

# Steun voor mijn melding?



Afstudeerscriptie Zorgmanagement 2007-2008

Erasmus Universiteit Rotterdam

**Juliette Verwer**

Studentnummer 198423

Begeleiding: Corine Boon en Kees van Wijk

Meelezer: Monique Veld

Scriptiegroep HRM

Onderwerp: Sociale steun, setting, meldingsbereidheid incidenten met cliënten.

## **Samenvatting Nederlands**

In deze afstudeerscriptie is onderzoek gedaan naar de relatie tussen sociale steun en de bereidheid om melding te maken van incidenten met cliënten (MICs). Daarbij werden twee verschillende settings onderzocht:

1. De Thuiszorg
2. Een intramurale setting

Het onderzoek vond plaats bij Vierstroomzorg, een aanbieder van thuiszorg, verpleeg- en verzorgingshuiszorg, jeugdgezondheidszorg en welzijnsdiensten.

## **Onderzoeksvraag en definities**

Leidend in het onderzoek was de vraag: Wat is de invloed van setting op de relatie tussen sociale steun en de bereidheid van medewerkers om incidenten bij cliënten te melden?

Setting wordt gedefinieerd als de zorg die verleend word/situatie van de medewerker (intramuraal / extramuraal). Setting is geoperationaliseerd in een vraag waar medewerkers werken.

Sociale steun wordt gedefinieerd als zijnde:

1. de verwachting die men heeft gesteund te worden
2. de steun die men *daadwerkelijk* krijgt

Er is alleen gekeken naar sociale steun in de werksituatie. Dit is geoperationaliseerd door gebruik te maken van een aantal items:

1. in hoeverre een medewerker steun heeft ervaren van zijn leidinggevende
2. in hoeverre een medewerker steun heeft ervaren van haar collega's
3. hoe vaak per week een medewerker zijn collega's en leidinggevende(n) spreekt
4. in hoeverre een medewerker kan rekenen op zijn collega's
5. in hoeverre een medewerker met zijn problemen terecht kan bij zijn leidinggevende
6. in hoeverre collega's attent zijn bij ziekte

Meldingsbereidheid wordt geoperationaliseerd door gebruik te maken van de COMPaZ vragenlijst. Gemeten is:

1. hoe vaak in het afgelopen half jaar een medewerker MIC meldingen heeft gedaan
2. hoe vaak incidenten die gebeurd zijn ook zijn gemeld
3. hoe vaak incidenten die voorkomen zijn ook zijn gemeld

Kwantitatief onderzoek is gedaan door middel van vragenlijsten. Een en dezelfde vragenlijst is uitgezet bij vier teams. Twee intramurale en twee extramurale teams zijn benaderd voor dit onderzoek. De geretourneerde vragenlijsten zijn verwerkt in het programma SPSS. Op basis hiervan zijn een de navolgende analyses gedaan:

1. T-toets
2. Lineaire regressie analyse
3. ANOVA-Toets

## **Resultaten**

Vragen werden uitgezet bij 122 medewerkers; 51 daarvan hebben gerespondeerd. Dat is een responspercentage van 42%. Uit het onderzoek kwam naar voren dat medewerkers zowel in de intramurale setting als in de thuiszorg veel sociale steun ontvangen maar dat de meldingsbereidheid in de twee groepen wel verschilt. Medewerkers bij de thuiszorg waren significant minder bereid om melding te maken van incidenten dan medewerkers in een intramurale setting. Er is ook gekeken naar de relatie tussen sociale steun en meldingsbereidheid. Er is duidelijk een verband tussen de twee; meer sociale steun leidt tot een grotere meldingsbereidheid. Hoewel er geen duidelijk verband is aangetroffen tussen setting en sociale steun is er wel een duidelijk verband gevonden tussen setting en meldingsbereidheid.

De regressieanalyse die gemaakt is, bevat 3 significante modellen. Een daarvan heeft de meeste verklarende waarde. De variabelen die in dit model de meldingsbereidheid verklaren, zijn sociale steun en setting.

## **Samenvatting Engels**

This study was done in the context of my MSc dissertation. It examines the relationship between social support and the willingness of homecare employees to report client-related incidents. Two different groups of caregivers were studied: nurses and assistant nurses. The first group of caregivers works in a nursing home; the second group provides care to individual clients in their own homes. Research took place at Vierstroomzorgring, an organisation which provides nursing home care, home care, youth care (for youth from 0 - 4 years) and a variety of other products.

## **Research query and definitions**

Research done for this study centred around the following question: What influence does setting have on the relationship between social support and an employee's willingness to report client-related incidents?

Setting is defined as the type of care that is provided / the situation in which the employee works (intramural / extramural) Setting was operationalised in the type of care the employee provides/ the situation in which she works.

Social support is defined as:

1. (a) an employee's expectation of the support he will receive and
2. (b) the support the employee actually receives

In this study I examined social support only as it manifested itself in the workplace. The following items were measured:

1. The employee's perception of the support she received from management
2. The employee's perception of the support she received from colleagues
3. How often the employee spoke or met with her colleagues and management
4. Whether the employee felt he could count on her colleagues
5. Whether the employee felt he could turn to management in case of problems
6. How colleagues treated the employee when ill

Willingness to report was operationalised by using the COMPaZ instrument. This instrument measured how often:

1. an employee had reported incidents in the last 6 months
2. incidents took place
3. the incidents were reported.

The research done was quantitative. Four teams were asked to participate in a survey. Two teams worked at nursing homes and two teams worked in clients' homes. The questionnaires, which were returned, were analysed using SPSS.

## **Results**

Questionnaires were sent to 122 employees, 51 of which responded. The response rate was thus 41%. The research done proved that both groups perceive a lot of social support. However, their willingness to report incidents differed. Those working in homecare were significantly less willing to report an incident than those working in a nursing home. Based on the research done, I have concluded that there is a connection between social support and a willingness to report incidents. Those who perceive more social support are more willing to report incidents than those who do not. Moreover, while there is no significant connection between setting and social support, there is a significant connection between setting and willingness to report.

In my study, I did regression analysis using 3 significant models, one of which has the highest explanatory value. In this model willingness to report is predicted by social support and setting.

## Inhoudsopgave

Samenvatting Nederlands.....	2
Onderzoeksvraag en definities .....	2
Resultaten .....	3
Samenvatting Engels .....	4
Research query and definitions .....	4
Results .....	5
Inhoudsopgave .....	6
Voorwoord .....	8
Hoofdstuk 1: Inleiding .....	9
Probleemstelling.....	11
Deelvragen .....	11
Leeswijzer .....	11
Hoofdstuk 2: Theoretisch kader .....	12
Introductie .....	12
Wat is MIC? .....	12
Waarom is MIC relevant? .....	13
Meldingsbereidheid.....	14
Sociale steun.....	16
Sociale steun en meldingsbereidheid .....	18
Setting.....	20
Hoofdstuk 3 Methoden van onderzoek .....	22
Doel van het onderzoek.....	22
Aanpak .....	22
Instelling.....	22
Verloop van het onderzoek .....	22
Variabelen en operationalisering.....	23
Instrument.....	23
Respondenten .....	24
Statistische analyses .....	24
Betrouwbaarheid en Validiteit .....	24
Bias.....	25
Hoofdstuk 4: Resultaten .....	27

Respondenten .....	27
Data .....	28
Sociale steun.....	28
Meldingsbereidheid.....	29
Toetsing van het model .....	30
Hoofdstuk 5: Conclusie.....	32
Hoofdstuk 6: Discussie.....	35
Resultaten .....	35
Hoofdstuk 7: Aanbevelingen.....	38
Literatuurlijst.....	40
Bijlage 1: Barriers and incentives to reporting.....	44
Bijlage 2: Grafieken over de verdeling van de controlevariabelen .....	45
Bijlage 3: Grafieken over verdeling individuele factoren van sociale steun.....	48

## **Voorwoord**

In mijn functie als junior adviseur kwaliteit bij Vierstroomzorging registreer ik zelf de incidenten die gemeld worden bij de thuiszorg. Bij navraag bij degene die intramuraal de meldingen binnen kreeg, bleek dat er bij de thuiszorg veel minder vaak incidenten worden gemeld dan in de verpleeg- en verzorgingshuizen. De redenen hiervoor waren niet bekend.

Aangezien ik graag het aantal meldingen in de thuiszorg zou zien stijgen, besloot ik me te verdiepen in het wel of niet melden van incidenten met cliënten in de verpleeghuis- verzorgingshuis- en thuiszorg. Toen ik experts (wetenschappers in Amsterdam, Maastricht en Nijmegen) op dit werkgebied hiernaar vroeg, bleek dat het onderwerp niet aan de orde komt in de literatuur. Hoewel verpleeghuizen weleens deel uitmaken van onderzoeken, is er tot nu toe geen onderzoek specifiek gericht op de thuiszorg. Het leek mij daarom een mooi onderwerp voor een scriptie.

Tijdens mijn onderzoek ben ik bij veel verschillende mensen te raden gegaan waaronder collega's, werknemers, wetenschappelijke experts, familie en begeleiders. Die wil ik langs deze weg graag bedanken voor hun hulp en steun.



## Hoofdstuk 1: Inleiding

*Shirley van de thuiszorg komt op bezoek bij mevrouw Jansen om haar te wassen. Tijdens het wassen, glijdt Mevrouw Jansen uit op de badkamervloer. Wonderwel is zij niet gewond geraakt en Shirley was erg opgelucht. Het had veel slechter af kunnen lopen. Nadat zij Mevrouw gerustgesteld heeft gesteld, gaat Shirley gauw verder naar de volgende cliënt. Shirley spreekt haar collega's niet meer vandaag. Daarom bespreekt Shirley het voorval 's avonds met haar man. Twee weken later staat Mevrouw Jansen weer op Shirley' lijst maar als Shirley 's avonds naar haar werk gaat, hoort ze dat ze niet langs hoeft te gaan bij Mevrouw Jansen, omdat zij is opgenomen in het ziekenhuis met een gebroken heup. Vanochtend was Mevrouw Jansen uitgegleden bij Shirley's collega Jantine. Het anti-slipmatje van Mevrouw Jansen bleek aan vervanging toe te zijn.*

Situaties als bovenstaande komen regelmatig voor in de zorg. Ze worden 'incidenten' genoemd. Velen ervan worden niet besproken met collega's en dus ook niet geanalyseerd. Daardoor blijven zij zich voordoen waardoor mensen zoals Mevrouw Jansen blijven vallen. Dergelijke incidenten zijn onwenselijk en zouden eigenlijk niet een tweede keer mogen gebeuren. Om herhaling te voorkomen, is het daarom belangrijk dat zulke incidenten altijd gemeld worden.

Het thema van deze scriptie is het Melden van Incidenten met Cliënten (MIC). Het melden van incidenten met cliënten is een breed onderwerp. Incidenten kunnen zich namelijk voordoen in de GGZ, de Jeugdgezondheidszorg, Ouderenzorg, in intramurale en extramurale omgevingen, bij de huisarts, in ziekenhuizen, revalidatiecentra en in de gehandicaptenzorg. Deze scriptie gaat echter over het melden van incidenten met cliënten in de ouderenzorg, en in het bijzonder over de verschillen tussen het meldingsgedrag van medewerkers uit de verpleeg- en verzorgingshuizen en dat van diegenen die verpleging en verzorging leveren aan cliënten thuis (de thuiszorg).

Er wordt tegenwoordig veel aandacht gegeven aan patiëntveiligheid, getuige de verplichting die ziekenhuizen hebben om vanaf 1 januari 2008 een veiligheidsmanagementsysteem in huis te hebben. Het doel van een dergelijk systeem is om meer inzicht te krijgen in de incidenten die op de werkvloer plaatsvinden en om waar mogelijk, deze te reduceren. Er wordt veel in de literatuur (Legemaate 2006, Kingston 2004, Kim et al 2007) geschreven over hoe zo'n

meldingssysteem eruit zou moeten zien. Het accent hierbij ligt op het 'veilig melden'. Missers en fouten worden ook gemaakt in de verpleeg- en verzorgingshuizen en in de thuiszorg. Niettemin wordt over het melden van deze missers en fouten vrijwel niets geschreven. Er blijkt weinig, bij voorbeeld, bekend te zijn over meldingen van incidenten in de thuiszorg. Door juist dit als afstudeeronderwerp te kiezen, hoopt de onderzoeker haar steentje bij te kunnen dragen aan deze ontbrekende analyse. Door te onderzoeken of er een relatie bestaat tussen sociale steun en meldingsbereidheid krijgen managers een handvat om bewust aan meldingsbereidheid te werken. De verbeteringen die plaatsvinden op basis van de meldingen zullen de kwaliteit van zorg doen toenemen.

