



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL.
De gegevens mogen worden gebruikt met
bronvermelding.

Patiëntveiligheidscultuur in Nederlandse Ziekenhuizen

Een stap in de goede richting

I. van Noord
N. Zwijnenberg
C. Wagner

U vindt dit rapport en andere publicaties van het NIVEL in PDF-format op: www.nivel.nl

Het onderzoek is financieel mogelijk gemaakt door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

NIVEL, Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
Postbus 1568, 3500 BN Utrecht
www.nivel.nl
Telefoon 030 2 729 700
Fax 030 2 729 729

EMGO+ Instituut / VUmc
Van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam
www.emgo.nl
Telefoon 020-4448384

ISBN 978-94-6122-212-1

©2013 NIVEL en EMGO+ Instituut

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 EMGO+ Instituut te Amsterdam of 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

Samenvatting	5
Dankwoord	7
1 Inleiding en doelstelling	9
1.1 Achtergrond van het onderzoek	9
1.2 Doel van het onderzoek	11
1.3 Leeswijzer	11
2 Methode	13
2.1 COMPaZ enquête	13
2.2 Participanten in 2012	13
2.3 Dataverzameling in 2012	14
2.4 Participanten en dataverzameling voorafgaand aan VMS Veiligheidsprogramma	14
2.5 Analyses	14
3 De patiëntveiligheidscultuur in Nederlandse ziekenhuizen in 2012	17
3.1 Respondenten	17
3.2 Cultuurdimensies	18
3.3 Waardering patiëntveiligheid	19
3.4 Gemeld aantal incidenten	20
3.5 Cultuurladder	21
3.6 Verschillen tussen type ziekenhuizen	21
3.7 Verschillen tussen type afdelingen	22
4 Vergelijking met periode voorafgaand aan het VMS Veiligheidsprogramma	27
4.1 Respondenten	27
4.2 Verschillen binnen de cultuurdimensies	27
4.3 Waardering patiëntveiligheid	28
4.4 Gemiddeld aantal incidentmeldingen	29
4.5 Stijging op de cultuurladder	30
5 Samenvatting en discussie	31
5.1 Bespreking van de resultaten	31
5.2 Internationale vergelijking	32
5.3 Beperkingen van dit onderzoek	32
5.4 Generaliseerbaarheid van de resultaten	33
5.5 Implicaties voor de praktijk	33
5.6 Conclusie	34

Referenties	35
Bijlage A: Resultaten per dimensie nader bekeken	37
Samenwerking tussen afdelingen	37
Teamwork binnen afdeling	38
Goede wisseling van diensten	38
Meldingsfrequentie	39
Niet-straffende reactie op fouten	39
Open communicatie	40
Feedback en leren van fouten	41
Verwachtingen en acties van leidinggevenden	41
Steun vanuit het management	42
Adequate personele bezetting	43
Algemene perceptie van patiëntveiligheid	44

Samenvatting

Patiëntveiligheid is vandaag de dag een belangrijk thema binnen de Nederlandse gezondheidszorg. In 2008 is het VMS Veiligheidsprogramma geïnitieerd met als doel om potentieel vermijdbare sterfte en schade terug te dringen. Het focust zich hierbij onder andere op het implementeren van een veiligheidsmanagementsysteem. Vier elementen staan centraal in het VMS, te weten beleid, cultuur, risico-inventarisatie en continu verbeteren, waarbij cultuur als een overkoepelend element beschouwd kan worden van alle aspecten binnen het VMS. In het algemeen wordt aangenomen dat de veiligheidscultuur in een instelling een evolutionaire ontwikkeling doormaakt van een ontkennende cultuur tot een vooruitstrevende cultuur. Met de cultuurladder worden de vijf cumulatieve cultuurniveaus in kaart gebracht (ontkennend-reactief-bureaucratisch-proactief-vooruitstrevend).

Onderhavig rapport laat zien hoe momenteel (2012) de veiligheidscultuur in Nederlandse ziekenhuizen is en of deze cultuur is veranderd in vergelijking met de periode voorafgaand aan het VMS Veiligheidsprogramma (2005-2007). Dit rapport laat ook zien of verschillende functiegroepen, type afdelingen en type ziekenhuizen de patiëntveiligheidscultuur verschillend ervaren.

Voor dit onderzoek is data verzameld met behulp van de COMPaZ vragenlijst, dat staat voor Cultuuronderzoek Onder Medewerkers over Patiëntveiligheid in Ziekenhuizen. Deze vragenlijst meet elf cultuurdimensies, zoals samenwerking tussen afdelingen en steun vanuit het management, en twee uitkomstmaten, te weten het gemeld aantal incidenten en de waardering van de patiëntveiligheid.

Resultaten laten zien, dat in 2012, 48.8% van de respondenten de vraag hoe zij de patiëntveiligheid waarderen met 'zeer goed' of 'uitstekend' beantwoordt. Daarnaast vindt 46.5% de patiëntveiligheid 'acceptabel'. Het verplegend personeel is significant negatiever over de patiëntveiligheid dan medisch en overig personeel.

Wat betreft de patiëntveiligheidscultuur dimensies wordt in 2012 de dimensie 'Teamwork binnen de afdelingen' als beste beoordeeld, gevolgd door 'Open communicatie'. De dimensies 'Samenwerking tussen afdelingen', 'Meldingsfrequentie' en 'Steun vanuit het management' worden als minst goed beoordeeld.

Gemiddeld scoren ziekenhuizen 3,46 (SD 0,30) op de cultuurladder (1= ontkennend, 2= reactief, 3 = bureaucratisch, 4= proactief/vooruitstrevend), wat aangeeft dat ziekenhuizen gemiddeld een bureaucratische cultuur hebben. Verschillen tussen het verplegend, medisch en overig personeel zijn gevonden, waarbij medisch personeel over het algemeen positiever is over de patiëntveiligheidscultuur dan het verplegend en overig personeel.

Hierdoor scoort het medisch personeel ook hoger op de cultuurladder (proactieve cultuur). Als we kijken naar het type afdeling (of specialisme) zien we dat artsen en AIO's als groep samen met de poliklinieken en dagbehandeling positiever zijn over de patiëntveiligheidscultuur en daardoor ook hoger scoren op de cultuurladder (proactieve

cultuur) dan andere type afdelingen. Categorale ziekenhuizen zijn ook positiever over de patiëntveiligheidscultuur en scoren daarmee eveneens hoger op de cultuurladder (proactieve cultuur) dan de algemene ziekenhuizen met of zonder STZ-status (STZ staat voor Stichting Topklinische Ziekenhuizen).

Bij de interpretatie van deze onderlinge verschillen moet rekening worden gehouden met het feit dat het om de perceptie van de respondenten gaat. Er is geen onafhankelijke score waartegen de percepties getoetst kunnen worden. Een lagere score kan betekenen dat de veiligheidscultuur inderdaad minder ver ontwikkeld is, maar kan ook betekenen dat respondenten kritischer naar hun eigen cultuur kijken. Voor de praktijk is daarom de cultuurworkshop IZEP (www.vmszorg.nl) ontwikkeld waarin multidisciplinair gevraagd wordt een oordeel over de ontwikkelingsfase van de patiëntveiligheidscultuur te geven, maar waarin ook gevraagd wordt voorbeelden te geven uit de eigen praktijk waaruit een bepaalde ontwikkelingsfase blijkt. Op dat moment kunnen artsen, verpleegkundigen of managers aangeven waarom zij positiever of negatiever denken.

Ten opzichte van de periode voorafgaand aan het VMS Veiligheidsprogramma zien we een positieve verschuiving in de resultaten. Alle patiëntveiligheidscultuur dimensies zijn significant verbeterd, met uitzondering van 'Adequate personele bezetting' (geen significante verbetering). De dimensies 'Steun vanuit het management', 'Samenwerking tussen afdelingen' en 'Meldingsfrequentie' zijn het meest verbeterd. De huidige waardering van de patiëntveiligheid is ook verbeterd ten opzichte van de periode voorafgaand aan het VMS Veiligheidsprogramma. Daarnaast lijkt ook het meldingsgedrag van respondenten veranderd te zijn; significant meer respondenten melden incidenten. Tenslotte heeft een significante stijging op de cultuurladder plaatsgevonden. Weliswaar bevinden ziekenhuizen zich gemiddeld nog steeds in de bureaucratische cultuurfase, maar hebben steeds meer ziekenhuizen een proactieve cultuurfase.

Voor de komende jaren is het van belang dat binnen ziekenhuizen de onderlinge verschillen in perceptie van patiëntveiligheidscultuur besproken worden. Dit kan concrete aangrijpingspunten opleveren voor afdelingen. Daarnaast vragen sommige dimensies extra aandacht. Ondanks de verbetering op de dimensies 'Steun vanuit het management', 'Melden van incidenten' en 'Samenwerking tussen afdelingen', is hier nog meer winst te behalen.

Het is belangrijk om bij het verbeteren van de patiëntveiligheidscultuur ook afdelingsoverstijgend te werk te gaan. Strategieën die ervoor kunnen zorgen om vanuit een bureaucratische cultuur door te groeien naar een meer proactieve cultuur, kunnen worden gezocht in steun vanuit het ziekenhuismanagement en (klinisch) leiderschap. Samenwerking tussen afdelingen kan worden bevorderd door te werken aan gestructureerde overdrachten, of teamtraining. Een kant en klaar recept voor iedereen is echter niet te formuleren, aangezien cultuur per definitie verbonden is aan de lokale situatie.

Dankwoord

Graag willen we alle deelnemende ziekenhuizen en afdelingen bedanken voor hun inzet bij dit onderzoek. Dat men graag verder wil werken aan veilige zorg, blijkt uit de enorme betrokkenheid van contactpersonen bij het onderzoek. Logistiek gezien was dit onderzoek een uitdaging en zonder de medewerking van de contactpersonen geheel onmogelijk. Uiteraard gaat onze dank ook uit naar iedereen die de vragenlijst heeft ingevuld.

1 Inleiding en doelstelling

1.1 Achtergrond van het onderzoek

Patiëntveiligheid is anno 2013 een belangrijk thema binnen de Nederlandse ziekenhuiszorg. In 2007 verscheen het rapport ‘Onbedoelde Schade in Nederlandse Ziekenhuizen’ en is voor het eerst inzichtelijk gemaakt wat de omvang van potentieel vermijdbare schade in Nederland is. De gegevens, die golden voor het jaar 2004, gaven aan dat in circa 5,7% van de 1.3 miljoen ziekenhuisopnames onbedoelde schade optrad. In 2,3% van die ziekenhuisopnames betrof het potentieel vermijdbare schade, schade die, naar wat bleek uit retrospectieve analyse, voorkomen had kunnen worden. Van de patiënten die in 2004 zijn overleden in het ziekenhuis, bleek bij 4,1% het overlijden gerelateerd te kunnen worden aan een potentieel vermijdbaar incident. In totaal waren er in 2004 1.735 (95% betrouwbaarheidsinterval 1.482 – 2.032) potentieel vermijdbare sterfgevallen (Zegers et al. 2009).

In 2008 is, naar aanleiding van voornoemd rapport, het VMS Veiligheidsprogramma geïnitieerd door vier programmapartners: de Vereniging van Ziekenhuizen, de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, de Orde van Medische Specialisten en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland. Doel van dit programma was Nederlandse ziekenhuizen van kennis en een samenwerkingsstructuur te voorzien om een reductie in potentieel vermijdbare schade en sterfte van 50% tot stand te brengen. Het Veiligheidsprogramma richt zich op het implementeren van een Veiligheidsmanagementsysteem (VMS) en tien inhoudelijke thema's (bijvoorbeeld het tegengaan van wondinfecties en medicatieverificatie bij opname en ontslag) die zijn gekozen aan de hand van hun hoge vermijdbaarheid. Ziekenhuizen werden geacht om op 31 december 2012 een geaccrediteerd of gecertificeerd VMS te hebben.

Vier elementen staan centraal in het VMS, te weten beleid, cultuur, risico-inventarisatie en continue verbeteren, waarbij cultuur als een overkoepelend element beschouwd kan worden van alle aspecten binnen het VMS (zie www.vmszorg.nl voor meer informatie).

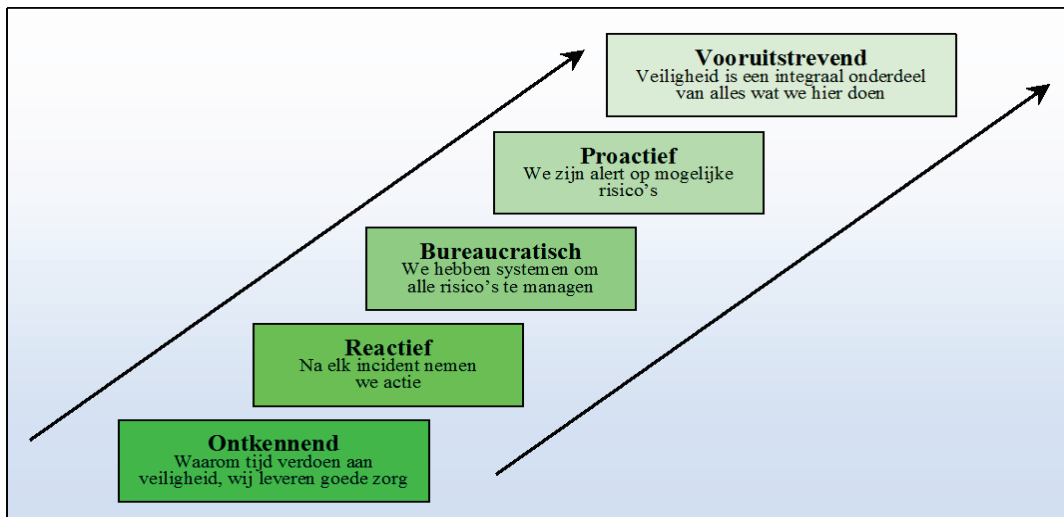
In het geval van het VMS wordt met cultuur de veiligheidscultuur bedoeld als onderdeel van de organisatiecultuur. De officiële definitie van een organisatiecultuur luidt: een patroon van basale aannames, uitgevonden, ontdekt of ontwikkeld door een bepaalde groep tijdens het leren omgaan met problemen met betrekking tot externe aanpassingen en interne integratie, dat zodanig goed werkt dat het als valide beschouwd wordt en daarom aan alle nieuwe groepsleden gebracht wordt als de juiste manier van zien, denken en voelen in relatie tot deze problemen (Schein, 1984). Cultuur heeft drie lagen op basis van hun zichtbaarheid: 1. observeerbare artefacten, 2. waarden en 3. basale onderliggende gedachten/aannames. Met observeerbare artefacten wordt de sociale en fysieke omgeving bedoeld die direct zichtbaar en voelbaar is wanneer men een organisatie binnenstapt. Waarden verwijzen naar alledaagse principes die gedrag sturen en hoe mensen voelen en denken. Basale onderliggende aannames zijn meestal onbewust en worden voor lief

aangenomen (Schein, 1990). Een concreet voorbeeld hiervan is dat men vindt dat men makkelijk kan werken zonder fouten te maken (onderliggende aanname) en dat men daarom laat rusten wat gebeurd is (waarde). Zichtbaar is dan dat men bijvoorbeeld niet toegeeft dat een fout is gemaakt en het woord 'fout' wellicht zo goed als mogelijk vermijdt (artefacten).

