

Kunst en Kunde van Veiligheidscultuur

Onderzoek naar de rol van veiligheidscultuur
in het functioneren van een
veiligheidsmanagementsysteem
in een ziekenhuis



Wouter Kolkman

Mei 2009, Universiteit Twente, Enschede

Dit rapport is een verslag van een onderzoek dat is uitgevoerd van januari 2008 tot en met juni 2008. Het doel van het onderzoek is inzicht verkrijgen in de rol van veiligheidscultuur in het functioneren van een veiligheidsmanagementsysteem in een ziekenhuis.

Dit onderzoek is uitgevoerd in het kader van een afstudeeropdracht bij het ziekenhuis Diaconessenhuis Meppel. Deze afstudeeropdracht is onderdeel van de Master opleiding Communication Studies aan de Universiteit Twente.



Auteur:

Wouter Kolkman

Afstudeercommissie:

**Dhr. Dr. Jan Gutteling
Mevr. Dr. Mirjam Galetzka**

Begeleiding in het Diaconessenhuis Meppel:

Dhr. Drs. Henk Vonk

Datum: 8 mei 2009

Samenvatting

Veiligheid is in de laatste 10 jaar een belangrijk onderwerp geworden in de gezondheidszorg. Sinds 1 januari 2008 is het verplicht voor ziekenhuizen in Nederland om een gecertificeerd veiligheidsmanagementsysteem (VMS) te hebben. Het VMS is een verzamelnaam voor alle activiteiten die plaatsvinden ter verbetering en handhaving van de veiligheid van patiënt en werknemer. Een belangrijk onderdeel van het VMS is de veiligheidscultuur. Dit onderzoek is uitgevoerd bij en in opdracht van het ziekenhuis Diaconessenhuis Meppel. In april 2007 is het ziekenhuis begonnen met een pilot van VMS op 4 afdelingen. De vraagstelling voor dit onderzoek luidt:

“In hoeverre is de veiligheidscultuur van ziekenhuis Diaconessenhuis Meppel van invloed op het functioneren van het veiligheidsmanagementsysteem?”

In dit onderzoek is veiligheidscultuur opgedeeld in 5 componenten volgens de theorie van Wiegmann et al. (2004): Organizational Commitment, Management Involvement, Employee Empowerment, Accountability en Report System. De pilotafdelingen zijn op basis van deze componenten onderzocht.

Voor dit onderzoek zijn 2 onderzoeksmethoden gebruikt: interviews met medewerkers van de pilotafdelingen en een secundaire analyse van een cultuurmeting op de pilotafdelingen. Door de onderzoeksmethoden te combineren is de veiligheidscultuur van een ziekenhuis onderzocht en de invloed die het heeft gehad op het functioneren van het VMS. Uit de resultaten van het onderzoek blijkt dat de commitment aan veiligheid van de leiding van het ziekenhuis in de organisatie niet overtuigend aanwezig is noch zichtbaar. Een gevolg hiervan is dat het management niet goed is aangestuurd en gestimuleerd om het VMS tot een succes op de afdeling te brengen, met als gevolg dat de betrokkenheid van het management met het VMS daardoor erg verschillend was op de afdelingen. Ook de medewerkers op de afdelingen hebben niet het gevoel gekregen dat het VMS een dringende zaak in de organisatie is. Het digitale meldsysteem is operationeel op de afdelingen maar het gebruik van het systeem kan worden verbeterd. De sterke punten van de veiligheidscultuur van het Diaconessenhuis Meppel zijn op de werkvloer te vinden. Er heerst een sterk verantwoordelijkheidsgevoel onder de medewerkers van de pilotafdelingen. Deze verantwoordelijkheid is van grote invloed geweest op het positief functioneren van het VMS. Maar zonder de steun van het management en de hele organisatie kan ook deze groep van medewerkers niet het VMS tot een succes maken. Door de veiligheidscultuur in de vorm van componenten te onderzoeken zijn punten van verbetering geïdentificeerd. Bij het implementeren hiervan kan het ziekenhuis een meer effectief VMS realiseren.

Voorwoord

In januari 2008 ben ik met veel plezier begonnen met een afstudeeronderzoek in het ziekenhuis Diaconessenhuis Meppel. Ik kan met veel trots terugkijken op mijn afstudeerperiode. Met de resultaten in het onderzoeksverslag ben ik erg verheugd en ik hoop dat ik op deze manier kan bijdragen aan de verbetering van de veiligheid in de zorgsector.

In de zomer van 2008 heb ik helaas mijn afstuderen moeten onderbreken door familieomstandigheden. Het was erg moeilijk om hierna het onderzoeksverslag af te ronden. Letterlijk iedereen in mijn omgeving heeft mij geholpen om mij door deze moeilijke periode heen te komen. Ik wil mijn vrienden en familie hier hartelijk voor bedanken. In het bijzonder wil ik Harry en Stieneke Groeneveld bedanken die mij een plek in hun huis hebben gegeven om het onderzoeksverslag af te ronden. Daarnaast wil ik Maarten Kolkman en Mieke Dols bedanken voor de inhoudelijke tips voor het onderzoeksverslag.

Ik wil Jan Gutteling en Mirjam Galetzka bedanken voor hun geduld met mij en adviezen voor het onderzoeksverslag.

Wouter Kolkman

Enschede, mei 2009

Inhoudsopgaven

Onderzoeksgegevens	2
Samenvatting	3
Voorwoord	4
1. Inleiding	6
1.1. Verandering in de gezondheidszorg	7
1.2. Diaconessenhuis Meppel	9
1.3. Triaspect	10
1.4. Cultuurmeting	11
1.5. Oriëntatie	11
1.6. Doelstelling en vraagstelling	12
2. Theorie	13
2.1. Inleiding	13
2.2. Veiligheidscultuur	13
2.3. Veiligheidscultuur in de gezondheidszorg	15
2.4. Veiligheidscultuur & structuur	16
2.5. Componenten van veiligheidscultuur	17
2.6. Model	18
3. Onderzoeksmethode	19
3.1. Deelvraag en onderzoeksvragen	19
3.2. Wetenschappelijke en maatschappelijke relevantie	20
3.3. Bestaand materiaal	21
3.3.1. Verantwoording	21
3.3.2. Secundaire analyse in SPSS	21
3.3.3. Interpretatie nieuwe factoren	25
3.4. Interviews	26
3.4.1. Verantwoording	26
3.4.2. Opzet	26
4. Resultaten	28
4.1. Resultaten nieuwe factoren van de Cultuurmeting	28
4.2. Resultaten onderzoeksvraag 1	30
4.3. Resultaten onderzoeksvraag 2	32
4.4. Resultaten onderzoeksvraag 3	35
4.5. Resultaten onderzoeksvraag 4	37
4.6. Resultaten onderzoeksvraag 5	39
5. Conclusies en discussie	42
5.1. Conclusie	42
5.2. Discussie	47
Literatuurlijst	50
Bijlagen	53

Hoofdstuk 1. Inleiding

Dit is een onderzoek naar de invloed van veiligheidscultuur op het functioneren van een veiligheidsmanagementsysteem in een ziekenhuis. Het onderwerp veiligheid is in de laatste 10 jaar een belangrijk onderwerp geworden in de gezondheidszorg. De gezondheidszorg heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) om de veiligheid te controleren en handhaven. De inspectie kan instanties onder verscherpt toezicht stellen. Dit geeft een zorginstantie de tijd om problemen aan te pakken. Verscherpt toezicht vindt in 2009 plaats op de IJsselmeerziekenhuizen in Emmeloord en Lelystad, waar de Operatiekamers tijdelijk gesloten werden. De reden voor het instellen van verscherpt toezicht¹ was onder andere het ontbreken van een functionerend kwaliteitssysteem. De opdrachtgever van dit onderzoek, het Diaconessenhuis Meppel, heeft in 2006 ook onder verscherpt toezicht gestaan van de IGZ.

In de gezondheidszorg is de roep om veiligheid gericht op de systemen die daarbij moeten helpen en de cultuur die de systemen moet dragen. In dit onderzoeksverslag is onderzoek gedaan naar de relatie tussen veiligheidscultuur en het veiligheidsmanagementsysteem. Zowel de veiligheidscultuur als het veiligheidsmanagementsysteem zijn relatief jonge begrippen, waar veel over wordt geschreven en gesproken. Dit maakt het interessant om te onderzoeken. Over cultuur is veel bekend maar over de relatie met veiligheid is nog veel onduidelijk.

In dit hoofdstuk wordt de context van geschetst. Eerst wordt uitgelegd waarom veiligheid een belangrijk onderwerp is in de gezondheidszorg, vervolgens wordt het één en ander over de opdrachtgever Diaconessenhuis Meppel uitgelegd. Het hoofdstuk wordt afgesloten met de doelstelling en vraagstelling van het onderzoek. In dit onderzoek ligt de focus op veiligheidscultuur, die zal beschreven worden in hoofdstuk twee. In het derde hoofdstuk worden de onderzoeksvragen omschreven. Aansluitend worden de methoden van onderzoek uitgewerkt. In hoofdstuk vier worden de resultaten weergegeven. In hoofdstuk vijf zijn de conclusies van het onderzoek opgemaakt en is er ruimte voor discussie.

¹ www.igz.nl

1.1. Verandering in de gezondheidszorg

In deze paragraaf worden internationale en nationale veranderingen in de gezondheidszorg op het gebied van veilige zorg kort behandeld.

To err is human

In 1999 publiceerde het Institute of Medicine (IOM) het rapport *'To err is human, building a safer health system.'* Het rapport is een verslaglegging van een onderzoek naar de kwaliteit van de gezondheidszorg in Amerika, voornamelijk gericht op de medische fouten die daarbij een rol spelen. In het rapport stond dat door medische fouten jaarlijks 44,000 patiënten in ziekenhuizen onnodig overlijden. Daarmee zou 'medical error' doodsoorzaak nummer 8 zijn in de Verenigde Staten (National Center for Health Statistics, 1999).

Het rapport zorgde ervoor dat de medische sector in Amerika en aansluitend Europa het probleem van medische fouten als het ware ontdekte. Het rapport schokte publiek en media, mede door haar schokkerende vergelijkingen over het aantal incidenten en met name het aantal doden per jaar als gevolg van medische fouten ('een Jumbo Jet vol per dag') in de Verenigde Staten. De aantallen zijn in feite schattingen, statistisch onderbouwde getallen over het aantal incidenten met dodelijk gevolg zijn moeilijk te achterhalen. Maar zoals Wachter (2004) zegt over de aantallen: "Even if it were not a jumbo jet of deaths per day but rather a Greyhound bus's worth, it is clear that a terrible danger had been, but could no longer be, ignored"(p. 535).

Om de kwaliteit van de zorg te verbeteren is de belangrijkste aanbeveling van het IOM om veiligheidssystemen te installeren in ziekenhuizen. Voor de werkzaamheid van deze systemen is het nodig voor gezondheidsorganisaties om een cultuur van veiligheid te creëren (1999). Met dit advies deed veiligheidscultuur haar intrede in de gezondheidszorg.

Rapport Willems

In Nederland is ook onderzocht in welke mate vermijdbare sterfte voorkomt in ziekenhuizen. Uit een onderzoek van het EMGO instituut en het NIVEL² blijkt dat naar schatting 1,735 patiënten in 2004 in Nederlandse ziekenhuizen voortijdig stierven als gevolg van vermijdbare schade (de Bruine, Zegers, Hoonhout & Wagner, 2007).

Al voor dat deze cijfers bekend werden werd de aandacht voor de kwaliteit van de zorg groter in Nederland. In 2003 werd het project *Sneller Beter* gestart, een initiatief van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), met als doel een verbetering van de transparantie, doelmatigheid en kwaliteit van de zorg.

Als onderdeel daarvan gaf algemeen directeur van Shell, Rein Willems, op verzoek van het Ministerie van VWS, zijn visie op veiligheid in de zorg in zijn rapport *'Hier werk je veilig of je werkt hier niet'* (2004). De belangrijkste aanbeveling was om in alle ziekenhuizen een veiligheidsmanagementsysteem (VMS) in te voeren. In het rapport wordt gewezen op het belang van cultuur. Veel ziekenhuizen hebben een gesloten bedrijfscultuur waarin incidenten niet gemeld worden. Zodoende wordt niet geleerd van incidenten. Een cultuurverandering is nodig. "Op een ziekenhuisafdeling moet een cultuur ontstaan waar veilig gemeld kan worden en men van fouten wil leren. Het managen van veiligheid vergt een combinatie van organisatie én cultuur"(p.10).

² Het NIVEL is het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, en het EMGO is Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek.

Sinds het rapport van Willems zijn in Nederland verschillende projecten van start gegaan om de patiëntveiligheid te verbeteren. Één van die projecten is VMSzorg, waarin verschillende zorgorganisaties in samenwerking met 10 *pilotziekenhuizen* de basis hebben ontwikkeld voor een VMS (Ministerie van VWS, 2007).

Veiligheidsmanagementsysteem

Vanaf 1 januari 2008 is het voor alle ziekenhuizen in Nederland verplicht een gecertificeerd veiligheidsmanagementsysteem te hebben ingevoerd. Het VMS is onderdeel van het patiëntveiligheidsprogramma 'Voorkom schade, werk veilig' van het Ministerie van VWS (2007). Het VMS is de vlag waaronder de veiligheidsactiviteiten plaatsvinden.

Het Veiligheidsprogramma van het ministerie geeft de kern van VMS als volgt weer:

De kern van een VMS is het inventariseren van risico's en het vastleggen van maatregelen om die risico's te beheersen en de kwaliteit van zorg continu te verbeteren. Voor een gecertificeerd VMS is een aantal basiselementen vastgesteld, getest en ontwikkeld. De basiselementen zijn:

- *Het formuleren van een veiligheidsbeleid en –strategie;*
- *Het creëren van een 'veilige' cultuur;*
- *Het veilig incident melden;*
- *Het geven van inzicht in risicovolle processen;*
- *Het blijvend verbeteren van de (patiënt)veiligheid.*

Om tot een gecertificeerd VMS te komen zijn kwaliteitseisen gesteld aan de basiselementen. Deze zijn vastgelegd in de Nederlands Technische Afspraak 8009:2007 (NTA). De eisen van de NTA zijn gericht op elementen als leiderschap, communicatie, medewerkers, risico-inventarisatie, het monitoren van uitkomsten en rapportage, beheersmaatregelen en verbeteringen.

Het doel van het ministerie van VWS is om in de komende vijf jaar vermijdbare schade met 50% te verminderen. In 2004 was bij 2.3% van alle opnamen sprake van vermijdbare schade. Dit komt neer op ongeveer 30.000 patiënten. Zes duizend patiënten ondervonden blijvende schade door een ziekenhuisopname. Schade die voorkomen had kunnen worden. Op dit moment overlijden naar schatting jaarlijks 1,735 mensen in ziekenhuizen in Nederland waarvan de oorzaak gerelateerd kan worden aan een vermijdbare onbedoelde gebeurtenis. Het ziekenhuisbudget voor 2004 bedroeg 15.5 miljard euro. Circa 1% van deze kosten wordt gegenereerd door vermijdbare schade. Dit komt neer op 167 miljoen euro per jaar (de Bruine et al., 2007).

In het plan van aanpak voor het veiligheidsprogramma (2008) zijn werkwijzen ontwikkeld voor de implementatie van de basiselementen van VMS en de eisen van de NTA. Op drie onderdelen worden zogenaamde 'good practices'³ ontwikkeld:

- Het thema patiëntveiligheid onder de aandacht brengen in de organisatie van ziekenhuizen, het in kaart brengen van de stand van zaken en opstellen van een veiligheidsbeleid met commitment van de raad van bestuur en van de medische staf (Leiderschap & cultuur).
- VMS elementen die zich richten op het in beeld brengen van risico's (Risico-inventarisatie).
- Het monitoren van de zorg (Monitoren).

Het plan van aanpak is niet verplicht voor ziekenhuizen om te gebruiken maar van de 126 ziekenhuizen in Nederland participeren 82 ziekenhuizen (*vmszorg.nl*) in het nationale programma. Dit

³ Een 'good practice' is een succesvolle werkwijze, methodiek of benadering van een probleem waar organisaties van kunnen leren.

aantal kan een teken zijn van een draagkracht onder ziekenhuizen om tot verbetering van de huidige situatie te komen. In de volgende paragraaf komt de opdrachtgever van dit onderzoek aanbod.

1.2. Diaconessenhuis Meppel

Dit onderzoek wordt uitgevoerd bij en in opdracht van het ziekenhuis Diaconessenhuis Meppel. Het Diaconessenhuis Meppel is een modern streekziekenhuis, onderdeel van de zorgcombinatie Noorderboog, voor de bevolking van Zuidwest-Drenthe, Noordwest-Overijssel en Zuidwest-Friesland, waar alle basisspecialismen en de meeste deelspecialismen aanwezig zijn. Het ziekenhuis heeft plaats voor 330 bedden en heeft ruim 1,000 medewerkers en 70 specialisten in dienst.

In juli 2006 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) het ziekenhuis onder verscherpt toezicht geplaatst⁴. De aanleiding voor het verscherpte toezicht was onder andere problematiek bij de medische staf. Vooral de maatschappen chirurgie en anesthesiologie hadden problemen in de samenwerking en communicatie. Het besef voor een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg was onvoldoende.

Het ziekenhuis deed volgens de inspectie te weinig aan controle van de kwaliteit van de geleverde zorg. Ook was er weinig aandacht voor verbetering en modernisering van de zorg. De gezondheid van de patiënten liep daardoor, volgens de IGZ, extra gevaar. Het verscherpte toezicht hield in dat er op korte termijn een plan van aanpak moest worden opgesteld. Daarbij moest onder andere worden ingegaan op de invoering en verbetering van kwaliteitsinstrumenten en een cultuurverandering op alle niveaus in de organisatie.

Sindsdien heeft het ziekenhuis verschillende activiteiten ondernomen om de situatie te verbeteren, waardoor het verscherpte toezicht grotendeels per juli 2007 opgeheven is. Eén van de activiteiten is het invoeren van een veiligheidsmanagementsysteem. Het bedrijf Triaspect is gevraagd om te helpen bij het invoeren van het digitaal meldsysteem TriasWeb en toe te werken naar een gecertificeerd VMS, waarin preventie en risicomangement, incidentmanagement en cultuurverandering de kenmerkende elementen zijn. In de volgende paragraaf wordt verder ingegaan op de bijdrage van Triaspect.

In april 2007 is het ziekenhuis begonnen met een pilot van VMS op vier afdelingen. De betreffende afdelingen zijn de Operatie Kamer (OK), Spoed Eisende Hulp (SEH), Chirurgie (B3) en Cardiologie (B5). De SEH en de OK zijn door het ziekenhuis gekozen als pilotafdelingen, vanwege de risicokans op incidenten die op deze afdelingen bestaan. Aan deze afdelingen zijn andere afdelingen gekoppeld die in een zogeheten zorgketen zitten. Een zorgketen is de doorlopende stappen van zorg die een patiënt ondergaat gericht op een bepaalde aandoening, in dit geval chirurgie en spoed eisende gevallen. De afdeling Chirurgie (B3) behoort in de zorgketen van de OK en de afdeling Cardiologie (B5) is onderdeel van de zorgketen met de SEH. In dit onderzoeksverslag wordt naar de afdelingen gerefereerd met letters in de volgende volgorde: OK = A, B3 = B, SEH = C en B5 = D. Gedurende 2008 wil het Diaconessenhuis Meppel op alle zorgafdelingen het VMS invoeren. Het ziekenhuis is geïnteresseerd in de factoren die van belang zijn bij een succesvolle 'uitrol' van het VMS op de andere 18 afdelingen. Het rapport dat nu voor u ligt kan hiervoor een waardevolle bijdrage leveren.

