

Melden van incidenten in de GGZ

Onderzoek naar incidentie van onbedoelde
gebeurtenissen binnen de geestelijke gezondheidszorg
en factoren die van invloed zijn op de
meldingsbereidheid



Marieke Troost

Oktober 2009



Melden van incidenten in de GGZ

Onderzoek naar incidentie van onbedoelde
gebeurtenissen binnen de geestelijke gezondheidszorg
en factoren die van invloed zijn op de
meldingsbereidheid

Marieke Troost
Master Psychologie, Veiligheid en Gezondheid
Universiteit Twente

Opdrachtgever:
Dimence
Mevrouw drs. L. van den Brink
De heer dr. P.J.J. Goossens

Afstudeercommissie:
De heer dr. E.T. Bohlmeijer
De heer dr. H. Boer

Abstract

Background: Information that plays an important role in improving the quality and safety of care, will become available by reporting incidents. Although the reporting of incidents in healthcare has been in the picture for a couple of years, only a very small part of the incidents that take place are reported. At Dimence, it is also expected that a lot of the incidents that take place are not reported. Several investigations, outside of Dimence, have been done to discover reasons for not reporting incidents. Although a lot of potential reasons are summed in the literature for not reporting incidents, there is only little empirical evidence of what the real reasons are.

Methods: 114 teams are part of the primary process of Dimence. By means of a stratified sample, on the basis of the number of incident reports that were done in 2008 at team level, forty teams are selected to take part in the investigation. Every member of the selected teams is handed a questionnaire. In which questions are asked to discover how many incidents employees have faced in the last three months and how many of these incidents they have reported. Questions are also asked to discover the intention, the attitude, the subjective norm and the self-efficacy of the employees concerning the reporting of incidents and to discover the team cohesion and the safety culture. Of the 609 spread questionnaires, a total of 274 returned questionnaires were used in the analyses.

Results: The 274 respondents experienced at least 3826 incidents in the last three months. Frequently experienced incidents are insults by a client and clients that do not comply to appointments. Incidents that rarely take place are wrong attached fixations and needle incidents. At most, only 6% of the incidents are reported by filling out an incident report form and the reports are done by 29% of the respondents. The attitude, the subjective norm, the self-efficacy and the safety culture explained the variance in the intention for 28%, for the group with teams which filled out more than 15 incident report forms in 2008.

Discussion: This investigation showed that, at this moment, the attitude, the subjective norm, the self-efficacy and the safety culture offer a reasonable explanation for the variance in the intention and the reporting of incidents at Dimence, for the group with teams that filled out more than 15 incident report forms in 2008. A reason for the limited explanation at the other groups is the inexperience of the employees with the reporting of incidents. At the group that has the knowledge about how to report incidents, the explanation was a lot better. By raising the scores on the attitude, the subjective norm, the self-efficacy and the safety culture, the number of incident reports will increase.

Conclusion: The attitude, the subjective norm, the self-efficacy and the safety culture influence the decision to report incidents. Reasons of Dimence-employees for not reporting incidents are the neutral attitude about reporting incidents, the limited social pressure they feel for reporting, the unfamiliarity about which incidents should en shouldn't be reported and the unfamiliarity about which form has to be used for which incident. The absence of a safety culture is also of influence.

Recommendations: To increase the number of incident reports, the social pressure of the Board of Directors and the supervisors on the employees should be raised. Furthermore, employees need to be informed about the incidents to report and the organisation should develop a form which can be used to report all types of incidents. Since it doesn't seem clever to make a report of every incident that takes places, because of the large number of incidents, the definition for incidents that have to be reported could be focussed on avoidable incidents. Another option is to make only one report for incidents that take place very

frequently. This way not every time the incident takes place a reporting form has to be filled, but in the end it is clear how often the incident took place.

Samenvatting

Achtergrond: Informatie die een belangrijke rol kan spelen bij de verbetering van de kwaliteit en veiligheid van de zorg, komt beschikbaar door het doen van incidentmeldingen. Hoewel het melden van onbedoelde gebeurtenissen in de gezondheidszorg al een aantal jaren onder de aandacht staat, wordt slechts een klein deel gemeld. Ook binnen Dimence wordt vermoed dat van een groot deel van de onbedoelde gebeurtenissen die plaatsvinden geen melding wordt gemaakt. Buiten Dimence zijn verschillende onderzoeken gedaan naar redenen waarom geen melding van onbedoelde gebeurtenissen wordt gemaakt. Ondanks dat in de literatuur een groot aantal potentiële redenen wordt genoemd, bestaat er nog weinig empirische kennis over wat de werkelijke factoren zijn.

Methode: 114 teams maken onderdeel uit van het primaire proces van Dimence. Door middel van een gestratificeerde steekproef, op basis van het aantal incidentmeldingen die in 2008 op teamniveau zijn gedaan, zijn 40 teams geselecteerd, waarbij een vragenlijst is verspreid. In de vragenlijst zijn vragen opgenomen om te achterhalen hoeveel onbedoelde gebeurtenissen de medewerkers in de afgelopen drie maanden hebben meegemaakt en hoeveel van deze gebeurtenissen de medewerkers hebben gemeld. Tevens zijn vragen gesteld om de meldingsbereidheid, de houding, de ervaren meldingsdruk, de ervaren mogelijkheden van de medewerkers met betrekking tot het melden van onbedoelde gebeurtenissen, de teambinding en de typering van de veiligheidscultuur te achterhalen. Van de 609 verspreide vragenlijsten zijn er 274 gebruikt bij de analyse.

Resultaten: De 274 respondenten hebben in de afgelopen drie maanden ten minste 3826 onbedoelde gebeurtenissen meegemaakt. Onbedoelde gebeurtenissen die vaak voorkomen, zijn, uitgesloten worden door cliënten en cliënten die afspraken niet nakomen. Gebeurtenissen die zelden voorkomen zijn fixaties die niet goed worden bevestigd en prikincidenten. Op z'n hoogst 6% van de onbedoelde gebeurtenissen worden gemeld door middel van een meldingsformulier en deze meldingen zijn gedaan door 29% van de respondenten. De houding, de ervaren meldingsdruk, de ervaren mogelijkheden en de veiligheidscultuur bleken, bij de groep waarin teams zijn opgenomen waar in 2008 meer dan 15 meldingen zijn gedaan, de variantie in de meldingsbereidheid voor 28% te verklaren.

Discussie: Uit dit onderzoek is gebleken dat de houding, de ervaren meldingsdruk, de ervaren mogelijkheden en de veiligheidscultuur momenteel binnen Dimence een redelijke verklaring bieden voor de variantie in de meldingsbereidheid en het daadwerkelijk melden van onbedoelde gebeurtenissen, bij de groep waarin teams zijn opgenomen waar in 2008 meer dan 15 incidentmeldingen zijn gedaan. Een reden voor de beperkte verklaring bij de andere groepen is de onbekendheid van veel medewerkers met het onderwerp. Bij de groep die wel kennis heeft van het melden van onbedoelde gebeurtenissen, bleek de verklaring namelijk een stuk beter te zijn. Door de scores op de houding, de ervaren meldingsdruk, de ervaren mogelijkheden en de veiligheidscultuur te verhogen zal het aantal incidentmeldingen vergroot worden.

Conclusie: De houding, de ervaren meldingsdruk, de ervaren mogelijkheden en de veiligheidscultuur zijn van invloed op de beslissing om wel of geen melding van onbedoelde gebeurtenissen te maken. Redenen van Dimence-medewerkers om geen melding van onbedoelde gebeurtenissen te maken zijn de neutrale houding ten opzichte van het melden van onbedoelde gebeurtenissen, de beperkte druk die zij ervaren om melding van onbedoelde gebeurtenissen te maken, de onwetendheid met betrekking tot welke gebeurtenissen wel en welke niet gemeld hoeven worden en de onwetendheid als het gaat

om welk meldingsformulier voor welke gebeurtenis gebruikt moet worden. Ook het ontbreken van een veiligheidscultuur bleek van invloed.

Aanbevelingen: Om het aantal meldingen van onbedoelde gebeurtenissen te verhogen, zal de meldingsdruk, zoals de medewerkers deze ervaren vanuit de Raad van Bestuur en de leidinggevenden, verhoogd moeten worden. Ook zal duidelijk naar de medewerkers moeten worden gecommuniceerd welke gebeurtenissen gemeld kunnen worden en er zal één meldingsformulier ontwikkeld moeten worden die binnen de gehele organisatie gebruikt kan worden om melding te maken van alle soorten onbedoelde gebeurtenissen. Aangezien het, vanwege het grote aantal onbedoelde gebeurtenissen dat plaatsvindt, niet verstandig is om van alle gebeurtenissen melding te maken, zou de definitie voor te melden gebeurtenissen zich alleen kunnen richten op vermijdbare gebeurtenissen. Een andere mogelijkheid is om meldingen van gebeurtenissen die vaak voorkomen te bundelen, zodat niet elke keer een melding gedaan hoeft te worden, maar uiteindelijk wel duidelijk is hoe vaak de gebeurtenissen hebben plaatsgevonden.

Inhoudsopgave

Voorwoord	8
1. Inleiding	9
1.1 Dimence	9
1.2 Onderzoeksvragen	12
2. Onbedoelde gebeurtenissen in de gezondheidszorg	13
2.1 Inleiding	13
2.2 Wat zijn onbedoelde gebeurtenissen	13
2.3 Typen incidenten	15
2.4 Hoe vaak komen incidenten voor	15
2.5 Modellen om de oorzaken van incidenten te achterhalen	16
2.6 Factoren die een rol spelen bij het (niet) melden van incidenten	18
2.7 Psychologische modellen	20
2.8 Conclusie	21
3. Methoden	23
3.1 Respondenten	23
3.2 Procedure	23
3.3 Vragenlijst	24
3.4 Analyseplan	27
4. Resultaten	28
4.1 Demografische gegevens	28
4.2 Incidentie en melden onbedoelde gebeurtenissen	29
4.3 Factoren van invloed op de meldingsbereidheid	31
4.4 Factoren van invloed op het melden van onbedoelde gebeurtenissen	35
5. Discussie	41
5.1 Incidentie en melden onbedoelde gebeurtenissen	41
5.2 Meldingsbereidheid en melden onbedoelde gebeurtenissen	43
5.3 Beperkingen onderzoek	45
6. Conclusies en aanbevelingen	47
Referenties	51
Bijlagen	56
Bijlage 1: Organogram Dimence	57
Bijlage 2: Vragenlijst	58
Bijlage 3: Introductiebrief	64

Voorwoord

Voor u ligt een scriptie die het resultaat is van het onderzoek dat ik heb uitgevoerd binnen Dimence, naar redenen om wel of geen melding te maken van onbedoelde gebeurtenissen. Met deze scriptie zal ik mijn Master Psychologie in de richting Veiligheid en Gezondheid, die ik gevolgd heb aan de Universiteit Twente, afronden.

Tijdens dit onderzoek ben ik vanuit de UT begeleid door de heer Bohlmeijer en de heer Boer. Ik wil hen graag bedanken voor de goede begeleiding en de adviezen die ze me hebben gegeven. Met vragen kon ik altijd bij hen terecht en ze wisten altijd weer tijd voor me vrij te maken.

Verder gaat mijn dank uit naar Linda van den Brink, die mij vanuit Dimence heeft begeleid. De gesprekken met haar waren altijd nuttig en erg gezellig. Zij was ook degene die me vroeg wat ik na m'n afstuderen wilde gaan doen, want misschien was het wel mogelijk dat ik kon blijven. Deze kans heb ik met beide handen aangegrepen en het contract is inmiddels getekend. Hiervoor ben ik haar dan ook super dankbaar. Ook Peter Goossens, (voormalig) hoofd beleidsbureau, wil ik bedanken voor zijn adviezen en de kritische blik die hij verschillende malen over mijn geschreven stukken heeft geworpen.

Ook gaat mijn dank uit naar alle medewerkers die de tijd en moeite hebben genomen om mijn vragenlijst in te vullen. Verder wil ik m'n collega's van de Leeuwenbrug bedanken. Het afstuderen is voor mij een leuke en plezierige tijd geweest en ik heb me altijd prima thuis gevoeld. Men name wil ik hier Freerk en Gillian, mijn kamergenoten, noemen. Zij stonden altijd klaar om me te helpen en me van adviezen te voorzien, als ik er even niet meer uitkwam. Tevens wil ik alle andere medewerkers bedanken die op de één of andere manier een bijdrage hebben geleverd aan het tot stand komen van deze scriptie.

Ten slotte gaat mijn dank uit naar m'n ouders, broer, andere familieleden en vrienden, voor de onvoorwaardelijke steun die ik tijdens mijn studie en afstuderen van hen heb gekregen.

1. Inleiding

Sinds een aantal jaren staat het melden van incidenten in de gezondheidszorg, zowel op nationaal als internationaal niveau, sterk onder de aandacht (Legemaate, Christiaans-Dingelhoff, Doppegieter & De Roode, 2006). Door de meldingen komt informatie beschikbaar die een belangrijke rol kan spelen bij de verbetering van de kwaliteit en veiligheid van de zorg. In brede kring wordt er voor gestreden om de omschrijving voor te melden gebeurtenissen zo ruim mogelijk te maken. De gedachte hierachter is dat hoe groter het aantal meldingen is, hoe beter de mogelijkheden zijn om relevante informatie te achterhalen, met als gevolg een betere patiëntveiligheid (KNMG, 2007b). Hoewel het melden van incidenten geen wettelijke verplichting is, blijkt het tegenwoordig toch onderdeel te zijn van meerdere bepalingen. In individuele arbeidsovereenkomsten komt het bijvoorbeeld voor bij verschillende ziekenhuizen. Het blijkt echter dat slechts een summier deel van de onbedoelde gebeurtenissen wordt gemeld (De Bekker & Van Wijmen, 2005). Hulpverleners en instellingen beseffen nog niet dat een zo open en compleet mogelijke melding en bespreking van fouten en incidenten tot kwaliteitswinst van de sector leidt (Legemaate et al., 2006). Volgens het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Universiteit Maastricht en Stichting Ondersteuning Klachtopvang Gezondheidszorg (2004) zullen zorgaanbieders dan ook een klimaat moeten stimuleren waarin de wens bestaat om door gezamenlijke inspanning van cliënt en zorgverlener goede zorg te leveren en onnodige schade te voorkomen, waarin niet de angst voor schuld en straf de overhand heeft.

1.1 Dimence

In mei 2008 zijn de organisaties Adhesie GGZ, RIAGGz over de IJssel en Zwolse Poort gefuseerd tot Dimence. Dimence is een instelling voor geestelijke gezondheidszorg in de provincie Overijssel. In 2008 werkten er bijna 2.400 mensen bij Dimence (Van den Brink, 2008). De organisatie biedt hulp aan mensen die te maken hebben met psychische en/of psychiatrische problemen of van de beperkingen die deze problemen met zich meebrengen. Ook zijn er mogelijkheden ter preventie van psychische problemen (Dimence, 2008). Zorg wordt geboden vanuit twee divisies en drie regio's. Dit zijn de divisies Jeugd & Autisme en Maatschappelijke Dienstverlening en de regio's West-Overijssel, Midden-Overijssel en Hanzestreek. Binnen de regio's wordt gewerkt met vijf circuits: Volwassenen, Ouderen, Perspectief, Acute Psychiatrie en Langerdurende Behandeling en Zorg (LBZ). In de regio West-Overijssel bestaat tevens het circuit Verslaving. Een organogram van de organisatie staat weergegeven in bijlage 1 (Stichting Herkenbaar Beter, 2008).

Dit onderzoek wordt uitgevoerd in het kader van het programma *Risicomanagement* en valt onder het project *Veilig Melden*, dat onderdeel uitmaakt van het programma *Risicomanagement*. Het uiteindelijke doel van het project *Veilig Melden* is het implementeren van een digitaal incident meldsysteem. Informatie over redenen van medewerkers van het primaire proces om wel of geen melding van onbedoelde gebeurtenissen te maken, kan gebruikt worden om het meldsysteem zo efficiënt en effectief mogelijk in te richten.

Meldingsprocedure binnen Dimence

Bij de organisaties die zijn gefuseerd tot Dimence, is het incident meldsysteem gefragmenteerd georganiseerd. Dit blijft het geval tot het digitale incident meldsysteem is geïmplementeerd, wat gepland staat voor eind 2009. Op dit moment wordt gebruik gemaakt

van verschillende protocollen, procedures en formulieren voor het melden van soms dezelfde gebeurtenissen. Tevens bestaat er een groot aantal meldpunten, komt het voor dat verschillende meldpunten zich met dezelfde gebeurtenissen bezighouden en worden gebeurtenissen los van elkaar geanalyseerd (Van den Brink, 2008).

Binnen voormalig Adhesie wordt gebruik gemaakt van vier meldingsformulieren: het formulier FONA (Fouten of Near Accidents) en geweldsincidenten, het vragenformulier geweldsincidenten, de SOAS-R en het meldingsformulier bedrijfsongevallen. Meldingen die naar de FONA-commissie gaan worden gedefinieerd als (Adhesie, 1999): *'Iedere gebeurtenis – al dan niet veroorzaakt door menselijk handelen of nalaten - bij onderzoek, verpleging of verzorging van de patiënt(en), welke tot een schadelijk gevolg voor de patiënt(en) heeft geleid, dan wel naar algemene ervaringsregels tot schadelijk gevolg van de patiënt had kunnen leiden, indien dit niet voorkomen was door een toevallige gebeurtenis of door een tevoren niet gepland ingrijpen.'* Deze meldingen worden gedaan op het formulier FONA en geweldsincidenten. Op hetzelfde formulier moeten ook meldingen van geweldsincidenten worden gedaan, welke gedefinieerd worden als (Adhesie, 2006): *'Geweldsincident, zijnde een situatie binnen het werk waarbij er sprake is van een of andere vorm van geweldpleging en/of bedreiging eventueel in combinatie met lichamelijke en/of materiële schade.'* Echter kunnen deze meldingen ook gedaan worden op het vragenformulier geweldsincidenten. Tevens bestaat er nog het formulier SOAS-R waarop melding kan worden gemaakt van agressie-incidenten. Onder agressief gedrag wordt in dit geval verstaan: *'Elk verbaal, non-verbaal of fysiek gedrag dat dreigend is of daadwerkelijke fysieke schade aanricht.'* Ten slotte bestaat er nog het meldingsformulier bedrijfsongevallen. Deze ongevallen worden gedefinieerd als (Adhesie, 2006): *'Een plotselinge, ongewilde situatie binnen het werk waarbij er sprake is van een of andere vorm van opgelopen gezondheidsschade. Inclusief prikaccidenten al dan niet met ziekteverzuim.'* Geconcludeerd kan worden dat er bij het voormalige Adhesie verschillende formulieren bestaan waarop in sommige gevallen dezelfde incidenten kunnen worden gemeld.

Bij de voormalige Zwolse Poort bestaat er één formulier waarop alle meldingen worden verzameld. Dit formulier bestaat uit drie delen. Met het eerste deel worden algemene gegevens verzameld en wordt om een beschrijving van de situatie gevraagd en de maatregelen die zijn getroffen. Deel twee heeft betrekking op het melden van incidenten patiëntenzorg (MIP). Voorbeelden van incidenten die hier gemeld kunnen worden zijn: medicatiefouten, val van een patiënt, brandstichting, agressief gedrag van patiënten en ongewenste intimiteiten. Indien het om een medicatiefout gaat moet dit worden gespecificeerd en wanneer er sprake is van een agressie-incident moet worden aangegeven hoe ernstig het incident is ervaren. Op het laatste deel van het formulier kunnen meldingen incidenten medewerkers (MIM) worden gedaan. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen incidenten, bedrijfsongevallen, (bijna-)ongevallen en trauma's (Van Amelsvoort, 2009).

Bij de voormalige RIAGGz over de IJssel wordt gebruik gemaakt van één formulier, waarop meldingen kunnen worden gedaan van (bijna-)incidenten, complicaties, calamiteiten, agressie of geweld betreffende de cliëntenzorg en overige bijzondere omstandigheden. Een incident wordt gedefinieerd als: *'Een onbedoelde gebeurtenis met schade als gevolg van fouten'*, een bijna-incident als: *'Een bijna-ongeval dat afloopt met een sisser en geen schade voor de cliënt of medewerker tot gevolg heeft'* en een complicatie als: *'Een onbedoelde en ongewenste uitkomst van zorg die behandeling behoeft en/of schade veroorzaakt, als gevolg van de ziekte van de cliënt of van een fout van de hulpverlener.'* Een calamiteit wordt ten

slotte gedefinieerd als: *'Een onbedoelde gebeurtenis met als gevolg de dood of ernstige blijvende schade'* (Van Ravesteyn & Benthem, 2007).

De wijze waarop onbedoelde gebeurtenissen binnen de drie voormalige organisatie moet worden gemeld, is niet consistent. Zo wordt er binnen voormalig Adhesie gebruik gemaakt van vier formulieren, terwijl er bij de andere organisaties slechts één formulier wordt gebruikt, waar alle soorten incidenten op gemeld kunnen worden. Ook worden bij de voormalige organisaties verschillende definities gebruikt. De werkwijze bij de verschillende organisaties met betrekking tot wat er gebeurt nadat een melding is gedaan komt wel op hoofdlijnen overeen. Als een onbedoelde gebeurtenis plaatsvindt worden door de melder meteen herstelmaatregelen getroffen. Vervolgens wordt gekeken welke maatregelen er genomen moeten worden om de gebeurtenis in de toekomst te voorkomen. Hierna wordt wel of geen melding gedaan aan de verschillende meldpunten. Indien wel een melding wordt gedaan ontvangt de melder een ontvangstbevestiging. Het meldpunt kan, indien zij dit nodig acht, een onderzoek instellen en voorstellen doen voor maatregelen. Is er sprake van een calamiteit, dan wordt direct aan de directie of de Raad van Bestuur gemeld. In veel gevallen worden meldingen niet systematisch geanalyseerd, er wordt voornamelijk aangegeven hoeveel onbedoelde gebeurtenissen er hebben plaatsgevonden en van welke aard deze gebeurtenissen waren. Hierdoor wordt weinig van de onbedoelde gebeurtenissen geleerd. Doordat niet altijd een terugkoppeling plaatsvindt aan de melder over de uitkomst van de analyse is de bereidheid om te melden tevens gering (Van den Brink, 2008).