Om inzicht te krijgen in de meldingsproblematiek is het noodzakelijk om te achterhalen waarom medewerkers incidenten wel of niet melden. Het begrip dat daarbij hoort heet 'meldingsbereidheid'. Door de meldingsbereidheid te analyseren, kunnen mogelijke drempels om een incident te melden geïdentificeerd worden. De literatuur (Legemaate 2006, De Bekker en van Wijmen 2005, Hoofs en van der Hoeft 2007) laat zien dat het 'veilig melden' een manier is om de meldingsbereidheid bij medewerkers te vergroten. Er worden hierbij een aantal voorwaarden genoemd. Die gaan bij voorbeeld over de relatie tussen het management en de medewerker en tussen medewerkers onderling. De factoren die meespelen, komen neer op de steun voor het melden die men voelt zowel van het management als van de collega's. In de literatuur (Cohen en Syme 1985) wordt deze 'sociale steun' genoemd. Het begrip sociale steun omvat echter meer dan alleen steun in een werksituatie. Steun van het thuisfront en netwerken rondom mensen horen ook bij 'sociale steun'. In deze scriptie wordt sociale steun beperkt tot de steun die een medewerker ervaart van haar collega's of haar management in de werksituatie. De relatie tussen die sociale steun en meldingsbereidheid is het onderwerp van dit onderzoek.

Ouderenzorg wordt zowel aangeboden in verpleeg- en verzorgingshuizen als bij de mensen thuis. Deze situaties zijn verschillend, zowel voor de oudere als voor de zorgmedewerker. Verwacht wordt dat het verschil in het aantal meldingen tussen de twee zorgsettings ligt in het feit dat medewerkers in de thuiszorg minder contact hebben met hun collega's en leidinggevenden.

Het doel van dit onderzoek is om

1. inzicht te krijgen in de relatie tussen sociale steun en meldingsbereidheid en de invloed van de setting op de relatie tussen deze twee
2. de sturingsmogelijkheden voor managers hierin te verbeteren.

Hiertoe is een probleemstelling met deelvragen opgesteld.

### **Probleemstelling**

Wat is de invloed van de setting (intramuraal of zorg thuis) op de relatie tussen sociale steun en meldingsbereidheid van het melden van incidenten met cliënten?

### **Deelvragen**

1. Wat is de relatie tussen sociale steun en meldingsbereidheid?
2. Is er een verschil in ervaren sociale steun tussen intramuraal en extramuraal werkende verzorging en verpleging?
3. Is er een verschil in meldingsbereidheid tussen intramuraal en extramuraal werkende verzorging en verpleging?
4. Verschilt de relatie sociale steun en meldingsbereidheid per setting?

### **Leeswijzer**

- In hoofdstuk 2 wordt het begrip MIC (Melding Incidenten met Cliënten) geïntroduceerd. In dit hoofdstuk worden de belangrijkste studies naar dit onderwerp besproken. Ook worden de belangrijkste begrippen en het onderlinge verband ertussen besproken.
- De keuzes die gemaakt zijn in het kader van dit onderzoek – bij voorbeeld t.a.v. de gekozen locatie (Vierstroomzorgring), respondenten, operationalisatie van begrippen, validiteit en betrouwbaarheid – evenals de opzet ervan worden in hoofdstuk 3 besproken.
- Hoofdstuk 4 bevat de resultaten van het onderzoek.
- Hoofdstuk 5 bevat de conclusies van het onderzoek.
- De resultaten van het onderzoek worden in hoofdstuk 6 verklaard.
- Aanbevelingen worden gedaan in hoofdstuk 7.

## Hoofdstuk 2: Theoretisch kader

### Introductie

#### *Wat is MIC?*

Een begrip dat allang in de zorg bestaat is MIC, ofwel Melding Incidenten met Cliënten. Andere namen hiervoor zijn: MIP (Melding Incident met een Patiënt), FONA (Fouten, Ongevallen, Near Accidents) en FOBO (Fouten, Ongelukken en Bijna Ongelukken). In deze scriptie wordt de term MIC gebruikt.

Incident is een breed begrip waardoor niet altijd duidelijk is wat er onder deze term valt. Het Onderzoeksprogramma Patiëntveiligheid in Nederland ([www.onderzoekpatientveiligheid.nl](http://www.onderzoekpatientveiligheid.nl)) beschrijft een incident (of event) als

*‘Een onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de patiënt heeft geleid, had kunnen leiden of (nog) zou kunnen leiden.’* ([www.onderzoekpatientveiligheid.nl](http://www.onderzoekpatientveiligheid.nl), 2008)

Incidenten kunnen diverse oorzaken hebben. Het Onderzoeksprogramma Patiëntveiligheid in Nederland geeft vier oorzaken voor incidenten weer. Incidenten kunnen plaats hebben als gevolg van

1. menselijke factoren, bijvoorbeeld een gebrek aan kennis, het niet opvolgen van bestaande procedures, of het missen van vaardigheden.
2. organisatiegebonden factoren, bijvoorbeeld een tekort in de bezetting waardoor medicatie niet aangereikt wordt.
3. technische factoren, bijvoorbeeld een rolstoel waarvan een wiel afbreekt.
4. patiëntgerelateerde factoren, bijvoorbeeld een oudere die besluit om zonder hulpmiddel naar het toilet te gaan en op weg erheen valt.

Uit de bovenstaande lijst van oorzaken wordt het duidelijk dat niet alle incidenten medewerkergebonden hoeven te zijn; iedere medewerker kan geconfronteerd worden met incidenten veroorzaakt door één van deze factoren.

De discussie over het melden van incidenten is weer opgelaaid als gevolg van onderzoeken naar het aantal vermijdbare incidenten en het mogelijk aantal doden dat daarvan het gevolg zijn. Men meende dat er veel te leren was van incidenten en bijna incidenten. Om die reden is het belangrijk dat medewerkers niet alleen grote maar ook kleine en ‘net niet gebeurde’

incidenten gaan melden. Willems (2004) stelt dat een strikte voorwaarde hiervoor is dat medewerkers meldingen kunnen doen zonder dat hen blaam treft: *‘Het blame-free of veilig melden van incidenten houdt in dat medewerkers erop kunnen vertrouwen dat er geen sancties zullen volgen op hun meldingen van incidenten.’*

### ***Waarom is MIC relevant?***

De noodzaak van het melden van incidenten met cliënten heeft meer dan één grondslag:

1. Extern: Eén van de grondslagen ligt in de Kwaliteitswet Zorginstellingen. Hierin staat dat de zorgaanbieder de kwaliteit van zorg systematisch bewaakt, beheerst en verbetert. De zorgaanbieder is verplicht afwijkingen te registreren en indien het calamiteiten betreft deze bij de inspectie te melden. (Kwaliteitswet Zorginstellingen). De zorgaanbieder verantwoordt zich.
2. Intern: Melden is ook belangrijk omdat het zorginstellingen helpt om de eigen processen te verbeteren: *‘Het doel van de meldplicht is niet om een persoon aan de schandpaal te nagelen, maar om het disfunctioneren van het kwaliteitssysteem op te sporen, teneinde dat te kunnen verbeteren.’* (Legemaate et al 2006). Leape (1999) schrijft dat één van de consequenties van het niet melden is dat er geen verbeterslag kan worden gemaakt. Hij meent ook dat deze verbeterslag alleen kan worden gemaakt als er adequaat wordt gereageerd op meldingen. Niettemin is het heel lastig om aan te tonen dat verbeteringen in de kwaliteit van zorg het gevolg zijn van het melden van incidenten. In de praktijk is er steeds meer vraag naar verbeterplannen die gebaseerd zijn op analyses van MIC meldingen. Dit komt tot uiting in de gunningcriteria van zorgkantoren. De zorgaanbieder maakt productieafspraken met de zorgkantoren. Nu de zorgkantoren verbeterplannen op basis van MIC meldingen gaan eisen, wordt er aan het melden van incidenten een financieel belang gekoppeld.
3. Individueel: Er rust op de medewerker een professionele verplichting om incidenten te melden. Het tuchtcollege heeft 19 juni 2006 de uitspraak gedaan dat: *‘Formeel gezien mag melden dan een plicht zijn, het is vooral een professionele verantwoordelijkheid.’* (Medisch Contact 2007)

Leape (1999) maakt ook onderscheid tussen meldingen die gedaan worden t.b.v. interne doeleinden en meldingen die gedaan worden voor externe doeleinden. Het doel van meldingen t.b.v. interne doeleinden is het verbeteren van de kwaliteit van het afgeleverde werk. Meldingen die gedaan worden t.b.v. externe doeleinden zijn bedoeld om de kwaliteit van het product dat door de organisatie afgeleverd wordt inzichtelijker te maken.

## **Meldingsbereidheid**

Waar gewerkt wordt, vallen spaanders. Incidenten zullen dus altijd plaatsvinden in organisaties. Maar als de betrokken medewerkers die incidenten steeds melden, kunnen de foutjes die in het systeem zitten eruit worden gehaald. Dit is echter alleen mogelijk als er voldoende meldingen binnenkomen. Om die reden is meldingsbereidheid van belang. De eerste kwalitatieve studie naar de meldingsbereidheid van artsen en verpleegkundigen in Australische ziekenhuizen is die van Kingston et al (2004). Eén van de uitkomsten van hun onderzoek was dat artsen doorgaans geen incidenten melden. Verpleegkundigen echter maken er wel een gewoonte van om incidenten te melden. Twee soorten incidenten worden routinematig gemeld: het vallen van een patiënt en medicatiefouten.

In deze studie had locatie ook invloed op het melden van incidenten. Incidenten die zich voordeden op zaal werden vaker gemeld dan die op de OK. Een andere uitkomst van Kingston's onderzoek was dat artsen informatie over incidenten graag binnenshuis hielden. Zij meenden dat kenbaar maken van incidenten niet paste in het concept van loyaliteit naar de eigen collega's. Verpleegkundigen konden makkelijker incidenten melden vanwege hun relatieve machteloosheid betreffende het incident, maar ze deden het ook om zich in te dekken tegen de mogelijke gevolgen. Artsen en verpleegkundigen ervoeren onzekerheid, angst en wantrouwen als ze spraken over hoe er omgegaan werd met de incidentenregistratie.

Kingston et al (2004) noemen een aantal voorbeelden van weerstand tegen melding:

1. gewoonte
2. statusverschillen
3. onvoldoende gefaciliteerd worden (financieel en organisatorisch)
4. geen of onvoldoende feedback
5. vrees voor represailles
6. je collega niet willen verraden

(Bijlage 1 bevat een tabel uit de BMJ die een overzicht geeft van de verschillende barrières en drijfveren om incidenten te melden.)

Legemaate et al (2006) beschrijven een reden voor de weerstand tegen melden als volgt: *'Eén van de belangrijkste redenen is dat (vooral) artsen zijn en worden opgeleid in een sfeer van eigen verantwoordelijkheid en onfeilbaarheid.'* Verder noemen zij de onderlinge verschillen in 'status' tussen medewerkers als een reden voor hen om niet alle incidenten te melden:

*‘Onder werkers in de gezondheidszorg is er sprake van statusverschillen: Tussen artsen en verpleegkundigen, tussen junior artsen en senior artsen etc. Meldingssystemen betreffen niet alleen meldingen over het eigen handelen, maar ook meldingen over het handelen van anderen, ongeacht ervaring en positie.’* Het gebrek aan organisatorische/financiële voorwaarden en de benodigde formulieren en procedures vormen ook een belemmering voor meldingsbereidheid. Melders willen bovendien graag de effecten van hun melding terugzien. Het geheel of gedeeltelijk uitblijven van feedback over deze effecten wordt gezien als een reden om dan maar niets te melden. Hoofs en Van der Hoeff (2007) sluiten zich hierbij aan. Zij schrijven: *‘De indruk bestaat dat de stimulans om te melden ontbreekt, omdat de link tussen ‘melding’ en ‘verbetering’ niet altijd zichtbaar is. Indien dit het geval is, stagneert het verder ontwikkelen van risicobewustzijn van de medewerker, omdat inzicht in de zwakke plekken van het eigen zorgproces ontbreekt.’*

In *Medisch contact* schrijven De Bekker en van Wijmen (2005): *‘Over de oorzaken van de onderrapportage bestaan uiteenlopende opvattingen: van onbekendheid van medewerkers met de MIC tot vrees voor represailles en het twijfelen van medewerkers aan de vertrouwelijkheid van verstrekte informatie.’*

In de studie van Kingston et al (2004) meenden de verpleegkundigen dat incidentenregistratie wel zou kunnen bijdragen tot bewustwording en dat registratie verbeterde werkomstandigheden zou bevorderen. Een van de uitkomsten van deze studie was dat een systeem dat zonder sancties adequate en snelle feedback zou kunnen leveren over omstandigheden rondom een patiënt de medische staf zou motiveren om incidenten te gaan melden.

