

Patiëntveiligheidscultuur in Nederlandse Zelfstandige Behandelcentra

Eerste meting van de veiligheidscultuur en veerkracht binnen ZBC's

Astrid Vonk
Linda van Eikenhorst
Caroline Schlinkert
Cordula Wagner



NIVEL
Kennis voor betere zorg



Amsterdam UMC
University Medical Centers

Het Nivel levert kennis om de gezondheidszorg in Nederland beter te maken. Dat doen we met hoogwaardig, betrouwbaar en onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek naar thema's met een groot maatschappelijk belang. 'Kennis voor betere zorg' is onze missie. Met onze kennis dragen we bij aan het continu verbeteren en vernieuwen van de gezondheidszorg. We vinden het belangrijk dat mensen in staat zijn om deel te nemen aan de samenleving. Ons onderzoek draait uiteindelijk om de vraag hoe we de zorg voor de patiënt kunnen verbeteren. Alle onderzoeken publiceert het Nivel openbaar, dat is statutair vastgelegd.

April 2022

ISBN 9789461227195

030 272 97 00

nivel@nivel.nl

www.nivel.nl

© 2022 Nivel, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Gegevens uit deze uitgave mogen worden overgenomen onder vermelding van Nivel en de naam van de publicatie. Ook het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Voorwoord

Dit onderzoek is uitgevoerd in het kader van de Monitor Patiëntveiligheid (2020-2022) in Zelfstandige Behandelcentra. Dit onderzoek heeft als doel de patiëntveiligheid in zelfstandige behandelcentra/klinieken in Nederland in kaart te brengen. Voor het leesgemak zal er in de rest van het rapport gesproken worden over klinieken. De gehele Monitor Patiëntveiligheid bestaat uit twee onderdelen. Onderdeel één brengt de (potentieel vermijdbare) zorggerelateerde schade in Nederlandse klinieken in kaart. Dit betreft de tweede meting van potentieel vermijdbare schade onder patiënten behandeld in Nederlandse klinieken. Het tweede onderdeel van de monitor betreft een meting van de patiëntveiligheidscultuur en medewerkersveerkracht in de klinieken in 2021. Het voorliggende rapport beschrijft de resultaten van dit tweede onderdeel. Dit is de eerste keer dat deze meting in de klinieken is verricht. Dit onderzoek werd gefinancierd door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en is uitgevoerd in samenwerking met het Amsterdam Public Health (APH) research institute.

Graag willen we alle deelnemende klinieken hartelijk bedanken voor hun deelname en inzet bij dit onderzoek en het invullen van de vragenlijsten. Daarnaast willen wij Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN) graag bedanken voor hun bijdrage bij het uitzetten van dit onderzoek.

De auteurs, mei 2022

Inhoud

Voorwoord	3
Samenvatting	5
1 Inleiding en doelstelling	7
1.1 Achtergrond van het onderzoek	7
1.2 Doel van het onderzoek en onderzoeksvragen	9
1.3 Leeswijzer	10
2 Methode	11
2.1 Cultuur Onderzoek onder Medewerkers over Patiëntveiligheid in Ziekenhuizen (COMPaZ) vragenlijst	11
2.2 Employee Resilience (EmpRes) vragenlijst	12
2.3 Werving en dataverzameling	12
2.4 Data analyse	12
3 De patiëntveiligheidscultuur in Nederlandse klinieken in 2021	15
3.1 Onderzoekspopulatie	15
3.2 Cultuurdimensies	18
3.3 Waardering patiëntveiligheid	19
3.4 Gemeld aantal incidenten	20
3.5 Veiligheidscultuurladder	20
3.6 Veerkracht van medewerkers	21
4 Discussie en conclusie	23
4.1 Antwoorden op de onderzoeksvragen	23
4.2 Sterke punten en beperkingen van dit onderzoek	24
4.3 Conclusie en aanbevelingen	25
Literatuur	29
Bijlage A Vragenlijst (COMPaZ/EmpRes)	32

Samenvatting

Onveilige situaties kunnen binnen elke kliniek voorvallen. Hoe er wordt gehandeld in deze situaties en de acties die worden ondernomen om dergelijke situaties te voorkomen is bepalend voor de patiëntveiligheid. Twee factoren die hierbij een belangrijke rol spelen zijn de heersende veiligheidscultuur van de kliniek en de veerkracht van de medewerkers. Een positieve veiligheidscultuur is afhankelijk van een kritische houding tegenover het eigen handelen, de bereidheid van het melden van incidenten en het willen leren van incidenten om de veiligheid van patiënten te waarborgen. Daarbinnen zijn veerkrachtige medewerkers (flexibel, anticiperend en bereid om zich aan te passen) belangrijk om met veranderende omstandigheden om te gaan om zo incidenten te ondervangen en waar mogelijk te voorkomen. De resultaten van de eerste meting naar zowel de veiligheidscultuur als de veerkracht van medewerkers in Nederlandse zelfstandige behandelcentra (klinieken) worden in het voorliggende rapport beschreven. Dit is het beginpunt waarop vervolgmonitoring van patiëntveiligheidscultuur in Nederlandse klinieken mogelijk kan voortbouwen. Het onderzoek had vier doelen:

1. Inzicht krijgen in de score van Nederlandse klinieken op de tien veiligheidscultuurdimensies van de COMPaZ 2.0.
2. Inzicht krijgen in hoe medewerkers van Nederlandse klinieken de patiëntveiligheid binnen de kliniek waarderen en hoeveel incidenten er gemiddeld worden gemeld.
3. Inzicht krijgen in welke veiligheidscultuurfase Nederlandse klinieken zich gemiddeld in 2021 bevinden.
4. Inzicht krijgen in de ervaren veerkracht van kliniekmedewerkers binnen Nederlandse klinieken.

De data zijn verzameld met behulp van twee vragenlijsten. De vragenlijst Cultuuronderzoek Onder Medewerkers over Patiëntveiligheid in Ziekenhuizen versie 2.0 (COMPaZ 2.0) meet tien veiligheidscultuurdimensies, waaronder het leren van fouten en de openheid van communicatie over patiëntveiligheid. Daarnaast meet de COMPaZ 2.0 twee uitkomstmaten, namelijk het gemeld aantal incidenten in de laatste 12 maanden voorafgaand aan dit onderzoek en de waardering van de patiëntveiligheid binnen de kliniek. De veerkracht van medewerkers is in kaart gebracht met de Employee Resilience (EmpRes) vragenlijst.

De data zijn verzameld in 2021. Van de 18 deelnemende klinieken hebben in totaal 416 medewerkers meegedaan. De COMPaZ 2.0 dimensie 'Teamwork binnen de kliniek' werd gemiddeld als beste beoordeeld, gevolgd door 'Feedback en leren van fouten', 'Open communicatie' en 'Goede wisseling van diensten'. In het midden bevinden zich 'Verwachtingen en acties van leidinggevenden', 'Steun vanuit het management', 'Vastleggen patiëntveiligheid incidenten' en 'Niet straffende reactie op fouten'. 'Leren van de organisatie' en 'Adequate personele bezetting' werden gemiddeld het minst goed beoordeeld en bieden daarmee aanknopingspunten voor verdere ontwikkeling van patiëntveiligheid in klinieken. Op te merken is dat medewerkers zonder direct patiëntcontact significant hoger scoren op alle dimensies dan medewerkers met direct patiënt contact.

De algemene waardering voor patiëntveiligheid binnen de kliniek is door 75,3% van de respondenten als 'zeer goed' of 'uitstekend' beoordeeld. Niemand gaf de waardering 'slecht'. De groep met direct patiëntcontact beoordeelde de patiëntveiligheid minder vaak met 'uitstekend' en vaker met 'acceptabel' vergelijking met de groep zonder direct patiëntcontact. Voor het gemeld aantal incidenten in de laatste 12 maanden voorafgaand aan het onderzoek gaf ruim 70% van de

respondenten aan dat zij tussen de nul en twee meldingen hadden gedaan. De groep zonder direct patiëntcontact vulde vaker geen meldingsformulier in en minder vaak één tot twee meldingsformulieren dan de groep met direct patiëntcontact. Er is geen verschil gemeten tussen de groepen voor het invullen van drie of meer meldingsformulieren.

Met de patiëntveiligheidscultuurladder worden de vijf cumulatieve cultuurniveaus in kaart gebracht (ontkennend-reactief-bureaucratisch-proactief-vooruitstrevend). Het wordt aangenomen dat patiëntveiligheidscultuur in een instelling een evolutionaire ontwikkeling doormaakt van een ontkennende veiligheidscultuur 'bij ons gaat er niets fout, waarom zouden wij onze tijd verspillen aan het verbeteren van de patiëntveiligheid?' tot een vooruitstrevende veiligheidscultuur 'veiligheid is een integraal onderdeel van het handelen van medewerkers en de organisatie. Gemiddeld bevinden de klinieken zich net binnen het vierde niveau, de proactieve cultuur. Een proactieve cultuur wordt gekenmerkt door een hoge prioriteit voor patiëntveiligheid met continue investeringen in het vergroten van de patiëntveiligheid door het implementeren en evalueren van interventies gericht op het verbeteren van de patiëntveiligheid. Over het algemeen scoren medewerkers zonder direct patiëntcontact positiever op de patiëntveiligheidscultuur, maar beide groepen bevinden zich op het proactieve cultuurniveau.

De resultaten van de medewerker veerkrachtsmeting (EmpRes) laten zien dat kliniekmedewerkers overwegend positief scoren. Medewerkers gaven aan dat zij vaak veerkrachtig omgaan met crisissituaties of werkdruk en zich goed kunnen aanpassen aan de werksituatie. De groep die geen patiëntcontact heeft scoort gemiddeld significant hoger dan de groep die wel patiëntcontact heeft.

Voor verdere ontwikkeling van de patiëntveiligheidscultuur kan om te beginnen aandacht besteed worden aan de thema's uit de twee laagst beoordeelde COMPaZ 2.0 dimensies; 'adequate personele bezetting' en het 'leren van de organisatie'. In de discussie wordt een overzicht gepresenteerd van in Nederland beschikbare verbeterstrategieën per veiligheidscultuurdimensie. Een belangrijke kanttekening bij de resultaten uit deze meting is dat slechts een beperkt aandeel van de klinieken in Nederland heeft deelgenomen. Het op termijn uitvoeren van een vervolgmeting met daarbij deelname van meer klinieken is daarom wenselijk, om te kunnen bepalen of aan deze meting vooral voorlopers hebben deelgenomen of dat in dit onderzoek een representatief beeld wordt geschetst van de patiëntveiligheidscultuur.

1 Inleiding en doelstelling

1.1 Achtergrond van het onderzoek

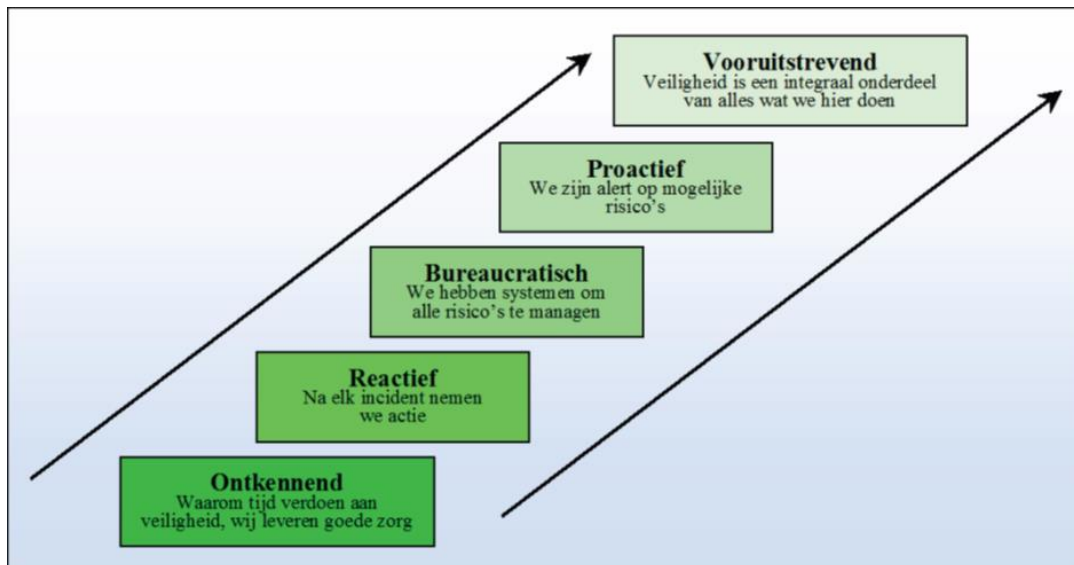
Patiëntveiligheid is sinds het rapport 'Onbedoelde Schade in Nederlandse Ziekenhuizen' een belangrijk thema binnen de Nederlandse zorg (de Bruine et al., 2007). Dit rapport is de aanleiding geweest voor het implementeren van een Veiligheidsmanagementsysteem als onderdeel van het VMS Veiligheidsprogramma binnen Nederlandse ziekenhuizen. Een veiligheidsmanagementsysteem richt zich op de elementen: veiligheidsbeleid, risico-inventarisatie, continue verbetering en veiligheidscultuur.

