|  |  |
| --- | --- |
|  | **2018** |
|  | HZ University of Applied Sciences  Juliëtte Doelman |

|  |
| --- |
| **Veilig Incident Melden** |
| Een kwantitatief onderzoek naar factoren die van invloed zijn op het veilig incident melden onder verpleegkundigen van de afdeling Interne Geneeskunde in het Admiraal de Ruyter ziekenhuis. |

28-05-2018

**Bachelorscriptie**

**Veilig Incident Melden.** Een kwantitatief onderzoek naar factoren die van invloed zijn op het veilig incident melden onder verpleegkundigen van de afdeling Interne Geneeskunde in het Admiraal de Ruyter Ziekenhuis.

Juliëtte Doelman, 69014

HZ University of Applied Sciences

HBO Verpleegkunde, AGZ/MGZ

Praktijk gericht onderzoek 2, CU09322

Admiraal de Ruyter Ziekenhuis te Goes

28-05-2018

Studenten peergroup: Barry Bressers, Manon Matthijssen,

Demi van den Tol en Denise Zandee

Eerste beoordelaar: Adriëlle Snaterse Broekhuijse- van Adrichem

Tweede beoordelaar: Adriënne Joosen-Schrauwen

*“Niets uit deze opgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur”.*

## 

## Voorwoord

Voor u ligt de bachelorscriptie welke tot stand is gekomen tijdens het laatste leerjaar van de bachelor verpleegkundige. In de afgelopen jaren tijdens de opleiding tot verpleegkundige heb ik in mijn cursussen en stages een indruk gekregen van het verbeteren van de veiligheid in de gezondheidssectoren. Hierbij heb ik ook kennis gemaakt met systemen waarmee incidenten gemeld kunnen worden. Tijdens mijn stage en werk heb ik gemerkt dat niet alle verpleegkundigen incidenten melden. Hierbij spelen verschillende redenen een rol. Dit is de aanleiding geweest om mezelf verder te verdiepen en mijn afstudeeronderzoek te richten op het veilig incident melden, met in het bijzonder de meldingsbereidheid van verpleegkundigen. Op het voorblad is de afbeelding in de vorm van een puzzel weergeven. Dit symboliseert dat Veilig Incident Melden werkt als een puzzel, alle stukjes moeten passen en daarna is het pas compleet.

Via deze weg wil ik alvast een aantal mensen bedanken voor de begeleiding bij de totstandkoming van het onderzoeksverslag. Als eerste wil ik mijn begeleidende docente, Adriëlle Snaterse Broekhuijse- van Adrichem bedanken voor de verkregen feedback. Daarnaast wil ik het Admiraal de Ruyter ziekenhuis te Goes bedanken voor de toestemming, bij het uitvoeren van het onderzoek in deze organisatie. Ook wil ik de peergroup en medestudenten Manon Matthijssen, Demi van den Tol en Denise Zandee bedanken voor de tijd en hulp.

’s Heer- Abtskerke, mei 2018

Juliëtte Doelman

## Samenvatting

**Aanleiding:** De term patiëntveiligheid is niet meer weg te denken in de gezondheidszorg. Om de patiëntveiligheid te vergroten kunnen incidenten worden gemeld door middel van Veilig Incident Melden (VIM). Dit is een onderdeel is van het veiligheidsmanagementsysteem. Het doel van deze incidentmeldingen is het leren en voorkomen van incidenten wat bijdraagt aan de patiëntveiligheid. De onderzoeksvraag luidt als volgt: Welke factoren zijn van invloed op het Veilig Incident Melden (VIM) volgens verpleegkundigen op de Interne Geneeskunde afdeling in het Admiraal de Ruyter Ziekenhuis?

**Methode:** Door middel van een surveyonderzoek is kwantitatief onderzocht welke factoren van invloed zijn op het melden van incidenten onder verpleegkundigen op de afdeling Interne Geneeskunde in het Admiraal de Ruyter Ziekenhuis te Goes. Met een geoperationaliseerde, schriftelijke enquête zijn gegevens verzameld. BIG-geregistreerde verpleegkundigen welke voldeden aan de inclusiecriteria hebben deelgenomen aan het onderzoek.

**Resultaten:** Aan het enquêteonderzoek hebben 23 verpleegkundigen deelgenomen. Dit is een responspercentage van 74 procent. Gemiddeld meldt een verpleegkundige drie tot zes incidenten in twaalf maanden tijd. In dezelfde periode doen gemiddeld zes tot elf incidenten zich voor bij een verpleegkundige. Een gebrek aan tijd wordt in 45 procent van de gevallen genoemd als reden om niet te melden. Hiernaast ervaart 39 procent voldoende geïnformeerd te worden omtrent verbeteracties bij incidentmelding evenals 39 procent van de verpleegkundigen wie vindt dat incidentmeldingen leiden tot verbeteracties. Op de afdeling voelt 91 procent van de verpleegkundigen zich veilig in de cultuur om een incidentmelding te doen en vindt 74 procent van de verpleegkundigen dat incidenten bespreekbaar zijn met collega’s. Daarnaast weet 65 procent van de verpleegkundigen wat er gemeld hoort te worden volgens de afspraken.

**Discussie:** In vergelijking met de literatuur is een groot aantal overeenkomsten gevonden met huidig onderzoek. Zo is één van de gevonden overeenkomsten het knelpunt, een gebrek aan tijd. Wat opvalt is dat het grootste gedeelte van de verpleegkundigen het nut inziet van incidentmeldingen maar dat maar een klein gedeelte vindt dat meldingen leiden tot positieve veranderingen. In de enquête resultaten zijn veel ‘neutrale antwoorden’ gegeven. Wat kan wijzen op een sociaal wenselijk antwoord of het niet durven en kunnen kiezen van een positief of negatief antwoord. Het schriftelijk afnemen van de enquêtes kan hier ook zijn bijdrage aan hebben geleverd. Wel zijn de resultaten anoniem verwerkt.

**Conclusie:** Verschillende factoren hebben positieve of negatieve invloed op het melden van incidenten. Zo is de aanwezigheid van een veilige cultuur waar fouten bespreekbaar zijn een goede stimulans op de meldingsbereidheid. Enkele verpleegkundigen blijken angstig voor sancties na een fout, wat negatief is voor de meldingsbereidheid. Daarbij ervaart een deel van de verpleegkundigen dat men beter betrokken moeten worden bij VIM. Tijdsgebrek is een vooropstaande reden om geen melding te doen evenals het niet duidelijk zijn wat er precies gemeld hoort te worden.

**Aanbevelingen:** Een van de aanbevelingen om meer incidentmeldingen te werven is investeren in extra tijd voor verpleegkundigen om te melden of een cursus om vaardiger te worden in het meldsysteem. Ten tweede is het beter betrekken van verpleegkundigen door gezamenlijk meldingen te evalueren of meer te informeren over genomen verbeteracties een optie. Daarnaast is het opstellen van een duidelijke definitie over wat te melden een mogelijkheid. Als laatst kunnen leidinggevenden het melden stimuleren mede door verpleegkundige erop te wijzen dat hier geen negatieve gevolgen aan zitten. Voor de onderwijsinstellingen is het belangrijk studenten te attenderen op het belang van de patiëntveiligheid.

## Abstract

**Problem statement:** Patient safety is impossible to forget in health care. Incidents can be reported with VIM (report incidents safely). With VIM, which is part of the safety management system, patient safety can be increased. The aim of reporting incidents is to learn from, and to protect them, to contribute to patient safety. The research question is: Which factors affect VIM by nurses at the Internal Medicine ward at the Admiraal de Ruyter hospital?

**Methodolgy:** Which factors have an influence on reporting incidents has been researched by performing a survey at the Internal Medicine ward in the Admiraal de Ruyter hospital in Goes. With an operationalised survey data has been gathered. Only BIG-registraded hospital staff which cope with the inclusion criteria were asked tot participate in the research.

**Results:** The survey is completed by 23 nurses. This is 74 percent of the apporached respondents. Not all incidents are reported. A nurse reports three to six incidents in twelve months average, but in this some twelve months six to eleven incidents appear per nurse. In 45 percent time constraints are the reason why an incident is not reported. About the possible improvements when incidents are reported 39 percent of the nursing staff is well informed. Also 39 percent of the nursing staff state that reporting incidents leads to improvements. At the ward 91 percent of the staff experience a safe environment to report and 74 percent of the staff says that incidents can be discussed with colleagues. Which incidents have to be reported in accordance with the arrangements is known by 65 percent of the staff.

**Discussion:** In a literature research corresponding results are found with this research. In a corresponding research also the bottleneck of a lack of time has been reported. It stands out that most of the staff see the point of reporting incidents, but only a small part of the staff says that reporting incidents leads to positive changes. In the survey a lot of answers are neutral, which could indicate that staff do not dare or can not choose a positive or negative answer. Performing the research by a written survey can contribute to this effect. The data is processed anonymously.

**Conclusion**: Different factors have an positive of negative influence in reporting incidents. A safe environment where mistakes can be discussed leads to a good stimulans to report incidents. Some nursing staff seems to be scared to report incidents because of sanctions, which is negative for the reporting willingness. Some staff want to be better involved in the VIM. A main reason why nurses do not reporting incidents are time contraints and that it is not clear what have to be reported exactly.

**Recommandations:** The most important recommandation to improve reporting incidents is to invest in extra time for nursing staff to report the incidents, or training to be able to report the incidents faster. The second important recommandation is to engage staff to evaluate incidents together, and to inform better about possible improvements. Creating a clear definition about what to report is also an good option to improve the reporting. It is important for managers to stimulate staff to report by mentioning that reporting incidents will not lead to negative affacts for the staff member. For educational institutions it is important to inform students that reporting incidents is in the interest of the patient’s safety.

**Inhoud**

[1. Inleiding 11](#_Toc515185180)

[2. Theoretisch kader 15](#_Toc515185181)

[2.1 Zoekstrategie 15](#_Toc515185182)

[2.2 Zoekboom 16](#_Toc515185183)

[2.3 Patiëntveiligheid 17](#_Toc515185185)

[2.4 Ontstaan van incidenten 18](#_Toc515185186)

[2.5 Soorten incidenten 19](#_Toc515185187)

[2.6 Veilig incidenten melden 19](#_Toc515185188)

[2.7 Analyse van incidenten 20](#_Toc515185189)

[2.8 Gevolgen van incidenten 20](#_Toc515185190)

[2.9 Benodigde elementen 21](#_Toc515185191)

[2.10 Veiligheidscultuur 21](#_Toc515185192)

[2.11 Meldingsbereidheid 22](#_Toc515185193)

[2.12 Stimulans voor meldingsbereidheid 23](#_Toc515185194)

[2.13 Samenvatting literatuur 23](#_Toc515185195)

[3. Methode 25](#_Toc515185196)

[3.1 Onderzoekstype en onderzoeksontwerp 25](#_Toc515185197)

[3.2 Onderzoekspopulatie 25](#_Toc515185198)

[3.3 Plaats en tijd 26](#_Toc515185199)

[3.4 Wijze van dataverzameling 26](#_Toc515185200)

[3.5 Wijze van dataverwerking 27](#_Toc515185201)

[3.6 Betrouwbaarheid en validiteit 27](#_Toc515185202)

[3.7 Juridische en ethische aspecten 28](#_Toc515185203)

[4. Resultaten 29](#_Toc515185204)

[5. Discussie 37](#_Toc515185215)

[5.1 Resultaten in vergelijking met de literatuur 37](#_Toc515185216)

[5.2 Sterke en zwakke kanten van het onderzoek 38](#_Toc515185217)

[6. Conclusie en aanbevelingen 39](#_Toc515185218)

[Bronnenlijst 43](#_Toc515185222)

[Bijlagen 45](#_Toc515185223)

[Bijlage 1: Schriftelijke toestemming uitvoering praktijkgericht onderzoek 45](#_Toc515185224)

[Bijlage 2: Enquête 46](#_Toc515185225)

[Bijlage 3: Operationalisatieschema 51](#_Toc515185226)

[Bijlage 4: Codeboek SPSS 55](#_Toc515185227)

[Bijlage 5: Beoordelingsformulier onderzoeksverslag (CU09322) 57](#_Toc515185228)

# 1. Inleiding

In 1999 is het rapport ‘To err is human’ van het Amerikaanse Institute of Medicine gepubliceerd. Hierin staat dat er in de zorg vermijdbare schade en sterftegevallen zijn. In het rapport staat dat destijds jaarlijks tussen de 44.000 en 98.000 Amerikanen ten gevolge van medische fouten zijn overleden (Kohn, Corrigan, & Donaldson, 2000). Bewustwording en het begrip patiëntveiligheid werden hierdoor geïntroduceerd in de Nederlandse gezondheidszorg (Langelaan et al., 2017).

In 2004 werd in Nederland de eerste stap gezet naar het onderzoeken van de potentieel vermijdbare schade in Nederlandse ziekenhuizen. De definitie van vermijdbare schade luidt als volgt: ‘’Een onbedoelde uitkomst die is ontstaan door het onvoldoende handelen volgens de professionele standaard en/ of door tekortkomingen van het zorgsysteem met schade voor de patiënt zodanig ernstig dat er sprake is van tijdelijke of permanente beperking dan wel overlijden van de patiënt’’ (Langelaan et al., 2017). In hetzelfde jaar was er sprake van potentieel vermijdbare schade bij 2,3 procent van de opgenomen patiënten in het ziekenhuis en bedraagt de potentieel vermijdbare sterfte 1735 personen (Langelaan et al., 2013).

In 2008 was de potentieel vermijdbare schade in Nederlandse ziekenhuizen 2,9 procent. De potentieel vermijdbare sterfte kwam neer op ongeveer 1960 personen (Langelaan et al., 2017). Vervolgens hebben de brancheorganisaties van verpleegkundigen, artsen en ziekenhuizen in samenwerking met het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) het Veiligheidsprogramma ‘Voorkom schade, werk veilig’ ontwikkeld (Langelaan et al., 2017). Ook wel het VMS Veiligheidsprogramma genoemd. VMS staat voor een veiligheidsmanagementsysteem dat vanaf 2008 is geïmplementeerd binnen alle ziekenhuizen (Langelaan et al., 2017), met als doel het reduceren van de potentieel vermijdbare schade en sterfgevallen met 50 procent in vijf jaar tijd (VMS zorg, 2013). Tien thema’s behoren hiertoe: sepsis, pijn, kwetsbare ouderen, high-risk medicatie, vitaal bedreigde patiënt, nierinsufficiëntie, medicatieverificatie, voorkomen van wondinfecties na operatie, optimale zorg bij acute coronaire syndromen en verwisseling van en bij patiënten (Langelaan et al., 2017).

Binnen VMS is expliciet aandacht geschonken aan een open cultuur, het veilig incident melden en het analyseren van incidentoorzaken (Langelaan et al., 2017). Veilig Incident Melden ook wel bekend als VIM is een belangrijk onderdeel van het veiligheidsmanagementsysteem (VMS zorg, 2013). Zorgaanbieders zijn vanuit de overheid verplicht om een interne werkwijze te hanteren waarmee zorgverleners incidenten vanuit de zorgverlening kunnen melden. Dit is vastgelegd in de wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2016). Meldingen kunnen een aanwijzing geven voor een structureel risico en onveilige zorg (IGZ, 2016).

Een van de voorwaarden voor een meldsysteem is een veilige, transparante cultuur in de organisatie (VMS zorg, 2013). Zorgverleners moeten incidenten kunnen en durven melden zonder

hiervoor gestraft te worden waardoor de mogelijkheid ontstaat te leren van incidenten. Het is van groot belang dat de organisatie laat zien dat openheid rondom incidenten de norm is (Laarman, Bomhoff, Friele, Akkermans, & Legemaate, 2016). Vervolgens kan door middel van het analyseren van de incidenten, inzicht worden verkregen omtrent de risico’s op de afdeling (Schoten, 2015). Ook kunnen problemen in zorgprocessen of zorgsystemen worden opgespoord (VMS zorg, 2013). Door meldingen te analyseren en te evalueren kan een volgend incident mogelijk worden voorkomen wat bijdraagt aan een verbetering van de patiëntveiligheid (IGZ, 2016).

