaat. Dit zal dan veelal in het ziekenhuis plaatsvinden.

• Variant C

Een patiënt is vermoedelijk ernstig mishandeld en de ambulancedienst roept de hulp in van de politie.

Deze variant bevat een aantal facetten. In alle gevallen waarin sprake is van (het vermoeden van) een ernstig misdrijf, wordt de politie ingeschakeld (in het kader van haar opsporingstaak).

Vragen van de politie omtrent de identiteit van de patiënt stelt de politie aan de patiënt en als dit niet mogelijk is kan de ambulancezorgverlener slechts wijzen op eventuele aanwezigheid van gegevensdragers. Vragen van de politie naar medische gegevens worden niet door ambulancezorgverleners verstrekt dan nadat de patiënt hiervoor toestemming heeft gegeven, of als hij is overleden (zie voor nadere uitwerking situatie 3). De politie vraagt medische gegevens bij voorkeur zelf aan de patiënt met gebruikmaking van het 'Aanvraagformulier medische informatie' van de KNMG.

Een complicerende factor is, dat het niet is uitgesloten dat de patiënt zelf medeschuld heeft aan het incident, waarvoor hij mede aan de hand van verstrekte gegevens zou kunnen worden vervolgd. Het is goed mogelijk dat zich in een dergelijke situatie een conflict van plichten voordoet.

Bijvoorbeeld in het geval de ambulancezorgverlener degene die mishandeld heeft nog heeft horen zeggen: "Voor jou gaat morgen de zon niet meer op". In zo'n geval is het gerechtvaardigd te spreken van een ernstig, dreigend gevaar en mag het beroepsgeheim doorbroken worden om verdere mishandeling te voorkomen.

Het is heel moeilijk om in een complexe situatie waarvan vaak sprake is bij ernstige strafbare feiten, een goede inschatting te maken binnen het korte tijdsbestek van de acute hulpverlening.

Om die reden is het aan te bevelen dat ambulancezorgverleners terughoudend zijn met het verstrekken van informatie aan de politie. In alle gevallen waarbij sprake is van doorbreking van het beroepsgeheim op grond van een conflict van plichten, is het aan te bevelen (zo mogelijk vooraf) overleg te plegen met de dienstleiding.

• Variant D

Een ambulancezorgverlener vindt bepaalde voorwerpen, zoals wapens of drugs.

Voorwerpen waarvan de ambulancezorgverlener het vermoeden heeft dat ze verband houden met een (of het) strafbaar feit, zijn lang niet altijd verboden. In dat geval behoort het niet tot de taak van de hulpverlener om tot inbeslagneming over te gaan. In deze situatie mag er dan ook niets worden gedaan met zo'n vermoeden.

Anders ligt het bij wapens en drugs. Een aantal wapens is verboden bij wet, zoals stiletto's, boksbeugels, schietwapens, kogels en dergelijke. Indien tijdens het medisch onderzoek aan het lichaam van de patiënt drugs of vuurwapens worden aangetroffen, betreft de ambulancezorgverlener de patiënt als het ware op het plegen van een strafbaar feit. Op die grond kan hij het wapen of de drugs veiligstellen (meenemen en overhandigen aan de politie), of de politie op de aanwezigheid ervan attenderen. Bij deze afgifte mag verder niets bekendgemaakt worden over de identiteit van de patiënt. Mocht het zo zijn dat de patiënt een wapenvergunning blijkt te hebben, dan kan hij het wapen bij de politie ophalen. Het bezit van velerlei drugs is verboden op grond van de Opiumwet. Om die reden moeten aangetroffen drugs, net als verboden wapens, worden veiliggesteld en bij de politie worden afgegeven, of hen op de aanwezigheid ervan attenderen.

Bekendmaking van de identiteit van de patiënt is daarbij niet toegestaan.

Dat de identiteit van de patiënt niet hoeft te worden vrijgegeven komt omdat het ambulancepersoneel, als drager van het medisch beroepsgeheim, is vrijgesteld van de aangifteplicht.

Vanzelfsprekend is dat als een ambulancezorgverlener verdachte voorwerpen in het kader van zijn hulpverlening aantreft, hij deze voorwerpen nooit op verzoek van de patiënt mag verwijderen of op andere wijze het opsporingsonderzoek mag frustreren.

Situatie 3

De patiënt overlijdt of is al overleden bij aankomst en de politie wil informatie over hem.