Dit rapport richt zich op de veiligheidscultuur. Al enkele malen (2005-2007, 2012 en 2020) is deze in kaart gebracht in Nederlandse ziekenhuizen (Wagner et al., 2013; Noord et al., 2013; Schlinkert et al., 2021). In 2021 hebben we de veiligheidscultuur voor het eerst in Nederlandse klinieken in kaart gebracht. De bevindingen hiervan worden in dit rapport beschreven. Het is het beginpunt waarop vervolgmonitoring van patiëntveiligheidscultuur in Nederlandse klinieken kan voortbouwen.

Er worden diverse definities van veiligheidscultuur gebruikt. Echter, allen komen erop neer dat wanneer men spreekt over een positieve veiligheidscultuur, veiligheid prioriteit heeft in alle lagen van de organisatie en voortkomt uit normen en waarden (Bisbey et al., 2019; Noord et al., 2013). De definitie van patiëntveiligheid, zoals opgesteld door Wagner & van der Wal (2005), is "het (nagenoeg) ontbreken van (de kans op) aan de patiënt toegebrachte schade die is ontstaan door het niet volgens de professionele standaard handelen van hulpverleners en/of door tekortkoming van het zorgsysteem". Binnen deze definitie zijn kenmerken van een positieve patiëntveiligheidscultuur het hebben van een kritische houding ten opzichte van het eigen handelen, het melden van incidenten en willen leren van fouten om zo de veiligheid van patiënten te waarborgen (Hellings, 2005). Het gaat hierbij om de mate waarin zowel individuen als groepen binnen de organisatie geneigd zijn om zich persoonlijk verantwoordelijk te voelen voor patiëntveiligheid en daardoor zo handelen dat men onveilige situaties zal proberen te voorkomen ofwel herstellen en actief te leren van eventuele fouten (Noord et al., 2013).

De veiligheidscultuur van een zorginstelling kan zich op verschillende niveaus bevinden en het is voor zorginstellingen mogelijk zich te ontwikkelen naar een hoger niveau. De verschillende niveaus en bijbehorende belangrijkste kenmerken worden samengevat in de cultuurladder (Westrum, 1993; Parker & Hudson, 2001). Westrum identificeerde in eerste instantie drie niveaus, namelijk ontkennend, bureaucratisch en vooruitstrevend (Westrum, 1993). Parker en Hudson hebben dit model uitgebreid met twee niveaus, namelijk reactief en proactief, wat de mogelijkheid biedt om de veiligheidscultuur preciezer te kwalificeren (Parker & Hudson, 2001). De cultuurladder (Figuur 1) laat de vijf verschillende cultuurniveaus zien waar een zorginstelling, zoals een kliniek, zich in kan bevinden. Hierbij is de 'ontkennende patiëntveiligheidscultuur' het laagste niveau en de 'vooruitstrevende patiëntveiligheidscultuur' het hoogst te behalen niveau. In 2006 hebben Struben en Wagner (2006) een overzichtelijke weergave gemaakt van de cultuurladder naar het model van Parker en Hudson. Dit is opgenomen als Figuur 1.

Figuur 1 Cultuurladder naar het model van Parker en Hudson



NB. Referentie: Struben & Wagner (2006)

Binnen een ontkennende patiëntveiligheidscultuur heerst de houding dat er bij hen niets fout gaat. Er wordt in deze cultuur weinig tot niet geïnvesteerd in het verbeteren van de patiëntveiligheid, aangezien dit als verspilde tijd wordt gezien. Het volgende niveau is de reactieve cultuur waarbij centraal staat dat er eerst zaken fout moeten gaan voordat er iets verandert. Deze veranderingen zijn vaak incidenteel en van korte duur. Hierop volgt het derde niveau, de bureaucratische cultuur, waarbij er veel informatie wordt verzameld en veel protocollen en regels worden opgesteld om de veiligheid te borgen. Echter, de implementatie hiervan kan wisselend zijn. Een proactieve cultuur wordt gekenmerkt door een hoge prioriteit voor patiëntveiligheid met continue investeringen in het vergroten van de patiëntveiligheid door het implementeren en evalueren van interventies gericht op het verbeteren van de patiëntveiligheid. Klinieken met een sterke proactieve patiëntveiligheidscultuur worden gekenmerkt door open communicatie, geven en leren van feedback en ontvangen daarbij steun vanuit het management. Het laatste niveau in de ontwikkeling van een patiëntveiligheidscultuur is de vooruitstrevende cultuur. Binnen deze cultuur is patiëntveiligheid geheel geïntegreerd in het handelen van de medewerkers en de organisatie. Medewerkers denken mee over het verbeteren van de patiëntveiligheid en patiëntveiligheidsproblemen worden opgespoord om vervolgens oplossingen hiervoor te bedenken en te implementeren.

Dit is de eerste keer dat de veiligheidscultuurmeting heeft plaatsgevonden in Nederlandse klinieken. In navolging op de laatste patiëntveiligheidscultuurmeting van de Monitor Zorggerelateerde Schade in Nederlandse ziekenhuizen 2019-2022 (Schlinkert et al., 2021) is er in deze veiligheidscultuurmeting ook aandacht voor het in kaart brengen van de stand van zaken omtrent de veerkracht (resilience) van medewerkers. Met name doordat de zorg steeds complexer wordt, is het belangrijk dat medewerkers flexibel en veerkrachtig met situaties kunnen omgaan. Veerkracht is het vermogen van medewerkers om zich voortdurend aan te passen aan bepaalde omstandigheden en verbeteringsmogelijkheden te zoeken binnen deze omstandigheden, zelfs wanneer ze geconfronteerd worden met uitdagende situaties (Kuntz et al., 2017). Dit is gebaseerd op de gedachte dat veerkracht een vaardigheid is die voortkomt uit een samenspel tussen persoonlijke- en omgevingsfactoren. Wanneer de omgeving stimulerend is voor het aanpassingsvermogen, zal de medewerker zich gemakkelijker op het gebied van veerkracht verder ontwikkelen. In andere

woorden; medewerkers kunnen zich meer veerkrachtig gedragen in een organisatiecultuur die proactief, adaptief en ondersteunend gedrag stimuleert. Dit volgt ook uit onderzoek van Caniëls en Baaten (2019), die een positief verband aantoonde tussen een positieve leercultuur en veerkracht van medewerkers. Het lijkt hierbij niet om een eenzijdig verband, maar om een wisselwerking te gaan. Veerkracht van medewerkers zou namelijk ook de leercultuur en het aanpassingsvermogen van een organisatie kunnen verbeteren (Youssef, 2004). Door deze wisselwerking is het belangrijk voor een organisatie om zowel een beter inzicht te verkrijgen over veerkracht als organisatorische factoren die bijdragen aan een positieve leercultuur waarbij de ontwikkeling van veerkracht wordt gestimuleerd (DuBrin, 2013; Hodliffe, 2014).

Om de veerkracht van medewerkers en leercultuur/veiligheidscultuur in kaart te brengen is in de huidige cultuurmeting zowel gebruik gemaakt van de vernieuwde 2.0 versie van de COMPaZ-vragenlijst (Cultuur Onderzoek onder Medewerkers over Patiëntveiligheid in Ziekenhuizen) als de Employee Resilience (EmpRes) vragenlijst. De laatstgenoemde vragenlijst is ontwikkeld door onderzoekers van de Universiteit van Canterbury en brengt de veerkracht van medewerkers in kaart (Näswall et al, 2019). Zij ontwikkelden deze vragenlijst als tegenhanger van vragenlijsten die alleen veerkracht op organisatieniveau meten en niet op medewerker niveau. De vragenlijst is bedoeld om te ontdekken hoe organisaties hun werknemers beter kunnen toerusten of stimuleren om met uitdagende omstandigheden op het werk om te gaan. De EmpRes is meegenomen in dit onderzoek om de veerkracht te meten, aangezien de COMPaZ dit deel van patiëntveiligheidscultuur niet meet. De COMPaZ is in 2004 ontwikkeld en gevalideerd door de Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ; Sorra & Nieva, 2004; Sorra & Dyer, 2010). In 2019 heeft de AHRQ de nieuwste versie van de COMPaZ uitgebracht, de COMPaZ 2.0 (Hospital Survey on Patient Safety Culture, 2019). Deze vragenlijst wordt gebruikt om tien patiëntveiligheidscultuur dimensies in kaart te brengen. In de 2.0 versie zijn aanpassingen gedaan in de opbouw van de vragen om genuanceerder naar ervaringen te vragen en is het aantal vragen verminderd. Daarnaast is de opbouw van de dimensies aangepast ten opzichte van de oorspronkelijke versie. Ook kan deze vragenlijst gebruikt worden om te beoordelen op welk niveau binnen de cultuurladder, zoals hierboven geïntroduceerd, een kliniek zich bevindt.

Uit de laatste patiëntveiligheidscultuurmeting van de Monitor Zorggerelateerde Schade in Nederlandse ziekenhuizen is gebleken dat het al dan niet hebben van patiëntcontact door medewerkers leidt tot een verschil op hoe positief zij denken over de bestaande patiëntveiligheidscultuur binnen de zorginstantie waarin zij werkzaam zijn (Schlinkert et al., 2021). Zo waren de medewerkers met medische en verplegende functies minder positief over de heersende patiëntveiligheidscultuur dan de medewerkers met een 'overige' functie. Een mogelijke verklaring hiervoor zou volgens Schlinkert et al. (2021) kunnen zijn dat indien medewerkers contact hebben met patiënten, zij ook eerder van patiënten zullen vernemen of er sprake is van ongenoegen/klachten. Wij nemen daarom dit onderscheid tussen het al dan niet hebben van patiëntcontact ook mee in onze analyses.

1.2 Doel van het onderzoek en onderzoeksvragen

Het doel van dit onderzoek is om de patiëntveiligheidscultuur en de veerkracht van medewerkers anno 2021 in Nederlandse klinieken in kaart te brengen. Dit werd gedaan aan de hand van de volgende onderzoeksvragen:

1. Hoe scoren Nederlandse klinieken gemiddeld op de tien veiligheidscultuurdimensies van de COMPaZ 2.0 en verschilt deze score tussen medewerkers met en zonder direct patiëntcontact?

2. Hoe waarderen medewerkers van Nederlandse klinieken de patiëntveiligheid binnen de kliniek en hoeveel incidenten worden er gemiddeld gemeld? Verschillen deze scores voor het al dan niet hebben van patiëntcontact?
3. In welke veiligheidscultuurfase bevinden Nederlandse klinieken zich gemiddeld in 2021?
4. Hoe ervaren medewerkers van Nederlandse klinieken hun eigen veerkracht?

1.3 Leeswijzer

Het rapport heeft de volgende opbouw. In hoofdstuk 2 wordt de onderzoeksmethode beschreven. Hoofdstuk 3 geeft een overzicht van de patiëntveiligheidscultuur anno 2021 in Nederlandse zelfstandige behandelcentra, waarbij onder andere de resultaten van de COMPaZ 2.0, EmpRes en de cultuurladder worden besproken. Tenslotte bespreken we in hoofdstuk 4 de conclusie en discussie en worden verbeterstrategieën voor de praktijk gepresenteerd. De termen ZBC/zelfstandig behandelcentrum/zelfstandige kliniek/kliniek dekken dezelfde lading en in het vervolg van de rapportage zullen wij gebruik maken van de term 'klinieken'.