De projectgroep *Incident Melden Dimence* heeft beschreven hoe de gewenste situatie omtrent het melden van incidenten er uitziet. Ten eerste willen ze de omschrijving voor te melden gebeurtenissen zo ruim mogelijk maken. Dit betekent dat alles wat niet de bedoeling is zou moeten worden gemeld. Hierbij worden dan niet alleen de gebeurtenissen gemeld die daadwerkelijk tot schade hebben geleid, maar ook de incidenten die geen schade tot gevolg hadden, de bijna-incidenten. De gedachte hierachter is dat, wanneer er meer gemeld wordt, er betere mogelijkheden ontstaan om relevante informatie te verwerven voor de veiligheid van patiënten en medewerkers. Verder adviseren zij dat de verschillende commissies FONA, MIC, MIP, geweldsincidenten en dergelijke, worden geïntegreerd tot een centrale veiligheidscommissie en dat meldingen elektronisch en op decentraal niveau kunnen worden gedaan bij decentrale veiligheidscommissies (Van den Brink, 2008). Wanneer meldingen op decentraal niveau gedaan kunnen worden, zal zowel de bereidheid tot het doen van meldingen, als de terugkoppeling en invoering van op meldingen gebaseerde aanbevelingen, worden gestimuleerd (KNMG, 2007a). Het verhogen van de meldingsbereidheid is nodig, aangezien vermoed wordt dat van een groot deel van de onbedoelde gebeurtenissen die plaatsvinden geen melding wordt gemaakt. Dit vermoeden is gebaseerd op het feit dat het aantal incidentmeldingen bij ziekenhuizen en verschillende andere GGZ-instellingen vele malen groter is dan bij Dimence. In 2007 werden er bij de fusiepartners van Dimence zo'n 1000 meldingen per jaar gedaan. Indien de adviezen van de projectgroep in acht worden genomen, wordt geschat dat het aantal meldingen met ongeveer een factor drie zal toenemen (Van den Brink, 2008).

1.2 Onderzoeksvragen

De probleemstelling die in dit onderzoek zal worden beantwoord, luidt:

Welke factoren beïnvloeden het besluitvormingsproces van medewerkers die onderdeel uitmaken van het primaire proces van Dimence om onbedoelde gebeurtenissen wel of niet te melden?

Door antwoord te geven op enkele deelvragen wordt uiteindelijk de probleemstelling beantwoord.

De deelvragen luiden:

- In hoeverre maken medewerkers onbedoelde gebeurtenissen mee en hoe gaan ze hier meer om?
- Wat zijn redenen van medewerkers van het primaire proces van Dimence om onbedoelde gebeurtenissen wel of niet te melden?

2. Onbedoelde gebeurtenissen in de gezondheidszorg

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de theoretische onderbouwing gegeven voor het onderzoek dat is uitgevoerd. Om te beginnen wordt beschreven wat onder onbedoelde gebeurtenissen wordt verstaan en welke Engelstalige termen hiermee overeenkomen. Hierna wordt beschreven welke verschillende typen incidenten er in de literatuur worden onderscheiden en hoe vaak incidenten daadwerkelijk plaatsvinden. Vervolgens worden twee organisatorische modellen behandeld die het ontstaan van incidenten verklaren, het Zwitserse gatenkaasmodel en het *Organisational Accident Causation Model*. Redenen die van invloed zijn op de beslissing om wel of geen melding van incidenten te maken worden vervolgens behandeld. Ten slotte wordt in 2.7 een psychologisch model beschreven dat mogelijk verklaard waarom mensen incidenten wel of niet melden.

2.2 Wat zijn onbedoelde gebeurtenissen

Als het om patiëntveiligheid gaat, zijn er verschillende begrippen die vaak worden gebruikt. In Nederland gaat het met name om de begrippen complicatie en incident. In het buitenland zijn *adverse event* en *near miss* veel gebruikte termen. Om uitkomsten van Nederlands onderzoek naar patiëntveiligheid te kunnen vergelijken met internationaal onderzoek, is het noodzakelijk om een gemeenschappelijk begrippenkader te hebben. Wagner en Van der Wal (2005) hebben met behulp van een consensusprocedure de verschillen en overeenkomsten tussen de begrippen beschreven. De uitkomsten van deze procedure staan in tabel 1 weergegeven. Opgemerkt moet worden dat de termen in de consensusprocedure betrekking hadden op de ziekenhuiszorg. In het onderzoek dat momenteel door het NIVEL in samenwerking met het Trimbos Instituut wordt uitgevoerd naar onbedoelde schade in de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg (Kok, 2008) worden echter dezelfde termen gebruikt. Deze termen zullen om deze reden ook in dit onderzoek worden gebruikt.

Tabel 1: Verschillen en overeenkomsten centrale begrippen patiëntveiligheid (Wagner & Van der Wal, 2005)

	PROCES	UITKOMST	OORZAKEN			
	onbedoelde gebeurtenis	onbedoelde schade	fout (menselijk, organisatorisch, technisch)	calculated risk	onvoorzien	onderliggende ziekte en patiënt-kenmerken
incident	+	+/-	+/-	-	+/-	+/-
near-miss	+	-	+/-	-	-	+/-
complicatie	+/-	+	+/-	+/-	+/-	+/-
adverse event	+/-	+	+/-	+/-	+/-	-
vermijdbaar						
adverse event	+	+	+	-	-	-

In tabel 1 is te zien dat er bij alle termen sprake is (of kan zijn) van een onbedoelde gebeurtenis. Een incident is een onbedoelde gebeurtenis die al dan niet leidt tot schade. Indien de gebeurtenis geen schade tot gevolg heeft is er sprake van een *near miss*. Heeft de gebeurtenis wel schade tot gevolg, dan gaat het om een *adverse event*. In het geval er sprake is van een complicatie of een *adverse event*, heeft de gebeurtenis altijd schade tot

gevolg. Een complicatie kan zowel het gevolg zijn van een onbedoelde gebeurtenis als van een bewust genomen risico. Bij een *adverse event* wordt de onbedoelde uitkomst veroorzaakt door de zorgverlening, toch zijn niet alle *adverse events* vermijdbaar. Na systematische analyse van een *adverse event* kan worden vastgesteld of bepaalde maatregelen de onbedoelde uitkomst hadden kunnen voorkomen, dus dat de gebeurtenis vermijdbaar was. Er wordt in het algemeen pas van een *adverse event* gesproken indien de aan de patiënt toegebrachte schade zo ernstig is dat een tijdelijke of permanente beperking, een langere opnameduur of overlijden het gevolg is (Wagner & Van der Wal, 2005).

Hoewel er in het geval van een *near miss* geen sprake is van schade, worden meldingen hiervan toch als belangrijk ervaren. Vanuit een kwaliteitsperspectief worden *near misses* zelfs als belangrijker beoordeeld dan *adverse events*. Hiervoor worden verschillende redenen genoemd. Omdat het vraagstuk van de individuele verwijtbaarheid veel minder een rol speelt bij *near misses* dan bij *adverse events*, is het bijvoorbeeld makkelijker om melding van een *near miss* te maken dan van een *adverse event*. Ook heeft een meldingssysteem voordeel bij zoveel mogelijk meldingen en vinden er veel meer *near misses* plaats dan *adverse events*. Ten slotte worden meldingen van *near misses*, veel minder dan gebeurtenissen die wel tot schade hebben geleid, gehinderd door herinneringsbias (Legemaate et al., 2006).

De Van Dale (1996) beschrijft een incident als een storend voorval of een onvoorziene gebeurtenis. Smorenburg, Kievit, Van Everdingen & Wagner (2006) beschrijven een incident waarbij er sprake is van schade als een *adverse event*. Indien het incident geen schade tot gevolg heeft gaat het om een *near miss*. Een *adverse event* is niet altijd te voorkomen (Kohn, Corrigan & Donaldson, 2000). In het rapport 'Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen' (Wagner & De Bruijne, 2007) wordt een *adverse event* beschreven als onbedoelde schade aan een patiënt, veroorzaakt door de zorg. De schade zorgt voor tijdelijke of blijvende beperkingen, de patiënt moet erdoor langer dan gepland in het ziekenhuis blijven of is erdoor eerder dan verwacht overleden. Verschillende onderzoekers hebben definities opgesteld als het gaat om *adverse events* in de gezondheidszorg. Zo definieerden McLamb en Huntley (1967, p. 469) het als: '*Any response to medical care in the hospital that is unintended, undesirable and harmful to the patient.*' Andere definities zijn: '*Instances which indicate or may indicate that a patient has received poor quality care*' (Walshe, 2000, p. 47) en '*An injury or complication which resulted in disability or prolongation of hospital stay and was caused by the healthcare received rather than by the disease from which the patient suffered. The adverse event either occurred during the hospital admission, or during an earlier contact with healthcare services, and was responsible for all or part of the hospital admission*' (Wilson, Harrison, Gibberd & Hamilton, 1999). Hoewel de definities van elkaar afwijken, zijn er toch 3 kenmerken te onderscheiden die min of meer in alle definities naar voren komen. Deze kenmerken zijn: negativiteit, betrokkenheid van de patiënt en causaliteit (Walshe, 2000).

Ook met betrekking tot de term *near miss* worden in de literatuur verschillende definities gebruikt (Affonso et al., 2007). In het Praktijkboek Patiëntveiligheid wordt een *near miss* gedefinieerd als: '*Een onbedoelde gebeurtenis die a) voor de patiënt geen nadelen oplevert omdat de gevolgen ervan op tijd zijn onderkend en gecorrigeerd, of b) waarvan de gevolgen niet van invloed zijn op het fysiek, psychisch of sociaal functioneren van de patiënt*' (Smorenburg, Kievit, Van Everdingen & Wagner, 2006, p. 37). Een andere definitie is: '*An incident that did not cause harm*' (Runciman, 2006, p. S42). Hoewel de definities niet

hetzelfde zijn, lijken de definities in zoverre op elkaar dat ze allen veronderstellen dat er geen sprake is van schade voor de patiënt (Clarke, 2006).

Vastgesteld is dat de termen incident en bijna-incident goed overeenkomen met de Engelstalige termen *adverse event* en *near miss*. Definities die voor deze termen worden gegeven verschillen echter per auteur. Wordt over een *adverse event* gesproken, dan komen in zo goed als alle definities de kenmerken negativiteit, betrokkenheid van de patiënt en causaliteit naar voren. In het geval er van een *near miss* wordt gesproken, gaat het om een onbedoelde gebeurtenis die geen schade aan de patiënt tot gevolg heeft. Opgemerkt moet worden dat deze termen worden gebruikt in de ziekenhuiszorg en zich voornamelijk richten op patiëntveiligheid, maar dat deze termen ook geschikt zijn om te gebruiken bij onderzoek in de geestelijke gezondheidszorg en van toepassing zijn op medewerkersveiligheid. Dit onderzoek is gericht op onbedoelde gebeurtenissen. Doordat veel onderzoeken die zijn gedaan echter gericht zijn op incidenten, zal het in het vervolg van dit hoofdstuk met name gaan over incidenten.

2.3 Typen incidenten

In de literatuur worden verschillende indelingen gehanteerd voor het beschrijven van incidenttypen (Kohn et al., 2000). De indelingen variëren van drie categorieën incidenten tot indelingen die gebruik maken van wel 80 categorieën (Elder & Dovey, 2002). Leape, Lawthers, Brennan & Johnson (1993) maken onderscheid tussen diagnostische fouten, behandelingsfouten, preventieve fouten en een overige categorie. Andrews et al. (1997) maken daarentegen onderscheid tussen negen categorieën: diagnose, chirurgie, behandeling, controle en dagelijkse zorg, medicatie, voeding, anesthesie, complicaties en overige. Wagner et al. (2008) gebruikten in hun onderzoek ook nog de categorieën samenwerking tussen afdelingen, materialen en apparatuur, samenwerking met artsen, verwisseling en onjuiste gegevens en protocollen en afspraken. In het LIZ-project (Leren van Incidenten in de Zorg) is een ander soort indeling van incidenttypen gemaakt. Er worden vier typen incidenten onderscheiden, die in toenemende mate van ernst en in afnemende frequentie zijn: procesafwijkingen, incidenten zonder schade of bijna-incidenten, incidenten met schade en calamiteiten (Nivel, 2009).

Geconcludeerd kan worden dat er geen standaardindeling bestaat met betrekking tot typen incidenten die in de gezondheidszorg voorkomen. Doordat deze gestandaardiseerde indeling ontbreekt, worden in de literatuur verschillende indelingen gehanteerd.

2.4 Hoe vaak komen incidenten voor

Onderzoeken die zijn uitgevoerd naar het aantal incidenten die in de gezondheidszorg plaatsvinden, richten zich zo goed als allemaal, medicatie-incidenten uitgezonderd, op in ziekenhuis opgenomen patiënten (Kohn et al., 2000). Momenteel wordt in Nederland echter wel een onderzoek uitgevoerd naar onbedoelde schade in de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg, maar deze resultaten zijn nog niet bekend (Kok, 2008). Hoewel niet exact bekend is hoe groot het aantal incidenten is dat in de gezondheidszorg plaatsvindt, is wel duidelijk dat het grote aantal incidenten een serieus probleem vormt (Leape, 2002). Het Institute of Medicine schat dat er in de Verenigde Staten jaarlijks meer dan één miljoen incidenten plaatsvinden die voorkomen hadden kunnen worden. Dit komt erop neer dat zo'n 3-4% van de in het ziekenhuis opgenomen patiënten te maken krijgen met één of meerdere

incidenten, die niet hadden hoeven gebeuren. Van deze incidenten hadden er tussen de 44.000 en 98.000 een fatale afloop. Het is zelfs zo dat er jaarlijks meer mensen overlijden als gevolg van incidenten in de gezondheidszorg dan door motorvoertuigongelukken, borstkanker of AIDS (Kohn et al., 2000).

Baker et al. (2004) hebben onderzoek gedaan naar het aantal incidenten in Canadese ziekenhuizen. Zij stelden vast dat er bij zo'n 7,5% van de in Canadese ziekenhuizen opgenomen patiënten in het jaar 2000 sprake was van één of meerdere incidenten. 36,9% van deze incidenten bleek makkelijk te voorkomen. Het grootste deel, 64,4%, zorgde voor een langere opnameduur of tijdelijke beperkingen. Een klein, maar significant deel van de patiënten is aan het incident overleden of heeft er een permanente beperking aan overgehouden, respectievelijk 1,6 en 5,2%. In het Verenigd Koninkrijk bleek het aantal incidenten dat in ziekenhuizen plaatsvindt hoger te liggen dan in Canada. Uit onderzoek is naar voren gekomen dat zo'n 10% van de in het ziekenhuis opgenomen patiënten te maken krijgt met een *adverse event*. Dit houdt in dat er jaarlijks meer dan 850.000 *adverse events* plaatsvinden (Department of Health, 2000). In onderzoek dat Wilson et al. (1995) in Australië hebben uitgevoerd bleken deze percentages zelfs beduidend hoger te liggen. Zo concludeerden zij dat er in 16,6% van de ziekenhuisopnamen sprake was van een incident, die beperkingen of een langere ziekenhuisopname tot gevolg hadden. Van deze incidenten bleek dat 51% niet had hoeven plaatsvinden. De incidenten bleken in 13,7% van de gevallen een permanente beperking tot gevolg te hebben. Ook is 4,9% van de patiënten als gevolg van het incident overleden.

Toen nog geen onderzoek gedaan was naar het aantal incidenten dat in Nederlandse ziekenhuizen plaatsvindt, werd geschat dat er jaarlijks zo'n 1.500 tot 6.000 mensen overlijden als gevolg van medische fouten (Willems, 2004). Naar aanleiding van onderzoek dat De Bruijne, Zegers, Hoonhout en Wagner (2007) hebben gedaan, kan geconcludeerd worden dat bij zo'n 5,7% van de mensen die in 2004 in een Nederlands ziekenhuis waren opgenomen, er sprake was van onbedoelde schade. In 40% van de gevallen had deze schade mogelijk voorkomen kunnen worden. Tevens bleek dat in ruim 5% van de gevallen de patiënt er blijvende beperkingen aan over heeft gehouden en 8% heeft bijgedragen aan het overlijden van de patiënt.

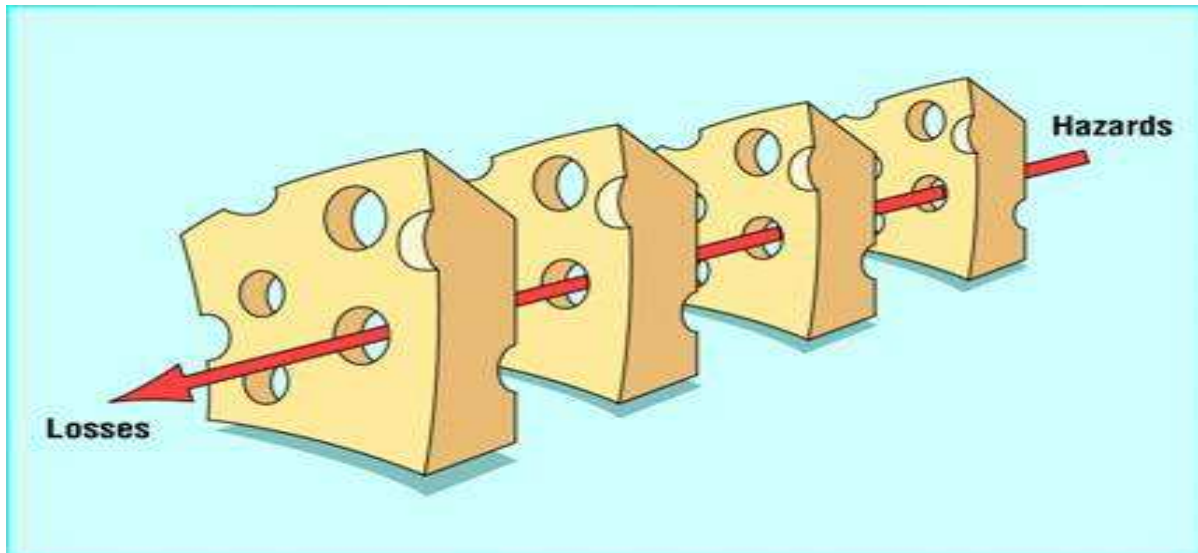
Duidelijk is dat er grote verschillen bestaan tussen het aantal incidenten dat in ziekenhuizen plaatsvindt in verschillende landen. Percentages incidenten die plaatsvinden ten opzichte van het totaal aantal opgenomen patiënten variëren tussen de 5,7 en bijna 17%. Ook blijken de registraties niet in alle landen consequent en op dezelfde wijze te worden uitgevoerd, waardoor het moeilijk is om gegevens te vergelijken en betrouwbare uitspraken over de gegevens te doen.

2.5 Modellen om de oorzaken van incidenten te achterhalen

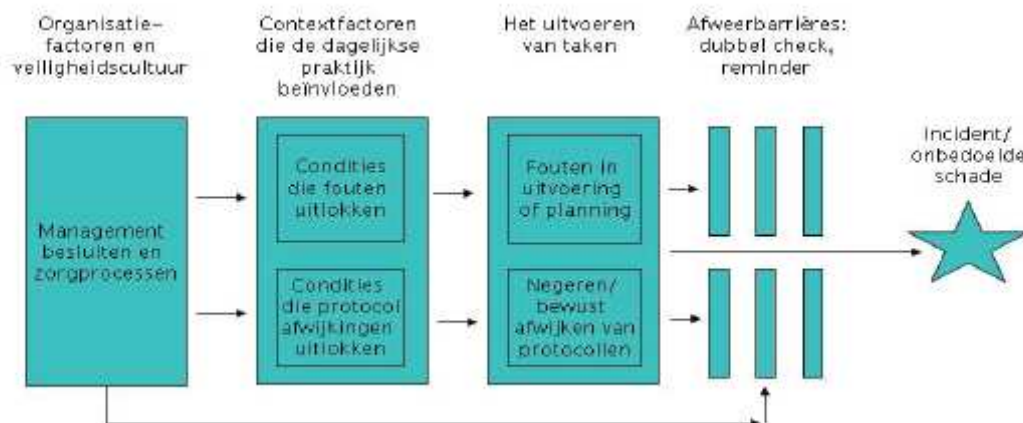
Verschillende methoden worden in de literatuur beschreven om het ontstaan van incidenten te verklaren. Twee methoden die vaak gebruikt worden zijn het Zwitserse gatenkaasmodel en het *Organisational Accident Causation Model*. Beide modellen zullen kort besproken worden, te beginnen met het Zwitserse gatenkaasmodel. Dit model staat in figuur 1 schematisch weergegeven.

Het gatenkaasmodel beschrijft hoe een incident kan ontstaan. Om incidenten te voorkomen zijn in veel werkprocessen barrières ingebouwd. De plakjes kaas staan symbool voor de verschillende barrières. Volgens het gatenkaasmodel ontstaat een incident wanneer

alle barrières om een incident te voorkomen falen. Dit is het geval wanneer alle gaten achter elkaar komen te liggen (Wagner et al., 2008), zoals in de afbeelding het geval is. Over de betekenis van het model bestaat echter nog wel enige onduidelijkheid. Uit onderzoek van Perneger (2005) is namelijk gebleken dat verschillende kwaliteitsfunctionarissen een andere betekenis aan het model geven. Dit leidt ertoe dat het gebruik van het model niet noodzakelijkerwijs effectieve communicatie tot gevolg heeft.



Figuur 1: Het Zwitserse gatenkaasmodel (Reason, 2000)



Figuur 2: Het Organisational Accident Causation Model (Wagner et al., 2008)

In het *Organisational Accident Causation Model* wordt de oorzakenketen weergegeven die aan de basis ligt van een incident. Dit model is opgesteld naar aanleiding van onderzoek buiten de gezondheidszorg. Een op de gezondheidszorg toegespitst *Organisational Accident Causation Model*, staat weergegeven in figuur 2. Te zien is dat organisatieprocessen en managementbeslissingen van invloed zijn en dat deze de context vormen voor het optreden van zorgverleners. Tevens bestaan er condities die fouten uitlokken en omgevingsfactoren die de verrichtingen van mensen negatief beïnvloeden. Als gevolg hiervan kunnen fouten worden gemaakt. Soms worden deze fouten nog op tijd ontdekt en hersteld, dan is er sprake van een bijna-incident. Worden deze fouten niet hersteld, dan zal een incident optreden (Wagner et al., 2008). Menselijke beslissingen en handelingen spelen een belangrijke rol bij

bijna alle incidenten, door zowel actieve als latente missers. Actieve missers zijn onveilige handelingen of handelingen die uitgevoerd moeten worden, maar niet worden uitgevoerd, door medewerkers die onderdeel uitmaken van het primaire proces. Deze handelingen kunnen directe negatieve gevolgen hebben. Latente missers ontstaan als gevolg van foute beslissingen van het hogere management en kunnen onder normale omstandigheden soms lange tijd onopgemerkt blijven (Taylor-Adams, Vincent & Stanhope, 1999).