De zwijgplicht wordt door de dood van de patiënt niet opgeheven. Ook in deze situatie bestaat er een vertrouwensrelatie met de patiënt. Dit is bijvoorbeeld belangrijk bij een mogelijke wens van de patiënt dat bepaalde zaken niet ter kennis van zijn familie zullen komen. Het niet op de hoogte zijn van een dergelijke wens mag niet betekenen dat er vanuit wordt gegaan dat die niet bestond. Om deze reden geldt het medische beroepsgeheim ook na het overlijden.

Hierop wordt een uitzondering gemaakt als er een volstrekt onaanvaardbare situatie ontstaat en/of de toestemming van de patiënt voor het doorbreken van het geheim verondersteld mag worden. Stel de politie wil informatie. Het is zaak in deze situatie opnieuw de twee taken van de politie goed te onderscheiden: de hulpverlenende taak en de opsporingstaak. In het kader van haar hulpverlenende taak kan de politie op de hoogte gebracht worden van de noodzakelijke informatie, zoals de persoonsgegevens van de patiënt om de familie te kunnen waarschuwen.

Van het verstrekken van gegevens worden aantekeningen gemaakt, waarbij wordt vermeld welke gegevens met welk doel zijn verstrekt, om later misbruik te voorkomen. Let wel, het gaat hier om persoonsgegevens en niet om gegevens als doodsoorzaak of de omstandigheden waaronder iemand is komen te overlijden. Over het algemeen zal het in kennis stellen van de nabestaanden over dit soort gegevens geen problemen opleveren, maar ook hier is het goed voorzichtig te zijn. Want hoe goed bedoeld ook, sommige consequenties zijn niet te overzien.

Met betrekking tot verzoeken om informatie in het kader van de opsporingstaak van de politie is uiteraard ook het uitgangspunt aan de orde dat het beroepsgeheim ook na de dood geldt.

Om gegevens te verstrekken is de toestemming van de vertegenwoordiger van de overledene vereist. Is een dergelijk persoon er niet, dan moet de mogelijkheid van de 'veronderstelde toestemming' worden bezien. Bij leven bestond een mogelijkheid om wel informatie te verstrekken, namelijk na toestemming van de patiënt. Nu deze niet meer kan worden verkregen, moeten de ambulancezorgverleners afwegen of zij een 'veronderstelde toestemming' kunnen construeren. Bijvoorbeeld als de overleden patiënt slachtoffer is van een misdrijf en men op grond daarvan redelijkerwijs kan veronderstellen dat de persoon in kwestie zijn toestemming zou hebben gegeven. Zo niet, dan mogen gegevens niet worden verstrekt. In geval de vertegenwoordiger geen toestemming tot het verstrekken van gegevens geeft, is de enige grond voor openbaarmaking van gegevens een 'conflict van plichten'.

Slotbeschouwing: het 'ijzeren beroepsgeheim'

Zowel in de wet als in de jurisprudentie en de literatuur wordt aan het medisch beroepsgeheim een groot gewicht toegekend. Voor mensen in het veld, zowel ambulancezorgverleners, als politie en het Openbaar Ministerie, is de 'speelruimte' zeer beperkt.

De zwijgplicht en het verschoningsrecht (of eigenlijk -plicht) zijn onverminderd van kracht. Er bestaan maar drie uitzonderingen die een doorbreking van het beroepsgeheim onder omstandigheden kunnen rechtvaardigen:

- de toestemming van de patiënt,
- een wettelijk voorschrift en
- een situatie waarin een conflict van plichten bestaat.

Onder deze laatste uitzondering, het conflict van plichten, valt niet de wens dat het recht zijn loop moet hebben. Hoe begrijpelijk deze wens ook moge zijn, het is geen geaccepteerde grond voor een ambulancezorgverlener om het beroepsgeheim te doorbreken. Het belang van het beroepsgeheim en de privacybescherming van (medische) gegevens mag niet worden onderschat. Het geheim biedt een garantie voor onbelemmerde communicatie tussen hulpverlener en patiënt, hetgeen weer een voorwaarde is voor verantwoorde hulpverlening. Het algemeen belang is er mee gediend dat wat in vertrouwen wordt meegedeeld of waargenomen, ook vertrouwelijk blijft. Op die manier bestaat er geen belemmering om medische hulp in te roepen als dat nodig is.

Toch kan de vraag gesteld worden of het medische beroepsgeheim in de huidige tijd een te groot gewicht heeft. Niet uitgesloten moet worden dat deze vraag wordt ingegeven door het feit dat het beroepsgeheim ook wordt toegepast in situaties die daartoe geen aanleiding geven. Er lijkt sprake te zijn van een 'ijzeren beroepsgeheim'. Zonder iets af te doen aan de achterliggende belangen, zou het goed zijn als een maatschappelijke discussie op gang komt over de grenzen van het medische beroepsgeheim. Zijn wij inderdaad bereid in elke situatie de prijs te betalen voor de keus dat het beroepsgeheim prevaleert boven het opsporingsbelang? Zal degene die medische hulp nodig heeft die inderdaad niet meer inroepen als het beroepsgeheim minder strikt zal worden gehanteerd?