Er zijn diverse definities van veiligheidscultuur in omloop. Allen komen er op neer dat, wanneer men spreekt over een positieve veiligheidscultuur, in alle lagen van een organisatie veiligheid prioriteit heeft. Het verwijst naar de mate waarin individuen en groepen zich persoonlijk verantwoordelijk voelen voor veiligheid en zodanig handelen dat men onveilige situaties voorkomt, herstelt en communiceert om zo actief te leren van fouten. Hierdoor kan men gedrag, zowel op individueel als organisatorisch niveau, aanpassen op basis van de lessen die geleerd zijn van fouten (Wiegman et al, 2002).

In het algemeen wordt aangenomen dat de veiligheidscultuur in een instelling een evolutionaire ontwikkeling doormaakt van een ontkenkende cultuur tot een vooruitstrevende cultuur (Figuur 1.1) (Westrum, 1993; Parker & Hudson, 2001). In een ontkenkende patiëntveiligheidscultuur heerst de houding: 'bij ons gaat niets fout, wij leveren goede kwaliteit, dus waarom je tijd verdoen aan veiligheid'. Er wordt in die cultuur weinig tot niet geïnvesteerd in het verbeteren van de patiëntveiligheid. De volgende stap in de ontwikkeling is de reactieve cultuur. In die cultuur moeten er eerst dingen mis gaan voordat er wat verandert. De veranderingen zijn ad hoc en van korte duur. Hierop volgt de bureaucratische, ook wel berekende cultuur. Dit stadium kenmerkt zich door de aanwezigheid van veel 'papieren' verslaglegging, er wordt veel informatie verzameld, er zijn veel statistieken en er worden veel protocollen en regels gemaakt.

Figuur 1.1 De cultuurladder met de vijf cultuurniveaus



Implementatie van (langdurige) veranderingen, laat staan evaluatie ervan, ontbreekt. Bij een proactieve cultuur is er sprake van een hoge prioriteit voor veiligheid, van continue investeringen in het vergroten van de veiligheid, van implementeren en evalueren van interventies om de patiëntveiligheid te verbeteren. Er wordt vooruit gedacht, informatie

over knelpunten en best practices met betrekking tot patiëntveiligheid wordt tussen afdelingen en ziekenhuizen uitgewisseld. Ziekenhuizen of afdelingen met een sterke proactieve patiëntveiligheidscultuur worden onder meer gekenmerkt door openheid, het geven van feedback na het optreden van fouten, een niet-straffende respons op fouten en steun voor patiëntveiligheid vanuit leiding of management (Sorra & Nieva, 2004). Het laatste stadium in de ontwikkeling van een patiëntveiligheidscultuur is de vooruitstrevende cultuur. In die cultuur is veiligheid volledig geïntegreerd in het handelen van elk proces en vast onderdeel van de afdeling c.q. organisatie (Westrum, 1993; Parker & Hudson, 2001).

1.2 Doel van het onderzoek

Het doel van onderhavig rapport is tweeledig. Enerzijds wil het de huidige veiligheidscultuur in Nederlandse ziekenhuizen schetsen en anderzijds laat het zien in hoeverre de veiligheidscultuur is veranderd over de afgelopen vijf jaar. Hiertoe worden data die in de periode voorafgaand aan het VMS Veiligheidsprogramma zijn afgenomen (2005 t/m 2007) vergeleken met data die aan het eind van het programma zijn afgenomen (2012).

1.3 Leeswijzer

Het rapport is als volgt opgebouwd. Hoofdstuk 2 begint met een beschrijving van hoe het onderzoek is uitgevoerd. In hoofdstuk 3 wordt een overzicht gegeven van de huidige veiligheidscultuur in Nederlandse ziekenhuizen. Tevens wordt in dit hoofdstuk beschreven hoe zorgverleners de patiëntveiligheid waarderen en wat hun meldgedrag is. Ook worden verschillen tussen diverse professies, type afdelingen en type ziekenhuizen besproken en wordt aangegeven waar op de cultuurladder ziekenhuizen zich bevinden. Hoofdstuk 4 geeft een vergelijking van de huidige situatie met de situatie voor de introductie van het VMS Veiligheidsprogramma. Tenslotte worden in hoofdstuk 5 de resultaten besproken en worden implicaties voor de praktijk weergegeven.

2 Methode

2.1 COMPaZ enquête

Om een beeld te krijgen van de patiëntveiligheidscultuur in ziekenhuizen is de COMPaZ (Cultuur Onderzoek onder Medewerkers over Patiëntveiligheid in Ziekenhuizen) vragenlijst afgenomen bij medewerkers in ziekenhuizen. De lijst is een vertaling van de Hospital Survey on Patient Safety Culture. De Engelstalige vragenlijst is gevalideerd door de Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (Sorra & Nieva, 2004; Sorra & Dyer, 2010). De Nederlandse versie is door het NIVEL en het EMGO+ Instituut gevalideerd (Smits et al., 2007).

De COMPaZ bevat 40 items die beantwoord kunnen worden met een 5-punts Likert schaal (1 = zeer mee oneens/nooit t/m 5 = zeer mee eens/altijd). Deze items vormen samen elf dimensies van patiëntveiligheidscultuur, te weten:

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

Daarnaast vraagt de COMPaZ naar twee uitkomstvariabelen ‘waardering voor patiëntveiligheid’ en ‘gemeld aantal incidenten’, en een aantal achtergrondvragen over de respondent.

2.2 Participanten in 2012

In juli 2012 werden alle ziekenhuizen die deelnamen aan het VMS Veiligheidsprogramma door het NIVEL en EMGO+ Institute for Health and Care Research uitgenodigd om mee te doen aan het onderzoek middels een brief aan de Raad van Bestuur. Indien ziekenhuizen wilden deelnemen, werd het ziekenhuis gevraagd een formulier te ondertekenen en deze per e-mail of briefpost te versturen naar de onderzoekers. Op het formulier werd een contactpersoon, meestal een kwaliteitsfunctionaris, aangewezen die het onderzoek intern coördineerde. De contactpersoon heeft afdelingen geworven voor deelname aan het onderzoek. Wanneer

een afdeling haar medewerking wilde verlenen aan het onderzoek en het een grote afdeling betrof werd de afdeling gevraagd een willekeurige lijst met respondenten op te stellen van circa 35 personen. Inclusiecriteria voor potentiële respondenten waren a) minimaal drie maanden op de afdeling werkzaam, en b) minimaal twee dagen per week werkzaam. Wanneer een afdeling kleiner was dan 35 personen kon iedereen die voldeed aan de inclusiecriteria meedoen. Aan deelnemende afdelingen werd een terugrapportage beloofd wanneer de respons 60% of hoger was.

2.3 Dataverzameling in 2012

Tussen oktober en december 2012 werd de COMPaZ enquête uitgezet onder de medewerkers van de deelnemende afdelingen van de ziekenhuizen. Medewerkers hadden de keus om de lijst digitaal in te vullen via een beveiligde link. Een groot deel heeft ervoor gekozen om de medewerkers een papieren versie met een vooraf betaalde antwoordenvolp te verstrekken ten einde de uiteindelijke respons te verhogen. Hierbij zat een begeleidend schrijven met een digitale link, zodat men kon kiezen hoe men de lijst in wilde vullen. De rest van de deelnemende afdelingen van ziekenhuizen heeft ervoor gekozen om de lijst enkel via e-mail te verspreiden, hetzij via een intern mailadres, hetzij via de onderzoekers van het onderzoeksinstituut.

Aan medewerkers werd een respondentnummer toegekend. Leidinggevenden van afdelingen hadden, in geval van verspreiding op papier, een lijst met respondentnummers en namen. Zo kon via de contactpersoon worden doorgegeven welke respondenten nog misten, waarna leidinggevenden werknemers persoonlijk konden aanspreken. Reminders via de e-mail werden maximaal twee keer verstuurd, hetzij door de interne coördinator in het ziekenhuis, hetzij door de onderzoekers.

2.4 Participanten en dataverzameling voorafgaand aan VMS Veiligheidsprogramma

De COMPaZ enquête is schriftelijk afgenomen onder medewerkers van ziekenhuisafdelingen van 45 ziekenhuizen tussen juni 2005 en december 2007. Er was geen sprake van een random selectie van ziekenhuizen en afdelingen. Op elke afdeling was een random sample van ongeveer 30 medewerkers geselecteerd om de enquête in te vullen. Inclusiecriteria voor potentiële respondenten waren dat zij voor minimaal zes maanden op de afdeling werkzaam moesten zijn voor 12 uur per week en betrokken moesten zijn in het zorgproces (Wagner, Smits & Sorra, 2013).

2.5 Analyses

Gemiddelde scores voor de dimensies van patiëntveiligheidscultuur werden berekend op een 5-puntsschaal. Negatief geformuleerde items werden gehercodeerd, zodat elke waarde op de 5-puntsschaal hetzelfde betekende (1= nooit/zeer mee oneens, 5= altijd/zeer mee eens).

Descriptieve analyses werden uitgevoerd voor alle elf patiëntveiligheidscultuur dimensies, de twee uitkomstmaten (waardering patiëntveiligheid en gemeld aantal incidenten) en één achtergrondvariabele van respondenten (functie). Op itemniveau werd gekeken hoeveel mensen positief scoorden (score van 4 of hoger) op een item. Met de Chi-kwadraat toets is gekeken of er verschillen waren tussen medisch, verplegend en overig personeel.

Verschillen in dimensiescores tussen functiegroepen (medisch, verplegend en overig personeel), type afdelingen en type ziekenhuizen zijn bekeken met de MANOVA toets. Type afdelingen werden onderverdeeld in veertien categorieën: acute zorg, intensieve zorg, medisch ondersteunende specialismen (met patiëntcontact), poliklinieken en dagbehandeling, peri- en paramedische afdelingen, medisch ondersteunende afdelingen (zonder patiëntcontact), vrouw en baby, artsen en AIOsen, OK-complex, managementondersteuning, facilitair, beschouwende specialismen, snijdende specialismen en apotheek. Ziekenhuizen in dit onderzoek zijn onderverdeeld in de volgende typen: algemene ziekenhuizen, STZ-ziekenhuizen (Stichting Topklinische Ziekenhuizen) en categorale ziekenhuizen.

Tevens werd gekeken op welke positie op de cultuurladder de Nederlandse ziekenhuizen zich nu over het algemeen bevinden. Hiervoor werd op item niveau een 4-puntsschaal gecreëerd (de cultuurscore). Intern onderzoek met een expertpanel heeft uitgewezen dat de scores op de 5-punts Likertschaal van de COMPaZ overeenkomen met de sporten op de cultuurladder, waarbij maximaal sport 4 (een proactieve cultuur) gehaald kan worden. Een score van 5 op een item werd daarom omgezet naar 4. Hierna kon een gemiddelde cultuurscore per ziekenhuis berekend worden per dimensie. Het gemiddelde van de cultuurscores per dimensie gaf de plaats op de cultuurladder weer. Verschillen op de cultuurladder tussen de volgende groepen werden berekend met MANOVA-analyses: per functiegroep, type afdeling en type ziekenhuis.

Tot slot werd gekeken of de scores op dimensies van patiëntveiligheidscultuur en de plaats op de cultuurladder in 2012 verschilde met COMPaZ data uit de periode voorafgaand aan het VMS Veiligheidsprogramma. Dit is gedaan door middel van een Chi-kwadraat toets (gemeld aantal incidenten en waardering patiëntveiligheid), T-test (plaats op cultuurladder) en multilevel analyses (dimensiescores). Per dimensie is een multilevel model geschat waarbij op respondentniveau is gecorrigeerd voor het aantal jaren werkzaam op de afdeling, het aantal uren werkzaam per week en functie van de medewerker. Deze correcties zijn toegepast, zodat verschillen in dimensiescores niet te verklaren zijn door een verschil in respondentengroep.

Statistische significantie werd bereikt als $p \leq 0,05$. Voor MANOVA-analyses gold dat de Box's test niet statistisch significant mocht zijn. Dit was voor alle MANOVA-analyses wel het geval, wat aangeeft dat er grote kans op een type I fout is (in werkelijkheid geen verschil, maar in de dataset wel). Als afkappunt voor significantie kiezen we daarom voor een $p \leq 0,01$ bij de MANOVA-analyses.