⁴ Naar aanleiding van de resultaten van het onderzoek naar de organisatie en kwaliteit van het medisch specialistisch functioneren in het Diaconessenhuis te Meppel (IGZ, 2006).

1.3. Triaspect

Voor het projectmatig invoeren van het VMS en een bijbehorend softwareprogramma, is het in patiëntveiligheid gespecialiseerde bedrijf Triaspect ingeschakeld door het Diaconessenhuis Meppel. Triaspect is gespecialiseerd in advies en training op het gebied van veiligheid in de zorg, incidentmanagement en commissies voor het melden van incidenten over patiëntenzorg (MIP) in zorginstellingen. Triaspect heeft voor het Diaconessenhuis Meppel een trainings- en begeleidingsprogramma ontwikkeld en uitgevoerd. Het programma was gericht op het vergroten van de bereidheid om incidenten te melden en het verbeteren van de vaardigheden om oorzaken van incidenten op te sporen en tot oplossing te brengen. Ook de implementatie van het softwarepakket TriasWeb in de organisatie hoorde bij het programma. TriasWeb is een elektronisch meldsysteem voor incidenten op de werkvloer in de zorg. Het is een hulpmiddel om risico's zichtbaar te maken en te verminderen. Het programma van Triaspect is gericht op ontwikkeling van gedrag (melding en actiegerichtheid) en vaardigheden (melden, analyseren en oplossen). Het programma omvat zowel training als coaching en begeleiding van de deelnemende afdelingen. De aanpak van Triaspect vereist dat op elke afdeling twee of drie koplopers werden aangesteld. Een koploper is iemand uit de eigen organisatie die enthousiast is en voorop wil lopen bij veranderingen en die het vermogen heeft, of leert ontwikkelen, om collega's te stimuleren en te ondersteunen bij melden en oplossen van veiligheidsincidenten (*handleiding voor koplopers, 2007*). Deze koplopers hadden de verantwoordelijkheid om het software programma en het VMS te implementeren op de afdeling. Concreet komt dat neer op de volgende punten:

- De patiëntveiligheid stimuleren door de collega's te begeleiden volgens een systeem van communicatie, rapportage en melding;
- Het implementeren van TriasWeb op afdeling;
- De overdracht van kennis van TriasWeb;
- Het stimuleren van de betrokkenheid van collega's;
- Het analyseren van meldingen met de leidinggevende;
- Het VMS plan van de afdeling maken, waarmee de verbeterprojecten worden gestart en uitgevoerd;
- Continue aandacht geven voor zorgveiligheid.

Het is duidelijk dat de koplopers een belangrijke rol hebben in het complexe traject. Koplopers moeten aan bepaalde voorwaarden voldoen voordat ze deze rol krijgen toegewezen. De koplopers zijn vervolgens begeleid door hun eigen afdelingshoofd. De taken van de leiding zijn:

- Verantwoordelijk voor de zorgveiligheid;
- Verantwoordelijk voor een goede invoering en gebruik van TriasWeb ;
- Actief feedback geven op meldingen;
- Bevorderen van de communicatie over veiligheid;
- Maatregelen uitzetten en bewaken;
- Rapporteren over zorgveiligheid;
- Begeleiden van de koplopers.

Middels deze activiteiten van Triaspect werd geprobeerd om het VMS neer te zetten op de geselecteerde afdelingen. Het project werd gestart in april 2007 met een driedaagse training van Triaspect voor de koplopers en hun leidinggevenden. De trainingen waren specifiek gericht op het creëren van een veiligheidscultuur en het opstellen van een VMS plan. In hoofdstuk 2 wordt het

begrip veiligheidscultuur uiteengezet. Daaruit zal onder andere blijken dat het creëren van een veiligheidscultuur erg complex is en de betrokkenheid van de gehele organisatie vereist.

1.4. Cultuurmeting

De invoering van het VMS op de vier pilotafdelingen in het Diaconessenhuis Meppel staat centraal in dit onderzoek. De activiteiten die hebben plaatsgevonden rond het VMS door het ziekenhuis en Triaspect worden in dit onderzoek onder de loep genomen. De pilot werd gestart met een cultuurmeting. De hele cultuurmeting staat in bijlage 2. Deze cultuurmeting is gebaseerd op het door NIVEL en EMGO instituut ontwikkelde COMPaZ-instrument⁵. Triaspect heeft deze vragenlijst aangepast en geordend tot een zevental factoren. De resultaten van de cultuurmeting zijn bij de introductie van het VMS op de afdelingen gepresenteerd als uitgangspunt voor verbetering. In het 'follow-up onderzoek naar de organisatie en kwaliteit van het medisch specialistisch functioneren in het Diaconessenhuis te Meppel' van het IGZ (2007) waarin het verscherpte toezicht grotendeels wordt opgeheven, werd verwezen naar de resultaten van deze cultuurmeting: "Binnen het project Veiligheidsmanagement is door een extern bureau op enkele afdelingen een onderzoek naar de cultuur verricht. De conclusie was – kort gezegd – dat deze niet als veilig werd ervaren" (p.7).

Een tweede cultuurmeting zou worden afgenomen om de voortgang te kunnen monitoren. Door omstandigheden (reorganisatie, ontbreken van afdelingshoofden, verhuizingen van afdelingen) in het ziekenhuis zijn de resultaten van de tweede cultuurmeting niet beschikbaar. Voor dit onderzoek betekent het ontbreken van een tweede cultuurmeting, dat op basis van de kwantitatieve gegevens geen verbeteringen kunnen worden weergegeven over de veiligheidscultuur op de afdelingen.

Door resultaten van het kwalitatieve en kwantitatieve onderzoek te combineren wordt er naar de veiligheidscultuur gekeken en naar het functioneren van het VMS. Dit heeft voldoende bruikbaar materiaal voor dit onderzoeksverslag opgeleverd. Voordat in dit onderzoeksverslag gebruik gemaakt wordt van de resultaten van de cultuurmeting wordt eerst naar de kwaliteit van het cultuurmeetinstrument gekeken.

1.5. Oriëntatie

Ter verdieping van het onderwerp veiligheid in de gezondheidszorg, zijn verschillende activiteiten ondernomen. Zo is contact gezocht met enkele deskundigen zoals de heer de Bekker, oprichter van Triaspect. Mevrouw drs. Ingrid Christiaans, mede auteur van het artikel over de validiteit van het COMPaZ meetinstrument. En mevrouw dr. Cathy van Dyck, docent aan de Vrije Universiteit. Zij heeft veel onderzoek gedaan naar organisatiecultuur, fouten en kwaliteit in organisaties. Ook is er een bezoek gebracht aan de Gelderse Vallei, een ziekenhuis uit Ede. De Gelderse Vallei heeft in 2007 de veiligheidsprijs van Nederland gewonnen, voor hun innovatieve werkzaamheden op de Intensive Care. Er is een interview afgenomen met de leidinggevenden van de Intensive Care en de afdeling Kwaliteit over VMS, kwaliteit en veiligheid in het ziekenhuis.

Voorafgaand aan de interviews in het Diaconessenhuis Meppel hebben observaties in het Diaconessenhuis plaatsgevonden op een tweetal afdelingen, om een indruk te krijgen van de werkzaamheden op een afdeling in het ziekenhuis.

⁵ Cultuur Onderzoek onder Medewerkers over de Patiëntveiligheid in Ziekenhuizen in Nederland

1.6. Doelstelling en vraagstelling

Het ziekenhuis is geïnteresseerd in de factoren die van belang zijn bij een succesvolle 'uitrol' van het VMS op de andere 18 afdelingen. Uit de oriëntatie uit hoofdstuk 1 blijkt dat verschillende gezondheidsorganisaties het belang van veiligheidscultuur voorop stellen. De volgende doelstelling is daarom geformuleerd:

“Dit onderzoek beoogt inzicht in de rol van veiligheidscultuur te verkrijgen in het functioneren van een veiligheidsmanagementsysteem in de gezondheidszorg”

Vraagstelling

Om aan de doelstelling te voldoen is de volgende vraagstelling geformuleerd:

“In hoeverre is de veiligheidscultuur van ziekenhuis Diaconessenhuis Meppel van invloed op het functioneren van het veiligheidsmanagementsysteem?”

Het volgende hoofdstuk behandelt de theorie van veiligheidscultuur en sluit af met het theoretisch model.

Hoofdstuk 2. Theorie

In het theoretisch hoofdstuk wordt in zes paragrafen de theorie over veiligheidscultuur uiteengezet. In paragraaf 2.1 wordt kort uitgelegd waarom veiligheidscultuur onderdeel is voor verbetering van de veiligheid voor patiënt. In paragraaf 2.2 wordt de geschiedenis van veiligheidscultuur beschreven en de veelzijdigheid aan wetenschappelijk onderzoek dat heeft plaatsgevonden. De paragraaf sluit af met een definitie van veiligheidscultuur. Vervolgens komt in paragraaf 2.3 de veiligheidscultuur aanbod specifiek gericht op de gezondheidszorg. In paragraaf 2.4 wordt het onderscheid tussen beschreven tussen de cultuur en structuur ten behoeve van veiligheid en aansluitende in paragraaf 2.5 worden de componenten van veiligheidscultuur weergegeven. Dit hoofdstuk sluit af met paragraaf 2.6 waarin het theoretisch model wordt uiteengezet.

2.1. Inleiding

Het VMS is de vlag waaronder het geheel van veiligheidsactiviteiten plaatsvindt en is in de gezondheidszorg gericht op de verbetering van de patiëntveiligheid. Om deze verbetering te bewerkstelligen is een cultuurverandering nodig (IOM, 1999; NPSA, 2004). Ook het patiëntveiligheidsprogramma van het Ministerie van VWS (2007) bevestigt dit door 'het creëren van een veilige cultuur' als één van de basiselementen te maken van het VMS. In dit geval wordt met veilige cultuur een open en proactieve cultuur op afdelingsniveau bedoeld. Daarnaast zijn ook het veranderen van gedrag en stimuleren van professionals om anders naar het eigen werk te kijken, aspecten die aandacht vragen bij de verbetering van veiligheid (www.vmszorg.nl).

Gezondheidszorgorganisaties van andere landen stellen het belang van een goede veiligheidscultuur als *primaire* voorwaarde voor verbetering van de patiëntveiligheid. De conclusie van het IOM (1999) was: "Healthcare organizations must develop a culture of safety, such that an organization's design processes and workforce are focused on a clear goal dramatic improvement in the reliability and safety of the care process" (p.166). In Engeland is het 'bouwen' van een veiligheidscultuur, de eerste stap van het zevenstappenplan voor patiëntveiligheid van de National Patient Safety Agency [NPSA](2004).

Verschillende gezondheidsorganisaties in de wereld geven het belang van veiligheidscultuur aan maar het lijkt alsof verschillende betekenissen worden gegeven aan de term veiligheidscultuur. In dit hoofdstuk wordt het wetenschappelijk onderzoek naar het onderwerp veiligheidscultuur behandeld.

2.2. Veiligheidscultuur

De term 'Safety Culture' werd voor het eerst geïntroduceerd in 1987 in het *OECD Nuclear Agency rapport*, naar aanleiding van de nucleaire ramp in Tsjernobyl, (Cooper, 2000). Het onderzoek gaf als grootste oorzaak van de ramp een gebrek aan een veiligheidscultuur. Volgens Reason (1998) refereerde veiligheidscultuur in dit geval naar het bewustzijn van (on)veilige situaties in de organisatie.

Sindsdien zijn steeds meer industrieën zich gaan interesseren in het concept van veiligheidscultuur. Waar het begon bij de nucleaire industrie, hebben de vliegtuig-, olie- en scheepsindustrie zich aangesloten. Veiligheidscultuur als concept wordt gebruikt om het potentieel van (grote) rampen en ongelukken bij routine taken te verminderen (Cooper, 2000). In de afgelopen 20 jaar is uitvoerig onderzoek gedaan naar het concept van veiligheidscultuur. Verschillende reviews naar de mogelijke

definities van veiligheidscultuur kunnen een enigszins verwarrende indruk geven van veiligheidscultuur. Cooper (2000) schrijft het volgende over veiligheidscultuur: "Het wordt omschreven als de bedrijfssfeer of cultuur waarin veiligheid als grootste prioriteit wordt beschouwd". Daarbij is het afhankelijk van de prioriteit die aan veiligheid wordt gegeven, voordat met kan praten van een veiligheidscultuur. Binnen 'high-risk' organisaties, kan verwacht worden dat veiligheid ook daadwerkelijk deze prioriteit krijgt. Guldenmund (2000) verzamelde 18 definities van veiligheidscultuur en beschreef de overeenkomstige karakteristieken van de definities. Met deze karakteristieken blijft het geheel nogal impliciet. De volgens Guldenmund meest expliciete definitie wordt aan het eind van deze paragraaf beschreven.

Om veiligheidscultuur te meten moet men eerst weten uit wat voor dimensies veiligheidscultuur kan bestaan. Er is veel verschil per sector over dit onderwerp. Het aantal kan verschillen van 2 tot 19 dimensies (Flin, Mearns, O'Connor & Bryden, 2000). In paragraaf 2.5 wordt verder ingegaan op de dimensies van veiligheidscultuur.

Om veiligheidscultuur te meten zijn veel vragenlijsten ontwikkeld voor onder andere de bouwsector (Dedobbeleer & Béland, 1991), de vliegtuigindustrie (Wiegmann, von Thaden, Mitchell, Sharma & Zhang, 2003) en de gezondheidszorg (Nieva & Sorra, 2003). In paragraaf 2.3 wordt verder ingegaan op meetinstrumenten voor de gezondheidszorg. Ondanks het uitvoerig onderzoek bestaat er geen overeenstemming in wetenschappelijk verband over wat veiligheidscultuur precies is en uit welke aspecten het bestaat. Guldenmund (2000) geeft hier een voorbeeld van. Hij zegt hierover: "Ondanks dat het belang van veiligheidscultuur veel vooraan wordt gezet in de literatuur, is er weinig tot geen indicatie van het bestaan door middel van een construct validiteit of predicatieve validiteit" (p. 216) Maar andere wetenschappers, zoals Wiegmann, von Thaden en Mitchell-Gibbons (2007), beweren dat het concept van veiligheidscultuur wel aanzienlijk bijdraagt in het aanmoedigen van mensen om zich meer veilig te gedragen. Eén van de onenigheden over veiligheidscultuur is de status daarvan. Er lijkt een tweestrijd aanwezig te zijn; sommige onderzoekers stellen dat veiligheidscultuur een continuüm van een organisatie is en dat er gesproken kan worden over een slechte of goede cultuur. Anderen stellen dat een veiligheidscultuur juist aan- of afwezig is (Wiegmann, Zhang, von Thaden, Sharma & Mitchell-Gibbons, 2004).

Dit onderzoek is er niet op gericht om een keuze te maken voor één bepaalde richting maar het is in dit geval wel belangrijk om aan te geven dat deze tweedeling bestaat. De literatuur die in dit hoofdstuk aanbod komt is een mix van beide richtingen. De theoretische fundering van dit onderzoek die onderstaand wordt beschreven, is gebaseerd op onderzoekers van beide kampen.

Voor een definitie van veiligheidscultuur is de omschrijving van The Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations [ACSNI](1993) gebruikt. Volgens Flemming (2005) is dit een veel gebruikte omschrijving en volgens Guldenmund (2000) is dit de meest expliciete definitie:

The safety culture of an installation is the product of individual and group values, attitudes, perceptions, competencies and patterns of behaviour that determine the commitment to, and the style and proficiency of an organization's health and safety management. Organizations with a positive safety culture are characterized by communications founded on mutual trust, by shared perceptions of the importance of safety and by the efficacy of preventive measures.

Alhoewel deze definitie ook gangbaar is voor de gezondheidszorg, wordt er veelal anders over gesproken. Dit wordt in de volgende paragraaf beschreven.

2.3. Veiligheidscultuur in de gezondheidszorg

Sinds *'To err is human'* van het IOM in 1999 is ook de interesse voor veiligheidscultuur in de gezondheidszorg explosief gestegen. In de literatuur over patiëntveiligheid, die refereert aan veiligheidscultuur, wordt de term veel gebruikt als synoniem voor het aanmoedigen tot melden van (bijna)incidenten of het creëren van een 'blame free' cultuur (Singer et al., 2003). In Nederland wordt over het algemeen gerefereerd aan een open en proactieve cultuur.

Uit een onderzoek van Singer et al. uit 2003 naar veiligheidscultuur in ziekenhuizen blijkt dat de perceptie van veiligheidscultuur aanzienlijk kan verschillen tussen ziekenhuizen maar ook in ziekenhuizen. De resultaten van het onderzoek van Singer et al. zijn gebaseerd op een cultuurmeting die plaats heeft gevonden in 15 ziekenhuizen waar management, verpleging en artsen aan hebben deelgenomen. Het verschil in perceptie was vooral aanwezig tussen de verpleging en het management. Het management was overwegend positiever en had meer kennis over de veiligheidscultuur dan de personen die de patiënten daadwerkelijk moeten behandelen. Het perceptieverschil van veiligheidscultuur en de verschillende definities die gehanteerd worden in de gezondheidszorg, zegt veel over de onduidelijkheid die bestaat over het onderwerp.

Wetenschappelijk onderzoek naar veiligheidsmanagement en veiligheidscultuur is veelal gebaseerd op de vliegtuigindustrie. Pas sinds het verschijnen van *'To Err is Human'* is onderzoek naar veiligheid in de gezondheidszorg goed op gang gekomen. Helmreich (2000) vergelijkt piloten en chirurgen met elkaar, gezien beiden in complexe omgevingen te werk gaan, waar teams moeten samenwerken met elkaar en geavanceerde technologie. Hoewel een cockpit niet hetzelfde is als een operatiekamer kunnen de benaderingen en processen die gebruikt worden voor veiligheidsmanagement wel bijdragen aan verbetering van de patiëntveiligheid. Instrumenten en theorieën hebben veelal de basis vanuit de vliegtuigindustrie. De Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC) is een instrument dat ontwikkeld is op basis van Aviation Crew Resource Management (Nieva & Sorra, 2003). De Nederlandse versie van de HSPSC heet COMPaZ. De Amerikaanse vragenlijst is letterlijk vertaald naar het Nederlands, waarna een validiteitonderzoek heeft plaatsgevonden. Smits, Christiaans-Dingelhoff, Wagner, van der Wal en Groenewegen (2007) concludeerde dat de validiteit van COMPaZ goed is, na een kleine aanpassing van de factorstructuur en het verwijderen van twee items uit de vragenlijst.

In het artikel *'review of surveys'* van Colla, Bracken, Kinney en Weeks (2005) zijn negen verschillende meetinstrumenten gevonden die de (patiënt) veiligheidscultuur kunnen meten in ziekenhuizen. De instrumenten verschilden nogal van elkaar met betrekking tot het gebruik, de dimensies en de psychometrische kenmerken. De HSPSC was één van de twee surveys met enigszins sterke psychometrische kenmerken. Colla et al. sluiten af door te zeggen dat het nastreven van een cultuur die leidt tot de veiligheid van patiënten weliswaar bewonderenswaardig is en ook zeker kan leiden tot inzicht in de patiëntveiligheid maar er is weinig bewijs dat de uitkomsten van de cultuursurveys een relatie hebben met de verbetering van patiëntveiligheid. Beleidsmakers moeten voorzichtig zijn met de interpretatie van de surveys. Colla et al. hebben hun review gericht op de in hun ogen geschikte meetinstrumenten voor (patient) veiligheidscultuur. Ze geven terecht aan dat voorzichtig dient te worden omgegaan met de interpretatie van deze instrumenten want van geen van deze instrumenten is immers wetenschappelijk aangetoond dat het de veiligheidscultuur, of een verbetering daarvan kan meten. Echter het nastreven van een cultuur van veiligheid is meer dan patiëntveiligheid. In een veiligheidscultuur staat het belang van de medewerker ook voorop. De

'medewerker' veiligheid is vaak gerelateerd aan de patiëntveiligheid (IOM, 1999). In high-reliability organisaties is vaak enkel de aandacht voor medewerker veiligheid genoeg tot het verbeteren van de performance in de organisatie (Leape, 2008).