2 Methode

2.1 Cultuur Onderzoek onder Medewerkers over Patiëntveiligheid in Ziekenhuizen (COMPaZ) vragenlijst

Om een beeld te krijgen van de patiëntveiligheidscultuur in klinieken is de COMPaZ 2.0 (Cultuur Onderzoek onder Medewerkers over Patiëntveiligheid in Ziekenhuizen, versie 2.0) vragenlijst afgenomen. De lijst is een vertaling van de Hospital Survey on Patient Safety Culture 2.0. Deze versie is in 2019 door de AHRQ uitgebracht (Hospital Survey on Patient Safety Culture, 2019). De Nederlandse COMPaZ 1.0 versie is door het Nivel vertaald en gevalideerd (Smits et al., 2007; Noord et al., 2013). In de COMPaZ 2.0 zijn een aantal items toegevoegd, verwijderd en geherformuleerd. De toegevoegde en aangepaste items zijn middels back-and-forth translation vertaald en toegevoegd aan de lijst. De wijzigingen zijn doorgevoerd om beter aan te sluiten bij de praktijk. Echter, de essentie van de vragenlijst is ongewijzigd. De COMPaZ 2.0 in de huidige studie bevat 32 items die beantwoord konden worden op een 5-punts Likertschaal (1 = zeer mee oneens/nooit t/m 5 = zeer mee eens/altijd). De volgende 10 COMPaZ 2.0-dimensies van de patiëntveiligheidscultuur kunnen onderscheiden worden in dit onderzoek:

1. Dimensie 1 'Teamwork binnen de kliniek' bestaat uit 3 items die ingaan op de samenwerking, steun en respect tussen werknemers van de kliniek.
2. Dimensie 2 'Adequate personele bezetting' bestaat uit 4 items die ingaan op het aantal werknemers dat in dienst is, de duur van de werktijden, het inzetten van invalkrachten en de werklast.
3. Dimensie 3 'Leren van de organisatie' bestaat uit 3 items die ingaan op het al dan niet actief bezig zijn met de patiëntveiligheid binnen de kliniek.
4. Dimensie 4 'Niet-straffende reactie op fouten' bestaat uit 4 items die ingaan op een 'blamefree' reactie op het maken van meldingen.
5. Dimensie 5 'Verwachtingen en acties van leidinggevenden' bestaat uit 3 items die ingaan op hoe belangrijk leidinggevenden van de kliniek (het verbeteren van) de patiëntveiligheid vinden.
6. Dimensie 6 'Feedback en leren van fouten' bestaat uit 3 items die ingaan op of werknemers geïnformeerd worden over vergissingen die in de kliniek voorkomen, de mogelijkheden om deze vergissingen te voorkomen en ingevoerde veranderingen naar aanleiding van meldingen.
7. Dimensie 7 'Open communicatie' bestaat uit 4 items die ingaan op de mate waarin men zich vrij voelt om zaken die betrekking hebben op veiligheid van patiënten te bespreken.
8. Dimensie 8 'Vastleggen patiëntveiligheid incidenten' bestaat uit 2 items die ingaan op melden van patiëntveiligheid incidenten.
9. Dimensie 9 'Steun vanuit het management' bestaat uit 3 items die ingaan op de door werknemers waargenomen steun vanuit het kliniekmanagement voor patiëntveiligheid.
10. Dimensie 10 'Goede wisseling van diensten' bestaat uit 3 items die ingaan op de gevolgen van de wisseling van diensten binnen de kliniek.

Een voorbeeldvraag is: "Wanneer medewerkers fouten maken, richt deze kliniek zich op leren in plaats van het zoeken van een schuldige". Daarnaast bevat de COMPaZ 2.0 twee uitkomstvariabelen: 'waardering voor patiëntveiligheid' en 'gemeld aantal incidenten'. Tot slot worden een aantal

demografische kenmerken van de respondenten uitgevraagd, o.a. functieprofiel, werkervaring en patiëntcontact.

De complete uitgezette vragenlijst is bijgevoegd in bijlage A.

2.2 Employee Resilience (EmpRes) vragenlijst

De Employee Resilience (EmpRes) is een vragenlijst waarmee veerkracht van medewerkers op individueel niveau gemeten wordt. Voor dit onderzoek wordt de meest recente versie van de EmpRes gebruikt. De vragenlijst is ontwikkeld en gevalideerd in Nieuw-Zeeland (Näswell et al., 2019). De Nederlandse versie is door het Nivel vertaald. De vragenlijst bestaat uit negen items die kunnen worden beantwoord op een 5-punts Likertschaal (1 = (bijna) nooit, 2 = soms, 3 = regelmatig, 4 = vaak, 5 = (bijna) altijd) (Näswell et al., 2015). De items zijn gebaseerd op de thema's "organisatorisch leervermogen", "proactieve houding" en "aanpassingsvermogen/veerkracht" (Näswell et al., 2013). Een voorbeeldvraag is: 'Ik gebruik verandering op het werk als mogelijkheid om te groeien'. De volledige vragenlijst is terug te vinden in Bijlage A, hoofdstuk G.

2.3 Werving en dataverzameling

In april 2021 zijn alle Nederlandse klinieken, mits zij >10 FTE in dienst hadden, per e-mail uitgenodigd voor deelname aan de patiëntveiligheidscultuurmeting van het Nivel. Een groot deel van de klinieken is aangesloten bij de branchevereniging Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN). Deze zijn uitgenodigd door deze branchevereniging, de overige klinieken zijn uitgenodigd door het Nivel. Indien klinieken wilden deelnemen werd er een contactpersoon benoemd binnen de kliniek waarmee onder andere contact werd onderhouden over de respons. Daarnaast werd aan de contactpersoon gevraagd om drie achtergrondvragen te beantwoorden over het aantal medewerkers, welke specialismen bediend worden binnen de kliniek en of er chirurgische ingrepen worden uitgevoerd. De link naar de digitale vragenlijst werd via de contactpersoon van de kliniek onder alle medewerkers verspreid. Er werd gelegenheid gegeven aan alle klinieken om twee reminders te versturen. De antwoorden op de vragenlijst zijn opgeslagen in de Survalyzer database van het Nivel. Aan deelnemende klinieken werd een terugrapportage op kliniek niveau gegeven bij een minimale respons van 75% met een minimum aantal van 15 ingevulde vragenlijsten. De ondergrens van 15 medewerkers werd aangehouden om de anonimiteit van de medewerkers te waarborgen.

Via de contactpersoon van de deelnemende klinieken is achtergrond informatie verzameld op kliniekniveau. Het ging hierbij om; 1) het aantal medewerkers werkzaam binnen de kliniek, 2) de verschillende specialismen die uitgevoerd worden door de deelnemende klinieken en 3) of er al dan niet van chirurgische ingrepen worden uitgevoerd in de kliniek.

2.4 Data analyse

Descriptieve analyses (frequenties, percentages, gemiddelden, standaarddeviaties) werden uitgevoerd op de achtergrondvariabelen van de respondenten, de tien COMPaZ dimensies, waardering over de patiëntveiligheid, het gemeld aantal incidenten en de negen items van de EmpRes. Verschillen in COMPaZ-dimensiescores, waardering van de patiëntveiligheid en scores op de EmpRes tussen medewerkers die wel of geen patiënt contact hebben, zijn bekeken met een

onafhankelijke t-toets. Alleen volledig ingevulde vragenlijsten zijn meegenomen in de analyses om mogelijke duplicatie in de respons te voorkomen. Om de belasting voor deelnemende klinieken zo veel mogelijk te beperken, is er gekozen om gebruik te maken van een algemene link per kliniek in plaats van gepersonaliseerde vragenlijst links. Klinieken konden de vragenlijst op deze manier eenvoudig onder medewerkers verspreiden, bijvoorbeeld via de nieuwsbrief of intranet. Echter, door gebruik te maken van een algemene link per kliniek was het niet mogelijk tussentijds de het invullen van de vragenlijst te onderbreken en bestaat de kans dat medewerkers opnieuw begonnen zijn als zij bij de eerste poging de vragenlijst niet volledig hadden ingevuld. De kans dat een medewerker de vragenlijst meer dan één keer volledig heeft ingevuld, schatten wij in als zeer onwaarschijnlijk. Voor alle analyses is gebruik gemaakt van STATA/MP versie 16.1.

2.4.1 COMPaZ 2.0

De gemiddelde scores op de tien dimensies van patiëntveiligheidscultuur in de COMPaZ 2.0 werden berekend op een 5-punts Likertschaal. Negatief geformuleerde items werden gehercodeerd, zodat elke waarde op de 5-punts Likertschaal hetzelfde betekent (1= nooit/zeer mee oneens, 5= altijd/ zeer mee eens). Een hogere score betekent daarom voor alle items een hogere waarde op de betreffende dimensie. De items van de COMPaZ 2.0 konden worden beantwoord met de antwoordcategorie 'niet van toepassing/weet ik niet'. Deze antwoorden zijn, de COMPaZ 2.0 handleiding volgend (Sorra et al., 2019), gecodeerd als missings en niet meegenomen met de analyses. Hierdoor verschillen het aantal respondenten per COMPaZ dimensie.

2.4.2 Cultuurladder

Er werd gekeken op welk niveau op de cultuurladder de deelnemende klinieken zich nu over het algemeen bevinden. Hiervoor werd op itemniveau een 4-puntsschaal gecreëerd (de cultuurscore). Intern onderzoek met een expertpanel heeft uitgewezen dat de scores op de 5-punts Likertschaal van de COMPaZ 2.0 overeenkomen met de niveaus op de cultuurladder, waarbij maximaal score 4 (een proactieve cultuur) gehaald kan worden (Schlinkert et al., 2021). Een score van 5 op een item werd daarom omgezet naar 4. Hierbij is de volgende normering gebruikt:

<u>COMPaZ score</u>	<u>Positie op cultuurladder</u>
≤ 1.49	Ontkennend
1.5-2.49	Reactief
2.5-3.49	Bureaucratisch
≥ 3.50	Proactief

Vervolgens is per dimensie een cultuurscore berekend, waarbij het gemiddelde van de cultuurscores per dimensie de plaats op de cultuurladder weergeeft. De cultuurscore geeft een indicatie waar de deelnemende klinieken op de cultuurladder staan. Verschillen op de cultuurladder tussen de groepen, wel of geen direct patiëntcontact, werden berekend door middel van een onafhankelijke t-toets. Één van de antwoordcategorieën van de COMPaZ 2.0 was 'niet van toepassing/weet ik niet'. Zoals beschreven in de handleiding van de COMPaZ 2.0 zijn deze antwoorden gecodeerd als missings.

2.4.3 EmpRes

De veerkracht van medewerkers werd berekend op basis van de gemiddelde totaalscore op de EmpRes. De items zijn gemeten op een 5-punts Likertschaal (1 = (bijna) nooit t/m 5 = (bijna) altijd), waarbij een hogere score een hogere veerkracht representeert. Voor een betere interpretatie van de resultaten zijn deze scores omgezet naar een 3-puntsschaal. Hiervoor zijn drie nieuwe variabelen aangemaakt: 1. Negatief (originele score '(bijna) nooit' en 'soms'), 2. Neutraal (originele score

'regelmatig') en 3. Positief (originele score 'vaak' en '(bijna) altijd). De scores zijn per item en als een gemiddelde totaalscore gerapporteerd. Het aantal respondenten verschilt per item op de EmpRes, aangezien er sprake is van missings die niet mee zijn genomen in de analyses. Deze missings zijn ontstaan door het beantwoorden van een item met de antwoordcategorie 'niet van toepassing/weet ik niet'.