In een studie van Pugh (2006) over hoe verpleegkundigen omgaan met de beschuldiging van onprofessioneel gedrag, wordt meldingsbereidheid ook bekeken. Deze studie bevat relevante parallellen, omdat het ook gaat over het handelen van anderen, waarbij een cliënt mogelijk schade zou kunnen ondervinden. Het gevoel dat men een beroepsgenoot verraadt is een van de belangrijkste weerstandsredenen tegen het melden. Bij het aantreffen van onprofessioneel gedrag van een collega en dat benoemen en melden zou een gelijksoortige weerstand kunnen zijn. In haar boek beschrijft Pugh (2006) dat de meldingsbereidheid bij de respondenten in dat onderzoek zowel vanuit positieve als negatieve beweegredenen voortkwam. Daarnaast schrijft zij dat de personen die bereid zijn een melding te maken, dit ook blijven en niet incidenteel

melden. Dit zou kunnen aansluiten bij de bevindingen uit het onderzoek van Kingston et al (2004), ook uit Australië, dat meldingsbereidheid voor een deel te maken heeft met gewoonte, waardoor men niet incidenteel zal melden, maar structureel incidenten zal melden.

Bovenstaande literatuur (Legemaate 2006, De Bekker en Van Wijmen 2005, Kingston et al 2004, Hoofs en Van der Hoeft 2007) laat zien dat een medewerker die een incident meemaakt geconfronteerd kan worden met een spanningsveld. Een medewerker die met een cliënt een incident meemaakt, dient dat te melden aan haar manager en aan de MIC commissie. Dat kan voor haar problematisch zijn omdat zij vervolgens geconfronteerd kan worden met de gevolgen van haar handelen. In sommige gevallen is zij daarvoor zelfs juridisch aansprakelijk. Een zelfde soort dilemma doet zich voor bij het melden van de fouten van collega's.

Dat meldingsbereidheid wordt verhoogd door de steun van collega's en leidinggevendens blijkt niet alleen uit de studie van Kingston (2004) maar ook uit de studies van Legemaate (2006) en Pugh (2006). Om incidenten gemeld te krijgen, is de steun van collega's en leidinggevendens onontbeerlijk, omdat het ook een rol speelt in het wegwerken van de weerstanden ertegen onder hulpverleners.

### **Sociale steun**

Deze scriptie handelt uitsluitend over sociale steun – de verwachting en ervaring die men heeft bijgestaan te zijn door anderen – zoals die zich voordoet op de werkvloer. Het is de steun die medewerkers ontvangen (of ervaren) van de mensen uit hun werkomgeving, dat wil zeggen hun leidinggevendens, teamgenoten, en/of collega's. Sociale steun wordt gedefinieerd als zijnde:

1. de verwachting die men heeft gesteund te worden
2. de steun die men *daadwerkelijk* krijgt. ( Armstrong 2001)

Cohen en Syme (1985) beschrijven sociale steun als: '*resources provided by other persons.*'

Het meten van sociale steun is niet makkelijk. Cohen en Syme (1985) noemen een aantal keuzes, die gemaakt moeten worden bij de inrichting van een meetinstrument voor sociale steun. De keuzes waar de onderzoeker o.a. voor staat zijn:

1. Wordt de kwantiteit of kwaliteit van de contacten onderzocht?
2. Gaat het er om of er steun verleend wordt of gaat het om wie steun verleent?



In deze studie is zowel de beleving als de aanwezigheid van en het aantal contacten met leidinggevend en collega's onderzocht. Verder wordt de voorspellende waarde van sociale steun voor meldingsbereidheid bekeken.

Sociale steun als gedragvoorspeller komt steeds vaker voor als aanname in een studie zoals Mascini (2005), Hochwarter et al (2006), Kane-Urrabazo (2006) en Spruijt (2005). Er zijn enkele studies waarbij sociale steun aandacht krijgt als interveniërende variabele of als verklarende variabele bij voorbeeld Spruijt (2005).

Mascini (2005) schrijft over het overtreden van veiligheidsregels. Hij noemt drie oorzaken waarom veiligheidsregels worden overtreden:

1. Er is teveel moeite of inspanning nodig om zich aan de regels te houden,
2. Dilemma's ontstaan waarbij de medewerker zelf moet gaan kiezen en
3. De regels zijn onmogelijk en ze conflicteren met andere regels en werkinstructies.

Mascini (2005) meent dat diegenen die regels van het derde type breken, sociaal gesteund zouden moeten worden; zij zijn namelijk bereid om werkinstructies te negeren om risico's te beperken. Sociale steun is volgens Mascini belangrijk om risico's te vermijden. Om situaties werkbaar en veilig te houden is het belangrijk dat medewerkers zich sociaal gesteund voelen om die werksituaties die niet werken en onveilig zijn, bespreekbaar te maken.

Hochwarter et al (2006) schrijven dat er een verband is tussen sociale steun vanuit de organisatie en de prestaties van medewerkers. Dit is gebaseerd op de veronderstelling dat een medewerker die grote steun van een organisatie voelt zich ook verplicht voelt om iets terug te doen. Vandenberghe et al (2007) stelt dat medewerkers op basis van wederkerigheid beter presteren als zij meer sociale steun van hun management ondervinden.

Spruijt schrijft over de samenhang tussen sociale steun en de autonomie van de werknemers en de invloed hiervan op de gezondheid van werknemers. Hij definieert sociale steun als: *'de totale hoeveelheid hulpbereidheid van collega's en leidinggevende.'* Verder zegt hij: *'Een mogelijke verklaring die hiervoor gegeven wordt is dat sociale steun de werkers stimuleert om werkdruk effectief te hanteren en een ruime mate van autonomie geeft hiervoor de ruimte. Wanneer er daarentegen weinig sociale steun voorhanden is, voelt de werkplek als onveilig.'* Hiermee legt hij een verband tussen het ervaren van sociale steun en een veilige werkplek. Als we dit extrapoleren naar meldingsbereidheid zou een veilige werkplek ook veilig melden

inhouden. Steun van de werkomgeving zou gezien kunnen worden als een middel om het spanningsveld dat ontstaat bij de medewerker die een incident meemaakt of mee geconfronteerd wordt, te verminderen.

Verwacht wordt dat de meldingsbereidheid onder medewerkers in dit onderzoek groter zal zijn naarmate zij meer sociale steun geven en krijgen van hun werkomgeving. Deze verwachting is gestoeld op onderzoek dat gedaan is naar de factoren die weerstand tegen melden tegengaan. Er is echter *geen* onderzoek gedaan naar interventies. Hier is alleen gekeken naar de mogelijke relatie tussen sociale steun en meldingsbereidheid.

Daarnaast wordt verwacht dat de werksituatie (setting) van invloed is op de relatie tussen sociale steun en de meldingsbereidheid omdat in de ene werksituatie minder mogelijkheden zijn om steun te ontvangen dan in de andere. Dat betekent dat er bij het geven van sociale steun, om de meldingsbereidheid te vergroten, rekening gehouden moet worden met de setting waarin de medewerker werkzaam is.

### **Sociale steun en meldingsbereidheid**

De literatuur (Legemaate 2006; Haslam et al 2005; Kim et al 2007; Kingston et al 2004; Throckmorton 2005; Vincent, Stanhope, Crowley-Murphy 1999) die beschikbaar is over het melden van incidenten bestaat voornamelijk uit kwalitatieve studies die gedaan zijn naar de factoren die van belang zijn voor het melden van incidenten met cliënten. Legemaate (2006) heeft voor zijn onderzoek veel literatuur bekeken en heeft vanuit die literatuur het concept 'veilig melden' ontwikkeld. Het concept veilig melden is geconstrueerd op de uitkomsten van diverse kwalitatieve studies naar meldingsbereidheid. In de literatuur (Legemaate 2006; De Bekker en Van Wijmen 2005; Hoofs en van der Hoeft 2007) wordt bij voorbeeld gesproken over een aantal succesfactoren om incidenten gemeld te krijgen. Deze succesfactoren zijn samengebundeld in het concept 'veilige meldcultuur'. Stichting Consument en Veiligheid beschrijft deze in de module 'Incident melden':

- 1. management/ directie draagt veilig melden cultuur uit*
- 2. veiligheid en incidenten zijn prioriteit in zorg/ afdelingsoverleg*
- 3. de meldingsprocedure is bij iedereen bekend*
- 4. verbeteracties worden snel teruggekoppeld*
- 5. melden van incidenten met cliënten gebeurt met een eenvoudig formulier*
- 6. analyse van meldingen gebeurt via een eenduidige methode*

Enkele factoren die deel uitmaken van het concept veilig melden, maken ook deel uit van het concept sociale steun. Maar er is tot nu toe geen onderzoek gedaan naar de overeenkomsten en verschillen tussen de concepten veilig melden en sociale steun. De succesfactoren voor veilig melden worden wel als voorwaarde gesteld voor meldingsbereidheid. Een aantal van deze succesfactoren vertoont overeenkomsten met het concept sociale steun uit de wetenschap. Dit heeft geleid tot de verwachting dat sociale steun een voorwaarde is voor (het ontstaan van) meldingsbereidheid.

Veilig melden heeft een basis in sociale steun van de manager en de collega's waarmee men werkt. Immers een melding is vaak herleidbaar tot diegene die op een bepaalde dag gewerkt heeft. Het belang van sociale steun is dat de manager en het team de melder steunen in het melden van incidenten en dat zij samen gaan analyseren hoe een dergelijk incident voortaan voorkomen kan worden. Het concept 'veilig melden' gaat uit van een aantal items (management / directie draagt veilig melden uit; veiligheid en incidenten zijn een prioriteit in de zorg / afdelingsoverleg; verbeteracties worden snel teruggekoppeld) die ook onder het concept 'sociale steun' kunnen vallen. Om sociale steun te ervaren is bij deze items interactie onder mensen nodig. In de onderstaande alinea's wordt het verband gelegd tussen deze onderdelen van veilig melden en het concept sociale steun.

Als management en directie veilig melden uitdragen, betekent dat dat melders de steun van de manager en de directie voor hun meldingen krijgen. De melder krijgt hiermee sociale steun van zijn leidinggevenden ongeacht wie hij is. Als veiligheid en incidenten prioriteit worden in de zorg, onderdeel worden van het afdelingsoverleg, dan zullen vanzelfsprekend diegenen die incidenten melden ondersteund worden door het hele team. Pizzi, Goldfarb en Nash (2007) beschrijven de voorwaarden voor een patiëntveilige omgeving. Hierbij wordt samenwerking tussen management en uitvoerenden een aantal keer genoemd. Die samenwerking bestaat uit het samen werken aan een patiëntveilige omgeving. De meldingsbereidheid wordt daarmee vergroot.

Het snel terugkoppelen van verbeteracties is een praktische uitwerking van sociale steun, want als bij elke melding een actie wordt genomen en vervolgens teruggekoppeld, blijkt hieruit steun voor de melder. In het *Journal of Nursing Management* beschrijft Christine Kane-Urrabazo (2006) de rol van management in het scheppen van een omgeving van vertrouwen. Vertrouwen in medewerkers is één van de factoren die ervoor zorgen dat het

werken in een organisatie prettig is omdat het medewerkers het gevoel geeft gesteund te zijn, ook als zij minder prettige incidenten melden. Spruijt (2005) onderschrijft dit. Hij meent dat sociale steun in de werkomgeving leidt tot een veilige werkplek. In zo'n omgeving stijgt de meldingsbereidheid onder medewerkers. Het krijgen en geven van vertrouwen valt onder de definitie van sociale steun zoals Cohen en Syme (1985) deze gebruiken.

Ook de invloed van sociale steun van collega's op 'werkuitkomsten' (resultaten) is onderzocht. Amo (2006) zegt dat er een verschil is tussen medewerkers die hoogopgeleid zijn en de medewerkers die dat niet zijn. Hoogopgeleide verpleegkundigen willen dat de manager hen aanspreekt en ze overtuigt van de voordelen van een bepaald soort gedrag. Laagopgeleide verzorgers of verpleegkundigen willen dat van interne 'opinieleiders' horen. Sociale steun wordt dan ingezet om medewerkers beter te laten presteren. Het onderzoek van Amo (2006) toont aan dat naast sociale steun opleidingsniveau voor gedragsverandering van doorslaggevend belang kan zijn. Om die reden worden ook achtergrondvariabelen (zoals opleiding, leeftijd en contract) als deze onderzocht om eventuele vertekening uit te sluiten.

Uit de literatuur die hierboven besproken is blijkt dat er een overeenkomst is tussen sociale steun en het veilig melden. Veilig melden wordt als voorwaarde gesteld om meldingsbereidheid onder medewerkers te verhogen. Dit impliceert dat er een verband gelegd kan worden tussen sociale steun en meldingsbereidheid.