Uit een dossieronderzoek van Langelaan et al (2013) in 2012 blijkt dat de vermijdbare schade is gezakt naar 1,6 procent van de 1,6 miljoen ziekenhuisopnames. Het aantal vermijdbare sterfgevallen komt neer op ongeveer 970 personen. Wat betekent dat na vijf jaar het VMS Veiligheidsprogramma het doel deels behaald is. De potentieel vermijdbare schade is met 45 procent gedaald en de potentieel vermijdbare sterfte is met 53 procent afgenomen (Langelaan et al., 2013). Hierdoor is een positief verband tussen het VMS Veiligheidsprogramma en de behaalde resultaten aannemelijk. Na 2012 hadden ziekenhuizen de ruimte om op eigen initiatief verder te bouwen aan patiëntveiligheid zonder vastgesteld programma (Langelaan et al., 2017).

Jaarlijks worden in het Admiraal de Ruyter Ziekenhuis (ADRZ) in Goes 25.000 patiënten opgenomen (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, 2017). Zorgverleners waaronder verpleegkundigen tonen maximale inzet om schade en risico’s zo veel mogelijk te voorkomen. In 2016 zijn zeven patiënten in het ADRZ te Goes overleden ten gevolge van vermijdbare schade. In hetzelfde jaar zijn 3743 VIM-meldingen gedaan, een stijging van veertien procent ten opzichte van het jaar ervoor. Wat beschouwd kan worden als een toename van de meldingsbereidheid (Admiraal de Ruyter Ziekenhuis, 2016). Hierbij kan men zich afvragen welke factoren bijgedragen aan een toename van de meldingsbereidheid? Kunnen verbeteracties worden ingezet om ervoor te zorgen dat meer incidenten worden gemeld?

**Doelstelling**

Het doel van dit onderzoek is inzicht krijgen in welke factoren van invloed zijn op het veilig melden van incidenten bij de verpleegkundigen op de Interne Geneeskunde afdeling in het Admiraal de Ruyter Ziekenhuis te Goes. De resultaten van dit onderzoek kunnen gebruikt worden om aanbevelingen te doen omtrent verbeteracties.

**Centrale onderzoeksvraag**

*‘Welke factoren zijn van invloed op het Veilig Incident Melden (VIM) volgens verpleegkundigen op de Interne Geneeskunde afdeling in het Admiraal de Ruyter Ziekenhuis?’*

**Deelvragen**

Om antwoord te kunnen geven op de centrale onderzoeksvraag, zijn drie deelvragen geformuleerd. Deze deelvragen zullen door middel van een literatuurstudie en het kwantitatieve onderzoek worden beantwoord. De deelvragen luiden als volgt:

1. In hoeverre maken verpleegkundigen gebruik van VIM?
2. Welke factoren bevorderen de meldingsbereidheid?
3. Welke factoren belemmeren de meldingsbereidheid?

**Relevantie verpleegkundig beroep**

Het competentieprofiel van de bachelor verpleegkundige bestaat uit vijf beroepsrollen. De zorgverlener, regisseur, beroepsbeoefenaar, coach en ontwerper (Hesselink, 2010). De rol van zorgverlener komt tot uiting bij het verlenen van professionele, veilige zorg aan de zorgvrager. Waarbij de zorgverlener zorg draagt voor een veilige werkomgeving, waarin complicaties en onveilige situaties worden voorkomen. Ook wordt zo min mogelijk schade aan de patiënt toegebracht door toepassing van preventieve maatregelen. Als regisseur draait het om het coördineren en continueren van een zo optimaal mogelijke zorg voor de zorgvrager. De zorgverlener is verantwoordelijk voor een effectieve communicatie tussen deskundigen zodat de zorg goed op elkaar is afgestemd en dit niet tot verwarring of fouten kan leiden. Dit kan door gebruik te maken van standaardprocedures.

Voor de ontwerper is het belangrijk kritisch te kijken naar problemen onder incidentmeldingen en daar een passende oplossing voor te formuleren. Maar ook het bijdragen aan de ontwikkeling van systemen en methoden ter verbetering in de gezondheidszorg gericht op de veiligheid van de zorgvrager. In de rol van coach zal de zorgverlener een voorbeeldrol vervullen als het gaat om veilig werken aan de hand van standaardprocedures en het melden van onveilige situaties. Ook staat de zorgverlener open voor feedback zowel om te geven als te ontvangen. Dit om te kunnen leren en reflecteren op eigen gedrag. Als beroepsbeoefenaar is de zorgverlener actief bezig met beroepsinnovatie. In geval van patiëntveiligheid is dit altijd aan de orde. Het gebruiken en analyseren van VIM en hieruit verbetermogelijkheden opstellen, draagt bij aan de beroepsinnovaties.

De zorgverlener zal een leerhouding laten zien waarbij deskundigheidsbevordering voorop staat ook zal de zorgverlener inzet tonen om de patiëntveiligheid te vergroten en de zorg te verbeteren

Inzicht, bewustwording en verbeteracties omtrent de meldingsbereidheid kunnen resulteren in meer meldingen. Dit kan een bijdrage leveren aan het verbeteren van de patiëntveiligheid. Zowel verpleegkundigen van de afdeling Interne Geneeskunde als de organisatie van het ziekenhuis hebben hier baat bij. Verpleegkundigen kunnen hierdoor veiligere zorg bieden. Wanneer blijkt dat de meldingsbereidheid en het melden al voorspoedig gaat en maximaal gebeurt waarbij geen verbeteracties mogelijk zijn, kan de afdeling een voorbeeldrol vervullen voor andere verpleegafdelingen in het ziekenhuis.

**Leeswijzer**

In hoofdstuk twee staat het theoretisch kader. Dit hoofdstuk beschrijft het bronnenonderzoek. Eerst wordt de zoekstrategie en het zoekplan beschreven. Hierdoor wordt duidelijk op welke wijze informatie is gezocht voor de literatuurstudie. In de zoekboom zijn de gebruikte bronnen weergegeven. Dit wordt gevolgd door een verdieping in de literatuur. Als afsluiting volgt een samenvatting van de literatuurstudie. In hoofdstuk drie staat de methode van het onderzoek. Hierin wordt beschreven hoe het onderzoek is uitgevoerd, met welke onderzoekspopulatie, in welke setting en hoe de verkregen data is verwerkt en geanalyseerd. Verder komt aan bod hoe de kwaliteit en validiteit zijn gewaarborgd en hoe rekening is gehouden met de ethische en juridische aspecten van het onderzoek. In hoofdstuk vier zijn de resultaten van de enquête weergegeven. Gevolgd door de discussie in hoofdstuk vijf waar aandacht wordt besteed aan de vergelijking tussen de literatuur en het praktijkonderzoek, hier worden ook de zwakke en sterke kanten van het onderzoek belicht. In de conclusie in hoofdstuk zes, worden de onderzoeksvraag en deelvragen beantwoord en worden de aanbevelingen genoemd. Afsluitend volgen de bronnenlijst en de bijlagen.

# 2. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk wordt beschreven op welke manier is gezocht naar relevante literatuur. Eerst wordt de zoekstrategie beschreven met bijbehorende zoekboom. Vervolgens wordt het onderzoeksprobleem toegelicht waardoor een achtergrond geschetst wordt voor het praktijkonderzoek.

## 2.1 Zoekstrategie

Middels opgestelde zoekvragen, zoekwoorden en het doorzoeken van verschillende databanken is gezocht naar bruikbare literatuur voor in de literatuurstudie. Voordat een artikel geschikt is moet het voldoen aan de gestelde inclusiecriteria welke hieronder worden genoemd.

**Zoekvragen**

Aan de hand van de centrale onderzoeksvraag en deelvragen zijn de volgende zoekvragen gebruikt:

* Wat is het verband tussen patiëntveiligheid en het melden van incidenten?
* Wat is de achtergrond van VIM?
* Wat zijn de meest voorkomende oorzaken van incidenten in ziekenhuizen?
* Hoeveel vermijdbare (zorg)schades bestaan er en hoe zijn deze verdeeld?
* Wat zijn de gevolgen van incidenten
* Welke factoren beïnvloeden de meldingsbereidheid?

**Zoekwoorden**

De volgende woorden weergeven in tabel 1, zijn gebruikt om literatuur te vinden. De woorden zijn gebruikt in combinatie met de booleaanse operatoren : AND/ EN.

Tabel 1: Zoekwoorden

|  |  |
| --- | --- |
| Nederlandse zoekwoorden | Veilig incident melden, meldingsbereidheid, patiëntveiligheid, (patiënt) veiligheidscultuur, ziekenhuis, verpleegkundigen, (vermijdbare) (zorg)schade, meldsysteem |
| Engelse zoekwoorden | Reporting incidents, report willingsness, patient safety (mesh terms), (patient) safety culture, hospital, nurses, adverse event, incident reporting systeem |

**Databanken en zoekmachines**

Via databanken, websites en boeken is gezocht naar geschikte literatuur. De databanken: Pubmed en Narcis zijn gebruikt. Tevens is gebruik gemaakt van de zoekmachine: Google Scholar. Ook is informatie gezocht op de site van de Inspectie voor Gezondheidszorg (IGZ), VMSzorg en NIVEL.

**Inclusiecriteria**

* Het artikel is Nederlands- of Engelstalig.
* Het artikel is gepubliceerd tussen 2008-heden, aangezien in 2008 het VMS is gestart met het meldsysteem. Tenzij wordt verwezen naar een relevante, oudere bron mag deze bron vanaf het jaar 2000 worden gebruikt, ook wel sneeuwbalmethode genoemd.
* Het artikel moet full tekst beschikbaar zijn.
* Het artikel moet als onderwerp, incidenten melden in de gezondheidszorg hebben.
* De setting van het artikel moet ziekenhuisgericht zijn.
* Artikelen uit verschillend landen mogen worden gebruikt, wel zal erop worden gelet dat het gaat om een soortgelijk meldsysteem als in Nederland.

## 2.2 Zoekboom

Aantal gevonden artikelen in totaal (N=52)

(N=36)

(N= 6)

(N=5)

16 artikelen

24 artikelen

5 artikelen

2 artkelen

Exclusie op basis van titel: 36

12

1

3

1 artikel geïncludeerd

2 artikelen geïncludeerd

1 artikel geïncludeerd

2 artikelen geïncludeerd

1. Heideveld-Chevalking, A. J., Calsbeek, H., Damen, J., Gooszen, H., & Wolff, A. P. (2014). *The impact of a standardized incident reporting system in the perioperative setting: a single center experience on 2563 ‘near-misses’ and adverse events.* Nijmegen: Radboud University Medical Center.
2. Howell, A. M., Burns, E. M., Bouras, G., Donaldson, L. J., Althanasiou, T., & Darzi, A. (2015). *Can Patient Safety Incident Reports Be Used to Compare Hospital Safety? Results from a Quantitative Analysis of the English National Reporting and Learning System Data*. London, United Kingdom: Imperial College St Mary’s Hospital.
3. Ruddy, R. M., Chamberlain, J. M., Mahajan, P. V., Funai, T., O’Connell, K. J., Blumberg, S., . . . Shaw, K. N. (2015). *Near misses and unsafe conditions reported in a Pediatric Emergency Research Network.* Amerika.
4. Polisena, J., Gagliardi, A., Urbach, D., Clifford, T., & Fiander, M. (2015). *Factors that influence the recognition, reporting and resolution of incidents related to medical devices and other healthcare technologies: a systematic review.* Canada.
5. Martowirono, K., Jansma, J. D., Van Luijk, S. J., Wagner, C., & Bijnen, A. B. (2012*). Possible solutions for barriers in incident reporting by residents.* Alkmaar, Nederland: Medisch Centrum Alkmaar.
6. Wagner, C., Merten, H., Zwaan, L., Lubberding, S., Timmermans, D., & Smits, M. (2016). *Unit-based incident reporting and root cause analysis: variation at three hospital unit types.* BMJ Open, 2016. Geraadpleegd op 15 januari 2018, van <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011277> **Sneeuwbalmethode:**
7. GGZ Nederland. (2012). *Handreiking VIM. Veilig incidenten melden en analyseren*. GGZ Nederland Amersfoort.
8. Inspectie voor Gezondheidszorg. (2016). *In openheid leren van meldingen.*
9. Kohn, L., Corrigan, J. & Donaldson, M. (2000). *To err is human. Building a safer health system.* Washington, DC : Institute of Medicine.
10. Langelaan, M., Broekens, M.A., De Bruijne, M.C., De Groot, J.F., Moesker, M.J., Porte, P.J., . . . Wagner, C. (2017). *Monitor Zorggerelateerde Schade 2015/2016. Dossieronderzoek bij overleden patiënten in Nederlandse ziekenhuizen.* Utrecht: EMGO+ Instituut/NIVEL.

Databank: zoektermen:

Pubmed: Reporting and incidents and nurse

Pubmed: Patient safety (mesh terms) and incident and reporting and hospital

Pubmed: Barriers and reporting and hospital and incident

Narcis: Incident and reporting and hospital

Exclusie op basis van abstract: 4

10

1

0

12 artikelen

14 artikelen

4 artikelen

2 artikelen

Exclusie op basis van fulltext artikel: 11

2

3

0

# 

1. Lawton, R., McEachan, R. R., Giles, S. J., Sirriyeh, R., Watt, I. S., & Wright, J. (2012). *Development of an evidence-based framework of factors contributing to patient safety incidents in hospital setting: a systematic review.* Leeds, United Kingdom: Institute of Psychological Sciences.
2. Legemaate, J., Christiaans-Dingelhoff, I., Doppegieter, R.M.S., & de Roode, R.P. (2006). *Melden van incidenten in de gezondheidszorg.* Utrecht.
3. Nursing. (2016). *Verpleegkundigen meer kans op burn-out na incident.* Geraadpleegd op 14 november 2017, van <https://www.nursing.nl/verpleegkundige-meer-risico-op-burn-out-na-incident/>
4. Reason, J. (2000). *Human error: models and management.* University of Manchester: Department of Psychology
5. Wagner, C., Smits, M., van Wagtendonk, I., Zwaan, L., Lubberding, S., Merten, H., & Timmermans, D.R.M. (2008). *Oorzaken van incidenten en onbedoelde schade in ziekenhuizen.* Amsterdam/Utrecht: EMGO Instituut/VUmc/NIVEL.

**Reeds in bezit:**

1. Den Ridder, K., Tuitert, Y., Van der Tuijn, Y., & Van Bon, A. (3e druk) (2016). *Patiëntveiligheid in de verpleegkunde.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

## 

Figuur 1: Zoekboom

## 2.3 Patiëntveiligheid

Patiëntveiligheid behoort tot de vereisten voor een goede zorg en is een continu proces gericht op verbeteringen. De definitie van patiëntveiligheid luidt als volgt: ‘’Het nagenoeg ontbreken van (de kans op) aan de patiënt toegebrachte (lichamelijke en/ of psychische) schade die is ontstaan door het niet volgens professionele standaard handelen van hulpverleners en/of door tekortkoming van het zorgsysteem’’ (Langelaan et al., 2017). In werkelijkheid betekent het dat zorgverleners bijdragen aan een zo veilig mogelijke zorgverlening. Om veiligheid op de werkvloer te verankeren en te verhogen hebben alle ziekenhuizen een geaccrediteerd of gecertificeerd veiligheidsmanagementsysteem. VMS creëert een vergroot het risicobewustzijn en biedt handvaten om risico’s in de praktijk te signaleren, analyseren, verbeteren en naderhand te evalueren (Den Ridder, Tuitert, Van der Tuijn, & Van Bon, 2016, p.33).

Uit onderzoek van Langelaan et al (2017) blijkt dat in 2015/2016 4,3 procent van de patiënten in Nederlandse ziekenhuizen te maken heeft gehad met potentieel vermijdbare schade. Potentieel vermijdbare schade houdt in dat de schade mogelijk voorkomen had kunnen worden, aangezien er sprake was van tekortkomingen in de organisatie van de zorg of suboptimale zorgverlening. Voorbeelden van tekortkomingen zijn de onderlinge communicatie of de toepassing van medische technologie. In hetzelfde jaar zijn circa 1035 patiënten overleden aan potentieel vermijdbare schade. Wat neerkomt op 3,1 procent van het aantal in het ziekenhuis overleden patiënten. In tabel 2 zijn de potentieel vermijdbare schade en sterfte in percentages weergegeven vanuit verschillende jaren. Vergeleken met de cijfers uit 2011/2012 zijn de potentieel vermijdbare schade en sterfte in de periode tot 2015/ 2016 niet verminderd maar gelijk gebleven (Langelaan et al., 2017).