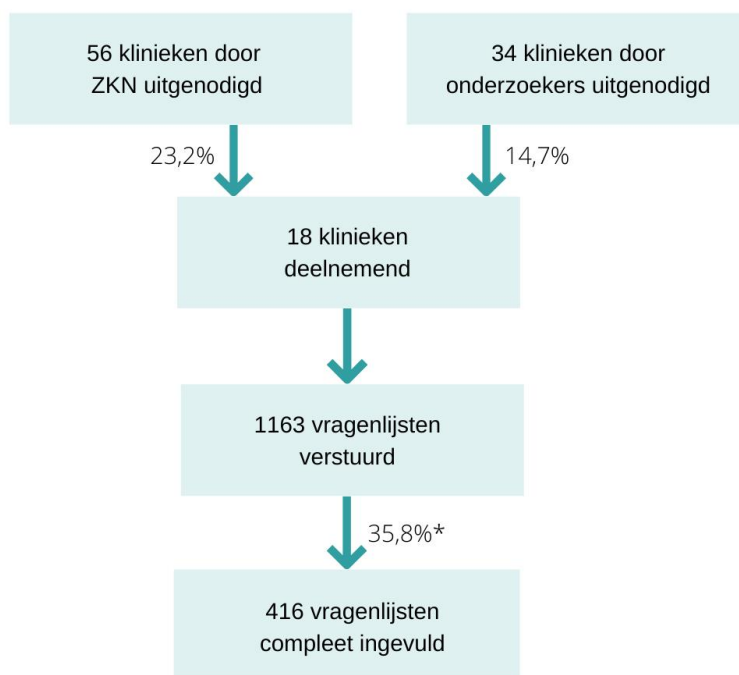
3 De patiëntveiligheidscultuur in Nederlandse klinieken in 2021

3.1 Onderzoekspopulatie

18 van de 90 klinieken die werden uitgenodigd hebben deelgenomen aan het onderzoek (20% respons). Redenen voor klinieken om niet deel te nemen waren onder andere; tijdsgebrek, drukte door overname ziekenhuiszorg en geen goed moment voor een meting in verband met de heersende COVID-19 pandemie.

De deelnemende klinieken hebben tussen april en november 2021 de COMPaZ 2.0 en de EmpRes vragenlijst bij hun medewerkers uitgezet. In totaal zijn 1163 vragenlijsten uitgezet, waarvan er 416 (35,8%) volledig ingevuld zijn teruggekomen. Dit is ook terug te zien in Figuur 3.1. Zes deelnemende klinieken voldeden aan de criteria voor een terugrapportage op kliniekniveau en hebben deze ontvangen.

Figuur 3.1 Flowchart instroom respondenten



*10% - 83% ingevuld per kliniek

Onderstaande tabel beschrijft de verschillende specialismen van de deelnemende klinieken (Tabel 3.1). Er waren zeven klinieken die meerdere specialismen hebben, variërend tussen twee en negen verschillende specialismen. Van de deelnemende klinieken gaven 12 (66,6%) aan dat zij chirurgische ingrepen uitvoeren in de kliniek.

Tabel 3.1 Specialismen van deelnemende klinieken. NB.: klinieken kunnen binnen meerdere specialismen werkzaam zijn.

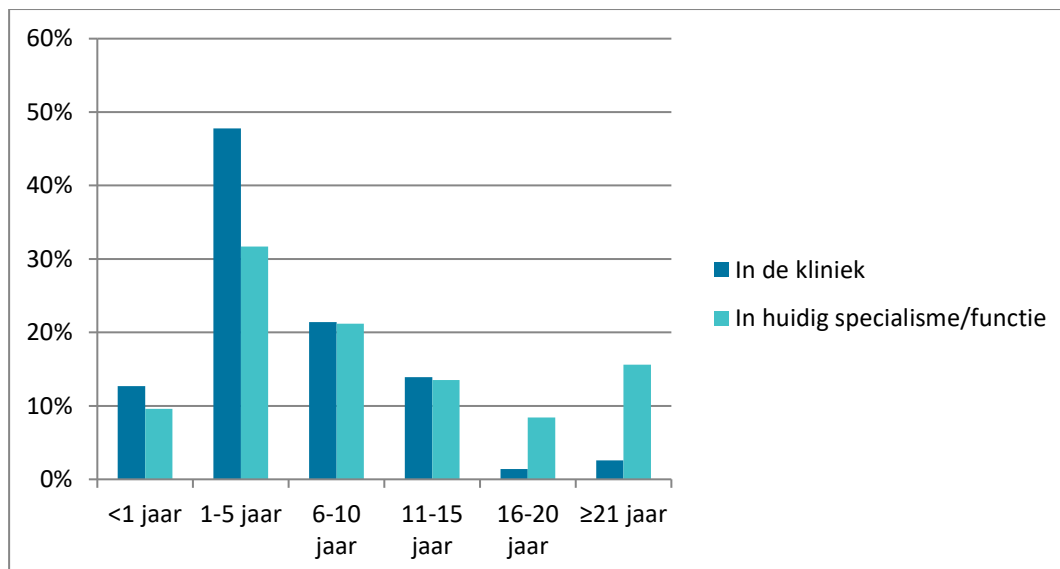
Specialisme	n (%)
Oogheelkunde	5 (11,6%)
Anesthesiologie	4 (9,3%)
Heelkunde	4 (9,3%)
Dermatologie	3 (7,0%)
Interne geneeskunde	3 (7,0%)
Orthopedie	3 (7,0%)
Plastische chirurgie	3 (7,0%)
Kindergeneeskunde	2 (4,7%)
KNO	2 (4,7%)
Maag-Darm-leverziekten	2 (4,7%)
Neurologie	2 (4,7%)
Obstetrie & gynaecologie	2 (4,7%)
Urologie	2 (4,7%)
Hyperbare zuurstoftherapie	1 (2,3%)
Longziekten en tuberculose	1 (2,3%)
Mond, kaak en aangezichtschirurgie	1 (2,3%)
Neurochirurgie	1 (2,3%)
Obesitas	1 (2,3%)
Radiologie	1 (2,3%)

In de vragenlijst werden enkele achtergrondvragen op medewerker niveau gesteld. Onderstaande tabellen beschrijven de verschillende functies van medewerkers (Tabel 3.2), werkervaring van medewerkers (Figuur 3.2), werkuren van medewerkers (Tabel 3.3) en of medewerkers wel of geen direct patiëntcontact hebben (Tabel 3.4).

Tabel 3.2 Functies van respondenten (N=416)

Functie	n (%)
Verplegend personeel	110 (26,4%)
Gediplomeerd verpleegkundige	87 (20,9%)
Verpleeghulp	20 (4,8%)
Verpleegkundige in opleiding	3 (0,7%)
Medisch personeel	96 (23,1%)
Medisch specialist	67 (16,1%)
Physician Assistant/ Nurse Practitioner	19 (4,6%)
Basisarts/ Arts in opleiding tot specialist	10 (2,4%)
Paramedisch personeel	45 (10,9%)
Fysiotherapeut/ Bezigheidstherapeut/ Logopedist	19 (4,6%)
Medewerker functieafdeling (bijv. hartfunctie, longfunctie, EEG)	13 (3,1%)
Medisch analist/ laborant	9 (2,2%)
Radiotherapeutisch laborant	4 (1,0%)
Apotheker	-
Overig	165 (39,7%)
Administratief medewerker/ Secretariaat	109 (26,2%)
Management	13,5%)

Figuur 3.2 Aantal jaren werkervaring (%) van medewerkers binnen de kliniek en binnen het huidige specialisme/functie (N = 416)



Tabel 3.3 Werkuren per week in de kliniek

Werkzaam	Minder dan 20 uur per week	20-39 uur per week	40-59 uur per week	60 of meer uur per week
Werkuren per week (%)	13,2	76,2	10,3	0,2

Tabel 3.4 Interactie met patiënten

Interactie	Directe interactie	Geen directe interactie
Patiëntcontact	342 (82,2%)	74 (17,8%)

De groep zonder direct patiëntcontact bestond voor 58,1% uit management, 39,2% uit administratief medewerker/secretaresse en 2,7% uit medisch analist/laborant.

3.2 Cultuurdimensies

Tabel 3.5 geven de gemiddelde scores op de tien dimensies voor patiëntveiligheidscultuur weer van alle deelnemende klinieken (totaalscore), opgesplitst in of de medewerkers wel of geen contact hebben met patiënten. Hierbij geldt dat hoe hoger de score op een dimensie, hoe beter de klinieken gemiddeld volgens hun medewerkers scoren op dat specifieke onderdeel. Voor de interpretatie van de (totaal)scores kan worden aangehouden dat een score tussen de 4 en 5 gewenst is en er bij scores van 3 of lager ruimte voor verbetering mogelijk en aanbevolen is. Daarnaast worden in Tabel 3.5 de resultaten van de t-toets tussen het al dan niet hebben van direct patiëntcontact weergegeven.

Tabel 3.5 De gemiddelde score op de tien COMPaZ 2.0 dimensies van de deelnemende klinieken en de verschillen tussen wel of geen patiëntcontact hebben op een 5-punts schaal (1= nooit/ zeer oneens 5= altijd/ zeer mee eens)

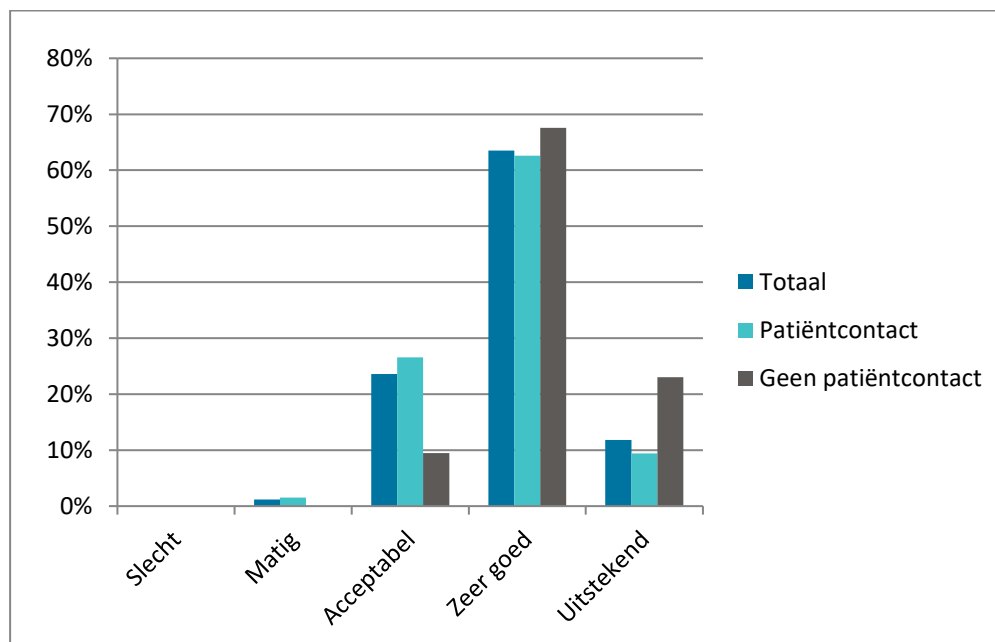
	Totaal Gemiddelde (SD)	Patiënt-contact	Geen patiënt-contact	p
Teamwork binnen de kliniek	4,28 (0,03)	4,25 (0,03)	4,46 (0,06)	0,004
Adequate personele bezetting	3,58 (0,04)	3,52 (0,04)	3,89 (0,08)	<.001
Leren van de organisatie	3,83 (0,03)	3,78 (0,03)	4,06 (0,07)	<.001
Niet straffende reactie op fouten	3,92 (0,03)	3,86 (0,04)	4,20 (0,07)	<.001
Verwachtingen en acties van leidinggevenden	3,98 (0,03)	3,91 (0,03)	4,27 (0,07)	<.001
Feedback en leren van fouten	4,07 (0,04)	4,01 (0,04)	4,38 (0,07)	<.001
Open communicatie	4,07 (0,03)	4,02 (0,04)	4,31 (0,07)	<.001
Vastleggen patiëntveiligheid incidenten	3,93 (0,04)	3,87 (0,04)	4,25 (0,08)	<.001
Steun vanuit het management	3,96 (0,03)	3,90 (0,04)	4,29 (0,07)	<.001
Goede wisseling van diensten	4,04 (0,04)	4,01 (0,04)	4,22 (0,09)	0,03

Op alle dimensies wordt er gemiddeld tussen de 3 (neutraal/soms) en 5 (zeer mee eens) gescoord. 'Teamwork binnen de kliniek' werd gemiddeld als beste beoordeeld, gevolgd door 'Feedback en leren van fouten', 'Open communicatie' en 'Goede wisseling van diensten'. In het midden bevinden zich 'Verwachtingen en acties van leidinggevend', 'Steun vanuit het management', 'Vastleggen patiëntveiligheid incidenten' en 'Niet straffende reactie op fouten'. 'Leren van de organisatie' en 'Adequate personele bezetting' werden gemiddeld het minst goed beoordeeld, maar ook hier wordt vrij hoog op gescoord. Medewerkers zonder direct patiëntcontact scoren significant hoger op alle dimensies dan medewerkers met direct patiënt contact. Echter, beide groepen scoren relatief hoog en de absolute verschillen in scores zijn klein.