2.4. Veiligheidscultuur & structuur

Hoewel veel onderzoek gedaan wordt naar veiligheidscultuur, is er nog steeds veel onduidelijk over. Hale (2005) zegt dat de "literatuur over cultuur en veiligheid verwarrend is, met heel veel meetinstrumenten, die elk cultuur in andere dimensies opsplijt"(p4), en spreekt zelfs van 'een mode' op het gebied van cultuur. Hij vraagt zich af of we überhaupt wel de cultuur moeten veranderen en dat we ons beter kunnen concentreren op het verbeteren van de organisatiestructuur en de processen van het VMS en pas daarna richten op cultuur.

Hale heeft gelijk dat de literatuur en meetinstrumenten verwarrend kunnen werken maar Hale maakt een splitsing tussen cultuur en structuur en processen die er helemaal niet hoeft te zijn. Veiligheidscultuur kan beter als groter geheel worden gezien. Reason (1998) ziet de verbetering van structuur en processen juist als een onderdeel van veiligheidscultuur. Het grote verschil is dat Reason het heeft over cultuur *creëren* in plaats van *verbeteren*.

Volgens Reason zijn er twee manieren om naar veiligheidscultuur te kijken: als iets dat een organisatie *is* (de normen, waarden en opvattingen van haar medewerkers over het bereiken van veiligheid) en als iets dat een organisatie *heeft* (de structuur, het werk, de sturing en het beleid gericht op verbetering van veiligheid). Beide opvattingen zijn van essentieel belang voor het bereiken van een effectieve veiligheidscultuur, alleen is de laatste vorm beter te beïnvloeden dan de eerste (Hofstede, 1994).

Om als organisatie de *is* status te verbeteren moet zij wel de essentiële componenten *hebben*. Een eerste stap richting het verkrijgen van een effectieve veiligheidscultuur is het creëren van de mogelijkheden voor de organisatie om te ontwikkelen op het gebied van veiligheid. Daarom moet een organisatie een structuur en cultuur ontwikkelen waar het onderwerp veiligheid op een natuurlijke wijze in de aandacht kan komen. Een omgeving waar initiatieven van medewerkers over veiligheid tot uiting kunnen komen. Zoals gezegd, dit is niet zonder moeite te bereiken maar zoals Reason beschrijft "*acting and doing, shaped by organizational controls, can lead to thinking and believing*" (p294).

Eiff (1998) noemt een echte veiligheidscultuur een optelsom van effectieve veiligheidsplanning, strategische aanpassingen van beleid en procedures en de ontwikkeling van een collectieve sfeer onder de medewerkers die veiligheid voorop hebben staan op alle gebieden. Ook hier is het onderscheid tussen structuur en cultuur waar te nemen.

In het kader van dit onderzoek kan het VMS gezien worden als de 'organizational controls'. De hulpmiddelen, zoals beschreven in het veiligheidsprogramma van het Ministerie van VWS en de basiseisen van een VMS, zoals beschreven in het NTA 8009, zijn hier onderdeel van. Deze worden hier niet beschreven, omdat het geen onderdeel uitmaakt van het onderzoek. Voor verder inzicht wordt verwezen naar de website van het veiligheidsprogramma (www.vmszorg.nl).

In de volgende paragraaf worden componenten van veiligheidscultuur beschreven die een positieve collectieve sfeer onder de medewerkers kan helpen ontwikkelen.

2.5 Componenten veiligheidscultuur

Over de dimensies waaruit veiligheidscultuur zou kunnen bestaan is weinig consensus in de literatuur. Allereerst, het aantal dimensies waaruit veiligheidscultuur kan bestaan lijkt uiteen te lopen van 2 tot 19 (Flin et al., 2000). Guldenmund (2000) geeft als mogelijke reden hiervoor dat de onderzoekers veel vrijheid hebben om de dimensies te benoemen. Weinig studies zijn gericht op het repliceren van de bestaande onderzoeken, waardoor veel nieuwe dimensies worden ontwikkeld. De onderzoeken die wel gericht zijn om het repliceren konden de gevonden dimensies niet bevestigen (Dedobbeleer & B eland, 1991; Coyle, Sleeman & Adams, 1995).

Wiegmann et al. (2004) hebben geprobeerd om deze vele dimensies samen te vatten tot vijf globale indicatoren van veiligheidscultuur. Deze componenten dragen bij aan het cre eren van de omgeving zoals Reason (1998) en Eiff (1999) die beschrijven. De componenten geven een reflectie van de veiligheidscultuur. Onderstaand worden de componenten kort uitgelegd.

Organizational commitment betreft de hoogste laag van een organisatie en tot in welke mate zij de *veiligheid* als prioriteit hebben. De commitment van een organisatie uit zich door een voortdurende positieve attitude richting het onderwerp veiligheid. Ook biedt de organisatie genoeg middelen voor de medewerkers om aan deze veiligheid te kunnen werken.

Management involvement betreft de hoogste en middelste laag van een organisatie. Door deelname aan alledaagse bezigheden op de werkvloer, laat het management hun bezorgdheid zien betreffende het onderwerp veiligheid, wat op zijn beurt een invloed heeft op de medewerkers en hun perceptie betreft de veiligheid.

Employee empowerment betekent dat de medewerkers een aandeel hebben in veiligheidsbeslissingen, de mogelijkheid hebben om veiligheidsverbeteringen te beginnen en mogelijk te maken, zichzelf en anderen verantwoordelijk houden voor hun acties en trots zijn op de veiligheid in de organisatie.

Reward systems refereert naar de mate waarop (on)veilig gedrag wordt gevalueerd en de consistentie waarop deze evaluaties worden beloond of bestraft. Het belang van terugkoppeling naar de werkvloer van management en organisatie staat voorop. Op deze manier wordt veilig gedrag gepromoot en onveilig gedrag gecorrigeerd of voorkomen.

Reporting systems refereert naar een effectief en systematisch meldsysteem om kwetsbare en zwakke punten te identificeren, voordat een incident plaatsvindt. De wil en mogelijkheid van een organisatie om proactief te leren en activiteiten aan te passen, gebaseerd op (bijna) incidenten, voordat een incident plaats vindt is essentieel om de veiligheid te verbeteren.

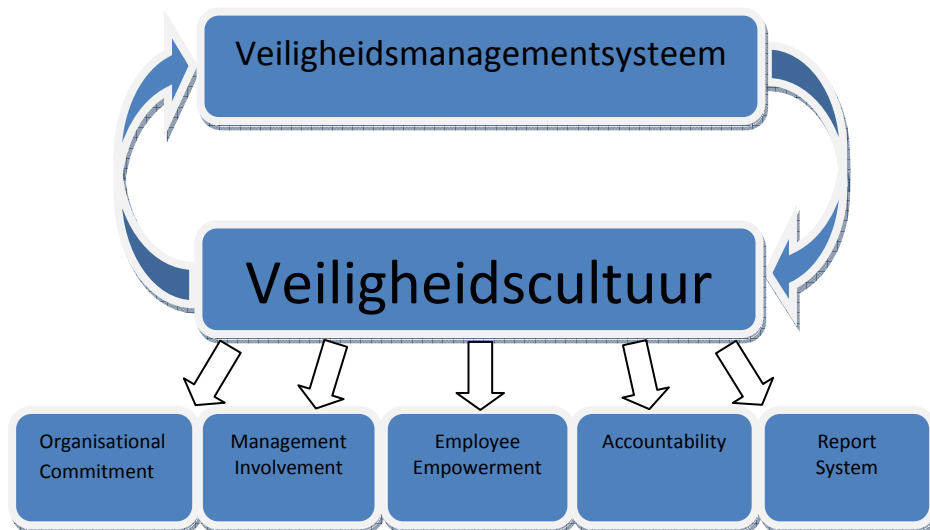
Wiegmann et al. heeft op basis van deze componenten een vragenlijst ontwikkeld (2003) en vervolgens de bruikbaarheid en validatie daarvan getest. De respondenten waren vliegtuigpersoneel van een commerci le luchtvaartmaatschappij. Een doel was ook om de respondenten hun persoonlijke assesment over de componenten te geven.

Uit de evaluatie van het onderzoek naar de componenten (Wiegmann et al., 2003) kregen de onderzoekers veel commentaar op het component *reward systems*, met de suggestie om het aan te passen. Respondenten gaven aan dat het niet zozeer ging om de gevolgen van *onveilig* gedrag maar om een gebrek in consistentie van wat de gevolgen van onveilig gedrag waren. Velen gaven aan dat

veilig gedrag een integraal deel van het werk van een medewerker is; er is geen gedrag dat op een speciale manier beloond moet worden. Het leek de onderzoekers beter om te kijken naar hoe een organisatie wel of niet een balans weet te vinden in consistentie op het gebied van verantwoordelijkheid, in plaats van beloning en erkenning. De naam van de component reward systems is vervangen door accountability.

2.6. Model

Een cultuur moet in de juiste mate of vorm aanwezig zijn opdat een systeem optimaal kan functioneren. Op basis van het rapport Willems en het project VMSzorg draagt het ministerie van VWS uit dat een veiligheidscultuur onderdeel van een veiligheidsmanagementsysteem moet zijn. Wanneer een veiligheidscultuur echter niet effectief is kan een veiligheidsmanagementsysteem niet optimaal functioneren. Uit de literatuur blijkt dat een goede veiligheidscultuur essentieel is voor het veiligheidsmanagementsysteem. Veiligheidscultuur is niet alleen een onderdeel maar ook een belangrijke voorwaarde voor VMS. Een goede veiligheidscultuur draagt bij aan een goed veiligheidsmanagementsysteem en een goed veiligheidsmanagementsysteem draagt bij aan een goede veiligheidscultuur. In onderstaand figuur wordt dit weergegeven.



Figuur 1 Theoretisch model. Wisselwerking tussen VMS en veiligheidscultuur.

Binnen de pilotafdelingen van het Diaconessenhuis Meppel is onderzoek gedaan naar het gebruik en aandacht van de organisatie voor de componenten van Wiegmann et al. (2004). In het volgende hoofdstuk worden de onderzoeksvragen en de methoden van onderzoek beschreven.

Hoofdstuk 3. Onderzoeksmethoden

In dit hoofdstuk worden de methoden van onderzoek beschreven. Eerst wordt de deelvraag met de onderzoeksvragen beschreven. In 3.2 wordt de relevantie van het onderzoek besproken. In 3.3 en 3.4 worden achtereenvolgens de secundaire analyse en de interviewmethoden weer gegeven.

3.1. Deelvraag en onderzoeksvragen

Deelvraag

“Hoe scoort het ziekenhuis Diaconessenhuis Meppel op de vijf componenten van Wiegmann et al.?”

Deze deelvraag zal uiteindelijk beantwoord kunnen worden door vijf onderzoeksvragen die de componenten van Wiegmann et al. uitdragen.

Onderzoeksvragen:

1. Is veiligheid een kernthema in de organisatie?
2. Zijn de afdelingsmanagers van de pilotafdelingen actief op het gebied van veiligheid?
3. Zijn de medewerkers van de pilotafdelingen betrokken bij de ontwikkeling en uitvoering van activiteiten van veiligheid?
4. Wordt het personeel verantwoordelijk gehouden voor de veiligheid?
5. Is het (digitale) meldsysteem operationeel?

Door middel van interviews en items uit de cultuurmeting worden de onderzoeksvragen beantwoord. In de secundaire analyse is de kwaliteit van de factoren van de cultuurmeting onderzocht. De resultaten van de cultuurmeting en de factoren kunnen een indicatie zijn van de veiligheidscultuur voordat het VMS in gebruik werd genomen. De methoden worden in de paragrafen 3.3, 3.4 en 3.5 beschreven. In de volgende paragraaf wordt de wetenschappelijke en maatschappelijke relevantie van dit onderzoek beschreven.

3.2. Wetenschappelijke en maatschappelijke relevantie

In de vorige hoofdstukken is al veel uitgelegd over het onderwerp van dit onderzoek. In deze paragraaf wordt uitgelegd waarom dit onderzoek relevant kan zijn voor zowel de wetenschap als voor de maatschappij.

Wetenschappelijke relevantie.

Sinds 2003 zijn de ontwikkelingen rond VMS in ziekenhuizen begonnen. In 2008 is de aandacht voor deze ontwikkelingen explosief gestegen. De ontwikkelingen gaan sneller dan wetenschappelijk onderzoek. Een gevolg is dat ziekenhuizen en andere instanties alle kennis aangrijpen die beschikbaar is. Het theoretisch kader van dit onderzoek geeft een ruimere blik op veiligheidscultuur dan dat er nu heerst in de gezondheidszorg. Dit onderzoek focust op veiligheidscultuur als speerpunt van het VMS. De resultaten van dit onderzoek kunnen dan ook het inzicht vergroten in de mate waarin de cultuurcomponenten randvoorwaardelijk zijn voor, of samenhang heeft met, de effectiviteit van een VMS in een ziekenhuis.

Maatschappelijke relevantie.

Waar gewerkt wordt worden fouten gemaakt. Dit geldt voor alle landen in de wereld en alle werk sectoren. Het verschil tussen de gezondheidszorg en andere sectoren, is de dienstverlening en/of de handeling. In ziekenhuizen wordt gewerkt aan mensen; een verkeerde diagnose van een arts kan fatale gevolgen hebben voor een patiënt.

De resultaten van dit onderzoek kunnen een bijdrage leveren aan de verbetering van de patiëntveiligheid in ziekenhuizen, omdat meer inzicht wordt verkregen over veiligheidscultuur en welke rol veiligheidscultuur heeft in het functioneren van een VMS in de gezondheidszorg.

3.3. Bestaand materiaal

In deze paragraaf wordt de secundaire analyse van de cultuurmeting van Triaspect behandeld. Eerst wordt kort uitleg gegeven over het gebruik van het meetinstrument in het ziekenhuis Diaconessenhuis Meppel. Vervolgens worden enkele kenmerken van de respondenten beschreven, gevolgd door een beschrijving van de vragenlijst van de cultuurmeting. Na de beschrijving van het meetinstrument volgen de resultaten van de betrouwbaarheidstest en de factor analyse. In paragraaf 3.3.3 worden interpretaties gegeven van een nieuwe factorstructuur.

3.3.1. Verantwoording

Het beantwoorden van vragen op basis van bestaand materiaal wordt secundaire analyse genoemd. Voor dit onderzoek betreft het bestaande materiaal kwantitatieve data verkregen uit een cultuurmeting. Het meetinstrument is ontwikkeld door Triaspect, op basis van de COMPaZ meting van het NIVEL en het EMGO instituut. Het instrument is ontwikkeld om de veiligheidscultuur te meten van het Diaconessenhuis Meppel. In de secundaire analyse wordt ook onderzoek gedaan naar de kwaliteit van de factoren uit het meetinstrument. De cultuurmeting heeft plaatsgevonden aan het begin van het project in april 2007. In februari 2008 was de planning om weer een cultuurmeting af te nemen. De resultaten hadden een weergave kunnen zijn van de ontwikkelingen op de afdelingen. Helaas heeft de tweede cultuurmeting niet plaatsgevonden en is een vergelijking tussen voor en na de introductie van het VMS niet mogelijk. Een secundaire analyse van de cultuurmeting en het vergelijken van de resultaten van beide metingen zou onderdeel van het onderhavige onderzoek zijn geweest. Zonder de tweede meting is een vergelijking niet mogelijk. Het is wel mogelijk om op basis van de eerste cultuurmeting vast te stellen hoe de staat van de veiligheidscultuur is vlak voor de implementatie van VMS.

3.3.2. Secundaire analyse in SPSS

Respondenten

Alle medewerkers van de pilotafdelingen zijn door hun afdelingshoofd gevraagd om deel te nemen aan het schriftelijk onderzoek. Het management zelf heeft niet deelgenomen aan het onderzoek. In totaal waren er ongeveer 130 medewerkers op de afdelingen werkzaam; 66 daarvan hebben de survey ingevuld. Dit is naar schatting een respons rate van 51%. Deze response rate blijft een schatting, omdat een ziekenhuis een dynamische omgeving is. Vooral op de afdelingen OK en SEH zijn veel parttime contracten. Veertig van de respondenten zijn verpleegkundigen, twee zijn leerling verpleegkundige en twintig zijn assistenten in de operatiekamer. Daarnaast is er één secretaresse, één OK medewerker, één hulpverlener en één respondent van de OK heeft niet zijn functie ingevuld. De meeste respondenten zijn werkzaam op de afdelingen B, met 23, gevolgd door de afdeling A met 22. Van de afdeling D hebben 13 respondenten deelgenomen en de afdeling C hebben 8 respondenten de vragenlijst ingevuld.

Tabel 1
Response per Afdeling

	Totaal	Response	Rate in %
B	35	23	66
A	45	22	49
D	30	13	43
C	20	8	40
Totaal	130	66	51

De vragenlijst van de cultuurmeting

De cultuurmeting die op de pilotafdelingen heeft plaatsgevonden bevat een vragenlijst met 54 Items:

- 8 items zijn achtergrond variabelen over de afdelingen, het aantal jaren werkzaam in het ziekenhuis en de beklede functie;
- 10 items zijn gericht op incidenten in de laatste 12 maanden. De items zijn gericht op het onderwerp waar het incident betrekking op had;
- 22 items zijn gericht op de veiligheidscultuur en zijn afgeleid van het COMPaZ meetinstrument;
- 14 items zijn gericht op ervaringen met het melden van incidenten.

De items gericht op de veiligheidscultuur en op het melden van incidenten zijn beantwoord met behulp van een 5-punts schaal die de mate van instemming weergeeft: van 'zeer mee oneens' tot 'zeer mee eens', met een neutrale categorie 'neutraal'. Triaspect maakt zeven achterliggende factoren op basis van de items over veiligheidscultuur en het melden van incidenten.

De factoren met de items zijn in de bijlage weergegeven en worden hieronder kort toegelicht.

A. Status veiligheid.

De vragen van deze factor zijn gericht op de prioriteit van veiligheid in het ziekenhuis en op de afdeling en of de medewerker zich veilig zou voelen als patiënt in het ziekenhuis.

B. Bespreekbaarheid en Openheid

De mate waarin openlijk gecommuniceerd kan worden op de afdeling maar ook tussen afdelingen.

C. Melden stimuleren

De vragen zijn gericht op de mate waarin de medewerker gestimuleerd wordt om incidenten te melden.

D. Aanspreken en verantwoordelijkheid

Kan de medewerker discussiëren over incidenten en veiligheid op de afdeling?

E. Leren van melden

Wordt op de afdeling van de medewerker geleerd van fouten door incidenten te evalueren?

F. en G. Melden in de praktijk 1 & 2

Een set van vragen over het melden van incidenten op afdelingsniveau.

Eerst is gekeken naar de betrouwbaarheid van de vragenlijst, om er zeker van te zijn dat bij elk gebruik van de vragenlijst hetzelfde wordt gemeten. Dit kan getest worden door middel van een reliability scale. Uit de test komen betrouwbaarheidscijfers in de vorm van Cronbach's Alpha, waarbij een score van hoger dan .6 is gewenst.

Reliability scale test

Een reliability scale test is uitgevoerd op alle factoren. Vijf factoren hadden een Cronbach's Alpha'(α) onder de .5. twee factoren tussen .5 en .6. Bij het verwijderen van items wordt bij de meeste factoren de α beter maar blijven onder .7. De interne item correlaties laten overwegend lage correlatie zien. De meeste correlatie cijfers zijn minder dan .3, waar een correlatie tussen .3 en .7 gewenst is. Een factor analyse is uitgevoerd om te kijken of er een andere samenstelling is van items waarbij meer samenhang aanwezig is. Voor de analyses is onderscheid gemaakt tussen de items over veiligheidscultuur en over het melden van incidenten.