3 De patiëntveiligheidscultuur in Nederlandse ziekenhuizen in 2012

3.1 Respondenten

In totaal hebben 390 afdelingen uit 24 ziekenhuizen verspreid over heel Nederland meegedaan aan de cultuurmeting. Hieronder waren twee categorale ziekenhuizen en 22 algemene ziekenhuizen, waarvan zes met een STZ (Stichting Topklinische Ziekenhuizen)-status.

In totaal zijn 10.932 vragenlijsten uitgezet, waarvan er 6.605 (60,4%) zijn teruggekomen. De respons per ziekenhuis varieerde tussen 32,3% en 85,3%. De gemiddelde respons per afdeling was 60,2% (SD= 22,7%). Tabel 3.1 laat zien dat het merendeel van de respondenten verpleegkundige was.

Tabel 3.1 Functies van de respondenten in 2012

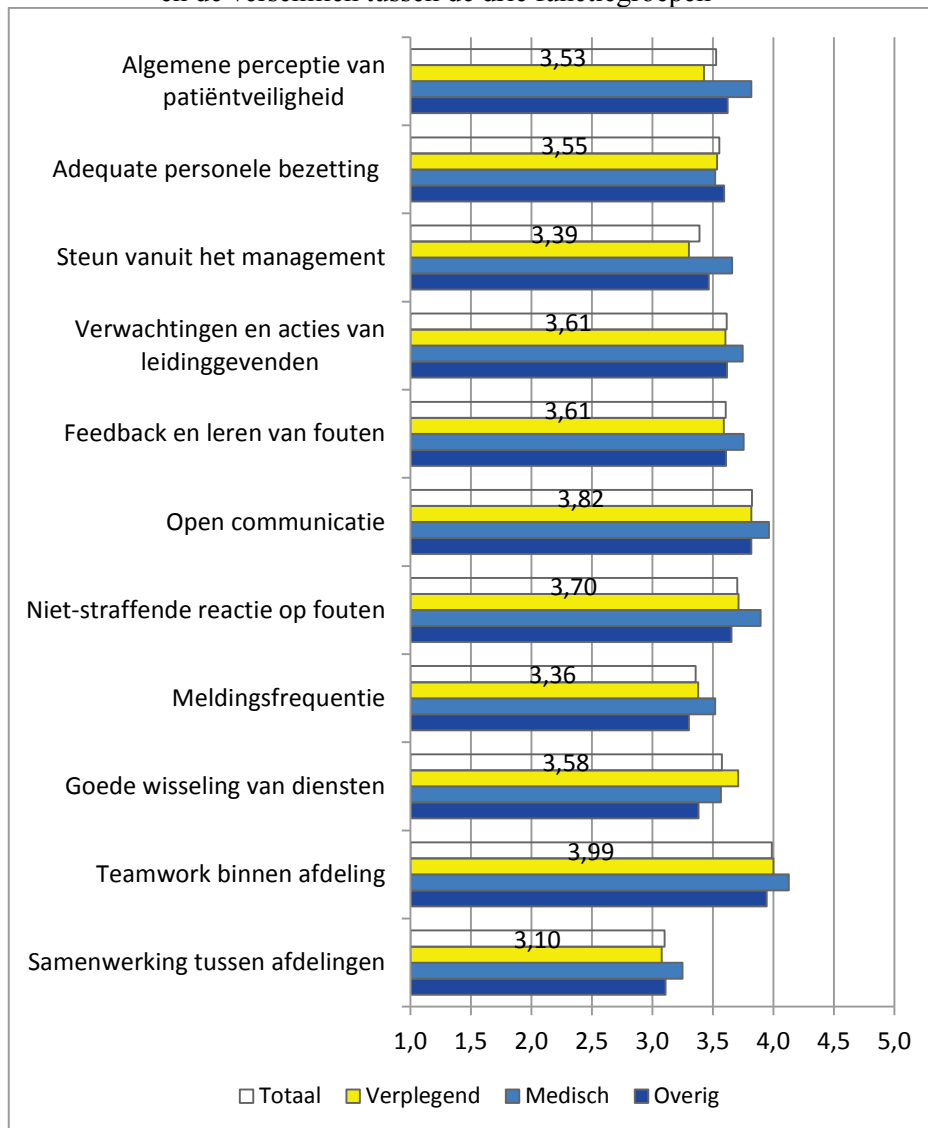
Funcctie	Aantal	(%)
Verpleeghulp	24	(0,4)
Verpleegkundige in opleiding	56	(0,8)
Gediplomeerd verpleegkundige	3480	(52,7)
Physician Assistant/ Nurse Practitioner	52	(0,8)
Basisarts/ Arts in opleiding tot specialist	58	(0,9)
Medisch specialist	358	(5,4)
Apotheker	12	(0,2)
Administratief medewerker/ Secretariaresse	401	(6,1)
Fysiotherapeut/ Bezigheidstherapeut/ Logopedist	122	(1,8)
Medisch analist/ laborant	219	(3,3)
Radiotherapeutisch laborant	24	(0,4)
Medewerker functieafdeling (bijv. hartfunctie longfunctie, EEG)	114	(1,7)
Management	105	(1,6)
Anders	1440	(21,8)
Onbekend	140	(2,1)
Totaal	6605	(100)

Voor het vergelijken van de functiegroepen is de volgende indeling gehanteerd: Verplegend = verpleeghulp, verpleegkundige in opleiding en gediplomeerd verpleegkundige. Medisch= physician assistant/nurse practitioner, basisarts/arts in opleiding en medisch specialist. Overig= alle andere functiegroepen.

3.2 Cultuurdimensies

Figuur 3.1 geeft een overzicht van hoe alle deelnemende ziekenhuizen (totale populatie) gemiddeld per patiëntveiligheidscultuur dimensie scoren. Alle dimensies scoren gemiddeld tussen 3 (neutraal/soms) en 4 (mee eens/meestal) punten. ‘Teamwork binnen de afdeling’ wordt als best beoordeeld (M=3,99), gevolgd door ‘Open communicatie’ (M=3,82). ‘Samenwerking tussen afdelingen’ (M=3,10), ‘Meldingsfrequentie’ (M=3,36) en ‘Steun vanuit het management’ (M=3,39) worden als minst goed beoordeeld.

Figuur 3.1 Patiëntveiligheidscultuurprofiel van de deelnemende ziekenhuizen in 2012 en de verschillen tussen de drie functiegroepen



Voor de totale groep zijn de gemiddelde scores per dimensie weergegeven. Aantal respondenten: Totaal N=6.605, Verplegend N=3.560, Medisch N=468, Overig N=2.437. NB. Dit is het totaal aantal respondenten per groep. Per dimensie kan het aantal respondenten hiervan afwijken. Als een respondent meer dan 1 vraag per dimensie niet heeft beantwoord, is namelijk geen dimensiescore berekend.

Gemiddelde scores op de dimensies verschillen statistisch significant tussen functiegroepen (verplegend, medisch en overig personeel) ($F(22.00, 12.320.000) = 51,56$, $p = 0,000$). Wat betreft 'Samenwerking tussen afdelingen' is het medisch personeel significant positiever over deze dimensie dan de overige twee functiegroepen. Binnen de dimensies 'Teamwork binnen de afdeling', 'Goede wisseling van diensten', 'Meldingsfrequentie', 'Niet straffende reactie op fouten', 'Steun vanuit het management' en 'Algemene perceptie van patiëntveiligheid' verschillen alle groepen onderling van elkaar. Het medisch personeel is op al deze dimensies significant positiever dan de overige twee functiegroepen, behalve over 'Goede wisseling van diensten'. Op deze laatste dimensie is het verplegend personeel positiever dan de andere twee groepen. De functiegroep 'overig personeel' scoort over het algemeen op deze dimensies het minst positief, behalve op 'Steun vanuit het management' en 'Algemene perceptie van patiëntveiligheid'. Zij zijn negatiever dan het medisch personeel, maar wel positiever dan het verplegend personeel op die dimensies.

Het medisch personeel is op de dimensies 'Open communicatie', 'Feedback en leren van fouten' en 'Verwachtingen en acties van leidinggevenden' significant positiever dan het verplegend en overig personeel. Deze twee laatste groepen verschillen op deze dimensies niet significant van elkaar. Wat betreft de 'Adequate personele bezetting' verschillen het verplegend en medisch personeel van het overig personeel; de overige functiegroep scoort significant positiever op deze dimensie.

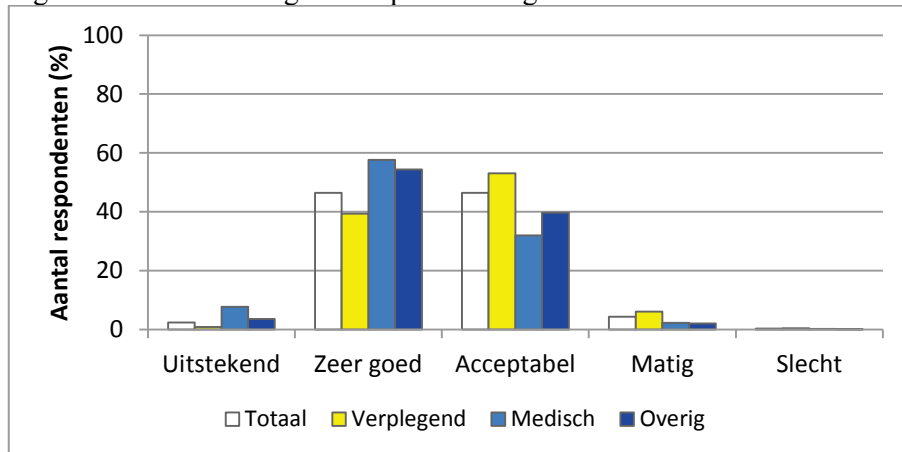
In Bijlage A wordt van alle items binnen de dimensies het aantal respondenten dat positief geantwoord (score 4 of 5) heeft op vragen weergegeven en wordt eveneens gekeken naar verschillen tussen de functiegroepen.

3.3 Waardering patiëntveiligheid

In Figuur 3.2 wordt de waardering van de medewerkers over de patiëntveiligheid weergegeven. 48,8% van de respondenten beantwoordt de vraag hoe zij de patiëntveiligheid waarderen met 'zeer goed' of 'uitstekend', en 46,5% vindt de patiëntveiligheid 'acceptabel'.

Het verplegend personeel is significant negatiever over de patiëntveiligheid ($X = 322,6$, $df = 8$, $p < 0,001$); zij beoordelen de patiëntveiligheid minder vaak met 'uitstekend' of 'zeer goed' en vaker met 'acceptabel' en 'matig'. Het medisch en overig personeel geeft vaker aan de patiëntveiligheid 'uitstekend' en 'zeer goed' te vinden en zij beoordelen minder vaak de patiëntveiligheid als 'acceptabel' of 'matig'.

Figuur 3.2 Waardering van de patiëntveiligheid in 2012



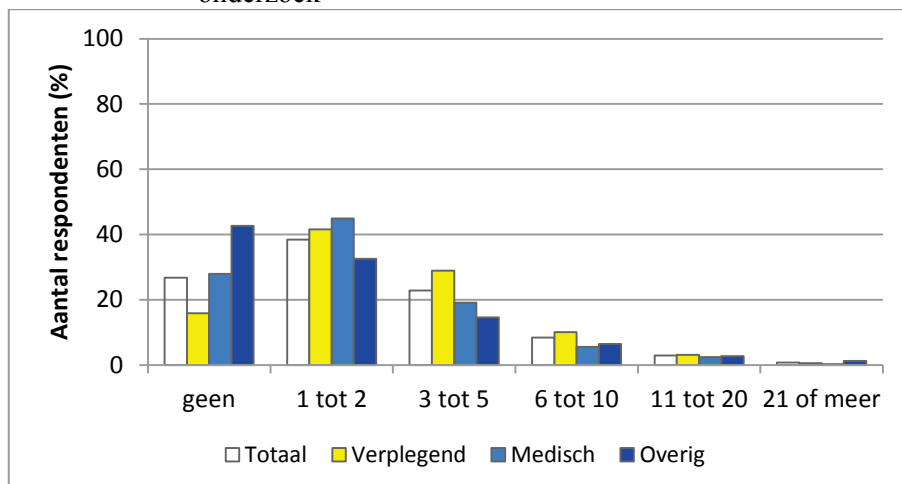
Aantal respondenten: Totaal N=6.452, Verplegend N=3.507, Medisch N=465, Overig N=2.418

3.4 Gemeld aantal incidenten

Wat betreft het aantal meldingen van incidenten dat in het jaar voorafgaand aan de meting van 2012 is gedaan, laat Figuur 3.3 zien dat ruim één op de vijf ziekenhuismedewerkers geen melding heeft gedaan, bijna twee op de vijf doet één tot twee meldingen en ongeveer één op de vijf doet drie tot vijf meldingen. Slechts een klein deel van de medewerkers in de zorg meldt vaker.

Deze getallen variëren significant per functiegroep ($X=593,7$ $df=10$, $p<0,001$). Zo vult het overig personeel vaker geen meldingsformulier in en het verplegend personeel vult vaak een meldformulier in. Het verplegend en medisch personeel vult vaker één tot twee meldingsformulieren in, het overig personeel minder vaak. Drie tot vijf meldingsformulieren en 6 tot 10 meldingsformulieren worden vaker ingevuld door het verplegend personeel. Het medisch personeel en het overig personeel vult minder vaak zes tot tien meldformulieren in. Opvallend is dat het overig personeel wel vaker 21 of meer meldformulieren invult.