### **Setting**

Het werken met ouderen die bij elkaar in een huis wonen of het werken met een oudere in zijn of haar thuissituatie is verschillend. In die twee omgevingen is het niet zo zeer dat het werk zelf anders is, maar eerder de omgeving waarin dat plaatsvindt. Een medewerker in de thuiszorg is slechts een beperkte tijd bij haar cliënt. Dus als de cliënt op een later tijdstip de medewerker nodig heeft, is de medewerker niet meer voor hem of haar beschikbaar.

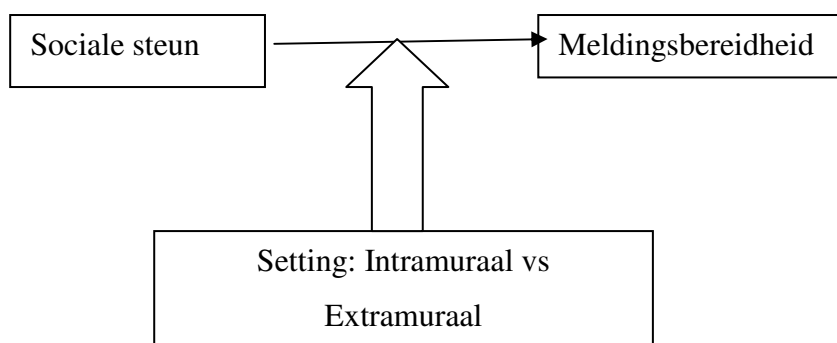
Bovendien bezoekt een medewerker in de thuiszorg meerdere cliënten op een dag en die cliënten kunnen per dag verschillen. Medewerkers die in een verpleeg- of verzorgingshuis werken, doen dat over het algemeen op een vaste afdeling en zij bezoeken vaste cliënten. Mocht een cliënt langer in zijn of haar bed willen blijven, kan de medewerker ervoor kiezen later bij hem of haar terug te komen. Ook kunnen verpleeg- en verzorgingshuiscliënten ten alle tijden een medewerker benaderen voor hulp. De medewerker in de thuissituatie van de

cliënt werkt op het moment dat hij/ zij bij die cliënt is in een één op één situatie. Een medewerker in een verpleeg- of verzorgingshuis werkt vaak met meerdere cliënten tegelijk.

De werksituatie van deze twee soorten medewerkers verschilt ook op een ander punt. Medewerkers in de thuiszorg werken de hele dag alleen. Zij zien hun collega's alleen 's morgens als ze op kantoor komen, wat niet altijd het geval is. Het contact met de manager is ook beperkt tot die momenten waarop de medewerker en manager gelijktijdig op kantoor zijn, of als de medewerker haar manager telefonisch spreekt. In de intramurale setting is de manager op de locatie aanwezig en zijn er veel meer mogelijkheden voor contact tussen medewerker en manager. Er zijn ook meer mogelijkheden om sociale steun te krijgen van zowel de manager als de collega's.

De setting waarin medewerkers werken, lijkt van invloed te zijn op de mogelijkheden voor sociale steun. De relatie tussen sociale steun en meldingsbereidheid lijkt causaal. Medewerkers die solistisch werken (zoals in een thuiszorgsituatie het geval is) hebben minder vaak contact met hun collega's en dus minder mogelijkheden om zich gesteund te voelen door deze collega's. Zij zullen daardoor minder bereid zijn om melding te maken van incidenten. Omdat sociale steun een voorwaarde is voor meldingsbereidheid mag verwacht worden dat de meldingsbereidheid onder thuiszorgmedewerkers lager zal zijn. Deze meldingsbereidheid zal dus actief gestimuleerd moeten worden, willen er voldoende meldingen binnenkomen om de situatie in die omgeving te analyseren en waar nodig te verbeteren.

Op basis van de literatuur is een model gemaakt. Het model ziet er als volgt uit:



## **Hoofdstuk 3 Methoden van onderzoek**

Dit hoofdstuk beschrijft het verloop van het onderzoek en de keuzes die ervoor gemaakt zijn.

### **Doel van het onderzoek**

Doel van het onderzoek is om vast te stellen of er verschillen zijn in de meldingsbereidheid van medewerkers die intramuraal werken en medewerkers in de thuiszorg. Beide groepen werken in de verpleging en verzorging in het werkgebied van Vierstroomzorgring.

### **Aanpak**

Het onderzoek is kwantitatief en maakt gebruik van een vragenlijst naar het verband tussen ervaren sociale steun en de bereidheid tot het melden van incidenten. De keuze voor een kwantitatief onderzoek over dit onderwerp komt voort uit de wens van de onderzoeker om te voldoen aan een behoefte aan cijfermatige informatie over MIC in een intramurale en extramurale setting. Uit het veld (zorginstellingen) is behoefte gebleken aan meer aandacht voor MIC in de thuiszorg en er is nog geen informatie hierover beschikbaar. De keuze voor kwantitatief onderzoek lag voor de hand. Er is al veel kwalitatief onderzoek gedaan. De omvang van het aantal incidenten en het aantal meldingen is nog onbekend zodat kwantitatief onderzoek aan deze kennis een bijdrage kan bieden.

### **Instelling**

Dit onderzoek werd uitgevoerd bij Vierstroomzorgring. Vierstroomzorgring is een organisatie die wonen, welzijn en zorg levert. Zorg wordt zowel aan huis als in verpleeg- en verzorgingshuizen geboden. Het werkgebied van Vierstroomzorgring ligt tussen Zoetermeer en Woerden, van Capelle aan den IJssel tot aan Schoonhoven. De keuze voor deze instelling is voortgekomen uit mijn werkzaamheden bij deze instelling. In mijn functie heb ik te maken met MIC meldingen en voor mijn werkgever kan dit onderzoek belangrijke aanwijzingen opleveren. Dit heeft geresulteerd in de keuze om dit onderzoek uit te voeren voor Vierstroomzorgring.

### **Verloop van het onderzoek**

Tijdens het onderzoek zijn medewerkers van Vierstroomzorgring benaderd middels een brief en een enquête. De manager van Vierstroomzorgring verspreidde de brief. In die begeleidende brief werd uitgelegd dat het onderzoek deel uitmaakte van een afstudeerscriptie. Antwoorden op de enquête konden worden geretourneerd naar de manager of direct naar de onderzoeker (via een antwoordnummer). Bij een van de huizen is de vragenlijst wel uitgezet, en

ingeleverd, maar bij het verzenden per interne post is iets misgegaan, waardoor de vragenlijsten niet zijn aangekomen. Naar aanleiding hiervan is de vragenlijst nogmaals uitgezet in een ander huis, om toch de antwoorden te kunnen vergelijken.

### **Variabelen en operationalisering**

De variabelen die onderzocht zijn:

1. Sociale steun, gemeten in de items:
  - a. in hoeverre een medewerker steun heeft ervaren van zijn leidinggevenden
  - b. in hoeverre een medewerker steun heeft ervaren van zijn collega's
  - c. hoe vaak per week een medewerker zijn collega's en leidinggevenden spreekt
  - d. in hoeverre een medewerker kan rekenen op zijn collega's
  - e. in hoeverre een medewerker met zijn problemen terecht kan bij zijn leidinggevende
  - f. in hoeverre collega's attent zijn bij ziekte
2. Meldingsbereidheid, deze variabele is gemeten door de volgende verschillende items:
  - a. hoeveel meldingen een medewerker het afgelopen half jaar heeft gedaan
  - b. hoe vaak incidenten worden besproken (ook zonder melding te hebben gedaan)
3. Setting, gemeten als werksituatie:
  - a. intramuraal
  - b. thuiszorg
4. Controlevariabelen, zoals:
  - a. aantal uren
  - b. hoogst genoten opleiding
  - c. duur van dienstverband
  - d. leeftijd en geslacht

De operationalisering van deze variabelen heeft plaatsgevonden door gebruik te maken van bestaande vragenlijsten, waarin deze variabelen al geoperationaliseerd waren.

### **Instrument**

Een vragenlijst is gebruikt om de benodigde informatie te verkrijgen. Daarbij is gebruik gemaakt van andere bestaande vragenlijsten die vragen bevatten over aanwezigheid van sociale steun, meldingsbereidheid en achtergrondvariabelen. De vragen over sociale steun en de controlevariabelen komen uit het proefschrift van K.P. van Wijk (2007). Van Wijk heeft sociale steun gemeten binnen een aantal instellingen, onder andere verpleeg- en verzorgingshuizen en de vragen over sociale steun sluiten aan op die setting. Vragen over meldingsbereidheid zijn afkomstig van een vragenlijst van COMPaZ over veiligheidscultuur.

Niet alle vragen uit deze lijst zijn gebruikt aangezien deze vragenlijst de gehele veiligheidscultuur meet en dit onderzoek slechts meldingsbereidheid. De COMPaZ vragenlijst is bovendien ontwikkeld voor ziekenhuizen en is daarom op een aantal kleine punten aangepast. Alle vragen, in stelling vorm, konden worden beantwoord door het aangeven van een range, d.w.z. 1 (helemaal niet mee eens) en 5 (helemaal mee eens). De meetniveau's van de items sociale steun, meldingsbereidheid en de achtergrondvariabelen zijn nominaal en ordinaal.

## **Respondenten**

De respondenten die voor de vragenlijst benaderd werden, zijn medewerkers verpleging en verzorging

1. die in een intramurale setting werken en medewerkers verpleging en verzorging
2. die in een extramurale setting werken, in de thuiszorg.

De twee teams die extramuraal werken zijn geselecteerd omdat zij in de directe omgeving van de huizen werken. Alle medewerkers uit deze teams zijn gevraagd om de vragenlijst in te vullen. De keuze om de twee verpleeg- en verzorgingshuisteam en twee thuiszorgteams te betrekken in dit onderzoek vloeit voort uit de verschillen in hun werkomgeving.

Voor wat het aantal respondenten betreft, is gekozen om niet individuen te benaderen maar hele teams. Hierdoor ontstaat een beeld van wat een heel team en niet alleen enkele medewerkers vinden van MIC. Het zorgt er ook voor dat alle medewerkers binnen het team weer worden herinnerd aan MIC.

## **Statistische analyses**

De groep respondenten is beschreven nadat alle enquêtes geretourneerd waren. Alle aspecten waarop gemeten is, zijn beschreven en de scores voor elk aspect vastgesteld. Voor elk van de groepen zijn grafieken. Daarna is een vergelijking gemaakt tussen de groepen die intramuraal werken en die extramuraal werken. De twee groepen zijn vergeleken op sociale steun en meldingsbereidheid. De navolgende analyses zijn gedaan: T-Toetsen, lineaire regressie en ANOVA-Toets.

## **Betrouwbaarheid en Validiteit**

In zijn proefschrift rapporteert Van Wijk (2007) voor de variabele sociale steun een betrouwbaarheid van 0.81. De betrouwbaarheid van de COMPaZ vragenlijst over veiligheidscultuur is mij onbekend. Hoewel het een gevalideerde vragenlijst is, is onderzoek nog niet gepubliceerd (Smits et al 2006). De Cronbach's alpha bedraagt in dit onderzoek voor



sociale steun 0.69. De Cronbach's alpha voor meldingsbereidheid bedraagt 0.71. Deze variabelen sociale steun en meldingsbereidheid worden door deze uitkomsten betrouwbaar geacht.

De handleiding bij de COMPaZ vragenlijst geeft aan dat de minimale respons 25 vragenlijsten moet zijn. Als dit minimum van 25 vragenlijsten betrokken wordt op de gehele steekproef, is dit minimum gehaald. Als het echter gaat om elke afzonderlijke setting, is het minimum aantal wel bij extramuraal maar niet bij intramuraal setting gehaald. De externe validiteit is niet in het geding; er kunnen uit dit onderzoek in elk geval conclusies worden getrokken over medewerkers in de thuiszorg. Er kan ook iets gezegd worden over de gehele groep van medewerkers die in de verpleging en verzorging werken. Om dit te toetsen zijn de resultaten van de vragenlijsten voorgelegd aan diverse managers in het veld en zij vonden de resultaten zeer herkenbaar. De 'construct' validiteit komt niet in het geding, gezien er gebruik wordt gemaakt van bestaande gevalideerde meetinstrumenten.

## **Bias**

Bias is *'elk proces tijdens een onderzoek dat zorgt voor systematische vertekeningen in de resultaten ervan'* (Sackett 1979). Sackett heeft heel veel verschillende typen bias beschreven. De vormen van bias die tijdens dit onderzoek zijn opgetreden worden hier aan de hand van de lijst van Sackett besproken. Bias is niet opgetreden tijdens het inlezen van literatuur aangezien er geen literatuur specifiek gericht op onderzoek bij de thuiszorg voorhanden was. Experts zijn geraadpleegd over eventueel elders beschikbare literatuur op dit gebied.

