



## **Zicht op cliëntveiligheid**

**Het meten van veiligheidscultuur in een GGZ instelling**

Janneke Schilp  
Daan Botje  
Maaïke Langelaan  
Cordula Wagner

<http://www.nivel.nl>

[nivel@nivel.nl](mailto:nivel@nivel.nl)

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2015 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

# Inhoud

<b>Samenvatting</b>	<b>4</b>
<b>Achtergrond</b>	<b>5</b>
<b>Meten van cliëntveiligheidscultuur in een GGZ instelling</b>	<b>8</b>
Inhoud van de COMPaZ vragenlijst	8
Bepalen positie op cultuurladder	9
<b>Bevindingen op cliëntveiligheidscultuur in de GGZ instelling</b>	<b>10</b>
Waardering cliëntveiligheid	10
Sterke punten en verbeterpunten	11
Dimensies van cliëntveiligheidscultuur	12
Positie op cultuurladder	13
<b>Vergelijking met veiligheidscultuur in ziekenhuizen</b>	<b>14</b>
Verbeterpunten voor cliëntveiligheidscultuur	14
Beperkingen van het onderzoek	15
<b>Conclusie</b>	<b>16</b>
<b>Literatuur</b>	<b>17</b>

## Samenvatting

De cliëntveiligheidscultuur in de zorg kan worden gemeten met de vragenlijst ‘Cultuur Onderzoek onder Medewerkers over de Patiëntveiligheid in Ziekenhuizen’ (COMPaZ). Dit meetinstrument wordt in de ziekenhuissector steeds vaker toegepast, maar in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) sector is het gebruik ervan nog niet eerder onderzocht. Dit artikel beschrijft de eerste resultaten van een meting van cliëntveiligheidscultuur onder 895 medewerkers van een grote GGZ instelling. Een sterk punt van deze instelling bleek de ‘Samenwerking *binnen* de afdeling’. Verbeterpunten richtten zich onder meer op de ‘Samenwerking *tussen* afdelingen’ en ‘Steun vanuit het management’. De resultaten zijn vergelijkbaar met resultaten in ziekenhuizen.

## Achtergrond

Cliëntveiligheidscultuur is een belangrijk thema als het gaat om kwaliteit van de gezondheidszorg.[1] Cliëntveiligheidscultuur bestaat uit gedeelde normen, waarden, opvattingen en omgangsvormen ten aanzien van cliëntveiligheid in alle lagen van een organisatie. Het verwijst naar de mate waarin personen en groepen zich persoonlijk verantwoordelijk voelen voor veiligheid en zodanig handelen dat men onveilige situaties voorkomt, herstelt en communiceert. Hierdoor kan geleerd worden van fouten en het gedrag op zowel individueel als organisatorisch niveau worden aangepast.[2] De gewenste veiligheidscultuur is een open en eerlijke cultuur waarin medewerkers fouten en bijna-fouten die ze hebben gemaakt durven te melden, medewerkers elkaar aanspreken om risico's te vermijden en medewerkers gestimuleerd worden om te melden en te leren van (bijna) fouten.[3]