3.3 Waardering patiëntveiligheid

De algemene waardering van patiëntveiligheid door kliniek medewerkers is weergegeven in Figuur 3.3. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen de groepen met en zonder patiëntcontact en wordt een totaalscore voor alle deelnemers tezamen weergegeven. Deze vraag kon beantwoord worden op een vijfpuntsschaal. Op de vraag hoe zij de patiëntveiligheid waarden in hun eigen kliniek antwoordde gemiddeld 75,3% van de respondenten met 'Zeergoed' of 'Uitstekend', 23,6% 'Acceptabel', 1,2% 'Matig' en niemand 'Slecht'. In totaal werd de patiëntveiligheid gemiddeld gewaardeerd met een 3,86 (SD = 0,03) uit 5.

Figuur 3.3 Waardering patiëntveiligheid (%) in totaal en de verschillen tussen de groepen 'met of zonder patiëntcontact' binnen de deelnemende klinieken



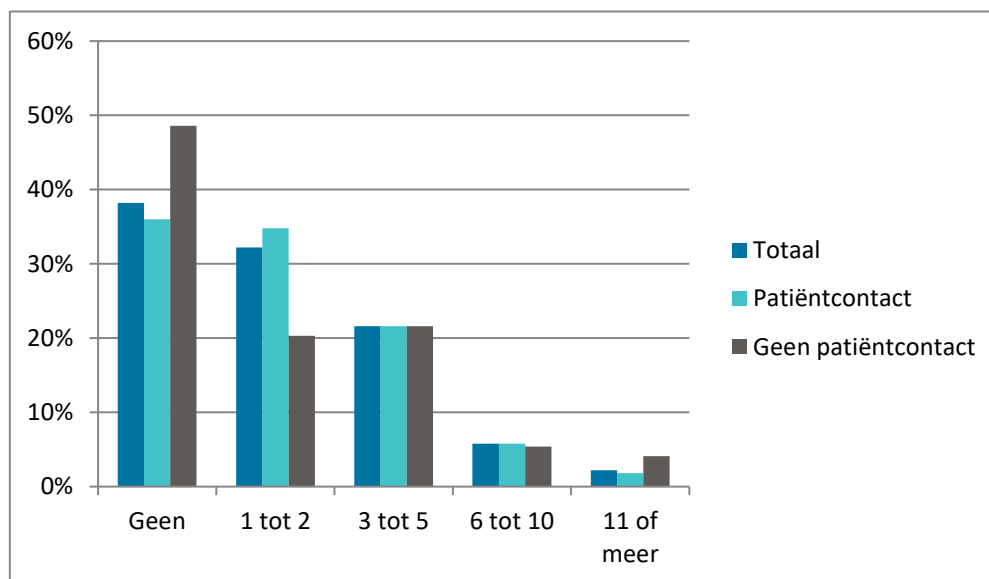
NB. Aantal respondenten op deze vraag: Totaal N = 416, Patiëntcontact N = 342, Geen patiëntcontact N = 74.

Het verschil in gemiddelde score op de waardering van patiëntveiligheid voor 'Patiëntcontact' (M = 3,80; SD = 0,03) en 'Geen patiëntcontact' (M = 4,14; SD = 0,06) was significant (t (414) = -4,34; p < .001). De 'Patiëntcontact' groep beoordeelden de patiëntveiligheid met name minder vaak met 'Uitstekend' en vaker 'Acceptabel' dan de groep 'Geen patiëntcontact'.

3.4 Gemeld aantal incidenten

Figuur 3.4 geeft het gemeld aantal incidenten binnen de deelnemende klinieken weer in percentages van de laatste 12 maanden voorafgaand aan dit onderzoek. De respondenten gaven hierbij aan hoe vaak zij in de laatste 12 maanden voorafgaand aan het onderzoek een melding-incidentformulier, zoals een Veilig Incident Melden (VIM) of een Decentraal Incident Melden (DIM), hadden ingevuld. Uit de resultaten volgt dat 38,2% in de laatste 12 maanden voorafgaand aan het onderzoek geen melding heeft gedaan, 32,2% heeft één tot twee meldingen gedaan, 21,6% drie tot vijf meldingen en 8,0% heeft zes of meer incidenten gemeld.

Figuur 3.4 Gemeld aantal incidenten (% van medewerkers) in de laatste 12 maanden voorafgaand aan het onderzoek binnen de deelnemende klinieken voor het totaal aantal respondenten en de groepen wel en geen patiëntcontact'



NB. Aantal respondenten op deze vraag: Totaal N = 416, Patiëntcontact = 342, Geen patiëntcontact = 74.

In Figuur 3.3 wordt het percentage medewerkers weergegeven dat een bepaalde aantal incidenten heeft gemeld in de laatste 12 maanden voorafgaand aan het onderzoek. De 'Geen patiëntcontact' groep deed vaker geen melding en minder vaak één tot twee meldingen dan de groep 'Patiëntcontact'. Er is geen duidelijk verschil zichtbaar tussen de groepen bij het invullen van drie of meer meldingsformulieren.

3.5 Veiligheidscultuurladder

De gemiddelde totaalscore van de deelnemende klinieken op de cultuurladder is $M = 3,66$ ($SD = 0,02$), wat betekent dat de deelnemende klinieken zich in 2021 gemiddeld net in de proactieve veiligheidscultuurfase bevinden. Het verschil in gemiddelde score op de cultuurladder voor 'Patiëntcontact' ($M = 3,63$; $SD = 0,02$) en 'Geen patiëntcontact' ($M = 3,83$; $SD = 0,03$) was significant ($t(205) = -3,21$; $p = 0,002$), maar beperkt. Beide groepen bevinden zich dan ook op dezelfde trede van de cultuurladder. Daarnaast konden voor de eindanalyse van de cultuurladder de antwoorden van

211 medewerkers van de 416 medewerkers niet worden meegenomen, doordat zij één of meer malen een antwoord hadden gegeven die als 'missing' is gecodeerd.

3.6 Veerkracht van medewerkers

Per item is in Tabel 3.6 het aantal respondenten aangegeven. Het aantal respondenten verschilt per item aangezien er sprake is van missings. De gemiddelde veerkracht score (score op de EmpRes vragenlijst) is $M = 4,05$ ($SD = 0,04$). Dit betekent dat medewerkers in de klinieken gemiddeld aangaven dat zij vaak veerkrachtig omgaan met crisissituaties of werkdruk en zich goed aan kunnen passen aan de situatie. Bij deze analyse konden de antwoorden van 72 respondenten niet worden meegenomen, doordat zij één of meer malen een antwoord hadden gegeven die als 'missing' is gecodeerd. De groep die geen patiëntcontact heeft scoort gemiddeld significant hoger ($M = 4,28$; $SD = 0,08$) ($t(342) = -2,71$; $p = 0,007$) dan de groep die wel patiëntcontact ($M = 4,01$; $SD = 0,04$) heeft. Echter, dit verschil is relatief minimaal.

Op alle items van de EmpRes geeft gemiddeld tussen de 65,5% en 80,6% van de respondenten een positief antwoord. Het item 'Ik leer van de fouten op het werk en verbeter de manier waarop ik mijn werk doe' wordt het meest vaak positief beantwoord. Op de items 'Ik benader een manager/supervisor/leidinggevende wanneer ik hun ondersteuning nodig heb', 'Ik zoek naar ondersteuning bij mijn werk indien ik specifieke hulp of hulpmiddelen nodig heb' en 'Ik gebruik verandering op het werk als mogelijkheid om te groeien' werd het vaakst negatief geantwoord, respectievelijk 17,4%, 15,1% en 14,3%. Deze thema's kunnen gezien worden als belangrijke aangrijpingspunten voor verdere ontwikkeling van de veerkracht van medewerkers in de klinieken. (Tabel 3.6).

Tabel 3.6 Antwoord frequenties (percentages) veerkracht per item van de EmpRes

Item	Negatief n (%)	Neutraal n (%)	Positief n (%)
Ik werk effectief samen met anderen om met onverwachte uitdagingen op mijn werk om te gaan ($N=403$)	30 (7,4%)	60 (14,9%)	313 (77,7%)
Ik slaag erin om voor langere periodes met een hoge werkdruk om te gaan ($N=394$)	35 (8,9%)	67 (17,0%)	292 (74,1%)
Ik los een crisis op het werk competent op ($N=394$)	28 (7,1%)	64 (16,2%)	302 (76,7%)
Ik leer van de fouten op het werk en verbeter de manier waarop ik mijn werk doe ($N=413$)	24 (5,8%)	56 (13,6%)	333 (80,6%)
Ik evalueer mijn prestaties en verbeter continu mijn manier van werken ($N=415$)	36 (8,7%)	77 (18,6%)	302 (72,8%)
Ik reageer effectief op feedback die ik op het werk krijg, zelfs op kritiek ($N=413$)	30 (7,3%)	68 (16,5%)	315 (76,3%)

Ik zoek naar ondersteuning bij mijn werk indien ik specifieke hulp of hulpmiddelen nodig heb (N=397)	60 (15,1%)	65 (16,4%)	272 (68,5%)
Ik benader een manager/supervisor/leidinggevende wanneer ik hun ondersteuning nodig heb (N=409)	71 (17,4%)	70 (17,1%)	268 (65,5%)
Ik gebruik verandering op het werk als mogelijkheid om te groeien (N=398)	57 (14,3%)	65 (16,3%)	276 (69,3%)

Tot slot zijn de correlaties tussen de EmpRes en de verschillende COMPaZ 2.0 dimensies berekend. Hierbij is een laag positief verband gevonden tussen de EmpRes en alle tien de COMPaZ 2.0 dimensies ($p < 0.05$). Medewerkers die hoger scoren op de EmpRes scoren ook hoger op de dimensies van de COMPaZ 2.0.

4 Discussie en conclusie

4.1 Antwoorden op de onderzoeksvragen

4.1.1 Patiëntveiligheidscultuurdimensies

Onderzoeksvraag 1: “Hoe scoren Nederlandse klinieken gemiddeld op de tien veiligheidscultuurdimensies en verschilt dit gemiddelde voor medewerkers die al dan niet patiëntcontact hebben?”

De tien patiëntveiligheidscultuurdimensies hebben allen een gemiddelde score tussen de drie en de vijf op een 5-punts Likertschaal. ‘Teamwork binnen de kliniek’ werd gemiddeld als beste beoordeeld, gevolgd door ‘Feedback en leren van fouten’, ‘Open communicatie’ en ‘Goede wisseling van diensten’. In het midden bevinden zich ‘Verwachtingen en acties van leidinggevenden’, ‘Steun vanuit het management’, ‘Vastleggen patiëntveiligheid incidenten’ en ‘Niet straffende reactie op fouten’. ‘Leren van de organisatie’ en ‘Adequate personele bezetting’ werden gemiddeld het minst goed beoordeeld. Op de twee laatstgenoemde dimensies valt dan ook nog de meeste winst te behalen voor het verbeteren van de patiëntveiligheidscultuur.

Op alle dimensies zijn significante verschillen gevonden tussen het al dan niet hebben van patiëntcontact. De groep die geen patiëntcontact heeft is op alle dimensies significant positiever dan de groep die wel patiëntcontact heeft. Echter, de verschillen tussen beide groepen zijn minimaal.

4.1.2 Waardering patiëntveiligheid en gemeld aantal incidenten

Onderzoeksvraag 2: “Hoe waarden medewerkers van Nederlandse klinieken de patiëntveiligheid binnen de kliniek en hoeveel incidenten worden er gemiddeld gemeld? Verschillen deze gemiddelden voor het al dan niet hebben van patiëntcontact?”