Mogelijk is er 'wrong sample size' bias opgetreden. Dit betekent dat er op basis van de grootte van de steekproef geen uitkomst is, of dat er een groot aantal verschillende uitkomsten kunnen zijn. Dit is ondervangen door alle medewerkers in een team, zowel intramuraal als extramuraal, te vragen de vragenlijst in te leveren. Hoewel de steekproef per huis of thuiszorgteam niet groter had kunnen zijn, was het wel mogelijk geweest om meer huizen of thuiszorgteams te benaderen.

Ook kan een 'starting time bias' zijn opgetreden. Dit komt omdat de onderzoeken in de huizen na elkaar plaatsvonden. Het onderzoek was in twee huizen tegelijk uitgetest, maar de resultaten van een van de huizen zijn per interne post verstuurd en niet aangekomen. Een

ander huis moest toen alsnog worden benaderd voor dit onderzoek. Daardoor hebben de onderzoeken niet gelijktijdig gelopen.

Een 'non respondent bias' kan ook zijn opgetreden. Gezien het responspercentage is het mogelijk dat medewerkers die niet hebben gerespondeerd een andere mening hebben dan de medewerkers die wel hebben gereageerd. Maar het feit dat een medewerker mee heeft gewerkt aan het onderzoek en haar respons heeft geretourneerd, zegt wel iets over haar betrokkenheid bij de organisatie en haar openheid.

## Hoofdstuk 4: Resultaten

In dit hoofdstuk zullen de resultaten van het onderzoek worden besproken. De respons wordt besproken, de correlaties en een beschrijving van de groep respondenten. Daarna wordt ingegaan op de deelvragen.

### Respondenten

Er is onderzoek gedaan bij vier teams waarvan twee in de thuiszorg en twee in een intramurale instelling. De verhoudingen tussen intramuraal en extramuraal aan aangeschreven deelnemers zijn: 60 intramuraal: 62 extramuraal. Niet al deze deelnemers hebben gerespondeerd. In de onderstaande tabel zijn de responsdata beschreven:

Organisatieonderdeel	Aantal respondenten	Aantal non respondenten
Thuiszorg team oost	15 (55%)	12 (45%)
Thuiszorg team west	17 (48%)	18 (52%)
Intramuraal oost	10 (29%)	25 (71%)
Intramuraal west	9 (36%)	16 (64%)
Totaal	51 (42%)	71 (58%)

Het aantal non respondenten is groter dan het aantal respondenten. Opvallend is dat intramuraal slechter is gerespondeerd dan extramuraal. Dit kan diverse redenen hebben. Het is mogelijk dat de medewerkers vinden dat er al voldoende aandacht voor MIC is en dat een onderzoek hiernaar geen bijdrage levert. Het is ook mogelijk dat het onderwerp meer leeft bij de extramurale setting en dat deze groep daarom beter gerespondeerd heeft.

Alle respondenten waren vrouw. De verdeling onder de respondenten qua overige kenmerken ziet er als volgt uit:

1. De meeste respondenten zijn MBO opgeleid.
2. Vrijwel alle respondenten hebben een vast contract met Vierstroomzorging
3. De meeste respondenten zijn meer dan 9 jaar in dienst bij Vierstroomzorging.

## Data

	Gemiddelde	Standaarddeviatie
Meldingsbereidheid intramuraal	20.83	3.94
Meldingsbereidheid extramuraal	18.37	2.81
Meldingsbereidheid totaal	19.43	3.52
Sociale steun intramuraal	30.37	4.65
Sociale steun extramuraal	30.40	3.86
Sociale steun totaal	30.39	4.11

In de onderstaande tabel worden de correlaties beschreven tussen de drie belangrijkste variabelen: meldingsbereidheid, sociale steun en setting.

Correlatie variabelen	Setting	Sociale steun	Meldingsbereidheid
Setting	1	0.00	-0.35*
Sociale steun	0.00	1	0.45*
Meldingsbereidheid	-0.35*	0.45*	1

\* is een significante waarde.

De correlaties die significant zijn, zijn de correlaties tussen setting en meldingsbereidheid ( $p=0.02$ ) en de correlatie tussen sociale steun en meldingsbereidheid ( $p=0.00$ ). De correlatie tussen setting en meldingsbereidheid laat zien dat medewerkers in de thuiszorg minder meldingsbereid zijn dan medewerkers in de intramurale setting. De correlatie tussen sociale steun en meldingsbereidheid laat zien dat medewerkers meer meldingsbereid zijn naarmate zij meer sociale steun krijgen.

## Sociale steun

In de deelvragen is de navolgende vraag naar sociale steun gesteld: *Is er verschil in sociale steun tussen intramuraal en extramuraal werkende verzorging en verpleging?*

Sociale steun is geoperationaliseerd in de items:

1. je leidinggevende spreken
2. je collega's spreken
3. kunnen rekenen op je collega's
4. steun ontvangen van je leidinggevende

5. steunende sfeer
6. met problemen naar de leidinggevende kunnen stappen
7. attente collega's bij ziekte
8. elkaar steunen binnen het team

Het gemiddelde voor ervaren sociale steun tussen de groepen (intramuraal en extramuraal) verschilt niet zoveel. Uit de T-toets blijkt echter een significant verschil in sociale steun tussen de twee groepen (T- waarde: 2.59;  $p= 0.01$  ). Extramuraal ontvangt meer sociale steun dan intramuraal. Het is mogelijk dat een significant verschil ontstaat doordat de steekproefgroottes (19 versus 32) niet aan elkaar gelijk zijn en de T- toets hiervoor gevoelig is. Deze uitkomst wordt daarom niet betrouwbaar geacht.

Het kan zijn dat als het gaat om sociale steun, de verschillen tussen de twee settings niet significant zijn, maar dat is dan wel met uitzondering van de frequentie waarmee medewerkers hun collega's spreken. De verschillen daar zijn wel groot want een intramurale medewerker ziet haar collega's alle werkdagen in een week terwijl bij de thuiszorg dat niet zo is. Dit verschil is significant ( $p= 0.00$ ) met een T waarde van 19.85. De exacte verdeling van ervaren sociale steun over de groepen is terug te vinden in bijlage 2.

Zoals eerder gezegd is setting niet van invloed op het ervaren van sociale steun ( $p= 0.98$ ) De conclusie die hieruit getrokken kan worden is dat de steun die men ervaart niet significant verschillend is in de intramurale dan wel extramurale setting. Vrijwel alle respondenten zijn van mening dat zij op hun collega's kunnen rekenen. Slechts 5 van de 51 respondenten vinden dat niet het geval.

### **Meldingsbereidheid**

De vraag die met betrekking tot meldingsbereidheid gesteld was, was: *Is er verschil in meldingsbereidheid tussen intramuraal en extramuraal werkende verzorging en verpleging?*

Om antwoord te kunnen geven op deze vraag is statistisch onderzoek gedaan naar de verdeling van de gemiddelden van de meldingsbereidheid over de groepen.

De medewerkers in de thuiszorg zijn significant minder bereid te melden dan medewerkers intramuraal. De T-waarde is 2.36 en de F-waarde uit de Anova tabel voor het verschil tussen de groepen is 5.57. De significantie van het verschil is  $p= 0.02$ . Hieruit mag men concluderen

dat er een statistisch significant verschil is tussen de meldingsbereidheid van medewerkers werkzaam in de intramurale setting en die van medewerkers werkzaam in de extramurale setting.

### Toetsing van het model

Er is ook een regressie analyse gedaan, waaruit moet blijken welke variabelen de spreiding in de meldingsbereidheid het meest verklaren. De drie modellen verschillen als volgt:

1. In model 1 wordt de spreiding in meldingsbereidheid enkel verklaard door de sociale steun die men ontvangt.
2. In model 2 worden de hoeveelheid ontvangen sociale steun en de setting als verklarende variabelen gebruikt.
3. In model 3 worden aan deze twee verklarende variabelen ook nog de achtergrondvariabelen toegevoegd, om de kans dat achtergrondvariabelen bepalend zijn voor meldingsbereidheid uit te sluiten.

Uit de statistische analyses blijken alle modellen significant. Model 1 heeft een p van 0.02 (F-waarde 6.09) model 2 heeft een p van 0.00 (F-waarde 8.91) en model 3 heeft een p van 0.02 (F-waarde 3.01). Uit de regressietabel blijkt dat van de drie modellen, model 3 de meeste verklarende waarde heeft. Als er gecorrigeerd wordt voor het aantal waarnemingen, blijkt dat model 2 de meeste verklarende waarde heeft. De gecorrigeerde  $R^2$  voor model 1 is 0.12, ( $R^2$  0.14), voor model 2 is de gecorrigeerde  $R^2$  0.29 ( $R^2$  0.33) en voor model 3 is de gecorrigeerde  $R^2$  0.27. ( $R^2$  0.40) Gezien de uitkomsten van de statistische analyses heeft model 2 de meeste verklarende waarde. Dit was ook te verwachten, aangezien deze groep onderling niet veel verschillen toont voor wat betreft hun achtergrondvariabelen.

De Bètawaarden, T-waarden en de significantie van de variabelen van model 2 zijn in onderstaande tabel opgenomen.

	<b>Bèta</b>	<b>T- waarde</b>	<b>Significantie</b>
Constante		2.90*	0.01
Sociale steun	0.44	3.19*	0.01
Setting	-0.35	-2.59	0.14

\* is significant

Opvallend aan bovenstaande tabel is dat sociale steun een positief effect heeft op de meldingsbereidheid, waar setting een negatief effect op meldingsbereidheid heeft. Het effect van setting is echter niet significant. In het onderzoek is intramuraal gecodeerd met een setting waarde van 0. Extramuraal (zorg thuis) is gecodeerd met een setting waarde van 1.

## Hoofdstuk 5: Conclusie

Het doel van het onderzoek is genoemd in de inleiding: inzicht krijgen in de relatie tussen sociale steun en meldingsbereidheid en de invloed op deze relatie van de setting, om hiermee betere stuurmogelijkheden te creëren voor managers.

In het onderzoek is gewerkt met de navolgende probleemstelling en deelvragen:

**Probleemstelling:** Wat is de invloed van de setting (intramuraal of zorg thuis) op de relatie tussen sociale steun en meldingsbereidheid van het melden van incidenten met cliënten?

### Deelvragen:

*Wat is de relatie tussen sociale steun en meldingsbereidheid?*

In het theoretisch kader is naar voren gekomen dat er succesfactoren zijn voor meldingsbereidheid:

- Management / directie draagt een cultuur van 'veilig melden'.
- Veiligheid en incidenten zijn een prioriteit voor de zorg / afdelingsoverleg.
- Meldingsprocedures zijn bij iedereen bekend.
- Verbeteracties worden snel teruggekoppeld.
- Melden van incidenten met cliënten gebeurt met een eenvoudig formulier
- Een eenduidige methode wordt gehanteerd voor de analyse van meldingen.

Een aantal van deze factoren komt voor in het concept sociale steun. De literatuur (Cohen en Syme 1985; Kingston et al 2004; Leape 1999; Mascini 2005) bevestigt dat er een verband te leggen valt tussen sociale steun en meldingsbereidheid. Uit de literatuur (Legemaate 2006; Stichting Consument en Veiligheid; Waring 2005) komt ook naar voren dat naar mate er meer succesfactoren aanwezig zijn, meldingsbereidheid toeneemt.

*Is er verschil in sociale steun tussen intramuraal en extramuraal werkende verzorging en verpleging?*

Het significante verschil in de sociale steun dat ervaren wordt onder intramurale dan wel extramurale medewerkers wordt niet betrouwbaar geacht. Er is wel een significant verschil ( $p=0.00$ ) tussen deze 2 groepen als het gaat om hoe vaak zij hun collega's zien. Medewerkers die intramuraal werken, zien hun collega's elke werkdag; medewerkers die in de thuiszorg werken niet.



*Is er verschil in meldingsbereidheid tussen intramuraal en extramuraal werkende verzorging en verpleging?*

Er is een significant verschil ( $p= 0.02$ ) in meldingsbereidheid tussen intramurale en extramurale medewerkers. Intramurale medewerkers zijn meer meldingsbereid dan extramurale medewerkers.

*Verschilt de relatie sociale steun en meldingsbereidheid per setting?*

Uit de correlatietabel blijkt dat setting niet significant correleert met sociale steun, maar wel met meldingsbereidheid. Sociale steun is ook significant gecorreleerd met meldingsbereidheid. Er zijn significante verschillen in de meldingsbereidheid van de twee groepen. De groep intramurale medewerkers is meer meldingsbereid dan de groep extramurale medewerkers. Volgens het model worden deze verschillen veroorzaakt door het verschil in setting en het verschil in sociale steun. De resultaten van de T-toets tonen aan dat er een significant verschil in sociale steun is tussen de twee groepen. De groep extramurale medewerkers zou daarbij meer sociale steun krijgen dan de groep intramurale medewerkers. Dit is weliswaar minimaal maar wel significant waarbij opgemerkt dient te worden dat de uitkomsten van deze toets niet betrouwbaar geacht wordt. Daarnaast correleert de setting met sociale steun.