Tabel 2: Overzicht potentieel vermijdbare schade en sterfte ( Langelaan et al., 2017).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Jaartal | 2004 | 2008 | 2011  2012 | 2015 2016 |
| Potentieel vermijdbare schade als percentage van alle overleden patiënten | 5,2 | 7,3 | 4,0 | 4,3 |
| Potentieel vermijdbare sterfte als percentage van alle overleden patiënten | 4,1 | 5,5 | 2,6 | 3,1 |

Een mogelijke reden hiervan zijn de complexere patiënten in het ziekenhuis. De komende jaren zijn effectieve verbetermogelijkheden en inspanningen nodig om de patiëntveiligheid verder te vergroten en het aantal potentiële vermijdbare schades en sterfte te verminderen. Dit kan door het verbeteren van veiligheidscultuur, onderlinge communicatie en met aandacht voor kennis en vaardigheden van opgeleide professionals (Langelaan et al., 2017).

## 2.4 Ontstaan van incidenten

Onveilige zorg en onveilige situaties kunnen leiden tot ‘adverse events’ ook wel zorg gerelateerde schade genoemd (Heideveld-Chevalking, Calsbeek, Damen, Gooszen, & Wolff, 2014). Dit is ‘’een onbedoelde uitkomst die is ontstaan door het (niet) handelen van een zorgverlener en of/ door het zorgsysteem met schade voor de patiënt zodanig ernstig dat er sprake is van een tijdelijke of permanente beperking dan wel overlijden van de patiënt’’ (Langelaan et al., 2017). Deze schade kan leiden tot verlenging of verhoging van de behandeling en opnameduur, waarbij fysiek, psychologisch of sociaal functieverlies optreedt en dit mogelijk de dood tot gevolg heeft. Een natuurlijke voortgang van een ziekte waarbij verslechtering optreedt wordt niet beschouwd als schade (Heideveld- Chevalking et al., 2014).

**[An external file that holds a picture, illustration, etc.
Object name is reaj26ja.f1.jpg](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/core/lw/2.0/html/tileshop_pmc/tileshop_pmc_inline.html?title=Click%20on%20image%20to%20zoom&p=PMC3&id=1117770_reaj26ja.f1.jpg)**

Figuur 2: ‘Het Zwitserse gatenkaasmodel’ (Reason, 2000)

Het ‘Zwitserse Gatenkaasmodel’ van James Reason (2000) afgebeeld in figuur 2 geeft weer hoe, ondanks verschillende veiligheidsmechanismen toch een incident kan ontstaan. Een incident wordt beschreven als ‘’een onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de patiënt heeft geleid of had kunnen leiden’’ (Langelaan et al., 2017). Veiligheidsbarrières zijn ingebouwd om ervoor te zorgen dat incidenten worden voorkomen. Wanneer deze barrières ontbreken of niet werken, kan dit leiden tot een incident. Ieder kaasblok heeft zijn eigen vakgebied en geeft de mogelijkheid om in te grijpen. Barrières kunnen onder andere bestaan uit alarmen, fysieke barrières, administratieve controle of menselijke barrières (Wagner et al., 2008).

Uit onderzoek blijkt dat enkele veel voorkomende factoren bijdragen aan incidenten. De meest genoemde factoren zijn afwijkingen van het beleid, fouten en vergissingen. Gevolgd door individuele factoren van de zorgverlener zoals onervarenheid, stress en attitude (Lawton et al., 2012). Deze fouten worden ook wel actieve fouten genoemd, dit houdt in dat het menselijke fouten zijn. Wat zich onderscheidt van latente fouten, welke gerelateerd zijn aan de organisatie en het zorgsysteem. Onder latente fouten vallen onvoldoende apparatuur of onwerkbare procedures (Reason, 2000). Als derde factor komt het communicatiesysteem aan de orde. Hieronder valt de effectiviteit voor de uitwisseling voor schriftelijke en mondelinge informatie (Lawton et al., 2012).

Incidentoorzaken kunnen worden onderverdeeld in vier categorieën: menselijke, organisatorische, technische en patiënt gerelateerde factoren. Uit onderzoek van Heideveld-Chevalking et al (2014) en Ruddy et al (2015) blijkt dat meer dan 68 procent van de oorzaken bij incidenten gerelateerd zijn aan menselijke factoren. Drieëntwintig procent is te wijten aan organisatorische factoren. Een klein percentage van twee procent is vanwege technische factoren zoals verkeerde of kapotte materialen en drie procent zijn patiënt gerelateerde factoren (Heideveld-Chevalking et al., 2014). Wel blijkt uit recent onderzoek dat incidenten vaak worden veroorzaakt door een combinatie van factoren. Het aandeel van de patiënt gerelateerde oorzaken is de laatste jaren flink gestegen, maar vaak niet vermijdbaar. Dit omdat patiënt gerelateerde oorzaken vaak te wijten zijn aan de leeftijd en comorbiditeit van de patiënten. Terwijl menselijke en organisatorische factoren wel te vermijden zijn. Mogelijkheden hiervoor zijn de professionele standaard beter volgen en processen goed te organiseren (Langelaan et al., 2017). Het niet naleven van standaardprocedures als richtlijnen, protocollen en instructies is de grootste oorzaak van gemelde incidenten (Heideveld-Chevalking et al., 2014). Hierop valt ook de grootste verbetering te halen (Ruddy et al., 2015).

## 2.5 Soorten incidenten

Verschillende vormen van ongewenste gebeurtenissen zijn te onderscheiden: incidenten, bijna- incidenten en calamiteiten (Langelaan et al., 2017). Zoals eerder beschreven wordt een incident

beschreven als ‘’een onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die heeft geleid, had kunnen leiden of zou kunnen leiden tot schade bij de patiënt’’ (IGZ, 2015). Een voorbeeld van een incident is wanneer een patiënt de medicatie van een andere patiënt heeft gekregen van de zorgverlener maar hier geen schade door heeft opgelopen. Daarnaast kan een bijna-incident ontstaan ook wel near-miss genoemd. Dit is ‘’een onbedoelde gebeurtenis die voor de patiënt geen nadelen oplevert omdat de gevolgen ervan op tijd zijn onderkend en gecorrigeerd en daarbij niet leiden tot nadelen/ schade voor de patiënt’’ (Heideveld- Chevalking et al., 2014). Een voorbeeld van een bijna-incident is het dubbel geven van medicatie doordat de eerste verpleegkundige vergeten is het medicijn af te tekenen, waarbij geen schade is ontstaan aan de patiënt (Den Ridder et al., 2016, p. 42). Een ernstig incident waarbij de patiënt is overleden of een ernstig schadelijk gevolg ondervindt’’, wordt een calamiteit genoemd. Een voorbeeld van een calamiteit is het missen van te hoge bloedsuikerwaarden in de dagcurve waardoor de patiënt overlijdt (IGZ, 2016).

## 2.6 Veilig incidenten melden

In 2008 is aan de hand van het VMS Veiligheidsprogramma gestart met het reduceren van de potentieel vermijdbare schade en sterfte in de Nederlandse ziekenhuizen. Waarbij het Veilig Incident Melden (VIM) en analyseren van incidentenoorzaken nadrukkelijk de aandacht kregen. VIM is een systeem voor het veilig melden, verzamelen en analyseren van incidenten (GGZ Nederland, 2012). Meldingen bevatten een belangrijke bron van informatie en kunnen bijdragen aan het vinden van problemen en gebreken in zorgprocessen en zorgsystemen. Het doel van een meldsysteem is om te leren van incidenten. Daarbij staat het verbeteren van de veiligheid en verhogen van de kwaliteit binnen de organisatie centraal (Den Ridder et al., 2016, p. 118-120).

Incidenten gaan eerst door verschillende fasen voordat ze leiden tot een leermoment. De eerste fase is de herstelfase waarin de schade van het incident zoveel mogelijk wordt beperkt en zichtbare oorzaken worden weggenomen. Vervolgens worden incidenten naderhand geanalyseerd door middel van retrospectieve incidentenanalyse. Waarbij achteraf gekeken wordt naar de mogelijke oorzaken van incidenten. Als laatst komt de verbeterfase waardoor verbeteracties kunnen worden opgezet naar aanleiding van de analyse. Dit maakt dat voorkomen kan worden dat incidenten zich herhalen (GGZ Nederland, 2012).

In de praktijk worden lang niet alle incidenten en bijna- incidenten gemeld, enkel een gedeelte komt aan bod (Den Ridder et al., 2016, p. 121). Niet melden betekent dat niet duidelijk is waarom iets is gebeurd waardoor er geen effectieve maatregelen kunnen worden genomen (Den Ridder et al., 2016, p. 43). Het percentage van het aantal meldingen laat niet alleen een afspiegeling zien van het aantal incidenten maar ook van de cultuur en het meldingsgedrag binnen de organisatie (Howell et al., 2015). De organisatie is zelf verantwoordelijk voor het definiëren van een incident en het duidelijk maken wat medewerkers moeten melden in het meldsysteem. Wanneer het uitgangspunt luidt dat zoveel mogelijk incidenten gemeld dienen te worden betekend dit vaak dat alles wat niet de bedoeling is in relatie tot patiëntenzorg gemeld wordt. Niet enkel de incidenten die tot schade voor patiënten of medewerkers hebben geleid maar ook bijna- incidenten en gesignaleerde veiligheidsrisico’s behoren hiertoe (Legemaate, Chritiaans-Dingelhoff, Doppegieter, & de Roode, 2006).

## 2.7 Analyse van incidenten

De informatie die de meldingen opleveren, kunnen op systematische manier worden geanalyseerd. Dit kan door middel van een retrospectieve incidentenanalyse met methodes zoals PRISMA (Prevention and Recovery Information System for Monitoring and Analysis) of SIRE (Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie) (Den Ridder et al., 2016, p. 118). Door middel van analyse wordt achteraf inzicht verkregen in hoe zorgprocessen verlopen en in de oorzaken van incidenten en bijna-incidenten (Den Ridder et al., 2016, p. 53). Ook bieden de meldingen inzichten in de frequentie en ernst van de gemelde oorzaken (GGZ Nederland, 2012).

Binnen de werkwijze van de PRISMA-methode wordt eerst met een oorzakenboom vastgesteld wat de basisoorzaken zijn van het geselecteerde incident (Den Ridder et al., 2016, p. 62). Hierbij wordt onderscheidt gemaakt tussen organisatorische, technische en menselijke factoren (Den Ridder et al., 2016, p. 55). Door deze oorzakenclassificatie wordt een PRISMA-profiel gevormd. Vervolgens wordt gekeken of er trends te herkennen zijn van veel voorkomende basisoorzaken. In een matrix worden oorzaken en verbeteracties aan elkaar gekoppeld. Hieruit wordt de meest effectieve maatregel gekozen welke kan worden toegepast en geïmplementeerd in de praktijk (Den Ridder et al., 2016, p. 62). Het analyseren per afdeling biedt sneller en meer gedetailleerde inzichten in de veiligheid op eigen afdeling. Dit maakt het verbeteren van de veiligheid gemakkelijker. Aangezien er significante verschillen bestaan in incidentoorzaken tussen verschillende afdelingen. Zo melden Interne Geneeskunde afdelingen meer medicatiegerichte incidenten waar het bij de Spoedeisende hulp vaak gaat om incidenten met betrekking op de samenwerking tussen afdelingen (Wagner et al., 2016).

## 2.8 Gevolgen van incidenten

Van de gemelde incidenten in een Nederlands ziekenhuis gedurende een periode van juli 2009 tot en met juli 2013 heeft 84 procent van de gevallen geen patiëntschade of vertraging van de behandeling opgelopen. Bij zestien procent van de incidentmeldingen werden daadwerkelijke gevolgen ervaren van de incidenten. Van alle gevallen waar patiëntschade voorkomt, is 66 procent gecategoriseerd als marginaal ernstig. Dit houdt in dat de patiënt minimale patiëntschade of pijn heeft ervaren. Vijfentwintig procent van de meldingen kon bestempeld worden als ernstig, waarbij de patiënt tijdelijke schade of ernstige pijn heeft ondervonden. Acht procent van de gevallen behoorden tot de categorie met zeer ernstige gevolgen. Waarbij permanente patiëntschade was ontstaan of een grote interventie zoals een heroperatie, behandeling of verlengde opnameduur nodig was. Minder dan een procent van de meldingen is gecategoriseerd als catastrofaal, met een fatale afloop. Ook blijkt dat het grootste gedeelte van de gemelde incidenten zich met veertig procent binnen een paar weken weer zou voordoen (Heideveld- Chevalking et al., 2014).

[[1]](#endnote-1)Niet enkel zorgvragers en betrokken familieleden ervaren gevolgen van incidenten. Ook professionals en de organisatie waar het incident plaatsvindt kunnen impact van een incident ondervinden. Betrokken professionals kunnen een trauma oplopen nadat een incident zich heeft voorgedaan (Den Ridder et al., 2016, p. 121). Bovendien hebben professionals die de afgelopen zes maanden betrokken zijn geweest bij een incident een hoger risico om een burn-out te krijgen. Hoe ernstiger de patiëntschade, des te hoger de impact is op de zorgverlener (Nursing, 2016).

## 2.9 Benodigde elementen

Voordat een afdeling kan starten met VIM moet eerst aan een aantal voorwaarden binnen de instelling worden voldaan. Een afdelingscommissie is nodig waardoor gezamenlijk binnengekomen meldingen worden geanalyseerd. Waarin verschillende disciplines werkzaam zijn zoals verpleegkundigen, artsen, leidinggevenden, voedingsassistenten en een secretaresse voor de verslaglegging (Den Ridder et al., 2016, p. 48).

Voor het functioneren van een systeem en proces is het nodig dat randvoorwaarden worden opgesteld. Van tevoren worden afspraken gemaakt binnen de commissie over verantwoordelijkheden, taken en bevoegdheden. Hierdoor weet ieder lid wat men van hem verwacht. Ook praktische zaken zullen worden vastgesteld in een werkplan zoals het minimaal aantal leden en de frequentie van vergaderen. Ook zullen tijd en een werkplaats gerealiseerd moeten worden voor de analyse van meldingen en besprekingen. Als laatst is voor VIM een meldformulier nodig, waarmee medewerkers incidenten kunnen melden (Den Ridder et al., 2016, p. 48). Gestelde eisen aan dit formulier zijn: de vermelding van datum, tijd, locatie van het incident met de toedracht en mogelijke oorzaken van het incident. Ook de gevolgen voor de patiënt of medewerker, ernst van het letsel en een korte omschrijving van het incident. Eventueel nog gevolgd met de genomen maatregelen om herhaling te voorkomen (GGZ Nederland, 2012).

Vervolgens moet voorlichting worden gegeven aan de medewerkers op de afdeling. Dit om aandacht te vragen voor het onderwerp. Medewerkers worden geïnformeerd over de werkwijze en het doel van de methode. Het is hierbij belangrijk dat medewerkers inzien dat zij een bijdrage kunnen leveren aan de patiëntveiligheid. Als laatst is het vooral belangrijk om het onderwerp positief te houden (Den Ridder et al., 2016, p. 48). Naast praktische zaken moeten ook andere benodigdheden aanwezig zijn zoals een veilige cultuur voor medewerkers. De organisatie moet uitstralen dat vertrouwelijk wordt omgegaan met meldingen (GGZ Nederland, 2012). Ook moet er juridische bescherming zijn voor de melder en privacy voor de betrokken personen. Het is belangrijk dat wordt vermeld dat VIM alleen gebruikt wordt om inzichten in incidenten te verkrijgen. Wel blijven medewerkers zelf verantwoordelijk voor opzettelijke fouten en grove nalatigheid (GGZ Nederland, 2012). Als laatst is het belangrijk dat definities omtrent incidentmeldingen helder zijn, zodat dit voor iedereen duidelijk is en resultaten vergelijkbaar zijn (Heideveld-Chevalking et al., 2014).

## 2.10 Veiligheidscultuur

Een belangrijke meespelende factor in het melden van incidenten is de veiligheidscultuur. Een positieve veiligheidscultuur is geassocieerd met een toenemende bereidheid om incidenten te melden (Heideveld-Chevalking et al., 2014). Volgens het Amerikaanse Institute of Medicine luidt de definitie van patiëntveiligheidscultuur als volgt: ‘’Het geheel van normen, waarden, opvattingen en omgangsvormen ten aanzien van patiëntveiligheid’’ (Kohn, Corrigan & Donaldson, 2000).