De patiëntveiligheid werd gemiddeld gewaardeerd met een 3,86 uit 5. Op de vraag hoe zij de patiëntveiligheid waarden in hun eigen kliniek antwoordde gemiddeld 75,3% van de respondenten met ‘Zeer goed’ of ‘Uitstekend’ en niemand ‘Slecht’. Er zijn verschillen gevonden tussen het al dan niet hebben van patiëntcontact op de waardering van de patiëntveiligheid. De groep die patiëntcontact heeft beoordeelde de patiëntveiligheid met name minder vaak met ‘Uitstekend’ en vaker ‘Acceptabel’ dan de groep die geen patiëntcontact heeft.

In de laatste 12 maanden voorafgaand aan het onderzoek gaf ruim 70% van de respondenten aan dat zij tussen de nul en twee meldingen hadden gedaan. Wat betreft de wel of geen patiëntcontact groepen zijn er verschillen gevonden op het aantal gemelde incidenten. De groep zonder direct patiëntcontact, deed vaker geen melding en minder vaak één tot twee meldingen dan de groep met direct patiëntcontact. Er is geen duidelijk verschil zichtbaar tussen de groepen bij het invullen van drie of meer meldingsformulieren.

4.1.3 Veiligheidscultuurfase

Onderzoeksvraag 3: “In welke veiligheidscultuurfase bevinden Nederlandse klinieken zich gemiddeld in 2021?”

Uit het huidige rapport volgt dat de patiëntveiligheidscultuur in de deelnemende klinieken in 2021 zich gemiddeld net in de proactieve cultuurfase bevindt. De groep die zonder patiëntcontact scoort gemiddeld significant hoger dan de groep die wel patiëntcontact heeft, maar beide bevinden zich in de proactieve cultuurfase. Een proactieve cultuur wordt gekenmerkt door een hoge prioriteit voor patiëntveiligheid met continue investeringen in het vergroten van de patiëntveiligheid door het implementeren en evalueren van interventies gericht op het verbeteren van de patiëntveiligheid. Echter, deze meting heeft plaatsgevonden in een zeer selecte groep klinieken, slechts 18 van de 90 uitgenodigde klinieken hebben deelgenomen. Daarnaast heeft de meting plaatsgevonden tijdens de COVID-19 pandemie. Dit zijn belangrijke aspecten om in ogenschouw te nemen bij de interpretatie van de resultaten.

4.1.4 Veerkracht

Onderzoeksvraag 4: “Hoe ervaren medewerkers van Nederlandse klinieken de eigen veerkracht?”

Medewerkers in de klinieken gaven gemiddeld aan dat zij vaak veerkrachtig omgaan met crisissituaties of werkdruk en zich goed aan kunnen passen aan de situatie. De groep die geen patiëntcontact heeft scoort gemiddeld significant hoger dan de groep die wel patiëntcontact heeft.

4.2 Sterke punten en beperkingen van dit onderzoek

Dit onderzoek geeft een beeld over de patiëntveiligheidscultuur binnen Nederlandse klinieken. Door een combinatie van de COMPaZ 2.0 en de EmpRes uit te zetten kon hierdoor zowel op organisatieniveau als op medewerker niveau een beeld geschetst worden over de heersende patiëntveiligheidscultuur. Door beide factoren mee te nemen, creëert dit een breder beeld van de huidige ervaren patiëntveiligheidscultuur binnen Nederlandse klinieken. De gekozen vragenlijsten worden veel gebruikt en zijn gevalideerd in zowel binnen- als buitenland (Lee et al., 2019). Desalniettemin is het wenselijk om in vervolgonderzoek ook gebruik te maken van aanvullende objectieve meetmethodes, zoals observaties van cultuuraspecten en het nagaan van het werkelijke aantal incidentmeldingen. Daarnaast werd in dit onderzoek de EmpRes vragenlijst alleen afgenomen op medewerker (individueel) niveau. Een mogelijkheid hierbij is dat individuen misschien geneigd zullen zijn om sociaal wenselijke antwoorden te geven op vragen zoals “Ik los een crisis op het werk competent op”, bijvoorbeeld wanneer medewerkers hun eigen veerkracht hoger inschatten dan die van hun collega's. Wanneer er ook gebruik gemaakt zou worden van de EmpRes vragenlijst op teamniveau zou dit een andere invalshoek kunnen opleveren.

Van de 90 uitgenodigde klinieken deden uiteindelijk slechts 18 klinieken mee aan dit onderzoek. De meest voorkomende reden waarom klinieken niet wilden deelnemen aan het onderzoek was tijdsgebrek door COVID-19. Hierdoor kan responsbias zijn ontstaan doordat de mogelijkheid bestaat dat klinieken die al (veel) bezig zijn met patiëntveiligheid eerder geneigd waren om deel te nemen aan deze cultuurmeting. Deelname aan dit onderzoek was op vrijwillige basis en deelnemers bedienden een mix van specialismen, dit bemoeilijkt een accurate toets voor representativiteit van de deelnemers ten opzichte van alle uitgenodigde klinieken. Bij de deelnemende klinieken zijn er in totaal 1163 vragenlijsten uitgezet waarvan er 416 (35,8%) geheel zijn ingevuld. Het aantal respondenten varieerde sterk per kliniek, 5 tot 50 respondenten per kliniek.

Opvallend in dit onderzoek is dat er zowel bij de patiëntveiligheidscultuurdimensies, als de twee uitkomstvariabelen en de veerkrachtmeting significante verschillen zijn gevonden tussen

medewerkers met en zonder patiëntcontact. Hierbij dient men in ogenschouw te nemen dat de absolute verschillen minimaal waren als men kijkt naar de gemiddelden. Een andere kanttekening hierbij is dat de groep zonder patiëntcontact kleiner is dan de groep met patiëntcontact. Echter, dit verschil is wel in overeenstemming met de bevindingen van Schlinkert et al. (2021) die hetzelfde onderzoek hebben uitgevoerd binnen Nederlandse ziekenhuizen. Een verklaring zou kunnen zijn dat zorgverleners met patiëntcontact eerder van patiënten zullen vernemen of er sprake is van ongenoegen/klachten (Schlinkert et al., 2021). Daarnaast zullen zij op de werkvloer mogelijk zaken zoals bijvoorbeeld teamwork, personele bezetting, wisseling van de diensten en reacties op fouten anders ervaren. Bovendien kwam naar voren dat van de medewerkers die geen patiëntcontact hebben, bijna 60% een managementfunctie bekleedde. Het management is verantwoordelijk voor de patiëntveiligheidscultuur en beoordeelt op deze manier ook het eigen functioneren. Uit de veerkrachtmeting kwam naar voren dat de items 'ik zoek naar ondersteuning bij mijn werk indien ik specifieke hulp of hulpmiddelen nodig heb' en 'ik benader een manager/supervisor/leidinggevende wanneer ik ondersteuning nodig heb' het minst positief werden beoordeeld. Mogelijk is het management hierdoor niet geheel op de hoogte van wat zich afspeelt op de werkvloer. Het zou dan ook kunnen dat medewerkers die patiëntcontact hebben de patiëntveiligheid en de daarbij behorende patiëntveiligheidscultuur het beste kunnen inschatten. In vervolgonderzoek zou meer aandacht besteed moeten worden om het verschil in perceptie van patiëntveiligheid tussen beide groepen beter in kaart te brengen en inzicht te krijgen in de praktische implicaties voor het werkveld.

Een verdere beperking van dit onderzoek is dat respondenten bij zowel de COMPaZ 2.0 dimensies als de veerkrachtmeting de optie 'niet van toepassing/weet ik niet' konden kiezen. Deze optie werd bij de ene vraag vaker gekozen dan bij de andere vraag. Indien een respondent deze optie had gekozen, werd het antwoord gecodeerd als missing en werden de antwoorden van deze respondenten niet meegenomen voor de desbetreffende analyses. Hierdoor konden de antwoorden van 211 medewerkers van de 416 medewerkers niet worden meegenomen met de eindanalyse van de cultuurladder. Bij de eindanalyse van de EmpRes konden 72 medewerkers niet worden meegenomen. Een voordeel hiervan is dat op itemniveau/dimensie niveau hierdoor het beste beeld wordt geschetst, aangezien de antwoorden van medewerkers die zelf vinden niet over de juiste kennis te beschikken om deze vraag te beantwoorden, niet worden meegenomen. Een nadeel is echter, door deze optie aan te bieden, op een hoger niveau veel respondenten niet worden meegenomen in de data-analyse.

Indien er door een kliniek een respons van 75% of hoger was gehaald en meer dan 15 medewerkers de vragenlijst geheel hadden ingevuld, ontving de kliniek een persoonlijke terugrapportage. Door een vergelijking met het huidige rapport te maken, kunnen deze klinieken op bepaalde vlakken een inschatting maken hoe zij ten opzichte van andere Nederlandse klinieken scoren. Dit is voor deelnemende klinieken een sterk punt van dit onderzoek en mogelijk een reden om bij een volgende meting (weer) te willen deelnemen.

4.3 Conclusie en aanbevelingen

Dit rapport geeft voor de eerste keer inzicht in de huidige patiëntveiligheidscultuur binnen Nederlandse klinieken. Het is het beginpunt waarop vervolgmonitoring van patiëntveiligheidscultuur in Nederlandse klinieken kan voortbouwen. Een vervolgmeting zou moeten uitwijzen of deze meting de veiligheidscultuur van klinieken op landelijk niveau representeert, of dat aan deze meting enkel de voorlopers hebben deelgenomen. Daarnaast is naar voren gekomen dat het al dan niet hebben van

patiëntcontact op hoe positief medewerkers denken over de patiëntveiligheidscultuur binnen de kliniek. Het rapport laat zien dat in 2021 de klinieken zich gemiddeld net binnen de proactieve cultuurfase bevinden. Zij scoren zichzelf daarmee hiermee net hoger dan de ziekenhuizen die zich anno 2020 nog in de bureaucratische cultuurfase bevinden (Schlinkert et al., 2021). Uit dit rapport blijkt dat binnen klinieken 'Teamwork binnen de kliniek' als dimensie van de COMPaZ 2.0 het beste werd beoordeeld. Aangezien klinieken kleinschaliger zijn dan ziekenhuizen zou deze dimensie mogelijk het beste vergeleken kunnen worden met de dimensie 'Teamwork binnen de afdeling' van de ziekenhuizen. Binnen ziekenhuizen werd deze dimensie van de COMPaZ ook als beste beoordeeld. De dimensie 'Samenwerking tussen afdelingen' is niet uitgevraagd in de klinieken, omdat dit veelal niet van toepassing is, in tegenstelling tot de ziekenhuizen. De resultaten laten zien dat – net als in de ziekenhuizen – voor klinieken de dimensie 'Adequate personele bezetting' als kans voor verbetering gezien kan worden. Daarnaast zijn de steekproeven door de COVID-19 pandemie van beide onderzoeken niet geheel representatief bevonden. De veerkracht van medewerkers is bovengemiddeld goed, waarbij zij gemiddeld aangaven dat zij regelmatig tot vaak veerkrachtig omgaan met crisissituaties of werkdruk door zich flexibel aan te passen aan de situatie. Dit is in overeenstemming met de bevindingen van de cultuurmeting binnen ziekenhuizen (Schlinkert et al., 2021). Zowel bij de patiëntveiligheidscultuurdimensies, als de twee uitkomstvariabelen, als de veerkrachtmeting zijn significante verschillen gevonden tussen medewerkers die met of zonder direct patiëntcontact. De groep die geen patiëntcontact heeft, bestond voor vrijwel 60% uit medewerkers die een managementfunctie vervullen. Aangezien uit de veerkrachtmeting is gebleken dat medewerkers niet altijd steun vanuit het management vragen, is het mogelijk dat het management niet altijd geheel op de hoogte is van wat er op de werkvloer afspeelt. Het is dan ook mogelijk dat medewerkers met direct patiëntcontact de patiëntveiligheid en de daarbij behorende patiëntveiligheidscultuur het beste kunnen inschatten. Om de relatie tussen veiligheidscultuur en veerkracht te verduidelijken zijn correlaties berekend tussen de COMPaZ 2.0 dimensies en de EmpRes. Hieruit volgde dat medewerkers die veerkrachtiger zijn de veiligheidscultuur positiever beoordelen. Voor verdere ontwikkeling van de patiëntveiligheidscultuur kan het best gefocust worden op adequate personele bezetting en leren van de organisatie door middel van reflectie op de praktijk. Dit zijn de veiligheidscultuurdimensies die in deze meting het laagste werden beoordeeld. Het is daarom wenselijk om een tweede meting uit te voeren, om de patiëntveiligheidscultuur verder te monitoren. Voor een betere representativiteit van het klinieklandschap in Nederland is de deelname van meer klinieken hierbij van belang.