Naar voren is gekomen dat verschillende modellen worden gebruikt bij het beschrijven van het ontstaan van incidenten. In het *Organisational Accident Causation Model* wordt de oorzakenketen beschreven die aan de basis ligt van een incident. Het gatenkaasmodel is minder uitgebreid en geeft slechts aan dat een incident ontstaat wanneer alle barrières om te voorkomen dat een incident ontstaat falen. Voor een duidelijke beschrijving van het ontstaan van een incident kan het best gebruik worden gemaakt van het *Organisational Accident Causation Model*.

2.6 Factoren die een rol spelen bij het (niet) melden van incidenten

Hoewel bekend is dat lang niet alle incidenten die in de gezondheidszorg plaatsvinden worden gemeld, zijn er slechts enkele onderzoeken gedaan naar de hoeveelheid incidenten die zijn gemeld ten opzichte van het aantal incidenten dat daadwerkelijk heeft plaatsgevonden. Één van deze onderzoeken is uitgevoerd door Stanhope, Crowley-Murphy, Vincent, O'Connor & Taylor-Adams (1999). Zij kwamen tot de conclusie dat medewerkers op een verloskundige afdeling van slechts 23% van het totaal aantal incidenten dat plaatsvindt melding maakt. Ze hebben ook gekeken naar de ernst van het incident. In het geval het ging om een ernstig incident, werd er in 48% van de incidenten melding gemaakt. Verder bleek dat hoe minder ernstig het incident was, hoe minder vaak er melding van werd gemaakt. In een ander onderzoek wordt gezegd dat zo'n 50% tot 96% van het aantal *adverse events* in de gezondheidszorg in de Verenigde Staten niet wordt gemeld (Barach & Small, 2000).

Evans et al. (2006) en Johnson (2003) deden tijdens hun onderzoek de bevinding dat incidenten die direct zichtbaar zijn, vaak voorkomen en uit gewoonte worden gemeld, beter worden gerapporteerd dan incidenten die niet direct zichtbaar zijn en vaak niet aan één gebeurtenis kunnen worden gekoppeld of als complicatie van een langere opnameduur worden gezien. Jayasuriya & Anandaciva (1995) daarentegen, kwamen tot de conclusie dat ernstige en zelden voorkomende anesthesie incidenten bijna altijd worden gemeld, maar dat minder dan 20% van de vaker voorkomende incidenten worden gemeld. Opvallend is dat verpleegkundigen vaker melding maken van incidenten dan artsen (Kingston, Evans, Smith & Berry, 2004; Lawton & Parker, 2002; Vincent, Stanhope & Crowley-Murphy, 1999; Johnson, 2003).

Verschillende onderzoeken zijn gedaan naar redenen waarom er geen melding van incidenten in de gezondheidszorg wordt gemaakt. Het overgrote deel van deze onderzoeken heeft plaatsgevonden in ziekenhuizen (Vincent et al., 1999). Het ontbreken van een veiligheidscultuur in de gezondheidszorg wordt zowel in de Nederlandse als de internationale literatuur als belangrijk knelpunt gezien voor de onderrapportage van incidenten. Indien er sprake is van een veiligheidscultuur wordt er aan een aantal voorwaarden voldaan. Zo zijn medewerkers zich bewust van de risicovolle aard van het eigen handelen, zal er sprake moeten zijn van een sfeer waarin *blame free* gemeld kan worden, zal er samenwerking tussen verschillende lagen van de organisatie moeten zijn om oplossingen voor problemen te vinden en zal het management zowel morele als materiële steun moeten geven bij het

opsporen en oplossen van veiligheidsproblemen. Aangezien er in de gezondheidszorg (nog) geen sprake van een veiligheidscultuur is, is de angst voor straf en rechtelijke procedures dan ook één van de redenen waarom niet van alle incidenten melding wordt gemaakt (Legemaate et al., 2006; Leape, 2002).

Een andere opvallende reden om geen melding van incidenten te maken is dat medewerkers niet weten hoe een melding moet worden gemaakt of welke incidenten kunnen worden gemeld. Als gevolg hiervan worden sommige soorten incidenten maar zelden gemeld (Vincent et al., 1999; Kingston et al., 2004).

Belangrijke redenen die uit het onderzoek van Vincent et al. (1999) naar voren komen, zijn: medewerkers zijn bang dat ondergeschikte collega's de schuld krijgen, de hoge werkdruk en de omstandigheden die het onnodig maken om een bepaald incident te melden. Andere redenen die in het onderzoek worden genoemd zijn dat medewerkers vinden dat de meldingen weinig bijdragen aan de kwaliteit van zorg of dat het incident niet besproken hoeft te worden. Kohn et al. (2000) noemen nog een aantal andere redenen voor de onderrapportage van incidenten. De eerste reden is het niet verplicht zijn om melding van incidenten te maken. Een andere reden heeft te maken met de vertrouwelijkheid van de informatie, welke informatie vrijgegeven moet worden en wanneer dit moet gebeuren. Andere factoren hebben betrekking op de mogelijkheden en percepties van de melder. Als melders weten dat er wat met de melding wordt gedaan, weten ze dat de tijd die nodig is om een melding te maken nuttig besteed is. Ook zou het doen van een melding voordeel voor de melder op kunnen leveren. Tevens wordt verwacht dat duidelijke standaarden en definities van invloed zijn op het aantal meldingen dat gedaan wordt (Kohn et al., 2000). Het krijgen van feedback naar aanleiding van een melding motiveert om te melden (Legemaate et al., 2006; Kohn et al., 2000; Clarke, 2006; Kingston et al., 2004). Dit omvat de erkenning van de waarde van de melding, positieve bekrachtiging, verspreiding van de resultaten van de analyses en verbeteringen in het systeem van zorg (Clarke, 2006). Evans et al. (2006) ondervonden zelfs dat voor bijna tweederde deel van hun respondenten het gebrek aan terugkoppeling de grootste barrière voor het melden van incidenten was. Andere barrières die zij vonden waren de lange formulieren en onvoldoende tijd voor het doen van een melding (Kingston et al., 2004; Leape, 2002; Johnson, 2003). Schectman en Plews-Ogan (2006) toonden verder nog aan dat artsen denken dat er meer incidenten worden gemeld wanneer meldingen anoniem gedaan kunnen worden.

Één van de meest voorkomende fouten in de gezondheidszorg zijn medicatiefouten (Kohn et al., 2000). Per patiënt wordt in een ziekenhuis ongeveer één medicatiefout per dag gemaakt. Een medicatiefout wordt omschreven als een afwijking van het door de arts voorgeschreven medicatiebeleid, zoals dit in het dossier van de patiënt staat weergegeven (Allan & Barker, 1990). Ook van deze fouten is bekend dat een substantieel deel niet wordt gemeld. Verschillende onderzoeken zijn uitgevoerd naar medicatiefouten en de redenen waarom deze fouten wel of niet worden gemeld (Wakefield et al., 1999). Bij hun onderzoek toonden Wakefield, Wakefield, Uden-Holman & Blegen (1996) vier factoren aan als mogelijke redenen waarom medicatiefouten niet worden gemeld. Deze redenen waren: onduidelijkheid over wanneer er sprake is van een medicatiefout, de moeite die gedaan moet worden om een melding te maken, angst om gezien te worden als een incompetente medewerker en de administratieve reactie die op een melding wordt gekregen. De redenen die Sanghera, Franklin & Dhillon (2007) met hun onderzoek hebben gevonden komen voor het grootste deel overeen met de redenen van Wakefield et al. (1996). Zij voegen er echter nog aan toe dat er vaak geen sprake is van steun van het management, dat medewerkers

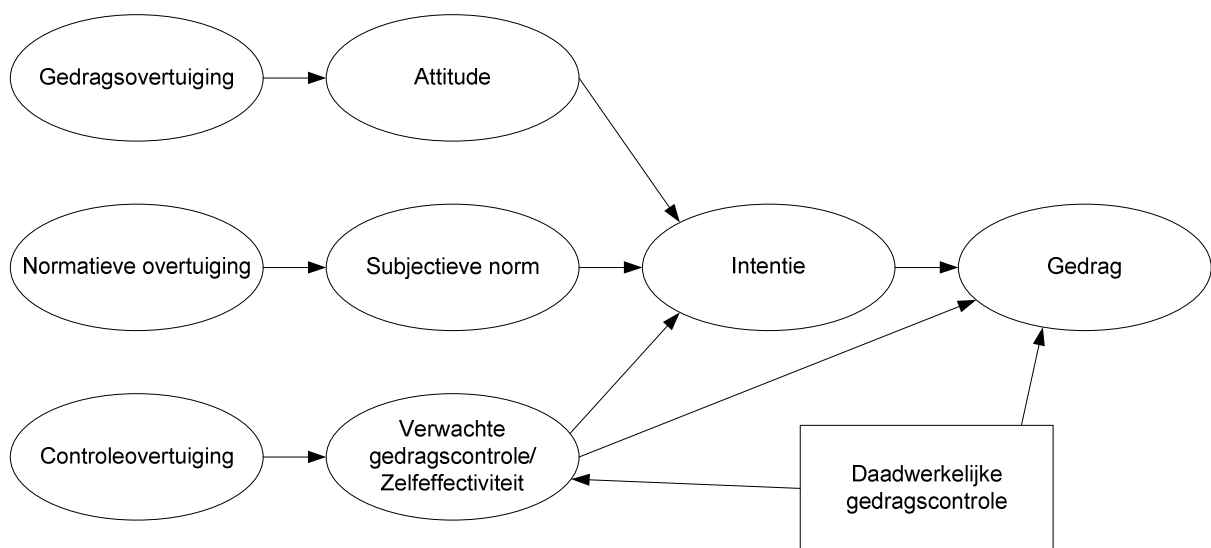
zich naar aanleiding van een fout verdrietig voelen en dat ze geen fouten van collega's willen melden.

Geconcludeerd kan worden dat er in de literatuur een groot aantal redenen wordt genoemd waarom zorgprofessionals besluiten incidenten wel of niet te melden. Redenen die in veel onderzoeken naar voren komen als factoren om geen melding te maken zijn tijdgebrek en het ontbreken van een veiligheidscultuur en terugkoppeling. Het overgrote deel van deze onderzoeken zijn uitgevoerd in ziekenhuizen. Over redenen om incidenten wel of niet te melden in andere zorginstellingen is (nog) weinig bekend.

2.7 Psychologische modellen

De *Theory of Planned Behavior* (TPB) is een sociaal cognitief model dat gebruikt kan worden bij de voorspelling van gezondheidsgerelateerd gedrag. Het model is al gebruikt bij de voorspelling van een groot aantal verschillende gedragingen, met een variërende mate van succes. Voorbeelden van gedragingen die zijn onderzocht zijn het gebruik van verdovende middelen, seksueel gedrag, lichamelijke beweging, dieet gedrag, het gebruik van preventief gezondheidsonderzoek en ander risico-gerelateerd gedrag (Conner & Norman, 2007).

De TPB is een uitbreiding van de *Theory of Reasoned Action* (TRA) (Ajzen, 1991). Beide modellen gaan ervan uit dat mensen attitudes vormen nadat zij de beschikbare informatie zorgvuldig hebben overdacht. In de TPB wordt onderscheid gemaakt tussen acht determinanten die uiteindelijk het gedrag voorspellen: gedragsovertuigingen, normatieve overtuigingen, controleovertuigingen, attitude ten opzichte van het gedrag, subjectieve norm, verwachte gedragscontrole/zelfeffectiviteit, daadwerkelijke gedragscontrole en intentie. Een schematische weergave van de TPB staat afgebeeld in figuur 3 (Conner & Norman, 2007).



Figuur 3: Schematische weergave van de *Theory of Planned Behavior* (TPB)

De intentie om bepaald gedrag uit te voeren neemt in de TPB een centrale plaats in. De intentie is de cognitieve representatie van een persoon zijn bereidheid bepaald gedrag uit te voeren en het wordt gezien als direct voorafgaand aan het gedrag. Als algemene regel wordt aangenomen dat hoe sterker de intentie, hoe waarschijnlijker dat een persoon bepaald gedrag gaat vertonen. Ook de verwachte gedragscontrole/zelfeffectiviteit (in het vervolg aangeduid als zelfeffectiviteit) wordt gezien als voorspeller van het daadwerkelijke gedrag.

De zelfeffectiviteit is de perceptie die personen hebben van hun capaciteiten om bepaald gedrag uit te kunnen voeren. Uit onderzoek is gebleken dat gedrag van mensen sterk wordt beïnvloed door het vertrouwen dat zij hebben in hun capaciteiten om dat gedrag uit te voeren (Ajzen, 1991). Ook de daadwerkelijke gedragscontrole is hier belangrijk, aangezien mensen wenselijk gedrag wel uit zullen voeren als ze hier controle over hebben, maar niet als ze er geen of weinig controle over hebben. Doordat de daadwerkelijke gedragscontrole echter moeilijk is vast te stellen, wordt gebruikgemaakt van de zelfeffectiviteit (Ajzen, 1988).

In de TPB worden de attitude ten opzichte van het gedrag, de subjectieve norm en de zelfeffectiviteit gezien als voorspellers van de intentie. De attitude ten opzichte van het gedrag is de algemene evaluatie van personen over het gedrag en de subjectieve norm bestaat uit de ervaren sociale druk om het gedrag wel of niet uit te voeren. Over het algemeen geldt dat hoe gunstiger de attitude en de subjectieve norm met betrekking tot bepaald gedrag zijn en hoe groter de zelfeffectiviteit is, hoe sterker de intentie is om het gedrag uit te voeren. Het relatieve belang van de verschillende determinanten bij de voorspelling van de intentie wordt verwacht te variëren, afhankelijk van gedragingen en situaties (Ajzen, 1991).

Volgens de TPB worden de attitude, de subjectieve norm en de zelfeffectiviteit op hun beurt gevormd door overwegingen. Zo wordt de attitude gevormd door gedragsovertuigingen, de subjectieve norm door normatieve overtuigingen en de zelfeffectiviteit door controleovertuigingen (Ajzen, 2006). Gedragsovertuigingen worden omschreven als de verwachte consequenties of andere kenmerken van het gedrag. Normatieve overtuigingen als percepties van de voorkeuren van specifieke significante anderen met betrekking tot of de persoon bepaald gedrag wel of niet zou moeten vertonen. Controleovertuigingen worden ten slotte omschreven als de perceptie van factoren die het gedrag waarschijnlijk zullen vergemakkelijken of belemmeren. De overwegingen gedragsovertuiging, normatieve overtuiging en controleovertuiging worden gezien als onderdeel uitmakend van hetzelfde construct, zodat de gedragsovertuiging onderdeel uitmaakt van de attitude, de normatieve overtuiging van de subjectieve norm en de controleovertuiging van de zelfeffectiviteit (Conner & Norman, 2007).

Evenals de TPB al in veel onderzoeken is gebruikt, lijkt dit model ook geschikt bij het onderwerp van deze studie, het melden van onbedoelde gebeurtenissen. Om deze reden zal het model gebruikt worden om te onderzoeken of en hoe de determinanten attitude, subjectieve norm en zelfeffectiviteit, samenhangen met de intentie en hoe de intentie, attitude, subjectieve norm en zelfeffectiviteit, samenhangen met de beslissing om wel of geen melding van onbedoelde gebeurtenissen te maken. Het onderzoek zal worden uitgevoerd door een vragenlijst te ontwikkelen en af te nemen bij een deel van de medewerkers die onderdeel uitmaken van het primaire proces van Dimence.

2.8 Conclusie

In dit hoofdstuk is beschreven dat een incident een onbedoelde gebeurtenis is die al dan niet tot schade aan de patiënt leidt. Indien de gebeurtenis geen schade tot gevolg heeft, wordt er gesproken van een *near miss*. Heeft de gebeurtenis wel schade tot gevolg, dan gaat het om een *adverse event*. In het algemeen wordt er pas van een *adverse event* gesproken indien de aan de patiënt toegebrachte schade zo ernstig is dat een tijdelijke of permanente beperking, een langere opnameduur of overlijden het gevolg is. Verschillende definities worden in de literatuur gegeven voor een *adverse event*, toch zijn in ongeveer alle definities

drie kenmerken te onderscheiden: negativiteit, betrokkenheid van de patiënt en causaliteit. Evenals er verschillen bestaan in de wijze waarop incidenten worden gedefinieerd, bestaan er ook verschillen in het aantal incidenten dat in ziekenhuizen plaatsvindt. Resultaten van onderzoek tonen aan dat internationaal het percentage incidenten tijdens ziekenhuisopnamen variëren tussen de 5,7 en bijna 17%. Een (groot) deel hiervan bleek zelfs vermijdbaar te zijn. Hoewel in de literatuur een groot aantal potentiële redenen worden genoemd waarom geen melding wordt gemaakt van incidenten, bestaat er nog weinig empirische data over wat de werkelijke factoren zijn. Redenen voor onderrapportage die genoemd worden zijn: het ontbreken van een veiligheidscultuur, onwetendheid over hoe een melding gedaan moet worden en welke incidenten gemeld kunnen worden, de hoge werkdruk, het feit dat de melding weinig bijdraagt aan de verbetering van de kwaliteit van zorg, dat het incident niet besproken hoeft te worden, het vrijwillige karakter van een melding en de beperkte feedback die wordt gegeven. Geconcludeerd kan worden dat, hoewel in de literatuur een groot aantal potentiële redenen worden genoemd waarom onbedoelde gebeurtenissen in de gezondheidszorg niet worden gemeld, er nog weinig hard bewijs bestaat als het gaat om de werkelijke redenen van onderrapportage. Een model dat geschikt lijkt om redenen te achterhalen waarom medewerkers in de geestelijke gezondheidszorg onbedoelde gebeurtenissen wel of niet melden, is de *Theory of Planned Behavior*. In dit model worden verschillende factoren onderscheiden die van invloed zijn op of personen bepaald gedrag wel of niet zullen vertonen.

3. Methoden

3.1 Respondenten

Binnen Dimence bestaan er 114 teams die onderdeel uitmaken van het primaire proces. Door middel van een gestratificeerde steekproef zijn teams geselecteerd waar vragenlijsten zijn verspreid. De stratificatie heeft plaatsgevonden op basis van het aantal incidentmeldingen die in 2008 op teamniveau zijn gedaan. Er is voor gekozen om te stratificeren naar aantal incidentmeldingen, om ervan verzekerd te zijn dat er bij de teams die in de steekproef worden opgenomen, variatie zit in het aantal meldingen dat wordt gedaan.

Van elk team is het aantal incidentmeldingen die in 2008 zijn gedaan opgevraagd. Op basis van het aantal incidentmeldingen die op teamniveau zijn gedaan, zijn de teams over vier groepen verdeeld. Drie groepen zijn gemaakt op basis van het aantal incidentmeldingen en in één groep zijn teams ondergebracht waarvan geen gegevens bekend zijn met betrekking tot het aantal incidentmeldingen in 2008. De drie groepen, die zijn ingedeeld op basis van het aantal incidentmeldingen, zijn ingedeeld zodat het aantal teams per groep ongeveer even groot was. In de eerste groep zijn teams opgenomen waar in 2008 0 tot 3 meldingen zijn gedaan. De tweede groep bevat teams die in 2008 3 tot 15 meldingen hebben gedaan en de derde groep teams die in 2008 meer dan 15 meldingen hebben gedaan. Ten slotte bestaat de vierde groep uit teams waarvan geen gegevens bekend zijn. Van deze teams zijn geen gegevens bekend doordat het nieuwe teams zijn, of doordat in 2008 geen incidentmeldingen zijn gedaan vanuit deze teams en dit niet is geregistreerd als 0 meldingen. Groep 1 bestond uit 18 teams, groep 2 uit 19 teams, groep 3 uit 18 teams en groep 4 uit 61 teams. Uit elke groep zijn aselekt 10 teams gekozen en uiteindelijk zijn 40 teams geselecteerd. Alle medewerkers die werkzaam zijn in het primaire proces van de geselecteerde teams, is een vragenlijst verstrekt. In totaal zijn ruim 600 vragenlijsten verspreid.

3.2 Procedure

De vragenlijsten zijn via de teamleiders aan de medewerkers verstrekt. Voordat teams zijn geselecteerd heeft de Raad van Bestuur een brief gestuurd naar alle teamleiders, van de 114 teams die onderdeel uitmaken van het primaire proces, om ze van het onderzoek op de hoogte te brengen. In deze brief stond beschreven wat het doel van het onderzoek was en dat verschillende teams geselecteerd zouden worden om deel te nemen aan het onderzoek. De teamleiders werden ervan op de hoogte gebracht dat zij binnenkort door de onderzoeker benaderd zouden worden, indien hun team geselecteerd was. Tevens benadrukte de Raad van Bestuur in de brief dit een belangrijk onderzoek te vinden en werd de teamleiders gevraagd aan het onderzoek mee te werken.

Met de teamleiders van de geselecteerde teams is telefonisch contact opgenomen en is besproken op welke wijze de vragenlijsten verspreid zouden worden. Enkele teamleiders gaven er de voorkeur aan de vragenlijsten via de interne post of via de mail te ontvangen. Bij de andere teamleiders is langsgesgaan om de vragenlijsten persoonlijk af te leveren en over het onderzoek te vertellen. Ook zijn verschillende teamvergaderingen bezocht. Aan elke teamleider is gevraagd hoeveel medewerkers in het primaire proces van het team werkzaam waren en dit aantal vragenlijsten is vervolgens aan de teamleider overhandigd. Om de respons te verhogen is een bericht op het intranet geplaatst om het belang van het

onderzoek te benadrukken en is ruim een week voor de deadline een mail naar de teamleiders van de geselecteerde teams gestuurd, met de vraag om de leden van hun team nogmaals aan het onderzoek te herinneren.

3.3 Vragenlijst

Om de informatie te verzamelen die nodig is om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvragen, is gebruik gemaakt van een vragenlijst. Doordat geen gevalideerde vragenlijst beschikbaar was, is zelf een vragenlijst ontwikkeld. De vragenlijst staat weergegeven in bijlage 2. Deze vragenlijst is opgesteld aan de hand van informatie die in de wetenschappelijke literatuur is gevonden en informatie die is verzameld door middel van het uitvoeren van verkennende interviews met tien medewerkers uit de organisatie. De functies van deze personen varieerden van de voorzitter van de Raad van Bestuur tot teamleiders en verpleegkundigen.