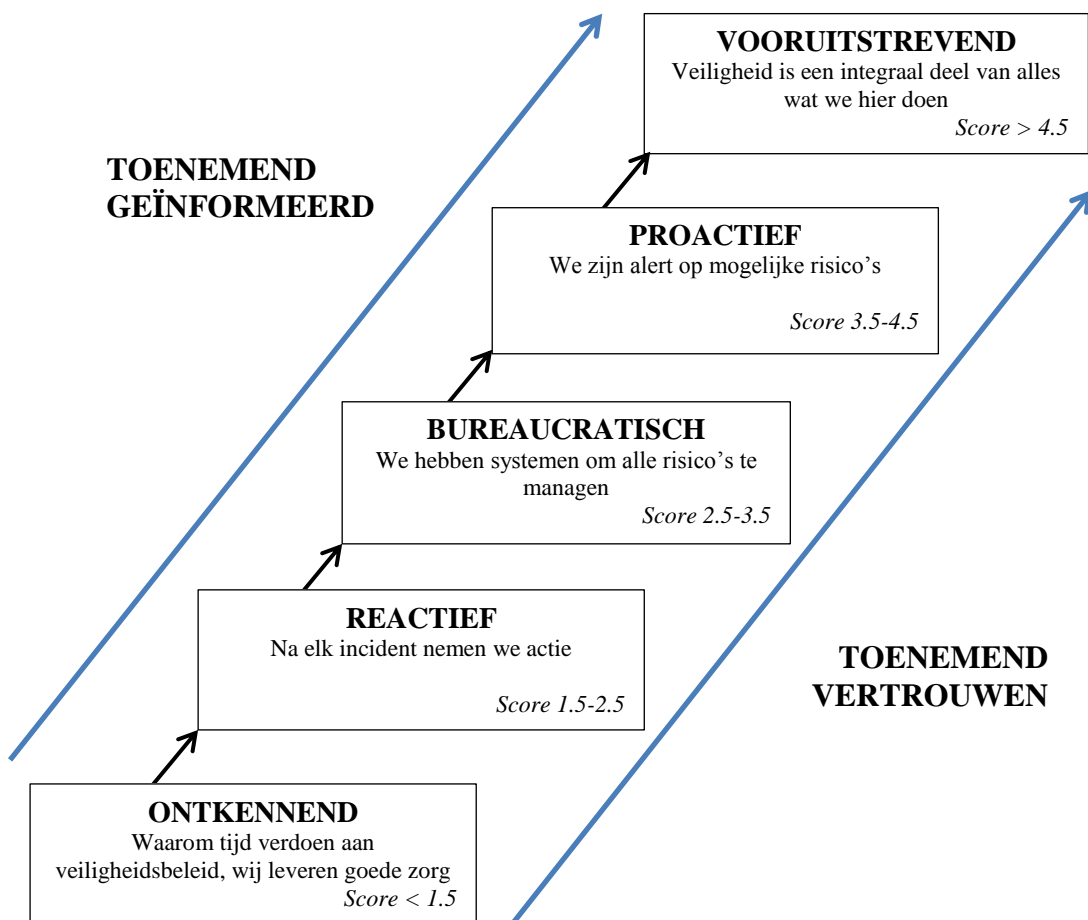
Een veel gebruikt model in de zorgsector om de veiligheidscultuur van een organisatie te typeren is de cultuurladder van Parker en Hudson. Deze cultuurladder bestaat uit vijf fasen en gaat ervan uit dat de veiligheidscultuur in een organisatie een evolutionaire ontwikkeling doormaakt van een ontkennende cultuur tot een vooruitstrevende cultuur (Figuur 1).[4]

In een ontkennende cliëntveiligheidscultuur (fase 1) worden fouten vaak verborgen en weigeren mensen te erkennen dat er problemen zijn. Uiteindelijk denken medewerkers in de vooruitstrevende cliëntveiligheidscultuur (fase 5) mee over hoe veiligheid verbeterd kan worden, waarbij men verantwoordelijkheid neemt voor de bevindingen om vervolgens oplossingen te bedenken en te implementeren.

Een cultuurmeting geeft een beeld van de heersende cliëntveiligheidscultuur en kan inzicht geven in eventuele verbeterpunten en verandermaatregelen om de juiste randvoorwaarden voor cliëntveilige zorg te creëren. Hiervoor kan de COMPaZ (Cultuur Onderzoek onder Medewerkers over de Patiëntveiligheid in Ziekenhuizen) vragenlijst worden gebruikt. De COMPaZ is ontwikkeld voor algemene ziekenhuizen, maar kan zowel binnen een ziekenhuis (bijvoorbeeld een kwaliteitsfunctionaris) als buiten een ziekenhuis (bijvoorbeeld een onderzoeksinstelling) gebruikt worden.[5] In de 'Handreiking veiligheidscultuur', dat binnen het landelijke patiëntveiligheidsprogramma GGZ 'Veilige zorg, ieders zorg' is opgesteld, wordt de toepassing van de COMPaZ in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) beschreven.[3] De COMPaZ meet verschillende dimensies van cliëntveiligheidscultuur. De resultaten geven aanwijzingen op welke

dimensies de cliëntveiligheidscultuur niet optimaal is. De mate waarin een organisatie positief scoort op de dimensies kan gerelateerd worden aan de ontwikkelingsfasen van de cultuurladder. Eerdere onderzoeken naar veiligheidscultuur in ziekenhuizen rapporteerden al resultaten met de COMPaZ.[1,6] In de GGZ zijn, voor zover bekend, nog geen resultaten van een meting van de cliëntveiligheidscultuur met de COMPaZ gepubliceerd. Terwijl het voor deze sector ook interessant is meer zicht te krijgen op cliëntveiligheidscultuur.