Door dit onderzoek heb ik meer inzicht gekregen in de mate waarin setting de relatie tussen sociale steun en meldingsbereidheid beïnvloedt. Setting blijkt niet significant van invloed te zijn op de te ontvangen sociale steun ( $p= 0.98$ ). Sociale steun blijkt wel significant van invloed te zijn op meldingsbereidheid ( $p= 0.04$ ) Meer sociale steun zou meer meldingsbereidheid opleveren. Setting is wel significant van invloed op meldingsbereidheid. ( $p= 0.02$ ). De setting extramuraal zorgt voor minder meldingsbereidheid.

Setting blijkt geen significante invloed te hebben op de te ontvangen sociale steun, maar er is een significant verschil is een item van sociale steun. Dat wil zeggen dat de frequentie waarin medewerkers hun collega's spreken verschillen per setting. De medewerkers intramuraal spreken hun collega's elke dag en de medewerkers extramuraal spreken hun collega's niet elke werkdag.

Voor de MIC is sociale steun significant. Daarom is van belang om, bij het geven van sociale steun, rekening te houden met de setting waarin een medewerker werkt, omdat deze significant van invloed is op meldingsbereidheid.

## **Hoofdstuk 6: Discussie**

In deze paragraaf zullen de tekortkomingen van het onderzoek worden toegelicht.

In hoofdstuk 2 is verwezen naar de beschikbaarheid van een referentiekader voor dit onderzoek. Het referentiekader is een ziekenhuis (setting). Deze setting verschilt echter nogal wat met de setting die voor dit onderzoek is gebruikt. Niettemin was er geen passender referentiekader beschikbaar. Het is mogelijk dat de verschillen tussen de ziekenhuissetting en de verpleeg- en verzorgingshuissetting / thuiszorgsetting niet adequaat naar voren zijn gekomen in dit onderzoek. Het lijkt daarom raadzaam om een nieuw referentiekader voor meldingsbereidheid in de verpleeg/verzorgingshuizen en in de thuiszorg te ontwikkelen, om onderzoek naar meldingsbereidheid in deze sector op de kaart te gaan zetten en het belang ervan te promoten.

Het aantal waarnemingen is een tweede zwaktebod van dit onderzoek. In eerste instantie zijn twee maal twee teams gezocht die ieder ongeveer evenveel medewerkers hadden. Het was opvallend dat de intramurale medewerkers veel slechter reageerden maar de reden daarvoor is niet bekend. Mogelijk vinden de medewerkers die in de thuiszorg werken het belangrijk dat er meer focus op het melden van incidenten komt en is het in de intramurale setting al heel gewoon dat incidenten gemeld worden. Doordat de intramurale medewerkers slecht reageerden, is het aantal waarnemingen relatief klein. Hoewel dit niet betekent dat er geen uitspraken gedaan kunnen worden over de onderzochte groep, beperkt het wel de uitspraken die gedaan kunnen worden over een grotere groep medewerkers die intramuraal werken. Mogelijk zou een vervolgonderzoek kunnen bijdragen aan een verklaring voor het slechter reageren van de intramurale groep.

## **Resultaten**

Uit de literatuur blijkt dat gewoonte een van de belangrijkste redenen blijkt te zijn om incidenten te melden (Kane-Urrabazo (2006), Kingston et al (2004)). De invloed van gewoonte is echter niet gemeten. Mogelijk dat dit in een volgende studie meegenomen kan worden. Het zou interessant zijn om te onderzoeken in hoeverre sociale steun kan ondersteunen bij het ontwikkelen van een nieuwe gewoonte en welke invloed sociale steun heeft op bestaande meldingsgewoonten. Amo (2006) meldt dat opleidingsgraad een rol speelt in het ontvangen van sociale steun. In dit onderzoek zijn geen verschillen in de opleidingsgraad van medewerkers naar voren gekomen. Het zou interessant kunnen zijn om te

onderzoeken of medewerkers met een hogere opleiding andere sociale steun dienen te ontvangen dan medewerkers met een lagere of geen opleiding. Dit zou mogelijk een belangrijke aanwijzing voor management zijn om sociale steun op maat te leveren om zodoende meldingsbereidheid te maximaliseren.

De twee settings – intramuraal en extramuraal – zijn dusdanig anders dat het de vraag is of ze überhaupt met elkaar kunnen worden vergeleken. Hoewel het werk in beide settings vergelijkbaar is, is het verschil in de wijze waarop er gewerkt wordt (solistisch dan wel in een team) erg groot. Sociale steun lijkt daarom meer van belang te zijn voor medewerkers in een extramuraal setting. Omdat niet specifiek gevraagd is naar het belang van sociale steun voor medewerkers kan voor deze factor niet gecorrigeerd worden. Mogelijk vinden medewerkers in de thuiszorg het aantal momenten waarop zij sociale steun krijgen niet zo belangrijk. Misschien zijn deze medewerkers zich helemaal niet bewust van de effecten van sociale steun op hun werksituatie.

Er zijn drie modellen gemaakt om de relatie tussen sociale steun en meldingsbereidheid te verklaren, met setting als interveniërende variabele. Het tweede model, met twee verklarende variabelen (setting en sociale steun), blijkt relatief de meeste verklarende waarde te hebben.

Een logische verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat in één onderdeel van de vragenlijst is gevraagd naar hoe men sociale steun ervaarde en in een ander onderdeel naar objectieve data voor het ontvangen van sociale steun. Bij voorbeeld, er is gevraagd naar hoe vaak medewerkers hun collega's spreken. Medewerkers in de thuiszorg voelen zich even sociaal gesteund maar spreken hun collega's significant minder vaak. Medewerkers in de thuiszorg ervaren wellicht maximale sociale steun maar dit is toch minder dan medewerkers die intramuraal werken omdat deze vaker momenten hebben waarop sociale steun geuit kan worden. Dit heeft alles te maken met de solistische werksituatie van thuiszorgmedewerkers. Anderzijds zou het ook kunnen betekenen dat het contact dat medewerkers in de thuiszorg hebben met collega's kwalitatief beter is dan dat van intramurale medewerkers.

Een andere uitleg zou kunnen zijn dat medewerkers die in de thuiszorg werken minder behoefte hebben aan sociale steun. Deze verklaring is plausibel gezien de keuze voor de thuiszorg (solistisch werken). Mogelijk betekent dit dat mensen die ervoor kiezen in de thuiszorg te werken dusdanig andere werkeigenschappen hebben dat deze uit het onderzoek

naar voren komen. Het is alleen niet duidelijk of deze mensen kiezen voor deze vorm van zorg omdat ze deze eigenschappen hebben, of dat de eigenschappen zich ontwikkelen omdat zij deze vorm van zorg leveren.

Thuiszorgmedewerkers ontvangen normaliter minder sociale steun dan intramurale medewerkers. Desondanks ervaren beide groepen medewerkers (bijna) maximale sociale steun. Het verschil ligt dus niet in hoe ze het *beleven* maar puur in hoe vaak zij sociale steun ontvangen. Dit verschil komt voort uit het verschil in de werksituaties.

De reden dat het derde model niet meer verklaart dan het tweede model (na correctie voor het aantal waarnemingen) — hoewel er bij het derde model een aantal extra variabelen is toegevoegd — ligt aan de groep. De groep was over de achtergrondvariabelen redelijk gelijk verdeeld. Dit zorgt ervoor dat de achtergrondvariabelen niet significant van invloed zijn op het verklaren van de meldingsbereidheid.

## **Hoofdstuk 7: Aanbevelingen**

In dit onderzoek is meldingsbereidheid in intramurale setting en meldingsbereidheid in extramurale setting onderzocht. Omdat dit onderzoek een van de eerste van zijn soort is naar MIC in een thuiszorgsetting, is er nog veel terrein te ontdekken op het gebied van MIC in deze sector. De thuiszorg verdient aparte aandacht omdat de werksituatie dusdanig van intramurale setting verschilt dat zij ook vraagt om een andere aanpak ten aanzien van sociale steun. Het kan ook van belang zijn om te achterhalen in hoeverre 'meldgewoonte' wordt beïnvloed door sociale steun en in welke mate sociale steun kan bijdragen aan het ontwikkelen van nieuwe meldgewoontes in deze sector. In dit onderzoek is slechts kwantitatief onderzoek gedaan naar de mogelijke relaties die bestaan tussen sociale steun, setting en meldingsbereidheid. Om te achterhalen in hoeverre sociale steun daadwerkelijk tot een verhoging van het aantal meldingen met cliënten in de thuiszorg zal leiden, is meer kwantitatief onderzoek zeker nodig.

Verder onderzoek zou zich bovendien kunnen richten op factoren (naast sociale steun) die belangrijk zijn om de meldingsbereidheid van medewerkers te vergroten. Ook is de ontwikkeling van aparte meetinstrumenten voor het meten van meldingsbereidheid en sociale steun in de verschillende settings aan te raden. De settings die hier onderzocht zijn, zijn zowel qua inrichting van het werk als qua verantwoording zodanig anders dat een andere aanpak nodig lijkt om recht te doen aan de verschillen in de werksituaties. Het ontwikkelen van een meetinstrument waarbij gecorrigeerd kan worden voor setting is een mogelijke tussenoplossing.

De resultaten van dit onderzoek lijken uit te wijzen dat in de praktijk van alledag het raadzaam is om vooral in de thuiszorg aandacht te besteden aan het aantal contactmomenten tussen collega's aangezien deze sociale steun een belangrijke voorspeller is voor de meldingsbereidheid van medewerkers hier.

Uit het onderzoek kwam naar voren dat de meldingsbereidheid nog niet maximaal is, zowel onder intramurale als extramurale medewerkers. Het promoten van maatregelen die zullen leiden tot een grotere meldingsbereidheid is daarom aan te bevelen.

Ook lijkt het de moeite waard om het melden van incidenten met cliënten als gewoonte te bevorderen onder medewerkers. Hierbij is van belang te weten dat verandering in gedrag kan worden beïnvloed door sociale steun te geven.

## Literatuurlijst

Amo, B.W. Employee innovation behaviour in health care: The influence from management and colleagues. In: International Nursing Review 53 (2006) (blz 231-237)

Armstrong, D. Outline of sociology as applied to medicine. Londen 1994. 4e druk 2001

de Bekker, J. van Wijmen, J.F. Leren van incidenten. In: Medisch contact mei 2005 (blz 800-802)

Evenblij, M. Strengere restrictie aan gebruik van meldingen. Mediator november 2006

Cohen, S. Syme, S.L. Social support and health. San Francisco Academic Press. (1985)

Haslam, C. Atkinson, S. Brown, S.S. Haslam, R.A. Anxiety and depression in the workplace: Effects on the individual and organisation. (a focusgroup investigation) In: Journal of Affective Disorders 2005 88 (blz 209-215)

Hochwarter, W.A. Witt, L.A. Treadway, D.C. Ferris, G.R. The interaction of social skills and organizational support on job performance. In: Journal of applied Psychology 2006 (blz 482-489)

Hoeksema, K.J. en Van der Werf, S. Sociologie voor de praktijk, een inleiding in de sociologie voor het hbo. Coutinho Bussum 2004

Hoofs, J.H.J. van der Hoeft, N.W.S. Patientveiligheid, het veiligheidmanagementsysteem (VMS) en Vrijwillig incident melden (VIM) in': NVVK info op: [www.veiligheidskunde.nl/upl\\_documents/1642.pdf](http://www.veiligheidskunde.nl/upl_documents/1642.pdf) (06-11-2007)

I. Houkes, I. Janssen, P.M. De Jonge, J. Bakker, A.B. Personality, work characteristics and employee well-being: a longitudinal analysis of additive and moderating effects. In: Journal of occupational health psychology 2003 8 (blz 20-38)



Kane-Urrabazo, C. Management's role in shaping organizational culture. In: Journal of Nursing management 2006 14 (blz 188-194)

Kievits, F. Adriaanse, M.T. Weinig aandacht voor patiëntveiligheid eerste lijn. In: Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 2008 10 (blz 582-583)

Kim, J. Kyungeh, A. Kang Kim, M. Hee Yoon, S. Nurses' perception of error reporting and patient safety culture in Korea. In: Western Journal of Nursing research 2007 29 (blz 827-844)

Kingston, M.J. Evans, S.M. Smith, B.J. Berry, J.G. Attitudes of doctors and nurses towards incident reporting: a qualitative analysis. In: Medical Journal of Australia 2004 181 (blz 36-39)

Kwaliteitswet Zorginstellingen. In: Tekstuitgave Wetgeving Gezondheidszorg. Bohn en Stafleu van Loghum. Houten 2005

Leape, L.L. Why should we report adverse incidents? In: Journal of evaluation in clinical practice 1999 5 (blz 1-4)