Voordat de vragenlijsten in de organisatie zijn verspreid is er een pilot uitgevoerd, waarbij de vragenlijst aan drie medewerkers van het primaire proces is voorgelegd en aan verschillende medewerkers van het concernbureau. Hen zijn vervolgens vijf vragen voorgelegd en is achterhaald of ze inconsistente antwoorden hadden gegeven, doordat de antwoordmogelijkheden waren omgedraaid. De vragen die zijn voorgelegd luiden: 'Zijn er vragen die dubbelzinnig of moeilijk te beantwoorden zijn?', 'Zit er te veel herhaling in de vragenlijst?', 'Vind je de vragenlijst te lang?', 'Is de vragenlijst te oppervlakkig?' en 'Zijn er zaken die je irritant vindt in de bewoording of de weergave van de vragenlijst?' (Francis et al., 2004). Naar aanleiding van deze pilot zijn een aantal kleine veranderingen aangebracht.

Aan iedere vragenlijst was een introductiebrief toegevoegd, waarin informatie stond over het onderzoek, de vragenlijst en de wijze waarop de vragenlijst retour kon worden gestuurd. De introductiebrief is toegevoegd in bijlage 3.

Algemene gegevens

In de vragenlijst werd om te beginnen naar een aantal demografische gegevens gevraagd. Deze vragen hadden betrekking op: leeftijd van de respondent, geslacht, opleidingsniveau, lengte dienstverband, de fusiepartner waar de respondent werkzaam was, het team waar de respondent onderdeel van uitmaakt, de setting waarin de respondent werkt, of de respondent een leidinggevende functie heeft en of de respondent BIG-geregistreerd is.

In de literatuur komt naar voren dat de mate waarin de respondent de cultuur die binnen de organisatie heerst als een veiligheidscultuur typeert, van invloed is op de meldingsbereidheid. Om deze reden is een vraag gesteld over de mate waarin de respondenten de cultuur die binnen de organisatie heerst als veiligheidscultuur typeren. Tegenstrijdige informatie wordt in de literatuur gegeven als het gaat om de relatie tussen groepsbinding en gedrag (Klein & Mulvey, 1995) en in de literatuur komt niet naar voren dat de teambinding binnen het team waar de respondent onderdeel van uitmaakt van invloed is op de meldingsbereidheid. Toch is de aanname gedaan dat de teambinding mogelijk van invloed is op de meldingsbereidheid. Om deze reden is in de vragenlijst een vraag opgenomen om te achterhalen hoe de respondenten de teambinding binnen hun team typeren.

Incidentie onbedoelde gebeurtenissen

Binnen Dimence bestaat er het vermoeden dat een groot deel van de onbedoelde gebeurtenissen die plaatsvinden niet worden gemeld. Voordat bepaald kan worden of medewerkers onbedoelde gebeurtenissen daadwerkelijk niet melden, moet achterhaald worden of de medewerkers onbedoelde gebeurtenissen meemaken. Om het aantal incidentmeldingen die de respondenten in de afgelopen drie maanden hebben gedaan te achterhalen, is gevraagd hoeveel meldingsformulieren de respondenten in de afgelopen drie maanden hebben ingevuld. Ook is de respondenten een lijst met onbedoelde gebeurtenissen voorgelegd. Deze lijst staat weergegeven in tabel 2. Deze lijst is gebaseerd op informatie die is verkregen tijdens de verkennende interviews. De geïnterviewden is gevraagd naar voorbeelden van onbedoelde gebeurtenissen. Op basis van de indeling die door het Nivel is opgesteld, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen procesafwijkingen, bijna-incidenten, incidenten en calamiteiten, zijn de genoemde onbedoelde gebeurtenissen ingekort tot 25 gebeurtenissen. In deze lijst worden zowel voorbeelden genoemd van procesafwijkingen als van bijna-incidenten, incidenten en calamiteiten. Opgemerkt moet echter worden dat de indeling arbitrair is en anderen mogelijk van mening kunnen zijn dat sommige gebeurtenissen beter in een andere categorie passen. Bij elke gebeurtenis is gevraagd of de respondent deze gebeurtenis in de afgelopen drie maanden heeft meegemaakt en hoe vaak hij de gebeurtenis heeft meegemaakt. Indien de respondent de gebeurtenis heeft meegemaakt, is gevraagd of hij aan wilde geven of hij melding van deze gebeurtenis heeft gemaakt en hoe vaak hij hiervan melding heeft gemaakt. Wanneer een respondent wel heeft aangegeven dat hij een gebeurtenis heeft meegemaakt of heeft gemeld, maar niet heeft aangegeven hoe vaak hij de gebeurtenis heeft meegemaakt of heeft gemeld, zal bij het aantal een één worden ingevuld. Hiertoe is besloten omdat de respondent de gebeurtenis in ieder geval één keer heeft meegemaakt of heeft gemeld.

Tabel 2: Onbedoelde gebeurtenissen

Procesafwijkingen	Incidenten
Een niet-werkend alarmsysteem	Een cliënt slaat je
Privacygevoelige patiëntinformatie in de printer	Je wordt bedreigd door een cliënt
Fixatie die niet goed is bevestigd	Je botst met een deur
Een pilletje dat op de grond ligt	Een cliënt scheldt je uit
	Val cliënt
Bijna-incidenten	Verkeerde medicatie gegeven
Cliënt wil je slaan, maar slaat mis	Prikincident
Cliënt glijdt uit, maar valt niet, doordat je hem opvangt	Vermissing cliënt
Verkeerde medicatie klaargezet, maar niet gegeven	Een cliënt maakt een seksueel getinte opmerking tegen je
	Niet nagekomen afspraak door cliënt
Calamiteiten	Een cliënt slaat een medecliënt
Brand met inschakeling hulpdiensten	Een cliënt bedreigt een medecliënt
Suicide	Cliënt vernielt materiaal van de afdeling
	Brand zonder inschakeling hulpdiensten
	Automutilatie
	Suïcidepoging

Melden in specifieke situaties

Om te achterhalen of respondenten in bepaalde situaties de intentie hebben om melding te maken van onbedoelde gebeurtenissen, zijn zes specifieke situaties beschreven. Deze specifieke situaties zijn opgesteld naar aanleiding van informatie die is verzameld tijdens de

verkennde interviews. Aan de geïnterviewden is gevraagd of ze situaties wilden beschrijven waarin een onbedoelde gebeurtenis plaatsvindt. Deze situatiebeschrijvingen zijn vervolgens verwerkt. In elke specifieke situatiebeschrijving wordt een onbedoelde gebeurtenis beschreven. Vervolgens is gevraagd of de respondent melding van de onbedoelde gebeurtenis zou maken en hoe moeilijk het voor hem was deze beslissing te nemen. Bij deze vraag kon worden geantwoord op een zevenpuntsschaal, met antwoorden van 'helemaal niet moeilijk' (1) tot 'extreem moeilijk' (7). De beschrijvingen hadden betrekking op: een collega die een medicatiefout maakt, een cliënt die je uitscheldt, een familielid van een cliënt die je bedreigt, een seksueel getinte opmerking door een cliënt, automutilatie en medicatie die verkeerd is klaargemaakt. De beschrijvingen zijn te vinden in de vragenlijst in bijlage 2.

Houding ten opzichte van melden onbedoelde gebeurtenissen

De psychologische variabelen attitude, subjectieve norm en zelfeffectiviteit, die onderdeel uitmaken van het onderzoek, zijn gemeten aan de hand van stellingen. De respondenten moesten bij elke stelling aangeven in hoeverre ze het met de stelling oneens dan wel eens waren. De antwoorden moesten worden gegeven op een zevenpuntsschaal, met antwoorden variërend van 'helemaal mee oneens' (1) tot 'helemaal mee eens' (7).

De houding van de respondent met betrekking tot het melden van onbedoelde gebeurtenissen is achterhaald met behulp van vijf items. Deze items luiden: 'Wanneer ik melding maak van een onbedoelde gebeurtenis, draag ik eraan bij dat deze gebeurtenis niet nog een keer plaatsvindt', 'Het kost me te veel tijd om melding te maken van een onbedoelde gebeurtenis', 'Wanneer ik melding maak van een onbedoelde gebeurtenis, heb ik het gevoel dat ik een bijdrage lever aan de kwaliteit en veiligheid van de zorg van mijn team', 'Het melden van onbedoelde gebeurtenissen is zinloos, want ik krijg toch geen terugkoppeling' en 'Wanneer ik melding maak van een onbedoelde gebeurtenis, ben ik bang voor een mogelijke juridische procedure'. De Cronbach's α van dit construct komt uit op 0,54. Na verwijdering van het item 'Wanneer ik melding maak van een onbedoelde gebeurtenis, ben ik bang voor een mogelijke juridische procedure' komt de Cronbach's α uit op 0,57. Deze α is voldoende hoog, zodat het construct, zonder het item 'Wanneer ik melding maak van een onbedoelde gebeurtenis, ben ik bang voor een mogelijke juridische procedure', in de analyse wordt meegenomen.

Ervaren druk om onbedoelde gebeurtenissen te melden

Vier items zijn gebruikt om de ervaren druk van belangrijke anderen ten opzichte van het melden van onbedoelde gebeurtenissen te meten. Deze items waren: 'De Raad van Bestuur van Dimence vindt dat ik alle onbedoelde gebeurtenissen moet melden', 'Mijn direct leidinggevende vindt dat ik alle onbedoelde gebeurtenissen moet melden', 'De Inspectie voor de Gezondheidszorg vindt dat ik alle onbedoelde gebeurtenissen moet melden' en 'Mijn directe collega's vinden dat ik alle onbedoelde gebeurtenissen moet melden'. Het construct is voldoende betrouwbaar met een Cronbach's α van 0,89.

Ervaren mogelijkheden tot het melden van onbedoelde gebeurtenissen

De zelfeffectiviteit is gemeten met behulp van vijf stellingen. Deze stellingen luiden: 'Wanneer ik melding wil maken van een onbedoelde gebeurtenis, weet ik precies welk formulier ik hiervoor moet gebruiken', 'Het kost mij te veel tijd om meldingen van onbedoelde gebeurtenissen handmatig te doen', 'Het is mij exact duidelijk wanneer ik wel of geen

melding van een onbedoelde gebeurtenis kan maken', 'Ik vind de procedure voor het melden van onbedoelde gebeurtenissen ingewikkeld' en 'Ik zal vaker melding maken van onbedoelde gebeurtenissen als meldingen anoniem gedaan kunnen worden'. De Cronbach's α van dit construct komt uit op 0,37. Na verwijdering van het item 'Ik zal vaker melding maken van onbedoelde gebeurtenissen als meldingen anoniem gedaan kunnen worden' komt de Cronbach's α van dit construct uit op 0,60. Deze α is voldoende hoog, zodat het construct, zonder het item 'Ik zal vaker melding maken van onbedoelde gebeurtenissen als meldingen anoniem gedaan kunnen worden', in de analyse wordt meegenomen.

3.4 Analyseplan

In de analyse zijn vragenlijsten gebruikt waarvan het overgrote deel van de vragen is ingevuld en ten minste bij alle onderdelen antwoorden zijn gegeven. Wanneer vragen niet zijn ingevuld wordt dit als missing gedefinieerd en niet meegenomen in de analyse. De analyses zijn uitgevoerd met het statistische analyseprogramma SPSS 14.0. Er zullen een aantal beschrijvende statistieken worden gegeven, zoals leeftijd, geslacht en opleidingsniveau. Vervolgens wordt beschreven welke onbedoelde gebeurtenissen zijn voorgekomen, hoe vaak deze gebeurtenissen zijn voorgekomen, of deze gebeurtenissen zijn gemeld en hoe vaak deze gebeurtenissen zijn gemeld. Vragen die negatief geschaald zijn in de vragenlijst, worden omgeschaald. Vervolgens wordt de betrouwbaarheid van de verschillende variabelen bepaald met behulp van de Cronbach's α . In het meeste sociaal wetenschappelijk onderzoek wordt een Cronbach's α van 0,70 of hoger als acceptabel gezien (Bland & Altman, 1997). Aangezien er in dit onderzoek geen gebruik is gemaakt van een gevalideerde vragenlijst, is ervoor gekozen om een lagere Cronbach's α te accepteren. Er is voor gekozen om variabelen met een Cronbach's α groter dan 0,55 mee te nemen in de analyses. Vervolgens zal een correlatieanalyse worden uitgevoerd om te bepalen of er significante relaties bestaan tussen de variabelen van het model. Ten slotte zullen regressieanalyses worden uitgevoerd. Met een regressieanalyse worden relaties beschreven tussen de onafhankelijke variabelen en de afhankelijke variabele.

4. Resultaten

4.1 Demografische gegevens

Van de 609 vragenlijsten die zijn verspreid, zijn er 276 retour gestuurd. Het responspercentage is 45%. Van de 276 retour gestuurde vragenlijsten zijn er 274 meegenomen in de analyse. Bij twee vragenlijsten waren te veel vragen niet ingevuld. In tabel 3 staan de demografische gegevens van de respondenten weergegeven.

Tabel 3: Demografische gegevens respondenten

Variabelen		N	%
Geslacht	Man	78	29
	Vrouw	194	71
Leeftijd (gemiddelde/standaarddeviatie)		263	41/12
Opleidingsniveau	VBO/MAVO/VMBO of vergelijkbaar	7	3
	HAVO/VWO of vergelijkbaar	4	2
	MBO of vergelijkbaar	64	23
	HBO of vergelijkbaar	138	51
	Universiteit	57	21
	Anders	3	1
Lengte dienstverband (gemiddelde/standaarddeviatie)		270	10/9
Fusiepartner	Adhesie GGZ	148	54
	RIAGGz over de IJssel	39	14
	Zwolse Poort	70	26
	Niet van toepassing	12	5
Setting	Ambulant	91	33
	Klinisch	118	43
	Deeltijd	8	3
	Anders	51	19
Leidinggevende functie	Ja	30	11
	Nee	243	89
BIG-geregistreerd	Ja	199	73
	Nee	74	27
BIG-registratie	Arts	15	8
	Fysiotherapeut	1	1
	Gz-psycholoog	15	8
	Psychotherapeut	1	1
	Verpleegkundige	154	78
	Meerdere registraties	11	6

In tabel 3 kun je zien dat het overgrote deel van de respondenten vrouw was met een gemiddelde leeftijd van 41 jaar. Ruim de helft van de respondenten heeft het HBO of vergelijkbaar afgerond en was werkzaam bij Adhesie GGZ. De gemiddelde lengte van het dienstverband is 10 jaar. De meeste respondenten werken in de klinische setting en hebben

geen leidinggevende functie, maar wel een BIG-registratie. De registratie die het vaakst voorkomt is die van verpleegkundige.

4.2 Incidentie en melden onbedoelde gebeurtenissen

Van de 274 vragenlijsten die zijn meegenomen in de analyse, is de vraag naar het aantal ingevulde meldingsformulieren in de afgelopen drie maanden, door 269 respondenten ingevuld. De respondenten gaven aan in de afgelopen drie maanden 234 meldingsformulieren te hebben ingevuld. Opvallend is dat 191 respondenten (71%) geen enkel meldingsformulier heeft ingevuld. De algemene gegevens van de respondenten die in de afgelopen drie maanden niet één en de respondenten die tenminste één meldingsformulier hebben ingevuld, zijn met elkaar vergeleken. Grote verschillen bleken er niet te bestaan tussen de twee groepen, behalve wanneer het gaat om de setting waarin de respondenten werken en de voormalige fusiepartner. Het percentage respondenten dat in de klinische setting werkt is een stuk groter bij de groep die tenminste één melding heeft gedaan (69% tegenover 32%) en meldingen worden het minst gedaan door medewerkers die bij de voormalige RIAGGz over de IJssel werken.

Tabel 4: Incidentie onbedoelde gebeurtenissen

<i>Gebeurtenis</i>	<i>Incidentie*</i>	<i>Percentage meegemaakt**</i>	<i>Percentage totale incidentie***</i>
Een cliënt scheldt je uit	892	47	23
Niet nagekomen afspraak door cliënt	872	71	23
Je ziet privacygevoelige patiëntinformatie in de printer liggen	381	41	10
Een cliënt maakt een seksueel getinte opmerking tegen je	291	28	8
Een cliënt bedreigt een medecliënt	168	26	4
Automutilatie	168	20	4
Cliënt vernielt materiaal van de afdeling	137	24	4
Cliënt wil je slaan, maar slaat mis	111	9	3
Je wordt bedreigd door een cliënt	111	21	3
Een pilletje dat op de grond ligt	104	24	3
Vermissing cliënt	96	20	3
Een niet-werkend alarmsysteem	80	14	2
Val cliënt	70	16	2
Verkeerde medicatie klaargezet, maar niet gegeven	61	14	2
Je botst met een deur	60	10	2
Een cliënt slaat een medecliënt	44	12	1
Een cliënt slaat je	39	9	1
Suïcidepoging	36	11	1
Verkeerde medicatie gegeven	31	9	1
Cliënt glijdt uit, maar valt niet, doordat je hem opvangt	26	9	1
Brand zonder inschakeling hulpdiensten	22	6	1
Suicide	11	4	0
Brand met inschakeling hulpdiensten	9	3	0
Prikincident	5	2	0
Fixatie die niet goed is bevestigd	1	0	0
Totaal	3826		

* Aantal keer dat de onbedoelde gebeurtenis in de afgelopen drie maanden heeft plaatsgevonden

** Percentage respondenten dat de onbedoelde gebeurtenis ten minste één keer heeft meegemaakt

*** Percentage dat onbedoelde gebeurtenis heeft plaatsgevonden ten opzichte van totale aantal onbedoelde gebeurtenissen dat heeft plaatsgevonden

De respondenten is een lijst met onbedoelde gebeurtenissen voorgelegd waarbij hen is gevraagd aan te geven of ze de gebeurtenis in de afgelopen drie maanden wel of niet hebben meegemaakt en indien ze de gebeurtenis hebben meegemaakt, hoe vaak ze de gebeurtenis hebben meegemaakt. De resultaten hiervan staan in tabel 4 weergegeven. De tabel is geordend op incidentie, de gebeurtenissen die het vaakst hebben plaatsgevonden staan bovenaan.

In tabel 4 is te lezen dat de respondenten de afgelopen drie maanden de 25 beschreven onbedoelde gebeurtenissen 3826 keer hebben meegemaakt. De vragenlijst is afgenomen bij 40 van de 114 teams die onderdeel uitmaken van het primaire proces van Dimence en het responspercentage was 45%. Wanneer het aantal keer dat deze onbedoelde gebeurtenissen hebben plaatsgevonden worden geëxtrapoleerd voor heel Dimence voor een heel jaar, blijkt dat deze gebeurtenissen jaarlijks bijna 97.000 keer plaatsvinden binnen Dimence.

Als je naar tabel 4 kijkt zie je dat bepaalde gebeurtenissen beduidend vaker plaatsvinden van andere gebeurtenissen. Respondenten worden erg vaak door cliënten uitgescholden (892 keer) en cliënten komen afspraken vaak niet na (872 keer). Andere gebeurtenissen komen maar zelden voor; niet goed bevestigde fixaties, prikincidenten, brandstichting met inschakeling hulpdiensten en suicides, respectievelijk 1, 5, 9 en 11 keer.

Tabel 5: Melden onbedoelde gebeurtenissen

<i>Gebeurtenis</i>	<i>Aantal meldingen*</i>	<i>Percentage gemeld**</i>	<i>Percentage gemeld van totaal***</i>
Prikincident	5	100	100
Verkeerde medicatie gegeven	21	80	68
Vermissing cliënt	63	66	66
Brand zonder inschakeling hulpdiensten	12	65	55
Een cliënt slaat je	21	56	54
Val cliënt	34	49	49
Cliënt vernielt materiaal van de afdeling	62	49	45
Suicide	5	45	45
Een cliënt slaat een medecliënt	20	61	45
Brand met inschakeling hulpdiensten	4	38	44
Je wordt bedreigd door een cliënt	47	61	42
Suicidepoging	13	39	36
Een niet-werkend alarmsysteem	28	51	35
Cliënt glijdt uit, maar valt niet, doordat je hem opvangt	7	22	27
Verkeerde medicatie klaargezet, maar niet gegeven	15	29	25
Automutilatie	41	16	24
Je botst met een deur	14	7	23
Een cliënt bedreigt een medecliënt	39	37	23
Een pilletje dat op de grond ligt	12	11	12
Niet nagekomen afspraak door cliënt	93	13	11
Cliënt wil je slaan, maar slaat mis	12	38	11
Je ziet privacygevoelige patiëntinformatie in de printer liggen	14	7	4
Een cliënt scheldt je uit	30	15	3
Een cliënt maakt een seksueel getinte opmerking tegen je	6	5	2
Fixatie die niet goed is bevestigd	0	0	0
Totaal	618		16

* Aantal keer dat de onbedoelde gebeurtenis in de afgelopen drie maanden is gemeld

** Percentage respondenten die de onbedoelde gebeurtenis ten minste één keer heeft gemeld

*** Aantal gebeurtenissen gemeld / aantal gebeurtenissen meegemaakt (zie tabel 4) x 100

Ook is de respondenten gevraagd, mits ze de gebeurtenis hebben meegemaakt, of ze hier melding van hebben gemaakt en hoe vaak ze hier melding van hebben gemaakt. In tabel 5 staan de verzamelde gegevens weergegeven. De tabel is geordend op percentage meldingen, onbedoelde gebeurtenissen die relatief het vaakst zijn gemeld staan bovenaan.

In tabel 5 zie je dat er duidelijke verschillen bestaan in het percentage meldingen dat wordt gedaan per onbedoelde gebeurtenis. Zo is 100% van de prikincidenten gemeld en is in meer dan de helft van de gevallen dat de cliënt verkeerde medicatie heeft gekregen, een cliënt vermist was en een cliënt een medewerker heeft geslagen, hier melding van gemaakt. Andere gebeurtenissen worden zelden gemeld, voorbeelden hiervan zijn dat een cliënt een medewerker uitscheldt, dat een cliënt een seksueel getinte opmerking tegen een medewerker maakt en dat een medewerker privacygevoelige patiëntinformatie in de printer ziet liggen.