Figuur 3.3 Gemeld aantal incidenten in de 12 maanden voorafgaand aan het onderzoek



Aantal respondenten: Totaal N=6.429, Verplegend N=3.536, Medisch N=466, Overig N=2.411

3.5 Cultuurladder

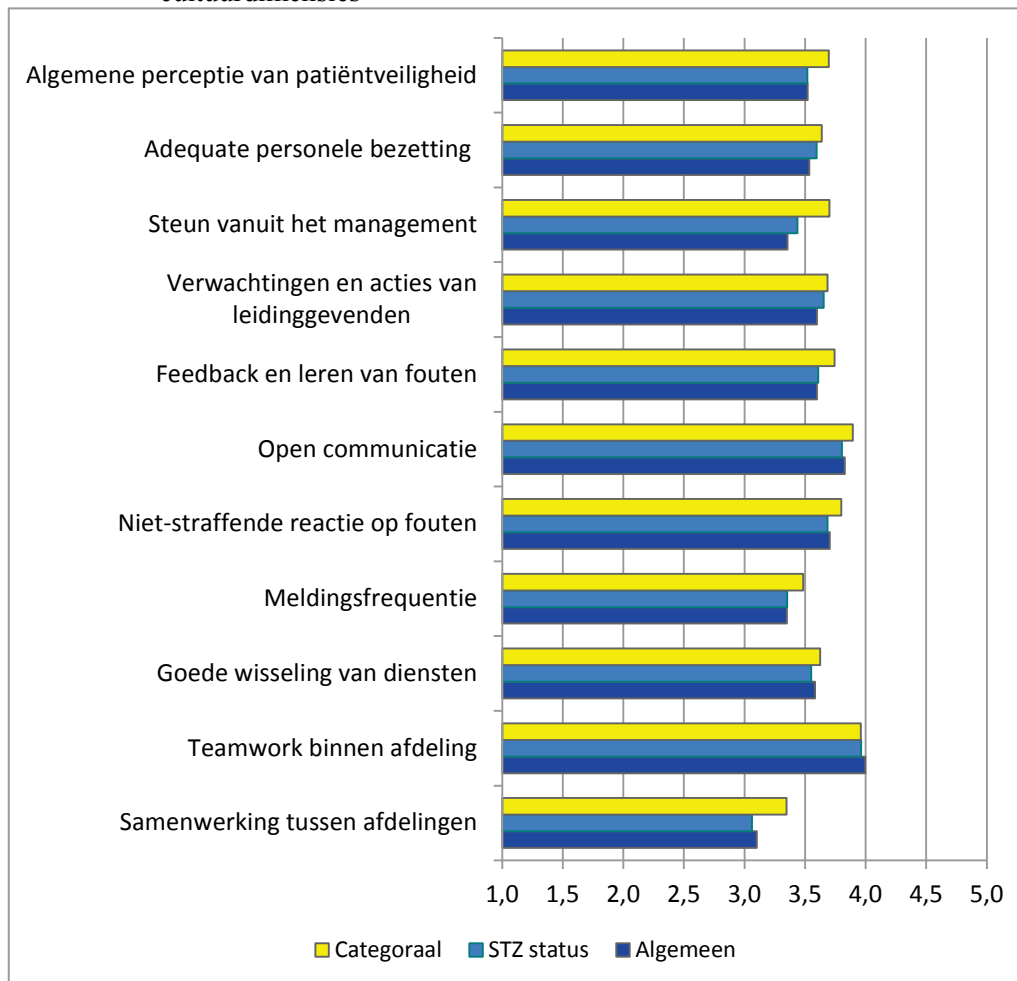
De gemiddelde score op de cultuurladder is 3,46 (SD= 0,30) wat aangeeft dat de deelnemende ziekenhuizen zich gemiddeld in een bureaucratische cultuurfase bevinden. Het verplegend en overig personeel bevinden zich op de bureaucratische cultuurtrede (verplegend personeel: 3,46 (SD = 0,31), overig personeel: 3,45 (SD = 0,29). Met een gemiddelde score van 3,56 (SD = 0,29) bevindt het medisch personeel zich op de grens met een proactieve cultuurfase. Het medisch personeel verschilt daarin significant van de andere twee functiegroepen ($p=0,001$). Bij de resultaten gaat het om zelfevaluatie. Een weinig kritische reflectie op de cultuurvragen kan daarom leiden tot een hogere score op de cultuurladder. Een verschil tussen functiegroepen kan derhalve een werkelijk verschil in cultuur weergeven, maar (deels) ook een verschil in kritische houding.

3.6 Verschillen tussen type ziekenhuizen

Figuur 3.4 geeft een overzicht van de verschillende dimensiescores per type ziekenhuis, opgesplitst naar algemeen ziekenhuis, STZ-ziekenhuizen en categorale ziekenhuizen. 'Teamwork binnen de afdeling', 'Goede wisseling van diensten', 'Meldingsfrequentie' en de 'Open communicatie' worden in alle type ziekenhuizen gemiddeld gelijk beoordeeld. Toch zijn er significante verschillen tussen type ziekenhuizen ($F(22.000, 12.342.000) = 7,84, p= 0.000$). Categorale ziekenhuizen zijn op vijf dimensies positiever dan de overige twee type ziekenhuizen, te weten 'Samenwerking tussen afdelingen', 'Niet-straffende reactie op fouten', 'Feedback en leren van fouten', 'Steun vanuit het management' en 'Algemene perceptie van patiëntveiligheid'. Daarnaast zijn de algemene ziekenhuizen positiever dan de STZ-ziekenhuizen over 'Samenwerking tussen afdelingen'. Op veel dimensies zijn algemene ziekenhuizen significant negatiever dan de overige type ziekenhuizen. Dit geldt voor 'Niet-straffende reacties op fouten', 'Feedback en leren van fouten', 'Verwachtingen en acties van leidinggevendenden', 'Steun vanuit het management' en de 'Adequate personele bezetting'.

Wat betreft de plek op de cultuurladder, scoren categorale ziekenhuizen significant hoger dan de twee overige type ziekenhuizen met een gemiddelde score van 3,55 (SD=0,29). Met deze score bevinden de categorale ziekenhuizen zich net in de proactieve cultuurfase. De algemene ziekenhuizen verschillen met een gemiddelde score van 3,46 (SD=0,31) niet van STZ-ziekenhuizen, die een gemiddelde score van 3,48 (SD=0,28) laten zien. Beide bevinden zich met hun scores in de bureaucratische cultuurfase.

Figuur 3.4 Verschillen tussen type ziekenhuizen op de elf patiëntveiligheids-cultuurdimensies



Aantal respondenten: Categorieel N=268, met STZ-status N=1.599, Algemeen N=4.729. NB. Dit is het totaal aantal respondenten per groep. Per dimensie kan het aantal respondenten hiervan afwijken. Als een respondent meer dan 1 vraag per dimensie niet heeft beantwoord, is namelijk geen dimensiescore berekend.

3.7 Verschillen tussen type afdelingen

Tabel 3.2 geeft de scores op de verschillende dimensies weer opgesplitst naar type afdelingen. Er zijn statistische significante verschillen tussen de 14 referentiegroepen ($F(143.000, 52.251.445) = 15,0, p= 0,000$). Bij sommige dimensies verschillen type afdelingen meer van elkaar dan bij andere dimensies. Op ‘Samenwerking tussen afdelingen’ scoren met name de afdelingen ‘vrouw en baby’ en ‘artsen/AIOSen’ hoger dan de overige type afdelingen. Artsen/AIOSen scoren in het algemeen hoger dan de meeste type afdelingen wat betreft ‘Teamwork binnen de afdeling’, ‘Meldingsfrequentie’, ‘Niet-straffende reactie op fouten’, ‘Open communicatie’, ‘Steun vanuit het management’ en ‘Algemene perceptie van patiëntveiligheid’.

Verder valt in tabel 3.2 op dat tussen de snijdende en beschouwende specialismen onderling niet veel verschil is, behalve als het gaat om ‘Verwachtingen en acties van leidinggevendenden’ en de ‘Adequate personele bezetting’. De snijdende specialismen

scoren vaker beter op 'Verwachtingen en acties van leidinggevenden' en vaker slechter dan andere type afdelingen op de 'Adequate personele bezetting'.

Medewerkers van poliklinieken en dagbehandeling zijn het meest positief over de 'Verwachtingen en acties van leidinggevenden' en scoren daarop significant beter dan negen andere afdelingen. Wat betreft 'Meldingsfrequentie' valt op dat (bijna) incidenten (items uit dimensie 'meldingsfrequentie') het minst gemeld worden in de medisch ondersteunende specialismen en peri- en paramedische beroepen. Wat betreft de personele bezetting zijn de intensieve zorg afdelingen en de medisch ondersteunende specialismen (met patiëntcontact) het meest positief.

Kijkend naar de plek op de cultuurladder, hebben artsen/AIOSen de hoogste gemiddelde score op de cultuurladder (3,57 (SD= 0,29)) en de managementondersteunende afdelingen de laagste score (3,39 (SD= 0,36)). Artsen/AIOSen en de poliklinieken en dagbehandeling bevinden zich met hun score net in de proactieve cultuurfase.

Tabel 3.2 Verschillen tussen respondenten van verschillende type afdelingen* in cultuurscore en veiligheidscultuurdimensies

Afdeling/specialisme	N = respon- denten	Cultuur score x̄	Patiëntveiligheidscultuurdimensie														
			Samenwerking tussen afdelingen			Teamwork binnen afdeling			Goede wisseling van diensten			Meldings- frequentie			Niet straffende reactie op fouten		
			x̄	+	-	x̄	+	-	x̄	+	-	x̄	+	-	x̄	+	-
Acute zorg	523	3.45 (0.30)	3.06	0	2	3.99	1	1	3.53	3	4	3.27	1	6	3.66	1	2
Intensieve zorg	368	3.48 (0.32)	3.01	0	4	3.97	1	1	3.68	8	0	3.30	2	4	3.65	0	2
Medisch ondersteunende specialismen (met patiëntcontact)	398	3.48 (0.28)	3.09	0	2	3.99	1	1	3.38	0	6	3.14	0	10	3.67	1	2
Poliklinieken en dagbehandeling	1121	3.50 (0.27)	3.12	1	1	3.98	1	1	3.46	2	5	3.31	2	4	3.74	7	1
Peri- en paramedisch	246	3.38 (0.29)	3.03	0	2	4.02	2	1	3.26	0	8	3.07	0	12	3.76	2	1
Medisch ondersteunende beroepen (zonder patiëntcontact)	432	3.48 (0.29)	3.05	0	2	3.91	1	5	3.31	0	8	3.64	9	0	3.61	0	4
Vrouw en baby	390	3.49 (0.30)	3.20	7	0	4.05	2	1	3.68	8	0	3.41	3	2	3.69	1	1
Artsen en AIOSen [#]	287	3.57 (0.29)	3.30	10	0	4.15	12	0	3.58	4	1	3.52	8	0	3.93	12	0
OK complex	366	3.42 (0.34)	3.11	0	1	3.81	0	10	3.48	2	4	3.30	2	4	3.65	0	2
Management ondersteunend	26	3.39 (0.36)	2.85	0	2	3.98	0	0	3.25	0	4	3.85	8	0	3.68	0	0
Facilitair	52	3.40 (0.22)	3.19	0	0	3.84	0	1	3.45	0	1	3.43	1	0	3.38	0	8
Beschouwende specialismen	1643	3.44 (0.31)	3.08	0	2	4.00	2	1	3.75	10	0	3.39	3	4	3.71	2	1
Snijdende specialismen	704	3.45 (0.30)	3.12	1	1	4.01	2	1	3.71	8	0	3.37	2	4	3.68	1	2
Apotheek	49	3.46 (0.31)	3.19	0	0	3.84	0	1	3.34	0	4	3.84	9	0	3.62	0	1

Tabel 3.2 (vervolg) Verschillen tussen respondenten van verschillende type afdelingen* in cultuurscore en veiligheidsdimensies

afdeling/specialisme	N = respon- denten	Patiëntveiligheidscultuurdimensie																	
		Open communicatie			Feedback en leren van fouten			Verwachtingen en acties van leidinggevend			Steun vanuit het management			Adequate personele bezetting			Algemene perceptie van patiëntveiligheid		
		Ā	+	-	Ā	+	-	Ā	+	-	Ā	+	-	Ā	+	-	Ā	+	-
Acute zorg	523	3.86	0	1	3.57	1	5	3.64	2	1	3.35	0	4	3.68	8	2	3.37	0	7
Intensieve zorg	368	3.76	0	2	3.57	1	5	3.55	0	3	3.30	0	4	3.83	11	0	3.58	4	3
Medisch ondersteunende specialismen (met patiëntcontact)	398	3.81	0	1	3.57	1	5	3.62	1	2	3.41	1	1	3.92	12	0	3.75	8	1
Poliklinieken en dagbehandeling	1121	3.86	3	1	3.68	7	0	3.74	9	0	3.51	7	1	3.69	8	2	3.66	6	1
Peri- en paramedisch	246	3.84	0	1	3.42	0	11	3.56	0	3	3.37	0	3	3.47	1	5	3.53	3	4
Medisch ondersteunende beroepen (zonder patiëntcontact)	432	3.77	0	2	3.70	7	0	3.55	1	3	3.53	7	1	3.71	8	1	3.67	5	1
Vrouw en baby	390	3.83	0	1	3.70	7	0	3.63	2	1	3.35	0	4	3.47	1	5	3.44	0	6
Artsen en AIOSen [#]	287	3.97	12	0	3.77	7	0	3.75	7	0	3.71	11	0	3.51	2	5	3.87	13	0
OK complex	366	3.78	0	2	3.51	0	6	3.44	0	8	3.41	1	1	3.45	1	5	3.58	4	2
Management ondersteunend	26	3.90	0	0	3.67	0	0	3.52	0	0	3.11	0	4	3.33	0	5	3.54	0	1
Facilitair	52	3.68	0	1	3.67	1	0	3.53	0	0	3.53	0	0	3.41	0	5	3.47	0	2
Beschouwende specialismen	1643	3.81	0	1	3.55	1	5	3.55	1	5	3.28	0	6	3.40	1	6	3.40	0	7
Snijdende specialismen	704	3.82	0	1	3.60	2	5	3.70	6	0	3.31	0	4	3.30	0	10	3.35	0	7
Apotheek	49	3.65	0	1	3.79	7	0	3.42	0	3	3.65	6	0	3.47	0	2	3.53	0	1

* Het cijfer (bij de + en -) geeft het aantal afdelingen weer ten opzichte waarvan de betreffende afdeling/het betreffende specialisme statistisch significant ($p < 0.01$) positiever (+) en/of negatiever (-) scoort.