Legemaate, J. Christiaans- Dingelhoff, I. Doppegieter, R.M.S. de Roode, R.P. Het melden van incidenten in de gezondheidszorg KNMG Utrecht 2006

Mascini, P. The blameworthiness of health and safety rule violations. In: Law & Policy 2005 27 (blz 472-490)

Maurer, T.J. Weiss, E.M. Barbeite, F.G. A Model of involvement in work-related learning and development activity: The effects of individual, situational, motivational and age variables. In: Journal of Applied psychology 2003 88 (blz 707-724)

Meyst- Michels, J. Tiems, S. 'Veilig' incident melden bestaat niet. Medisch contact februari 2007 (blz 187-189)

Mol, I. Iedereen maakt fouten. In: Medisch contact maart 2007 (blz 506-508)

Molendijk, H. Kroeze, M. Leistikow, I. Blamefree reporting? Veilig incident melden volgens de vergissen is menselijk standaard. Op : [www.platformpatientveiligheid.nl](http://www.platformpatientveiligheid.nl) (06-11-2007)

Pizzi, L.T. Goldfarb, N.I. Nash, D.B. Promoting a culture of safety chapter 40. Op: [www.ahrq.gov/clinic/ptsafety/chap40.htm](http://www.ahrq.gov/clinic/ptsafety/chap40.htm) (18-03-2008)

Pugh, D.M. A substantive theory to explain how nurses deal with an allegation of unprofessional conduct. School of health sciences RMIT University. November 2006

Sackett, D.L. Bias in analytical research. In: Journal of chronicle disease 1979 32 (blz 51-63)

Scott-Cawiezell, J. et. Al. Exploring nursing ome staff's perception of communication and leadership tot facilitate quality improvement. In: Journal of nursing Care Quality 2004 19 (blz 242-252)

Sellgren, S. Ekvall, G. Tomson, G. Leadership styles in nursing management: preferred and perceived. In: Journal of nursing management 2006 14 (blz 348-355)

Smits, M. et al. Handleiding COMPaZ. Cultuuronderzoek onder medewerkers over de patiëntveiligheid in ziekenhuizen. Nivel, VUmc, EMGO. 2006

Spruijt, C.H. Invloed van sociale steun en autonomie op de gezondheid van werknemers. Scriptie 2005 (blz1-22)

Stanhope, N. et al. An evaluation of adverse incident reporting. In: Journal of evaluation in clinical practice 1999 5 (blz 5-12)

Sundin, L. Hochwalder, J. Bildt, C. Lisspers, J. The Relationship between different work-related sources of social support and burnout among registered and assistant nurses in Sweden: A questionnaire survey. In: International Journal of Nursing Studies 44(2007) (blz758-769)

Takase, M. Maude, P. Manias, E. Explaining nurses' work behaviour from their perception of the environment and work values. In: International Journal of nursing studies 2005 42 (blz 889-898)

Thompson, J.A. Proactive personality and job performance: a social capital perspective. In: Journal of applied psychology 2005 90 (blz 1011-1017)

Throckmorton, T. Etchegaray, J. Factors affecting incident reporting by registered nurses: the relationship of perceptions of the environment for reporting errors, knowledge of the nursing practice act, and demographics on intent to report errors. In: Journal of peri Anesthesia Nursing 2007 6 (blz 400-412)

Vandenberghe, C. et al. An examination of the role of perceived support and employee commitment in employee-customer encounters. In: Journal of applied Psychologie 92:4 (2007) (blz 1177-1187)

Vasseur, J. van der Wal, G. Wat is veilig? In: Medisch contact februari 2007 (blz 184-186)

Vincent, C. Stanhope, N. Crowley-Murphy, M. Reasons for not reporting adverse incidents: an empirical study. In: Journal of evaluation in clinical practice 1999 5 (blz 13-21)

Waring, J.J. Beyond blame: cultural barriers to medical incident reporting. In: Social Science & Medicine 2005 60 (blz 1927-1935)

Wijk, K.P. van. De Service Care Chain, de invloed van service en HRM op de realisering van vraaggerichte dienstverlening door zorgorganisaties. Rotterdam 2007

Willems, R.J. Hier werk je veilig, of je werkt hier niet. Sneller Beter, de veiligheid in de zorg. Eindrapportage Shell Nederland. November 2004

Meldplicht bij incidenten Uitspraak regionaal tuchtcollege gezondheidszorg. Eindhoven 19 juni 2006

Module Incident melden. Stichting Consument en Veiligheid. Amsterdam (jaartal onbekend)

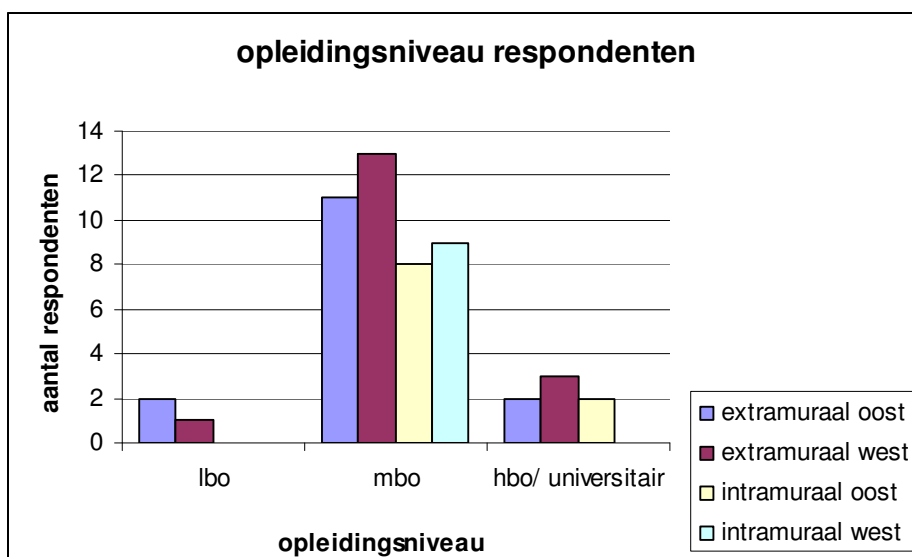
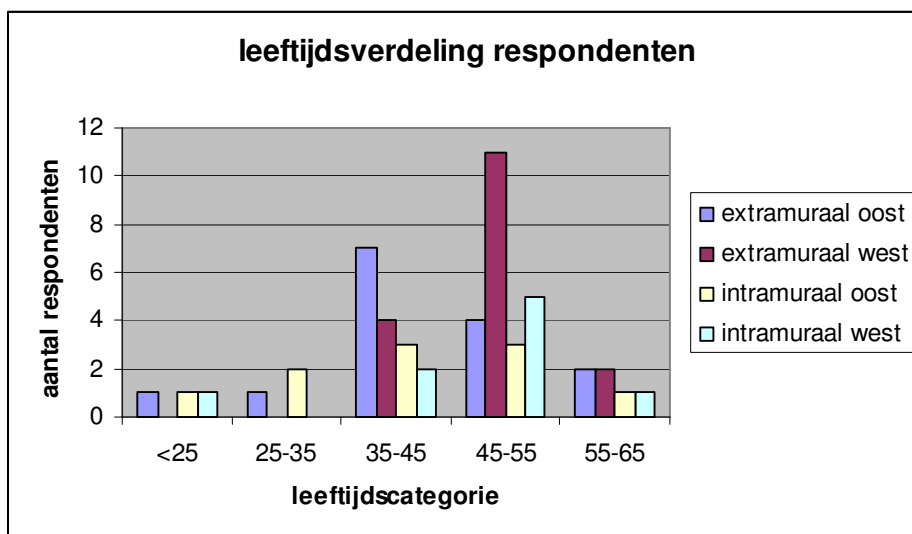
## Bijlage 1: Barriers and incentives to reporting

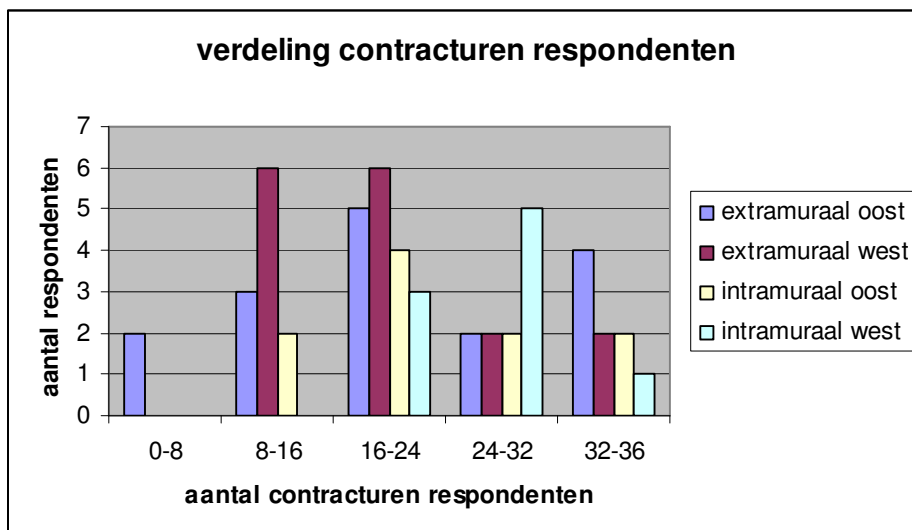
	<b>Individual</b>	<b>Organisational</b>	<b>Society</b>
<b>Legal</b>			
Barrier	Fear of reprisals, lack of trust	Fear of litigation, costs, sanctions undermine trust, bad publicity	Legal impediments to peer review, confidentiality, and multi-institutional databases
Incentive	Provide confidentiality and immunity	Provide confidentiality and immunity	Ensure accountability, inforce reporting statutes
<b>Cultural (values, attitudes, beliefs)</b>			
Barriers	Dependent on profession, code of silence, fear of colleagues in trouble, scepticism, extra work	Dependent on organisation, pathological, bureaucratic, generative cultures, <sup>26</sup> don't want to know	Wide public trend towards disclosure, lack of trust owing to highly publicised medical errors, concerns that professions are too privileged, lack of education about systems effects
Incentive	Professional values: philanthropic, integrity, educational, cathartic	Become a leader in safety and quality; good for business	Enhanced community relations, build trust, improve health care, transparency
<b>Regulatory</b>			
Barrier	Exposure to malpractice, premiums will go up, investigation and potential censure, licence suspension and subsequent loss of income	It doesn't apply to us, we do our own internal analysis process, they can't understand our problems anyway	Need more effective regulations, resource intense
Incentive	Prophylactic, follow the rules	Fear of censure	Enhances regulatory trust, more public accountability
<b>Financial</b>			
Barrier	Loss of reputation, loss of job, extra work	Wasted resources, potential loss of revenue, patient care contracts, not cost effective	Cost more tax dollars to enforce, more bureaucracy
Incentive	Safety saves money	Publicity relations, improve reputation of quality and safety	Improves confidence in healthcare system

BMJ. 2000 March 18; 320(7237): 759–763.