Belangrijk aan een patiëntveiligheidscultuur is dat bij een meldsysteem de schuldvraag niet wordt gesteld. Zorgverleners horen binnen een meld- en leersysteem gestimuleerd te worden om incidenten te melden en te bespreken, de openheid van zorgverleners moet worden beloond. Hierbij hoeft men niet angstig te zijn voor negatieve maatregelen, juridische procedures of om afgerekend te worden op fouten en incidenten (Den Ridder et al., 2016, p. 120).

Hierbij zijn de normen en waarden gericht op het zoeken naar de oorzaken van de fouten en het leren van de ongewenste uitkomst. Dit maakt dat een omgeving wordt gecreëerd waarin zorgverleners zich vrij en veilig voelen om zwakke plekken te melden. Voor het management en de leidinggevenden is een belangrijke rol weggelegd als het gaat om het creëren van een rechtvaardige en ondersteunende veiligheidscultuur waarin men incidenten meldt en bespreekbaar maakt. Hiervoor is veel inzet van zowel leidinggevenden als verpleegkundigen nodig. Veel leed kan worden voorkomen wanneer een cultuur aanwezig is waar men communiceert, van elkaar leert en open en betrokken is naar elkaar (Den Ridder et al., 2016, p. 190). Een veiligheidscultuur is een belangrijk element van een veiligheidsmanagementsysteem (Den Ridder et al., 2016, p. 134).

Bij een veiligheidscultuur horen vier kenmerken. Dit houdt in dat medewerkers rechtvaardig en open met elkaar om gaan en weten de medewerkers hoe men elkaar aanspreekt. Daarbij zijn het flexibel en lerend zijn van de organisatie twee kenmerken. De organisatie houdt hierbij rekening met de situatie en medewerkers in het vormen van een reactie. Tenslotte is het rapporteren een onderdeel waarbij het vertrouwen, de bereidheid en de mogelijkheid om te melden zonder angst aanwezig zijn (Den Ridder et al., 2016, p. 120).

## 2.11 Meldingsbereidheid

Een belangrijke zwakte van incidenten melden is onderrapportage. Lang niet alle incidenten worden gemeld, geschat wordt dat vier tot vijftig procent van alle incidenten wordt gemeld. Voor zorgverleners bestaan verscheidene redenen en barrières om incidenten niet te melden (Heideveld-Chevalking et al., 2014). Veel voorkomende redenen om niet te melden zijn een gebrek aan kennis en bewustzijn over wat en hoe te melden en hoe de meldingen gebruikt zullen worden. Maar ook angst van zorgmedewerkers voor persoonlijke schade, afstraffing of maatregelen voor de gemaakte fout. Daarbij wordt een gebrek aan tijd ook genoemd als veel voorkomende barrière in het melden van incidenten (Polisena, Gagliardi, Urbach, Clifford, & Fiander, 2015). Redenen waarom niet alle incidenten worden gemeld zijn onder te verdelen in de volgende categorieën: een negatieve houding ten opzichte van incidenten melden, het ervaren van een niet stimulerende cultuur en vanwege een gebrek aan waarnemend vermogen om te melden (Martowirono, Jansma, Van Luijk, Wagner, & Bijnen, 2012).

Onder een negatieve houding tegenover melden behoren meerdere factoren. De tijd die het kost om een incident te melden en het krijgen van een extra administratieve taak. Waarbij de tijd liever wordt besteed aan relevante medische taken. Ten tweede weten zorgverleners niet altijd de definitie van een meldbaar incident. Daarom is het onduidelijk wat wel en niet gemeld hoeft te worden. Verdere punten die een rol spelen zijn een gebrek aan feedback op meldingen en het ontbreken van zichtbare veranderingen (Martowirono et al., 2012). Hierdoor kunnen zorgverleners de beleving hebben dat het melden van incidenten de patiëntveiligheid niet verbeterd (Polisena et al., 2015). Tenslotte worden incidenten niet gerapporteerd vanwege angst voor onaangename arbeidsomstandigheden en wettelijke aansprakelijkheid (Martowirono et al., 2012).

Het ervaren van een niet stimulerende meldcultuur kan ook een barrière zijn om niet te melden. Wanneer melden vanuit de leidinggevende niet gestimuleerd wordt, kan dit als barrière worden gezien (Martowirono et al., 2012). Ook een gebrek aan organisatorische ondersteuning aan professionals speelt een rol (Polisena et al., 2015). Als derde worden incidenten niet gemeld vanwege een gebrek aan waarnemend vermogen. Dit kan zijn omdat er gewoonweg niet aan gedacht wordt of een gebrek aan kennis is over hoe een incident gemeld moet worden. Vaak werd genoemd dat de meldprocedure niet als gebruiksvriendelijk wordt ervaren. Het systeem is te gecompliceerd en zo kost het invullen van een formulier te veel tijd (Martowirono et al., 2012).

## 2.12 Stimulans voor meldingsbereidheid

Verschillende factoren kunnen een positief effect hebben op de meldingsbereidheid van incidenten door zorgverleners. De eerste stimulans is het gebruik van een duidelijk en toegankelijk elektronisch systeem waarmee gemeld kan worden. Als tweede is het geven van feedback op de melding (Polisena et al., 2015) en het informeren over de ondernomen acties naar aanleiding van het gemelde incident een stimulans (Howell et al., 2015). Als laatst is het belangrijk dat zorgverleners weten wat er gemeld moet worden en hoe dit hoort te gebeuren. Dit kan door het opstellen van duidelijke richtlijnen of afspraken en een training. Op deze manier zijn er geen twijfels over wat meldbaar is en hoe er gemeld kan worden. Het gebruik van deze strategieën zijn een stimulans voor een hogere meldingsbereidheid (Polisena et al., 2015).

Daarnaast bestaan nog meer interventies mogelijk ter verbetering van het erkennen en melden van incidenten door zorgverleners. Het wettelijk beschermen van de melder is een optie, net als het anoniem kunnen melden. Zorgverleners hoeven hierdoor niet angstig te zijn voor de consequenties en eventueel negatieve sancties (Polisena et al., 2015). Daarnaast zorgt een open cultuur waarin de organisatie aanmoedigt om te melden ervoor dat professionals meer zullen melden (Howel et al., 2015). Dit is zeker het geval wanneer medewerkers een niet beschuldigende omgeving ervaren. Een andere mogelijkheid is het continu monitoren van prestaties op gebied van veiligheid. Door deze prestaties te evalueren en bespreekbaar te maken tijdens een werkoverleg werkt dit als een stimulans. Een hogere personeelsbezetting en beloningen hebben ook positieve invloed op de meldingsbereidheid (Polisena et al., 2015).

## 2.13 Samenvatting literatuur

VIM is een onderdeel van het veiligheidsmanagementsysteem wat zijn bijdrage levert aan de patiëntveiligheid en veilige zorg. Incidenten kunnen verschillende ongewenste uitkomsten als gevolg hebben met verschil in zwaarte. Het melden van incidenten levert informatie op over onveilige situaties op de werkvloer waardoor verbeteracties hierop kunnen inspelen. Bekend is dat door verschillende factoren maar een deel van alle incidenten wordt gemeld. Hierin speelt de omgeving en het ervaren van een veiligheidscultuur een grote rol. Maar ook angst voor de reactie en maatregelen op de fout, het niet hebben van de juiste kennis om te melden en een negatieve houding ten opzichte van het melden zijn van belang. Enkele factoren kunnen barrières tot het melden wegnemen. Namelijk het gebruik van een duidelijk meldsysteem, het evalueren van incidenten, het betrekken van medewerkers en duidelijke afspraken werken hieraan mee.

# 3. Methode

In dit hoofdstuk wordt de methode van het onderzoek beschreven. Hierin wordt duidelijk wat het onderzoektype en ontwerp zijn, welke populatie tot het onderzoek behoort en de plaats en tijd waar dit onderzoek heeft plaatsgevonden. Vervolgens komt de manier van dataverzameling en dataverwerking aan bod. Gevolgd door een beschrijving hoe de betrouwbaarheid en validiteit zijn gewaarborgd. Hierna volgen de juridische en ethische aspecten en de wijze van rapportage.

## 3.1 Onderzoekstype en onderzoeksontwerp

Om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag: ‘’Welke factoren zijn van invloed op het veilig incident melden op de afdeling Interne Geneeskunde in het Admiraal de Ruyter Ziekenhuis?’’ is met een kwantitatieve methode onderzoek gedaan. Door middel van een surveyonderzoek zijn cijfermatige gegevens verzameld. Hierbij is gebruik gemaakt van een vooraf vastgestelde enquête. Het meetinstrument betreft een zelf opgestelde enquête op basis van de literatuur uit het theoretisch kader. De gegevens welke zijn verzamelend met het enquêteonderzoek gaan over meningen, houdingen en kennis van de personen uit de steekproef. Er is gekozen voor meningen, houdingen en kennis van de verpleegkundigen omdat deze drie aspecten een rol spelen bij het wel of niet melden van incidenten. Met deze gegevens is de onderzoeksvraag beantwoord en uiteindelijk fungeert dit als basis voor de aanbevelingen aan zowel de praktijk als de onderwijsinstellingen. Na de gegevensverzameling is de data geanalyseerd met statische technieken.

Het grootste gedeelte van de enquête bestaat uit vragen met een beperkt aantal antwoordmogelijkheden. Hiervoor is in de meeste gevallen een Likert-schaal gebruikt. De Likert- schaal bestaat uit vijf punten. Hierbij bestaan de antwoordmogelijkheden uit: zeer mee eens, mee eens, neutraal, mee oneens en zeer mee oneens. Andere antwoordmogelijkheden zijn meerkeuze antwoorden en open antwoordmogelijkheden. De vragen hebben allemaal betrekking op het melden van incidenten. Het gebruik maken van een kwantitatieve methode heeft ervoor gezorgd dat een groter aantal respondenten heeft deelgenomen aan het onderzoek.

## 3.2 Onderzoekspopulatie

Het kwantitatieve onderzoek heeft plaatsgevonden onder verpleegkundigen werkzaam in het Admiraal de Ruyter Ziekenhuis, te Goes. Er is gebruik gemaakt van een clustersteekproef, dit betreft een bestaande groep. In dit geval bestaat de clustersteekproef uit een team verpleegkundigen van dezelfde afdeling. De verpleegkundigen moesten binnen de inclusiecriteria vallen. Het gaat hierbij om de kennis, ervaring en meningen van zorgverleners. De inclusiecriteria voorafgaand aan het onderzoek zijn:

* Verpleegkundigen zijn werkzaam zijn op de afdeling Interne Geneeskunde.
* Verpleegkundigen doen vrijwillig mee met het enquêteonderzoek.
* Verpleegkundigen zijn minimaal een maand werkzaam zijn op de afdeling.
* Verpleegkundigen zijn BIG-geregistreerd.
* Verpleegkundigen met niveau 4 en 5, en ook verpleegkundig specialisten.
* Leidinggevenden en management, welke voldoen aan bovengenoemde criteria.

## 3.3 Plaats en tijd

Het onderzoek is gestart in september 2017 en is eind mei 2018 afgerond. In september is gestart met de voorbereidingen en het schrijven van een onderzoeksvoorstel. Vanaf februari 2018 is het praktijkgedeelte van het onderzoek gestart. Dit liep gelijktijdig aan de afstudeerstage in het Admiraal de Ruyter Ziekenhuis te Goes. Het onderzoek heeft plaatsgevonden op de afdeling Interne Geneeskunde waar in februari de enquêtes werden verspreid. Het verspreiden en invullen van de enquêtes startte op 12 februari en liep tot en met 4 maart. Vanaf maart zijn de resultaten uit de enquêtes geanalyseerd en verwerkt in het onderzoeksverslag. Eind mei is het onderzoeksverslag ingeleverd, waarna in juni de scriptie zal worden gepresenteerd aan de jury. De presentatie zal plaatsvinden op HZ University of Applied Sciences te Vlissingen.

## 3.4 Wijze van dataverzameling

Door het afnemen van een zelf ontworpen enquête zijn de gegevens verzameld. De enquête is terug te vinden in bijlage twee samen met het operationalisatie-schema in bijlage drie. De vragen in de enquête zijn opgesteld na het verzamelen van de literatuur, welke beschreven is in het theoretisch kader. Het gebruik van zoekwoorden in de databanken en de sneeuwbalmethode hebben ervoor gezorgd dat literatuur is verzameld. Hierdoor zijn factoren belicht en bevraagd welke van belang zijn voor de meldingsbereidheid bij het melden van incidenten. Door middel van operationalisatie van de onderzoeksvraag is ervoor gezorgd dat de literatuur is omgezet in meetbare begrippen in de enquête. De enquête is onderverdeeld in verschillende thema’s welke betrekking hebben op de onderzoeksvraag en bijbehorende deelvragen. Deze thema’s worden in de volgende alinea achtereenvolgend beschreven. De enquêtes zijn schriftelijk verspreid omdat dit vermoedelijk voor een hogere respons heeft gezorgd dan een digitale enquêtes. Dit omdat schriftelijke enquêtes tijdens een werkdienst persoonlijk zijn gegeven. Tijdens het uitdelen van de enquêtes is persoonlijk een mondelinge toelichting gegeven met de nut en noodzaak van het onderzoek, waardoor de verpleegkundigen op de afdeling Interne Geneeskunde op de hoogte waren van het afstudeeronderzoek en een bijdrage konden leveren aan de resultaten van het onderzoek. Door middel van mondelinge navraag en het versturen van een email met een herinnering aan het invullen van de enquête zijn verpleegkundigen geattendeerd op het invullen van de enquête.

De enquête bestaat uit 29 vragen en start met een aantal algemene vragen om een beeld te krijgen van de respondenten. Als tweede komt het thema patiëntveiligheid aan de orde. Gevolgd door vragen over incidenten om een beeld te krijgen wat de frequentie van voorkomen van incidenten en meldingen is. Vervolgens komen twee vragen waarbij respondenten konden aangeven wat voor hen de redenen zijn om niet te melden en wat hen zou stimuleren om dit wel te doen. Hierna volgt het thema kennis en de betrokkenheid van verpleegkundigen bij het melden van incidenten. Vervolgens is de cultuur op de afdeling bevraagd en komt de rol van het management en de organisatie aan bod. Aansluitend komen de thema’s techniek en persoonlijke kwesties aan de orde. Ten slotte bestond de mogelijk om opmerkingen of suggesties te vermelden.

De onderzoekspopulatie is in februari persoonlijk benaderd om deel te nemen aan het enquêteonderzoek. Hierna zijn een aantal weken gebruikt voor het invullen en terugkrijgen van de enquêtes. Door middel van herinneringen aan de onderzoekspopulatie en het attenderen op het belang van de respons is gestreefd een zo groot mogelijke groep respondenten te bereiken. Volgens B. Hagg (persoonlijke communicatie, 16 januari 2018) zijn op de afdeling Interne Geneeskunde 31 verpleegkundigen werkzaam. Gestreefd werd naar twintig of meer respondenten dat zou deelnemen aan het enquêteonderzoek dit komt neer op vijfenzestig procent van het aantal werkzame verpleegkundigen op de afdeling. Dit omdat bij zestig procent al meer dan de helft van de verpleegkundigen heeft deelgenomen aan het onderzoek. Natuurlijk is gestreefd om een zo groot mogelijk groep verpleegkundigen deel te laten nemen omdat dit de betrouwbaarheid van het onderzoek zou verhogen. De respondenten werden bedankt en beloond voor het deelnemen aan het onderzoek. De beloning bestond uit een traktatie aan de verpleegkundigen wanneer meer dan vijfenzestig procent van de werkzame verpleegkundigen had deelgenomen aan het onderzoek. De enquêtes zullen gedurende vijf jaar lang zorgvuldig worden bewaard in een speciale map. Enkel de onderzoeker beschikt over de enquêtes waardoor de anonimiteit van de respondenten wordt gewaarborgd.

## 3.5 Wijze van dataverwerking

De gegevens vanuit de verzamelde enquêtes zijn geanalyseerd met het computerprogramma IBM SPSS Statistics Data Editor 23 (Statistical Package for the Social Sciences). Als eerst is een codeboek gemaakt waarin de vragen van de enquête, stuk voor stuk zijn ingevoerd en geanalyseerd. In het codeboek zijn vragen omgezet naar bruikbare variabelen. Waarbij elke variabele zijn eigen meetniveau heeft gekregen. Missende antwoorden, doordat vragen niet zijn beantwoord zijn niet meegerekend door middel van invoering van het getal 999. Op deze manier is het antwoord niet meegenomen in de resultaten. Het codeboek is weergeven in bijlage vier. De antwoorden van de open vragen zijn verwerkt met het programma Microsoft Excel 2010. De antwoorden zijn gerangschikt naar de mate van voorkomen. Hierdoor is een prioritering ontstaan waardoor inzichtelijk is geworden welke antwoorden het vaakst voorkomen. Hieruit zijn mogelijke conclusies getrokken. De resultaten zijn op een duidelijke manier gepresenteerd in het onderzoeksverslag door gebruik te maken van grafieken, diagrammen en figuren.