Factor Analyse Veiligheidscultuur

De nieuwe factor structuur met de items is op de volgende pagina weergegeven. Voor de factor analyse zijn de items gebruikt die horen bij de factoren A tot en met E. Een principal components analysis is uitgevoerd op basis van 22 items. Zes factoren werden verzameld met eigenwaarden hoger dan 1.00. Uit de rotated component matrix komen vier onderling correlerende factoren naar voren.⁶ Op deze factoren is ook de scale reliability test uitgevoerd. De eerste en tweede factor hebben een goede betrouwbaarheid met een Cronbach's Alpha van .78 en .72. van de andere twee factoren wordt de Alpha niet hoger dan .69 en .46. Deze vier factoren verklaren 50.5 % van de variantie in de antwoorden.

Factor analyse Melden in de praktijk

Ook hier is een principal components analysis gedaan, op basis van 14 items zijn zeven factoren verzameld met een eigenwaarde hoger dan 1.00. Uit de rotated component matrix komen twee correlerende factoren naar voeren. De eerste factor geeft α .76 en het tweede α .61. De twee factoren verklaren 34% van de variantie in de antwoorden. Op factor 4 na, hebben alle factoren een goede betrouwbaarheid.

Tabel 2
Nieuwe factoren van de cultuurmeting.
Resultaten van de Reliability Scale Test

Factoren	Cronbach's Alpha
Factor 1	.78
Factor 2	.72
Factor 3	.69
Factor 4	.46
Factor 5	.76
Factor 6	.61

In tabel 6 staat de interne samenhang weergegeven van de nieuwe factor structuur. Er is wel enige samenhang zichtbaar tussen enkele factoren maar zeker geen grote samenhang. Ook is het merendeel van de correlaties niet significant.

Tabel 6
Interne samenhang van de nieuwe factoren van de cultuurmeting van Triaspect

Factoren	1	2	3	4	5	6
1	1.00					
2	.385	1.00				
3	.564	.248	1.00			
4	.200	-.061	.241	1.00		
5	.250	-.005	.158	.190	1.00	
6	.336	.299	.225	.172	.337	1.00

De vet gedrukte correlaties zijn significant bij $P < 0.01$

⁶ Een compleet overzicht van de items uit de originele cultuurmeting staat in de bijlage.

De analyse uit SPSS geven de volgende Factor structuur:

Factor 1

- De veiligheidssituatie op mijn afdeling is goed te noemen.
- Veiligheid wordt op deze afdeling regelmatig benoemd als een belangrijke prioriteit.
- Ik kan mijn suggesties over veiligheid vrijelijk kenbaar maken zonder hierop afgerekend te worden.
- Mijn leidinggevende luistert naar mijn zorgen over de situatie op de afdeling die ik uit.
- Het management lijkt alleen geïnteresseerd in veiligheid als zich een incident met schade voordoet. (n)
- Nadat verbeteracties zijn uitgevoerd wordt hun effectiviteit geëvalueerd.

Factor 2

- De veiligheidssituatie in het hele ziekenhuis is volgens mij goed te noemen.
- Ik zou mezelf als patiënt in het gehele ziekenhuis veilig voelen.
- Ik zou mezelf als patiënt op mijn afdeling veilig voelen.

Factor 3

- Ik krijg nuttige feedback op mijn meldingen.
- Werken aan veiligheid op mijn afdeling geeft mij voldoening.
- Mijn collega's moedigen me aan om iedere zorg over zorgveiligheid die ik heb te melden.
- Ik voel me vrij het handelen van collega's met meer bevoegdheden ter discussie te stellen.
- Ik voel me gesteund door onze procedures en systemen om veilig te werken.

Factor 4

- Veiligheid verdient op mijn afdeling de hoogste prioriteit.
- Het personeel op deze afdeling voelt zich verantwoordelijk voor de zorgveiligheid.
- De cultuur op deze afdeling is zodanig dat we leren van de fouten van anderen en van onszelf.

Factor 5

- Ik meld geen incidenten, omdat er toch niets mee wordt gedaan. (n)
- De tijd die het invullen van een meldingsformulier kost, is van invloed op mijn keuze of ik wel of niet meld. (n)
- Bij de beslissing of ik een incident meld, houd ik er rekening mee welke personen lid zijn van de meldingscommissie. (n)
- Ik meld geen incidenten omdat de meldingscommissie te ver van de werkvloer afstaat. (n)

Factor 6

- Het personeel is vertrouwd met de procedure voor het melden van incidenten.
- Op deze afdeling bepaalt de leidinggevende of een incident gemeld moet worden of niet.
- Op deze afdeling wordt het melden van incidenten gestimuleerd.

Achter enkele items staat een (n). Van deze items zijn de scores omgedraaid omdat ze negatief geformuleerd zijn. Nu geldt voor alle vragen, een hoge score is een positief antwoord.

3.3.3. Interpretatie nieuwe factor structuur

Uit de factor analyse kwam een zestal factoren naar voren. De vragen waaruit de factoren bestaan zijn bestudeerd. In lijn met het theoretisch kader zijn deze factoren benoemd, zodat betekenis aan de scores kan worden gegeven.

Factor 1 - Veiligheid als management tool

De vragen in de eerste factor zijn tweeledig. De eerste drie vragen zijn gefocust op de veiligheid op de *afdeling*. Er wordt gevraagd naar de situatie, de prioriteit en de bespreekbaarheid. De laatste drie vragen zijn gericht op het management van de afdeling. De bespreekbaarheid met de leidinggevende over veiligheid, de interesse van de leidinggevende in veiligheid en de activiteit rond veiligheid. Samen lijken de vragen een indicatie te zijn van de mate waarin veiligheid als management tool wordt gebruikt, dan wel aanwezig is.

Factor 2 - Imago van Veiligheid

Deze drie vragen refereren meer aan de veiligheidssituatie maar in dit geval zijn de vragen gericht op het gevoel. Veilig voelen op je eigen werkplek. Het vertrouwen in de werkgever op het gebied van veiligheid. De medewerker verplaatst zich in de rol van patiënt. Het resultaat geeft het beeld weer dat de medewerker heeft van de veiligheid in het ziekenhuis, met andere woorden, het imago van veiligheid volgens de medewerker.

Factor 3 - Veiligheid als onderdeel van het dagelijks handelen

Deze factor lijkt veel te zeggen over de veiligheid als onderdeel van het beroep van de respondent. Voldoening, collega's die aanmoedigen, bespreekbaarheid van veiligheid, steun van procedures en systemen. Daarnaast de observatie over feedback van een actie van de respondent. Wordt de medewerker gestimuleerd om veiligheid als onderdeel te zien van het dagelijks handelen.

Factor 4 - Accountability

De vragen zijn observaties over de prioriteit van de afdeling, over het personeel en de cultuur (leren van fouten). De vragen leggen veel nadruk op de term 'mijn' of 'deze' afdeling, waardoor het lijkt alsof deze factor zich richt op de verantwoordelijkheid van de medewerker, of de afdeling (waar hij/zij deel van uit maakt).

Factor 5 - Bedrijfscultuur

Bijna alle vragen bevat 'ik meld niet, omdat': er wordt niets mee gedaan, het duurt te lang, een lid van MIP commissie, de commissie weet niks etc. De vragen zijn vrij specifiek in de redenen waarom de respondent niet zou melden. Het zou een indicatie kunnen zijn van de huidige bedrijfscultuur.

Factor 6 - Procedure en Veiligheid

Dit zijn vragen specifiek gericht op het melden van incidenten en de procedures daarom heen.

De samenstelling van factoren omvat niet de componenten van veiligheidscultuur die in het theoretisch kader zijn besproken maar kunnen wel een bijdrage leveren aan de resultaten over de componenten met betrekking tot de pilotafdelingen. De samenstelling van de factoren kan wel een indicatie zijn van de veiligheidscultuur op de pilotafdelingen in het Diaconessenhuis Meppel, voordat het VMS werd geïntroduceerd.

3.4. Interviews

In deze paragraaf worden de methode van interviewen weergegeven. In paragraaf 3.4.1 wordt kort de interviews verantwoord. In paragraaf 3.4.2 worden enkele kenmerken van de respondenten weergegeven en vervolgens de wijze van interviewen uitgelegd.

3.4.1. Verantwoording

Het doel van de interviews was om enerzijds in kaart te brengen hoe elke afdeling de pilot heeft ervaren en wat er daadwerkelijk is gebeurd. Anderzijds hoezeer en óf de factoren van veiligheidscultuur aanwezig waren gedurende de pilot. Dit wordt gedaan door middel van diepte interviews met de afdelingshoofden en de koplopers. De afdeling A en B hebben één gezamenlijke afdelingshoofd. Nog tijdens de oriëntatiefase van het onderzoek is hij bij het ziekenhuis vertrokken. Hij is nog wel kort geïnterviewd. Daarnaast waren op de afdeling D twee koplopers langdurig afwezig en is alleen de derde koploper gesproken. Van de afdeling C was één koploper ook langdurig ziek en de tweede koploper had al aangegeven om te gaan vertrekken bij het ziekenhuis.

3.4.2. Opzet

Respondenten

Om een inzicht te krijgen in de werking van het VMS op de pilot-afdelingen zijn in totaal negen interviews afgelegd. Op 'organisatie niveau', zijn Interviews gehouden met de kwaliteitsfunctionaris en de leidinggevende van de verplegende afdelingen. Op 'management niveau' zijn de leidinggevenden van de pilot-afdelingen geïnterviewd, in totaal drie. Daarnaast zijn de koplopers per afdeling geïnterviewd.

Tabel 3

Geïnterviewde Respondenten

Respondenten	Aantal
Kwaliteitsfunctionaris	1
Hoofd Dienst Zorg	1
leidinggevenden Afdelingen	3
Koplopers	8

Door het complexe onderzoeksthema is voor een semigestructureerd interview gekozen. Bij deze wijze van interviewen liggen de onderwerpen vast maar de vragen niet. De koplopers zijn per afdeling geïnterviewd. Dit betekent dat het interview met de afdelingen A en B met drie medewerkers tegelijk was en het interview met de afdeling C en D met één medewerker was. In de interviews zijn open vragen gesteld, waarin bij elke interview dezelfde thema's aan bod kwamen:

- Uitvoering project;
- Triaspect;
- Koplopers;
- Meldsysteem;
- Terugkoppeling;
- Organizational Commitment;
- Employee empowerment;
- Management involvement.

Door goed te luisteren naar de antwoorden en actief reageren en doorvragen is een nauwkeurig beeld gekregen van de ideeën van de respondenten over de onderwerpen.

De vraagstelling was verschillend per niveau. Om inzicht te krijgen in bijvoorbeeld de prioriteit van veiligheid in het ziekenhuis, was de vraag op organisatie niveau: Heeft veiligheid de prioriteit in het ziekenhuis en hoe is dat zichtbaar? Op management en medewerkers niveau: Merkt u dat 'veiligheid' prioriteit heeft bij de leiding van het ziekenhuis? Om inzicht te krijgen in het management involvement was de vraag op organisatie en medewerkersniveau: Hoe heeft het afdelingshoofd het toezicht gehouden, wat was zijn rol, en ben je tevreden over die rol? Op management niveau was die vraag: Wat was uw rol tijdens de implementatie en bent u tevreden over uw optreden?

In het volgende hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek beschreven.

Hoofdstuk 4. Resultaten

Het hoofdstuk begint met de resultaten van de nieuwe factoren van de cultuurmeting. De gezamenlijke resultaten van de afdelingen worden weergegeven gevolgd door de resultaten per afdeling. In de paragrafen 4.2 tot en met 4.6 worden de resultaten weergegeven per onderzoeksvraag. Per paragraaf worden enkele items uit de cultuurmeting weergegeven en de resultaten uit de interviews besproken. De items uit de cultuurmeting die in 4.2 tot en met 4.6 aan bod komen geven de resultaten weer van alle pilotafdelingen samen. In een enkel geval worden de resultaten van items per afdeling weergegeven als ze daar aanleiding toe geven.

4.1. Resultaten nieuwe factoren van de cultuurmeting

Het cultuurmeetinstrument bestaat nu uit 24 items met zes achterliggende factoren. Om tot vergelijkbare scores te komen is voor elke factor de items bij elkaar opgeteld en gedeeld door het aantal items dat de factor bevat. De uitkomst van de factoren is in de tabel 4 weergegeven.

Tabel 4
Gemiddelde gezamenlijke score van de pilotafdelingen (N=66)

Factoren	M	SD
Veiligheid als management tool	3.1	.63
Imago van veiligheid	3.2	.56
Veiligheid als onderdeel van het dagelijks handelen	3.2	.56
Accountability	3.8	.56
Bedrijfscultuur	4.0	.58
Procedure en veiligheid	3.6	.56

Alle items zijn beantwoord op een 5-puntschaal.

Alle factoren hebben scores tussen 3 en 4 in, wat duidt op een positieve score voor de cultuur op de pilotafdelingen. De factor 'bedrijfscultuur' heeft de hoogste gemiddelde score van alle factoren met 4.0. De medewerkers waren het duidelijk niet eens met de gevraagde stellingen, wat in dit geval een positief resultaat is. Met een score van 3.8 voor de factor 'accountability', lijken de medewerkers redelijk tevreden over de verantwoordelijkheid van henzelf en de collega's ten opzichte van veiligheid. De medewerkers zijn in mindere mate maar nog steeds positief met 3.6, bekend met de 'procedures van veiligheid'.

De factoren 'imago van veiligheid' en 'veiligheid als onderdeel van het dagelijks handelen', scoren beiden 3.2. Dit is nog steeds positief maar duidelijk minder dan de andere drie al genoemde factoren. De laagste score van de zes factoren is 'veiligheid als management tool'. Van alle factoren zijn de medewerkers het minst positief over het gebruik van veiligheid door het management. Deze factor heeft ook de grootste standaardafwijking van alle factoren.

Resultaten per afdeling

Tabel 5

Gemiddelde score en standaarddeviatie per afdeling. A (N=22) B (N=23) C (N=8) D (N=13)

Factoren	Gemiddeld				Standaarddeviatie			
	A	B	C	D	A	B	C	D
Veiligheid als management tool	3.1	3.3	2.1	3.3	.55	.46	.76	.44
Imago van veiligheid	3.3	3.2	2.8	3.3	.53	.48	.88	.52
Veiligheid als onderdeel van het dagelijks handelen	3.3	3.1	2.7	3.4	.54	.55	.50	.46
Accountability	3.8	3.8	4.0	3.7	.55	.44	.98	.48
Bedrijfscultuur	3.8	4.2	3.6	3.9	.55	.40	.66	.64
Procedure en veiligheid	3.5	3.8	3.1	3.7	.54	.47	.69	.50

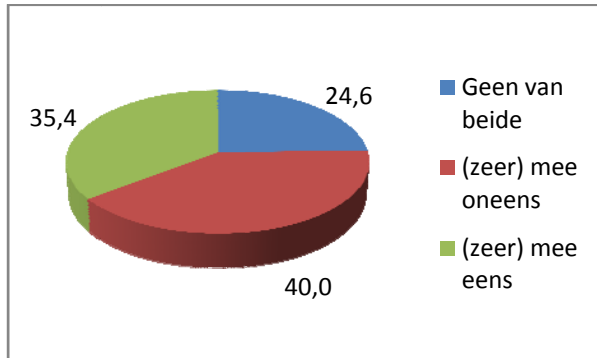
Voor M zijn de hoogste scores per factor groen gemaakt en de laagste scores per factor rood.

Er is een duidelijk verschil waarneembaar in de scores per afdeling. In tabel 5 is te zien dat de afdeling C op vijf van de zes factoren het laagst scoort van alle afdelingen en voor de factor 'accountability' het hoogst van alle afdelingen (met 4.0), de standaardafwijking is daar echter heel hoog met 0.98. 'Imago van veiligheid' en 'veiligheid als onderdeel van het dagelijks handelen' scoren licht onder het neutrale punt met 2.8 en 2.7. 'Veiligheid als management tool' wordt zelfs als negatief gezien met een score van 2.1. De gemiddelde scores worden behoorlijk beïnvloed door afdeling C, waarvan de scores negatief uivallen ten opzichte van de andere afdelingen. Het is opvallend dat juiste afdeling C het hoogst scoort op de factor 'accountability'. Uit de variantie analyse van SPSS is er een significant verschil ($F=9.7$, $P<0.001$) tussen de afdeling C en andere afdelingen voor de factor 'veiligheid als management tool'. Daarnaast is er een significant verschil ($F=4.1$, $P<0.01$) tussen de afdeling C met de afdelingen D en A voor de factor 'veiligheid als onderdeel van het dagelijks handelen'. Voor de factor 'procedure en veiligheid' is er alleen een significant verschil tussen de afdeling C en de afdeling B ($F=4.1$, $P<0.007$).

Afdeling B scoort goed met zelfs driemaal de hoogste score op de factoren en een constant beeld op de standaarddeviatie. De afdeling A scoort bovengemiddeld op alle factoren en vertoont een consistent beeld op de score en de standaard deviatie. De afdeling D vertoont een wisselend patroon in de score en standaarddeviatie.

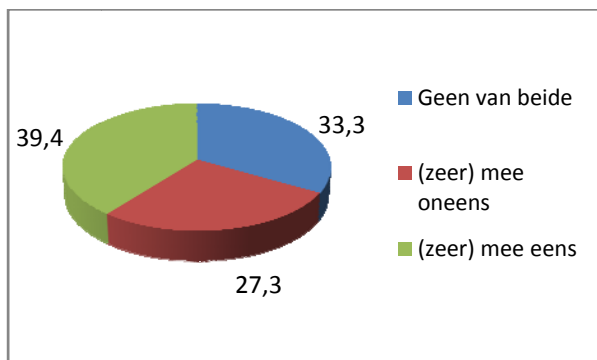
4.2. Onderzoeksvraag 1: Is veiligheid een kernthema in de organisatie?

In de cultuurmeting van Triaspect zijn twee items die een indicatie kunnen geven van de commitment van de organisatie aan veiligheid. Deze staan in figuur 2 en 3 aangegeven. Het benoemen van veiligheid als prioriteit en de interesse van het management in veiligheid zijn indicaties voor veiligheid als kernthema in de organisatie.



Figuur 2 Veiligheid wordt op deze afdeling regelmatig benoemd als een belangrijke prioriteit. (N=65)

Een kwart van de respondenten is neutraal over deze stelling, terwijl 40% aangeeft dat veiligheid niet regelmatig als prioriteit wordt benoemd.



Figuur 3 Het management lijkt alleen geïnteresseerd in veiligheid als zich een incident met schade voordoet (N=66)

Bijna 40% is het eens met deze stelling en een derde van de respondenten reageert neutraal.

Voordat het VMS is geïmplementeerd op de pilotafdelingen heerst er een verdeelde mening over het management met betrekking tot veiligheid. Ook over de prioriteit van veiligheid zijn de respondenten sterk verdeeld.

Interviews

Afdeling A

De leidinggevende geeft aan dat dit VMS project 'één van de vele prioriteiten' is van de leiding van het ziekenhuis, en dat het onder druk van de IGZ een prioriteit moest worden. Daarnaast gaf hij aan dat de kwestie 'tijd' een probleem was voor de uitvoering van het project. De leidinggevende had de verantwoordelijkheid voor de OK en de SEH en had daar al zijn handen vol aan. De koplopers voelden geen betrokkenheid van de 'organisatie'. Als reden gaven de koplopers aan dat onder andere de specialisten op de afdeling niet deel namen in het project. Op de afdeling is iedereen verantwoordelijk voor de veiligheid; niet alleen de verpleegkundigen. Het was erg lastig om over incidenten te communiceren. Daarnaast waren leden van de directie niet aanwezig bij de presentaties van de VMS plannen.