**Figuur 1.** Cultuurladder



Het doel van voorliggend onderzoek is inzicht te geven in het meten van cliëntveiligheidscultuur met de COMPaZ in de GGZ. In een GGZ instelling werd onderzocht in welke ontwikkelingsfase van de cultuurladder de instelling zich bevindt en hoe dit zich verhoudt tot resultaten in de ziekenhuissector. Bovendien werd gekeken in hoeverre het oordeel over cliëntveiligheid verschilt tussen medewerkers met cliënten contact en medewerkers zonder direct cliënten contact, door een onderscheid te maken tussen groepen medewerkers met een cliënt gerelateerde functie en medewerkers met een niet-client gerelateerde functie.

## **Meten van cliëntveiligheidscultuur in een GGZ instelling**

Cliëntveiligheidscultuur werd gemeten in een grote GGZ instelling, als onderdeel van een pilot studie die als doel had om zorginstellingen en zorgprofessionals te laten leren van knelpunten in hun zorgprocessen ([www.nivel.nl/SAVE](http://www.nivel.nl/SAVE)). Deze GGZ-instelling richt zich op een breed spectrum aan eerstelijns, tweedelijns en derdelijns psychiatrische zorg die zowel ambulante, klinische als residentieel wordt aangeboden. In de maanden september en oktober 2012 vond er een cultuurmeting plaats om inzicht te krijgen in de cliëntveiligheidscultuur. Hiervoor werd een steekproef van 2400 medewerkers getrokken. Deze medewerkers ontvingen een digitale versie van de COMPaZ vragenlijst.[5]

### **Inhoud van de COMPaZ vragenlijst**

De COMPaZ bestaat uit 40 stellingen waarop respondenten op een 5-punts schaal konden aangeven in hoeverre ze het er mee eens waren. Antwoorden op negatief geformuleerde stellingen werden in de analysefase omgedraaid, zodat elke waarde op de 5-punts schaal hetzelfde betekende (1=zeer mee oneens/nooit tot 5=zeer mee eens/altijd). Voorbeelden zijn “Op deze afdeling bespreken we mogelijkheden om te voorkomen dat vergissingen zich herhalen,” en “Mensen steunen elkaar op deze afdeling.” De antwoorden op de stellingen werden ingedeeld in een positieve respons (antwoord 4 en 5), neutrale respons (antwoord 3) en een negatieve respons (antwoord 1 en 2). Wanneer meer dan 75% van de respondenten een positieve respons heeft op een stelling, dan beschouwen we dat als een sterk punt. Indien minder dan 50% een positieve respons heeft, dan is dat een punt voor verbetering.[7] De 40 stellingen zijn onder te verdelen in 11 dimensies van cliëntveiligheidscultuur, namelijk:

- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| 1. Samenwerking tussen afdelingen    | 8. Verwachtingen en acties van leidinggevenden |
| 2. Teamwork binnen de afdeling       | 9. Steun vanuit het management                 |
| 3. Goede wisseling van diensten      | 10. Adequate personele bezetting               |
| 4. Meldingsfrequentie                | 11. Algemene perceptie van patiëntveiligheid   |
| 5. Niet-straffende reactie op fouten |  |
| 6. Open communicatie                 |  |
| 7. Feedback en leren van fouten      |  |

Voor elke dimensie werd een gemiddelde score berekend over de bijbehorende stellingen. In de berekening werden per dimensie alleen de respondenten meegenomen die alle



bijbehorende stellingen hadden ingevuld.

### **Bepalen positie op cultuurladder**

Er werd gekeken op welke positie op de cultuurladder de GGZ instelling zich bevond. Hiervoor werd op het niveau van de stellingen een cultuurscore gecreëerd op een 4-puntsschaal. Intern onderzoek met een expertpanel heeft uitgewezen dat de scores op de 5-punts schaal van de COMPaZ overeenkomen met de fases op de cultuurladder, waarbij maximaal fase 4 (proactieve cultuur) gehaald kan worden. Daarom werd een score van 5 op een stelling omgezet naar 4. Hierna werd een gemiddelde cultuurscore berekend per dimensie. Het gemiddelde over alle dimensies geeft de plaats op de cultuurladder weer.