## 3.6 Betrouwbaarheid en validiteit

Hieronder staat beschreven hoe de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek zijn bevorderd en daarmee bijdragen aan de kwaliteit van het onderzoek.

**De betrouwbaarheid** van een onderzoek geeft aan in hoeverre het onderzoek vrij is van toevallige fouten. Het onderzoek moet voldoen aan de herhaalbaarheidseis. Dit houdt in dat het onderzoek bij herhaling door een andere onderzoeker met andere proefpersonen moet leiden tot vergelijkbare resultaten (Verhoeven, 2014). De betrouwbaarheid is in dit geval vergroot door standaardisering, peerfeedback en de rapportage. Door zo veel mogelijk respondenten, welke voldeden aan de inclusiecriteria te stimuleren mee te doen aan het onderzoek, is een zo groot mogelijke steekproef gerealiseerd. Het betrekken van zo veel mogelijk respondenten heeft gezorgd voor zoveel mogelijk resultaten en gegevens. Hierdoor zijn uitspraken over resultaten nauwkeuriger en daarbij betrouwbaarder. Standaardisering binnen het onderzoek is gerealiseerd door bij de dataverzameling en dataverwerking gebruik te hebben gemaakt van standaard methoden zoals het gebruiken van een van te voren vastgestelde enquête om de dataverzameling te realiseren. De verzamelde gegevens zijn geanalyseerd met behulp het programma SPSS.

Door gebruik te hebben gemaakt van de peergroup waarin collega-onderzoekers zitten, is kritisch gekeken en feedback verkregen voor het onderzoek. Ook het afnemen van een proefenquête in de peergroup heeft ervoor gezorgd dat de kans op toevallige fouten is geminimaliseerd. Als laatst zijn tijdens het gehele onderzoek waaronder de uitvoering alle vordering, keuzes en veranderingen nauwkeurig beschreven in de rapportage. Bij herhaling van het onderzoek hoeven deze fouten niet opnieuw gemaakt te worden, wat heeft bijgedragen aan een verhoging van de betrouwbaarheid.

**Validiteit** is de mate waarin het onderzoek vrij is van systematische fouten. Dit betekent ook wel de geldigheid van het onderzoek (Verhoeven, 2014). Hierbij is vooral gekeken naar de geldigheid van het meetinstrument en van de onderzoeksgroep.

**Interne validiteit** is de mate waarin de juiste conclusies getrokken kunnen worden. In dit onderzoek is de interne validiteit vergroot doordat de enquêtes in een korte periode zijn uitgezet waardoor voorkomen is dat veranderingen binnen de onderzoeksgroep hebben plaatsgevonden. Ook is het meetinstrument tussentijds niet aangepast. Sociaal wenselijke antwoorden zijn zoveel mogelijk voorkomen doordat de respondenten de enquête anoniem hebben ingevuld. Er is geen sprake geweest van druk uit de organisatie op het geven van wenselijke antwoorden aangezien respondenten vrij waren de enquête op eigen initiatief in te vullen. Hierbij hebben leidinggevenden of de organisatie van het ziekenhuis geen rol gespeeld. Sociaal wenselijke antwoorden geven een vertekend beeld van de resultaten en hebben hierdoor negatieve invloed op de validiteit van het onderzoek.

**Externe validiteit** is de mate waarin een steekproef representatief is en daardoor kan worden gegeneraliseerd op een grotere populatie. De steekproef voldoet aan een aantal kenmerken welke relevant zijn voor het onderzoek. Tot de steekproef behoren verpleegkundigen van de Interne Geneeskunde afdeling in Goes. De steekproef komt overeen met de populatie op reguliere verpleegafdelingen in het ziekenhuis. Waardoor dit een reële afspiegeling vormt met de werkelijkheid. Uitspraken afkomstig uit dit onderzoek kunnen vanwege de kleine steekproef niet gegeneraliseerd worden op een grotere populatie zoals het gehele Admiraal de Ruyter ziekenhuis maar zijn wel indicatief. De uitspraken kunnen altijd gebruikt worden voor de eigen afdeling.

**Begripsvaliditeit** houdt in dat het gebruikte meetinstrument daadwerkelijk meet wat er gemeten moet worden. Begrippen en definities in de enquête zijn eerst verduidelijkt door een bijgevoegde schriftelijke toelichting. Hierdoor is voorkomen dat verschillen zijn ontstaan in opvattingen wat tot verkeerde antwoorden had kunnen leiden. De verkregen gegevens uit de enquête kunnen de onderzoeksvraag beantwoorden. Dit is mogelijk doordat de vragen in de enquête verband hielden met de onderzoeksvraag. Hierop is gelet tijdens het ontwerpen van het meetinstrument.

## 3.7 Juridische en ethische aspecten

Voordat het onderzoek is uitgevoerd is toestemming gevraagd aan de contactpersoon van het Admiraal de Ruyter Ziekenhuis. Het toestemmingsformulier is ondertekend en bijgevoegd in bijlage een. Het startdocument en het onderzoeksvoorstel zijn eerst goedgekeurd door de begeleidend docente van de opleiding bachelor verpleegkunde. Na deze toestemming is het onderzoeksvoorstel toegestuurd aan de contactpersoon van het ADRZ. De zorgverleners op de Interne Geneeskunde afdeling zijn geïnformeerd over het afstudeeronderzoek en de bijbehorende enquête. Verpleegkundigen waren vrij om mee te doen, of konden weigeren deel te nemen aan het enquêteonderzoek. Privacygevoelige gegevens zijn integer en met respect behandeld. Respondenten konden anoniem meedoen en de enquêtes zijn anoniem geanalyseerd. Na het onderzoek zijn emailadressen van respondenten en privacygevoelige gegevens gewist.

## 

# 4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten weergeven van het enquêteonderzoek. Na de dataverzameling zijn de data verwerkt en geanalyseerd. Allereerst worden de kenmerken van de respondenten weergeven. Vervolgens worden de resultaten verder uitgewerkt per thema.

## 4.1 Kenmerken van de respondenten

Aan het schriftelijk enquêteonderzoek hebben verpleegkundigen van de afdeling Interne Geneeskunde deelgenomen. Aan de hand van een mondelinge toelichting en het versturen van een email aan het gehele team van de afdeling zijn 31 verpleegkundigen benaderd. Hierbij is een respons verkregen van 23 verpleegkundigen. Dit komt neer op een responspercentage van 74 procent. De data van de verpleegkundigen en andere vragen uit de enquête zijn verwerkt in het codeboek.

In tabel 3 zijn de persoonskenmerken van de respondenten weergeven. De gemiddelde leeftijd van de respondenten is 33 jaar, variërend binnen een minimum leeftijd van twintig tot 61 jaar. Onder de respondenten is 82 procent (N=18) vrouw en 18 procent (N=4) man. Tweeëntachtig procent (N=18) van de respondenten is werkzaam als verpleegkundige niveau vier, veertien procent (N=3) is verpleegkundige niveau vijf en de overige vijf procent (N=1) heeft een leidinggevende of managementfunctie. Gemiddeld is een respondent 5,9 jaar werkzaam op deze afdeling.

Tabel 3: Persoonskenmerken van de respondenten, N=22.

|  |  |
| --- | --- |
| Persoonskenmerken | N (%) |
| Geslacht:  Man  Vrouw | 4 (18%)  18 (82%) |
| Functie op de afdeling:  Verpleegkundige niveau 4  Verpleegkundige niveau 5  Leidinggevende | 18 (82%)  3 (14%)  1 (5%) |
| Gemiddelde leeftijd in jaren  Minimale leeftijd  Maximale leeftijd | 33 jaar  20 jaar  61 jaar |
| Gemiddelde functieperiode in jaren | 5,9 jaar werkzaam |

## 4.2 Patiëntveiligheid op de afdeling

Met de enquête is navraag gedaan hoe het gesteld is met de houding ten opzichte van patiëntveiligheid. Zevenentachtig procent (N=20) van de verpleegkundigen geeft aan dat er actief gewerkt wordt aan de patiëntveiligheid op de afdeling. Daarbij is ook gekeken of verpleegkundigen zich betrokken voelen bij verbeteringen en processen rondom de patiëntveiligheid. Zeventig procent (N=16) reageert positief en voelt zich betrokken bij de verbeteringen en processen rondom patiëntveiligheid, zeventien procent (N=4) reageert neutraal en de overige dertien procent (N=3) voelt zich niet betrokken bij verbeteringen en processen rondom patiëntveiligheid. De resultaten zijn weergeven in figuur 3.

Figuur 3: Houding naar patiëntveiligheid, N=23.

## 4.3 Frequentie voorkomen incidenten en meldingen

In de enquête zijn enkele vragen gesteld met betrekking tot incidenten op de werkplek. Hierbij is gevraagd hoe vaak verpleegkundigen incidenten hebben meegemaakt, hoe vaak verpleegkundigen een incident hebben gemeld en hoeveel procent van de incidenten daadwerkelijk gemeld wordt. Op de vraag: ‘Hoe vaak heeft u in de afgelopen 12 maanden incidenten meegemaakt?’ Geeft zeventien procent (N=4) van de verpleegkundigen aan 1-2 keer een incident te hebben meegemaakt. Zesentwintig procent (N=6) van de verpleegkundigen geeft aan 3-5 incidenten te hebben meegemaakt en 26 procent (N=6) heeft 6-10 keer een incident meegemaakt. Dertien procent (N=3) heeft 11-20 incidenten meegemaakt en zeventien procent (N=4) geeft aan meer dan 20 incidenten te hebben meegemaakt. In figuur 4 is inzichtelijk gemaakt hoe vaak verpleegkundigen incidenten hebben meegemaakt.

Figuur 4: Frequentie meemaken en melden van incidenten, N=23.

Zeventien procent (N=4) van de verpleegkundigen geeft aan geen incidenten te hebben gemeld, 30 procent (N=7) zegt een of twee keer een VIM ingevuld en ingediend te hebben. Dertig procent (N=7) van de verpleegkundigen geeft aan 3-5 keer een incident te hebben gemeld. Dertien procent (N=3) zegt 6-10 keer een incident te hebben gemeld en negen procent (N=2) geeft aan 11-20 keer een melding te hebben gemaakt in de afgelopen twaalf maanden. Bovenstaande resultaten zijn weergeven in figuur 4.

Van de verpleegkundigen meldt 30 procent (N=7) alle incidenten van de meegemaakte incidenten, 30 procent (N=7) meldt de meeste incidenten en 22 procent (N=5) zegt sommige incidenten te melden. Gevolgd door vier procent (N=1) wie een klein deel van de incidenten meldt en dertien procent (N=3) van de verpleegkundigen geeft aan geen incidenten te melden. Het melden van de meeste incidenten wordt in dit onderzoek beschouwd als 75 procent van de incidenten. Sommige incidenten worden beschouwd als 50 procent van de meegemaakte incidenten en een klein deel wordt beschouwd als 25 procent van de meegemaakte incidenten. Figuur 5 laat zien hoeveel procent van de meegemaakte incidenten gemeld worden.

Figuur 5: Frequentie incidentmeldingen, N=23.

## 4.4 Redenen om niet te melden

Door 45 procent (N=17) van de verpleegkundigen wordt tijdsgebrek genoemd als reden om incidenten niet te melden. Gevolgd door achttien procent (N=7) van de verpleegkundigen voor wie er geen redenen zijn om niet te melden en daarom altijd een melding van een incident doen. Andere redenen om niet te melden zijn beide met dertien procent (N=5) het niet denken aan het melden of het niet hebben van prioriteit in het werk. Andere genoemde redenen zijn het niet nuttig zijn van een melding, niet of nauwelijks een reactie krijgen of andere redenen. Figuur 6 geeft een duidelijk beeld van de redenen voor verpleegkundigen om incidenten niet te melden.

Figuur 6: Redenen om niet te melden, N=23.

## 4.5 Stimulans voor het melden

Verpleegkundigen hebben een aantal factoren genoemd waardoor meer incidenten gemeld zullen worden. Tweeëntwintig procent (N=5) van de verpleegkundigen geeft aan dat een duidelijk en toegankelijk systeem om te melden de meldingsbereidheid zal verhogen. Hiernaast geeft 22 procent (N=5) van de verpleegkundigen aan dat meer tijd om incidenten te melden een stimulans zal zijn. Met zeventien procent (N=4) noemt men het ontvangen van feedback omtrent verbeteracties naar aanleiding van meldingen als stimulans. Gevolgd met dertien procent (N=3) door het evalueren van meldingen, het anoniem kunnen melden met negen procent (N=2) en het ervaren van een veilige en open cultuur met negen procent (N=2). Vier procent (N=1) geeft aan dat een scholing zou helpen om beter te weten wat er gemeld moet worden en hoe dit dient te gebeuren. De andere vier procent (N=1) weet het niet. Bovengenoemde resultaten zijn terug te zien in figuur 7.

Figuur 7: Stimulansen meldingsbereidheid, N=23.

## 4.6 Kennis

Op de stellingen waar gekeken is naar de benodigde kennis om te melden blijkt 65 procent (N=15) van de verpleegkundigen precies te weten wat er gemeld dient te worden. Tweeëntwintig procent (N=5) antwoordt neutraal en dertien procent (N=3) weet niet precies wat er gemeld kan worden. Dit is weergeven in figuur 8. Zevenentachtig procent (N=20) geeft aan te weten hoe er gemeld moet worden en de werkwijze te snappen. Slechts negen procent (N=2) weet niet hoe er gemeld kan worden en blijkt ook de werkwijze van het melden niet te snappen.

Figuur 8: Kennis van verpleegkundigen, N=23.

## 4.7 Betrokkenheid en reactie

Met het onderzoek wordt ook gekeken of verpleegkundigen zich voldoende gehoord voelen bij het indienen van een VIM. Dit is gedaan door te kijken naar de reactie na een melding, het informeren over verbeteracties na meldingen en of meldingen leiden tot positieve veranderingen op de werkvloer. Vierenveertig procent (N=10) van de verpleegkundigen geeft aan voldoende reactie te krijgen op meldingen daarnaast geeft 44 procent (N=10) hier een neutraal antwoord op. Dertien procent (N=3) vindt dat er onvoldoende reactie volgt op een incidentmelding. Hiernaast ervaart 39 procent (N=9) dat men voldoende geïnformeerd wordt over verbeteracties ten gevolge van meldingen. Tweeëntwintig procent (N=5) van de verpleegkundigen ervaart dat men onvoldoende geïnformeerd wordt over verbeteracties en 39 procent (N=9) antwoordt neutraal op de stelling.

Tweeënvijftig procent (N=12) van de verpleegkundigen kiest voor een neutraal antwoord als het gaat over de positieve veranderingen die incidentmeldingen teweeg brengen. Negenendertig procent (N=9) van de verpleegkundigen vindt dat meldingen leiden tot positieve veranderingen op de werkvloer en negen procent (N=2) is het hiermee oneens. Ook is gevraagd naar de periode waarbinnen de melder reactie krijgt op de melding. Van de verpleegkundigen geeft 61 procent (N=14) aan binnen een maand reactie te krijgen op een melding. Zesentwintig procent (N=6) krijgt na een maand reactie en vier procent (N=1) krijgt geen reactie op de melding. In figuur 9 is inzichtelijk gemaakt welk gedeelte van de verpleegkundigen tevreden en ontevreden is over de mate van reactie op een melding, het informeren bij verbeteracties en of men vindt dat incidentmeldingen leiden tot positieve veranderingen.

Figuur 9: Informatie over verbeteracties, N=23.

## 4.8 Cultuur

Een aantal vragen in de enquête hebben betrekking op de cultuur op de afdeling. Zo geeft dertien procent (N= 3) van de verpleegkundigen aan angst te ervaren voor persoonlijke maatregelen of schade omtrent het toegeven van fouten. Dertien procent (N=3) van de verpleegkundigen geeft hierbij een neutraal antwoord en 74 procent (N=17) van de verpleegkundigen ervaart geen angst voor persoonlijke schade of maatregelen. Binnen de cultuur op de afdeling voelt 91 procent (N=21) zich veilig om te melden en is negen procent (N=2) hier neutraal over.