4.3 Factoren van invloed op de meldingsbereidheid

Meldingsbereidheid in specifieke situaties

In de vragenlijst waren zes specifieke situatiebeschrijvingen opgenomen. In elke beschrijving stond een onbedoelde gebeurtenis beschreven. De respondenten is bij iedere beschrijving gevraagd of ze wel of geen melding van de beschreven gebeurtenis zouden maken. Wanneer de beschreven situatie niet op de respondent van toepassing was, konden de respondenten dit aangeven. In tabel 6 staat per situatiebeschrijving vermeld op hoeveel respondenten deze beschrijving wel of niet van toepassing was, zowel in absolute aantallen als in percentages. Ook staat weergegeven hoeveel respondenten, waarop de situatie van toepassing was, melding van de gebeurtenis zouden maken en hoeveel respondenten geen melding van de gebeurtenis zouden maken. Deze gegevens staan ook gepresenteerd in percentages. Tevens is de respondenten gevraagd hoe moeilijk het voor hen was om deze keuze te maken. De moeilijkheid moest worden aangegeven op een zevenpuntsschaal met antwoorden van 'helemaal niet moeilijk' (1) tot 'extreem moeilijk' (7). De gemiddelden (M) en standaarddeviaties (SD) van de keuzes staan in de laatste kolommen afgebeeld.

Tabel 6: Meldingsbereidheid in specifieke situaties

Situatie	Van toepassing		Melden		Moeilijkheid	
	Nee	Ja	Nee	Ja	M	SD
	(N/%)	(N/%)	(N/%)	(N/%)		
Medicatiefout van een collega	115/42	157/58	53/34	104/66	4,0	1,8
Uitschelden door cliënt	34/12	240/88	86/36	154/64	2,5	1,3
Bedreiging door familielid cliënt	36/13	237/87	21/9	216/91	1,8	1,1
Seksueel getinte opmerking van een cliënt	35/13	237/87	113/48	124/52	2,5	1,4
Automutilatie	29/11	242/89	83/34	159/66	2,1	1,2
Medicatie verkeerd klaargezet, maar niet gegeven	132/48	141/52	31/22	110/78	2,6	1,8

In tabel 6 zie je dat een ruime meerderheid van de respondenten, waarop de situatie van toepassing was, de beschreven gebeurtenissen zouden melden. Alleen in het geval van de seksueel getinte opmerking door een cliënt gaat dit niet op, hier zou ongeveer de helft van de respondenten het voorval melden. Opvallend is dat bijna alle respondenten (91%) bereid zijn een bedreiging door een familielid van een cliënt te melden. De respondenten vonden het over het algemeen niet erg moeilijk om de beslissing te nemen om de gebeurtenis wel of niet te melden. Indien het echter gaat om het melden van een fout van een collega hebben

de respondenten hier beduidend meer moeite mee, het nemen van deze beslissing werd dan ook als redelijk moeilijk ervaren.

Om te kunnen berekenen hoe groot de kans is dat een respondent de bereidheid heeft om melding van een bepaalde gebeurtenis te maken, is de beslissing om geen melding van de beschreven gebeurtenis te maken gecodeerd als 0 en de beslissing om wel melding van de gebeurtenis te maken als 1. Per respondent is het gemiddelde berekend van de beslissing bij alle beschreven situaties samen. Hoe dichter deze waarde bij 1 ligt, hoe groter de meldingsbereidheid van de respondenten. De gemiddelde score die hier uitkwam, voor alle respondenten samen, is 0,69. Dit betekent dat indien de beschreven gebeurtenissen daadwerkelijk zouden plaatsvinden, de respondenten in 69% van de gevallen bereid zijn melding van de gebeurtenis te maken.

Met behulp van een correlatieanalyse is onderzocht of er een relatie bestaat tussen het wel of niet melden van de beschreven gebeurtenissen en hoe moeilijk het voor de respondent was om deze beslissing te nemen. Uit de analyse bleek dat er een zwakke significante negatieve relatie bestaat tussen de meldingsbereidheid en de moeilijkheid om deze beslissing te nemen. Dit betekent dat wanneer de meldingsbereidheid groter wordt, het makkelijker wordt om deze beslissing te nemen, of dat wanneer de respondent het moeilijker vindt om de beslissing te nemen om wel of geen melding te maken, des te kleiner de meldingsbereidheid van de respondent wordt.

Houding ten opzichte van melden onbedoelde gebeurtenissen

Vragen die tot doel hadden de houding van de respondenten te meten, evenals vragen die tot doel hadden de ervaren druk en de ervaren mogelijkheden te meten, konden worden gescoord op een zevenpuntsschaal, waarbij de antwoorden varieerden van 'helemaal mee oneens' (1) tot 'helemaal mee eens' (7). Vragen die omgeschaald moesten worden zijn omgeschaald.

Tabel 7: Scores op de items die tot doel hadden de houding te meten

Item	Groep laag (N=53)		Groep midden (N=65)		Groep hoog (N=82)		Groep onbekend (N=58)	
	M*	SD	M*	SD	M*	SD	M*	SD
1	5,17	1,34	4,97	1,74	4,70	1,74	4,80	1,61
2	3,98	1,68	4,23	1,78	3,98	1,88	4,06	1,74
3	5,55	1,08	5,82	1,07	5,41	1,52	5,19	1,53
4	5,25	1,48	5,23	1,66	4,76	1,68	4,50	1,76
T**	4,99	0,94	5,06	1,03	4,71	1,07	4,65	1,18

* Range 1-7 ** T=totaal

1. Wanneer ik melding maak van een onbedoelde gebeurtenis, draar ik eraan bij dat deze gebeurtenis niet nog een keer plaatsvindt.
2. Het kost me te veel tijd om melding te maken van een onbedoelde gebeurtenis (omgeschaald).
3. Wanneer ik melding maak van een onbedoelde gebeurtenis, heb ik het gevoel dat ik een bijdrage lever aan de kwaliteit en veiligheid van de zorg van mijn team.
4. Het melden van onbedoelde gebeurtenissen is zinloos, want ik krijg toch geen terugkoppeling (omgeschaald).

In tabel 7 staat per groep vermeld wat de gemiddelde score en de standaarddeviatie op de items waren die tot doel hadden de houding van de respondenten ten opzichte van het melden van onbedoelde gebeurtenissen te meten. In de groep 'laag' zijn respondenten opgenomen die werkzaam zijn in teams waar in 2008 0-3 meldingen zijn gedaan, in de groep 'midden' zijn respondenten opgenomen die werkzaam zijn in teams waar in 2008 3-15 meldingen zijn gedaan, in de groep 'hoog' zijn respondenten opgenomen die in teams

werkzaam zijn waar in 2008 meer dan 15 meldingen zijn gedaan en in de groep 'onbekend' zijn ten slotte respondenten opgenomen die in teams werkzaam zijn waarvan geen gegevens bekend zijn over het aantal meldingen die in 2008 op teamniveau zijn gedaan.

De gemiddelde scores per groep van alle items samen variëren tussen de 4,6 en 5,1, met een standaarddeviatie variërend van 0,9 tot 1,2. Je kunt zien dat de meeste scores tussen de 4 en de 6 liggen, wat inhoudt dat de respondenten het niet met de stelling eens, noch met de stelling oneens zijn, tot met de stelling eens zijn (of oneens, indien omgeschaald). Over het algemeen kun je zeggen dat de respondenten het een beetje eens zijn met alle stellingen. Opvallend is dat de score bij elke groep het hoogst is op de stelling 'Wanneer ik melding maak van een onbedoelde gebeurtenis, heb ik het gevoel dat ik een bijdrage lever aan de kwaliteit en veiligheid van de zorg van mijn team'. Wat ook opvalt, is dat de gemiddelde score op de stelling 'het kost me te veel tijd om melding te maken van een onbedoelde gebeurtenis', bij alle groepen het meest neutraal is van alle stellingen. De standaarddeviatie is echter het grootst. Dit betekent dat de antwoorden die de respondenten bij deze stelling hebben gegeven nogal varieerden.

Ervaren druk van belangrijke anderen om onbedoelde gebeurtenissen te melden

In tabel 8 zijn de scores weergegeven op de items die tot doel hadden te achterhalen hoeveel druk respondenten van belangrijke anderen ervaren om melding te maken van onbedoelde gebeurtenissen.

Tabel 8: Scores op de items die tot doel hadden de ervaren druk te meten

Item	Groep laag (N=53)		Groep midden (N=63)		Groep hoog (N=82)		Groep onbekend (N=58)	
	M*	SD	M*	SD	M*	SD	M*	SD
1	4,53	1,61	4,88	1,70	4,90	1,76	4,13	1,68
2	4,60	1,68	5,16	1,45	5,16	1,66	4,30	1,64
3	4,64	1,64	4,94	1,63	5,39	1,67	4,25	1,78
4	4,42	1,68	4,78	1,50	4,83	1,60	4,19	1,58
T**	4,55	1,44	4,93	1,33	5,07	1,42	4,18	1,45

* Range 1-7 ** T=totaal

1. De Raad van Bestuur van Dimence vindt dat ik alle onbedoelde gebeurtenissen moet melden.
2. Mijn direct leidinggevende vindt dat ik alle onbedoelde gebeurtenissen moet melden.
3. De Inspectie voor de Gezondheidszorg vindt dat ik alle onbedoelde gebeurtenissen moet melden.
4. Mijn directe collega's vinden dat ik alle onbedoelde gebeurtenissen moet melden.

De gemiddelde scores per groep van alle items samen variëren tussen de 4,1 en 5,1, met een standaarddeviatie variërend van 1,3 tot 1,5. Opvallend is dat de gemiddelde score van het totaal bij de groep 'onbekend' beduidend lager is dan bij de andere groepen. Geconcludeerd kan worden dat de respondenten geen grote druk van belangrijke anderen ervaren als het gaat om het melden van onbedoelde gebeurtenissen.

Ervaren mogelijkheden tot het melden van onbedoelde gebeurtenissen

In tabel 9 zijn de scores weergegeven op de items die tot doel hadden te achterhalen in hoeverre de respondenten denken dat ze in staat zijn om melding te maken van onbedoelde gebeurtenissen.

In de tabel is te zien dat de gemiddelde scores per groep van alle items samen variëren tussen de 3,3 en 4,5, met een standaarddeviatie variërend van 0,9 tot 1,3. Te zien is dat de respondenten die onderdeel uitmaken van de groep 'hoog' het hoogst scoren, gevolgd door

de groep 'midden', 'laag' en 'onbekend'. Op het item 'het is mij exact duidelijk wanneer ik wel of geen melding van een onbedoelde gebeurtenis kan maken' is de score duidelijk lager dan op de andere items. Dit houdt in dat blijkbaar toch niet zo duidelijk is wanneer er melding van een onbedoelde gebeurtenis gedaan kan worden. Als naar de standaarddeviaties van de items wordt gekeken, zie je dat de score op het item 'wanneer ik melding wil maken van een onbedoelde gebeurtenis, weet ik precies welk formulier ik hiervoor moet gebruiken' bij alle groepen, op de groep 'hoog' na, hoger is dan op de andere items. Dit duidt erop dat bepaalde respondenten wel redelijk zeker zijn welk formulier voor welke gebeurtenis gebruikt moet worden en dat andere respondenten hier een stuk minder zeker van zijn.

Tabel 9: Scores op de items die tot doel hadden de ervaren mogelijkheden te meten

Item	Groep laag (N=53)		Groep midden (N=61)		Groep hoog (N=81)		Groep onbekend (N=60)	
	M*	SD	M*	SD	M*	SD	M*	SD
1	4,06	1,99	4,80	1,87	5,25	1,74	2,95	2,14
2	4,09	1,67	4,08	1,80	3,89	1,77	3,82	1,71
3	3,09	1,51	3,38	1,67	4,00	1,87	2,81	1,66
4	4,28	1,15	4,44	1,47	4,46	1,70	3,84	1,21
T**	3,88	0,98	4,20	1,15	4,42	1,16	3,32	1,24

* Range 1-7 ** T=totaal

1. Wanneer ik melding maak van een onbedoelde gebeurtenis, weet ik precies welk formulier ik hiervoor moet gebruiken.
2. Het kost mij te veel tijd om meldingen van onbedoelde gebeurtenissen handmatig te doen (omgeschaald).
3. Het is mij exact duidelijk wanneer ik wel of geen melding van een onbedoelde gebeurtenis kan maken.
4. Ik vind de procedure voor het melden van onbedoelde gebeurtenissen ingewikkeld (omgeschaald).

Veiligheidscultuur en teambinding

De respondenten is ook gevraagd hoe ze de binding binnen hun team ervaren (tabel 10) en hoe ze de veiligheidscultuur binnen de organisatie typeren (tabel 11).

Tabel 10: Binding binnen team

Teambinding	Groep laag (N=53)		Groep midden (N=66)		Groep hoog (N=83)		Groep onbekend (N=63)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Zeer goed	9	17	18	27	23	28	11	18
Goed	39	64	44	67	58	70	46	73
Matig	5	9	4	6	2	2	6	10
Slecht	0	0	0	0	0	0	0	0
Zeer slecht	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabel 11: Typering van de veiligheidscultuur

Typering veiligheidscultuur	N	Gemiddelde	Standaarddeviatie
Groep laag	53	3,51	0,78
Groep midden	66	3,85	0,73
Groep hoog	82	3,67	0,77
Groep onbekend	62	3,56	0,93

* Range 1-5

Bij de vraag naar de teambetrokkenheid kon gekozen worden tussen: 'zeer goed', 'goed', 'matig', 'slecht' en 'zeer slecht'. Het overgrote deel van de respondenten beschrijft de teambinding als goed. Geen enkele respondent heeft de teambinding als slecht beschreven. Bij de vraag naar de veiligheidscultuur kon geantwoord worden op een vijfpuntsschaal met

antwoorden van 'geen veiligheidscultuur' (1) tot 'veiligheidscultuur' (5). De gemiddelde scores op groepsniveau variëren van 3,5 tot 3,8, met een standaarddeviatie variërend van 0,7 tot 1. De score op deze vraag is redelijk hoog, wat betekent dat de respondenten de cultuur die binnen Dimence heerst toch bijna willen typeren als een veiligheidscultuur.

4.4 Factoren van invloed op het melden van onbedoelde gebeurtenissen

In deze paragraaf zal worden onderzocht wat de bijdrage van de verschillende factoren is aan de verklaring van de variantie in de meldingsbereidheid en het daadwerkelijk melden van onbedoelde gebeurtenissen. Bij het selecteren van de teams, zijn de teams ingedeeld in vier groepen op basis van het aantal meldingen van onbedoelde gebeurtenissen die in 2008 op teamniveau zijn gedaan. De resultaten van het onderzoek zullen in deze paragraaf voor iedere groep afzonderlijk worden gepresenteerd.

Correlatieanalyse

In eerste instantie is onderzocht wat de invloed van psychologische variabelen is op de meldingsbereidheid en het daadwerkelijk melden van onbedoelde gebeurtenissen. De relaties tussen de houding die de respondenten hebben ten opzichte van het melden van onbedoelde gebeurtenissen, de druk die de respondenten ervaren om melding te maken van onbedoelde gebeurtenissen, de mogelijkheden die de respondenten denken te hebben om melding te maken van onbedoelde gebeurtenissen, de teambinding, de typering van de veiligheidscultuur en de meldingsbereidheid en het daadwerkelijk melden van onbedoelde gebeurtenissen zijn onderzocht en staan weergegeven in tabel 12.

Tabel 12: Correlatie van psychologische variabelen met de meldingsbereidheid en het melden

Variabelen	Groep laag		Groep midden		Groep hoog		Groep onbekend	
	Mb***	Melden	Mb***	Melden	Mb***	Melden	Mb***	Melden
Mb***	-	,113	-	,125	-	,238*	-	-,054
Houding	,125	-,150	,171	-,059	,339**	,111	,272*	-,172
Ervaren druk	,253	,116	,008	,013	,449**	,098	,322*	,036
Mogelijkheden	,097	-,112	,078	,157	,248*	-,025	,178	-,210
Teambinding	,119	,183	-,046	-,071	,027	-,134	,000	-,256*
Veiligheidscultuur	,010	-,004	,083	-,045	,296**	-,025	-,116	-,300*

* Significant bij $\alpha = 0,05$

** Significant bij $\alpha = 0,01$

*** Mb=meldingsbereidheid

In tabel 12 is te zien dat zowel bij de groep waarin teams zijn opgenomen waar in 2008 0-3 meldingen zijn gedaan, als bij de groep waarin teams zijn opgenomen waar in 2008 3-15 meldingen zijn gedaan, er geen significante correlaties bestaan tussen de constructen en de meldingsbereidheid en het melden van onbedoelde gebeurtenissen. Bij de groep waar meer dan 15 meldingen zijn gedaan en de groep waarvan het aantal meldingen onbekend is, bestaan wel significante correlaties tussen de constructen en de meldingsbereidheid en het daadwerkelijk melden van onbedoelde gebeurtenissen.

Mogelijk dat andere variabelen (ook) van invloed zijn op de meldingsbereidheid en het daadwerkelijk melden van onbedoelde gebeurtenissen. Om deze reden is ook een correlatieanalyse uitgevoerd waarbij de relatie tussen de leeftijd, het opleidingsniveau, de lengte van het dienstverband en de meldingsbereidheid en het daadwerkelijk melden van onbedoelde gebeurtenissen is onderzocht. De resultaten van deze correlatieanalyse staan in tabel 13 weergegeven.

Tabel 13: Correlatie van demografische variabelen met de meldingsbereidheid en het melden

Variabelen	Groep laag		Groep midden		Groep hoog		Groep onbekend	
	Mb	Melden	Mb	Melden	Mb	Melden	Mb	Melden
Leeftijd	,363**	-,083	,160	-,058	-,023	-,354**	,119	-,066
Opleidingsniveau	-,228	-,284*	-,202	,034	,161	-,038	,029	-,037
Lengte dienstverband	,169	-,259	,060	,087	-,034	-,318**	-,085	-,084

* Significant bij $\alpha = 0,05$

** Significant bij $\alpha = 0,01$

*** Mb=meldingsbereidheid

In tabel 13 is te zien dat er bij de groepen 'midden' en 'onbekend' geen significante correlaties zijn gevonden tussen de leeftijd, het opleidingsniveau en de lengte van het dienstverband met de variabelen meldingsbereidheid en het daadwerkelijk melden van onbedoelde gebeurtenissen. Verschillende significante correlaties bestaan er wel bij de groepen 'laag' en 'hoog'.

Regressieanalyses

Per groep is een regressieanalyse uitgevoerd, waarbij is gekeken welk deel van de variantie in de meldingsbereidheid wordt verklaard door de psychologische variabelen (blok 1) en door de psychologische variabelen en de demografische variabelen samen (blok 2). In tabel 14 staan de resultaten van deze regressieanalyses weergegeven.

In tabel 14 is te zien dat alleen bij de groep 'hoog' de variabelen een significante bijdrage leveren aan de verklaring van de variantie in de meldingsbereidheid. De variabelen houding, ervaren druk, mogelijkheden, teambinding en typering van de veiligheidscultuur verklaren de variantie in de meldingsbereidheid voor 27,7%. Worden aan de regressieanalyse nog de variabelen leeftijd, opleidingsniveau en lengte van het dienstverband toegevoegd, dan verklaren de variabelen de variantie in de meldingsbereidheid voor 33,4%.

Tabel 14: Regressieanalyses met afhankelijke variabele meldingsbereidheid

	β	R	R^2	F
Groep laag:				
Blok 1				
Houding	,047			
Ervaren druk	,221			
Mogelijkheden	,080			
Teambinding	,061			
Veiligheidscultuur	-,010	,271	,074	,716
Blok 2				
Houding	,003			
Ervaren druk	,205			
Mogelijkheden	-,101			
Teambinding	,012			
Veiligheidscultuur	,052			
Leeftijd	,456**			
Opleidingsniveau	-,304			
Lengte dienstverband	-,150	,518	,268	1,926

* Significant bij $\alpha = 0,05$

** Significant bij $\alpha = 0,01$

Oktober 2009

Tabel 14: Regressieanalyses met afhankelijke variabele meldingsbereidheid (vervolg)

	β	R	R^2	F
Groep midden:				
Blok 1				
Houding	,305			
Ervaren druk	-,105			
Mogelijkheden	-,156			
Teambinding	,018			
Veiligheidscultuur	,064	,216	,047	,510
Blok 2				
Houding	,297			
Ervaren druk	-,089			
Mogelijkheden	-,206			
Teambinding	-,027			
Veiligheidscultuur	,015			
Leeftijd	,208			
Opleidingsniveau	-,196			
Lengte dienstverband	-,163	,310	,096	,653
Groep hoog:				
Blok 1				
Houding	,157			
Ervaren druk	,342**			
Mogelijkheden	,067			
Teambinding	,023			
Veiligheidscultuur	,166	,526	,277	5,508**
Blok 2				
Houding	,231			
Ervaren druk	,352**			
Mogelijkheden	,077			
Teambinding	-,007			
Veiligheidscultuur	,134			
Leeftijd	,000			
Opleidingsniveau	,197			
Lengte dienstverband	-,167	,578	,334	4,325**

* Significant bij $\alpha = 0,05$

** Significant bij $\alpha = 0,01$

Oktober 2009

Tabel 14: Regressieanalyses met afhankelijke variabele meldingsbereidheid (vervolg)

	β	R	R^2	F
Groep onbekend:				
Blok 1				
Houding	,220			
Ervaren druk	,186			
Mogelijkheden	,114			
Teambinding	,011			
Veiligheidscultuur	-,176	,395	,156	1,703
Blok 2				
Houding	,180			
Ervaren druk	,189			
Mogelijkheden	,154			
Teambinding	,037			
Veiligheidscultuur	-,175			
Leeftijd	,106			
Opleidingsniveau	,116			
Lengte dienstverband	-,020	,419	,175	1,143

* Significant bij $\alpha = 0,05$

** Significant bij $\alpha = 0,01$

Tevens is onderzocht welk deel van de variantie in het daadwerkelijk melden van onbedoelde gebeurtenissen wordt verklaard door de meldingsbereidheid, de houding, de ervaren druk, de mogelijkheden, de teambinding, de typering van de veiligheidscultuur, de leeftijd, het opleidingsniveau en de lengte van het dienstverband. De resultaten van deze regressieanalyse staan in tabel 15 weergegeven.