## Bevindingen op cliëntveiligheidscultuur in de GGZ instelling

In totaal vulden 895 van de 2400 medewerkers de vragenlijst in. Dit is een respons van 37%. In de analyse werden alleen de gegevens meegenomen van de respondenten die meer dan de helft van de items had ingevuld (n=723). In **tabel 1** is een overzicht te zien van de functies van deze respondenten.

**Tabel 1.** Functies van de respondenten in 2012

<b>Functie</b>	<b>Aantal</b>	<b>%</b>
Cliënt gerelateerde functies		
Behandelaar Ambulant	105	15%
Behandelaar Klinisch	49	7%
Verpleegkundige/verzorgende Ambulant	186	26%
Sociaal agoog Ambulant	22	3%
Sociaal agoog Klinisch	76	11%
Niet-client gerelateerde functies		
Ondersteunend	97	13%
Facilitair	53	7%
Leidinggevende	57	8%
Functie niet ingevuld	78	11%
Totaal	723	100%

### Waardering cliëntveiligheid

Binnen de deelnemende GGZ instelling beoordeelde iets meer dan de helft van de respondenten (52%) de cliëntveiligheid als acceptabel en vond ongeveer een derde (32%) de cliëntveiligheid zeer goed of uitstekend. 16% van de respondenten vond de cliëntveiligheid matig of slecht. Medewerkers met een niet-client gerelateerde functie beoordeelden de cliëntveiligheid significant hoger dan medewerkers met een cliënt gerelateerde functie: respectievelijk 36% en 29% beoordelen de cliëntveiligheid als zeer goed of uitstekend.

## Sterke punten en verbeterpunten

Op basis van de antwoorden op de stellingen kwamen er drie sterke punten (>75% van de respondenten positieve respons) naar voren en 22 verbeterpunten (< 50% positief). In tabel 2 worden de sterke punten en de vijf belangrijkste verbeterpunten weergegeven.

**Tabel 2.** Sterke punten en verbeterpunten afzonderlijke stellingen

Stellingen	Dimensie	Positieve respons
<b>Sterke punten</b>		
1. Mensen steunen elkaar op deze afdeling	Samenwerking <i>binnen afdeling</i>	83%
2. Op deze afdeling behandelen mensen elkaar met respect	Samenwerking <i>binnen afdeling</i>	82%
3. Wanneer er veel werk snel verricht moet worden, werken we als een team samen om het werk af te krijgen	Samenwerking <i>binnen afdeling</i>	76%
<b>Verbeterpunten</b>		
1. Afdelingen stemmen onderling goed af	Samenwerking <i>tussen afdelingen</i>	21%
2. Er vallen geen zaken tussen “wal en schip” als cliënten van de ene naar de andere afdeling worden overgeplaatst	Samenwerking <i>tussen afdelingen</i>	22%
3. Uit de activiteiten die het management verricht blijkt dat cliëntveiligheid topprioriteit heeft	Steun vanuit het management	22%
4. Problemen ontstaan niet vaak bij de uitwisseling van informatie tussen afdelingen	Samenwerking <i>tussen afdelingen</i>	27%
5. Nadat veranderingen zijn aangebracht om de cliëntveiligheid te verbeteren, wordt de effectiviteit geëvalueerd	Feedback en leren van fouten	29%