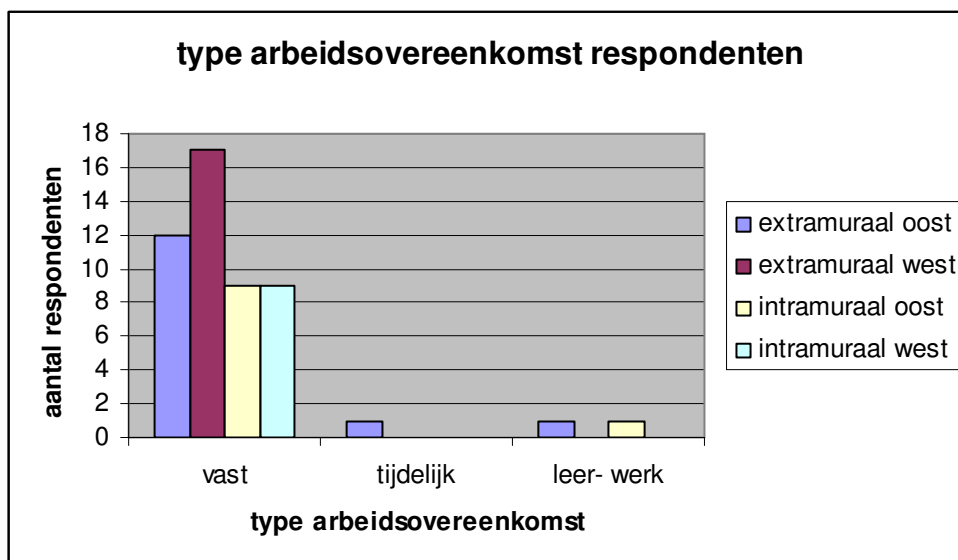
[Copyright](#) © 2000, British Medical Journal

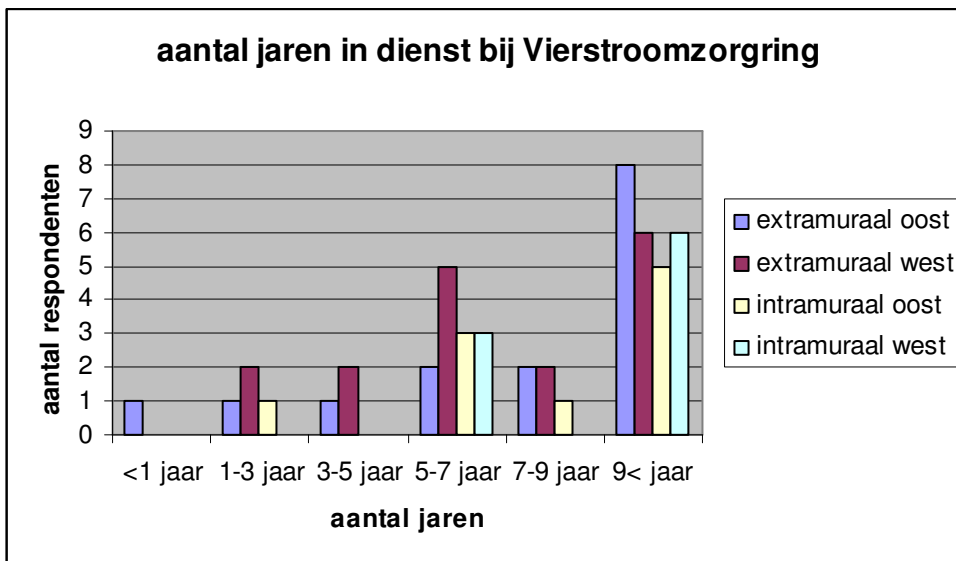
## Bijlage 2: Grafieken over de verdeling van de controlevariabelen



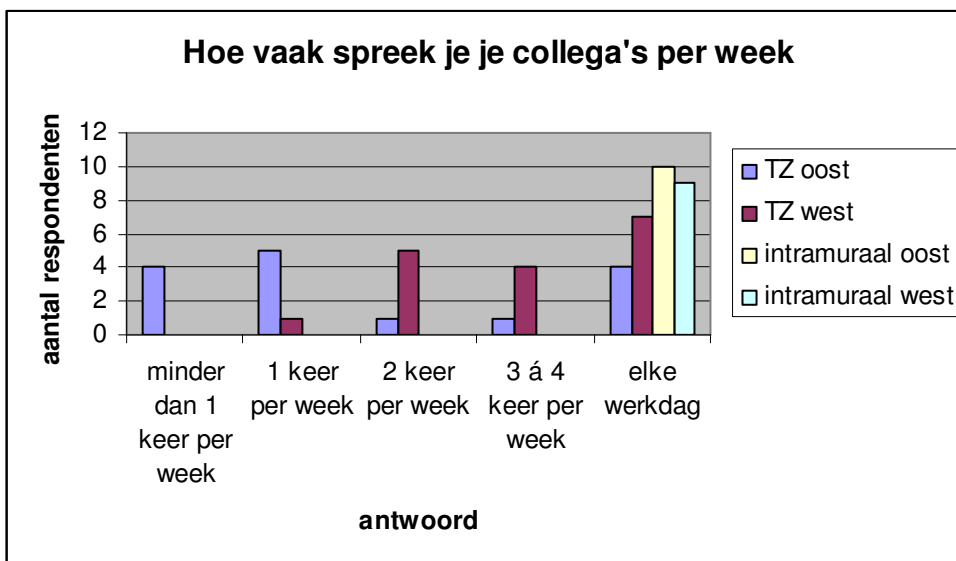
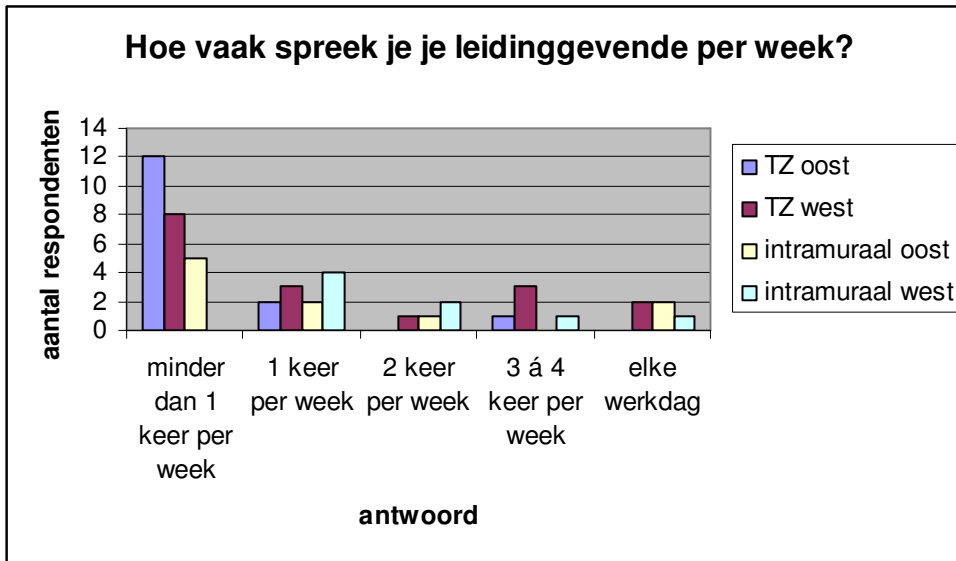


Wat opvalt aan bovenstaande grafiek is dat er intramuraal west voor minimaal 16 uur per week gewerkt wordt.

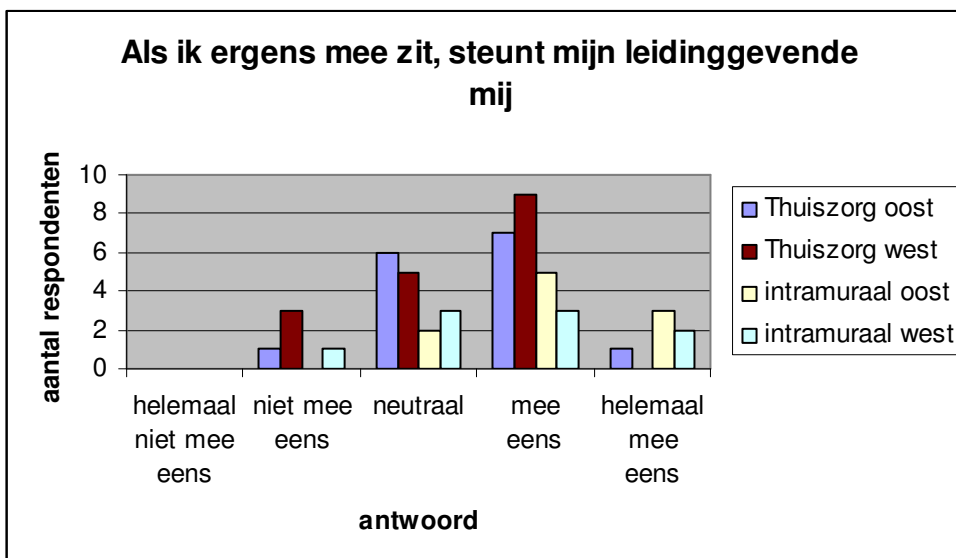
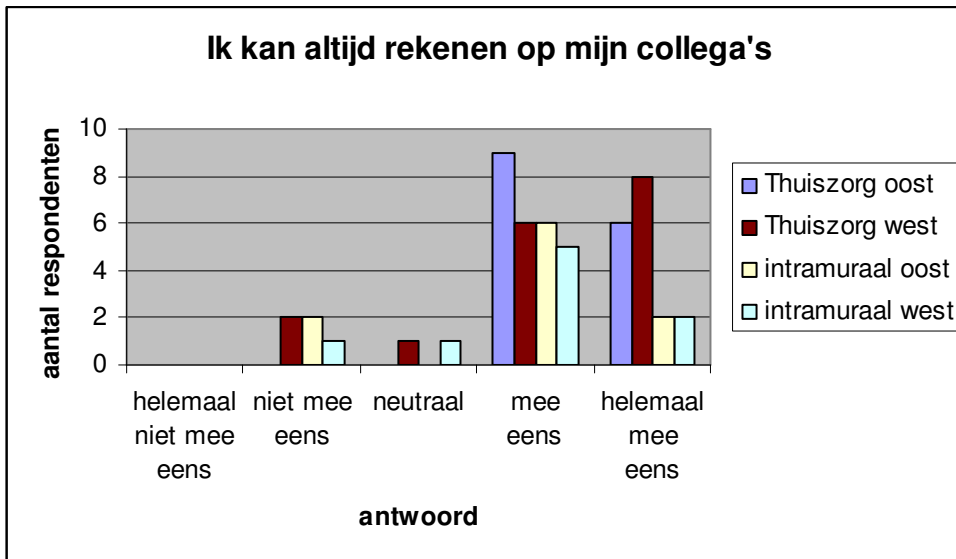


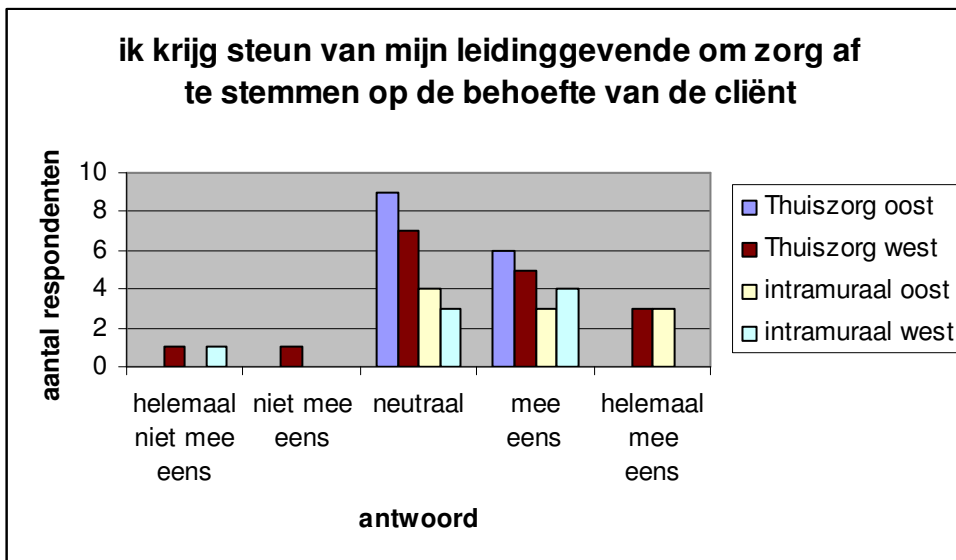
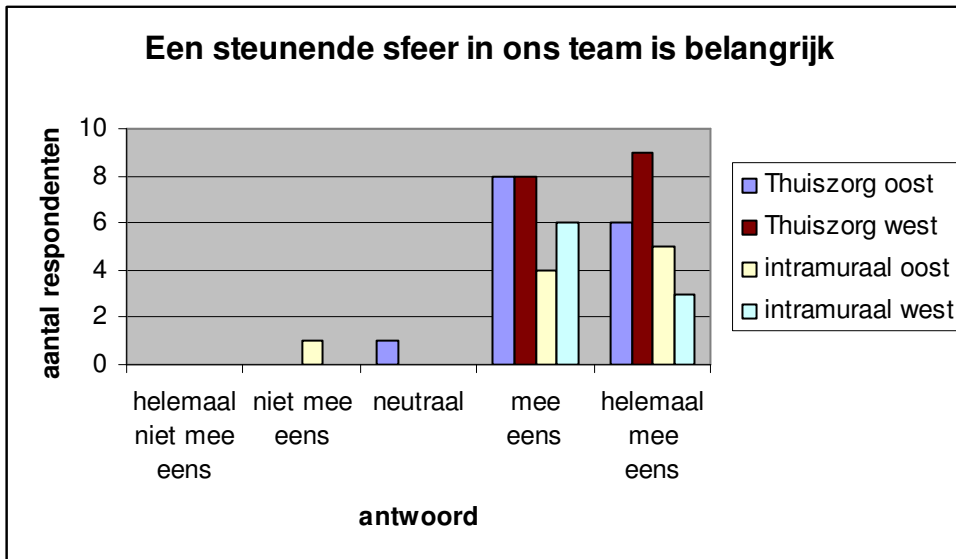


**Bijlage 3: Grafieken over verdeling individuele factoren van sociale steun.**









In de intramurale setting in west heeft 1 medewerker het antwoord niet ingevuld.

In de bovenstaande drie grafieken is te zien dat er geen grote verschillen zitten tussen de settings wat betreft de antwoorden.