Afdeling B

Volgens de leidinggevende moest het project een hoge prioriteit hebben van de directie maar over de invulling daarvan is weinig gecommuniceerd. Veiligheid als onderwerp wordt nu veelvuldig besproken op de afdeling maar het heeft geen prioriteit. De afdeling krijgt geen compensatie voor de tijd die daar voor nodig is. De keuze om tijd vrij te maken om het VMS in te voeren is een beslissing van de afdeling zelf. De leiding van het ziekenhuis heeft wel geprobeerd het onderwerp veiligheid onder de aandacht te brengen maar heeft dat niet goed doorgezet.

Afdeling C

De koploper vond de pilot van VMS niet op het goede moment komen op de afdeling. Op de afdeling is veel gebeurd; zoals een wisseling van leidinggevende en collega's. Door de chaos op de afdeling is het project niet goed uit de verf gekomen. De koploper heeft veel tijd en energie gestopt in het schrijven van een VMS plan en het uitvoeren van activiteiten op de afdeling. In de loop van het project is de koploper daarmee gestopt, omdat het plan niet werd gebruikt en haar activiteiten verspilde moeite leek. Een ander punt is dat vergaderingen van het project met alle pilotafdelingen plotseling werden afgezegd of verplaatst. Voor een verpleegkundige met wisselende diensten is dat er lastig en bovenal vervelend om op in te haken. De koploper vindt de inzet voor de veiligheid van de leiding van het ziekenhuis ver te zoeken is wat betreft dit project en krijgt het idee dat alles gebeurt omdat het moet van met name de IGZ.

Afdeling D

De leidinggevende van de afdeling kreeg pas kennis van de invoering van het VMS op zijn afdeling, nadat de beslissing al was genomen door de leiding van het ziekenhuis. De organisatie stond onder druk, omdat het ziekenhuis onder controle stond van de IGZ. De leidinggevende is niet gestuurd in het project. Hij was van mening dat de invulling de verantwoordelijkheid was voor de leidinggevendenden van de afdelingen. De leidinggevende vindt niet dat veiligheid een prioriteit is in de organisatie; onder andere door vertragingen in het proces, was er geen betrokkenheid van de specialisten. Ook het uitblijven van een Centrale Commissie voor het melden van Incidenten (CMIP) is een teken voor hem dat veiligheid niet een kernthema van de organisatie is.

Analyse

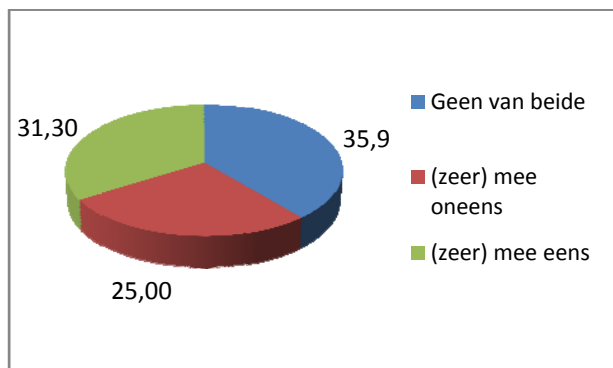
De indruk is dat de leiding van het ziekenhuis het onderwerp wel als prioriteit stelt door het veelvuldig te benoemen maar het komt niet tot uiting binnen de organisatie van het ziekenhuis. Er is bijvoorbeeld niet in het ziekenhuis duidelijk gemaakt dat er in de organisatie een pilot op het gebied van VMS aan de gang was. Zowel de leidinggevendenden als de koplopers hadden het idee dat de prioriteit te danken was aan de druk van de IGZ.

De afdelingen zijn van mening dat de leiding van het ziekenhuis niet de middelen heeft gegeven om het VMS te ontwikkelen. Ook was er geen druk om het project snel en goed uit te rollen. Het ontbreken van de medisch specialisten in de pilot zorgde voor miscommunicatie op de afdeling OK maar gaf ook een verkeerde indruk aan de afdelingen: de specialisten zouden niet betrokken worden bij het onderwerp veiligheid.

Het VMS was één van de vele prioriteiten die de leiding van het ziekenhuis had. Sinds het onderzoek van het IGZ is er erg veel gebeurd in het ziekenhuis. Volgens de koplopers was dat erg verwarrend want zij hadden het idee dat het VMS project daardoor niet goed onder de aandacht is gekomen. De respondenten van de cultuurmeting uiten zich ook niet positief over de betrokkenheid van de leiding van het ziekenhuis met betrekking tot het onderwerp veiligheid.

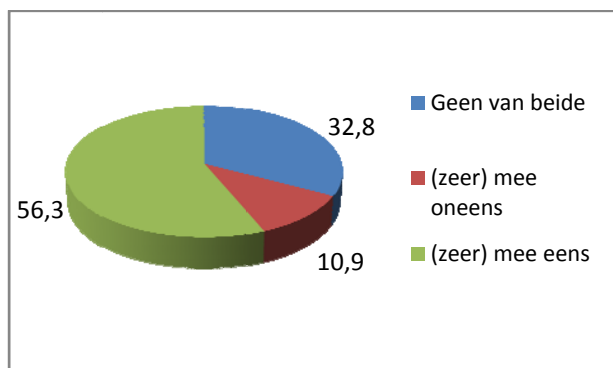
4.3. Onderzoeksvraag 2: Zijn de afdelingsmanagers van de pilotafdelingen actief op het gebied van veiligheid?

Figuur 4 en 5 zijn twee items uit de Trias Cultuurmeting die in zekere mate kunnen aangeven of het management goed betrokken is bij de veiligheid. In de figuren wordt aangegeven in hoeverre het management feedback geeft op meldingen van incidenten en in welke mate de leidinggevenden luisteren naar de zorgen van de medewerkers over veiligheid.



Figuur 4 Ik krijg nuttige feedback op mijn meldingen (van incidenten) (N=64)

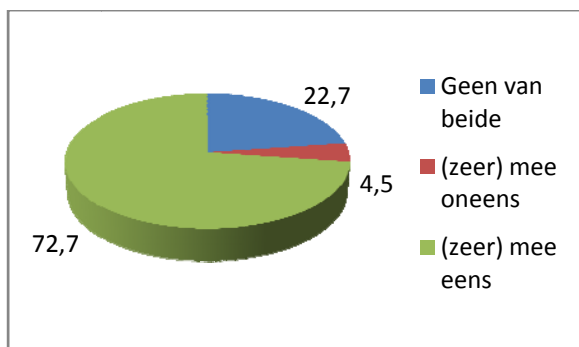
De grootste groep, met 36%, is neutraal over de feedback en een kwart van de respondenten vindt de feedback op hun meldingen niet nuttig. Van alle respondenten geeft slechts een derde aan dat ze nuttige feedback krijgen op hun meldingen.



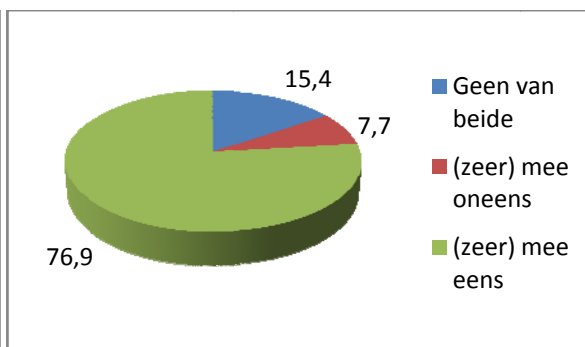
Figuur 5 Mijn leidinggevende luistert naar mijn zorgen over de situatie op de afdeling die ik uit (N=64)

Meer dan de helft van de respondenten is positief over de leidinggevende en bijna een derde reageert neutraal.

In paragraaf 4.1 was het opvallend dat de factor veiligheid als management tool van alle factoren als minst positief naar voren kwam. Opvallend is ook dat juist dit item heel erg positief lijkt te zijn. Als op afdelingsniveau gekeken wordt naar de resultaten van dit item, lijkt een aanzienlijk verschil te zijn per afdeling over de leidinggevende.

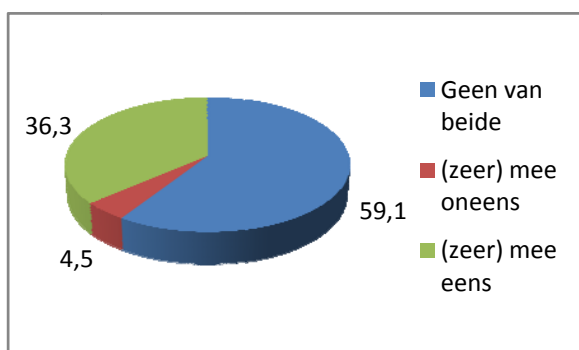


Figuur 6 afdeling B (N=22)

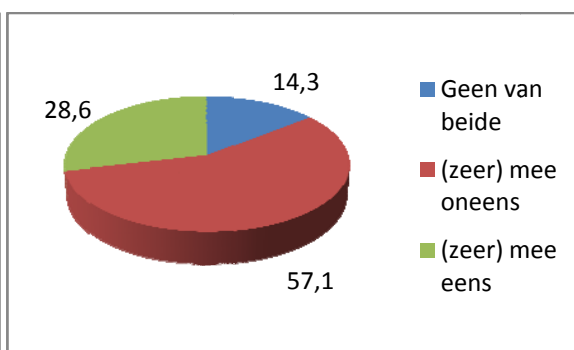


Figuur 7 afdeling D (N=13)

Op de afdelingen B en D zijn de medewerkers positief over de leidinggevende.



Figuur 8 afdeling A (N=22)



Figuur 9 afdeling C (N=7)

Op afdeling C is bijna 60% negatief, op afdeling A is bijna 60% neutraal over deze stelling.

Tussen de vier pilotafdelingen is er een aanzienlijk verschil in mening over de leidinggevende.

Interviews

Afdeling A

De leidinggevende is weinig betrokken geweest bij het VMS project, dit wordt door de leidinggevende zelf gezegd en de koplopers bevestigen dit. De leidinggevende geeft aan niet veel invloed te hebben uitgeoefend, mede omdat er een floormanager was. Echter de floormanager is niet betrokken bij het project volgens de koplopers. Daarnaast is de leidinggevende er van overtuigd dat de koplopers het project moesten uitvoeren. Volgens de koplopers is de betrokkenheid van het management minimaal en zij uitten zich erg negatief over hun leidinggevende. Ze geven daarbij aan dat de afdeling grotendeels een zelfregulerende afdeling is. De koplopers voelen zich in het diepe gegooid. Er was geen sturing of terugkoppeling van het management over de plannen voor het VMS. Illustratief is dat de leidinggevende in de veronderstelling was dat één van de koplopers gestopt was met het project, terwijl dat niet het geval is.

Afdeling B

De leidinggevende geeft aan dat veiligheid een standaard agendapunt op de afdeling is. De koplopers worden gestuurd door de leidinggevende en krijgen de tijd om aan VMS plannen te werken (één keer in de maand). De leidinggevende stimuleert veiligheidsactiviteiten en probeert het onderwerp bespreekbaar te maken. De koplopers waren erg tevreden over de wijze waarop de leidinggevende betrokken was bij het VMS en de wijze waarop zij als koplopers zijn begeleid.

Afdeling C

Volgens de koploper was er geen sturing op de afdeling. De leidinggevende van afdeling C is ook de leidinggevende op afdeling A en kon niet genoeg aanwezig zijn om afdeling C te leiden. De leidinggevende heeft geprobeerd om goed betrokken te zijn, door onder andere te helpen met het VMS plan maar daar is het ook bij gebleven. Het VMS Plan is door de koplopers in eigen tijd geschreven. De koploper geeft aan dat invloed van het diensthoofd belangrijk kan zijn. Zij verwijst naar afdeling B die 'heeft het wel goed op poten', doordat koplopers de tijd krijgen en ondersteuning van leidinggevende.

Afdeling D

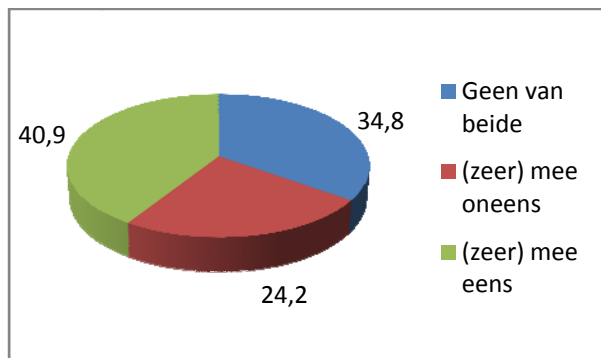
Volgens de koploper heeft de leidinggevende zelf de verantwoordelijkheid opgeëist voor het uitvoeren van het project. De Leidinggevende heeft zelf het VMS plan geschreven en bepaalde wat er ging gebeuren in het project en op welke manier.

Analyse

De afdelingen A en C hadden dezelfde leidinggevende die niet bij het VMS betrokken was, waardoor met name afdeling C stuurloos leek. Afdeling A had nog een floormanager maar die was niet betrokken bij het project. Uit de items van de cultuurmeting blijkt ook dat de medewerkers van afdeling A minder positief en afdeling C uiterst negatief over de leidinggevende zijn. Opvallend is dat op de afdelingen B en D de respondenten uiterst positief zijn over de leidinggevende. Op afdeling D had de leidinggevende de verantwoordelijkheid opgeëist voor het VMS project. Op de afdeling B lijkt de leidinggevende in de juiste mate betrokken te zijn op het gebied van veiligheid. Over alle pilotafdelingen ontstaat een divers beeld over de betrokkenheid van het management. Tegelijkertijd lijken alle koplopers zich goed bewust van het belang van een goede betrokkenheid van het management.

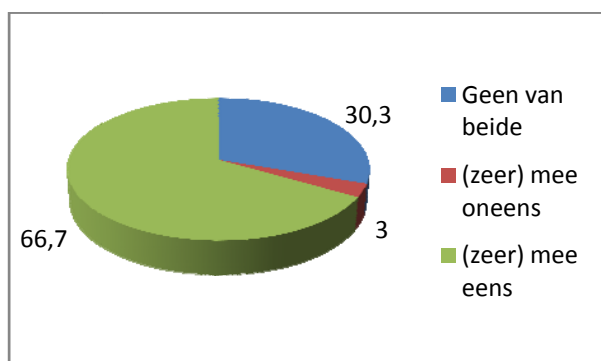
4.4. Onderzoeksvraag 3: Zijn de medewerkers van de pilotafdelingen betrokken bij de ontwikkeling en uitvoering van activiteiten van veiligheid?

De items uit de cultuurmeting die in figuur 10 en 11 zijn weergegeven geven in zekere mate weer hoe de respondenten over de veiligheid op hun afdeling denken.



Figuur 10 Mijn collega's moedigen me aan om iedere zorg over zorgveiligheid die ik heb te melden (N=66)

Ruim 40% van de respondenten is het eens met de stelling en 35% is neutraal. Ongeveer een kwart van de respondenten zegt niet te worden aangemoedigd door collega's om iedere zorg over zorgveiligheid te melden.



Figuur 11 Werken aan veiligheid op mijn afdeling geeft mij voldoening (N=66)

Twee derde van de respondenten krijgt voldoening van werken aan veiligheid op de afdeling en 30% is neutraal.

Interviews

Afdeling A

De koplopers zouden grotendeels verantwoordelijk worden voor de uitvoering van het VMS op de afdeling en dat is in zekere zin ook zo gebeurd. De koplopers hebben het VMS zelf opgezet en interventies gepland. Echter was er geen sprake van Empowerment, meer van delegeren. De complete verantwoordelijkheid is bij de koplopers neergelegd. De koplopers moesten zelf invulling geven aan het VMS. Van terugkoppeling of motivatie om aan het project te werken was geen sprake. De medewerkers op de afdeling participeren wel in de activiteiten die zijn georganiseerd voor het VMS. Toch is het draagvlak voor VMS niet groot op de afdeling. De koplopers geven zelf aan dat door de verhuizing van de afdeling halverwege het project de VMS plannen niet meer actief zijn uitgevoerd.

Afdeling B

De koplopers hebben de verantwoordelijkheid voor de implementatie van VMS en kregen ook de tijd voor de ontwikkeling daarvan. Er zijn presentaties gehouden voor de collega's van de afdeling, feedback gevraagd van collega's en ook ontvangen. De medewerkers van de afdeling krijgen de kans om hun aandeel in de afdelingsveiligheid te hebben. De koplopers pakken structureel in overleg met het personeel een probleem op het gebied van veiligheid op de afdeling aan. Met hulp van de leidinggevende en input van het personeel worden acties opgezet om de problemen aan te pakken.

Afdeling C

De koplopers zijn in het begin van het project geassisteerd door de leidinggevende maar al snel op zichzelf aangewezen. Enkele activiteiten die ze organiseerden gebeurden buiten hun eigen werktijd. De medewerkers waren niet gemotiveerd om deel te nemen in activiteiten. Er is geen terugkoppeling van de collega's geweest op de plannen die geschreven waren, waardoor al snel de plannen van VMS niet werden uitgevoerd door de koplopers zelf.

Afdeling D

Er is weinig activiteit geweest om het veiligheidsmanagementsysteem op de kaart te zetten. De leidinggevende heeft het VMS plan geschreven; alleen de koplopers hebben het doorgelezen. Er was weinig betrokkenheid van de medewerkers. Van de drie koplopers die aan het VMS zijn begonnen, zijn er twee uitgevallen. Er zijn geen vervangers aangewezen om aan het VMS te werken. De overgebleven koploper heeft wel de projectbijeenkomsten met de andere afdelingen moeten bijwonen. Daar werd de koploper aangesproken op de houding van de afdeling. De koploper gaf aan dat - doordat de leidinggevende de plannen gemaakt heeft - zijzelf en het personeel niet betrokken waren bij het project. De VMS plannen zijn gecommuniceerd naar de medewerkers van de afdeling. Alleen bij de introductie, toen de trainingen van Triaspect begonnen, is gepraat over het VMS en de cultuur verandering die moest komen. De plannen voor het VMS hebben slechts op het kantoor van de leidinggevende ter inzage gelegen.

Analyse

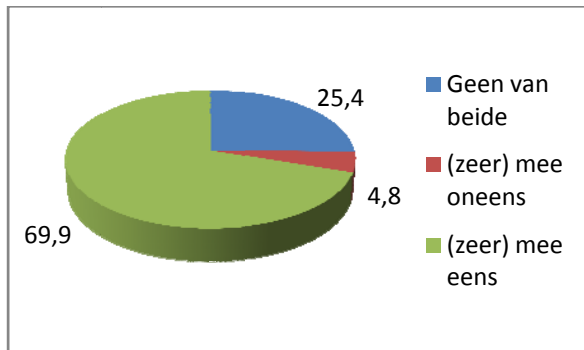
Op elke afdeling zijn twee of drie medewerkers ingezet als koploper. De koplopers waren verantwoordelijk voor de uitvoering van het VMS. Niet op elke afdeling zijn de koplopers echter actief geweest bij het ontwikkelen en uitvoeren van activiteiten van veiligheid. Op de afdeling A en B zijn de koplopers actief geweest met het VMS.

De leidinggevende van de afdeling D nam de verantwoordelijkheid voor het VMS weg bij de koplopers. Door het uitvallen van andere koplopers is de overgebleven koploper daarna ook niet meer actief geweest. Op de afdeling C waren de koplopers in eerste instantie actief maar na het wegvallen van de hulp van de leidinggevende en een gebrek aan draagvlak op de afdeling, werden er geen activiteiten meer georganiseerd. Het lijkt alsof de leidinggevende de betrokkenheid niet wenst van de koplopers.