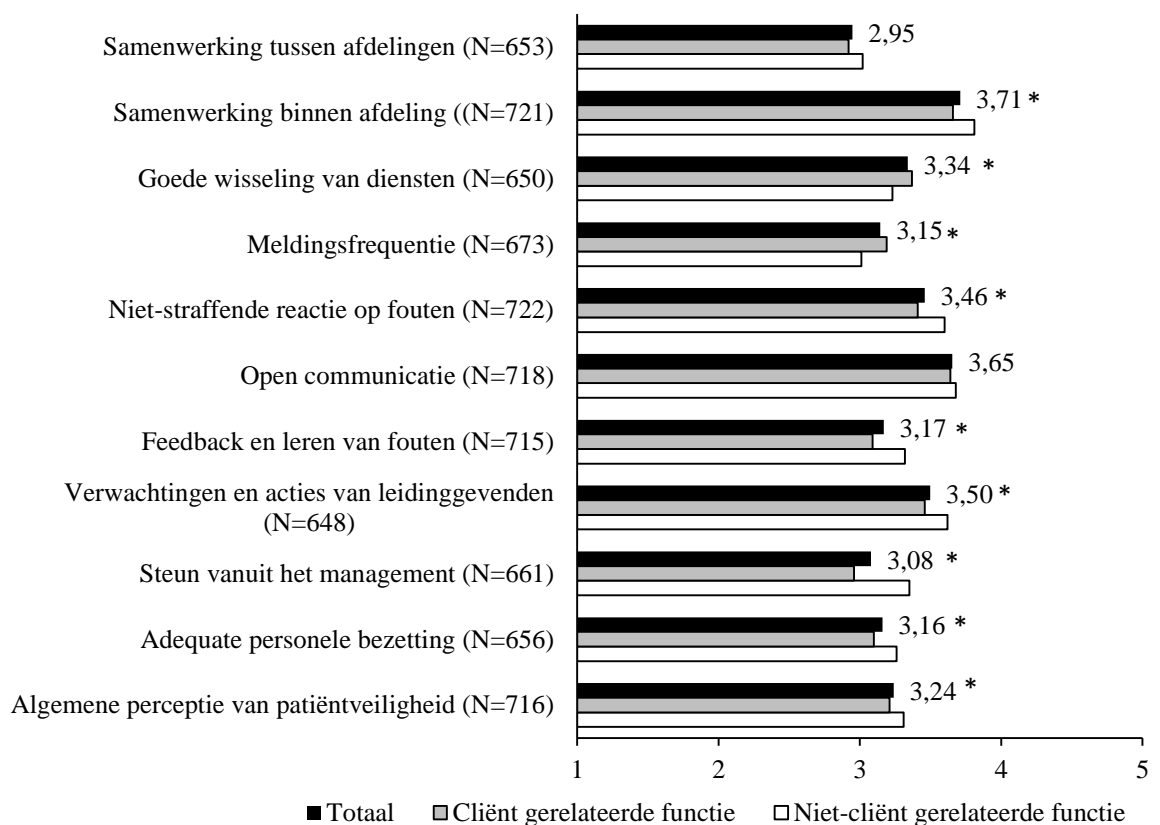
De sterke punten waren dat 1) mensen elkaar steunen op de afdeling, 2) mensen elkaar met respect behandelen op de afdeling en 3) als team werken om het werk af te krijgen. De verbeterpunten lagen in meerdere dimensies. De minst goed beoordeelde stellingen waren: 1) goede afstemming tussen afdelingen onderling (dimensie: samenwerking *tussen*

afdelingen); 2) het niet tussen wal en schip vallen van zaken als cliënten worden overgeplaatst (dimensie: samenwerking *tussen* afdelingen); en 3) het blijken uit activiteiten van het management dat cliëntveiligheid topprioriteit heeft (dimensie: steun vanuit het management).

### Dimensies van cliëntveiligheidscultuur

Figuur 2 laat zien hoe de respondenten gemiddeld per dimensie van cliëntveiligheidscultuur scoorden. De gemiddelde scores van alle dimensies lagen tussen 3 (neutraal/soms) en 4 (mee eens/meestal) punten. Alleen op de dimensie ‘Samenwerking tussen afdelingen’ werd gemiddeld lager dan 3 gescoord (2.95). ‘Samenwerking binnen de afdeling’ werd als beste beoordeeld (gemiddeld 3.72), gevolgd door ‘Open communicatie’ (3.65) en ‘Verwachtingen en acties van leidinggevenden (3.50).

**Figuur 2.** Gemiddelde scores op de 11 dimensies voor cliëntveiligheidscultuur in de deelnemende GGZ instelling en verschillen tussen functiegroepen



\* Statistisch significant verschil (P<0.05) tussen functiegroepen

Medewerkers met een niet-cliënt gerelateerde functie scoorden bij 7 dimensies gemiddeld hoger dan medewerkers met een cliënt gerelateerde functie, voor ‘Open communicatie’ en ‘Samenwerking tussen afdelingen’ scoorden ze gemiddeld gelijk, en voor de 2 dimensies ‘Goede wisseling van diensten’ en ‘Meldingsfrequentie’ scoorden ze lager.

### **Positie op cultuurladder**

De gemiddelde score op de cultuurladder is 3.24 (SD= 0.38), wat aangeeft dat de deelnemende instelling zich in een bureaucratische cultuurfase bevindt. Een bureaucratische cultuurfase kenmerkt zich door de aanwezigheid van veel papieren verslaglegging, veel verzameling van informatie, veel statistieken en het maken van veel protocollen en regels. Uit de analyse blijkt dat zowel medewerkers met een niet-cliënt gerelateerde functie (gemiddelde score 3.29) als medewerkers met een cliënt gerelateerde functie (gemiddelde score 3.21) van de instelling zich in de bureaucratische cultuurfase bevinden.