Van de verpleegkundigen ervaart 74 procent (N=17) een cultuur waarin fouten en incidenten bespreekbaar zijn met collega’s en anderen. Op de afdeling ervaart 96 procent (N=22) van de verpleegkundigen een klimaat waarin geleerd kan worden. Op de stelling ‘Medewerkers wie betrokken zijn geweest bij een incident worden bestraffend behandeld’ geeft 74 procent (N=17) van de verpleegkundigen aan het hiermee oneens te zijn. Zesentwintig procent geeft een neutraal antwoord op deze stelling. Figuur 10 geeft een duidelijke weergave van de van de veiligheidscultuur op de afdeling.

Figuur 10: Veilige cultuur, N=23.

## 4.9 Management en organisatie

In het enquêteonderzoek is navraag gedaan of verpleegkundigen organisatorische ondersteuning ervaren om te melden. Eenenzestig procent (N=14) van de verpleegkundigen ervaart organisatorische ondersteuning om te melden tegenover vier procent (N=1) van de verpleegkundigen wie geen organisatorische ondersteuning ervaart. Op de stelling: ‘Leidinggevenden stimuleren mij om te melden’ geeft 74 procent (N=13) van de verpleegkundigen aan zich gestimuleerd te voelen om te melden, negen procent (N=2) voelt zich niet gestimuleerd door leidinggevenden om een melding te doen.

## 4.10 Overige factoren

Het meldsysteem wordt door 70 procent (N=16) van de verpleegkundigen uitgedrukt als duidelijk en gebruiksvriendelijk, 30 procent (N=7) van de verpleegkundigen is het hiermee oneens. Ook is navraag gedaan of verpleegkundigen zich bewust zijn wat het nut is van incidenten melden. Eenennegentig procent (N=21) is zich bewust wat het nut van incidenten melden is. Daarnaast is gekeken of verpleegkundigen voldoende tijd hebben om incidenten te melden. Figuur 11 laat zien dat 61 procent (N=14) van de verpleegkundigen geen tijd heeft om een incidentmelding te doen. Dertien procent (N=3) heeft wel tijd om een incidentmelding te doen en 26 procent (N=6) geeft een neutraal antwoord.

Figuur 11 : Tijd voor meldingen, N=23.

# 5. Discussie

In dit hoofdstuk zal eerst het doel van het onderzoek worden beschreven. Hierna zal aandacht worden besteed aan de interpretatie en verklaring van de belangrijkste resultaten in vergelijking met de literatuurstudie. Vervolgens wordt gekeken naar de sterke en zwakke kanten van het onderzoek.

## 5.1 Resultaten in vergelijking met de literatuur

Met dit onderzoek is inzicht verkregen in factoren welke van invloed zijn op het veilig melden van incidenten bij de verpleegkundigen op de afdeling Interne Geneeskunde in het ADRZ te Goes. Deze inzichten kunnen gebruikt worden om het veilig incident melden te verbeteren, knelpunten aan te pakken en het melden door verpleegkundigen te stimuleren.

Tussen het literatuuronderzoek en huidig onderzoek zijn veel overeenkomsten gevonden. Zo laat dit onderzoek zien dat niet alle incidenten gemeld worden. Wat ook naar voren komt in het onderzoek van Heideveld- Chevalking et al (2014) waarin werd gesteld dat vier tot vijftig procent van alle incidenten wordt gemeld. Echter huidig onderzoek laat zien dat rond de 75 procent van de incidenten zou worden gemeld. De verschillende uitkomsten van deze onderzoeken kunnen verklaard worden vanwege het verschil in omvang van de onderzoekspopulatie. Huidig onderzoek is afkomstig van één afdeling binnen het ziekenhuis terwijl het onderzoek van Heideveld- Chevalking et al (2014) betrekking heeft op een geheel ziekenhuis.

Huidig onderzoek laat zien dat de meest genoemde reden om incidenten niet te melden een gebrek aan tijd is. De resultaten uit dit onderzoek komen overeen met een onderzoek van Martowirono et al (2012) waarin wordt aangegeven dat een gebrek aan tijd een belangrijke reden is om incidenten niet te melden. Gebrek aan kennis werd in het onderzoek van Polisena et al (2015) ook aangehaald als knelpunten in de meldingsbereidheid. Daarbij speelt onduidelijkheid over wat er gemeld hoort te worden een rol in de meldingsbereidheid (Polisena et al., 2015). Huidig onderzoek bevestigt deze informatie aangezien maar 65 procent van de verpleegkundigen weet wat er precies gemeld dient te worden conform de afspraken.

Wat opvalt is dat het grootste gedeelte van de verpleegkundigen het nut van melden inziet maar slechts een minderheid van de verpleegkundigen vindt dat incidentmeldingen leiden tot positieve veranderingen op de werkvloer. Daarbij ervaren verpleegkundigen onvoldoende geïnformeerd en betrokken te worden bij VIM. Dit wordt ondersteund door het onderzoek van Polisena et al (2015) waarin wordt beschreven dat het ontbreken van feedback en zichtbare veranderingen op de werkvloer de indruk kunnen geven dat het melden van incidenten geen verandering teweeg brengt.

Huidig onderzoek wijst uit dat een gedeelte van de verpleegkundigen (13%) angst ervaart voor maatregelen of persoonlijke schade omtrent het toegeven van fouten. Hierbij wordt aangegeven dat een veilige cultuur zou stimuleren om meer te melden wat overeenkomst met het onderzoek van Heideveld-Chevalking et al (2014). Echter is de beleving van de veiligheidscultuur lastig om voor alle werknemers gelijk te krijgen. Ook geeft dertig procent van de verpleegkundigen aan het meldsysteem niet gebruiksvriendelijk te vinden. Wat ervoor kan zorgen dat het invullen van een formulier te veel tijd in beslag neemt (Martowirono et al., 2012).

## 5.2 Sterke en zwakke kanten van het onderzoek

Het eerste punt wat ter discussie staat is het aantal verpleegkundigen dat heeft deelgenomen. Er is gestreefd het onderzoek zo betrouwbaar en valide mogelijk te maken. In totaal hebben 23 van de 31 werkzame verpleegkundigen op de uitgekozen verpleegafdeling deelgenomen aan het enquêteonderzoek. Door middel van een mondelinge toelichting en een email herinnering is een responspercentage van 74 procent behaald. Dit houdt in dat het generaliseren van uitspraken over de verkregen resultaten niet valide genoeg zijn om over een grotere groep te doen. Dit omdat de externe validiteit hiervoor niet hoog genoeg is. De onderzoekspopulatie kan minder nauwkeurig weergeven worden en daardoor zijn de uitspraken minder betrouwbaar. Wel geeft het een duidelijk beeld van de denk- en werkwijze binnen de afdeling Interne Geneeskunde in het Admiraal de Ruyter Ziekenhuis te Goes. Tijdens het onderzoek is strikt aan de inclusiecriteria voor de onderzoekspopulatie gehouden. Zo hebben enkel BIG-geregistreerde verpleegkundigen welke minimaal een maand werkzaam zijn op de afdeling Interne Geneeskunde deelgenomen aan het onderzoek, waardoor de populatie representatief is. Dit heeft bijgedragen aan een verhoging van de betrouwbaarheid en de externe validiteit. De resultaten en bevindingen uit het onderzoek zijn bruikbaar om op de afdeling Interne Geneeskunde te gebruiken en zijn indicatief om VIM te optimaliseren.

Ten tweede is er gekozen om verpleegkundigen via persoonlijk contact te benaderen voor een schriftelijke enquête. De schriftelijke enquête kan ervoor gezorgd hebben dat verpleegkundigen sociaal wenselijke antwoorden hebben gegeven omdat men geen negatief beeld over de afdeling wilt creëren of men niet eerlijk durft te zijn over eigen meningen en ervaringen. Dit is ook te zien aan het aantal keren dat het antwoord ‘neutraal’ is gebruikt. Het geven van wenselijke antwoorden verlaagd de interne validiteit van het onderzoek. Wel zijn sociaal wenselijke antwoorden zoveel mogelijk tegengegaan door verpleegkundigen de enquête op eigen moment in te laten vullen, deze anoniem te verwerken en de enquêtes niet te nummeren. Dit verkleint het aantal systematische fouten.

Als derde punt is het gebruik maken van een zelfontworpen enquête een discussiepunt aangezien dit de betrouwbaarheid van het onderzoek niet bevorderd. Wel is de enquête eerst kritisch bekeken en als proef enquête afgenomen bij de peergroup. Na aanpassing is de enquête goedgekeurd door de begeleidend docente wat de kans op toevallige fouten verkleint**.** Tussentijds is niet afgeweken van de enquête en is deze ook niet veranderd wat zorgt voor een hogere interne validiteit.Gedurende het onderzoek zijn de keuzes, veranderingen en vorderingen bijgehouden in de rapportage, waardoor bij een herhaling van het onderzoek dezelfde fouten niet opnieuw gemaakt hoeven te worden. Ook is de opzet van het onderzoek gedetailleerd beschreven wat bijdraagt aan een verhoging van de betrouwbaarheid. Enkele vragen uit de enquête zijn niet meegenomen in de resultaten omdat dit geen meerwaarde creëerde voor de conclusie of omdat er geen bijzonderheden uitkwamen in de resultaten.

# 6. Conclusie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden de deelvragen en de centrale onderzoeksvraag beantwoord. De conclusies van het onderzoek worden getrokken en hierop volgen de aanbeveling voor de praktijk en voor de opleidingen

## 6.1 Deelvragen

1. **In hoeverre maken verpleegkundigen gebruik van VIM?**

Uit onderzoek blijkt dat verpleegkundigen niet altijd gebruik maken van VIM. Incidenten komen vaker voor op de afdeling dan dat door verpleegkundigen gemeld wordt. Gemiddeld maakt een verpleegkundige zes tot elf incidenten mee binnen twaalf maanden tijd, terwijl er gemiddeld drie tot zes incidenten gemeld worden in dezelfde periode. Gemiddeld wordt 75 procent van alle incidenten volgens verpleegkundigen op de afdeling Interne Geneeskunde gemeld.

1. **Welke factoren bevorderen de meldingsbereidheid?**

Op de afdeling Interne Geneeskunde voelt het grootste gedeelte van de verpleegkundigen zich veilig genoeg om incidenten te melden en deze bespreekbaar te maken. De angst voor persoonlijke schade of maatregelen na het toegeven van een fout is gering aanwezig. Wel wordt door de meeste verpleegkundigen een klimaat ervaren waarin geleerd kan worden. Dit werkt stimulerend op het aantal meldingen. Dit geldt echter niet voor alle verpleegkundigen. De stimulans van het management en de leidinggevende is aanwezig en bevordert de meldingsbereidheid van de verpleegkundigen. Het grootste gedeelte van de verpleegkundigen geeft aan te weten op welke manier er gemeld moet worden, men snapt de werkwijze van het melden. Dit is van positieve invloed op het aantal meldingen. Op de afdeling zijn de meeste verpleegkundigen zich bewust wat het nut is van een melding, ook dit maakt de meldingsbereidheid groter. Een aantal verpleegkundigen geeft aan dat een gebruiksvriendelijk systeem om te melden, meer tijd voor een melding, het informeren over ondernomen verbeteracties op een melding en het evalueren van meldingen zullen zorgen voor een hogere meldingsbereidheid.

1. **Welke factoren belemmeren de meldingsbereidheid?**

Tijd wordt vaak genoemd als belemmerende factor op de meldingsbereidheid. Veel verpleegkundigen ervaren onvoldoende tijd om een VIM-melding in te dienen. Ook het hebben van onvoldoende kennis over wat er gemeld hoort te worden belemmerd een gedeelte van de verpleegkundigen in het melden. Hiernaast voelt een gedeelte van de verpleegkundigen zich onvoldoende betrokken bij de meldingen omdat de reactie hierop niet altijd als voldoende wordt ervaren. Daarbij wordt een minderheid van de verpleegkundigen onvoldoende geïnformeerd over de verbeteracties welke zijn opgesteld als gevolg van een melding. Dit kan ertoe lijden dat de indruk wordt gewekt dat het melden van incidenten geen nut heeft of geen positieve veranderingen veroorzaakt waardoor de meldingsbereidheid daalt. Ondanks dat het grootste gedeelte van de verpleegkundigen een veilige cultuur ervaart op de afdeling, ervaart een gedeelte van de hen de cultuur als niet veilig. Een gedeelte van de verpleegkundigen durft incidenten niet bespreekbaar te maken en ervaart angst omtrent het toegeven van fouten. Dit vormt een belemmering in het melden van incidenten. Als laatste ervaart een gedeelte van de verpleegkundigen dat een niet gebruiksvriendelijk meldsysteem invloed heeft op het aantal meldingen. Ook het niet hebben van prioriteit in het werk en het niet denken aan het maken van een melding beïnvloeden de meldingsbereidheid negatief.

## 6.2 Centrale onderzoeksvraag

‘Welke factoren zijn van invloed op het Veilig Incident Melden (VIM) volgens verpleegkundigen op de Interne Geneeskunde afdeling in het Admiraal de Ruyter Ziekenhuis?’

Op de afdeling Interne Geneeskunde van het Admiraal de Ruyter Ziekenhuis in Goes zijn verschillende factoren van invloed op het veilig incident melden. De beïnvloedende factoren zijn zowel stimulerend als belemmerend. Een belangrijke factor is een omgeving waarbij verpleegkundigen incidenten durven te melden en te bespreken in een veilige cultuur. De cultuur is zowel bevorderend als belemmerend aanwezig op de Interne Geneeskunde afdeling. Een groot gedeelte van de verpleegkundigen voelt zich veilig om incidenten te melden en te bespreken. Daarbij is deze groep verpleegkundigen niet bang voor sancties terwijl een gedeelte van de verpleegkundigen zich niet veilig genoeg voelt om te melden, incidenten niet bespreekbaar maakt en bang is voor sancties of maatregelen na een fout of incident. Ook blijkt het belangrijk dat verpleegkundigen ervaren dat incidenten leiden tot verbeteringen op de afdeling, wat mogelijk is door men te betrekken bij processen rondom het melden van incidenten en verbeteracties. Wanneer het nut van incidentmelden wordt ingezien zal het mogelijk een hogere prioriteit krijgen in het werk.

Een gedeelte van de verpleegkundigen ervaart het meldsysteem als niet gebruiksvriendelijk en onpraktisch. Dit zorgt voor een negatieve beïnvloeding op het meldgedrag van verpleegkundigen.

Daarbij komt naar voren dat verpleegkundigen beter moeten weten wat er gemeld hoort te worden en op welke manier dit mogelijk is. Het opstellen van duidelijke definities en regels is hierbij noodzakelijk. Als laatste zal er tijd moeten worden vrijgemaakt om een melding te doen aangezien onvoldoende tijd een belemmering vormt op het meldgedrag. Al met al zijn er genoeg verschillende factoren van invloed op het veilig incident melden van verpleegkundigen. Al deze factoren spelen mee in de afweging om wel of niet een incident te melden.

## 6.3 Aanbevelingen

Om de het veilig incident melden verder te verbeteren is het belangrijk te kijken naar de knelpunten van VIM. Uitgaand van de resultaten vanuit de enquête is tijdsgebrek onder verpleegkundigen een groot knelpunt in het kunnen melden van incidenten. Hiervoor zou het aanbieden van extra tijd in de vorm van overuren een mogelijkheid zijn. Hierdoor kunnen verpleegkundigen een incident melden zonder dat dit in eigen tijd moet plaatsvinden. Dit kan het melden van incidenten aantrekkelijker maken. Daarnaast kan het geven van een cursus of aanbieden van een E-learning module over VIM ervoor zorgen dat verpleegkundigen vaardiger en sneller worden met het meldsysteem waardoor het invullen van een VIM niet onnodig veel tijd in beslag neemt. Een andere optie is om het meldsysteem gebruiksvriendelijker te maken. Eventueel kunnen punten worden aangepast waardoor niet alle antwoorden precies en specifiek ingevuld hoeven te worden. Hierdoor kunnen verpleegkundigen het systeem als gebruiksvriendelijker ervaren.