Een antwoord op deze vragen kan nooit betekenen dat het medische beroepsgeheim een geheel nieuw gestalte gaat krijgen, maar het kan wel leiden tot een nieuw evenwicht. Een evenwicht dat wellicht meer tegemoet komt aan de hieromtrent bestaande gevoelens in de maatschappij.

Literatuur

- Brauw PJW de (red.). Medisch Beroepsgeheim. Baam: Ambo, 1988
- Graaf F. de, Larneer C (red.). Medisch beroepsgeheim onder druk. Houten/Diegem: Bohn Staficu van Loghum, 1995
- Kastelein “, Spreeuwenberg C. Geheimhoudingsplicht inzake niet-medische zaken. Uit: Medisch Contact nr. 7, 17 februari 1989, 44
- KNMG-consult: ‘Arts en politie’. Utrecht, mei 2000
- Leenen HJJ. Handboek Gezondheidsrecht deel L
- Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghurn, vierde druk 2000
- Legemaate J. De WGBO en het vertrouwensmodel. Uit: Medisch Contact nr. 39, 27 september 1991, 46
- Verbogt S. Hoofdstukken over gezondheidsrecht. Amherm: Gouda Quint BV, 1990
- Verburg JJI. Het beroepsgeheim. Arnhem: Gouda Quint BV, 1985
- Wisselink MA. Beroepsgeheim, ambtsgeheim en verschoningsrecht. Zwolle: WEJ Tjeenk Willink, tweede druk 1997
- HR 1 1 april 1913, NJ 1913, 95 8 (algemeen en individueel belang erkend)
- HR 8 juni 1959, NJ 1960, 590 (conflict van plichten erkend)
- HR 6 maart 1987, TVGR 1988120 (marginale toetsing beroep op verschoningsrecht)
- HR 23 november 1990, TVGR 1991119 (omvang zwijgplicht, ook niet-medische zaken)
- Rb Rotterdam 19 december 2000, LJN-nummer A.A9509 Zaaknr: 101031470-00 (verklaring verpleegkundige over slachtoffer zonder diens toestemming; schending beroepsgeheim)
- HR 3 juli 200 1, LJN-nummer: A.B2732 Zaaknr.- 00552100 (huiszoeking, inbeslagname gegevens)
- HR 25 augustus 2001, LJN-nummer: AB3280 Zaaknr: 03022100 B (prevaleren beroepsgeheim boven belang waarheidsvinding).

PR-toolkit

Inhoudsopgave

Overzicht communicatiematerialen VeiligeZorg®

- Symposiumkaart en C5-envelop
- Diverse themaposters
- Afdelingsposter
- Gele kaart: officiële waarschuwing
- Rode kaart: officiële ontzegging
- Stroomschema
- Informatiekaartje VeiligeZorg® en ZIR
- Diverse meldingskaartjes Ziekenhuis Incident Registratiesysteem (ZIR)
- Briefpapier en C5-envelop
- Display (huisartsenpakket)
- Screensaver VeiligeZorg®
- Screensaver ZIR

Zie voor bestelmogelijkheid op www.veiligeZorg.nl

Overzicht PR-toolkit Veiligezorg®



Uitnodiging Symposium ▲
Inclusief C5 envelop

Ter introductie van Veiligezorg®



Themaposters ▲
3 soorten plano

Bezoekers op de regels wijzen



Afdelingsposter ▲

Uitleg Veiligezorg® aan
personeel op de afdeling



Gele kaart-blok ▲
4 doorslagen / 50 per blok
Officiële waarschuwing
voor bezoekers en patiënten



Rode kaart-blok ▲
4 doorslagen / 50 per blok
Officiële ontzegging
voor bezoekers en patiënten



Stroomschema ▲

Wat te doen in geval van geweld



Informatiekaartje ▲
Veiligezorg® en ZIR



Diverse meldingskaartjes ▲
Ziekenhuis Incident
registratiesysteem (ZIR)



Briefpapier en C5-envelop ▲

Registratiekaart bewaking



Display (hulsartsenpakket) ▲
100 per poster in display
Algemene informatie
voor bezoekers over Veiligezorg



Screensaver Veiligezorg® ▲

Download screensaver
www.veiligezorg.nl



Screensaver ZIR® ▲

Download screensaver
www.veiligezorg.nl