## Vergelijking met veiligheidscultuur in ziekenhuizen

Uit onderzoek met de COMPaZ in Nederlandse ziekenhuizen komt ‘Samenwerking binnen de afdeling’ ook als sterkste dimensie naar voren (gemiddeld 3.99), gevolgd door ‘Open communicatie’ (gemiddeld 3.82).[1] De score op de dimensie ‘Samenwerking tussen afdelingen’ is in de ziekenhuizen ook gemiddeld het laagst (gemiddeld 3.10), maar nog wel iets hoger dan in de GGZ instelling. De verschillen in de resultaten op de dimensies lijken dus redelijk overeen te komen tussen ziekenhuizen en de GGZ instelling, maar in ziekenhuizen wordt gemiddeld iets hoger gescoord. Overigens werd dezelfde 5-punts schaal toegepast in beide analyses. Ziekenhuizen bevinden zich gemiddeld ook in de bureaucratische fase op de cultuurladder, maar hadden wel een iets hogere gemiddelde score (3.46 in ziekenhuizen versus 3.24 in GGZ instelling). Ook werd de cliëntveiligheid iets beter beoordeeld in ziekenhuizen dan in de GGZ instelling. In ziekenhuizen waardeerde 49% de cliëntveiligheid als zeer goed of uitstekend en 5% als matig of slecht, terwijl deze percentages in de GGZ instelling respectievelijk 32% en 16% waren. Deze bevinding komt overeen met een onderzoek in Australië, waarin de cliëntveiligheidscultuur gemeten werd met de Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) en de resultaten van verschillende gezondheidssectoren met elkaar werden vergeleken.[8] Uit dat onderzoek bleek dat onder andere in de geestelijke gezondheidszorg en psychiatrische ziekenhuizen de slechtste cliëntveiligheidscultuur werd ervaren. Directe vergelijking van dat onderzoek met de resultaten uit de COMPaZ in Nederland is echter lastig, omdat er verschillende meetinstrumenten zijn gebruikt en de organisatie van de gezondheidszorg in Australië verschilt van die in Nederland.

### Verbeterpunten voor cliëntveiligheidscultuur

In dit eerste onderzoek naar cliëntveiligheidscultuur in een GGZ instelling blijkt dat de cliëntveiligheid redelijk goed beoordeeld werd. Echter, vergeleken met recente resultaten in ziekenhuizen, werd de cliëntveiligheidscultuur in de GGZ instelling lager beoordeeld, waaruit blijkt dat verbeteringen mogelijk zijn. Verbeterpunten voor cliëntveiligheidscultuur bevinden zich in meerdere dimensies en lijken vooral te liggen in de steun vanuit het management en de samenwerking tussen afdelingen. Literatuur laat zien dat steun vanuit het management belangrijk is om cultuurverandering te bereiken.[9,10] Het management moet uitdragen dat cliëntveiligheid belangrijk is en prioriteit heeft in de instelling. Naast het management, kunnen ook individuele

zorgverleners de afdelingscultuur beïnvloeden.[11] Teamtrainingen gericht op niet-technische vaardigheden van individuele zorgverleners, zoals communicatie, leiderschap en samenwerking kunnen een positief effect hebben op de waardering van cliëntveiligheidscultuur.[12,13] Uit ons onderzoek blijkt met name samenwerking *tussen* afdelingen een heikel punt, dus zou een afdeling overstijgend aanpak van de training essentieel zijn.

### **Beperkingen van het onderzoek**

Dit onderzoek is uitgevoerd in één GGZ instelling, waardoor de resultaten niet te generaliseren zijn naar de totale GGZ sector. De respons in de deelnemende GGZ instelling was tamelijk laag (37%) vergeleken met de respons in eerder onderzoek in ziekenhuizen (60%). Dit verschil kan veroorzaakt worden door de wijze van aanbieden van de vragenlijst (digitaal in plaats van papier), maar ook bijvoorbeeld door de manier van benaderen (te weinig reminders). Een andere beperking was dat 19% van deze respondenten meer dan de helft van de stellingen niet had ingevuld, waardoor deze niet mee konden worden genomen in de analyse. Opvallend was dat er meer missende gegevens waren naar het eind van de vragenlijst toe, vooral bij de respondenten met een niet-cliënt gerelateerde functie. Dit suggereert dat de vragenlijst mogelijk te lang was of stellingen wellicht niet van toepassing werden gevonden in de GGZ instelling, waardoor respondenten eerder afhaakten.