Op basis van de resultaten zijn één aanbeveling voor de praktijk en drie aanbevelingen voor vervolgonderzoek geformuleerd.

Aanbeveling 1 - Praktijk: Verbeterstrategieën

Om de patiëntveiligheidscultuur in klinieken te verbeteren worden in Tabel 4.1 een aantal mogelijkheden en suggesties weergegeven, gebaseerd op de literatuur (Morello et al., 2013; Schlinkert et al., 2021) en beschikbaarheid in Nederland. Daarnaast is op de website van het VMS Veiligheidsprogramma meer informatie te vinden om aan de gang te gaan met het verbeteren van de patiëntveiligheidscultuur (www.vmszorg.nl). Volgens het huidige rapport zou er met name gefocust kunnen worden op verbeterstrategieën die van toepassing zijn op dimensie 2 'Adequate personele bezetting' en dimensie 3 'Leren van de organisatie'. Onder Tabel 4.1 volgt een korte omschrijving van verbeterstrategieën die op deze dimensies van toepassing zijn.

Tabel 4.1 Verbeterstrategieën voor dimensies van de COMPaZ 2.0

Verbeterstrategie	1. Teamwork binnen kliniek	2. Adequate personele bezetting	3. Leren van de organisatie	4. Niet-straffende reactie op fouten	5. Verwachtingen en acties van leidinggeevenden	6. Feedback en leren van fouten	7. Open communicatie	8. Vastleggen patiëntveiligheidsincidenten	9. Steun vanuit het management	10. Goede wisseling van diensten
<i>Organisatieniveau</i>										
Veiligheidsrondes				X	X		X		X	
Creëer een leercultuur			X						X	
Spiegelgesprekken met patiënten						X				
Veiligheidstheater	X			X		X	X			X
<i>Afdelingsniveau</i>										
IZEP: bespreek patiëntveiligheidscultuur	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Multidisciplinaire teamtraining	X		X			X	X		X	X
Kwaliteitscommissie	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reguliere kwaliteit en veiligheid bijeenkomsten	X		X				X			
Waarden en normen spel	X					X	X		X	
<i>Individueel niveau</i>										
SBAR-methode	X							X		X
Niet-technische vaardigheden training	X					X	X	X		X

Om een verandering in de patiëntveiligheidscultuur binnen een kliniek tot stand te brengen, is het van groot belang dat het management van een kliniek patiëntveiligheidscultuur stimuleert, medewerkers ondersteunt en zelf het juiste voorbeeld toont. Ook medewerkers kunnen samen met

elkaar werken aan het verbeteren van de patiëntveiligheidscultuur. De volgende suggesties kunnen helpen om de patiëntveiligheidscultuur te verbeteren (op basis van dimensie 2 & 3):

- Creëer een leercultuur waarin verdere ontwikkeling van de individuele medewerker gestimuleerd wordt.
- Instrument voor Zelfevaluatie Patiëntveiligheidscultuur (IZEP): Laat uw medewerkers gesprekken met elkaar aangaan over (het verbeteren van de) patiëntveiligheidscultuur.
- Multidisciplinaire teamtraining, zoals de Team Resource Management Training. Tijdens deze training gaat het om het leren samenwerken in een multidisciplinair team. Er ligt een focus op communicatie, besluitvorming en leidinggeven.
- Kwaliteitscommissie: Een kwaliteitscommissie, waarin diverse lagen van een kliniek zijn vertegenwoordigd, kan verbeterpunten binnen diverse afdelingen van de kliniek in kaart brengen. Door deze samen te bespreken, acties op te stellen en deze acties te monitoren wordt er zowel draagvlak binnen de gehele kliniek gecreëerd als structureel aandacht besteed aan het verbeteren van de patiëntveiligheidscultuur.
- Het organiseren van reguliere kwaliteit besprekingen: Hierbij ook ruimte laten voor dagelijkse handelingen en het bespreken van 'near misses' (zaken die net goed zijn gegaan).

Indien klinieken een terugrapportage hebben ontvangen, kunnen zij specifiek inzien op welke dimensies zij zelf het laagste scoren en de verbeterstrategieën van die dimensies opzoeken in Tabel 4.1. Het meedoen aan deze studie met genoeg respondenten is voor de vergelijking met andere klinieken in Nederland (vergelijk tussen tussenrapportage en eindrapport) en inzicht in de laagst scorende dimensies waardevol voor deelnemende klinieken.

Aanbeveling 2 – Vervolgonderzoek: Representativiteit studiepoulatie en verschillen tussen wel/geen patiëntcontact

In de vervolgmeting moet meer aandacht besteed worden aan de representativiteit van de studiepoulatie om betere uitspraken te kunnen doen over de stand van zaken van de patiëntveiligheidscultuur in klinieken op landelijk niveau. Daarnaast is het interessant om nader te onderzoeken waardoor verschillen in perceptie van patiëntveiligheidscultuur tussen medewerkers met en zonder patiëntcontact. Dit kan mogelijk door middel van meer kwalitatieve analyses waarbij er gevraagd kan worden aan medewerkers waardoor zij denken dat bepaalde zaken omtrent patiëntveiligheid wel of niet goed geregeld zijn binnen de kliniek.

Aanbeveling 3 – Vervolgonderzoek: Safety II benadering in patiëntveiligheidscultuur

Aansluitend op aanbeveling 2, zou patiëntveiligheid in een breder perspectief onderzocht moeten worden waarbij in aanvulling op de COMPaZ gebruik gemaakt wordt van Safety II methodes. Hierbij wordt meer gebruik gemaakt van praktijksituaties om te leren van de praktijk. Op deze manier zullen verbeter suggesties beter aansluiting vinden bij de praktijk en behoeftes van zorgmedewerkers.

Aanbeveling 4 – Vervolgonderzoek: EmpRes teamniveau

Onderzoek of er een verschil is tussen het rapporteren van veerkracht op individu niveau en teamniveau binnen Nederlandse klinieken. En indien dit zo is, waardoor dit komt en op welk niveau het beste veerkracht gemeten zou kunnen worden.

Literatuur

- Bisbey, T. M., Kilcullen, M. P., Thomas, E. J., Ottosen, M. J., Tsao, K., & Salas, E. (2019). Safety Culture: An Integration of Existing Models and a Framework for Understanding Its Development. *Human Factors: The Journal of the Human Factors and Ergonomics Society*, 63(1), 88-110.
<https://doi.org/10.1177/0018720819868878>
- Bruijne, M.C. de, Zegers, M., Hoonhout, L.H.F., Wagner, C. Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen: dossieronderzoek van ziekenhuisopnames in 2004. Amsterdam/Utrecht: Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek, NIVEL, 2007.
- Caniëls, M.C.J. and Baaten, S.M.J. (2019). How a learning-oriented organizational climate is linked to different proactive behaviors: the role of employee resilience. *Social Indicators Research*, Vol. 143 No. 2, pp. 561-577.
- Dijk, L.M. van, Eikenhorst, L. van, Meulman, M., Wagner, C. Monitor Patiëntveiligheid 2019-2022. Medicatieverificatie bij ontslag: een vergelijking tussen het beoogde zorgproces op basis van Nederlandse richtlijnen. Utrecht: Nivel, 2021.
- DuBrin, A. J. (Ed.). (2013). *Handbook of research on crisis leadership in organizations*. Edward Elgar Publishing.
- Hellings J, Schrooten W, Vandeput H, Indenkleeff S, Postelmans T. Veiligheidscultuur in het ziekenhuis. *Acta Hospitalia*, 2005; 3: p.21-33.
- Hodliffe, M.C. (2014) The development and validation of the employee resilience scale (EmpRes): The conceptualization of a new model. *Resilient Organizations Research Programme: Christchurch, New Zealand. Hospital Survey on Patient Safety Culture*. Content last reviewed November 2021. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD.
<https://www.ahrq.gov/sops/surveys/hospital/index.html>
- Kuntz, J.C., Malinen, S. and Näswall, K. (2017), Employee resilience: directions for resilience development, *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, Vol. 69 No. 3, pp. 223-242.
- Lee SE, Scott LD, Dahinten VS, Vincent C, Lopez KD, Park CG. (2019). Safety culture, patient safety, and quality of care outcomes: A literature review. *Western journal of nursing research*, 41(2):279-304.
- Meulman, M., Merten, H., Wagner, C. Het screenen van kwetsbare ouderen: onderzoek vanuit een Safety-I en Safety-II perspectief: evaluatie van het VMS thema Kwetsbare ouderen. Utrecht: Nivel, 2021.
- Morello RT, Lowthian JA, Barker AL, McGinnes R, Dunt D, Brand C. (2013) Strategies for improving Patient safety culture in hospitals: a systematic review. *BMJ Qual Saf* 2013 Jan;22(1):11-8.
- Näswall, K., Kuntz, J., Hodliffe M. & Malinen S. (2013), *Employee Resilience Scale (EmpRes): Technical Report*.
- Näswall, K., Kuntz, J., Hodliffe M. & Malinen S. (2015), *Employee Resilience Scale (EmpRes) Measurement Properties, Resilient Organ.*, no. August, pp. 1-4.

- Näswall, K., Malinen, S., Kuntz, J., & Hodliffe, M. (2019). Employee resilience: development and validation of a measure. *Journal of Managerial Psychology*, 34(5), 353-367.
- Noord, I. van, Zwijnenberg, N., Wagner, C. Patiëntveiligheidscultuur in Nederlandse Ziekenhuizen: een stap in de goede richting? Utrecht/Amsterdam: NIVEL, EMGO+ Instituut, 2013.
- Parker D, Hudson DW. Understanding your culture. Shell International Exploration and Production; 2001. Report No.: EP 2001-5124.
- Schlinkert, C., Jelsma, J., & Wagner, C. Patiëntveiligheidscultuur in Nederlandse Ziekenhuizen: Van openheid naar reflectie en veerkracht. Utrecht, Nivel, 2021. ISBN EAN978-94-6122-687-7
- Schoten, S. van, Eikenhorst, L. van, Schouten, B., Baartmans, M., Bruijne, M. de, Jong, L. de, Waals, M., Asscheman, H., Wagner, C. Monitor Zorggerelateerde Schade 2019: dossieronderzoek bij overleden patiënten in Nederlandse ziekenhuizen. Utrecht: Nivel, 2022.
- Smits M, Christiaans-Dingelhoff I, Wagner C, Van der Wal G, Groenewegen P. (2007) De validiteit van COMPaz: een vergelijking tussen een Nederlandse en Amerikaanse vragenlijst naar patiëntveiligheidscultuur in ziekenhuizen. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen; 2:10514.
- Smits M, Wagner C, Spreeuwenberg P, Van der Wal G, Groenewegen PP. (2009). Measuring patient safety culture: an assessment of the clustering of responses at unit level and hospital level. *Qual Saf Health Care*;18:292-6.
- Sorra JS, Dyer N. (2010). Multilevel psychometric properties of the AHRQ hospital survey on patient safety culture. *BMC Health Serv Res* 2010;10:199.
- Sorra JS, Nieva VF. (2004). Hospital Survey on Patient Safety Culture. Rockville, MD.: Agency for Healthcare Research on Quality; 2004. <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/planningtool.html>
- Sorra J, Yount N, Famolaro T, et al. AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture Version 2.0: User's Guide. (Prepared by Westat, under Contract No. HHSP233201500026I/ HHSP23337004T). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; September 2019. AHRQ Publication No. 19-0076. <https://www.ahrq.gov/sops/surveys/hospital/index.html>.
- Stralen, S. van, Schutijser, B., Vonk, A., Eikenhorst, L. van, Wagner, C. Tweede controle bij het klaarmaken en toedienen van high-risk medicatie: nieuwe benadering vanuit een Safety-I en Safety-II perspectief. Derde evaluatie van het VMS thema. Utrecht: Nivel, 2021.
- Struben, V., & Wagner, C. (2006). *Ontwikkeling van een Instrument voor Zelf Evaluatie van de Patiëntveiligheidscultuur (IZEP)*. Nivel.
- Wagner, C., Smits, M., Sorra, J., & Huang, C. C. (2013). Assessing patient safety culture in hospitals across countries. *International Journal for Quality in Health Care*, 25(3), 213-221.
- Wagner, C., van der Wal, G. (2005). Begrippenkader patiëntveiligheid: incidenten, complicaties en adverse events. *Medisch contact*, 60(74): 1888-1891.