Tabel 15: Regressieanalyse met afhankelijke variabele melden onbedoelde gebeurtenissen

	β	R	R^2	F
Groep laag:				
Blok 1				
Meldingsbereidheid	,104			
Houding	-,139			
Ervaren druk	,084			
Mogelijkheden	-,019			
Teambinding	,151			
Veiligheidscultuur	,026	,275	,075	,598
Blok 2				
Meldingsbereidheid	,030			
Houding	-,206			
Ervaren druk	,122			
Mogelijkheden	-,001			
Teambinding	,059			
Veiligheidscultuur	-,036			
Leeftijd	,033			
Opleidingsniveau	-,376			
Lengte dienstverband	-,218	,422	,178	,985

* Significant bij $\alpha = 0,05$

** Significant bij $\alpha = 0,01$

Oktober 2009

Tabel 15: Regressieanalyse met afhankelijke variabele melden onbedoelde gebeurtenissen (vervolg)

	β	R	R^2	F
Groep midden:				
Blok 1				
Meldingsbereidheid	-,072			
Houding	-,323			
Ervaren druk	,116			
Mogelijkheden	,369			
Teambinding	-,097			
Veiligheidscultuur	-,090	,301	,090	,844
Blok 2				
Meldingsbereidheid	-,038			
Houding	-,332			
Ervaren druk	,121			
Mogelijkheden	,415			
Teambinding	-,069			
Veiligheidscultuur	-,053			
Leeftijd	-,360			
Opleidingsniveau	,041			
Lengte dienstverband	,333	,379	,144	,895
Groep hoog:				
Blok 1				
Meldingsbereidheid	,265			
Houding	,042			
Ervaren druk	,031			
Mogelijkheden	-,110			
Teambinding	-,177			
Veiligheidscultuur	-,116	,309	,096	1,198
Blok 2				
Meldingsbereidheid	,202			
Houding	,187			
Ervaren druk	,038			
Mogelijkheden	-,063			
Teambinding	-,179			
Veiligheidscultuur	-,185			
Leeftijd	-,306			
Opleidingsniveau	,057			
Lengte dienstverband	-,114	,478	,228	2,138*

* Significant bij $\alpha = 0,05$

** Significant bij $\alpha = 0,01$

Tabel 15: Regressieanalyse met afhankelijke variabele melden onbedoelde gebeurtenissen (vervolg)

	β	R	R^2	F
Groep onbekend:				
Blok 1				
Meldingsbereidheid	-,050			
Houding	-,092			
Ervaren druk	,036			
Mogelijkheden	-,095			
Teambinding	-,256			
Veiligheidscultuur	-,274	,422	,195	1,819
Blok 2				
Meldingsbereidheid	-,023			
Houding	-,066			
Ervaren druk	,062			
Mogelijkheden	-,212			
Teambinding	-,278			
Veiligheidscultuur	-,276			
Leeftijd	-,054			
Opleidingsniveau	-,228			
Lengte dienstverband	,082	,487	,238	1,154

* Significant bij $\alpha = 0,05$

** Significant bij $\alpha = 0,01$

In de tabel is te zien dat het model alleen een significante verklaring biedt voor de variantie in het daadwerkelijk melden van onbedoelde gebeurtenissen bij de groep 'hoog', wanneer alle variabelen in de regressieanalyse worden meegenomen. De variabelen meldingsbereidheid, houding, ervaren druk, mogelijkheden, teambinding, typering van de veiligheidscultuur, leeftijd, opleidingsniveau en lengte van het dienstverband, verklaren de variantie in het daadwerkelijk melden van onbedoelde gebeurtenissen voor 22,8%. De bijdrage van de leeftijd aan deze verklaring is het grootst (negatief) gevolgd door de meldingsbereidheid.

5. Discussie

5.1 Incidentie en melden onbedoelde gebeurtenissen

Het doel van dit onderzoek is om aanbevelingen te doen om het aantal meldingen van onbedoelde gebeurtenissen te verhogen. Om te achterhalen hoe vaak respondenten daadwerkelijk onbedoelde gebeurtenissen meemaken, zijn de respondenten 25 onbedoelde gebeurtenissen voorgelegd. Door middel van extrapolatie is bepaald hoe vaak deze gebeurtenissen op jaarbasis binnen heel Dimence plaatsvinden. Dit aantal zou bijna 97.000 zijn. Opgemerkt moet worden dat de respondenten slechts 25 gebeurtenissen zijn voorgelegd en er in werkelijk nog veel meer soorten onbedoelde gebeurtenissen kunnen plaatsvinden, wat het aantal van 97.000 fors zou laten toenemen. Wanneer daadwerkelijk alle onbedoelde gebeurtenissen worden gemeld, is het onbegonnen werk om al deze meldingen te analyseren en van feedback te voorzien. De projectgroep Incident Melden Dimence wil de omschrijving voor te melden gebeurtenissen graag zo ruim mogelijk maken, zodat alles wat niet de bedoeling is, zou moeten worden gemeld. Rest de vraag of het handig is om de beschrijving voor te melden gebeurtenissen zo ruim mogelijk te maken of dat het beter is een duidelijke omschrijving te geven van de gebeurtenissen die gemeld moeten worden.

Het *Organisational Accident Causation Model* is beschreven als model dat gebruikt kan worden om de oorzaken van onbedoelde gebeurtenissen te achterhalen. Het model beschrijft dat organisatieprocessen en managementbeslissingen de context vormen en aan de basis liggen van incidenten. Ook in de GGZ kunnen organisatieprocessen en managementbeslissingen aan de basis liggen van incidenten. Bij een groot deel van de onbedoelde gebeurtenissen die in de GGZ plaatsvinden liggen deze processen en beslissingen echter niet aan de basis. Onbedoelde gebeurtenissen die in de GGZ vaak voorkomen, zijn: uitgescholden worden door een cliënt, het niet nakomen van afspraken door cliënten en het bedreigen van medecliënten. Deze gebeurtenissen zijn niet het gevolg van organisatieprocessen en managementbeslissing, maar worden puur door de cliënt zelf (en mogelijk zijn ziekte) veroorzaakt. Het *Organisational Accident Causation Model* is niet geschikt om de oorzaken van deze onbedoelde gebeurtenissen te achterhalen, voor de onbedoelde gebeurtenissen die wel het gevolg zijn van organisatieprocessen en managementbeslissingen kan het model prima gebruikt worden, ook in de GGZ. Echter is het onhandig om verschillende modellen te gebruiken bij het achterhalen van oorzaken van onbedoelde gebeurtenissen. Het *Organisational Accident Causation Model* lijkt in de psychiatrie dan ook minder geschikt. Mogelijk dat een ander model een betere verklaring biedt voor het achterhalen van oorzaken van onbedoelde gebeurtenissen. Bij de keuze voor dit model moet er rekening mee worden gehouden dat niet alleen organisatieprocessen en managementbeslissingen van invloed zijn op het ontstaan van onbedoelde gebeurtenissen, maar dat onbedoelde gebeurtenissen ook door factoren kunnen worden veroorzaakt die buiten de greep van de organisatie liggen.

Bij de analyse van de vragenlijsten kwam naar voren dat slechts een klein deel (29%) van de respondenten de afgelopen drie maanden melding van een onbedoelde gebeurtenis heeft gemaakt door middel van een meldingsformulier. In de begeleidende brief die bij de vragenlijst was gevoegd, stond geschreven dat onder het doen van meldingen het invullen van een meldingsformulier wordt verstaan. Uit de vragenlijst kwam echter naar voren dat de respondenten vaker melding van onbedoelde gebeurtenissen hebben gedaan, dan dat ze

meldingsformulieren hebben ingevuld. Mogelijk verstaan ze het bespreken van de gebeurtenis in het teamoverleg of met een collega ook als het melden van de gebeurtenis. Hoewel meldingen dus vaker worden gedaan op een andere manier dan door middel van een meldingsformulier, blijkt dat ook op andere manieren van slechts 16% van de onbedoelde gebeurtenissen melding wordt gemaakt.

Als wordt gericht op kenmerken van gebeurtenissen die wel of niet worden gemeld, vallen een viertal zaken op. Ten eerste valt op dat er relatief vaker melding van een onbedoelde gebeurtenissen wordt gedaan, wanneer deze gebeurtenissen tegen een medewerker zijn gericht, dan wanneer de gebeurtenissen tegen een medeciënt zijn gericht. Voorbeelden hiervan zijn dat er vaker melding is gemaakt van bedreiging van een cliënt tegen een medewerker dan bedreiging van een cliënt tegen een andere cliënt. Tevens is vaker gemeld dat een cliënt een medewerker heeft geslagen dan dat een cliënt een medeciënt heeft geslagen. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat emoties van de medewerkers een rol spelen bij de beslissing wel of geen melding te maken van een onbedoelde gebeurtenis. Is de gebeurtenis tegen een medewerker gericht dan zijn de emoties die deze persoon ervaart mogelijk ernstiger dan wanneer de gebeurtenis tegen een ander is gericht.

In de literatuur komt naar voren dat de ernst van de onbedoelde gebeurtenis van invloed is op de beslissing om hier wel of geen melding van te maken en dat hoe ernstiger een onbedoelde gebeurtenis is, hoe vaker er melding van wordt gemaakt. Het Nivel heeft een indeling gemaakt waarin vier incidenttypen worden onderscheiden, die in toenemende mate van ernst zijn: procesafwijkingen, bijna-incidenten, incidenten en calamiteiten. Wanneer deze indeling naast de aan de respondenten voorgelegde gebeurtenissen wordt gelegd, lijkt het in dit onderzoek voor een groot deel ook op te gaan dat ernstiger gebeurtenissen vaker worden gemeld. Zo is vaker gemeld dat een medewerker door een cliënt is geslagen (incident) dan wanneer de cliënt missloeg (bijna-incident); is vaker gemeld dat een cliënt verkeerde medicatie heeft gekregen (incident) dan dat er verkeerde medicatie is klaargezet, maar niet is gegeven (bijna-incident); is vaker gemeld dat een cliënt is gevallen (incident) dan dat de cliënt niet is gevallen, doordat de medewerker hem op kon vangen (bijna-incident) en zijn er meer suïcides (calamiteit) dan suïcidepogingen (incident) gemeld. In het geval er sprake is van brand, gaat niet op dat er vaker melding wordt gemaakt wanneer de gebeurtenis ernstiger is. Uit de vragenlijst komt namelijk naar voren dat er vaker melding is gemaakt van een brand zonder inschakeling van hulpdiensten (incident) dan wanneer wel hulpdiensten zijn ingeschakeld (calamiteit).

Ten derde moet genoemd worden dat in de literatuur naar voren komt dat regelmatig voorkomende incidenten in minder dan 20% van de gevallen worden gemeld en dat incidenten die maar zelden voorkomen in bijna alle gevallen worden gemeld. In dit onderzoek lijkt deze bewering ook op te gaan. Vier van de voorgelegde gebeurtenissen zijn vaker dan 250 keer voorgekomen. Van drie van deze gebeurtenissen is bij minder dan 5% melding gemaakt. Van één gebeurtenis is in 11% van de gevallen melding gemaakt. Ook is te zien dat er van prikincidenten, die maar zelden voorkomen, in alle gevallen melding is gemaakt.

Als laatste valt op dat verbale onbedoelde gebeurtenissen maar zelden worden gemeld. Zo is in slechts 2% van de gevallen dat een medewerker door een cliënt werd uitgescholden en dat een cliënt een seksueel getinte opmerking tegen een medewerker maakte, hier melding van gemaakt. Dit punt gaat echter niet op voor de bedreiging door een cliënt, hier wordt een stuk vaker melding van gemaakt. Uit de verkennende interviews die zijn gehouden

kwam al naar voren dat een deel van de onbedoelde gebeurtenissen niet wordt gemeld, omdat deze niet als incidenten worden gezien. Wanneer medewerkers worden uitgescholden, zien ze dit als bij hun werk horend en zien ze niet de noodzaak in om hier melding van te maken. Ook komen verbale incidenten zo vaak voor dat het een verspilling van tijd zou zijn om van elk van deze incidenten melding te maken, aldus de geïnterviewden.

Naar aanleiding van de informatie die is beschreven kan geconcludeerd worden dat van een groot deel van de onbedoelde gebeurtenissen geen melding wordt gemaakt en dat meldingen maar door een beperkte groep respondenten wordt gedaan. Tevens viel op dat onbedoelde gebeurtenissen vaker worden gemeld wanneer deze tegen medewerkers zijn gericht dan wanneer deze tegen medecliënten zijn gericht, dat ernstiger gebeurtenissen beter worden gemeld en dat verbale gebeurtenissen maar zelden worden gemeld. In overeenstemming met de literatuur is ook aangetoond dat onbedoelde gebeurtenissen die vaker voorkomen in een groot deel van de gevallen niet gemeld worden.

5.2 Meldingsbereidheid en melden onbedoelde gebeurtenissen

Op basis van het aantal incidentmeldingen die in 2008 op teamniveau zijn gedaan, zijn de teams, die onderdeel uitmaken van het primaire proces van Dimence, in 4 groepen ingedeeld. Voor iedere groep is afzonderlijk bepaald welk deel van de meldingsbereidheid en het daadwerkelijk melden van onbedoelde gebeurtenissen door verschillende variabelen wordt verklaard.

Bij de analyse kwam naar voren dat de houding, de ervaren druk, de ervaren mogelijkheden, de teambinding en de typering van de veiligheidscultuur alleen bij de groep waarin teams zijn opgenomen waar in 2008 meer dan 15 incidentmeldingen zijn gedaan, een significante bijdrage leveren aan de verklaring van de variantie in de meldingsbereidheid. De variantie in de meldingsbereidheid wordt voor 28% door deze variabelen verklaard. Bij de andere groepen is de verklaring van de variantie in de meldingsbereidheid niet significant. Worden de variabelen leeftijd, opleidingsniveau en lengte van het dienstverband aan het model toegevoegd, dan is wederom alleen bij de groep waarin teams zijn opgenomen waar in 2008 meer dan 15 incidentmeldingen zijn gedaan de verklaring van de variantie in de meldingsbereidheid significant.

Als het om de verklaring van de variantie in het daadwerkelijk melden van onbedoelde gebeurtenissen gaat, bleek deze verklaring alleen significant te zijn bij de groep waarin teams zijn opgenomen waar in 2008 meer dan 15 incidentmeldingen zijn gedaan. Tevens bleek dit alleen te gelden wanneer alle variabelen die in het onderzoek zijn meegenomen aan het model zijn toegevoegd, te weten: meldingsbereidheid, houding, ervaren druk, ervaren mogelijkheden, teambinding, typering van de veiligheidscultuur, leeftijd, opleidingsniveau en lengte van het dienstverband. Deze variabelen verklaren de variantie in het daadwerkelijk melden van onbedoelde gebeurtenissen voor 23%. De bijdrage van geen van deze variabelen is significant. Wanneer alleen de variabelen in het model worden opgenomen die een significante relatie hebben met het daadwerkelijk melden van onbedoelde gebeurtenissen, dan levert alleen de meldingsbereidheid een significante bijdrage aan de verklaring van de variantie in het daadwerkelijk melden van onbedoelde gebeurtenissen.

Evenals in de literatuur naar voren komt dat de TPB een geschikt model lijkt om de meldingsbereidheid en het daadwerkelijk melden van onbedoelde gebeurtenissen te verklaren, lijkt dit ook voor dit onderzoek op te gaan. Echter moet hierbij vermeld worden dat

de verklaring beter is wanneer de respondenten het gedrag al met enige regelmaat vertonen. Rest de vraag waarom het model wel een redelijke verklaring biedt wanneer een groot aantal meldingen zijn gedaan en niet wanneer geen of weinig meldingen zijn gedaan.

De verklaring van de variantie in de meldingsbereidheid en het daadwerkelijk melden van onbedoelde gebeurtenissen bleek groter te zijn bij de groep waarin teams zijn opgenomen waar in 2008 meer dan 15 incidentmeldingen zijn gedaan. Een mogelijke verklaring voor dit verschil in verklaarde variantie in de meldingsbereidheid, is de (on)bekendheid van de medewerkers met het onderwerp. Respondenten die vaker melding maken van onbedoelde gebeurtenissen hebben meer kennis over hoe en wanneer melding van een gebeurtenis gedaan kan worden. Verschillende teams zijn tijdens hun teamoverleg bezocht om kort iets over het onderzoek te vertellen. Hierbij werden verschillende opvallende vragen gesteld, zoals: *'Wat is een incident eigenlijk, want ik heb echt geen idee'* en *'Bestaan er meldingsformulieren om melding van incidenten te maken?'*. Ook bleek dat een groot deel van de medewerkers nog nooit een meldingsformulier heeft ingevuld en werd verschillende keren gevraagd of ik enkele voorbeelden van onbedoelde gebeurtenissen wilde geven. Duidelijk werd dat de bekendheid met onbedoelde gebeurtenissen en het melden ervan, niet groot is. Dit is opmerkelijk, aangezien tijdens de verkennende interviews naar voren kwam dat het melden van onbedoelde gebeurtenissen onderdeel uitmaakt van de inwerkprocedure. De beperkte verklaring van de variantie in de meldingsbereidheid bij de teams waar in 2008 minder dan 15 incidentmeldingen zijn gedaan, wordt dus waarschijnlijk veroorzaakt door de gebrekkige kennis van de medewerkers op het gebied van het melden van onbedoelde gebeurtenissen.

In de analyse kwam naar voren dat de verklaring van de variantie in de meldingsbereidheid en het daadwerkelijk melden van onbedoelde gebeurtenissen alleen significant is bij de groep waarin teams zijn opgenomen waar in 2008 meer dan 15 incidentmeldingen zijn gedaan. Op de ervaren druk na, bleek geen enkele variabele een significante bijdrage te leveren aan deze verklaring. Wanneer echter alleen de variabelen aan het model worden toegevoegd die een significante relatie vertonen met het melden van onbedoelde gebeurtenissen, dan blijkt dat de variantie in het daadwerkelijk melden van onbedoelde gebeurtenissen alleen door de meldingsbereidheid wordt verklaard. De variantie in de meldingsbereidheid wordt op haar beurt verklaard door de houding, de ervaren meldingsdruk, de ervaren mogelijkheden en de veiligheidscultuur. Deze variabelen zijn indirect van invloed op het melden van onbedoelde gebeurtenissen. Wil men de meldingsbereidheid en het aantal meldingen van onbedoelde gebeurtenissen vergroten, dan zal gericht moeten worden op deze variabelen.

De meeste scores die zijn verkregen op de items die tot doel hadden de houding te meten liggen iets boven het midden. Dit betekent dat de respondenten matig positief staan tegenover het melden van onbedoelde gebeurtenissen, maar een uitgesproken mening hebben ze niet. Mogelijk wordt dit veroorzaakt doordat ze zo onbekend zijn met het onderwerp en ze er hierdoor geen duidelijke mening over hebben gevormd. Wordt de houding van de respondenten ten opzichte van het melden van onbedoelde gebeurtenissen positiever, dan draagt dit er mogelijk aan bij dat het aantal meldingen wordt verhoogd.

Bij de meting van de ervaren meldingsdruk kwam naar voren dat zowel de mening van de direct leidinggevenden, de mening van de Raad van Bestuur van Dimence, de mening van directe collega's en de mening van de Inspectie voor de Gezondheidszorg van invloed is op de beslissing om wel of geen melding van onbedoelde gebeurtenissen te maken. Hoewel de respondenten druk ervaren om bepaalde handelingen uit te voeren, wordt er mogelijk niet

voldoende druk uitgeoefend als het gaat om het melden van onbedoelde gebeurtenissen en is dit een mogelijke reden dat van een groot deel van de onbedoelde gebeurtenissen geen melding wordt gemaakt. Wanneer de direct leidinggevenden, de Raad van Bestuur van Dimence, de directe collega's en de Inspectie voor de Gezondheidszorg duidelijk(er) benadrukken hoe belangrijk zij het vinden dat er melding van onbedoelde gebeurtenissen wordt gemaakt, hoe groter het aantal meldingen wordt.

Ook de ervaren mogelijkheden bleken via de meldingsbereidheid van invloed op het daadwerkelijk melden van onbedoelde gebeurtenissen. Evenals in de literatuur naar voren komt, bleek naar aanleiding van de analyse van de vragenlijsten ook dat het voor medewerkers niet duidelijk is wanneer ze wel en wanneer ze geen melding kunnen maken van een gebeurtenis. Waarschijnlijk is de medewerkers nooit duidelijk gemaakt van welke gebeurtenissen wel en van welke gebeurtenissen geen melding gemaakt hoeft te worden. Wil de organisatie dat de medewerkers weten welke gebeurtenissen wel en welke niet gemeld hoeven worden, dan zullen ze dit op een duidelijke manier naar de medewerkers toe moeten communiceren. Ook is voor een groot deel van de respondenten niet duidelijk welk formulier ze moeten gebruiken om melding te maken van een onbedoelde gebeurtenis. Op dit moment wordt er binnen de organisatie gebruik wordt gemaakt van verschillende protocollen, procedures en meldingsformulieren voor het melden van soms dezelfde incidenten. Deze wirwar aan formulieren maakt het de medewerkers er niet makkelijker op om het juiste formulier voor de juiste gebeurtenis te kiezen. Dit is een mogelijke reden dat de medewerkers besluiten dan maar geen melding van een onbedoelde gebeurtenis te maken. Een groot deel van de respondenten was het niet oneens, noch eens met de stelling dat ze de procedure voor het melden van onbedoelde gebeurtenissen ingewikkeld vinden. Aangezien een groot deel van de respondenten waarschijnlijk nog nooit een incidentmelding heeft gedaan, hebben ze hier geen mening over. Een groter deel van de respondenten geeft wel aan dat ze het meer met deze stelling oneens dan eens zijn. Dit duidt erop dat het grootste deel van de respondenten, die bekend zijn met het melden van incidenten, deze procedure niet als te ingewikkeld ervaren. De antwoorden die zijn gegeven op de stelling 'het kost mij te veel tijd om meldingen van onbedoelde gebeurtenissen handmatig te doen' zijn redelijk normaal verdeeld. Sommige medewerkers vinden dat het handmatig melden van onbedoelde gebeurtenissen wel te lang duurt, anderen vinden dit niet. Ook met deze stelling is het grootste deel van de respondenten het niet oneens, noch eens.

Evenals in de literatuur naar voren komt dat de typering van de veiligheidscultuur van een organisatie van invloed is op het melden van onbedoelde gebeurtenissen, is dit ook in dit onderzoek aangetoond. Zien medewerkers het melden van onbedoelde gebeurtenissen als vanzelfsprekend en worden ze niet bestraft naar aanleiding van een melding, dan vergroot dit de kans dat ze melding zullen maken van onbedoelde gebeurtenissen.

5.3 Beperkingen onderzoek

Wanneer de resultaten van dit onderzoek worden geïnterpreteerd, moet ook rekening worden gehouden met de beperkingen van het onderzoek. Verschillende beperkingen zijn te noemen.