## Conclusie

Voor zover bekend is dit het eerste onderzoek naar cliëntveiligheidscultuur in de GGZ sector, gemeten met de COMPaZ vragenlijst. De cliëntveiligheidscultuur werd redelijk goed beoordeeld in de deelnemende GGZ instelling maar gemiddeld slechter dan in ziekenhuizen. Sterke punten in de deelnemende instelling gaan over stellingen *binnen* de afdeling, terwijl verbeterpunten juist met name gaan over stellingen *tussen* afdelingen. Deze verbeterpunten kunnen richting geven aan het management voor verbeterinterventies, die met name afdeling overstijgend ingezet zouden moeten worden. Medewerkers met een cliënt gerelateerde functie beoordeelden de cliëntveiligheidscultuur over het algemeen iets lager dan medewerkers met een niet-client gerelateerde functie waardoor zij lager op de cultuurladder scoorden. Dit verschil tussen de functiegroepen kan een werkelijk verschil in cultuur weergeven, maar kan mogelijk ook verklaard worden door een verschil in kritische houding omdat het bij het invullen van de COMPaZ om zelfevaluatie gaat. Gemiddeld bevindt de deelnemende instelling zich in een bureaucratische cultuurfase. In toekomstig onderzoek zou de COMPaZ in meerdere GGZ instellingen kunnen worden afgenomen om het inzicht in cliëntveiligheidscultuur in de GGZ sector te vergroten.



## Literatuur

1. *Van Noord I, Zwijnenberg N, Wagner C.* Patiëntveiligheidscultuur in Nederlandse Ziekenhuizen. Utrecht: NIVEL, 2013
2. *Wiegmann DA, Zhang G, VonThaden TL, Sharma G, Mitchel AA.* A synthesis of safety culture and safety climate research. Savoy, Illinois: University of Illinois Aviation Reserach Lab, 2002
3. *GGZ Nederland.* Handreiking Veiligheidscultuur. Amersfoort: 2012
4. *Parker D, Lawrie M, Hudson P.* A framework for understanding the development of organisational safety culture. *Safety Science* 2006;44(6):551-62.
5. *Smits M, Christiaans I, Wagner C, Groenewegen PP, Van der Wal G.* De validiteit COMPaZ: een vergelijking tussen de Nederlandse en Amerikaanse vragenlijst naar patiëntveiligheidscultuur in ziekenhuizen. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 2007;85(2):105-14.
6. *Wagner C, Struben V.* De Patiëntveiligheidscultuur in ziekenhuizen. *TvZ* 2007;5:34-7.
7. *Smits M, Christiaans - Dingelhoff I, Wagner C, Van der Wal G.* Handleiding COMPaZ: cultuur onderzoek onder medewerkers over de patiëntveiligheid in ziekenhuizen in Nederland. Utrecht en Amsterdam: NIVEL en VUmc/EMGO Instituut, 2006
8. *Gallego B, Westbrook MT, Dunn AG, Braithwaite J.* Investigating patient safety culture across a health system: multilevel modelling of differences associated with service types and staff demographics. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua* 2012;24(4):311-20.
9. *Moore ML, Putman PA.* Cultural transformation toward patient safety: one conversation at a time. *Nursing administration quarterly* 2008;32(2):102-8.
10. *Ruchlin HS, Dubbs NL, Callahan MA.* The role of leadership in instilling a culture of safety: lessons from the literature. *Journal of healthcare management / American College of Healthcare Executives* 2004;49(1):47-58; discussion -9.
11. *Pronovost P, Vohr E.* Safe Patients, Smart Hospitals: How One Doctor's Checklist Can Help Us Change Health Care from the Inside Out. USA: Penguin Group 2010.
12. *Pettker CM, Thung SF, Raab CA, Donohue KP, Copel JA, Lockwood CJ, et al.* A comprehensive obstetrics patient safety program improves safety climate and culture. *American journal of obstetrics and gynecology* 2011;204(3):216.e1-6.

13. *Thomas L, Galla C.* Building a culture of safety through team training and engagement. *BMJ quality & safety* 2013;22(5):425-34.