[#] In sommige ziekenhuizen is de medische staf als aparte afdeling uitgevraagd. Deze respondentengroep valt onder de categorie artsen/AIOSen. Bij ziekenhuizen die de medische staf niet afzonderlijk heeft uitgevraagd, bevinden artsen/AIOSen zich in andere type afdelingen. Zuiver gezien, zit dus niet de gehele medische staf in de categorie 'artsen/AIOSen'.

4 Vergelijking met periode voorafgaand aan het VMS Veiligheidsprogramma

4.1 Respondenten

Voordat het VMS Veiligheidsprogramma is geïntroduceerd zijn 3.779 COMPaZ-vragenlijsten ingevuld door zorgverleners in 45 ziekenhuizen en op 171 afdelingen. De gemiddelde respons was 69%. Ook hier geldt weer dat verpleegkundigen het meest gereageerd hebben (Tabel 4.1).

Tabel 4.1 Functie van de respondenten in de periode voor het VMS Veiligheidsprogramma

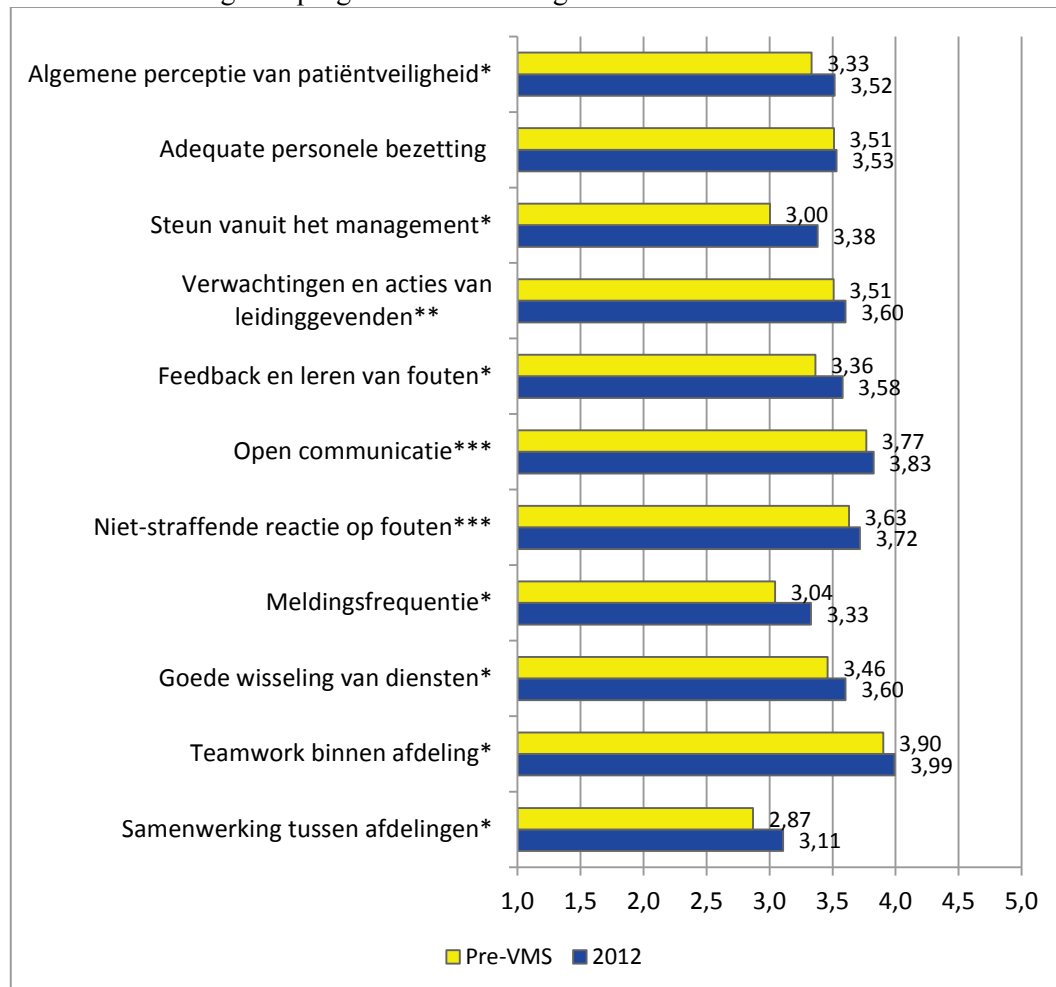
Functie	Aantal	(%)
Verpleeghulp	7	(0,2)
Verpleegkundige in opleiding	82	(2,2)
Gediplomeerd verpleegkundige	1859	(49,2)
Physician Assistant/ Nurse Practitioner	18	(0,5)
Basisarts/ Arts in opleiding tot specialist	154	(4,1)
Medisch specialist	309	(8,2)
Apotheker	9	(0,2)
Administratief medewerker/ Secretariaat	121	(3,2)
Fysiotherapeut/ Bezigheidstherapeut/ Logopedist	29	(0,8)
Medisch analist/ laborant	48	(1,3)
Radiotherapeutisch laborant	23	(0,6)
Medewerker functieafdeling (bijv. hartfunctie longfunctie, EEG)	3	(0,1)
Management	120	(3,2)
Anders	799	(21,1)
Onbekend	198	(5,2)
Totaal	3779	(100)

4.2 Verschillen binnen de cultuurdimensies

Onderstaande figuur laat zien dat er statistisch significante verschillen zijn in patiëntveiligheidscultuurdimensies voorafgaand en na het VMS Veiligheidsprogramma.

De multilevel analyses laten zien dat alle dimensies, met uitzondering van ‘Adequate personele bezetting’ significant zijn verbeterd (de dimensie ‘Adequate personele bezetting’ is wel gestegen, maar niet significant). De stijgingen binnen de dimensies ‘Steun vanuit het management’ (van 3,00 naar 3,38), ‘Samenwerking tussen afdelingen’ (van 2,87 naar 3,11), en ‘Meldingsfrequentie’ (van 3,04 naar 3,33) zijn het sterkst gestegen.

Figuur 4.1 Patiëntveiligheidscultuurprofiel voor en aan het eind van VMS Veiligheidsprogramma – schattingen uit het multilevel-model



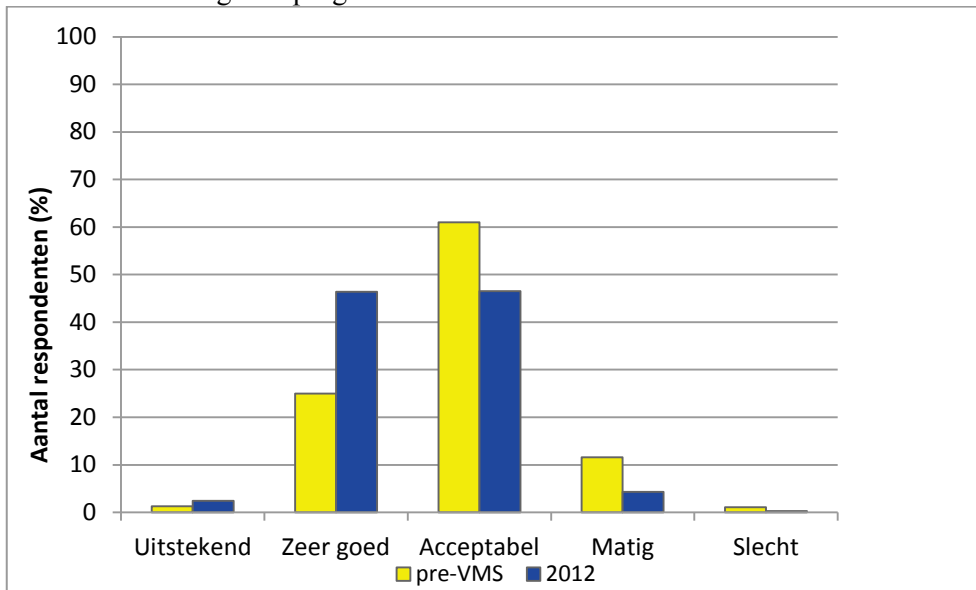
* P < 0.001; ** P < 0.01; *** P < 0.05

Aantal respondenten: Pre-VMS N=3.779, 2012 N=6.605. NB. Dit is het totaal aantal respondenten per groep. Per dimensie kan het aantal respondenten hiervan afwijken. Als een respondent meer dan 1 vraag per dimensie niet heeft beantwoord, is namelijk geen dimensiescore berekend.

4.3 Waardering patiëntveiligheid

De huidige waardering van de patiëntveiligheid is verbeterd ten opzichte van de periode voorafgaand aan het VMS Veiligheidsprogramma (X= 583,6, df= 5, p=0,000). Meer respondenten zijn de patiëntveiligheid ‘uitstekend’ en ‘zeer goed’ gaan vinden en minder mensen vinden de patiëntveiligheid ‘slecht’, ‘matig’ of ‘acceptabel’ (zie Figuur 4.2).

Figuur 4.2 Waardering van de patiëntveiligheid voor en aan het eind van VMS Veiligheidsprogramma

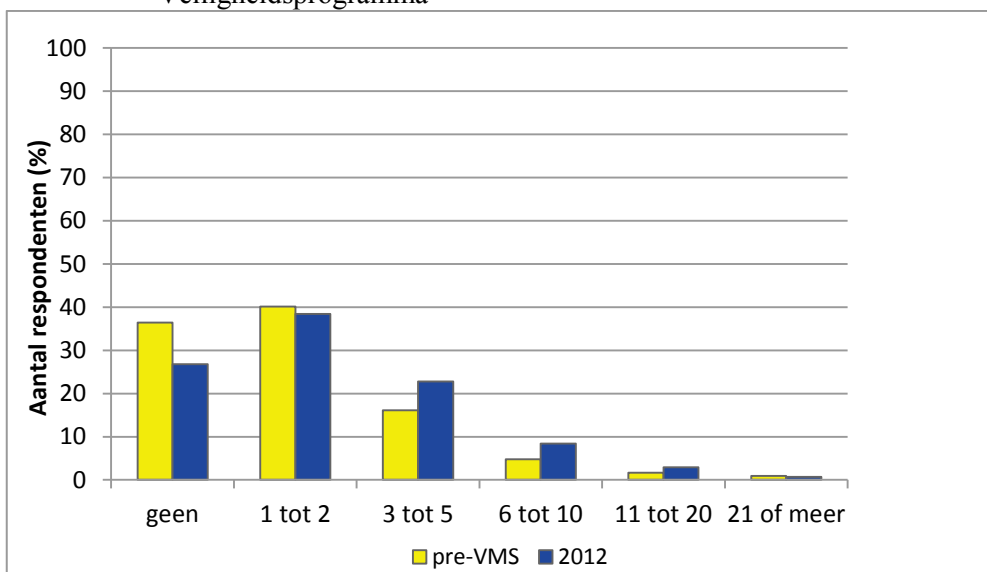


Aantal respondenten: Pre-VMS N=3.646, 2012 N=6.452

4.4 Gemiddeld aantal incidentmeldingen

Ook het meldingsgedrag van respondenten lijkt veranderd te zijn ($X = 183,8$, $df = 5$, $p = 0,000$). Significant minder respondenten doen geen melding. Het percentage respondenten dat 1 of 2 meldingen per jaar doet is nagenoeg gelijk gebleven. Het percentage respondenten dat meer dan 2 meldingen heeft gedaan is significant gestegen door de jaren heen. Het aantal mensen dat 6 tot 10 meldingen of 11 tot 20 meldingen maakt is met meer dan 70% gestegen (zie Figuur 4.3).

Figuur 4.3 Gemeld aantal incidenten voor en aan het eind van VMS Veiligheidsprogramma



Aantal respondenten: Pre-VMS N=3.715, 2012 N=6.429

4.5 Stijging op de cultuurladder

Wanneer we kijken naar de plek op de cultuurladder zijn Nederlandse ziekenhuizen gemiddeld genomen een stukje opgeklommen van 3,33 (SD= 0,32) naar 3,46 (SD= 0,30) ($p= 0,000$), maar nog geen hele trede. In vergelijking tot voor het VMS Veiligheidsprogramma hebben significant minder ziekenhuizen een bureaucratische cultuur en meer ziekenhuizen een proactieve cultuur. In de periode voorafgaand aan het VMS Veiligheidsprogramma bevindt 86,7% van de ziekenhuizen zich in een bureaucratische cultuurfase en 13,3% zich in de proactieve cultuurfase. Deze waarden zijn voor 2012 respectievelijk 54,2% en 45,8%.

5 Samenvatting en discussie

5.1 Bespreking van de resultaten

Onderhavig rapport laat zien dat de patiëntveiligheidscultuur in Nederlandse ziekenhuizen zich anno 2012 gemiddeld in de bureaucratische fase bevindt. Hierbij moet opgemerkt worden dat, ondanks er geen verschil in cultuurfase zit, dit ten opzichte van de periode voorafgaand aan het VMS Veiligheidsprogramma significant verbeterd is. De separate patiëntveiligheidscultuur dimensies hebben allen een score tussen de drie en vier op een 5-puntsschaal ('neutraal/soms' en 'mee eens/meestal'), waarbij de dimensies 'Teamwork binnen de afdeling' en 'Open communicatie' als beste scores. Op de dimensies 'Samenwerking tussen afdelingen', 'Meldingsfrequentie' en 'Steun vanuit het management' valt nog de meeste winst te behalen. Interessant gegeven is dat deze dimensies door de jaren heen ook het sterkst zijn verbeterd.