De respondenten tonen zich enthousiast over het gebruik van koplopers met betrekking tot de betrokkenheid en inbreng van medewerkers bij VMS. De rol van koplopers is in het begin van de pilot uitgelegd en vastgelegd maar uit de resultaten van het onderzoek lijkt het niet eenduidig te zijn uitgevoerd over de afdelingen, met als gevolg dat de betrokkenheid op de werkvloer erg verschilt per afdeling. Wel heeft het onderwerp veiligheid op alle afdelingen een plek gekregen waarover gepraat wordt; in tegenstelling tot voor de pilot toen de aandacht niet op veiligheid was gevestigd.

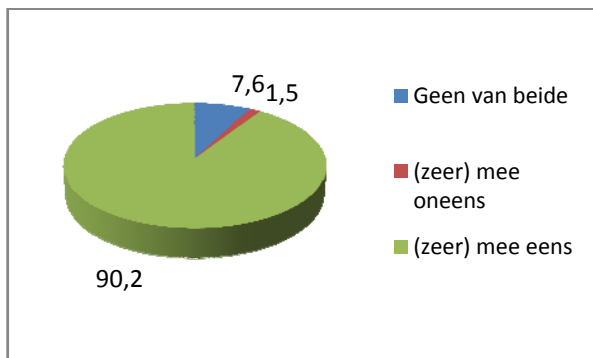
4.5. Onderzoeksvraag 4: Wordt het personeel verantwoordelijk gehouden voor de veiligheid?

In het theoretisch kader is dit onderdeel besproken als Accountability. De items in figuur 12 en 13 geven een indicatie van de verantwoordelijkheid voor veiligheid.



Figuur 12 Ik kan mijn suggesties over veiligheid vrijelijk kenbaar maken zonder hierop afgerekend te worden. (N=63)

Ruim twee derde van de respondenten is positief en slechts een kleine groep van bijna 5% is het oneens met deze stelling.



Figuur 13 Het personeel op deze afdeling voelt zich verantwoordelijk voor de patiëntveiligheid (N=66)

Over dit item antwoord 90% van de respondenten positief.

Interviews

Afdeling A

Het VMS plan was deels ingericht om de 'meldcultuur' te veranderen. Voor de pilot werden weinig tot geen incidenten gemeld. Dat lag volgens de koplopers aan het feit dat de meldingen niet behandeld werden; ook niet na aandringen. Daarnaast vonden de koplopers dat nog niet alle incidenten vrij besproken konden worden op de afdeling, zonder dat er met een vinger naar de schuldige werd gewezen. De koplopers geven aan dat incidenten inmiddels wel besproken worden op de afdeling.

Afdeling B

Incidenten werden in het begin van de pilot niet gemeld in TriasWeb. Dit mede door storingen in het programma waardoor de medewerkers minder gemotiveerd waren om in het programma een melding te plaatsen. De leidinggevende heeft samen met de koplopers deze problematiek besproken en enkele kleine interventies uitgevoerd, waardoor het onderwerp veiligheid en incident melden goed onder de aandacht kwam. Na de interventies werd het programma door iedereen gebruikt.

Afdeling C

TriasWeb had redelijk veel beperkingen in het begin van het project wat frustrerend was voor de collega's. Volgens de koploper zijn de medewerkers wel gemotiveerd om te melden in het programma maar de beperkingen van TriasWeb zorgde voor demotivatie. Ook heerste er een sfeer dat mensen geen incidenten wilden melden. De koploper vindt dat de leiding van het ziekenhuis veel energie vraagt van de koplopers en medewerkers en vindt niet dat die energie ook terug komt van de leiding van het ziekenhuis. Ze geeft aan dat er geen terugkoppeling is over het VMS op de afdelingen en dat er veel onduidelijk is over de toekomst van de afdeling. De koploper is wel positief over de ingezette verandering. Open en duidelijk over fouten praten want fouten worden nou eenmaal gemaakt. Wijzen naar anderen bij incidenten is niet meer op zijn plaats. Dat gebeurde vroeger wel; nu is daar minder sprake van.

Afdeling D

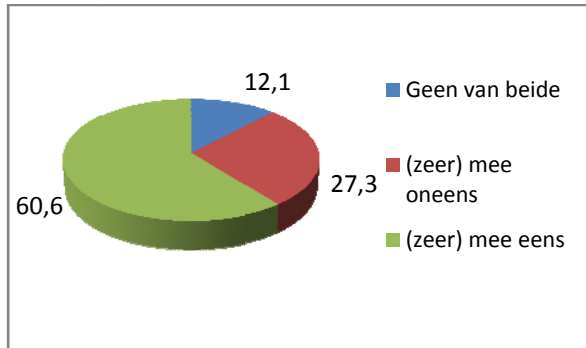
De koploper geeft aan dat het stimuleren van het melden van incidenten goed gaat: "er is wel een meldcultuur". Ze geeft echter aan dat vanuit het ziekenhuis zoveel veranderingen worden ingevoerd, dat het personeel niet geïnteresseerd was in nog een verandering. Het was moeilijk om uit te leggen dat het melden niet alleen voor de IGZ gedaan moest worden maar om verbetering in het ziekenhuis te brengen. De koploper werd tijdens de projectvergaderingen op de houding aangesproken van haar afdeling. Ze voelde zich alleen gelaten, aangezien de leidinggevende het plan had geschreven en de koploper in haar eentje het VMS moest doorzetten.

Analyse

Voor de koplopers is het vanzelfsprekend dat ze verantwoordelijk worden gehouden voor de veiligheid op hun afdeling. Bij ernstige incidenten wordt door de organisatie onderzoek gedaan en wordt gekeken wat er mis is gegaan. De medewerkers die bij een incident betrokken zijn worden opgevangen, goed toegesproken en waar nodig worden er acties ondernomen. Voor kleine incidenten is weinig tot geen aandacht. Nu worden door het VMS kleine incidenten iets meer besproken maar het is nog onduidelijk wat de kleine incidenten zijn. Ook is nog onduidelijkheid over bijna incidenten. Voor de implementatie van het VMS werden weinig tot geen incidenten gemeld, volgens de koplopers van de afdeling A omdat de meldingen niet behandeld werden; ook niet na aandringen van de medewerkers. Daarnaast vonden de koplopers dat nog niet alle incidenten vrij besproken konden worden op de afdeling, zonder dat er met een vinger naar de schuldige werd gewezen. De specialisten op de afdeling (chirurgen en anesthesisten) waren niet bij het project betrokken. Hierdoor ontstond een tweedeling in het systeem van veilig werken, waardoor de verpleegkundigen niet konden overleggen en praten over incidenten met de specialisten. Uit het meetinstrument komt heel sterk naar voren dat dit onderwerp gevoelig ligt bij de medewerkers maar ook dat er draagvlak is om de verantwoordelijkheid op te eisen. De medewerkers hebben behoefte aan duidelijkheid van het management en over de toepassing en uitwerking voor het VMS.

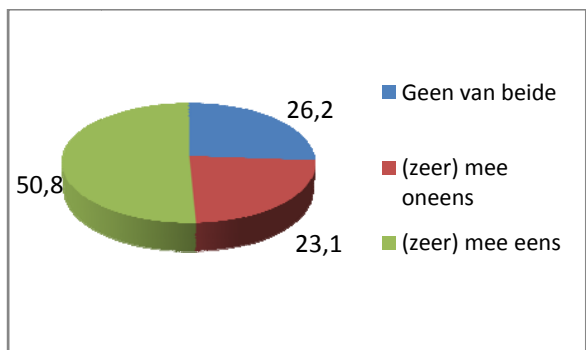
4.6. Onderzoeksvraag 5: Is het (digitale) meldsysteem operationeel?

De introductie van het VMS op de afdelingen was ook de introductie van het digitale meldsysteem. De resultaten van de cultuurmeting zijn niet van toepassing op het digitale meldsysteem. De onderstaande items geven wel een indicatie van het gebruik van een meldsysteem.



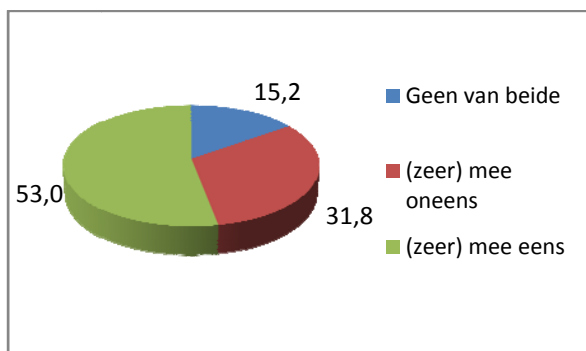
Figuur 14 Ik meld incidenten omdat het verplicht is (N=66)

27% van de respondenten is het niet eens met de stelling maar een ruime meerderheid van 60% meldt incidenten omdat het verplicht is.



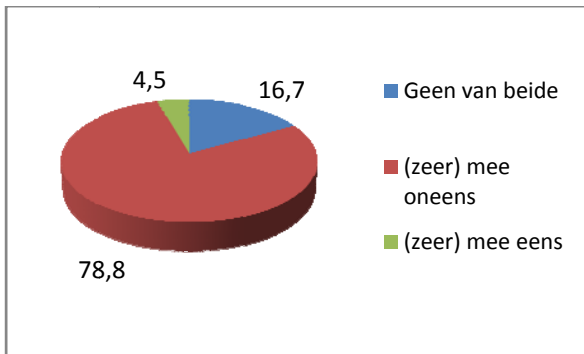
Figuur 15 Er doen zich meer incidenten voor dan er gemeld worden. (N=65)

Ongeveer de helft van de respondenten geeft aan dat meer incidenten zich voordoen dan dat er gemeld wordt en een kwart reageert neutraal.



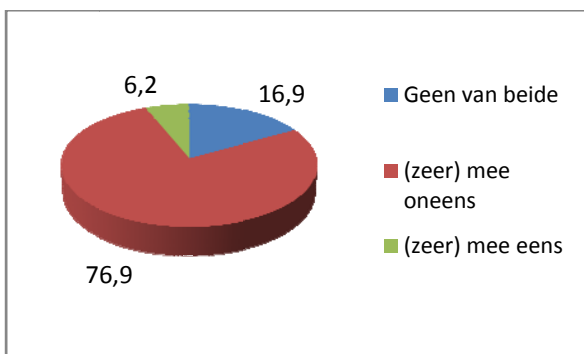
Figuur 16 Ik twijfel wel eens of een incident gemeld moet worden of niet. (N=66)

Ruim de helft twijfelt wel eens of een incident gemeld moet worden en ongeveer een derde is het oneens met de stelling.



Figuur 17 Op deze afdeling hoeft een incident alleen gemeld te worden als deze tot schade aan de patiënt heeft geleid. (N=66)

Ruim drie kwart is het oneens met deze stelling en slechts enkele respondenten zijn het eens.



Figuur 18 Ik meld geen incidenten, omdat er toch niets mee wordt gedaan. (N=65)

Ook hier is ruim drie kwart van de respondenten het niet eens over de stelling en slechts enkele respondenten zijn het hiermee wel eens.

Uit figuur 14, 15 en 16 blijkt dat de respondenten in zekere mate onzeker zijn over het melden van incidenten. Maar uit figuur 17 en 18 blijkt dat de respondenten het melden van incidenten wel serieus nemen.

Interviews

Afdeling A

Volgens de leidinggevende is het meldsysteem een goed alternatief voor de voorgaande papieren versie. Er zijn nog wel enkele problemen met het programma maar de terugkoppeling wordt volledig volgens het programma gedaan. Dat houdt in; reageren op een melding en bij ernstige meldingen meteen communiceren. De koplopers spreken dit echter tegen door aan te geven dat nog weinig sprake is van terugkoppeling op het melden van incidenten. Alle medewerkers zijn bekend met TriasWeb en kunnen een melding in het programma maken. De kennis over het programma hebben de koplopers uit laten vloeien door te experimenteren. Koplopers gaven uitleg op de werkvloer. Het programma werkte beperkend en demotiverend in het begin maar daarna werd het goed beheerst en gebruikt.

Afdeling B

TriasWeb is tijdens het werk op de afdeling ingevoerd door de koplopers. De overgang naar het digitale systeem heeft lang geduurd maar werkt uiteindelijk wel. Zowel de koplopers als de leidinggevende vinden het erg moeilijk om het belang van het systeem over te brengen op de andere medewerkers. De bereidheid om te melden is wel aanwezig, alleen in de praktijk komt dit nog niet goed tot uiting.

Afdeling C

TriasWeb is in twee ochtenden in een apart leslokaal uitgelegd. TriasWeb had redelijk veel beperkingen, wat erg frustrerend werkte voor de medewerkers. De medewerkers waren wel gemotiveerd om te melden in het programma maar beperkingen in TriasWeb zorgden voor demotivatie. Het programma wordt nu gebruikt om incidenten te melden maar ten opzichte van de papieren versie is er weinig veranderd.

Afdeling D

TriasWeb implementeren ging heel moeilijk. De applicatie werkte niet goed in het begin. Als er dan gemeld werd, werkte de applicatie niet en dat werkte demotiverend onder de medewerkers. De leidinggevende heeft vier trainingdagen gegeven over TriasWeb. Het inloggen in het programma is een probleem geweest; de medewerkers konden de inlogcodes niet onthouden. Volgens de leidinggevende wordt het systeem nu goed gebruikt.

Analyse

De invoering van TriasWeb verliep erg moeizaam, mede door gebreken in het programma zelf. Die zijn inmiddels opgelost. De leidinggevendenden geven aan dat het systeem operationeel is. Meldingen verlopen uitsluitend nog via het systeem. De terugkoppeling verloopt nog niet altijd via het systeem en volgens de koplopers nog onvoldoende. De kwaliteitsfunctionaris kan niet zeggen dat er meer meldingen binnen komen dan anders. Over heel 2008 zijn op de vier pilotafdelingen 125 incidenten gemeld. De indruk bestaat dat het gebruik van het meldsysteem nog kan worden verbeterd. Uit de cultuurmeting blijkt dat voor het personeel van de pilotafdelingen nog veel onduidelijk is over het melden van incidenten.

Hoofdstuk 5. Conclusies en discussie

In dit hoofdstuk worden de vraagstelling, deelvraag en onderzoeksvragen beantwoord en worden de belangrijkste bevindingen geconcludeerd. In de tweede paragraaf is er ruimte voor discussie en is er een kritische beschouwing over de uitvoering van het onderzoek.

Voordat de onderzoeksvragen beantwoord worden wordt eerst kort de betekenis van de resultaten van de nieuwe factoren uitgelegd. In hoofdstuk 3 zijn de onderzoeksvragen bij de deelvraag gepresenteerd. Eerst worden de vijf onderzoeksvragen beantwoord om vervolgens een antwoord te geven op de deelvraag. Aansluitend wordt de vraagstelling uit hoofdstuk 1 beantwoord.

5.1 Conclusies

Cultuurmeting

De gemiddelde scores van de cultuurmeting zijn positief. De medewerkers zijn over het algemeen positief over het functioneren van veiligheid in het ziekenhuis. De minder goede scores zijn vooral over het gebruik van veiligheid. De medewerkers zijn in mindere mate tevreden over het management met betrekking tot veiligheid. De afdeling C is in vergelijking met de andere afdeling het minst positief over de meeste factoren, dit maakt over het algemeen de gemiddelde score minder positief.

De eerste onderzoeksvraag luidde:

Is veiligheid een kernthema in de organisatie?

In de organisatie is veelvuldig aandacht geweest voor veiligheid. Dit is voor een groot deel te danken aan de opstelling van de IGZ. De aandacht voor veiligheid van de leiding van het ziekenhuis heeft echter geen gevolg gekregen. De pilotafdelingen zijn niet gestimuleerd om op korte termijn resultaten te laten zien. Ook hebben de pilotafdelingen niet de middelen gekregen om extra aandacht voor veiligheid te kunnen geven. Verder zijn de specialisten niet vanaf het begin erbij betrokken geweest. Uit de reacties van de medewerkers, koplopers en leidinggevenden lijkt dat veiligheid niet als een kernthema in de organisatie is ervaren.

De tweede onderzoeksvraag luidde:

Zijn de afdelingsmanagers van de pilotafdelingen actief op het gebied van veiligheid?

De betrokkenheid van de leidinggevenden bij het VMS is erg divers op de pilotafdelingen. Op de afdeling B heeft de leidinggevende duidelijke sturing gegeven aan het project door de koplopers de tijd te geven voor ontwikkeling en uitvoering van de plannen en door een goede terugkoppeling en begeleiding daarin. Op de afdeling D heeft de leidinggevende zelf de verantwoordelijkheid opgeëist voor het uitvoeren van het project, door bijvoorbeeld zelf het VMS plan te schrijven. Op de afdeling C heeft de leidinggevende in samenwerking met de koplopers het VMS plan opgesteld maar heeft de begeleiding van de koplopers niet doorgezet. Op de afdeling A was er helemaal geen invloed van de leidinggevende en ook geen sturing. Hieruit blijkt dat geen sprake is geweest van een eenduidige en collectieve sturing in activiteiten op het gebied van veiligheid op de pilotafdelingen.

De derde onderzoeksvraag luidde:

Zijn de medewerkers van de pilotafdelingen betrokken bij de ontwikkeling en uitvoering van activiteiten van veiligheid?

De betrokkenheid van de medewerkers bij de ontwikkeling en uitvoering van activiteiten van veiligheid is erg divers op de afdelingen. Door koplopers in te zetten op de afdelingen is het operationele niveau van VMS op de werkvloer gelegd en zijn het direct de medewerkers die de ontwikkeling en uitvoering van activiteiten op het gebied van veiligheid doen. Op alle vier de afdelingen zijn op deze manier alle medewerkers betrokken bij de invoering van VMS. Niet alle afdelingen hebben dit weten vol te houden door onder andere een beperkte begeleiding. De koplopers werden minder gemotiveerd, waardoor de betrokkenheid van de medewerkers minder groot was dan noodzakelijk is. Dit heeft geleid tot een verminderde uitvoering van activiteiten omtrent veiligheid. Op de pilotafdelingen is actief geprobeerd om alle medewerkers te betrekken bij de veiligheidsactiviteiten maar dit is niet overal goed gelukt.

De vierde onderzoeksvraag luidde:

Wordt het personeel verantwoordelijk gehouden voor de veiligheid?

Voor het personeel van de afdelingen is verantwoordelijkheid voor veiligheid vanzelfsprekend. Het personeel van de afdelingen worden ook zeker aangesproken over incidenten op de werkvloer. Onduidelijk is hoe het personeel verantwoordelijk wordt gehouden, terwijl er wel een groot draagvlak is voor verantwoordelijkheid. Er bestaat onduidelijkheid over het melden van incidenten en de terugkoppeling daarvan lijkt onvoldoende. Ook over de invulling van VMS op de afdeling is veel onduidelijkheid voor het personeel. Er ontbreekt een eenduidig beeld hoe het personeel verantwoordelijk wordt gehouden voor de veiligheid.

De vijfde onderzoeksvraag luidde:

Is het (digitale) meldsysteem operationeel?

Alle afdelingen gebruiken het digitale meldsysteem TriasWeb om incidenten te melden. De invoering van het systeem verliep niet zonder problemen; onder andere door gebreken in het systeem. Het systeem is operationeel maar de koplopers zijn nog niet tevreden over de terugkoppeling van incidenten. Incidenten worden nog niet structureel bekeken. Er is dus sprake van een operationeel digitaal meldsysteem maar de effectiviteit hiervan kan worden verbeterd.

Na deze vijf deelvragen volgt de deelvraag en die luidde:

“Hoe scoort het ziekenhuis Diaconessenhuis Meppel op de vijf componenten van Wiegmann et al.?”

Organizational Commitment

De leiding van het ziekenhuis zegt veiligheid als prioriteit te stellen maar laat niet zien welk belang een goede veiligheid heeft voor de organisatie. De leiding van het ziekenhuis etaleert een gebrek in aandacht en sturing over het onderwerp veiligheid. Ook biedt de leiding van het ziekenhuis onvoldoende middelen voor de medewerkers om aan deze veiligheid te kunnen werken.