Ten tweede is het beter betrekken van verpleegkundigen bij VIM een optie. Hierdoor kan meer inzicht worden gegeven in meldingen, verbeteracties of mogelijkheden om op de afdeling de patiëntveiligheid te vergroten. Dit kan gedaan worden door de belangrijkste meldingen gezamenlijk te evalueren in een teamvergadering en ook de verbeteracties te bespreken. Vervolgens kan men hierover geïnformeerd worden in de nieuwsbrief voor de afdeling. Mede hierdoor kan het nut van het melden worden aangetoond en de prioriteit worden vergroot (Polisena et al., 2015). Daarnaast is het praktisch om een duidelijke definitie te formuleren over wat er precies gemeld hoort te worden. Door deze definitie te bespreken in het team en duidelijk te maken op een poster zijn alle verpleegkundigen op de hoogte. Dit maakt dat onduidelijkheden worden verholpen.

Verder kan de veiligheidscultuur worden verbeterd zodat verpleegkundigen zich veilig voelen en over incidenten durven te praten zonder angst te ervaren voor persoonlijke schade of maatregelen. Dit kan bereikt worden door op intervisiemomenten fouten bespreekbaar te maken. Ook zullen de leidinggevenden, verpleegkundigen moeten stimuleren om te melden en men erop attenderen dat men niet angstig hoeft te zijn voor sancties. Dit om verpleegkundigen zich veilig te laten voelen op de afdeling om incidenten te melden.

Tijdens het uitvoeren van dit onderzoek is gebleken dat het van belang is dat verpleegkundigen zich bezig houden met de patiëntveiligheid en de ontwikkeling hiervan. Door studenten in de opleiding tot verpleegkundige in te laten zien dat verpleegkundige inzichten en kennis een bijdrage leveren aan de patiëntveiligheid en kwaliteit in de praktijk, kan een positieve houding worden gecreëerd ten opzichte van VIM. Dit kan resulteren in een hogere meldingsbereidheid. Een vervolgonderzoek kan worden uitgevoerd zodat dieper kan worden ingegaan op de gegeven informatie zoals de mogelijke verbeterpunten van VIM. Dit kan gericht zijn op de veiligheidscultuur op de afdeling en de betrokkenheid van verpleegkundigen bij VIM. Dit zou het beste mogelijk zijn met een kwalitatief onderzoek aangezien dit verder in kan gaan op specifieke onderwerpen.

## Bronnenlijst

Admiraal de Ruyter Ziekenhuis. (2016). *Jaardocument 2016.*

Den Ridder, K., Tuitert, Y., Van der Tuijn, Y., & Van Bon, A. (3e druk) (2016). *Patiëntveiligheid in de verpleegkunde.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

GGZ Nederland. (2012). *Handreiking VIM. Veilig incidenten melden en analyseren*. GGZ Nederland Amersfoort.

Heideveld-Chevalking, A. J., Calsbeek, H., Damen, J., Gooszen, H., & Wolff, A. P. (2014). *The impact of a standardized incident reporting system in the perioperative setting: a single center experience on 2563 ‘near-misses’ and adverse events.* Nijmegen: Radboud University Medical Center.

Hesselink, J. (2010). *Oriëntatie op verpleegkunde.* Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers B.V.

Howell, A. M., Burns, E. M., Bouras, G., Donaldson, L. J., Althanasiou, T., & Darzi, A. (2015*). Can Patient Safety Incident Reports Be Used to Compare Hospital Safety? Results from a Quantitative Analysis of the English National Reporting and Learning System Data.* London, United Kingdom: Imperial College St Mary’s Hospital.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. (2016). *In openheid leren van meldingen.*

Inspectie Gezondheidszorg (2016). *(Veilig) Incidenten melden.* Geraadpleegd op 29-09-2017, van <https://www.igj.nl/onderwerpen/nieuwe-zorgaanbieders/zo-beoordelen-we-kwaliteit/veilig-incidenten-melden>

Kohn, L., Corrigan, J. & Donaldson, M. (2000). *To err is human. Building a safer health system.* Washington, DC : Institute of Medicine.

Laarman, B.S., Bomhoff, M.C., Friele, R., Akkermans, A.J., Legemaate, J. (2016*). OPEN: open en eerlijke omgang na klachten en incidenten in het ziekenhuis.* Utrecht: NIVEL.

Langelaan, M., Broekens, M.A., De Bruijne, M.C., De Groot, J.F., Moesker, M.J., Porte, P.J., . . . Wagner, C. (2017). *Monitor Zorggerelateerde Schade 2015/2016. Dossieronderzoek bij overleden patiënten in Nederlandse ziekenhuizen.* Utrecht: EMGO+ Instituut/NIVEL.

Langelaan, M., De Bruijne, M.C., Baines, R.J., Broekens, M.A., Hammik, K., Schilp, J., . . . Wagner, C. (2013). *Monitor Zorggerelateerde Schade 2011/2012. Dossieronderzoek in Nederlandse ziekenhuizen.* Amsterdam/Utrecht: EMGO+ Instituut/VUmc/NIVEL.

Lawton, R., McEachan, R. R., Giles, S. J., Sirriyeh, R., Watt, I. S., & Wright, J. (2012). *Development of an evidence-based framework of factors contributing to patient safety incidents in hospital setting: a systematic review.* Leeds, United Kingdom: Institute of Psychological Sciences.

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

Martowirono, K., Jansma, J. D., Van Luijk, S. J., Wagner, C., & Bijnen, A. B. (2012*). Possible solutions for barriers in incident reporting by residents.* Alkmaar, Nederland: Medisch Centrum Alkmaar.

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (2017). *Kwaliteitsvenster.* Geraadpleegd op 12 oktober 2017 van, <https://www.nvz-kwaliteitsvenster.nl/zorginstellingen/ziekenhuizen/7078/algemeen/ziekenhuisinfo/>

Nursing. (2016). *Verpleegkundigen meer kans op burn-out na incident.* Geraadpleegd op 14 november 2017, van <https://www.nursing.nl/verpleegkundige-meer-risico-op-burn-out-na-incident/>

Polisena, J., Gagliardi, A., Urbach, D., Clifford, T., & Fiander, M. (2015). *Factors that influence the recognition, reporting and resolution of incidents related to medical devices and other healthcare technologies: a systematic review.* Canada.

Reason, J. (2000). *Human error: models and management.* University of Manchester: Department of Psychology

Ruddy, R. M., Chamberlain, J. M., Mahajan, P. V., Funai, T., O’Connell, K. J., Blumberg, S., . . . Shaw, K. N. (2015). *Near misses and unsafe conditions reported in a Pediatric Emergency Research Network.* Amerika.

Van Schoten, S.M. (2015). *Hospital Quality Systems. Unraveling working mechanisms.* Utrecht: NIVEL.

Verhoeven, N. (2014). *Wat is onderzoek? Praktijkboek voor methoden en technieken.* Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

VMS zorg. (2013). *Ontstaan.* Geraadpleegd op 12 oktober 2017, van <http://www.vmszorg.nl/over-ons/ontstaan>

VMS zorg. (2013). *Patiëntveiligheidscultuur.* Geraadpleegd op 12 oktober 2017 van, <http://www.vmszorg.nl/Veiligheidsmanagement/Patientveiligheidscultuur>

VMS zorg. (2013). *Risico-inventarisatie achteraf.* Geraadpleegd op 12 oktober 2017, van <http://www.vmszorg.nl/Veiligheidsmanagement/Risicos-achteraf>

Wagner, C., Merten, H., Zwaan, L., Lubberding, S., Timmermans, D., & Smits, M. (2016). *Unit-based incident reporting and root cause analysis: variation at three hospital unit types.* BMJ Open, 2016. Geraadpleegd op 15 januari 2018, van <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011277>

Wagner, C., Smits, M., Van Wagtendonk, I., Zwaan, L., Lubberding, S., Merten, H., Timmermans, D. R. M. (2008). *Oorzaken van incidenten en onbedoelde schade in ziekenhuizen.* Amsterdam/Utrecht: EMGO Instituut/VUmc/NIVEL

## Bijlagen

Bijlage 1: Schriftelijke toestemming uitvoering praktijkgericht onderzoek**.**

### Bijlage 2: Enquête

[](https://www.google.nl/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=images&cd=&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjFwpXWjtrYAhVCDMAKHWdIAT4QjRwIBw&url=http://www.zeeuwseorthopeden.nl/&psig=AOvVaw3MKXi-YxSt5WfQyScWf25I&ust=1516110706091227)[](https://www.google.nl/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=images&cd=&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjFguCxjtrYAhUJBcAKHY92B0kQjRwIBw&url=https://www.eventbrite.nl/e/registratie-hz-open-dag-25-november-2017-35686697874&psig=AOvVaw3NmoFr-ZF58grpYUbn25Mo&ust=1516110636266669)

Beste verpleegkundige,

Graag nodig ik u uit om deel te nemen aan het onderzoek naar de factoren welke van invloed zijn op het veilig melden van incidenten. Aangezien nog niet alle incidenten worden gemeld is het nuttig om te weten welke factoren hieraan bijdragen en hoe deze belemmeringen kunnen worden weggenomen.

De resultaten zullen gebruikt worden om het werken met VIM te optimaliseren. De antwoorden zullen anoniem worden verwerkt. De enquêtes kunnen tot en met 4 maart ingeleverd worden in het postvakje of persoonlijk aan mij worden gegeven.

Het invullen van de enquête duurt slechts 5 tot 10 minuten. Alle vragen hebben betrekking op de situatie binnen deze afdeling en vanuit uw eigen beleving. Bij vragen en onduidelijkheden ben ik te bereiken op het onderstaande nummer of via de email.

Alvast erg bedankt!

Juliëtte Doelman

Stagiair Interne Geneeskunde, student HBO-V HZ University of Applied Sciences.

Emailadress: doel0004@hz.nl

Telefoonnummer: 0618184070

**Begrippen met toelichting.**

**\*Patiëntveiligheid:**Het nagenoeg ontbreken van (de kans op) aan de patiënt toegebrachte (lichamelijke en/ of psychische) schade die is ontstaan door het niet volgens professionele standaard handelen van hulpverleners en/ of door tekortkoming van het zorgsysteem.

**\*Incident:** Een onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de patiënt heeft geleid of had kunnen leiden.

**\*VIM**= Veilig incident melden

**\*Open cultuur:** een omgeving waar men open en betrokken is naar elkaar, communiceert en van elkaar leert.

1. **Wat is uw leeftijd?**



1. **Wat is uw geslacht?**

Man

Vrouw

1. **Wat is uw functie op de afdeling?**

Verpleegkundige niveau 4

Verpleegkundige niveau 5

Gespecialiseerd verpleegkundige

Verpleegkundig specialist

Leidinggevende/ management

Anders namelijk:

1. **Hoe lang bent u werkzaam op deze afdeling?**



|  |  | Zeer mee eens | Mee eens | Neutraal | Mee oneens | Zeer mee oneens |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **5.Op de afdeling wordt actief gewerkt aan \*patiëntveiligheid.** |  |  |  |  |  |  |
|  | **6.Ik word betrokken bij verbeteringen en processen rondom patiëntveiligheid.** |  |  |  |  |  |  |

**7. Hoe vaak heeft u in de afgelopen 12 maanden \*incidenten meegemaakt?**

Wanneer u korter werkzaam bent dan 12 maanden op deze afdeling, vermeld dan alleen de incidenten van de tijd waarin u wel werkzaam bent geweest op deze afdeling.

0 keer

1-5 keer

6-10 keer

11-15 keer

16-20 keer

Meer dan 20 keer

**8. Hoe vaak heeft u in de afgelopen 12 maanden een \*VIM ingevuld en ingediend?**

Wanneer u korter werkzaam bent dan 12 maanden op deze afdeling, vermeld dan alleen de incidenten van de tijd waarin u wel werkzaam bent geweest op deze afdeling.

0 keer

1-5 keer

6-10 keer

11-15 keer

16-20 keer

Meer dan 20 keer

**9. Hoeveel van de incidenten die u de afgelopen 12 maanden heeft meegemaakt, heeft u gemeld?** Wanneer u korter werkzaam bent dan 12 maanden op deze afdeling, vermeld dan alleen de incidenten van de tijd waarin u wel werkzaam bent geweest op deze afdeling.

Alle incidenten, 100%

De meeste incidenten, 75%

Sommige incidenten, 50%

Een klein deel van de incidenten, 25%

Geen van de incidenten, 0%

**10. Wat zijn de drie belangrijkste redenen voor u om niet te melden?**

Nummer het belangrijkste antwoord met 1 gevolgd door 2 en 3. Drie antwoorden zijn mogelijk.

Niet van toepassing, ik zou altijd melden

Ik weet niet hoe ik moet melden

Ik weet niet wat ik moet melden

Het heeft geen nut

Ik krijg niet of nauwelijks een reactie

Ik denk er niet aan

Tijdsgebrek

Angst voor persoonlijke schade (reputatie, maatregelen, arbeidsomstandigheden)

Het is niet gebruikelijk op deze afdeling

Ik ervaar geen stimulans van de leidinggevende

Ik ervaar geen organisatorische ondersteuning

Ik twijfel of er zorgvuldig wordt omgegaan met meldingen

Het heeft geen prioriteit in mijn werk

Anders namelijk:

**11. Wat zal er volgens u voor zorgen dat meer incidenten gemeld worden?** Er is een antwoord mogelijk.

Een duidelijk en toegankelijk systeem

Anoniem kunnen melden

Scholing om beter te weten wat en hoe te melden

Het evalueren van meldingen

Meer waardering voor de openheid en de meldingen

Feedback op de meldingen

Feedback over verbeteracties

Een veilige, \*open cultuur

Anders namelijk:

|  |  | Zeer mee eens | Mee eens | Neutraal | Mee oneens | Zeer mee oneens |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **12. Ik weet precies wat ik kan melden. Er zijn duidelijke definities aanwezig op de afdeling.** |  |  |  |  |  |  |
|  | **13. Ik weet hoe ik moet melden.** |  |  |  |  |  |  |
|  | **14. Ik snap de werkwijze van het melden.** |  |  |  |  |  |  |

**15. Binnen welke periode krijgt u reactie op de melding?**

Binnen een week

Binnen twee weken

Binnen een maand

Na een maand

Ik krijg geen reactie

|  | Zeer mee eens | Mee eens | Neutraal | Mee oneens | Zeer mee oneens |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **16. Ik krijg voldoende reactie op mijn melding** |  |  |  |  |  |  |
|  | **17. Ik word voldoende geïnformeerd over verbeteracties ten gevolge van meldingen** |  |  |  |  |  |  |
|  | **18. Incidentmeldingen leiden tot positieve veranderingen** |  |  |  |  |  |  |

|  | Zeer mee eens | Mee eens | Neutraal | Mee oneens | Zeer mee oneens |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **19. Ik ervaar angst voor persoonlijke (juridische) maatregelen of persoonlijke schade omtrent het toegeven van fouten.** |  |  |  |  |  |  |
|  | **20. Medewerkers die betrokken zijn geweest bij een incident worden bestraffend behandeld.** |  |  |  |  |  |  |
|  | **21. Ik voel me veilig binnen de cultuur op de afdeling om te melden.** |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **22. Ik ervaar een \*open cultuur waarin fouten en incidenten bespreekbaar zijn.** |  |  |  |  |  |  |
|  | **23. Ik ervaar een klimaat waarin geleerd kan worden.** |  |  |  |  |  |  |
|  | **24.Ik ervaar organisatorische ondersteuning om te melden.** |  |  |  |  |  |  |
|  | **25. Leidinggevenden stimuleren mij om te melden** |  |  |  |  |  |  |
|  | **26. Het meldsysteem is duidelijk en gebruiksvriendelijk** |  |  |  |  |  |  |
|  | **27. Ik ben me bewust wat het nut is van melden.** |  |  |  |  |  |  |
|  | **28. Ik heb tijd om mijn melding te doen.** |  |  |  |  |  |  |

**29. Heeft u nog opmerkingen, suggesties of feedback? Dat kunt u hieronder vermelden zodat het kan worden meegenomen in het onderzoek.**

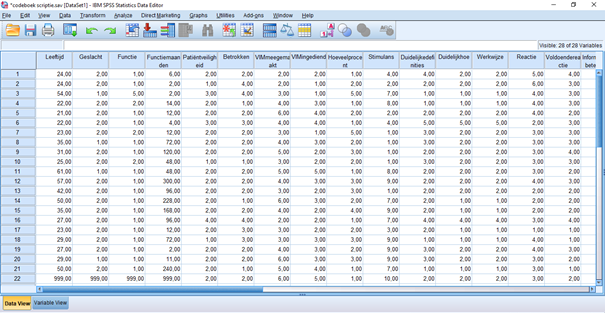
****

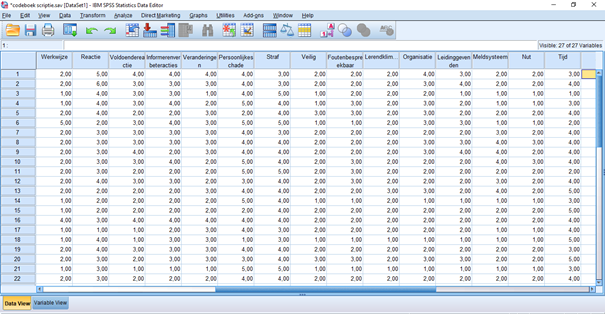
Bedankt voor de medewerking!