Op de dimensie scores zijn er diverse verschillen gevonden tussen functiegroepen, type afdelingen en type ziekenhuizen. Medisch personeel (als functiegroep) en artsen/AIOSen (als type afdeling) zijn op veel dimensies significant positiever dan de overige functiegroepen/type afdelingen waardoor zij hoger op de cultuurladder scoren (proactieve cultuurfase). Dat artsen positiever zijn over de patiëntveiligheidscultuur is ook in ander Nederlands onderzoek gevonden (Listyowardojo, Nap & Johnson, 2012). Ook de poliklinieken en dagbehandeling scoren hoger op de cultuurladder (proactieve cultuur) dan andere type afdelingen. Kijkend naar het type ziekenhuis zien we dat medewerkers van categorale ziekenhuizen over het algemeen positiever over de patiëntveiligheidscultuur op hun afdeling denken dan medewerkers van de overige type ziekenhuizen. Hierdoor scoren deze ziekenhuizen ook hoger op de cultuurladder (proactieve cultuur).

De waardering van de patiëntveiligheid evenals het meldingsgedrag van professionals is veranderd; na de invoering van het VMS Veiligheidsprogramma is de waardering voor patiëntveiligheid gestegen en professionals zijn meer incidenten gaan melden. Men zou kunnen suggereren dat het VMS Veiligheidsprogramma een positief effect heeft op deze aspecten, en daarmee dus ook een positieve invloed kan hebben op de patiëntveiligheidscultuur die heerst binnen afdelingen van ziekenhuizen.

Opvallend is, wanneer men kijkt naar verschillen bij type afdelingen, dat vooral artsen/AIOSen zeggen dat vaak gemeld wordt. Dat, terwijl bekend is dat zij minder snel geneigd zijn iets als meldingswaardig te zien (Kingston et al., 2004) en zij ook minder melden dan verpleegkundigen (Kingston et al., 2004; van Wagtenonk et al., 2010; Lawton & Parker, 2002; Taylor et al., 2004). Dat verpleegkundigen meer melden dan artsen is ook zichtbaar in deze studie, maar het laat ook zien dat mogelijk het meldgedrag van artsen/AIOSen positief is veranderd.

Een interessante vraag is welke professionals de patiëntveiligheid het beste in kunnen schatten. Verpleegkundigen hebben meer contact met patiënten doordat zij patiënten intensiever zien. Aangenomen kan worden dat patiënten hierdoor eerder hun ongenoegen uiten tegen een verpleegkundige dan tegen een arts. Thompson et al. (1998) suggereren dat wanneer werknemers regelmatig vernemen dat dingen misgaan, zij zelden de veiligheid overschatten (Thompson, Hilton & Wit, 1998). Dit zou ervoor kunnen pleiten dat verpleegkundigen de patiëntveiligheid en de daarmee gepaard gaande patiëntveiligheidscultuur waarschijnlijk het beste inschatten.

5.2 Internationale vergelijking

In een eerdere studie naar patiëntveiligheidscultuur zijn de data van de periode voorafgaand van het VMS Veiligheidsprogramma vergeleken met data uit de Verenigde Staten en Taiwan, verzameld in dezelfde periode. Nederland scoorde toen nog significant lager dan de andere twee landen op 'Feedback en leren van fouten', 'Steun vanuit het management', 'Open communicatie', 'Meldingsfrequentie', 'Teamwork tussen afdelingen' en een 'Niet-straffende reactie op fouten'. Ook wat betreft de waardering van patiëntveiligheid scoorde Nederland minder goed dan de andere twee landen (Wagner et al., 2013). In de discussie van die studie is erop gewezen dat vooral de Verenigde Staten al tien jaar langer werkt aan het verbeteren van de patiëntveiligheid en dat de gevonden verschillen mogelijk daarmee samen konden hangen. De nu gevonden significante toename bevestigt dat werken aan veiligheidscultuur tijd kost.

Verschillen kunnen daarnaast verklaard worden op diverse manieren. Ten eerste is de manier waarop mensen vragenlijsten invullen cultuurafhankelijk (Johnson et al., 2005). Ten tweede kan landelijke aandacht voor patiëntveiligheid van invloed zijn op de ervaren veiligheidscultuur. Zo kwam in de Verenigde Staten patiëntveiligheid in opmars door het nationale rapport 'To Err is Human' (Kohn, Corrigan & Donaldson, 1999) in 1999. In 2004 publiceerde Willems het rapport 'Hier werk je veilig of je werkt hier niet'. In Nederland werd daarmee het begin van de patiëntveiligheidsbeweging ingeluid (Willems, 2004). Een tijdsbestek van vijf jaar, of zelfs meer, kan voor een cultuuromslag nodig zijn.

5.3 Beperkingen van dit onderzoek

Er schuilt altijd een gevaar in het meten van iets abstracts als cultuur met een vragenlijst. Echter, de vragenlijst is gevalideerd in zowel binnen- als buitenland. Dat neemt niet weg dat idealiter triangulatie van de bevindingen zou moeten plaatsvinden door middel van bijvoorbeeld het meten van patiëntuitkomsten, observaties van cultuuraspecten, het nagaan van het daadwerkelijk aantal meldingen en meningen van medewerkers verkregen uit focusgroepen en/of interviews. Het strekt dan ook tot de aanbeveling dit nader te onderzoeken.

De gemiddelde respons van 60,4% is voor een dergelijk grootschalig vragenlijst onderzoek goed te noemen, maar dat betekent ook dat er afdelingen zijn met een lagere respons. Responsbias kan voor deze afdelingen wel gelden. Omdat wij in dit rapport met name op landelijk, geaggregeerd niveau hebben gekeken, speelt deze bias vermoedelijk een beperkte rol. Daarbij bleek uit valideringsonderzoek dat antwoorden vaak clusteren

binnen één afdeling (Smits et al., 2009). Dat wil zeggen dat respondenten binnen een afdeling meer op elkaar lijken qua antwoordpatroon dan respondenten van verschillende afdelingen. Bij een onderwerp als cultuur, dat in essentie een gezamenlijk gedachtegoed is, is dit te verwachten en bijgevolg zal de variatie en dus ook de kans op respons bias binnen een afdeling minder groot zijn. Het feit dat clustering plaatsvindt op afdelingsniveau wil ook zeggen dat er binnen één ziekenhuis niet echt sprake is van één patiëntveiligheidscultuur; deze cultuur kan per afdeling verschillen (Smits et al., 2009). Verbetering aanbrengen in de patiëntveiligheidscultuur van Nederlandse ziekenhuizen, impliceert dan ook dat dit het beste op afdelingsniveau kan worden aangepakt.

5.4 Generaliseerbaarheid van de resultaten

In 2011 waren er 83 algemene ziekenhuizen waarvan 28 (34%) met een STZ status, 8 universitair medische centra (UMCs) en 33 categorale ziekenhuizen. Van de 124 ziekenhuizen was dus 6,5% een UMC en 27% categoriaal (Dutch Hospital Data, 2013). Van de 22 algemene ziekenhuizen die meededen aan dit onderzoek in 2012 hadden er 6 (27%) een STZ status. Twee (8%) van de 24 ziekenhuizen was categoriaal en er deden geen UMCs mee. Resultaten zijn in dit rapport vermoedelijk dan ook een juiste afspiegeling voor algemene ziekenhuizen en de STZ-ziekenhuizen in Nederland.

5.5 Implicaties voor de praktijk

Hoe kunnen Nederlandse ziekenhuizen met een bureaucratische cultuur doorgroeien om proactief met veiligheid om gaan? De complexiteit van een abstract begrip als cultuur, maakt het antwoord op deze vraag er niet makkelijker op. Een systematisch literatuuronderzoek van Morello et al. (2013) waarin verschillende verbeterstrategieën voor cultuur zijn bekeken, laat geen kant-en-klaar recept zien hoe dit aan te pakken. De evidentie van het effect van veel gehanteerde verbeterstrategieën is nog te beperkt (Morello et al., 2013). Meer onderzoek naar de effectiviteit van verbeterstrategieën op het verbeteren van patiëntveiligheidscultuur is dan ook wenselijk. Een aantal aandachtspunten kunnen echter wel genoemd worden.

Leiderschap is nodig om cultuurverandering teweeg te brengen (Ruchlin, Dubbs & Callahan, 2004); het ziekenhuismanagement, maar ook het middenmanagement, moet uitdragen dat patiëntveiligheid prioriteit heeft. Een voorbeeld hiervan zou kunnen zijn dat de Raad van Bestuur een gedragscode opstelt waaruit blijkt dat men waarde hecht aan veilig gedrag (bijvoorbeeld elkaar aanspreken, melden, handen wassen, enzovoorts). Dit onderzoek laat zien dat er nog winst valt te behalen op de dimensie 'Steun vanuit het management'. Tevens is het belangrijk dat mensen zich veilig voelen om onveilige situaties aan de kaak te stellen, ook wanneer zij situaties tegenkomen waarin het om handelingen gaat van personen die hoger op de hiërarchische ladder staan. Alleen dan zal men een lerende en verbeterende organisatie worden met bijbehorende cultuur, ook wel 'Fair and Just culture' genoemd. De resultaten in dit rapport laten zien dat ook op dit gebied nog winst te behalen is. Ook hiervoor is leiderschap van groot belang (Frankel et al., 2006).

Veiligheidsrondes (Leadership Walk Rounds), waarbij de Raad van Bestuur of het hogeren middenmanagement in gesprek gaat met professionals in de directe patiëntenzorg laten een positieve invloed zien op de patiëntveiligheidscultuur (Morello et al., 2013) en zouden dus als middel ingezet kunnen worden om aan de slag te gaan met de patiëntveiligheidscultuur. Het zelf-evaluatie instrument IZEP (Instrument voor Zelfevaluatie Patiëntveiligheid) bevordert de dialoog over patiëntveiligheid en geeft direct aanknopingspunten ter verbetering (Struben & Wagner, 2006). Het nadeel van instrumenten als Veiligheidsrondes en het IZEP instrumentarium is echter dat zij een significante tijdsinvestering vereisen. Aan de andere kant vraagt elke vorm van verandering een investering en gaat het vooral om het stellen van de juiste prioriteiten voor de organisatie.

Ook individuele zorgverleners kunnen het verschil maken en de afdelingscultuur beïnvloeden (Pronovost & Vohr, 2010). Daarbij moeten resultaten van succesvolle verbetertrajecten teruggekoppeld worden aan de mensen op de werkvloer. Wanneer zij zien wat de veiligste manier van werken is, zullen zij deze manier van werken als algemene standaard gaan beschouwen. Recente studies laten zien dat teamtrainingen gericht op niet-technische vaardigheden als communicatie, leiderschap en samenwerking een positief effect kunnen hebben op hoe de patiëntveiligheidscultuur wordt gewaardeerd (Jones, Podilla & Powers, 2013; Jones et al., 2013; Thomas & Galla, 2013; Watts et al., 2010; Pettker et al., 2011). Resultaten van dit onderzoek laten zien dat het belangrijk is om hierbij afdelingsoverstijgend te werk te gaan om de samenwerking tussen afdelingen te kunnen verbeteren.

5.6 Conclusie

Dit rapport geeft inzicht in de huidige patiëntveiligheidscultuur binnen Nederlandse ziekenhuizen. Het laat zien dat eind 2012 bijna alle elf cultuurdimensies significant verbeterd zijn ten opzichte van voor invoering van het Veiligheidsprogramma “Voorkom schade, werk veilig (2008-2012)”. Anno 2012 bevinden de ziekenhuizen zich gemiddeld in de bureaucratische cultuurfase, maar op het randje naar een proactieve veiligheidscultuur. Het is veelbelovend als ziekenhuizen op de ingeslagen weg doorgaan. Kijken we naar dimensieniveau dan zijn er statistisch significante verbeteringen zichtbaar; bijna alle dimensies laten een verbetering zien. Om de patiëntveiligheidscultuur verder te optimaliseren valt de meeste winst nog te behalen door extra steun vanuit het management, het verbeteren van de samenwerking tussen afdelingen en aandacht voor het melden van incidenten. Triangulatie van resultaten met, onder andere, patiëntuitkomsten is wenselijk.

Referenties

- Frankel AS, Leonard MW, Denham CR. Fair and just culture, team behavior, and leadership engagement: The tools to achieve high reliability. *Health Serv Res* 2006 Aug;41(4 Pt 2):1690-709.
- Johnson T, Kulesa P, Young YI, Shavitt S. The relation between culture and response styles: evidence from 19 countries. *Journal of Cross-Cultural Psychology* 2005 Mar;36(2):264-77.
- Jones F, Podila P, Powers C. Creating a culture of safety in the emergency department: the value of teamwork training. *J Nurs Adm* 2013 Apr;43(4):194-200.
- Jones KJ, Skinner AM, High R, Reiter-Palmon R. A theory-driven, longitudinal evaluation of the impact of team training on safety culture in 24 hospitals. *BMJ Qual Saf* 2013 May;22(5):394-404.
- Kingston MJ, Evans SM, Smith BJ, Berry JG. Attitudes of doctors and nurses towards incident reporting: a qualitative analysis. *Med J Aust* 2004 Jul 5;181(1):36-9.
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To err is human: building a safer health system.* Washington DC: Institute of Medicine; 1999.
- Lawton R, Parker D. Barriers to incident reporting in a healthcare system. *Qual Saf Health Care* 2002 Mar;11(1):15-8.
- Listyowardojo TA, Nap RE, Johnson A. Variations in hospital worker perceptions of safety culture. *Int J Qual Health Care* 2012 Feb;24(1):9-15.
- Morello RT, Lowthian JA, Barker AL, McGinnes R, Dunt D, Brand C. Strategies for improving patient safety culture in hospitals: a systematic review. *BMJ Qual Saf* 2013 Jan;22(1):11-8.
- Parker D, Hudson DW. *Understanding your culture.* Shell International Exploration and Production; 2001. Report No.: EP 2001-5124.
- 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. *Am J Obstet Gynecol* 2011 Mar;204(3):216.
- Pronovost P, Vohr E. *Safe Patients, Smart Hospitals: How One Doctor's Checklist Can Help Us Change Health Care from the Inside Out.* Penguin Group US; 2010.
- Ruchlin HS, Dubbs NL, Callahan MA. The role of leadership in instilling a culture of safety: lessons from the literature. *J Healthc Manag* 2004 Jan;49(1):47-58.
- Schein EH. Coming to a New Awareness of Organisational Culture. *Sloan Management Review* 1984;25(2):3-16.
- Schein EH. Organizational Culture. *American Psychologist* 1990;45(2):109-19.