Westrum R. (1993). Cultures with requisite imagination. In: Wise JA, Hopkin VD, Stager P, editors. Verification and validation of complex systems; human factor issues. New York: Springer-Verlag; p. 401-16.

Youssef CM. (2004). Resiliency development of organizations, leaders and employees: Multi-level theory building and individual-level, path-analytical empirical testing (Doctoral dissertation, The University of Nebraska-Lincoln).

Bijlage A Vragenlijst (COMPaZ/EmpRes)

COMPaZ 2.0 ZBC's – meting 2021

INLEIDING

In deze vragenlijst wordt uw mening gevraagd over onderwerpen op het gebied van patiëntveiligheid, vergissingen in de zorgverlening, het melden van incidenten in uw kliniek en de omgang met veranderende situaties. Het invullen zal circa 10 tot 15 minuten in beslag nemen. Bij het invullen van deze vragenlijst, dient u "uw kliniek" te interpreteren als het werkgebied, de afdeling of de werkeenheid van de kliniek waar u het grootste deel van uw werktijd doorbrengt of het grootste deel van uw klinische werkzaamheden verricht.

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

Hoofdstuk A – Uw kliniek

Antwoorden: 5-punts Likert schaal + n.v.t.

Geef aan in welke mate u het eens of oneens bent met de volgende stellingen over uw kliniek.

Denk aan uw kliniek		Ze er mee oneens	Mee one ens	Geen van beide	Mee eens	Ze er mee eens	Niet van toepas sing
1	Mensen steunen elkaar in deze kliniek.	1	2	3	4	5	9
2	We hebben genoeg medewerkers om de werklust aan te kunnen.	1	2	3	4	5	9
3	De medewerkers in deze kliniek maken langere werktijden dan goed is voor de patiëntenzorg.	1	2	3	4	5	9
4	Wij zijn actief bezig met het verbeteren van patiëntveiligheid.	1	2	3	4	5	9
5	We gebruiken meer uitzend-/invalkrachten dan goed is voor de patiëntenzorg.	1	2	3	4	5	9
6	De medewerkers hebben het gevoel dat hun fouten tegen hen worden gebruikt.	1	2	3	4	5	9
7	Wanneer een incident wordt gemeld, voelt het alsof de aandacht naar de melder gaat en niet naar het probleem.	1	2	3	4	5	9

8	Wanneer er veel werk snel verricht moet worden, werken we als een team samen om het werk af te krijgen.	1	2	3	4	5	9
9	In deze kliniek behandelen mensen elkaar met respect.	1	2	3	4	5	9
10	Wanneer medewerkers fouten maken, richt deze kliniek zich op leren in plaats van het zoeken van een schuldige.	1	2	3	4	5	9
11	We werken in een "crisisituatie": we proberen te veel te snel te doen.	1	2	3	4	5	9
12	Nadat veranderingen zijn aangebracht om de patiëntveiligheid te verbeteren, wordt hun effectiviteit geëvalueerd.	1	2	3	4	5	9
13	In deze kliniek is er een gebrek aan ondersteuning voor medewerkers die betrokken zijn bij fouten op het gebied van patiëntveiligheid.	1	2	3	4	5	9
14	In deze kliniek blijven dezelfde problemen met de patiëntveiligheid optreden.	1	2	3	4	5	9

Hoofdstuk B – Uw leidinggevende of medisch manager

Antwoorden: 5-punts Likert schaal + n.v.t.

Geef aan in welke mate u het eens of oneens bent met de volgende stellingen over uw leidinggevende of medisch manager.

Denk aan uw leidinggevende of medisch manager		Ze er mee oneens	Mee one ns	Geen van beide	Mee eens	Ze er mee eens	Niet van toepas sing
1	Mijn leidinggevende of medisch manager neemt de suggesties van de medewerkers ter verbetering van de patiëntveiligheid serieus.	1	2	3	4	5	9
2	Mijn leidinggevende of medisch manager wil dat we sneller werken in drukke tijden, zelfs als dat betekent dat we ons werk overhaast moeten uitvoeren.	1	2	3	4	5	9
3	Mijn leidinggevende of medisch manager onderneemt actie om problemen met de patiëntveiligheid aan te pakken die onder zijn/haar aandacht wordt gebracht.	1	2	3	4	5	9

Hoofdstuk C – Communicatie

Antwoorden: 5-punts Likert schaal + n.v.t./weet ik niet

Hoe vaak komen de volgende gevallen in uw kliniek voor?

Denk aan uw kliniek		Nooit	Zelden	Soms	Mee stal	Altijd	Niet van toepassing
1	We worden geïnformeerd over vergissingen die in deze kliniek voorkomen.	1	2	3	4	5	9
2	In deze kliniek bespreken we mogelijkheden om te voorkomen dat vergissingen zich herhalen.	1	2	3	4	5	9
3	We krijgen feedback over de veranderingen die ten gevolge van het melden van incidenten zijn ingevoerd.	1	2	3	4	5	9
4	De medewerkers voelen zich vrij om te spreken als zij iets zien dat mogelijk een negatief effect heeft op de patiëntenzorg.	1	2	3	4	5	9
5	De medewerkers voelen zich vrij om beslissingen of acties van personen met meer bevoegdheden ter discussie te stellen.	1	2	3	4	5	9
6	Wanneer de medewerkers in deze kliniek haar bezorgdheid uitspreken over de patiëntveiligheid, staan degenen met meer autoriteit hiervoor open.	1	2	3	4	5	9
7	De medewerkers zijn bang om iets wat niet juist lijkt aan de orde te stellen.	1	2	3	4	5	9

Hoofdstuk D – Vastleggen patiëntveiligheid incidenten

Antwoorden: 5-punts Likert schaal + n.v.t./weet ik niet

Denk aan uw kliniek		Noot	Zelden	Soms	Mee stal	Altijd	Niet van toepassing
1	Als een fout wordt opgemerkt en gecorrigeerd voordat de patiënt is bereikt, hoe vaak wordt dit gemeld?	1	2	3	4	5	9
2	Wanneer een fout de patiënt bereikt en de patiënt schade had kunnen toebrengen, maar dit <u>niet</u> is gebeurd, hoe vaak wordt dit gemeld?	1	2	3	4	5	9

3. Uitgaande van de laatste 12 maanden, hoe vaak heeft u een melding-incidentformulier (bijvoorbeeld een MIP/FONA-formulier) ingevuld en ingediend? Geef één antwoord.

- A. Geen
- B. 1 tot 2
- C. 3 tot 5

- D. 6 tot 10
- E. 11 of meer

Hoofdstuk E – Patiëntveiligheid waardering

1. Geef uw kliniek een algemene waardering voor patiëntveiligheid. Geef één antwoord.

- Slecht (1)
- Matig (2)
- Acceptabel (3)
- Zeer goed (4)
- Uitstekend (5)

Hoofdstuk F – Uw kliniek; management

Antwoorden: 5-punts Likert schaal + n.v.t./weet ik niet

Geef aan in welke mate u het eens of oneens bent met de volgende stellingen over uw kliniek

Denk aan uw kliniek		Ze er mee oneens	Mee onee ns	Geen van beide	Mee eens	Ze er mee eens	Niet van toepas sing
1	Uit de activiteiten die het management van deze kliniek verricht blijkt dat patiëntveiligheid topprioriteit heeft.	1	2	3	4	5	9
2	Het management van deze kliniek zorgt voor de juiste middelen om de patiëntveiligheid te verbeteren.	1	2	3	4	5	9
3	Het management van deze kliniek lijkt alleen geïnteresseerd in patiëntveiligheid als zich een incident met schadelijk gevolg heeft voorgedaan.	1	2	3	4	5	9
4	Bij overdracht van patiënten naar een andere zorgverlener (bijv. huisarts of ziekenhuis) wordt vaak belangrijke informatie weggelaten.	1	2	3	4	5	9
5	Belangrijke informatie over patiëntenzorg gaat vaak verloren tijdens de wisseling van diensten.	1	2	3	4	5	9
6	Tijdens dienstwisselingen van de medewerkers is er genoeg tijd om alle belangrijke patiëntenzorginformatie over te dragen.	1	2	3	4	5	9

Hoofdstuk G – Veerkracht

Antwoorden: 5-punts Likert schaal + n.v.t./weet ik niet

Geef aan in welk mate de volgende stellingen voor u van toepassing zijn.

	(Bijna) Nooit	Soms	Regelm atig	Vaak	(Bijn a) Altijd	Niet van toepas sing

1	Ik werk effectief samen met anderen om met onverwachte uitdagingen op mijn werk om te gaan.	1	2	3	4	5	9
2	Ik slaag erin om voor langere periodes met een hoge werkdruk om te gaan.	1	2	3	4	5	9
3	Ik los een crisis op het werk competent op.	1	2	3	4	5	9
4	Ik leer van de fouten op het werk en verbeter de manier waarop ik mijn werk doe.	1	2	3	4	5	9
5	Ik evalueer mijn prestaties en verbeter continu mijn manier van werken.	1	2	3	4	5	9
6	Ik reageer effectief op feedback die ik op het werk krijg, zelfs op kritiek.	1	2	3	4	5	9
7	Ik zoek naar ondersteuning bij mijn werk indien ik specifieke hulp en hulpmiddelen nodig heb.	1	2	3	4	5	9
8	Ik benader een manager/supervisor/leidinggevende wanneer ik hun ondersteuning nodig heb.	1	2	3	4	5	9
9	Ik gebruik verandering op het werk als mogelijkheid om te groeien.	1	2	3	4	5	9

Hoofdstuk H – Achtergrond informatie

1. Hoe lang werkt u in deze kliniek?

- a. Minder dan 1 jaar
 d. 11 tot 15 jaar
 b. 1 tot 5 jaar
 e. 16 tot 20 jaar
 c. 6 tot 10 jaar
 f. 21 jaar of meer

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

- a. Minder dan 1 jaar
 d. 11 tot 15 jaar
 b. 1 tot 5 jaar
 e. 16 tot 20 jaar
 c. 6 tot 10 jaar
 f. 21 jaar of meer

3. Hoeveel uren per week werkt u doorgaans in deze kliniek?

- a. Minder dan 20 uren per week
 c. 40 tot 59 uren per week
 b. 20 tot 39 uren per week
 d. 60 of meer uren per week

4. Wat is uw functie in deze kliniek? Geef ÈÈN antwoord dat uw functie het beste omschrijft.

- a. Verpleeghulp
 h. Administratief medewerker / Secretaresse
 b. Verpleegkundige in opleiding
 i. Fysiotherapeut / Bezigheidstherapeut / Logopedist
 c. Gediplomeerd verpleegkundige
 j. Medisch analist / laborant
 d. Physician Assistant / Nurse Practitioner
 k. Radiotherapeutisch laborant
 e. Basisarts / Arts in opleiding tot specialist
 l. Medewerker functieafdeling
 (bijv. hartfunctie, longfunctie, EEG)
 f. Medisch specialist
 m. Management
 g. Apotheker

5. Uitgaande van uw functie in deze kliniek, heeft u doorgaans directe interactie of contact met patiënten?
- a. JA, doorgaans heb ik WEL directe interactie of contact met patiënten.
 - b. NEE, doorgaans heb ik GEEN directe interactie of contact met patiënten.

HOOFDSTUK I: Uw opmerkingen

Welke activiteiten dragen in het bijzonder positief bij aan de patiëntveiligheid in uw kliniek?

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