Management Involvement

Voor het management was het niet altijd duidelijk welke rol zij moet innemen bij het VMS. Dit heeft geleid tot een divers patroon omtrent management involvement en daarmee eveneens op het operationaliseren van VMS.

Employee Empowerment

De aanstelling van koplopers op de afdeling maakt dat deze factor in eerste instantie sterk aanwezig is. Het systeem van koplopers zorgt ervoor dat de medewerkers een aandeel hebben in veiligheidsbeslissingen en de mogelijkheid hebben om veiligheidsverbeteringen te maken. Echter moet het management hier een duidelijk begeleidende rol in hebben. Aangezien dit niet op alle afdelingen het geval is geweest, is er geen goed gebruik gemaakt van de empowerment van het personeel.

Accountability

Bij het personeel heerst een groot gevoel van verantwoordelijkheid voor de veiligheid maar door veel onduidelijkheid over beleid en gebrek aan terugkoppeling van het management en leiding van het ziekenhuis naar de werkvloer, kan niet gezegd worden dat veilig gedrag gepromoot wordt of dat onveilig gedrag gecorrigeerd of voorkomen wordt. Dit is geen goed signaal naar de medewerkers toe en kan gezien worden als verbeterpunt voor het ziekenhuis.

Report system

Door de invoering van TriasWeb, hebben de afdelingen een effectief en systematisch meldsysteem om kwetsbare en zwakke punten te identificeren. Het gebruik van systeem brengt soms nog onduidelijkheden met zich mee. Hierdoor is de werking van dit systeem nog niet effectief genoeg.

Aanvullende conclusies

Na de beantwoording van de deelvraag en onderzoeksvragen zijn enkele inzichten ontstaan over de componenten van veiligheidscultuur op de afdelingen.

Employee Empowerment

De afdelingen A en C hadden dezelfde leidinggevende die weinig betrokken was bij het VMS. Op afdeling A waren drie koplopers actief en op afdeling C waren dat er twee. Op afdeling A heeft het VMS plan meer vorm gekregen dan op afdeling C. Ondanks een gebrek aan management involvement op deze afdelingen hebben de koplopers van afdeling A het VMS goed vorm kunnen geven. Een sterke employee empowerment heeft aanzienlijk bijgedragen aan de vormgeving van het VMS. Alhoewel in dit geval niet zozeer van empowerment gesproken kan worden maar meer van employee power omdat de koplopers zelf de initiatieven hebben genomen.

Management Involvement

Op afdeling D heeft de leidinggevende de verantwoordelijkheid voor het VMS opgeëist. Een gevolg was dat de medewerkers van de afdeling weinig betrokken waren bij het VMS. Na het uitvallen van twee koplopers zijn geen nieuwe koplopers betrokken. De overgebleven koploper was niet gemotiveerd om alleen actief aan het VMS te werken. In contrast met afdeling D staat afdeling B, waar de koplopers wel actief het VMS vorm hebben gegeven. De leidinggevende van deze afdeling heeft de koplopers ruimte gegeven om het VMS te ontwikkelen en uit te voeren. De leidinggevende heeft daarbij de koplopers geassisteerd in de ontwikkeling en gestuurd waar dat nodig was. De invloed van een leidinggevende lijkt sterk bepalend te zijn op het functioneren van het VMS.

Top down vs Bottom up

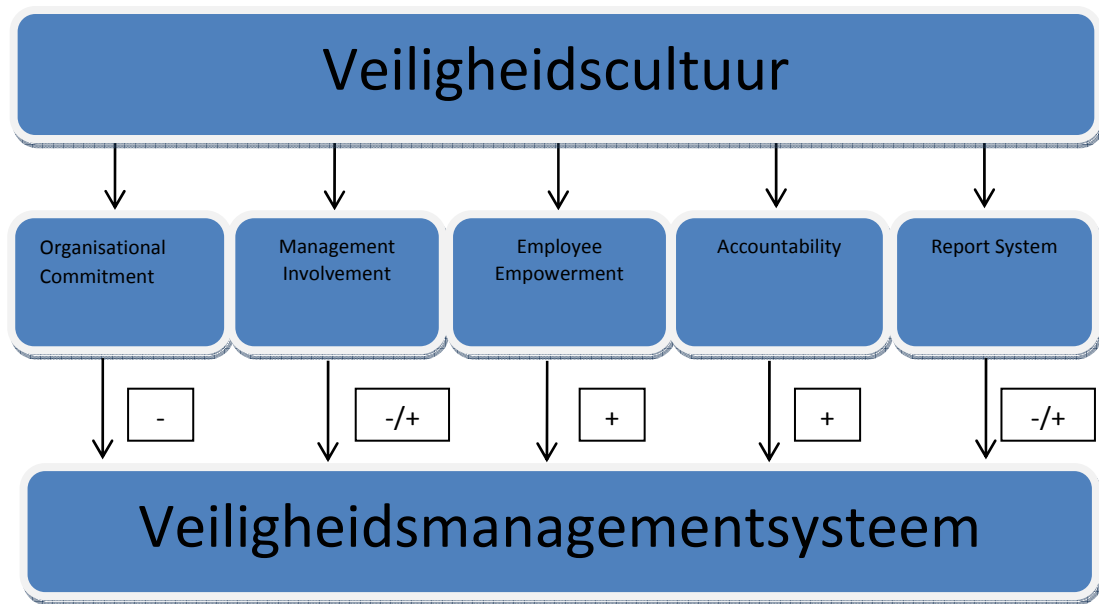
De resultaten van de cultuurmeting geven een positief beeld van hoe de medewerkers de veiligheidsituatie ervaren op hun afdeling en in het ziekenhuis. Ook uit de interviews blijkt dat over het algemeen een hoge mate van motivatie is onder de koplopers om de veiligheid op de afdeling te verbeteren. Ook het verantwoordelijkheidsgevoel komt sterk naar voren uit de interviews. Uit de cultuurmeting antwoordde 90% positief op de vraag naar het verantwoordelijkheidsgevoel van de collega's op de afdelingen. Deze attributen lijken een sterke indicatie te zijn van het potentieel van de medewerkers van het ziekenhuis. De initiatieven en activiteiten omtrent het VMS komen voornamelijk van het personeel en niet vanuit de leiding van het ziekenhuis.

De vraagstelling luidde:

“In hoeverre is de veiligheidscultuur van ziekenhuis Diaconessenhuis Meppel van invloed op het functioneren van het veiligheidsmanagementsysteem?”

Uit de literatuur, kwalitatieve en kwantitatieve gegevens komt naar voren dat het spreken over één veiligheidscultuur voor een organisatie erg lastig is. Op elke afdeling heerst een ander soort veiligheidscultuur; door de invloed die het management heeft en de betrokkenheid die zij toont. Daarnaast kan de samenstelling van het personeel op een afdeling erg bepalend zijn voor de cultuur. Een cultuur ontstaat op een bepaalde plek en het is de leiding van de organisatie die daar de meeste invloed op kan uitoefenen. Het hoogste niveau van de organisatie bepaalt het beleid voor het ziekenhuis en moet daardoor ook sturing geven aan de veiligheidscultuur die zij wil bereiken.

Als naar de resultaten van de componenten van veiligheidscultuur van het Diaconessenhuis Meppel wordt gekeken kan geconcludeerd worden dat deze een sterke invloed hebben gehad op het functioneren van het VMS op de pilotafdelingen. In het Diaconessenhuis Meppel is de commitment aan veiligheid van de organisatie niet overtuigend aanwezig noch zichtbaar. Het management wordt niet goed aangestuurd en gestimuleerd om het VMS tot een succes op de afdeling te brengen. Doordat het management niet goed is aangestuurd en gestimuleerd werd het VMS niet als een belangrijk onderdeel voor het ziekenhuis gezien en werd het VMS op verschillende wijze uitgevoerd op de afdelingen. Ook de medewerkers op de afdelingen hebben niet het gevoel gekregen dat het VMS een dringende zaak in de organisatie is. De sterke punten van de veiligheidscultuur van het Diaconessenhuis Meppel zijn op de werkvloer te vinden. Er heerst een sterk verantwoordelijkheidsgevoel onder de medewerkers van de pilotafdelingen. Deze verantwoordelijkheid is van grote invloed geweest op het positief functioneren van het VMS op de pilotafdelingen. Echter zonder de steun van het management en de hele organisatie kan ook die groep van medewerkers niet het VMS tot een succes volbrengen. In figuur 19 is schematisch weer gegeven hoe voor het Diaconessenhuis Meppel de componenten van veiligheidscultuur positief dan wel negatief van invloed zijn op het functioneren van het veiligheidsmanagementsysteem.



Figuur 19 invloed van Veiligheidscultuur op het Veiligheidsmanagementsysteem in het Diaconessenhuis Meppel

In het Diaconessenhuis Meppel speelt veiligheidscultuur een belangrijke rol in het functioneren van het VMS. De veiligheidscultuur heeft tijdens de pilot van VMS niet altijd positief gewerkt. Door de veiligheidscultuur in de vorm van componenten te onderzoeken zijn punten van verbetering geïdentificeerd. Bij het implementeren hiervan kan het ziekenhuis een meer effectief VMS realiseren.

5.2 Discussie

In deze paragraaf is er ruimte voor discussie over het onderzoeksverslag. Eerst worden de belangrijkste resultaten besproken en vervolgens wordt het theoretisch kader geëvalueerd. Verder worden onderdelen van de methoden van onderzoek bekritiseerd en implicaties voor vervolgonderzoek besproken.

Belangrijkste resultaten

Het Diaconessenhuis Meppel maakt al enige tijd een roerige periode door; het verscherpte toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, de slechte publiciteit die daarbij kwam kijken, de problemen met de maatschappen en een aankomende reorganisatie. Het kwaliteitsprobleem van veiligheid was daar onderdeel van. In de organisatie werd dit probleem niet gezien als eerste prioriteit. Het gebrek in aandacht voor veiligheid is begrijpelijk maar het mag geen excuus zijn. De veiligheid van zowel patiënt als medewerker is erg belangrijk en moet niet onderschat worden. Overigens betekent het gebrek aan commitment van de organisatie niet dat de organisatie of de cultuur onveilig is; Het betekent dat de kans op incidenten kan groter zijn dan in organisaties waar wel duidelijk een commitment aan veiligheid is. In het follow-up rapport van de IGZ over het Diaconessenhuis Meppel werd geschreven, naar aanleiding van cultuuronderzoek door een extern bureau, dat de veiligheidscultuur niet als veilig werd ervaren. Uit de secundaire analyse van de cultuurmeting zijn andere conclusies op te maken dan dat de cultuur als niet veilig wordt ervaren. Als naar de gemiddelde score van de cultuurmeting wordt gekeken, wordt op basis van hetzelfde materiaal, de veiligheidscultuur door de medewerkers als positief ervaren. Dit gezegd kan men zich afvragen hoe het IGZ deze conclusie heeft kunnen opnemen in het follow-up rapport. Uit dit onderzoek blijkt dat op alle niveaus in de organisatie ruimte voor verbetering is maar van een onveilige cultuur wordt niet gesproken.

De mate van management involvement is op de meeste afdelingen een direct gevolg van een beperkte commitment. Verrassend is om te zien hoe de leidinggevende van een van de afdelingen een goede mate van involvement weet te bieden. Nog verrassender is dat op een afdeling waar het ontbreekt aan sturing van het management, de medewerkers het heft in eigen handen nemen wat betreft het VMS. Ook al zijn de activiteiten enige tijd gestaakt is het desondanks interessant.

Theoretisch kader

De veiligheidscultuur is in dit onderzoek een samenstelling van de beschreven componenten. Een afdeling of een groep mensen zal zelf moeten afstemmen in welke mate de componenten gebruikt worden. Voor dit onderzoek zijn de componenten geschikt om een beeld te krijgen van de veiligheidscultuur van het Diaconessenhuis Meppel. Voor meer detail van een veiligheidscultuur zullen de componenten uitgediept moeten worden. De theorie over veiligheidscultuur is een snel ontwikkelende wetenschap. De theorie waarop het theoretisch kader is gebaseerd is alweer verder ontwikkeld. Inmiddels zijn er nieuwe onderzoeksverslagen die de vijf componenten hebben opgedeeld.

De factoren van de aangepaste cultuurmeting van Triaspect heeft raakvlakken met de 5 componenten van Wiegmann et al. (2004). Hoewel de factoren van de cultuurmeting beperkingen hebben, kan het wel gebruikt worden voor het meten van veiligheidscultuur, hetzij in beperkte mate. Factoren zijn te benoemen in de richting van de betrokkenheid van het management en de hele

organisatie. Ook de medewerkers en het meldsysteem worden betrokken in de factoren van de cultuurmeting. Een toevoeging aan het huidige idee van veiligheidscultuur kan zijn het imago dat het heeft onder de medewerkers. Op basis van de cultuurmeting van Triaspect, zou het ziekenhuis de eerste aandacht op de invloed van het management van de organisatie moeten richten. Deze factoren hebben de minst goede resultaten. Daarnaast zou het ziekenhuis meer blijik van waardering aan de medewerkers moeten laten zien.

De cultuurmeting van triaspect zou voor verder gebruik wel herzien moeten worden, zodat het in bredere omvang de veiligheidscultuur kan onderzoeken. Ook is het belangrijk dat voor de cultuurmeting plaatsvindt, duidelijk wordt gemaakt wat precies bedoeld wordt met veiligheidscultuur. De vragen zullen wellicht aangepast moeten worden, zodat ook het management en de specialisten onderdeel kunnen zijn van de cultuurmeting.

Kritische beschouwing uitvoering onderzoek

Door het ontbreken van een tweede cultuurmeting zijn er geen kwantitatieve gegevens over het effect van het VMS op de veiligheidscultuur. De gegevens over het functioneren van het VMS is gebaseerd op de interviews met de leidinggevenden en koplopers van de pilotafdelingen. Doordat er geen vergelijkingsmateriaal is van de cultuurmeting, kan geen verbetering geconstateerd worden op verschillende onderdelen van de cultuurmeting.

De leidinggevende van de afdeling A en C is in het begin stadium van dit onderzoek vertrokken bij het Diaconessenhuis Meppel. Ondanks dat de onderzoeksopzet en het theoretisch kader nog niet duidelijk was op dat moment, is deze leidinggevende geïnterviewd, omdat het wel essentieel was om alle leidinggevenden van de pilotafdelingen te betrekken bij dit onderzoek. Voor dit onderzoek betekende dat dit interview op een andere wijze heeft plaats gevonden dan de andere interviews en dat niet alle onderwerpen aan bod hebben kunnen komen.

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van bestaande data die een secundaire analyse heeft ondergaan. Een secundaire analyse heeft een aantal nadelen ten opzichte van het verkrijgen van nieuwe informatie. 't Hart & Boeije (2005) schrijven hierover: "de verzamelde data is meestal met een ander doel verzameld dan waarvoor hergebruik wordt overwogen. De hergebruiker is gebonden aan de oorspronkelijke keuze van eenheden, variabelen en waarden"(p.308). Met betrekking tot dit onderzoek is de data verzameld met hetzelfde doel als waarvoor het hergebruikt is. De verzamelde data was een cultuurmeting, die informatie moest geven over de veiligheidscultuur. De veiligheidscultuur van de cultuurmeting werd duidelijk anders gedefinieerd dan in dit onderzoek. Dat is een beperking, omdat andere factoren worden benadrukt dan waarvoor de theorie gebruikt is. Een andere beperking voor dit onderzoek is de formulering van de vragen uit de cultuurmeting. De formulering van de vragen is niet altijd duidelijk en kan door de respondenten op verschillende manieren geïnterpreteerd zijn.

Het lage aantal respondenten van afdeling C (8) is een redelijke beperking voor het onderzoek. De spreiding van de antwoorden waren groter en extremer dan de andere afdelingen. De data voor deze afdeling is toch wel gebruikt, omdat de resultaten van de cultuurmeting redelijk overeenkwamen met de bevindingen uit de interviews. Los van de respons, kan worden afgevraagd of snijdende afdelingen zoals de SEH en de OK vergeleken kunnen worden met verplegende afdelingen.

Het soort handelingen kunnen aanzienlijk verschillen ten opzichte van verplegende afdelingen. Wellicht is het beter om dit soort afdelingen te vergelijken met dezelfde soort afdelingen in andere ziekenhuizen.

Implicaties voor vervolgonderzoek

Voor een vervolg onderzoek is het aan te bevelen om zelf de kwantitatieve gegevens te verzamelen. Daardoor is er meer controle op de kwaliteit van de data. In dit onderzoek zijn de medewerkers van de afdelingen de basis voor het onderzoek geweest. Uit de resultaten van het onderzoek blijkt het belang en de invloed van het management van de organisatie. Voor een vervolgonderzoek is het aan te bevelen om ook dit management mee te nemen in het verzamelen van data. Ook zou het erg interessant zijn om te zien of een ziekenhuis dat ook in de kinderschoenen staat met het VMS dezelfde soort resultaten krijgt.

Literatuurlijst

- Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations (ACSNI). (1993). *Human Factors Study Group Third Report: Organizing for Safety*. London: HMSO.
- Bruijne, M.C. de., Zegers, M., Hoonhout, L.H.F. & Wagner, C. (2007). *Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen: dossieronderzoek van ziekenhuisopnames in 2004*. Amsterdam: , Utrecht: EMGO Instituut, NIVEL.
- Centers for Disease Control and Prevention (National Center for Health Statistics)(1999). Births and Deaths: Preliminary Data for 1998. *National Vital Statistics Reports*. 47 (25):6.
- Colla, J.B., Bracken, A.C., Kinney, L.M., & Weeks, W.B. (2005). Measuring patient safety climate: a review of surveys, *Quality and Safety in Health Care*, 14, 364 – 366.
- Cooper, M.D. (2000). Towards a model of safety culture, *Safety Science*, 36, 111 - 136.
- Cox, S. & Flin, R. (1998). Safety culture: Philosophers' stone or man of straw? *Work and Stress*. 12 (3), 189-201.
- Coyle, I.R., Sleeman, S.D. & Adams, N. (1995). Safety climate. *Journal of Safety Research*. 26 (4), 247-254.
- Dedobbeleer, N. & Béland, F. (1991). A safety climate measure for construction sites, *Journal of Safety Research*, 22, 97 - 103.
- Eiff, G.M. (1998) Organizational culture and its effect on safety. *Presented on the 12th Symposium on Human Factors in Aviation Maintenance*, 143-161
- Eiff, G.M. (1999). Organizational safety culture. *Proceedings of the 10th International Symposium on Aviation Psychology* (pp. 1-14). Columbus, OH: Department of Aviation.
- Fernández-Muniz, B., Montes-Peón, J.M. & Vázquez-Ordás, C.J. (2007). Safety culture Analysis of the causal relationships between its key dimensions, *Journal of Safety Research*, 38, 627-641.
- Flin, R., Mearns, K., O'Connor, P., & Bryden, R. (2000). Measuring safety climate: Identifying the common features. *Safety Science*, 34, 177-192.
- Guldenmund, F.W. (2000). The nature of safety culture, a review of theory and research, *Safety Science*, 34, 215 - 257.
- Hale, A. (2005). Veiligheidsmanagement: wat weten we zeker? *Presentatie Congres Nederlandse Vereniging voor Veiligheidskunde (NVVK)*.
- Helmreich, J.L. (2000). On error management: lessons from aviation. *British Medical Journal*, 320; 781-785.
- Hofstede, G. (1994). *Cultures and Organizational: Intercultural Co-operation and its Importance for Survival*. London: Harper Collins.

INSAG (1988). Basic safety principles for nuclear power plants (Safety Series No 75- INSAG-3). International Nuclear Safety Advisory Group, International Atomic Energy Agency, Vienna.