- Smits M, Christiaans-Dingelhoff I, Wagner C, Van der Wal G, Groenewegen P. De validiteit van COMPaZ: een vergelijking tussen een Nederlandse en Amerikaanse vragenlijst naar patiëntveiligheidscultuur in ziekenhuizen. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 2007;2:105-14.
- Smits M, Wagner C, Spreeuwenberg P, Van der Wal G, Groenewegen PP. Measuring patient safety culture: an assessment of the clustering of responses at unit level and hospital level. *Qual Saf Health Care* 2009;18:292-6.
- Sorra JS, Dyer N. Multilevel psychometric properties of the AHRQ hospital survey on patient safety culture. *BMC Health Serv Res* 2010;10:199.
- Sorra JS, Nieva VF. Hospital Survey on Patient Safety Culture. Rockville, MD.: Agency for Healthcare Research on Quality; 2004.
- Stichting Dutch Hospital Data. Kengetallen Nederlandse Ziekenhuis 2011. Utrecht: Stichting Dutch Hospital Data - Panteia/EIM; 2013 Feb.
- Struben, V, Wagner, C. Ontwikkeling van een Instrument voor Zelf Evaluatie van de Patiëntveiligheidscultuur (IZEP). Utrecht: NIVEL; 2006.
- Taylor JA, Brownstein D, Christakis DA, Blackburn S, Strandjord TP, Klein EJ, et al. Use of incident reports by physicians and nurses to document medical errors in pediatric patients. *Pediatrics* 2004 Sep;114(3):729-35.
- Thomas L, Galla C. Building a culture of safety through team training and engagement. *BMJ Qual Saf* 2013 May;22(5):425-34.
- Thompson RC, Hilton TF, Witt LA. Where the Safety Rubber Meets the Shop Floor: A Confirmatory Model of Management Influence on Workplace Safety. *Journal of Safety Research* 1998;29(1):15-24.
- van Wagtenonk I, Smits M, Merten H, Heetveld MJ, Wagner C. Nature, causes and consequences of unintended events in surgical units. *Br J Surg* 2010 Nov;97(11):1730-40.
- Wagner C, Smits M, Sorra J, Huang CC. Assessing patient safety culture in hospitals across countries. *Int J Qual Health Care* 2013 Apr 9.
- Watts BV, Percarpio K, West P, Mills PD. Use of the Safety Attitudes Questionnaire as a measure in patient safety improvement. *J Patient Saf* 2010 Dec;6(4):206-9.
- Westrum R. 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; 1993. p. 401-16.
- Wiegmann DA, Zhang G, von Thaden TL, Sharma G, Mitchel AA. A Synthesis of Safety Culture and Safety Climate Research. Savoy, Illinois: University of Illinois Aviation Research Lab; 2002. Report No.: Technical Report ARL-02-03/GAA-02-2.
- Willems R. Hier werk je veilig, of je werkt hier niet - Sneller Beter - De veiligheid in de zorg. Shell Nederland; 2004.
- Zegers M, De Bruijne MC, Wagner C, Hoonhout LH, Waaijman R, Smits M, et al. Adverse events and potentially preventable deaths in Dutch hospitals: results of a retrospective patient record review study. *Qual Saf Health Care* 2009 Aug;18(4):297-302.

Bijlage A: Resultaten per dimensie nader bekeken

In deze bijlage wordt per dimensie een tabel weergegeven met het aantal respondenten dat positief geantwoord (score 4 of 5) heeft op vragen binnen deze dimensie. Per items is ook bekeken of de functiegroepen (verplegend, medisch en overig personeel) verschillen. Deze resultaten zijn van het COMPaZ-onderzoek uit 2012.

Samenwerking tussen afdelingen

De dimensie ‘Samenwerking tussen afdelingen’ bestaat uit vijf items die ingaan op de afstemming en samenwerking tussen verschillende afdelingen van het ziekenhuis, met name de uitwisseling van informatie over patiënten en de overplaatsing van patiënten. Over het algemeen is men niet heel erg positief over de samenwerking tussen de afdelingen; vooral over de onderlinge afstemming tussen ziekenhuisafdelingen scoort men negatief. Opvallend hier is dat het medisch personeel op alle items positiever is dan het overig personeel en in de meerderheid van de items ook positiever dan verplegend personeel. Verplegend personeel is daarentegen op twee items (er vallen zaken tussen wal en schip en ontstaan van problemen bij uitwisseling van informatie) wel positiever dan het overig personeel.

Tabel B1 Aantal respondenten dat positief* is over samenwerking tussen afdelingen

Vraag	Totaal (n=6605)	Verplegend personeel (n= 3560)	Medisch personeel (n=468)	Overig (n=2437)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Ziekenhuisafdelingen stemmen onderling niet goed af (“n”)	1460 (22,8)	754 (21,4) ^a	159 (34,2) ^c	543 (22,7)
Er vallen zaken tussen “wal en schip” als patiënten van één afdeling naar een andere afdeling worden overgeplaatst (“n”)	1547 (24,3)	1042 (29,5) ^b	134 (29,1) ^c	368 (15,6)
Er is een goede samenwerking tussen de ziekenhuisafdelingen die met elkaar moeten samenwerken	3077 (48,3)	1708 (48,4) ^a	275 (60,2) ^c	1085 (45,7)
Problemen ontstaan vaak bij de uitwisseling van informatie tussen ziekenhuisafdelingen (“n”)	1948 (30,6)	1276 (36,1) ^b	142 (31,0) ^c	527 (22,3)
Ziekenhuisafdelingen werken goed samen om patiënten de beste zorg te verlenen	3301 (51,8)	1767 (50,1) ^a	282 (61,4) ^c	1242 (52,5)

*Het % positief geantwoord is bij positief geformuleerde items het % respondenten die instemt met de stelling (respondenten met het antwoord (zeer) mee eens of meestal/altijd). Bij negatief geformuleerde items (vragen gemarkeerd met een “n”) gaat het om het % respondenten die het oneens is met de stelling (respondenten met de antwoorden (zeer) mee oneens of zelden/nooit).

^a Er is een significant verschil tussen verplegend en medisch personeel; ^b Er is een significant verschil tussen verplegend en overig personeel; ^c Er is een significant verschil tussen medisch en overig personeel.

Teamwork binnen afdeling

De dimensie ‘Teamwork binnen afdeling’ betreft eveneens samenwerking. De vier items behorende bij deze dimensie gaan echter over samenwerking binnen een afdeling en niet tussen een afdeling. Over het algemeen is men positief over de samenwerking binnen de afdeling. De functiegroepen zijn het in grote lijnen met elkaar eens. Alleen is het medisch personeel positiever over het respectvol met elkaar omgaan op de afdeling dan de overige twee functiegroepen, en zijn het medisch en verplegend personeel positiever over het meehelpen van anderen als het druk is op de afdeling dan het overig personeel.

Tabel B2 Aantal respondenten dat positief* is over teamwork binnen afdelingen

Vraag	Totaal (n=6605)	Verplegend personeel (n= 3560)	Medisch personeel (n=468)	Overig (n=2437)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Mensen steunen elkaar op deze afdeling	6173 (93,7)	3331 (93,9)	442 (94,7)	2279 (93,7)
Wanneer er veel werk snel verricht moet worden, werken we als een team samen om het werk af te krijgen	5797 (88,0)	3134 (88,4)	415 (88,7)	2130 (87,6)
Op deze afdeling behandelen mensen elkaar met respect	5820 (88,8)	3138 (88,9) ^a	433 (92,5) ^c	2130 (87,60)
Als het ergens op de afdeling heel druk is, helpen anderen mee	5091 (77,5)	2829 (80,0) ^b	379 (81,2) ^c	1786 (73,6)

*Het % positief geantwoord is het % respondenten die instemt met de stelling (respondenten met het antwoord (zeer) mee eens of meestal/altijd).

^a Er is een significant verschil tussen verplegend en medisch personeel; ^b Er is een significant verschil tussen verplegend en overig personeel; ^c Er is een significant verschil tussen medisch en overig personeel.

Goede wisseling van diensten

De dimensie ‘Goede wisseling van diensten’ bestaat uit twee items die gaan over de gevolgen van wisseling van diensten binnen een afdeling. Iets meer dan de helft is positief over de wisseling van diensten. Opvallend is dat verplegend personeel veel positiever is over de overdrachten dan medisch personeel en de overige functiegroep. Verder is het medisch personeel ook weer positiever over de wisseling van diensten dan het overig personeel.

Tabel B3 Aantal respondenten dat positief* is over de wisseling van diensten

Vraag	Totaal (n=6605)	Verplegend personeel (n= 3560)	Medisch personeel (n=468)	Overig (n=2437)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Belangrijke informatie over patiëntenzorg gaat vaak verloren tijdens wisseling van diensten (“n”)	3732 (58,6)	2496 (70,7) ^{a,b}	249 (54,4) ^c	981 (41,6)
Wisseling van diensten is problematisch voor de patiënten in dit ziekenhuis (“n”)	3917 (61,7)	2615 (74,3) ^{a,b}	294 (64,1) ^c	1003 (42,7)

*Het % positief geantwoord is bij negatief geformuleerde items (vragen gemarkeerd met een “n”) het % respondenten die het oneens is met de stelling (respondenten met het antwoorden (zeer) mee oneens of zelden/nooit).

^a Er is een significant verschil tussen verplegend en medisch personeel; ^b Er is een significant verschil tussen verplegend en overig personeel; ^c Er is een significant verschil tussen medisch en overig personeel.

Meldingsfrequentie

De drie items onder de dimensie ‘Meldingsfrequentie’ behelzen de frequentie waarin zorgverleners meldingen doen. Tussen alle functiegroepen is een trend waar te nemen dat incidenten die de patiënt hadden kunnen schaden vaker worden gemeld dan incidenten die op tijd hersteld zijn en vergissingen die niet tot schade aan de patiënt kunnen leiden. Er zijn een aantal verschillen te zien tussen de functiegroepen. Zo vindt bijvoorbeeld het verplegend personeel dat vergissingen die wel/niet de patiënt had kunnen schaden vaker wordt gemeld dan het overig personeel.

Tabel B4 Aantal respondenten dat positief* is over de frequentie waarmee meldingen gedaan worden

Vraag	Totaal (n=6605)	Verplegend personeel (n= 3560)	Medisch personeel (n=468)	Overig (n=2437)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Als een vergissing wordt gemaakt, maar wordt <u>ontdekt en gecorrigeerd voordat deze de patiënt heeft bereikt</u> , hoe vaak wordt dit gerapporteerd?	2233 (35,0)	1168 (33,2) ^a	194 (42,5)	854 (36,4)
Als een vergissing wordt gemaakt, die <u>niet tot schade aan de patiënt kan leiden</u> , hoe vaak wordt dit gerapporteerd?	3019 (47,3)	1777 (50,4) ^b	221 (48,5)	995 (42,5)
Als een vergissing wordt gemaakt, die <u>de patiënt had kunnen schaden, maar niet geschaad heeft</u> , hoe vaak wordt dit gerapporteerd?	4287 (67,2)	2468 (70,2) ^b	339 (74,5) ^c	1450 (61,9)

*Het % positief geantwoord is het % respondenten die instemt met de stelling (respondenten met het antwoord (zeer) me eens of meestal/altijd).

^a Er is een significant verschil tussen verplegend en medisch personeel; ^b Er is een significant verschil tussen verplegend en overig personeel; ^c Er is een significant verschil tussen medisch en overig personeel.

Niet-straffende reactie op fouten

De dimensie ‘Niet-straffende reactie’ bevat drie items die gaan over een ‘blamefree’ reactie op het maken van meldingen. Over het algemeen is men redelijk positief over een ‘blamefree’ reactie bij het maken van meldingen of fouten. Er zijn weinig verschillen tussen het verplegend en medisch personeel. Wel is het overig personeel minder positief over een ‘blamefree’ reactie dan het verplegend en medisch personeel.

Tabel B5 Aantal respondenten dat positief* is over de niet-straffende reactie op fouten

Item	Totaal (n=6605)	Verplegend personeel (n= 3560)	Medisch personeel (n=468)	Overig (n=2437)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Het personeel heeft het gevoel, dat fouten tegen hen worden gebruikt (“n”)	4887 (74,4)	2659 (75,1) ^{a,b}	379 (81,5) ^c	1755 (72,4)
Wanneer een incident wordt gemeld, voelt het alsof de aandacht naar de melder gaat en niet naar het probleem (“n”)	4229 (64,5)	2404 (68,0) ^b	330 (71,0) ^c	1423 (59,0)
Het personeel vreest dat de fouten die zij maken in hun personeelsdossier worden bijgehouden (“n”)	4281 (65,4)	2364 (66,8) ^b	333 (71,6) ^c	1501 (62,3)

*Het % positief geantwoord is bij negatief geformuleerde items (vragen gemarkeerd met een “n”) het % respondenten die het oneens is met de stelling (respondenten met de antwoorden (zeer) mee oneens of zelden/nooit).