Bij het selecteren van de teams is ervoor gekozen om dit te doen door middel van een gestratificeerde steekproef, op basis van het aantal incidentmeldingen die in 2008 op teamniveau zijn gedaan. Van de 114 teams die onderdeel uitmaken van het primaire proces van Dimence, bleek er van 61 teams geen gegevens bekend te zijn met betrekking tot het

aantal incidentmeldingen die in 2008 op teamniveau zijn gedaan. Wanneer deze teams niet in het onderzoek zouden zijn meegenomen, zou meer dan de helft van de onderzoekspopulatie wegvallen en zouden geen uitspraken gedaan kunnen worden die geldig zijn voor heel Dimence. Om deze reden is besloten de teams waarvan geen gegevens bekend zijn, toch in het onderzoek op te nemen. Tevens bleek dat het veiligheidsdenken, bij de groep waarin teams waren opgenomen waarvan het aantal incidentmeldingen die in 2008 zijn gedaan niet bekend was, al redelijk ontwikkeld te zijn.

Hoewel in de literatuur naar voren kwam dat verpleegkundigen vaker melding maken van onbedoelde gebeurtenissen dan artsen, is in de vragenlijst niet naar de functie van de respondenten gevraagd. In dit onderzoek kon hierdoor niet worden aangetoond dat bij Dimence ook opgaat dat verpleegkundigen vaker melding maken van onbedoelde gebeurtenissen dan artsen. Dimence bestaat op dit moment ruim een jaar. Evenals naar voren kwam dat de meldingsprocedures van de voormalige organisaties die zijn gefuseerd tot Dimence nog niet geharmoniseerd zijn, is dit ook het geval met het functiehuis. Binnen de voormalige organisaties hebben medewerkers die hetzelfde werk verrichten een andere functie. Zou er een vraag in de vragenlijst op zijn genomen waarin naar de functie van de respondenten werd gevraagd, dan zou hier een keuzelijst van meer dan 100 functies moeten worden gepresenteerd. Aangezien ook niet duidelijk zou zijn welke functies met elkaar overeenkomen, zouden geen goede vergelijkingen kunnen worden uitgevoerd tussen respondenten met dezelfde en verschillende functies. Om deze reden is besloten om in de vragenlijst geen vraag op te nemen om de functies van de respondenten te achterhalen.

Ten slotte is er voor dit onderzoek geen gebruik gemaakt van een gevalideerde vragenlijst, maar is zelf een vragenlijst ontwikkeld. De interne consistentie van de constructen houding en ervaren mogelijkheden bleek matig te zijn, met een Cronbach's α variërend van 0,57 tot 0,60. Dit duidt erop dat de items die tot doel hadden de houding en de ervaren mogelijkheden te meten, dit in werkelijkheid niet zuiver deden. Ook bleken de correlaties tussen de constructen zwak te zijn, wat mogelijk een gevolg is van de lage interne consistenties. Wanneer wel gebruik zou zijn gemaakt van een gevalideerde vragenlijst zou de verklaring van de variantie in de meldingsbereidheid en het daadwerkelijk melden van onbedoelde gebeurtenissen mogelijk groter zijn. Echter, zolang geen gevalideerde vragenlijst beschikbaar is, kan onderzoek slechts worden uitgevoerd met de middelen die wel beschikbaar zijn.

6. Conclusies en aanbevelingen

Het doel van dit onderzoek was om antwoord te geven op de vraag: *‘Welke factoren beïnvloeden het besluitvormingsproces van medewerkers die onderdeel uitmaken van het primaire proces van Dimence om onbedoelde gebeurtenissen wel of niet te melden?’* Voordat deze vraag wordt beantwoord, zal antwoord worden gegeven op de deelvragen die zijn opgesteld.

‘In hoeverre maken medewerkers onbedoelde gebeurtenissen mee en hoe gaan ze hier mee om?’

Uit de analyse van de vragenlijsten kwam na extrapolatie naar voren dat medewerkers van het primaire proces van Dimence per jaar ten minste 97.000 onbedoelde gebeurtenissen meemaken. Van deze onbedoelde gebeurtenissen wordt slechts 6% gemeld door middel van een meldingsformulier. Geconcludeerd kan worden dat medewerkers tijdens hun werk verschillende malen met onbedoelde gebeurtenissen worden geconfronteerd, maar dat van een groot deel van deze onbedoelde gebeurtenissen geen melding wordt gemaakt en dat meldingen maar door een beperkte groep respondenten wordt gedaan.

De projectgroep Incident Melden Dimence wil de definitie voor het melden van onbedoelde gebeurtenissen zo ruim mogelijk maken. Alles wat niet de bedoeling is zou gemeld moeten worden, ook de gebeurtenissen die geen schade tot gevolg hebben. Nu echter blijkt dat er jaarlijks ten minste 97.000 onbedoelde gebeurtenissen plaatsvinden binnen Dimence, lijkt het zo ruim mogelijk maken van de definitie voor te melden gebeurtenissen niet verstandig. De eerste aanbeveling luidt dan ook om een andere definitie op te stellen van gebeurtenissen die wel en gebeurtenissen die niet gemeld hoeven worden. Bij het opstellen van deze definitie moet er rekening mee worden gehouden dat de definitie niet te breed is en kan onderscheid worden aangebracht tussen vermijdbare en onvermijdbare gebeurtenissen. Een andere suggestie is om meldingen te bundelen. Komen bepaalde gebeurtenissen meerdere malen per dag voor, dan is de kans klein dat de medewerkers hier elke keer melding van zullen maken. Wordt bijgehouden hoe vaak de gebeurtenis op een dag of in een week heeft plaatsgevonden, dan kan één melding worden geschreven waarin wordt vermeld hoe vaak de gebeurtenis heeft plaatsgevonden.

Evenals in de literatuur naar voren komt, kan naar aanleiding van dit onderzoek worden geconcludeerd dat onbedoelde gebeurtenissen relatief vaker worden gemeld als de gebeurtenis die heeft plaatsgevonden ernstiger is. Ook worden onbedoelde gebeurtenissen vaker gemeld als een medewerker ‘slachtoffer’ is geworden van de gebeurtenis dan wanneer een medeciënt het ‘slachtoffer’ is. Indien er sprake is van een verbaal incident, wordt dit maar zelden gemeld. In overeenstemming met de literatuur kan ook worden geconcludeerd dat onbedoelde gebeurtenissen die vaker voorkomen in een groot deel van de gevallen niet gemeld worden.

‘Wat zijn redenen van medewerkers van het primaire proces van Dimence om onbedoelde gebeurtenissen wel of niet te melden?’

Afhankelijk van het aantal incidentmeldingen die in 2008 op teamniveau zijn gedaan bleken de houding, de ervaren druk, de ervaren mogelijkheden met betrekking tot het melden van onbedoelde gebeurtenissen en de typering van de veiligheidscultuur van invloed te zijn op de verklaring van de variantie in de meldingsbereidheid en het daadwerkelijk melden van

onbedoelde gebeurtenissen. Zal het aantal meldingen van onbedoelde gebeurtenissen vergroot moeten worden, dan zal op deze variabelen gericht kunnen worden.

Aangezien maar een klein deel van de onbedoelde gebeurtenissen die binnen Dimence plaatsvinden worden gemeld, is alleen gericht op redenen om geen melding van onbedoelde gebeurtenissen te maken. Door toe te spitsen op de afzonderlijke items die aan de respondenten zijn voorgelegd, zijn redenen achterhaald waarom medewerkers geen melding maken van onbedoelde gebeurtenissen. Momenteel hebben de respondenten een matig positieve houding ten opzichte van het melden van onbedoelde gebeurtenissen. Met betrekking tot de ervaren meldingsdruk kan geconcludeerd worden dat de medewerkers niet voldoende druk ervaren om melding van alle onbedoelde gebeurtenissen te maken. Als naar de items wordt gekeken die tot doel hadden de ervaren mogelijkheden te meten kwamen er twee redenen naar voren die het melden van onbedoelde gebeurtenissen belemmerden. Deze redenen zijn dat medewerkers gewoon niet weten welke gebeurtenissen wel en welke gebeurtenissen niet gemeld hoeven worden en dat medewerkers niet weten welk formulier ze voor welke melding moeten gebruiken. Hoewel de respondenten de veiligheidscultuur van Dimence al redelijk als een veiligheidscultuur typeren, zou het gunstig zijn als de respondenten de cultuur volledig als veiligheidscultuur typeren.

De volgende aanbeveling richt zich op het vergroten van de sociale druk. Om te beginnen zal de Raad van Bestuur van Dimence, Dimencebreed aan de medewerkers kenbaar moeten maken hoe belangrijk zij het vindt dat er van alle onbedoelde gebeurtenissen melding wordt gemaakt. De Raad van Bestuur kan hierover een bericht op het intranet plaatsen of hier aandacht aan besteden in de E- (digitale interne nieuwsbrief Dimence) of Youmence (personeelsblad Dimence). De Raad van Bestuur zal ook aan de teamleiders, via de lijn, kenbaar moeten maken hoe belangrijk zij het vindt dat onbedoelde gebeurtenissen worden gemeld. De teamleiders kunnen vervolgens tijdens de teambesprekingen aan de medewerkers laten weten hoe belangrijk zijzelf en hoe belangrijk de Raad van Bestuur het vindt dat er melding wordt gemaakt van onbedoelde gebeurtenissen, de zogenaamde veiligheidsronde. Op deze wijze wordt de druk op de medewerkers vergroot om melding te maken van onbedoelde gebeurtenissen en zal het aantal incidentmeldingen verhoogd kunnen worden.

Momenteel weet een groot deel van de medewerkers niet welke gebeurtenissen wel en welke gebeurtenissen niet gemeld hoeven worden. Toch heeft de projectgroep Melden Incidenten Dimence al wel een definitie opgesteld voor te melden gebeurtenissen. Dit advies is echter nog niet binnen de organisatie gecommuniceerd. Wanneer wordt besloten toch deze definitie te gebruiken of een andere definitie op te stellen, valt aan te bevelen om de gekozen definitie binnen de organisatie te communiceren. In aansluiting op de vorige aanbeveling wil ik adviseren om dit op dezelfde wijze te communiceren als dat de Raad van Bestuur haar mening met betrekking tot het melden van onbedoelde gebeurtenissen in de organisatie zal communiceren. In de berichten waarin de Raad van Bestuur benadrukt hoe belangrijk zij het vindt dat onbedoelde gebeurtenissen worden gemeld, kan zij aangeven welke gebeurtenissen onder onbedoelde gebeurtenissen worden verstaan. Hierbij zouden tevens een aantal voorbeelden kunnen worden gegeven van gebeurtenissen die veel medewerkers niet zien als gebeurtenissen waarvan melding gemaakt hoeft te worden, maar waarvan de organisatie wel graag ziet dat deze gemeld worden. Dit moet gedaan worden om de medewerkers gevoel te laten krijgen bij de gebeurtenissen die gemeld kunnen worden. Ook moet dit naar de teamleiders gecommuniceerd worden, zodat deze het vervolgens in het teamoverleg aan de medewerkers duidelijk kunnen maken.

Binnen de organisatie wordt gebruik gemaakt van verschillende procedures en formulieren voor het melden van soms dezelfde incidenten. Dit is de reden dat veel medewerkers niet weten welk meldingsformulier voor welk incident gebruikt moet worden. Wanneer binnen de organisatie gebruik wordt gemaakt van één formulier waarop alle soorten onbedoelde gebeurtenissen kunnen worden gemeld, is het voor de medewerkers in alle gevallen duidelijk welk formulier ze moeten gebruiken. De laatste aanbeveling die ik wil doen om het aantal incidentmeldingen binnen Dimence te verhogen, is dan ook om één meldingsformulier te ontwikkelen die binnen de gehele organisatie gebruikt kan worden om melding te maken van alle soorten onbedoelde gebeurtenissen. Deze aanbeveling komt overeen met het doel van de projectgroep Veilig Melden, die een digitaal incident meldsysteem wil implementeren, die voor alle medewerkers van de organisatie toegankelijk is.

De algemene conclusie van dit onderzoek luidt dat medewerkers in het primaire proces van Dimence verschillende malen met onbedoelde gebeurtenissen worden geconfronteerd, maar dat zij zelden melding van deze gebeurtenissen maken. De houding, de ervaren meldingsdruk, de ervaren mogelijkheden en de veiligheidscultuur zijn van invloed op de beslissing om wel of geen melding van onbedoelde gebeurtenissen te maken. Redenen van Dimence-medewerkers om geen melding van onbedoelde gebeurtenissen te maken zijn de neutrale houding die zij hebben ten opzichte van het melden van onbedoelde gebeurtenissen, de beperkte druk die zij ervaren om melding van onbedoelde gebeurtenissen te maken, de onwetendheid met betrekking tot welke onbedoelde gebeurtenissen wel en welke niet gemeld hoeven worden en de onwetendheid als het gaat om welk meldingsformulier voor welke gebeurtenis gebruikt moet worden. Ook de mate waarin de respondenten de cultuur van de organisatie als veiligheidscultuur typeren bleek van invloed op de beslissing om wel of geen melding te maken van onbedoelde gebeurtenissen.

Ten slotte kunnen nog een aantal aanbevelingen voor verder onderzoek worden gedaan. De verklaarde variantie in de meldingsbereidheid en het daadwerkelijk melden van onbedoelde gebeurtenissen bleek niet heel groot te zijn. Een mogelijke reden hiervoor is de onbekendheid van veel medewerkers als het gaat om het melden van onbedoelde gebeurtenissen. Wanneer de aanbevelingen in acht worden genomen, wordt de bekendheid van de medewerkers als het gaat om het melden van onbedoelde gebeurtenissen vergroot. Om er achter te komen of het model een betere verklaring biedt wanneer de medewerkers meer van het onderwerp afweten, zou het onderzoek over een jaar nogmaals uitgevoerd kunnen worden. Biedt het model bij herhaling van dit onderzoek een betere verklaring, dan was de onbekendheid van de medewerkers, als het gaat om het melden van onbedoelde gebeurtenissen, één van de redenen voor de beperkte verklaring van de variantie in de meldingsbereidheid en het melden van onbedoelde gebeurtenissen.

Ook zou het onderzoek herhaald kunnen worden in bijvoorbeeld een ziekenhuis. Veel onderzoek dat is gedaan naar het melden van onbedoelde gebeurtenissen is uitgevoerd in ziekenhuizen. Ook wordt er in ziekenhuizen al lange tijd aandacht besteed aan het melden van onbedoelde gebeurtenissen. Ziekenhuismedewerkers hebben om deze reden waarschijnlijk meer kennis op dit gebied. Als het ontbreken van voldoende kennis een reden is voor de beperkte verklaring die het model biedt voor het melden van onbedoelde

gebeurtenissen, biedt het model mogelijk een betere verklaring wanneer ditzelfde onderzoek wordt uitgevoerd in een ziekenhuis.

Referenties

Adhesie (2006). *Protocol melding en opvang gevolgen bedrijfsincidenten (geweldsincidenten en bedrijfsongevallen)*. Deventer: Adhesie.

Adhesie (1999). *Reglement FONA-commissie Adhesie*. Deventer: Adhesie.

Affonso, D.D., Marinis, M.G. de, Finocchi, G., Piredda, M., Pulimeno, L., Tartaglini, D. & Rocco, G. (2007). The contribution of nursing to the safety of inpatients: A multicentred qualitative study on "near misses". *International Nursing Perspectives*, 7 (2-3), 33-42.

Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality and behavior*. Chicago, Illinois: Dorsey.

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50 (2), 179-211.

Ajzen, I. (2006). *Constructing a TPB questionnaire: Conceptual and methodological considerations*. Verkregen op 17 februari, 2009, via University of Massachusetts: <http://www.people.umass.edu/ajzen/tpb.html>.

Allan, E.L. & Barker, K.N. (1990). Fundamentals of medication error research. *American Journal of Hospital Pharmacy*, 47 (3), 555-571.

Amelsvoort, P. van (2009). *MIM/MIP melding incidenten patiëntenzorg en melding incidenten medewerkers*. Zwolle: Zwolse Poort.

Andrews, L.B., Stocking, C., Krizek, T., Gottlieb, L., Krizek, C., Vargish, T. & Siegler, M. (1997). An alternative strategy for studying adverse events in medical care. *Lancet*, 349 (9048), 309-313.

Armitage, C.J. & Conner, M. (2001). Efficacy of the theory of planned behaviour: A meta-analytic review. *British Journal of Social Psychology*, 40 (4), 471-499.

Babbie, E. (2004). *The Practice of Social Research*. Belmont, USA: Wadsworth/Thomson Learning.

Babbie, E. (2004). *The Practice of Social Research*. Belmont, USA: Wadsworth/Thomson Learning.

Baker, G.R., Norton, P.G., Flintoft, V., Blais, R., Brown, A., Cox, J., Etchells, E., Ghali, W.A., Hébert, P., Majumdar, S.R., O'Beirne, M., Palacios-Derflinger, L., Reid, R.J., Sheps, S. & Tamblyn, R. (2004). The Canadian adverse events study: The incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 170 (11), 1678-1686.

Barach, P. & Small, S.D. (2000). Reporting and preventing medical mishaps: Lessons from non-medical near miss reporting systems. *British Medical Journal*, 320 (7237), 759-763.

Bekker, J.M.A.H.M.J. de & Wijmen, F.C.B. van (2005). Leren van incidenten: Huidige meldplicht is toe aan update. *Medisch Contact*, 60 (19), 800-802.

Bland, J.M. & Altman, D.G. (1997). Cronbach's alpha. *British Medical Journal*, 314 (7080), 572.

Brink, L. van den, (2008). *Advies projectgroep incident melden Dimence*. Deventer: Dimence.

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.

Clarke, J.R. (2006). How a system for reporting medical errors can and cannot improve patient safety. *American Surgeon*, 72 (11), 1088-1091.

Conner, M. & Norman, P. (2007). *Predicting health behaviour: Research and practice with social cognition models*. Maidenhead: Open University Press.

Department of Health (2000). *An organisation with a memory: Report of an expert group on learning from adverse events in the NHS*. London: Department of Health.

Dimence (2008). Verkregen op 11 februari, 2009, van <http://www.dimence.nl/>.

Elder, N.C. & Dovey, S.M. (2002). Classification of medical errors and preventable adverse events in primary care: A synthesis of the literature. *The Journal of Family Practice*, 51 (11), 927-932.

Francis, J.J., Eccles, M.P., Johnston, M., Walker, A., Grimshaw, J., Foy, R., Kaner, E.F.S., Smith, L. & Bonetti, D. (2004). *Constructing Questionnaires Based On The Theory Of Planned Behaviour: A Manual for Health Services Researchers*. Newcastle upon Tyne, United Kingdom: Centre for Health Services Research University of Newcastle.

Jayasuriya, J.P. & Anandaciva, S. (1995). Compliance with an incident report scheme in anaesthesia. *Anaesthesia*, 50 (10), 846-849.

Johnson, C.W. (2003). How will we get the data and what will we do with it then? Issues in the reporting of adverse healthcare events. *Quality and Safety in Health Care*, 12 (SUPPL. 2). ii64-ii67.

Klein, H.J. & Mulvey, P.W. (1995). Two investigations of the relationships among Group goals, goal commitment, cohesion, and performance. *Organisational Behavior and Human Decision Processes*, 61 (1), 44-53.

KNMG (2007a). *Beleidsdocument veilig melden*. Utrecht: KNMG.

KNMG (2007b). *Omgaan met incidenten, fouten en klachten: Wat mag van artsen worden verwacht?* Utrecht: KNMG.

Kohn, L.T., Corrigan, J.M. & Donaldson, M.S. (2000). *To err is human: Building a safer health system*. Washington, D.C.: National Academy Press.

Kok, I. (2008). *Onderzoeksprotocol dossieronderzoek onbedoelde schade in de GGZ en VZ*. Utrecht: NIVEL/Trimbos Instituut.

Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Universiteit Maastricht, Stichting Ondersteuning Klachtovang Gezondheidszorg (2004). *Klachtenrichtlijn gezondheidszorg*. Utrecht: Stichting Beheer Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg.

Lawton, R. & Parker, D. (2002). Barriers to incident reporting in a healthcare system. *Quality and Safety in Health Care*, 11 (1), 15-18.

Leape, L.L. (2002). Reporting of adverse events. *New England Journal of Medicine*, 347 (20), 1633-1638.

Leape, L.L., Lawthers, A.G., Brennan, T.A. & Johnson, W.G. (1993). Preventing medical injury. *Quality Review Bulletin*, 19 (5), 144-149.

Legemaate, J., Christiaans-Dingelhoff, I., Doppegieter, R.M.S. & Roode, R.P. de, (2006). *Melden van incidenten in de gezondheidszorg*. Utrecht: KNMG.

McLamb, J.T. & Huntley, R.R. (1967). The hazards of hospitalization. *Southern Medical Journal*, 60 (5), 469-472.

Nivel (2009). *Meldingsbereidheid*. Verkregen op 13 juli, 2009, via het Nivel: <http://www.nivel.nl/liz/>.

Perneger, T.V. (2005). The Swiss cheese model of safety incidents: are there holes in the metaphor? *BMC Health Services Research*, 5, art. no. 71.

Ravesteyn, R. van & Benthem, G. (2007). *Melding incidenten cliënten (MIC)*. Zwolle: RIAGGz over de IJssel.

Runciman, W.B. (2006). Shared meanings: Preferred terms and definitions for safety and quality concepts. *Medical Journal of Australia*, 184 (10 SUPPL.), S41-S43.

Sanghera, I.S., Franklin, B.D. & Dhillon, S. (2007). The attitudes and beliefs of healthcare professionals on the causes and reporting of medication errors in a UK intensive care unit. *Anaesthesia*, 62 (1), 53-61.

Smorenburg, S.M., Kievit, J. Everdingen, J.J.E. van & Wagner, C. (2006). Wat is patiëntveiligheid? In: J.J.E. van Everdingen, S.M. Smorenburg, W. Schellekens, A.

Molendijk, J. Kievit, W.H. van Hartenve & A.J. Mintjes-de Groot. *Praktijkboek patiëntveiligheid* (pp. 29-39). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Stichting Herkenbaar Beter (2008). *Fusiedocument*. Deventer/Zwolle/Zwolle: Stichting Herkenbaar Beter.

Reason, J. (2000). Human error: Models and management. *British Medical Journal*, 320 (7237), 768-770.

Schectman, J.M. & Plews-Ogan, M.L. (2006). Physician perception of hospital safety and barriers to incident reporting. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 32 (6), 337-343

Stanhope, N., Crowley-Murphy, M., Vincent, C., O'Connor, A.M. & Taylor-Adams, S.E. (1999). An evaluation of adverse incident reporting. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 5 (1), 5-12.

Sterkenburg, P.G.J. van (1996). *Van Dale handwoordenboek van hedendaags Nederlands*. Utrecht/Antwerpen: Van Dale Lexicografie.

Taylor-Adams, S., Vincent, C. & Stanhope, N. (1999). Applying human factors methods to the investigation and analysis of clinical adverse events. *Safety Science*, 31 (2), 143-159.