Inspectie voor de Gezondheidszorg (2006). *Rapport naar aanleiding van het Onderzoek naar de organisatie en kwaliteit van het medisch specialistisch functioneren in het Diaconessenhuis te Meppel.*

Institute of Medicine (1999). *To Err Is Human: Building a Safer Health System.* Washington, DC: National Academies Press.

Leape, L.L. (2008). Error in Medicine. In M.G. Caty, P.L. Glick & M.A. Levitt (Eds.), *Complications in Pediatric Surgery* (pp.3 – 12). New York: Informa Healthcare.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2007). *Veiligheidsprogramma, voorkom schade, werk veilig.*⁷

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2008). Plan van aanpak veiligheidsprogramma.

National Patient Safety Agency (2004). *Seven steps to patient safety.*

Nieva, V. F., Sorra, j. (2003). Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations, *Quality and Safety in Health Care*, 12, (2) ii17–ii23.

Reason, J. (1998). Achieving a safe culture, theory and practice, *Work & Stress*, 12 (3), 293 - 306.

Singer, S.J., Gaba, D.M., Geppert, J.J., Sinaiko, A.D., Howard, S.K. & Park, K.C. (2003). The culture of safety results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. *Quality and Safety in Health Care*, 12, 112-118.

Scott, T., Mannion, R., Davies, H. & Marschall, M. (2003), The Quantitative Measurement of organizational culture in health care: a review of the available instruments, *Health Services Research*, 38 (3), 923 - 945.

Smits, M., Christiaans-Dingelhoff, I., Wagner, C., Wal, G. van der. & Groenewegen, P. (2007) De validiteit van COMPaZ: Een vergelijking tussen een Nederlandse en Amerikaanse vragenlijst naar Patiëntveiligheidscultuur in ziekenhuizen. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 85 (2), 105-114.

Hart, H. 't, Boeije, H.R. & Hox, J.J. (2005). *Onderzoeksmethoden* (7e geheel herziene druk). Amsterdam: Boom.

Triaspect (2007). Handleiding voor koplopers.

Wachter, R.M. (2004). The end of the beginning: patient safety five years after 'To Err Is Human'. *Health Affairs*, W4, 534-545.

⁷ Het veiligheidsprogramma is een samenwerking tussen de Nederlandse Vereniging van ziekenhuizen, Orde van Medisch Specialisten, het Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging, Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland, de Nederlandse Federatie van Universitair Nederlandse Centra, de Inspectie voor de Gezondheidszorg en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (De NVZ, de Orde, het LEVV, de V&VN en de NFU hebben met VWS en de IGZ)

Wiegmann, D.A., Thaden, T.L. von., Mitchell, A.A., Sharma, G. & Zhang, H. (2003). Development and Initial Validation of a safety culture survey for commercial aviation. *Technical Report*, Federal Aviation Administration, Atlantic City, NJ.

Wiegmann, D.A., Zhang, H., Thaden, T.L. von, Sharma, G. & Mitchell-Gibbons, A.A. (2004). Safety Culture: an Integrative Review. *The International Journal of Aviation Psychology*, 12(2), 117 - 134.

Wiegmann, D.A., Thaden, T.L. von. & Mitchell-Gibbons, A.A. (2007) A review of safety culture theory and its potential application to traffic safety. *AAA Foundation for Traffic Safety*, 113-129.

Willems, R. (2004). *Hier werk je veilig of je werkt hier niet*. Eindrapportage Shell Nederland voor Sneller Beter, Den Haag.

Yin, R.K. (2009). *Case study research: design and methods*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.

Bijlage 1

De originele vragenlijst van de cultuurmeting van Triaspect. Achter de items staan nummers. Deze nummers geven aan in welke nieuwe factor de items zijn geplaatst. De lijst met nieuwe factoren is onder de originele vragenlijst geplaatst.

A. Status veiligheid	F
1. De aard van de veiligheidscultuur op mijn afdeling is reactief en bureaucratisch	
2. Veiligheid verdient op mijn afdeling de hoogste prioriteit	4
3. De veiligheidssituatie op mijn afdeling is goed te noemen	1
4. De veiligheidssituatie in het hele ziekenhuis is volgens mij goed te noemen	2
5. Ik zou mezelf als patiënt op mijn afdeling veilig voelen	2
6. Ik zou mezelf als patiënt in het gehele ziekenhuis veilig voelen	2
B. Bespreekbaarheid en Openheid	
7. Ik krijg nuttige feedback op mijn meldingen	3
8. Veiligheid wordt op deze afdeling regelmatig benoemd als een belangrijke prioriteit	1
9. Ik kan mijn suggesties over veiligheid vrijelijk kenbaar maken zonder hierop afgerekend te worden	1
10. Ik vind dat er voldoende tussen afdelingen gecommuniceerd wordt over veiligheid en risico's	
C. Melden stimuleren	
11. Mijn leidinggevende luistert naar mijn zorgen over de situatie op de afdeling die ik uit	1
12. Ik voel me gesteund door onze procedures en systemen om veilig te werken	3
13. Alle disciplines op mijn afdeling dragen in gelijke mate bij aan veiligheid	
14. Het management lijkt alleen geïnteresseerd in veiligheid als zich een incident met schade voordoet(n)	1
15. Ik meld incidenten omdat het verplicht is (n)	
16. Werken aan veiligheid op mijn afdeling geeft mij voldoening	3
D. Aanspreken en verantwoordelijkheid	
17. Mijn collega's moedigen me aan om iedere zorg over zorgveiligheid die ik heb te melden	3
18. Mijn collega's voor aanvang van de dienst goed informeren (verpleegkundige overdracht) is een belangrijk onderdeel van zorgveiligheid	
19. Het personeel op deze afdeling voelt zich verantwoordelijk voor de zorgveiligheid	4
20. Ik voel me vrij het handelen van collega's met meer bevoegdheden ter discussie te stellen	3
E. Leren van melden	
21. De cultuur op deze afdeling is zodanig dat we leren van de fouten van anderen en van onszelf	4
22. Nadat verbeteracties zijn uitgevoerd wordt hun effectiviteit geëvalueerd	1
F. Melden in de praktijk 1	
23. Het personeel is vertrouwd met de procedure voor het melden van incidenten	6
24. Op deze afdeling bepaalt de leidinggevende of een incident gemeld moet worden of niet (n)	6
25. Alle vergissingen die worden gemeld, worden met de patiënt besproken	
26. Er doen zich meer incidenten voor dan er gemeld worden	
27. Op deze afdeling wordt het melden van incidenten gestimuleerd	6
28. Op deze afdeling zijn patiënten doorgaans goed geïnformeerd	
29. Op deze afdeling hoeft een incident alleen gemeld te worden als deze tot schade aan de patiënt heeft geleid (n)	
30. Een melder krijgt zo weinig of zo laat feedback op een melding, dat men niet gemotiveerd is om te melden (n)	

G. Melden in de praktijk 2		
31. Ik meld vooral in de hoop dat er iets verandert (n)		
32. Ik twijfel wel eens of een incident gemeld moet worden of niet (n)		
33. Ik meld geen incidenten, omdat er toch niets mee wordt gedaan (n)		5
34. De tijd die het invullen van een meldingsformulier kost, is van invloed op mijn keuze of ik wel of niet meld (n)		
35. Bij de beslissing of ik een incident meld, houd ik er rekening mee welke personen lid zijn van de meldingscommissie (n)		5
36. Ik meld geen incidenten omdat de meldingscommissie te ver van de werkvloer afstaat (n)		5

De nieuwe factorstructuur volgens de analyse uit SPSS, met de benamingen.

Factor 1: Veiligheid als management tool	
1. De veiligheidssituatie op mijn afdeling is goed te noemen	
2. Veiligheid wordt op deze afdeling regelmatig benoemd als een belangrijke prioriteit	
3. Ik kan mijn suggesties over veiligheid vrijelijk kenbaar maken zonder hierop afgerekend te worden	
4. Mijn leidinggevende luistert naar mijn zorgen over de situatie op de afdeling die ik uit	
5. Het management lijkt alleen geïnteresseerd in veiligheid als zich een incident met schade voordoet (n)	
6. Nadat verbeteracties zijn uitgevoerd wordt hun effectiviteit geëvalueerd	
Factor 2: Imago van veiligheid	
7. De veiligheidssituatie in het hele ziekenhuis is volgens mij goed te noemen	
8. Ik zou mezelf als patiënt in het gehele ziekenhuis veilig voelen	
9. Ik zou mezelf als patiënt op mijn afdeling veilig voelen	
Factor 3: veiligheid als onderdeel van het dagelijks handelen	
10. Ik krijg nuttige feedback op mijn meldingen	
11. Werken aan veiligheid op mijn afdeling geeft mij voldoening	
12. Mijn collega's moedigen me aan om iedere zorg over zorgveiligheid die ik heb te melden	
13. Ik voel me vrij het handelen van collega's met meer bevoegdheden ter discussie te stellen	
14. Ik voel me gesteund door onze procedures en systemen om veilig te werken	
Factor 4: Accountability	
15. Veiligheid verdient op mijn afdeling de hoogste prioriteit	
16. Het personeel op deze afdeling voelt zich verantwoordelijk voor de zorgveiligheid	
17. De cultuur op deze afdeling is zodanig dat we leren van de fouten van anderen en van onszelf	
Factor 5: Bedrijfscultuur	
18. Ik meld geen incidenten, omdat er toch niets mee wordt gedaan	
19. De tijd die het invullen van een meldingsformulier kost, is van invloed op mijn keuze of ik wel of niet meld	
20. Bij de beslissing of ik een incident meld, houd ik er rekening mee welke personen lid zijn van de meldingscommissie	
21. Ik meld geen incidenten omdat de meldingscommissie te ver van de werkvloer afstaat	
Factor 6: Procedure en veiligheid	
22. Het personeel is vertrouwd met de procedure voor het melden van incidenten	
23. Op deze afdeling bepaalt de leidinggevende of een incident gemeld moet worden of niet	
24. Op deze afdeling wordt het melden van incidenten gestimuleerd	

Bijlage 2

In deze bijlage staat de originele cultuurmeting zoals deze is overhandigd aan de respondenten van de pilotafdelingen. Helaas is hier geen digitale versie meer van, vandaar dat op de volgende pagina een gescande versie van de cultuurmeting staat.

Meppel, 7 maart 2007

Beste collega,

U ontvangt hierbij van uw leidinggevende de uitnodiging om deel te nemen aan een schriftelijk onderzoek rondom veiligheid.

Sinds februari dit jaar is DIAC Meppel gestart met het invoeren van het invoeren van een veiligheidmanagementsysteem (VMS). Het project is geïnitieerd door de Raad van Bestuur. Het adviesbureau TRIAS-Consult verzorgt de externe begeleiding. Jouw afdeling neemt als een van de vier pilotafdelingen deel aan de eerste fase van dit project.

Om een goed inzicht te krijgen in de huidige stand van zaken is besloten een vragenlijst af te nemen op de vier pilotafdelingen. Deze vragenlijst heeft als doel informatie te verzamelen die als vertrekpunt kan dienen bij een nader te plannen startbijeenkomst en daaropvolgende workshops. Daarnaast wordt deze meting nogmaals herhaald bij afronding van het project om de voortgang en effectiviteit te meten.

Het duurt ongeveer 5 - 10 minuten om de vragenlijst in te vullen. Graag ontvangen wij de vragenlijsten uiterlijk **vóór 20 maart retour** ter attentie van **Henk Vonk, kwaliteitsfunctionaris**. Aanspreekpunt voor vragen rondom de inhoud en procedure is de heer H. Vonk. De resultaten van dit onderzoek worden **volledig anoniem** verwerkt door TRIAS-Consult.

Hartelijk voor uw deelname!

Met vriendelijke groet,

Raad van Bestuur

Geachte deelnemer,

In deze vragenlijst wordt uw mening gevraagd over onderwerpen over (patiënt-)veiligheid op het gebied van de zorgverlening en het melden van incidenten in uw ziekenhuis en op uw afdeling. Het invullen zal circa 5 tot 10 minuten in beslag nemen.

Bij het invullen van deze vragenlijst, dient u "uw afdeling" te interpreteren als het werkgebied, de afdeling of de werkeenheid van het ziekenhuis waar u het grootste deel van uw werktijd doorbrengt of het grootste deel van uw klinische werkzaamheden verricht.

- Een "incident" wordt gedefinieerd als: een onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de patiënt heeft geleid, had kunnen leiden of (nog) kan leiden.
- Onder onbedoelde gebeurtenis wordt hier mede begrepen: (om het even welk soort) vergissing, fout, ongeval/ongeluk of afwijking.
- 'Patiëntveiligheid' wordt gedefinieerd als: het (nagenoeg) ontbreken van (de kans op) aan de patiënt toegebrachte schade (lichamelijk/psychisch) die is ontstaan door het niet volgens de professionele standaard handelen van hulpverleners en/of door tekortkoming van het zorgsysteem.

Geef aan in welke mate u het eens of oneens bent met de volgende stellingen over uw afdeling. Geef uw antwoord door per stelling één vierkantje aan te kruisen.

Denk aan uw afdeling in dit ziekenhuis...	Ze mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Ze mee eens
• De aard van de veiligheidscultuur op mijn afdeling is reactief en bureaucratisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Veiligheid verdient op mijn afdeling de hoogste prioriteit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• de veiligheids situatie op mijn afdeling is goed te noemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• De veiligheids situatie in het hele ziekenhuis is volgens jou is goed te noemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ik zou mijzelf als patiënt op mijn afdeling veilig voelen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ik zou mijzelf als patiënt in het gehele ziekenhuis veilig voelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ik krijg nuttige feedback op mijn meldingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Veiligheid wordt op deze afdeling regelmatig benoemd als een belangrijke prioriteit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ik kan mijn suggesties over veiligheid vrijelijk kenbaar maken zonder hierop afgerekend te worden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ik vind dat er voldoende tussen afdelingen gecommuniceerd wordt over veiligheid en risico's	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Mijn leidinggevende luistert naar mijn zorgen over de situatie op de afdeling die ik uit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ik voel me gesteund door onze procedures en systemen om veilig te werken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Denk aan uw afdeling in dit ziekenhuis...

	Zeer mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Zeer mee eens
• Alle disciplines op mijn afdeling dragen in gelijke mate bij aan veiligheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Het management lijkt alleen geïnteresseerd in veiligheid als zich een incident met schade voordoet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ik meld incidenten omdat dit verplicht is ^{2.1.2021 v.1.1}	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Werken aan veiligheid op mijn afdeling geeft mij voldoening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Mijn collega's moedigen me aan om iedere zorg over patiëntveiligheid die ik heb te melden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Mijn collega's voor aanvang van de dienst goed informeren (verpleegkundige overdracht) is een belangrijk onderdeel van patiëntveiligheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Het personeel op deze afdeling voelt zich verantwoordelijk voor de patiëntveiligheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ik voel me vrij het handelen van collega's met meer bevoegdheden ter discussie te stellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• De cultuur op deze afdeling is zodanig dat we leren van de fouten van anderen en van onszelf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Nadat verbeteracties zijn uitgevoerd wordt hun effectiviteit geëvalueerd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In het volgende deel wordt nader ingegaan op uw mening over en uw ervaring met incidenten en meldingen. Geef uw antwoord door een rondje aan te kruisen.

	Zeer mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Zeer mee eens
Denk aan uw afdeling in dit ziekenhuis...					
• Het personeel is vertrouwd met de procedure voor het melden van incidenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Op deze afdeling bepaalt de leidinggevende of een incident gemeld moet worden of niet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Alle vergissingen die worden gemeld, worden met de patiënt besproken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Er doen zich meer incidenten voor dan er gemeld worden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Op deze afdeling wordt het melden van incidenten gestimuleerd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Op deze afdeling zijn patiënten doorgaans goed geïnformeerd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Op deze afdeling hoeft een incident alleen gemeld te worden als deze tot schade aan de patiënt heeft geleid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Een melder krijgt zo weinig of laat feedback op een melding, dat men niet gemotiveerd is om te melden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Graag willen wij van de incidenten die u de afgelopen 12 maanden heeft meegemaakt weten waarop deze incidenten betrekking hadden. Het gaat om het laatste incident dat u wel heeft gemeld en het laatste incident dat u niet heeft gemeld.

Het incident had betrekking op...

	Wel gemeld	Niet gemeld
• Apparatuur of instrumenten (niet compleet, gebrekkig, niet functionerend etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Bereikbaarheid andere medewerkers (niet te bereiken, komt niet of te laat etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Communicatie, overdracht of verslaglegging (onjuist of gebrekkig, schriftelijk of mondeling)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Diagnostiek (verkeerde of gemiste, diagnose, te laat gesteld etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Medicatie (voorschrift, toediening, verkeerd middel etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Organisatie, planning of beleid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Uitvoeren van een medische of verpleegkundige verrichting (onjuist, vergeten etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Val incident	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Anders wel gemeld, specificeer aub:	
• Anders niet gemeld, specificeer aub:	

Geef aan in welk mate U het eens of oneens bent met de volgende stellingen.

	Zeer mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Zeer mee eens
Als ik betrokken ben bij een gebeurtenis...					
• Ik meld in de hoop dat er eindelijk iets verandert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ik twijfel wel eens of een incident gemeld moet worden of niet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ik meld geen incidenten, omdat er toch niets mee wordt gedaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• De tijd die het invullen van een meldingsformulier kost, is van invloed op mijn keuze of ik wel of niet meld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Bij de beslissing of ik een incident meld, houd ik er rekening mee welke personen lid zijn van de meldingscommissie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ik meld geen incidenten omdat de meldingscommissie te ver van de werkvloer afstaat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

De volgende achtergrondinformatie helpt ons bij de analyse van de resultaten. Geef per vraag één antwoord.

Wat is uw primaire afdeling in dit ziekenhuis?

Naam afdeling:.....

Hoe lang werkt u in dit ziekenhuis?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Minder dan 1 jaar | <input type="checkbox"/> 11 tot 15 jaar |
| <input type="checkbox"/> 1 tot 5 jaar | <input type="checkbox"/> 16 tot 20 jaar |
| <input type="checkbox"/> 6 tot 10 jaar | <input type="checkbox"/> 21 jaar of meer |

Hoe lang werkt u in dit ziekenhuis op uw huidige afdeling?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Minder dan 1 jaar | <input type="checkbox"/> 11 tot 15 jaar |
| <input type="checkbox"/> 1 tot 5 jaar | <input type="checkbox"/> 16 tot 20 jaar |
| <input type="checkbox"/> 6 tot 10 jaar | <input type="checkbox"/> 21 jaar of meer |

Hoe lang werkt u al in uw huidige specialisme of functie?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Minder dan 1 jaar | <input type="checkbox"/> 11 tot 15 jaar |
| <input type="checkbox"/> 1 tot 5 jaar | <input type="checkbox"/> 16 tot 20 jaar |
| <input type="checkbox"/> 6 tot 10 jaar | <input type="checkbox"/> 21 jaar of meer |

Hoeveel uren per week werkt u doorgaans in dit ziekenhuis?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Minder dan 20 uren per week | <input type="checkbox"/> 40 tot 59 uren per week |
| <input type="checkbox"/> 20 tot 39 uren per week | <input type="checkbox"/> 60 of meer uren per week |

Wat is uw functie in dit ziekenhuis?

Naam functie:.....

Uitgaande van uw functie in dit ziekenhuis, heeft u doorgaans directe interactie of contact met patiënten?

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> JA, doorgaans heb ik WEL directe interactie of contact met patiënten. |
| <input type="checkbox"/> NEE, doorgaans heb ik GEEN directe interactie of contact met patiënten. |

Hieronder kunt u uw opmerkingen kwijt over patiëntveiligheid, incidenten of over het melden van incidenten in uw ziekenhuis.

Hartelijk bedankt voor het invullen van deze vragenlijst.