^a Er is een significant verschil tussen verplegend en medisch personeel; ^b Er is een significant verschil tussen verplegend en overig personeel; ^c Er is een significant verschil tussen medisch en overig personeel.

Open communicatie

Bij de dimensie ‘Open communicatie’ zijn er drie items die ingaan op de mate waarin men zich vrij voelt om zaken die betrekking hebben op veiligheid van patiënten te bespreken. Over het algemeen voelt men zich in de meeste gevallen vrij om zaken te bespreken, behalve wanneer het gaat om beslissingen en acties van personen met meer bevoegdheden. Op alle items scoort het medisch personeel positiever dan het verplegend en overig personeel.

Tabel B6 Aantal respondenten dat positief* oordeelt over de open communicatie

Item	Totaal (n=6605)	Verplegend personeel (n= 3560)	Medisch personeel (n=468)	Overig (n=2437)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Het personeel voelt zich vrij om te spreken als het iets ziet dat mogelijk een negatief effect heeft op de patiëntenzorg	5516 (84,9)	2999 (84,7) ^a	416 (89,7) ^c	2042 (84,8)
Het personeel voelt zich vrij om beslissingen of acties van personen met meer bevoegdheden ter discussie te stellen	3684 (56,8)	2053 (58,2) ^{a,b}	320 (69,3) ^c	1275 (52,8)
Het personeel is bang om iets wat niet juist lijkt aan de orde te stellen (“n”)	4817 (74,1)	2611 (73,7) ^a	370 (80,1) ^c	1783 (73,7)

*Het % positief geantwoord is bij positief geformuleerde items het % respondenten die instemt met de stelling (respondenten met het antwoord (zeer) mee eens of meestal/altijd). Bij negatief geformuleerde items (vragen gemarkeerd met een “n”) gaat het om het % respondenten die het oneens is met de stelling (respondenten met de antwoorden (zeer) mee oneens of zelden/nooit).

^a Er is een significant verschil tussen verplegend en medisch personeel; ^b Er is een significant verschil tussen verplegend en overig personeel; ^c Er is een significant verschil tussen medisch en overig personeel.

Feedback en leren van fouten

De dimensie ‘Feedback en leren van fouten’ bestaat uit zes items die gaan over de mate waarin men geïnformeerd wordt over gemaakte vergissingen en of er veranderingen aangebracht worden om herhaling van fouten te voorkomen. Over de evaluatie van de effectiviteit van verbetermaatregelen en feedback over ingevoerde veranderingen ten gevolge van het melden van incidenten is men het minst positief. Medisch personeel is positiever dan het verplegend en overig personeel over of men actief bezig is met het verbeteren van patiëntveiligheid, of fouten tot positieve veranderingen hebben geleid en over de informatieverstrekking over vergissingen. Het verplegend personeel is verder positiever over de evaluatie van veranderingen op effectiviteit en het bespreken van mogelijkheden om vergissingen te voorkomen dan het overig personeel.

Tabel B7 Aantal respondenten dat positief* is over de feedback op en het leren van fouten

Vraag	Totaal (n=6605)	Verplegend personeel (n= 3560)	Medisch personeel (n=468)	Overig (n=2437)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Wij zijn actief bezig met het verbeteren van patiëntveiligheid	4942 (75,6)	2670 (75,6) ^a	402 (86,3) ^c	1775 (73,7)
Fouten hebben hier tot positieve veranderingen geleid	3846 (58,7)	2044 (57,9) ^a	338 (72,7) ^c	1417 (58,6)
Nadat veranderingen zijn aangebracht om de patiëntveiligheid te verbeteren, wordt hun effectiviteit geëvalueerd	2971 (45,5)	1657 (47,0) ^b	239 (51,3) ^c	1026 (42,5)
We krijgen feedback over de veranderingen die ten gevolge van het melden van incidenten zijn ingevoerd	3285 (50,7)	1786 (50,6)	258 (55,7)	1212 (50,4)
We worden geïnformeerd over vergissingen die op deze afdeling voorkomen	4164 (64,1)	2243 (63,4) ^a	329 (71,1) ^c	1544 (64,0)
Op deze afdeling bespreken we mogelijkheden om te voorkomen dat vergissingen zich herhalen	4992 (76,8)	2682 (75,7) ^b	368 (79,7)	1889 (78,2)

*Het % positief geantwoord is het % respondenten die instemt met de stelling (respondenten met het antwoord (zeer) me eens of meestal/altijd).

^a Er is een significant verschil tussen verplegend en medisch personeel; ^b Er is een significant verschil tussen verplegend en overig personeel; ^c Er is een significant verschil tussen medisch en overig personeel.

Verwachtingen en acties van leidinggevenden

Vier items met betrekking tot het bevorderen van patiëntveiligheid gaan over de dimensie ‘Verwachtingen en acties van leidinggevenden’. Over het algemeen is men positief over de acties van leidinggevenden/supervisors, met uitzondering van het geven van complimenten als werkzaamheden volgens de vastgestelde procedures worden verricht. Er zijn een aantal verschillen te zien tussen de functiegroepen. Zo is bijvoorbeeld het medisch personeel positiever over het niet over het hoofd zien van problemen die zich vaker voordoen door de leidinggevende dan het verplegend en medisch personeel en is

het overig personeel positiever dan het verplegend personeel over het constant houden van de werkdruk als de druk toeneemt.

Tabel B8 Aantal respondenten dat positief* is over de verwachtingen en acties van leidinggevenden

Vraag	Totaal (n=6605)	Verplegend personeel (n= 3560)	Medisch personeel (n=468)	Overig (n=2437)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Mijn supervisor/ leidinggevende geeft een compliment als hij/zij ziet dat werkzaamheden volgens de vastgestelde patiëntveiligheid procedures worden verricht	2199 (33,8)	1273 (35,9) ^b	155 (36,2)	743 (30,7)
Mijn supervisor/ leidinggevende neemt suggesties van het personeel met betrekking tot patiëntveiligheid serieus in overweging	4858 (74,6)	2640 (74,3)	330 (77,7)	1818 (75,1)
Telkens wanneer de druk toeneemt wil mijn supervisor/ leidinggevende dat wij harder werken, zelfs als dit er toe leidt dat we stappen in procedures overslaan (“n”)	4714 (72,5)	2496 (70,4) ^b	317 (74,2)	1823 (75,5)
Mijn supervisor/ leidinggevende ziet problemen die zich keer op keer voordoen over het hoofd (“n”)	4541 (69,9)	2496 (70,4) ^a	328 (77,2) ^c	1645 (68,2)

*Het % positief geantwoord is bij positief geformuleerde items het % respondenten die instemt met de stelling (respondenten met het antwoord (zeer) mee eens of meestal/altijd). Bij negatief geformuleerde items (vragen gemarkeerd met een “n”) gaat het om het % respondenten die het oneens is met de stelling (respondenten met de antwoorden (zeer) mee oneens of zelden/nooit).

^a Er is een significant verschil tussen verplegend en medisch personeel; ^b Er is een significant verschil tussen verplegend en overig personeel; ^c Er is een significant verschil tussen medisch en overig personeel.

Steun vanuit het management

De drie items onder de dimensie ‘Steun vanuit het management’ betreffen de door werknemers waargenomen steun vanuit het ziekenhuismanagement voor patiëntveiligheid. Over het algemeen is men over de acties van het ziekenhuismanagement niet heel erg positief. Daarbij is wel een duidelijk verschil tussen de drie functiegroepen; het medisch personeel is positiever dan het overig en verplegend personeel. Daarnaast is het overig personeel positiever dan het verplegend personeel als het gaat om het stimuleren van een werkklimaat door het management waarin aandacht is voor patiëntveiligheid en het uitdragen van patiëntveiligheid als topprioriteit door het management.

Tabel B9 Aantal respondenten dat positief* oordeelt over de steun vanuit het management

Vraag	Totaal (n=6605)	Verplegend personeel (n= 3560)	Medisch personeel (n=468)	Overig (n=2437)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Het ziekenhuismanagement zorgt voor een werkklimaat waarin patiëntveiligheid gestimuleerd wordt	4284 (66,6)	2191 (61,9) ^{a,b}	363 (78,2) ^c	1716 (71,3)
Uit de activiteiten die het ziekenhuismanagement verricht blijkt dat patiëntveiligheid topprioriteit heeft	2872 (45,0)	1456 (41,3) ^{a,b}	268 (58,1) ^c	1142 (48,1)
Het ziekenhuismanagement lijkt alleen geïnteresseerd in patiëntveiligheid als zich een incident met schadelijk gevolg heeft voorgedaan ("n")	3028 (47,4)	1609 (45,6) ^a	283 (61,4) ^c	1130 (47,6)

*Het % positief geantwoord is bij positief geformuleerde items het % respondenten die instemt met de stelling (respondenten met het antwoord (zeer) mee eens of meestal/altijd). Bij negatief geformuleerde items (vragen gemarkeerd met een "n") gaat het om het % respondenten die het oneens is met de stelling (respondenten met de antwoorden (zeer) mee oneens of zelden/nooit).

^a Er is een significant verschil tussen verplegend en medisch personeel; ^b Er is een significant verschil tussen verplegend en overig personeel; ^c Er is een significant verschil tussen medisch en overig personeel.

Adequate personele bezetting

De dimensie 'Adequate personele bezetting' bestaat uit drie items die in gaan op het aantal werknemers dat in dienst is, de duur van de werktijden en het inzetten van invalkrachten.

Over het algemeen is ongeveer de helft van de respondenten tevreden over de hoeveelheid personeel. Het gebruik van uitval/invalkrachten wordt door ongeveer driekwart van de respondenten positief bekeken, dat wil zeggen dat driekwart vindt dat er niet teveel uitzend/invalkrachten worden gebruikt. Het medisch personeel is in vergelijking met het verplegend en overig personeel het minst positief over de werktijden in relatie tot patiëntenzorg en het inzetten van uitzend/invalkrachten. Het verplegend personeel is daarnaast minder positief over de personele bezetting dan het overig personeel.

Tabel B10 Aantal respondenten dat positief* is over de personele bezetting

Vraag	Totaal (n=6605)	Verplegend personeel (n= 3560)	Medisch personeel (n=468)	Overig (n=2437)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
We hebben genoeg personeel om de werklust aan te kunnen	3383 (51,5)	1750 (49,5) ^b	256 (54,8)	1304 (53,8)
Het personeel op deze afdeling maakt langere werktijden dan goed is voor de patiëntenzorg (“n”)	4013 (61,2)	2279 (64,6) ^{a,b}	237 (50,6) ^c	1427 (58,9)
We gebruiken meer uitzend/invalkrachten dan goed is voor de patiëntenzorg (“n”)	4932 (75,3)	2671 (75,5) ^a	317 (68,3) ^c	1846 (76,7)

*Het % positief geantwoord is bij positief geformuleerde items het % respondenten die instemt met de stelling (respondenten met het antwoord (zeer) mee eens of meestal/altijd). Bij negatief geformuleerde items (vragen gemarkeerd met een “n”) gaat het om het % respondenten die het oneens is met de stelling (respondenten met de antwoorden (zeer) mee oneens of zelden/nooit).

^a Er is een significant verschil tussen verplegend en medisch personeel; ^b Er is een significant verschil tussen verplegend en overig personeel; ^c Er is een significant verschil tussen medisch en overig personeel.

Algemene perceptie van patiëntveiligheid

De dimensie ‘Algemene perceptie van patiëntveiligheid’ bestaat uit vier items die patiëntveiligheid breed benaderen, het betreft de toevalligheid van fouten, crisis, problemen en adequaatheid van procedures en systemen. Over het algemeen is men positief over de patiëntveiligheid op de afdeling, maar over het (te vaak) werken in een crisissituatie en de procedures en systemen om vergissingen te voorkomen is men minder positief. Opvallend is dat het medisch personeel op alle fronten positiever is dan het verplegend en het overig personeel. Het overig personeel is daarnaast ook positiever dan het verplegend personeel als het gaat om procedures en systemen om vergissingen te voorkomen, problemen met patiëntveiligheid op de afdeling en het optreden van ernstige fouten.

Tabel B11 Aantal respondenten dat positief* is over de algemene perceptie van patiëntveiligheid

Vraag	Totaal (n=6605)	Verplegend personeel (n= 3560)	Medisch personeel (n=468)	Overig (n=2437)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Dat de ernstiger fouten hier niet (vaker) gebeuren, berust eigenlijk op toeval (“n”)	4374 (66,8)	2203 (62,4) ^{a,b}	370 (79,6) ^c	1716 (70,9)
We werken in een ‘crisissituatie’: we proberen te veel te snel te doen (“n”)	3403 (51,9)	1747 (49,4) ^a	311 (66,5) ^c	1280 (53,0)
We hebben problemen met de patiëntveiligheid op onze afdeling. (“n”)	4726 (72,2)	2363 (67,0) ^{a,b}	386 (82,7) ^c	1880 (77,9)
Onze procedures en systemen zijn adequaat om vergissingen te voorkomen.	3405 (52,0)	1678 (47,5) ^{a,b}	306 (65,7) ^c	1371 (56,9)

*Het % positief geantwoord is bij positief geformuleerde items het % respondenten die instemt met de stelling (respondenten met het antwoord (zeer) mee eens of meestal/altijd). Bij negatief geformuleerde items (vragen gemarkeerd met een “n”) gaat het om het % respondenten die het oneens is met de stelling (respondenten met de antwoorden (zeer) mee oneens of zelden/nooit).

^a Er is een significant verschil tussen verplegend en medisch personeel; ^b Er is een significant verschil tussen verplegend en overig personeel; ^c Er is een significant verschil tussen medisch en overig personeel.