Vincent, C., Stanhope, N. & Crowley-Murphy, M. (1999). Reasons for not reporting adverse incidents: An empirical study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 5 (1), 13-21.

Wagner, C. & Bruijne, M. de, (2007). *Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen*. Amsterdam/Utrecht: EMGO Instituut/Nivel.

Wagner, C., Smits, M, Wagtendonk, I. van, Zwaan, L., Lubberding, S., Merten, H. & Timmermans, D.R.M. (2008). *Oorzaken van incidenten en onbedoelde schade in ziekenhuizen. Een systematische analyse met PRISMA op afdelingen Spoedeisende Hulp (SEH), chirurgie en interne geneeskunde*. Amsterdam/Utrecht: EMGO Instituut/NIVEL.

Wagner, C. & Wal, G. van der (2005). Voor een goed begrip: Bevordering patiëntveiligheid vraagt om heldere definities. *Medisch Contact*, 60 (47), 1888-1891.

Wakefield, D.S., Wakefield, B.J., Uden-Holman, T., Borders, T., Blegen, M. & Vaughn, T. (1999). Understanding why medication administration errors may not be reported. *American Journal of Medical Quality*, 14 (2), 81-88.

Walshe, K. (2000). Adverse events in health care: Issues in measurement. *Quality in Health Care*, 9 (1), 47-52.

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

Wilson, R.McL., Harrison, B.T., Gibberd, R.W. & Hamilton, J.D. (1999). An analysis of the causes of adverse events from the quality in Australian health care study. *Medical Journal of Australia*, 170 (9), 411-415.

Wilson, R.McL., Runciman, W.B., Gibberd, R.W., Harrison, B.T., Newby, L. & Hamilton, J.D. (1995). The quality in Australian health care study. *Medical Journal of Australia*, 163 (9), 459-471.

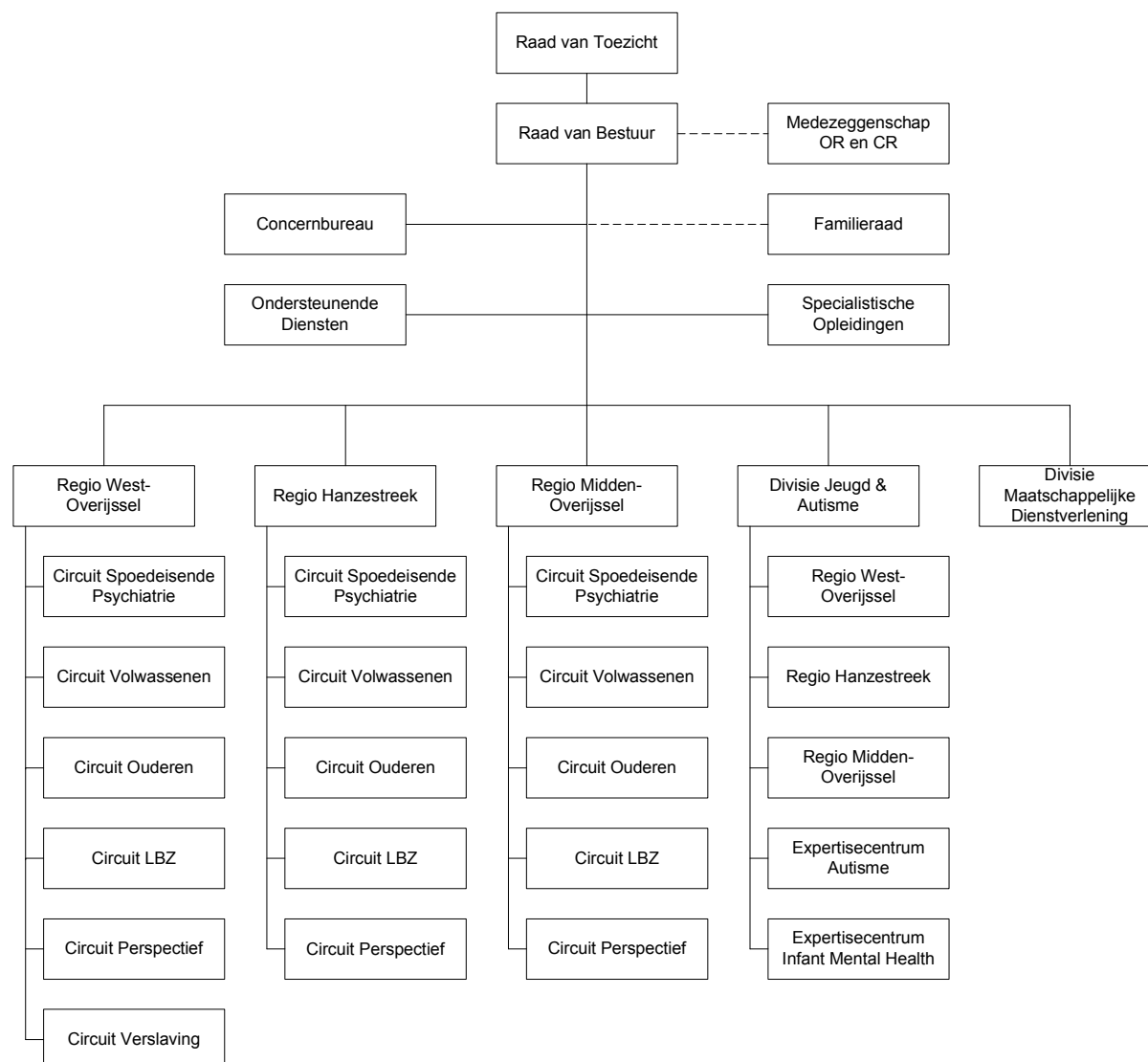
Bijlagen

Bijlage 1: Organogram Dimence

Bijlage 2: Vragenlijst

Bijlage 3: Introductiebrief

Bijlage 1: Organogram Dimence



Bijlage 2: Vragenlijst

1. Wat is je leeftijd?

2. Wat is je geslacht?

☐	Man
☐	Vrouw

3. Wat is je hoogst **afgeronde** opleiding?

☐	VBO/MAVO/VMBO of vergelijkbaar
☐	HAVO/VWO of vergelijkbaar
☐	MBO of vergelijkbaar
☐	HBO of vergelijkbaar
☐	Universiteit
☐	Anders, namelijk

4. Hoeveel jaar ben je al werkzaam binnen Dimence of binnen één van de voormalige organisaties die zijn gefuseerd tot Dimence?

 jaar

5. Bij welke van de fusiepartners was je werkzaam?

☐	Adhesie GGZ
☐	RIAGGz over de IJssel
☐	Zwolse Poort
☐	Niet van toepassing

6. In welk team werk je? Indien je de vragenlijst vaker hebt gekregen, omdat je in meerdere teams werkt, gaat het hier om het team waar je de meeste uren maakt.

☐	Ambulant GGZ Team Ouderen Almelo	☐	Team High care
☐	BAC	☐	Team Kampen
☐	BW Binnenstad Brinkpoortplein	☐	Team Kliniek gesloten
☐	BW Tibertius	☐	Team Kliniek open
☐	DAC de Heihoeve	☐	Team Korsakow
☐	DAC de Zandloper	☐	Team LV ouderen
☐	Esquirol A	☐	Team Opname Ouderen 1
☐	Esquirol B	☐	Team Noord-West Veluwe
☐	Opname Volwassenen 2	☐	Team PDC Hardenberg
☐	EC Persoonlijkheidsproblematiek Cluster B, 1	☐	Team PDC Kampen
☐	EC Persoonlijkheidsproblematiek Cluster B, 2	☐	Team Persoonlijkheidsharmonisatie
☐	Psychiatrisch Medische Unit	☐	Team Preventie Midden-Overijssel
☐	Psychose team 2	☐	Team Preventie West-Overijssel
☐	Team ACT	☐	Team PT Langerdurende GGZ/LZ
☐	Team AWT (Almelo, Wierden, Tubbergen)	☐	Team Verslavingskliniek Zwolle
☐	Team Cultuur	☐	Team Volwassenen Perspectief Hardenberg
☐	Team Deventer	☐	Team Workhome
☐	Team Dubbeldiagnose	☐	Vaktherapie/vakbegeleiding
☐	Team Gerontopsychiatrie Driehoek	☐	Woonrevalidatie
☐	Team Gerontopsychiatrie Vierkant	☐	
☐	Anders, namelijk	☐	

7. In welke setting ben je werkzaam?

☐	Ambulant
☐	Klinisch
☐	Deeltijd
☐	Anders, namelijk

8. Heb je een leidinggevende functie?

☐	Ja
☐	Nee

9. Ben je BIG-geregistreerd?

☐	Ja
☐	Nee

10. Indien je BIG-geregistreerd bent, wat is je registratie?

☐	Arts
☐	Apotheker
☐	Fysiotherapeut
☐	Gz-psycholoog
☐	Psychotherapeut
☐	Verpleegkundige
☐	Anders, namelijk

11. Hoe is de onderlinge betrokkenheid binnen je team? Indien je de vragenlijst vaker hebt gekregen, omdat je in meerdere teams werkt, gaat deze vraag over het team waar je de meeste uren maakt.

☐	Zeer goed
☐	Goed
☐	Matig
☐	Slecht
☐	Zeer slecht

12. Ik zou graag willen weten hoe je de cultuur die heerst binnen Dimence wilt omschrijven. Een term die hiervoor gebruikt kan worden is 'veiligheidscultuur'. Kenmerken van een 'veiligheidscultuur' zijn:

- Het melden en bespreken van onbedoelde gebeurtenissen wordt als vanzelfsprekend gezien;
- Het melden van informatie die van belang is voor de veiligheid wordt beloond en niet bestraft.

Zou je aan willen geven, door het getal te omcirkelen dat het best met jouw mening overeenkomt, in hoeverre jij vindt dat er binnen Dimence sprake is van een 'veiligheidscultuur'.

Geen veiligheidscultuur 1 2 3 4 5 Veiligheidscultuur

13. Hoeveel meldingsformulieren heb je de afgelopen 3 maanden ingevuld?

14. Hieronder volgen een aantal voorbeelden van gebeurtenissen die tijdens je werk kunnen plaatsvinden.

- Zou je, door middel van een kruisje te zetten, aan willen geven of je deze gebeurtenis **in de afgelopen 3 maanden** wel of niet hebt meegemaakt.
- Wanneer je de gebeurtenis hebt meegemaakt, zou je aan willen geven hoe vaak je de gebeurtenis **in de afgelopen 3 maanden** hebt meegemaakt.
- Indien je een gebeurtenis één of meerdere malen hebt meegemaakt in de afgelopen 3 maanden, zou je dan aan willen geven of en hoe vaak je hier een melding van hebt gemaakt.

Gebeurtenis	Meegemaakt			Gemeld		
	Ja	Nee	Aantal	Ja	Nee	Aantal
a. Een cliënt scheldt je uit						
b. Je wordt bedreigd door een cliënt						
c. Een cliënt bedreigt een medecliënt						
d. Een cliënt maakt een seksueel getinte opmerking tegen je						
e. Een cliënt slaat je						
f. Een cliënt slaat een medecliënt						
g. Cliënt wil je slaan, maar slaat mis						
h. Cliënt vernielt materiaal van de afdeling						
i. Val cliënt						
j. Cliënt glijdt uit, maar valt niet, doordat je hem opvangt						
k. Verkeerde medicatie gegeven						
l. Verkeerde medicatie klaargezet, maar niet gegeven						
m. Een pilletje dat op de grond ligt						
n. Prikincident						
o. Automutilatie						
p. Suïcidepoging						
q. Suïcide						
r. Brand zonder inschakeling hulpdiensten						
s. Brand met inschakeling hulpdiensten						
t. Vermissing cliënt						
u. Niet nagekomen afspraak door cliënt						
v. Een niet-werkend alarmsysteem						
w. Fixatie die niet goed is bevestigd						
x. Je botst met een deur						
y. Je ziet privacygevoelige patiëntinformatie in de printer liggen						

Hieronder wordt een aantal onbedoelde gebeurtenissen beschreven die je mogelijk in je werk tegen kunt komen. Na elke beschrijving wordt gevraagd of je hier wel of geen melding van zou maken en hoe moeilijk het voor je was om deze beslissing te nemen. Je geeft dit aan door het voor jou juiste antwoord te omcirkelen. Het kan echter voorkomen dat een beschreven situatie niet op je werk van toepassing is, doordat je bijvoorbeeld in de ambulante zorg en niet in de klinische zorg werkt en de situatie op de klinische zorg van toepassing is. Indien de situatie niet op je werkzaamheden van toepassing kan zijn, kun je volstaan met het omcirkelen van de optie NVT (niet van toepassing).

15. Nadat een collega medicijnen aan een cliënt heeft gegeven ontdek je dat deze medicijnen voor een andere cliënt bedoeld waren. Je spreekt de collega hierop aan en zegt dat wanneer jou dit was overkomen je hier melding van zou maken. De collega vindt dit echter niet nodig, omdat de cliënt er geen gevolgen van heeft ondervonden en besluit geen melding te maken. Jij bent het hier niet mee eens en probeert de collega over te halen toch een melding te doen. De collega weigert. Je weet dat je ook een melding kunt doen van incidenten van collega's.

Maak je hier melding van? JA NEE NVT

Hoe moeilijk was het voor jou om deze beslissing te nemen?

Helemaal niet moeilijk 1 2 3 4 5 6 7 Extreem moeilijk

16. Tijdens het uitvoeren van je werk wordt je door een cliënt uitgescholden. De cliënt vertoont hierbij verder geen agressief gedrag. Deze cliënt heeft vaker de neiging om anderen uit te schelden, ook jij bent al regelmatig door hem uitgescholden. In de meeste gevallen voel je je niet bedreigd, vandaag voel je je er echter niet bij op je gemak. Dit is de vierde keer dat de cliënt je vandaag heeft uitgescholden.

Maak je hier melding van? JA NEE NVT

Hoe moeilijk was het voor jou om deze beslissing te nemen?

Helemaal niet moeilijk 1 2 3 4 5 6 7 Extreem moeilijk

17. Tijdens een gesprek met familie van de cliënt, maakt een familielid duidelijk dat ze het niet eens is met het uitgestippelde beleid. Ze vertelt waar ze het niet mee eens is en hoe ze dit graag zou willen zien. Ze zegt dat ze maatregelen zal nemen als de dingen niet veranderen zoals zij dat wil. Ten slotte voegt ze eraan toe 'ik weet waar je woont' en 'had je geen kinderen!?'.

Maak je hier melding van? JA NEE NVT

Hoe moeilijk was het voor jou om deze beslissing te nemen?

Helemaal niet moeilijk 1 2 3 4 5 6 7 Extreem moeilijk

18. Een cliënt noemt je een 'lekker ding' en vertelt dat hij/zij je het liefst ziet in een spijkerbroek. Je weet dat deze cliënt al eens seksueel ontremd is geweest.

Maak je hier melding van? JA NEE NVT

Hoe moeilijk was het voor jou om deze beslissing te nemen?

Helemaal niet moeilijk 1 2 3 4 5 6 7 Extreem moeilijk

19. Tijdens een gesprek met een cliënt zie je dat hij verwond is onder aan zijn arm. Je vertrouwt het niet en vraagt of hij z'n mouw wil opstropen. Hij aarzelt, maar nadat je het een aantal keer gevraagd hebt stroopt hij zijn mouw toch op. Je ziet dat zijn hele arm onder de krassen zit. Hij geeft toe dat hij deze krassen zelf heeft gemaakt met een scherp voorwerp.

Maak je hier melding van? JA NEE NVT

Hoe moeilijk was het voor jou om deze beslissing te nemen?

Helemaal niet moeilijk 1 2 3 4 5 6 7 Extreem moeilijk

20. Een cliënt heeft bepaalde medicatie nodig die via een spuit moet worden toegediend. Je maakt deze spuit klaar, maar er is op dat moment niemand in de buurt die tijd heeft om de spuit te controleren. Om deze reden check je de spuit zelf en besluit je deze aan de cliënt te geven. Op het moment dat je naar de cliënt onderweg bent kom je een collega tegen die nu toch wel tijd blijkt te hebben. Je vraagt of hij de spuit wil controleren. Bij de controle blijkt dat je het verkeerde medicijn in de spuit hebt gedaan. Als de cliënt deze spuit toegediend zou hebben gekregen zou dit een levensbedreigende situatie voor de cliënt tot gevolg kunnen hebben.

Maak je hier melding van? JA NEE NVT

Hoe moeilijk was het voor jou om deze beslissing te nemen?

Helemaal niet moeilijk 1 2 3 4 5 6 7 Extreem moeilijk

Hieronder staat een aantal stellingen weergegeven om te achterhalen hoe je denkt over het melden van gebeurtenissen die 'niet de bedoeling zijn'. Zou je aan willen geven in hoeverre je het oneens, dan wel eens bent met de stelling. Dit kun je doen door het nummer dat het best overeenkomt met je mening te omcirkelen.

21. Wanneer ik melding maak van een onbedoelde gebeurtenis, draag ik eraan bij dat deze gebeurtenis niet nog een keer plaatsvindt.

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 5 6 7 Helemaal mee eens

22. Het kost me te veel tijd om melding te maken van een onbedoelde gebeurtenis.

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 5 6 7 Helemaal mee eens

23. Wanneer ik melding maak van een onbedoelde gebeurtenis, heb ik het gevoel dat ik een bijdrage lever aan de kwaliteit en veiligheid van de zorg van mijn team.

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 5 6 7 Helemaal mee eens

24. Het melden van onbedoelde gebeurtenissen is zinloos, want ik krijg toch geen terugkoppeling.

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 5 6 7 Helemaal mee eens

25. Wanneer ik melding maak van een onbedoelde gebeurtenis, ben ik bang voor een mogelijke juridische procedure.

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 5 6 7 Helemaal mee eens

Hieronder staat een aantal stellingen weergegeven om te onderzoeken wat de invloed van de mening van anderen is op jouw beslissing om wel of geen melding van onbedoelde gebeurtenissen te maken. Zou je aan willen geven in hoeverre je het oneens, dan wel eens bent met de stelling. Dit kun je doen door het nummer dat het best overeenkomt met je mening te omcirkelen.

26. De Raad van Bestuur van Dimence vindt dat ik **alle** onbedoelde gebeurtenissen moet melden.

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 5 6 7 Helemaal mee eens

27. Mijn direct leidinggevende vindt dat ik **alle** onbedoelde gebeurtenissen moet melden.

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 5 6 7 Helemaal mee eens

28. De Inspectie voor de Gezondheidszorg vindt dat ik **alle** onbedoelde gebeurtenissen moet melden.

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 5 6 7 Helemaal mee eens

29. Mijn directe collega's vinden dat ik **alle** onbedoelde gebeurtenissen moet melden.

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 5 6 7 Helemaal mee eens

Hieronder staat een aantal stellingen weergegeven om te achterhalen of je denkt dat je in staat bent melding van onbedoelde gebeurtenissen te maken. Zou je aan willen geven in hoeverre je het oneens, dan wel eens bent met de stelling. Dit kun je doen door het nummer dat het best overeenkomt met je mening te omcirkelen.

30. Wanneer ik melding wil maken van een onbedoelde gebeurtenis weet ik precies welk formulier ik hiervoor moet gebruiken.

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 5 6 7 Helemaal mee eens

31. Het kost mij te veel tijd om meldingen van onbedoelde gebeurtenissen handmatig te doen.

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 5 6 7 Helemaal mee eens

32. Het is mij exact duidelijk wanneer ik wel of geen melding van een onbedoelde gebeurtenis kan maken.

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 5 6 7 Helemaal mee eens

33. Ik vind de procedure voor het melden van onbedoelde gebeurtenissen ingewikkeld.

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 5 6 7 Helemaal mee eens

34. Ik zal vaker melding maken van onbedoelde gebeurtenissen als meldingen anoniem gedaan kunnen worden.

Helemaal mee oneens 1 2 3 4 5 6 7 Helemaal mee eens

Hartelijk bedankt voor het invullen van deze vragenlijst! Met de antwoorden wordt vertrouwelijk en zorgvuldig omgegaan. Zijn er naar aanleiding van het onderzoek nog vragen, dan kan contact opgenomen worden met Marieke Troost, via m.troost@dimence.nl of tijdens kantooruren op telefoonnummer +31(0)570 68 08 61. De resultaten van het onderzoek zijn begin juli beschikbaar en kunnen vanaf dan tevens bij Marieke Troost worden opgevraagd.

Bijlage 3: Introductiebrief

Beste Dimence-medewerker,

Op dit moment wordt er binnen Dimence onderzoek gedaan naar het melden van incidenten. Door het doen van meldingen komt informatie beschikbaar die zowel een belangrijke rol speelt bij de verbetering van de kwaliteit en veiligheid van de zorg, als bij het vergroten van de veiligheid van de medewerkers. Dimence wil het meldingsproces verbeteren en de meldingsbereidheid vergroten. Hiervoor is informatie nodig over de redenen waarom medewerkers wel of geen melding van onbedoelde gebeurtenissen maken. Jouw informatie hierover is van cruciaal belang, het is dus erg belangrijk dat je de vragenlijst invult.

De vragenlijst gaat over het melden van 'alles wat niet de bedoeling is', in de vragenlijst wordt dit omschreven als de onbedoelde gebeurtenissen. Dit zijn meldingen die gedaan kunnen worden bij de commissies FONA, MIC, MIP, Geweldsincidenten en Bedrijfsincidenten. Onder het doen van meldingen wordt in deze vragenlijst verstaan het invullen van een meldingsformulier.

Het onderzoek is strikt anoniem. Dit houdt in:

- Dat je **nergens** je naam moet invullen;
- Dat alleen de onderzoeker de ingevulde vragenlijsten ziet;
- Dat de resultaten alleen op algemeen niveau worden teruggekoppeld.

In de vragenlijst wordt de term cliënt gebruikt, hiermee worden echter ook patiënten, bewoners en dergelijke bedoeld.

De vragenlijst bestaat uit 6 pagina's, die dubbelzijdig zijn bedrukt. Het invullen duurt zo'n 10 minuten.

Stuur de ingevulde vragenlijst zo snel mogelijk, en uiterlijk binnen 2 weken, terug. De ingevulde vragenlijst kan via de interne post retour gestuurd worden. Hiervoor is achter de vragenlijst een retourenveloppe toegevoegd. Indien de retourenveloppe niet meer aanwezig is, zou je de ingevulde vragenlijst dan via de interne post retour willen sturen naar: Marieke Troost, Locatie Leeuwenbrug, Deventer.

Alvast hartelijk bedankt voor het invullen van deze vragenlijst!