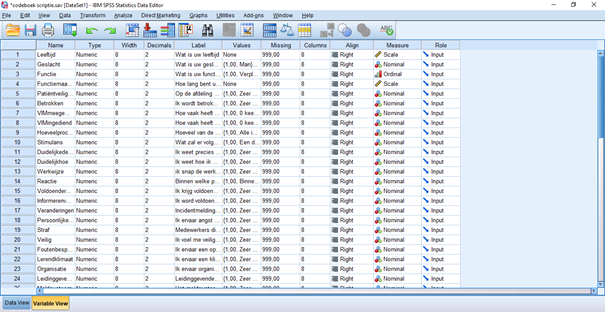
### Bijlage 3: Operationalisatieschema

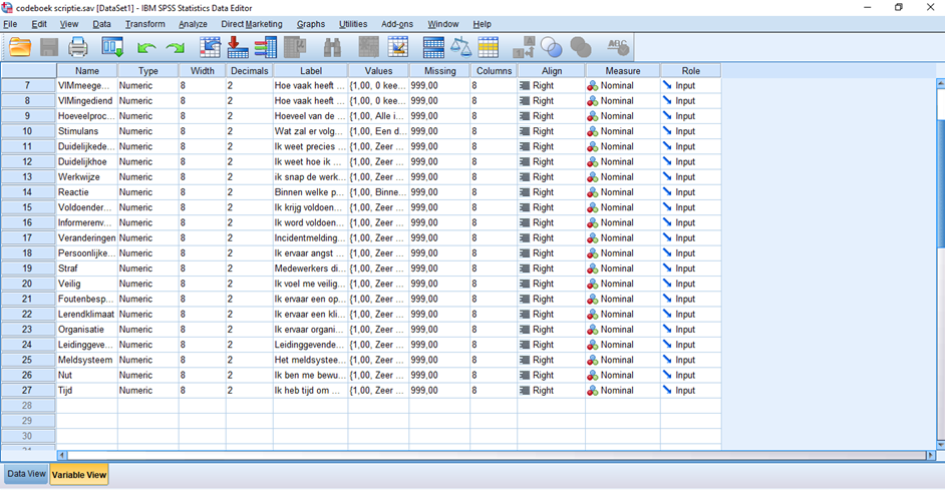
|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Vraag** | **Antwoordmogelijkheden** | **Onderdeel/ deelvraag** | **Uit welke bron/literatuur** |
| 1. Wat is uw leeftijd? | Open vraag | Algemeen |  |
| 1. Wat is uw geslacht? | Man- Vrouw | Algemeen |  |
| 1. Wat is uw functie op de afdeling? | Verpleegkundige niveau 4  Verpleegkundige niveau 5  Gespecialiseerd verpleegkunde  Verpleegkundig specialist  Leidinggevende/ management  Anders namelijk: | Algemeen |  |
| 1. Hoe lang bent u werkzaam op deze afdeling? | Open vraag | Algemeen |  |
| 1. Op de afdeling wordt actief gewerkt aan patiëntveiligheid. | Likert schaal. Zeer mee eens-mee eens- neutraal- mee oneens- zeer mee oneens | 1 | (Langelaan et al., 2017) kopje patiëntveiligheid |
| 1. Ik word betrokken bij verbeteringen en processen rondom patiëntveiligheid. | Likert schaal. Zeer mee eens-mee eens- neutraal- mee oneens- zeer mee oneens | 1 | (Polisena et al., 2015) kopje stimulans |
| 1. Hoe vaak heeft u in de afgelopen 12 maanden incidenten meegemaakt?   (Wanneer u korter werkzaam bent dan 12 maanden op deze afdeling, vermeld dan alleen de incidenten van de tijd waarin u wel werkzaam bent geweest op deze afdeling.) | 0 keer  1-5 keer  6-10 keer  11-15 keer  16- 20keer  Meer dan 20 keer | 1 | (Den Ridder et al., 2016, p.121) kopje Veilig incident melden |
| 1. Hoe vaak heeft u in de afgelopen 12 maanden een VIM ingevuld en ingediend? (Wanneer u korter werkzaam bent dan 12 maanden op deze afdeling, vermeld dan alleen de incidenten van de tijd waarin u wel werkzaam bent geweest op deze afdeling.) | 0 keer  1-5 keer  6-10 keer  11-15 keer  16-20 keer  Meer dan 20 keer | 1 | (GGZ Nederland, 2012)  Kopje Veilig incident melden |
| 1. Hoeveel van de incidenten die u in de afgelopen 12 maanden heeft meegemaakt heeft u gemeld? (Wanneer u korter werkzaam bent dan 12 maanden op deze afdeling, vermeld dan alleen de incidenten van de tijd waarin u wel werkzaam bent geweest op deze afdeling.) | Alle incidenten, 100%  De meeste incidenten, 75%  Sommige incidenten, 50%  Een klein deel van de incidenten, 25%  Geen van de incidenten, 0% | 1 | (Den Ridder et al., 2016, p.121) kopje Veilig incident melden |
| 1. Wat zijn de drie belangrijkste redenen voor u om niet te melden? (Nummer het belangrijkste antwoord met 1 gevolgd door 2 en 3. Drie antwoorden zijn mogelijk.) | -Niet van toepassing ik zou altijd melden  -Ik weet niet hoe ik moet melden  -Ik weet niet wat ik moet melden  -Het heeft geen nut  - Ik krijg niet of nauwelijks een reactie  -Ik denk er niet aan  - Tijdsgebrek  - Angst voor persoonlijke schade (reputatie, maatregelen, arbeidsomstandigheden  -Het is niet gebruikelijk op onze afdeling  -Ik ervaar geen stimulans van de leidinggevende  -Ik ervaar geen organisatorische ondersteuning  -Ik twijfel of er zorgvuldig wordt omgegaan met de meldingen  -Het heeft geen prioriteit in mijn werk  -Anders namelijk: | 3 | (Martowirono et al., 2012) kopje meldingsbereidheid |
| 1. Wat zal er volgens u voor zorgen dat meer incidenten gemeld worden? (er is een antwoord mogelijk.) | -Een duidelijk en toegankelijk systeem  -Anoniem kunnen melden  -Een scholing om beter te weten wat en hoe te melden  -Het evalueren van meldingen  -Meer waardering voor de openheid en de meldingen  - Feedback op de meldingen  -Feedback over verbeteracties  -Een veilige, open cultuur  -Ander namelijk | 2 | (Polisena et al., 2015) kopje stimulans |
| 1. Ik weet precies wat ik kan melden. Er zijn duidelijke definities aanwezig op de afdeling. | Likert. Zeer mee eens-mee eens- neutraal- mee oneens- zeer mee oneens | 2+3 | (Heideveld-Chevalking et al., 2014) kopje benodigde elementen |
| 1. Ik weet hoe ik moet melden. | Likert. Zeer mee eens-mee eens- neutraal- mee oneens- zeer mee oneens | 2+3 | (Polisena et al., 2015) kopje meldingsbereidheid |
| 1. Ik snap de werkwijze van het melden. | Likert. Zeer mee eens-mee eens- neutraal- mee oneens- zeer mee oneens | 2+3 | (Polisena et al., 2015) kopje meldingsbereidheid |
| 1. Binnen welke periode krijgt u reactie op de melding? | Binnen een week  Binnen twee weken  Binnen een maand  Na een maand  Ik krijg geen reactie | 2+3 | (Martowirono et al., 2012) kopje meldingsbereidheid |
| 1. Ik krijg voldoende reactie op mijn melding. | Likert. Zeer mee eens-mee eens- neutraal- mee oneens- zeer mee oneens | 2+3 | (Martowirono et al., 2012) kopje meldingsbereidheid |
| 1. Ik wordt voldoende geïnformeerd over verbeteracties ten gevolge van meldingen. | Likert. Zeer mee eens-mee eens- neutraal- mee oneens- zeer mee oneens | 2+3 | (Martowirono et al., 2012) kopje meldingsbereidheid |
| 1. Incidentmeldingen leiden tot positieve veranderingen. | Likert. Zeer mee eens-mee eens- neutraal- mee oneens- zeer mee oneens | 2+3 | (Polisena et al., 2015) kopje meldingsbereidheid |
| 1. Ik ervaar angst voor (juridische) maatregelen of persoonlijke schade omtrent het toegeven van fouten. | Likert. Zeer mee eens-mee eens- neutraal- mee oneens- zeer mee oneens | 3 | (Den Ridder et al., 2016, p.120). kopje Veiligheidscultuur |
| 1. Medewerkers die betrokken zijn geweest bij een incident worden bestraffend behandeld. | Likert. Zeer mee eens-mee eens- neutraal- mee oneens- zeer mee oneens | 2+3 | (Den Ridder et al., 2016, p.120). kopje veiligheidscultuur |
| 1. Ik voel me veilig binnen de cultuur op de afdeling om te melden. | Likert. Zeer mee eens-mee eens- neutraal- mee oneens- zeer mee oneens of | 2+3 | (Den Ridder et al., 2016, p.190). kopje veiligheidscultuur |
| 1. Ik ervaar een open cultuur waarin fouten en incidenten bespreekbaar zijn. | Likert. Zeer mee eens-mee eens- neutraal- mee oneens- zeer mee oneens | 2+3 | (Den Ridder et al., 2016, p.190). kopje veiligheidscultuur |
| 1. Ik ervaar een klimaat waarin geleerd kan worden. | Likert. Zeer mee eens-mee eens- neutraal- mee oneens- zeer mee oneens | 2 | (Den Ridder et al., 2016, p.190).kopje veiligheidscultuur |
| 1. Ik ervaar organisatorische ondersteuning om te melden. | Likert. Zeer mee eens-mee eens- neutraal- mee oneens- zeer mee oneens | 2+3 | (Polisena et al., 2015) kopje meldingsbereidheid |
| 1. Leidinggevenden stimuleren mij om te melden. | Likert. Zeer mee eens-mee eens- neutraal- mee oneens- zeer mee oneens | 2+3 | (Den Ridder et al., 2016, p.190). kopje veiligheidscultuur |
| 1. Het meldsysteem is duidelijk en gebruiksvriendelijk. | Likert. Zeer mee eens-mee eens- neutraal- mee oneens- zeer mee oneens | 2+3 | (Martowirono et al., 2012). Kopje medingsbereidheid |
| 1. Ik ben me bewust wat het nut is van melden. | Likert. Zeer mee eens-mee eens- neutraal- mee oneens- zeer mee oneens | 2+3 | (Polisena et al., 2015) kopje meldingsbereidheid |
| 1. Ik heb tijd om mijn melding te doen. | Likert. Zeer mee eens-mee eens- neutraal- mee oneens- zeer mee oneens | 2+3 | (Polisena et al., 2015) kopje meldingsbereidheid |
| 1. Heeft u nog opmerkingen, suggesties of feedback? Dat kunt u hieronder vermelden zodat het kan worden meegenomen in het onderzoek | Open vraag | Algemeen | - |

Bijlage 4: Codeboek SPSS









### Bijlage 5: Beoordelingsformulier onderzoeksverslag (CU09322)

Naam student: Studentnummer:

Differentiatie: Datum:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Elk item wordt beoordeeld op een 10-puntsschaal: 5 is onvoldoende en 6 is voldoende. Score 3 mag in de beoordeling niet voorkomen. | | | | **Aantal punten** |
| 0 | **Rapportage**  *Indicatoren HZ kader: 1 – 4*  **(LET OP, moet minimaal zes zijn anders geen verdere beoordeling***)* | Onderzoeksverslag is geschreven in eigen woorden. Verslag ziet er netjes en verzorgd uit, inclusief voorwerk. Lettergrootte klopt. Alle hoofdstukken zijn opgenomen. Taalgebruik is objectief, correct en zakelijk. Bronvermelding en literatuurlijst zijn volgens de APA-normen.  Voor spelling, grammatica, zinsopbouw en stijl geldt: maximaal 3 fouten per pagina! | | |  |
| 1 | **Samenvatting en Inleiding**  *Indicatoren HZ kader:*  *5 – 7* | Samenvatting bevat de juiste onderdelen en is informatief. Inleiding: de student noemt de aanleiding en achtergronden van het onderzoek. De student beschrijft zorgvuldig, logisch en helder het praktijkprobleem. De student beschrijft de relevantie voor Verpleegkunde/vroedkunde. De student noemt de doelstelling van het onderzoek. De student noemt de centrale onderzoeksvraag en de deelvragen. Er is een leeswijzer aanwezig. | | |  |
| 2 | **Theoretisch kader**  *Indicatoren HZ kader:*  *8 -10*  *DD 1\** | Zoekplan (zoekvraag +zoekstrategie+ zoekboom) wordt beschreven. In het theoretisch kader worden de kernbegrippen beschreven in eigen woorden. De bestudeerde literatuur is hierbij leidend. Er is een logische opbouw. Aantal bronnen en relevantie van bronnen is voldoende. | | |  |
| 3 | **Methode**  *Indicatoren HZ kader:*  *11-13* | De student noemt onderzoekstype, onderzoeksontwerp, onderzoekspopulatie, Plaats en tijd. De student bespreekt de betrouwbaarheid en validiteit. Verloop van de dataverzameling, verwerking en analyse is beschreven. De student verantwoordt elke keuze vanuit onderzoeksliteratuur. | | |  |
| 4 | **Resultaten**  *Indicatoren HZ kader:*  *14 -16* | Resultaten worden zonder interpretatie benoemd en duidelijk weergegeven met behulp van tabellen, grafieken en/of schema’s. | | |  |
| 5 | **Discussie**  *Indicatoren HZ kader:*  17-18, 20  *DD3\** | Resultaten zijn geanalyseerd. Student laat zien kritisch te kunnen zijn, verbanden te leggen tussen bevindingen en koppeling te maken met theoretische kader. Sterke en zwakke kanten van het onderzoek worden benoemd en de gevolgen daarvan voor de betrouwbaarheid en externe en interne validiteit. | | |  |
| 6 | **Conclusies**  *Indicator HZ kader: 19* | Hoofd- en deelvragen worden beantwoord, logisch en aansluitend vervolg op resultaten en discussie. | | |  |
| 7 | **Aanbevelingen**  *Indic HZ kader 21 – 24*  *DD2\** | Aanbevelingen volgen logisch uit onderzoek, zijn concreet en realistisch, dragen bij aan een daadwerkelijke en duurzame oplossing | | |  |
| 8 | **Evaluatie**  *Indicatoren HZ kader: 28-30*  *DD2, DD5\**  ***Alleen in te vullen door 1e begeleider!*** | Toont professioneel gedrag tijdens onderzoek. Hieronder valt: Planmatig werken (volgens de tijdsplanning van het concept en definitieve versie);  Zelfstandigheid (eigen keuzes gemaakt en eigen invulling; binnen begeleidingsuren gebleven; feedback adequaat opgepakt); Samenwerking met 1ste begeleider (tijdig geïnformeerd over problemen en belangrijke keuzes, openstaan voor suggesties en kritiek). | | |  |
|  |  | **Max aantal te halen punten** | **80 of 90\*** | **Behaalde punten** |  |
|  | **Toegekend cijfer** | **Behaalde punten / 8 of 9\***  **\*2e beoordelaar vult onderdeel 8 niet in!** | | |  |
|  | **Wanneer rapportage onvoldoende is wordt Niet Deelgenomen op de VLD ingevoerd.** | | | | |

\*Dublindescriptoren zie bijlage 9

Naam eerste beoordelaar: Naam tweede beoordelaar:

1. [↑](#endnote-ref-1)